

Sylwia Wierzbińska-Karakuła^{1(BCDF)}, Monika Binkowska-Bury^{1(AD)}, Joanna Burzyńska^{1(G)},
Paweł Januszewicz^{2(AH)}

Respektowanie oczekiwań i praw pacjentów w podkarpackich jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej jako element jakości usług zdrowotnych

Respecting the rights and patient expectations as a part of the quality of health services in the Podkarpacie primary health care units

¹ Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego
² Narodowy Instytut Leków w Warszawie

STRESZCZENIE

Wprowadzenie: Badanie satysfakcji pacjentów jest cenną i wartościową metodą oceny jakości usług medycznych. Dzięki pomiarowi satysfakcji jednostka opieki zdrowotnej uzyskuje informacje, na ile sposób sprawowania przez nią opieki zaspokaja potrzeby i oczekiwania pacjentów, a co jest ewentualnym źródłem ich niezadowolenia. Wykorzystanie wniosków z badań pozwala dostosować system opieki do oczekiwań świadczeniobiorców i wskazuje kierunek działań projakościowych.

Cel pracy: Ocena opinii pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej na temat realizacji opieki w kategorii respektowanie praw pacjenta

Materiał i metody: Analizą objęto 1000 podkarpackich pacjentów, którzy zgłosili się na wizytę do lekarza pierwszego kontaktu. Dane uzyskano na podstawie sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza wywiadu opracowanego na potrzeby badania. W analizie statystycznej wykorzystano test niezależności Chi-kwadrat.

ABSTRACT

Introduction: Evaluation of patient's satisfaction is a valuable and worthwhile method of assessing the quality of medical service. It has emerged as an increasingly important health outcome and is currently used to identify how health care meets the needs and expectations of patients, what is the possible source of their dissatisfaction and which aspects of a service need to be changed. Use of the conclusions of the study allows to customize the system of care to patients' expectations and indicates the direction of quality activities.

Aim: The aim of this exploratory study was to investigate the opinions of primary care patients on the implementation of care in the field such as patients' rights.

Material and methods: The analysis included 1000 patients from Podkarpacie who reported a visit to primary care physician. The research used an author-designed questionnaire as the main method of data collection. For statistical analysis of results the chi-square test was used.

Udział współautorów / Participation of co-authors: A – przygotowanie projektu badawczego/ preparation of a research project; B – zbieranie danych / collection of data; C – analiza statystyczna / statistical analysis; D – interpretacja danych / interpretation of data; E – przygotowanie manuskryptu / preparation of a manuscript; F – opracowanie piśmiennictwa / working out the literature; G – pozyskanie funduszy / obtaining funds

Wyniki: Jak wynika z uzyskanych danych, 63,4% pacjentów jest informowanych o przysługujących im prawach. Stwierdzono, że im wyższe wykształcenie, tym większe zadowolenie z jakości otrzymanej informacji oraz silniejsze odczucie możliwości współdecydowania w podejmowaniu decyzji o planowanym leczeniu. Wykazano, iż kobiety w porównaniu do mężczyzn są bardziej zadowolone z uzyskanych od lekarza informacji i częściej przyznają, że mogą współuczestniczyć w decyzjach lekarskich. W ocenie większości pacjentów opieka lekarska jest sprawowana z zapewnieniem godności pacjenta.

Wnioski: Ogólnie pacjenci pozytywnie ocenili kategorię respektowania praw pacjenta w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej zlokalizowanych na terenie Polski południowo-wschodniej. Wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz status zawodowy istotnie wpływają na odczucia pacjentów odnośnie do respektowania ich praw.

Słowa kluczowe: prawa pacjenta, podstawowa opieka zdrowotna, jakość opieki

Wprowadzenie

W definicji Światowej Organizacji Zdrowia podstawowa opieka zdrowotna to zasadnicza część opieki zdrowotnej, wykorzystująca praktyczne, sprawdzone naukowo oraz społecznie akceptowane metody i techniki, powszechnie dostępna dla jednostek i rodzin w ich społecznościach lokalnych [1]. To kluczowy element systemu opieki zdrowotnej. Jest nie tylko podstawowym źródłem kontaktu między pacjentem a lekarzem, ale również w wielu przypadkach inicjuje indywidualne środki zapobiegawcze i lecznicze [2, 3, 4]. Dlatego też zapewnienie wysokiej jakości świadczeń jest tutaj niezwykle istotne.

W Polsce sektor usług medycznych podlega coraz większym zmianom. W XXI wieku zakłady opieki zdrowotnej muszą konkurować o pacjentów, a kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia uzależnione są od liczby leczonych chorych oraz od jakości udzielanych świadczeń. To chory decyduje o swoim leczeniu i oczekuje od świadczeniodawcy takiej usługi, która będzie odpowiadać jego wymaganiom [5].

Ważnym elementem oceny skuteczności i efektywności podstawowej opieki zdrowotnej jest jej akceptowalność przez pacjentów, będąca zarazem jednym z wykładników jej jakości [6, 7, 8]. Dzięki pomiarowi satysfakcji świadczeniodawca uzyskuje informacje, na ile jego sposób sprawowania opieki zaspokaja potrzeby i oczekiwania pacjentów, a co jest ewentualnym źródłem ich niezadowolenia [2, 3, 9, 10, 11]. Spojrzenie na placówkę służby zdrowia z perspektywy pacjenta różni się od wyobrażeń personelu, właścicieli i kadry zarządzającej. Jest to ocena bardzo subiektywna i związana głównie z pozamedycznymi aspektami obsługi [7, 12]. Z tego też względu ocena jakości usług medycznych dokonywana przez biorców świadczeń powinna stanowić uzupełnienie oceny dokonywanej przez ekspertów [6, 13, 14].

Results: According to the data obtained, 63.4% of the patients are informed of their rights. On the basis of the results a dependence may be observed: the higher the educational status, the higher satisfaction from the quality of the received information, as well as the stronger the conviction of the ability to co-decide in terms of planned treatment. It has been shown that women as compared to men are more satisfied with the information received from the doctor and often admit that they can participate in medical decisions. In the opinion of the majority of patients, medical care is exercised in ensuring the dignity of the patient.

Conclusions: In general, patients positively evaluated category of respecting the rights of the patient's primary care units located in the south-eastern Poland. Age, sex, place of residence, education and occupational status significantly affect the opinions of the patients with regard to respect their rights.

Keywords: patient rights, primary health care, quality of care

Introduction

The World Health Organization defines primary health care as the essential part of health care employing practical, scientifically proven and socially accepted methods and techniques, and which is generally accessible for individuals and families who belong to local communities [1]. It is the key element of a health care system. It serves not only as the primary point of contact between patient and a physician but also, in many instances, it initiates individual preventive and treatment measures [2, 3, 4]. Therefore, providing high quality service is of vital importance.

Polish medical services sector undergoes ever bigger changes. In the 21st century, health care units are competing with one another to gain patients, and National Health Fund contracts depend on the number of the ill as well as on the quality of provided services. It is the ill individual who makes decisions about their treatment and expects the health care unit to provide service that meets their expectations [5].

