

Oczekiwania chorych wobec personelu lekarskiego

Expectations of patients towards medical staff

ALICJA MOCZYDŁOWSKA^{1,2/}, ELŻBIETA KRAJEWSKA-KUŁAK^{3/}, MARIA KÓZKA^{4/}, KRZYSZTOF BIELSKI^{1/}

^{1/} Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem

^{2/} Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

^{3/} Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

^{4/} Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Wstęp. Opinia chorych jest niezwykle cennym źródłem informacji na temat jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez zakłady opieki zdrowotnej.

Cel pracy. Ocena oczekiwań pacjentów wobec personelu lekarskiego.

Materiał i metody. Badaniem objęto po 300 chorych oddziałów zabiegowych (grupa I) i oddziałów zachowawczych (grupa II). W badaniu wykorzystano: kwestionariusz autorski, Skalę Zaufania Pacjent Lekarz Aderson i Dedrick oraz skalę SWLS i AIS.

Wyniki. Za preferowaną cechę lekarzy uważano – trafność diagnozy (25,3% w grupie I i 28% w grupie II), za czynność – badanie chorych (23,3% z grupy I i 30% z grupy II). Badani chcieliby, aby lekarze omawiali z chorym jego problemy zdrowotne (71,8%) i uczyli rodzinę właściwego postępowania w ich chorobie (86,5%). Najbardziej pożądanymi cechami charakteru lekarza były: budzić zaufanie (76,5%) i bezinteresowność (59,8%). 80,7% badanych uważała, że lekarze informują chorych o wykonywanych przez siebie czynnościach, otrzymują zgodę pacjentów na ich wykonanie i szanują ich godność (93,7%). 98,1% chorych darzyło swoich lekarzy zaufaniem.

Wnioski. Pacjenci od lekarza oczekiwali przede wszystkim umiejętności zawodowych związanych z trafnością diagnozy, umiejętnością badania chorych oraz odpowiednią wiedzą medyczną. Najbardziej pożądanymi przez respondentów cechami charakteru lekarza były: zaufanie, bezinteresowność, poszanowanie godności innych i odpowiedzialność. Pacjenci w większości pozytywnie oceniali pracę lekarza, nieco wyżej z oddziałów zabiegowych niż zachowawczych. Ponad połowa respondentów darzyła swoich lekarzy zaufaniem, stosowała się do ich rad, nie wątpiła we właściwą ich opiekę, traktowała jako ekspertów w leczeniu chorób oraz wierzyła, że zawsze mówią prawdę i dotrzymują tajemnicy zawodowej. Wysoką ocenę personelu lekarskiego prezentowali badani ze średnią akceptacją choroby i przejawiający niską satysfakcję życiową.

Słowa kluczowe: chory, oczekiwania chorych, lekarz, personel lekarski, satysfakcja z opieki

Introduction. Patients' feedback is an extremely valuable source of information about the quality of health services provided by health care institutions.

Aim. The assessment of patients' expectations from the medical staff.

Materials & Methods. The study included 300 patients from post-surgical wards (group I) and behavioral wards (group II). The study used: the questionnaire by Aderson and Dedrick Doctor Patient Trust Scale, SWLS and AIS scale.

Results. The preferred features of the doctors: the accuracy of diagnosis (25.3% in group I and 28% in group II), the patient's examination (23.3% in group I and 30% in group II). The respondents would like physicians to discuss the health problem with the patient (71.8%), and to instruct the family about the proper procedures when dealing with their family member's illness (86.5%). The most desirable traits in a doctor were the ability to evoke trust (76.5%) and selflessness (59.8%). 80.7% of the respondents believed that physicians informed the patients about the performed activities, they asked for permission to perform them and respected the patients' dignity (93.7%). 98.1% of the patients trusted their doctors.

Conclusions. What the patients primarily expected from the doctor were professional skills in accuracy of diagnosis, ability to examine patients, and appropriate medical knowledge. The most desirable traits in a physician were: trust, selflessness, respect for the dignity of others and responsibility. The patients from the surgical than behavioral wards slightly more positively evaluated the work of the doctor. More than half of the respondents trusted their doctors, listened to their advice, did not doubt in their proper care, treated them as experts in treatment of diseases and believed that they always told the truth and kept their professional secrecy. High evaluation of medical personnel was presented by the subjects with medium acceptance of their disease and exhibiting low satisfaction with life.

Key words: patient, expectations of patients, physician, medical staff, satisfaction with care

© Hygeia Public Health 2014, 49(1): 142-151

www.h-ph.pl

Nadestano: 02.12.2013

Zakwalifikowano do druku: 23.12.2013

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Alicja Moczydłowska

Szpital Ogólny

ul. Szpitalna 5, 18-200 Wysokie Mazowieckie

e-mail: moczydłowska@szpitalwysmaz.pl

Wprowadzenie

Opinia chorych jest niezwykle cennym źródłem informacji na temat jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez zakłady opieki zdrowotnej.

W literaturze przedmiotu, za Wrońskim i wsp. [1, 2], pojęcie jakości usługi medycznej pojawiło się na początku XX wieku w Stanach Zjednoczonych, a pierwszą grupą zawodową dążącą do niej byli chirurdzy i powstanie w 1913 r. organizacji *American College of Surgeons*, która zapoczątkowała tworzenie standardów dotyczących udzielania oświadczeń zdrowotnych w szpitalach.

Kurpas i wsp. [3] podkreślają, iż najlepszym źródłem informacji o jakości usług z perspektywy pacjenta jest badanie satysfakcji, rozpatrywanej jako jedna ze składowych jakości opieki medycznej oraz główny czynnik warunkujący przestrzeganie zaleceń lekarza, prowadzący do lepszych efektów klinicznych samej opieki zdrowotnej.

W opinii Palczewskiej [4], pacjent oczekuje od personelu medycznego ciągłości procesu leczenia i pielęgnacji, komfortu psychicznego i dobrej relacji z personelem. W związku z tym istnieje wiele czynników determinujących proces komunikowania się z chorym, do których zalicza się: wiek, płeć, grupę społeczną, z której pochodzi lub jednostkę chorobową z uwzględnieniem jej rokowania [4].

Zdaniem Mykowskiej [5] satysfakcja pacjenta zależy od różnicy pomiędzy tym, co pacjent dostaje, a jego subiektywnymi oczekiwaniami. W przypadku, gdy różnica jest pozytywna, pacjent jest usatysfakcjonowany, jeżeli negatywna świadczy to o niezadowoleniu osoby korzystającej z opieki medycznej [5]. Oczekiwania, z którymi pacjent przychodzi do zakładu opieki zdrowotnej, mają dwa źródła. Pierwsze z nich to doświadczenie i uzyskane informacje określone, jako zewnętrzne oraz wewnętrzne, nazywane zbiorem potrzeb charakterystycznych dla danej osoby. Źródła zewnętrzne oczekiwań mogą być skrajnie różne i zmieniać się w czasie. Do najważniejszych potrzeb Mykowska [5] zalicza: potrzebę informacji, kontroli sytuacji, bezpieczeństwa, zainteresowania i wsparcia społecznego, szacunku i akceptacji, intymności i poufności, przyjaznej atmosfer.

