

MONIKA BINKOWSKA-BURY<sup>1</sup>, SYLWIA WIERZBIŃSKA-KARAKUŁA<sup>1</sup>, JOANNA BURZYŃSKA<sup>1</sup>, MARIUSZ MAŁECKI<sup>2</sup>, PAWEŁ JANUSZEWICZ<sup>1</sup>

## Wszechstronność opieki w podmiotach leczniczych podstawowej opieki zdrowotnej regionu Polski południowo-wschodniej w opiniach pacjentów

Comprehensive care in primary health care entities in the region of southeast Poland in patients' opinions

<sup>1</sup>Institut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

<sup>2</sup>Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Sokrates”, Rzeszów

### KEYWORDS

primary health care, comprehensive care, satisfaction with care

### SUMMARY

**Introduction.** The opportunities offered by planned studies of patient knowledge and a wide range of services in primary care enables faster and effective treatment, better adaptation to the changing needs of beneficiaries and help patients increase their satisfaction.

**Aim.** The aim of this study was to assess the knowledge of primary care patients about care delivery in the category – comprehensive care and the access to information about this implementation.

**Material and methods.** The study was performed between January and February 2013 at randomly selected 150 primary care units with the use of an interview questionnaire among 1000 patients. The study used chi-square test of independence.

**Results.** Most respondents know that doctors' home visits (77.3%), nurses and midwives (6.5%) are carried out but a small percentage of patients use them (once a month: 5.1%, annually: 12.4%). More than half of respondents (52.0%) have insufficient knowledge about availability of health plans for the vaccination, screening programs and educational activities aimed at changing the lifestyle. It has been shown that women are more oriented in the above-mentioned issues. The patients' biggest objections concerned the inability of getting advice over the phone.

**Conclusions.** Patients from the south-eastern Poland report lack of knowledge of most aspects of the 6 realized in primary health care units in the category – comprehensive care. The results suggest the management to disseminate information about the possibility of obtaining medical advice by phone, as well as improving the system of informing patients about the implementation by the health activities in the field of health promotion and prevention.

### WSTĘP

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) to jeden z obszarów wejścia do systemu opieki zdrowotnej. To miejsce pierwszego i często jedyne kontakty pacjenta z systemem opieki zdrowotnej (1). Zgodnie z wynikami cyklicznych badań prowadzonych przez zespół prof. Janusza Czaplńskiego („Diagnoza społeczna”), można szacować, że większość osób zapisanych do lekarza POZ ma z nim kontakt co najmniej 1 raz w roku, a prawie wszyscy w okresie 3 lat (2).

W świetle przepisów obowiązujących w Polsce świadczenia POZ mają bardzo szeroki zakres. Obejmują świadczenia

profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne, a zakład opieki zdrowotnej jest tworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia (3). Lekarz rodzinny, pielęgniarka środowiskowa i położna sprawują całościową i ciągłą opiekę nad pacjentami przez cały okres ich życia (2). Dlatego też, szczególnie ważna w tej części sektora opieki zdrowotnej jest jakość usług i ich kompleksowość. Potwierdza to fakt, iż sprawne i skuteczne funkcjonowanie przychodni ma wpływ na poprawę i utrzymanie dobrego stanu zdrowia jednostek i rodzin (4).

Wysoka jakość produktów i usług jest jednym z priorytetowych celów każdego przedsiębiorstwa. Od 1999 roku dotyczy to również zakładów świadczących usługi medyczne, gdy za sprawą ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym do systemu zdrowotnego wprowadzono elementy rynkowe, w tym także konkurencję (5, 6). Dzisiaj, spośród wielu podmiotów oferujących usługi medyczne, pacjent wybiera te, które świadczą usługi na najwyższym poziomie (7). Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, iż są to usługi bardzo specyficzne, gdyż dotyczą szeroko pojętego obszaru zdrowia. Pacjent w następstwie ich uzyskania nie otrzymuje dobra materialnego, ale poczucie satysfakcji, zaspokojenia pewnych potrzeb lub poprawy komfortu życia. To nie tylko proces leczenia, ale wiele dodatkowych subiektywnych elementów, które oddziałują na pacjenta. Na jego ocenę wpływają m.in. nastrój, towarzyszące chorobie emocje, obrażenia o usłudze, wcześniejsze doświadczenia, a nawet charakter czy wykształcenie (6-9). Zapewnienie wysokiej jakości świadczonych usług powinno być wartością priorytetową dla zakładów opieki zdrowotnej, gdyż przekłada się na zdrowie, zaufanie, bezpieczeństwo, a także życie pacjenta. W tym sektorze nie należy dopuścić do pogorszenia jakości świadczonych usług (10-12). Dlatego konieczne jest, by każda placówka medyczna dokonywała wśród swoich pacjentów systematycznych pomiarów poziomu satysfakcji z oferowanych usług (7, 13).

