

Paulina Ucieklak-Jeż

Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie

BADANIE STOPNIA ZADOWOLENIA PACJENTÓW Z USŁUG MEDYCZNYCH

1. Wstęp

Od początku istnienia Światowej Organizacji Zdrowia (1948 r.), w konstytucji tej organizacji zdrowie definiowano jako „stan zupełnego fizycznego, umysłowego, społecznego dobrego samopoczucia, nie zaś jedynie brak choroby bądź dolegliwości” [7, s. 573]. Uznano, że system opieki zdrowotnej musi zaspokajać ściśle medyczne potrzeby jednostek, ale także powinien uwzględniać inne czynniki wpływające na zdrowie. Przykładowo Donabedian¹ traktuje jakość usług medycznych – zgodnie z duchem konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia – szerzej niż jedynie jako możliwość leczenia. Wyróżnił on tu 3 składniki [7]:

- 1) jakość możliwości technicznych (możliwość leczenia *sensu stricto*, tj. poprawa stanu zdrowia),
- 2) jakość procesu leczniczego (procesy interpersonalne),
- 3) jakość strukturalną (jakość udogodnień otoczenia).

Badanie satysfakcji pacjenta w odniesieniu do usług medycznych ma fundamentalne znaczenie dla monitorowania procesu interpersonalnego, ponieważ dostarcza informacji, na ile pracownik opieki zdrowotnej spełnił oczekiwania czy też wymogi pacjenta. Wymogi te obejmują m.in. wyniki i rodzaj leczenia (w szpitalu, w domu) oraz cały zestaw czynników uważanych za istotne dla usług opieki medycznej, takich jak dostęp do leczenia w razie potrzeby czy opieka medyczna we właściwym, planowanym czasie. Poza tym zadowolenie pacjenta z usług medycznych jest niezwykle ważne, gdyż może mieć wpływ na wyniki leczenia – niezadowolony pacjent może nie stosować się w pełni do zaleceń lekarza bądź też w ogóle nie szukać jego pomocy w przyszłości.

W przypadku przedsiębiorstw nastawionych na zysk znaczenie zadowolenia klientów ma związek z przekonaniem, że taniej jest zatrzymać obecnych klientów, niż pozyskać nowych; w przypadku natomiast organizacji sektora publicznego

¹ W 1980 r., w ocenie jakości usług zdrowotnych uwzględniono odczucia pacjenta (por. [6, s. 3]).

(i innych organizacji *non profit*) satysfakcja pacjenta stanowi wartość samą w sobie i jest jednym z głównych celów działania tych organizacji.

Poziom satysfakcji pacjenta jest odzwierciedleniem tego, w jakim stopniu usługa oferowana przez daną placówkę służby zdrowia zaspokaja zbiór oczekiwań pacjenta. Chcąc ocenić poziom satysfakcji pacjenta, musimy określić, jak pacjenci postrzegają usługi medyczne oferowane przez konkretną placówkę służby zdrowia [2]. Od lat osiemdziesiątych XX w. wzrasta zainteresowanie stopniem zadowolenia pacjenta z jakości usług medycznych jako osobną miarą wyników służby zdrowia, a często stosowanym narzędziem badawczym są kwestionariusze ankietowe.

W artykule przedstawiono wyniki próby zbadania stopnia zadowolenia pacjentów z jakości usług medycznych świadczonych w jednej z częstochowskich placówek służby zdrowia. Przeprowadzono również analizę, której celem było badanie związków między różnymi aspektami jakości tych usług.

2. Kwestionariusz ankietowy do badania satysfakcji pacjentów

Jeden z najlepszych kwestionariuszy do badania stopnia zadowolenia pacjentów z podstawowej opieki medycznej opracowany został w 1976 r. przez J. Ware'a². W wersji oryginalnej PSQ-I (Patient Satisfaction Questionnaire I) zawartych było 80 pytań, w wersji PSQ-II – 68 pytań, a w wersji PSQ-III – 50 pytań.

Kwestionariusz PSQ-18, który wykorzystywano podczas prezentowanych niżej badań zadowolenia pacjentów w jednej z częstochowskich placówek służby zdrowia, jest skróconą wersją kwestionariusza PSQ-III. Kwestionariusz PSQ-18 obejmuje 7 zagadnień (wymiarów), które dotyczą takich aspektów jakości usług służby zdrowia, jak:

- jakość techniczna,
- kontakty interpersonalne pacjenta z lekarzem,
- komunikacja pacjenta z lekarzem,
- aspekty finansowe,
- czas poświęcany pacjentowi przez lekarza,
- dostępność usług i ich komfort.

Kwestionariusz PSQ-18 zawiera tyle samo pytań o wydzźwięku negatywnym co w pozytywnym; pytania kwestionariusza są więc układane tak, że w jednym przypadku odpowiedź twierdząca oznacza satysfakcję z opieki medycznej, a w innym – oznacza brak satysfakcji. Kwestionariusz PSQ-18 pozwala także mierzyć satysfakcję pacjenta w każdym z 7 wymiarów.

Wilkin, Hallam i Doggett [8] uważają, że spośród metod pomiaru satysfakcji pacjenta tylko sondáže oparte na kwestionariuszach PSQ mają przejrzyste podstawy teoretyczne i są najlepszymi i najczęściej stosowanymi kwestionariuszami. Kwestionariusz ten zaprojektowany był dla USA i koncentruje się tylko na

² Kwestionariusze do badania satysfakcji są podane w pracy A. de Silvy [6, s. 15].

badaniu zachowań lekarzy, nie biorąc pod uwagę pomocniczego personelu medycznego.