Negatywne odczucia pacjenta, jak podkreślają Małecka i Marcinkowski [6], mogą być spotęgowane np. jego złym stanem zdrowia, nieznaną fachowego języka, jakim posługują się pracownicy ochrony zdrowia, a także nieprzyjaznym, wzbudzającym lek z powodu wyglądu sprzętu medycznego.

Badania CBOS z 2009 r. [7] przeprowadzone w grupie 979 Polaków wykazały, iż mniej więcej co piąty respondent (19%) korzystający w 2008 roku z opieki zdrowotnej w ramach NFZ napotkał jakieś

trudności. Od 2005 r. odsetek ten w zasadzie się nie zmienił. Niezadowolonych z tego, jak funkcjonuje w naszym kraju opieka zdrowotna, było 63% Polaków, a zadowolenie wyrażało 34% z nich. Deklarację, iż ufa swoim lekarzom złożyło 74% badanych, 20% miało do nich niewielkie zaufanie, a 3% – bardzo małe [7].

Cel pracy

Ocena oczekiwań pacjentów hospitalizowanych w szpitalu wobec personelu lekarskiego.

Materiał i metodyka

Badania przeprowadzono od 1 grudnia 2011 r. do 31 maja 2012 r. w szpitalu w Wysokiem Mazowieckiem w grupie 300 losowo wybranych chorych oddziałów zabiegowych (grupa I), w tym z Oddziałów: Chirurgicznego Ogólnego, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Ginekologiczno-Położniczego i 300 losowo wybranych chorych oddziałów zachowawczych (grupa II), w tym z Oddziału Chorób Wewnętrznych i Oddział Pulmonologii. W I grupie ogółem rozprawdzono 355 ankiet, zaś do badania wykorzystano 300 ankiet, a w II grupie – 345 ankiet, zaś do badania wykorzystano 300 ankiet^{1/}.

Pacjenci uczestniczący w badaniu byli pełnoletni (mieli 18 lat i powyżej), przebywali przynajmniej 3 doby w szpitalu, byli zdolni do czytania i pisania, bez wpływu leków psychotropowych i dolegliwości bólowych, nie mieli zaburzeń świadomości i wyrazili zgodę na badanie. Chorzy wypełniali ankiety o optymalnej porze dnia.

Zasadnicze badania zostały poprzedzone badaniem pilotażowym, w grupach po 50 pacjentów każdego oddziału, które pozwoliło na zweryfikowanie jasności stwierdzeń sformułowanych w kwestionariuszach.

W badaniu wykorzystano:

- kwestionariusz autorski zawierający 16 pytań o cechy charakteryzujące umiejętności zawodowe lekarzy i ich podejście do pacjenta,
- standaryzowaną Skalę Zaufania Pacjent Lekarz Aderson i Dedrick [8], Pacjent udzielał odpowiedzi za pomocą pięciopunktowej skali. W analizie wyników posłużono się wyliczeniem wartości odsetkowych i średnich wartości punktów uzyskanych w wyniku odpowiedzi na poszczególne pytania skali [8],
- standaryzowaną Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS – *The Satisfaction with Life Scale*), Dienera, Emmons, Larsena, Griffina, w polskiej wersji Juczyńskiego, dla innych profesjonalistów, niebędących psychologami [9]. Skala zawiera pięć stwierdzeń,

^{1/} Na badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku R-I-002/52/2011.

a badany oceniał w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia. Wyniki od 5-9 pkt. świadczyły, że mamy do czynienia z osobą zdecydowanie niezadowoloną ze swojego życia, 10-14 pkt – osobą bardzo niezadowoloną, 15-19 pkt – osobą raczej niezadowoloną, 20 pkt – osoba ani zadowolona, ani niezadowolona, 21-25 pkt – osobą raczej zadowoloną ze swojego życia, 26-30 pkt – osobą bardzo zadowoloną i 31-35 pkt – osobą zdecydowanie zadowoloną ze swojego życia [9],

- standaryzowaną skalę akceptacji choroby AIS w polskiej adaptacji Juczyńskiego [9], składającą się z ośmiu pytań opisujących konsekwencje złego stanu zdrowia. Pytania dotyczyły ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych i obniżonej własnej wartości. Każde pytanie zawierało pięciopunktową skalę. Zdecydowana zgoda oznaczała złe przystosowanie do choroby, natomiast brak zgody – akceptację choroby. Miarą stopnia akceptacji obecnego stanu zdrowia była suma wszystkich punktów, mieszcząca się w zakresie od 8 do 40. Do określenia stopnia akceptacji utworzono trzy przedziały punktowe, gdzie liczba punktów: od 8 do 18 oznaczała brak akceptacji choroby, od 19 do 29 – średnią akceptację i od 30 do 40 – dobrą akceptację [9].

Wyniki

W oddziałach zabiegowych (grupa I) większość badanej grupy (51,3%) stanowiły kobiety, a mężczyźni – 48,7%. W oddziałach zachowawczych (grupa II) stwierdzono odwrotną zależność pod względem płci – większość stanowili mężczyźni – 61,3%, a kobiety – 38,7%.

W grupie I największy odsetek pacjentów odnotowano w przedziale wiekowym powyżej 70 lat (21,34%), jednocześnie będący najwyższym odsetkiem badanych pacjentów należących do II grupy (53,34%). Pacjenci w wieku do 20 lat stanowili 6,7% badanych z grupy I i 0,7% z grupy II; w wieku 20-30 lat – 18,3% z grupy I i 1,3% z grupy II; w wieku 31-40 lat – 16,3% z grupy II i 0,3% z grupy I; w wieku 41-50 lat – 12,7% z grupy II i 6,7% z grupy I; w wieku 51-60 lat – 13,3% z grupy II i 16,3% z grupy I oraz w wieku 61-70 lat – 11,3% z grupy II i 21,3% z grupy I.

Badając oczekiwania ankietowanych wobec personelu lekarskiego w ocenie cech dotyczących umiejętności zawodowych wykazano, iż w grupie chorych należącej do oddziałów zabiegowych (grupa I) najczęściej za preferowaną cechę lekarzy uważała trafność diagnozy (25,3%), posiadanie wiedzy medycznej (23%), a następnie – gotowość i umiejętność przekazania informacji (17,3%), umiejętność obserwacji (14,3%), humanitarny stosunek do pacjenta (10,3%),

umiejętności manualne (7,3%) oraz staranność i dokładność w wykonywaniu zabiegów (2,3%). W odniesieniu do grupy pacjentów oddziałów zachowawczych (grupa II) rozkład cech umiejętności lekarzy zdaniem ankietowanych nieco się zmieniał i występował według kolejności: trafność diagnozy (28%), posiadanie wiedzy medycznej (20,7%), umiejętność obserwacji (16,0%), gotowość i umiejętność przekazania informacji (12,3%), humanitarny stosunek do pacjenta (9,7%), staranność i dokładność w wykonywaniu zabiegów (7,0%) oraz umiejętności manualne (6,3%).

