

# Ocena oczekiwań chorego wobec szpitala

## Evaluation of patient expectations towards hospital

ALICJA MOCZYDŁOWSKA<sup>1,2/</sup>, ELŻBIETA KRAJEWSKA-KUŁAK<sup>3/</sup>, MARIA KÓZKA<sup>4/</sup>, KRZYSZTOF BIELSKI<sup>1/</sup>,  
BOŻENA KULESZA-BROŃCZYK<sup>5/</sup>, HELENA TOŁOJCZKO<sup>5/</sup>

<sup>1/</sup> Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem

<sup>2/</sup> Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

<sup>3/</sup> Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>4/</sup> Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

<sup>5/</sup> Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**Wprowadzenie.** Szpitale, chcąc zapewnić o swojej wysokiej jakości usług, muszą bazować na zaufaniu pacjentów i zbudowanym wizerunku.

**Cel pracy.** Ocena oczekiwań pacjentów wobec funkcjonowania szpitala.

**Materiał i metoda.** Badaniem objęto po 300 chorych oddziałów zabiegowych (grupa I) i oddziałów zachowawczych (grupa II) i wykorzystano w nim kwestionariusz autorski oraz skalę SWLS i AIS.

**Wyniki.** W opinii respondentów z I grupy najbardziej przygotowaną osobą do sprawowania opieki nad pacjentem jest lekarz (63,7%), a II grupy – pielęgniarka (42,7%). Jako za długi czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala określiło go 32% osób z grupy I i 37% z II. Chorzy mieli zaufanie, co do stosowanych metod leczenia w szpitalu (I – 49,7%; II – 57,3%) i poczucie bezpieczeństwa w nim (I – 75,7%; II – 74,0%). Szpital swojej rodzinie i znajomym poleciłoby 95,7% osób z grupy I i 92% z grupy II. Panujące w szpitalu relacje lekarz-pacjent ocenili znacznie wyżej (44,7%), niż relacje pomiędzy lekarzem a pielęgniarką (34,8%). Chorzy wykazujący średnią akceptację swojej choroby najwyżej ocenili poziom zaufania do szpitala (I – 39,3%; II – 63,3%), bezpieczeństwo przebywania w nim (I – 15,3%; II – 18,3%) i poleciłoby go innym (I – 58,7%; II – 69%). Pacjenci z przeciętnym poziomem zadowolenia z życia wykazywali najwyższe zaufanie, co stosowanych w szpitalu metod leczenia (grupa I – 41%; grupa II – 41,7%), bezpieczeństwo w szpitalu (grupa I – 19,7%; grupa II – 16,7%) oraz polecenie szpitalu innym (grupa I – 19,7%; grupa II – 16,7%).

**Wnioski.** Ponad połowa osób badanych krytycznie oceniła relacje pomiędzy pacjentem a lekarzem oraz pomiędzy lekarzem a pielęgniarką. Pacjenci krytycznie ocenili zbyt długi czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala, przekazywanie informacji pacjentowi, sposób zapoznania pacjentów z topografią oddziału i harmonogramem dnia w oddziale, a wysoko – przestrzeganie praw pacjenta, warunki panujące na izbie przyjęć, pracę personelu medycznego, zagadnienia w zakresie komfortu pacjenta, dostępność do odwiedzin, możliwości identyfikacji personelu i pomieszczeń, jakość posiłków i dostęp do osoby duchownej. Nie wykazano znaczącego wpływu akceptacji choroby przez respondentów na poziom oceny zaufania do szpitala, stwierdzono natomiast, iż na powyższe wpływał poziom satysfakcji z życia chorych.

**Słowa kluczowe:** chory, szpital, satysfakcja z opieki

**Introduction.** Hospitals that want to prove high quality of their service have to build patients' trust and keep gained reputation.

**Aim.** To assess patients' expectations towards the functioning of the hospital.

**Materials & Methods.** The study included 300 patients from post-surgical wards (group I) and conservative wards (group II). The study used a questionnaire and SWLS and AIS scale

**Results.** In the opinion of the respondents from group I the most prepared person to care for the patient was a physician (63.7%) and according to group II – a nurse (42.7%). The hospital admission time was identified as too long by 32% of the patients in group I and 37% of group II. The patients had confidence in the hospital treatment methods (I – 49.7%, II – 57.3%), and a general sense of safety in the hospital (I – 75.7%, II – 74.0%). 95.7% of the tested from group I and 92% in group II would recommend the hospital to their families and friends. The doctor-patient relationship rated significantly higher (44.7%) than the doctor-nurse relationship (34.8%). The patients showing an average acceptance of their illness as the highest rated the level of confidence in the hospital (I – 39.3%, II – 63.3%), the sense of security in it (I – 15.3%, II – 18.3%) and would recommend it to others (I – 58.7%, II – 69%). The patients with moderate level of life satisfaction showed the highest confidence in hospital treatment (group I – 41%, group II – 41.7%), hospital safety (group I – 19.7%, group II – 16.7%) and would recommend the hospital to others (group I – 19.7%, group II – 16.7%).

**Conclusions.** Over half of the respondents criticized the relationship between patient and doctor and between the doctor and the nurse. Patients critically evaluated the long hospital, the transmission of information to the patient. They criticized the manner of familiarizing the patients with the ward topography and its schedule. On the other hand, highly rated were: respecting the rights of the patient, conditions in the emergency room, patient comfort, visiting hours, the possibility of identifying personnel and facilities, quality of meals and access to a clergyman. There was no significant influence of disease acceptance by the respondents to assess the level of confidence in the hospital. However, it was found that the opinions were influenced by patients' level of life satisfaction.

**Key word:** patient, hospital, satisfaction of care

© Hygeia Public Health 2014, 49(3): 584-595

www.h-ph.pl

Nadesłano: 30.07.2014

Zakwalifikowano do druku: 17.08.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Alicja Moczydłowska

Szpital Ogólny

ul. Szpitalna 5, 18-200 Wysokie Mazowieckie

tel. 660 566 838, email: moczydłowska@szpitalwysmaz.pl

Celem uzyskania wiarygodnych wyników, dotyczących jakości opieki medycznej, konieczne jest otrzymanie informacji zarówno od osób świadczących usługi medyczne, jak i od ich biorców, a jedną z metod oceny poziomu opieki – badanie satysfakcji chorych [1-5].

Określenie słowa satysfakcja, z łac. *satis*, za Gutsyz-Woźnicka i Dyk [6], oznacza „wystarczająco”, czyli tyle, ile potrzeba do pełnego zaspokojenia oczekiwań, potrzeb, dążeń, w sposób taki, aby nie było miejsca na skargę.

Spojrzenie na placówkę opieki zdrowotnej z perspektywy pacjenta z pewnością różni się od wyobrażeń kadry zarządzającej i profesjonalistów zawodów medycznych. W odczuciu człowieka chorego, za Kurpas i Steciwko [7] oraz Gawęł i wsp. [2] – wysoka jakość usług medycznych oceniana jest w wielu aspektach. Zaliczmy do nich: łatwość dostępu do świadczeń zdrowotnych, skuteczność terapii, dostateczną informację na temat własnego zdrowia, bezpieczeństwo pacjenta, czy edukację zdrowotną [2, 7].

Na satysfakcję pacjenta składa się wiele czynników, takich jak: opieka lekarska, pielęgniarska, badania diagnostyczne. Na odczucia chorego w trakcie hospitalizacji rzutują także warunki hotelowe, czy wyżywienie.

Określenie kryteriów, którymi posługują się pacjenci przy formułowaniu swoich oczekiwań, służą do weryfikacji wyników badań i stawiania wymagań pracownikom medycznym [8].

Wielu autorów, w tym Suhonen i wsp. [9], w zakresie opieki, grupuje oczekiwania pacjentów przebywających w szpitalu w takie wymiary, jak: środowisko zewnętrzne, komunikacja, dostęp do informacji, współuczestnictwo i zaangażowanie, relacje międzyludzkie, postawa i zachowanie personelu, profesjonalizm, kompetencje.

Według Lawthers [10] najważniejsze obszary oczekiwań każdego pacjenta to: dostępność do opieki zdrowotnej, dobra komunikacja i informacja przekazywana w sposób zrozumiały (odnośnie choroby, leczenia itp.), respektowanie jego praw i preferencji przy wyborze sposobu leczenia, kontynuacja i koordynacja całego procesu terapeutycznego (konsultacje z innymi lekarzami, koordynacja procesu przez lekarza, gdy poszczególne etapy leczenia odbywają w innych ośrodkach itp.), komfort psychiczny (podczas badania i samego procesu leczenia) oraz dopasowanie opieki do indywidualnych oczekiwań i potrzeb [10].

