

ARTYKUŁY POGLĄDOWE (REVIEW PAPERS)

Satysfakcja pacjenta i metody jej pomiaru

(Patient satisfaction and the methods of its assessment)

M Maconko^{1,A,B,D}, Z Kopański^{1,2,F}, J Strychar^{1,C}, Ł Małek^{1,E}

1. Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu
2. Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński

Abstract— The authors have characterised the meaning behind *patient satisfaction*, referring to various definitions and learned opinions. They have discussed the significance of *patient satisfaction*. What is more, research tools, methods, and techniques used to measure patient satisfaction were characterised.

Key words — patient satisfaction, measurement techniques, methods, and significance of patient satisfaction.

Streszczenie— Autorzy scharakteryzowali znaczenie pojęcia *satysfakcja pacjenta* w odniesieniu do różnych definicji i poglądów różnych autorów. Omówili znaczenie pomiaru *satysfakcji pacjenta*. Scharakteryzowali metody, techniki i narzędzia badawcze stosowane do oceny satysfakcji pacjenta.

Słowa kluczowe — satysfakcja pacjenta, znaczenie, metody i techniki pomiaru satysfakcji pacjenta.

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy— A-Koncepcja i projekt badania, B-Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C-Analiza i interpretacja danych, D-Napisanie artykułu, E-Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F-Ostateczne zatwierdzenie artykułu

Adres do korespondencji — Prof. dr Zbigniew Kopański, Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu, Żyrardów, ul. G. Narutowicza 35, PL-96-300 Żyrardów, e-mail: zkopanski@o2.pl

Zaakceptowano do druku: 30.06.2016.

TERMINOLOGIA POJĘCIA „SATYSFAKCJA PACJENTA”

Satysfakcja pacjenta ze sprawowanej opieki to niezwykle istotny element stosowany w ocenie jakości medycznych usług. Dzięki spełnieniu oczekiwań pacjenta, który w zakładach opieki zdrowotnej i innych podmiotach leczniczych odgrywa kluczową rolę, osiągnąć można wysoką jakość świadczonych usług. Współcześnie obserwuje się stale rosnące oczekiwania pacjentów pod względem świadczonym usług medycznych [1]. Do czynników, które wpływają na jakość realizowanych usług kształtujących poziom satysfakcji świadczeniobiorców należy min: sposób traktowania pacjenta, ilość i jakość dostarczanych informacji, uwaga i czas poświęcony pacjentowi przez lekarza i pielęgniarkę a także bezpieczeństwo i dostępność do świadczeń zdrowotnych [2]. W działaniach wszystkich zakładów opieki zdrowotnej jeden z najważniejszych elementów to zadowolenie

pacjenta. Usługi medyczne są oceniane różnie i subiektywnie ponieważ dotyczą bezcennych wartości takich jak życie i zdrowie. Z tego powodu są bardzo specyficznym, niewymiernym i nienamacalnym produktem którego zobrazowanie nie jest do końca możliwe za pomocą liczb czy wskaźników.

Obecnie troska o wysoką jakość oferowanych usług medycznych to nie tylko sposób bycia konkurencyjnym na rynku medycznym, ale także możliwości poprawy satysfakcji świadczeniobiorców. Bez żadnych wątpliwości dla każdej osoby, która została objęta działaniami medycznymi najważniejsza jest jakość leczenia oraz oferowanych jej usług zdrowotnych. [3]

Cecha charakterystyczna medycyny ratunkowej to stała gotowość organizacyjna oraz doskonałe przygotowanie merytoryczne pracowników jej struktur. Należy podkreślić, iż opieka nad pacjentami w stanach zagrożenia życia jest ogromnym wyzwaniem wymagającym ogromnego nakładu środków finansowych. Leczenie osób w stanie zagrożenia życia wymaga: wstępnego rozpoznania, diagnostyki, stabilizacji stanu pacjenta, ustalenie priorytetów

dalszego postępowania medycznego, przekazanie pacjenta do odpowiedniego oddziału specjalistycznego lub transport do innego szpitala właściwego dla stanu chorego [4,5].