Analizując związek między zmienną „Jakie czynności są najważniejsze w pracy lekarza?”, a grupą pacjentów stwierdzono, iż w I grupie badanych ankietowani wskazali niemalże na jednakowym poziomie takie czynności jak: badanie chorych (23,3%), czynności zabiegowe (21,0%) i przygotowanie do badań diagnostycznych (20,7%), zaś pozostałe czynności wskazała mniejsza liczba ankietowanych, tj.: usprawnianie pacjentów (14,3%), edukowanie chorych (10,0%), pomaganie pacjentowi w czynnościach samoobsługowych (6,0%) i udzielanie pacjentowi wsparcia (4,7%). Druga grupa pacjentów wskazała następująco odpowiedzi: badanie chorych (30%), usprawnianie pacjentów (19,3%), edukowanie chorych (10%), przygotowanie do badań diagnostycznych (12,7%), pomaganie pacjentowi w czynnościach samoobsługowych (11,3%), udzielanie pacjentowi wsparcia (7,7%) oraz czynności zabiegowe (4,3%).

W wyniku analizy danych stwierdzono, iż znacząca liczba ankietowanych oceniła pozytywnie atmosferę panującą podczas wykonywania pracy przez lekarzy, określając ją jako zależną od lekarza (27,2%), dobrą i spokojną (23,3%), przebiegającą z poszanowaniem godności/intymności chorego (11,5%), wykonywaną w pośpiechu (11,7%), przyjazną i życzliwą (11,0%), jako obojętną i rutynową (7,3%), nie udzieliło odpowiedzi 8% respondentów.

Wśród ankietowanych, zarówno w I jak i II grupie pacjentów, badani zapytani, „Czy chciałby, aby lekarze omawiali z chorym jego problemy zdrowotne?” – w 71,8% odpowiedzieli tak, w 6,7% nie, a 21,5% miało problem z odpowiedzią. Na pytanie „Czy chciałby, aby lekarze uczyli rodzinę chorego właściwego postępowania w jego chorobie?” – 86,5% odpowiedziało tak, 3,8% nie, a 9,7% nie zadeklarowało się. W kwestii „Czy chciałby, aby lekarze omawiali z rodziną chorego jego problemy zdrowotne?” – 74,5% odpowiedziało tak, 13,7% nie, a 15,2% nie zadeklarowało się. Zapytani „Czy chciałby, aby lekarze uczyli rodzinę chorego właściwego postępowania w jego chorobie?” – 79,5% odpowiedziało pozytywnie, 5,6% negatywnie, a 14,9% nie wypowiedziało się jednoznacznie.

Zdaniem pacjentów, najbardziej pożądanymi cechami charakteru lekarza są: budzenie zaufania

(76%), bezinteresowność (59,6%), poszanowanie godności innych (50,8%), powołanie (46,3%), odpowiedzialność (45,8%), opanowanie (36,8%), cierpliwość (30,5%), sumiennosc (30%), opiekuńczość (28,5%), profesjonalność (24,5%), a rzadziej komunikatywność (16,3%), tolerancyjność (19,5%), delikatność (12,3%), uczciwość (12%), poczucie estetyki (11%), uprzejmość i dobroć (po 10,1%), czułość (10%), pracowitość (9,5%), czujność (9,3%), szczerosc (7,8%), empatia (7,3%), uczynność (6,6%), samodzielność (6,3%), punktualność (5,6%) i asertywność (5,1%).

W opinii 80,7% badanych lekarz informował ich o podejmowanych przez siebie czynnościach i wykonuje je tylko wtedy, gdy otrzymają zgodę. Odmienne opinie wyraziło 6,5% osób, a 12,8% nie wypowiedziało się jednoznacznie. Zdaniem 91,8% pacjentów lekarz przy podejmowanych przez siebie czynnościach pielęgnacyjnych szanował ich godność. Z powyższym nie utożsamiało się 2,5% badanych, a 5,7% było niezdecydowanych. Z opinią, że lekarz przy podejmowanych przez siebie czynnościach pielęgnacyjnych szanował intymność zgadzało się 93,7% ankietowanych, nie zgadzało się 2%, a pozostałe 4,3% miało problem z odpowiedzią.

W ocenie profesjonalizmu i zadowolenia z pracy lekarzy wykazano wartości zmiennej zależnej istotnie większe w grupie I (chorzy oddziałów zabiegowych), niż w grupie II (pacjenci oddziałów zachowawczych). Badane grupy istotnie różniły się między sobą poziomem zmiennej: „Ocena profesjonalizmu lekarzy”. W grupie II jej wartość wynosiła $7,38 \pm 1,48$; zaś w grupie I – była istotnie większa, równa $8,87 \pm 6,49$ (istotność testu Levene’a: 0,938; $t = -3,88$; $df = 598$, $p = 0,000$). Badane grupy istotnie różniły się między sobą poziomem zmiennej: „Ocena zadowolenia z pracy lekarzy”. W grupie II jej wartość wynosiła $7,72 \pm 1,51$; a w grupie I – była istotnie większa, równa $8,99 \pm 5,9$ (istotność testu Levene’a: 0,690; $t = -3,63$; $df = 598$; $p = 0,000$).

Z badań wynika, iż pacjenci w większości darzyli zaufaniem swoich lekarzy (98,1%). Odmienne zdanie wyraziło 1,8% badanych, a 4,5% z nich nie miał w tej kwestii jednoznacznego zdania.

Analizując związek między zmienną: „Czy lekarz powinien budzić zaufanie?”, a rodzajem oddziału, należy podkreślić, iż w opinii 76,3% badanych z oddziałów zabiegowych i 76,7% z oddziałów zachowawczych – lekarz „powinien budzić zaufanie”. Odmienne opinie wyraziło 23,7% osób z oddziałów zabiegowych i 23,3% z oddziałów zachowawczych.

Podstawą do oceny zaufania pacjent-lekarz była skala Anderson Dedrick, składająca się z 11 zagadnień. Obliczenia wykonano dla wszystkich badanych osób należących do obu grup. Rzetelność współczyn-

nika Ralpa Cronbacha tej skali jest oceniona, jako umiarkowana i równa 0,574.

