



UNIwersYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

Lek. Dagmara Gaweł-Dąbrowska

Katedra i Zakład Medycyny Społecznej
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

**„ Jakość usług medycznych świadczonych w oddziałach szpitalnych
w ocenie hospitalizowanych pacjentów „**

Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny

Promotor : **Prof. zw. dr hab. n. med. Jerzy Leszek**

Recenzenci : **Prof. dr hab. n. med. Bibiana Mossakowska**
Collegium Mazovia Innowacyjna Szkoła Wyższa
Katedra Zdrowia Publicznego

Dr hab. n. med. Piotr Tyszko
Warszawski Uniwersytet Medyczny
Instytut Medycyny Społecznej

Wrocław, dnia 07.02.2014 roku

Curriculum Vitae

Data urodzenia 04.08.1969 roku
Miejsce urodzenia Wrocław

WYKSZTAŁCENIE:

2013 Dyplom z wyróżnieniem Menedżera Projektów Badawczych Studiów Podyplomowych Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie

2006 Dyplom specjalizacyjny II-ego stopnia z chorób wewnętrznych

2002 Dyplom Menedżera Ochrony Zdrowia Studiów Podyplomowych Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

2000 Dyplom specjalizacyjny I-ego stopnia z chorób wewnętrznych

1993 Dyplom na wydziale lekarskim Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ:

Od listopada 2006 roku Katedra i Zakład Medycyny Społecznej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Obowiązki wykładowcy

*październik 2001 -
styczeń 2007* Studia Doktoranckie przy Katedrze i Zakładzie Medycyny Społecznej Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich We Wrocławiu

*maj 2001 –
wrzesień 2007* Oddział Obserwacyjny CSK MSWiA
02-507 Warszawa ul. Wołoska 137
Obowiązki asystenta

*czerwiec 1999 –
maj 2001* Zakład Diagnostyki Obrazowej z Oddziałem Obserwacyjnym ZZOZ SZSZ MSWiA 02-507 Warszawa ul. Wołoska 137
Obowiązki asystenta

*październik 1996 -
czerwiec 1999* Zakład Medycyny Nuklearnej CSK MSWiA
02-507 Warszawa ul. Wołoska 137
Obowiązki młodszego asystenta

*marzec 1996 -
wrzesień 1996* ZZOZ dla Szkół Wyższych przy Uniwersytecie Warszawskim
Warszawa, ul. Mochnackiego 10
Obowiązki młodszego asystenta

*październik 1993 -
luty 1996* Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
Wrocław, ul. Kamieńskiego 73a
Staż podyplomowy

DOROBEK NAUKOWY :

Autorka/współautorka 8 opublikowanych prac oraz 16 doniesień zjazdowych.

OPUBLIKOWANE PRACE :

1. Dagmara Gawel-Dąbrowska.: Spojrzenie pacjenta na problem jakości opieki zdrowotnej w Polsce przed i po wprowadzeniu reformy służby zdrowia w 1999 roku
Nowiny Lek. 2006 T.75 nr 4; s.359-366
2. Dagmara Gawel-Dąbrowska, Monika Michałek.: Lekarz jako lider wobec pacjenta i jego rodziny
Fam.Med.Prim.Care Rev. 2011 Vol.13 no.3; s.583-585
3. Ludmiła Waszkiewicz, Katarzyna Połtyn-Zaradna, Jakub Einhorn, Dagmara Gawel-Dąbrowska, Barbara Grabowska, Katarzyna Zatońska.: Subjective assessment of the health condition and the quality of life of elderly people
Polit.Społ. 2011 eng. ed.: Medical, psychological, sociological and economic aspects of ageing in Poland. PolSenior; s.51-58
4. Ludmiła Waszkiewicz, Jakub Einhorn, Katarzyna Połtyn-Zaradna, Dagmara Gawel-Dąbrowska, Barbara Grabowska, Katarzyna Zatońska.: Ocena jakości życia Polaków w wieku podeszłym
W:Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce ; red. Małgorzata Mossakowska, Andrzej Więcek, Piotr Błędowski; Poznań : Termedia Wydaw. Med., 2012; s.549-560 ISBN 978-83-62138-81-4
5. Katarzyna Zatońska, Dagmara Gawel-Dąbrowska, Katarzyna Połtyn-Zaradna, Marek Bolanowski.: Ocena wybranych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego wśród osób w wieku poprodukcyjnym mieszkających na terenie Dolnego Śląska
Endokrynol.Otył.Zab.Przem.Mat. 2012 T.8 nr 2; s.37-43
6. Ludmiła Waszkiewicz, Katarzyna Zatońska, Jakub Einhorn, Katarzyna Połtyn-Zaradna, Dagmara Gawel-Dąbrowska.: Motywacje wyboru studiów medycznych na przykładzie studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu
Hygeia Public Health 2012 T.47 nr 2; s.223-226
7. Katarzyna Zatońska, Ludmiła Waszkiewicz, Katarzyna Połtyn-Zaradna, Dagmara Gawel-Dąbrowska, Jakub Einhorn.: Badanie relacji społecznych mieszkańców Wrocławia w wieku poprodukcyjnym przy użyciu kwestionariusza BREF-WHOQOL
Probl.Hig.Epidemiol. 2012 T.93 nr 2; s.366-368
8. Katarzyna Zatońska, Ludmiła Waszkiewicz, Katarzyna Połtyn-Zaradna, Dagmara Gawel-Dąbrowska, Jakub Einhorn.: Subiektywna ocena fizycznej dziedziny jakości życia mieszkańców Wrocławia w wieku poprodukcyjnym
Probl.Hig.Epidemiol. 2012 T.93 nr 2; s.363-365

