



Znaczenie zmiennych społecznych dla różnicowania ocen jakości usług medycznych przez pacjentów

The effect of sociodemographic variables on the evaluation of medical care quality by psychiatric patients

MACIEJ PAŁYSKA, MARTA ANCZEWSKA, JOANNA RADUJ, ANNA INDULSKA, KATARZYNA PROT

Z Zespołu Oceny Jakości Usług Medycznych Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Cel. Ocena wpływu zmiennych społecznych – wykształcenia oraz płci pacjentów na formułowane przez nich opinie na temat warunków i sposobów realizacji usług medycznych.

Metoda. Badania jakości świadczonych usług medycznych przeprowadzono w 2006 r. w psychiatrycznych oddziałach stacjonarnych warszawskiej placówki publicznej. Kwestionariusz ankiety (51 pytań) był udostępniany wszystkim pacjentom przy wypisie, do oddziałów było przyjętych 2937 osób. Udział w badaniach był całkowicie anonimowy. Uzyskano 1045 ankiet; ze względu na braki w informacjach dotyczących badanych zmiennych, w obliczeniach uwzględniono 808 ankiet.

Wyniki. Poziom wykształcenia respondentów różnicuje oceny dotyczące jakości świadczonych usług. Najbardziej krytyczne w swoich ocenach są osoby bardziej wykształcone. Płeć różnicuje ocenę warunków pobytu w oddziale – kobiety są bardziej krytyczne niż mężczyźni. Istotne różnice zaobserwowano w opiniach na temat dostępności personelu i uzyskiwania informacji.

Wnioski. Dla poprawy jakości usług medycznych wskazane jest uwzględnianie przede wszystkim ocen grup najbardziej krytycznych. Kolejne badania muszą uwzględniać skład grup respondentów pod względem zmiennych społecznych. Ze względów metodologicznych (i praktycznych) konieczne jest stałe porównywanie, jak kształtują się oceny w zależności od wykształcenia.

SUMMARY

Objectives. To establish whether patients' demographic characteristics, including the education level and gender, affect their opinions on the provided health care quality (i.e. the conditions and ways of medical services provision).

Method. The study on evaluation of psychiatric services quality was carried out in inpatient settings in a Warsaw public mental hospital in 2006. All the admitted inpatients (N = 2.937) were asked to fill out a 51-item questionnaire on their discharge from the hospital. Participation in the study was entirely anonymous. Due to missing data, only 808 questionnaires (out of the 1.045 received) were included in the analysis.

Results. The respondents' education level differentiated their opinions about the quality of services provided. Those with a university education were most disapproving in their assessment. As regards gender – women were more critical than men. Significant differences of opinion were noted in respect of the staff availability and information provided.

Conclusions. In order to improve the quality of mental health services consideration should be given first and foremost to opinions of the most critical patient groups. In further research the respondents' demographic characteristics should be taken into account. From both the methodological and practical point of view it is necessary to constantly bear in mind the differentiation of patients' opinions related to their education level.

Słowa kluczowe: psychiatryczna opieka zdrowotna / jakość usług medycznych / zmienne społeczne

Key words: mental health services / quality of services / demographic characteristics

Udział pacjentów w udoskonalaniu oddziaływań leczniczych, kształtowaniu polityki zdrowotnej i reformowaniu sprawowanej opieki [1] stanowi integralną część przemian, którym podlegają w ostatnim dziesięcioleciu instytucje zajmujące się opieką medyczną. Jednocześnie obserwuje się jej komercjalizację, gdyż leczenie staje się sprzedawą określonych usług [2]. Pojęcia: „służba zdrowia”, „leczenie”, „opieka nad chorymi”, zostają zastąpione pojęciami: „usługa medyczna”, „produkt medyczny”, „świadczony medyczny”, a ich wartość podlega rynkowej weryfikacji. Towarzyszą temu również zmiany w określaniu osób chorych. Tradycyjne określenie „pacjent”, które implikuje przejście odpowiedzialności za jego życie i zdrowie przestaje funkcjonować w świadomości społecznej i literaturze fachowej. Osoby potrzebujące leczenia „przeobrażają się” w „konsumentów”, „klientów”, „użytkowników” lub „udziałow-

ców”. Zdaniem Wciórki [3] akceptacja terminu „klient” sugeruje wymianę świadczeń, która w konsekwencji zwalnia pracownika opieki medycznej z poświęcenia, a jej „klienta” z okazywania zaufania. Nazwa „użytkownik” oznacza, że fakt uzyskania pomocy przestaje być oczywisty – zależy od umiejętności lub możliwości skorzystania z tej pomocy przez jej „użytkownika”. Te zmiany kulturowe mają znaczenie dla kształtowania się relacji pacjent – personel medyczny, a także oceny jakości uzyskiwanych świadczeń.