Jedną z metod umożliwiających pacjentom wybór odpowiedniej dla nich placówki zdrowotnej, a zakładom opieki zdrowotnej zdobycie zaufania świadczeniobiorców, jest akredytacja. Jest to element zewnętrznej i bezpośredniej oceny jakości podstawowej opieki zdrowotnej (5). Standardy akredytacyjne, według których oceniany jest zakład, są wzorem charakteryzującym właściwy stan jednostek służby zdrowia, oparty na kompleksowej i wiarygodnej ocenie placówki w 8 kategoriach. Wśród nich znalazły swoje miejsce m.in. kwestie praw pacjenta, wszechstronności opieki, promocji i edukacji zdrowotnej oraz poprawy jakości. W obszarze wszechstronności opieki, będącej przedmiotem zainteresowania niniejszej pracy, standardy akredytacyjne obejmują: ciągłość opieki, domową opiekę lekarza, pielęgniarki i położnej środowiskowej, możliwość uzyskania porady przez telefon, prowadzenie działań z zakresu promocji zdrowia, edukację pacjentów i ich rodzin, realizację planów szczepień ochronnych oraz badań profilaktycznych (14).

W artykule, opierając się na zgłoszonej przez pacjentów wiedzy oraz dostępnych dlań informacjach, poruszono problem wywiązywania się przez placówki POZ z wyżej wymienionych zadań, które są również regulowane odrębnymi przepisami prawa. Należą do nich m.in. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 r., Ustawa o zawodach lekarza i dentystry z 1996 r., Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 2011 r. (3, 15, 16). Dodatkowo o obowiązku zapobiegania chorobom i działalności na rzecz promocji zdrowia wspomina także Kodeks Etyki Lekarskiej i Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej (17, 18). Kwestie doboru szczepionek oraz terminów ich podawania reguluje

aktualizowany co roku Program Szczepień Ochronnych (19). Świadczenia zdrowotne na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób przysługują wszystkim osobom ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia (20).

Konieczność monitorowania wiedzy pacjentów i prowadzenie badań jakościowych w tym względzie wiąże się z prawidłowym zorganizowaniem należycie funkcjonujących placówek opieki zdrowotnej – z zastosowaniem respektowanych standardów oraz jasnym określeniem oczekiwań – i zapewnienia osiągnięcia zamierzonego celu, jakim jest właściwa i pełna opieka nad pacjentem, rodziną i społecznością (21). Badanie wiedzy pacjentów może służyć poprawie jakości świadczeń w tej części systemu usług zdrowotnych i tym samym wpłynąć na lepszy stan zdrowia społeczeństwa.

### CEL PRACY

Celem niniejszej pracy było zbadanie wiedzy pacjentów POZ na temat realizacji opieki w kategorii: wszechstronność opieki oraz dostępu do informacji o sposobie tej realizacji.

### MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono od 3 stycznia do 28 lutego 2013 roku. Próbę stanowiło 1000 świadczeniobiorców (dorosłych pacjentów POZ) wpisanych na listy aktywne lekarzy/pielęgniarek/położnych ze 150 losowo wybranych placówek POZ zlokalizowanych na terenie 25 powiatów regionu Polski południowo-wschodniej. Liczba respondentów z poszczególnych podmiotów zawierała się w granicach od 5 do 10 osób. Dobór do badanej grupy został dokonany na podstawie losowania warstwowego. Warstwę stanowiły wszystkie podmioty POZ, które w 2013 roku realizowały kontrakt z Podkarpackim Oddziałem NFZ w liczbie 300 należących do województwa podkarpackiego (dane: Narodowy Fundusz Zdrowia). Prawdopodobieństwo wylosowania placówki było wprost proporcjonalne do liczby mieszkańców miejscowości objętych ubezpieczeniem Narodowego Funduszu Zdrowia.

Kryteria włączające dla populacji otwartej:

- świadczeniobiorcy korzystający ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej wpisani na listę aktywną do lekarza POZ,
- osoby w wieku powyżej 18 lat,
- mieszkańcy terenów województwa podkarpackiego (Polski południowo-wschodniej).

Zapewniono proporcjonalną reprezentację wszystkich grup społecznych południowo-wschodniego obszaru Polski, charakteryzującego się niską liczbą lekarzy i dużymi odległościami w dotarciach do podmiotów leczniczych. Warto wspomnieć, że obszar województwa podkarpackiego na dzień 31.12.2012 roku zamieszkiwało 2130,0 tys. osób (dane: US Rzeszów). Grupa badana licząca 1000 osób jest na tyle duża, że ma niewielki wpływ na błąd szacunku.

Celem uzyskania wstępnej wiedzy i opracowania ostatecznej wersji kwestionariusza w grudniu 2012 roku przeprowadzono badanie próbne wśród 50 pacjentów POZ. Pilotaż pozwolił na sprawdzenie stopnia rozumienia

zawartych w nim pytań oraz wyeliminowanie niejasnych sformułowań. Wyniki badań pilotażowych nie wykazały wad strukturalnych narzędzia. Analiza statystyczna na tym etapie również nie wykazała nieprawidłowości. Po korekcje stylistycznej zostało ono przygotowane i powielone do badań właściwych.

Materiał badawczy pozyskano drogą ankietowania z wykorzystaniem kwestionariusza wywiadu przygotowanego na podstawie analizy literatury przedmiotu i zestawu standardów akredytacyjnych w POZ opracowanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w 2011 roku, utworzonego na potrzeby badania. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy, a materiał badawczy poufny. Badani pacjenci zostali poinstruowani ustnie oraz pisemnie o procedurze i celu badania. Wypełnione ankiety oddawali – w przygotowanych uprzednio, oznakowanych przez badaczy zamkniętych kopertach – wskazanym odbiorcom w placówkach. Następnie materiał odsyłany był drogą listowną do Instytutu Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego i przekazywany badaczom. Wypełnione kwestionariusze ankiet stanowiły zgodę na udział w badaniu. Do analizy zakwalifikowano poprawnie wypełnione ankiety.

