

Krzysztof SKOWRON
Politechnika Śląska
Wydział Organizacji i Zarządzania
Instytut Zarządzania, Administracji i Logistyki
Zakład Administracji i Podstaw Zarządzania
krzysztof.skowron@polsl.pl

WSTĘPNE BADANIA OBSŁUGI DZIECI W WYBRANYCH PODMIOTACH LECZNICZYCH GLIWIC

Streszczenie. Wysoki standard obsługi oraz komfort pacjenta stają się obecnie jednymi z zasadniczych elementów skuteczności funkcjonowania zakładu leczniczego na konkurencyjnym rynku. Głównym celem artykułu jest analiza oceny standardów obsługi „małych pacjentów” na przykładzie wybranych podmiotów leczniczych na terenie Gliwic – w kontekście całościowego zarządzania podmiotem leczniczym. Problematyka badawcza skupia się przede wszystkim wokół wyposażenia kąpieliska dziecięcego, nagradzania dziecka, miejsca do przewijania, podejścia personelu oraz systemu rejestracji. W przeprowadzonych badaniach wykorzystano metodę badawczą w postaci ankiety. Badaną zbiorowość stanowią pacjenci wybranych zakładów leczniczych.

Słowa kluczowe: podmiot leczniczy, standard obsługi klienta, jakość usługi medycznej, zarządzanie podmiotem leczniczym

PRELIMINARY EXAMINATIONS OF THE SERVICE OF CHILDREN AND IN CHOSEN HEALING ENTITIES IN THE CITY GLIWICE

Abstract. High standard of the service and comfort of the patient become one of the essential elements of effective functioning of the health care facilities in a competitive market. The main purpose of this article is to assess the standards of the service of “little” patient care for a selected health care units – in the context of the overall management of the medical entity. The issue of research focuses primarily on the equipping the children's corner, awarding to the child, the place for the scrolling, tricking the staff and the registration system. The conducted study used research methods in the character of the questionnaire form. The study community are the patients indicated health care units.

Keywords: health care unit, standard of custom service, quality of medical services, the management in the health care units

1. Wprowadzenie

W latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku nastąpił w Polsce proces głębokich przemian społeczno-ekonomicznych. Dla sektora ochrony zdrowia konsekwencją tych zmian stała się rezygnacja z dotychczas funkcjonujących modeli świadczenia usług medycznych¹. Była ona konieczna ze względu na potrzebę dostosowania się do nowych wymogów gospodarki rynkowej. Dlatego też w maju 1994 roku przyjęto program przekształceń Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ)². Głównymi celami tego programu były zachowanie oraz poprawa stanu zdrowia jednostki i rodziny w miejscu zamieszkania. Podstawowymi zadaniami POZ stały się udzielanie indywidualnych świadczeń leczniczych, profilaktycznych i rehabilitacyjnych – nie tylko w jednostce ochrony zdrowia, lecz także w innych instytucjach, mających formę inną niż zakład opieki zdrowotnej (w tym także w domu pacjenta), oraz edukacja zdrowotna i prozdrowotne aktywizowanie pacjentów przez działalność promującą zdrowie i higienę środowiska³.

Lekarz rodzinny stał się centralnym elementem zreformowanej Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Jego działania uzupełniają lekarze pediatrzy – założeniem medycyny rodzinnej jest bowiem ciągłość opieki medycznej przez całe życie pacjenta, w każdej sytuacji zdrowotnej – oraz interniści. Ponadto lekarz rodzinny jest osobą koordynującą proces leczenia na każdym jego etapie. Szczególny nacisk został położony – oprócz skierowań do specjalistów i ciągłego kontaktu z pacjentem – na szeroko rozumianą profilaktykę zdrowotną. Funkcjonowanie instytucji lekarza rodzinnego zostało wsparte pomocą personelu medycznego średniego szczebla, tj. pielęgniarką oraz położną. Ich działania dodatkowo mogą wspierać inni pracownicy diagnostyki czy rehabilitacji⁴.

Wprowadzone zmiany spowodowały w konsekwencji likwidację dotychczasowych poradni dziecięcych D i D₁ i przejęcie ich funkcji przez gabinety oraz poradnie lekarza rodzinnego. To z kolei spowodowało konieczność nowego podejścia do całokształtu zarządzania zakładami leczniczymi. Należy bowiem podkreślić, że dzięki zmianom w ustawodawstwie dotyczącym prawa medycznego, w tym zwłaszcza działalności podmiotów leczniczych oraz powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego czy zawodu lekarza⁵, znacznie wzrosły standardy – zwłaszcza jakościowe, a przez to i skuteczność działania tych jednostek, a ich misja w dużym stopniu została uzależniona właśnie od jakości⁶. Co więcej,

¹ Gramlewicz M.: Oblicza kryzysu społecznego w polskiej służbie zdrowia. Śląsk, Katowice 2007, s. 15.