Pacjent jest osobą [4], podmiotem oddziaływań opieki medycznej [5]. Na jego sytuację jako chorego mają wpływ różne czynniki, które ogólnie można określić mianem kultury. Klasyczna definicja, sformułowana przez Taylora określa ją, jako *złożoną całość obejmującą wiedzę, wierzenia, sztukę, prawo, moralność, obyczaje i wszystkie inne zdolności i nawyki nabyte przez człowieka jako członka społeczeństwa* [6].

Wyrazem kultury są charakterystyczne dla danego społeczeństwa wyuczone wzorce postępowania, przekazywane i przyswajane na drodze społecznego uczenia się (socjalizacji) [7]. Wzorce te, szersze niż normy moralne, czy estetyczne, regulują indywidualne zachowania. Powszechnie obowiązujące normy zachowania, uwewnętrznione w procesie socjalizacji, przejawiają się w świadomości jednostki jako potrzeby. W obrębie danej kultury potrzeby te mogą być zróżnicowane w zależności od indywidualnych zmiennych społecznych. Próba ich analizy w psychiatrycznej opiece zdrowotnej przybliży wdrożenie do jej systemu tzw. modelu skoncentrowanego na kliencie (*client-centered care*) [8].

Kulturowo uwarunkowane są: podejście do problemów zdrowia w ogóle [9, 10], społeczne wyobrażenia o chorobie i ich zróżnicowanie oraz stereotyp chorego psychicznie [11, 12, 13]. Ważnym elementem kultury są postawy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi [14, 15], jak również stosunek osoby chorej do faktu własnej choroby i związanych z nią doświadczeń [16]. Kulturowy charakter mają również: aktualny poziom opieki medycznej oraz poziom zasobów pozwalających na zmniejszenie kosztów psychicznych i społecznych choroby i leczenia.

W dostępnej literaturze niewiele jest, jak do tej pory, prac oceniających znaczenie zmiennych społecznych – wykształcenia, płci, w kontekście opinii pacjentów na temat jakości świadczonych im usług medycznych. Badania dotyczą głównie preferencji hospitalizowanych w zakresie kodyfikacji oddziałów [17, 18, 19, 20, 21]. Na uwagę zasługuje obszerny artykuł poświęcony znaczeniu poszanowania różnic kulturowych w psychiatrycznej opiece medycznej [22]. Autorka podkreśla w nim, m.in., jak istotne jest w tej mierze uwzględnianie różnic wynikających z ról związanych z płcią pacjentów oraz przestrzeganie jej kodów kulturowych.

Powszechnie wiadomo, że różnice związane z płcią przejawiają się w różnych dziedzinach życia; wyrażają się one również w jakościowym i ilościowym zróżnicowaniu potrzeb kobiet i mężczyzn. Czy dotyczy to także sytuacji hospitalizacji? W tym kontekście interesujące są wyniki badań Wiersmy [23], który uważa, że potrzeby pacjentów chorych psychicznie nie mają związku z płcią, wiekiem, wykształceniem. Z obserwacji klinicznych oraz badań wynika jednak, że płeć jest ważną zmienną społeczną, która może wpływać na wiele aspektów zachowania i samopoczucia pacjentów [24], także na sposób oceniania świadczonych im usług medycznych. Stwierdzono na przykład, że pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii zwracali większą uwagę na skierowaną wobec nich agresję, pacjentki – na obraźliwy, obelżywy język [25].

W badaniach prezentowanych poniżej oceniamy wpływ wykształcenia oraz płci pacjentów na formułowane przez nich opinie na temat warunków i sposobów realizacji usług medycznych.

CEL

Celem badań było ustalenie, jak wybrane zmienne społeczne – wykształcenie i płeć pacjentów różnicują ocenę jakości tych wymiarów usług medycznych, które bezpośrednio wiążą się z higieną oraz poszanowaniem odrębności i godności badanych podczas pobytu w szpitalu psychiatrycznym.