Kwestionariusz składał się z czterech części tematycznych: wszechstronności opieki, praw pacjenta, organizacji i infrastruktury w POZ i metryki. Część pierwsza (wszechstronność opieki), której dotyczy niniejszy artykuł, zawierała 12 pytań o charakterze zamkniętym. Pytania dotyczyły sześciu aspektów wszechstronności opieki: 1. prowadzenia przez lekarzy, pielęgniarki/położne wizyt domowych („Czy lekarze POZ prowadzą wizyty domowe?”, „Jak często korzysta Pan/i z lekarskiej wizyty domowej?”, „Czy przychodnia analizuje przyczyny wezwania do odbycia wizyty domowej?”, „Czy przychodnia zapewnia domową opiekę pielęgniarki i położnej środowiskowej?”, „Jak często korzysta Pan/i z pielęgniarskiej wizyty domowej?”); 2. możliwości uzyskania porady przez telefon („Czy ma Pan możliwość uzyskania porady przez telefon?”); 3. dysponowania przez przychodnię planem szczepień („Czy przychodnia posiada plan szczepień, który obejmuje zarówno szczepienia obowiązkowe, jak i dobrowolne?”, „Czy przychodnia przeprowadza szczepienia ochronne zgodnie z przyjętym planem?”); 4. realizacji programu badań przesiewowych („Czy przychodnia realizuje program badań przesiewowych, które przeprowadza się w celu jak najszybszego wykrycia choroby?”); 5. prowadzenia zaplanowanych działań zmierzających do nauki zdrowego stylu życia i zmiany niezdrowych nawyków („Czy przychodnia prowadzi zaplanowane działania, zmierzające do nauki zdrowego stylu życia i zmiany niezdrowych nawyków?”); 6. prowadzenia poradnictwa i edukacji pacjentów z zakresu wybranych schorzeń („Czy przychodnia prowadzi edukację pacjentów i ich rodzin na tematy dotyczące wybranych schorzeń?”, „Czy na terenie przychodni dostępne są schematy, ilustracje postępowania w przypadkach zagrożenia życia?”, „Czy przychodnia oferuje materiały edukacyjne dla kształcenia pacjentów?”).

Zebrany materiał poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 10.0. Do analizy zmiennych jakościowych wykorzystano test niezależności chi-kwadrat.

Przeprowadzenie badań było finansowane zgodnie z Zarządzeniem Rektora Uniwersytetu Rzeszowskiego Nr 3/2010 z działalności statutowej Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego. Badanie przeprowadzono w ramach projektu „Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych” realizowanego przez Uniwersytet Rzeszowski w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2007-2013, nr umowy UDA-RPPK.01.03.00-18-004/12-00.

## WYNIKI

W badanej grupie było 667 (66,7%) kobiet i 333 (33,3%) mężczyzn. Rozkład procentowy w poszczególnych grupach wiekowych był zbliżony, choć najmniej liczną reprezentację wiekową stanowiły osoby powyżej 70 lat (tab. 1).

Połowa respondentów to mieszkańcy wsi (52,7%), co czwarty zamieszkuje małe miasta do 50 tys. mieszkańców (27,9%), a pozostali – miasta powyżej 50 tys. mieszkańców (19,4%). Respondenci legitymowali się w najwyższym odsetku wykształceniem wyższym (37,5%), następnie: średnim (32,7%), zawodowym (19,8%) i podstawowym (10,0%).

Większość ankietowanych to osoby aktywne zawodowo (58,8%), emeryci i renciści niepracujący stanowili 25,7% zbiorowości, a 15,5% respondentów to uczniowie i studenci.

Na uzyskane wyniki wpływ miały zmienne socjodemograficzne, takie jak: wiek, płeć, status zawodowy, wykształcenie oraz miejsce zamieszkania.

W celu zbadania wszechstronności opieki rozpoczęto od wywiadu dotyczącego realizacji przez podmioty wizyt domowych. Jak wynika z uzyskanych danych, zdecydowana większość ankietowanych pacjentów (77,3%) potwierdziła swoją wiedzę nt. prowadzenia lekarskich wizyt domowych w jednostkach leczniczych, z których świadczeń korzystają. Duża grupa (18,4%) nie potrafiła jednoznacznie odpowiedzieć na ten temat. 4,3% badanych wskazało, że według ich wiedzy w przychodni nie ma możliwości zgłaszania wizyt domowych.

Tab. 1. Struktura badanej grupy pacjentów według wieku

Wiek	Liczność	Procent
18-30	230	23,0
31-40	178	17,8
41-50	240	24,0
51-60	160	16,0
61-70	119	11,9
powyżej 70	73	7,3

Następnie zapytano respondentów, czy osobiście korzystali z tego typu usługi. 7,7% pacjentów prosiło lekarza o wizytę domową 1-2 razy w roku, 5,6% raz na kilka miesięcy, a 2,8% zamawiało wizytę co miesiąc.

Podobnie jak w przypadku wizyt lekarskich, pacjenci potwierdzili, że pielęgniarki, do których są wpisani na listy, aktywnie prowadzą wizyty domowe (61,5%). Przeciwniej odpowiedzi udzieliło 7,4% badanych. Brak wiedzy w tym zakresie prezentowało 31,3% respondentów.

