

Umiejscowienie kontroli zdrowia a oczekiwania pacjentów objętych opieką medyczną w POZ

Health locus of control versus patients' expectations treated in the primary care

STRESZCZENIE

Spełnienie oczekiwań, jakie są stawiane opiece medycznej przez pacjentów, prowadzi do ich zadowolenia, może być także wykorzystane jako wskaźnik jakości opieki zdrowotnej. Określenie związku pomiędzy oczekiwaniami pacjentów wobec sprawowanej opieki medycznej a ich przekonaniem dotyczącym odpowiedzialności za stan swojego zdrowia. Badania przeprowadzono w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej AGAMED w Pruszczu w grupie 102 osób dorosłych, które zgłosiły się do przychodni w celu uzyskania porady medycznej. Oczekiwania pacjentów oceniano za pomocą skali PRF, a umiejscowienie kontroli zdrowia skalą MHLC-B w adaptacji Zygryda Juczyńskiego.

Na ocenę jednostki i zadowolenie pacjenta z podstawowej opieki zdrowotnej wpływa jakość obsługi. Jakość usług medycznych została wysoko oceniona przez pacjentów. Potrzeba wsparcia emocjonalnego jest wyższa u kobiet. Badani chcą być informowani zarówno o przyczynie ich stanu zdrowia, jak i o stosowanym leczeniu. Poziom wykształcenia ma duży wpływ na oczekiwania wobec opieki medycznej, są one wyższe u tych, którzy mają dużą wiedzę na temat metod leczenia. Ankietowani najczęściej wyrażali wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, co świadczy o tym, że częściej angażują się w aktywność prozdrowotną i mają poczucie większej odpowiedzialności za swoje zdrowie.

Aby osiągnąć bardziej efektywną wymianę informacji, pracownicy ochrony zdrowia powinni pozwolić pacjentom na wyrażanie opinii dotyczących swoich chorób, dzielenie się uczuciami z nimi związanymi oraz artykułowanie oczekiwań wobec personelu medycznego.

Forum Medycyny Rodzinnej 2014, tom 8, nr 3, 105–116

słowa kluczowe: umiejscowienie kontroli zdrowia, oczekiwania pacjentów, podstawowa opieka zdrowotna (POZ)

Krystyna Kurowska,
Aleksandra Horodecka

Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa
— Zakład Teorii Pielęgniarstwa
Collegium Medicum w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Adres do korespondencji:

dr n. med. Krystyna Kurowska
Zakład Teorii Pielęgniarstwa Collegium Medicum
w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu
ul. Techników 3, 85–801 Bydgoszcz
tel.: (52) 585–21–94
e-mail: krystyna_kurowska@op.pl

ABSTRACT

Meeting patients' expectations regarding the treatment in the primary care may be an indicator of the quality of the primary care.

Defining the relations between patients' expectations regarding the primary care and their beliefs concerning the responsibility for their own health.

The research was carried out in a Private Health Center AGAMED in Pruszcz. It was conducted among 102 adult patients. Expectations of the patients were assessed using PRF scale and the health locus of control was tested by MHLC-B scale in Juczynski adaptation. The quality of the service has an influence on the patients' satisfaction and their assessment of the institution. The patients assessed highly the quality of the medical service. Women have a bigger need of the emotional support. The patients want to be informed about the causes of their health problems as well as about the treatment. The level of education has a significant influence on the expectations regarding medical care. The most of the questioned patients presented internal health locus of control, which indicates that they are involved in health-promoting activities, and that they feel responsible for they own health. In order to achieve more effective information exchange, medical care employees should let their patients to express opinions about their diseases and their expectations concerning medical personnel.

Forum Medycyny Rodzinnej 2014, vol 8, no 2, 105–116

key words: health locus of control, patients' expectations, primary care



Dawne podejście do leczenia, w którym pacjent poddawał się całkowicie decyzjom lekarza, zostało zastąpione postępowaniem uwzględniającym oczekiwania pacjenta

WSTĘP

Reforma ochrony zdrowia w Polsce dała chorym możliwość wyboru świadczeń i pozwoliła na włączanie się w ocenę różnych aspektów opieki. Wiedza osób korzystających z usług ochrony zdrowia jest coraz bardziej rozległa, co sprawia, że pacjenci są postrzegani jako aktywni uczestnicy opieki zdrowotnej. Dawne podejście do leczenia, w którym pacjent poddawał się całkowicie decyzjom lekarza, zostało zastąpione postępowaniem uwzględniającym oczekiwania pacjenta i jego współudział w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia [1]. Znajomość oczekiwań chorych oraz ocena świadczonych usług to warunki pozyskiwania nowych pacjentów i utrzymania dotychczasowych. To z kolei spotyka się z coraz większym zainteresowaniem badaczy, świadczeniodawców i organizatorów opieki zdrowotnej. Z jednej strony spełnione oczekiwania prowadzą do zadowolenia pacjen-

tów [2], a z drugiej mogą być wykorzystane jako wskaźnik jakości opieki zdrowotnej [3]. Celem pracy było określenie związku pomiędzy oczekiwaniami pacjentów wobec sprawowanej opieki medycznej a ich przekonaniami dotyczącymi odpowiedzialności za stan swojego zdrowia.