Aby zastosować omawiany kwestionariusz PSQ-18 w Polsce, przeprowadzono odpowiednią adaptację pytań do warunków specyficznych dla polskiej służby zdrowia. Kwestionariusz, który był narzędziem badania, składał się z 18 pytań pochodzących z oryginalnego kwestionariusza PSQ-18 oraz dodatkowych 2 pytań (19 i 20). Pytanie 19 dotyczyło oceny stylu życia danego gospodarstwa domowego, natomiast pytanie 20 służyło do globalnej oceny zadowolenia respondentów z oferowanych usług zdrowotnych.

Zgodnie z zasadami budowy kwestionariusza ankietowego wprowadzono także 4 pytania stanowiące tzw. metryczkę respondenta. W metryczce tej znalazły się pytania o takie cechy społeczno-demograficzne, które mogą mieć wpływ na zróżnicowanie zarówno globalnej oceny zadowolenia, jak i subiektywnych ocen dotyczących poszczególnych aspektów zadowolenia z usług medycznych.

Zastosowano tylko pytania zamknięte; są to pytania-skale, stosowane w celu poznania stopnia natężenia postaw wobec sytuacji lub zjawisk. Podstawowym zadaniem w tego typu pytaniach jest ustalenie mierników odpowiedzi na pytania dotyczące postaw i opinii respondentów. W przeprowadzonym badaniu zastosowano 5-stopniową skalę Likerta³, a dla celów analizy ilościowej poszczególnym odpowiedziom nadane zostały wartości liczbowe. W niniejszym badaniu stopnia zadowolenia pacjentów przyjęto więc, że w pytaniach 1, 2, 3, 5, 6, 8, 11, 15, 18 postawom negatywnym odpowiadają większe liczby, natomiast w pozostałych pytaniach (4, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17) postawom negatywnym odpowiadają mniejsze liczby. Zastosowany w badaniu kwestionariusz przedstawiono w Załączniku 1.

3. Wyniki badania empirycznego

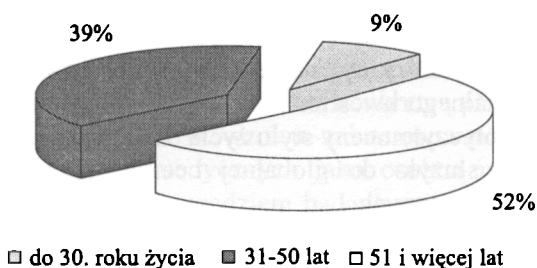
Poniższa analiza ma na celu przedstawienie wstępnych wyników badań zadowolenia pacjentów w wybranej placówce medycznej. Obliczenia dla celów analizy statystycznej wykonano w programach Microsoft Excel i Statistica.

Badanie prowadzono w jednej z częstochowskich placówek niepublicznych, proponując wypełnienie kwestionariusza ankietowego każdemu pacjentowi zgłaszającemu się do poradni w ostatnim tygodniu maja 2006 r.

Na podstawie rejestru liczby osób zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu stwierdzono, że średnia liczba osób korzystających z porady lekarskiej w ciągu tygodnia to 184 osoby, w związku z tym badaniu poddanych zostało 184 pacjentów przychodni lekarskiej, w tym 104 kobiety (co stanowi 57% badanych) i 80 mężczyzn (co stanowi 43%). Ponad połowa (52%) badanych pacjentów mieściła się w przedziale wiekowym 31-50 lat, 39% badanych ukończyło 51. rok

³ Skala Likerta składa się z pozycji, które opisują określone postawy czy cechy obiektu. Każdej pozycji przyporządkowane są dwubiegunowe skale intensywności, zwykle o 5 kategoriach [4, s. 87].

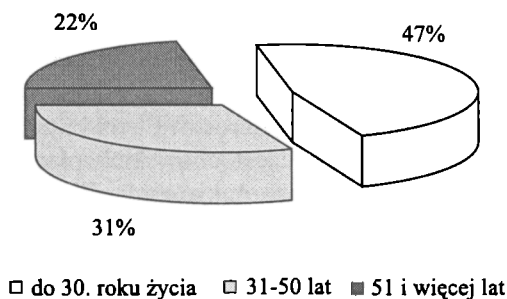
życia, a jedynie 9% badanych stanowili pacjenci do 31. roku życia. Na rysunku 1 przedstawiono strukturę wiekową badanej grupy.



Rys. 1. Struktura wiekowa badanej grupy

Źródło: opracowanie własne.

Po porównaniu struktury wiekowej pacjentów biorących udział w badaniu ze strukturą wiekową pacjentów zarejestrowanych w przychodni zauważono, że pacjenci z grupy wiekowej 31-50 lat mają największy udział w próbie, mimo że nie stanowią oni najliczniejszej grupy ogółu pacjentów zarejestrowanych; badana próba nie jest więc próbą reprezentatywną dla populacji wszystkich zarejestrowanych pacjentów. Można przypuszczać jednak, że wobec braku jakiegokolwiek kryterium wyboru respondentów spośród pacjentów zgłaszających się po poradę, próba ta reprezentuje tę część pacjentów, którzy często korzystają z usług badanej przychodni (jest rzeczą naturalną, że pacjentami są znacznie częściej ludzie starsi, a znacznie rzadziej ludzie młodzi) i z tego względu ich opinie o jakości usług medycznych mogą być bardziej miarodajne niż opinie pacjentów zarejestrowanych, ale rzadko korzystających z usług przychodni.