Lynn uważa, że podczas badań satysfakcji pacjentów i wykorzystania efektów pomiarów do oceny jakości opieki medycznej napotkać można problemy natury pojęciowej, które wynikają z braku dokładnej odpowiedzi na dwa zasadnicze pytania:

- Czym jest satysfakcja pacjenta?
- Co z perspektywy pacjenta jest istotne w opiece medycznej?[6]

Definicje pojęcia „satysfakcja z opieki” jakie można wyszukać w literaturze, znacząco odbiegają od siebie pod względem poziomu ogólności i treści począwszy od odczuwania zaniedbań i braków w zakresie pełnionej opieki do ogólnej satysfakcji z życia. Zdecydowana większość autorów jest zgodna, iż satysfakcja pacjenta to zjawisko wielowymiarowe, ale nie istnieje już zgoda co do rodzaju i liczby tych wymiarów [7,8,9].

Satysfakcja z (*fac. saris*), jest słowem oznaczającym wystarczająco, czyli tyle, ile potrzebuje się do pełnego zaspokojenia potrzeb, oczekiwań, dążeń, tak aby nie było miejsca na skargi [10].

Z kolei słownik języka polskiego PWN zdefiniował satysfakcję jako przyjemność odczuwalną gdy człowiek osiąga coś na czym mu zależało lub jako zadośćuczynienie za obrazę kogoś albo wyrządzoną krzywdę [11].

Poczucie satysfakcji to pewnego rodzaju zjawisko psychiczne, subiektywne uczucie przyjemności i zadowolenia, które przejawiane jest w postaci pewnych istotnych cech (zachowań, postaw, reakcji). Poziom satysfakcji u jednostki ludzkiej ma miejsce jako pewnego rodzaju kontinuum, mieszcząc się w określonym przedziale wartości od całkowitego braku zadowolenia do całkowitego zadowolenia. Dozier uważa, iż chociaż poziom satysfakcji jest ukazywany linearnie, to aspekty opieki istotnie wpływające na podwyższenie poziomu satysfakcji, mogą się znacząco różnić od tych powodujących niezadowolenie pacjenta. W takiej sytuacji satysfakcja oraz jej brak znajdują się na dwóch osobnych kontinuumach, a nie skrajnych stronach tego samego [12].

Bezdyskusyjne wydaje się być, iż satysfakcja jako uczucie nie może być opisywana w kategoriach dychotomicznych: nie (brak satysfakcji) tak (jest satysfakcja). Poczucie satysfakcji, tak jak wyobrażenia, wiedza czy poglądy mogą ulegać zmianie w czasie pod wpływem czynników zarówno zewnętrznych jak i wewnętrznych. Dogłębnie

analizując pojęcie „satysfakcji pacjenta”, należy przede wszystkim ustalić istotę tego uczucia zadowolenia z opieki a także jakie istotne cechy je odzwierciedlają. Pomimo licznych publikacji poruszających zagadnienie satysfakcji pacjenta autorzy nie są zgodni tej kwestii. Niestety dokładna analiza literatury ukazuje, iż większość autorów dokonuje oceny satysfakcji pacjenta z opieki jednocześnie nie objaśniając, jaki sposób rozumienia pojęcia „satysfakcja” został przez nich przyjęty.

Literatura przedmiotu przedstawia mnóstwo definicji pojęcia „satysfakcja pacjenta”. Przez E. Yellen przytaczana jest definicja przyjęta przez Towarzystwo Pielęgniarek Amerykańskich określająca satysfakcję pacjenta jako opinię pacjenta lub jego rodziny na tematy udzielonej opieki [13]. Jako skutek oceny jakości opieki medycznej pojęcie satysfakcji stanowi złożoną całość odczuwanych potrzeb oraz oczekiwań wobec doświadczeń z tej opieki.