² Przekształcenia Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Strategia realizacji celów. MZiOS, maj 1994.

³ Gramlewicz M.: op.cit., s. 27.

⁴ Ibidem, s. 28. Zob. też: Golinowska S. (red.): Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia oraz nierówności w zdrowiu. IPiSS, Warszawa 2007, w szczególności s. 56-65.

⁵ Por.: Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm., Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza, Dz.U. Nr 28, poz. 152, z późn. zm. oraz Ustawa z dnia 1 stycznia 1999 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz.U. Nr 28, poz. 153, z późn. zm.

⁶ Szerzej na ten temat: Mociąg A.: Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych. Medica Press, Bielsko Biała 2007, s. 23.

wzrosły również rola i świadomość samych pacjentów, ich wymagania i oczekiwania. W konsekwencji dostrzeżono zależność między sukcesem zakładu a standardami obsługi i jakością świadczonych w nim usług. Wysokie standardy obsługi pacjenta – w tym zwłaszcza „małego” – stały się nie tylko jednym z elementów kreowania wizerunku, lecz także wyznacznikiem skuteczności.

Ze względu na opisane przekształcenia systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz idące za nimi zmiany w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych zasadne staje się podjęcie badań mających na celu analizę, jak podmioty te starają się pozyskać pacjentów i stać się konkurencyjne na rynku.

2. Charakterystyka wybranych zakładów leczniczych w Gliwicach

Do badań wybrano cztery porównywalne pod względem funkcjonalności oraz zakresu świadczonych usług podmioty zlokalizowane w centrum miasta oraz w przyległych dzielnicach. Ze względu na ochronę danych nie zostaną podane nazwy poszczególnych podmiotów, a jedynie ich charakterystyka.

NZOZ nr 1, zlokalizowany w jednej z dzielnic Gliwic, jest obecny na rynku usług medycznych od 2002 roku. Organem założycielskim podmiotu jest Spółka Partnerska Lekarzy. Zakład powstał na bazie Poradni Pediatrycznej nr 8 Miejskiego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Gliwicach. W listopadzie 2010 roku omawiany podmiot przeniesiono do nowoczesnej, nowo wybudowanej siedziby. Przychodnia jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz rodziców z małymi dziećmi. Wraz ze zmianą siedziby zakładu poszerzył się zakres świadczonych usług medycznych. Obecnie podstawowym celem zakładu jest:

- udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w ramach: podstawowej opieki zdrowotnej dla dzieci i dorosłych, specjalistycznej opieki zdrowotnej, medycyny szkolnej,
- profilaktyka i promocja zdrowia,
- orzekanie o stanie zdrowia, w tym o czasowej niezdolności do pracy.

NZOZ nr 2 to nowoczesna placówka lecznictwa, zlokalizowana również w jednej z dzielnic Gliwic, świadcząca usługi medyczne w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz stomatologii. Podmiot ten utworzono w 1972 roku. W 2001 roku, w związku z reformą służby zdrowia, został przekształcony w niepubliczny zakład opieki zdrowotnej i w tej formie prawnej funkcjonuje do chwili obecnej. Poradnia mieści się w przestronnym piętrowym budynku, zlokalizowanym przy głównej ulicy. Podstawowym celem zakładu jest:

- diagnozowanie i leczenie chorób u dzieci,
- opieka nad zdrowym dzieckiem,
- profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą,
- zapobieganie urazom i chorobom przez profilaktykę i szczepienia ochronne określone kalendarzem szczepień.

NZOZ nr 3 mieści się na uboczu, ale w centrum miasta. Funkcję organu tworzącego pełni województwo śląskie. Podstawą działalności zakładu jest Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷. Omawiany podmiot leczniczy zawiera w swojej strukturze poradnię wielospecjalistyczne oraz poradnię pediatryczną dziecięcą. Podstawowym celem zakładu jest:

- udzielanie podstawowych i specjalistycznych świadczeń zdrowotnych,
- promocja zdrowia,
- diagnostyka medyczna.