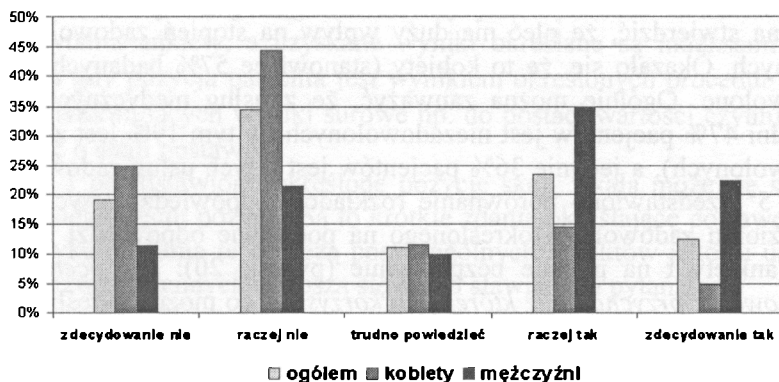


Rys. 2. Struktura wiekowa pacjentów przychodni

Źródło: opracowanie własne.

Ocena zadowolenia pacjenta z usług służby zdrowia została określona na podstawie odpowiedzi na wszystkie pytania kwestionariusza, jednym z najważniejszych pytań było jednak pytanie 8 (*Czy w przychodni ma Pan/Pani łatwy*

dostęp do lekarzy specjalistów?). Strukturę odpowiedzi na to pytanie przedstawia rys. 3.

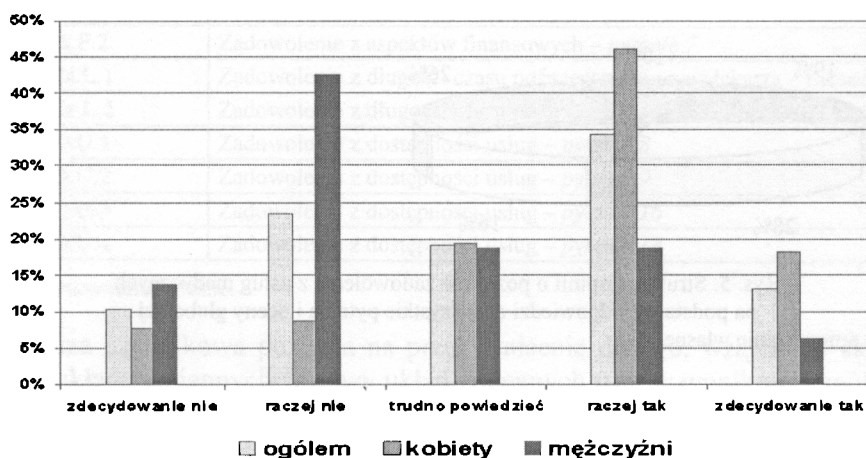


Rys. 3. Czy w przychodni ma Pan/Pani łatwy dostęp do lekarzy specjalistów?

Źródło: opracowanie własne.

Można zauważyć, że kobiety, w przeciwieństwie do mężczyzn, mają znacznie bardziej negatywną opinię o łatwości dostępu do lekarza (przeważają odpowiedzi „zdecydowanie nie” i „raczej nie”).

Pytanie 8 zostało skorelowane z pytaniem „odwrotnym” (pytanie 10), *Czy lekarze zachowują się w stosunku do Pani/Pana zbyt rzeczowo i bezosobowo?*, gdzie postawom negatywnym odpowiadają większe liczby przypisane wariantom odpowiedzi. Rozkład odpowiedzi na to pytanie przedstawia rys. 4.



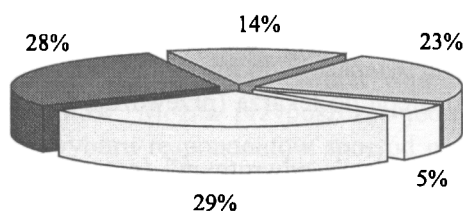
Rys. 4. Czy lekarze zachowują się w stosunku do Pani/Pana zbyt rzeczowo i bezosobowo?

Źródło: opracowanie własne.

Podobnie jak w przypadku odpowiedzi na pytanie 8, okazuje się, że kobiety mają zdecydowanie bardziej negatywną opinię o postawie lekarzy niż mężczyźni – znacznie częściej odpowiadają „raczej tak” i „zdecydowanie tak”.

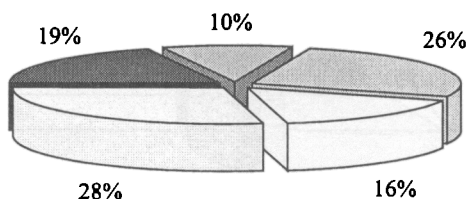
Można stwierdzić, że płeć ma duży wpływ na stopień zadowolenia z usług medycznych. Okazało się, że to kobiety (stanowiące 57% badanych) są bardziej niezadowolone. Ogólnie można zauważyć, że z usług medycznych w badanej przychodni 47% pacjentów jest niezadowolonych (w tym 19% jest zdecydowanie niezadowolonych), a jedynie 36% pacjentów jest z tych usług zadowolonych. Na rysunku 5 przedstawiono porównanie rozkładów odpowiedzi dotyczących ogólnego poziomu zadowolenia określonego na podstawie odpowiedzi na wszystkie pytania ankiety i na pytanie bezpośrednie (pytanie 20): *Jak ocenia Pani/Pan funkcjonowanie przychodni, z której Pan korzysta?*, co można określić jako ocenę globalną.

Jak ocenia Pani/Pan funkcjonowanie przychodni,
z której Pani/Pan korzysta?



