

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
Wydział Lekarski

Grzegorz Margas

Ocena jakości opieki medycznej świadczonej przez lekarzy rodzinnych

Praca na stopień doktora nauk medycznych

Promotor pracy: Dr hab. n. med. Rafał Niżankowski

Bibl. Medyczna CM UJ



1816041455

Kraków 2003

Podziękowania

Moim Nauczycielom:

Panu doktorowi hab. med. Rafałowi Niżankowskiemu

Panu doktorowi med. Adamowi Windakowi

za inspirację, wsparcie i cenne rady w trakcie pisania pracy.

Rodzinie za wyrozumiałość

SPIS TREŚCI

1. WSTĘP	5
2. CELE BADANIA.....	10
3. MATERIAŁ I METODA	11
3.1 Populacja	11
3.1.1 Wybór populacji do badania	11
3.1.2 Wielkość próby	12
3.1.3 Losowanie przychodni.....	13
3.1.4 Losowanie pacjentów	14
3.1.5 Źródło danych adresowych pacjentów.....	15
3.1.6 Weryfikacja listy wysyłkowej.....	15
3.2 Kwestionariusz.....	17
3.2.1 Wybór i adaptacja narzędzia pomiarowego	17
3.2.2 Konstrukcja skal pomiarowych.....	19
3.2.3 Obliczanie wartości skal pomiarowych	20
3.2.4 Braki danych	21
3.2.5 Ocena narzędzia pomiarowego	22
3.3 Sposób przeprowadzenia badania	24
3.4 Opracowanie danych	26
3.4.1 Wprowadzanie danych do komputerowej bazy danych	26
3.4.2 Analiza statystyczna	26
4. WYNIKI	28
4.1 Reakcja respondentów na ankietę.....	28
4.2 Zwrotność	29
4.2.1 Respondenci i nie-respondenci.....	34
4.2.2 Koszty badania	35
4.3 Trafność i rzetelność badania.....	37
4.3.1 Akceptowalność kwestionariusza i wiarygodność danych.....	37
4.3.2 Rzetelność	38
4.3.2 Trafność.....	39
4.4 Dane demograficzne badanej populacji.....	42
4.5 Ocena jakości opieki	46
4.5.1 Ocena ogólnej satysfakcji pacjenta z opieki sprawowanej przez lekarza	46
4.5.2 Ocena poszczególnych aspektów opieki.....	47
4.5.3 Łączna ocena opieki	51
5. DYSKUSJA.....	52
6. WNIOSKI	69
7. STRESZCZENIE	70
8. PIŚMIENNICTWO	72

9. ZAŁĄCZNIKI.....	81
Załącznik 1 Kwestionariusz Oceny Podstawowej Opieki Zdrowotnej	82
Załącznik 2 Skale pomiarowe oraz tworzące je pytania w kwestionariuszu	102
Załącznik 3 Wyjściowe i ostateczne wartości dla poszczególnych pozycji kwestionariusza ..	104
Załącznik 4 Statystyki opisowe i cechy rozkładu wyników skal w badanej populacji	106
Załącznik 5 Macierz korelacji skal	107
Załącznik 6 Statystyki opisowe	108
Załącznik 7 Wyniki testu ANOVA	110
Załącznik 8 Wyniki testu post-hoc – Test Tamhane porównań wielokrotnych	112
Załącznik 9 Porównania w podgrupach demograficznych.....	114

1. WSTĘP

“The ultimate goal is to manage quality. But you cannot manage it until you have a way to measure it, and you cannot measure it until you are able to monitor it.”

Florence Nightingale

Celem reformy systemu opieki zdrowotnej winna być poprawa jakości i dostępu do opieki oraz zwiększenie ekonomicznej efektywności zarówno w skali makro-, jak i mikroekonomicznej¹. W Polsce coraz częściej podstawowa opieka zdrowotna (POZ) sprawowana jest przez lekarzy rodzinnych. Obejmują oni kompleksową opieką pacjenta oraz jego rodzinę, niezależnie od wieku, płci oraz rodzaju schorzenia czy problemu, z powodu którego poszukuje on pomocy medycznej^{2,3,4}. Znaczenie lekarzy rodzinnych jest doceniane nie tylko w krajach europejskich, o tradycyjnie silnej pozycji lekarzy rodzinnych, lecz także w Stanach Zjednoczonych, gdzie w systemie opieki zdrowotnej dominuje opieka specjalistyczna⁵.

Zachodzące obecnie przemiany w organizacji opieki zdrowotnej przynoszą krańcowo odmienne postawy i opinie. Z jednej strony entuzjaści i pionierzy przemian są gotowi do przystosowania się do zmieniających się warunków. Mieli oni możliwość obserwowania funkcjonowania praktyk lekarzy rodzinnych w krajach Europy Zachodniej i wzorując się na nich starają się zorganizować swoje miejsce pracy w kraju. Z drugiej strony przywiązanie do starych, znanych struktur i lęk przed nieznanym powodują, że w wielu przypadkach zmiany mają charakter kosmetyczny i polegają przede wszystkim na przemianowaniu zakładu opieki zdrowotnej z „publicznego” na „niepubliczny”. Jakość opieki świadczonej w nowo powstających przychodniach jest nieznaną. Likwidacja publicznych zakładów opieki zdrowotnej, na miejsce których powstają indywidualne i grupowe praktyki lekarzy rodzinnych, może skutkować na przykład przerwaniem ciągłości opieki⁶.

W starym systemie wpływ etatowego lekarza poradni rejonowej na organizację świadczeń był niewielki. Tymczasem większość problemów, przed

jakimi staje dzisiaj lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, związana jest z organizacją udzielania świadczeń bądź optymalizacją lekarskich decyzji w określonej sytuacji klinicznej. Lekarz rodzinny, pracujący samodzielnie lub z kolegami we własnej praktyce w oparciu o kontrakt z płatnikiem, musi samodzielnie zorganizować i koordynować funkcjonowanie swojej praktyki. Ceną za to jest znaczne obciążenie dodatkową pracą administracyjną. Procesowi wdrażania instytucji lekarza rodzinnego do podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce powinny towarzyszyć badania jakości opieki medycznej. Nie ma dostatecznych danych, które pozwoliłyby stwierdzić, czy zachodzące zmiany organizacyjne przyczyniają się do poprawy jakości opieki nad pacjentem. Dotychczas w Polsce nie przeprowadzano badań, które porównywałyby w tym zakresie jednostki starego i nowego systemu.

Według klasycznego podziału Donabediana ocena jakości opieki zdrowotnej może dotyczyć trzech aspektów: struktury, procesu i wyniku^{7,8}. Strukturę stanowią zasoby ludzkie i materialne, a więc personel, lokale i wyposażenie zakładów opieki zdrowotnej. Do elementów tych należą więc m.in.: liczba osób personelu zatrudniona w danym zakładzie, ich wykształcenie, specjalizacja i staż pracy, położenie przychodni i jej wyposażenie, godziny przyjmowania pacjentów, łatwość rejestracji, dostęp do lekarza, koordynacja opieki. Proces odnosi się do wszystkich rodzajów działań wykonywanych na danym poziomie opieki, a więc związanych z diagnozowaniem i leczeniem pacjentów. Obejmuje on takie elementy jak czynności lekarza i pielęgniarki, rejestrowanie pacjentów, prowadzenie działań edukacyjnych i profilaktycznych. Wynikiem opieki jest natomiast zmiana stanu zdrowia jednostki lub populacji oraz poziom satysfakcji ze sprawowanej opieki. Przedmiotem badań jakości opieki mogą być wszystkie trzy wyróżnione przez Donabediana podstawowe wymiary opieki⁹.

Istnieje wiele metod służących do oceny jakości opieki^{10,11}. Do najczęściej stosowanych należą: metody z wykorzystaniem „symulowanych”, standaryzowanych pacjentów^{12,13}, bezpośrednie obserwacje lub z nagraniem przebiegu konsultacji na taśmę audio lub video¹⁴, pośrednia ocena na podstawie zapisów w dokumentacji medycznej^{15,16}, analiza ilości skierowań do

specjalistów i przyjęć do szpitala¹⁷ lub częstości korzystania z opieki całodobowej¹⁸, ocena zmiany stanu zdrowia¹⁹, ocena rówieśniczo-koleżeńska dokonywana przez innych lekarzy²⁰. Ocena jakości może także być dokonywana przez pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych²¹. Do kryteriów branych pod uwagę w procesie poprawy jakości opieki zdrowotnej należy zakres, w jakim zaspokaja ona subiektywne i obiektywne potrzeby pacjentów. To do pacjenta należy ostateczna odpowiedź na pytanie, czy udzielone świadczenia spełniły jego oczekiwania, pomogły poprawić stan zdrowia albo jakość życia. Z tego punktu widzenia ważny jest nie tylko wynik opieki w znaczeniu ściśle medycznym, lecz także sposób jej udzielenia: dostępność placówki medycznej, jej organizacja, dostępność lekarza, jego wykształcenie i specjalizacja oraz sposób pracy z pacjentami²². Lekarze są specyficzną i bardzo cenną częścią zasobów systemu opieki zdrowotnej: jakość kadr lekarskich przesądza o właściwej realizacji funkcji systemu¹. Wśród lekarzy rośnie świadomość, że pacjenci mogą i powinni odgrywać większą rolę w procesie poprawy jakości opieki zdrowotnej. Pacjenci posiadają ważne doświadczenia wyniesione z wcześniejszych kontaktów z placówkami systemu opieki zdrowotnej, które nie są znane świadczeniodawcom. Oczekiwania, życzenia i priorytety pacjentów bardzo często są odmienne od wyobrażeń świadczeniodawców. Ponadto pacjenci mają duży wpływ na ostateczny rezultat opieki²³. Od ich zachowań i podatności na zalecenia (*compliance*) zależy, czy zostanie osiągnięty oczekiwany optymalny wynik leczenia²⁴.

Pacjenci są dobrym źródłem informacji o jakości opieki - mogą dostarczyć danych pozwalających na ocenę dostępności opieki i przebiegu konsultacji lekarskiej^{24,25}. Pacjenci jako korzystający z opieki, mając prawo do wyrażania własnego zdania o systemie, powinni mieć też realny wpływ na jego kształt²⁶. Satysfakcja pacjenta jest jednym z celów opieki i powinna być stosowana jako miara wyniku końcowego. Pomiar satysfakcji stanowi pozytywne podejście do oceny jakości opieki, w przeciwieństwie do negatywnych wskaźników, takich jak chorobowość i umieralność²⁷. Pomiar jakości oparte na doświadczeniach pacjentów, w porównaniu z innymi metodami, posiadają także konkretne, wymierne zalety. Pomiar ten może zostać wykonany natychmiast po świadczonej usłudze, jest stosunkowo tani,

nie zależy od jakości dokumentacji medycznej oraz jest o wiele czulszym parametrem niż takie wskaźniki jak zachorowalność, częstość występowania powikłań czy umieralność²⁸.

Wielu lekarzy obawia się przeprowadzania badań satysfakcji pacjentów, przede wszystkim z powodu spodziewanej negatywnej oceny ich pracy. Dotychczasowe badania wskazują jednak, że obawy te są nieuzasadnione. Lekarze wyrażają z reguły bardziej krytyczne opinie niż pacjenci^{29,30}. Ponadto, o ile w badaniach opinii publicznej sytuacja w całym systemie opieki zdrowotnej oceniana jest negatywnie, o tyle ocena samego personelu placówek opieki zdrowotnej jest o wiele bardziej korzystna^{31,32}. Zastrzeżenia co do powierzchowności oceny dokonywanej przez pacjentów w badaniach ankietowych można rozwiązać przez zastosowanie odpowiednio obszernych kwestionariuszy, które pozwolą pacjentom wypowiedzieć się na różne tematy w wystarczającym stopniu.

Badania dotyczące jakości opieki zdrowotnej mają na świecie długą tradycję^{8,33,34,35}. Począwszy od lat siedemdziesiątych XX wieku badania nad satysfakcją pacjentów wykorzystywane są do oceny działania przychodni i praktyk lekarskich. Badania opinii pacjentów w Wielkiej Brytanii stanowią część globalnej oceny systemu opieki zdrowotnej³⁶. Ocenie tej podlegają takie elementy opieki jak: trudności w dostępie do lekarza, czas oczekiwania na wizytę, czas oczekiwania w przychodni, preferencje pacjentów dotyczące lekarzy, komunikacja lekarza z pacjentem, ocena wiedzy i umiejętności lekarza, skargi dotyczące lekarzy oraz opieka całodobowa. Z dostępnych danych wiadomo na przykład, że satysfakcja pacjentów rośnie wraz ilością przyjmowanych dziennie przez lekarza pacjentów, liczbą wykonywanych przez lekarza badań dodatkowych i wydawanych skierowań na konsultacje specjalistyczne, natomiast maleje wraz z rosnącą liczbą przepisywanych leków i większym doświadczeniem lekarza wyrażonym w latach pracy³⁷.

Istnieje wiele narzędzi służących do oceny jakości opieki z punktu widzenia pacjenta^{38,39}. Mogą one dotyczyć pojedynczych aspektów opieki, jak na przykład satysfakcji pacjenta z odbytej konsultacji^{40,41,42} lub oceny końcowych wyników

opieki⁴³. Istnieją kwestionariusze dostosowane do określonych populacji pacjentów, jak na przykład dla osób w starszym wieku⁴⁴, pacjentów z wieloma problemami zdrowotnymi⁴⁵ lub pacjentów korzystających z pewnej grupy świadczeń (np. opieka całodobowa)⁴⁶. Opracowano także wiele różnych narzędzi służących do globalnej oceny podstawowej opieki zdrowotnej^{47,48,49}. Kwestionariusze stworzone w Stanach Zjednoczonych są często adaptowane i wykorzystywane w innych krajach^{49,50}, w tym także w Polsce⁵¹. Zaletą tego podejścia jest możliwość przeprowadzenia międzynarodowych porównań.

W ostatnich latach, wraz ze zmianami w systemach opieki zdrowotnej i przywróceniem instytucji lekarza rodzinnego, badania nad jakością opieki zaczęto prowadzić na szerszą skalę także w krajach Europy Środkowo-Wschodniej^{52,53,54,55}. Podobne badania podejmowane są także w Polsce. W latach 1997-98 przeprowadzone zostało w Krakowie badanie jakości opieki w przychodniach rejonowych, które wchodziły wówczas w skład samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej⁵⁶. Ponieważ nie dysponowano wtedy bazami danych zawierającymi dane adresowe podopiecznych przychodni, badanie to zostało przeprowadzone przez ankierów w poszczególnych przychodniach. Celem tego i innych podobnych badań było dostarczenie świadczeniodawcom informacji zwrotnej na temat satysfakcji pacjentów ze sprawowanej opieki^{57,58,59}. W niedawno opublikowanym badaniu testowano użyteczność kwestionariusza zaadaptowanego z Wielkiej Brytanii⁵¹, służącego do oceny satysfakcji pacjenta po przeprowadzonej konsultacji. Pomimo podnoszonych głosów^{60,61}, dotychczas nie przeprowadzano w naszym kraju badania, które dokonałoby globalnej oceny różnych aspektów opieki w jednostkach starego i nowego typu.

2. CELE BADANIA

Celem badania było uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jak postrzegana jest przez pacjentów jakość podstawowej opieki zdrowotnej w czasie przeprowadzanych reform systemu opieki zdrowotnej?
2. Jak dalece zróżnicowana jest jakość opieki medycznej świadczonej przez poszczególnych lekarzy i jednostki organizacyjne podstawowej opieki zdrowotnej?
3. Czy wielkość przychodni i specjalizacja pracujących w nich lekarzy mają wpływ na jakość podstawowej opieki zdrowotnej?
4. Czy w badaniach ankietowych oceny jakości opieki zdrowotnej w Polsce można stosować kwestionariusze opracowane w innych krajach?

Hipoteza badawcza:

Jakość opieki zdrowotnej świadczonej przez lekarzy rodzinnych pracujących w samodzielnych praktykach jest w ocenie pacjentów lepsza od jakości opieki świadczonej przez lekarzy pracujących w dawnych przychodniach rejonowych, nie posiadających specjalizacji z medycyny rodzinnej.

3. MATERIAŁ I METODA

3.1 Populacja

3.1.1 Wybór populacji do badania

Populację badaną stanowili pacjenci w wieku 18 lub więcej lat, korzystający z różnych form podstawowej opieki zdrowotnej w Krakowie w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Warunkami włączenia do badania były: ukończone 18 lat, przynależność do Małopolskiej Regionalnej Kasy Chorych oraz wypełnienie i złożenie deklaracji wyboru lekarza pierwszego kontaktu w zakładach opieki zdrowotnej i w praktykach lekarzy rodzinnych w Krakowie. Z badania wyłączono osoby o znanej a priori sytuacji dużego zagrożenia subiektywnością oceny, do których należeli lekarze pracujący w danej przychodni oraz członkowie ich rodzin.

Z uwagi na przewidywane trudności z udostępnieniem danych osobowych przez poszczególnych świadczeniodawców oraz możliwością ich wpływu na skład badanej populacji (np. przekazanie niekompletnej, wstępnie wyselekcjonowanej listy pacjentów), postanowiono zwrócić się z prośbą o udostępnienie danych osobowych do jednej, niezależnej od świadczeniodawców instytucji. Zobowiązanie świadczeniodawców w ramach kontraktu do składania comiesięcznych, imiennych raportów z aktualną listą podopiecznych stworzyło sytuację, w której źródłem tego typu informacji mogła być Kasa Chorych. Lista pacjentów będąca w dyspozycji ubezpieczyciela jest aktualna i stale weryfikowana. Lista ta ponadto zawiera informacje o wybranym przez pacjenta lekarzu pierwszego kontaktu, co dało wyjątkową możliwość przeprowadzenia badania.

3.1.2 Wielkość próby

Wielkość próby została obliczona w następujący sposób:

Po pierwsze, oszacowana została wymagana liczba pacjentów z jednej przychodni na podstawie następującego wzoru⁶²:

$$n = \frac{Z^2 \times S^2}{d^2}$$

gdzie:

n – wielkość próby;

Z – statystyka z dla pożądanego poziomu ufności;

S – odchylenie standardowe w populacji;

d – połowa szerokości pożądanego przedziału.

Dla bieżącego badania przyjęto 95% poziom ufności, gdzie $Z = 1,96$, oraz odchylenie standardowe $S = 25$ ⁴⁸. Założono, że istotne, dostrzegalne dla pacjenta i mające praktyczne znaczenie różnice w wynikach uzyskanych w poszczególnych skalach powinny przekraczać 5 punktów. Różnica mniejsza jest nieistotna z punktu widzenia pacjenta i może być pominięta. Pożądany przedział wynosił więc 10 (± 5 punktów), stąd $d = 5$. Po podstawieniu do wzoru otrzymano:

$$n = \frac{1,96^2 \times 25^2}{5^2} = \frac{3,84 \times 625}{25} = \frac{2400}{25} = 96 \approx 100$$

Następnie, zakładając spodziewaną zwrotność na minimalnym akceptowalnym poziomie 55%, obliczono całkowitą wielkość próby z jednej przychodni:

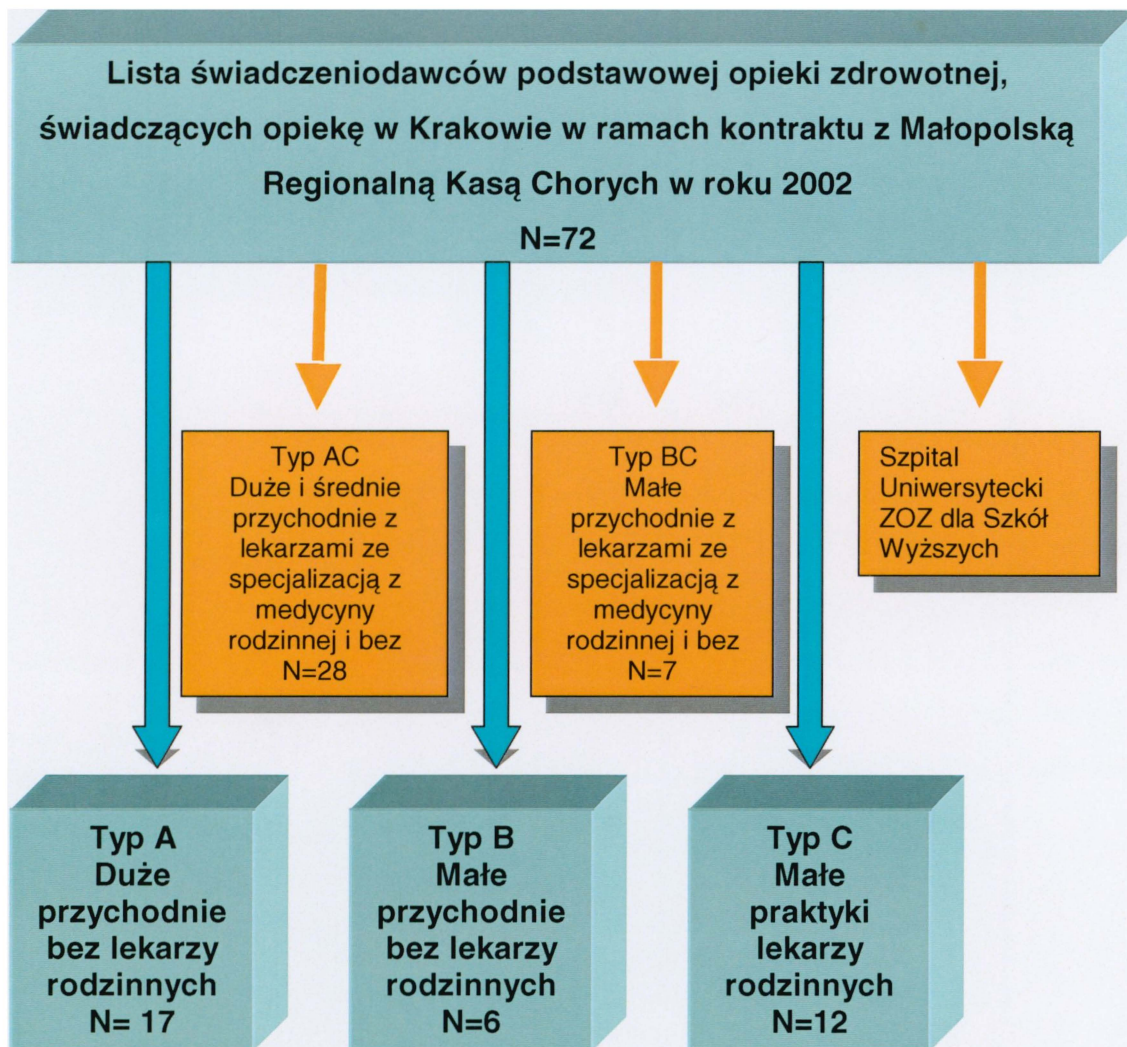
$$N = \frac{100}{55\%} = 180$$

3.1.3 Losowanie przychodni

W procesie doboru próby do badania posłużono się metodą losowania wielostopniowego, składającego się z losowania grupowego (*cluster sampling*) i nieograniczonego losowania indywidualnego^{63,64,65}. W pierwszym etapie, na podstawie listy wszystkich świadczeniodawców świadczących usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w Krakowie zdefiniowano typy przychodni i praktyk lekarzy rodzinnych^{66,67}. Dla celów bieżącego badania wyróżniono:

1. Duże niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (powyżej 5 lekarzy), w których nie pracują lekarze ze specjalizacją z medycyny rodzinnej;
2. Małe, niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (1-2 lekarzy internistów), w których nie pracują lekarze ze specjalizacją z medycyny rodzinnej;
3. Małe indywidualne praktyki i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, w których pracuje 1-2 lekarzy rodzinnych.

W celu zachowania jednorodności danych z badania wyłączone zostały jednostki, w których pracowali zarówno lekarze ze specjalizacją z medycyny rodzinnej, jak i bez tej specjalizacji. Ponadto, ze względu na specyfikę populacji, z badania wykluczono ZOZ dla Szkół Wyższych oraz POZ Szpitala Uniwersyteckiego. Populację pierwszego z nich stanowią głównie studenci zamiejscowi i pracownicy krakowskich szkół wyższych. W drugim przypadku populację objętą opieką tworzą przede wszystkim pracownicy Szpitala Uniwersyteckiego i członkowie ich rodzin. Informacje o specjalizacji lekarzy pracujących w poszczególnych jednostkach uzyskano w Regionalnym Ośrodku Kształcenia Lekarzy Rodzinnych w Krakowie. Schemat podziału świadczeniodawców przedstawiono na ryc. 1. Po ustaleniu operatu losowania, przy użyciu odpowiedniej funkcji dostępnej w programie statystycznym SPSS wylosowano po cztery przychodnie z każdego z trzech typów jednostek podstawowej opieki zdrowotnej⁶⁴. Jest to minimalna wielkość klasteru wymagana w badaniach porównawczych.



Ryc. 1. Podział świadczeniodawców

3.1.4 Losowanie pacjentów

Kasa Chorych otrzymała ustaloną wcześniej drogą losowania listę 12 przychodni i prośbę o wylosowanie po 180 osób spośród pacjentów zadeklarowanych w każdej z nich. Łącznie wylosowanych zostało 2160 nazwisk. Powstała w ten sposób baza danych stanowiąca podstawę listy adresowej. Zawierała ona następujące dane:

- imię i nazwisko,
- data urodzenia,
- adres (miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania),
- przynależność do świadczeniodawcy,
- nazwisko lekarza pierwszego kontaktu.

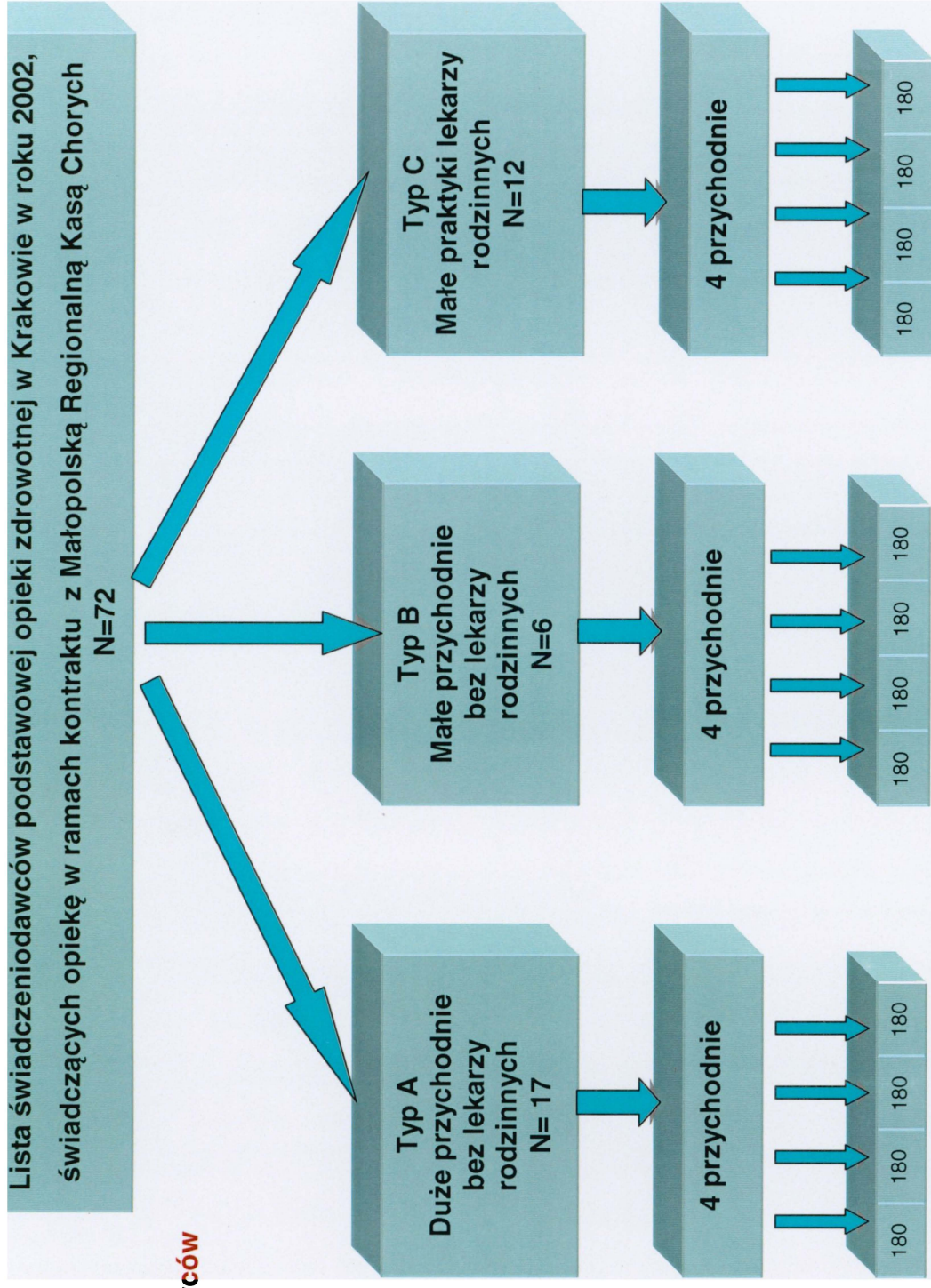
Przekazana przez Kasę Chorych baza nie zawierała kodów pocztowych, które uzupełniono na podstawie „Spisu Poczтовых Numerów Adresowych”⁶⁸. Kody ulic nie objętych spisem uzyskano w Rejonowym Urzędzie Pocztownym Kraków-Śródmieście.

3.1.5 Źródło danych adresowych pacjentów

Artykuł 25 i 26 Ustawy z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych przewiduje możliwość udostępnienia danych adresowych bez zgody osób, których te dane dotyczą dla celów badań naukowych⁶⁹. O adresy niezbędne do przeprowadzenia tego badania zwrócono się do Małopolskiej Regionalnej Kasy Chorych w Krakowie, powołując się na przepisy wspomnianej ustawy. Początkowo Kasa Chorych odmówiła udostępnienia danych osobowych. Dopiero pozytywna opinia Generalnego Inspektora Danych Osobowych zmieniła stosunek Kasy Chorych, która zgodziła się przeprowadzić losowanie grupy respondentów i udostępnić ich adresy.

3.1.6 Weryfikacja listy wysyłkowej

Małopolska Regionalna Kasa Chorych podpisująca od trzech lat kontrakty w podstawowej opiece zdrowotnej prowadziła stałą weryfikację danych zawartych w podawanych przez świadczeniodawców listach zadeklarowanych pacjentów. Przyjęto więc, że otrzymane dane adresowe będą aktualne i kompletne. W badaniu posłużono się listą pacjentów aktualną na dzień 30 kwietnia 2002 r. Z otrzymanej listy adresowej trzeba było usunąć siedem nazwisk z powodu braku możliwości dotarcia do adresata: w trzech przypadkach z powodu niepełnego adresu, w czterech przypadkach z powodu adresu poza granicami Polski. Ponadto z listy adresowej usunięto osiem osób z powodu znanej a priori sytuacji dużego zagrożenia subiektywnością oceny (lekarze pracujący w danej jednostce lub członkowie ich rodzin). Kryterium wiekowego włączenia do badania nie spełniało 18 osób. Ostateczna lista wysyłkowa zawierała 2127 nazwisk.



1. Podział świadczeniodawców

2. Losowanie przychodni

3. Losowanie pacjentów

Ryc. 2. Schemat losowania

3.2 Kwestionariusz

3.2.1 Wybór i adaptacja narzędzia pomiarowego

Badanie zostało przeprowadzone metodą ankiety pocztowej. Do oceny jakości opieki medycznej zastosowano kwestionariusz "Primary Care Assessment Survey" (PCAS)⁴⁷. Został on opracowany w 1998 roku w Stanach Zjednoczonych w Health Institute, New England Medical Center w Bostonie i służy do kompleksowej i wszechstronnej oceny poszczególnych wymiarów podstawowej opieki zdrowotnej^{3,4}. Narzędzie to cechuje się doskonałymi właściwościami pomiarowymi, bardzo dobrą trafnością i rzetelnością. Z powodu wymienionych zalet kwestionariusz ten od kilku lat jest stosowany także w Wielkiej Brytanii, z pewnymi zmianami wynikającymi z różnic w organizacji opieki zdrowotnej w obydwóch krajach⁴⁹.

Kwestionariusz został przetłumaczony z języka angielskiego na polski niezależnie przez dwóch tłumaczy (lekarzy rodzinnych z bardzo dobrą znajomością języka angielskiego), a następnie obie wersje tłumaczenia zostały z sobą porównane i uzgodniono rozbieżności. Uzyskany w ten sposób tekst polskiego tłumaczenia został skonsultowany z socjologiem. Powstały tekst kwestionariusza został zaprezentowany na spotkaniu grupy fokusowej, do której zaproszono 12 pacjentów korzystających często z opieki medycznej lekarzy rodzinnych w jednej z praktyk położonej w centrum Krakowa⁷⁰. Do udziału w spotkaniu wybrano osoby w starszym wieku, mogące mieć potencjalnie najwięcej trudności z wypełnieniem kwestionariusza. Celem spotkania było zbadanie zrozumienia pytań przez respondentów oraz ich odniesienia do polskiej specyfiki. Po uwzględnieniu uwag zgłoszonych w trakcie spotkania opracowano ostateczną wersję – „Kwestionariusz Oceny Podstawowej Opieki Zdrowotnej” (*Załącznik 1*). Uzyskano zgodę autorów na wykorzystanie kwestionariusza i wykonanie polskiego tłumaczenia dla potrzeb naszego badania.