Szeroko stosowana i akceptowana jest definicja Risser, według której satysfakcja pacjenta z opieki jest stopniem zgodności między oczekiwaniami pacjenta co do opieki idealnej a jej percepcją, którą realnie on otrzymuje [14]. Mykowska twierdzi, iż satysfakcja pacjenta zależy od różnicy pomiędzy tym co otrzymuje a subiektywnymi oczekiwaniami, jeśli różnica ta jest pozytywna, pacjent będzie usatysfakcjonowany, jeśli negatywna pacjent nie będzie zadowolony [15].

Znaczący wpływ na poziom odczuwalnej satysfakcji z opieki mają oczekiwania pacjentów. Oczekiwania te mogą pojawiać się na podstawie wyobrażenia o perfekcyjnej opiece albo poprzednich doświadczeń związanych z systemem opieki zdrowotnej. Jedną z najważniejszych kwestii związanych z pomiarem satysfakcji z opieki jest dokonanie określenia prawdopodobnego wpływu oczekiwań indywidualnych na poziom satysfakcji. Pacjent, aby dokonać oceny jakości opieki, musi porównywać własne doświadczenia i odczucia z oczekiwaniami.

Podstawowe postępowanie polega więc na rozpoznaniu oczekiwań pacjenta dotyczących opieki zdrowotnej już w chwili jego przyjmowania. Mykowska uważa że oczekiwania, z którymi pacjent przychodzi do medycznej placówki, mają dwa źródła: wewnętrzne – zbiór potrzeb charakteryzujących daną osobę i zewnętrzne – uprzednie doświadczenie oraz uzyskane informacje. Źródła oczekiwań zewnętrzne są nie są łatwe do zbadania, w przypadku różnych osób mogą się skrajnie różnić i zmieniać. Potrzeby z kolei pomimo, iż ich hierarchia i liczba jest różna u różnych osób, są bardziej stałe [15].

Wśród najistotniejszych typów potrzeb pacjentów przez Mykowską wymieniane są: bezpieczeństwa, potrzeba informacji, zainteresowania i wsparcia emocjonalnego, kontroli sytuacji, intymności i poufności, szacunku i akceptacji, przyjaznej atmosfery.

Satysfakcja pacjenta to pojęcie wielowymiarowe, negatywnie skorelowane z oczekiwaniami pacjenta. Jeśli pacjent wkracza do placówki medycznej z niewielkimi oczekiwaniami, jego satysfakcja z opieki będzie najprawdopodobniej wyższa, z kolei osoba z oczekiwaniami niemożliwymi do zrealizowania będzie zdecydowanie mniej zadowolona z opieki. Z wyżej wymienionych powodów ważne jest określanie oczekiwań pacjenta wobec opieki medycznej przed przystąpieniem do oceniania stopnia jego satysfakcji. Satysfakcja pacjenta z opieki to subiektywne postrzeganie jej jakości świadczonej w danej placówce, z tego powodu istotne jest udzielenie odpowiedzi na pytanie: co z perspektywy pacjenta jest istotne w sprawowanej opiece?

ZNACZENIE POMIARU SATYSFAKCJI PACJENTA

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z dnia 31 marca 2009 r.) w art. 8. głosi, iż pacjent ma prawo do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych udzielanych mu ze starannością przez podmioty, które udzielają świadczeń zdrowotnych w miejscu odpowiadającym określonym w odrębnych przepisach wymaganiom sanitarnym. Podczas świadczenia usług zdrowotnych osoby, które wykonują zawód medyczny powinny kierować się zasadami etyki ustalonymi przez właściwe samorządy medycznych zawodów. Pacjent ma prawo aby oczekiwać, iż świadczenia otrzymywane w zakładzie opieki zdrowotnej będą odpowiadać wymogom aktualnej wiedzy medycznej, a pełniona nad nim jakość opieki będzie odpowiednio wysoka [16].