- zdecydowanie zadowolony
- raczej zadowolony
- obojętny
- raczej niezadowolony
- zdecydowanie niezadowolony

Procentowy udział ogólnego poziomu zadowolenia
otrzymanego na podstawie odpowiedzi na wszystkie pytania



Rys. 5. Struktura opinii o poziomie zadowolenia z usług medycznych
na podstawie odpowiedzi na wszystkie pytania i oceny globalnej

Źródło: opracowanie własne.

Okazuje się, że odpowiadając na pytanie o stopień zadowolenia z usług medycznych w sposób bezpośredni, 57% pacjentów wyraźnie odpowiedziało, że są niezadowoleni z usług medycznych, podczas gdy udział pacjentów niezadowolonych oszacowany na podstawie odpowiedzi na wszystkie pytania ankiety był znacznie niższy (47%).

W dalszej części opracowania do poszukiwania czynników wpływających na zadowolenie pacjenta z usług medycznych wykorzystano metodę analizy czynnikowej. Przedstawiony niżej fragment analizy jest wynikiem sumowania odpowiedzi na pytania ankiety, a uzyskane wyniki określane są indeksami postaw. W przypadku gdy pozycja pacjenta jest wynikiem określonych procedur matematycznych transformujących wyniki surowe np. do postaci wartości czynnikowych, można mówić o skali postaw [5].

W tabeli 1 przedstawiono określone pozycje skali. Skala może się składać z kilku do kilkudziesięciu pozycji. Są to krótkie zdania określające postawę respondenta. W artykule zdania te dotyczą poszczególnych aspektów jakości usług medycznych. Nazwy zmiennych odnoszą się do 18 stawianych pytań.

Tabela 1. Pozycje skali dla 7 aspektów zadowolenia

Wymiar i symbole pozycji skali	Pozycja skali dla 7 wymiarów (aspektów) zadowolenia
O.Z.1	Ogólne zadowolenie – <i>pytanie 3</i>
O.Z.2	Ogólne zadowolenie – <i>pytanie 17</i>
J.T.1	Zadowolenie z jakości technicznej – <i>pytanie 2</i>
J.T.2	Zadowolenie z jakości technicznej – <i>pytanie 4</i>
J.T.3	Zadowolenie z jakości technicznej – <i>pytanie 6</i>
J.T.4	Zadowolenie z jakości technicznej – <i>pytanie 14</i>
K.I.1	Zadowolenie z kontaktów interpersonalnych – <i>pytanie 10</i>
K.I.2	Zadowolenie z kontaktów interpersonalnych – <i>pytanie 11</i>
K.1	Zadowolenie z komunikatywności – <i>pytanie 1</i>
K.2	Zadowolenie z komunikatywności – <i>pytanie 13</i>
A.F.1	Zadowolenie z aspektów finansowych – <i>pytanie 5</i>
A.F.2	Zadowolenie z aspektów finansowych – <i>pytanie 7</i>
Cz.L.1	Zadowolenie z długości czasu poświęconego przez lekarza – <i>pytanie 12</i>
Cz.L.2	Zadowolenie z długości czasu poświęconego przez lekarza – <i>pytanie 15</i>
D.U.1	Zadowolenie z dostępności usług – <i>pytanie 8</i>
D.U.2	Zadowolenie z dostępności usług – <i>pytanie 9</i>
D.U.3	Zadowolenie z dostępności usług – <i>pytanie 16</i>
D.U.4	Zadowolenie z dostępności usług – <i>pytanie 18</i>

Źródło: opracowanie własne.

Analiza czynnikowa pozwala na przekształcenie danego, wzajemnie skorelowanego układu zmiennych w nowy układ zmiennych (tzw. czynników wspólnych) wzajemnie nieskorelowanych, lecz porównywalny z układem wyjściowym. Wyodrębnione czynniki sięgają (w założeniu) do „głębszego” poziomu badanej rzeczywistości (np. postaw czy wartości) i określają przyczyny leżące u podstaw zmiennych obserwowalnych. Zaletą analizy czynnikowej jest więc możliwość odkrycia zmiennych ukrytych, które wyjaśniają wzajemne powiązania między zmien-

Tabela 2. Oszacowana macierz korelacji

Skala	O.Z.1	O.Z.2	J.T.1	J.T.2	J.T.3	J.T.4	K.I.1	K.I.2	K.1	K.2	A.F.1	A.F.2	CZ.L.1	CZ.L.2	D.U.1	D.U.2	D.U.3	D.U.4
O.Z.1	1,00	0,63	0,63	0,59	0,70	0,58	0,61	0,69	0,83	0,79	0,71	0,54	0,68	0,67	0,68	0,63	0,55	0,69
O.Z.2		1,00	0,55	0,55	0,62	0,60	0,67	0,64	0,64	0,65	0,52	0,54	0,69	0,65	0,64	0,62	0,55	0,62
J.T.1			1,00	0,50	0,59	0,57	0,52	0,55	0,59	0,59	0,53	0,56	0,56	0,58	0,53	0,57	0,45	0,50
J.T.2				1,00	0,49	0,57	0,62	0,55	0,58	0,59	0,46	0,56	0,65	0,65	0,55	0,64	0,62	0,63
J.T.3					1,00	0,57	0,58	0,66	0,69	0,68	0,62	0,49	0,62	0,58	0,65	0,54	0,53	0,58
J.T.4						1,00	0,64	0,60	0,60	0,66	0,50	0,46	0,68	0,58	0,60	0,67	0,55	0,50
K.I.1							1,00	0,64	0,61	0,66	0,57	0,60	0,67	0,62	0,66	0,62	0,49	0,54
K.I.2								1,00	0,69	0,65	0,56	0,48	0,69	0,68	0,63	0,51	0,48	0,64
K.1									1,00	0,73	0,71	0,52	0,70	0,67	0,65	0,66	0,51	0,63
K.2										1,00	0,65	0,60	0,68	0,67	0,64	0,69	0,64	0,59
A.F.1											1,00	0,53	0,58	0,59	0,58	0,55	0,47	0,49
A.F.2												1,00	0,61	0,66	0,52	0,54	0,55	0,56
CZ.L.1													1,00	0,72	0,63	0,70	0,61	0,62
CZ.L.2														1,00	0,64	0,70	0,58	0,69
D.U.1															1,00	0,55	0,48	0,60
D.U.2																1,00	0,58	0,58
D.U.3																	1,00	0,64
D.U.4																		1,00