One of the significant elements of effectiveness evaluation of primary health care is its acceptability by the patients which, at the same time, may indicate its quality [6, 7, 8]. The satisfaction evaluation enables the health care provider to obtain information as to what extent the service meets the requirements and expectations of patients and what is the source of their dissatisfaction [2, 3, 9, 10, 11]. Patient's perception varies from the perception of the personnel, the owners and management of the health care unit. This assessment is highly subjective and mainly related to non-medical aspects of the service [7, 12]. That is why, the medical service quality assessment completed by the patients should be a supplement to evaluation done by experts [6, 13, 14].

Primary Care Accreditation Program in Poland was developed for the first time in 2004. It constitutes an

W 2004 roku opracowano po raz pierwszy w Polsce *Program akredytacji podstawowej opieki zdrowotnej*. Jest to element zewnętrznej oceny jakości tej części systemu ochrony zdrowia. Wymogi akredytacyjne ujęte w formie standardów dotyczą głównych obszarów udzielania świadczeń medycyny rodzinnej. Znowelizowane w 2011 roku standardy promują między innymi sprawną organizację, respektowanie oczekiwań i opinii pacjentów, a także stałe prowadzenie analizy własnej działalności medycznej. Wśród 8 działów obejmujących pogrupowane standardy akredytacyjne znalazły się prawa pacjenta [15], będące przedmiotem zainteresowania niniejszej pracy. Autorzy badania, opierając się na zawartych w programie wymogach, mieli na celu sprawdzić, czy przyjęty w placówce podstawowej opieki zdrowotnej system zachowań odzwierciedla poszanowanie podstawowych praw i potrzeb pacjentów.

W Polsce regulacje dotyczące ochrony praw pacjenta znajdują się w *Karcie praw pacjenta*, opracowanej w 1998 roku na podstawie art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 27 kwietnia 1997 r. oraz ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej, ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i dentysty oraz ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów [16]. Następnie prawa pacjenta zostały zebrane i ujednolicone przez Sejm 6 listopada 2008 roku w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [17]. Ustawa obejmuje prawa pacjenta oraz obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych związanych z realizacją tychże praw [16].

W artykule poruszono problem satysfakcji pacjentów z wywiązywania się przez placówki podstawowej opieki zdrowotnej z zadań zawartych w ww. aktach prawnych.

Dzięki badaniu opinii pacjentów możliwa jest ocena wrażliwości systemu opieki zdrowotnej na potrzeby odbiorców. Umożliwia ono również lepszą identyfikację oczekiwań pacjentów, a także określenie przyczyn niezadowolenia z otrzymywanych usług. Daje to możliwość wdrożenia działań naprawczych mających na celu poprawę jakości usług medycznych, a co się z tym wiąże – podniesienie poziomu satysfakcji pacjentów [7, 18].

Cel pracy

Zamierzeniem autorów była ocena opinii pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej na temat realizacji opieki w kategorii respektowania praw pacjenta. Badanie tego rodzaju opinii i oczekiwań pacjentów może służyć poprawie jakości i bezpieczeństwa opieki w tej części systemu usług zdrowotnych.

element of external quality assessment of this section of health care. Accreditation requirements in the form of standards pertain to the main areas of providing the family health care. Standards which were amended in 2011 promote, among others, skillful management, respecting the expectations and opinions of patients as well as constant analysis of own medical activity. Among eight sections which include grouped accreditation standards, there are patients' rights [15] – the main focus of this paper. The authors of the study, following the requirements of Accreditation Program, aimed to evaluate whether the system of behaviours employed in a primary health care unit reflects the respect for fundamental rights and needs of patients.

In Poland, the regulations concerning the protection of patients' rights can be found in Charter of Patients' Rights developed in 1998 on the basis of Article 68 of the Constitution of the Republic of Poland of 2 April 1997 and the Act on healthcare institutions of 31 August 1991, Act on protection of mental health of 19 August 1994, Act on profession of nurse and midwife of 5 June 1996, Act on profession of doctor and dentist of 5 December 1996, Act on sample and transplantation of cells, tissues and organs of 1 July 2005 [16]. Next, the patients' rights were assembled and consolidated by the Sejm on 6 November 2008 in the Act on patients' rights and the Commissioner for Patients' Rights [17]. The Act includes patients' rights and the responsibilities of the facilities providing health care services which refer to the said rights [16].

The paper touches upon the issue of patients satisfaction in terms of the degree to which the primary health care units perform their tasks stated in the aforementioned acts. Owing to the study of patients' opinions, it was possible to assess the responsiveness of health care system to the needs of the recipients. Additionally, it facilitates better identification of patients' expectations as well as their lack of satisfaction in terms of received services. It aids to implement corrective measures in order to enhance the quality of medical services and, at the same time, to raise the level of patients' satisfaction [7, 18].

The aim of the paper

The authors of the paper aimed to evaluate the opinions of patients of primary health care in the scope of providing care by respecting patients' rights. Studying opinions and expectations of patients may serve to improve the quality and safety of care in this area of health care services.

Material and methods

The analysis encompassed 1000 patients who visited their primary care physicians. The group included 667 (66.7%) women and 333 (33.37%) men. The percentage distribution in particular age groups was similar, however, the least numerous age group constituted persons over 70 years old (Table 1).

Tab. 1. Struktura badanej grupy pacjentów według wieku

Tab. 1. The structure of the study group of patients by age

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

Material i metody

Analizą objęto 1000 pacjentów, którzy zgłosili się na wizytę do lekarza pierwszego kontaktu. W grupie było 667 (66,7%) kobiet i 333 (33,37%) mężczyzn. Rozkład procentowy w poszczególnych grupach wiekowych był zbliżony, choć najmniej liczną reprezentację wiekową stanowiły osoby powyżej 70 lat (tab. 1).

Połowa respondentów to mieszkańcy wsi (52,7%), co czwarty zamieszkuje małe miasto (27,9%), a co piąte miasto większe – powyżej 50 tys. mieszkańców (19,4%). W omawianej grupie ankietowanych osób co dziesiąty respondent posiadał wykształcenie podstawowe (10%), a co piąte zawodowe (19,8%). Najliczniejszą grupę – ponad 1/3 całej zbiorowości – tworzyły osoby, które ukończyły studia wyższe (37,5%). Większość ankietowanych jest nadal aktywna zawodowo (58,8%), emeryci i renciści niepracujący to około 20% całej zbiorowości, a co dziesiąty respondent jest osobą nadal uczącą się (9,8%). Większość ankietowanych osób (61,9%) pozostaje w związku małżeńskim. Znikomy odsetek respondentów żyje w nieformalnych związkach (0,5%) bądź jest po rozwodzie (2,8%).

Badania przeprowadzono w styczniu i lutym 2013 roku. Próbkę stanowiło 1000 pacjentów ze 150 losowo wybranych placówek podstawowej opieki zdrowotnej zlokalizowanych na terenie Polski południowo-wschodniej. Liczba respondentów z poszczególnych przychodni zawierała się w granicach od 5 do 10 osób. Dobór do badanej grupy został dokonany na podstawie losowania warstwowego. Warstwę stanowiły wszystkie placówki podstawowej opieki zdrowotnej należące do województwa podkarpackiego. Prawdopodobieństwo wylosowania placówki było wprost proporcjonalne do liczby mieszkańców miejscowości objętych ubezpieczeniem Narodowego Funduszu Zdrowia.