MATERIAŁ I METODA BADAWCZA

Zaprezentowane badania stanowią część większego projektu, w którym analizowano jakość życia osób korzystających z usług podstawowej opieki zdrowotnej. Badania przeprowadzono w okresie od czerwca do grudnia 2011 roku. Za zgodą komisji bioetycznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy (KB/314/2011) przebadano grupę 102 pełnoletnich osób, które zgłosiły się w tym okresie do Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej AGAMED w Pruszczu celem uzyskania porady medycznej. W przeprowadzonych badaniach wykorzy-

Tabela 1

Oczekiwanie wyjaśnienia choroby

Pozycja	Powód wizyty	Średnia	Odchylenie standardowe
2	Chcę porozmawiać z lekarzem o moim problemie	1,03	0,990
6	Chcę, aby lekarz przedstawił mi prawdopodobny dalszy przebieg choroby	1,29	0,950
7	Chcę wiedzieć, czy najprawdopodobniej będę miał problemy w przyszłości	1,15	0,969
12	Chcę, aby podczas badania stwierdzono przyczynę mojego stanu zdrowia	1,61	0,785
15	Chcę, aby lekarz powiedział mi, co oznaczają objawy, które mam	1,38	0,923
18	Chcę, aby lekarz wyjaśnił mi, na czym polega stosowane leczenie	1,41	0,905

stano Listę Oczekiwań Pacjenta (PRF, *Patient Request Form*) oraz wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC, *Multidimensional Health Locus of Control Scale*) (wersja B), obie w adaptacji Juczyńskiego [4]. Do opisu zmiennych wykorzystano statystyki opisowe (średnia arytmetyczna, minimum, maksimum, odchylenie standardowe) oraz rozkłady zmiennych. Badanie związków przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji Spearmana, a posługując się testem U Manna-Whitneya, dokonano oceny różnic pomiędzy dwoma grupami. Za istotne statystycznie przyjęto wartości testu spełniające warunek, że $p < 0,05$. Analizy wykonano przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 10.

WYNIKI BADAŃ

Analiza danych pokazuje, że średnia wieku respondentów wynosiła niespełna 40 lat (od 20 do 88 lat), kobiety stanowiły ponad połowę badanych (77,5%), większość z nich miała wykształcenie wyższe (39,2%) i średnie (39,2%), pozostawała w związkach małżeńskich (69,6%), miała potomstwo (89%) i mieszkała na wsi (82,4%) z rodziną (66%). Z pracy zawodowej utrzymywało się 75,9% badanych. Sytuację materialną jako dobrą deklarowało 51,9% respondentów. Średnia ocena opieki medycznej wyniosła 7,5 punktu. Ocena opieki medycznej była najwyższa w grupie badanych w wieku 50 i więcej lat (8,27 pkt), a najniższa w grupie osób do 30. roku życia (7,22 pkt); wyższa w grupie badanych z wykształceniem podstawowym/zawodowym (8,8 pkt), a naj-

niższa wśród osób z wykształceniem wyższym (6,8 pkt). Była też wyższa w grupie mieszkańców wsi o 1,14 punktu.

Kwestionariusz PRF to lista oczekiwań pacjenta. Składa się z 18 stwierdzeń opisujących powody zgłoszenia się do lekarza ogólnego. Badany wskazuje, w jakim stopniu treść stwierdzenia wyraża przyczynę, z której zgłosił się do lekarza. Stwierdzenia zawarte w PRF tworzą trzy grupy, które dotyczą oczekiwań związanych z: wyjaśnieniem choroby, poszukiwaniem wsparcia oraz uzyskaniem informacji na temat badań i leczenia. Zakres wyników w każdej z trzech skal wynosi od 0 do 12 punktów. Im wyższy wynik, tym większe oczekiwanie uzyskania określonego rodzaju pomocy [4]. Na przykładzie rozkładu przedstawionego w tabeli 1 widać, że najwyższe oczekiwania wyjaśnienia choroby wyrazili badani w pozycji: „Chcę, aby podczas badania stwierdzono przyczynę mojego stanu zdrowia” (1,61) oraz „Chcę, aby lekarz wyjaśnił mi, na czym polega stosowane leczenie” (1,41), najniższe natomiast w pozycji: „Chcę wiedzieć, czy najprawdopodobniej będę miał problemy w przyszłości” (1,15) oraz „Chcę porozmawiać z lekarzem o moim problemie” (1,03). Średnia oczekiwań była wyższa w grupie kobiet. Kobiety w każdej z pozycji wyraziły wyższe oczekiwania od mężczyzn. Najwyższą średnią oczekiwań odnotowano w grupie wiekowej 40–49 lat, następnie w grupie do 30 lat, a najniższe oczekiwania w grupie 50 i więcej lat. W każdej z pozycji badani w wieku 40–49 lat wyrażali największe oczekiwania. Przeważnie

Tabela 2

Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego

Pozycja	Powód wizyty	Średnia	Odchylenie standardowe
1	Chcę porady na temat mojego stanu nerwowego	0,59	0,883
3	Czulbym się lepiej, gdybym mógł porozmawiać o moich uczuciach	0,62	0,868
5	Mam problemy emocjonalne, z powodu których potrzebuję pomocy	0,31	0,703
9	Chcę, aby lekarz wyjaśnił moje problemy emocjonalne	0,52	0,817
13	Przechodzę trudne chwile, więc chciałbym wsparcia	0,47	0,780
17	Chcę, aby ktoś dodał mi otuchy w trudnej chwili	0,72	0,883

największe oczekiwania stwierdzono u badanych z wykształceniem wyższym. Było to widoczne w każdej pozycji z wyjątkiem rozmowy z lekarzem o swoim problemie — tu wyższe wyniki osiągnęli badani z wykształceniem średnim, a najniższe oczekiwania — respondenci z wykształceniem podstawowym/zawodowym. Wykształcenie pozostawało w istotnej niskiej korelacji z chęcią posiadania wiedzy ($r = 0,28$; $p < 0,0037$), chęcią uzyskania informacji o prawdopodobnych problemach w przyszłości ($r = 0,24$; $p < 0,0129$); poznania, co oznaczają występujące objawy i z oczekiwaniem wyjaśnienia, na czym polega stosowane leczenie ($r = 0,248$; $p < 0,0124$). Średnia oczekiwań była wyższa w grupie mieszkańców miasta; również we wszystkich pozycjach. Największe oczekiwania co do poszukiwania wsparcia emocjonalnego wyrazili badani (tab. 2) w pozycji: „Chcę, aby ktoś dodał mi otuchy w trudnej chwili” (0,72) oraz „Czulbym się lepiej, gdybym mógł porozmawiać o moich uczuciach” (0,62), najmniejsze natomiast w pozycji: „Przechodzę trudne chwile, więc chciałbym wsparcia” (0,47) oraz „Mam problemy emocjonalne, z powodu których potrzebuję pomocy” (0,31). Średnia oczekiwań poszukiwania wsparcia emocjonalnego była wyższa w grupie kobiet. Kobiety w każdej z pozycji wyraziły większe oczekiwania niż mężczyźni z wyjątkiem pozycji „Przechodzę trudne chwile, więc chciałbym wsparcia”. Najwyższa średnia oczekiwań poszukiwania wsparcia emocjonalnego uwidoczniła się w grupie wiekowej 40–49 lat, następnie