Źródło: opracowanie własne.

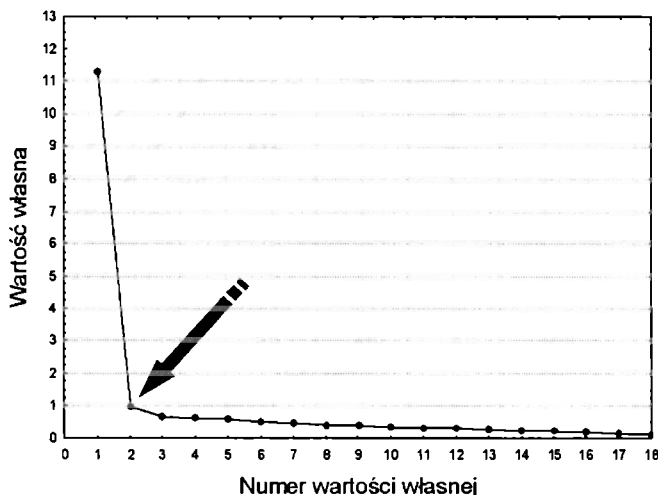
nymi obserwowalnymi [8]. Celem prezentowanego badania było wykrycie związków między różnymi aspektami zadowolenia pacjentów z usług służby zdrowia, a w szczególności sprawdzenie, ile czynników „kryje się” za różnymi aspektami zadowolenia i jakie jest ich znaczenie.

Na wstępie oszacowano macierz korelacji między zmiennymi, których wartościami są skwantyfikowane odpowiedzi na wymienione w tab. 1 pytania (tab. 2), oszacowano także wartości własne macierzy korelacji i dokonano wyboru liczby czynników; wykonano również test osypiska⁴. Następnie określono ilość ładunków czynnikowych, po czym przeprowadzono rotację metodą Varimax; w końcowym etapie obliczeń wykonano wykres rozrzutu i utworzono resztową macierz korelacji.

Po wstępnej analizie współczynników zamieszczonych w oszacowanej macierzy korelacji stwierdzono istnienie wysokich, dodatnich korelacji między niektórymi zmiennymi – np. zmienna ogólne zadowolenie (O.Z.1) i komunikatywność (K.1.) są skorelowane na poziomie 0,83.

Okazało się także, że wartość własna dla pierwszego czynnika wynosi 11,2, a udział wariancji własnej wyjaśnianej przez czynnik pierwszy wynosi 62,7%. Zanalizowano 18 zmiennych, zatem suma wszystkich wariancji wynosiła 18.

Wyniki testu osypiska przedstawione zostały na rys. 6. Na podstawie uzyskanego w oparciu o analizę metodą Monte Carlo wykresu liniowego wartości własnych można określić istnienie 2 czynników, co wynika z wykresu osypiska przedstawionego na rys. 6.



Rys. 6. Wyniki zastosowanego testu osypiska

Źródło: opracowanie własne.

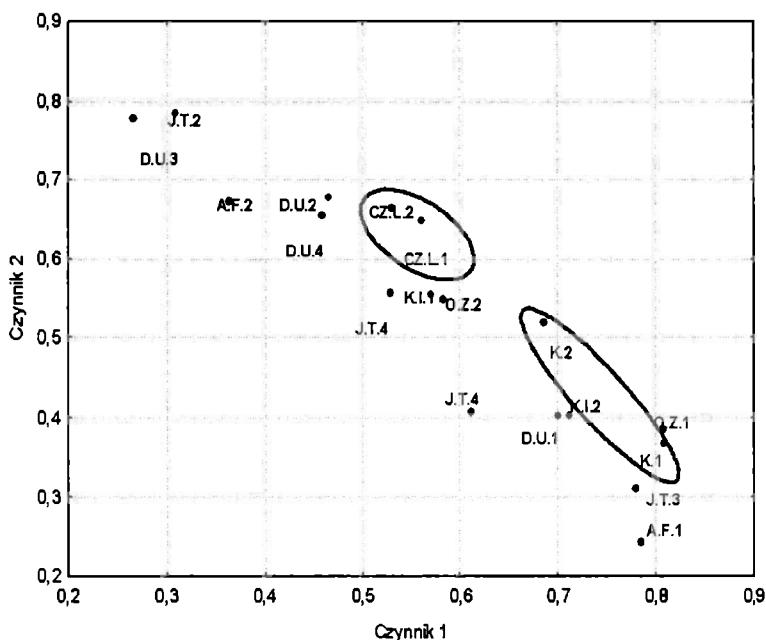
⁴ Za pomocą testu osypiska (ang. *scree*) Cattell po raz pierwszy oszacował ilość czynników wspólnych. Metoda ta polega na odnalezieniu na wykresie wartości własnych kolejnych składowych takiego punktu, w którym wartości własne poszczególnych składowych nie wyglądają jak „kamienie spadające z góry”, ale tworzą osypisko. Por. [9, s. 66].