Domowe wizyty pielęgniarek są zamawiane sporadycznie. Korzystało z nich tylko 9,1% pacjentów: 1,1% raz w tygodniu, 2,2% raz w miesiącu, a 5,8% raz na kilka miesięcy. 67,8% badanych nigdy nie miało takiej potrzeby, a pozostali byli zmuszeni do tego typu działań mniej niż 1 raz w roku (18,3%) lub 1 do 2 razy w roku (4,7%).

Interesujące dane uzyskano prowadząc analizę zależności pomiędzy wiekiem a częstością korzystania z wizyt lekarskich i pielęgniarskich. Z tabel 2 i 3 wynika, że istnieje związek pomiędzy wiekiem a korzystaniem z wizyt domowych lekarza i pielęgniarki ( $p < 0,001$ ). Osoby starsze częściej korzystają z lekarskich wizyt domowych. Taką wizytę raz na kilka

miesiący zamówiło 33,9% osób powyżej 60. roku życia i tylko 3,5% badanych poniżej 30. roku życia. Co miesiąc wizytę zamawia 15,6% respondentów po 60. r.ż. i tylko 0,4% osób poniżej 30. r.ż. Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku domowej opieki pielęgniarskiej. Respondenci w starszym wieku częściej korzystają z takiej opieki (23,7%) (tab. 3).

Zauważono, że kobiety mają większą wiedzę na temat oferowania przez przychodnię lekarskich i pielęgniarskich wizyt domowych niż mężczyźni (82,5 vs 67,0%) ( $p < 0,001$ ).

Zaobserwowano również, że rozkład częstości korzystania z wizyt domowych jest związany z poziomem wykształcenia. 1 do 2 razy w roku z wizyty lekarza korzysta 22,0% respondentów z wykształceniem podstawowym, natomiast 2,7% z wykształceniem wyższym. 78,7% badanych po studiach wyższych w porównaniu do 39,0% badanych z ukończoną szkołą podstawową nigdy nie korzystało z tego typu usług.

W kwestionariuszu zapytano również, czy jednostki POZ analizują powód wezwania lekarza do domu. Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 73,1% respondentów.

Kolejnym obszarem analizy była możliwość uzyskiwania porad lekarskich przez telefon. Duża grupa badanych (42,5%)

**Tab. 2.** Wiek pacjentów a częstość korzystania z domowych wizyt lekarskich

Wiek [w latach]	Częstość korzystania z domowych wizyt lekarskich ( $p = 0,0000$ )										Razem
	raz w miesiącu		raz na kilka miesięcy		1-2 razy w roku		rzadziej niż raz w roku		nigdy		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
18-30	1	0,4	8	3,5	6	2,6	33	14,3	182	79,1	230
31-40	2	1,1	5	2,8	9	5,1	29	16,3	133	74,7	178
41-50	6	2,5	8	3,3	11	4,6	47	19,6	168	70,0	240
51-60	4	2,5	6	3,8	16	10,0	31	19,4	103	64,4	160
61-70	12	10,1	11	9,2	22	18,5	18	15,1	56	47,1	119
> 70	4	5,5	18	24,7	13	17,8	17	23,3	21	28,8	73
razem	29	2,9	56	5,6	77	7,7	175	17,5	663	66,3	1000

**Tab. 3.** Wiek pacjentów a częstość korzystania z domowych wizyt pielęgniarskich

Wiek [w latach]	Częstość korzystania z pielęgniarskich wizyt domowych ( $p = 0,0000$ )										Razem		
	raz w tygodniu		raz w miesiącu		raz na kilka miesięcy		1-2 razy w roku		rzadziej			nigdy	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%
18-30	2	0,9	2	0,9	2	0,9	2	0,9	35	15,2	187	81,3	230
31-40	1	0,6	0	0,0	7	3,9	6	3,4	34	19,1	130	73,0	178
41-50	3	1,3	2	0,8	10	4,2	9	3,8	48	20,0	168	70,0	240
51-60	2	1,3	1	0,6	8	5,0	12	7,5	29	18,2	107	67,3	159
61-70	3	2,5	4	3,4	20	16,8	7	5,9	24	20,2	61	51,3	119
> 70	0	0,0	13	17,8	11	15,1	11	15,1	13	17,8	25	34,2	73
razem	11	1,1	22	2,2	58	5,8	47	4,7	183	18,3	678	67,8	999

twierdzi, że nie ma możliwości otrzymania takiej porady. 28,2% uważa, że jest to możliwe, a 29,3% nie posiada takiej wiedzy.

Wśród pacjentów starszych – po 70. r.ż. – odsetek osób niemających wiedzy o możliwości uzyskania porady medycznej przez telefon jest wyższy (47,9%) niż osób poniżej 30. r.ż. (28,7%) ( $p = 0,0016$ ). Kobiety częściej w porównaniu do mężczyzn twierdzą, że istnieje taka możliwość (32,4 vs 19,8%) ( $p < 0,001$ ).

Następną kwestią, o którą pytano, była ocena wiedzy pacjentów na temat planowania przez jednostki szczepień ochronnych. Prawie połowa respondentów (49,7%) nie miała wiedzy, czy w ośrodku zdrowia, z którego korzystają, realizowany jest plan szczepień obowiązkowych i dobrowolnych. 49,2% badanych nie było zainteresowanych, czy przeprowadzane szczepienia odbywają się zgodnie z narzuconym planem.