w grupie osób wieku 50 i więcej lat, a najniższe oczekiwania prezentowali badani w wieku 30–39 lat. W każdej z pozycji badani w wieku 40–49 lat wyrażali największe oczekiwania z wyjątkiem wyjaśnienia przez lekarza problemów emocjonalnych — tu najwyższe wyniki mieli badani w wieku 50 i więcej lat. Najwyższe oczekiwania w poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego odnotowano w grupie badanych z wykształceniem wyższym z wyjątkiem pozycji: „Mam problemy emocjonalne, z powodu których potrzebuję pomocy” oraz „Chcę, aby ktoś dodał mi otuchy w trudnej chwili”, gdzie najwyższe wyniki osiągnęli badani z wykształceniem średnim. Najniższe oczekiwania w poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego stwierdzono u badanych z wykształceniem podstawowym/zawodowym. Średnia oczekiwań była wyższa w grupie mieszkańców miasta również we wszystkich pozycjach z wyjątkiem punktu: „Chcę porady na temat mojego stanu nerwowego” i „Mam problemy emocjonalne, z powodu których potrzebuję pomocy”. Najwyższe oczekiwania co do uzyskania informacji na temat badań i leczenia wyrazili badani w pozycji (tab. 3) „Chcę, aby lekarz omówił wyniki moich badań” (1,56) oraz „Chcę poznać wyniki przeprowadzonych badań” (1,52), najniższe natomiast w pozycji „Chcę porady na temat lekarstw, które przyjmuję” (1,26) oraz „Chcę uzyskać potwierdzenie poprzedniej diagnozy” (1,21). Średnia oczekiwań w uzyskaniu informacji na temat badań i leczenia była wyższa w grupie kobiet. Kobiety w każdej z pozycji wyraziły wyższe oczekiwa-

Tabela 3

Uzyskanie informacji na temat badań i leczenia

Pozycja	Powód wizyty	Średnia	Odchylenie standardowe
4	Chcę poznać wyniki przeprowadzonych badań	1,52	0,853
8	Chcę, aby lekarz omówił wyniki moich badań	1,56	0,827
10	Chcę uzyskać potwierdzenie poprzedniej diagnozy	1,21	0,958
11	Chcę być skierowany do lekarza specjalisty	1,45	0,840
14	Chcę porady na temat lekarstw, które przyjmuję	1,26	0,954
16	Chcę wiedzieć o możliwych skutkach ubocznych mojej choroby	1,33	0,937

nia niż mężczyźni. Najwyższa średnia oczekiwań w uzyskaniu informacji na temat badań i leczenia dotyczyła grupy wiekowej 40–49 lat, a następnie grupy badanych w wieku do 30 lat. Najniższe oczekiwania prezentowali badani w wieku 50 i więcej lat. W każdej z pozycji badani w wieku 40–49 lat wyrażali największe oczekiwania z wyjątkiem pozycji „Chcę, aby lekarz omówił wyniki moich badań oraz „Chcę uzyskać potwierdzenie poprzedniej diagnozy”, w których najwyższe wyniki mieli badani w wieku do 30 lat. Najwyższe oczekiwania co do uzyskania informacji na temat badań i leczenia odnotowano wśród badanych z wykształceniem wyższym również w każdej pozycji z wyjątkiem punktów „Chcę poznać wyniki przeprowadzonych badań” oraz „Chcę porady na temat lekarstw, które przyjmuję”, w których najwyższe wyniki osiągnęli badani z wykształceniem średnim. Najniższe oczekiwania wobec uzyskania informacji na temat badań i leczenia stwierdzono u badanych z wykształceniem podstawowym/zawodowym. Średnia oczekiwań dotyczących uzyskania informacji na temat badań i leczenia była wyższa w grupie mieszkańców miasta; również we wszystkich pozycjach. Najwyższe oczekiwania wśród badanych odnotowano w odniesieniu do uzyskania informacji na temat badań i leczenia, a zdecydowanie najniższe w poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego.

Kwestionariusz MHLC to Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia złożona z 18 stwierdzeń, które sklasyfikowano w trzech wymiarach dotyczących zgeneralizo-

wanych oczekiwań umiejscowienia kontroli zdrowia: wymiar kontroli wewnętrznej (W) — kontrola nad własnym zdrowiem zależy od mnie; wymiar wpływu innych (I) — własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego; wymiar przypadku (P) — o stanie zdrowia decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne. Zakres wyników dla każdej ze skal obejmuje przedział od 6 do 36 punktów. Im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że dany czynnik ma wpływ na stan zdrowia [4]. Ze wszystkich wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia najwyższe wartości punktowe otrzymano w wymiarze przypadku (25,43 pkt), najniższe natomiast w wymiarze kontroli wewnętrznej (24,07 pkt). Największą liczbę wyników wysokich otrzymano w wymiarze wewnętrznym (56,9%), najmniejszą w kontroli wpływu innych (50,0%) (tab. 4). Wyższe wyniki wymiaru wewnętrznego kontroli zdrowia uzyskały badane kobiety. Zarówno w wymiarze wpływu innych, jak i w wymiarze przypadku wyższe wyniki osiągnęli badani mężczyźni. Największą liczbę wyników wysokich wymiaru wpływu innych osiągnęli badani w wieku 50 i więcej lat (90,9%). Dalej znaleźli się badani w wieku 40–49 lat (46,2%). Najmniej wyników dużego wpływu innych odnotowano wśród badanych w wieku do 30 lat (33,3%). Najwyższe wyniki wymiaru wewnętrznego kontroli zdrowia uzyskali badani w wieku 30–39 lat, następnie pacjenci w wieku do 30 lat, a najniższe osoby w wieku 40–49 lat. W wymiarze wpływu innych najwyższe wyniki uzyskali badani