W stwierdzeniu „mój lekarz zwykle rozpatruje moje potrzeby i stawia je na pierwszym miejscu” w pełni przekonanych ankietowanych w oddziałach zachowawczych (grupa II) było 38,4% badanych, zdecydowanej opinii udzieliło – 48,3%, a innego zdania było 12,6%. W tej kwestii zbliżone były odpowiedzi hospitalizowanych osób przebywających w oddziałach zabiegowych (grupa I) – twierdząco odpowiedziało 42,7% chorych, nie miało zdania – 44,7% z nich, zaś 12,6% nie zgadzało się z tym stwierdzeniem. Zaufanie do lekarza i zawsze stosowanie się do jego rad, deklarowała znaczna część respondentów poszczególnych oddziałów (grupa II – 71,3%; grupa I – 60,3%), część osób nie potrafiła odpowiedzieć jednoznacznie (grupa II – 23,3%; grupa I – 27,7%), a pozostali byli zdania przeciwnego (grupa II – 4,6%; grupa I – 12,0%). O tym, że „jeżeli mój lekarz coś zawsze mówi być to prawda” przekonanych w oddziałach zachowawczych było 56,7% badanych, a zabiegowych – 62,3% chorych, w tej kwestii nie miało zdania w oddziałach zachowawczych 29,7% osób, a zabiegowych – 26,3%, a pozostali nie zgadzali się z tą opinią (zachowawcze – 13,6%; zabiegowe – 11,3%). Ze stwierdzeniem „czasami nie ufam mojemu lekarzowi” zgadzały się w oddziałach zachowawczych – 24% badanych, a w zabiegowych – 16,6%, nie miało zdania w oddziałach zachowawczych – 32,3% osób i zabiegowych – 33,7% chorych, zaś znaczna część była przeciwna temu stwierdzeniu (zachowawcze – 43,7%; zabiegowe – 49,7%). Orzeczeniom i opiniom lekarza ufało 67,3% badanych w oddziałach zachowawczych i 57,3% w zabiegowych. Niezdecydowanych było w oddziałach zachowawczych – 21,0% osób i 27% w zabiegowych, nie ufało lekarzowi – 11,6% badanych w grupie badanych oddziałów zachowawczych oraz 15,6% w zabiegowych. Z opinią „czuję, że mój lekarz nie wszystko robi dla mojej opieki medycznej” zgadzało się 28,6% w oddziałach zachowawczych i 30,3% w zabiegowych. Znaczna część ankietowanych nie miała ugruntowanego zdania (zachowawcze – 26,7%; zabiegowe – 35,0%), a pozostali byli innego przekonania (zachowawcze – 48,3%, zabiegowe – 34,7%). Zaufanie do swojego lekarza w kwestii leczenia schorzeń deklarowało 65,7% badanych w oddziałach zachowawczych i 69,3% w zabiegowych. Nie miało na ten temat opinii 25% pacjentów z oddziałów i 19,3% z zabiegowych. Przeciwnych temu stwierdzeniu było 9,3% osób w oddziałach zachowawczych i 11,3% w zabiegowych. Przekonanych o stwierdzeniu, że „mój lekarz jest prawdziwym ekspertem w leczeniu chorób” w oddziałach zachowawczych 59% osób, a w zabiegowych – 61,7%. Niezdecydowanych w powyższej kwestii było 32,3% badanych z oddziałów zachowaw-

czych i 26,3% z zabiegowych, a przeciwnych temu stwierdzeniu – 8,6% z oddziałów zachowawczych i 12% z zabiegowych. Na pytanie czy „mogę powiedzieć mojemu lekarzowi, jeżeli popełni błąd” – 50% respondentów w oddziałach zachowawczych i 43,6% w oddziałach zabiegowych odpowiedziało „tak”. Jednoznacznie nie potrafiło odpowiedzieć na pytanie 32,3% badanych w oddziałach zachowawczych i 37% w zabiegowych, zaś pozostali byli odmiennego zdania (oddziały zachowawcze – 17,6%; zabiegowe – 19,3%). Ze stwierdzeniem „czasami obawiam się, że mój lekarz nie dochowa tajemnicy” w oddziałach zachowawczych „nie zgadzało się” 65,7% badanych, a zabiegowych

– 56,3% osób. Nie było zdecydowanych, co do powyższego stwierdzenia – 21,6% badanych w oddziałach zachowawczych i 31% w zabiegowych, zaś utwierdzonych w tym przekonaniu było po 12,6% respondentów w oddziałach zachowawczych i zabiegowych było po 38 ankietowanych pacjentów (tab. I).

Analizując wpływ stopnia akceptacji choroby prezentowanego przez chorych (ocena skalą AIS) na ocenę pracy personelu lekarskiego, dokonano jej w zakresie profesjonalizmu, zadowolenia z pracy oraz zaufania wobec tego personelu szpitala.

Z badań wynika, że chorzy oddziałów zabiegowych, wykazując średnią akceptację choroby, najwyżej

Tabela I. Interpretacja skali zaufania lekarz-pacjent Anderson i Dedrick przez pacjentów oddziałów zachowawczych i zabiegowych
Table I. Interpretation of the scale of Anderson and Dedrick doctor-patient trust by medical patients from behavioural and treatment wards

Nr zagadnienia/ zagadnienie/Is- sue number	Oddział /Ward	Skala punktowa odpowiedzi /5 point response scale					Średnia punk- tów /average points ± SD	
		1 pkt /1 pts	2 pkt /2 pts	3 pkt /3 pts	4 pkt /4 pts	5 pkt /5 pts		
1.	Wątpię, że mój lekarz naprawdę opiekuje się mną jako osobą	Zachowawcze	76	111	89	16	6	2,2±0,95
	Zabiegowe	61	93	108	30	8	2,4±1,01	
Istotność statystyczna							p=0,007	
2.	Mój lekarz zwykle rozpatruje moje potrzeby i stawia je na pierwszym miejscu	Zachowawcze	12	26	145	90	25	3,3±0,89
	Zabiegowe	7	31	134	98	30	3,4±0,89	
Istotność statystyczna							NS	
3.	Ufam bardzo mojemu lekarzowi, dlatego zawsze stosuję się do jego rad	Zachowawcze	0	14	70	170	44	3,8±0,73
	Zabiegowe	10	26	83	137	44	3,6±0,95	
Istotność statystyczna							p=0,015	
4.	Jeżeli mój lekarz coś zawsze mówi być to prawda	Zachowawcze	8	33	89	135	35	3,5±0,93
	Zabiegowe	8	26	79	144	43	3,6±0,93	
Istotność statystyczna							NS	
5.	Czasami nie ufam mojemu lekarzowi	Zachowawcze	30	101	97	56	16	2,8±1,04
	Zabiegowe	50	99	101	37	13	2,5±1,04	
Istotność statystyczna							p=0,021	
6.	Ufam orzeczeniom i opiniom mojego lekarza	Zachowawcze	6	29	63	154	48	3,7±0,92
	Zabiegowe	14	33	81	138	34	3,5±0,99	
Istotność statystyczna							p=0,012	
7.	Czuję, że mój lekarz nie wszystko robi dla mojej opieki medycznej	Zachowawcze	46	88	80	62	24	2,8±1,18
	Zabiegowe	26	78	105	75	16	2,9±1,03	
Istotność statystyczna							NS	
8.	Ufam mojemu lekarzowi, co do sposobu leczenia moich schorzeń	Zachowawcze	6	22	75	154	43	3,7±0,88
	Zabiegowe	7	27	58	150	58	3,8±0,95	
Istotność statystyczna							NS	
9.	Mój lekarz jest prawdziwym ekspertem w leczeniu chorób	Zachowawcze	2	24	97	132	45	3,6±0,85
	Zabiegowe	9	27	79	127	58	3,7±0,99	
Istotność statystyczna							NS	
10.	Mogę powiedzieć mojemu lekarzowi, jeżeli popełni błąd	Zachowawcze	19	34	97	116	34	3,4±1,03
	Zabiegowe	19	39	111	110	21	3,3±0,99	
Istotność statystyczna							NS	
11.	Czasami obawiam się, że mój lekarz nie dochowa tajemnicy	Zachowawcze	129	68	65	28	10	2,1±1,15
	Zabiegowe	87	82	93	30	8	2,3±1,07	
Istotność statystyczna							p=0,005	
Średnia całości skali		Zachowawcze					3,2±1,13	
		Zabiegowe					3,2±1,11	
		Istotność statystyczna					NS	