Z powodu różnic w systemach opieki zdrowotnej i kulturowych w kwestionariuszu dokonano pewnych modyfikacji w stosunku do wersji

amerykańskiej. Pytanie *“How long have you been registred with your doctor?”* zostało zastąpione następującym: *“Od jak dawna leczy się Pan(i) u tego lekarza?”*. Formalne listy pacjentów istnieją w Polsce od 1999 roku, natomiast wielu pacjentów leczyło się u swoich aktualnych lekarzy jeszcze przed ich wprowadzeniem. Ponadto, podobnie jak brytyjskiej wersji narzędzia, zamiast pytań dotyczących oceny innych lekarzy pracujących w przychodni, zamieszczono pięć pytań dotyczących opieki pielęgniarskiej⁴⁹.

Kwestionariusz składał się z trzech części. W pierwszej znalazło się 31 pytań tworzących właściwe narzędzie pomiarowe (*Załącznik 2*). W drugiej części kwestionariusza zawarte zostały pytania dotyczące podstawowych danych demograficznych respondenta (wieku, stanu cywilnego, liczby członków rodziny, przeciętnego miesięcznego dochodu, wykształcenia) i stylu życia (używkki, uprawianie aktywności fizycznej). W części trzeciej zamieszczono pytania dotyczące profilu stanu zdrowia (SF-12)⁷¹ i zmiany stanu zdrowia w ciągu ostatnich czterech lat. Ponadto zamieszczono listę 6 chorób przewlekłych oraz 14 typowych dolegliwości z pytaniem o ich występowanie⁷². Umieszczenie wspomnianych pytań miało na celu zbadanie wpływu dodatkowych czynników na uzyskane odpowiedzi respondentów.

W procesie przygotowywania ostatecznej wersji kwestionariusza zwrócono uwagę na następujące elementy:

- Czytelność i łatwość wypełnienia kwestionariusza,
- Przygotowanie kwestionariusza w formie broszury,
- Forma graficzna,
- Tematyczne ułożenie i pogrupowanie pytań,
- Umieszczenie pytań dotyczących respondenta na końcu ankiety.

Czynniki te mają pozytywny wpływ na zwrotność w badaniach ankietowych i ujęte są w zasadach tworzących TDM (*Total Design Method*)^{73,74}.

3.2.2 Konstrukcja skal pomiarowych

W przeprowadzonym badaniu posłużono się metodą Likerta konstruowania skali postaw⁷⁵. Polega ona zadawaniu respondentowi szeregu pytań dotyczących jednego zagadnienia. Dla każdego z pytań (pozycji skali) respondent wybiera jedną z kilku możliwych odpowiedzi, którym przyporządkowane są wartości punktowe.

Przykład:

Jak oceniłby Pan(i) możliwość dodzwonienia się do przychodni?

bardzo źle	–	1,
źle	–	2,
zadowolająco	–	3,
dobrze	–	4,
bardzo dobrze	–	5,
wyśmienicie	–	6.

Następnie odpowiedzi na wszystkie pytania z danego zagadnienia są sumowane, tworząc jedną skalę. W celu uzyskania jednolitego kierunku wartości we wszystkich pozycjach (to znaczy wyższa wartość liczbową odpowiada bardziej korzystnemu wynikowi), niektóre pytania (**13a**, **14a** „Ciągłość opieki w oparciu o kolejne wizyty”, **25** „Wiedza o pacjencie” oraz **22a**, **22c**, **22e** i **22f** „Zaufanie”) wymagały rekodowania (*Załącznik 3*). Konstrukcja skal pomiarowych metodą Likerta zakłada ponadto, że każda pozycja skali wnosi taką samą wartość do całkowitej wariancji wyniku danej skali. Oznacza to, że wszystkie pytania tworzące jedną skalę powinny mieć takie same wariancje i ten sam zakres możliwych do udzielenia odpowiedzi. Z tego powodu niektóre pytania także wymagały rekodowania. Pytanie **23**, w którym zakres możliwych odpowiedzi wynosił od 1 do 10, zostało przekodowane do wartości 1-5, tak aby zrównać go z pozostałymi siedmioma pytaniami tworzącymi skalę „Zaufanie”. Podobnie pytanie **25** („Wiedza o pacjencie”) wymagało rekodowania zakresu z 1-5 na zakres 1-6. W przypadku pytań **20a**, **20b**, **20c**, **20d**, **20e**, **20f** („Porady stylu życia”) odpowiedzi zostały zakodowane następująco: na pytanie czy lekarz udzielił danej porady dla odpowiedzi „Tak, w ciągu ostatnich 3 lat”

nadano wartość 100, dla odpowiedzi „Nie” nadano wartość 0. Dla odpowiedzi pośrednich „Tak, ponad 3 lata temu” oraz „Tak, nie pamiętam kiedy” nadano wartości odpowiednio 66 i 33.

3.2.3 Obliczanie wartości skal pomiarowych

Każda ze skal została obliczona w taki sposób, aby mogła osiągnąć wartość w zakresie od 0 do 100. Uzyskany w ten sposób wynik jest interpretowany jako procent maksymalnego możliwego wyniku dla danej skali. Przy obliczaniu wartości skal posłużono się następującym wzorem:

$$\text{Wynik skali} = \frac{(\text{suma skali} - \text{minimalna wartość skali})}{\text{możliwy zakres skali}} \times 100$$

Zakres skali oznacza różnicę między maksymalną i minimalną możliwą wartością skali.

Obliczanie wartości skali na przykładzie skali „dostępność finansowa”, (zakres możliwych odpowiedzi wynosi od 1 do 6):

Respondent udzielił następujących odpowiedzi na pytania:

- 1) Jak oceniłby Pan ilość pieniędzy, jaką wydaje Pan na wizyty u lekarzy? Zadowolająco (3)
- 2) Jak oceniłby Pan ilość pieniędzy, jaką wydaje Pan na leki? Źle (2)

$$\text{Wynik skali} = \frac{(3+2) - 2}{(6+6) - 2} \times 100 = \frac{3}{10} \times 100 = 30$$

3.2.4 Braki danych

Zgodnie z założeniami metodą Likerta, w przypadku, gdy respondent nie udzielił odpowiedzi na wszystkie pytania z danej skali, można obliczyć wartość skali posługując się odpowiedziami na te pytania, na które odpowiedzi zostały podane. Jeśli respondent udzielił odpowiedzi na co najmniej 50% pytań z danej skali, wartość skali została obliczona w następujący sposób: dla pytań, na które respondent nie odpowiedział, w miejsce braku danych została podstawiona wartość będąca średnią wartością odpowiedzi na pozostałe pytania tworzące daną skalę. W przypadku, gdy respondent udzielił odpowiedzi na mniej niż 50% pytań z danej skali, wówczas skala nie była obliczana i traktowano ją jako brak danych.

Przykład: W pytaniu 16 (*Myśląc o rozmowie z Pana(i) lekarzem, jak oceniliby Pan(i) następujące elementy*), tworzącym skalę **Komunikacja z pacjentem**, respondent udzielił następujących odpowiedzi:

	Odpowiedź respondenta	Liczba punktów
a. Dokładność zadawanych przez lekarza pytań na temat objawów i tego co Pan(i) czuje	Zadowolająco	3
b. Uwaga , z jaką lekarz słucha tego co chce Pan(i) powiedzieć	Bardzo dobrze	5
c. Udzielone przez lekarza wyjaśnienia dotyczące Pana(i) zdrowia albo potrzebnego leczenia	Wyśmienicie	6
d. Zalecenia lekarza dotyczące objawów, z jakimi należy zgłosić się do lekarza	Brak odpowiedzi	-
e. Porady i pomoc lekarza w wyborze decyzji dotyczących dalszego postępowania	Zadowolająco	3

W pozycji d zostaje podstawiona wartość wynosząca:

$$x = \frac{3 + 5 + 6 + 3}{4} = \frac{17}{4} = 4,25$$

3.2.5 Ocena narzędzia pomiarowego

Akceptowalność kwestionariusza, która jest miarą stopnia, w jakim respondent jest chętny i zdolny do udzielenia odpowiedzi na poszczególne pytania w kwestionariuszu, została oceniona przez obliczenie proporcji braku odpowiedzi dla każdego pytania oraz liczby osób, które odpowiedziały na mniej niż 50% pytań w kwestionariuszu. Wiarygodność uzyskanych danych została oceniona na podstawie porównania wieku i nazwiska lekarza pierwszego kontaktu wpisanych przez respondenta z danymi pochodzącymi z bazy przekazanej przez Kasę Chorych.

Rzetelność (*reliability*) mierzy dokładność pomiarów dokonanych za pomocą danego narzędzia. Została ona zbadana metodą zgodności wewnętrznej, standardową techniką stosowaną w badaniach psychometrycznych^{63,75}. Obliczony został współczynnik α Cronbacha, mierzący stopień powiązania poszczególnych pozycji tworzących skalę. Może on przyjmować wartość od 0 do 1, jego wartość równa lub bliska 0 oznacza brak korelacji między odpowiedziami na pytania tworzące daną skalę, wartość zbliżająca się do 1 oznacza doskonałą korelację. W naukach społecznych przyjmuje się, że jego wartość powinna wynosić co najmniej 0,7.

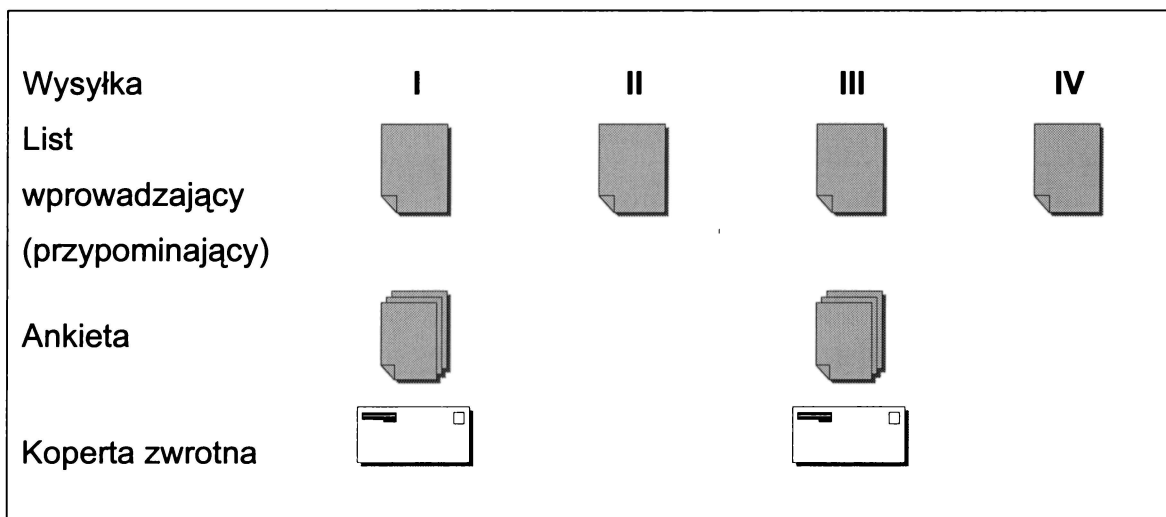
Trafność zastosowanej metody została zbadana w trzech aspektach: trafności kryterialnej (*criterion validity*), treściowej (*content validity*) i teoretycznej (*construct validity*)^{74,76}. Trafność kryterialna została oceniona poprzez porównanie wyników uzyskanych badanym narzędziem z wynikami uzyskanymi przez instrument nadrzędny spełniający rolę kryterium. W tym celu posłużono się pytaniem odnoszącym się do ogólnej satysfakcji pacjenta („*Jak bardzo jest Pan(i) zadowolony ze swojego lekarza?*”). Pytanie to zostało wykorzystane do podziału respondentów na dwie grupy. W pierwszej znalazły się osoby o dużym stopniu satysfakcji z lekarza, („*całkowicie zadowolony*” oraz „*bardzo zadowolony*”), w drugiej pozostali respondenci („*trochę zadowolony*”, „*ani zadowolony ani niezadowolony*”, „*trochę niezadowolony*”, „*bardzo niezadowolony*” oraz „*całkowicie niezadowolony*”). Średnia wartość każdej z dwunastu skal w obydwu grupach została porównana w teście t-studenta.

Trafność treściowa mierzy stopień reprezentatywności treści uzyskanych dzięki metodzie w odniesieniu do zdefiniowanych wszystkich możliwych pozycji. Zakres, w jakim pytania i twierdzenia zawarte w narzędziu pomiarowym odzwierciedlają mierzoną właściwość oceniono na podstawie zmienności w uzyskanych odpowiedziach. Zmienność taka jest niezbędna, aby narzędzie mogło reprezentować wszystkie możliwe postawy. Zbadane zostały następujące charakterystyki każdej ze skal: średnia, odchylenie standardowe, skośność, zakres, odsetek respondentów z najniższym i najwyższym możliwym do uzyskania wynikiem.

Trafność teoretyczna polega na ocenie, czy metoda mierzy te właściwości lub cechy, które powinna mierzyć. Została ona zbadana poprzez analizę macierzy korelacji (technika wielu cech – wielu metod). U podstaw tej techniki leży założenie, że różne metody mierzące tą samą własność powinny dawać te same wyniki, natomiast różne własności powinny prowadzić do otrzymania różnych wyników. Przeanalizowano dwa aspekty trafności: zbieżny (stopień korelacji dwóch pomiarów tej samej cechy) i różnicowy (stopień korelacji dwóch pomiarów różnych własności).

3.3 Sposób przeprowadzenia badania

Ankietyzacja została przeprowadzona drogą pocztową w okresie od maja do lipca 2002 roku. W celu zwiększenia zwrotności oraz rzetelności badania, zostało ono zaplanowane jako anonimowe. Opierając się na wynikach dotyczących zwrotności uzyskiwanej w innych badaniach ankietowych, ustalono, że w celu uzyskania zakładanej liczby ankiet niezbędne będzie wysłanie kwestionariusza oraz trzech listów przypominających⁷⁷. Wobec potrzeby ograniczenia wysyłania listów przypominających jedynie do osób, które nie odesłały ankiety, konieczne było zastosowanie systemu identyfikacji na zwróconych ankietach. Pozwoliło to znacznie obniżyć koszty badania (liczba wysyłanych listów była w kolejnych wysyłkach coraz mniejsza) oraz uniknięcia otrzymania podwójnej liczby ankiet od niektórych osób. Rozwiązanie to eliminuje też irytującą dla adresata sytuację, gdy po spełnieniu prośby organizatora badania adresat otrzymuje ponowną prośbę o jej wypełnienie. Zastosowanie numerowania ankiet nie zmieniło anonimowego charakteru ankiety - żadne indywidualne odpowiedzi nie zostały ujawnione.



Ryc. 3. Zawartość poszczególnych wysyłek

Pierwsza przesyłka zawierała list wprowadzający, ankietę oraz opłaconą kopertę zwrotną (ryc. 3). Po upływie trzech tygodni do osób, od których nie uzyskano wypełnionej ankiety, zostały wysłane listy przypominające. Po kolejnych trzech tygodniach wysłano drugi list przypominający wraz z ankietą i

kopertą zwrotną, a po następnych trzech tygodniach wysłano ostatni, trzeci list przypominający⁷⁸. List wprowadzający zawierał wyjaśnienie celu badania i jego użyteczności dla pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej, zapewnienie o poufności wyników i podkreślał dobrowolność udzielania odpowiedzi na każde z pytań. W liście tym oparto się na autorytecie instytucji, w imieniu której badający zwracał się do respondenta (Uniwersytet Jagielloński) oraz przedstawiono legalność prowadzonego badania (porozumienie z Małopolską Regionalną Kasą Chorych). W celu zwiększenia pewności, że odpowiedzi udzieli osoba, do której przesyłka była zaadresowana, przygotowano osobne wersje listów dla mężczyzn i kobiet (personalizacja). W kolejnych listach przypominających podkreślano użyteczność odpowiedzi uzyskanych od każdego respondenta i ich znaczenie dla poprawy funkcjonowania opieki zdrowotnej. Zwrócono także uwagę na szczególne znaczenie odesłania wypełnionego kwestionariusza przez te osoby, których odpowiedzi mogłyby się w istotnym stopniu różnić od pozostałych respondentów biorących udział w badaniu.

W celu weryfikacji uzyskanych danych, między innymi czy odpowiedzi na ankietę udziela jej adresat, w ankiecie zamieszczono pytania o wiek respondenta oraz nazwisko lekarza pierwszego kontaktu, do którego dana osoba jest wpisana na listę. Dane te zawarte były również w bazie danych pochodzącej z kasy chorych i ich porównanie z odpowiedziami respondentów pozwoliło na ocenę wiarygodności uzyskanych danych. Pytanie o nazwisko lekarza pierwszego kontaktu miało także na celu zbadanie, czy do tego typu badań ankietowych można posłużyć się danymi adresowymi nie zawierającymi nazwisk lekarzy, pochodzącymi np. z rejestrów ludności prowadzonych w urzędach państwowych i samorządowych.

3.4 Opracowanie danych

3.4.1 Wprowadzanie danych do komputerowej bazy danych

Dane pochodzące z kwestionariuszy zostały wprowadzone do komputerowej bazy danych przez dwie osoby. Do wprowadzania danych przygotowano specjalny formularz w programie SPSS Data Entry. Ten sposób wprowadzania danych pozwolił na przygotowanie danych bezpośrednio w formacie wymaganym przez program statystyczny SPSS. Ponadto wprowadzono następujące reguły poprawności wpisywania danych, które pozwoliły na wyeliminowanie wartości spoza przewidzianego zakresu dla każdej ze zmiennych: w przypadku pytań wyboru liczba dostępnych opcji odpowiadała liczbie opcji dostępnych w danym pytaniu w kwestionariuszu, w przypadku pytań o dane liczbowe (wiek, masa ciała, wzrost, numer ankiety) wprowadzono ograniczenie zakresu możliwych odpowiedzi. Po zakończeniu wpisywania danych wylosowano 10% kwestionariuszy, które zostały ponownie wprowadzone w celu sprawdzenia ich zgodności z danymi wcześniej wprowadzonymi, czyli dla określenia poziomu błędów popełnionych przy przenoszeniu danych z kwestionariuszy do bazy komputerowej

3.4.2 Analiza statystyczna

Analiza statystyczna została przeprowadzona przy użyciu pakietu SPSS for Windows wersja 11.0⁷⁹. Procedury obliczające wyniki w poszczególnych skalach zostały napisane w języku poleceń programu SPSS. Dla każdej ze skal obliczono charakterystyki rozkładu (średnią, błąd standardowy średniej, 95% przedziały ufności średniej, odchylenie standardowe, wartość minimalną i maksymalną, zakres, kurtozę i skośność). Celem analizy statystycznej było porównanie wyników uzyskanych w poszczególnych skalach pomiarowych od pacjentów należących do różnych typów jednostek POZ. W celu sprawdzenia, czy jakość opieki w opinii pacjentów różni się w poszczególnych typach przychodni, przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA, w którym zmienną zależną był wynik każdej ze skal, natomiast zmienną niezależną był typ jednostki podstawowej opieki zdrowotnej. W przypadku stwierdzenia występowania istotnych statystycznie różnic w teście ANOVA, jako

test post hoc przeprowadzono test porównań wielokrotnych Tamhana, który miał na celu określenie, pomiędzy którymi jednostkami występują różnice istotne statystycznie. Dla zmiennych porządkowych (satysfakcja pacjenta z opieki, wykształcenie, dochody w rodzinie, liczba osób w gospodarstwie domowym) w celu przeprowadzenia porównania pomiędzy wyróżnionymi typami przychodni przeprowadzono test U Manna-Whitney'a.

4. WYNIKI

4.1 Reakcja respondentów na ankietę

Pomimo zapewnienia o poufności danych i legalności ich pochodzenia, na początku badania otrzymano telefony od trzech osób oburzonych przysłaniem do nich ankiety i przetwarzaniem ich danych osobowych bez ich zgody, pomimo że *Ustawa o ochronie danych osobowych* przewiduje taką możliwość⁶⁹. Jeden z adresatów ankiety, powołując się na wspomnianą wyżej ustawę stwierdził, że naruszone zostały jego dobra osobiste i zażądał „odszkodowania” w wysokości 20 000 złotych, w przeciwnym wypadku zagroził skierowaniem sprawy na drogę sądową. Efektem tych działań był także list od Generalnego Inspektora Danych Osobowych, w którym wskazano, że otrzymano „wiele zapytań” w sprawie przeprowadzanego badania, ponadto zarzucono, iż Pracownia Medycyny Rodzinnej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego wielokrotnie pisemnie domaga się przesłania wypełnionego kwestionariusza, co ich zdaniem kłóci się z dobrowolnym charakterem przeprowadzanych badań.

Reakcje pozostałych respondentów na otrzymaną ankietę były skrajnie zróżnicowane. Zdecydowana większość odesłała kwestionariusz bez opatrywania go dodatkowym komentarzem. Dodatkowe uwagi zostały zamieszczone przez 123 osoby. Uwagi te podzielono na następujące rodzaje:

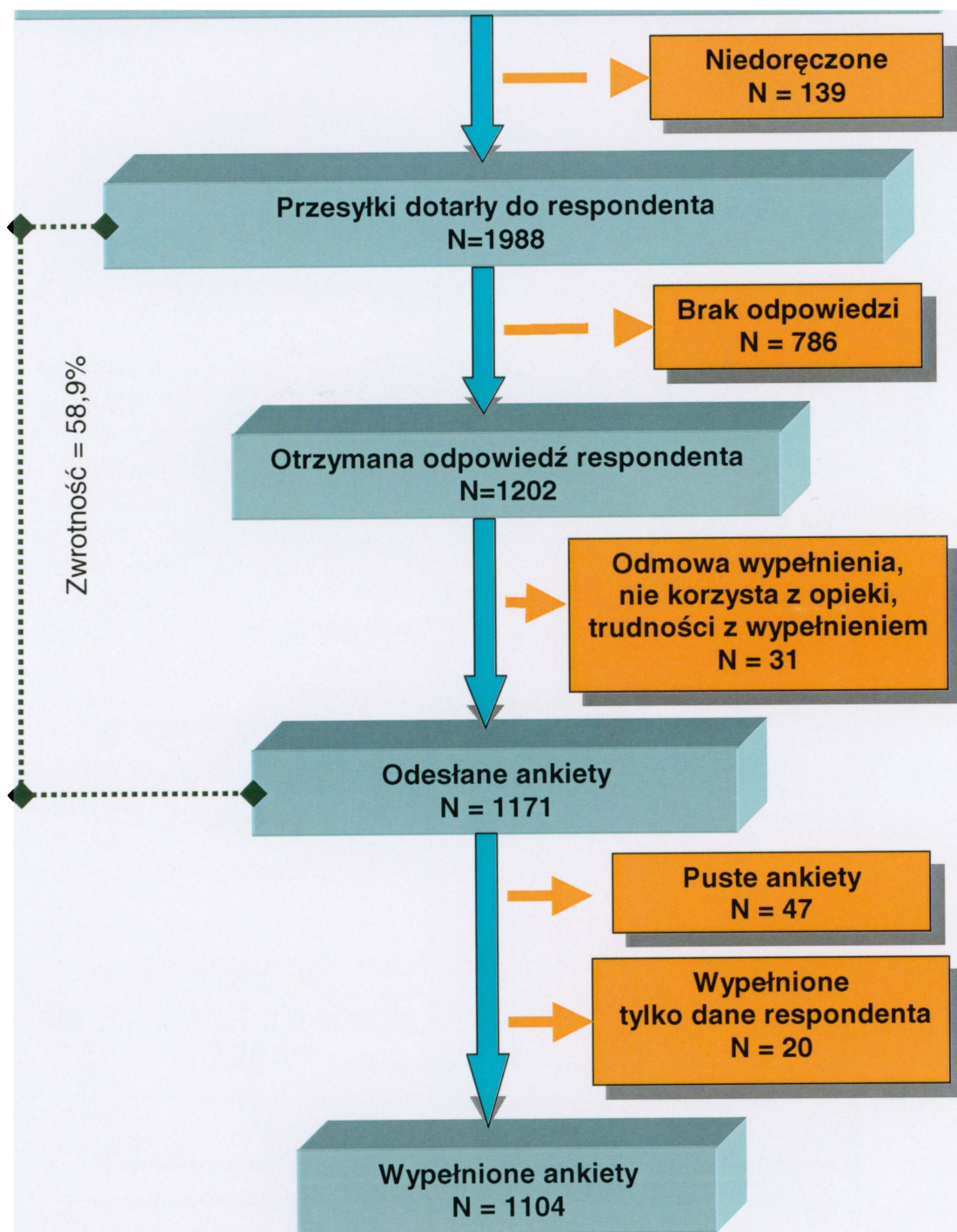
- Dotyczące konstrukcji kwestionariusza i pytań w nim zawartych
- Dotyczące systemu opieki i organizacji opieki zdrowotnej w Polsce
- Stan zdrowia respondenta (opis rozpoznań i dolegliwości)
- Pozytywne i negatywne uwagi o danym lekarzu i jego przychodni
- Przeprosiny za zwłokę w odesłaniu kwestionariusza

W jednym przypadku respondent zdecydował się wymazać korektorem napisany wcześniej komentarz. Odnotowano także jeden przypadek, w którym osoba telefonicznie zażądała zwrotu przysłanej przez siebie wypełnionej ankiety.

4.2 Zwrotność

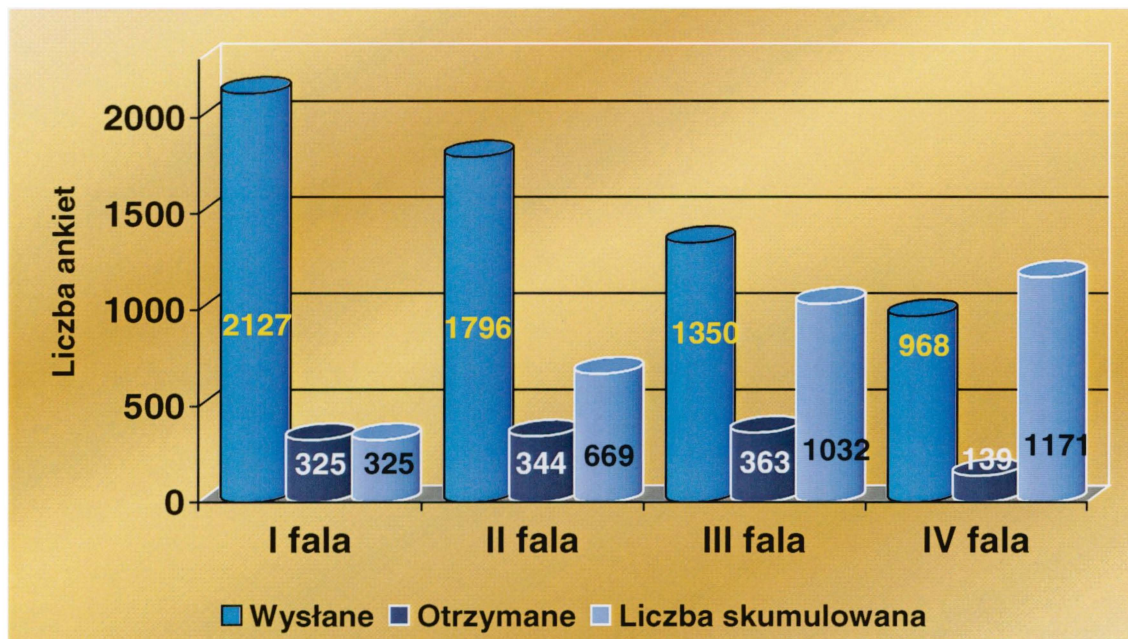
Spośród 2127 wysłanych ankiet, 139 (6,5%) nie dotarło do adresata (ryc. 4). W 11 przypadkach przyczyną niedoręczenia był zgon adresata (w tym jeden przypadek zgonu w 1999 roku). W pozostałych 128 przypadkach przesyłki nie dotarły do adresata z powodu zmiany adresu (przesyłki zostały zwrócone z adnotacją „adresat nieznany”/„adresat wyprowadził się”/ „adresat nie mieszka pod tym adresem”). Wśród osób, które nie odesłały wypełnionej ankiety, zanotowano 13 przypadków telefonicznej lub listownej odmowy wypełnienia ankiety; 8 przypadków, kiedy osoba z powodu wieku lub stanu zdrowia nie była w stanie wypełnić ankiety; 10 przypadków, w których respondent nie wypełnił ankiety, ponieważ nie korzystał z opieki swojego lekarza.

Ogółem na ankietę odpowiedziało 1171 osób (zwrotność wyniosła 58,9%). Otrzymano zwrotnie 1083 wypełnionych w całości ankiet, w 20 ankietach wypełniona była wyłącznie część dotycząca danych respondenta, natomiast 47 ankiet nie zostało w ogóle wypełnionych. Pomimo zapewnienia w liście wprowadzającym o poufności danych, 11 osób odesłało ankietę z wyciętym numerem identyfikacyjnym. Na podstawie podanego przez respondenta wieku i nazwiska lekarza w 8 przypadkach udało się zidentyfikować respondenta i ankiety te zostały zakwalifikowane do analizy. Ostatecznie do analizy wzięto 1104 ankiet.



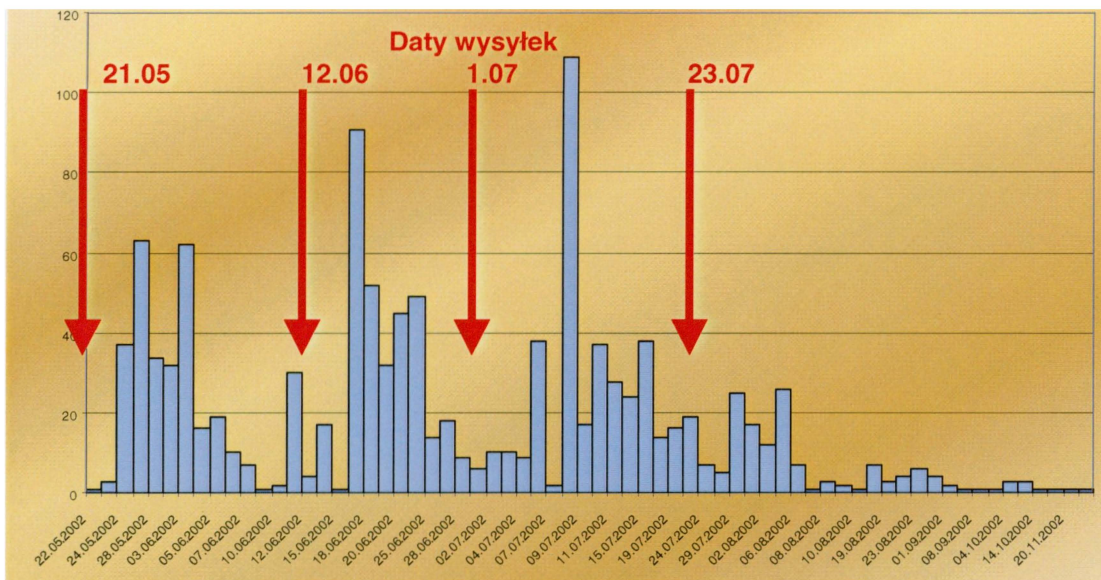
Ryc. 4. Schemat przebiegu badania

Na rycinie 5 przedstawiono liczbę otrzymywanych ankiet w rozbiciu na poszczególne fale. Najwięcej ankiet (n=363, tj. 31,1% ogólnej liczby zwróconych ankiet) uzyskano w trzeciej fali, a więc po drugim liście przypominającym, najmniej – w czwartej fali (136, tj. 11,5% ogółu ankiet). W trzeciej fali uzyskano także największy odsetek zwróconych ankiet w stosunku do liczby ankiet wysłanych (27%), wartość ta wynosiła odpowiednio w pierwszej fali 15,3%, w drugiej 19,2%, natomiast w czwartej 13,9%.