Pacjent i jego rodzina, którzy występują w roli klienta, mają prawo pytać, wybierać, oceniać, a usługodawca musi liczyć się z ich opinią. Jakość opieki i leczenia jest bowiem poziomem zgodności pomiędzy celem działalności lekarzy i pielęgniarek, a rzeczywistą opieką [10].

## Cel badań

Ocena oczekiwań pacjentów hospitalizowanych w szpitalu w Wysokiem Mazowieckiem wobec funkcjonowania szpitala.

## Materiał i metodyka

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

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 Oddziału 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.

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

- Autorski Kwestionariusz Oceny Pracy Szpitala,
- standaryzowaną Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS – *The Satisfaction with Life Scale*), Dienera, Emmons, Larsena, Griffina, w polskiej Juczyńskiego, wersja dla innych profesjonalistów, niebędących psychologami [11],
- standaryzowaną skalę akceptacji choroby AIS w polskiej adaptacji Juczyńskiego [11].

Autorski Kwestionariusz Oceny Pracy Szpitala zawierał między innymi pytania o płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, z kim mieszka, warunki socjalno-bytowe respondenta, oraz o czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala, czasu oczekiwania na izbie przyjęć, osób które wprowadzały chorego na oddział, czy chory został zapoznany z topografią oddziału, z harmonogramem dnia na oddziale, zapoznania chorego z prawami pacjenta, oceny pracy lekarza prowadzącego, pielęgniarki, charakterystyki otrzymywanych posiłków i informacji o swojej chorobie, procesie leczenia, diagnozy, rokowaniu, oceny pracy innych członków zespołu terapeutycznych, poczucia

bezpieczeństwa w czasie przebywania w szpitalu, możliwości swobodnego dostępu do kontaktu z kapłanem swojego wyznania, polecenia szpitala swojej rodzinie i znajomym i sugestii, co należałoby zmienić, aby pobyt w szpitalu był przyjemniejszy.

Skala satysfakcji z życia (SWLS – *The Satisfaction With Life Scale*) Dienera, Emmons, Larsena, Griffina, w polskiej adaptacji Juczyńskiego, wersja dla innych profesjonalistów, nie będących psychologami, zawiera pięć stwierdzeń, a badany oceniał w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia: 1 – zupełnie nie zgadzam się, 2 – nie zgadzam się, 3 – raczej nie zgadzam się, 4 – ani się zgadzam ani nie zgadzam, 5 – raczej zgadzam się, 6 – zgadzam się oraz 7 – całkowicie zgadzam się [11]. Uzyskane oceny podlegały zsumowaniu, zaś ogólny wynik oznaczał stopień satysfakcji z własnego życia. Zakres wyników mieścił się w granicach od 5 do 35 punktów. Im wyższy wynik, tym większe poczucie satysfakcji z życia: 5-9 pkt – osoba zdecydowanie niezadowolona ze swojego życia, 10-14 pkt – osoba bardzo niezadowolona ze swojego życia, 15-19 pkt – osoba raczej niezadowolona ze swojego życia, 20 pkt – osoba ani zadowolona, ani niezadowolona, 21-25 pkt – osoba raczej zadowolona ze swojego życia, 26-30 pkt – osoba bardzo zadowolona ze swojego życia i 31-35 pkt – osoba zdecydowanie zadowolona ze swojego życia [11].

Skala akceptacji choroby AIS (*Acceptance of Illness Scale*), autorstwa Felton, Revenson i Hinrichsen, w polskiej adaptacji Juczyńskiego [11], składała 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 pięciostopniową skalę, a badana osoba określała swój obecny stan zdrowia, zaznaczając odpowiednio cyfrę: 1 – zdecydowanie zgadzam się, 2 – zgadzam się, 3 – nie wiem, 4 – nie zgadzam się, 5 – zdecydowanie się nie zgadzam. 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 [11].

W analizie statystycznej posłużono się testem t-studenta, testem  $\chi^2$  Pearsona i wyliczono rzetelność  $\alpha$  Cronbacha.

## Wyniki

W oddziałach zabiegowych (grupa I) 51,3% badanej grupy stanowiły kobiety, a pozostałe 48,7% mężczyźni. W oddziałach zachowawczych (grupa II)

większość stanowili mężczyźni – 61,3%, a mniejszość kobiety – 38,7%. W grupie I i II największy odsetek pacjentów odnotowano w przedziale wiekowym powyżej 70 lat (21,34% – grupa I i 53,3% – grupa II). 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. Wśród badanej populacji stwierdzono, iż najliczniejsza grupa ankietowanych określała swój stan cywilny, jako żonaty/mężatka, zarówno w oddziałach zabiegowych (66%), jak i zachowawczych (60,3%), a najmniejsza w obu grupach – jako rozwiedziony (oddziały zabiegowe – 2,0%; zachowawcze – 0,7%). Wdowami/wdowcami było 13,7% osób z grupy I i 25,7% z grupy II. W stanie wolnym było 15,7% badanych grupy I i 11% z grupy II, a w separacji – 2,7% z grupy I i 2,3 z grupy II. W mieście zamieszkiwała większość respondentów grupy II – 51% i mniejszość z grupy I – 34,3%, zaś na wsi większość badanych z grupy I – 65,7% i mniejszość z grupy II – 49%. Analizując sposób zamieszkania osób z grupy I stwierdzono, iż największa liczba ankietowanych wskazała na zmienną zamieszkiwania z żoną/mężem i dziećmi – 36%, a następnie tylko z żoną lub tylko z mężem – 28,7%, samotnie – 18%, tylko z dziećmi – 11,3% lub z innymi krewnymi/innymi osobami – 6%. Osoby z grupy II mieszkały tylko z żoną lub tylko z mężem – 31,3%, z żoną/mężem i dziećmi – 27%, samotnie – 21,7%, tylko z dziećmi – 19,7% lub z innymi krewnymi/innymi osobami – 0,3%. W oddziałach zabiegowych (grupa I) najliczniejsza grupa pacjentów miała wykształcenie średnie (35,7%), a pozostali wyższe (30,3%) lub zawodowe (34%). Na oddziałach zachowawczych (grupa II) – wykształcenie zawodowe – 56%, średnie – 28,7% lub wyższe – 15,3%. Analizując warunki socjalno-bytowe pacjentów ankietowanych okazało się, iż największa liczba osób, zarówno w oddziałach zabiegowych (53,7%), jak i zachowawczych (43,3%), deklarowała średnie warunki bytowe. Pozostali respondenci z oddziałów zabiegowych deklarowali warunki dobre – 25%, słabe – 17,3% lub bardzo słabe – 4%, zaś z oddziałów zachowawczych: słabe – 35%, dobre – 18,7% lub bardzo słabe – 3%.

W opinii respondentów należących do I grupy badanej, spośród członków zespołu terapeutycznego, najbardziej przygotowaną osobą do sprawowania opieki nad pacjentem są: lekarz (63,7%), pielęgniarka (22,3%), siostra zakonna (5,3%) i lekarz rehabilitant (3,3%), a w dalszej kolejności – fizjoterapeuta (2%) lub psycholog, wolontariusz, ksiądz i rodzina (po 0,7% wskazań). Według II grupy są to: pielęgniarka

(42,7%), lekarz (36,3%), siostra zakonna (11,3%) i rodzina (2,6%), a w dalszej – lekarz rehabilitant lub fizjoterapeuta (po 1,7%), wolontariusz (1,3%), ksiądz (0,7%) albo psycholog (0,3%).

Wykazano, iż zdaniem badanych z grupy I najczęściej nad nimi opiekę sprawowała: rodzina (42,3%), lekarz (26,7%), rehabilitant (17,7%) i pielęgniarka (13,0%), a rzadko psycholog (0,3%). W grupie II najczęściej świadczyły ją: rodzina (47,3%), lekarz (27,3%), pielęgniarka (18,7%) i rehabilitant (5,7%), a rzadziej wolontariusz (0,7%) i psycholog (0,3%).