METODA

Praca przedstawia fragment badań jakości świadczonych usług medycznych, prowadzonych w 2006 r. w psychiatrycznych oddziałach stacjonarnych warszawskiej placówki publicznej zajmującej się diagnostyką i leczeniem pacjentów z zaburzeniami i chorobami psychicznymi. Kwestionariusz ankiety autorstwa Zespołu Oceny Jakości Usług Medycznych [26] był rozdawany wszystkim pacjentom przy wypisie. Udział w badaniach był dobrowolny. Dla zapewnienia poczucia anonimowości pytania o dane osobowe zostały ograniczone do minimum. Wypełnione ankiety respondenci wrzucali do specjalnych skrzynek ustawionych w każdym oddziale i dostępnych przez całą dobę. Taki sposób prowadzenia badań był zgodny z zasadami zbierania informacji przy pomocy „ankiety rozdawanej”.

W 2006 r. do oddziałów stacjonarnych było przyjętych 2937 osób – 1371 (47%) kobiet i 1566 (53%) mężczyzn. O 2290 hospitalizowanych uzyskano informacje dotyczące poziomu ich wykształcenia: wyższe – 476 (21%) osób, średnie – 1068 (47%), zawodowe – 348 (15%), podstawowe – 393 (17%). Uzyskano 1045 ankiet – 36% zwrotów. Po procesie kodowania, w obliczeniach uwzględniono 808 ankiet, wypełnionych w sposób pozwalający na ich wykorzystanie w niniejszym opracowaniu.

Analizie poddano odpowiedzi na wybrane pytania, które dotyczyły higieny (czystość i estetyka otoczenia, komfort wypoczynku, przestrzeganie standardów żywienia w szpitalu) oraz poszanowania odrębności i godności pacjenta (kontakt z personelem, jego dostępność; poszanowanie intymności przy badaniu; ilość czasu dla pacjenta; zachowanie sanitariuszy; uzyskiwanie: informacji – na temat leczenia, praw, regulaminu; pomocy – w załatwianiu spraw społecznych, urzędowych; wsparcia psychicznego).

WYNIKI

Wykształcenie pacjentów a różnicowanie ocen jakości usług medycznych

Najliczniejsze wśród respondentów były osoby z wykształceniem średnim – 375 (46,5%). Na drugim miejscu znaleźli się ankietowani z wykształceniem wyższym – 210 (25,9%), a dalej z zasadniczym – 121 (15,0%) i podstawowym – 102 badanych (12,6%) grupy). Takie proporcje wyników wskazują na nadreprezentację osób lepiej wykształconych w opisywanej próbie. Według Rocznika Statystycznego [27] wykształcenie ludności miejskiej w procentach ogółem kształtuje się następująco: średnie i policealne – 38,0%; wyższe – 17,5%; zasadnicze zawodowe – 21,3%; podstawowe – 16,8% (dane szacunkowe opracowane z uwzględnieniem wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2002).

Naszych danych nie można jednak bezpośrednio odnosić do poziomu wykształcenia w populacji ogólnej, ponieważ pacjenci wywodzą się przede wszystkim z populacji wielkomiejskiej, jaką stanowi Warszawa, a właściwie jedynie z jej części – rejon ten nie posiada odrębnej dokumentacji statystycznej. Proporcje zakłócają również przyjęcia pacjentów spoza rejonu.

W tabl. 1 i 2 przedstawiono proporcje odpowiedzi osób w poszczególnych kategoriach wykształcenia, oceniających

Tablica 1. Ocena higieny pobytu w szpitalu a wykształcenie respondentów (test χ^2 pomiędzy minimum a maksimum)

Przedmiot oceny	Wykształcenie respondentów				Test χ^2 (p)
	wyższe n = 210	średnie n = 375	zasadnicze n = 121	podstawowe n = 102	
Oceny pozytywne	%				
Czystość i estetyka otoczenia					
W oddziale jest czysto	92,0	85,4	92,1	89,0	**
Wyposażenie oddziału jest odpowiednie	66,2	71,1	83,1	79,9	**
Zapewniono czystą piżamę	54,3	60,4	81,4	72,1	**
Zapewniono czystą pościel	98,9	96,7	100,0	98,9	
Zapewniono środki higieny osobistej	31,8	39,8	50,5	51,8	***
Brak komfortu odpoczynku					
Hałas w nocy	35,0	28,2	20,5	15,7	**
Hałasują inni pacjenci	88,8	93,4	87,8	76,9	**
Hałasuje personel	6,1	2,4	3,0	3,8	**
Przestrzeganie standardów żywienia					
Posiłki są dobrej jakości	51,7	61,1	72,4	79,7	**
Posiłki mają odpowiednią temperaturę	74,7	77,4	87,2	85,1	**

p(**) – istotne statystycznie przy $p < 0,01$; p(***) – istotne statystycznie przy $p < 0,001$

pozytywnie elementy hospitalizacji związane z higieną (tabl. 1) oraz poszanowaniem odrębności i godności pacjenta (tabl. 2).