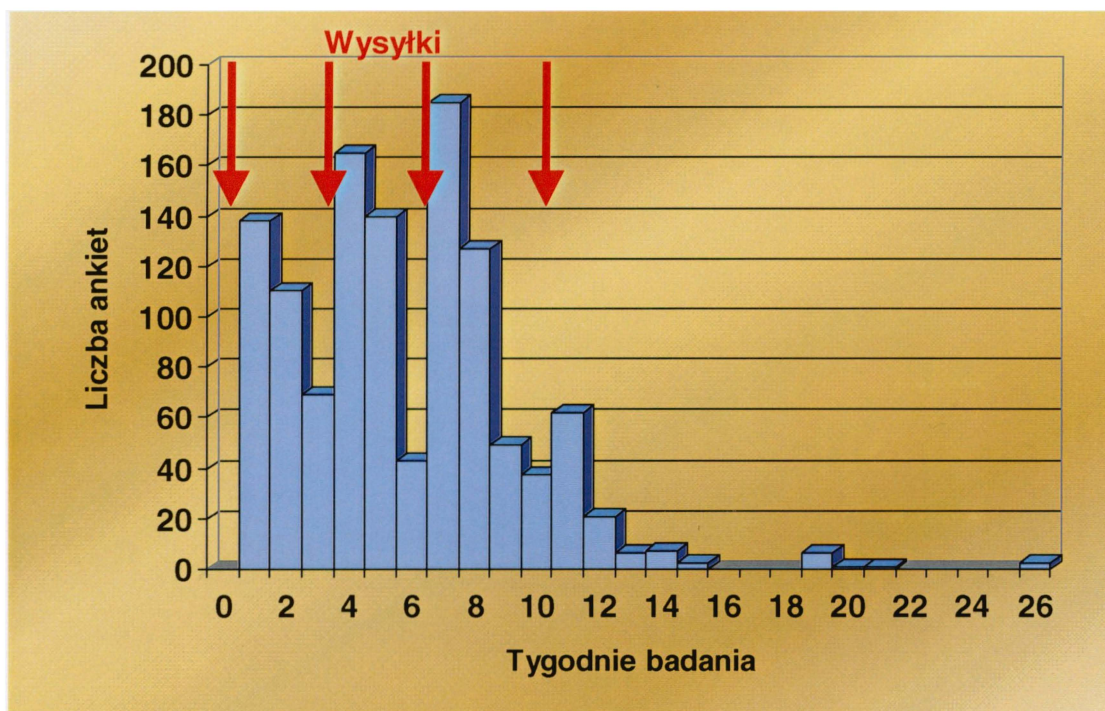


Ryc. 5. Liczba ankiet wysłanych i otrzymywanych w kolejnych wysyłkach

Pierwsze ankiety zaczęto otrzymywać już w dwa dni po wysyłce. Na kolejnych rycinach przedstawiono liczbę ankiet przychodzących w kolejnych dniach (ryc. 6). Analizując rozkład liczby ankiet w poszczególne dni tygodnia zauważono, że największą liczbę ankiet otrzymywano w poniedziałki. Wynikało to z kumulacji ankiet przez weekend, gdy poczta nie pracowała. Na kolejnej rycinie przedstawiono liczbę ankiet otrzymywaną w kolejnych tygodniach w układzie środa-wtorek, a więc po uwzględnieniu efektu związanego z przerwą weekendową (ryc. 7).



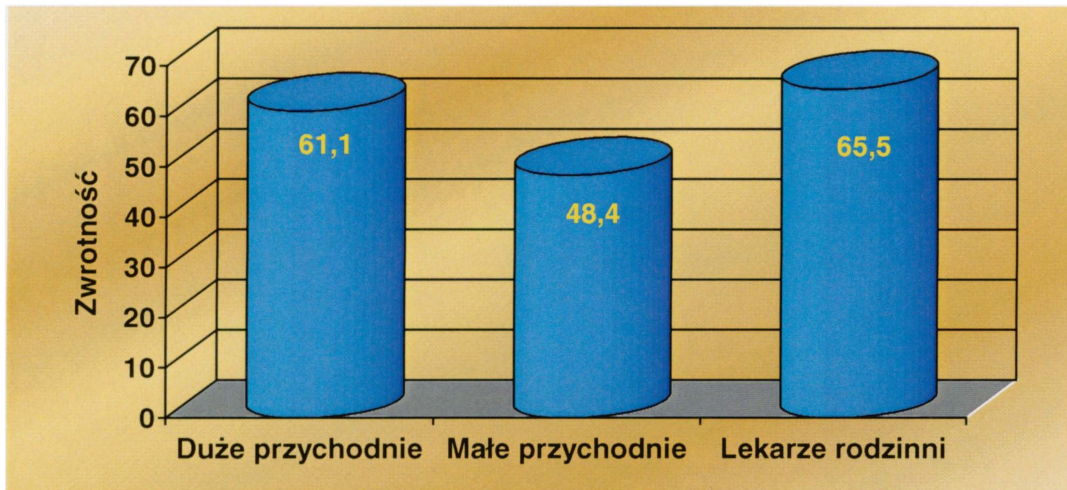
Ryc. 6. Liczba ankiet otrzymywanych w kolejnych dniach



Ryc. 7. Liczba ankiet otrzymywanych w kolejnych tygodniach przedstawiona w układzie środa-wtorek

Analizując zwrotność w podziale na typy przychodni stwierdzono, że największa zwrotność (65,5%) wystąpiła wśród pacjentów należących do praktyk lekarzy rodzinnych, najmniejsza (48,4%) wśród pacjentów zapisanych do małych przychodni, w której nie pracowali lekarze rodzinni (różnica istotna statystycznie, $P < 0,001$, test χ^2). Najmniejszą, 30% zwrotność zanotowano w

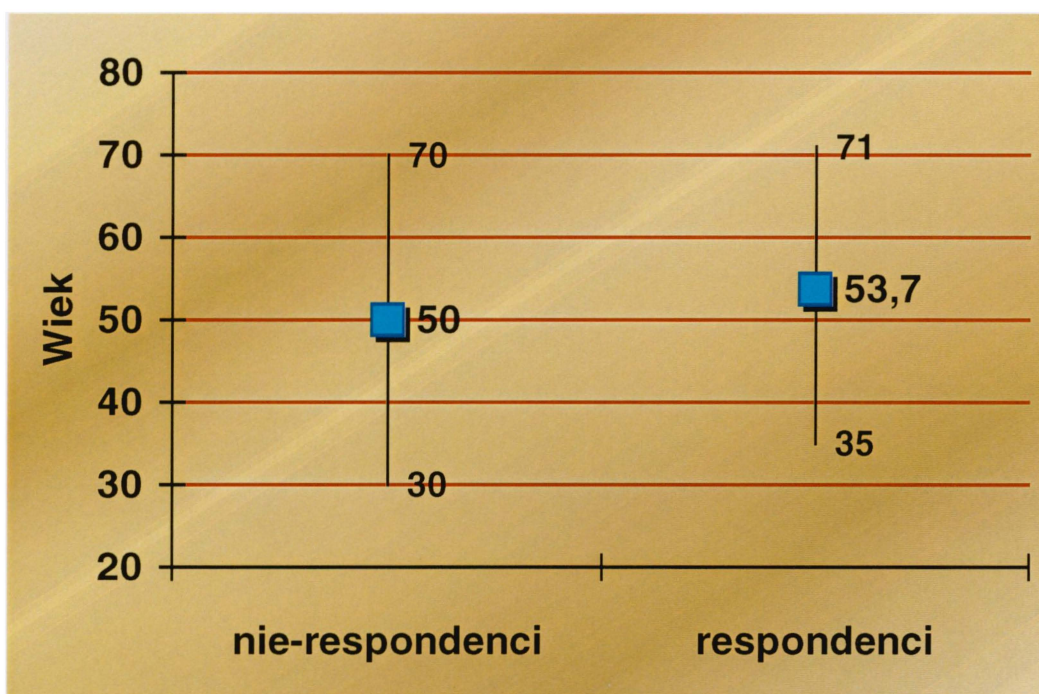
jednej z małych przychodni, największą w jednej z praktyk lekarzy rodzinnych (71%).



Ryc. 8 Zwrotność w poszczególnych typach jednostek podstawowej opieki zdrowotnej

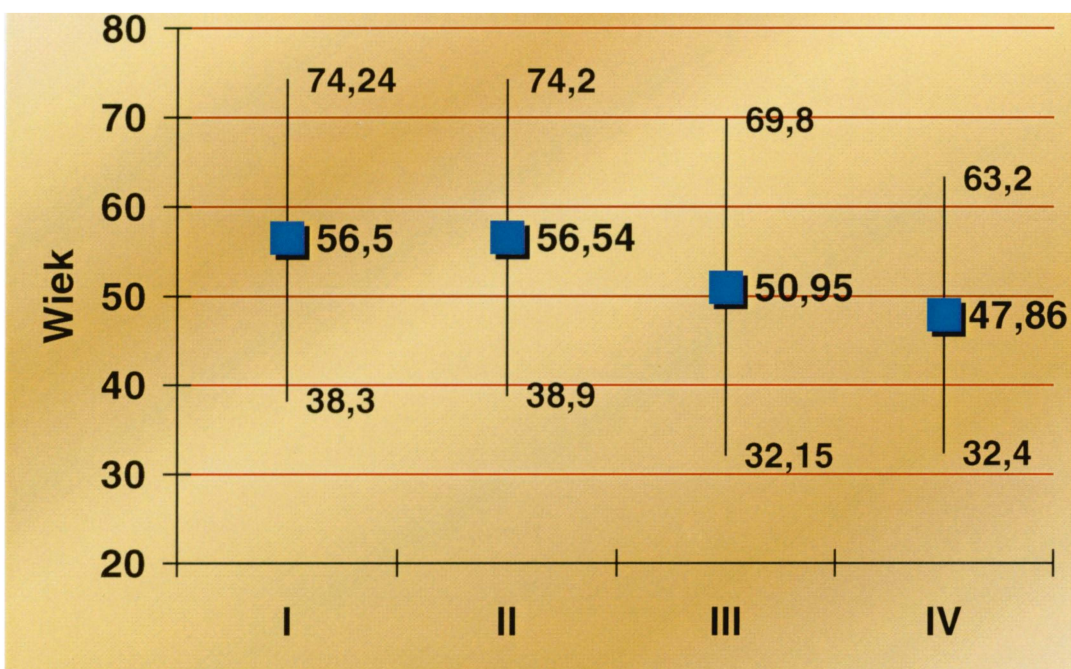
4.2.1 Respondenci i nie-respondenci

Odsetek mężczyzn i kobiet był podobny w grupie respondentów i nie-respondentów: kobiety stanowiły 53,6% respondentów i 52,3% nie-respondentów. Te różnice nie były istotne statystycznie. Natomiast średnia wieku respondentów w stosunku do nie-respondentów była większa o 3,7 lat ($P < 0,001$, test t-studenta) (ryc. 9).



Ryc. 9. Średnia wieku (\pm SD) respondentów i nie-respondentów

Wraz z wysyłanymi kolejnymi listami przypominającymi, średnia wieku respondentów była coraz mniejsza. Najbardziej zbliżone pod względem wieku do nie-respondentów były osoby, które odesłały ankietę w trzeciej fali, a więc po drugim liście przypominającym (ryc. 10).



Ryc. 10. Średnia wieku (\pm SD) respondentów w poszczególnych falach

4.2.2 Koszty badania

Bezpośrednie koszty rzeczowe przeprowadzonego badania wyniosły 14 498,64 złotych. Obejmowały one następujące wydatki:

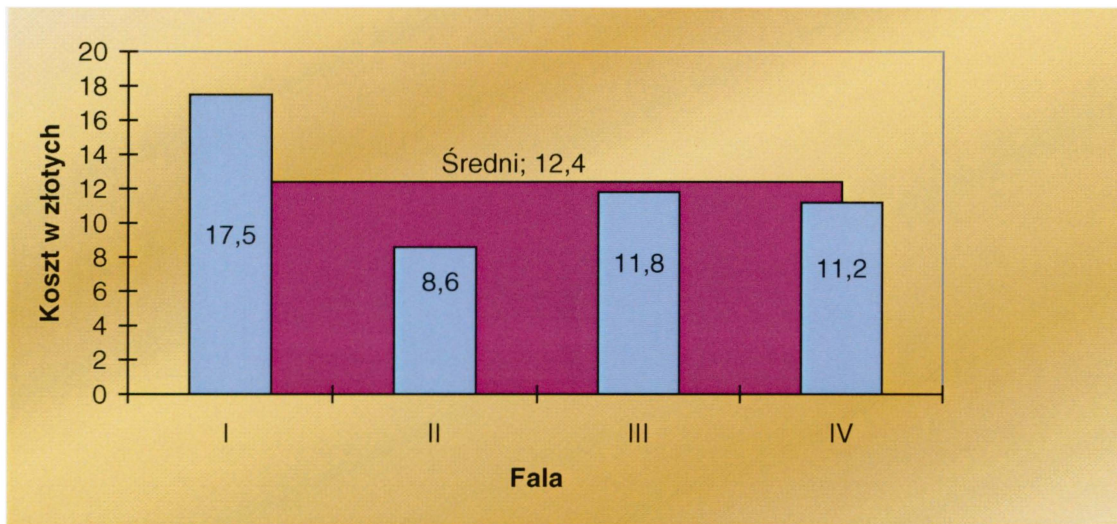
- wydruk kwestionariuszy,
- zakup kopert,
- powielanie listu wstępnego i listów przypominających,
- opłaty pocztowe,
- toner do drukarki,
- etykiety adresowe.

Koszty te nie obejmowały wynagrodzenia dla osób przeprowadzających badanie i amortyzacji sprzętu. Obliczony na podstawie tych wydatków koszt uzyskania jednej ankiety wynosił:

$$k = \frac{14498,64}{1171} = 12,37 \text{ zł}$$

Natomiast efektywność badania, a więc liczba otrzymanych ankiet w stosunku do wszystkich wysłanych listów wyniosła 5,3 wysyłki/1 ankietę. Na ryc. 11

przedstawiono koszt uzyskania jednej ankiety w poszczególnych falach. Mimo że w czwartej fali uzyskano najmniejszą liczbę ankiet w liczbach bezwzględnych, to jednak koszt uzyskania jednej ankiety w tej fali mieścił się poniżej średniej dla całego badania (11,2 zł w porównaniu do 12,4 zł).



Ryc. 11. Koszt uzyskania jednej ankiety w poszczególnych falach oraz średni w całym badaniu

4.3 Trafność i rzetelność badania

4.3.1 Akceptowalność kwestionariusza i wiarygodność danych.

Akceptowalność poszczególnych pytań w kwestionariuszu wynosiła od 76,5% do 92,9%, średnio 87,8%. Liczba osób, które odpowiedziały na mniej niż 50% pytań wynosiła 107, co stanowiło 9,1% respondentów. Spośród ogółu respondentów, 1091 osób podało swój wiek (93,2%). W 851 przypadkach (78%) podany wiek zgadzał się z wiekiem wyliczonym na podstawie daty urodzenia zawartej w bazie adresowej z kasy chorych, w 189 przypadkach (17,3%) różnica wynosiła 1 rok, w 15 przypadkach (1,4%) różnica wynosiła 2 lata. W 36 przypadkach (3,3%) różnica między wiekiem podanym w ankiecie a wyliczonym wynosiła 3 lub więcej lat. W tej grupie w 22 przypadkach nazwisko lekarza podane w ankiecie było takie samo, jak to, które podane było w bazie danych zadeklarowanych w kasie chorych. W przypadku 5 osób (0,4% ogółu respondentów) zarówno wpisane nazwisko lekarza, jak i wiek respondenta różniły się od zadeklarowanego, co może oznaczać, że wypełnione zostały przez inne osoby niż adresaci ankiety. Natomiast w przypadku dziewięciu osób (0,8% respondentów), które nie podały nazwiska swojego lekarza, nie można było jednoznacznie określić zgodności respondenta i adresata. Nazwisko swojego lekarza pierwszego kontaktu podało 941 osób (80,3%). Nieco częściej podawali je pacjenci praktyk lekarzy rodzinnych (83,1%), w stosunku do pacjentów wpisanych do małych i dużych przychodni (odpowiednio 80,6% i 79,2%, $p < 0,001$, test χ^2). Odsetek błędnie wprowadzonych do komputera danych wahał się w granicach od 0% do 2,7% i wynosił średnio 0,9%.

4.3.2 Rzetelność

Współczynnik rzetelności (α Cronbacha) dla każdej ze skal osiągniętych wymagane minimum 0,70 i wahał się granicach od 0,70 do 0,95 (tabela 1). Wartość współczynnika była zbliżona do wyniku uzyskanego dla oryginalnego kwestionariusza. W czterech przypadkach obliczony współczynnik był niższy niż w wersji oryginalnej, w trzech przypadkach był identyczny, natomiast w jednym przypadku (dostępność organizacyjna) był wyższy.

Tabela 1. Współczynnik rzetelności (α Cronbacha) i współczynnik uzyskany dla oryginalnej wersji kwestionariusza w USA.

	Współczynnik rzetelności α Cronbacha (współczynnik uzyskany dla oryginalnego kwestionariusza)	Zakres współczynnika α po wyłączeniu poszczególnych pozycji skali
Dostępność finansowa	0,71 (0,81)	-
Dostępność organizacyjna	0,85 (0,84)	0,81-0,88
Ciągłość opieki w czasie	-	-
Ciągłość opieki w oparciu o kolejne wizyty	0,70 (0,74)	-
Wiedza o pacjencie	0,91 (0,92)	0,87-0,93
Porady stylu życia	0,80	0,75-0,81
Integracja opieki	0,92 (0,92)	0,89-0,92
Komunikacja z pacjentem	0,95 (0,95)	0,93-0,96
Opieka pielęgniarska*	0,94 (0,95)	0,91-0,93
Badanie fizykalne	-	-
Stosunki międzyludzkie	0,95 (0,95)	0,94-0,96
Zaufanie	0,83 (0,86)	0,77-0,84

* skala wprowadzona w brytyjskiej wersji kwestionariusza

4.3.2 Trafność

W tabeli 2 przedstawiono wyniki oceny trafności kryterialnej. Średni wynik każdej ze skal był wyższy w grupie pacjentów zadowolonych z opieki swojego lekarza niż wśród pozostałych pacjentów. Różnice te wynosiły od 7,8 do 25,7 punktów, wszystkie były istotne statystycznie ($P < 0,001$, test t-studenta).

Tabela 2. Średni wynik w poszczególnych skalach wśród pacjentów „całkowicie” i „bardzo” zadowolonych w porównaniu do pozostałych.

Skala	Całkowicie i bardzo zadowoleni	Pozostali	Wartość testu t	P
Dostępność finansowa	34,9	26,2	7,3	< 0,001
Dostępność organizacyjna	66,0	48,9	18,3	< 0,001
Ciągłość opieki w czasie	83,3	75,5	5,4	< 0,001
Ciągłość w oparciu o wizyty	88,0	74,3	11,3	< 0,001
Wiedza o pacjencie	58,8	33,1	25,1	< 0,001
Udzielanie porad stylu życia	40,1	21,9	10,9	< 0,001
Integracja opieki	58,7	34,0	22,4	< 0,001
Komunikacja	73,5	50,6	25,0	< 0,001
Opieka pielęgniarska	68,5	54,1	12,1	< 0,001
Dokładność badania fizykalnego	67,0	44,5	21,0	< 0,001
Stosunki międzyludzkie	73,4	48,1	26,2	< 0,001
Zaufanie	71,8	48,9	28,5	< 0,001
Łączna ocena	65,2	46,6	29,7	< 0,001

Analiza wyników uzyskanych w poszczególnych skalach pod kątem trafności treściowej wykazała, że reprezentowały one niemal wszystkie możliwe postawy. Wyniki dziesięciu spośród dwunastu skal osiągnęły pełny, maksymalny zakres wartości (od 0 do 100). W dwóch skalach (dostępność organizacyjna i opieka pielęgniarska) zakres ten był mniejszy, lecz przekraczał 90% (Załącznik 4).

Wartości wszystkich współczynników korelacji pomiędzy poszczególnymi pozycjami tworzącymi skalę a daną skalą (aspekt zbieżny trafności teoretycznej) były wyższe od wymaganej wartości 0,20 i mieściły się w granicach od 0,30 do 0,91 (tabela 3).

Tabela 3. Współczynniki korelacji między pozycjami skali a skalą.

Skala	Współczynnik α Cronbacha	Zakres korelacji między pozycjami a skalą
Dostępność finansowa ¹	0,71	0,53
Dostępność organizacyjna	0,85	0,34-0,74
Ciągłość opieki w czasie ²	-	-
Ciągłość w oparciu o wizyty ¹	0,70	0,35
Wiedza o pacjencie	0,91	0,60-0,85
Udzielanie porad stylu życia	0,80	0,39-0,62
Integracja opieki	0,92	0,66-0,84
Komunikacja	0,95	0,63-0,89
Opieka pielęgniarska	0,94	0,83-0,88
Dokładność badania fizykalnego ²	-	-
Stosunki międzyludzkie	0,95	0,79-0,91
Zaufanie	0,83	0,30-0,75

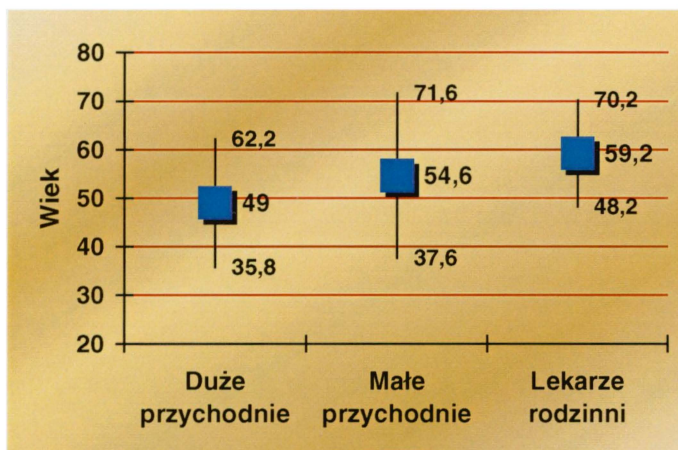
¹ Skala dwupozycyjna.

² Skala jednopozycyjna.

Analizując aspekt różnicowy trafności stwierdzono, że korelacje pomiędzy poszczególnymi skalami były umiarkowane (*Załącznik 5*). Ponad połowa (38 z 66) współczynników korelacji była mniejsza od 0,45. Oznacza to, że poszczególne skale dotyczyły odrębnych aspektów. Największe współczynniki korelacji zaobserwowano pomiędzy następującymi skalami: „komunikacja z pacjentem” i „stosunki międzyludzkie” ($r = 0,84$) oraz „komunikacja z pacjentem” i „ocena badania fizykalnego” ($r = 0,78$).

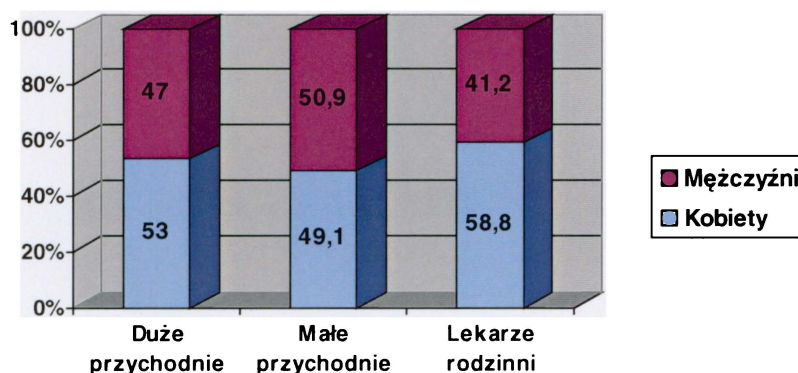
4.4 Dane demograficzne badanej populacji

Wiek pacjentów w badanej populacji wahał się w granicach od 18 do 96 lat, średnia wieku wynosiła 54,2 lat. Średnia wieku pacjentów praktyk lekarzy rodzinnych była największa i wynosiła 59,2 lat, natomiast w przypadku pacjentów dużych przychodni wynosiła 49 lat, w małych przychodniach 54,6 lat (ryc. 12). Różnice te były istotne statystycznie (test t-studenta, $P < 0,001$).



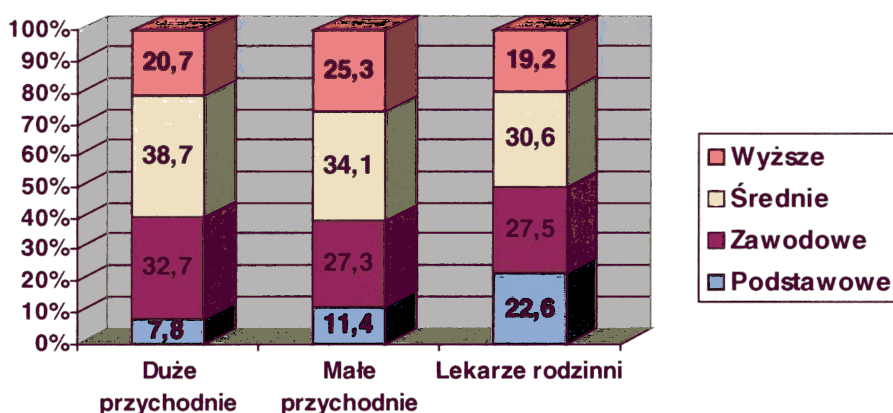
Ryc. 12 Wiek respondentów (średnia i odchylenie standardowe) w poszczególnych typach przychodni.

W badanej populacji przeważały kobiety, stanowiły one 54,5% ogółu badanych. Kobiety stanowiły większość pacjentów w dużych przychodniach i w praktykach lekarzy rodzinnych, natomiast w małych przychodniach przeważali mężczyźni ($P < 0,001$, test χ^2) (ryc. 13).



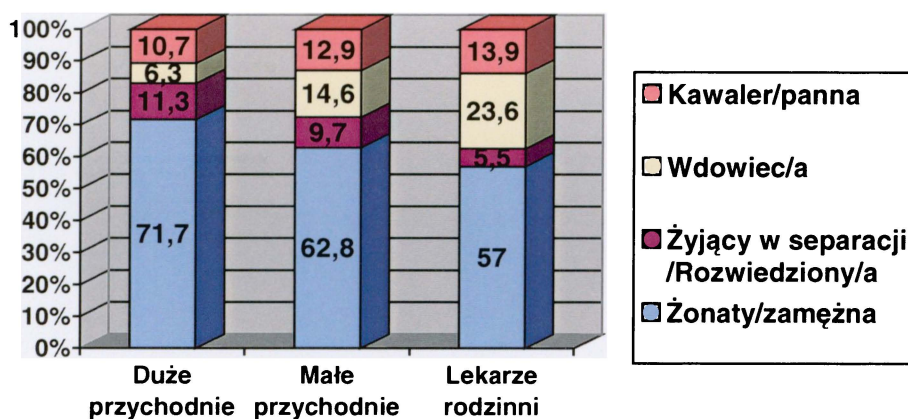
Ryc. 13. Płeć respondentów w poszczególnych typach przychodni

Wśród respondentów stosunkowo dużo było osób o niskim poziomie wykształcenia: 14% respondentów miało tylko wykształcenie podstawowe, 29% zawodowe. Studia magisterskie ukończyło 20% (Ryc.14). Ogólnie rzecz biorąc, pacjenci z praktyk lekarzy rodzinnych byli gorzej wykształceni: wykształcenie podstawowe miało 22,6% spośród nich w porównaniu do 7,8% i 11,4% pacjentów odpowiednio w dużych i małych przychodniach. Podobnie odsetek pacjentów z ukończonym studiami magisterskimi lub licencjackimi był najmniejszy wśród pacjentów lekarzy rodzinnych (19,2%), natomiast większy wśród pacjentów dużych przychodni (20,7%) i małych przychodni (25,3%). ($P < 0,001$, test χ^2).



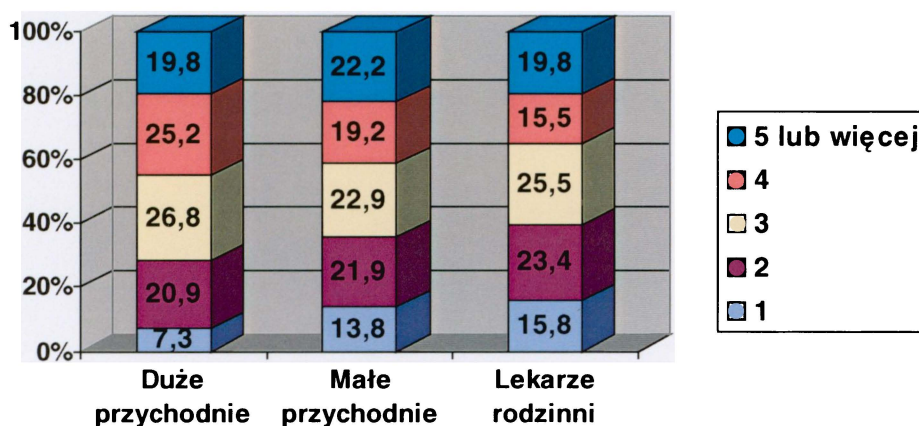
Ryc. 14 Wykształcenie respondentów w poszczególnych typach przychodni

W badanej populacji przeważały osoby żyjące w związkach małżeńskich, stanowili oni 64,1% badanych (ryc.15). W grupie pacjentów lekarzy rodzinnych odsetek ten wynosił 57%, w dużych przychodniach 71,7%, w małych przychodniach 62,8%. W dużych przychodniach wśród osób stanu wolnego przeważali kawalerowie i panny, w małych przychodniach proporcja wdowców i kawalerów/panien była podobna, natomiast w praktykach lekarzy rodzinnych dominowały osoby owdowiałe ($P < 0,001$, test χ^2).



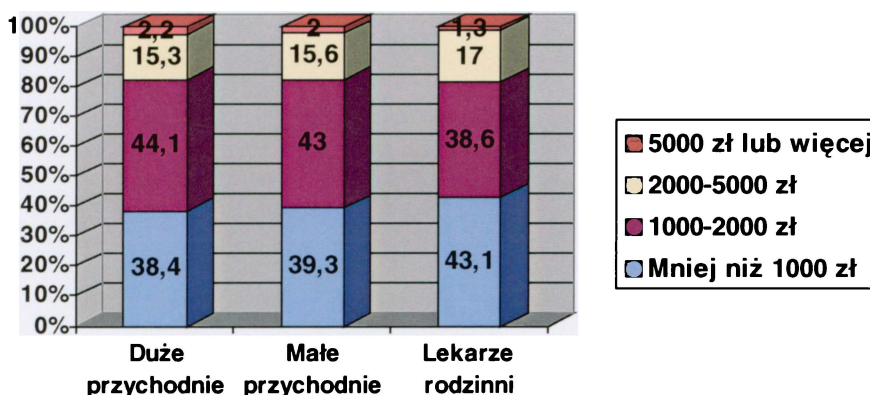
Ryc. 15 Stan cywilny w badanej populacji

Dwie trzecie spośród ogółu respondentów stanowiły osoby mieszkające w dwu-czterooosobowych gospodarstwach domowych. Odsetek osób mieszkających samotnie był dwukrotnie większy wśród pacjentów lekarzy rodzinnych niż pacjentów należących do dużych przychodni (15,8% w porównaniu do 7,3%) i zbliżony do pacjentów małych przychodni (13,8%) (Ryc. 16).



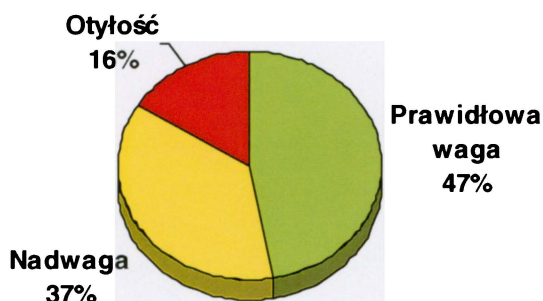
Ryc. 16 Liczba osób mieszkających w gospodarstwie domowym

W badanej populacji dominowały osoby o niskich dochodach: u 40% respondentów całkowite dochody w gospodarstwie domowym nie przekraczały 1000 zł (Ryc. 17). Kolejne 27% osiągało dochody w wysokości 1000-1500 zł. Niespełna 2% respondentów osiągało średni miesięczny dochód w rodzinie w wysokości 5000 zł lub więcej. Wśród pacjentów lekarzy rodzinnych było nieco więcej osób o najniższych dochodach w porównaniu z pacjentami dużych i małych przychodni (odpowiednio 43,1%, 38,4% oraz 39,3%).



Ryc. 17 Średni miesięczny dochód netto w gospodarstwie domowym

Zaledwie 47,2% badanych miało prawidłową wagę ciała. Nadwagę miało 36,7%, natomiast otyłość 16,1% respondentów (Ryc. 18). Średnia liczba dolegliwości i chorób przewlekłych obecnych u respondenta wynosiła 4,8. Nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy częstością występowania otyłości i nadwagi oraz średnią liczbą schorzeń przewlekłych w poszczególnych typach przychodni.