Na podstawie zliczonych wyników surowych i rzetelności Kwestionariusza Oceny Pracy Szpitala, dokonano obliczenia w skali „Ocena warunków, zachowania się i profesjonalizmu personelu izby przyjęć”, składającego się z 10 wyrażen. Obliczenia wykonano dla obu grup badanych pacjentów. Rzetelność  $\alpha$  Cronbacha tej skali była bardzo wysoka, równa 0,807, co przedstawia tab. I. Wszystkie oceny zawarte w tabeli są w wysokiej korelacji ze skalą, poza „Ocena wykonania czynności medycznych przez personel Izby Przyjęć”, która wykazuje przeciętną korelację ze skalą.

Skalę „Ocena warunków, zachowania się i profesjonalizmu personelu izby przyjęć” udało się policzyć dla każdej osoby w całej próbie.

Obliczono skalę „Ocena pracy personelu pielęgniarskiego pracującego na izbie przyjęć” składającą się z 8 zagadnień. Obliczenia wykonano w całej próbie.

Rzetelność  $\alpha$  Cronbacha tej skali była wysoka, równa 0,694. Skalę „Ocena pracy personelu pielęgniarskiego izby przyjęć” przedstawia tab. II.

Obliczono skalę „Komfort pacjenta podczas pobytu w szpitalu” składającą się z 20 zagadnień. Obliczenia wykonano w całej próbie. Rzetelność  $\alpha$  Cronbacha tej skali była wysoka, równa 0,696. Wylimitowanie ze skali wyrażenia „Ocena dostępności do radia” poprawiłoby rzetelność do wartości 0,696 (tab. III).

Obliczono skalę „Udzielanie informacji w zakresie stanu zdrowia” składającą się z 6 zagadnień. Obliczenia wykonano w całej próbie. Rzetelność  $\alpha$  Cronbacha tej skali była wysoka, równa 0,759. Wylimitowanie ze skali itemu „Ocena informacji przekazywaną przez personel na temat stosowanej diety” poprawiłoby rzetelność do wartości 0,762. Szczegółowe informacje statystyczne ilustruje tab. IV.

Obliczono skalę „Ocena pracy innego personelu”. Rzetelność  $\alpha$  Cronbacha tej skali była umiarkowana, równa 0,589. Wylimitowanie ze skali „Oceny pracy psychologa” poprawiłoby rzetelność do wartości 0,671. Wyniki statystyczne ukazuje tab. V.

Tabela I. Zestawienie statystyczne wyrażen wchodzących w skład skali „Ocena warunków, zachowania się i profesjonalizmu personelu izby przyjęć” oraz rzetelności tej skali

Table I. Statistical summary of expressions included in the scale of “Evaluation of conditions, behavior and professionalism of the emergency room staff” and the reliability of this scale

Ocena warunków, zachowania się i profesjonalizmu personelu izby przyjęć	Średnia	SD	$\alpha$ Cronbacha	Korelacja ze skalą
Ocena warunków w izbie przyjęć	3,4767	0,6710	0,789	0,490
Ocena zachowania pielęgniarek w izbie przyjęć	3,6983	0,6669	0,783	0,546
Ocena zachowania lekarzy w izbie przyjęć	3,6750	0,6659	0,782	0,555
Ocena zachowania sanitariusza w izbie przyjęć	3,7500	0,6230	0,787	0,519
Ocena profesjonalizmu pielęgniarek w izbie przyjęć	3,8267	0,6460	0,789	0,494
Ocena profesjonalizmu lekarzy w izbie przyjęć	3,6933	0,6953	0,792	0,463
Ocena respektowania intymności pacjenta podczas przyjęcia	3,3650	0,8735	0,796	0,449
Ocena szacunku wobec pacjenta podczas badania	3,5017	0,8354	0,786	0,517
Ocena sprawność obsługi personelu izby przyjęć	3,7017	0,6905	0,793	0,454
Ocena wykonania czynności medycznych przez personel izby przyjęć	3,7983	0,6596	0,800	0,382

Tabela II. Zestawienie statystyczne opisowych zagadnień wchodzących w skład skali „Ocena pracy personelu pielęgniarskiego izby przyjęć” oraz rzetelności tej skali

Ocena pracy personelu pielęgniarskiego i lekarskiego pracującego na izbie przyjęć	Średnia	SD	$\alpha$ Cronbacha	Korelacja ze skalą
Ocena dostępności lekarzy w godzinach popołudniowych	3,8300	0,7014	0,679	0,318
Ocena dostępności lekarzy w godzinach nocnych	3,5267	0,7485	0,679	0,323
Ocena szybkości reakcji lekarza na wezwanie chorego	3,6900	0,7648	0,662	0,394
Ocena stosunku lekarzy do odwiedzających	3,8000	0,7077	0,675	0,336
Ocena dostępności pielęgniarek w godzinach popołudniowych	3,9650	0,7380	0,659	0,408
Ocena dostępności pielęgniarek w godzinach nocnych	4,0450	0,6686	0,645	0,477
Ocena szybkości reakcji pielęgniarki na wezwanie chorego	4,0700	0,7546	0,656	0,419
Ocena stosunku pielęgniarek do odwiedzających	4,0950	0,7327	0,661	0,401

Skrócone zestawienie rzetelności poszczególnych skal policzone w całej grupie przedstawia poniższa tab. VI. Zawarte w niej obliczenia poza oceną pracy innego personelu wykazujące rzetelność umiarkowaną, wypadły bardzo pozytywnie, co wskazuje wysoką i bardzo wysoką rzetelność według skali  $\alpha$  Cronbacha w ocenie warunków izby przyjęć, zachowania personelu izby przyjęć, komfortu pacjenta i udzielanej informacji w zakresie stanu zdrowia.

Analizując powyższe badane zagadnienia po wykonaniu testu t studenta dla zmiennych obu grup, należących do oddziałów zabiegowych i zachowawczych, istotne wyniki statystycznie ukazano w poniższej tab. VII.

Wykonano 5 testów t-Studenta policzonych w całej próbie. Zmienną niezależną (grupującą) był rodzaj oddziału mierzony na dwóch poziomach: Oddziały zachowawcze i Oddziały zabiegowe. Hipotezą zerową było założenie, że średnie wartości zmiennej zależnej w obu grupach są takie same. Wszystkie testy wykonano na poziomie istotności 5,0%.

Badane grupy istotnie różniły się między sobą poziomem zmiennej „Ocena warunków, zachowania się i profesjonalizmu personelu izby przyjęć”. W grupie chorych z Oddziałów zachowawczych jej wartość wynosi 36,92 a w grupie Oddziałów zabiegowych jej wartość była istotnie mniejsza, równa 36,05;  $t(598)=2,5$ ;  $p=0,013$ .

Obie grupy istotnie się różniły między sobą poziomem zmiennej „Ocena pracy personelu pielęgniarskiego pracującego w oddziale”. W grupie chorych Oddziałów zachowawczych jej wartość wynosiła 21,61, zaś w grupie Oddziałów zabiegowych – była istotnie mniejsza, równa 21,17;  $t(585,11)=2,1$ ;  $p=0,036$ .

Powyższe grupy istotnie różniły się między sobą poziomem zmiennej „Komfort pacjenta podczas pobytu w szpitalu”. W grupie Oddziałów zachowawczych jej wartość wynosiła 53,97, zaś w grupie Oddziałów zabiegowych była istotnie większa, równa 55,12;  $t(598)=3,57$ ;  $p=0,000$ .

Brak więc jest podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej o braku różnic średnich w grupach Oddział zachowawczy i Oddział zabiegowy dla zmiennej „Udzielanie informacji w zakresie stanu zdrowia”;  $t(598)=0,77$ ;  $p=0,444$ .

Brak także podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej o braku różnic średnich w grupach Oddziałów zachowawczych i Oddziałów zabiegowych dla zmiennej „Ocena pracy innego personelu”;  $t(598)=1,06$ ;  $p=0,289$ .

Analizując czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala względem obu grup badanych wyrażony opinią ankietowanych oddziałów zabiegowych stanowiących pierwszą grupę i osób ankietowanych oddziałów zachowawczych należących do drugiej grupy, zastosowano testy  $\chi^2$  Pearsona.

Czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala, jako właściwy (bez zbędnego czekania) oceniło 20,3% badanych w oddziałach zabiegowych (grupa I), a w od-

Tabela III. Zestawienie statystyk opisowych zagadnień wchodzących w skład skali „Komfort pacjenta podczas pobytu w szpitalu” oraz rzetelności tej skali  
Table III. Statistical summary of descriptive issues included in the scale of “Patient comfort during their stay in hospital” and the reliability of this scale

Komfort pacjenta podczas pobytu w szpitalu	Średnia	SD	$\alpha$ Cronbacha	Korelacja ze skalą
	71,697	5,941	0,696	
Ocena ciszy na oddziale	3,6750	0,6481	0,681	0,317
Ocena czystości łazienek	3,7267	0,7391	0,678	0,334
Ocena czystości pościeli	3,9967	0,7445	0,680	0,320
Ocena czystości sal chorych	3,9400	0,6884	0,672	0,414
Ocena czystości toalet	3,8250	0,7738	0,674	0,374
Ocena dogodności pory odwiedzin	3,8850	0,7229	0,673	0,395
Ocena dostępności do dzwonka	3,7767	0,7401	0,678	0,333
Ocena dostępności do aparatu telefonicznego	3,2033	1,1018	0,688	0,263
Ocena dostępności do radia	1,8700	0,9190	0,696	0,169
Ocena dostępności do telewizji	1,4950	0,6763	0,691	0,193
Ocena możliwości dokonywania drobnych zakupów na terenie szpitala	3,0417	0,8914	0,693	0,198
Ocena oznaczenia oddziałów, korytarzy i pracowni	3,4850	0,7942	0,682	0,288
Ocena sprzętu diagnostycznego	4,3350	0,6734	0,693	0,168
Ocena możliwości identyfikacji lekarzy	3,5300	0,7439	0,691	0,202
Ocena możliwości identyfikacji pielęgniarek	4,0683	0,6984	0,689	0,223
Ocena pór podawania posiłtu i ich regularności	4,0650	0,7035	0,685	0,262
Ocena temperatury i smaku posiłków	4,0567	0,7148	0,686	0,247
Ocena jakości podawanych posiłków	4,0867	0,7484	0,684	0,273
Ocena możliwości uzyskania pomocy od personelu przy spożywaniu posiłków	4,1067	0,7547	0,687	0,243
Ocena stopnia uwzględnienia sugestii, życzeń pacjenta	3,5283	0,8566	0,692	0,195

działach zachowawczych (grupa II) – 28,7% chorych. Za niewłaściwy (zbyt długi) uznało go 32% badanych z grupy I i 37% z grupy II. Problem z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi miało 47,7% osób z grupy I i 34,3% z grupy II.

Czas oczekiwania na izbie przyjęć badani z grupy I oceniali jako taki jaki trzeba (25,7%), za długi (44,7%) lub mieli problem z decyzją (28,3%). W grupie II 30,7% twierdziło, iż jest on taki jaki trzeba, 44,7% – że za długi, a 24,6% nie wyraziło jednoznacznej opinii w tej kwestii.

Zdaniem pacjentów, personel izby przyjęć nie wszystkich pacjentów zapoznawał z ich prawami (grupa I – 65,7% osób, grupa II – 64,0%). Odmienne opinie wyraziło 34,3% osób z grupy I i 36% z grupy II.

W opinii badanych personel izby przyjęć w większości przestrzegał ich praw (grupa I – 93,3% osób, grupa II – 96,0%). Odmienne opinie wyraziło 6,7% badanych z grupy I i 4% z grupy II.

Zarówno w jednej, jak i drugiej grupie respondentów, poza niewielkim odsetkiem (2% w grupie I i 1% w grupie II), otrzymywanie zgody na interwencję

Tabela IV. Zestawienie statystyczne opisowe zagadnień wchodzących w skład skali „Udzielanie informacji w zakresie stanu zdrowia” oraz rzetelności tej skali  
Table IV. Statistical summary of descriptive issues included in the scale of “Providing information on health status” and the reliability of this scale

Udzielanie informacji w zakresie stanu zdrowia	Średnia	SD	α. Cronbacha	Korelacja ze skalą
	23,275	3,156	0,759	
Ocena informacji przekazywaną przez personel na temat stosowanej diety	4,030	0,796	0,762	0,355
Ocena informacji dotyczących stanu swojego zdrowia	3,973	0,737	0,729	0,483
Ocena informacji dotyczących sposobu leczenia	3,963	0,728	0,713	0,546
Ocena informacji dotyczących ryzyka związanego ze sposobem leczenia	3,843	0,779	0,688	0,632
Ocena informacji dotyczących planowanej diagnostyki	3,830	0,797	0,704	0,574
Ocena informacji dotyczących rokowań	3,635	0,842	0,744	0,433

Tabela V. Zestawienie statystyczne oceny innego personelu wchodzących w skład skali „Ocena pracy innego personelu” oraz rzetelności tej skali  
Table V. Summary of statistical evaluation of other personnel included in the scale of “Assessment of the work of other staff” and the reliability of this scale

Pozostały personel N= 600	Średnia	SD	α. Cronbacha	Korelacja ze skalą
	16,326	1,864	0,589	
Sanitariusz	3,8634	0,7076	0,503	0,399
Salowa	3,8247	0,6416	0,468	0,455
Technik elektroradiolog	3,7174	0,5974	0,432	0,524
Fizjoterapeuta/rehabilitant	3,6178	0,6320	0,524	0,364
Psycholog	1,3029	0,4104	0,671	-0,035

Tabela VI. Zestawienie obliczonych rzetelności skal części kwestionariusza, dotyczącego oceny pracy szpitala  
Table VI. Summary of calculated reliability of scales in questionnaire part concerning evaluation of hospital work

Nazwa skali	n	α. Cronbacha	Komentarz
Ocena warunków, zachowania się i profesjonalizmu personelu izby przyjęć	600	0,807	Bardzo wysoka
Ocena pracy personelu pielęgniarskiego pracującego w izbie przyjęć	600	0,694	Wysoka
Komfort pacjenta podczas pobytu w szpitalu	600	0,696	Wysoka
Udzielanie informacji w zakresie stanu zdrowia	600	0,759	Wysoka
Ocena pracy innego personelu	600	0,589	Umiarkowana

Tabela VII. Wyniki testu t Studenta porównania grupy „Oddziały zachowawcze” z grupą „Oddziały zabiegowe” utworzonych ze zmiennej niezależnej: rodzaj oddziału

Table VII. Results of t Student comparison test of group “Behavioral wards” with group “Treatment wards” created by independent variable: ward type

Zmienna	Oddziały zachowawcze		Oddziały zabiegowe		Istotność testu Levene’a	wariancje w obu grupach	statystyka t	Istotność testu t	95% przedział ufności różnicy	
	Średnia	SD	Średnia	SD					min	max
Ocena warunków, zachowania się i profesjonalizmu personelu izby przyjęć	36,92	4,45	36,05	4,04	0,762	równe	2,50	0,013	0,18	1,55
Ocena pracy personelu pielęgniarskiego pracującego w oddziale	21,61	2,35	21,17	2,73	0,016	różne	2,10	0,036	0,03	0,85
Komfort pacjenta podczas pobytu w szpitalu	53,97	4,09	55,12	3,85	0,567	równe	-3,57	0,000	-1,79	-0,52
Udzielanie informacji w zakresie stanu zdrowia	23,397	2,607	23,560	2,617	0,728	równe	-0,77	0,444	-0,582	0,256
Ocena pracy innego personelu	20,230	2,711	20,460	2,593	0,639	równe	-1,06	0,289	-0,655	0,195

medyczną, określony sposób leczenia lub stosowane zabiegi było przestrzegane (grupa I – 98,0% osób, grupa II – 99,0%).

W zakresie zaufania chorych, co do stosowanych metod leczenia w szpitalu, wyniki badań wskazały, że z reguły pacjenci pozytywnie oceniali je, zarówno w grupie I (49,7%), jak i w drugiej (57,3%). Dość duża liczba respondentów (grupa I – 50,3% osób, grupa II – 40,7%) wyraziło odmienną opinię.

Zdecydowana większość respondentów – zarówno z grupy I (75,7%), jak i II (74,0%) – miała zachowane poczucie bezpieczeństwa podczas pobytu w szpitalu. Odmienną opinię wyraziło 2,3% badanych z grupy I i 3,3% z grupy II.

Analizując ogólną ocenę szpitala, badania dowiodły, iż najczęściej na oddział pacjenta wprowadzała pielęgniarka (grupa I – 49,3%; grupa II – 46,7%), w dalszej kolejności sanitariusz (grupa I – 27,7%; grupa II – 36,7%), rodzina (grupa I – 17,7%; grupa II – 13,0%) oraz lekarz (grupa I – 2,7%; grupa II – 3,7%). Niewielki odsetek badanych wskazał, iż nikt ich nie wprowadził na oddział (grupa I – 1,67%; grupa II – 1,0%).