Analiza rozkładu ocen pozytywnych dotyczących elementów higieny pobytu w szpitalu w zależności od wykształcenia respondentów wskazuje, że oceny bardziej krytyczne wiążą się z wyższym poziomem wykształcenia.

Osoby bardziej wykształcone były mniej skłonne do wyrażania ocen pozytywnych i bardziej skłonne do wyrażania ocen krytycznych dotyczących poszanowania odrębności i godności pacjenta w czasie pobytu w szpitalu.

Częstości wyrażanych ocen pozytywnych dotyczących higieny pobytu w oddziale tylko w kilku przypadkach ukła-

dały się zgodnie z oczekiwaniami badaczy. Przypuszczaliśmy, że jeśli wystąpią różnice w częstości ocen pozytywnych, to największe będą między grupami respondentów o najwyższym i najniższym poziomie wykształcenia. Zależności takie zaobserwowano tylko w 3 spośród 11 kryteriów oceny higieny pobytu w oddziale oraz 2 spośród 16 kryteriów oceny poszanowania odrębności i godności pacjenta.

Oceny pozytywne pojawiały się najczęściej w grupie osób z wykształceniem zawodowym i dotyczyły: 5 spośród 11 kryteriów oceny higieny pobytu w oddziale oraz 10 spośród 16 kryteriów oceny poszanowania odrębności i godności pacjenta.

Tablica 2. Ocena poszanowania odrębności i godności pacjenta a wykształcenie respondentów (test χ^2 pomiędzy minimum a maksimum)

Przedmiot oceny	Wykształcenie respondentów				Test χ^2 (p)
	wyższe n = 210	średnie n = 375	zasadnicze n = 121	podstawowe n = 102	
Oceny pozytywne	%				
Lekarze zwracają się do pacjenta w sposób właściwy	86,0	85,1	91,5	87,2	**
Pielęgniarki zwracają się do pacjenta w sposób właściwy	84,8	86,0	91,6	81,1	**
Lekarze są dostępni dla pacjenta po południu i w nocy	70,6	73,1	72,9	67,7	*
Pielęgniarki są dostępne dla pacjenta po południu i w nocy	96,8	97,4	93,0	94,6	*
Podczas badań zachowana jest intymność	88,0	87,2	89,3	84,2	*
Lekarz ma czas dla pacjenta	79,4	81,7	85,0	82,9	*
Pielęgniarka ma czas dla pacjenta	89,5	91,6	96,4	91,5	**
Sanitariusze zachowują się uprzejmie wobec pacjenta	78,3	74,7	76,7	71,2	
Pacjentowi udzielono wyczerpujących informacji o sposobach leczenia	87,0	83,5	86,5	87,0	**
Pacjentowi udzielono informacji o ryzyku związanym z leczeniem	67,5	72,2	83,1	75,5	***
Pacjentowi udzielono wsparcia psychicznego	80,8	80,9	91,0	85,5	**
Pacjent uzyskał wyczerpujące informacje w związku z chorobą	81,9	84,2	93,7	91,5	***
Pacjent uzyskał wystarczającą pomoc w załatwianiu spraw socjalnych, urzędowych	86,0	85,5	86,0	77,2	***
Pacjenta zapoznano z Kartą Praw Pacjenta	34,0	45,6	65,7	65,9	***
Pacjenta zapoznano z obowiązującym regulaminem oddziału	57,9	66,4	78,0	78,4	***
Pacjenta poinformowano o trybie składania wniosków i skarg	32,7	41,4	59,8	47,2	***

p(*) – istotne statystycznie przy $p < 0,05$; p(**) – istotne statystycznie przy $p < 0,01$; p(***) – istotne statystycznie przy $p < 0,001$

Płeć pacjentów a różnicowanie ocen jakości usług medycznych

W badanej próbie przeważali mężczyźni – 453 (56%). Kobiety w liczbie 355 stanowiły 44% badanej grupy. Tabl. 3 przedstawia różnice w częstości pozytywnych ocen dotyczących elementów hospitalizacji związanych z higieną, między kobietami a mężczyznami.