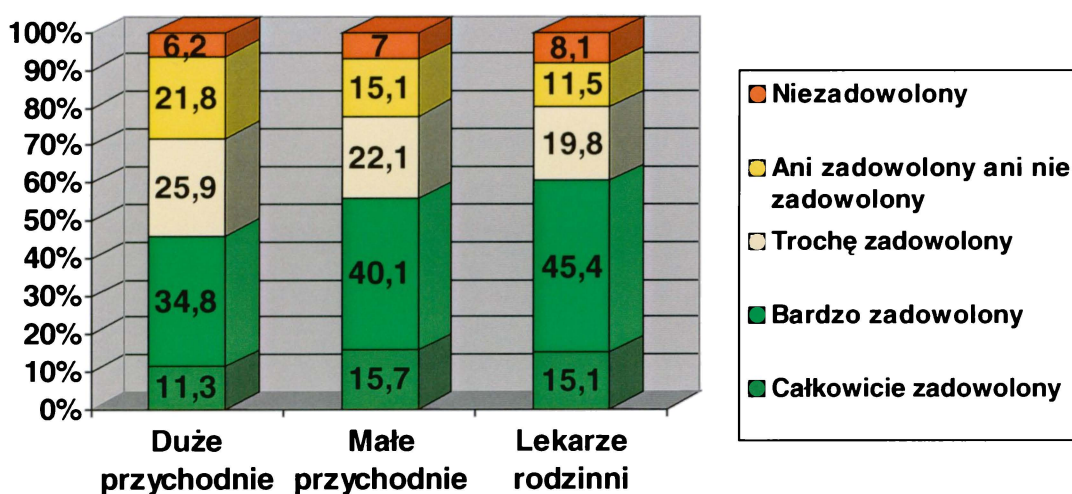


Ryc. 18 Rozkład procentowy prawidłowej wagi ciała, nadwagi i otyłości w badanej populacji

4.5 Ocena jakości opieki

4.5.1 Ocena ogólnej satysfakcji pacjenta z opieki sprawowanej przez lekarza

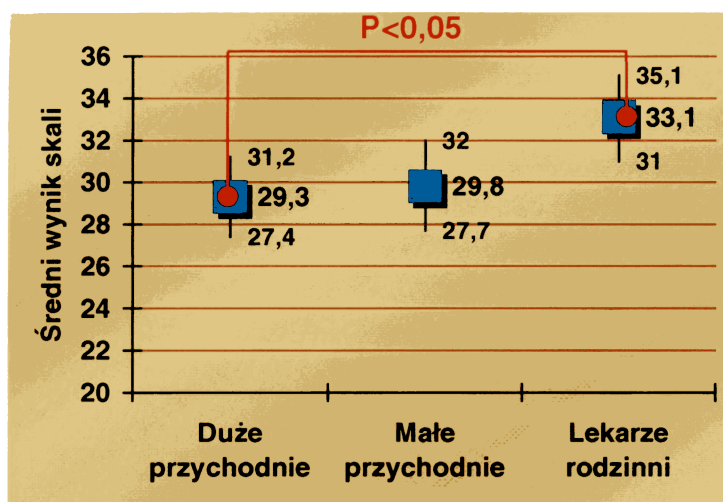
Odsetek pacjentów najbardziej zadowolonych ze swojego lekarza (kategorie „całkowicie zadowolony” oraz „bardzo zadowolony”) był największy w praktykach lekarzy rodzinnych i wynosił 60,5%, w małych przychodniach 55,8%, natomiast w dużych przychodniach 46,1% (Ryc. 19). Różnice te były istotne statystycznie ($P < 0,001$, test U-Manna Whitney).



Ryc. 19 Ogólnie rzecz biorąc, jak bardzo jest Pan(i) zadowolony(a) ze swojego lekarza?

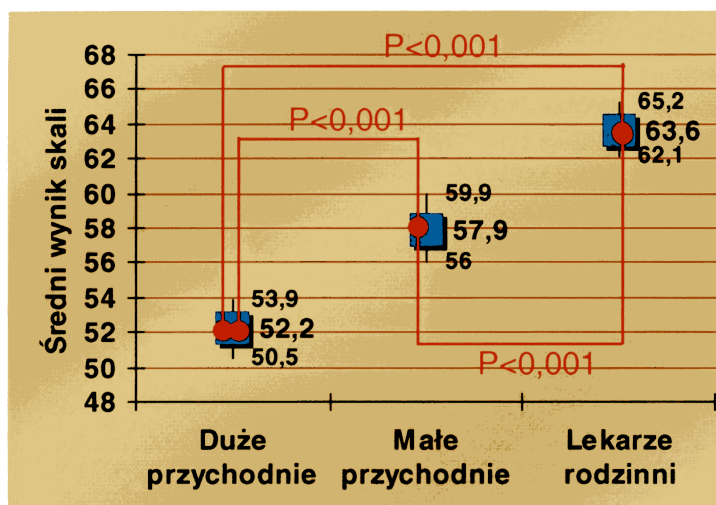
4.5.2 Ocena poszczególnych aspektów opieki

Dostępność finansowa została najwyżej oceniona w praktykach lekarzy rodzinnych, najniżej w dużych przychodniach. Różnice pomiędzy lekarzami rodzinnymi i lekarzami w dużych przychodniach były istotne statystycznie ($P < 0,05$).



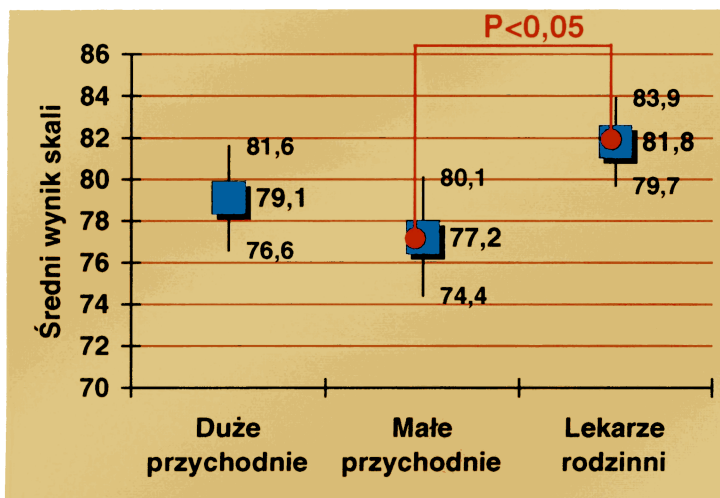
Ryc. 20 Dostępność finansowa (średnia oraz 95%CI)

Dostępność organizacyjną oceniono najwyżej w praktykach lekarzy rodzinnych, najniżej w dużych przychodniach. Różnica między praktykami lekarzy rodzinnych i małymi przychodniami wynosiła średnio 5,7 punktu, różnica w porównaniu z dużymi przychodniami wynosiła 11,5 punktu. Wszystkie różnice były istotne statystycznie ($P < 0,001$).



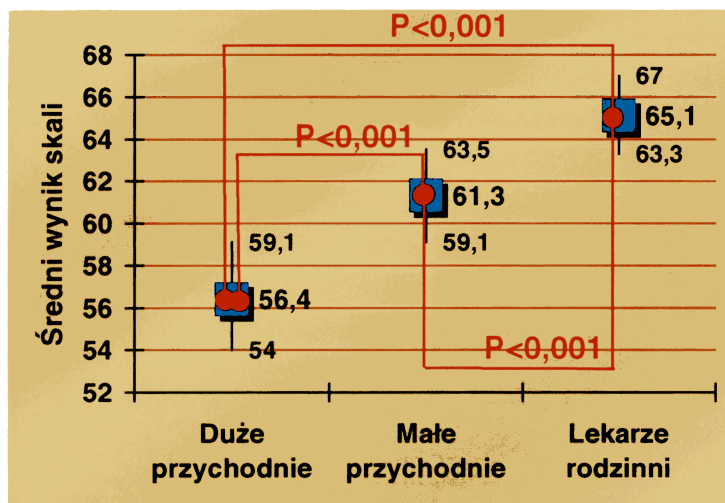
Ryc. 21 Dostępność organizacyjna (średnia oraz 95%CI)

Ciągłość opieki w czasie została najwyżej oceniona w praktykach lekarzy rodzinnych, najniżej w małych przychodniach. Różnice pomiędzy lekarzami rodzinnymi i lekarzami w małych przychodniach były istotne statystycznie ($P < 0,05$).



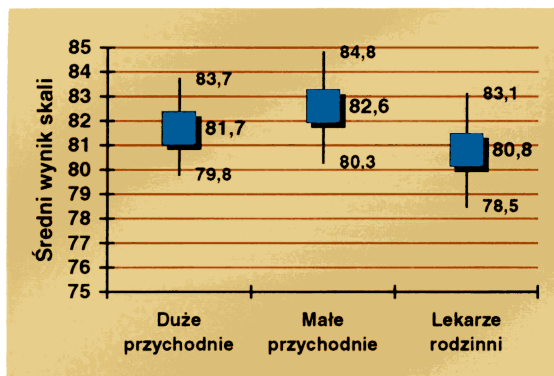
Ryc. 22 Ciągłość opieki w czasie (średnia oraz 95%CI)

Opiekę pielęgniarską oceniono najwyżej w praktykach lekarzy rodzinnych, najniżej w dużych przychodniach. Różnica między praktykami lekarzy rodzinnych i małymi przychodniami wynosiła średnio 3,9 punktu, różnica w porównaniu z dużymi przychodniami wynosiła 9,2 punktu. Wszystkie różnice były istotne statystycznie ($P < 0,001$).

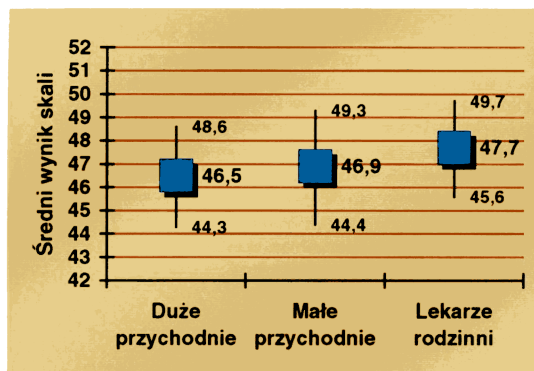


Ryc. 23 Opieka pielęgniarska (średnia oraz 95%CI)

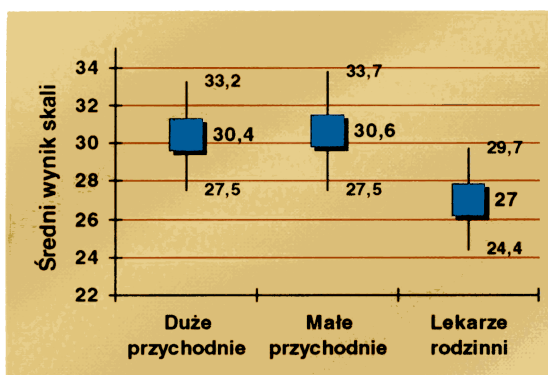
We wszystkich pozostałych skalach (wiedza o pacjencie, porady stylu życia, integracja opieki, komunikacja lekarza z pacjentem, dokładność badania fizykalnego, stosunki międzyludzkie, zaufanie) nie wykazano istotności statystycznej występujących różnic (ryc. 24-31).



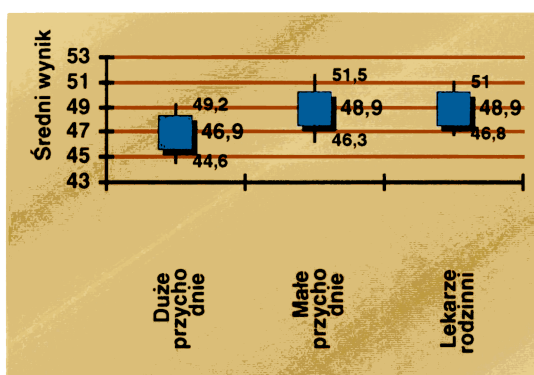
Ryc. 24 Ciągłość opieki w oparciu o kolejne wizyty



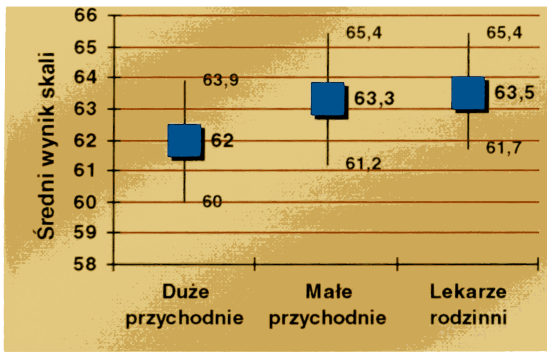
Ryc. 25 Wiedza o pacjencie



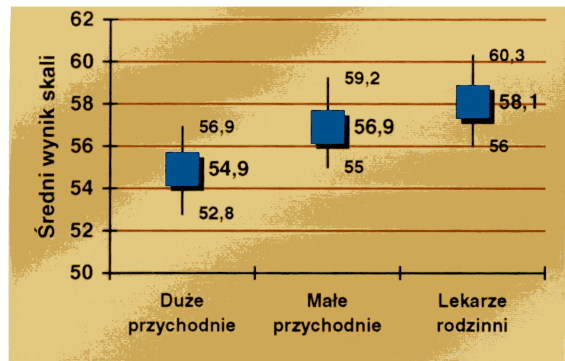
Ryc. 26 Porady stylu życia



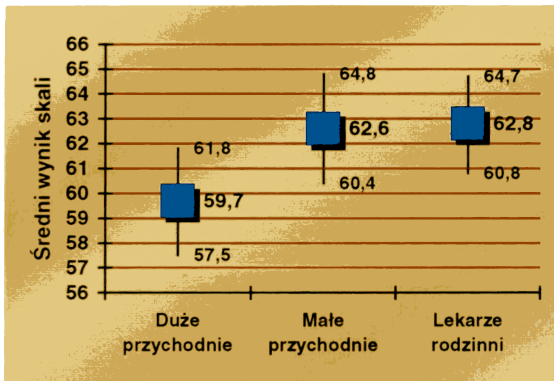
Ryc. 27 Integracja opieki



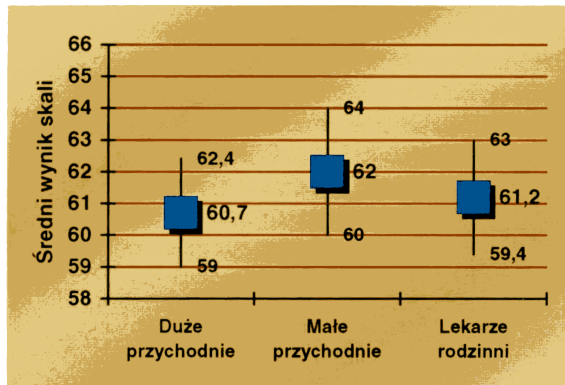
Ryc. 28 Komunikacja lekarza z pacjentem



Ryc. 29 Dokładność badania fizykalnego



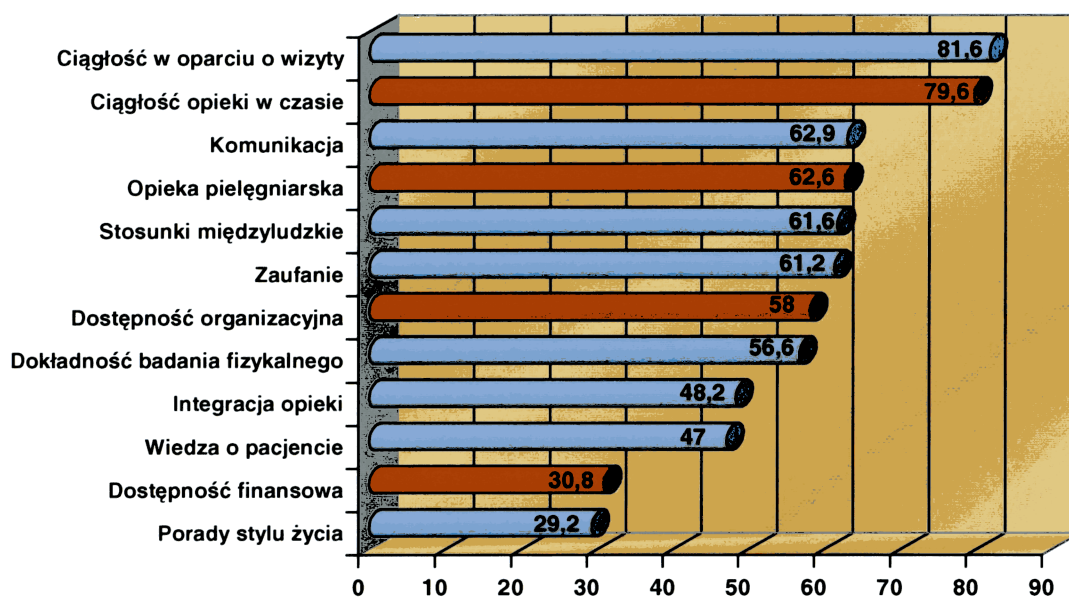
Ryc. 30 Stosunki międzyludzkie



Ryc. 31 Zaufanie

4.5.3 Łączna ocena opieki

Spośród wszystkich analizowanych aspektów podstawowej opieki zdrowotnej najwyżej zostały ocenione: ciągłość opieki w oparciu o kolejne wizyty (81,6) oraz ciągłość opieki w czasie (79,6). Najniżej oceniono: udzielanie przez lekarza porad dotyczących stylu życia (29,2) oraz dostępność finansową (30,8).



Ryc. 32 Łączna ocena 12 aspektów opieki (w skali od 0 do 100) we wszystkich badanych przychodniach (kolorem ■ oznaczono aspekty, w których stwierdzono występowanie różnic istotnych statystycznie pomiędzy typami przychodni).

5. DYSKUSJA

W przeprowadzonym badaniu stwierdzono, że istnieją istotne różnice ocenianej przez pacjentów jakości oferowanej opieki w różnych typach jednostek podstawowej opieki zdrowotnej. Najlepszy wynik uzyskały praktyki lekarzy rodzinnych, najgorszy – duże przychodnie, w których nie pracowali lekarze ze specjalizacją z medycyny rodzinnej. Różnice te były widoczne w zakresie czterech spośród dwunastu ocenianych wymiarów opieki: dostępności finansowej, dostępności organizacyjnej, ciągłości opieki i pielęgniarstwa. Są to wymiary, które mają charakter struktury. Również ogólny poziom satysfakcji pacjentów z kontaktów z lekarzem był największy wśród pacjentów lekarzy rodzinnych. W pozostałych ośmiu skalach różnice pomiędzy poszczególnymi jednostkami nie były istotne statystycznie, przy czym tylko w dwóch skalach średnia ocena uzyskana dla lekarzy rodzinnych była niższa od średniej uzyskanej dla lekarzy innych jednostek.

Ankieta pocztowa jest użytecznym narzędziem w naukach społecznych. Do jej głównych zalet należą: możliwość poddania pomiarowi dużej próby, duży stopień anonimowości, względnie małe koszty jednostkowe, dysponowanie przez respondenta czasem na zastanowienie się w atmosferze spokoju i odprężenia⁸⁰. Metoda ta ma także swoje wady, takie jak: długi czas oczekiwania na uzyskanie odpowiedzi, brak możliwości sondowania respondentów w celu sprecyzowania odpowiedzi albo uzyskania dodatkowych informacji, brak kontroli nad tym, kto udziela odpowiedzi na ankietę. Podstawowym warunkiem użyteczności wyników uzyskanych przy pomocy ankiety pocztowej jest odpowiednia jej reprezentatywność, co w praktyce przekłada się na problem uzyskania możliwie jak największej zwrotności. W opinii wielu osób właśnie niska zwrotność jest podstawowym argumentem przeciwko stosowaniu ankiet pocztowych.

W naszym badaniu zwrotność była bliska 60% i jest porównywalna z uzyskiwaną w innych tego typu badaniach. W przeprowadzonym w Stanach Zjednoczonych badaniu z użyciem (wykorzystanego w naszym badaniu) oryginalnego kwestionariusza PCAS, drogą pocztową uzyskano zwrotność

wynoszącą 64,8%⁴⁷. W zestawieniu dotyczącym zwrotności w 321 badaniach ankietowych opublikowanych w czasopismach medycznych w Stanach Zjednoczonych w 1991 roku, średnia zwrotność wyniosła 60%⁸¹. Zwrotność w badaniach ankietowych przeprowadzanych w Polsce jest często o wiele niższa niż w innych krajach i wg niektórych za sukces należy uznać zwrotność już na poziomie 30-35%⁸². W ankiecie przeprowadzonej wśród polskich lekarzy rodzinnych po jednym liście przypominającym uzyskano zwrotność wynoszącą 42%, podczas gdy w identycznym badaniu w Danii wyniosła ona 75%⁸³. W badaniach dotyczących satysfakcji pacjentów prowadzonych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia uzyskiwano zwrotność na poziomie 74,6% w odniesieniu do pacjentów ambulatoryjnych oraz powyżej 80% w przypadku pacjentów hospitalizowanych⁵⁷. Jednak badania te różniło od naszego kilka istotnych elementów. Po pierwsze, były one prowadzone w populacji pacjentów, którzy niedawno korzystali z usług zdrowotnych. Po drugie były one prowadzone w imieniu świadczeniodawcy i z powołaniem się na niego, a więc pacjenci mogli mieć poczucie bezpośredniej użyteczności wyników. Po trzecie, pacjenci hospitalizowani czują się bardziej zobowiązani do brania udziału w tego typu badaniach. Tymczasem nasze badanie było prowadzone w populacji ogólnej, przez instytucję niezależną od świadczeniodawcy (Uniwersytet Jagielloński), dzięki czemu jednak uzyskane wyniki były bardziej obiektywne. Powołanie się na współpracę z Kasą Chorych, która nie cieszyła się wysokim autorytetem w społeczeństwie mogło wpłynąć niekorzystnie na zwrotność. Do czynników, które także mogły obniżyć zwrotność w naszym badaniu, z pewnością należała głośnia w tym czasie „afery wąglikowa”, w czasie której media udzielały licznych porad dotyczących postępowania z nieznanymi przesyłkami pocztowymi. Ponadto w okresie poprzedzającym nasze badanie przeprowadzany był Narodowy Spis Powszechny. Otrzymanie kolejnej ankiety tuż po udzieleniu odpowiedzi ankietarowi mogło być negatywnie odebrane przez respondentów i z tego powodu pewna część mogła odmówić wzięcia udziału w badaniu. Ponadto nasze badanie było przeprowadzone w okresie urlopowym, w którym generalnie nie zaleca się prowadzenia ankietyzacji^{73,77}. Termin ten jednak paradoksalnie mógł korzystnie wpłynąć na zwrotność – osoby pracujące mają więcej czasu w miesiącach letnich i rzeczywiście, ankiety otrzymane przez nas w miesiącach letnich pochodziły od młodszych

respondentów. Uzyskana przez nas liczba ankiet na poziomie od 54 do 116 ankiet dla każdej z praktyk (średnio 92) może być uznana za wystarczającą. Dla osiągnięcia zadowalającej rzetelności wymagane jest uzyskanie 60 odpowiedzi w skali składającej się z pięciu pytań⁸⁴.

Reakcje respondentów na ankietę były skrajnie zróżnicowane. Obok prób szantażu i skierowania sprawy na drogę sądową (pod rzekomym pretekstem naruszenia dóbr osobistych), zanotowano także kilka pozytywnych faktów. Dwie osoby (w tym jedna starsza, z trudnością poruszająca się) osobiście przyniosły wypełnione ankiety. Pięć osób prosiło o przysłanie ankiety po otrzymaniu listu przypominającego (twierdziły one, że nie otrzymały pierwszego listu z ankietą). Jedna, niewidoma osoba w czasie swojego pobytu w szpitalu przysłała list przeprasający za nieprzysłanie ankiety na czas i odesłała ankietę tuż po wypisaniu ze szpitala.

W przyjętej metodyce wraz z drugim listem przypominającym do nie-respondentów wysłane zostały ponownie formularze ankiety oraz koperta zwrotna. Miało to na celu dotarcie do tych respondentów, którzy początkowo zlekceważyli bądź zagubili ankietę, lub do których ankiet nie dotarła. Świadczą o tym przypadki listów z prośbą o ponowne przesłanie ankiety. Wysyłka ta zaowocowała największą bezwzględnie liczbą otrzymanych ankiet. W piśmiennictwie dotyczącym ankiety pocztowej przyjmuje się, że liczba ankiet przychodzących w poszczególnych falach jest coraz mniejsza i w kolejnej stanowi w przybliżeniu połowę liczby z poprzedniej fali⁷⁷. Tymczasem w naszym badaniu ilość ankiet przychodząca w kolejnych falach była rosnąca, przy czym otrzymywane ankiety pochodziły od coraz młodszych respondentów. Powodem rosnącej zwrotności mogła być wzrastająca siła przekonywania kolejnych listów przypominających. W przypadku niektórych respondentów pierwsza ankietą mogła odegrać rolę, jaką odgrywa czasami stosowana w ankietach pocztowych pierwsza przesyłka zapowiadająca przeprowadzenie badania. Dokładne wyjaśnienie tego zjawiska wymaga jednak dalszych badań.

Innym (od ankiety pocztowej) sposobem dotarcia do pacjentów mógłby być wywiad osobisty, przy którym ankieter spotyka się osobiście z

respondentem⁷⁵. W metodzie tej zazwyczaj uzyskuje się wyższy odsetek odpowiedzi, przy założeniu, że respondent zgodzi się wziąć udział w badaniu. Jednak według firm przeprowadzających w Polsce badania opinii społecznej odsetek osób zgadzających się na spotkanie z ankierem zmniejszył się z 85% na początku lat dziewięćdziesiątych do 65%, a obecnie w dużych miastach osiąga zaledwie 30%⁸⁵. Tak więc mogłoby się okazać, że badanie przeprowadzone tą metodą byłoby mniej reprezentatywne. Metodę wywiadu osobistego cechują także wyższe koszty, które obejmują dobieranie, szkolenie i nadzorowanie osób prowadzących wywiady. Ponadto istnieje możliwość stronniczego wpływu osoby prowadzącej wywiad na otrzymane wyniki. Problemem jest też brak anonimowości badania - obecność osoby przeprowadzającej wywiad powoduje, że respondent może czuć się zobowiązany do odpowiedzi, których w istocie nie udzieliłby w innych okolicznościach. Wpływ ankietera na udzielone odpowiedzi może być znaczący⁷⁵. Do innych metod badawczych w ocenie jakości opieki należą między innymi metoda zdarzeń krytycznych (CIT) i strategia poprawy jakości (QIS)^{24,86}. W badaniach porównujących wywiad bezpośredni, wywiad telefoniczny oraz ankietę pocztową, ta ostatnia okazała się najbardziej kosztowo-efektywną metodą zbierania informacji, przy zwrotności i rzetelności porównywalnej z innymi metodami^{87,88,89}. Wymienione wyżej czynniki przemawiały za wyborem ankiety pocztowej jako metody badania.

Do czynników wpływających na zwrotność ankiet pocztowych należą m.in. tematyka badania, długość ankiety, forma graficzna, listy przypominające, opłacenie przesyłki zwrotnej, zleceniodawca badania, stosowana argumentacja w liście wyjaśniającym⁷⁷. Zasady te są uwzględnione w metodzie prowadzenia badań ankietowych, określanej jako Total Design Method (TDM)⁷³. Metoda ta opiera się na koncepcji wymiany społecznej (*social exchange*) jako przyczyny, dla której respondenci skłonni są do udzielenia odpowiedzi na ankietę pocztową. W zamian za czas poświęcony na wypełnienie ankiety oczekują oni jakiejś korzyści^{90,91}. Dlatego też w naszym badaniu zarówno w liście wprowadzającym, jak i w kolejnych listach przypominających odwoływano się właśnie do tych aspektów. Zapewniano w nich, że uzyskane wyniki posłużą do

wprowadzenia usprawnień w organizacji opieki, z których także i respondent będzie mógł skorzystać.

Wpływ długości ankiety na zwrotność w przypadku ankiet dotyczących opieki zdrowotnej jest o wiele mniejszy niż w badaniach marketingowych produktów lub usług rynkowych, w których nie zaleca się stosowania ankiet dłuższych niż czterostronicowe⁹². Wydaje się, że obszerność użytej przez nas dwudziestostronicowej ankiety nie miała negatywnego wpływu na zwrotność. Zamieszczenie szczegółowych pytań o dochód w rodzinie lub stan zdrowia respondenta raczej nie miały negatywnego wpływu na zwrotność⁹³. Odpowiedzi na te pytania były chętnie udzielane - respondent był poinformowany o dobrowolności udzielania odpowiedzi na każde z pytań. Zanotowano także przypadki, w których respondenci podawali swoje choroby spoza zastosowanej listy chorób przewlekłych. Użycie kopert z nadrukiem „Opłata pocztowa przerzucona na adresata” zamiast naklejonych znaczków mogło w niewielkim stopniu obniżyć zwrotność (respondenci są bardziej skłonni do odpowiedzi w takich przypadkach^{94, 95}: mogą być bardziej zmotywowani, żeby nie zmarnować znaczka), jednak pozwoliło istotnie zredukować koszty.

Porównując dane demograficzne respondentów i nie-respondentów w naszym badaniu stwierdzono, że proporcje mężczyzn i kobiet były w obydwu grupach podobne, natomiast średnia wieku nie-respondentów była o prawie 4 lata niższa od respondentów. W amerykańskim badaniu porównującym wiek, wykształcenie, zawód, status socjalny u 122 000 respondentów i 43 000 nie-respondentów w ankietach pocztowych nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie wymienionych charakterystyk pomiędzy obiema grupami⁹⁶. W innym z badań stwierdzono brak istotnych różnic dotyczących liczby i rodzaju chorób przewlekłych obecnych u respondentów i nie-respondentów⁹⁷.

W niniejszym badaniu wykorzystano kwestionariusz dotyczący globalnej, wieloaspektowej oceny pracy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, ocenianej nie na podstawie jednorazowego kontaktu z lekarzem, lecz na podstawie sumy dotychczasowych doświadczeń. W celu zminimalizowania wpływu ostatniej wizyty, kwestionariusz był dystrybuowany w populacji ogólnej. Innym ważnym

aspektem prowadzenia badań osób z list podopiecznych lekarza jest łatwość ustalenia operatu losowania, który w tym przypadku stanowi lista zadeklarowanych pacjentów. Metoda ankiety pocztowej może być szczególnie przydatna w tych sytuacjach, gdzie zachodzi potrzeba przeprowadzenia dużego, wielośrodkowego badania w krótkim okresie.

Uzyskana w naszym badaniu zwrotność pozwala na uogólnienie wyników uzyskanych przy pomocy ankiety pocztowej. Oznacza to, że ta może być z powodzeniem stosowana w badaniach naukowych w medycynie rodzinnej. Zaobserwowane przez nas zjawisko rosnącej liczby ankiet po kolejnych listach przypominających jest bardzo ciekawe i niesie z sobą bardzo ważne implikacje praktyczne. Pokazuje to bowiem, jak ważną rolę dla powodzenia badania odgrywają listy przypominające i że nie należy zniechęcać się początkową małą ilością otrzymanych ankiet. Wyjaśnienia wymaga jednak przyczyna rosnącej skuteczności kolejnych listów przypominających. Należałoby przede wszystkim sprawdzić, czy jest to zjawisko sezonowe, związane z wakacyjnym terminem prowadzenie badania, czy oznacza to, że aby dotrzeć do młodszych respondentów, rzeczywiście potrzebne jest wysłanie kilku listów przypominających. Potwierdzenie tej obserwacji w innych badaniach mogłoby w istotny sposób wpłynąć na metodykę przyszłych badań. Ponadto, zgodnie z sugestiami zawartymi w komentarzach respondentów, kolejne wersje ankiety powinny zostać rozszerzone o nowe elementy, takie jak ocena wizyt domowych (łatwość umówienia, czas oczekiwania, zwyczajowe opłaty za wizytę), które będą wymagały oceny trafności i rzetelności.

Kwestionariusz, który wykorzystano w naszym badaniu został opracowany w Stanach Zjednoczonych. Wyboru tego dokonano z kilku powodów. Stworzenie od podstaw nowego kwestionariusza jest bardzo czasochłonne i wymaga przeprowadzenia szeregu badań oceniających jego przydatność. Posłużono się narzędziem sprawdzonym w praktyce, o dużej trafności i rzetelności. Wykorzystanie wszechstronnie wytestowanego narzędzia pozwala także na przeprowadzenie porównań międzynarodowych. Podejście to jest czasem stosowane w naukach społecznych⁹⁸. Z badań opinii publicznej wiadomo, że Polacy oceniają o wiele gorzej system opieki zdrowotnej niż

Anglicy lub Amerykanie³¹. Choć ankieta została przygotowana w innych warunkach kulturowych, jednak jak wykazały nasze badania, narzędzie okazało się niewrażliwe na proces adaptacji i zachowało swoje właściwości. O uniwersalności narzędzia świadczy fakt, że zostało ono także zaadaptowane w Wielkiej Brytanii⁴⁸.

Metodyka przeprowadzonego badania polegała na uzyskaniu od respondenta odpowiedzi na szereg pytań dotyczących różnych aspektów jakości opieki zdrowotnej. Każde pytanie ma pewien błąd pomiaru, który można zmniejszyć stosując kilka pytań powiązanych w pewnym stopniu ze sobą. Pytania takie, rozpatrywane łącznie, tworzą jedną skalę, której wynik jest sumą odpowiedzi na poszczególne pytania^{75,24}. Tego typu skale i indeksy pomiarowe wykorzystywane są w naukach społecznych z kilku powodów. Po pierwsze pozwalają one na przedstawienie kilku zmiennych za pomocą jednego wyniku, co ułatwia analizowanie danych złożonych. Po drugie, skale i indeksy dostarczają miar ilościowych nadających się do obróbki statystycznej. Po trzecie, zwiększają one rzetelność pomiaru. Wynik otrzymany na skali (utworzonej z odpowiedzi na kilka pytań) jest bowiem traktowany jako bardziej rzetelny wskaźnik mierzonej własności, niż miara oparta na odpowiedzi na pojedyncze pytanie. Wysokie współczynniki rzetelności uzyskane w naszym badaniu świadczą o dużej wartości użytego narzędzia: udzielone przez respondentów odpowiedzi na poszczególne pytania dotyczące zbliżonych zagadnień, a więc tworzące jedną skalę, były ze sobą wysoko skorelowane. Porównanie wartości współczynników rzetelności (α Cronbacha) uzyskanych w naszym badaniu z wynikami oryginalnego kwestionariusza świadczy o zachowaniu właściwości psychometrycznych narzędzia w procesie jego adaptacji. Kolejnym warunkiem użyteczności zastosowanej metody jest potencjalna zdolność narzędzia do różnicowania między poszczególnymi ocenianymi jednostkami²⁴. Moc dyskryminacyjna kwestionariusza zależy od zmienności wyników w uzyskiwanych odpowiedziach – w naszym badaniu warunek ten został spełniony. W 10 spośród 12 skal zakres uzyskanych wyników osiągnął maksymalną wartość od 0 do 100, w przypadku pozostałych dwóch skal zakres ten przekroczył 90 punktów. Oznacza to, że uzyskane wyniki odzwierciedlały wszystkie możliwe opinie respondentów.