Najwyższe oczekiwania wśród badanych odnotowano w odniesieniu do uzyskania informacji na temat badań i leczenia, a zdecydowanie najniższe w poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego

Tabela 4

Wyniki umiejscowienia kontroli zdrowia

Kontrola	Wewnętrzna		Wpływ innych		Przypadek	
	Liczba	(%)	Liczba	(%)	Liczba	(%)
Niskie	44	43,1	51	50,0	47	46,1
Wysokie	58	56,9	51	50,0	55	53,9

Tabela 5

Korelacje wymiaru wewnętrznego w kontroli zdrowia i wyników oczekiwań pacjenta

Pozycja	N	R	t (N-2)	Poziom p
Kontrola wewnętrzna & WYJ	102	0,1679	1,7032	0,0916
Kontrola wewnętrzna & WSP	102	0,1622	1,6435	0,1034
Kontrola wewnętrzna & INF	102	0,2076	2,1221	0,0363

Tabela 6

Korelacje wymiaru wpływu innych w kontroli zdrowia i wyników oczekiwań pacjenta

Pozycja	N	R	t (N-2)	Poziom p
Wpływ innych & WYJ	102	0,1592	1,6121	0,1101
Wpływ innych & WSP	102	0,1259	1,2688	0,2075
Wpływ innych & INF	102	0,0887	0,8906	0,3753

w wieku 50 i więcej lat, następnie respondenci w wieku 40–49 lat, a najniższe badani w grupie wiekowej do 30 lat. W wymiarze przypadku najwyższe wyniki odnotowano wśród badanych w wieku 50 i więcej lat, następnie w grupie osób do 30 lat, a najniższe wśród badanych w wieku do 30–39 lat. Największą liczbę wysokich wyników wymiaru wewnętrznego odnotowano u badanych z wykształceniem wyższym (72,1%), a najmniejszą ze średnim (45,0%). Największą liczbę wyników wysokich wymiaru wpływu innych odnotowano u badanych z wykształceniem podstawowym/zawodowym (78,9%), a najmniejszą u osób z wykształceniem wyższym (25,6%). Największą liczbę wyników wysokich wymiaru przypadku odnotowano u badanych z wykształceniem podstawowym/zawodowym (78,9%), a najmniejszą u osób z wykształceniem wyższym (44,2%). Najwyższe wyniki wymiaru wewnętrznego osiągnęli badani z wykształceniem wyższym, a najniższe ze średnim. W wymiarze kontroli innych najwyżej punktowani byli badani z wykształceniem podstawowym/zawodowym,

a najniżej z wyższym, w wymiarze przypadku — najwyżej z wykształceniem podstawowym/zawodowym, a najniżej z wyższym. Wyższe wyniki wymiaru wewnętrznego kontroli zdrowia uzyskali badani mieszkający w mieście. W wymiarze wpływu innych i wymiaru przypadku wyższe wyniki odnotowano wśród mieszkańców wsi. Wymiar wewnętrzny kontroli zdrowia pozostawał w istotnej, niskiej korelacji z wynikami uzyskania informacji na temat badań i leczenia (tab. 5). Wyższe wyniki w zakresie oczekiwania wyjaśnienia choroby prezentowali badani o wynikach wysokich wymiaru wewnętrznego. Tak samo było również w przypadku poszukiwania wsparcia emocjonalnego oraz uzyskania informacji na temat badań i leczenia. Wymiar wpływu innych w kontroli zdrowia nie pozostawał w istotnej korelacji z wynikami oczekiwań pacjenta (tab. 6). Wyższe wyniki w zakresie oczekiwania wyjaśnienia choroby prezentowali badani o wysokich wynikach wymiaru wpływu innych, również w przypadku poszukiwania wsparcia emocjonalnego, a także uzyskania informacji

Tabela 7

Korelacje wymiaru przypadku w kontroli zdrowia i wyników oczekiwań pacjenta

Pozycja	N	R	t (N-2)	Poziom p
Wymiar przypadku & WYJ	102	-0,0496	-0,4963	0,6208
Wymiar przypadku & WSP	102	0,0851	0,8541	0,3951
Wymiar przypadku & INF	102	0,0423	0,4231	0,6731

na temat badań i leczenia. Wymiar przypadku kontroli zdrowia nie pozostawał w istotnej korelacji z wynikami oczekiwań pacjenta (tab. 7). Wyższe wyniki oczekiwania wyjaśnienia choroby prezentowali badani o wynikach niskich wymiaru przypadku. Zarówno w aspekcie poszukiwania wsparcia emocjonalnego, jak i uzyskania informacji na temat badań i leczenia wyższe wyniki osiągnęli badani o wysokich wynikach wymiaru przypadku.