Ostatnim z wybranych do badań podmiotów leczniczych jest NZOZ nr 4, mieszczący się w centrum miasta, obecny na rynku usług medycznych od 1978 roku. Organem założycielskim podmiotu był skarb państwa, natomiast po licznych zmianach organizacyjnych ostatecznie jest spółką prawa handlowego. W sierpniu 2016 roku omawiany podmiot przeniesiono do nowoczesnej, nowo wybudowanej siedziby. Przychodnia jest dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz rodziców z małymi dziećmi. Obecnie podstawowym celem zakładu jest:

- udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej (opieka lekarska, pielęgniarki i położnej POZ) służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia,
- udzielanie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej,
- udzielanie ambulatoryjnych świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- wykonywanie zadań z zakresu służby medycyny pracy,
- udzielanie świadczeń w ramach diagnostyki medycznej: analityki medycznej, obrazowej: RTG, USG, spirometrii, audiometrii, EKG,
- orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy,
- propagowanie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia.

3. Metodologia badań

Głównym celem prowadzonych badań jest sprawdzenie, na ile wybrane przychodnie w różnych miejscach Gliwic są przystosowane do obsługi pacjenta w wieku 0-18 lat oraz

⁷ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. nr 112, poz. 654, z późn. zm.

zwrócenie uwagi na sposób, w jaki przebiega obsługa ze względu na specyficzny wiek dzieci i ich nieprzewidywalne reakcje. Celem badań jest również sprawdzenie fachowości obsługi oraz organizacji całego procesu pobytu dziecka w wybranym podmiocie leczniczym.

Dla realizacji głównego celu badań przyjęto następujące cele cząstkowe:

- analiza przystosowania pomieszczeń do obsługi „małego pacjenta”,
- zwrócenie uwagi na sposób, w jaki przebiega obsługa dzieci,
- określenie pozytywnych i negatywnych zachowań personelu,
- sprawdzenie organizacji całego procesu pobytu dziecka w wybranym podmiocie leczniczym,
- analiza postaw personelu lekarskiego i pielęgniarskiego,
- zbadanie procesu rejestracji pacjentów.

Przyjęto następujące problemy badawcze:

- czy wyposażenie poczekalni zawiera atrakcje dla dzieci: kredki, bloki, zabawki itp.?,
- jak zajmuje się dzieciom czas podczas oczekiwania w kolejce?,
- w jaki sposób zachęca się dzieci do kolejnych wizyt?,
- jakie jest podejście lekarza do dziecka podczas wizyty?,
- czy stosuje się naklejki lub cukierki nagradzające za odwagę podczas wizyty?,
- jakie jest podejście pielęgniarek podczas szczepień?,
- czy przychodnia jest wyposażona w miejsce do przewijania?,
- czy usprawnienie systemu rejestracji jest oczekiwane przez pacjentów/rodziców?

W badaniu przyjęto następujące założenia badawcze:

1. *Znajdujące się w poczekalniach kąciki dziecięce pozwalają przezwyciężyć zmęczenie podczas czekania na wizytę lekarską.*
2. *Nagradzanie małych pacjentów zmienia nastawienie dzieci do wizyt lekarskich, przez co postrzegają to miejsce jako przyjazne i czują się docenione oraz zmotywowane do kolejnej wizyty u lekarza.*
3. *Wydzielenie miejsca do przewijania wpływa na wzrost komfortu i wygody.*
4. *Fachowa obsługa i podejście personelu medycznego do dzieci zachęca małych pacjentów do kolejnych wizyt w danym zakładzie oraz pomaga przezwyciężyć strach przed wizytą u lekarza.*
5. *Szybkość i sprawność rejestracji małego pacjenta wpływa na zmniejszenie odczuwania przez dziecko presji czasu oraz stresu związanego z nieznanym miejscem.*

W prowadzonym badaniu wykorzystano pierwotne źródło danych w postaci ankiety⁸. Badaną populację stanowili pacjenci poszczególnych poradni. W badaniu wzięło udział 40 respondentów.

⁸ Więcej na temat wykorzystanego zastosowanego narzędzia w: Churchill G.A.: *Badania marketingowe. Podstawy metodologiczne*. PWN, Warszawa 2002, s. 162-176 oraz Michna A.: *Specyfika przeprowadzania badań kwestionariuszowych w sektorze małych i średnich przedsiębiorstw*. „Organizacja i Zarządzanie”, nr 1(5), 2009, s. 83-92.

Kwestionariusz ankiety składał się z następujących części: części wstępnej, w której zawarto informacje na temat badania oraz wprowadzenie dla respondentów, krótkiej metryczki oraz pytań właściwych, skierowanych do respondentów. Pytania właściwe zostały podzielone na pięć części. Cały kwestionariusz zawierał 22 pytania zamknięte, z pięciopunktową skalą Likerta, oraz 4 pytania otwarte, umieszczone w ostatniej części kwestionariusza, dające respondentom możliwość swobodnej prezentacji własnych wniosków, uwag i spostrzeżeń⁹.