Celem uzyskania wstępnej wiedzy i opracowania ostatecznej wersji kwestionariusza w grudniu 2012 roku przeprowadzono badanie próbne. Badanie to skierowano do 50 pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej.

Dane uzyskano na podstawie sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza wywiadu opracowanego na potrzeby badania. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy, a materiał badawczy poufny. Badani pacjenci zostali poinstruowani

Half of the respondents come from rural areas (52.7%), one in four people comes from small towns (27.9%) and one in five people is a resident of bigger cities – over 50,000 inhabitants (19.4%). In the group of respondents in question, one in ten has a primary education (10%), whereas one in five has vocational education (19.8%). The most numerous, i.e. one third of the respondents has a higher education (37.5%). Majority of the respondents is still professionally active (58.8%). Pensioners and old age pensioners who do not work constitute about 20% of the respondents, whereas one in ten respondents is still studying (9.8%). Over half of the respondents (61.9%) is married. A small percentage is in irregular relationships (0.5%) or is divorced (2.8%).

The study was held in January and February 2013. The sample constituted 1000 patients from 150 randomly chosen primary health care units in south-east Poland. The number of respondents in each outpatient clinic varied between 5 to 10 people. The selection in terms of a given group was made on the basis of stratified sampling. Stratum consisted of all the units of primary health care which belong to Podkarpackie voivodeship. Probability of sampling a primary health care unit was directly proportional to the number of inhabitants who had insurance coverage of the National Health Fund.

In order to gain the preliminary knowledge and to develop the final version of the questionnaire there was held a mock study in December 2012. The study involved 50 patients of primary health care.

The data was obtained on the basis of diagnostic survey with the use of an original survey questionnaire developed for the purpose of the study. Participation in the study was voluntary and anonymous, and the study material confidential. The respondents were instructed verbally and in written form about the procedure and aim of the study. The questionnaires which were filled correctly served as a consent to partake in the study.

The questionnaire included two parts: one concerned demographics and the second concerned respecting patients' rights in primary health care. The second part of the questionnaire comprised of 12 closed-ended questions and one half-open question. The questions mainly related to the issue of obtaining information about the health status and the rights patients are entitled to, following

ustnie oraz pisemnie o procedurze i celu badania. Poprawnie wypełnione kwestionariusze ankiet stanowiły zgodę na udział w badaniu.

Kwestionariusz składał się z dwóch części: metryczkowej i dotyczącej respektowania praw pacjenta w podstawowej opiece zdrowotnej. Druga część kwestionariusza zawierała 15 pytań o charakterze zamkniętym i 1 pytanie półotwarte. Pytania dotyczyły m.in. możliwości uzyskania informacji o stanie zdrowia i przysługujących pacjentowi prawach, możliwości badania z zachowaniem zasad prywatności, poszanowania godności osobistej, obecności osób trzecich podczas wizyty, możliwości współdecydowania o planowanych badaniach i leczeniu, dostępie do dokumentacji medycznej oraz prowadzeniu przez przychodnię badań opinii pacjentów.

Zebrany materiał poddano analizie statystycznej za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 10.0. Do analizy zmiennych jakościowych wykorzystano test niezależności Chi-kwadrat. Za istotne statystycznie przyjęto wyniki, których współczynnik p był mniejszy lub równy 0,05.

Wyniki

Ogólnie pacjenci pozytywnie ocenili kategorię respektowania praw pacjenta w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej zlokalizowanych na terenie Polski południowo-wschodniej. Byli usatysfakcjonowani w 7 spośród 8 ocenianych zakresów świadczonych usług. Największe zastrzeżenia dotyczyły informowania respondentów o prowadzeniu przez placówki badań opinii pacjentów oraz możliwości składania skarg. Na oceny respondentów istotnie wpływały zmienne socjodemograficzne, takie jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz status zawodowy.

Jak wynika z uzyskanych danych, mniej więcej dwie trzecie pacjentów są informowane o przysługujących im prawach. 63,4% twierdzi, iż prawa pacjenta są spisane i łatwo dla nich dostępne.

Z analizy badań wynika, iż jakość informacji na temat stanu zdrowia jest oceniana przez respondentów raczej pozytywnie. Tę ocenę jest prawie 60% ankietowanych osób. Tylko 7% uważa, iż nie uzyskuje zrozumiałej informacji o swoim stanie zdrowia. Istnieje bardzo wysoko istotna statystycznie zależność pomiędzy płcią pacjentów a jakością uzyskanej informacji na temat stanu zdrowia ($p = 0,0007$). Kobiety częściej uznają, że otrzymane informacje były zrozumiałe i właściwie przekazane (62,7%). Mężczyźni natomiast częściej mają krytyczne opinie w kwestii otrzymanych informacji (50,2%) (tab. 2).

Podobna zależność statystyczna ($p = 0,0007$) wynika z analizy związków pomiędzy wykształceniem respondentów a jakością otrzymanej informacji na temat zdrowia. Wykształcenie wyraźnie wpływa na poziom zrozumienia przez pacjenta komunikatów o stanie jego zdrowia. Im

the confidentiality rules during medical examination, respecting patient's dignity, the presence of third parties during the visit, the possibility of co-decision-making about medical tests and treatment, the access to medical record and conducting patients' opinion polls by the outpatient clinics.

The material was assembled and underwent statistical analysis through statistical package STATISTICA 10.0. Additionally, chi-square test was used to conduct the analysis of qualitative variables. The results which P-value was less or equal 0.05 were deemed statistically significant.

Results

In general, the patients produced a positive assessment in terms of the aspect of respecting patients' rights in primary health care units in south-east Poland. Additionally, seven out of eight evaluated scopes of provided services proved satisfactory. The major reservations concerned the lack of information from a primary health care unit about the patients' opinion poll and no possibility of filing complaints. The assessment of patients was significantly influenced by socio-demographic factors such as age, gender, place of residence, educational and occupational status.

According to the collected data, two thirds of patients, on average, is informed about their rights. 63.4% of patients stated that the patients' rights are written down and accessible to them.

The research analysis revealed that the quality of information on the health status is assessed positively by the respondents. Almost 60% of respondents share this opinion. Merely 7% claim not to receive intelligible information concerning health. Moreover, there is a highly statistically significant dependence between the gender of respondents and the quality of information concerning the health status ($p=0.0007$). More often, women decide that the details received were understandable and presented correctly (62.7%). However, men frequently expressed critical opinions on information they received (50.2%) (Table 2).

Comparable statistical dependence ($p=0.0007$) is found through the analysis of the education of the respondents and the quality of received information on health status. The education clearly influences patients' understanding of messages concerning their health status. The higher the education, the bigger the satisfaction from the quality of obtained information (Table 3).