DYSKUSJA

Badania przeprowadzone na potrzeby tej pracy objęły 102 osoby, z czego zdecydowaną większość stanowili mieszkańcy wsi. Wszyscy respondenci zgłosili się do przychodni w celu uzyskania porady medycznej. Średnia badanej grupy wyniosła 40 lat. Rozpiętość wieku była bardzo duża. Kobiety i osoby pozostające w związkach małżeńskich stanowiły większość. Respondenci z miasta byli w mniejszości. Ocenie została poddana opieka medyczna na terenie badanej placówki. Średni wynik, jaki uzyskano, wyniósł 7,5. Ogólnie mężczyźni ocenili świadczone usługi wyżej niż kobiety o 0,6 punktu. Zdecydowanie powyżej średniej swoje zadowolenie wyceniły osoby starsze. Osoby starsze częściej chorują, więc częściej niż ludzie młodzi korzystają z usług POZ. Konsekwencją tego może być tworzenie się pewnego rodzaju więzi emocjonalnych między chorymi a personelem oraz wzrost zaufania co do jego kompetencji. Ludzie młodzi nie przywiązują do tego takiej wagi, ponieważ ich wizyty w przychodni są raczej sporadyczne. Osoby z wykształceniem wyższym ocenili wykonywane usługi znacznie wyżej niż respondenci z wykształceniem podstawowym. W tym

przypadku wy tłumaczeniem różnic mogą być większe oczekiwania osób lepiej wykształconych co do zakresu ofiarowanych im usług medycznych. Pacjenci z wykształceniem wyższym bez wątpienia dysponują bardziej rozległą wiedzą na temat opieki medycznej, dlatego ich wymagania stawiane placówkom medycznym są większe niż pacjentów z wykształceniem podstawowym czy zawodowym. Mieszkańcy wsi oceniali opiekę medyczną wyżej i może to wynikać z tego, że grupa ta była liczniejsza i korzystała z usług placówki w sposób systematyczny, a osoby mieszkające w mieście zgłaszały się po poradę jednorazowo. Na uwagę zasługują badania prowadzone przez Miller i wsp. na terenie Warszawy. Była to część projektu mającego na celu ocenę jakości systemu opieki zdrowotnej w Polsce w czasie jego reform. Autorzy badania odnotowali duże zadowolenie pacjentów z kontaktów z personelem medycznym, a stosunek lekarza do pacjenta został oceniony bardzo pozytywnie. Ankietowani mieszkańcy wsi zwrócili uwagę, że prawie wszyscy pracownicy placówki byli mili, pomocni i uprzejmi. Ogólnie wszystkie świadczenia proponowane przez POZ zostały wysoko ocenione. Pacjenci docenili czystość i estetykę pomieszczeń. Uogólniając, można zauważyć, że zadowolenie pacjentów było wobec pracowników ochrony zdrowia satysfakcjonujące [5]. W pracy zastosowano narzędzie badawcze w postaci kwestionariusza PRF — listy oczekiwań pacjenta. Największe oczekiwania co do wyjaśnienia choroby badani wyrazili w pozycjach „Chcę, aby podczas badania stwierdzono przyczynę mojego stanu zdrowia” oraz „Chcę, aby lekarz wyjaśnił mi, na czym polega stosowane lecze-



Lekarz w dalszym ciągu postrzegany jest jako osoba, która ma być kompetentna, a nie komunikatywna



Pacjent podchodzi do leczenia zadaniowo

nie”. Świadczy to o dużej świadomości respondentów, którzy od placówek służby zdrowia oczekują jasno sformułowanego wyjaśnienia przyczyn ich niedyspozycji oraz chcą zostać dokładnie poinformowani, jak będzie przebiegała terapia przywracająca ich do zdrowia. Pacjenci cenią te placówki, w których rzetelnie przekazuje się informacje. Chcą uczestniczyć w sposobie leczenia. Najmniejsze oczekiwania wyrażono w pozycjach „Chcę wiedzieć, czy najprawdopodobniej będę miał problemy w przyszłości” oraz „Chcę porozmawiać z lekarzem o moim problemie”. Lekarz w dalszym ciągu postrzegany jest jako osoba, która ma być kompetentna, a nie komunikatywna. Pacjent podchodzi do leczenia zadaniowo. Największe oczekiwania w poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego wyrazili badani w pozycjach „Chcę, aby ktoś dodał mi otuchy w trudnej chwili” oraz „Czułbym się lepiej, gdybym mógł porozmawiać o moich uczuciach”. Widać więc, że pacjent zgłasza się do POZ nie tylko po to, by otrzymać konkretną poradę i rozwiązać swój problem medyczny, ale też oczekuje słów pocieszenia i zrozumienia. Najmniejsze oczekiwania odnotowano w pozycjach „Przechodzę trudne chwile, więc chciałbym wsparcia” oraz „Mam problemy emocjonalne, z powodu których potrzebuję pomocy”, co skłania do konkluzji, że pacjent nie łączy swoich problemów zdrowotnych z problemami natury psychicznej. Problemy emocjonalne, jakie mogą towarzyszyć chorobie, pacjenci rozwiązują na łonie rodziny. Zwierzenie się obcej osobie nie jest powszechnie akceptowane. Największe oczekiwania co do uzyskania informacji na temat badań i leczenia wyrazili badani w pozycjach „Chcę, aby lekarz omówił wyniki moich badań” oraz „Chcę poznać wyniki przeprowadzonych badań” — pacjenci chcą znać wyniki swoich badań, pragną wiedzieć, w jakim celu każde badanie było robione i o czym świadczy jego wynik. Pacjenci chcą czuć, że mają kontrolę nad swoim zdrowiem. Najmniejsze oczekiwania odnotowano natomiast w odniesieniu