Pytania od 1 do 6 dotyczyły pierwszej tezy związanej z kącikiem dziecięcym, jego przystosowaniem i jakością wyposażenia. Kolejne pytania do numeru 9 włącznie wiązały się z tezą drugą. Respondenci mogli tu ocenić system nagradzania dziecka po wizycie u lekarza. Pytania od 10 do 14 dotyczyły miejsca do przewijania, jego jakości, czystości czy też komfortu pokoju, a więc były związane z tezą trzecią. Do kolejnej tezy – o obsłudze i podejściu do dzieci – przyporządkowano pytania od 15 do 17. Ankietowani oceniali w nich postawę personelu wobec dzieci. Natomiast pytania od 18 do 22 wskazywały, jaka jest praca rejestracji, jej szybkość, sprawność oraz zachowanie osoby rejestrującej. Kolejne 4 pytania dały respondentom możliwość wypowiedzenia się na tematy związane z ogólną obsługą w poradni.

Skonstruowany w ten sposób kwestionariusz ankiety został zweryfikowany badaniem pilotażowym w dniu 18.01.2016 roku. Uczestniczyła w nim grupa 20 respondentów. Głównym celem badania było sprawdzenie poprawności procedury badawczej oraz zebranie uwag i wniosków dotyczących konstrukcji oraz zakresu merytorycznego kwestionariusza ankiety. Respondenci wykazali duże zainteresowanie tematyką, z łatwością udzielali odpowiedzi na zadawane pytania, byli zadowoleni z samego faktu przeprowadzenia ankiety oraz niezwykle ciekawi jej wyników. Badania przeprowadzono pomyślnie, w związku z czym nie wprowadzono żadnych zmian w kwestionariuszu i przystąpiono do realizacji badań właściwych.

4. Analiza badań empirycznych

Badanie właściwe, przeprowadzone na próbie liczącej kolejnych 20 respondentów, odbyło się 25.01.2016 roku w poszczególnych, scharakteryzowanych we wstępie, poradniach. Udział w nim wzięli rodzice lub opiekunowie dzieci oczekujących na przyjęcie. Należy podkreślić, że byli to inni respondenci niż ci, którzy brali udział w badaniach pilotażowych. Badanie przeprowadzono bez jakichkolwiek zarzutów, efektywnie i skutecznie. Ankiety zostały

⁹ Zob. Oppenheim A.N.: Kwestionariusze, wywiady, pomiary postaw. Zysk i S-ka, Poznań 2004, s. 226 i n.

wypełnione rzetelnie przez wszystkie osoby poproszone o ich wypełnienie. Stopień zwrotu wyniósł 100%.

W przeprowadzonych badaniach udział wzięło w sumie 40 respondentów – po 10 w każdej poradni: 93,5% stanowiły kobiety (39 osób), a 2,5% mężczyźni (1 osoba). Połowa respondentów zadeklarowała posiadanie jednego dziecka, a druga połowa respondentów miała po dwoje dzieci.

W dalszej kolejności zostaną omówione rozkłady odpowiedzi na pytania weryfikujące tezy postawione we wstępie.

W tabeli 1 przedstawiono rozkład odpowiedzi na pytania weryfikujące tezę 1.

Tabela 1

Rozkład odpowiedzi na pytania weryfikujące tezę 1

Nr pytania	NZOZ nr 1				NZOZ nr 2				NZOZ nr 3				NZOZ nr 4				ZBIORCZO								
	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo dobrze
1	4	5	0	0	1	5	3	2	0	0	3	2	5	0	0	0	9	1	0	0	12	19	8	0	1
2	4	5	0	0	1	5	4	1	0	0	3	2	5	0	0	0	9	1	0	0	12	20	7	0	1
3	4	5	0	0	1	5	4	1	0	0	3	2	5	0	0	1	8	1	0	0	13	19	7	0	1
4	4	5	0	0	1	5	4	1	0	0	3	2	5	0	0	0	8	2	0	0	12	19	8	0	1
5	4	5	0	0	1	5	2	3	0	0	3	2	5	0	0	3	7	0	0	0	15	16	8	0	1
6	7	2	0	0	1	5	4	1	0	0	3	2	5	0	0	4	6	0	0	0	19	14	6	0	1

Zródło: Opracowanie własne.