Tabela II. Zależność skali AIS na ocenę personelu lekarskiego pracującego badanych w oddziałach
Table II. AIS scale dependence on assessment of medical personnel working in tested wards

Stopień akceptacji choroby AIS /AIS disease acceptance degree	Oddziały zabiegowe /Treatment wards			Oddziały zachowawcze /Behavioral wards		
	Brak akceptacji /Lack of acceptance	Średnia akceptacja /Average acceptance	Dobra akceptacja /Good acceptance	Brak akceptacji /Lack of acceptance	Średnia akceptacja /Average acceptance	Dobra akceptacja /Good acceptance
Skala punktacji /Point scale	<19 pkt.	19–29 pkt.	>29 pkt.	<19 pkt.	19–29 pkt.	>29 pkt.
Ocena profesjonalizmu lekarzy /Assessment of doctors' professionalism	7,35	7,42	7,21	8,42	8,51	8,51
Ocena zadowolenia z pracy lekarzy /Assessment of satisfaction with work of doctors	7,65	7,78	7,45	8,60	8,67	8,64
Ocena zaufania do lekarzy (%) /Assessment of trust in physicians (%)	8,40	61,00	30,60	11,22	78,33	10,45

(61%) ocenili pracę lekarzy zwłaszcza w aspekcie zaufanie do personelu lekarskiego. W zakresie profesjonalizmu i zadowolenia z pracy nie stwierdzono znaczącego wpływu stopnia akceptacji choroby na ocenę pracy personelu rzez respondentów oddziałów zabiegowych. Wysoką ocenę personelu pod względem profesjonalizmu i zadowolenia z pracy i zaufania w oddziałach zachowawczych podobnie, jak w oddziałach zabiegowych, stanowili badani ze średnią akceptacją choroby, uzyskawszy wyższe wskaźniki niż w oddziale zabiegowym (tab. II).

Oceniając wpływ prezentowanej satysfakcji z życia (SWLS) na ocenę pracy lekarzy, badania udowodniły, że w przypadku respondentów z oddziałów zabiegowych z niską satysfakcją z życia, w aspekcie pracy lekarzy, ocena zadowolenia z pracy (wskaźnik 8,33) była znacznie wyższa od profesjonalizmu (wskaźnik 7,25), natomiast była nieznacznie wyższa u badanych z przeciętnym poziomem satysfakcji z życia – ocena zadowolenia z pracy (wskaźnik 7,69) i profesjonalizmu (wskaźnik 7,37) oraz wysokim poziomem satysfakcji z życia – ocena zadowolenia z pracy (wskaźnik 7,70) i profesjonalizmu (wskaźnik 7,43). W przypadku chorych z oddziałów zachowawczych – osoby posiadające niski stopień zadowolenia z życia, nieznacznie wyżej oceniali zadowolenie z pracy lekarza (wskaźnik 8,78) niż ich profesjonalizm (wskaźnik 8,57). Podobnie było w przypadku satysfakcji z życia na poziomie przeciętnym: ocena zadowolenia z pracy – wskaźnik 8,71 i profesjonalizmu – wskaźnik 7,37 oraz wysokim: ocena zadowolenia z pracy – wskaźnik 8,42 i profesjonalizmu – wskaźnik 8,31.

Dyskusja

W opinii 2.014 ankietowanych w badaniu CBOS z 2012 r. [10], służba zdrowia w Polsce działa nie najlepiej i nie spełnia ich oczekiwań. Poziom subiektywnej satysfakcji z funkcjonowania opieki zdrowotnej był w poszczególnych regionach porównywalny, istotne różnice odnotowano jedynie między ocenami

badanych z Podkarpacia (najlepszymi) i województwa łódzkiego (najgorszymi). Niezadowolone nieco rzadziej wyrażali mieszkańcy województw: podkarpackiego (69%), opolskiego (70%), świętokrzyskiego (73%), zachodniopomorskiego (73%) i małopolskiego (74%). Najwyższy jego poziom obserwowany był natomiast wśród respondentów z województw lubuskiego (85%), łódzkiego (85%), podlaskiego i pomorskiego (po 83%) [10].

Hean [11] w badaniach w grupie 1 200 studentów I roku z dziesięciu kierunków studiów związanych z medycyną wykazał, iż lekarze postrzegani byli przez badanych studentów, jako osoby decyzyjne, posiadające w zespole medycznym rolę lidera.

Wielu autorów [12–17] próbowało podać najtrafniejszą definicję relacji między lekarzem a pacjentem oraz określić ich prawa i obowiązki względem siebie, a także wyznaczyć etyczne ramy zachowań. Hollender i Szasz [18] np. stworzyli model trzech podstawowych typów stosunków między lekarzem a chorym, który uwzględnia ich zastosowania kliniczne: aktywność – bierność (np.: w śpiączce); kierowanie – współpraca (w chorobach zakaźnych); współuczestnictwo (większość chorób przewlekłych). Natomiast Emanuel i Emanuel [12] zaproponowali następujący model: paternalistyczny (lekarz decyduje o zdrowiu pacjenta), informacyjny (lekarz jest profesjonalistą i przekazuje pacjentowi istotne informacje, które ten wykorzystuje do podjęcia decyzji), interpretacyjny (lekarz dostarcza niezbędnych informacji, w tym o ryzyku i korzyściach danej metody leczenia, pacjent zaś podejmuje kompetentną decyzję) i wspólnego naradzania się (dialog w atmosferze przyjaźni w celu wspólnego wyboru najlepszej metody leczenia).

W literaturze bioetycznej [12, 16, 17] wyróżniono także inne modele, jak: legalistyczny (którym jedną stroną jest lekarz, drugą – klient), konsumencki (w którym lekarz jako pracownik służby zdrowia pełni rolę sprzedawcy produktów medycznych, podlegając przy tym, podobnie jak w przypadku innych usług,

zasadom wolnorynkowym i ma za zadanie dostarczyć pacjentowi fachowej informacji), negocjacyjny (w którym relacja między lekarzem a pacjentem ogranicza się do negocjacji), dyskusji (dotyczącej nie tylko zdrowia, lecz także wartości moralnych), kontraktowy (w którym pacjent prowadzi negocjacje z opłaconymi przez siebie lekarzami specjalistami w obecności prawników, przy czym jedni czuwają nad opłacalnością układu dla pacjenta, drudzy – dla lekarza) i religijny (w którym relacja między lekarzem a pacjentem jest rozumiana jako przyrzeczenie, zobowiązanie moralne lub religijne).