Przeprowadzone badanie polegało na porównaniu ocenianej przez pacjentów jakości opieki w różnych typach przychodni. Standardowe metody statystyczne oparte są na założeniu, że odpowiedzi poszczególnych osób są od siebie niezależne. W kontekście oceny na poziomie organizacji, jakimi są na przykład poszczególne przychodnie, odpowiedzi rzadko są niezależne. Istnieje bowiem tendencja do skupiania się w ramach tej samej organizacji osób o podobnych cechach⁶⁴. Wariancja wyników pomiędzy poszczególnymi przychodniami jest większa niż wariancja w obrębie danej przychodni. Spowodowane jest to trzema czynnikami: pacjenci samodzielnie wybierają swoją przychodnię i lekarza, wybór ten może być związany z charakterystyką pacjenta, taką jak płeć lub wiek⁹⁹. Ponadto mogą istnieć dodatkowe interakcje pomiędzy osobami w poszczególnych grupach (np. rozmowy pacjentów w poczekalni), które będą wpływały na ostateczny wynik. W naszym badaniu wystąpiły istotne różnice dotyczące charakterystyki demograficznej pacjentów poszczególnych typów przychodni: pacjenci lekarzy rodzinnych byli starsi, częściej byli osobami samotnymi, byli gorzej wykształceni i osiągnęli niższe całkowite średnie dochody w rodzinie. Czynniki związane z osobą pacjenta mogły mieć także wpływ na uzyskane wyniki. Od dawna wiadomo, że oceny dokonywane przez młodszych pacjentów są z reguły bardziej krytyczne niż w przypadku osób starszych wszystkich i dotyczyć to może wszystkich aspektów opieki^{24,100,101,102}. Płeć pacjenta odgrywa istotną rolę zarówno na poziomie procesu, jak i wyniku opieki¹⁰³. Kobiety chorują średnio na większą liczbę chorób¹⁰⁴, częściej też korzystają z opieki¹⁰⁵. Interpretacja przez lekarza występujących u pacjenta objawów może być inna w przypadku kobiety i mężczyzny¹⁰³, mogą występować także różnice w przebiegu konsultacji¹⁰⁶. Mogłoby z tego wynikać, że także płeć nie pozostaje bez wpływu na różnice w ocenie funkcjonowania podstawowej opieki, jednak nie znalazło to potwierdzenia w praktyce¹⁰¹. Natomiast inne zmienne, takie jak wykształcenie lub status socjalny, w niewielkim stopniu wpływają na ocenę jakości świadczeń¹⁰⁷. W naszym badaniu średnia liczba problemów zdrowotnych występujących u respondenta była zbliżona we wszystkich grupach przychodni i na stwierdzone różnice stan zdrowia nie miał wpływu. Wiadomo jednak, że inne są oczekiwania w stosunku do lekarza pacjentów z chorobami przewlekłymi

oraz bez chorób przewlekłych, co wskazuje na celowość odmiennego podejścia do tej grupy pacjentów¹⁰⁸. Jednak przeprowadzone dokładniejsze analizy w poszczególnych podgrupach demograficznych pacjentów (dolny i górny kwartył wiekowy, osoby samotne) wykazały, że stwierdzone przez nas różnice dotyczące oceny jakości opieki zdrowotnej są stałe i występują niezależnie od charakterystyki demograficznej pacjentów.

Lepsza dostępność organizacyjna praktyk lekarzy rodzinnych wydaje się być efektem podejmowanych przez nich wysiłków mających na celu ułatwienie korzystania z opieki lekarskiej. Stwierdzony poziom korelował nie tylko z wielkością praktyki, czego można było oczekiwać na podstawie wcześniejszych badań¹⁰⁹, lecz także z posiadaniem przez lekarza specjalizacji z medycyny rodzinnej. Oznacza to, że lekarze rodzinni prowadzący małe gabinety przykładają największą wagę do ułatwienia swoim pacjentom dostępu do świadczeń medycznych. Niekorzystne położenie przychodni, brak możliwości dodzwonienia się i uzyskania porady lekarza przez telefon, długie oczekiwanie na przyjęcie w przypadku nagłego zachorowania oraz długi czas oczekiwania na wizytę w przychodni w wielu przypadkach tworzą bariery utrudniające dostęp do świadczeń. W dużych przychodniach, powstałych na bazie dawnych przychodni państwowych, bardzo często nadal nie ma możliwości rejestracji z wyprzedzeniem na określony dzień i godzinę. Pacjenci muszą ustawiać się od siódmej rano w kolejkach, aby zapisać się do lekarza na dany dzień.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami wszyscy ubezpieczeni mają prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej^{110,111}, jednak występujące bariery i utrudnienia powodują, że koszty opieki ponoszone przez pacjenta mogą być znaczne. Lepsza ocena lekarzy rodzinnych w zakresie dostępności finansowej może oznaczać, że przy przepisywaniu leków częściej od innych lekarzy biorą pod uwagę możliwości ich wykupienia przez pacjenta. Należy także zauważyć, że populacja pacjentów lekarzy rodzinnych miała niższe dochody, co stawia wynik uzyskany przez lekarzy rodzinnych w jeszcze korzystniejszym świetle. Nie zawsze droższy lek ma udowodnioną większą skuteczność od leku tańszego. Na rynku obecnych jest wiele leków generycznych, które farmakologicznie nie różnią się od oryginałów. Często zdarza się, iż pacjent otrzymawszy zestaw

pięciu czy nawet dziesięciu leków przepisanych na receptę, w aptece dokonuje selekcji i wykupuje tylko część z nich. Nieco inna sytuacja ma miejsce w przypadku drugiego pytania badającego aspekt dostępności finansowej, a mianowicie oceny ilości pieniędzy wydawanych na lekarzy. W systemie bezpłatnego dostępu do opieki zdrowotnej pytanie to mogłoby wydawać się nieuzasadnione. Postanowiliśmy jednak zachować je w polskiej wersji kwestionariusza z kilku powodów. Po pierwsze, tworzone przez lekarzy ograniczenia w kierowaniu do specjalistów oraz wspomniane wcześniej trudności w dostaniu się do lekarza mogą zmuszać pacjentów do szukania pomocy poza systemem publicznej opieki zdrowotnej, w tym także prywatnych świadczeń lekarzy rodzinnych^{31,112}. Przyczyniać się do tego mogą także odległe terminy w publicznej służbie zdrowia i brak pomocy ze strony lekarza, któremu nie powierzono roli koordynatora opieki i nie pośredniczy on w ustalaniu terminu wizyty u specjalisty. Po drugie, w grę może także wchodzić wymaganie od pacjentów nieformalnych opłat za niektóre usługi, jak na przykład za wydanie skierowania. W badaniu przeprowadzonym w Polsce kilka lat temu oszacowano, że nieformalne opłaty za wizyty mogą stanowić nawet połowę przychodów lekarzy¹¹³. Po trzecie, wizyta u lekarza zawsze wiąże się z ponoszonymi przez pacjenta kosztami pośrednimi. Obejmują one takie koszty jak: dojazd do przychodni, utrata dochodów związana z nieobecnością w pracy, poświęcenie wolnego czasu na wizytę u lekarza¹¹⁴. Tak więc gorsza dostępność organizacyjna będzie się wiązała także z gorszą dostępnością finansową do opieki.

Wszystkie istniejące obecnie na rynku podmioty świadczące podstawową opiekę zdrowotną w Krakowie powstały w ciągu ostatnich kilku lat. W wielu przypadkach są to dawne przychodnie rejonowe, które zostały sprywatyzowane i funkcjonują bez większych zmian organizacyjnych. Natomiast lekarze rodzinni, w większości przypadków zakładający swoje praktyki *de novo*, zmuszeni byli do aktywnego zdobywania i utrzymania przy sobie pacjentów. Pacjenci wybierający swojego lekarza są bardzo konserwatywni i bardzo rzadko dokonują zmiany lekarza. W Wielkiej Brytanii, gdzie system wpisu na listę do lekarza funkcjonuje od lat, jedynie od 1,6% do 2,1% pacjentów zmienia swojego lekarza w ciągu roku^{115,116}. W wielu badaniach wykazano, że pacjenci bardzo

rzadko zmieniają swojego lekarza z powodu niezadowolenia z niego. Najczęstszą przyczyną zmiany lekarza jest odległość od przychodni oraz reputacja praktyki, której źródłem informacji są zwykle rodzina i znajomi¹¹⁷. W badaniu przeprowadzonym przez Wearne dotyczącym przyczyn wyboru danej przychodni, 41% pacjentów uzasadniło swój wybór odległością od ich miejsca zamieszkania, 25% pacjentów nie potrafiło podać szczególnej przyczyny wyboru danej przychodni, zaledwie 16% kierowało się reputacją placówki¹¹⁸. W badaniu opinii pacjentów zmieniających swojego lekarza, wśród podawanych przyczyn dominowały problemy związane z dostępnością: odległość od przychodni, trudności z umówieniem się na wizytę lub z dodzwonieniem się do lekarza¹¹⁶. W takich warunkach pozyskanie pacjentów na listę i wysoka ocena lekarzy rodzinnych w zakresie ciągłości opieki w czasie zasługuje na szczególne podkreślenie.

Ciągłość opieki w kolejnych wizytach w odczuciu pacjentów odgrywa bardzo ważną rolę¹¹⁹. Należy ją rozpatrywać w kontekście prezentowanego problemu medycznego¹²⁰. Jest bardzo ważna w przypadku problemów psychospołecznych, natomiast przy nagłych zachorowaniach i drobnych urazach ma o wiele mniejsze znaczenie. Istnieje wiele dowodów na to, że przyjmowanie pacjenta przez tego samego lekarza skutkuje wyższą satysfakcją pacjenta i lepszymi wynikami opieki¹²¹. W przychodniach, w których pracujący lekarze często się zmieniają, poziom zadowolenia pacjentów z opieki bardzo szybko maleje po zmianie lekarza¹²². Ciągłość opieki jest także związana z wiekiem pacjenta¹²³. Pacjenci w starszym wieku mają większe oczekiwania dotyczące ciągłości opieki i bardziej zależy im na kontakcie z wybranym przez siebie lekarzem niż pacjentom w młodszym wieku. We współczesnym świecie coraz rzadziej mamy jednak do czynienia z tradycyjną ciągłością opieki w pełnym tego słowa znaczeniu¹²⁴. Rośnie liczba lekarzy pracujących w niepełnym wymiarze godzin, opiekę całodobową przejmują wyspecjalizowane ośrodki¹²⁵. Dla zachowania ciągłości opieki ważna staje się więc nie tyle liczba, co natura i jakość kontaktów lekarza z pacjentem. W badaniu Guthrie stwierdzono, że w przychodniach z listą pacjentów przekraczającą 6000 nazwisk występuje istotne zmniejszenie ciągłości¹²³, dostępności i jakości opieki oraz poziomu ogólnej satysfakcji z opieki¹²¹. Pacjenci w dużych przychodniach

mają trudności z umówieniem się do swojego lekarza i często są przyjmowani przez innych lekarzy pracujących w przychodni. Jednym ze sposobów uniknięcia tego typu sytuacji może być wprowadzenie indywidualnych list pacjentów dla każdego lekarza. System ten funkcjonuje w Polsce w wielu dużych przychodniach. Odbywa się to często kosztem dostępności do opieki, ponieważ lekarze bardzo niechętnie przyjmują pacjentów spoza swojej listy. Prawdopodobnie z tego powodu w naszym badaniu duże przychodnie otrzymały stosunkowo wysoką, porównywalną z małymi ocenę w zakresie ciągłości opieki, przy znacznie gorszej ocenie dostępności organizacyjnej. Zwiększenie liczby przyjmowanych dziennie pacjentów przez lekarzy z dużymi listami podopiecznych może prowadzić z kolei do pogorszenia satysfakcji pacjenta z opieki, zmniejszenia ilości podejmowanych działań profilaktycznych^{126,127}.

Stwierdzone w badaniu różnice w ocenie jakości opieki pielęgniarskiej na korzyść lekarzy rodzinnych także należy przypisać wprowadzanym przez nich zmianom organizacyjnym. Uważny dobór średniego personelu medycznego, jego szkolenie, atmosfera w miejscu pracy przyczyniają się do większego zadowolenia pacjenta z tej opieki. W celu zwiększenia zakresu oferowanych usług, zmniejszenia obciążenia pracą lekarzy rodzinnych oraz redukcji kosztów opieki, w wielu krajach postuluje się, aby część zadań lekarzy przejmowały pielęgniarki^{128,129,130}. Odpowiednio wyszkolone osoby mogą pomóc w promocji zdrowia, postępowaniu w często spotykanych, typowych schorzeniach, opiece nad pacjentami z chorobami przewlekłymi^{131,132}. Istnieją dowody, że konsultacje przeprowadzone przez pielęgniarki i lekarzy rodzinnych mogą dać podobne wyniki w zakresie leczenia oraz zwiększyć satysfakcję pacjenta^{133,134,135,136}. W badaniu Myersa i wsp¹³⁰ satysfakcja pacjentów z konsultacji przeprowadzonych przez pielęgniarki była porównywalna z satysfakcją z konsultacji przeprowadzonych przez lekarzy. Pacjenci wysoko oceniali między innymi odmienny styl konsultacji pielęgniarskich oraz ich umiejętności związane z komunikacją z pacjentem. Można więc uznać, że umiejętność doboru i organizacji pracy średniego personelu medycznego mogą być istotnym czynnikiem wpływającym na ocenę jakości opieki postrzeganej przez pacjenta.

Lekarz rodzinny ma wyjątkowe możliwości prowadzenia działań profilaktycznych¹³⁷. Głównymi barierami w udzielaniu porad dotyczących stylu życia są ograniczony czas konsultacji lekarskiej oraz często spotykana opinia, że zalecenia zmiany stylu życia są mało skuteczne¹³⁸. Tymczasem metaanaliza obejmująca 37 badań wykazała skuteczność zaleceń lekarskich tylko w odniesieniu do zaprzestania palenia tytoniu i ograniczenia spożycia alkoholu¹³⁹. W przypadku zaleceń zwiększenia ilości wysiłku fizycznego pozytywna reakcja pacjentów była często krótkotrwała i wywołanie trwałej zmiany wymagało częstego powtarzania zaleceń. Wyniki dotyczące modyfikacji diety były niejednoznaczne i nie udało się wyciągnąć żadnych ogólnych wniosków. Do czynników zwiększających częstość udzielania porad profilaktycznych należą: dobra komunikacja lekarza z pacjentem, duża wiedza lekarza o pacjencie oraz wysoki stopień koordynacji opieki¹⁴⁰. W naszym badaniu nie stwierdziliśmy istotnych różnic w zakresie częstości udzielania porad dotyczących stylu życia pomiędzy poszczególnymi typami przychodni, chociaż częstość ta była najmniejsza w przypadku lekarzy rodzinnych. W programach kształcenia tych ostatnich należałoby kłaść większy nacisk na udzielanie porad odnoszących się do prawidłowego, prozdrowotnego stylu życia¹⁴¹.

Celem naszego badania było porównanie jakości opieki w przychodniach różniących się wielkością oraz specjalizacją pracujących w nich lekarzy. W Wielkiej Brytanii bardziej zadowoleni z opieki medycznej są pacjenci małych przychodni w porównaniu z dużymi¹⁴². Gabinety prowadzone przez jednego-dwóch lekarzy rodzinnych są chętniej wybierane przez pacjentów z powodu większej dostępności opieki¹²¹. Jakość świadczeń w tego typu przychodniach, nawet gdy są one położone na terenach wiejskich, nie jest gorsza niż w dużych jednostkach¹⁴³. Posiadanie przez lekarza specjalizacji z medycyny rodzinnej miało w naszym badaniu istotny wpływ na jakość opieki. Wpływ ten był jednak widoczny jedynie w czterech spośród dwunastu badanych aspektów opieki i we wszystkich przypadkach odnosił się do elementów struktury opieki. Najwyższy poziom ogólnej satysfakcji pacjentów zanotowano wśród pacjentów lekarzy rodzinnych. Nie stwierdzono natomiast wpływu specjalizacji lekarza na proces opieki, a więc takie elementy jak na przykład komunikacja lekarza z pacjentem czy integracja opieki. Niewiele jest badań dotyczących wpływu specjalizacji

lekarza opieki podstawowej na jakość tej opieki. Są one możliwe jedynie w tych krajach, w których podstawową opiekę zdrowotną świadczą lekarze różnych specjalności, a więc np. w Stanach Zjednoczonych¹⁴⁴. Cherkin i wsp.¹⁴⁵ porównując jakość opieki świadczonej przez lekarzy rodzinnych i internistów nie stwierdzili istotnych różnic w odniesieniu do takich elementów opieki jak dostępność, człowieczeństwo, czy ogólna satysfakcja z opieki. Różnic tych nie stwierdzono także w innych badaniach, w których porównywano udzielanie świadczeń profilaktycznych¹⁴⁶ oraz końcowy wynik opieki¹⁴⁷ udzielanej przez lekarzy różnych specjalności. Od dawna wiadomo natomiast, że lekarze specjaliści wykonują więcej badań diagnostycznych¹⁴⁸, co zwiększa koszty opieki^{149,150}. W badaniu przeprowadzonym przez Grumbacha i wsp.¹⁵¹ stwierdzono, że lekarze pracujący w tych samych warunkach organizacyjnych, takich jak wielkość przychodni i sposób finansowania, osiągają podobne wyniki dotyczące jakości opieki i satysfakcji pacjenta. Z badań tych wynika, że środowisko pracy ma większe znaczenie dla jakości opieki niż specjalizacja lekarzy^{152, 153}.

Uzyskane w naszym badaniu wyniki świadczą o tym, że ani specjalizacja lekarza, ani wielkość przychodni nie mają wpływu na proces opieki (integracja opieki, komunikacja z pacjentem, badanie fizykalne, stosunki międzyludzkie, zaufanie). Wyniki dotyczące tych aspektów opieki były podobne we wszystkich typach przychodni. Nasuwa się sugestia, iż należałoby zmodyfikować programy specjalizacji z medycyny rodzinnej, aby poprawić jakość świadczonej przez nich opieki w stosunku do innych lekarzy. Dotychczasowe doświadczenia w tym zakresie nie są jednak zachęcające. W kanadyjskim badaniu, w którym porównywano skuteczność działań edukacyjnych, nie stwierdzono różnic w jakości opieki, liczbie przepisywanych leków oraz satysfakcji pacjentów przed i po kursach doskonalących¹⁵⁴. Do innych czynników związanych z osobą lekarza mogących mieć wpływ na uzyskane wyniki należą jego wiek i płeć. Wiadomo bowiem, że szczególnie kobiety w pewnych okolicznościach mogą wybierać lekarzy płci żeńskiej⁹⁹. W jednym z badań satysfakcji pacjentów płeć lekarza nie miała wpływu na satysfakcję pacjenta z opieki, natomiast satysfakcja była tym mniejsza im starsi byli lekarze¹⁴².

W naszym badaniu populację badaną stanowili pacjenci znajdujący się w rejestrze Małopolskiej Regionalnej Kasy Chorych. Ten sposób wyboru populacji mógł stać się źródłem kilku błędów, powodujących nieuwzględnienie w badaniu niektórych osób: niekompletność danych w Kasie Chorych, brak na listach świadczeniodawców tych pacjentów, którzy nie złożyli deklaracji wyboru lekarza POZ; błędy związane z procesem weryfikacji list pacjentów w Kasie Chorych – pominięcie pacjentów na listach świadczeniodawców, pomimo złożenia przez nich deklaracji i korzystania z usług danej jednostki. Przeprowadzone badanie w swoim założeniu opierało się na ocenie pracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej przez pacjentów. Oceny takiej powinni dokonać wyłącznie pacjenci korzystający z usług swoich lekarzy, a więc ci, którzy złożyli odpowiednie deklaracje i są wpisani na listę pacjentów w danej jednostce. Wydaje się więc, że docelowa populacja została właściwie zdefiniowana. Znaczącym problemem w naszym badaniu okazała się natomiast nieaktualność list pacjentów wynikająca z procesów migracji (zgony, zmiana miejsca zamieszkania, zmiana lekarza); dotyczyła ona około 7% pacjentów z bazy adresowej, którą otrzymano z Kasy Chorych.

Bieżące badanie zostało przeprowadzone wśród pacjentów krakowskich placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Kraków należał do pionierów wprowadzania zmian w podstawowej opiece zdrowotnej^{155,156}. Pierwsze praktyki lekarzy rodzinnych pracujące w oparciu o listę pacjentów powstały tutaj już w 1996 r., na długo przed wprowadzeniem reformy całego systemu¹⁵⁷. Dzięki temu lekarze rodzinni zdążyli wypracować sobie pewną pozycję na rynku usług medycznych i są dobrze znani swoim pacjentom. Ocena ich działalności opierała się więc na kilku latach doświadczeń wyniesionych z wcześniejszych kontaktów. W wielu rejonach kraju proces zmian w podstawowej opiece zdrowotnej rozpoczął się znacznie później i nie jest jeszcze tak zaawansowany jak w Krakowie¹⁵⁵. Wyniki badania przeprowadzonego w innych warunkach mogłyby więc być odmienne. Z uwagi na krótszy czas doświadczeń ocena pacjentów mogłaby być bardziej podatna na przypadkowe opinie i w związku z tym uzyskane wyniki mogłyby być mniej wiarygodne. Na uzyskane przez nas wyniki mógł wpłynąć charakter szkoleniowy wszystkich praktyk lekarzy rodzinnych objętych badaniem. W odróżnieniu od lekarzy w innych

przychodniach, lekarze rodzinni w Krakowie od kilku lat współpracują z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w kształceniu zarówno na poziomie przeddyplomowym, jak i podyplomowym. Z wcześniejszych badań wiadomo, że obecność w przychodni studentów i lekarzy w trakcie specjalizacji wpływa negatywnie na satysfakcję pacjentów z opieki¹⁴². Czynniki te powinny zostać uwzględnione w przyszłych badaniach.

Oparcie podstawowej opieki zdrowotnej na instytucji lekarza rodzinnego wymaga odpowiedniego przygotowania zawodowego lekarzy¹⁵⁸. Spośród około 20 tysięcy lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej w chwili obecnej tylko około 5,5 tysiąca posiada specjalizację z medycyny rodzinnej. W celu pełnej implementacji idei medycyny rodzinnej niezbędne jest więc przeszkolenie wielu tysięcy lekarzy. Przeprowadzone wcześniej własne badania wskazują na niedocenianie przez lekarzy szkolących się w medycynie rodzinnej tak ważnych aspektów opieki, jak np. relacje lekarz-pacjent¹⁵⁹. W bieżącym badaniu okazało się, że w zakresie takich elementów procesu opieki, jak komunikacja lekarza z pacjentem, zaufanie pacjenta do lekarza czy integracja opieki, nie ma istotnych różnic pomiędzy lekarzami ze specjalizacją z medycyny rodzinnej oraz bez tej specjalizacji. Oznacza to, że obecne programy specjalizacji w niewielkim stopniu wpływają na umiejętności lekarzy w tych obszarach i należałoby je pod tym kątem zmodyfikować. W szczególności mała częstość udzielania przez lekarza porad dotyczących stylu życia wymaga bardziej intensywnego szkolenia lekarzy w zakresie profilaktyki chorób. Na podstawie naszego badania wydaje się więc, że odpowiedniej zmiany wymaga zarówno program specjalizacji z medycyny rodzinnej¹⁶⁰ jak i programy szkoleń przed- i podyplomowych^{161,162,163}, w tym Szkoły Tutorów lekarzy rodzinnych¹⁶⁴. Ponadto na poprawę jakości opieki w istotnym stopniu wpłynąć może dostarczenie lekarzom zwrotnej informacji na temat satysfakcji pacjentów ze świadczonej przez nich opieki^{165,166}.

Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce dąży do stworzenia systemu akredytacji praktyk lekarzy rodzinnych, ustalając minimalne standardy, jakie każda z placówek podstawowej opieki zdrowotnej powinna spełniać. Jednym z elementów tego systemu ma być prowadzenie badań satysfakcji pacjentów z

opieki, podobnie jak ma to miejsce w Wielkiej Brytanii^{24,167}. Przygotowanie odpowiednich narzędzi i opracowanie metodyki tego typu badań w polskich warunkach będzie więc ważnym elementem systemu zapewnienia jakości w podstawowej opiece zdrowotnej.

6. WNIOSKI

1. Ocena poszczególnych aspektów podstawowej opieki zdrowotnej przez pacjentów jest wysoce zróżnicowana: pacjenci bardzo wysoko oceniają ciągłość opieki swojego lekarza, opiekę pielęgniarską i komunikację lekarza z pacjentem. Najgorzej przez pacjentów zostały ocenione: udzielanie przez lekarza porad dotyczących stylu życia, dostępność finansowa do opieki i wiedza lekarza o pacjencie.
2. Występują istotne różnice w ocenie jakości opieki w różnych typach przychodni w podstawowej opiece zdrowotnej. Największe różnice dotyczą organizacyjnych aspektów opieki (dostępność opieki, ciągłość opieki, opieka pielęgniarska).
3. Obserwowane różnice jakości opieki są związane zarówno z wielkością przychodni, jak i ze specjalizacją lekarzy w nich pracujących: lepiej ocenione zostały małe przychodnie w porównaniu z dużymi oraz przychodnie prowadzone przez lekarzy rodzinnych w porównaniu z innymi lekarzami.
4. Istnieje potrzeba modyfikacji programów specjalizacji z medycyny rodzinnej, w celu poprawy jakości opieki w zakresie elementów dotyczących procesu opieki (komunikacja lekarza z pacjentem i wiedza lekarza o pacjencie, udzielanie porad profilaktycznych, integracja opieki).
5. Ankieta pocztowa jest dobrym narzędziem służącym do badania satysfakcji pacjentów i jakości opieki. Opracowane w innych krajach kwestionariusze służące do oceny jakości opieki mogą być adaptowane i wykorzystane do tego typu badań prowadzonych w Polsce.

7. STRESZCZENIE

Celem badania było zbadanie jakości podstawowej opieki zdrowotnej ocenianej przez pacjenta i określenie najlepiej i najgorzej ocenianych elementów opieki, oraz zbadanie wpływu wielkości przychodni i specjalizacji pracujących w nich lekarzy na postrzeganą przez pacjentów jakość podstawowej opieki zdrowotnej.

Badanie zostało przeprowadzone metodą ankiety pocztowej. Ankiety wysłano do 2127 pacjentów z list 12 wybranych drogą losową przychodni i praktyk lekarzy rodzinnych w Krakowie reprezentujących trzy wyróżnione typy jednostek podstawowej opieki zdrowotnej: duże i małe przychodnie, w których pracują lekarze bez specjalizacji z medycyny rodzinnej oraz małe przychodnie prowadzone przez lekarzy ze specjalizacją z medycyny rodzinnej. W celu przeprowadzenia badania przetłumaczono i zaadaptowano kwestionariusz „Primary Care Assessment Survey”. Kwestionariusz oceniał następujące aspekty opieki: dostępność finansowa i organizacyjna, ciągłość opieki w czasie i w oparciu o kolejne wizyty, wiedza lekarza o pacjencie, udzielanie porad stylu życia, integracja opieki, komunikacja lekarza z pacjentem, opieka pielęgniarska, dokładność badania fizykalnego, stosunki międzyludzkie oraz zaufanie pacjenta do lekarza.

Uzyskano ogółem 1171 ankiet, zwrotność wyniosła 58,9%. Ocena poszczególnych aspektów podstawowej opieki zdrowotnej przez pacjentów była wysoce zróżnicowana: pacjenci bardzo wysoko oceniali ciągłość opieki swojego lekarza, opiekę pielęgniarską i komunikację lekarza z pacjentem, natomiast najgorzej ocenione zostały: udzielanie przez lekarza porad dotyczących stylu życia, dostępność finansowa do opieki i wiedza lekarza o pacjencie. Stwierdzono istnienie istotnych różnic w ocenie jakości organizacyjnych aspektów opieki (dostępność opieki, ciągłość opieki, opieka pielęgniarska) w różnych typach przychodni w podstawowej opiece zdrowotnej. Obserwowane

różnice jakości opieki związane były zarówno z wielkością przychodni jak i ze specjalizacją lekarzy w nich pracujących: lepiej ocenione zostały małe przychodnie w porównaniu z dużymi oraz przychodnie prowadzone przez lekarzy rodzinnych w porównaniu z innymi lekarzami. Ankieta pocztowa okazała się być dobrym narzędziem służącym do badania satysfakcji pacjentów i jakości opieki.

8. PIŚMIENNICTWO

-
- ¹ Włodarczyk WC. Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Kraków, 1998.
- ² Łuczak J. Karta lekarzy rodzinnych. W: ABC lekarza rodzinnego, Termedia, Poznań 1997.
- ³ The European Definition of General Practice/Family Medicine, WONCA EUROPE 2002
- ⁴ Dla dobra publicznego. Dokument programowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. AKTIS, Łódź 2002
- ⁵ Stange K, Jaen CR, Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF, Zyzanski SJ. The value of a family physician. *J Fam Pract* 1998; 5:363-7.
- ⁶ Sinusas K. Patients' attitudes toward the closing of a medical practice. *J Fam Pract* 1989 May;28(5):561-4
- ⁷ Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q.* 1966;44(suppl):166-206.
- ⁸ Tomasik T, Windak A, Król ZJ, Jacobs M. Podstawy poprawy jakości w medycynie rodzinnej. *Zdrowie i Zarządzanie*, Kraków 2002.
- ⁹ Donabedian A. The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis. Health Administration Press. Ann Arbor, Michigan 1985
- ¹⁰ Donabedian A. Evaluating physician competence. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000;78(6):857-860.
- ¹¹ Armstrong D, Grace J. Research methods and audit in general practice. Oxford University Press. Oxford, 1994.
- ¹² Rethans JJ, Sturmans F, Drop R, van der Vleuten C. Assessment of the performance of general practitioners by the use of standardized (simulated) patients. *Br J Gen Pract* 1991 Mar;41(344):97-9
- ¹³ Luck J, Peabody JW. Using standardised patients to measure physicians' practice: validation study using audio recordings. *BMJ* 2002; 325:679-682.
- ¹⁴ Coleman T. Using video-recorded consultations for research in primary care: advantages and limitations. *Fam Pract* 2000 Oct;17(5):422-7
- ¹⁵ Soto CM, Kleinman KP, Simon SR. Quality and correlates of medical record documentation in the ambulatory care setting. *BMC Health Service Research* 2002;2:22.
- ¹⁶ Stange KC, Zyzanski SJ, Smith TF, Kelly R, Langa DM, Flocke S.A. How valid are medical records and patient questionnaires for physician profiling and health services research? A comparison with direct observation of patients visits. *Medical Care* 1998, 36:851-867.
- ¹⁷ Giuffrida A, Gravelle H, Roland M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. *BMJ* 1999;319:94-8.
- ¹⁸ Hoult L. Why do patients call out-of-hours following a recent consultation with their GP? A qualitative study in one general practice. *Fam Pract* 1998; 15:S30-S35.
- ¹⁹ Stott N, Kinnersley P, Elwyn GJ. Measuring general practice-based primary care: generic outcomes. *Fam Pract* 1997 14;486-491.

-
- ²⁰ Norman GR, Davis DA, Lamb S, Hanna E, Caulford P, Kaigas T. Competency assessment of primary care physicians as part of a peer review program. *JAMA* 1993;270:1046-51.
- ²¹ Wensing M i wsp. Quality assessment using patients' evaluation of care. *Eur J Gen Pract.* 1998 (4) Dec 155-158.
- ²² Tomasik T, Windak A, Król Z, Jacobs M. Wprowadzenie do procesów poprawy jakości w medycynie rodzinnej. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Kraków, 1996.
- ²³ Fitzpatrick R Patient Satisfaction Surveys – important general considerations. *BMJ* 1991;302: 887-9.
- ²⁴ Medical audit in primary health care. Lawrence M, Schofield T (Edit) Oxford University Press, 1993.
- ²⁵ Schroeder P. Improving quality and performance. Concepts, programs and techniques. Mosby Year Book, 1994.
- ²⁶ Concato J, Feinstein AR. Asking patients what they like: overlooked attributes of patient satisfaction with primary care. *Am J Med.* 1997; 102:399-406.
- ²⁷ Haddad S, Potvin L, Roberge D, Pineault R, Remondin M. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Fam Pract* 2000; 17:21-29.
- ²⁸ Rosenthal GE The use of patient perceptions in the evaluation of health-care delivery systems. *Med Care* 1997; 35 (11 Suppl): NS58-NS68.
- ²⁹ Rashid A i wsp. Consultation in general practice: a comparison of patients' and doctors' satisfaction. *BMJ* 299, 1015-1016
- ³⁰ Rohrbaugh M, Rogers JC. What did the doctor do? When physicians and patients disagree. *Arch Fam Med* 1994 Feb;3(2):125-8; discussion 129
- ³¹ Zadowolenie z opieki zdrowotnej. Komunikat z badań. Centrum Badań Opinii Społecznej Warszawa, październik 2002.
- ³² Cieślak P. Personel Medyczny w oczach pacjentów. *Służba zdrowia* 2002; 5:15.
- ³³ Seddon ME, Marshall MN, Campbell SM, Roland MO. Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *Quality in Health Care* 2001; 10:152-8.
- ³⁴ Baker R, Roland M. General practice: continuous quality improvement since 1948. *Br J Gen Pract* 2002 Qual Suppl S2-S3.
- ³⁵ General Practice Research in Dutch Academia. Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences, Medical Committee, Amsterdam 1994.
- ³⁶ National Surveys of NHS patients. *General Practice* 1998. NHS Executive, London 1999.
- ³⁷ Sixma HJ i wsp. Patient satisfaction with the General Practitioner. *Med Care* 1998;36:212-229.
- ³⁸ Van Campen C, Sigma S, Ariele RD, Kerssens JJ, Peters L. Quality of care and patient satisfaction: review of measuring instruments. *Med. Care Res Rev* 1995;52:109-33.
- ³⁹ Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care* 1999;11:319-328.