Średnio 30% ankietowanych bardzo dobrze ocenia wyposażenie kąpieliska dziecięcego, 47,5% respondentów ocenia je na poziomie dobrym, a 20% – przeciętnie. Zaledwie 2,5% ankietowanych negatywnie oceniło wyposażenie kąpieliska dziecięcego. Bardzo podobne wyniki uzyskano w przypadku przystosowania kąpieliska zabaw: średnio 30% ankietowanych bardzo dobrze oceniło jego przystosowanie, 50% respondentów oceniło je na poziomie dobrym, a 17,5% – przeciętnie. Zaledwie 2,5% ankietowanych oceniło negatywnie przystosowanie kąpieliska zabaw. Bardzo podobnie rozkładają się również wyniki dotyczące wielkości powierzchni kąpieliska zabaw dla dzieci: średnio 32,5% ankietowanych bardzo dobrze oceniło jego wielkość, 47,5% respondentów oceniło ją na poziomie dobrym, a 17,5% – przeciętnie. Zaledwie 2,5% ankietowanych oceniło negatywnie wielkość kąpieliska zabaw. W zbliżony sposób ankietowani ocenili jakość wyposażenia kąpieliska dziecięcego: średnio 30% ankietowanych bardzo dobrze oceniło jego jakość, 47,5% respondentów oceniło ją na poziomie dobrym, a 20% – przeciętnie. Zaledwie 2,5% ankietowanych oceniło negatywnie jakość wyposażenia kąpieliska zabaw. Również podobne wyniki uzyskano w przypadku oceny ankietowanych dotyczącej reakcji dziecka na kąpieliska zabaw: 37,5% respondentów uważa, że dziecko bardzo dobrze reaguje na obecność kąpieliska zabaw. Prawie tyle samo, bo 40% rodziców, uważa, że ich dziecko dobrze reaguje na kąpieliska zabaw, 20% ankietowanych uważa, że dziecko reaguje przeciętnie na obecność kąpieliska zabaw, a zaledwie 2,5% ankietowanych oceniło negatywnie reakcje dziecka na kąpieliska zabaw. Uzupełnieniem tych opinii jest fakt,

że 47,5% respondentów bardzo dobrze ocenia pomysł organizacji kącika zabaw jako sposobu na zniwelowanie nudy podczas oczekiwania dziecka w kolejce. 35% ankietowanych ocenia ten pomysł dobrze, 15% – przeciętnie, a tylko 2,5% ankietowanych oceniło go negatywnie. Analizując rozkład odpowiedzi na poszczególne pytania tezy 1, można zauważyć, że w wybranych podmiotach leczniczych kształtują się one w zbliżony sposób. Można więc wnioskować, że znajdujące się w poczekalniach kąciki dziecięce pozwalają przezwyciężyć zmęczenie podczas czekania na wizytę lekarską, a zatem pierwsze założenie badawcze zostało zweryfikowane pozytywnie.

W tabeli 2 przedstawiono rozkład odpowiedzi na pytania weryfikujące tezę 2.

Tabela 2

Rozkład odpowiedzi na pytania weryfikujące tezę 2

Nr pytania	NZOZ nr 1					NZOZ nr 2					NZOZ nr 3					NZOZ nr 4					ZBIORCZO				
	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
7	5	4	0	0	1	4	5	1	0	0	3	6	1	0	0	5	5	0	0	0	17	20	2	0	1
8	5	4	0	0	1	5	5	0	0	0	3	6	1	0	0	2	7	1	0	0	15	22	2	0	1
9	7	2	0	0	1	7	2	0	0	1	3	6	1	0	0	7	3	0	0	0	24	13	1	0	2

Źródło: Opracowanie własne.

Odnosząc się do kwestii nagradzania małych pacjentów, można zauważyć, że średnio 47,5% respondentów ocenia samopoczucie dziecka po otrzymaniu nagrody po wizycie u lekarza jako bardzo dobre. Dobre samopoczucie dziecka deklaruje 50% ankietowanych, natomiast 5% rodziców uważa, że samopoczucie dziecka jest przeciętne. Zaledwie 2,5% ankietowanych oceniło negatywnie samopoczucie dziecka po otrzymaniu nagrody po wizycie u lekarza. Należy dodać, że 37,5% rodziców twierdzi, że nagrody bardzo dobrze i w 55% dobrze wpływają na chęć dziecka do kolejnych wizyt w poradni. Dla 5% respondentów wpływ nagród jest przeciętny, a dla zaledwie 2,5% ankietowanych nagrody bardzo źle wpływają na chęć dziecka do kolejnych wizyt u lekarza. Uzupełnieniem tych opinii jest przekonanie 60% rodziców do bardzo dobrego i w 32,5% dobrego pomysłu nagradzania dziecka. Zaledwie 2,5% respondentów uważa, że jest to pomysł przeciętny, a 5% rodziców uznaje ideę nagradzania dziecka za bardzo złą. Analizując rozkład odpowiedzi na poszczególne pytania tezy 2, można zauważyć, że w wybranych podmiotach leczniczych kształtują się one w zbliżony sposób. Można więc wnioskować, że nagradzanie małych pacjentów zmienia nastawienie dzieci do wizyt lekarskich, przez co postrzegają to miejsce jako przyjazne i czują się docenione oraz zmotywowane do kolejnej wizyty u lekarza, a zatem drugie założenie badawcze zostało zweryfikowane pozytywnie.