Według respondentów, nie wszyscy z nich zostali zapoznani z topografią oddziału. Zarówno grupie I (52%), jak i II (53,7%), wskaźnik procentowy nieusatisfakcjonowanych pacjentów w tym zakresie był dość wysoki. Najliczniejszą grupą, która zapoznała pacjentów przebywających w szpitalu z topografią oddziału, był personel medyczny (grupa I – 39,3%; grupa II – 32,0%), a następnie personel pomocniczy (grupa I – 5,3%; grupa II – 7,0%) lub pacjenci przebywający w oddziałach (grupa I – 2,3%; grupa II – 5,0%). Niepokojący wydaje się fakt, iż duży odsetek pacjentów (grupa I – 48,7%; grupa II – 47,0%) twierdził, że nie był zapoznany z topografią oddziału.

Jedynie niewielki odsetek ankietowanych z obu grup (I – 32,0%; II – 26,7%) twierdził, iż tylko w niewielkim odsetku zostali oni zapoznani z harmonogramem dnia. Pozostali (grupa I – 68% i grupa II – 72,7%) wyrazili opinię odmienną. Największą grupą osób, którzy zapoznali nowoprzybyłych pacjentów z harmonogramem dnia w oddziale, stanowili: pielęgniarki (grupa I – 22,0%; grupa II – 16,7%), następnie personel pomocniczy (grupa I – 6,7%; grupa II – 3,7%) i inni pacjenci (grupa I – 3,3%; grupa II – 6,3%).

Zdecydowana większość ankietowanych podczas pobytu w szpitalu miała swobodny dostęp do kontaktu z kapłanem swojego wyznania (grupa I – 86,3%; grupa II – 84,3%). Niewielki odsetek chorych uważał, że taki kontakt podczas pobytu w szpitalu nie ma żadnego znaczenia (grupa I – 9,0%; grupa II – 7,3%) lub deklarował brak możliwości dostępu do kapłana (grupa I – 1,3%; grupa II – 3,3%).

Za satysfakcjonujący można uznać fakt, że spośród obu badanych grup największy odsetek poleciłby szpital swojej rodzinie i znajomym (grupa I – 95,7%; grupa II – 92%), a tylko pojedyncze osoby były innego zdania (grupa I – 0,3%; grupa II – 1,3%).

Badani panujące w szpitalu relacje lekarz-pacjent ocenili znacznie wyżej (44,7%), niż relacje pomiędzy lekarzem a pielęgniarką (34,8%). Pozostała część odpowiedzi stanowiła negatywną ocenę relacji pomiędzy personelem i pacjentem (lekarz-pacjent – 6,83%; lekarz-pielęgniarka – 8%), bądź stanowiła odpowiedzi niejednoznaczne tzw. „trudno powiedzieć” (lekarz-pacjent – 49,0%; lekarz-pielęgniarka – 57,2%).

Badania pozwoliły także określić stopień zaufania do szpitala w zależności od stopnia akceptacji choroby.

Pacjenci z grupy I wykazujący średnią akceptację swojej choroby (39,3%) lub jej brak (13,7%), najwyżej ocenili poziom zaufania do szpitala. Podobnie ocenili zaufanie respondenci z grupy II (średnia akceptacja choroby – 63,3%; brak akceptacji – 27,0%). Nie stwierdzono w przypadku badanych osób znaczącego wpływu akceptacji choroby na poziom oceny zaufania do szpitala (tab. VIII).

Badania ukazały, iż pacjenci posiadający średni poziom akceptacji własnej choroby, najwyżej ocenili bezpieczeństwo przebywania w badanym szpitalu. W odniesieniu do rodzaju oddziałów różnice były wyłącznie w odniesieniu do wskaźnika procentowego z korzyścią dla grupy II (grupa I – 15,3%; grupa II – 18,3%). Wykazano, że pacjenci z najwyższym poziomem akceptacji choroby najniżej ocenili poziom bezpieczeństwa szpitala. Nie stwierdzono większego wpływu akceptacji choroby przez chorych na poczucie bezpieczeństwa przebywania w szpitalu (tab. IX).

Tabela VIII. Zależność skali AIS w ocenie zaufania do metod stosowanych w szpitalu względem badanych w oddziałach

Table VIII. AIS scale dependence on assessing confidence in methods used in hospital wards in terms of surveyed wards

Oddziały	Czy ma zaufanie do stosowanych metod w szpitalu metod leczenia?	AIS			Wiersz	
		>29 pkt.	19-29 pkt.	<19 pkt.		
Oddział zabiegowy	tak	N	14	118	41	173
		%	4,67%	39,33%	13,67%	57,67%
	nie	N	15	72	40	127
		%	5,00%	24,00%	13,33%	42,33%
Ogółem	N	29	190	81	300	
	%		9,67%	63,33%	27,00%	100,00%
Oddział zachowawczy	tak	N	18	106	25	149
		%	6,00%	35,33%	8,33%	49,67%
	nie	N	19	112	20	151
		%	6,33%	37,33%	6,67%	50,33%
Ogółem	N	37	218	45	300	
	%		12,33%	72,67%	15,00%	100,00%

Analiza uzyskanych wyników wykazała, że zarówno pacjenci grupy I (58,7%), jak i grupy II (69,0%), ze średnim stopniem akceptacji choroby, najwyżej docenili szpital w aspekcie polecenia go najbliższemu, czy rodzinie. Osoby o wysokim poziomie akceptacji choroby tylko w niewielkim wskaźniku procentowym poleciliby szpital najbliższemu potencjalnym pacjentom szpitala. Nie stwierdzono większego wpływu akceptacji choroby przez chorych na poleceni szpitala innym osobom (tab. X).

Stwierdzono także, że w obu grupach badanych najwyższe zaufanie, co do stosowanych w szpitalu metod leczenia, mieli pacjenci z przeciętnym (wg skali

stenowej) poziomem zadowolenia z życia (grupa I – 41%; grupa II – 41,7%). Ankietowani posiadający niski stopień zadowolenia z życia, najgorzej ocenili zaufanie do szpitala (tab. XI).

Bez względu na rodzaj oddziałów, w zakresie bezpieczeństwa, szpital najwyżej ocenili pacjenci z przeciętnym poziomem zadowolenia z życia (grupa I – 19,7%; grupa II – 16,7%), a najniżej osoby z niskim zadowoleniem z własnego życia (tab. XII).

W zbliżony sposób do wyżej przedstawionych respondenci określili polecenie szpitala swojej rodzinie i najbliższemu. Najwyższe oceny przypadły osobom ankietowanym z przeciętnym poziomem zadowolenia

Tabela IX. Zależność skali AIS w ocenie bezpieczeństwa w czasie przebywania w szpitalu w badanych w oddziałach

Table IX. AIS scale dependence on the safety assessment during a hospital stay in surveyed wards

Oddziały	AIS					
	Czy ma poczucie bezpieczeństwa w czasie przebywania w szpitalu?		>29 pkt.	19-29 pkt.	<19 pkt.	Wiersz
Oddział zabiegowy	tak	N	9	46	23	78
		%	3,00%	15,33%	7,67%	26,00%
	nie	N	20	144	58	222
		%	6,67%	48,00%	19,33%	74,00%
Ogółem	N	29	190	81	300	
	%		9,67%	63,33%	27,00%	100,00%
Oddział zachowawczy	tak	N	6	55	12	73
		%	2,00%	18,33%	4,00%	24,33%
	nie	N	31	163	33	227
		%	10,33%	54,33%	11,00%	75,67%
Ogółem	N	37	218	45	300	
	%		12,33%	72,67%	15,00%	100,00%

Tabela X. Zależność skali AIS w ocenie polecenia szpitala rodzinie lub znajomym badanych w oddziałach

Table X. AIS scale dependence on assessing hospital recommendation to family or friends in surveyed wards

Oddziały	AIS					
	Czy poleciliby ten szpital swojej rodzinie i znajomym?		>29 pkt.	19-29 pkt.	<19 pkt.	Wiersz
Oddział zabiegowy	tak	N	29	176	71	276
		%	9,67%	58,67%	23,67%	92,00%
	nie	N	0	14	10	24
		%	0,00%	4,67%	3,33%	8,00%
Ogółem	N	29	190	81	300	
	%		9,67%	63,33%	27,00%	100,00%
Oddział zachowawczy	tak	N	36	207	44	287
		%	12,00%	69,00%	14,67%	95,67%
	nie	N	1	11	1	13
		%	0,33%	3,67%	0,33%	4,33%
Ogółem	N	37	218	45	300	
	%		12,33%	72,67%	15,00%	100,00%