W wyniku dalszych obliczeń otrzymano ładunki czynnikowe dla wszystkich 18 czynników. Przeanalizowano wyniki pod względem wartości ładunków czynnikowych i doprowadzono do struktury prostej (struktura prosta to taka struktura, gdy czynniki mają wysokie ładunki dla pewnych zmiennych, a niskie dla innych i gdy występuje niewiele ładunków krzyżowych). W wyniku zastosowanej procedury obliczeniowej, 2 wyodrębnione czynniki można zinterpretować, jak następuje:

- czynnik pierwszy wskazuje, że najwyższe ładunki odnoszą się do komunikatywności (por. rys.7),
- czynnik drugi wykazuje największe ładunki dla pozycji odnoszących się do długości czasu poświęcanego pacjentowi przez lekarza.

Zmienne mają ładunki krzyżowe.

Wykres rozwiązań rotowanego z 2 czynnikami wskazuje na istnienie 2 niezależnych czynników.



Rys. 7. Wykres rozwiązań rotowanego z dwoma czynnikami

Źródło: opracowanie własne.

W następnym etapie badania oszacowano macierz korelacji resztowej (tab. 3). Liczby leżące poza główną przekątną to oszacowane współczynniki korelacji resztowej; można je traktować jako mierniki „ilości” korelacji, która nie została wyjaśniona przez rozwiązanie 2-czynnikowe.

Podsumowując wyniki zaprezentowanego badania, można stwierdzić, że stosując metodę analizy czynnikowej wyodrębniono dwa czynn timer istotne z punktu

Tabela 3. Oszacowana macierz korelacji reszkowej

Skala	O.S.1	O.S.2	JK.1	J.T.2	J.T.3	J.T.4	S.M.1	S.M.2	K.1	K.2	A.F.1	A.F.2	CZ.L.1	CZ.L.2	D.U.1	D.U.2	D.U.3	D.U.4
O.S.1	0,20	-0,05	-0,02	0,04	-0,05	-0,07	-0,06	-0,04	0,03	0,03	-0,02	-0,01	-0,03	-0,01	-0,04	-0,01	0,03	0,07
O.S.2		0,36	-0,03	-0,07	-0,00	-0,01	0,03	0,01	-0,03	-0,04	-0,07	-0,04	0,01	-0,03	0,01	-0,02	-0,03	-0,01
JK.1			0,46	-0,01	-0,01	0,02	-0,05	-0,05	-0,06	-0,04	-0,04	0,06	-0,05	-0,01	-0,06	0,01	-0,03	-0,04
J.T.2				0,29	0,01	-0,04	0,01	0,02	0,04	-0,03	0,02	-0,08	-0,03	-0,04	0,02	-0,04	-0,07	-0,02
J.T.3					0,30	-0,02	-0,03	-0,02	-0,06	-0,02	-0,07	0,00	-0,02	-0,04	-0,02	-0,03	0,08	0,02
J.T.4						0,41	0,03	-0,00	-0,03	0,01	-0,05	-0,11	0,02	-0,07	0,00	0,05	-0,03	-0,11
S.M.1							0,37	0,01	-0,06	-0,02	-0,02	0,02	-0,01	-0,06	0,04	-0,02	-0,09	-0,08
S.M.2								0,33	-0,04	-0,05	-0,10	-0,05	0,03	0,03	-0,03	-0,10	-0,02	0,05
K.1									0,21	-0,01	-0,01	-0,02	0,01	0,00	-0,06	0,04	0,01	0,02
K.2										0,26	-0,01	0,01	-0,04	-0,04	-0,05	0,02	0,06	-0,06
A.F.1											0,33	0,08	-0,01	0,01	-0,06	0,02	0,07	-0,03
A.F.2												0,42	-0,03	0,02	-0,01	-0,09	-0,07	-0,05
CZ.L.1													0,26	-0,01	-0,02	0,00	-0,05	-0,06
CZ.L.2														0,28	0,00	0,00	-0,08	0,02
D.U.1															0,35	-0,05	-0,02	0,01
D.U.2																0,33	-0,07	-0,07
D.U.3																	0,32	0,01
D.U.4																		0,36

Źródło: opracowanie własne.

widzenia zadowolenia pacjenta z usług medycznych w badanej przychodni: komunikatywność i ilość czasu poświęcanego pacjentowi przez lekarza.

Kolejny etap analizy polegał na ocenie rzetelności otrzymanych wyników. Jedną z częściej stosowanych technik pomiaru homogeniczności skali jest współczynnik α Cronbacha⁵. Współczynnik ten przybiera wartości od 0 do 1. Stopień wewnętrznej zgodności wyników pomiaru mierzony współczynnikiem α Cronbacha został oszacowany na poziomie 0,96, co oznacza, że 96% zmienności pomiaru należy przypisać wynikom prawdziwym, a pozostałe 4% – błędowi.

Podskala (jedna z wyróżnionych pozycji skali) mierząca ocenę dostępności usług okazała się skalą rzetelną (por. tab. 4). Współczynnik α Cronbacha wynosił tu bowiem 0,84, a średnia korelacja między pozycjami skali 0,57. Z analizy wynika, że wszystkie elementy podskali w podobnym stopniu wpływają na rzetelność skali, są więc pozycjami równoległymi. Najsilniej z całą podskalą koreluje pozycja D.U.4 (zadowolenie z dostępności usług – pytanie 18) i dla niej również spadek rzetelności (gdyby została usunięta ze skali) byłby największy. Najslabiej na rzetelność skali oddziałuje pozycja D.U.1 (zadowolenie z dostępności usług – pytanie 8).