W tabeli 3 przedstawiono rozkład odpowiedzi na pytania weryfikujące tezę 3.

Tabela 3

Rozkład odpowiedzi na pytania weryfikujące tezę 3

Nr pytania	NZOZ nr 1				NZOZ nr 2				NZOZ nr 3				NZOZ nr 4				ZBIORCZO								
	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle					
10	0	0	10	0	0	0	0	0	0	2	6	2	0	0	5	5	0	0	0	0	7	21	12	0	0
11	0	0	10	0	0	0	0	0	0	1	5	3	1	0	4	6	0	0	0	0	5	21	13	1	0
12	0	0	10	0	0	0	0	0	0	3	6	1	0	0	5	5	0	0	0	0	8	20	12	0	0
13	0	0	10	0	0	0	7	0	3	0	0	5	2	3	0	5	4	0	0	0	5	16	12	6	0
14	4	5	0	1	0	0	10	0	0	0	2	6	2	0	0	5	5	0	0	0	11	26	2	1	0

Źródło: Opracowanie własne.

Kolejną badaną kwestią był wpływ wydzielenia miejsca do przewijania na komfort i wygodę pacjentów. Tutaj wyniki kształtowały się następująco: wygodę oraz komfort miejsca do przewijania bardzo dobrze oceniło 17,5% ankietowanych, dobrze – 52,5%, a przeciętnie – 30% respondentów. Przystosowanie miejsca do przewijania zostało bardzo dobrze ocenione przez 12,5% rodziców, dobrze – 52,5%, przeciętnie – 32,5%, a źle – 2,5%. W zbliżony sposób kształtowały się odpowiedzi na pytanie dotyczące jakości wyposażenia miejsca do przewijania: 20% ankietowanych oceniło ją bardzo dobrze, 50% – dobrze, a 30% uznało jakość wyposażenia miejsca do przewijania za przeciętną. Pod względem wielkości pomieszczenia przeznaczonego do przewijania ankietowani w 12,5% uznali ją za bardzo dobrą, 40% uznało ją za dobrą, 30% respondentów uznało ją za przeciętną, natomiast 15% rodziców było zdania, że wielkość pomieszczenia do przewijania jest niewystarczająca. W nieco zbliżony sposób kształtowały się odpowiedzi dotyczące czystości miejsca do przewijania: 27,5% rodziców uznało, że czystość jest na bardzo wysokim poziomie, 65% uważa ją za dobrą, 5% ocenia panującą czystość za przeciętną, a zaledwie 2,5% ankietowanych stwierdziło, że czystość miejsca do przewijania jest zła. Analizując rozkład odpowiedzi na poszczególne pytania tezy 3, można zauważyć, że w podmiotach leczniczych zlokalizowanych na obrzeżach miasta kształtują się one w kierunku odpowiedzi przeciętnych, natomiast odpowiedzi dotyczące podmiotów zlokalizowanych w centrum miasta oscylują w kierunku odpowiedzi „bardzo dobrze” lub „dobrze”. Analizując jednak uśrednione dane, można wnioskować, że wydzielenie miejsca do przewijania wpływa na zwiększenie komfortu i wygody, a zatem trzecie założenie badawcze zostało zweryfikowane również pozytywnie.

W tabeli 4 przedstawiono rozkład odpowiedzi na pytania weryfikujące tezę 4.

Tabela 4

Rozkład odpowiedzi na pytania weryfikujące tezę 4

Nr pytania	NZOZ nr 1				NZOZ nr 2				NZOZ nr 3				NZOZ nr 4				ZBIORCZO								
	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle					
15	5	5	0	0	0	6	2	2	0	0	9	1	0	0	0	9	1	0	0	0	29	9	2	0	0
16	5	5	0	0	0	6	2	2	0	0	9	1	0	0	0	9	1	0	0	0	29	9	2	0	0
17	5	5	0	0	0	6	2	2	0	0	2	5	2	1	0	8	2	0	0	0	21	14	4	1	0
18	5	5	0	0	0	5	5	0	0	0	2	5	2	1	0	6	4	0	0	0	18	19	2	1	0

Źródło: Opracowanie własne.