Na rynku ochrony zdrowia w Polsce w najbliższych latach następują zmiany w bardzo szybkim tempie. Stale dochodzi do zmian świadczenioborców i płatników, zwiększa się konkurencja na rynku usług medycznych, rośnie także świadomość zdrowotna Polaków. W obecnych czasach oferowanie wysokiej jakości usług medycznych oraz dbanie o satysfakcję pacjenta to niezbędny element bycia konkurencyjnym na rynku usług medycznych. Podejście do jakości oferowanych usług medycznych zmieniło się w Polsce wraz z wprowadzeniem zmian w sposobie finansowania systemu ochrony zdrowia. W chwili tej

nastąpiła zmian z pacjenta w klienta, o którego konkurują podmioty medycznej działalności [17].

Wiele instytucji zainteresowanych jest problematyką badania jakości usług medycznych. Należą do nich głównie świadczeniodawcy, kadra zarządzająca placówkami medycznymi, samorządy terytorialne, politycy, płatnicy. Każda z powyżej wymienionych grup posługuje się odmiennymi kryteriami oceny jakości usług medycznych. Spowodowane jest to innymi zróżnicowanymi poglądami jak również sposobami postrzegania jakości.

Czynnikiem, który silnie determinuje satysfakcję pacjenta z otrzymywanych usług medycznych jest relacja na płaszczyźnie lekarz-pacjent. Problematyka tych relacji to zagadnienie interdyscyplinarne, które stanowi przedmiot zainteresowania wielu dyscyplin naukowych. Występowanie trudności w budowaniu satysfakcjonującego poziomu relacji pacjent-lekarz wynikają z wielu wad systemu opieki zdrowotnej. Pomimo sporej liczby projektowanych i wprowadzanych reform systemu ochrony zdrowia zdecydowana większość świadczenioborców ocenia go źle [18].

W podejściu tradycyjnym do kwestii pomiaru jakości opieki medycznej dominuje pogląd, iż pacjent nie jest kompetentny oraz nie posiada wystarczającej wiedzy specjalistycznej, aby móc obiektywnie ocenić jakość otrzymanych przez niego usług. Poziom jakości świadczonych usług medycznych jest najczęściej oceniany na podstawie obiektywnych danych i wskaźników określanych przez świadczeniodawców, jednostki akredytujące szpitale, kadrę kierowniczą czy też Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Takie nastawienie jest w ostatnich czasach modyfikowane uwzględniając w procesie oceny jakości usług medycznych dane uzyskiwane z badań subiektywnej opinii pacjentów na temat świadczonej opieki. Punkt widzenia pacjenta, jego satysfakcja ze świadczonych usług, może być zdecydowanie inny niż postrzegany przez ekspertów.

Dokonanie całościowej oceny jakości usług powinno być wynikiem analizy danych, które pochodzą z niejednorodnych źródeł. Pacjent ocenia jakość usług medycznych na podstawie subiektywnych własnych kryteriów. Należy jednakże mieć na uwadze iż, to pacjent oraz jego oczekiwania, pragnienia, potrzeby powinny być w centrum zainteresowania personelu medycznego. Pacjent ma zatem prawo do współdecydowania o procesie leczenia a także do oceny jakości tej opieki medycznej. Sprawowana opieka nie może być zatem na dobrym poziomie jeśli pacjent nie jest usatysfakcjonowany. W Polsce

dokonywanie badań pomiaru satysfakcji pacjentów z otrzymywanych świadczeń medycznych jest wymogiem, który został nałożony na zakłady opieki zdrowotnej poprzez jednostki dokonujące akredytacji szpitali, a poziom satysfakcji pacjentów ze świadczonych usług traktuje się jako jeden z wskaźników całościowej opieki, która świadczona jest w zakładach opieki zdrowotnej.