W ocenie czystości i estetyki otoczenia kobiety były mniej skłonne do aprobaty niż mężczyźni. Różnice w proporcjach odpowiedzi aprobujących są istotne statystycznie we wszystkich przypadkach, z wyjątkiem oceny czystości pościeli. Na brak komfortu odpoczynku częściej reagowali mężczyźni (przeszkadzał im hałas w nocy, twierdzili, że ha-

Tablica 3. Ocena higieny pobytu w szpitalu a płeć (test χ^2)

Przedmiot oceny	Płeć respondentów		Test χ^2 (p)
	kobiety n = 355	mężczyźni n = 453	
Oceny pozytywne	%		
Czystość i estetyka otoczenia			
W oddziale jest czysto	83,0	92,8	***
Wyposażenie oddziału jest odpowiednie	93,9	97,4	**
Zapewniono czystą piżamę	52,5	71,8	***
Zapewniono czystą pościel	97,6	98,3	
Zapewniono środki higieny osobistej	37,5	43,1	**
Brak komfortu odpoczynku			
Przeszkadza hałas w nocy	22,7	30,1	**
Hałasują inni pacjenci	82,6	94,5	***
Hałasuje personel	6,1	1,8	**
Przestrzeganie standardów żywienia			
Posiłki są dobrej jakości	89,2	93,9	**

p(**) – istotne statystycznie przy $p < 0,01$;

p(***) – istotne statystycznie przy $p < 0,001$

łasują inni pacjenci). Kobiety częściej stwierdzały, że hałasuje personel. Wszystkie różnice są istotne statystycznie. Przestrzeganie standardów żywienia pacjentki oceniały bardziej krytycznie niż pacjenci – różnice są istotne statystycznie.

W tabl. 4 zestawiono pozytywne oceny formułowane przez kobiety i mężczyzn w odniesieniu do poszanowania ich odrębności i godności podczas hospitalizacji psychiatrycznej.

W przypadku ocen poszanowania odrębności i godności pacjenta różnice między kobietami a mężczyznami były mniejsze niż w przypadku ocen elementów higieny pobytu w szpitalu, ale prawie wszystkie kategorie były przez kobiety niżej oceniane niż przez mężczyzn. Zwraca uwagę fakt, że kobiety rzadziej oceniały pozytywnie dostępność lekarza po południu i w nocy, możliwość uzyskania informacji o ryzyku związanym z leczeniem oraz wyczerpujących informacji w związku z chorobą, zapoznanie z Kartą Praw Pacjenta oraz ze sposobem składania wniosków i skarg.

Analiza rozkładu płci respondentów w poszczególnych grupach wykształcenia

Poniżej, w tabl. 5 przytaczamy wyniki analizy rozkładu płci w poszczególnych grupach wykształcenia, aby sprawdzić, czy ewentualna nierównomierność rozkładu tej zmiennej mogła zakłócić równomierność zależności między ocenami a wykształceniem.

Przedstawione wyniki wskazują, że w grupie pacjentów z wykształceniem zasadniczym przewaga mężczyzn była największa. Na znaczną przewagę mężczyzn w tej kategorii wykształcenia wskazują także dane z Rocznika Statystycznego (w 2002 r. wśród osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym w populacji miejskiej mężczyźni stanowili 26,9%, a kobiety 16,3%) [27].

Ta grupa badanych wyróżniała się spośród innych szczególnie wysoką częstością ocen pozytywnych.

Tablica 4. Ocena poszanowanie odrębności i godności pacjenta a płeć (test χ^2)

Przedmiot oceny	Płeć respondentów		Test χ^2 (p)
	kobiety n = 355	mężczyźni n = 453	
Oceny pozytywne	%		
Lekarze zwracają się do pacjenta w sposób właściwy	98,7	97,6	
Pielęgniarki zwracają się do pacjenta w sposób właściwy	97,8	99,0	
Lekarze są dostępni dla pacjenta po południu i w nocy	68,5	74,2	*
Pielęgniarki są dostępne dla pacjenta po południu i w nocy	96,4	96,0	
Podczas badań zachowana jest intymność	87,0	88,3	
Lekarz ma czas dla pacjenta	82,1	82,0	
Pielęgniarka ma czas dla pacjenta	90,6	93,0	
Sanitariusze zachowują się uprzejmie wobec pacjenta	98,7	97,6	
Pacjentowi udzielono wyczerpujących informacji o sposobach leczenia	85,5	85,7	
Pacjentowi udzielono informacji o ryzyku związanym z leczeniem	70,0	76,1	*
Pacjentowi udzielono wsparcia psychicznego	85,3	81,3	
Pacjent uzyskał wyczerpujące informacje w związku z chorobą	82,7	89,3	**
Pacjent uzyskał wystarczającą pomoc w załatwianiu spraw socjalnych, urzędowych	84,2	84,6	
Pacjenta zapoznano z Kartą Praw Pacjenta	41,6	53,4	***
Pacjenta zapoznano z obowiązującym regulaminem oddziału	65,6	68,7	
Pacjenta poinformowano o trybie składania wniosków i skarg	35,5	53,4	***