Statistically significant dependence ($p=0.0211$) has been observed between the place of residence and the quality of received information on the health status. The bigger dissatisfaction from the means of conveying information on health status by a primary care physician was expressed by the residents of rural areas (58.3%) and small towns (52.7%). Respondents who were residents of bigger urban areas (2/3 of cases) decided that they were

Tab. 2. Płeć pacjentów a jakość uzyskanej informacji na temat stanu zdrowia

Tab. 2. Gender of patients and the quality of the obtained information on the health status

Jakość uzyskanej informacji na temat stanu zdrowia / Quality of the obtained information on the health status	Płeć / Gender ($p = 0,0007^{***}$)		Razem Total
	kobieta / female	mężczyzna / male	
są właściwie informowani / informed correctly	418 (62,7%)	167 (50,2%)	585 (58,5%)
nie zawsze zrozumiale / not always clearly	207 (31,0%)	136 (40,8%)	343 (34,3%)
nie właściwie / incorrectly	42 (6,3%)	30 (9,0%)	72 (7,2%)
Razem / Total	667 (66,7%)	333 (33,3%)	1000 (100%)

Tab. 3. Wykształcenie pacjentów a jakość uzyskanej informacji na temat stanu zdrowia

Tab. 3. Education level of patients and the quality of the obtained information on the health status

Wykształcenie Education	Jakość uzyskanej informacji na temat stanu zdrowia Quality of obtained information on health status ($p = 0,0007^{***}$)			Razem Total
	właściwie correct	nie zawsze zrozumiale unclear	niewłaściwie improper	
podstawowe / primary	42 (42,0%)	47 (47,0%)	11 (11,0%)	100 (10,0%)
zawodowe / vocational	105 (53,0%)	85 (42,9%)	8 (4,0%)	198 (19,8%)
średnie / secondary	143 (59,8%)	79 (33,1%)	17 (7,1%)	239 (23,9%)
pomaturalne post-secondary	54 (61,4%)	26 (29,5%)	8 (9,1%)	88 (8,8%)
wyższe / higher	241 (64,3%)	106 (28,3%)	28 (7,5%)	375 (37,5%)
Razem / Total	585 (58,5%)	343 (34,3%)	72 (7,2%)	1000 (100%)

Tab. 4. Miejsce zamieszkania a poczucie prywatności podczas badania lekarskiego

Tab. 4. Place of residence and a sense of privacy during medical examination

Poczucie prywatności podczas przeprowadzania badań / Sense of privacy during medical examination	Miejsce zamieszkania / Place of residence ($p = 0,0003^{***}$)			Razem Total
	wieś / rural area	małe miasto / small town	duże miasto / big city	
nie czuję się skrępowany / no discomfort	477 (90,5%)	225 (80,6%)	170 (87,6%)	872 (87,2%)
nie ma prywatności / lack of privacy	50 (9,5%)	54 (19,4%)	24 (12,4%)	128 (12,8%)
Razem / Total	527 (52,7%)	279 (27,9%)	194 (19,4%)	1000 (100%)

wyższe wykształcenie, tym większe zadowolenie z jakości otrzymanej informacji (tab. 3).

Stwierdzono zależność statystyczną ($p = 0,0211$) pomiędzy miejscem zamieszkania a jakością uzyskiwanej informacji na temat zdrowia. Większe niezadowolenie ze sposobu przekazywania przez lekarza pierwszego kontaktu informacji o zdrowiu wyrażają mieszkańcy wsi (58,3%) i małych miast (52,7%). Osoby pochodzące z dużych ośrodków (2/3 przypadków) uważają, że są właściwie informowani o stanie zdrowia i sposobach leczenia (67,5%).

Zdecydowana większość ankietowanych osób nie czuje się skrępowana podczas wizyt u lekarza (87,2%). Najczęściej na brak prywatności podczas badania lekarskiego uskarżają się mieszkańcy małych miast (19,4%). Pozostali ankietowani w zdecydowanej większości nie czują skrępowania podczas wizyt lekarskich (tab. 4).

W ocenie większości pacjentów opieka lekarska jest sprawowana z zapewnieniem godności pacjenta. 82,8% ankietowanych uważa, że ich godność podczas pobytu

properly informed about the health status and means of treatment (67,5%).

Distinct majority of respondents do not feel discomfort during visits at the doctor's office (87,2%). The most frequent complaint of the residents of small towns concerns the lack of privacy during the medical examination (19,4%). The substantial majority of the remaining respondents do not feel discomfort during visits at the doctor's office (Table 4).

According to the majority of patients, delivered medical care respects their dignity. What is more, 82,8% of respondents stated that their dignity is fully respected, whereas 15,6% claim that their dignity is only partly respected, and 1,6% alarm that the outpatient clinic has no regard for patient's dignity. There is a dependency on the border of statistical significance ($p=0,0754$) between the age of patients and the assessment of respecting one's dignity in primary health care units, however, this relation is difficult to interpret. Moreover, the inaccuracy of the result is influenced by the fact that the negative option

Tab. 5. Wiek a możliwość współdecydowania o szczegółach związanych z planowanym leczeniem

Tab. 5. Age and the possibility of co-decision of the details associated with the planned treatment

Wiek [w latach] Age [in years]	Możliwość współuczestniczenia w decyzjach lekarskich Ability to participate in making medical decisions ($p = 0,0005^{***}$)		Razem Total
	tak / yes	nie / no	
18-30	178 (77,4%)	52 (22,6%)	230 (23,0%)
31-40	128 (71,9%)	50 (28,1%)	178 (17,8%)
41-50	186 (77,5%)	54 (22,5%)	240 (24,0%)
51-60	114 (71,3%)	46 (28,8%)	160 (16,0%)
61-70	71 (59,7%)	48 (40,3%)	119 (11,9%)
powyżej / over 70	43 (58,9%)	30 (41,1%)	73 (7,3%)
Razem / Total	720 (72,0%)	280 (28,0%)	1000 (100%)

w przychodni jest w pełni szanowana, 15,6% twierdzi, że ich godność jest respektowana tylko w niewielkim stopniu, 1,6% natomiast apeluje, że przychodnia nie zapewnia poszanowania godności osobistej. Istnieje zależność na granicy istotności statystycznej ($p = 0,0754$) pomiędzy wiekiem pacjentów a opinią o poszanowaniu ich godności podczas wizyt w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, ale kierunek tej zależności jest trudny do zinterpretowania. Ponadto na wiarygodność uzyskanego wyniku testu wpływa fakt, iż negatywny wariant odpowiedzi („nie zapewnia poszanowania godności”) wybrało bardzo mało osób. Generalnie z zaobserwowanej zależności nie należy wyciągać daleko idących wniosków.

W kwestionariuszu zapytano również, czy obecność osób trzecich podczas wizyty u lekarza, badania lub zabiegu zawsze jest poprzedzona pytaniem o zgodę pacjenta. Twierdzącą odpowiedź na to pytanie podaje prawie dwie trzecie pacjentów (62,7%). Oczywiście odpowiedzi przeczące (37,3%) nie muszą być traktowane pejoratywnie, gdyż mogą wynikać z braku doświadczenia w takich sytuacjach. Stwierdzono zależność pomiędzy płcią a udzielaniem zgody na obecności osób trzecich podczas badania. Nieco większy odsetek mężczyzn (41,4%) w porównaniu do kobiet (35,2%) uskarża się na to, że podczas badania lekarskiego zaistniała obecność osób trzecich bez wyrażenia zgody zainteresowanych. Zależność ta jest jednak na granicy istotności statystycznej ($p = 0,0557$).