do pozycji „Chcę porady na temat lekarstw, które przyjmuję” oraz „Chcę uzyskać potwierdzenie poprzedniej diagnozy”. Pacjent chce otrzymać aktualną diagnozę swojej niedyspozycji, wszystkie poprzednie wyjaśnienia uważa za nieważne. Informacja na temat lekarstw, które przyjmuje nie jest dla niego ważna, ponieważ zdaje sobie sprawę, że i tak nie ma dostatecznej wiedzy, aby zrozumieć ich działanie, a w razie jakichkolwiek wątpliwości może sięgnąć do ulotki dołączonej do każdego lekarstwa. W tych trzech grupach oczekiwań największe oczekiwania ze względu na płeć odnotowano wśród kobiet. Może to świadczyć o tym, że są bardziej świadome zagrożeń, jakie niesie ze sobą niedoinformowanie w sprawach zdrowotnych. Wy tłumaczenie tego zjawiska może mieć również podłoże historyczne: od zarania dziejów to kobiety dbały o dom, dzieci i swoich mężczyzn. Pilnowały, aby wszyscy byli zdrowi i dlatego ich wiedza medyczna musiała być większa. Od kobiet oczekuje się, że będą miały taką wiedzę, dlatego ich wymagania względem placówek służby zdrowia powinny być większe. Aktywny kontakt z lekarzem zapewnia kobietom poczucie bezpieczeństwa, co jest dla nich bardzo ważne, zwiększa również ich zaufanie do lekarza, a co za tym idzie — do całej terapii. Wyniki badań oczekiwań uzyskane w grupach wiekowych wskazują, że najwyższą średnią oczekiwań wyjaśnienia choroby odnotowano w grupie wiekowej 40–49 lat, następnie w grupie badanych w wieku do 30 lat, a najniższą prezentowali badani w wieku 50 i więcej lat. W każdej pozycji badani w wieku 40–49 lat wyrażali największe oczekiwania. Ludzie młodzi są bardziej wymagający i bardziej krytyczni, co jest związane z ich lepszym wykształceniem i lepszą znajomością praw, jakie im przysługują. Nie bez znaczenia jest charakterystyczne dla okresu młodości odrzucanie wszelkich autorytetów. Ludzie starsi są bardziej pokorni i wierzą w dobre relacje pacjent–ochrona zdrowia. Mają też mniejsze oczekiwania, mimo że częściej cho-

rują, a może właśnie dlatego. Wiek respondentów zawsze wpływa na wydawane opinie. Każde pokolenie ma swój punkt widzenia, a podejście do tych samych spraw zmienia się z wiekiem. W kategorii wsparcia emocjonalnego najwyższa średnia oczekiwań wystąpiła ponownie w grupie wiekowej 40–49 lat oraz 50 i więcej lat, a najniższe oczekiwania prezentowali badani w wieku 30–39 lat. W każdej pozycji badani w wieku 40–49 lat wyrażali największe oczekiwania z wyjątkiem wyjaśnienia przez lekarza problemów emocjonalnych — tu najwyższe wyniki mieli badani w wieku 50 i więcej lat. Wsparcia emocjonalnego najczęściej oczekiwali ludzie starsi, którzy wraz z wiekiem zrobili się bardziej wrażliwi i bardziej skupieni na sobie i swojej chorobie. Często są to osoby samotne, pozbawione wsparcia ze strony najbliższej rodziny, ponieważ dzieci, które powinny zapewnić rodzicom takie wsparcie, są zajęte swoimi sprawami, mają już najczęściej własne rodziny, którym poświęcają cały wolny czas. Ludzie po 50. roku zaczynają wchodzić w ostatnią fazę życia zawodowego i często w chwili odejścia na emeryturę tracą kontakt z innymi ludźmi. Pozostaje im jedynie lekarz pierwszego kontaktu, który nierzadko staje się ich „spowiednikiem”, przejmując rolę najbliższego członka rodziny, do którego można się zwrócić z każdym problemem, nie tylko zdrowotnym. Na podstawie analizy wyników dotyczących uzyskania informacji na temat badań i leczenia stwierdzono, że najwyższa średnia oczekiwań kształtowała się w grupie badanych w wieku 40–49 lat, następnie wśród osób w wieku do 30 lat, a najniższe oczekiwania prezentowali badani w wieku 50 i więcej lat. W każdej z pozycji ankietowani w wieku 40–49 lat wyrażali największe oczekiwania z wyjątkiem punktów „Chcę, aby lekarz omówił wyniki moich badań” oraz „Chcę uzyskać potwierdzenie poprzedniej diagnozy” — najwyższe wyniki mieli badani w wieku do 30 lat. Ludzie młodzi to najczęściej osoby, które mają łatwy dostęp do różnych nowoczesnych źródeł informacji (ta-

kich jak np. Internet), dlatego też potrafią stosunkowo szybko dotrzeć do interesujących ich wiadomości na temat swojej choroby, ale od lekarza oczekują, że ustali trafne rozpoznanie. Uważają, że obowiązkiem lekarza jest również poinformowanie ich o wynikach wszystkich prowadzonych badań, gdyż chcą wiedzieć jak najwięcej na temat występujących u nich dolegliwości. Według młodych tylko gruntowne poznanie choroby pozwoli im w przyszłości zapobiec chociażby nawrotom. Podział ankietowanych ze względu na wykształcenie we wszystkich trzech formach oczekiwań również przyniósł ciekawe różnice. Największe oczekiwania odnotowano wśród badanych z wykształceniem wyższym, a najmniejsze u osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym. Wiąże się to najprawdopodobniej z tym, że osoby z wykształceniem wyższym mają większą wiedzę na temat schorzeń, metod walki z chorobą, a także większe możliwości dostępu do nowoczesnych sposobów leczenia, chociażby dzięki większym możliwościom finansowym. Wyniki badań dotyczących oczekiwań co do wyjaśnienia choroby, poszukiwania wsparcia emocjonalnego oraz uzyskania informacji na temat badań i leczenia w zależności od miejsca zamieszkania sugerują, że średnia oczekiwań jest wyższa w grupie mieszkańców miasta. Można to wyjaśnić stereotypowym traktowaniem choroby przez mieszkańców wsi, którzy uważają, że jak coś dolega, to trzeba iść do lekarza i on się wszystkim zajmie. Od lekarza oczekują tylko wyleczenia choroby, nie interesuje ich sposób leczenia. Ważna jest tylko obecność lekarza (lub innego członka personelu), a nie skomplikowany techniczny opis czynności, które będą wykonywane. Nie potrzebują żadnych dodatkowych wyjaśnień dotyczących swoich dolegliwości, ponieważ i tak nie mają wystarczającej wiedzy w tym zakresie. Nie jest im ona do niczego potrzebna, nie czują, że muszą aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia. Ugruntowane przez całe lata opinie dotyczące ochrony zdrowia muszą być weryfikowane