Tabela 4. Podskala rzetelności dostępności usług (D.U.) w przypadku usunięcia poszczególnych pozycji

Gdy usunięto	Średnia	Wariancja	Odchylenie standardowe	Pozostała całkowita korelacja	α Cronbacha
D.U.1	7,79	11,35	3,37	0,64	0,82
D.U.2	7,98	11,31	3,36	0,67	0,80
D.U.3	8,00	11,89	3,45	0,67	0,80
D.U.4	7,88	10,09	3,18	0,73	0,78

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując wyniki analizy rzetelności, należy stwierdzić, że uzyskano wysoki stopień wewnętrznej zgodności wyników pomiaru mierzony współczynnikiem α Cronbacha.

⁵ Por. [3, s. 52]. Współczynnik α Cronbacha określony jest wzorem:

$$\alpha_c = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum_{j=1}^k S_j^2}{\sum_{j=1}^k S_j^2 + \sum_{i=1}^k \sum_{j=2}^k r_{ij} S_i S_j} \right),$$

gdzie: k – liczba pytań składających się na cały blok służący do pomiaru określonej postawy, S_j^2 – wariancja wyników pomiaru, na j -te pytanie, r_{ij} – współczynnik korelacji między odpowiedziami na i -te oraz j -te pytanie.

4. Podsumowanie

W niniejszym artykule przedstawiono próbę zbadania stopnia zadowolenia grupy pacjentów ze świadczonych usług medycznych w jednej z częstochowskich placówek zdrowia.

Z badań wynika, że większość pacjentów wykazuje niezadowolenie ze świadczonych usług zdrowotnych (47% niezadowolonych, 36% zadowolonych). Jednym z czynników decydujących o niezadowoleniu jest płeć pacjentów – poziom zadowolenia ze świadczonych usług medycznych kobiet jest zdecydowanie niższy niż mężczyzn.

Spośród 7 aspektów zadowolenia z usług medycznych, istotne znaczenie dla pacjentów mają 2, wyodrębnione metodą analizy czynnikowej:

- komunikatywność,
- ilość czasu poświęcanego pacjentowi przez lekarza.

Zasadne okazało się w przypadku prezentowanego badania zastosowanie metody analizy czynnikowej.

Literatura

- [1] Ferguson G.A., Takane Y., *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*, PWN, Warszawa 2002.
- [2] Hill N., Alexander J., *Pomiar satysfakcji i lojalności klientów*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003.
- [3] Rószkiewicz M., *Metody ilościowe w badaniach marketingowych*, PWN, Warszawa 2002.
- [4] Sagan A., *Badania marketingowe, Podstawowe kierunki*, AE, Kraków 1998.
- [5] Sagan A., *Analiza rzetelności skal satysfakcji i lojalności*, StatSoft, Warszawa-Kraków 2003.
- [6] de Silva A., *A framework for measuring responsiveness. EIP discussion*, Paper No. 32, WHO, Geneva 2000.
- [7] Valentine N., de Silva A., *Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization*, [w:] red. Ch.J.L. Murray, D. Evans, *Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism*, WHO, Geneva 2003.
- [8] Wilkin D., Hallam L., Doggett M.A., *Measure of Need and Outcome for Primary Health Care*, Oxford University Press, Oxford 1992.
- [9] Zakrzewska M., *Analiza czynnikowa w budowaniu i sprawdzaniu modeli psychologicznych*, PWN, UAM, Poznań 1994.

MEASUREMENT OF PATIENT SATISFACTION WITH MEDICAL HEALTH CARE

Summary

The measurement of patient satisfaction was performed in one of the integrated health care managements units, that is ZOZ in Częstochowa. The applied measurement instrument was PSQ-18 Questionnaire, which is the short-form version of the 50-item Patient Satisfaction Questionnaire III

(PSQ-III). The PSQ-18 contains 18 items covering each of the 7 dimensions of patient satisfaction with the medical care: general satisfaction, technical quality, interpersonal manner, communication, financial aspects, time spent with doctor, accessibility and convenience. The factor analysis was used to find the factors influencing the patient satisfaction from medical care services. The results indicate that the majority of the patients was not satisfied with the medical health care in the considered unit, and women were less satisfied than men.

KWESTIONARIUSZ ZADOWOLENIA PACJENTA Z USŁUG MEDYCZNYCH

INSTYTUT ZARZĄDZANIA I MARKETINGU Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie
(ul. Waszyngtona 4/8) prowadzi badania poglądów na temat zadowolenia pacjentów z opieki medycznej.

Badania są **anonimowe**, a ich wyniki wykorzystywane będą wyłącznie w **celach naukowych**.

Na kolejnych stronach są pytania dotyczące Pana odczuć o opiece medycznej. Proszę przeczytać je uważnie i szczerze ocenić opiekę medyczną, jaką Pan otrzymuje.

CZEŚĆ I

Prosimy postawić znak X w odpowiedniej kratce.