Niemal trzy czwarte pacjentów (72%) deklaruje, że ma możliwość współuczestniczenia w podejmowaniu decyzji o planowanych badaniach, konsultacjach i leczeniu proponowanym przez lekarza. Istnieje bardzo wysoko istotna statystycznie zależność pomiędzy płcią a możliwością współdecydowania o szczegółach związanych z planowanym leczeniem ($p = 0,0007$). Kobiety o 10% częściej przyznają, że mogły współuczestniczyć w decyzjach lekarskich. Podobna zależność ($p = 0,0005$) zachodzi pomiędzy wiekiem a możliwością udziału w planowaniu leczenia. Wraz z wiekiem ankietowanych pacjentów maleje ich przekonanie, że mogą współuczestniczyć w podejmowanych przez lekarzy decyzjach dotyczących ich leczenia (tab. 5).

(“lack of respect of dignity”) was chosen by very few respondents. By and large, the observed relation cannot be subject to draw far-fetched conclusions.

The questionnaire also inquired whether the presence of third party during the visit, examination or treatment is always preceded by the request for patient's consent. Positive answer to this questions was provided by nearly two thirds of patients (62.7%). Evidently, the negative answers (37.3%) do not have to be treated pejoratively as they may result from the lack of experience of such situation. Dependence between gender and giving consent for third party to be present during examination has been observed. Slightly higher percentage of men (41.4%) in comparison to women (35.2%) complained about the fact that during medical examination third party appeared without patients' prior consent. However, this dependence is on the border of statistical significance ($p=0.0557$).

Nearly $\frac{3}{4}$ of patients (72%) declare to have possibility of participating in decision-making concerning future medical tests, consultations and treatment proposed by the physician. There is a highly statistically significant dependence between gender and the possibility of co-deciding about details concerning future treatment ($p=0.0007$). Additionally, women admit with 10% higher frequency that they were able to participate in medical decisions. Comparable dependence ($p=0.0005$) appears in terms of age and the possibility of participating in treatment planning. With age, patients appear to be less convinced about their ability to join their doctors in decision-making concerning their treatment (Table 5).

Analysis of the dependence between occupational status and the possibility to participate in medical decisions also proved a highly statistically significant relation ($p=0.0003$). Unemployed persons (66.7%) as well as pensioners (63.1%), in comparison to school and university students (82.7%) and the employed (74.7%), represent the group who is the least convinced in its possibility to participate in decision-making in terms of treatment. Significance which is statistically similar appears between educational status and the possibility to partake in medical decisions ($p=0.0002$). Respondents with primary (57%)

Analiza zależności pomiędzy statusem zawodowym a możliwością współuczestniczenia w decyzjach lekarskich wykazała również wysoko istotną statystycznie zależność ($p = 0,0003$). Osoby bezrobotne (66,7%), a także emeryci i renciści (63,1%) w porównaniu do uczniów i studentów (82,7%) oraz osób pracujących (74,7%) najmniej wierzą w możliwość udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia. Podobna statystycznie istotność zachodzi pomiędzy wykształceniem a możliwością współuczestniczenia w decyzjach lekarskich ($p = 0,0002$). Osoby z wykształceniem podstawowym (57%) lub zawodowym (65,2%) zdecydowanie rzadziej od pacjentów z wykształceniem średnim (74,9%) pomaturalnym (77,3%) czy wyższym (76,5%) uznają, że mają prawo współuczestniczyć w podejmowanych przez lekarza decyzjach wpływających na proces leczenia.

Większość respondentów deklaruje możliwość dostępu do dokumentacji medycznej. Na życzenie historie choroby są udostępniane 44,3% pacjentów. 37,2% ma do nich ograniczony dostęp. 18,5% natomiast informuje, że takiej możliwości nie ma.

Analiza zebranych danych wskazuje, iż pacjenci najczęściej nie wiedzą, czy przychodnie prowadzą badania opinii na temat jakości udzielanych przez nią świadczeń. Takiej odpowiedzi udzieliło aż 65,4% respondentów. 20,1% badanych uważa natomiast, że w wybranej przez nich placówce nie prowadzi się takich sondaży. Nie bez znaczenia okazuje się tu wiek i status zawodowy pacjentów. Istnieje zależność statystyczna między wiekiem a wiedzą na temat prowadzenia przez placówkę badań opinii swoich podopiecznych ($p = 0,0434$). Starsi pacjenci wydają się mniej poinformowani, czy placówka zdrowotna, w której się leczą, przeprowadza badania opinionotwórcze (wiek 61–70 – 79,0%, wiek powyżej 70–71,2%). Analiza zależności pomiędzy statusem zawodowym a świadomością możliwości oceny placówki wykazała, że osoby uczące się (56,1%), a także pracujące (63,8%) najrzadziej w porównaniu do emerytów i rencistów (72,3%) oraz osób bezrobotnych (66,7%) przyznają się do niewiedzy dotyczącej przeprowadzania przez jednostkę leczniczą badań opinii wśród pacjentów ($p = 0,0067$).

Niemal dokładnie połowa pacjentów (50,3%) nie wie nic na temat możliwości składania skarg lub uwag dotyczących funkcjonowania przychodni; tylko co trzeci wie, iż takie prawo mu przysługuje (30,7%). Co dwudziesta ankietowana osoba (5,2%) deklaruje, że składała w przeszłości taką skargę. Istnieje zależność między miejscem zamieszkania a możliwością składania uwag przez pacjentów ($p = 0,0462$). Pacjenci z dużych miast statystycznie częściej potwierdzają istnienie możliwości składania zażaleń na placówkę zdrowotną, w której otrzymane usługi nie były zgodne z prawem. Aż co piąty mieszkanec wsi (22,2%) uważa, że takiej możliwości nie ma (dla porównania taką opinię ma tylko co siódmy respondent z dużego miasta – 13,9%). Podobna zależność

oraz zawodowej edukacji (65,2%) akceptuje ich prawo do udziału w decyzjach lekarskich, które wpływają na proces leczenia. Pacjenci z wykształceniem podstawowym (57%), lub zawodowym (65,2%) zdecydowanie rzadziej od pacjentów z wykształceniem średnim (74,9%), post-średnim (77,3%) lub wyższym (76,5%) uznają, że mają prawo współuczestniczyć w podejmowanych przez lekarza decyzjach wpływających na proces leczenia.

Większość respondentów deklaruje możliwość dostępu do dokumentacji medycznej. Na życzenie historie choroby są udostępniane 44,3% pacjentów. 37,2% ma do nich ograniczony dostęp. 18,5% natomiast informuje, że takiej możliwości nie ma.