STRESZCZENIE

Wstęp

Reforma Polskiej Służby Zdrowia prowadzona w okresie zmian ustrojowych i dynamicznego wejścia gospodarki rynkowej do wszystkich dziedzin życia publicznego, w tym również sektora usług medycznych, to nie tylko zmiany natury gospodarczej, ale również ideologicznej. Zmiana organizacji pracy w ochronie zdrowia, polegająca na przejściu z systemu centralnego zarządzania publiczną służbą zdrowia do szerokiej indywidualizacji praktyk lekarskich i samofinansujących się ośrodków ochrony zdrowia, spowodowała zmianę w myśleniu o idei pracy, pacjencie, celach i zadaniach ochrony zdrowia. Pojawiła się nowa terminologia w pracy personelu medycznego, wcześniej znana wyłącznie ekonomistom - marketing usług medycznych, pacjent jako klient, jakość usług medycznych, rynek usług medycznych. Całkowite otwarcie rynku usług medycznych wiąże się bezpośrednio z indywidualnym wyborem przez pacjenta miejsca leczenia. Jestem przekonana, że jednym z najważniejszych czynników warunkujących wybór pacjenta będzie wysoka jakość oferowanych usług medycznych, oceniana również przez samych pacjentów.

Budując pojęcie jakości usług medycznych, w ujęciu marketingowym, najistotniejsza jest rola odbiorcy – pacjenta. W aktach prawnych, które pojawiły się od czasu transformacji ustrojowej, znajdujemy wskazówki jakie działania są zalecane by zaoferować pacjentom usługi medyczne o wysokiej jakości. Nie ma jednak prowadzonych powszechnych badań, w których analizowana jest opinia pacjentów o jakości otrzymywanych usług w sektorze medycznym. Analiza tych opinii powinna stanowić podstawę przy podejmowaniu decyzji w sprawie poprawy jakości usług świadczonych przez placówkę medyczną. W pracy starałam się znaleźć odpowiedzi na pytania związane z tym problemem.

Cel pracy

Celem pracy jest zbadanie istotności oceny poszczególnych elementów, składających się na usługę medyczną w trakcie hospitalizacji, na ogólną ocenę jakości pobytu w szpitalu z punktu widzenia pacjenta oraz określenie stopnia ich wpływu na ocenę funkcjonowania placówki medycznej.