-
- ⁴⁰ Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ. A comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations. *Fam Pract* 1998;15:165-171.
- ⁴¹ Steine S, Finset A, Laerum E. A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. *Fam Pract* 2001;18:410-418.
- ⁴² Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK. Developing a 'consultation quality index' (CQI) for use in general practice. *Fam Pract* 2000;17:455-461.
- ⁴³ Paterson C. Measuring outcomes in primary care: a patient generated measure, MYMOP, compared with the SF-36 health survey. *BMJ* 1996;312:1016-1020.
- ⁴⁴ Sixma HJ, van Campen C, Kerssens JJ, Peters L. Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-Elderly instrument. *Age and Ageing* 2000;29:173-178.
- ⁴⁵ Laerum E, Steine S, Finckenhagen M, Finset A. The final version of the Patient Perspective Survey (PPS): a new tool to improve consultation outcome and patient participation in general practice patients with complex health problems. Doctors' and patients' evaluation and guidelines for clinical use. *Fam Pract* 2002;19:264-271.
- ⁴⁶ McKinley RK, Manku-Scott T, Hastings AM, French DP, Baker R. Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the United Kingdom: development of a patient questionnaire. *BMJ* 1997; 314:193-198.
- ⁴⁷ Safran DG et al. The Primary Care Assessment Survey. Tests of Data Quality and Measurement Performance. *Med Care* 1998, 36: 728-739.
- ⁴⁸ Ramsay J i wsp. The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. *Fam Pract* 2000, 17:372-379.
- ⁴⁹ Grol R and Wensing M: Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument. *EQUIP* 2000.
- ⁵⁰ Meakin R, Weinman J. The 'Medical Interview Satisfaction Scale' (MISS-21) adapted for British general practice. *Fam Pract* 2002;19:257-263.
- ⁵¹ Pawlikowska TRB, Nowak PR, Szumilo-Grzesik W, Walter JJ. Primary care reform: a pilot study to test the evaluative potential of the Patient Enablement Instrument In Poland. *Fam Pract* 2002; 19(2):197-201
- ⁵² Eldar R. Activities for Quality of Care Improvement in the countries of Central Eastern Europe. *CMJ* 2001; 42(6):692-695.
- ⁵³ Kersnik J. An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. *Int J Qual Health Care* 2002; 12(2):143-147.
- ⁵⁴ Polluste K, Kalda R, Lember M. Primary health care system in transition: the patient's experience. *Int J Qual Health Care* 2000; 12(6):503-509.
- ⁵⁵ Grielen SJ, Boerma WG, Groenewegen PP. Science in practice: can health care reform projects in central and eastern Europe be evaluated systematically? *Health Policy* 2000; 53:73-89.
- ⁵⁶ Lawthers AG, Rozanski BS, Nizankowski R, Rys A. Using patient surveys to measure the quality of outpatient care in Krakow, Poland. *Int J Qual Health Care* 1999 Dec;11(6):497-506

-
- ⁵⁷ Banaszewska A. Wykorzystanie techniki ankiety pocztowej do badań satysfakcji pacjenta. *Zdrowie i Zarządzanie* 1999; I(3):70-74.
- ⁵⁸ Służba zdrowia w opiniach mieszkańców Krakowa. Raport cząstkowy z badań. Instytut Badań Marketingowych i Społecznych VRG Strategia, Kraków 2002.
- ⁵⁹ Jakość i dostępność usług zdrowotnych. Część I i II. *Zdrowie i Zarządzanie*, Kraków 2002.
- ⁶⁰ Szydłowski J, Mierzecki A, Gilewska A. Próba oceny dostępności do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Przychodni Rejonowej i Poradni Medycyny Rodzinnej. *Problemy Medycyny Rodzinnej*, 2000; II(1):46-50.
- ⁶¹ Pilecka D. „O Skandynawii i o Polsce”. *Forum Reformy Służby Zdrowia Rok VII Zeszyt 33*. Warszawa 1999.
- ⁶² Gang Xu. Estimating sample size for a descriptive study in quantitative research. *Quirk's Marketing Research Review*, June 1999.
- ⁶³ Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa, 1999.
- ⁶⁴ Ukoumunne OC, Gulliford MC, Chinn S, Sterne JAC, Burney PGJ. Methods for evaluating area-wide and organization-based interventions in health and health care: a systematic review. *Health Technol Assess* 1999;3(5).
- ⁶⁵ Ryder R. Zasady doboru grupy badawczej. *Problemy Medycyny Rodzinnej*, 2000; II(1):15-21.
- ⁶⁶ Informator Małopolskiej Regionalnej Kasy Chorych 2001 dla świadczeniodawców, Małopolska Regionalna Kasa Chorych, Kraków 2001
- ⁶⁷ Informator Usług Medycznych w Krakowie: www.krakow.pl/zdrowie
- ⁶⁸ Oficjalny Spis Poczтовых Numerów Adresowych, Wydanie IV. Poczta Polska Warszawa 1995.
- ⁶⁹ Ustawa o z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926.
- ⁷⁰ Dukaczewska-Nałęcz A. Zogniskowane wywiady grupowe – jakościowa technika badawcza. W: *Spojrzenie na metodę. Studia z metodologii badań socjologicznych*. IFIS PAN, Warszawa, 1999.
- ⁷¹ Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD, A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary test of reliability and validity, *ed Care* 34:3;220-33 Mar 1996.
- ⁷² Chronic Condition checklist ©1990 New England Medical Center Hospitals
- ⁷³ Dillman DA. *Mail and internet surveys: the Tailored Design Method*. John Wiley and Sons, New York 1999.
- ⁷⁴ Jędrychowski W. *Metoda zbierania wywiadów lekarskich i budowa kwestionariuszy zdrowotnych*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1982.
- ⁷⁵ Nachmias CF, Nachmias D. *Metody badawcze w naukach społecznych*. Zysk i S-ka Wydawnictwo. Poznań. 2001.
- ⁷⁶ American Psychological Association. *Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice*. Biblioteka Psychologa Praktyka, t I. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa, 1985.

-
- ⁷⁷ Mangione TW. Ankietowanie pocztowe w badaniach marketingowych i socjologicznych. Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa 1999.
- ⁷⁸ Tai SS, Nazareth I, Haines A, Jowett C. A randomized trial of the impact of telephone and recorded delivery reminders on the response rate to research questionnaires. *J Public Health Med* 1997 Jun;19(2):219-21.
- ⁷⁹ SPSS Base 10.0 User's Guide. SPSS Inc. Chicago 1999.
- ⁸⁰ Kaczmarczyk S. Badania marketingowe. Metody i techniki PWE Warszawa 1991.
- ⁸¹ Asch DA, Jedrzejewski MK, Christakis N. Response rates to mail surveys published in medical journals. *J Clin Epidemiol* 1997; 50:1129-1136.
- ⁸² Sztabiński F. Ankieta pocztowa i wywiad kwestionariuszowy. Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1997.
- ⁸³ Ołtarzewska AM, Nexoe J, Rawicka-Powierza J, Kragstrup J. Postrzeganie ryzyka wystąpienia choroby i korzyści z prewencji. *Badania wśród polskich lekarzy rodzinnych. Problemy Medycyny Rodzinnej* 2002; IV: 1 12-16.
- ⁸⁴ Wensing M, van de Vleuten C, Grol R, Felling A. The reliability of patients' judgements of care in general practice: how many questions and patients are needed? *Qual Health Care* 1997 Jun;6(2):80-5.
- ⁸⁵ Więcka A. Nie z nami fokus pokus. *Newsweek* 16.02.2003
- ⁸⁶ Chmielewski D. Metoda CIT – narzędzie w badaniu satysfakcji pacjentów. *Służba Zdrowia* 2002;5-8:16-17.
- ⁸⁷ Campen C van, Sixma HJ, Kerssens JJ, Peters L. Comparisons of the costs and quality of patient data collection by mail versus telephone versus in-person interviews. *Eur J Publ Health* 1998; 8:66-70.
- ⁸⁸ Williams RL, Crabtree BF, O'Brien C, Zyzanski S, Gilchrist VJ. Practical tools for qualitative community-oriented primary care community assessment. *Fam Med* 1999;31(7):488-94.
- ⁸⁹ Medina CE, Goldszer RC, Krupinski JA. Assessing patient satisfaction on a general medicine service: utility of an on-site survey. *JCOM* 2001;8(7):21-25.
- ⁹⁰ Bauman Z. *Socjologia*. Wydawnictwo Zysk i S-ka. Poznań 1999.
- ⁹¹ Malawski M, Wieczorek A, Sosnowska H. *Konkurencja i kooperacja. Teoria gier w ekonomii i naukach społecznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa 1997.
- ⁹² *Badania ankietowe z SPSS. Wskazówki i sugestie*. SPSS Polska, Kraków 2002.
- ⁹³ Shah S, Harris TJ, Rink E, DeWilde S, Victor C, Cook D. Do income questions and seeking consent to link medical records reduce survey response rates? A randomised controlled trial among older people. *Br J Gen Pract* 2001;51:223-225.
- ⁹⁴ Choi BC, Pak AW, Purdham JT. Effects of mailing strategies on response rate, response time, and cost in a questionnaire study among nurses. *Epidemiology* 1990;1:72-4.
- ⁹⁵ Urban N, Anderson GL, Tseng A. Effects on response rates and costs of stamps vs business reply in a mail survey of physicians. *J Clin Epidemiol* 1993;46:455-9.

-
- ⁹⁶ Barton J, Bain C, Hennekens CH, Rosner B, Belanger C, Roth A, Speizer FE. Characteristics of respondents and non-respondents to a mailed questionnaire. *Am J Public Health* 1980;70(8):823-5.
- ⁹⁷ den Akker M, Buntinx F, Metsemakers J, Knottnerus JA. Morbidity in responders and non-responders in a register-based population survey. *Fam Pract* 1998; 15:261-263.
- ⁹⁸ Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Ribacke M, Spenser T, Szecsenyi J. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999; 16:4-11.
- ⁹⁹ Phillips D, Brooks F. Women patients' preferences for female or male GPs. *Fam Pract* 1998;15(6):543-547.
- ¹⁰⁰ Hall JA, Dornan M. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med* 1990; 30:811-8.
- ¹⁰¹ Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Quality in Health Care* 2001; 10:90-95.
- ¹⁰² Jacobson LD, Mellanby AR, Donovan C, Taylor B, Tripp JH. Teenagers' views on general practice consultations and other medical advice. *Fam Pract* 2000 17:156-158.
- ¹⁰³ Malterud K, Okkes I. Gender differences in general practice consultations: methodological challenges in epidemiological research. *Fam Pract* 1998; 15:404-410.
- ¹⁰⁴ Van Wijk CMTG, Kolk AM, van den Bosch WJHM, van den Hoogen HJM. Male and female morbidity in general practice: The nature of sex differences. *Soc Sci Med* 1992; 35:665-678.
- ¹⁰⁵ Cleary PD, Mechanic D, Greenley JR. Sex differences in medical care utilization: an empirical investigation. *J Health Soc Behav* 1982; 23:106-119.
- ¹⁰⁶ Roter D, Lipkin M, Korsgaard A. Sex differences in patients' and physicians communication during primary care medical visits. *Med Care* 1991; 29:1083-1093.
- ¹⁰⁷ Fiscella K, Goodwin MA, Stange KC. Does patient educational level affect office visits to family physicians? *J Natl Med Assoc* 2002 Mar;94(3):157-65.
- ¹⁰⁸ Czachowski S. Obraz lekarza rodzinnego w percepcji pacjentów z chorobą przewlekłą. *Problemy Medycyny Rodzinnej* 2002; vol. IV październik 18-23.
- ¹⁰⁹ Steven ID, Douglas RM. Dissatisfaction in general practice: What do patients really want? *Med J Aust* 1988;148:280.
- ¹¹⁰ Ustawa z 6 lutego 1997 o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. *Dz. U.* 1997 r. Nr 28, poz. 153.
- ¹¹¹ Ustawa z 23 stycznia o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. *Dz. U.* nr 45, poz. 391.
- ¹¹² Marshall MN. How well do GPs and hospital consultants work together? A survey of the professional relationship. *Fam Pract* 1999 16;1:33-38.
- ¹¹³ Chawla M, Berman P, Kawiorska D. Financing health services in Poland: new evidence on private expenditures. *Health Econ* 1998 Jun;7(4):337-46
- ¹¹⁴ Kernick DP, Reinhold DM, Netten A. What does it cost the patient to see the doctor? *Br J Gen Pract* 2000; 50:401-403.

-
- ¹¹⁵ Thomas K, Nicholl J, Coleman P. Assessing the outcome of making it easier for patients to change general practitioner: practice characteristics associated with patient movements. *Br J Gen Pract* 1995; 45:581-586.
- ¹¹⁶ Gandhi IG, Parle JV, Greenfield SM, Golud S. A qualitative investigation into why patients change their GPs. *Fam Pract* 1997; 14:49-57.
- ¹¹⁷ Billingham B, Whitfield M. Why do patients change their general practitioner? *Br J Gen Pract* 1993; 43:336-338.
- ¹¹⁸ Wearne SM. How do patients choose a GP and do patients use directories to inform their decision? *Fam Pract*. 1998 Jun;15(3):259-60.
- ¹¹⁹ Guthrie B, Wyke S. Does continuity in general practice really matter? *BMJ* 2000;321:734-736.
- ¹²⁰ Schers H, Webster S, van den Hoogen H, Avery A, Grol R van den Bosch W. Continuity of care in general practice: a survey of patients' views. *Br J Gen Pract* 2002; 52:459-462.
- ¹²¹ Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction *Br J Gen Pract* 1995; 45:654-659.
- ¹²² Tierney WM, Dexter PR, Eckert GJ Xiao-Hua Zhou Effect of physician turnover on patient satisfaction in an academic primary care practice *JCOM* 2000 7 10 33-38.
- ¹²³ Guthrie B Continuity in UK general practice: a multilevel model of patient, doctor and practice factors associated with patients seeing their usual doctor *Fam Pract* 2002 19 496-499.
- ¹²⁴ Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *BMJ* 1997;314:1870.
- ¹²⁵ McKinley RK, Cragg DK, Hastings AM, French DP, Manku-Scott TK, Campbell SM, Van F, Roland MO, Roberts C. Comparison of out of hours care provided by patients' own general practitioners and commercial deputising services: a randomised controlled trial. II the outcome of care. *BMJ* 1997;314:190.
- ¹²⁶ Zyzanski SJ, Stange KC, Langa D, Flocke S Trade-offs in high-volume primary care practice *J Fam Pract* 1998; 46:397-402.
- ¹²⁷ Hughes D Consultation length and outcome in two groups of general practices. *J R Coll Gen Pract* 1983; 33:143-7.
- ¹²⁸ Damant M, Martin C, Openshaw S. *Pielęgniarstwo w praktyce ogólnej. Tradycja i zmiany.* Sanmedica Warszawa 1997.
- ¹²⁹ Marsh G, Dawes M. Establishing a minor illness nurse in a busy general practice. *R Med J* 1995; 310: 778-780.
- ¹³⁰ Myers PC, Lenci B, Sheldon MG A nurse practitioner as the first point of contact for urgent medical problems in general practice setting. *Fam Pract* 1997; 14:492-497.
- ¹³¹ Sztembis B. *Kierunki zmian systemowych w ochronie zdrowia i reforma pielęgniarstwa w podstawowej opiece zdrowotnej.* Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997.
- ¹³² Ross FM, Bower PJ, Sibbald BS. Practice nurses: characteristics, workload and training needs. *Br J Gen Pract* 1994; 44:15-18.

-
- ¹³³ Kinnersley P, Anderson E, Parry K i wsp. Randomized controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *Br Med J* 2000; 320:1043-1048.
- ¹³⁴ Mundinger MO, Kane RL, Lenz ER i wsp. Primary Care Outcomes in patient treated by nurse practitioners or physicians. A randomized trial. *JAMA* 200; 283:59-68.
- ¹³⁵ American Nurses Association (ANA) Nurse Practitioner: A review of the literature 1965-67. ANA Publications, 1980:NP-62:1-24
- ¹³⁶ Stone PW. Nurse practitioners research review – Quality of care. *Nurse Pract* 1994; 19:17-27.
- ¹³⁷ Nutting PA Health promotion in primary medical care: problems and potential. *Prev Med* 1986; 15:537-548.
- ¹³⁸ Barman A, Mant A, Middleton L i wsp. Do general practitioners promote health?: a needs assessment. *Med J Aust* 1989; 151: 262-269.
- ¹³⁹ Ashenden R, Silagy C, Weller D A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Fam Pract* 1997; 14: 160-175.
- ¹⁴⁰ Flocke S.A., Stange KC, Zyzanski SJ The association of attributes of primary care with the delivery of clinical preventive services *Medical Care* 1998;36:AS21-AS30.
- ¹⁴¹ Narodowy Program Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 1996.
- ¹⁴² Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *Br J Gen Pract* 1996;46:601-5.
- ¹⁴³ Hipsley-Cox J, Pringle M, Coupland C, Hammersley V, Wilson A. Do single handed practices offer poorer care? *BMJ* 2001; 323:320-323.
- ¹⁴⁴ Fry J, Light D, Rodnik J, Orton P. Reviving primary care. A US-UK Comparison. Radcliffe Medical Press Ltd. New York 1995.
- ¹⁴⁵ Cherkin DC, Hart LG, Rosenblatt RA. Patient satisfaction with family physicians and general internists: is there a difference? *J Fam Pract* 1988;26(5):543-51.
- ¹⁴⁶ Dietrich AJ, Goldberg H. Preventive content of adult primary care: do generalists and subspecialists differ? *Am J Public Health* 1984; 74:223-7.
- ¹⁴⁷ Bowman MA. The quality of care provided by family physicians. *J Fam Pract* 1989 Mar;28(3):346-55.
- ¹⁴⁸ Greenwald HP, Peterson ML, Garrison LP, Hart LG, Moscovice IS, Hall TL, Perrin EB. Interspecialty variation in office-based care. *Med Care* 1984; 22:14-29.
- ¹⁴⁹ Ozcan YA, Yiang HJ, Pai CW. Do primary care physicians or specialists provide more efficient care? *Health Serv Manage Res* 2000; 13:90-6.
- ¹⁵⁰ Engstrom S, Foldevi M, Borquist L. Is general practice effective? A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care* 2001; 19:131-44.
- ¹⁵¹ Grumbach K, Schmittdiel JA, Quesenberry C. Quality of primary care practice in a large HMO according to physician specialty. *HSR* 1999; 34:485-502.
- ¹⁵² Solomon L, Zaslavsky AM, Landon BE, Cleary PD. Variation in patient-reported quality among health care organizations. *Health Care Financing Review* 2002; 23(4):85-100.

-
- ¹⁵³ Safran DG, Rogers WH, Tarlov AR, Inui T, Taira D, Montgomery JE, Ware JE, Slavin CP. Organizational and financial characteristics of health plans. Are they related to primary care performance? *Arch Intern Med* 2000; 160:69-76.
- ¹⁵⁴ Borgiel A, Williams JI, Davis DA, Dunn EV i wsp. Evaluating the effectiveness of 2 educational interventions in family practice. *CMAJ* 1999;161(8):965-70.
- ¹⁵⁵ Informacja o aktualnej sytuacji w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. W: ABC lekarza rodzinnego. Termedia, Poznań 1997.
- ¹⁵⁶ Putz J, Godycki-Ćwirko M. Kalendarium medycyny rodzinnej w Polsce. *Śłużba Zdrowia* 2002;3143-3144.
- ¹⁵⁷ Windak A. Praktyka grupowa w Krakowie. *Lekarz Rodzinny* 1996(I);3-4:15-17.
- ¹⁵⁸ Narodowa Ochrona Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 2002.
- ¹⁵⁹ Margas G, Korman T, Kryj-Radziszewska E, Windak A. Expectations of physicians starting vocational training in family medicine in Poland. The 2001 Conference of the European Society of General Practice/Family Medicine WONCA Region Europe, Tampere 2001.
- ¹⁶⁰ Program specjalizacji z medycyny rodzinnej. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego Warszawa 1999.
- ¹⁶¹ Program kształcenia przeddyplomowego w dziedzinie medycyny rodzinnej. Red. Godycki-Ćwirko M i Kosiek K. Wydawnictwo Aktis, Łódź, 1999.
- ¹⁶² Nauczanie w praktyce lekarza rodzinnego. Heijlman J, Domański M, Król Z, van Hasselt P, Tomasik T, Windak A, Schoonheim P, Kryj-Radziszewska E. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Kraków, 1997.
- ¹⁶³ Wprowadzenie do nauczania praktycznych umiejętności w medycynie rodzinnej. Red: W. Lukas. Zdrowie i Zarządzanie, Kraków, 2002.
- ¹⁶⁴ Król Z. Szkoła Tutorów lekarzy rodzinnych. *Lekarz Rodzinny* 2000(V);2:8-10.
- ¹⁶⁵ Rider EA, Perrin JM. Performance profiles: the influence of patient satisfaction data on physicians' practice. *Pediatrics* 2002 109;5:752-757.
- ¹⁶⁶ Gandhi TK, Puopolo AL., Dasse P, Haas JS, Burstin HR, Cook EF, Brennan T. Obstacles to collaborative quality improvement: the case of ambulatory general medical care. *Int J Qual Health Care* 2000;12(2):115-12.
- ¹⁶⁷ Bower P, Rolad M, Campbell J, Mead N. Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey. *BMJ* 2003;326:258.

9. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik 1 Kwestionariusz Oceny Podstawowej Opieki Zdrowotnej



Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Katedra Gerontologii i Chorób Wewnętrznych
Pracownia Medycyny Rodzinnej

Kwestionariusz Oceny Podstawowej Opieki Zdrowotnej

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA:

Odpowiadając na poniższe pytania, proszę wstawić znak X do odpowiedniej kratki obok wybranej odpowiedzi albo wpisanie odpowiedzi ____ we wskazanym miejscu. Wypełniając ankietę, proszę oceniać swojego lekarza pierwszego kontaktu (rodzinnego)

Małe p

Duże przychodnie

1. Czy jest Pan(i) wpisany(a) na listę do lekarza pierwszego kontaktu (rodzinnego, internisty)?

Tak

Nie

➔ PROSZĘ PRZEJŚĆ DO PYTANIA 32

2. Od jak dawna leczy się Pan(i) u tego lekarza?

Mniej niż 6 miesięcy

Od 6 miesięcy do 1 roku

1 do 2 lat

3 do 5 lat

Ponad 5 lat

3. Kiedy był(a) Pan(i) ostatnio u swojego lekarza?

Mniej niż miesiąc temu

1 do 3 miesięcy temu

4 do 6 miesięcy temu

Od 7 miesięcy do roku

Ponad rok temu

4. Czy poleciłby(aby) Pan(i) tego lekarza swojej rodzinie i znajomym?

Zdecydowanie tak

Prawdopodobnie tak

Nie jestem pewien

Prawdopodobnie nie

Zdecydowanie nie

Pytania od 5 do 31 dotyczą opieki świadczonej przez lekarza pierwszego kontaktu (rodzinnego, internistę), do którego jest Pan(i) wpisany(a) na listę.

5a. Ile **minut** zwykle zajmuje Panu(i) dojazd do przychodni, w której pracuje Pana(i) lekarz?

Mniej niż 15

16 - 30

31 - 60

Więcej niż 60
minut

b. Jak oceniłby(aby) Pan(i) dogodność położenia tej przychodni?

Bardzo źle

Źle

Zadowolająco

Dobrze

Bardzo
dobrze

Wyśmienicie

6a. W jakich **dodatkowych** terminach chciałby(aby) Pan(i) żeby Pana(i) lekarz przyjmował pacjentów? (proszę zaznaczyć wszystkie które Pan(i) uważa)

Rano

Po południu

W soboty i
niedziele

Żadne, jestem zadowolony(a)
z obecnych godzin

b. Jak oceniłby(aby) Pan(i) **godziny** w jakich Pana(i) lekarz przyjmuje pacjentów?

Bardzo źle

Źle

Zadowolająco

Dobrze

Bardzo
dobrze

Wyśmienicie

7a. Jeśli Pan(i) **zachoruje** i chce się umówić na wizytę do swojego lekarza, kiedy zwykle może on Pana(ią) **przyjąć** ?

Tego samego
dnia

Następnego
dnia

Za 2 - 3 dni

Za 4 - 5 dni

Ponad 5 dni

b. Jakby Pan(i) to ocenił(a)?

Bardzo źle

Źle

Zadowolająco

Dobrze

Bardzo
dobrze

Wyśmienicie

Pytania od 5 do 31 dotyczą opieki świadczonej przez lekarza pierwszego kontaktu (rodzinnego, internistę), do którego jest Pan(i) wpisany(a) na listę.

8. Czy może się Pan(i) umówić na wizytę do lekarza **na określoną godzinę**?

Tak Nie

9. Jak długo musi Pan(i) zwykle **czekać w przychodni** na wizytę u lekarza?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wcale, wizyty zaczynają się o umówionej godzinie	Mniej niż 5 minut	6 do 10 minut	11 do 20 minut	21 do 30 minut	31 do 45 minut	Ponad 45 minut

b. Jakby Pan(i) to ocenił(a)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bardzo źle	Źle	Zadowolająco	Dobrze	Bardzo dobrze	Wyśmienicie

10a. Czy kiedykolwiek rezygnuje Pan(i) z **pójścia do lekarza**, ponieważ jest to zbyt drogie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tak, często	Tak, od czasu do czasu	Nie, nigdy

b. Jak oceniłby Pan(i) ilość pieniędzy jaką wydaje Pan(i) na **wizyty u lekarzy**?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bardzo źle	Źle	Zadowolająco	Dobrze	Bardzo dobrze	Wyśmienicie

11a. Czy kiedykolwiek rezygnuje Pan(i) z **kupna leków**, ponieważ jest to zbyt drogie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tak, często	Tak, od czasu do czasu	Nie, nigdy

b. Jak oceniłby Pan(i) ilość pieniędzy jaką wydaje Pan(i) na **leki**?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bardzo źle	Źle	Zadowolająco	Dobrze	Bardzo dobrze	Wyśmienicie

Pytania od 5 do 31 dotyczą opieki świadczonej przez lekarza pierwszego kontaktu (rodzinnego, internistę), do którego jest Pan(i) wpisany(a) na listę.

12. Jak oceniłby(aby) Pan(i):

a. Możliwość **dodzwonienia się** do przychodni przez telefon?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bardzo zła	Zła	Zadowolająca	Dobra	Bardzo dobra	Wyśmienita	Nie wiem

b. Możliwość **porozmawiania** z lekarzem przez telefon jeśli ma Pan(i) jakieś pytanie albo potrzebuje porady medycznej?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bardzo zła	Zła	Zadowolająca	Dobra	Bardzo dobra	Wyśmienita	Nie wiem

13a. Jeśli idzie Pan(i) do lekarza na **badanie kontrolne albo okresowe**, jak często zostaje Pan(i) przyjęty(a) przez **swojego lekarza** (nie przez lekarza zastępującego)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zawsze	Prawie zawsze	Przeważnie	Czasami	Prawie nigdy	Nigdy	

b. Jak by Pan(i) to ocenił(a)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bardzo źle	Źle	Zadowolająco	Dobrze	Bardzo dobrze	Wyśmienicie	

14a. Jeśli Pan(i) **zachoruje** i pójdzie do lekarza, jak często zostaje Pan(i) przyjęty(a) przez **swojego lekarza** (nie przez lekarza zastępującego)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zawsze	Prawie zawsze	Przeważnie	Czasami	Prawie nigdy	Nigdy	

b. Jak by Pan(i) to ocenił(a)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bardzo źle	Źle	Zadowolająco	Dobrze	Bardzo dobrze	Wyśmienicie	

Pytania od 5 do 31 dotyczą opieki świadczonej przez lekarza pierwszego kontaktu (rodzinnego, internistę), do którego jest Pan(i) wpisany(a) na listę.

15. Jak oceniłby(aby) Pan(i):

a. Dokładność przeprowadzanego przez lekarza **badania fizykalnego**?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bardzo źle	Źle	Zadowalająco	Dobrze	Bardzo dobrze	Wyśmienicie

b. Jak często ma Pan(i) zastrzeżenia co do poprawności postawionego przez lekarza **rozpoznania** Pana(i) choroby?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zawsze	Prawie zawsze	Przeważnie	Czasami	Prawie nigdy	Nigdy

16. Myśląc o **rozmowie** z Pana(i) lekarzem, jak oceniłby Pan(i) następujące elementy:

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
	Bardzo źle	Źle	Zadowalająco	Dobrze	Bardzo dobrze	Wyśmienicie
a. Dokładność zadawanych przez lekarza pytań na temat objawów i tego co Pan(i) czuje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Uwaga , z jaką lekarz słucha tego co chce Pan(i) powiedzieć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Udzielone przez lekarza wyjaśnienia dotyczące Pana(i) zdrowia albo potrzebnego leczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Zalecenia lekarza dotyczące objawów, z jakimi należy zgłosić się do lekarza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Porady i pomoc lekarza w wyborze decyzji dotyczących dalszego postępowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pytania od 5 do 31 dotyczą opieki świadczonej przez lekarza pierwszego kontaktu (rodzinnego, internistę), do którego jest Pan(i) wpisany(a) na listę.

17. Jak często wychodzi Pan(i) od lekarza **nie uzyskawszy odpowiedzi na pytania?**

- Zawsze
 Prawie zawsze
 Przeważnie
 Czasami
 Prawie nigdy
 Nigdy

18. Myśląc o **stronie osobistej** opieki lekarskiej świadczonej przez Pana(i) lekarza, jak oceniliby(aby) Pan(i) następujące:

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
	Bardzo źle	Źle	Zadowolająco	Dobrze	Bardzo dobrze	Wyśmienicie
a. Ilość czasu , jaką poświęca Panu(i) lekarz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cierpliwość lekarza z jaką słucha Pana(i) pytań lub zmartwień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Życzliwość i serdeczność lekarza dla Pana(i)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Troskliwość i dbałość lekarza o Pana(i)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Szacunek okazywany Panu(i) przez lekarza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Proszę pomyśleć o **poradach**, jakich udziela Panu(i) lekarz na temat sposobów uniknięcia choroby i pozostania zdrowym(a). Czy powiedziałby(aby) Pan(i) że lekarz udziela:

- a. Za **mało** porad
 b. W sam raz
 c. Za **dużo** porad

Pytania od 5 do 31 dotyczą opieki świadczonej przez lekarza pierwszego kontaktu (rodzinnego, internistę), do którego jest Pan(i) wpisany(a) na listę.

20. Na które z poniższych tematów Pana(i) lekarz kiedykolwiek z Panem(i) rozmawiał?				
(proszę odpowiedzieć na każdy punkt)	[1]	[2]	[3]	[4]
	Tak, w ciągu ostatnich 3 lat	Tak, ponad 3 lata temu	Tak, nie pamiętam kiedy	Nie
a. Palenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Picie alkoholu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Używanie pasów bezpieczeństwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ćwiczenia fizyczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Stres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Które z poniższych robił(a) Pan(i) kiedykolwiek, ponieważ radził tak Panu(i) lekarz?			
(proszę odpowiedzieć na każdy punkt)	[1]	[2]	[3]
	Tak	Nie	Nie dotyczy
a. Próbowałem(am) rzucić lub ograniczyć palenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Próbowałem(am) pić mniej alkoholu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Częściej zapinałem(am) pasy bezpieczeństwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Zmieniłem(am) dietę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Wykonywałem(am) więcej ćwiczeń fizycznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Próbowałem(am) się odprężyć albo ograniczyć stres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pytania od 5 do 31 dotyczą opieki świadczonej przez lekarza pierwszego kontaktu (rodzinnego, internistę), do którego jest Pan(i) wpisany(a) na listę.