Znaczenie przywiązywane do działań, które mają podnieść poziom satysfakcji pacjenta jest wynikiem faktu, iż pacjent zadowolony z opieki medycznej zachowuje się inaczej niż pacjent nieusatsfakcjonowany. Pacjent, który nie jest zadowolony nie stosuje się do zaleceń personelu medycznego, często kończy leczenie przedwcześnie oraz nie wykazuje współpracy podczas leczenia i pielęgnacji, a niekiedy szuka pomocy gdzie indziej. W takim wypadku zakład opieki zdrowotnej poniesie koszty związane ze stratą pacjenta oraz kolejne z ponownym uzyskaniem pacjentów. Chory który jest zadowolony z opieki jest lojalny wobec świadczeniodawcy a w razie konieczności ponownie będzie korzystał z jego usług oraz udzieli rekomendacji potencjalnym klientom. Jest też prawdopodobne, iż osiągnie lepsze wyniki leczenia niż pacjent niezadowolony z opieki medycznej [19].

Świadczeniodawca, który gwarantuje wysoką jakość opieki, oceniając jednocześnie na podstawie wskaźników i pomiaru satysfakcji pacjentów, z ekonomicznej strony osiąga korzyści. Zwiększając skuteczność i efektywność zarządzania środkami oraz zapewniając sobie potencjalnych klientów, z pozyskiwaniem których związane są pieniądze. Prowadzi to do zwiększenia jego konkurencyjności na rynku usług medycznych [20].

Przeprowadzanie badań satysfakcji pacjentów z otrzymywanych usług medycznych regularnie pozwala nie tylko na otrzymywanie opinii świadczeniobiorców, ale także pomagają w odnalezieniu tych obszarów, w których zakresie działania podmiotu leczniczego wymagają wprowadzenia modyfikacji [21].

W obecnej sytuacji kwestia potrzeby badania satysfakcji pacjentów nie budzi jakichkolwiek zastrzeżeń. Natomiast często zadawane jest pytanie czy oceniać satysfakcję pacjentów ogólnie ze świadczonych usług medycznych? Czy dokonywać podziału na opiekę pielęgniarską i lekarską? Wyniki badań naukowych jednoznacznie wskazują, iż satysfakcja z opieki pielęgniarskiej to najważniejszy wskaźnik poziomu zadowolenia pacjenta z opieki całościowej świadczonej w zakładzie opieki medycznej [22].

W dużej mierze to od opieki pielęgniarki zależy, jak pacjent będzie radził sobie ze swoim schorzeniem a także jak znosił będzie wszelkie uciążliwości powiązane z procesem diagnozowania i leczenia.

METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE STOSOWANE DO OCENY SATYSFAKCJI PACJENTA

Ocenę poziomu satysfakcji pacjenta najczęściej dokonuje się za pomocą metody sondażu diagnostycznego, wykorzystując różnego rodzaju techniki badawcze. Do najczęściej stosowanych technik badawczych należą:

- wywiad (bezpośredni, telefoniczny);
- ankietowanie (bezpośrednie, komputerowe, audytoryjne, pocztowe);
- obserwacja (ukryta bądź jawna, pośrednia lub bezpośrednia);
- test skojarzeń słownych;
- test rysunkowy;
- test uzupełnień zdań [23].

Badanie satysfakcji pacjentów z usług medycznych może być przeprowadzane z pomocą wykorzystania technik badawczych stosowanych w sektorze usług konsumenckich takich jak:

- tzw. gorące linie telefoniczne;
- karty uwag;
- metoda przypadku krańcowego;
- metoda SERVPERF;
- Metoda SERVQUAL.