Analiza zebranych danych wskazuje, iż pacjenci najczęściej nie wiedzą, czy przychodnie prowadzą badania opinii na temat jakości udzielanych przez nią świadczeń. Takiej odpowiedzi udzieliło aż 65,4% respondentów. 20,1% badanych uważa natomiast, że w wybranej przez nich placówce nie prowadzi się takich sondaży. Nie bez znaczenia okazuje się tu wiek i status zawodowy pacjentów. Istnieje zależność statystyczna między wiekiem a wiedzą na temat prowadzenia przez placówkę badań opinii swoich podopiecznych ($p = 0,0434$). Starsi pacjenci wydają się mniej poinformowani, czy placówka zdrowotna, w której się leczą, przeprowadza badania opinionotwórcze (wiek 61–70 – 79,0%, wiek powyżej 70–71,2%). Analiza zależności pomiędzy statusem zawodowym a świadomością możliwości oceny placówki wykazała, że osoby uczące się (56,1%), a także pracujące (63,8%) najrzadziej w porównaniu do emerytów i rencistów (72,3%) oraz osób bezrobotnych (66,7%) przyznają się do niewiedzy dotyczącej przeprowadzania przez jednostkę leczniczą badań opinii wśród pacjentów ($p = 0,0067$).

Niemal dokładnie połowa pacjentów (50,3%) nie wie nic na temat możliwości składania skarg lub uwag dotyczących funkcjonowania przychodni; tylko co trzeci wie, iż takie prawo mu przysługuje (30,7%). Co dwudziesta ankietowana osoba (5,2%) deklaruje, że składała w przeszłości taką skargę. Istnieje zależność między miejscem zamieszkania a możliwością składania uwag przez pacjentów ($p = 0,0462$). Pacjenci z dużych miast statystycznie częściej potwierdzają istnienie możliwości składania zażaleń na placówkę zdrowotną, w której otrzymane usługi nie były zgodne z prawem. Aż co piąty mieszkanec wsi (22,2%) uważa, że takiej możliwości nie ma (dla porównania taką opinię ma tylko co siódmy respondent z dużego miasta – 13,9%). Podobna zależność

Discussion

The achieved results indicate general satisfaction from the quality of medical services provided by primary health care units. Moreover, other Polish and international patients' opinion studies demonstrate high level of

zachodzi pomiędzy wiekiem a możliwością składania uwag. Pacjenci w średnim wieku (między 40–50 i 50–60 rokiem życia) najczęściej mają dość dużą wiedzę o przysługującym im prawie złożenia skargi na nieprawidłowo funkcjonującą placówkę zdrowotną.

Dyskusja

Uzyskane wyniki wskazują na ogólne zadowolenie z jakości usług medycznych w poradniach lekarza rodzinnego. Również w innych polskich i zagranicznych badaniach opinii pacjentów stwierdza się wysoki poziom zadowolenia z opieki zdrowotnej. Wzbudza to wątpliwości co do wiarygodności wybranych metod badawczych [7, 19, 20]. Należy pamiętać, że jakość z punktu widzenia pacjenta to jakość mierzona według subiektywnych kryteriów. Każdy pacjent ma własny pułap wymagań i oczekiwań względem opieki medycznej. Dodatkowo na ocenę placówki istotny wpływ mają czynniki psychologiczne, emocje i stres wywołany chorobą, które utrudniają obiektywną ocenę sytuacji [3, 18, 21, 22, 23, 24].

Pomimo wielu zastrzeżeń, głównym kryterium sukcesu danej placówki opieki zdrowotnej jest satysfakcja pacjenta z wyświadczonych usług medycznych. Działaniami, jakie podejmują jednostki służby zdrowia w celu usatysfakcjonowania swoich pacjentów, są badania marketingowe mające na celu dowiedzenie się, co sądzą świadczeniobiorcy o oferowanych im usługach. Wyniki takich badań stwarzają szansę wykazania, iż atutem placówki jest nie tylko diagnostyka, ale również troska o dobro pacjenta. W praktyce najczęstszym narzędziem, jakie w tym celu wykorzystują zakłady opieki zdrowotnej, są skonstruowane przez nich ankiety [5, 10, 21]. Jednakże, jak wynika z badań własnych, zdecydowana większość osób korzystających ze świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (65,4%) nic nie wie na temat badań opinii pacjentów na temat funkcjonowania placówek, do których należą. Najbardziej poinformowane okazują się osoby uczące się oraz aktywne zawodowo.

Co więcej, niemal dokładnie połowa badanych (50,3%) nie ma informacji na temat możliwości składania skarg i zażaleń w sprawie działalności przychodni. Zapewne dlatego tak mały odsetek (5,2%) badanych zgłaszał kiedykolwiek jakieś uwagi. Zastanawiający jest fakt, iż jak wykazały analizy statystyczne, mieszkańcy miast liczących powyżej 50 tys. mieszkańców częściej potwierdzają istnienie możliwości składania skarg na placówkę zdrowotną. Tymczasem co 5. mieszkańiec wsi uważa, że takiej możliwości nie ma. Wynika to zapewne z tego, iż pozycja konkurencyjna na rynku małych i średnich placówek nie jest zagrożona. Natomiast większe przedsiębiorstwa medyczne, położone w większych miejscowościach i funkcjonujące na zasadach rynkowych są bardziej zdeterminowane w pozyskiwaniu nowych pacjentów oraz bardziej dbają o budowę własnego wizerunku [25, 26].

satisfaction from the health care services. It raises doubts as to whether the research methods are accurate [7, 19, 20]. One needs to bear in mind that quality for a patient is the quality measured based on subjective criteria. Each individual patient has their own limit of requirements and expectations towards medical care. Additionally, health care unit assessment comprises also of psychological factors, emotions and stress caused by an illness which hinder the objective take on the situation [3, 18, 21, 22, 23, 24].

Despite many reservations, the main criterion for success of a given health care unit is patient's satisfaction from the received medical service. One of the actions taken by health care units in order to fulfill patients' needs is marketing research which aims to learn patients' judgments about the services provided. Such research aims to prove that a health care unit does not only offer medical assessment but it also provides care for patients and their well-being. In practice, the most frequent tool used by the health care units are tailor-made surveys [5, 10, 21]. Nevertheless, as own study shows, majority of patients who use services of primary health care (65.4%) know nothing about their health care units assessment polls. The best informed appear to be students and the employed.

What is more, almost exact half (50,3%) of the respondents has no information on the possibility of filing complaints about the functioning of the health care units. That might be the reason why such a small percentage (5.2%) of respondents has ever lodged any grievances. What is interesting is the fact that according to statistical analyses, the residents of cities of over 50 thousand inhabitants more frequently confirmed the existence of possibility to file a complaint against the health care unit. Meanwhile, every fifth resident of a rural area claimed the lack of such possibility. It may stem from the fact that the competitive position on the market of small and medium sized health care units is not threatened. In contrast, bigger medical enterprises based in bigger locations which follow market rules are more focused on gaining new patients and on developing their public image [25, 26].

There are many factors related to the functioning of the medical unit that influence patients' attitude. One may be the following of patients' rights. The management of a health care unit is obliged to provide patients with information about these rights [17, 21]. The results of own research and the accounts of other authors demonstrate that this obligation is most frequently exercised by displaying, in an accessible place, the Charter of Patients' Rights which is an excerpt of the binding acts [16, 17, 21, 27].