p(*) – istotne statystycznie przy $p < 0,05$; p(**) – istotne statystycznie przy $p < 0,01$; p(***) – istotne statystycznie przy $p < 0,001$

Tablica 5. Udział kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wykształcenia

Płeć	Wykształcenie respondentów (%)				ogółem n = 808
	wyższe n = 210	średnie n = 375	zasadnicze n = 121	podstawowe n = 102	
Kobiety	46,9	48,4	25,4	44,2	44
Mężczyźni	53,1	51,6	74,6	55,8	56

Podsumowanie wyników

- Poziom wykształcenia respondentów w sposób istotny statystycznie różnicuje większość ocen dotyczących poszanowania odrębności i godności pacjenta.
- W ankietowanej próbie najbardziej krytyczne w swoich ocenach są osoby bardziej wykształcone.
- Ocena warunków pobytu w oddziale, związana z czystością i estetyką, komfortem odpoczynku oraz przestrzeganiem standardów żywienia różni się w zależności od płci respondenta.
- Kobiety bardziej krytycznie niż mężczyźni oceniają żywienie szpitalne.
- Brak komfortu odpoczynku – hałas w nocy i hałas ze strony pacjentów częściej krytycznie oceniają mężczyźni niż kobiety.
- Kobiety częściej niż mężczyźni obciążają odpowiedzialnością za hałas personel.
- Istotne różnice zaobserwowano w wypowiedziach dotyczących nie ocen, ale faktów: mężczyźni częściej oceniają pozytywnie dostępność lekarza po południu i w nocy, uzyskanie informacji o ryzyku związanym z leczeniem i wyczerpujących informacji w związku z chorobą, zapoznanie z Kartą Praw Pacjenta oraz sposobem składania wniosków i skarg.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Wyniki uzyskane w przedstawionym artykule są odmienne od wyników Wiersmy [23], który stwierdził, że potrzeby pacjentów chorych psychicznie nie mają związku z płcią, wiekiem i wykształceniem. Różnica ta może wynikać z odmienności badanych populacji lub innego sposobu przeprowadzenia badań.

Większe wymagania pacjentów bardziej wykształconych mogą wiązać się ze wspomnianą we wstępie zmianą kulturową – większą świadomością swoich praw, przejściu z pozycji biernego odbiorcy oddziaływań leczniczych na pozycję konsumenta, użytkownika, który formułuje wobec tych oddziaływań (usług) własne żądania. Taką sytuację promuje zresztą model partnerskiego świadczenia usług medycznych, przyjaznego dla klienta, którego potrzeby stają się ważne na równi z chorobą [8, 28]. Wraz z poziomem wykształcenia wzrasta poziom oczekiwań dotyczących standardu życia, w tym również warunków hospitalizacji. Wyznaczony przez tę grupę pułap jakości powinien stanowić wzorzec dla placówek opieki medycznej. W naszych badaniach osoby bardziej wykształcone częściej decydują się na wypełnienie ankiety oraz wypełniają ją w sposób pozwalający na opracowanie.

Uzyskane przez nas wyniki dotyczące różnic w opiniach w zależności od płci respondentów są, być może, związane ze standardami polskimi, zgodnie z którymi kobiety mają większe wymagania dotyczące szeroko rozumianej higieny i estetyki otoczenia. Również bardziej surowa ocena jakości żywienia z ich strony, związana jest z większymi kompetencjami w tej dziedzinie. Można założyć, że mężczyźni są bardziej przygotowani do prowadzenia życia „skoszarowanego”, poza własnym domem, co prowadzi do obniżenia wymagań w zakresie higieny i żywienia lub generalnie nie są to dla nich sprawy istotne. Różnice w formułowanych przez obie płcie ocenach wynikają więc, być może, nie z samych potrzeb, ale z różnych oczekiwań odnośnie standardów ich zaspokojenia.