Istnieje zależność ( $p < 0,001$ ) pomiędzy wiekiem a wiedzą na temat posiadania przez placówki planów szczepień oraz realizacji tych planów. Osoby w młodszym wieku są zdecydowanie bardziej zorientowane w kwestii posiadania przez przychodnię planu szczepień. Wśród ankietowanych osób w wieku do 50 lat ponad połowa (18-30 – 53,5%, 31-40 – 55,6%, 41-50 – 55,0%) wykazuje się wiedzą w tym temacie, w dwóch najstarszych grupach wiekowych jest to 29,4 i 30,1%. Bardzo zbliżona jest relacja pomiędzy wiedzą na temat przeprowadzania szczepień zgodnie z planem a wiekiem respondenta ( $p < 0,001$ ). 57,9% pacjentów poniżej 40. r.ż. twierdzi, że szczepienia odbywają się zgodnie z planem, natomiast wśród badanych w wieku 61-70 lat tylko 24,4% potwierdza ten fakt.

Istnieje zależność ( $p < 0,001$ ) pomiędzy płcią a potwierdzeniem posiadania przez placówkę planu szczepień. Zdecydowanie więcej pań (54,2%) niż mężczyzn (35,4%) potwierdza swoją wiedzę na temat istnienia takich planów w przychodniach. 62,5% mężczyzn w porównaniu do 43,4% kobiet przyznaje się do braku wiedzy w tym temacie. Podobnie jest w przypadku pytania dotyczącego planowego przeprowadzania szczepień ochronnych w przychodni, kobiety wykazywały się znacznie większą znajomością tematu niż mężczyźni (51,7 vs 33,0%) ( $p < 0,001$ ).

Zaobserwowano, że osoby z wyższym wykształceniem częściej są poinformowane, czy w ich przychodniach istnieje plan szczepień obowiązkowych i dobrowolnych (55,2%). Taką wiedzę posiada 32,0% respondentów z wykształceniem podstawowym, 44,4% z zawodowym, 47,1% ze średnim i 45,5% z pomaturalnym. Podobną tendencję zauważono również w przypadku pytania dotyczącego wiedzy na temat przeprowadzania szczepień w przychodniach zgodnie z planem ( $p < 0,001$ ).

Kolejna część kwestionariusza dotyczyła świadomości pacjentów na temat realizacji przez podmioty programów przesiewowych. Analiza zebranych danych wskazuje, iż 65,5% respondentów nie ma wiedzy, czy w ich przychodni realizowane są programy przesiewowe, a 8% uznało, że takie badania na pewno nie są prowadzone. Większą

wiedzą na temat programów profilaktycznych i ich realizacji w przychodniach wykazują się osoby z młodszych grup wiekowych. W przedziale 41-50 lat 30,1% badanych orientuje się w tej kwestii, natomiast w grupie 61-70 jest to 16,8%. Brakiem wiedzy wykazało się 82,2% osób powyżej 70. r.ż., 76,5% w przedziale 61-70, a 63,9% w grupie poniżej 30. r.ż. Kobiety częściej (30,5%) w porównaniu do mężczyzn (18,3%) wykazują się wiedzą na temat realizacji tego typu profilaktyki ( $p = 0,0002$ ) (tab. 4). Istnieje zależność pomiędzy wykształceniem a wiedzą na temat realizacji przez placówki programów przesiewowych ( $p < 0,001$ ). Pacjenci posiadający podstawowe (87,0%) lub zawodowe (76,3%) wykształcenie najczęściej udzielali odpowiedzi „nie wiem” na pytanie związane z realizacją programów przesiewowych w przychodniach.

Kolejnym obszarem analizy było prowadzenie przez podmioty zaplanowanych działań zmierzających do nauki zdrowego stylu życia i zmiany niezdrowych nawyków. Jak wynika z uzyskanych danych, 62,8% ankietowanych pacjentów nie wie, czy w ośrodkach zdrowia przeprowadzane są działania zmierzające do nauki zdrowego stylu życia i zmiany niezdrowych nawyków. Jedynie 20,3% potwierdziło, że takie akcje mają miejsce. Wraz z wiekiem spada poziom wiedzy na temat przeprowadzania przez przychodnię prozdrowotnych działań edukacyjnych ( $p < 0,001$ ). W grupie osób poniżej 30. r.ż. 27,4% odpowiada na pytanie o prowadzenie działań edukacyjnych twierdząco, w grupie 41-50 jest to 23,3%, w grupie 61-70 – 11,8%, a w grupie powyżej 70. r.ż. takich odpowiedzi jest 9,6%. Zauważono, że ankietowani mężczyźni (16,8%) w porównaniu do kobiet (22,1%) byli gorzej zorientowani w powyższym temacie ( $p = 0,0108$ ). Stwierdzono zależność ( $p = 0,0003$ ) pomiędzy wykształceniem a wiedzą na temat prowadzenia przez placówkę działań edukacyjnych na temat zdrowego stylu życia. 76% ankietowanych z wykształceniem podstawowym nie wie, czy w ich placówkach zdrowotnych przeprowadzane są takie działania. Dla porównania do takiej niewiedzy przyznaje się 63,4% respondentów z wykształceniem średnim i 54,1% z dyplomem studiów wyższych.