W ramach obsługi i podejścia personelu medycznego do dzieci można zauważyć następujące tendencje: średnio 72,5% ankietowanych ocenia bardzo dobrze stosunek personelu medycznego do dziecka, 22,5% ankietowanych – dobrze, a tylko 5% – przeciętnie. W taki sam sposób został przez respondentów oceniony stopień komunikacji personelu z dzieckiem. Nieco gorzej oceniono postawę personelu wobec rodziców: 52,5% ankietowanych uważa ją za bardzo dobrą, 35% ocenia ją na poziomie dobrym, 10% – przeciętnym, a 2,5% rodziców uważa ją za złą. Analizując rozkład odpowiedzi na poszczególne pytania tezy 4, można zauważyć, że w podmiotach leczniczych zlokalizowanych na obrzeżach miasta rozkładają się one w kierunku odpowiedzi „bardzo dobrze” lub „dobrze”, natomiast w przypadku podmiotów zlokalizowanych w centrum miasta oscylują w kierunku odpowiedzi „bardzo dobrze”. Analizując uśrednione dane, można jednak wnioskować, że wydzielenie miejsca do przewijania wpływa na zwiększenie komfortu i wygody, a zatem czwarte założenie badawcze zostało zweryfikowane również pozytywnie.

W tabeli 5 przedstawiono rozkład odpowiedzi na pytania weryfikujące tezę 5.

Tabela 5

Rozkład odpowiedzi na pytania weryfikujące tezę 5

Nr pytania	NZOZ nr 1				NZOZ nr 2				NZOZ nr 3				NZOZ nr 4				ZBIORCZO								
	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle					
18	0	1	3	2	4	0	0	7	0	3	0	5	4	1	0	7	2	1	0	0	7	8	15	3	7
19	0	5	4	1	0	0	0	7	0	3	0	5	4	1	0	6	2	2	0	0	6	12	17	2	3
20	0	5	3	2	0	0	0	7	0	3	0	5	4	1	0	7	2	1	0	0	7	12	15	3	3
21	0	4	2	4	0	0	0	10	0	0	0	5	4	1	0	7	2	1	0	0	7	11	17	5	0
22	1	2	4	2	1	3	7	0	0	0	1	7	2	0	0	4	6	0	0	0	9	22	6	2	1

Źródło: Opracowanie własne.

W kwestii wpływu szybkości i sprawności rejestracji małego pacjenta na zmniejszenie odczuwania przez dziecko presji czasu oraz stresu związanego z nieznanym miejscem odpowiedzi kształtowały się następująco: praca rejestracji poradni dziecięcej została oceniona średnio w 17,5% bardzo dobrze, dobrze – w 20%, przeciętnie – w 37,5%, źle – w 7,5%, bardzo

źle – w 17,5%. W zbliżony sposób oceniono uprzejmość osoby rejestrującej: średnio 15% bardzo dobrze, dobrze – 30%, przeciętnie – 42,5%, źle – 5%, bardzo źle – 7,5%. Również w podobny sposób oceniono sprawność rejestracji: średnio 17,5% bardzo dobrze, dobrze – 30%, przeciętnie – 37,5%, źle – 7,5%, bardzo źle – 7,5%. Podobnie oceniono też jakość systemu rejestrującego: średnio 17,5% bardzo dobrze, dobrze – 27,5%, przeciętnie – 42,5%, źle – 12,5%. Uzupełnieniem powyższych opinii są stwierdzenia rodziców, którzy uważają, że samopoczucie dziecka w czasie czekania w kolejce do rejestracji jest bardzo dobre (22,5%), dobre – 55%, przeciętne – 15%, złe – 5% oraz bardzo złe – 2,5%. Analizując rozkład odpowiedzi na poszczególne pytania tezy 5, można zauważyć, że w wybranych podmiotach leczniczych kształtują się one w dość zbliżony sposób. Można więc wnioskować, że szybkość i sprawność rejestracji małego pacjenta wpływa na zmniejszenie odczuwania przez dziecko presji czasu oraz stresu związanego z nieznanym miejscem, a zatem piąte założenie badawcze również zostało zweryfikowane pozytywnie.