Większość z nich wymaga aktywności ze strony pacjenta. To on musi wykazać inicjatywę i zgłosić swoje spostrzeżenia i uwagi. Zazwyczaj w praktyce w przypadku wystąpienia niezadowolenia ze świadczonych usług, pacjent rezygnuje z takiej aktywności i odchodzi nieusatsfakcjonowany. Metoda SERVQUAL jest realizowana za pomocą techniki ankietowania. Kwestionariusz tej ankiety składa się z dwóch wymiarów: oczekiwań pacjenta oraz faktycznie postrzeganej jakości usług. Występująca różnica pomiędzy doświadczeniami a oczekiwaniami pacjenta jest postrzegana przez niego jakością usługi [24]. Alternatywą dla wcześniej opisanego narzędzia badawczego jest metoda SERVPERF. Stosując to metodę nie dokonuje się analizy wyobrażeń pacjenta dotyczących jakości usług. Dokonuje się oceny: procesu świadczenia usług, wyniku produktu usługowego oraz wpływu na intencje zakupu usługi. Ogólnie przyjęte jest, iż satysfakcja pacjenta jest pierwotnym zjawiskiem w

stosunku do postrzeganej jakości. Dokonanie wyboru metody i techniki badawczej jest zależne od:

- postawionych hipotez badawczych;
- celu badań satysfakcji;
- liczby i rodzaju danych;
- wielkości badanej grupy;
- możliwości finansowych;
- możliwości czasowych;
- przydatności merytorycznej i metodycznej poszczególnych narzędzi badawczych [25].

Narzędzia badawcze stosowane do pomiaru satysfakcji pacjenta są bardzo zróżnicowane pod względem docelowej grupy badanej, zasięgu badań, liczby pytań, skali odpowiedzi, treści zawartych w pytaniach. Jedną z grup narzędzi badawczych stosowanych do oceniania satysfakcji z opieki to skale stosowane do całościowej oceny jakości świadczonej w szpitalu opieki. Zazwyczaj są to narzędzia ogólnokrajowe, standaryzowane stworzone na podstawie kryteriów określonych z punktu widzenia osoby uzyskującej opiekę.

W tworzenie tego rodzaju skal zaangażowane są: rządowe organizacje uprawnione do monitorowania jakości w sektorze ochrony zdrowia, instytucje finansujące opiekę zdrowotną, organizacje pozarządowe, instytuty naukowo-badawcze.

Uzyskiwane w ten sposób informacje umożliwiają dokonanie obiektywnych porównań na poziomie całego państwa, usług, które świadczone są w poszczególnych szpitalach. Przyczyniają się też do tworzenia rankingów szpitali i oddziałów, prowadząc do identyfikacji miejsc wymagających poprawy. Uzyskane wyniki badań za pomocą ogólnokrajowych narzędzi badawczych umożliwiają chorym dokonanie świadomego wyboru miejsca leczenia. Te same wyniki badań pozwalają także instytucjom dokonującym finansowania usług zdrowotnych na kontrolowanie sposobu wydawania środków przeznaczonych na działania, które zmierzają do poprawy jakości opieki.

Ogólnokrajowa grupa narzędzi badawczych stosowana w Polsce do ogólnego pomiaru satysfakcji pacjenta została opracowana przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Grupa tych narzędzi badawczych składa się z:

- PASAT HOSPIT 1 – stosowana w celu pomiaru ogólnej satysfakcji pacjenta przebywającego w szpitalu;
- PASAT PEDIATRIA – stosowana w szpitalach dziecięcych;

- PASAT POZ – stosowana w podstawowej opiece zdrowotnej [25].

Autorzy podają iż narzędzia te były wielokrotnie stosowane z wykorzystaniem technik statystycznych i jakościowych. Wyżej opisana grupa narzędzi badawczych jest udostępniana zainteresowanym odpłatnie. Do ocenianych elementów świadczonej w szpitalu opieki należy min.:

- przyjęcie do szpitala;
- opieka lekarska
- pozostały personel medyczny;
- pobyt w oddziale szpitalnym;
- informowanie;
- wsparcie.