Od wielu lat, zgodnie z postulatami teoretyków i praktyków hospitalizacja psychiatryczna odbywa się w oddziałach koedukacyjnych. Uznano, że takie środowisko lepiej realizuje potrzeby psychologiczne i społeczne chorych [19, 29], spełnia wymóg „normalności” [25]. W literaturze przedmiotu publikowane są badania opinii pacjentów, które nie są jednoznaczne: 75% badanych woli oddziały koedukacyjne [21], większość hospitalizowanych jest za rozdzieleniem osób różnej płci [30], pacjentki opowiadają się za segregacją w oddziałach [20]. Ciekawe, że pracownicy opieki psychiatrycznej uważają, że należałoby wydzielić oddziały dla kobiet i mężczyzn, ale jednocześnie nie są przekonani o tym, że zmiana ta poprawi jakość życia pacjentów lub warunki pracy personelu [31]. W innych artykułach autorzy krytykują koedukację w oddziałach – jako źródło seksualnych nagabywań i napaści wobec pacjentek (nie spełniony wymóg bezpieczeństwa) [25] lub podkreślają brak intymności [17, 19] przy konieczności korzystania z koedukacyjnych łazienek oraz wspólnych dla kobiet i mężczyzn miejsc dziennego pobytu [18]. Trzeba tu jednak zauważyć, że cytowane wyżej prace dotyczą warunków hospitalizacji w społeczeństwach wielokulturowych – w obyczajowości określonych grup etnicznych lub wśród wyznawców niektórych religii, wspólne przebywanie przedstawicieli obu płci jest obwarowane specjalnymi zasadami. W badanej przez nas placówce problem ten był zauważalny przy hospitalizacji Romów ze względu na kodeks *mageripen* i sankcje związane ze skalaniem [32].

Naszym zdaniem, wyniki tej pracy, które wskazują, że kobiety są bardziej krytyczne w ocenach szeroko rozumianych warunków hospitalizacji, pośrednio przemawiają za koedukacją. Kobiety, jak widać, w każdej sytuacji życiowej, również w szpitalu, dążą do stworzenia warunków przyjaznych, jak najbardziej zbliżonych do domowych, wyznaczając tym samym wyższe standardy świadczonych usług. Podnoszenie jakości opieki należałoby więc prowadzić według kryteriów oceny kobiet, a skorzystają na tym również mężczyźni. Różnice opinii w zależności od płci respondentów, dotyczące osób hałasujących w oddziale, można próbować wyjaśnić w ten sposób, że kobiety w swoich ocenach bardziej skupiają się na personelu niż na współpacjentach. Wydaje się nam, że kobiety, w większym stopniu niż mężczyźni, są wobec personelu nastawione krytycznie, słusznie uważając, że powinien on eliminować wszystkie niekorzystne elementy hospitalizacji. Dla kobiet hałasujący personel jest wskaźnikiem funkcjonowania oddziału na zasadzie „my – oni”, a oczekiwałyby relacji partnerskich [33],

tak jak w rzeczywistości pozaszpitalnej. Mężczyźni są, być może, mniej pryncypialni w ocenie zachowań personelu.

Interesujące są znaczne różnice w opiniach na temat faktów – zapoznania z Kartą Praw Pacjenta, czy procedurą składania skarg. Być może, mężczyźni są bardziej niż kobiety zainteresowani tą tematyką i sami domagają się informowania o przysługujących im prawach.

WNIOSKI

1. Dla poprawy jakości usług medycznych wskazane jest uwzględnianie przede wszystkim ocen grup najbardziej krytycznych.
2. Kolejne badania oceny jakości świadczonych usług medycznych, dla prawidłowej interpretacji wyników, muszą uwzględniać skład grup respondentów pod względem zmiennych społecznych.
3. Ze względów metodologicznych (i praktycznych) konieczne jest stałe porównywanie jak kształtują się oceny w zależności od wykształcenia, prawdopodobne jest bowiem, że zjawisko nadreprezentacji osób lepiej wykształconych wśród respondentów może powtórzyć się również w innych badaniach.