Ludzie młodzi są bardziej wymagający i bardziej krytyczni, co jest związane z ich lepszym wykształceniem i lepszą znajomością praw, jakie im przysługują



Pacjenci dążą dziś do podmiotowego uczestnictwa w systemie opieki zdrowotnej



Komercjalizacja powoduje, że stali się klientami, którzy płacą za usługi i oczekują, że będą one na wysokim poziomie

tak samo przez całe pokolenia mieszkające na wsi. Tam społeczność jest jednak bardziej tradycyjna i wszelkie zmiany zachodzą dużo wolniej. Istotna statystycznie różnica między oczekiwaniami mieszkańców miasta i wsi w poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego dotyczy kwestii „Czułbym się lepiej, gdybym mógł porozmawiać o moich uczuciach”, „Chcę, aby lekarz wyjaśnił moje problemy emocjonalne”, „Chcę, aby ktoś dodał mi otuchy w trudnej chwili” oraz wyniku ogólnej potrzeby wsparcia emocjonalnego. Pacjent oczekuje od lekarza nie tylko rzetelnej wiedzy, ale również zrozumienia swojego problemu. Różnice w chęci uzyskania informacji na temat badań i leczenia ze względu na miejsce zamieszkania odnotowano w kwestii „Chcę uzyskać potwierdzenie poprzedniej diagnozy”. Największe oczekiwania stwierdzono wśród badanych w zakresie uzyskania informacji na temat badań i leczenia, a zdecydowanie najmniejsze — w poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego. Może to świadczyć o tym, że pacjenci nie oczekują od lekarza zrozumienia i ciepła a tylko rzetelności w ustaleniu rozpoznania, które jest dla nich w tym momencie najważniejsze. Pacjenci łączą zainteresowanie lekarza swoim problemem ze zrozumieniem, jakie lekarz im okazuje, i uważają je za przejaw troski. Współczesne społeczeństwo cechuje się obszerną wiedzą medyczną, którą czerpie z mediów oraz akcji oświatowych dotyczących zdrowia, poza tym ogólny poziom wykształcenia jest wyższy. Pacjenci dążą dziś do podmiotowego uczestnictwa w systemie opieki zdrowotnej. Również komercjalizacja powoduje, że stali się klientami, którzy płacą za usługi i oczekują, że będą one na wysokim poziomie. Ludzie dążą do samodzielnej i aktywnej postawy wobec własnego zdrowia, co skutkuje tworzeniem partnerskiego układu z lekarzem, samoleczeniem, zastępowaniem medycyny oficjalnej medycyną alternatywną czy tworzeniem grup wzajemnej pomocy, broniących własnych interesów [6]. Juczyński przedstawił badania, jakie przeprowadził przy użyciu ankiety ocze-

kiwań PRF. Respondenci zgłaszali się po poradę do przychodni zlokalizowanych w dużym i małym mieście [4]. Wyniki są porównywalne z wynikami omawianych badań własnych: kobiety w porównaniu z mężczyznami ujawniły więcej oczekiwań związanych z wyjaśnieniem choroby oraz uzyskaniem wsparcia emocjonalnego. Badani wskazali na wyraźną przewagę oczekiwań związanych z uzyskaniem informacji na temat wyników badań i leczenia oraz wyjaśnieniem przyczyny choroby, jej przebiegu i stosownego leczenia.

Julian Rotter, twórca teorii poczucia umiejscowienia kontroli, w swoich obserwacjach zauważył, że ludzie mają odmienne sposoby interpretowania zdarzeń. Ludzie w ciągu życia uczą się wierzyć, że ich losem kierują albo oni sami, albo czynniki od nich samych niezależne. Podzielił ludzi na osoby o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli, które uważają, że ich życiem i ważnymi zdarzeniami sterują oni sami, wierząc, że od ich własnych wysiłków, pracy i osobistego wpływu zależy to, co im się przytrafia w życiu, oraz na osoby o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli, wierzące, że ich życiem sterują czynniki niezależne od ich świadomego, celowego i zamierzonego wpływu, na przykład Bóg, przeznaczenie, los, szczęście czy choroba. Ludzie zmieniają swoje poczucie ulokowania kontroli w zależności od zadań, jakie przed nimi stoją, i od tego, jak sobie wcześniej z nimi radzili, oraz jakie mieli doświadczenia [7].

Wallstonowie, autorzy Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia, rozwinęli na gruncie psychologii zdrowia problematykę przekonania o zlokalizowaniu kontroli nad własnym zdrowiem. Uznawali przekonania o osobistej kontroli nad własnym zdrowiem za główną determinantę motywacji do zachowań zdrowotnych, gdyż wiązało się to z gotowością do przyjęcia osobistej odpowiedzialności za własne zdrowie. Wyznaczali skalę poziomu poczucia zewnętrznego zlokalizowania kontroli (przez los, szczęście) oraz kontroli innych ważnych osób, do których zaliczamy lekarzy, pielęgniarki oraz oczywiście