Gromadecka-Sutkiewicz [19] w grupie 209 pacjentów leczących się poradniach lekarzy rodzinnych na terenie miasta Poznania, jedynie 55% z nich było zadowolonych ze swoich relacji z lekarzem rodzinnym [19].

W obecnym badaniu, znaczny odsetek respondentów krytycznie oceniał stosunek lekarza do pacjenta (13,4%). Należy, więc przypuszczać, iż negatywna atmosfera podczas pracy lekarza mogła podważyć zaufanie pacjenta, zaburzyć komunikację w relacji pacjent-lekarz i niekorzystnie wpłynąć na opinię w zakresie jakości usług szpitala. Na szczególną uwagę zasługują fakt, iż za właściwą komunikację pomiędzy lekarzem, a pacjentem uznało jedynie 44,2% pacjentów. Otrzymane wyniki jednoznacznie wskazują, iż na oddziałach zabiegowych preferowanymi czynnościami są czynności zabiegowe i przygotowanie do badań diagnostycznych, natomiast na oddziałach zachowawczych usprawnianie pacjentów, edukowanie chorych. W badanej grupie osób znaczna część określiła atmosferę podczas pracy lekarza, jako zależną od niego (27,2%), a także wykonywaną w pośpiechu (11,7%). Prawdopodobnie może to świadczyć o rutynowym wykonywaniu czynności medycznych, braku czasu, bądź cechach osobowościowych danego człowieka.

Ocenie poddano także przestrzeganie Praw Pacjenta przez lekarzy. Zgodnie z brzmieniem art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.), pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, natomiast art. 9 i 23 ww ustawy mówi nam, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, ma prawo dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych [20]. Należy, zatem podkreślić, iż personel pracujący w Szpitalu obowiązany jest przestrzegać praw swoich świadczeniobiorców, w tym obowiązku wynikającego z przepisów prawa, jak też regulacji o charakterze deontologicznym, jakim jest informowanie pacjentów o ich prawach.

Olejniczak i wsp. [21] badaniem objęli grupę 152 studentów VI roku Wydziału Lekarskiego i wyznaczyli sobie za cel określenie, czy studenci są uprzedzani przed zajęciami klinicznymi o konieczności przestrzegania praw pacjenta oraz w jakim zakresie w ich opinii w szpitalu klinicznym przestrzegane są wybrane prawa pacjenta przez personel medyczny oraz przez samych studentów. Wyniki badań pokazały, że chociaż informowanie studentów o konieczności przestrzegania przez nich praw pacjenta należy do obowiązków wykładowców prowadzących zajęcia kliniczne, to tylko niespełna połowa studentów potwierdziła, że faktycznie miało to miejsce (46,7%). Dwie trzecie ankietowanych studentów twierdziło, że spotkało się z przypadkiem rażącego naruszenia godności pacjenta przez lekarzy (68,1%) i przez pozostały personel medyczny (64,5%) i niespełna połowa ankietowanych – przez studentów (45,4%). Ponadto zdecydowana większość ankietowanych (79,6%) twierdziła, że studenci przestrzegali tajemnicy lekarskiej, podobnie jak prawa pacjenta do wyrażenia zgody na wywiad (92,1%), badanie (89,5%) i zabieg medyczny (77,7%) [21].

Hajduk i wsp. [22] badaniami objęli 400 osób, wśród których znalazło się 60 lekarzy, 120 pielęgniarek i położnych oraz 220 pacjentów podkarpackich szpitali. Autorzy [22] wykazali, iż lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem, w większości znali prawa pacjenta. Niespełna połowa ankietowanych pacjentów uważała, że informacje o prawach pacjenta były im przekazywane, 36,8% – że były one przekazywane czasami, zaś niemal, co piąty respondent uważa, że nie był o nich informowany. Według ankietowanych 20,4% pacjentów informacje przekazywali głównie lekarze. Uwagę autorów [22] zwrócił fakt, że ponad 30% pacjentów biorących udział w badaniu było informowanych o prawach pacjenta przez inne osoby hospitalizowane. Zdaniem osób hospitalizowanych, informacje odnośnie praw im przysługujących najczęściej były przekazywane poprzez zaznajomienie się z Kartą Praw Pacjenta (68,2%) [22].

Respondenci z badania Szyszkowskiej [23] ocenili pozytywnie udzielanie informacji przez lekarzy o stanie zdrowia, razem 83,7 % ocen „bardzo dobry” i „dobry” oraz o sposobach leczenia – 81,6 % ocen pozytywnych. Informowanie o przebiegu zabiegu operacyjnego i ryzyku z nim związanym – odpowiedzi pozytywne udzieliło 51,1% pacjentów, ocen „złych” było 6,5 %, a 30 osób (32,6 %) nie wyraziło żadnej opinii [23].

Rudawska [24] podkreśla, iż lekarze bardzo często rozmawiają z pacjentami niezrozumiałym, trudnym dla nich językiem medycznym, co sprzyja budowaniu bariery niedostępności między pacjentem (najczęściej nieposiadającym informacji na temat stanu swego zdrowia i nie zawsze zdającym sobie sprawę

ze znaczenia swoich poszczególnych objawów chorobowych, wstępnego rozpoznania itd.), a lekarzem (mającym z racji swego przygotowania zawodowego „przewagę” nad pacjentem w kwestii informacji dotyczących medycznego opisu jego osoby, rozpoznania, leczenia i rokowania).

Wagę znaczenia rozmowy z pacjentem podkreśla także Ostrowska [25], zwracając uwagę na obserwowane w kontaktach pacjent-lekarz „dysproporcje pomiędzy społecznymi oczekiwaniami a praktyką społeczną”.

W badaniach Kapały i Skrobisza [26] omówienie przez lekarza wszelkich kwestii związanych z planowanym leczeniem operacyjnym było dla pacjentów ważne w stopniu bardzo dużym (71%) lub dużym (29%). Prawie 1/3 pacjentów chciałoby być poinformowanych przez lekarza o ewentualnych powikłaniach związanych z zabiegiem operacyjnym. Po zakończeniu leczenia szpitalnego pacjenci oczekiwali od lekarza przede wszystkim informacji o sposobie postępowania z raną pooperacyjną, o konieczności dokonywania kontrolnych wizyt u specjalisty oraz informacji dotyczących zażywania leków w domu [26].

Motyka i Surmacka [27] wykazały, że 35,5% pacjentów uzyskało niewystarczające informacje na temat choroby i leczenia, a 52,5% badanych wyrażało niepokój w związku z możliwością wystąpienia następstw zdrowotnych, społeczno-ekonomicznych i dalszego rokowania. 90% badanych chciało słyszeć od lekarza, jaki jest stan ich zdrowia i jakie będzie leczenie [27].