In the light of Article 12 of the Act on patients' rights and the Commissioner for Patients' Rights, the patient has also the right to information on the type and scope of health care services provided by the health care unit [17]. As own research shows, almost 60% of respondents

Na stosunek pacjenta do danej jednostki medycznej wpływa wiele czynników dotyczących różnych obszarów funkcjonowania zakładu. Jednym z nich jest przestrzeganie praw pacjenta. Kadra kierownicza zakładów opieki zdrowotnej jest zobowiązana zapewnić pacjentom dostęp do informacji o tychże prawach [17, 21]. Jak wynika z badań własnych i doniesień innych autorów, najczęściej jest to realizowane przez wywieszenie w widocznym miejscu *Karty praw pacjenta*, będącej wyciągiem z obowiązujących aktów prawnych [16, 17, 21, 27].

W świetle art. 12 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent ma także prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez placówkę ochrony zdrowia [17]. Jak wynika z badań własnych, prawie 60% badanych oceniła jakość takich informacji raczej pozytywnie. Niestety zdarza się, że pacjenci nie otrzymują informacji od lekarza, przez co nie są świadomi swojego stanu zdrowia, przebiegu i sposobu leczenia oraz rokowania [14, 28]. Na podstawie uzyskanych wyników można zauważyć jednak pewną zależność: im wyższe wykształcenie tym większe zadowolenie z jakości otrzymanej informacji, a także silniejsze odczucie możliwości współdecydowania o planowanym leczeniu. Jak twierdzą Derkacz i wsp., osoby wykształcone to osoby bardziej wymagające względem lekarza i częściej oczekujące uwzględnienia swych sugestii i życzeń dotyczących leczenia [7]. Z badań wynika również, że istnieje potrzeba zwrócenia nieco większej uwagi na osoby bezrobotne, z wykształceniem podstawowym lub zawodowym oraz osoby starsze (po 60 roku życia), które częściej uznają, że nie mają prawa partycypować w podejmowanych przez lekarza decyzjach. Być może osoby te mniej wierzą we własną wiedzę i wolą zdawać się całkowicie na kompetencje specjalistów. W literaturze spotyka się opinie, że osoby starsze mają mniejsze oczekiwania względem lekarza i otrzymywanych świadczeń zdrowotnych. Oceniają wysoko jakość opieki, co wynika z akceptacji przez nich „roli pacjenta” oraz poszanowania relacji lekarz–pacjent [3, 29].

Na podstawie uzyskanych wyników należy stwierdzić, że mężczyźni w porównaniu do kobiet są mniej zadowoleni z uzyskanych od lekarza informacji, a także częściej przyznają, że nie mogli współuczestniczyć w decyzjach lekarskich. Być może wynika to z faktu, iż jak wykazało badanie przeprowadzone w 1990 roku przez Amerykańskie Stowarzyszenie Lekarzy, mężczyźni czują skrępowanie i z natury dążą do zaprzeczenia jakimkolwiek dolegliwościom, aby nie stracić „męskości”. Unikają wizyt u lekarza z obawy przed wykryciem choroby i uznają, że przyznanie się do bólu dowodzi męskiej słabości. Prowadzi to do poważnych konsekwencji zdrowotnych [30]. Wydaje się, że mężczyźni stanowią grupę raczej „trudnych” pacjentów i wymagają więcej cierpliwości i bardziej partnerskiego stosunku do nich lekarza. Być może zwiększyłyby to satysfakcję z usług tej grupy pacjen-

assess the quality of such information as rather positive. Unfortunately, there are cases when patients do not receive information from their primary health care physician which results in the unawareness of their health status, the course and the means of treatment and prognosis [14, 28]. However, on the basis of the results a dependence may be observed: the higher the educational status, the higher satisfaction from the quality of the received information, as well as the stronger the conviction of the ability to co-decide in terms of planned treatment. According to *Derkacz et al.*, educated persons are more demanding towards the doctor and who expect that their suggestions and wishes concerning treatment will be taken into consideration [7]. The research also shows that there is a need to draw considerable attention to people who are unemployed, who have primary or vocational education and to the elderly (over 60 years old) who frequently decide that have no right to participate in decisions made by a doctor. Perhaps said persons believe in their knowledge less and prefer to rely completely on the competences of the specialists. In the topical literature, one may find opinions stating that the elderly have lesser expectations towards a doctor and health care services. They assess the quality of care highly which is reflected by their acceptance of the “role of the patient” and respecting the doctor-patient relations [3, 29].

Based on the achieved results, it needs to be stated that men in comparison to women are less satisfied with the information provided by a doctor and frequently admit that they could not take part in medical opinions. According to the study conducted in 1990 by the American Medical Association, it might result from the fact that men feel embarrassment, and by nature aim to deny any ailments in order not to lose their “manhood”. They tend to avoid visits at the doctor’s office for fear that they might be diagnosed with an illness and claim that admitting to pain is a proof of weakness. As a result, it leads to serious health consequences [30]. It appears that men constitute a group of rather “difficult” patients and require more patience and an approach based on partnership. Such information might help to increase the level of satisfaction from medical services in this group of patients. Consequently, a satisfied patient follows doctor’s orders which, in turn, leads to better clinical results [3, 31].

Among patients’ rights there is a right for respecting intimacy and dignity. Therefore, the medical personnel ought to treat a patient subjectively and with respect no matter the age, gender or educational status [28, 32]. The analysis indicates that the majority of respondents do not feel embarrassment during the visit and the medical care is performed with respect to their dignity. However, one may state that if every eighth person (12.8%) experiences the feeling of lack of privacy, then it might be a warning sign. According to *Derkacz et al.*, the authors of a similar study which concerned the evaluation of satisfaction in patients,

tów. Zadowolony pacjent przestrzega zaleceń lekarza, co skutkuje lepszymi efektami klinicznymi [3, 31].

W katalogu praw pacjenta znajduje się także prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta. W związku z tym personel medyczny powinien traktować pacjenta podmiotowo i z szacunkiem bez względu na jego wiek, płeć czy wykształcenie [28, 32]. Z analizy badań wynika, iż większość badanych nie czuje skrzepowania podczas wizyty, a opieka lekarska jest sprawowana z poszanowaniem ich godności. Z drugiej strony można stwierdzić, że jeżeli u co 8. osoby (12,8%) występuje odczucie braku prywatności, to jest to pewien sygnał alarmowy. Jak twierdzą Derkacz i wsp., autorzy podobnego badania dotyczącego oceny satysfakcji pacjentów, taka sytuacja może wynikać z różnie rozumianego poczucia intymności, a także wątpliwości co do tego, które działania lekarzy naruszają sferę intymną [7]. Być może poświęcenie więcej czasu na wytłumaczenie pacjentowi potrzeby przeprowadzenia pewnych badań rozwiałoby te niepokoje.

Wnioski

1. Ogólnie pacjenci pozytywnie ocenili kategorię respektowania praw pacjenta w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej zlokalizowanych na terenie Polski południowo-wschodniej.
2. Informacje odnośnie do praw pacjenta przekazywane były najczęściej przez wywieszenie w widocznym miejscu *Karty praw pacjenta* (63,4%).
3. W celu poprawy satysfakcji należałoby więcej informować chorych na temat prowadzenia przez placówki badań opinii pacjentów oraz możliwości składania skarg i uwag. Szczególną uwagę należy poświęcić placówkom zlokalizowanym na wsiach.
4. Wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz status zawodowy istotnie wpływają na odczucia pacjentów dotyczące respektowania ich praw.
5. Wykorzystanie potencjału, jaki dają badania satysfakcji pacjentów, pozwala na podniesienie jakości i efektywności w zakładach opieki zdrowotnej.

such issue may result from a difference in understanding of the concept of intimacy as well as uncertainties in terms of which actions are considered an invasion of intimacy [7]. Perhaps devoting more time on informing the patient about the need of conducting certain medical tests could dispel such doubts.