22. Mając na myśli jak bardzo Pan(i) **UFA** swojemu lekarzowi, proszę ocenić w jakim stopniu **zgadza się** lub **nie zgadza się** Pan(i) z następującym stwierdzeniami:

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
	Całkowicie się zgadzam	Zgadzam się	Nie jestem pewien (pewna)	Nie zgadzam się	Całkowicie się nie zgadzam
a. Mogę powiedzieć mojemu lekarzowi wszystko , nawet rzeczy, których nie powiedział(a)bym nikomu innemu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mój lekarz czasami udaje , że wie rzeczy, których tak naprawdę nie jest pewien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Całkowicie ufam opiniom mojego lekarza na temat mojej opieki medycznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mój lekarz bardziej dba o ograniczenie kosztów , niż o robienie tego, co jest potrzebne dla mojego zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mój lekarz zawsze powiedziałby mi prawdę o moim stanie zdrowia, nawet gdyby były to złe wieści	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Mojemu lekarzowi zależy na moim zdrowiu tak samo jak mi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gdyby popełniono błąd w moim leczeniu, mój lekarz starałby się to przede mną ukryć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Ogólnie rzecz biorąc, jak bardzo ufa Pan(i) swojemu lekarzowi? (proszę wybrać jedną z ocen w skali od 0 do 10)

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wcale nie ufam					Całkowicie ufam					

Pytania od 5 do 31 dotyczą opieki świadczonej przez lekarza pierwszego kontaktu (rodzinnego, internistę), do którego jest Pan(i) wpisany(a) na listę.

24. Mając na myśli to jak dobrze lekarz **Pana(ia) zna**, jak oceniłby(aby) Pan(i) następujące?

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
	Bardzo źle	Źle	Zadowolająco	Dobrze	Bardzo dobrze	Wyśmienicie
a. Znajomość przez lekarza Pana(i) historii chorób i wcześniejszego leczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Wiedzę lekarza na temat Pana(i) zakresu obowiązków w pracy lub w domu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Wiedzę lekarza na temat Pana(i) największych zmartwień dotyczących zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Wiedzę lekarza na temat Pana(i) systemu wartości i przekonań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Gdybym był(a) nieprzytomny(a) albo w śpiączce, mój lekarz wiedziałby co chciałbym(abym) aby dla mnie zrobiono.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Całkowicie się zgadzam	Zgadzam się	Nie jestem pewien(na)	Nie zgadzam się	Całkowicie się nie zgadzam

Pytania od 5 do 31 dotyczą opieki świadczonej przez lekarza pierwszego kontaktu (rodzinnego, internistę), do którego jest Pan(i) wpisany(a) na listę.

26. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miał(a) Pan(i) kontakt z pielęgniarką pracującą w przychodni z Pana(i) lekarzem?

Tak

Nie



PROSZĘ PRZEJŚĆ DO PYTANIA 29



27. Mając na myśli **pielęgniarki**, które pracują w Pana(i), przychodni jak ocenił(a)by Pan(i):

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
	Bardzo źle	Źle	Zadowolająco	Dobrze	Bardzo dobrze	Wyśmienicie
a. Uwaga , z jaką pielęgniarki słuchają tego co chce Pan(i) powiedzieć	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Jakość opieki jaką one świadczą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ich współpracę z Pana(i) lekarzem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Udzielane przez nie wyjaśnienia dotyczące Pana(i) zdrowia albo potrzebnego leczenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nie dotyczy, robi to tylko mój lekarz						

28. Jak dużo Pana(i) zdaniem **Pana(i) lekarz** wie o opiece, jaką świadczą Panu(i) **inni** lekarze lub pielęgniarki (na przykład: o odbytych wizytach, przepisanych lekach)?

Wie absolutnie wszystko

Wie prawie wszystko

Wie niektóre rzeczy

Wie bardzo mało

Nic nie wie

Pytania od 5 do 31 dotyczą opieki świadczonej przez lekarza pierwszego kontaktu (rodzinnego, internistę), do którego jest Pan(i) wpisany(a) na listę.

29. Czy Pana(i) lekarz kiedykolwiek kierował Pana(ią) na konsultację do specjalisty?

Tak

Nie



PROSZĘ PRZEJŚĆ DO PYTANIA 31



30. Mając na myśli sytuacje, kiedy lekarz kierował Pana(ią) na konsultację do specjalisty jak oceniliby(aby) Pan(i) następujące:

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
	Bardzo źle	Źle	Zadowolająco	Dobrze	Bardzo dobrze	Wyśmienicie
a. Pomoc lekarza w wyborze specjalisty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pomoc lekarza w umówieniu terminu wizyty u specjalisty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Zaangażowanie lekarza w opiekę, kiedy był(a) Pan(i) leczony(a) przez specjalistę albo leżał(a) w szpitalu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Komunikację lekarza ze specjalistami , u których się Pan(i) leczył(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Pomoc lekarza w zrozumieniu tego co powiedział o Panu(i) specjalista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Jakość specjalistów , do których kierował Pana(ią) lekarz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pytania od 5 do 31 dotyczą opieki świadczonej przez lekarza pierwszego kontaktu (rodzinnego, internistę), do którego jest Pan(i) wpisany(a) na listę.

31. Ogólnie rzecz biorąc, jak bardzo jest Pan(i) **zadowolony(a)** ze **swojego lekarza?**

- 1 Całkowicie zadowolony, nie może być lepiej
- 2 Bardzo zadowolony
- 3 Trochę zadowolony
- 4 Ani zadowolony ani niezadowolony
- 5 Trochę niezadowolony
- 6 Bardzo niezadowolony
- 7 Całkowicie niezadowolony, nie może być gorzej

Informacje podane przez Pana(ia) **są poufne**. Udzielone przez Pana(ia) odpowiedzi nie zostaną nigdy ujawnione lekarzowi, Kasie Chorych ani nikomu innemu.

Jednakże dla celów naszego badania przydatna jest znajomość nazwiska lekarza, do którego jest Pan(i) wpisany(a) na listę. Pozwoli nam to sprawdzić wiarygodność posiadanej przez nas bazy danych.

Proszę podać nazwisko swojego lekarza:

INFORMACJE O PANU(I)

32. Ile Pan(i) ma lat? _____ lat

33. Ile osób łącznie **mieszka** w Pana(i) mieszkaniu, włączając Pana(ia), innych dorosłych i wszystkie dzieci?

_____ osób

34. Jaki jest średni **miesięczny** dochód netto (po odliczeniu podatku) w Pana(i) gospodarstwie domowym (proszę zaznaczyć jeden kwadrat)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mniej niż 1000 zł	1000- 1500 zł	1500- 2000 zł	2000- 2500 zł	2500- 3000 zł	3000- 5000 zł	5000 zł lub więcej

35. Jaki jest Pana(i) **aktualny** stan cywilny (proszę zaznaczyć jeden kwadrat)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żonaty /zameężna	Żyję w separacji	Rozwiedziony(a)	Wdowiec(a)	Kawaler / Panna

36. Jaką **najwyższą szkołę** Pan(i) ukończył(a)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szkoła podstawowa	Szkoła zawodowa	Technikum	Liceum ogólnokształcące
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Szkoła pomaturalna	Studia licencjackie	Studia magisterskie	

37. Mając na myśli **ilość stresu** w Pana(i) życiu, powiedział(a)by Pan(i) że większość dni jest:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niezwykłe stresująca	Całkiem stresująca	Trochę stresująca	Nie bardzo stresująca	Wcale nie jest stresująca

38. Czy pali Pan(i) **papierosy**?

^[1] Nigdy nie
paliłem
(am)

^[2] Paliłem
(am) w
przeszłości

^[3] Obecnie
palę



b. Ile papierosów dziennie Pan(i) pali?



_____ papierosów dziennie

39. Ile następujących **jednostek alkoholu** wypija Pan(i) zwykle w ciągu tygodnia (włącznie z weekendami)?

(proszę odpowiedzieć na każdy punkt)

a. _____ butelek lub puszek piwa

b. _____ lampek wina

c. _____ kieliszków wódki

40. Ile razy w tygodniu wykonuje Pan(i) **ćwiczenia** trwające 20 minut lub więcej?

a. spacery _____ razy w tygodniu

b. szybki marsz _____ razy w tygodniu

c. biegi, pływanie, jazda na rowerze _____ razy w tygodniu

d. gimnastyka _____ razy w tygodniu

e. piłka nożna, siatkówka, koszykówka _____ razy w tygodniu

f. inne sporty (jakie?) _____ razy w tygodniu

41. Ile ma Pan(i) wzrostu? _____ centymetrów

42. Ile Pan(i) waży? _____ kilogramów

PANA(I) ZDROWIE

43. Ogólnie rzecz biorąc, czy ocenił(a) by Pan(i) stan swojego zdrowia jako:

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wyśmienity | Bardzo dobry | Dobry | Zadowolający | Zły |

44. Poniższe pozycje przedstawiają czynności, które ludzie zwykle wykonują. **Czy Pana(i) zdrowie ograniczyło wykonywanie** tych czynności? Jeśli tak, to w jakim stopniu?

	[1]	[2]	[3]
	Tak, bardzo ograniczyło	Tak, trochę ograniczyło	Nie, wcale nie ograniczyło
a. Czynności wymagające wysiłku umiarkowanego , takie jak przesuwanie stołu, przenoszenie odkurzacza, lub sporty wymagające niewielkiego wysiłku fizycznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Wchodzenie na kilka pięter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Czy w ciągu **ostatnich czterech tygodni**, miał(a) Pan(i) niektóre z poniższych problemów z pracą lub codziennymi czynnościami **z powodu stanu zdrowia**?

	[1]	[2]
	Tak	Nie
a. Mniej wykonanych rzeczy, niż to zaplanowano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ograniczony zakres prac lub innych czynności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Czy w ciągu **ostatnich czterech tygodni**, miał(a) Pan(i) niektóre z poniższych problemów z pracą lub codziennymi czynnościami **z powodu problemów emocjonalnych** (na przykład depresji lub niepokoju)?

	[1]	[2]
	Tak	Nie
a. Mniej wykonanych rzeczy, niż to zaplanowano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Praca lub inne czynności wykonywane mniej dokładnie niż zwykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. W jakim stopniu w ciągu ostatnich **czterech tygodni** ból miał wpływ na normalną pracę (łącznie z pracą poza domem i w domu)?

 Wcale Niewiele Trochę Dostyc Bardzo

48. Pytania te dotyczą Pana(i) samopoczucia i sytuacji **w ciągu ostatnich czterech tygodni**. Dla każdego pytania prosimy podać jedną odpowiedź, która najbardziej odpowiada temu, jak się Pan(i) czuje.

Jak często **w ciągu ostatnich czterech tygodni...**

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
	Cały czas	Większość czasu	Całkiem często	Czasami	Rzadko	Nigdy
a. czuł(a) się Pan(i) spokojnie i w zgodzie ze sobą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. rozpierała Pan(ia) energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. czuł(a) się Pan(i) przybity(a) na duchu i smutny(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Jak często **w ciągu ostatnich czterech tygodni** problemy zdrowotne lub emocjonalne miały wpływ na życie społeczne (na przykład odwiedzanie przyjaciół, członków rodziny)?

 Cały czas Większość czasu Czasami Rzadko Nigdy

50. Proszę pomyśleć o swojej sytuacji sprzed **4 lat** i odpowiedzieć na każde z pytań poniżej najlepiej jak Pan(i) potrafi.

a. W porównaniu z sytuacją sprzed **4 lat**, **obecnie** jest Pan(i) bardziej czy mniej ograniczony(a) w codziennej aktywności fizycznej z powodu swojego zdrowia?

O wiele bardziej ograniczony (a) obecnie

Trochę bardziej ograniczony (a) obecnie

Mniej więcej tak samo

Trochę mniej ograniczony (a) obecnie

O wiele mniej ograniczony (a) obecnie

b. W porównaniu z sytuacją sprzed **4 lat**, jak często **obecnie** niepokoją Pana(ią) problemy emocjonalne, takie jak uczucie niepokoju, przygnębienia albo rozdrażnienia?

Czuję się tak obecnie o wiele częściej

Czuję się tak obecnie trochę częściej

Mniej więcej tak samo

Czuję się tak obecnie trochę rzadziej

Czuję się tak obecnie o wiele rzadziej

c. W porównaniu z sytuacją sprzed **4 lat**, jak oceniłby(aby) Pan(i) **obecnie** swój stan zdrowia?

O wiele lepszy teraz niż cztery lata temu

Trochę lepszy teraz niż cztery lata temu

Mniej więcej tak samo

Trochę gorszy teraz niż cztery lata temu

O wiele gorszy teraz niż cztery lata temu

	[1]	[2]
51. Czy choruje Pan(i) na:	Tak	Nie
a. Nadciśnienie tętnicze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Zastoinową niewydolność krążenia (niewydolność serca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cukrzycę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Chorobę wieńcową	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Nowotwór	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Migrenę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	[1]	[2]
52. Czy ma Pan(i) obecnie następujące dolegliwości?:	Tak	Nie
a. Alergie sezonowe (np. katar sienny)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Inne alergie (na kurz, zwierzęta albo pokarm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Zapalenie stawów albo reumatyzm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Przewlekłe bóle grzbietu albo rwa kulszowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ślepotę lub kłopoty ze wzrokiem na jedno lub oboje oczu, nawet w czasie noszenia okularów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Astmę, rozedmę, albo inną przewlekłą chorobę płuc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Chorobę wątroby, np. marskość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Bezsennaść	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Przewlekłą zgagę albo wrzody żołądka lub dwunastnicy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Głuchotę albo inne kłopoty ze słuchem na jedno lub oboje uszu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Hemoroidy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Ograniczenie w posługiwaniu się ręką lub nogą (brak, porażenie lub niedowład)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Nadwagę albo otyłość	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Depresję	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uwagi:

Seria

© Copyright by Safran/The Health Institute & Pracownia Medycyny Rodzinnej

Załącznik 2 Skale pomiarowe oraz tworzące je pytania w kwestionariuszu

Skala	Pytania w kwestionariuszu
Dostępność finansowa	<ul style="list-style-type: none"> • Ilość pieniędzy wydawana na wizyty u lekarzy • Ilość pieniędzy wydawana na leki
Dostępność organizacyjna	<ul style="list-style-type: none"> • Jak szybko może zobaczyć swojego lekarza w przypadku nagłego zachorowania? • Jak długo musi czekać w przychodni na wizytę u lekarza? • Możliwość dodzwonienia się do przychodni przez telefon • Możliwość porozmawiania z lekarzem przez telefon • Dogodność położenia przychodni • Godziny przyjmowania pacjentów przez lekarza
Ciągłość opieki w czasie	<ul style="list-style-type: none"> • Od jak dawna leczy się Pan(i) u tego lekarza?
Ciągłość opieki w oparciu o kolejne wizyty	<ul style="list-style-type: none"> • Jak często zostaje przyjęty przez swojego lekarza (a nie przez lekarza zastępującego) w przypadku badań kontrolnych • Jak często zostaje przyjęty przez swojego lekarza (a nie przez lekarza zastępującego) w przypadku zachorowania
Wiedza o pacjencie	<ul style="list-style-type: none"> • Gdybym był nieprzytomny albo w śpiączce, mój lekarz wiedziałby co chciałbym aby dla mnie zrobiono • Znajomość przez lekarza historii chorób i wcześniejszego leczenia • Wiedza lekarza na temat zakresu obowiązków w pracy lub w domu • Wiedza lekarza na temat największych zmartwień dotyczących zdrowia • Wiedza lekarza na temat systemu wartości i przekonań
Porady stylu życia	<p>Czy lekarz kiedykolwiek z Panem rozmawiał na następujące tematy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palenie • Picie alkoholu • Używanie pasów bezpieczeństwa • Dieta • Ćwiczenia fizyczne • Stres

Integracja opieki	<ul style="list-style-type: none"> • Pomoc lekarza w wyborze specjalisty • Pomoc lekarza w umówieniu terminu wizyty u specjalisty • Zaangażowanie lekarza w opiekę specjalistyczną • Komunikacja lekarza ze specjalistami • Pomoc lekarza w zrozumieniu tego, co powiedział specjalista • Jakość specjalistów do których kierował lekarz
Komunikacja z pacjentem	<ul style="list-style-type: none"> • Dokładność zadawanych przez lekarza pytań • Uwaga, z jaką lekarz słucha • Udzielone przez lekarza wyjaśnienia • Zalecenia lekarza • Porady i pomoc lekarza w wyborze decyzji dotyczących dalszego postępowania
Opieka pielęgniarska	<ul style="list-style-type: none"> • Uwaga, z jaką pielęgniarki Pana(ia) słuchają • Jakość opieki, jaką świadczą pielęgniarki • Współpraca lekarza i pielęgniarek • Wyjaśnienia udzielone przez pielęgniarki dotyczące zdrowia lub leczenia
Badanie fizykalne	<ul style="list-style-type: none"> • Dokładność badania fizykalnego
Stosunki międzyludzkie	<ul style="list-style-type: none"> • Ilość czasu, jaką poświęca Panu(i) lekarz • Cierpliwość lekarza • Życzliwość i serdeczność lekarza • Troskliwość i dbałość lekarza • Szacunek okazywany przez lekarza
Zaufanie	<ul style="list-style-type: none"> • Mogę powiedzieć mojemu lekarzowi wszystko • Mój lekarz czasami udaje, że wie rzeczy, których tak naprawdę nie jest pewien • Całkowicie ufam opiniom mojego lekarza na temat mojej opieki medycznej • Mój lekarz bardziej dba o ograniczenie kosztów niż o robienie tego co jest potrzebne dla mojego zdrowia • Mój lekarz zawsze powiedziałby mi prawdę o moim stanie zdrowia • Mojemu lekarzowi zależy na moim zdrowiu tak samo jak mi • Gdyby popełniono błąd w moim leczeniu, mój lekarz starałby się to przede mną ukryć

Załącznik 3 Wyjściowe i ostateczne wartości dla poszczególnych pozycji kwestionariusza

Dostępność finansowa (Pyt. 10a, 11a)		
Dostępność organizacyjna (Pyt. 5b, 6b, 7b, 9b, 12a, 12b)		
Integracja (Pyt. 30a, 30b, 30c, 30d, 30e, 30f)		
Dokładność badania fizykalnego (Pyt. 15a)		
Opieka pielęgniarska (Pyt. 27a, 27b, 27c, 27d)		
Stosunki międzyludzkie (Pyt. 18a, 18b, 18c, 18d, 18e)		
Komunikacja (Pyt. 16a, 16b, 16c, 16d, 16e)		
Wiedza o pacjencie (Pyt. 24a, 24b, 24c, 24d)		
Możliwe odpowiedzi	Wyjściowa wartość	Ostateczna wartość
Bardzo źle	1	1
Źle	2	2
Zadowolająco	3	3
Dobrze	4	4
Bardzo dobrze	5	5
Wyśmienicie	6	6
Ciągłość opieki w czasie (Pyt. 2)		
Możliwe odpowiedzi	Wyjściowa wartość	Ostateczna wartość
Mniej niż 6 miesięcy	1	1
Od 6 miesięcy do roku	2	2
1 do 2 lat	3	3
3 do 5 lat	4	4
Ponad 5 lat	5	5
Ciągłość opieki oparta o kolejne wizyty (Pyt. 13a, 14a)		
Możliwe odpowiedzi	Wyjściowa wartość	Ostateczna wartość
Zawsze	1	6
Prawie zawsze	2	5
Przeważnie	3	4
Czasami	4	3
Prawie nigdy	5	2
Nigdy	6	1
Wiedza o pacjencie (Pyt. 25)		
Możliwe odpowiedzi	Wyjściowa wartość	Ostateczna wartość
Całkowicie się zgadzam	1	6
Zgadzam się	2	4,75
Nie jestem pewien	3	3,5
Nie zgadzam się	4	2,25
Całkowicie się nie zgadzam	5	1
Porady stylu życia (Pyt. 20a, 20b, 20c, 20d, 20e, 20f)		
Możliwe odpowiedzi	Wyjściowa wartość	Ostateczna wartość
Tak, w ciągu ostatnich 3 lat	1	100
Tak, ponad 3 lata temu	2	66
Tak, nie pamiętam kiedy	3	33
Nie	4	0

Komunikacja (Pyt. 17)		
Możliwe odpowiedzi	Wyjściowa wartość	Ostateczna wartość
Zawsze	1	1
Prawie zawsze	2	2
Większość czasu	3	3
Czasami	4	4
Prawie nigdy	5	5
Nigdy	6	6
Zaufanie (Pyt. 22a, 22c, 22e, 22f)		
Możliwe odpowiedzi	Wyjściowa wartość	Ostateczna wartość
Całkowicie się zgadzam	1	5
Zgadzam się	2	4
Nie jestem pewien	3	3
Nie zgadzam się	4	2
Całkowicie się nie zgadzam	5	1
Zaufanie (Pyt. 22b, 22d, 22g)		
Możliwe odpowiedzi	Wyjściowa wartość	Ostateczna wartość
Całkowicie się zgadzam	1	1
Zgadzam się	2	2
Nie jestem pewien	3	3
Nie zgadzam się	4	4
Całkowicie się nie zgadzam	5	5
Zaufanie (Pyt. 23)		
Możliwe odpowiedzi	Wyjściowa wartość	Ostateczna wartość
Wcale	0	1
	1	1
	2	1
	3	2
	4	2
	5	3
	6	3
	7	4
	8	4
	9	5
Całkowicie	10	5

Załącznik 4 Statystyki opisowe i cechy rozkładu wyników skal w badanej populacji

	Dostępność finansowa	Dostępność organizacyjna	Ciągłość opieki w czasie	Ciągłość w oparciu o wizyty	Wiedza o pacjencie	Opieka pielęgniarstwa	Porady stylu życia	Integracja opieki	Dokładność badania fizykalnego	Stosunki międzyludzkie	Komunikacja	Zaufanie
Średnia	30,8173	58,0101	79,5738	81,6239	47,0178	62,6345	29,2214	48,2022	56,6373	61,6377	62,9059	61,2388
Odchylenie standardowe	19,40415	17,24941	23,53137	20,72642	20,64592	17,67721	28,52628	19,85083	20,26325	19,97413	18,62033	17,14098
Skośność	,582	-,084	-,1236	-,1245	-,089	-,228	,753	,015	-,275	-,143	-,403	-,191
Błąd standardowy skośności	,076	,075	,076	,075	,077	,088	,072	,085	,076	,076	,076	,077
Kurtoza	,179	-,470	1,396	1,364	-,446	-,237	-,488	-,460	-,077	-,493	,074	-,030
Błąd standardowy kurtozy	,152	,150	,151	,151	,154	,176	,144	,169	,153	,151	,151	,153
Zakres	100,00	93,33	100,00	100,00	100,00	95,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
% min	9,1	0,1	2,1	0,7	1,4	0,1	27	0,8	1,6	0,1	0,1	0,1
% max	0,4	0,4	45,2	39,1	0,4	2,5	2,6	0,6	3,0	3,2	2,7	1,1

Załącznik 5 Macierz korelacji skal

	Rzetelność (Cronbacha)	Dostępność finansowa	Dostępność organizacyjna	Ciągłość opieki w czasie	Ciągłość opieki w oparciu o kolejne wizyty	Wiedza o pacjencie	Porady stylu życia	Integracja opieki	Komunikacja z pacjentem	Opieka pielęgniarska	Badanie fizykalne	Stosunki międzyludzkie	Zaufanie
Dostępność finansowa	0,71 (0,81)	1,00											
Dostępność organizacyjna	0,85 (0,84)	0,33 (0,44)	1,00										
Ciągłość opieki w czasie	-	0,08 (0,08)	0,11 (0,12)	1,00									
Ciągłość opieki w oparciu o kolejne wizyty	0,70 (0,74)	0,11 (0,16)	0,34 (0,33)	0,09 (0,11)	1,00								
Wiedza o pacjencie	0,91 (0,92)	0,27 (0,27)	0,52 (0,52)	0,22 (0,25)	0,35 (0,33)	1,00							
Porady stylu życia	0,80 (-)	0,04 (0,08)	0,19 (0,15)	0,09 (0,05)	0,22 (0,14)	0,40 (0,28)	1,00						
Integracja opieki	0,92 (0,92)	0,33 (0,30)	0,60 (0,58)	0,15 (0,16)	0,33 (0,32)	0,71 (0,66)	0,36 (0,22)	1,00					
Komunikacja z pacjentem	0,95 (0,95)	0,33 (0,33)	0,61 (0,61)	0,14 (0,15)	0,33 (0,29)	0,66 (0,66)	0,33 (0,24)	0,71 (0,68)	1,00				
Opieka pielęgniarska	0,94 (0,95)	0,21 (-)	0,62 (-)	0,19 (-)	0,29 (-)	0,60 (-)	0,30 (-)	0,59 (-)	0,56 (-)	1,00			
Badanie fizykalne	-	0,33 (0,33)	0,56 (0,56)	0,11 (0,14)	0,30 (0,27)	0,59 (0,57)	0,28 (0,21)	0,67 (0,60)	0,78 (0,78)	0,52 (-)	1,00		
Stosunki międzyludzkie	0,95 (0,95)	0,32 (0,32)	0,60 (0,60)	0,15 (0,15)	0,33 (0,29)	0,66 (0,67)	0,35 (0,23)	0,69 (0,65)	0,84 (0,86)	0,58 (-)	0,71 (0,72)	1,00	
Zaufanie	0,83 (0,86)	0,27 (0,29)	0,49 (0,55)	0,18 (0,22)	0,33 (0,30)	0,70 (0,68)	0,38 (0,25)	0,68 (0,67)	0,73 (0,64)	0,51 (-)	0,65 (0,75)	0,73 (0,73)	1,00

W nawiasach podano wartości uzyskane dla oryginalnej wersji kwestionariusza

Załącznik 6 Statystyki opisowe

	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy	95% przedział ufności dla średniej		Minimum	Maksimum
					Dolna granica	Górną granicą		
Dostępność finansowa	Duże przychodnie	29,2916	18,57019	,96936	27,3853	31,1978	,00	100,00
	Małe przychodnie	29,8305	18,88846	1,09973	27,6662	31,9948	,00	80,00
	Lekarze rodzinni	33,0688	20,40961	1,04976	31,0047	35,1329	,00	100,00
	Ogółem	30,8173	19,40415	,60170	29,6366	31,9980	,00	100,00
Dostępność organizacyjna	Duże przychodnie	52,1891	16,94756	,87869	50,4612	53,9169	10,00	95,00
	Małe przychodnie	57,9544	17,44933	1,00744	55,9719	59,9370	6,67	100,00
	Lekarze rodzinni	63,6486	15,46281	,78602	62,1032	65,1940	23,33	100,00
	Ogółem	58,0101	17,24941	,53006	56,9700	59,0502	6,67	100,00
Ciągłość opieki	Duże przychodnie	79,0984	24,76478	1,29448	76,5528	81,6439	,00	100,00
	Małe przychodnie	77,2260	24,59661	1,43941	74,3931	80,0590	,00	100,00
	Lekarze rodzinni	81,8005	21,26051	1,08213	79,6729	83,9281	,00	100,00
	Ogółem	79,5738	23,53137	,72828	78,1447	81,0028	,00	100,00
Ciągłość w oparciu o wizyty	Duże przychodnie	81,7344	19,11706	,99519	79,7774	83,6914	20,00	100,00
	Małe przychodnie	82,5839	19,80634	1,14735	80,3259	84,8419	,00	100,00
	Lekarze rodzinni	80,7772	22,81301	1,16115	78,4942	83,0602	,00	100,00
	Ogółem	81,6239	20,72642	,63872	80,3706	82,8772	,00	100,00
Wiedza o pacjencie	Duże przychodnie	46,4735	20,54172	1,09488	44,3201	48,6268	,00	100,00
	Małe przychodnie	46,8516	21,37797	1,26190	44,3678	49,3354	,00	100,00
	Lekarze rodzinni	47,6662	20,19972	1,05156	45,5984	49,7340	,00	100,00
	Ogółem	47,0178	20,64592	,65029	45,7417	48,2938	,00	100,00
Opieka pielęgniarstwa	Duże przychodnie	56,3739	17,70075	1,18800	54,0326	58,7151	16,00	96,00
	Małe przychodnie	61,2661	16,38499	1,11229	59,0738	63,4585	16,00	100,00
	Lekarze rodzinni	65,1363	17,08902	,94939	63,2685	67,0041	4,00	100,00
	Ogółem	61,4861	17,43712	,63127	60,2469	62,7254	4,00	100,00
Porady stylu życia	Duże przychodnie	30,3612	29,37810	1,44560	27,5195	33,2029	,00	100,00
	Małe przychodnie	30,5669	28,36348	1,57575	27,4668	33,6669	,00	100,00
	Lekarze rodzinni	27,0314	27,71644	1,36219	24,3537	29,7091	,00	100,00
	Ogółem	29,2214	28,52628	,84083	27,5717	30,8711	,00	100,00

	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy	95% przedział ufności dla średniej		Minimum	Maksimum
					Dolna granica	Górna granica		
Integracja opieki	Duże przychodnie	46,9096	20,24967	1,17898	44,5893	49,2299	,00	100,00
	Małe przychodnie	48,9264	20,59035	1,32910	46,3081	51,5446	,00	100,00
	Lekarze rodzinni	48,8963	18,82487	1,08867	46,7539	51,0388	6,67	93,33
	Ogółem	48,2022	19,85083	,68738	46,8530	49,5514	,00	100,00
Dokładność badania fizykalnego	Duże przychodnie	54,8889	19,70504	1,03855	52,8465	56,9313	,00	100,00
	Małe przychodnie	56,9072	20,00142	1,17250	54,5995	59,2149	,00	100,00
	Lekarze rodzinni	58,1183	20,91459	1,08437	55,9860	60,2506	,00	100,00
	Ogółem	56,6373	20,26325	,63354	55,3942	57,8805	,00	100,00
Stosunki międzyludzkie	Duże przychodnie	59,6512	20,64924	1,07935	57,5287	61,7737	,00	100,00
	Małe przychodnie	62,6025	19,44943	1,13048	60,3777	64,8273	4,00	100,00
	Lekarze rodzinni	62,7815	19,62421	,99885	60,8176	64,7454	4,00	100,00
	Ogółem	61,6377	19,97413	,61700	60,4270	62,8484	,00	100,00
Komunikacja	Duże przychodnie	61,9584	18,93611	,98577	60,0200	63,8969	3,33	100,00
	Małe przychodnie	63,3007	18,31807	1,06472	61,2053	65,3961	3,33	100,00
	Lekarze rodzinni	63,5122	18,55743	,94700	61,6502	65,3741	,00	100,00
	Ogółem	62,9059	18,62033	,57491	61,7778	64,0340	,00	100,00
Zaufanie	Duże przychodnie	60,6897	16,09703	,84957	59,0190	62,3605	,00	100,00
	Małe przychodnie	61,9759	17,37570	1,02034	59,9677	63,9841	9,38	100,00
	Lekarze rodzinni	61,1934	17,95087	,93703	59,3508	63,0360	6,25	100,00
	Ogółem	61,2388	17,14098	,53776	60,1835	62,2940	,00	100,00
Łączna ocena	Duże przychodnie	50,4185	19,91934	,98017	48,4917	52,3452	,00	91,30
	Małe przychodnie	52,5010	19,84149	1,10231	50,3323	54,6696	,00	92,40
	Lekarze rodzinni	54,7904	18,04005	,88662	53,0476	56,5333	,00	92,61
	Ogółem	52,5772	19,31425	,56930	51,4602	53,6942	,00	92,61

Załącznik 7 Wyniki testu ANOVA

		Suma kwadratów	df	Sredni kwadrat	F	Istotność
Dostępność finansowa	Między grupami	3057,74	2	1528,874	4,085	,017
	Wewnątrz grup	388147,54	1037	374,298		
	Ogółem	391205,28	1039			
Dostępność organizacyjna	Między grupami	24909,60	2	12454,803	45,370	,000
	Wewnątrz grup	289889,84	1056	274,517		
	Ogółem	314799,44	1058			
Ciągłość opieki	Między grupami	3606,14	2	1803,070	3,270	,038
	Wewnątrz grup	573929,18	1041	551,325		
	Ogółem	577535,32	1043			
Ciągłość w oparciu o wizyty	Między grupami	555,86	2	277,931	,647	,524
	Wewnątrz grup	451367,21	1050	429,874		
	Ogółem	451923,07	1052			
Wiedza o pacjencie	Między grupami	267,35	2	133,679	,313	,731
	Wewnątrz grup	428970,42	1005	426,836		
	Ogółem	429237,78	1007			
Opieka pielęgniarska	Między grupami	10129,44	2	5064,721	17,373	,000
	Wewnątrz grup	221559,15	760	291,525		
	Ogółem	231688,59	762			
Porady stylu życia	Między grupami	3108,64	2	1554,323	1,913	,148
	Wewnątrz grup	932702,35	1148	812,458		
	Ogółem	935810,99	1150			
Integracja opieki	Między grupami	762,81	2	381,407	,968	,380
	Wewnątrz grup	327485,51	831	394,086		
	Ogółem	328248,33	833			
Dokładność badania fizykalnego	Między grupami	1937,60	2	968,804	2,366	,094
	Wewnątrz grup	417694,84	1020	409,505		
	Ogółem	419632,45	1022			
Stosunki międzyludzkie	Między grupami	2224,85	2	1112,427	2,798	,061
	Wewnątrz grup	415492,60	1045	397,601		
	Ogółem	417717,45	1047			
Komunikacja	Między grupami	518,50	2	259,253	,747	,474
	Wewnątrz grup	362840,65	1046	346,884		
	Ogółem	363359,16	1048			
Zaufanie	Między grupami	266,535	2	133,267	,453	,636
	Wewnątrz grup	297953,83	1013	294,130		
	Ogółem	298220,37	1015			
Łączna ocena	Między grupami	3954,39	2	1977,197	5,340	,005
	Wewnątrz grup	425041,81	1148	370,245		
	Ogółem	428996,20	1150			