Tabela XI. Zależność skali SWLS w ocenie zaufania do metod stosowanych w szpitalu względem badanych w oddziałach

Table XI. SWLS scale dependence on assessing confidence in methods used in hospital in surveyed wards

Oddziały	SWLS /steny/					
	Czy ma zaufanie do stosowanych metod w szpitalu metod leczenia?		Wysokie /10-7/	Przeciętne /5-6/	Niskie /1-4/	Wiersz
Oddział zabiegowy	tak	N	43	123	7	173
		%	14,33%	41,00%	2,33%	57,67%
	nie	N	17	105	5	127
		%	5,67%	35,00%	1,67%	42,33%
Ogółem	N	60	228	12	300	
	%		20,00%	76,00%	4,00%	100,00%
Oddział zachowawczy	tak	N	18	125	6	149
		%	6,00%	41,67%	2,00%	49,67%
	nie	N	34	109	8	151
		%	11,33%	36,33%	2,67%	50,33%
Ogółem	N	52	234	14	300	
	%		17,33%	78,00%	4,67%	100,00%

Tabela XII. Zależność skali SWLS w ocenie bezpieczeństwa w czasie przebywania w szpitalu w badanych w oddziałach

Table XII. SWLS scale dependence on safety assessment during a hospital stay in surveyed wards

Oddziały	SWLS /steny/					
	Czy ma poczucie bezpieczeństwa w czasie przebywania w szpitalu?		Wysokie /10-7/	Przeciętne /5-6/	Niskie /1-4/	Wiersz
Oddział zabiegowy	tak	N	14	59	5	78
		%	4,67%	19,67%	1,67%	26,00%
	nie	N	46	169	7	222
		%	15,33%	56,33%	2,33%	74,00%
Ogółem	N	60	228	12	300	
	%		20,00%	76,00%	4,00%	100,00%
Oddział zachowawczy	tak	N	16	50	7	73
		%	5,33%	16,67%	2,33%	24,33%
	nie	N	36	184	7	227
		%	12,00%	61,33%	2,33%	75,67%
Ogółem	N	52	234	14	300	
	%		17,33%	78,00%	4,67%	100,00%



z życia (grupa I – 19,7%; grupa II – 16,7%). Badania wykazały, że osoby z niskim stopniem zadowolenia z życia najsłabiej ocenili szpital, jako godny poleceniu ich rodzinom, najbliższym, znajomym (tab. XIII).

Badanych zapytano także, jakie wprowadziliby zmiany w szpitalu, aby pobyt pacjentów w szpitalu był przyjemniejszy. 49% badanych z grupy I i 50% z grupy II nie miała żadnego pomysłu w zakresie wprowadzenia udoskonaleń w szpitalu. Pozostali pacjenci byli zdania, że nie należy nic zmieniać (grupa I – 8%; grupa II – 15%) lub podawali konkretne propozycje (grupa I – 51%; grupa II – 36%).

W oddziałach zabiegowych (grupa I) najliczniejszą grupę stanowili respondenci, którzy zauważali potrzebę zmian w aspekcie pracy personelu (20,7%), w tym konieczność pogłębienia przez nich wiedzy (10,5%), zwiększenia liczby personelu pracującego w oddziale (5,6%) i zwolnienie tempa obchodu (4,6%). W drugiej kolejności sugerowali wprowadzenie zmian organizacyjnych dla polepszenia komfortu pacjentów (18%), w tym umieszczenie telewizorów w salach (4%), zorganizowanie świetlicy (3,4%), zmniejszenie liczby łóżek na salach (3%), wymianę szafek przyłóżkowych i niewygodnych łóżek (2,3%), wymianę twardych materacy (1,3%) lub zbyt wysokich łóżek (1,7%), ograniczenie liczby jednocześnie odwiedzających (1,7%) i poprawę jakości posiłków (1,7%). Ostatnią zgłaszaną kwestią była konieczność przeprowadzenia remontów (5,3%), w tym zamontowanie umywalk w salach (4,7%) i ograniczać czas remontów (0,6%).

W oddziałach zachowawczych pacjenci preferowali wprowadzenie zmian związanych z polepszeniem komfortu pacjentów (19,6%), w tym zorganizowanie

świetlicy (6%), zamontowanie radia w salach (4%), zmniejszenie liczby chorych w salach (3,4%), wprowadzenie ciszy nocnej, by ograniczyć głośne nocne rozmowy pacjentów (2,6%), zamontowanie telewizorów w zakazu palenia tytoniu salach (2%), ograniczyć zapalanie światła w nocy (1%) i konsekwentne przestrzeganie (0,6%). Kolejna kwestia dotyczyła konieczności przeprowadzenia remontów (9,7%), w tym jak najszybsze przeprowadzenie remontu oddziału (6,8%), zaprojektowanie toalet przy salach pacjentów (2,6%) i pomalowanie ścian (0,3%). Na ostatnim miejscu postulowali zmiany dotyczące pracy personelu (6,3%), w tym poprawę relacji z chorymi, aby personel nie był arogancki i nieuprzejmy (3,7%) i zwiększenie liczby personelu (2,6%).

## Dyskusja

Na przestrzeni ostatnich lat, za Bruke-Miller i wsp. [12], w sektorze usług medycznych zostało przeprowadzonych wiele reform, w konsekwencji, których zaczęła być odczuwalna przez pacjenta poprawa jakości funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej, a satysfakcja pacjenta z leczenia szpitalnego stała się więc kluczowym elementem pomiaru jakości w placówkach medycznych.

Kapała i Skrobisz [13] podkreślają, iż oczekiwania pacjentów są coraz częściej postrzegane jako istotny czynnik współdecydujący o wyborze placówki medycznej przez chorego. W związku z tym problem jakości usług świadczonych w zakładach działalności leczniczej jest podstawowym warunkiem ich efektywności. Poszukiwania badawcze prowadzone przez Wyrzykowską [9] wykazały, iż zapewnienie odpowiedniej jakości usług obejmuje wiele działań zgodnych z przyjętym standardem, a jego realizacja daje większe lub mniejsze poczucie satysfakcji z pobytu w konkretnej placówce medycznej.

Osoby ankietowane przez Kapałę i Skrobisza [13] twierdziły, iż chciałyby być hospitalizowane najlepiej w 1-osobowej sali (17% wskazań) lub sali 2-osobowej (52%). Zapytani o szczegóły lokalowe na jakie zwracają uwagę podczas hospitalizacji najczęściej wskazywali: łatwą dostępność do toalety (82%), ogólną czystość oddziału (69%), smaczne, ciepłe posiłki (54%) i odbiornik telewizyjny na sali chorych (31%). Za elementy wyposażenia sali chorych (oprócz łóżka i stolika przyłóżkowego), które uważali za standard wymieniali zlew (100%), obecność toalety przy sali chorych (77%), natrysk przy sali chorych (32%) i obecność odbiornika telewizyjnego (21%). Za wyposażenie dodatkowe np. dostęp do Internetu (95%) [13].

W badaniu Józwickiej i wsp. [14], dotyczącym poziomu satysfakcji pacjentów z opieki lekarsko-pielęgniarskiej w Szpitalu Wojewódzkim we Włocławku,

Tabela XIII. Zależność skali SWLS w ocenie polecenia szpitala rodzinie lub znajomym badanych w oddziałach  
Table XIII. SWLS scale dependence on assessing hospital recommendation to family or friends in surveyed wards

Oddziały	Czy poleciliby ten szpitalu swojej rodzinie i znajomym?	SWLS /steny/			Wiersz	
		Wysokie /10-7/	Przeciętne /5-6/	Niskie /1-4/		
Oddział zabiegowy	tak	N	208	12	276	
	%	%	69,33%	4,00%	92,00%	
	nie	N	20	0	24	
	%	%	6,67%	0,00%	8,00%	
Ogółem	N	N	228	12	300	
	%	%	76,00%	4,00%	100,00%	
Oddział zachowawczy	tak	N	48	225	14	287
	%	%	16,00%	75,00%	4,67%	95,67%
	nie	N	4	9	0	13
	%	%	1,33%	3,00%	0,00%	4,33%
Ogółem	N	N	52	234	14	300
	%	%	17,33%	78,00%	4,67%	100,00%

udział wzięło 302 pacjentów, którzy ocenili go bardzo wysoko. Pacjenci byli zadowoleni ze sposobu przyjęcia, pobytu i świadczonych usług diagnostyczno-leczniczo-opiekuńczych w oddziałach zabiegowych. Lekarze i pielęgniarki w ich opinii wykazywali podmiotowość w stosunku do podopiecznych, zaś zakres usług rehabilitacyjnych – jako niewystarczający, a ich działania niesystematyczne. Nisko ocenili także warunki socjalne oddziałów [14].