W następnej części kwestionariusza zapytano, czy według wiedzy pacjentów przychodnia prowadzi edukację

**Tab. 4.** Płeć a wiedza na temat realizacji programów przesiewowych

Realizacja programów przesiewowych	Płeć ( $p = 0,0002$ )				Razem
	kobieta		mężczyzna		
	N	%	N	%	
co najmniej 3	92	13,8	34	10,2	126
mniej niż 3	111	16,7	27	8,1	138
nie prowadzi	55	8,3	25	7,5	80
nie wiem	408	61,3	247	74,1	654
razem	666	66,6	333	33,3	999

pacjentów i ich rodzin na tematy dotyczące wybranych schorzeń. 19,8% ankietowanych odpowiedziało na to pytanie twierdząco, a aż 62,8% wykazało się niewiedzą w tym temacie. W porównaniu do mężczyzn bardziej poinformowane okazały się kobiety (20,9 vs 17,7%) ( $p = 0,0178$ ). Stwierdzono również, że im wyższe wykształcenie, tym bardziej spada odsetek osób potwierdzających brak wiedzy w tej kwestii ( $p = 0,0058$ ). I tak odpowiedzi „nie wiem” udzieliło 70,2% osób z wykształceniem zawodowym, 60,2% z wykształceniem pomaturalnym i 55,2% z wykształceniem wyższym. Ponad połowa respondentów (53,2%) potwierdza, że wybór materiałów edukacyjnych przeznaczonych dla kształcenia pacjentów jest niewielki. 27,0% badanych w ogóle takich materiałów nie zauważyło. 54% respondentów oceniło, że w przychodni, z której korzystają, plansze i schematy opisujące udzielanie pierwszej pomocy są widoczne i czytelne. 32,9% uznało je za słabo zauważalne, 13% w ogóle z takimi schematami się nie spotkało.

## DYSKUSJA

Jak wynika z badań przeprowadzonych przez CBOS w 2012 roku, ogólna działalność państwowej służby zdrowia budzi niemal powszechną dezaprobatę. Jednak analizy przyczyny tego niezadowolenia często wykraczają poza racjonalną argumentację. Krytyczny stosunek do służby zdrowia nie zawsze wynika z własnych doświadczeń, a raczej z obiegowych opinii i doniesień medialnych (22). Według badań GUS z 2013 roku udział osób niezadowolonych z jakości opieki zdrowotnej wzrasta wraz z wiekiem oraz pogarszającym się stanem zdrowia (23). Trzeba jednak uwzględnić fakt, iż wynik oceny placówek przez pacjentów uwarunkowany jest subiektywnym odczuciem świadczeniobiorców (5).

Pogłębione analizy wykazują jednak, że respondenci pozytywnie oceniają jakość leczenia, dostępność usług podstawowej opieki zdrowotnej (73% pozytywnych opinii) oraz pochlebnie wypowiadają się na temat kompetencji lekarzy (68%) (22). Wyniki badań własnych nie potwierdzają tych stwierdzeń. Świadomość pacjentów odnośnie realizowania kategorii wszechstronności opieki w placówkach POZ wypada pozytywnie tylko w aspekcie realizacji wizyt domowych. W pozostałych poruszanych kwestiach pacjenci wykazywali się brakiem wiedzy. Największe zastrzeżenia dotyczyły braku możliwości uzyskania porady lekarskiej przez telefon. Dane GUS z 2013 roku również wskazują, że bardzo oczekiwaną formą pomocy jest możliwość uzyskania lekarskiej porady telefonicznej. Na brak sposobności kontaktu z lekarzem przez telefon podczas godzin przyjęć uskarża się prawie 20% respondentów, a w godzinach wieczornych, nocnych i w dni wolne od pracy procent ten jest dwa razy większy. W opinii badanych o wiele łatwiej jest uzyskać wizytę domową czy to pielęgniarki, czy lekarza. Jednakże tylko 11,2% z nich deklaruje w ogóle taką potrzebę (23). Potwierdza to analiza badań własnych. Aż 77,3% pacjentów wie, iż wizyty domowe w ich placówkach są prowadzone, ale tylko 1/3 kiedykolwiek z nich korzystała i były to głównie osoby w starszym wieku. Co ciekawe, im wyższe wykształcenie, tym chętnych na

tego typu usługę jest mniej. Potwierdzają to badania Kemicer-Chmielewskiej i wsp. (24), w których podkreśla się, że osoby lepiej wykształcone są młodsze, a zarazem zdrowsze niż grupa osób z gorszym wykształceniem. Badania własne wykazały, iż zarówno w kwestii szczepień dzieci, jak i innych działań profilaktycznych prowadzonych przez przychodnie zdecydowanie bardziej zorientowane są kobiety. Panie częściej wiedzą, jak często i czy w ogóle programy edukacyjne i przesiewowe są prowadzone (24). Wynika to zapewne z faktu, że programy przesiewowe skierowane do kobiet są dużo lepiej rozpropagowane (23).