PIŚMIENNICTWO

1. Tritter JQ, McCallum A. The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy* 2006; 76: 156–68.
2. Potter SJ, McKinlay JB. From a relationship to encounter: an examination of longitudinal and lateral dimensions in the doctor – patient relationship. *Soc Sci Med* 2005; 61: 465–79.
3. Wciórka J. Pacjent, klient czy użytkownik – kogo chcą „profesjonaliści”? *Psychiatria środowiskowa. Wizerunek i miejsce osoby psychicznie chorej. Materiały X Konferencji Szkoleniowo-Naukowej*. Tworki; 2001: 1–23.
4. Ramsey P. Pacjent jest osobą. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX; 1977.
5. Chamberlin J. The ex-patients' movement: where we've been and where we are going; 1990. www.peoplewho.org/reading-room/chamberlin.doc.
6. Kłosowska A. *Socjologia kultury*. Warszawa: PWN; 1983.
7. Berger P, Luckmann T. *Spółeczne tworzenie rzeczywistości*. Warszawa: PIW; 1983.
8. Amerykański Komitet Jakości Opieki Zdrowotnej (Committee on quality of health care in America). *Crossing the quality chasm: a new health system for 21st century*. Washington DC: Institute of Medicine; 2001.
9. Sęk H, Ściagała I, Pasikowski T, Beisert M, Bleja A. Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania. *Przeegl Psychol* 1992; 3: 351–63.
10. Wrona-Polańska H. *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem. Psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania zdrowia w zawodzie nauczyciela*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej w Krakowie; 2003.
11. Corrigan PW, Rowan D, Green A, Lundin R, River P, Uphoff-Wasowski K, White K, Kubiak MA. Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophr Bull* 2002; 28 (2): 293–309.
12. Corrigan PW, Watson AC. At issue: stop the stigma: call mental illness a brain disease. *Schizophr Bull* 2004; 30 (3): 477–9.
13. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness and social distance. *Am J Public Health* 1999; 89 (9): 1328–33.
14. Askenasy A. *Attitudes toward mental patients a study across cultures*. The Hague, Netherlands: Mouton & Co; 1974.
15. Wciórka B, Wciórka J. Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie. Komunikat z badań BS/118/2005. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej; 2005. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2005/K_118_05.PDF.
16. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res* 2003; 121: 31–49.
17. Batcup D. The problems of researching mixed sex wards. *J Adv Nurs* 1997; 25: 1018–24.
18. Craig K. Mind casts doubts on government claims of ending mixed-sex wards. *Community Care* 2004; 1539: 12.
19. Cutting P, Henderson C. Women's experiences of hospital admission. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002; 9: 705–12.
20. Leavey G, Papageorgiou A, Papadopoulos C. Patient and staff perspectives on single-sex accommodation. *J Health Management* 2006; 8 (1): 79–90.
21. Spiessl H, Frick U, von Kovatsits U, Klein HE. Getrennt oder gemischtgeschlechtliche Behandlung in der psychiatrischen Klinik was bevorzugen Patienten? (Segregated or mixed sex treatment in the psychiatric clinic what do patients prefer?). *Psychiatrische Praxis* 2003; 30 (supl 2): 151–3.
22. Bullard A. The critical impact of Franz Fanon and Henri Collobomb: race, gender and personality testing of north and West Africans. *J Hist Behav Sci* 2005; 41 (3): 225–48.
23. Wiersma D. Needs of people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113 (supl 429): 115–9.
24. Quirk A, Lelliott P, Seale C. Service users' strategies for managing risk in the volatile environment of an acute psychiatric ward. *Soc Sci Med* 2004; 59: 2573–83.
25. Krumm S, Kilian R, Becker T. Attitudes towards patient gender among psychiatric hospital staff: Results of a case study with focus groups. *Soc Sci Med* 2006; 62: 1528–40.
26. Raduj J, Indulska A, Anczewska M, Lechowicz W, Pałyska M, Prot K. Jakość usług medycznych w opinii pacjentów wybranego oddziału psychiatrycznych. *Post Psychiatr Neurol* 2005; 14 (4): 293–9.
27. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2006: 199.
28. Blenkinsop P, Hammill CA. What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? *Postgrad Med J* 2003; 79 (932): 337–40.
29. Dżiduszko T. Zadania szpitali psychiatrycznych w programie poprawy jakości psychiatrycznej opieki zdrowotnej. *Biul Instytutu Psychoneurologicznego* 1977; 4 (27): 1–14.
30. Hingley SM, Goodwin AM. Living with the opposite sex: the views of long-stay psychiatric patients. *Br J Clin Psychology* 1994; 33: 183–92.
31. Cole M, Baldwin D, Thomas P. Sex and segregation: staff attitudes explored. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2003; 7: 243–7.
32. Isztok M. Kobiety Romów. *Jednota* 2006; 5–6. www.jednota.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=483Itemid=45.
33. Davis GY. Fundamental reforms: disempowerment and access to evidence-based treatment. *Ment Health Rev* 2006; 11 (2): 2–6.