Szyszkowska [15] badaniem objęła 92 pacjentów Szpitala Powiatowego w Ostrowi Mazowieckiej, reprezentujących oddziały: kardiologiczny (36,9%), internistyczny (17,4%), chirurgiczny (23,9%), urazowo-ortopedyczny (11,9%) i rehabilitacji narządu ruchu (9,8%). Ogólnie Izba Przyjęć, jej praca i personel otrzymały oceny „bardzo dobre” i „dobre”, a najwięcej złych opinii zebrały oceny: czas załatwiania formalności (11,9% ocen „źle” i „bardzo źle”), zapewnienie intymności (9,7% ocen negatywnych) oraz warunki oczekiwania (8,7% ocen). Przyjęcie do oddziału ankietowani ocenili na „bardzo dobry” i „dobre” (ponad 80% ocen pozytywnych). Informowanie o terminach planowanych zabiegów i badań respondenci ocenili na „bardzo dobry” i „dobre” (83,7% ocen pozytywnych). 20,6% ankietowanych oceniło „źle” i „bardzo źle” poinformowanie o prawach pacjenta [15]. Ogólna ocena oddziału wśród ankietowanych była pozytywna. Oceny „bardzo dobry” i „dobre” otrzymały czystość w oddziale (92,4%) oraz wyposażenie sali chorych (93,5%). Pacjenci nie najlepiej ocenili: warunki do snu o odpoczynku (6,5% ocen negatywnych) i warunki sanitarno-higieniczne (7,6% ocen negatywnych). Za jakość posiłków i estetykę podania wydano 89% pozytywnych opinii. Warunki do spożywania posiłków otrzymały 81,5% ocen pozytywnych. Respondenci pozytywnie ocenili następujące aspekty pobytu w szpitalu: możliwość odwiedzin (97,8%), dostęp do telefonu (96,7%), możliwość dokonywania drobnych zakupów na terenie szpitala (92,4%), możliwość opieki duszpasterskiej (97,8%) [15].

Podjęcie obecnych badań dotyczących Szpitala w Wysokiem Mazowieckiem przyczyniło się do wykazania, że opinia wydana na temat ogólnej oceny szpitala w większości odpowiedzi była pozytywna, lecz wystąpiły też pewne „niedociągnięcia”, które z pewnością należałoby wyeliminować. Chorzy zapytani o właściwy czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala, w przeważającym odsetku nie potrafili udzielić jednoznacznej odpowiedzi, a tylko niewielki odsetek uznał ten czas za właściwy (oddziały zabiegowe – 20,3%; zachowawcze – 28,7%). Niewiele odbiegała opinia badanych chorych, co do czasu oczekiwania na izbie przyjęć (oddziały zabiegowe – 25,7%; zachowawcze – 30,7%). Jednocześnie pacjenci pozytywnie postrzegali przestrzeganie przez personel izby przyjęć praw

pacjenta (oddziały zabiegowe – 93,3%; zachowawcze – 96%). Wspomniane prawa uwzględniają wyrażenie zgody na interwencję medyczną w zakresie diagnostyki medycznej, jak i metod leczenia. Wyraźnie słabiej wypadło zapoznanie chorych z ich prawami na izbie przyjęć. W granicach połowy badanych osób przyznało, że ma pełne zaufanie do stosowanych metod leczenia w szpitalu. Zadawalający jest fakt, iż średnio trzech na czterech pacjentów czuło się w szpitalu bezpiecznie. Sporadycznie zdarzyło się, że pacjenci sami, bez personelu medycznego przechodzili z izby przyjęć na oddział. Niska była też ocena pacjentów w zakresie zapoznania ich z topografią oddziału i harmonogramem dnia w oddziale. Wysoko ocenili natomiast kontakt z osobą duchowną swojego wyznania. Dodatkowo oceniono szpital w zakresie istniejących warunków na izbie przyjęć, sprawności obsługi i wykonywania czynności medycznych przez personel tam pracujący. Komfort pacjenta podczas pobytu w szpitalu, a więc: ciszę na oddziale, czystość i higienę pomieszczeń, oznaczenia pomieszczeń oddziałów i pracowni, identyfikację personelu, ocenę posiłków oraz uwzględnienia życzeń i sugestii pacjenta, które w ocenie obecnych respondentów były wysokie.

Każdy pacjent, który trafia do szpitala, pragnie być otoczony właściwą opieką i aby ją zapewnić w szpitalu musi funkcjonować profesjonalny zespół terapeutyczny, składający się z wielu zawodów medycznych. W zależności od specyfiki oddziału i potrzeb z tym związanych, zespół jest bardziej lub mniej rozbudowany na przykład o psychologów, logopedów, instruktorów terapii zajęciowej, rehabilitantów i inne osoby.

W literaturze przedmiotu [16] podkreśla się, iż efektywność pracy w zespole uwarunkowana jest licznymi czynnikami, takimi jak: wiedza i doświadczenie członków zespołu, ich umiejętności, kultura panująca w organizacji, a więc i atmosfera pracy, umiejętność rozmowy i wsłuchania innych. W powyższym ważną rolę odgrywa każda osoba, gdyż jest ona źródłem informacji o jednostce chorobowej, wprowadzanej farmakoterapii, stosowanego leczenia, o objawach i zachowaniu się pacjenta, jego potrzebach oraz postępkach w leczeniu, edukacji i innych [16]. Wykorzystując elementy dobrej komunikacji, pielęgniarka staje się równorzędnym partnerem dla pozostałych członków zespołu terapeutycznego. Tak więc szacunek i zaufanie to podstawowe zasady współpracy oparte na partnerstwie i otwartości. Praca w zespole ubogaca uczestników w wiedzę o problemach zdrowotnych pacjenta i daje możliwość dla pielęgniarek zweryfikowania diagnozy pielęgniarskiej. Dzięki tym informacjom kształtuje się obraz choroby, jej postępy i osiągnięcia w leczeniu a współpraca w zespole daje wiele korzyści wszystkim członkom i zapewnia dobry przepływ informacji [16].

W badaniach Wyrzykowskiej [17] pacjenci wyrazili wysokie dodatnie oceny w większości odpowiedzi na pytania dotyczące jakości sprawowanej opieki. Zdarzały się jednak różnice w zależności od płci i wieku, np. mężczyźni wyrażali większe zadowolenie niż kobiety w zakresie przestrzegania praw pacjenta, a także korzystniej oceniali stan higieniczny placówki. Stwierdzono, że 250 na 289 badanych pacjentów było zadowolonych z poszanowania ich prywatności i godności. Grupa osób w przedziale wiekowym 21-41 lat była bardziej wymagająca i krytyczna. Opinie te dotyczyły szczególnie zainteresowania wykazanego osobą pacjenta przebywającego w izbie przyjęć, oceny przyjęcia chorego na oddział, warunków sanitarno-higienicznych i ogólnej oceny szpitala. Pacjenci młodzi i wykształceni, częściej odrzucali autorytety i żądali zaspokojenia swoich praw. Bardziej wyrozumieli byli ludzie bardzo młodzi w grupie od 16-20 lat i starsi – powyżej 60. roku życia. Wysoko oceniono personel szpitala, w tym najwyżej personel pielęgniarski, zwłaszcza za jego dostępność w dzień i w nocy. Autorka [17] podkreśla, że ogromnie ważne jest pierwsze wrażenie, jakie chory odnosi w momencie zetknięcia się ze szpitalem i jego personelem. Ocena grzeczności i taktu personelu izby przyjęć przez ankietowanych zależała w sposób istotny od czasu trwania załatwienia formalności. Wraz z wydłużeniem czasu pobytu pacjentów w izbie przyjęć ocena taktu i grzeczności personelu z bardzo dobrej obniżała się. Przyjęcie na oddział zostało ocenione przez pacjentów bardzo dobrze i dobrze. Ta opinia była niezależna od płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania, wielokrotności i czasu pobytu w szpitalu. Wyraźna różnica w ocenie przyjęcia chorego na oddziału wystąpiła przy wieku ankietowanych; okazało się bowiem, że bardziej liberalni w ocenie byli ludzie bardzo młodzi i starsi, natomiast pacjenci w przedziale wieku 21-40 lat byli bardziej krytyczni [17].