Pirogronowicz i wsp. [28] w grupie 133 studentów kierunku lekarskiego wykazali, iż 94,7% studentów nie czuło się przygotowanymi do przekazywania pacjentom informacji o ich krytycznym stanie zdrowia. 78,2% ankietowanych twierdziło, iż miałyby spore problemy w informowaniu pacjentów i ich rodzin o złym rokowaniu. 15% przyszłoby to bez trudu, a 6,8% w ogóle nie potrafiłoby tego zrobić. 36,1% uważało, że zawsze należy pacjentowi przekazywać pełną informację o rozpoznaniu terminalnej lub nieuleczalnej choroby, natomiast 63,9% udzieliłaby takiej informacji lub nie, w zależności od sytuacji, takich jak np.: przypadek gdy pacjent wcześniej zaznaczał, że sobie tego nie życzy (40,5%), gdyby jako lekarz uznał, że taka wiedza pogorszyłaby stan zdrowia pacjenta (32,1%) lub że pacjent nie powinien tego wiedzieć (5,4%) [28]. Zdania co do tego, czy zawsze należy informować rodzinę o stanie chorego również były podzielone – 13,5% zrobiłoby to zawsze, 83,5% tylko wtedy, gdy pacjent wyraża na to zgodę, a 3% nigdy, gdyż uważa, że to do pacjenta należy poinformowanie swojej rodziny; 85% studentów udzieliłoby w pierwszej kolejności informacji o stanie zdrowia pacjenta jemu samemu, podczas gdy 15% jego rodzinie [28].

W odniesieniu do przeprowadzonych badań własnych, większość pacjentów podała (80,7%), iż uzyskali oni pełną informację o planowanych czynnościach medycznych i zostały one wykonane po uprzednim uzyskaniu ich zgody. Ponadto chorzy pozytywnie oceniali szanowanie godności (91,8%) i intymności (93,7%) chorego. Jednakże znaczący odsetek respondentów deklaruwał brak przestrzegania Praw Pacjenta przez personel lekarski lub nie był w stanie określić swojego stanowiska.

Wyniki Reader's Digest z badania *European Trusted Brands* zaprezentowane na łamach Rynku Zdrowia [29] wykazały, iż Polacy mają mniejsze zaufanie do zawodów związanych z ochroną zdrowia, czyli lekarzy, pielęgniarek i farmaceutów, niż wynosi średnia w Europie. Lekarzom ufało 64% ankietowanych w Polsce, podczas gdy średnia europejska wynosiła 81%. Jeszcze mniejszym zaufaniem lekarze byli obdarzani w Rosji (51%). Poniżej średniej dla wszystkich krajów europejskich była też Portugalia (74%), Rumunia (76%) i Chorwacja (78%). Z kolei największym zaufaniem lekarzy obdarzali Belgowie, Finowie i Szwedzi (91%) oraz Austriacy (90%), Holendrzy i Szwajcarzy (po 89%) [29]. Jeżeli chodzi o zaufanie do pielęgniarek, to ufało im w Polsce 74 proc. badanych, przy średniej dla Europy – 85%. Najmniejszym zaufaniem ten zawód cieszył się wśród mieszkańców Rosji (55%), Rumunii (60%) i Portugalii (74%). Najbardziej ufali pielęgniarkom Austriacy i Belgowie (po 95%), Finowie i Szwedzi (po 94%), a także Holendrzy, Niemcy, Słowacy i Szwajcarzy (po 92%) [29].

W badaniu porównawczym między Polską a Białorusią, Krajewska-Kuśak i wsp. [30] orzeczeniom i opiniom swojego lekarza ufało 80% ankietowanych z Polski i 50% z Białorusi. Przekonanych, co do sposobu prowadzonej terapii zaufanie do lekarza miało 93,3% pacjentów z Polski i 80% z Białorusi [30].

W obecnym badaniu, na pytanie: „Czy ma Pan/Pani zaufanie do opiekujących się Panią/Panem lekarzy?”, 98,1% osób uczestniczących w badaniu odpowiedziało „tak”. Przeprowadzone badanie wykazało, że ponad połowa respondentów była przekonana o tym, że ich lekarz naprawdę opiekował się nimi oraz zwykle rozpatrywał ich potrzeby i stawiał je na pierwszym miejscu. Zdecydowana większość chorych twierdziła, iż bardzo ufa orzeczeniom i opiniom swojemu lekarzowi i zawsze stosuje się do jego rad oraz o tym, że ich lekarz zawsze mówi prawdę.

W badaniu porównawczym między Polską a Białorusią, Krajewska-Kuśak i wsp. [30] przekonanych o tym, iż ich lekarz jest prawdziwym ekspertem w leczeniu chorób, miało 76,7% chorych z Polski i 84% z Białorusi. Wątpliwości co do tego, czy mogą powiedzieć swojemu lekarzowi, że popełnił błąd, miało 51,7% respondentów z Polski i 54% z Białorusi.

Przekonanych o tym, iż lekarz nie robi wszystkiego, co możliwe dla ich opieki medycznej, było 30% respondentów z Polski i 34% z Białorusi. Obawy, przed dochowaniem przez lekarza tajemnicy zawodowej deklarowało 58,3% badanych z Polski i 18% z Białorusi [30].

Zdaniem obecnie ankietowanych, lekarz wszystko robił dla ich opieki medycznej i był prawdziwym ekspertem, któremu i ufało mu co do sposobu leczenia ich schorzeń większość badanych. Prawie, co drugi pacjent sądził, że może powiedzieć lekarzowi, jeżeli on popełni on błąd chociażby w sztuce lekarskiej. Zarazem zdecydowanie ponad połowa badanych była przekonana o dochowaniu tajemnicy zawodowej przez personel leczący.

Każda choroba, a tym bardziej choroby traktowane jako nieuleczalne, stwarzają problemy z przystosowaniem się do niej. W zależności od tego, jak dany człowiek ją traktuje, taką też przyjmuje postawę wobec procedury jej leczenia. W takim aspekcie niezmiernie ważne wydaje się przystosowanie do nowej sytuacji życiowej, zdrowotnej i społecznej, a istotnym czynnikiem w tym procesie – „akceptacja” swego losu, sposobu funkcjonowania w chorobie oraz satysfakcja z życia. W związku z tym określanie stopnia akceptacji choroby i satysfakcji z życia stanowi coraz powszechniejszy problem w zainteresowaniach nauk medycznych, co jest ewidentnym skutkiem przemian w ideologii medycyny uznającej potrzebę całościowej oceny stanu zdrowia pacjenta uwzględniając również opis standardu życia chorego i pozycji społecznej w środowisku, w którym funkcjonuje.

W literaturze przedmiotu [9, 31] podkreśla się, że im wyższy jest stopień akceptacji, tym lepsze przystosowanie i mniejsze nasilenie negatywnych emocji. Pacjenci, którzy akceptują chorobę, automatycznie wykazują optymistyczne, pełne nadziei podejście do życia, zaufanie do lekarzy, do metod leczenia, a także biorą aktywny udział w terapii [9, 31].