1. Czy lekarze jasno tłumaczą Panu powód badań medycznych?	Zdecydowanie tak •	Raczej tak •	Trudno powiedzieć •	Raczej nie •	Zdecydowanie nie •
2. Czy myśli Pan, że gabinet lekarski jest odpowiednio wyposażony?	Zdecydowanie tak •	Raczej tak •	Trudno powiedzieć •	Raczej nie •	Zdecydowanie nie •
3. Czy uważa Pan, że opieka medyczna, jaką Pan otrzymuje, jest prawie doskonała?	Zdecydowanie tak •	Raczej tak •	Trudno powiedzieć •	Raczej nie •	Zdecydowanie nie •
4. Czy uważa Pan, że stawiane diagnozy są poprawne?	Zdecydowanie tak •	Raczej tak •	Trudno powiedzieć •	Raczej nie •	Zdecydowanie nie •
5. Czy uważa Pan, że stać Pana na konieczne leczenie?	Zdecydowanie tak •	Raczej tak •	Trudno powiedzieć •	Raczej nie •	Zdecydowanie nie •
6. Czy sądzi Pan, że lekarz zleca przeprowadzanie wszystkich potrzebnych badań?	Zdecydowanie tak •	Raczej tak •	Trudno powiedzieć •	Raczej nie •	Zdecydowanie nie •
7. Czy koszty leczenia przekraczają Pana możliwości finansowe?	Zdecydowanie tak •	Raczej tak •	Trudno powiedzieć •	Raczej nie •	Zdecydowanie nie •
8. Czy w przyszłości ma Pan łatwy dostęp do lekarzy specjalistów?	Zdecydowanie tak •	Raczej tak •	Trudno powiedzieć •	Raczej nie •	Zdecydowanie nie •

9. Czy w przychodni musi Pan długo czekać na wejście do lekarza?	Zdecydowanie tak •	Raczej tak •	Trudno powiedzieć •	Raczej nie •	Zdecydowanie nie •
10. Czy lekarz zachowuje się w stosunku do Pana zbyt rzeczowo i bezosobowo?	Zdecydowanie tak •	Raczej tak •	Trudno powiedzieć •	Raczej nie •	Zdecydowanie nie •
11. Czy lekarz traktuje Pana przyjaźnie i z szacunkiem?	Zdecydowanie tak •	Raczej tak •	Trudno powiedzieć •	Raczej nie •	Zdecydowanie nie •
12. Czy lekarz zbyt się spieszy podczas wizyty?	Zdecydowanie tak •	Raczej tak •	Trudno powiedzieć •	Raczej nie •	Zdecydowanie nie •
13. Czy zdarza się, że lekarz nie zwraca uwagi na to, co Pan mówi?	Zdecydowanie tak •	Raczej tak •	Trudno powiedzieć •	Raczej nie •	Zdecydowanie nie •
14. Czy ma Pan zastrzeżenia do umiejętności lekarza, który Pana leczy?	Zdecydowanie tak •	Raczej tak •	Trudno powiedzieć •	Raczej nie •	Zdecydowanie nie •
15. Czy lekarz zazwyczaj poświęca Panu dużo czasu?	Zdecydowanie tak •	Raczej tak •	Trudno powiedzieć •	Raczej nie •	Zdecydowanie nie •
16. Czy trudno jest Panu umówić się z lekarzem na natychmiastową wizytę?	Zdecydowanie tak •	Raczej tak •	Trudno powiedzieć •	Raczej nie •	Zdecydowanie nie •
17. Czy jest Pan niezadowolony z niektórych elementów uzyskiwanej opieki medycznej?	Zdecydowanie tak •	Raczej tak •	Trudno powiedzieć •	Raczej nie •	Zdecydowanie nie •
18. Czy zawsze może Pan uzyskać pomoc medyczną, gdy jej Pan potrzebuje?	Zdecydowanie tak •	Raczej tak •	Trudno powiedzieć •	Raczej nie •	Zdecydowanie nie •

METRYCZKA

PLEĆ	WIEK	GRUPA ZAWODOWA
☐ Kobieta ☐ Mężczyzna	• Do 20 lat ☐ 51-60 lat ☐ ☐ 21-30 lat • ☐ 61-70 lat ☐ ☐ 31-40 lat ☐ 71-80 lat ☐ • 41-50 lat ☐ 81 i więcej ☐	☐ Bezrobotny ☐ Pracownik fizyczny ☐ Student ☐ Pracownik umysłowy ☐ Emeryt ☐ Kierownik wyższego szczebla ☐ Rentista ☐ Prowadzę własny biznes

Główne źródła dochodów:

- ☐ Pieniądze otrzymywane od rodziców, rodziny
☐ Zasiłek na dzieci
☐ Wynagrodzenie z pracy
☐ Zasiłek dla bezrobotnych
☐ Dochód z własnej działalności
☐ Zasiłki z pomocy społecznej
☐ Renta (plus dodatki)
☐ Emerytura (plus dodatki)

19. Jak Pan ocenia styl życia własnego gospodarstwa domowego?

- Żyję oszczędnie i pieniędzy wystarczy mi na wszystko w zupełności
- Cieszę się życiem i nie zwracam uwagi na pieniądze, bo nie muszę się martwić finansami
- Żyję bardzo oszczędnie, by odłożyć na ważniejsze zakupy
- Pieniądzy wystarczy mi tylko na ważniejsze zakupy
- Pieniądzy nawet nie wystarczy na żywność
- Nie stać nas na korzystanie z opieki zdrowotnej, bo nie mam za co wykupić recept

20. Jak ocenia Pan funkcjonowanie przychodni niepublicznych, z których Pan korzysta?	Bardzo dobrze •	Raczej dobrze •	Trudno powiedzieć •	Raczej źle •	Bardzo źle •
--	--------------------	--------------------	------------------------	-----------------	-----------------