członków rodziny, i poziom wewnętrznego zlokalizowania kontroli, to jest przekonania, że człowiek sam jest odpowiedzialny za kontrolę zdrowia lub ma wszelkie możliwe atrybuty, które to umożliwiają. Dlatego też Wallston [8] stwierdził, że wynik tej skali koreluje z podejmowaniem profilaktycznych zachowań zdrowotnych. W przeprowadzonych badaniach ankietowani najczęściej wyrażali wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, co przez wielu uczonych uważane jest za bardziej korzystne, ponieważ osoby te są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji, częściej angażują się w aktywność prozdrowotną i mają poczucie większej odpowiedzialności za swoje zdrowie. Można powiedzieć, że tacy pacjenci są bardziej świadomi. Osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli dążą do poprawy i utrzymania zdrowia. Dla nich ważne jest nie tylko wyleczenie się z choroby, ale również długotrwałe utrzymanie zdrowia. Wyższe wyniki wymiaru wewnętrznego kontroli zdrowia uzyskały badane kobiety. Zarówno w wymiarze wpływu innych, jak i w wymiarze przypadku wyższe wyniki osiągnęli badani mężczyźni. Może świadczyć to o tym, że są oni przekonani, że na stan ich zdrowia oraz na możliwości jego ochrony mają wpływ inni. Badania Basiąg-Pasternak nad umiejscowieniem kontroli u pacjentów stomatologicznych obu płci dowodzą, że kobiety obarczają odpowiedzialnością za swój stan inne osoby — wymiar „wpływ innych”, natomiast mężczyźni, mimo wewnętrznej kontroli zdrowia, równocześnie bardzo silnie akcentują „przypadek”, który wśród badanych kobiet wystąpił marginalnie. Mężczyźni silniej niż kobiety akcentują rolę losu, przypadku w kontroli zdrowia. Oznacza to, że z jednej strony chcą kierować swoim zdrowiem i życiem, a z drugiej uważają, że wszystko zależy od losu, czegoś, na co nie możemy wpłynąć. U badanych mężczyzn występują więc dwie sprzeczne postawy wobec zdrowia. Dalsze analizy tych samych badań pokazują różnicę w zakresie wewnętrznej kon-

troli zdrowia u pacjentów stomatologicznych powyżej 40. roku życia i poniżej tego wieku. Okazuje się, że osoby, które ukończyły 40 lat, w zdecydowanie mniejszym stopniu niż osoby młodsze cechuje wewnętrzna kontrola zdrowia. W badaniach zauważono, że osoby powyżej 40. roku życia inaczej postrzegają zdrowie. Można przypuszczać, że z wiekiem pojawia się więcej dysfunkcji, schorzeń i w związku z tym nabieramy doświadczenia. Osoby młode nie borykają się z tyloma problemami zdrowotnymi co osoby starsze, nie mają własnych doświadczeń i pojęcie zdrowia–choroby jest u nich bardziej stereotypowe, abstrakcyjne [9].

Bez względu na to, jak będą przebiegać dalsze badania nad zależnością między umiejscowieniem kontroli zdrowia a oczekiwaniami pacjentów objętych opieką medyczną, należy pamiętać, że każdy człowiek jest inny i każdy pacjent oczekuje czegoś innego, a jedynym sposobem na poznanie tych wszystkich oczekiwań jest dobry kontakt i szczerą rozmowa. Niezależnie więc od poziomu oczekiwań pacjenta oraz od rozbieżności w ich percepcji, istotna jest relacja między pracownikami podstawowej opieki zdrowotnej a pacjentem, który powinien być w tym związku najważniejszy. Tylko przyjazna i szczerą relacja może pomóc w zwiększeniu ogólnej satysfakcji pacjenta z usług medycznych oraz przyczynić się do szybszego powrotu do zdrowia i poprawić komfort psychiczny osób korzystających z usług POZ. Należy pamiętać, że pacjent i jego rodzina zajmują wyjątkową pozycję w całym procesie oceniania opieki medycznej. Ocena pacjenta to nie tylko wydana przez niego opinia, ale także, a może przede wszystkim, stan emocjonalny, w którym aktualnie się znajduje, co znajduje wyraz w satysfakcji z uzyskanej usługi lub jej braku.

WNIOSKI

1. Na ocenę jednostki i zadowolenie pacjenta z podstawowej opieki zdrowotnej wpływa przede wszystkim jakość obsługi.



Tylko przyjazna i szczerą relacja może pomóc w zwiększeniu ogólnej satysfakcji pacjenta z usług medycznych

2. Jakość usług medycznych w badanej placówce została wysoko oceniona przez pacjentów.
3. Potrzeba wsparcia emocjonalnego jest wyższa u kobiet.
4. Respondenci chcą być informowani zarówno o przyczynie swojego stanu zdrowia, jak i o stosowanym leczeniu.
5. Poziom wykształcenia ma duży wpływ na oczekiwania wobec opieki medycznej, osoby wykształcone mają bardziej rozległą wiedzę na temat metod leczenia.
6. Ankietowani najczęściej wyrażali wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, co świadczy o tym, że częściej angażują się w aktywność prozdrowotną i mają poczucie większej odpowiedzialności za swoje zdrowie.

PIŚMIENNICTWO

1. Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre. *Br. Med. J.* 2002; 324 (7338): 648–651.
2. Jackson J.L., Kroenke K. The effect of unmet expectations among adults presenting with physical symptoms. *Ann. Intern. Med.* 2001; 134 (9 Pt 2): 889–897.
3. Cleary P.D., McNeil B.J. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988; 25 (1): 25–36.
4. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP, 2001.
5. Miller M., Supranowicz P., Gębska-Kuczerowska A., Car J. Ocena poziomu satysfakcji pacjentów jako element jakości pracy podstawowej opieki zdrowotnej. *Pol. Merkurusz Lek.* 2007; 23 (137): 367–370.
6. Heszen I., Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN, 2007.
7. Wikipedia, wolna encyklopedia. Poczucie umiejscowienia kontroli [on-line]: http://pl.wikipedia.org/wiki/Poczucie_ umiejscowienia_kontroli [dostęp 5 września 2012].
8. Wallston K.A. The importance of placing measures of health locus of control beliefs in a theoretical context. *Health Educ. Res. Theor. Pract.* 1991; 6 (2): 251–252.
9. Basiaga-Pasternak J., Malarz I. Kontrola i znaczenie zdrowia w opinii pacjentów stomatologicznych. *Po-rad. Stomatol.* 2009; 9 (7/8): 258–264.