Obecne badania wykazały, iż chorzy oddziałów zabiegowych, wykazując średnią akceptację choroby, najwyżej (61%) ocenili pracę lekarzy zwłaszcza w aspekcie zaufanie do personelu lekarskiego. W zakresie profesjonalizmu i zadowolenia z pracy nie stwierdzono znaczącego wpływu stopnia akceptacji choroby na ocenę pracy personelu przez respondentów oddziałów zabiegowych. Respondenci oddziałów zabiegowych posiadając niski lub przeciętny stopień zadowolenia z życia, wyżej oceniali profesjonalizm pracy lekarza.

W ocenie pracy lekarzy ocena zadowolenia z pracy była znacznie wyższa od profesjonalizmu u osób niską satysfakcją z życia.

Wnioski

1. Pacjenci od lekarza oczekiwali przede wszystkim umiejętności zawodowych związanych z trafnością diagnozy, umiejętnością badania chorych oraz odpowiednią wiedzą medyczną.
2. Najbardziej pożądanymi przez respondentów cechami charakteru lekarza były: zaufanie, bezinteresowność, poszanowanie godności innych i odpowiedzialność. Pacjenci w większości pozytywnie oceniali pracę lekarza, nieco wyżej z oddziałów zabiegowych niż zachowawczych.
3. Ponad połowa respondentów darzyła swoich lekarzy zaufaniem, stosowała się do ich rad, nie wątpiła we właściwą ich opiekę, traktowała jako ekspertów w leczeniu chorób oraz wierzyła, że zawsze mówią prawdę i dotrzymują tajemnicy zawodowej.
4. Wysoką ocenę personelu lekarskiego prezentowali badani ze średnią akceptacją choroby i przejawiający niską satysfakcją życiową.

Piśmiennictwo / References

1. Wroński K, Bocian R. Dlaczego zakłady opieki zdrowotnej powinny badać satysfakcję pacjentów z oferowanych przez siebie usług medycznych? *Pielęg Chir Angiol* 2009, 4: 127-130.
2. Wroński K, Cywiński J, Bocian R. Jakość usług medycznych. *Ginekol Prakt* 2008, 2: 42-45.
3. Kurpas D, Sapolak B, Steciwko A. Ocena satysfakcji pacjenta dializowanego, jako wykładnik jakości opieki długoterminowej świadczonej w praktyce lekarza rodzinnego. *Probl Lek* 2006, 45: 99-100.
4. Palczewska A. Jakość usług medycznych w opiece paliatywnej. *Probl Pielęg* 2008; 16: 186-191.
5. Mykowska A. Satysfakcja pacjenta a jakość obsługi medycznej. *Zdr Zarządz* 2002; 4: 69-73.
6. Małecka B, Marcinkowski JT. Satysfakcja pacjenta czynnikiem kształtującym współczesny rynek usług medycznych. *Probl Hig Epidemiol* 2007, 88(1): 17-19.
7. Raport CBOS 2009, BS/55/2009: Opinie o opiece zdrowotnej. CBOS, Warszawa 2009: 1-11.
8. Anderson LA, Dedrick RF. Development of The in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychol Rep* 1990, 67: 1091-1100.
9. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
10. Regionalne zróżnicowanie Opinii o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej. CBOS, Warszawa BS/48/2012, 1-10.

11. Hean S, Clark JM, Adams K, Humphris D. Will opposites attract? Similarities and differences in students' perceptions of the stereotype profiles of other health and social care professional groups. *J Interprof Care* 2006, 20: 162-181.
12. Emanuel E, Emanuel L. Four models of the physician – patient relationship. *JAMA* 1992, 267: 2221-2226.
13. Ishiwata R, Sakai A. The physician – patient relationship and medical ethics in Japan. *Camb Q Health Ethics* 1994, 3: 60-66.
14. Teutsch C. Patient – doctor communication. *Med Clin North Am* 2003, 87: 1115-1145.
15. Synder L. Online professionalism: social media, social contracts, trust, and medicine. *J Clin Ethics* 2011, 22: 173-175.
16. Dobska M, Dobski P. Marketing usług zdrowotnych. Zakamycze, Kraków 2002.
17. Thomasma D. Beyond medical paternalism and patient autonomy: a model of physician conscience for the physician-patient relationship. *Ann Intern Med* 1983, 98: 243.
18. Hollender MH, Szasz TS. A contribution to the philosophy of medicine. *Arch Int Med* 1956, 97: 585-592.
19. Gromadecka-Sutkiewicz M. Wybrane elementy relacji lekarz-pacjent w opinii pacjentów. *Now Lek* 2004, 73: 301-303.
20. Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. Dz.U. z 2009, nr 52, poz. 417 z późn. zm.
21. Olejniczak M, Michowska M, Basińska K. Opinie studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego na temat przestrzegania praw pacjenta w czasie odbywania zajęć klinicznych. *Ann Acad Med Gedan* 2011, 41: 79-87.
22. Hajduk Ł, Binkowska-Bury M, Jacek A. Informowanie o prawach pacjenta przez personel medyczny. *Prz Med Univ Rzeszow i NIL, Rzeszów-Warszawa* 2011, 3: 348-358.
23. Szyszkowska J. Ocena jakości usług medycznych – badanie satysfakcji pacjentów z pobytu w szpitalu. <ftp://212.85.108.204/Szyszkowska.pdf> (15.11.2013).
24. Rudawska I. Rola profesjonalisty w kształtowaniu relacji z klientem. *Prz Mened Zdr* 2001, 5: 20-22.
25. Ostrowska A. Relacja pacjent-lekarz: nowa jakość? *Prom Zdr Nauk Społ i Med* 2001, 21: 109-121.
26. Kapała W, Skrobisz J. Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych w oddziale chirurgii trybem planowym względem zespołu lekarskiego, pielęgniarskiego i warunków lokalowych. *Now Lek* 2006, 75: 351-358.
27. Motyka M, Surmacka J. Zapotrzebowanie na informacje o chorobie i przebiegu leczenia w opinii hospitalizowanych pacjentów. *Pielęg XXI* w 2005, 4: 103-106.
28. Pirogronowicz I, Hoffmann K, Gwiazda E i wsp. Śmierć i nieuleczalna choroba jako problem w komunikacji z pacjentem w praktyce lekarskiej. *Onkol Pol* 2006, 9: 166-171.
29. Zaufanie Polaków do lekarzy, pielęgniarek i farmaceutów niższe niż średnia europejska. <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Zaufanie-Polakow-do-lekarzy-pielęgniarek-i-farmaceutow-nizsze-niz-srednia-europejska,119380,14.html> (15.11.2013).
30. Krajewska-Kułać E, Wróblewska K, Kruszewa R i wsp. Ocena zaufania pacjent lekarz z zastosowaniem skali Anderson i Dedrick. *Probl Hig Epidemiol* 2008, 89(3): 414-418.
31. Oleś P, Steuden S, Toczowski J. Jak świata mniej widzę: zaburzenia widzenia a jakość życia. KUL, Lublin 2002.