W polskiej medycznej literaturze istnieje wiele prac poświęconych satysfakcji pacjenta, niewiele badań skupionych jest na opiece pielęgniarskiej. Badania ogólnej jakości placówki medycznej mierzone poziomem satysfakcji traktują ten obszar wycinkowo. Oparte zazwyczaj na kwestionariuszach autorskich ankiety uniemożliwiają miarodajne porównanie wyników oraz wyodrębnianie czynników, które mają największy wpływ na poziom satysfakcji.

Na polskim gruncie wprowadzone zostało dotąd tylko jedno narzędzie standaryzowane, które służy ocenie satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej – jest to skala NSNS (The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale). Skala ta została opracowana w Wielkiej Brytanii przez badaczy z Uniwersytetu w Newcastle upon Tyne. Narzędzie to przetłumaczono na język polski. Skala ta służy poznaniu opinii i doświadczeń pacjentów z uzyskiwanej w trakcie pobytu w szpitalu opieki pielęgniarskiej. Wadą tego narzędzia jest fakt, iż stworzone zostało poza granicami Polski, w innych warunkach pracy pielęgniarskiej, związanych ze znacznie wyższą autonomią zawodową [26,27].

Badanie satysfakcji pacjenta to wyzwanie niezwykle złożone. Wymaga ono od badającego podjęcia wielu decyzji, które wpływają na wartości uzyskiwanych wyników. Badacz musi podjąć decyzje pomiędzy wyborem narzędzia do oceny poziomu oceny satysfakcji pacjenta lub opracowanie własnego. Wyniki uzyskiwane w badaniach oceny poziomu satysfakcji pacjenta mają za zadanie służyć przede wszystkim podwyższaniu jakości opieki w zakładzie opieki medycznej poprzez zidentyfikowanie obszarów, które wymagają poprawy i zmian. Pacjentowi uzyskane wyniki mają pomagać w podjęciu świadomej decyzji dotyczących wyboru miejsca leczenia w celu uzyskania najlepszych efektów.

Prawidłowo skonstruowane narzędzie badawcze powinno zatem umożliwić identyfikację specyficznych aspektów opieki zdrowotnej i być standaryzowane w taki sposób aby możliwe było dokonywanie porównań wyników badań pomiędzy szpitalami i oddziałami szpitalnym. Narzędzie badawcze przeprowadzane w danej placówce ochrony zdrowia powinno także:

- zostać opracowane na podstawie badań jakościowych, w których świadczeniobiorcy zidentyfikowali najbardziej istotne dla nich aspekty opieki;
- odzwierciedlać sposób rozumienia pojęcia „satisfakcja” przyjęty przez badacza zgodnie z teoretycznymi założeniami;
- zostać zastosowane zgodnie z badawczą procedurą opracowaną dla danego narzędzia;
- charakteryzować się czytelną formą, niedługim czasem wypełnienia kwestionariusza, prostotą w udzielaniu odpowiedzi;
- mieć ocenione parametry psychometryczne, które potwierdzają ich trafność i rzetelność [27].