Raduj i wsp. [18] ukazali, iż badani pacjenci cenili zainteresowanie ze strony personelu (uwagne słuchanie) oraz respektowanie ich godności, pacjenci cenią sobie w podobnym stopniu, jak zapewnienie im poczucia bezpieczeństwa.

W obecnych badaniach, w aspekcie oczekiwań pacjentów w stosunku do innych członków zespołu terapeutycznego, uzyskane wyniki wskazują, że oprócz sprawowania opieki przez pielęgniarkę, czy lekarza, w opinii respondentów najlepiej sprawowałaby opiekę siostra zakonna. W oddziałach zabiegowych znaczna część pacjentów wskazała rehabilitanta. W grupie badanych osób należącej do oddziałów zachowawczych na uwagę zasługuje podkreślenie roli sprawowania opieki przez rodzinę. Na tą decyzję zapewne wpływał nie tylko starszy wiek pacjentów, ale także rodzaj występujących chorób przewlekłych

wśród respondentów. Kolejnym problemem poddanym badaniom – poznania oczekiwań od zespołu innych zawodów medycznych – było ukierunkowanie na ocenę sprawowanej opieki podczas pobytu w szpitalu. W tej kwestii, bez względu na rodzaj oddziału, bezapelacyjnie przewyższyła opieka sprawowana przez rodzinę. W oddziałach zabiegowych najczęściej chorzy wskazali lekarza i rehabilitanta, a w zachowawczych lekarza i pielęgniarkę.

Warto podkreślić, iż nie istnieje „złoty standard” umożliwiający zmierzenie zadowolenia pacjenta. Jak sugerują Gooff i wsp. [19], łatwiej jest sformułować pytania na temat prywatności, godności i uczuć pacjenta, aniżeli zrozumienia informacji i zaangażowania w opiekę.

W opinii Kurpas i wsp. [20] trudność oceny zjawiska satysfakcji pacjenta wynika z wielowymiarowości czynników prowadzących do jego osiągnięcia, nasilanej przez stale kształtującą się opiekę zdrowotną w naszym kraju [20].

Szyszkowska [15] badaniem objęła 92 pacjentów Szpitala Powiatowego w Ostrowi Mazowieckiej. Pacjenci w zaleceniach poprawy jakości opieki w tym szpitalu podkreślali konieczność usprawnienia pracy w izbie przyjęć – zwiększenia obsady personelu pielęgniarskiego i pomocniczego oraz poprawę warunków w izbie przyjęć – zapewniających poczucie intymności w czasie badania, np. parawan. Uważali, iż na oddziałach kardiologicznym i internistycznym należy wyznaczyć i oznakować łazienki i WC oddzielnie dla kobiet i mężczyzn, założyć kotarę/zasłonę dla maksymalnej intymności w tych pomieszczeniach. Twierdzili, iż osobom starszym należy zapewnić lepsze szafki tryłóżkowe z wysuwaną półką do spożywania posiłków, a na oddziale rehabilitacji narządu ruchu – pacjentom poruszającym się na wózku – dostosować poręcze i uchwyty w łazienkach na odpowiednim poziomie, aby spełniały swoje zadanie [15].

W obecnym badaniu pacjentów także zapytano o to, co należałoby zmienić, aby pobyt w szpitalu był przyjemniejszy. Niestety aż 49% badanych przebywających w oddziałach zabiegowych i 50% w zachowawczych nie miało własnego zdania w zakresie wprowadzenia udoskonaleń w szpitalu.

## Wnioski

1. Ponad połowa osób badanych krytycznie oceniła relacje pomiędzy pacjentem a lekarzem oraz pomiędzy lekarzem a pielęgniarką.
2. Pacjenci krytycznie ocenili zbyt długi czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala i na izbie przyjęć, przekazywanie informacji pacjentowi, sposób zapoznania pacjentów z topografią oddziału i harmonogramem dnia w oddziale, a wysoko – przestrzeganie praw pacjenta, warunki panujące

na izbie przyjęć, pracę personelu medycznego, zagadnienia w zakresie komfortu pacjenta, dostępność do odwiedzin, możliwości identyfikacji personelu i pomieszczeń, jakość posiłków i dostęp do osoby duchownej.

3. Nie wykazano znaczącego wpływu akceptacji choroby przez respondentów na poziom oceny zaufania do szpitala i poczucie w nim bezpieczeństwa, stwierdzono natomiast, iż na powyższe wpływ miał poziom satysfakcji z życia chorych.

## Piśmiennictwo / References

1. Kulczycka K. Kryteria oceniające satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarstwa. *Zdr Pub* 2001, 111: 53-56.
2. Gawel G, Twarduś K, Kin-Dąbrowska J, Pyć L. Jakość opieki pielęgniarstwa na oddziale kardiologicznym. *Probl Pielęg* 2008, 16(4): 339-342.
3. Maciąg R. Pomiar i metody badań nad satysfakcją pacjenta. *Służ Zdr* 2001, 9: 17-20.
4. Bednarek M. TQM – kompleksowe zarządzanie jakością. *Ekon Organ Przeds* 2002, 7: 8-81.
5. Piątek A. Doskonalenie jakości opieki pielęgniarstwa. [w:] *Podstawy organizacji opieki pielęgniarstwa*. Ksykiewicz-Dorota A (red). Czelej, Lublin 2004, 162-173.
6. Gutysz-Wojnicka A, Dyk D. Adaptacja polskiej wersji the Newcastle satisfaction with nursing scale (NSNS). *Probl Pielęg* 2007, 15(2/3): 133-138.
7. Kurpas D, Steciwko A. Jakość usług medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej. *Adv Clin Exp Med* 2005, 14(3): 603-608.
8. Sierpińska L, Dzirba A. Poziom satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarstwa na oddziałach zabiegowych. *Pielęg Chir Angiol* 2011, 1: 18-22.
9. Suhonen R, Schmidt L, Radwin L. Measuring individualized nursing care: assessment of reliability and validity of three scales. *J Adv Nurs* 2000, 59(1): 77-85.
10. Lawthers AG. Pomiar jakości a manager ochrony zdrowia. *Zdr Publ Zarz* 1999, 3(1): 17-23.
11. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
12. Bruke-Miller JK, Cook IA, Cohen MH, Hessol NA, Wilson TE, Richardson L, Williams P, Gange SJ. Longitudinal Relationship Between Use of Highly Active Antiretroviral Therapy and Satisfaction with Care Among Women Living with HIV/AIDS. *Am J Pub Health* 2006, 96(6): 1044-1051.
13. Kapała W, Skrobisz J. Oczekiwanie pacjentów hospitalizowanych w oddziale chirurgii trybem planowym względem zespołu lekarskiego, pielęgniarstwa i warunków lokalowych. *Now Lek* 2006, 75(4): 351-358.
14. Józwicka M, Ślusarz R, Szewczyk M, Tafelski M, Beuth W. Satysfakcja pacjenta z opieki medycznej w szpitalnych oddziałach zabiegowych. *Ann UMCS* 2005, supl. 16, 40(7): 68-72.
15. Szyszkowska J. Ocena jakości usług medycznych – badanie satysfakcji pacjentów z pobytu w szpitalu. <ftp://212.85.108.204/Szyszkowska.pdf> (21.11.2013).
16. Sierpińska L, Ksykiewicz DA. Wpływ kultury organizacji na pracę zespołu terapeutycznego. *Zdr Publ* 2001, 111: 307-309.
17. Wyrzykowska M. Ocena opieki pielęgniarstwa w opinii pacjentów. *Pielęg Chir Angiol* 2007, 1: 3-10.
18. Raduj J, Indulska A, Anczewska M i wsp. Jakość usług medycznych w opinii pacjentów wybranych oddziałów psychiatrycznych. *Post Psych Neurol* 2005, 14(4), 293-298.
19. Cohen G, Forbes J, Garraway M. Can different patient satisfaction survey methods Yield consistent results? *BMJ*, 1996, 313(7061): 841-844.
20. Kurpas D, Sapilak B, Steciwko A. Ocena satysfakcji pacjenta dializowanego, jako wykładnik jakości opieki długoterminowej świadczonej w praktyce lekarza rodzinnego. *Probl Lek* 2006, 45(3): 99-100.