Conclusions

1. As a whole, the category of respecting patients' rights in primary health care units in the region of south-east Poland was positively assessed by the patients.
2. Information on patients' rights was conveyed by Charter of Patients' Rights displayed in an accessible place (63.4%).
3. In order to improve patients' satisfaction, health care units could inform patients about conducting opinions surveys as well as about the possibility of filing complaints and expressing opinions. Special attention ought to be paid to the units in rural areas.
4. Age, gender, place of residence, educational and occupational status do influence patients' feelings in terms of respecting their rights.
5. Making use of the potential resulting from surveys which assess patients' satisfaction facilitates the increase of quality and effectiveness of the health care units.

Piśmiennictwo / References

1. Kleczkowski BM, Ellington RH, Smith DL. Health system support for primary health care: a study based on the Technical Discussion held during the Thirty-four World Health Assembly 1981. WHO, Geneva 1984:5-6.
2. Łukomska A, Rość D, Faleńczyk K. Satisfaction of patients who are treated by a family doctor. *Fam Med Primary Care Rev* 2008;10(2):167-172.
3. Łukomska A, Szrajda J, Nowakowska I. Satysfakcja osób starszych z usług świadczonych przez lekarza rodzinnego. *Gerontol Pol* 2012;20(2):68-72.
4. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction, *Soc Sci Med* 2001;52(4):609-620.
5. 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.
6. Miller M, Supranowicz P, Gębska-Kuczerowska A, Car J. Ocena poziomu satysfakcji pacjentów jako element jakości pracy podstawowej opieki zdrowotnej. *Pol Merk Lek* 2007;XXIII(137):367-370.
7. Derkacz M, Chmiel-Perzyńska I, Kowal A, Grywalska E, Michałojć-Derkacz M, Pawłowska B. Ocena satysfakcji pacjentów z usług świadczonych przez zakłady podstawowej opieki zdrowotnej małych miast oraz wsi Polski południowo-wschodniej. *Med Og* 2010;16(XLV)4:463-473.
8. Marcinowicz L, Konstantynowicz J, Chlabicz S. The patient's view of the acceptability of the primary care in Poland. *Int J Qual Health C* 2008;20(4):277-283.

9. Kamińska M, Brodowski J, Bażydło M, Dąbrowska O. Postawy personelu medycznego a poczucie bezpieczeństwa pacjenta. *Fam Med Primary Care Rev* 2009;11(4):881-885.
10. Marcinowicz L, Chlabicz S, Grebowski R. Patient satisfaction with healthcare provided by family doctors: primary dimensions and an attempt at typology. *BMC Health Serv Res* 2009;(9):63.
11. Sielska J, Wieja E, Głowacka MD. Badania satysfakcji pacjenta jako przejaw orientacji na klienta w systemie zarządzania jakością. *Pielęg Pol* 2009;(1):25-31.
12. Korczyńska A. Jakość usług medycznych oraz metody jej pomiaru. *Ann Acad Med Siles* 2012;66(5):67-70.
13. Hupert Z. Jakość w opiece medycznej: koncepcja pomiaru. Instytut Medycyny Wsi, Lublin 2003.
14. Rybarczyk A, Marczak M. Quality assessment of health care services in patients' and medical staff's opinion. *Zdr Publ* 2011;121(2):111-116.
15. Program akredytacji podstawowej opieki zdrowotnej. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2011.
16. Hajduk Ł, Binkowska-Bury M, Jacek A. Informowanie o prawach pacjenta przez personel medyczny. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków, Rzeszów* 2011;(3):348-358.
17. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.).
18. Bowling A, Rowe G, Lambert N, Waddington M, Mahtani KR, Kenten C, Howe A, Francis SA. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technol Asses* 2012;16(30):1-79.
19. Marcinowicz L, Górka A, Chlabicz S. Przyczyny niezadowolonych pacjentów z opieki lekarza rodzinnego w świetle badań ankietowych – analiza odpowiedzi na pytania otwarte. *Prz Lek* 2007;64(9):559-562.
20. Marcinowicz L, Grębowski R, Fiedorczyk I, Chlabicz S. Oczekiwania pacjentów związane z wizytą u lekarza rodzinnego: analiza treści i próba typologii. *Fam Med Primary Care Rev* 2010;12(1):30-35.
21. Maciąg A, Sakowska I. Rola i prawa pacjenta w obszarze jakości usług zdrowotnych. *Studia i Materiały – Wydział Zarządzania UW* 2006;(1):50-62.
22. Marcinowicz L, Chlabicz S, Grebowski R. Understanding patient satisfaction with family doctor care. *J Eval Clin Pract* 2010;16(4):712-715.
23. Howard M, Goertzen J, Hutchison B, Kaczorowski J, Morris K. Patient Satisfaction with Care for Urgent Health Problems: A Survey of Family Practice Patients. *Ann Fam Med* 2007;5(5):419-424.
24. Kędra E, Chudak B. Jakość usług medycznych a efektywność medyczna. *Piel Zdr Publ* 2011;1(1):83-87.
25. Perechuda K, Libor K. Ekonomiczno-marketingowa rekonfiguracja promocji zdrowia. *Konkurencyjność przedsiębiorstw medycznych*, W: Cianciara D. (red.). *Zarys współczesnej promocji zdrowia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010;33-42.
26. Szyca R, Pawlaczyk M, Leksowski K. Jakość jako element funkcjonowania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. *Valetudinaria – Post Med Klin Wojsk* 2009;14(2)51-57.
27. Krzych ŁJ, Ratajczyk D. Awareness of the patients' rights by subjects on admission to a tertiary university hospital in Poland. *J Forensic Leg Med* 2013; 20(7):902-905.
28. Jacek A, Ożóg K. Przestrzeganie praw pacjenta przez personel medyczny. *Hygeia Public Health* 2012;47(3):264-271.
29. Williams B. Patient satisfaction. A valid concept? *Soc Sci Med* 1994; (38):509-516.
30. Karski JB. *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2009;70-71.
31. Kustra J, Stasiak M, Chmiel-Perzyńska I, Derkacz M. Analiza czynników wpływających na wybór lekarza oraz ocena poziomu skrupowania podczas różnych badań lekarskich. *Fam Med Primary Care Rev* 2010;12(2):261-263.
32. Moret L, Rochedreux A, Chevalier S, Lombrail P, Gasquet I. Medical information delivered to patients: Discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction. *Patient Educ Couns* 2008;70(1):94-101.

Adres do korespondencji / Mailing address:

Sylwia Wierzbńska-Karakuła
Uniwersytet Rzeszowski
Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu,
al. mjr. W. Kopisto 2a, 35-310 Rzeszów
tel. 501 335 224
e-mail: swierzbinska@wp.pl