PIŚMIENNICTWO

- Balcerzak K, Palac-Siczek M, Kornatowska K. Analiza przypadków zgłaszanych na ostry dyżur laryngologiczny w Klinice Otolaryngologii Akademii Medycznej w Warszawie. *Otolaryngologia Polska* 2008; LXII, 2:134-135.
- Lenartowicz H, Kózka M. Metodologia badań w pielęgniarstwie. Warszawa; Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2010.
- Kazura R, Cichá M, Brukwicka I, Kopański Z, Marczevska S, Kurowski A. Jakość w opiece zdrowotnej i pielęgniarstwie. *JPHNMR* 2011; (1):9-12.
- Socha B, Kutnohorska J, Zielińska M, Kowalik J, Kopański Z, Skura-Madziara A, Tabak J. Jakość życia uwarunkowana stanem. *chorego. JPHNMR* 2011; (2):6-8.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 55, poz. 365).
- Lynn M, McMillen B, Sidani S. Understanding and Measuring Patients' Assessment of the Quality of Nursing Care. *Nurs Res* 2007;56(3):159-166.
- Kautsch M, Frączek K. Jakość usług - co widzi pacjent?. W: Piąta Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Kraków; Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej, 2000.
- Zyznawska J, Mańko G, Kulesa-Mrowiecka M, Brzostek M, Stach B. Wpływ rehabilitacji i programów profilaktycznych na jakość życia i próg odczuwalności bólu u pacjentów z dolegliwościami bólowymi dolnego odcinka kręgosłupa. *JPHNMR* 2013; (2):30-41.
- Piotrowska M, Kopański Z, Wróblewska M, Błaszczak B. Quality of life of persons with periodontal diseases. *JPHNMR* 2015; (1):45-50.
- Gutysz-Wojnicka A, Dyk D. Adaptacja polskiej wersji the Newcastle satisfaction with nursing scale (NSNS). *Probl Pielęg* 2007;15, (3):133-138.
- Drabik L, Sobol E. Słownik języka polskiego. Warszawa; Wydawnictwo Naukowe PWN, a 2007.
- Dozier A M, Kitzman H J, Ingersoll G L, Holmberg S, Schultz A. Development of an instrument to measure patient perception of the quality of nursing care. *Res Nurs Health* 2001; 24:506-517.
- Yellen E, Davis G, Ricard R. The Measuring of Patient Satisfaction. *J Nurs Care Qual* 2002;16(4):23-29.
- Risser N L. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nurs Res* 1975; 24(1):45-52.
- Mykowska A. Satisfakcja pacjenta a jakość obsługi medycznej. *Zdr Zarz* 2002;4(6):69-73.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z dnia 31 marca 2009 r.).
- Steć A, Wołyniak M, Wdowiak L. Satisfakcja pacjentów z usług świadczonych przez wybrane niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. *Probl Hig* 2007;88(3):272-276.
- Mielnicki-Błaszczak M, Ziolo A, Kawiak-Jawor E. Relacja pacjent – lekarz od paternalizmu do partnerstwa. *Zdr Publ* 2011;121(1):95-98.
- Otani K, Kurz R S. The impact of nursing care and other healthcare attributes on hospitalized patient satisfaction and behavioral intentions. *J Healthc Manag* 2004; 46(3): 181-196.
- Wroński K, Bocian R. Dlaczego Zakłady Opieki Zdrowotnej powinny badać satysfakcję pacjentów z oferowanych przez siebie usług medycznych? *Pielęg Chir i Angiol* 2009;4:127-130.
- Szpringer M, Chmielewski J, Kosecka J. Poziom satysfakcji pacjenta jako jeden z aspektów jakości opieki medycznej. *Med Ogólna* 2015;21,2:132-137.
- Mahon P. An analysis of the concept of patient satisfaction as it relates to comperorary nursing care. *J Adv Nurs* 1996; 24:1241-1248.
- Szeszycka I. Dylematy pomiaru jakości usług profesjonalnych na przykładzie usług medycznych. *Antidotum* 2000;12:20-26.
- Uzun O. Patient satisfaction with Nursing Care AT a University Hospital In Turkey. *J Nurs Care Qual* 2001; 16(1):24-33.
- Centrum monitorowania jakości w ochronie zdrowia w Krakowie. Pakiet Satisfakcja. PASAT HOSPIT <http://www.cmj.org.pl/pasat/wyniki.php?&drukuj> [20.12.2015].
- Thomas L H, McColl E, Priest J, Boys R J. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: an instrument for quality assessment of nursing care Qual. *Health Care* 1996; 5:67-72.
- Talarska D, Kapela T. Satisfakcja pacjenta leczonego w oddziale internistycznym. *Pielęg Pol* 2001;2,12:255-261.