Ostatnią częścią kwestionariusza ankiety były pytania otwarte. Na ich podstawie można wnioskować, że rodzice proponują następujące usprawnienia w obsłudze dzieci:

- poczęstunek dla dzieci, tzn. owoce i napoje,
- więcej zabawek,
- zwiększenie powierzchni kącika zabaw,
- bajki i piosenki dla dzieci w telewizji,
- osobne wejście dla dzieci zdrowych i chorych.

Należy dodać, że 52,5% ankietowanych uważa, że nie trzeba nic zmienić, natomiast tylko 5% respondentów rozważa możliwość zmiany przychodni na inną.

5. Wnioski

Podsumowując, należy zauważyć, że przeprowadzone badania, mające na celu sprawdzenie, na ile wybrane przychodnie w różnych miejscach Gliwic są przystosowane do obsługi „małego pacjenta”, oraz zwrócenie uwagi na sposób, w jaki przebiega obsługa ze względu na specyficzny wiek dzieci i ich nieprzewidywalne reakcje, a także sprawdzenie fachowości obsługi oraz organizacji całego procesu pobytu dziecka w wybranym podmiocie leczniczym potwierdziły, że wszystkie wybrane przychodnie wypadają korzystnie w obsłudze tak specyficznego pacjenta. Większość ankietowanych jest bardzo zadowolona z przebiegu wizyty u lekarza. Najslabiej jednak w ocenie respondentów wypada kwestia szybkości i sprawności rejestracji.

Można również zauważyć, że rozkład odpowiedzi w badanych poradniach zlokalizowanych na obrzeżach miasta jest bardziej ukierunkowany na odpowiedzi „przeciętnie”, natomiast poradnie zlokalizowane w centrum charakteryzują się większą liczbą odpowiedzi typu „bardzo dobrze” oraz „dobrze”.

Reasumując, można stwierdzić, że główny cel badawczy oraz cele częściowe zostały zrealizowane. Zweryfikowano również wszystkie postawione w badaniu założenia badawcze, przy czym założenie pierwsze (*Znajdujące się w poczekalniach kąciki dziecięce pozwalają przezwyciężyć zmęczenie podczas czekania na wizytę lekarską*), drugie (*Nagradzanie małych pacjentów zmienia nastawienie dzieci do wizyt lekarskich, przez co postrzegają to miejsce jako przyjazne i czują się docenione oraz zmotywowane do kolejnej wizyty u lekarza*), trzecie (*Wydzielenie miejsca do przewijania wpływa na wzrost komfortu i wygody*), czwarte (*Fachowa obsługa i podejście personelu medycznego do dzieci zachęca małych pacjentów do kolejnych wizyt w danym zakładzie oraz pomaga przezwyciężyć strach przed wizytą u lekarza*) oraz piąte (*Szybkość i sprawność rejestracji małego pacjenta wpływa na zmniejszenie odczuwania przez dziecko presji czasu oraz stresu związanego z nieznanym miejscem*) zostały zweryfikowane pozytywnie. Należy podkreślić, że uzyskane w przeprowadzonym badaniu wyniki i wnioski dotyczą sposobu zarządzania badanymi podmiotami. To od decyzji ich kierownictwa zależy, jak pacjenci czują się w wybranych miejscach. Tym samym przeprowadzone badania z pewnością mogą być punktem wyjścia do realizacji kolejnych zamierzeń badawczych.

Bibliografia

1. Churchill G.A.: *Badania marketingowe. Podstawy metodologiczne*. PWN, Warszawa 2002.
2. Golinowska S. (red.): *Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia oraz nierówności w zdrowiu*. IPiSS, Warszawa 2007.
3. Gramlewicz M.: *Oblicza kryzysu społecznego w polskiej służbie zdrowia*. Śląsk, Katowice 2007.
4. Michna A.: *Specyfika przeprowadzania badań kwestionariuszowych w sektorze małych i średnich przedsiębiorstw*. *Kwartalnik Naukowy „Organizacja i Zarządzanie”*, nr 3(3), 2008.
5. Mociąg A.: *Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych*. Medica Press, Bielsko-Biała 2007.
6. Oppenheim A.N.: *Kwestionariusze, wywiady, pomiary postaw*. Zysk i S-ka, Poznań 2004.
7. *Przekształcenia Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Strategia realizacji celów*. MZiOS, maj 1994.

8. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. nr 112, poz. 654, z późn. zm.
9. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza, Dz.U. nr 28, poz. 152, z późn. zm.
10. Ustawa z dnia 1 stycznia 1999 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz.U. nr 28, poz. 153, z późn. zm.