Na podstawie uzyskanych wyników można zauważyć, że działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki wymagają większej popularyzacji. Ponad 2/3 pacjentów nie posiada żadnej wiedzy na temat badań przesiewowych realizowanych przez przychodnie. Respondenci nie wiedzą także, czy placówki prowadzą zaplanowane działania, zmierzające do nauki zdrowego stylu życia i zmiany niezdrowych nawyków. Pojawia się zatem wątpliwość, czy takie działania w ogóle są prowadzone? Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem, podmioty udzielające świadczeń POZ mają obowiązek realizacji programów profilaktycznych, prowadzenia edukacji zdrowotnej i poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia (25). Oczywiście prowadzenie takich działań w codziennej praktyce lekarzy jest dosyć problemowe ze względu na brak czasu i nadmierne obciążenie pracą, jednakże nie można zapomnieć o potencjale tej części sektora opieki zdrowotnej, jako idealnego miejsca do wspierania rozwoju osobistego poprzez dostarczanie informacji, zapewnienie edukacji dla zdrowia i poprawę umiejętności życiowych (26, 27). W opinii wielu specjalistów już kilka minut poświęconych rozmowie na temat otyłości i aktywności fizycznej podczas wizyty lekarskiej lub pielęgniarskiej może przełożyć się na niebagatelne korzyści zdrowotne (25, 28, 29). Dodatkowo, odpowiednio zorganizowana promocja i edukacja zdrowotna, prowadzone na wysokim poziomie, usprawniają proces i poprawiają wyniki leczenia, przyczyniając się do poprawy poziomu zdrowia społeczeństwa oraz optymalizacji wydatków na ochronę zdrowia (30, 31).

Jedną z najbardziej popularnych metod dostarczania niezbędnej pacjentom wiedzy jest stosowanie broszur edukacyjnych. Jest to metoda bardzo wygodna dla personelu medycznego, ponieważ wymaga małego wysiłku i nie jest czasochłonna, a pacjent może w dowolnej chwili wracać do lektury (32). Niestety badania własne wykazały, iż ponad połowa respondentów uskarża się, że wybór takich materiałów jest niewielki. Dodatkowo częściej zauważają je osoby młode i wykształcone, co może świadczyć o tym, iż istniejące ulotki informacyjne nie są dostosowane do wszystkich odbiorców. Odmienne wyniki uzyskali Stefanowicz i wsp., którzy w 2001 roku wykazali, iż pacjenci jednej z dzielnic Lublina uzyskują informacje dotyczące wzorów zdrowego stylu życia głównie od lekarzy rodzinnych (83,8%) i pielęgniarek (89%), a 98,8% badanych potwierdziło, że materiały dotyczące promowania zdrowego stylu życia są wyeksponowane i ogólnie dostępne (1).

Podsumowując, aby osiągnąć lepsze wyniki zdrowotne przychodnie POZ powinny wdrażać różne metody edukacyjne i informacyjne, gdyż istnieje prawdopodobieństwo, że pacjenci częściej skorzystaliby z programów profilaktycznych i działań z zakresu promocji zdrowia, gdyby byli lepiej poinformowani o ich istnieniu. Ponadto wiedza na temat programów profilaktycznych realizowanych w placówkach POZ i ich analiza pod względem efektywności i skuteczności jest podstawą efektywnego systemu zdrowotnego (28).

#### Ograniczenia prowadzenia badań

Badana populacja pacjentów pochodziła tylko z regionu Polski południowo-wschodniej (Podkarpacie), obszaru charakteryzującego się niższym wskaźnikiem lekarzy w Polsce i mniejszą dostępnością do świadczeń opieki zdrowotnej ze względu na ukształtowanie terenu i dzielące duże odległości do placówek POZ, co mogło znaleźć odzwierciedlenie w analizie i wynikach. Rekomenduje się w przyszłości zbadać powyższą problematykę w innych regionach w całej Polsce. Generalizowanie wniosków z niniejszego badania jest ograniczone. Kwestionariusz nie jest standaryzowanym narzędziem, a badana próba reprezentuje populację świadczeniobiorców POZ tylko z jednego regionu Polski. Niemniej doniesienia te wzbogacają stan wiedzy na temat jakości opieki w kategorii: wszechstronność opieki w POZ na relatywnie dużej grupie pacjentów z przynajmniej jednego regionu.

#### WNIOSKI

1. Pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej prezentują niedostateczną wiedzę na temat większości z 6 realizowanych aspektów wszechstronności opieki.
2. Wiek, płeć, wykształcenie i status zawodowy wpływają na wiedzę pacjentów na temat realizacji opieki w kategorii wszechstronność opieki.

#### REKOMENDACJA

Zaleca się zwiększenie dostępu do informacji nt. możliwości uzyskiwania przez pacjentów porad lekarskich przez telefon, usprawnienie systemu informowania na temat realizacji przez przychodnie planów szczepień, programów przesiewowych oraz prowadzenia działań zmierzających do nauki zdrowego stylu życia i zmiany niezdrowych nawyków.

#### PODZIĘKOWANIA

Autorzy chcieliby podziękować wszystkim kierownikom podmiotów leczniczych POZ, którzy wyrazili zgodę na realizację badań, w szczególności mgr Joannie Walankiewicz – konsultantowi wojewódzkiemu ds. pielęgniarstwa środowiskowego, mgr piel. Małgorzacie Łyszczek – Pielęgniarka Koordynująca NZOZ „Sokrates” z siedzibą w Rzeszowie, mgr piel. Kindze Harpuli – Naczelnej Pielęgniarki SPZOZ Nr 2 w Rzeszowie, za wsparcie i pomoc logistyczną w zbieraniu materiału badawczego oraz pacjentom biorącym udział w badaniu.

#### KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów  
None

#### ADRES DO KORESPONDENCJI

Monika Binkowska-Bury  
Instytut Pielęgniarstwa  
i Nauk o Zdrowiu  
Wydział Medyczny  
Uniwersytet Rzeszowski  
al. Mjr. W. Kopisto 2a, 35-310 Rzeszów  
tel. +48 (17) 872-11-11  
mbinkowskabury@gmail.com

#### PIŚMIENNICTWO

1. Stefanowicz A, Kulik TB, Pacian J et al.: Rola placówek podstawowej opieki zdrowotnej w realizacji profilaktyki nowotworów w opinii lekarzy rodzinnych. *MONZ* 2013; 19(2): 168-172.
2. Woynarowska B: Edukacja Zdrowotna. Podręcznik akademicki. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012: 259.
3. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1991 nr 91 poz. 408).
4. Łukomska A, Szrajda J, Nowakowska I: Satysfakcja osób starszych z usług świadczonych przez lekarza rodzinnego. *Gerontol Pol* 2012; 20(2): 68-72.
5. Maciąg A, Sakowska I: Rola i prawa pacjenta w obszarze jakości usług zdrowotnych. *Studia i Materiały – Wydział Zarządzania UW* 2006; 1: 50-62.
6. Korczyńska A: Jakość usług medycznych oraz metody jej pomiaru. *Ann Acad Med Siles* 2012; 66(5): 67-70.
7. Łukomska A, Nowakowska I: Satysfakcja pacjenta jako wskaźnik jakości usług zdrowotnych. *Pielęg Pol* 2011; 2(40): 102-105.
8. Łukomska A, Roś D, Faleńczyk K: Satisfaction of patients who are treated by a family doctor. *Fam Med Primary Care Rev* 2008; 10(2): 167-172.
9. Marcinowicz L, Chlabicz S, Grebowski R: Understanding patient satisfaction with family doctor care. *J Eval Clin Pract* 2010; 16(4): 712-715.
10. Rybarczyk A, Marczak M: Quality assessment of health care services in patients' and medical staff's opinion. *Zdr Publ* 2011; 121(2): 111-116.
11. Kędra E, Chudak B: Jakość usług medycznych a efektywność medyczna. *Piel Zdr Publ* 2011; 1(1): 83-87.
12. Rybarczyk A, Marczak M: Quality assessment of health care services in patients' and medical staff's opinion. *Zdr Publ* 2011; 121(2): 111-116.
13. Marcinowicz L, Chlabicz S, Grebowski R: Patient satisfaction with healthcare provided by family doctors: primary dimensions and an attempt at typology. *BMC Health Serv Res* 2009; 9: 63.
14. Program akredytacji podstawowej opieki zdrowotnej. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2011.
15. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. 1997 nr 28 poz. 152).
16. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011 nr 174 poz. 1039).
17. Kodeks etyki lekarskiej (seria online), 2003. [http://www.nil.org.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf](http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf) (data dostępu: 10.02.2016).
18. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej

Polskiej (seria online), 2003. <http://www.nipip.pl/index.php/samorzad/informacje-o-samorzadzie/2135-kodeks-etyki-zawodowej-pielegniarki-i-polozonej-rzeczypospolitej-polskiej> (data dostępu: 10.02.2016). **19.** Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 13 marca 2015 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2015 (Dz. Urzęd. M.Z. z 13 marca 2015 r. poz. 14). **20.** Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. 2003 nr 45 poz. 391). **21.** Kurpas D, Steciwko A: Jakość usług medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej. *Adv Clin Exp Med* 2005; 14(3): 603-608. **22.** Centrum Badania Opinii Społecznej. Komunikat z badań. Opinie o Funkcjonowaniu Systemu Opieki Zdrowotnej. Warszawa 2012. **23.** Główny Urząd Statystyczny. Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r. Warszawa 2014. **24.** Kemicer-Chmielewska E, Żułtak-Bączkowska K, Rottera I et al.: Wpływ wybranych czynników na częstość korzystania z wizyt u lekarza POZ. *Fam Med Primary Care Rev* 2012; 14(2): 163-165. **25.** Mroczek B, Gawłowska-Lichota K, Rotter I et al.: Realizacja programów profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych. Stan faktyczny i propozycje rozwiązań w pielęgniarstwie środowiskowym/rodzinnym. *Fam Med Primary Care Rev* 2011; 13(1): 27-34. **26.** Chantal S: Health promotion in primary care. *InnovAiT: The RCGP Journal Associates* 2012; 5: 725-731. **27.** Calderon C, Balague L, Cortada JM et al.: Health promotion in primary care: How should we intervene? A qualitative study involving both physicians and patients. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 62. **28.** Bollars C, Kok H, van der Broucke S et al.: European Quality Instrument for Health Promotion with user manual. The Getting Evidence into Practice Project (GEP) 2005: 15-18. **29.** Manson JE, Skerrett PJ, Greenland P et al.: The escalating pandemics of obesity and sedentary lifestyle. A call to action for clinicians. *Arch Intern Med* 2004; 164(3): 249-258. **30.** McManus A: Health promotion in primary health care. *Australas Med J* 2013; 6(1): 15-18. **31.** Reznier A, Reznier W, Kosecka J: Edukator zdrowia w podstawowej opiece zdrowotnej jako szansa na podniesienie poziomu promocji zdrowia i profilaktyki w Polsce. *Probl Hig Epidemiol* 2013; 94(3): 407-412. **32.** Kubica A, Andruszkiewicz A, Grzešek G et al.: Edukacja zdrowotna jako metoda poprawy realizacji programu terapeutycznego. *Folia Cardiol* 2010; 5(2): 93-99.

nadesłano: 02.07.2016

zaakceptowano do druku: 23.07.2016