Material i metoda

Praca miała charakter dwuetapowy. W I fazie pracy przeprowadziłam badanie pilotażowe na grupie 100 pacjentów w jednym ze szpitali wrocławskich na oddziałach chorób wewnętrznych (Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc, 2003). Po analizie wstępnych wyników badania zmodyfikowałam ankietę poprzez wprowadzenie pytań dodatkowych w części szczegółowej oraz większą precyzję w pytaniach zamkniętych dotyczących pracy personelu na oddziale. W II fazie pracy przeprowadziłam badanie właściwe, w okresie od lutego do października 2006 roku. Ogółem rozdano 1367 ankiet; w badaniu wzięło czynny udział 752 osób (kompletnie wypełnione ankiety), w tym 401 kobiet (co stanowi 53,3%) i 351 mężczyzn (co stanowi 46,7%). Pacjenci byli hospitalizowani w 8 szpitalach na terenie Wrocławia, na oddziałach o tym samym profilu leczniczym – wyłącznie na oddziałach wewnętrznych. Narzędzie badawcze stanowiła ankieta własnego autorstwa, która miała charakter anonimowy.

Na podstawie odpowiedzi uzyskanych w badaniu ankietowym wykonano *analizę czynnikową*. Wszystkie obliczenia i symulacje wykonano na platformie programistycznej R, wersja 2.14.0. Na podstawie wyodrębnionych czynników, których jest zazwyczaj znacznie mniej niż pytań w ankiecie, każdemu pacjentowi wyliczono wartość *score* czyli ocenę jego poglądów. Otrzymane oceny (*scory*) użyto do weryfikacji postawionych w pracy hipotez.

Wyniki

Analizując ogólną ocenę jakości szpitala wyodrębniono 8 głównych czynników decydujących o istotności wpływu na tą ocenę w następującej kolejności :

1. Opieka pielęgniarska najbardziej skorelowana z pytaniem o *czas poświęcony na rozmowę pielęgniarską*, a w dalszej kolejności z *oceną współpracy personelu między sobą i oceną pomocy personelu w redukcji lęków wraz z zaangażowaniem i pomysłowością w leczeniu bólu*.
2. Opieka lekarska ze zwróceniem szczególnej uwagi na *ilość czasu poświęconego na rozmowy o leczeniu i otrzymanie od lekarza zrozumiałej i pełnej informacji na temat badań, leczenia i rokowania*. W moim badaniu w kontaktach z lekarzem pacjent nie tyle liczy na uprzejmość czy też zachowanie intymności w kontaktach ile na komunikatywność.
3. Praca Izby Przyjęć postrzegana w perspektywie *szybkości załatwienia formalności przez pielęgniarki i lekarzy* bardziej niż uprzejmość ze strony pielęgniarek i w jeszcze mniejszym stopniu od lekarzy.
4. Czynnikiem lokalowym najważniejszy w ujęciu *wyposażenia sali chorych i korytarzy*.
5. Utrzymaniem czystości *na korytarzu i w sali chorych*, w mniejszym stopniu *w sanitariatach*.
6. Czynnikiem kulinarny ze zwróceniem uwagi na *urozmaicenie posiłków, możliwość wyboru dania i dostępność diet specjalnych*.
7. Wypis ze szpitala i uzyskanie pełnej informacji na temat dalszego leczenia.
8. Opieka pielęgniarska po raz drugi, ale w sensie dostępności pielęgniarki, szybkością reakcji na wezwanie i uprzejmości.

Wnioski

1. Ocena działalności szpitala uzależniona jest od wieku chorego, poziomu jego wykształcenia, płci oraz aktywności zawodowej.
2. Jakość funkcjonowania badanych 8 szpitali w ocenie pacjentów była zróżnicowana; uzależniona szczególnie od jakości i poziomu opieki pielęgniarskiej, ale również lekarskiej, jak również właściwej pracy Izby Przyjęć w tych szpitalach.
3. Na jakość funkcjonowania badanych placówek ochrony zdrowia (szpitali), w opinii pacjentów, w istotny sposób rzutuje poziom uprzejmości personelu medycznego, w tym ilość czasu poświęconego pacjentowi, właściwa postawa lekarzy (szybkość reakcji na wezwanie, przekazywanie informacji na temat leczenia oraz uprzejmość i życzliwość), szybkość załatwiania formalności przy przyjęciu do szpitala, warunki lokalowe w sali chorych, urozmaicenie posiłków, stopień zabezpieczenia higienicznego oddziału.
4. Ogólna ocena jakości usług medycznych w badanych szpitalach zależy od prawidłowej komunikacji w relacji : personel medyczny – pacjent.