Załącznik 8 Wyniki testu post-hoc – Test Tamhane porównań wielokrotnych

Zmienna zależna	(I) TYP	(J) TYP	Średnia różnica (I-J)	Błąd standardowy	Istotność	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Dostępność finansowa	duże przychodnie	Małe przychodnie	-5,390	1,46597	,976	-4,0487	2,9708
	małe przychodnie	Lekarze rodzinni	-3,7772(*)	1,42886	,025	-7,1967	-3,5777
		Duże przychodnie	,5390	1,46597	,976	-2,9708	4,0487
	lekarze rodzinni	Lekarze rodzinni	-3,2383	1,52033	,097	-6,8778	,4012
		Duże przychodnie	3,7772(*)	1,42886	,025	,3577	7,1967
Małe przychodnie	Małe przychodnie	3,2383	1,52033	,097	-4,012	6,8778	
Dostępność organizacyjna	duże przychodnie	małe przychodnie	-5,7654(*)	1,33680	,000	-8,9658	-2,5650
	małe przychodnie	lekarze rodzinni	-11,4595(*)	1,17895	,000	-14,2809	-8,6381
		duże przychodnie	5,7654(*)	1,33680	,000	2,5650	8,9658
	lekarze rodzinni	lekarze rodzinni	-5,6941(*)	1,27779	,000	-8,7537	-2,6346
		duże przychodnie	11,4595(*)	1,17895	,000	8,6381	14,2809
małe przychodnie	małe przychodnie	5,6941(*)	1,27779	,000	2,6346	8,7537	
Ciągłość opieki	duże przychodnie	małe przychodnie	1,8723	1,93586	,704	-2,7624	6,5071
	małe przychodnie	lekarze rodzinni	-2,7022	1,68721	,294	-6,7402	1,3359
		duże przychodnie	-1,8723	1,93586	,704	-6,5071	2,7624
	lekarze rodzinni	lekarze rodzinni	-4,5745(*)	1,80081	,034	-8,8869	-2,2621
		duże przychodnie	2,7022	1,68721	,294	-1,3359	6,7402
małe przychodnie	małe przychodnie	4,5745(*)	1,80081	,034	,2621	8,8869	
Ciągłość w oparciu o wizyty	duże przychodnie	małe przychodnie	-8,495	1,51882	,924	-4,4858	2,7868
	małe przychodnie	lekarze rodzinni	,9572	1,52928	,897	-2,7026	4,6170
		duże przychodnie	,8495	1,51882	,924	-2,7868	4,4858
	lekarze rodzinni	lekarze rodzinni	1,8067	1,63239	,609	-2,1008	5,7141
		duże przychodnie	-9,572	1,52928	,897	-4,6170	2,7026
małe przychodnie	małe przychodnie	-1,8067	1,63239	,609	-5,7141	2,1008	
Wiedza o pacjencie	duże przychodnie	małe przychodnie	-3,781	1,67067	,994	-4,3784	3,6221
	małe przychodnie	lekarze rodzinni	-1,1927	1,51807	,817	-4,8260	2,4405
		duże przychodnie	,3781	1,67067	,994	-3,6221	4,3784
	lekarze rodzinni	lekarze rodzinni	-8,146	1,64261	,945	-4,7477	3,1186
		duże przychodnie	1,1927	1,51807	,817	-2,4405	4,8260
małe przychodnie	małe przychodnie	,8146	1,64261	,945	-3,1186	4,7477	

Zmienna zależna	(I) TYP		(J) TYP	Średnia różnica (I-J)	Błąd standardowy	Istotność	95% przedział ufności	
	duże przychodnie	małe przychodnie					Dolna granica	Górna granica
Opieka pielęgniarska	duże przychodnie	małe przychodnie	małe przychodnie	-4,8923(*)	1,62743	,008	-8,7931	-,9914
	małe przychodnie	małe przychodnie	lekarze rodzinni	-8,7624(*)	1,52075	,000	-12,4067	-5,1181
	lekarze rodzinni	lekarze rodzinni	duże przychodnie	4,8923(*)	1,62743	,008	,9914	8,7931
	duże przychodnie	lekarze rodzinni	lekarze rodzinni	-3,8702(*)	1,46237	,025	-7,3743	-,3661
	lekarze rodzinni	lekarze rodzinni	duże przychodnie	8,7624(*)	1,52075	,000	5,1181	12,4067
	małe przychodnie	małe przychodnie	małe przychodnie	3,8702(*)	1,46237	,025	,3661	7,3743
Porady stylu życia	duże przychodnie	duże przychodnie	małe przychodnie	-,2057	2,13840	1,000	-5,3238	4,9124
	małe przychodnie	małe przychodnie	lekarze rodzinni	3,3298	1,98628	,256	-1,4226	8,0822
	lekarze rodzinni	lekarze rodzinni	duże przychodnie	,2057	2,13840	1,000	-4,9124	5,3238
	duże przychodnie	lekarze rodzinni	lekarze rodzinni	3,5355	2,08292	,247	-1,4502	8,5211
	lekarze rodzinni	lekarze rodzinni	duże przychodnie	-3,3298	1,98628	,256	-8,0822	1,4226
	małe przychodnie	małe przychodnie	małe przychodnie	-3,5355	2,08292	,247	-8,5211	1,4502
Integracja opieki	duże przychodnie	duże przychodnie	małe przychodnie	-2,0168	1,77666	,590	-6,2730	2,2395
	małe przychodnie	małe przychodnie	lekarze rodzinni	-1,9867	1,60474	,518	-5,8294	1,8559
	lekarze rodzinni	lekarze rodzinni	duże przychodnie	2,0168	1,77666	,590	-2,2395	6,2730
	duże przychodnie	lekarze rodzinni	lekarze rodzinni	,0301	1,71806	1,000	-4,0863	4,1464
	lekarze rodzinni	lekarze rodzinni	duże przychodnie	1,9867	1,60474	,518	-1,8559	5,8294
	małe przychodnie	małe przychodnie	małe przychodnie	-,0301	1,71806	1,000	-4,1464	4,0863
Dokładność badania fizykalnego	duże przychodnie	duże przychodnie	małe przychodnie	-2,0183	1,56632	,484	-5,7685	1,7318
	małe przychodnie	małe przychodnie	lekarze rodzinni	-3,2294	1,50148	,092	-6,8228	,3640
	lekarze rodzinni	lekarze rodzinni	duże przychodnie	2,0183	1,56632	,484	-1,7318	5,7685
	duże przychodnie	lekarze rodzinni	lekarze rodzinni	-1,2111	1,59707	,832	-5,0345	2,6124
	lekarze rodzinni	lekarze rodzinni	duże przychodnie	3,2294	1,50148	,092	-,3640	6,8228
	małe przychodnie	małe przychodnie	małe przychodnie	1,2111	1,59707	,832	-2,6124	5,0345

Zmienna zależna	(I) TYP	(J) TYP	Średnia różnica (I-J)	Błąd standardowy	Istotność	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Stosunki międzyludzkie	duże przychodnie	małe przychodnie	-2,9513	1,56300	,168	-6,6931	,7905
	małe przychodnie	lekarze rodzinni	-3,1303	1,47061	,097	-6,6497	,3890
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	2,9513	1,56300	,168	-,7905	6,6931
	duże przychodnie	lekarze rodzinni	-,1790	1,50853	,999	-3,7905	3,4324
	małe przychodnie	duże przychodnie	3,1303	1,47061	,097	-,3890	6,6497
Komunikacja	duże przychodnie	małe przychodnie	,1790	1,50853	,999	-3,4324	3,7905
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	-1,3422	1,45099	,732	-4,8159	2,1314
	duże przychodnie	lekarze rodzinni	-1,5537	1,36696	,588	-4,8250	1,7175
	małe przychodnie	duże przychodnie	1,3422	1,45099	,732	-2,1314	4,8159
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	-,2115	1,42493	,998	-3,6228	3,1998
Zaufanie	duże przychodnie	małe przychodnie	1,5537	1,36696	,588	-1,7175	4,8250
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	,2115	1,42493	,998	-3,1998	3,6228
	duże przychodnie	małe przychodnie	-1,2861	1,32772	,703	-4,4653	1,8930
	małe przychodnie	lekarze rodzinni	-,5036	1,26483	,970	-3,5308	2,5235
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	1,2861	1,32772	,703	-1,8930	4,4653
Łączna ocena	duże przychodnie	lekarze rodzinni	,7825	1,38532	,922	-2,5341	4,0991
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	,5036	1,26483	,970	-2,5235	3,5308
	duże przychodnie	małe przychodnie	-,7825	1,38532	,922	-4,0991	2,5341
	małe przychodnie	lekarze rodzinni	-2,0825	1,47506	,404	-5,6130	1,4481
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	-4,3719(*)	1,32167	,003	-7,5342	-1,2096
Łączna ocena	duże przychodnie	lekarze rodzinni	2,0825	1,47506	,404	-1,4481	5,6130
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	-2,2895	1,41463	,286	-5,6758	1,0969
	duże przychodnie	lekarze rodzinni	4,3719(*)	1,32167	,003	1,2096	7,5342
			2,2895	1,41463	,286	-1,0969	5,6758

* Istotność statystyczna na poziomie 0,05.

Załącznik 9 Porównania w podgrupach demograficznych (Test Tamhane porównań wielokrotnych)

Dolny kwartył wiekowy (wiek 40 lat)

Zmienna zależna	(I) TYP	(J) TYP	Średnia różnica (I-J)	Błąd standardowy	Istotność	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Dostępność finansowa	duże przychodnie	małe przychodnie	-,4332	3,069	,999	-7,8864	7,0200
		lekarze rodzinni	-10,3319(*)	2,832	,001	-17,1603	-3,5035
	małe przychodnie	duże przychodnie	,4332	3,069	,999	-7,0200	7,8864
		lekarze rodzinni	-9,8987(*)	3,378	,012	-18,0767	-1,7207
lekarze rodzinni	duże przychodnie	10,3319(*)	2,832	,001	3,5035	17,1603	
	małe przychodnie	9,8987(*)	3,378	,012	1,7207	18,0767	
Dostępność organizacyjna	duże przychodnie	małe przychodnie	-,41616	3,006	,427	-11,4574	3,1343
		lekarze rodzinni	-12,3368(*)	2,381	,000	-18,0720	-6,6016
	małe przychodnie	duże przychodnie	4,1616	3,006	,427	-3,1343	11,4574
		lekarze rodzinni	-8,1752(*)	2,966	,021	-15,3789	-,9714
lekarze rodzinni	duże przychodnie	12,3368(*)	2,381	,000	6,6016	18,0720	
	małe przychodnie	8,1752(*)	2,966	,021	,9714	15,3789	
Ciągłość opieki	duże przychodnie	małe przychodnie	10,5108(*)	3,604	,013	1,7729	19,2486
		lekarze rodzinni	4,1707	2,957	,408	-2,9549	11,2964
	małe przychodnie	duże przychodnie	-10,5108(*)	3,604	,013	-19,2486	-1,7729
		lekarze rodzinni	-6,3400	3,468	,197	-14,7627	2,0827
lekarze rodzinni	duże przychodnie	-4,1707	2,957	,408	-11,2964	2,9549	
	małe przychodnie	6,3400	3,468	,197	-2,0827	14,7627	
Ciągłość w oparciu o wizyty	duże przychodnie	małe przychodnie	,8233	3,190	,992	-6,9176	8,5643
		lekarze rodzinni	3,6555	3,105	,562	-3,8311	11,1421
	małe przychodnie	duże przychodnie	-,8233	3,190	,992	-8,5643	6,9176
		lekarze rodzinni	2,8322	3,583	,816	-5,8353	11,4997
lekarze rodzinni	duże przychodnie	-3,6555	3,105	,562	-11,1421	3,8311	
	małe przychodnie	-2,8322	3,583	,816	-11,4997	5,8353	
Wiedza o pacjencie	duże przychodnie	małe przychodnie	3,0358	3,594	,784	-5,6981	11,7697
		lekarze rodzinni	,6145	2,883	,995	-6,3317	7,5606
	małe przychodnie	duże przychodnie	-3,0358	3,594	,784	-11,7697	5,6981
		lekarze rodzinni	-2,4213	3,604	,878	-11,1798	6,3372
lekarze rodzinni	duże przychodnie	-,6145	2,883	,995	-7,5606	6,3317	
	małe przychodnie	2,4213	3,604	,878	-6,3372	11,1798	
Pielęgniarstwo	duże przychodnie	małe przychodnie	-3,0370	3,911	,825	-12,6177	6,5437
		lekarze rodzinni	-6,1612	3,211	,165	-13,9821	1,6597
	małe przychodnie	duże przychodnie	3,0370	3,911	,825	-6,5437	12,6177
		lekarze rodzinni	-3,1242	3,456	,750	-11,6432	5,3949
lekarze rodzinni	duże przychodnie	6,1612	3,211	,165	-1,6597	13,9821	
	małe przychodnie	3,1242	3,456	,750	-5,3949	11,6432	
Porady stylu życia	duże przychodnie	małe przychodnie	3,6201	3,734	,705	-5,4020	12,6423
		lekarze rodzinni	,9047	3,587	,992	-7,7300	9,5395
	małe przychodnie	duże przychodnie	-3,6201	3,734	,705	-12,6423	5,4020
		lekarze rodzinni	-2,7154	3,907	,866	-12,1518	6,7211
lekarze rodzinni	duże przychodnie	-,9047	3,587	,992	-9,5395	7,7300	
	małe przychodnie	2,7154	3,907	,866	-6,7211	12,1518	

Zmienna zależna	(I) TYP	(J) TYP	Średnia różnica (I-J)	Błąd standardowy	Istotność	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Integracja opieki	duże przychodnie	małe przychodnie	-,2387	4,03337	1,00	-10,1278	9,650
		lekarze rodzinni	-6,1422	3,21409	,164	-13,9138	1,629
	małe przychodnie	duże przychodnie	,2387	4,03337	1,00	-9,6505	10,127
		lekarze rodzinni	-5,9035	4,08717	,393	-15,9148	4,107
Dokładność badania fizykalnego	duże przychodnie	małe przychodnie	6,1422	3,21409	,164	-1,6295	13,913
		lekarze rodzinni	5,9035	4,08717	,393	-4,1078	15,914
	małe przychodnie	duże przychodnie	-2,1608	3,64096	,911	-11,0161	6,694
		lekarze rodzinni	-5,1386	2,85315	,204	-12,0136	1,736
Stosunki międzyludzkie	duże przychodnie	duże przychodnie	2,1608	3,64096	,911	-6,6945	11,016
		lekarze rodzinni	-2,9778	3,66124	,803	-11,8810	5,929
	małe przychodnie	duże przychodnie	5,1386	2,85315	,204	-1,7364	12,013
		lekarze rodzinni	2,9778	3,66124	,803	-5,9254	11,881
Komunikacja	duże przychodnie	małe przychodnie	-1,2037	3,40351	,979	-9,4560	7,048
		lekarze rodzinni	-2,9099	2,89008	,679	-9,8715	4,057
	małe przychodnie	duże przychodnie	1,2037	3,40351	,979	-7,0485	9,456
		lekarze rodzinni	-1,7062	3,41285	,944	-9,9811	6,568
Zaufanie	duże przychodnie	duże przychodnie	2,9099	2,89008	,679	-4,0516	9,877
		lekarze rodzinni	1,7062	3,41285	,944	-6,5686	9,987
	małe przychodnie	małe przychodnie	,5773	3,55249	,998	-8,0559	9,210
		lekarze rodzinni	-2,0200	2,70664	,839	-8,5396	4,499
Zaufanie	małe przychodnie	duże przychodnie	-,5773	3,55249	,998	-9,2105	8,055
		lekarze rodzinni	-2,5973	3,50194	,843	-11,1145	5,919
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	2,0200	2,70664	,839	-4,4997	8,539
		małe przychodnie	2,5973	3,50194	,843	-5,9199	11,114
Zaufanie	duże przychodnie	małe przychodnie	4,1912	2,93435	,399	-2,9336	11,316
		lekarze rodzinni	1,1091	2,39348	,955	-4,6568	6,874
	małe przychodnie	duże przychodnie	-4,1912	2,93435	,399	-11,3160	2,933
		lekarze rodzinni	-3,0821	2,94205	,653	-10,2254	4,061
Zaufanie	lekarze rodzinni	duże przychodnie	-1,1091	2,39348	,955	-6,8749	4,656
		małe przychodnie	3,0821	2,94205	,653	-4,0612	10,225

Górny kwartył wiekowy (wiek >66 lat)

Zmienna zależna	(I) TYP	(J) TYP	Średnia różnica (I-J)	Błąd standardowy	Istotność	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Dostępność finansowa	duże przychodnie	małe przychodnie	-4,4118	3,80805	,579	-13,727	4,9041
		lekarze rodzinni	-4,2610	3,34186	,504	-12,525	4,0035
	małe przychodnie	duże przychodnie	4,4118	3,80805	,579	-4,9041	13,7276
		lekarze rodzinni	,1508	2,81555	1,00	-6,6640	6,9655
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	4,2610	3,34186	,504	-4,0035	12,5255
		małe przychodnie	-,1508	2,81555	1,00	-6,9655	6,6640
Dostępność organizacyjna	duże przychodnie	małe przychodnie	-3,2064	3,21202	,688	-11,080	4,6680
		lekarze rodzinni	-10,4423(*)	2,85242	,002	-17,519	-3,3646
	małe przychodnie	duże przychodnie	3,2064	3,21202	,688	-4,6680	11,0808
		lekarze rodzinni	-7,2358(*)	2,16222	,003	-12,471	-2,0000
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	10,4423(*)	2,85242	,002	3,3646	17,5199
		małe przychodnie	7,2358(*)	2,16222	,003	2,0000	12,4717
Ciągłość opieki	duże przychodnie	małe przychodnie	-1,1241	5,76947	,996	-15,307	13,0593
		lekarze rodzinni	-7,0099	4,97426	,423	-19,478	5,4580
	małe przychodnie	duże przychodnie	1,1241	5,76947	,996	-13,059	15,3075
		lekarze rodzinni	-5,8858	3,52390	,267	-14,459	2,6877
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	7,0099	4,97426	,423	-5,4580	19,4778
		małe przychodnie	5,8858	3,52390	,267	-2,6877	14,4593
Ciągłość w oparciu o wizyty	duże przychodnie	małe przychodnie	-3,2543	3,71049	,766	-12,341	5,8327
		lekarze rodzinni	1,2593	3,42909	,977	-7,1877	9,7063
	małe przychodnie	duże przychodnie	3,2543	3,71049	,766	-5,8327	12,3413
		lekarze rodzinni	4,5136	2,77083	,284	-2,1772	11,2044
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	-1,2593	3,42909	,977	-9,7063	7,1877
		małe przychodnie	-4,5136	2,77083	,284	-11,204	2,1772
Wiedza o pacjencie	duże przychodnie	małe przychodnie	2,0312	3,26557	,900	-5,9773	10,0398
		lekarze rodzinni	,5377	3,10490	,997	-7,1028	8,1782
	małe przychodnie	duże przychodnie	-2,0312	3,26557	,900	-10,039	5,9773
		lekarze rodzinni	-1,4936	2,44017	,904	-7,3826	4,3955
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	-,5377	3,10490	,997	-8,1782	7,1028
		małe przychodnie	1,4936	2,44017	,904	-4,3955	7,3826
Pielęgniarstwo	duże przychodnie	małe przychodnie	-,0556	3,70541	1,00	-9,2632	9,1519
		lekarze rodzinni	-6,2254	3,38240	,209	-14,748	2,2975
	małe przychodnie	duże przychodnie	,0556	3,70541	1,00	-9,1519	9,2632
		lekarze rodzinni	-6,1697(*)	2,49444	,044	-12,219	-,1205
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	6,2254	3,38240	,209	-2,2975	14,7483
		małe przychodnie	6,1697(*)	2,49444	,044	,1205	12,2190
Porady stylu życia	duże przychodnie	małe przychodnie	6,3340	6,37491	,692	-9,3368	22,0048
		lekarze rodzinni	9,8266	5,96910	,287	-4,9576	24,6108
	małe przychodnie	duże przychodnie	-6,3340	6,37491	,692	-22,004	9,3368
		lekarze rodzinni	3,4925	3,57863	,700	-5,1558	12,1409
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	-9,8266	5,96910	,287	-24,610	4,9576
		małe przychodnie	-3,4925	3,57863	,700	-12,140	5,1558

Zmienna zależna	(I) TYP	(J) TYP	Średnia różnica (I-J)	Błąd standardowy	Istotność	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Integracja opieki	duże przychodnie	małe przychodnie	,0439	4,26431	1,00	-10,466	10,5543
		lekarze rodzinni	1,0983	3,87856	,989	-8,5653	10,7619
	małe przychodnie	duże przychodnie	-,0439	4,26431	1,00	-10,554	10,4665
		lekarze rodzinni	1,0544	2,86397	,976	-5,8937	8,0025
		duże przychodnie	-1,0983	3,87856	,989	-10,7619	8,5653
		małe przychodnie	-1,0544	2,86397	,976	-8,0025	5,8937
Dokładność badania fizykalnego	duże przychodnie	małe przychodnie	-4,7295	4,02036	,569	-14,652	5,1938
		lekarze rodzinni	-4,5000	3,86866	,579	-14,089	5,0891
	małe przychodnie	duże przychodnie	4,7295	4,02036	,569	-5,1938	14,6528
		lekarze rodzinni	,2295	2,56090	1,00	-5,9510	6,4099
		duże przychodnie	4,5000	3,86866	,579	-5,0891	14,0891
		małe przychodnie	-,2295	2,56090	1,00	-6,4099	5,9510
Stosunki międzyludzkie	duże przychodnie	małe przychodnie	-4,1471	3,81793	,629	-13,514	5,2200
		lekarze rodzinni	-3,3576	3,49038	,714	-11,993	5,2785
	małe przychodnie	duże przychodnie	4,1471	3,81793	,629	-5,2200	13,5142
		lekarze rodzinni	,7896	2,63213	,987	-5,5752	7,1543
		duże przychodnie	3,3576	3,49038	,714	-5,2785	11,9937
		małe przychodnie	-,7896	2,63213	,987	-7,1543	5,5752
Komunikacja	duże przychodnie	małe przychodnie	-4,9248	3,68471	,463	-14,019	4,1703
		lekarze rodzinni	-3,4061	3,54912	,715	-12,2033	5,3912
	małe przychodnie	duże przychodnie	4,9248	3,68471	,463	-4,1703	14,0198
		lekarze rodzinni	1,5187	2,26711	,878	-3,9529	6,9903
		duże przychodnie	3,4061	3,54912	,715	-5,3912	12,2033
		małe przychodnie	-1,5187	2,26711	,878	-6,9903	3,9529
Zaufanie	duże przychodnie	małe przychodnie	-4,4327	2,98401	,369	-11,7544	2,8890
		lekarze rodzinni	-,8222	2,90783	,989	-7,9637	6,3193
	małe przychodnie	duże przychodnie	4,4327	2,98401	,369	-2,8890	11,7544
		lekarze rodzinni	3,6105	2,28739	,310	-1,9059	9,1269
		duże przychodnie	,8222	2,90783	,989	-6,3193	7,9637
		małe przychodnie	-3,6105	2,28739	,310	-9,1269	1,9059

Kobiety

Zmienna zależna	(I) TYP	(J) TYP	Średnia różnica (I-J)	Błąd standardowy	Istotność	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Dostępność finansowa	duże przychodnie	małe przychodnie	-,9442	1,99161	,952	-5,7249	3,8366
		lekarze rodzinni	-4,8017(*)	1,93404	,040	-9,4389	-,1645
	małe przychodnie	duże przychodnie	,9442	1,99161	,952	-3,8366	5,7249
		lekarze rodzinni	-3,8576	2,05392	,173	-8,7859	1,0708
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	4,8017(*)	1,93404	,040	,1645	9,4389
		małe przychodnie	3,8576	2,05392	,173	-1,0708	8,7859
Dostępność organizacyjna	duże przychodnie	małe przychodnie	-4,8853(*)	1,97219	,041	-9,6196	-,1510
		lekarze rodzinni	-10,9668(*)	1,65038	,000	-14,925	-7,0090
	małe przychodnie	duże przychodnie	4,8853(*)	1,97219	,041	,1510	9,6196
		lekarze rodzinni	-6,0815(*)	1,83313	,003	-10,484	-1,6785
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	10,9668(*)	1,65038	,000	7,0090	14,9245
		małe przychodnie	6,0815(*)	1,83313	,003	1,6785	10,4845
Ciągłość opieki	duże przychodnie	małe przychodnie	1,8784	2,80830	,878	-4,8635	8,6204
		lekarze rodzinni	-2,0630	2,28812	,747	-7,5512	3,4252
	małe przychodnie	duże przychodnie	-1,8784	2,80830	,878	-8,6204	4,8635
		lekarze rodzinni	-3,9414	2,56073	,330	-10,094	2,2116
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	2,0630	2,28812	,747	-3,4252	7,5512
		małe przychodnie	3,9414	2,56073	,330	-2,2116	10,0945
Ciągłość w oparciu o wizyty	duże przychodnie	małe przychodnie	,4758	2,05601	,994	-4,4608	5,4124
		lekarze rodzinni	1,1479	2,02303	,921	-3,7025	5,9982
	małe przychodnie	duże przychodnie	-,4758	2,05601	,994	-5,4124	4,4608
		lekarze rodzinni	,6721	2,23423	,987	-4,6883	6,0324
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	-1,1479	2,02303	,921	-5,9982	3,7025
		małe przychodnie	-,6721	2,23423	,987	-6,0324	4,6883
Wiedza o pacjencie	duże przychodnie	małe przychodnie	-2,4599	2,37378	,658	-8,1593	3,2395
		lekarze rodzinni	-2,3629	2,14546	,613	-7,5088	2,7830
	małe przychodnie	duże przychodnie	2,4599	2,37378	,658	-3,2395	8,1593
		lekarze rodzinni	,0970	2,25339	1,00	-5,3139	5,5079
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	2,3629	2,14546	,613	-2,7830	7,5088
		małe przychodnie	-,0970	2,25339	1,00	-5,5079	5,3139
Pielęgniarstwo	duże przychodnie	małe przychodnie	-3,0976	2,31991	,455	-8,6798	2,4845
		lekarze rodzinni	-8,7617(*)	2,07173	,000	-13,742	-3,7806
	małe przychodnie	duże przychodnie	3,0976	2,31991	,455	-2,4845	8,6798
		lekarze rodzinni	-5,6641(*)	2,11565	,024	-10,753	-,5751
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	8,7617(*)	2,07173	,000	3,7806	13,7428
		małe przychodnie	5,6641(*)	2,11565	,024	,5751	10,7531
Porady stylu życia	duże przychodnie	małe przychodnie	-1,7007	2,89623	,913	-8,6499	5,2484
		lekarze rodzinni	,8606	2,48362	,980	-5,0927	6,8138
	małe przychodnie	duże przychodnie	1,7007	2,89623	,913	-5,2484	8,6499
		lekarze rodzinni	2,5613	2,68670	,714	-3,8886	9,0112
	lekarze rodzinni	duże przychodnie	-,8606	2,48362	,980	-6,8138	5,0927
		małe przychodnie	-2,5613	2,68670	,714	-9,0112	3,8886

Zmienna zależna	(I) TYP	(J) TYP	Średnia różnica (I-J)	Błąd standardowy	Istotność	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Integracja opieki	duże przychodnie	małe przychodnie	-3,3209	2,58899	,490	-9,5447	2,9030
		lekarze rodzinni	-2,9073	2,28673	,497	-8,3983	2,5837
	małe przychodnie	duże przychodnie	3,3209	2,58899	,490	-2,9030	9,5447
		lekarze rodzinni	,4136	2,39412	,997	-5,3447	6,1719
		duże przychodnie	2,9073	2,28673	,497	-2,5837	8,3983
		małe przychodnie	-4,136	2,39412	,997	-6,1719	5,3447
Dokładność badania fizykalnego	duże przychodnie	małe przychodnie	-1,7628	2,18795	,806	-7,0149	3,4894
		lekarze rodzinni	-4,9126	2,04994	,050	-9,8285	,0032
	małe przychodnie	duże przychodnie	1,7628	2,18795	,806	-3,4894	7,0149
		lekarze rodzinni	-3,1499	2,12441	,362	-8,2490	1,9493
		duże przychodnie	4,9126	2,04994	,050	-,0032	9,8285
		małe przychodnie	3,1499	2,12441	,362	-1,9493	8,2490
Stosunki międzyludzkie	duże przychodnie	małe przychodnie	-1,9902	2,23548	,755	-7,3557	3,3752
		lekarze rodzinni	-3,1079	2,02021	,330	-7,9527	1,7369
	małe przychodnie	duże przychodnie	1,9902	2,23548	,755	-3,3752	7,3557
		lekarze rodzinni	-1,1176	2,06430	,930	-6,0735	3,8382
		duże przychodnie	3,1079	2,02021	,330	-1,7369	7,9527
		małe przychodnie	1,1176	2,06430	,930	-3,8382	6,0735
Komunikacja	duże przychodnie	małe przychodnie	-,3912	2,04620	,997	-5,3032	4,5208
		lekarze rodzinni	-1,1622	1,80638	,890	-5,4937	3,1693
	małe przychodnie	duże przychodnie	,3912	2,04620	,997	-4,5208	5,3032
		lekarze rodzinni	-,7710	1,94912	,971	-5,4508	3,9088
		duże przychodnie	1,1622	1,80638	,890	-3,1693	5,4937
		małe przychodnie	,7710	1,94912	,971	-3,9088	5,4508
Zaufanie	duże przychodnie	małe przychodnie	-,5132	1,80211	,989	-4,8415	3,8151
		lekarze rodzinni	-1,3035	1,66512	,819	-5,2965	2,6895
	małe przychodnie	duże przychodnie	,5132	1,80211	,989	-3,8151	4,8415
		lekarze rodzinni	-,7903	1,88324	,966	-5,3109	3,7304
		duże przychodnie	1,3035	1,66512	,819	-2,6895	5,2965
		małe przychodnie	,7903	1,88324	,966	-3,7304	5,3109

Mężczyźni

Zmienna zależna	(I) TYP	(J) TYP	Średnia różnica (I-J)	Błąd standardowy	Istotność	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Dostępność finansowa	duże przychodnie	małe przychodnie	-,3609	2,14890	,998	-5,5205	4,7988
		lekarze rodzinni	-2,8727	2,11252	,438	-7,9430	2,1976
	małe przychodnie	duże przychodnie	,3609	2,14890	,998	-4,7988	5,5205
		lekarze rodzinni	-2,5118	2,26158	,607	-7,9422	2,9185
lekarze rodzinni	duże przychodnie	2,8727	2,11252	,438	-2,1976	7,9430	
	małe przychodnie	2,5118	2,26158	,607	-2,9185	7,9422	
Dostępność organizacyjna	duże przychodnie	małe przychodnie	-6,7629(*)	1,80909	,001	-11,106	-2,4197
		lekarze rodzinni	-11,8378(*)	1,69293	,000	-15,900	-7,7753
	małe przychodnie	duże przychodnie	6,7629(*)	1,80909	,001	2,4197	11,1061
		lekarze rodzinni	-5,0749(*)	1,80820	,016	-9,4168	-,7331
lekarze rodzinni	duże przychodnie	11,8378(*)	1,69293	,000	7,7753	15,9004	
	małe przychodnie	5,0749(*)	1,80820	,016	,7331	9,4168	
Ciągłość opieki	duże przychodnie	małe przychodnie	2,0598	2,68935	,828	-4,3968	8,5164
		lekarze rodzinni	-3,5870	2,54162	,405	-9,6864	2,5124
	małe przychodnie	duże przychodnie	-2,0598	2,68935	,828	-8,5164	4,3968
		lekarze rodzinni	-5,6468	2,58667	,087	-11,858	,5650
lekarze rodzinni	duże przychodnie	3,5870	2,54162	,405	-2,5124	9,6864	
	małe przychodnie	5,6468	2,58667	,087	-,5650	11,8586	
Ciągłość w oparciu o wizyty	duże przychodnie	małe przychodnie	-2,6351	2,25382	,567	-8,0455	2,7753
		lekarze rodzinni	,9317	2,31421	,969	-4,6226	6,4859
	małe przychodnie	duże przychodnie	2,6351	2,25382	,567	-2,7753	8,0455
		lekarze rodzinni	3,5668	2,40030	,360	-2,1959	9,3295
lekarze rodzinni	duże przychodnie	-,9317	2,31421	,969	-6,4859	4,6226	
	małe przychodnie	-3,5668	2,40030	,360	-9,3295	2,1959	
Wiedza o pacjencie	duże przychodnie	małe przychodnie	1,2000	2,35970	,941	-4,4672	6,8671
		lekarze rodzinni	-,0147	2,15777	1,00	-5,1938	5,1644
	małe przychodnie	duże przychodnie	-1,2000	2,35970	,941	-6,8671	4,4672
		lekarze rodzinni	-1,2147	2,41164	,943	-7,0067	4,5774
lekarze rodzinni	duże przychodnie	,0147	2,15777	1,00	-5,1644	5,1938	
	małe przychodnie	1,2147	2,41164	,943	-4,5774	7,0067	
Pielęgniarstwo	duże przychodnie	małe przychodnie	-8,9724(*)	2,30722	,000	-14,525	-3,4189
		lekarze rodzinni	-11,4548(*)	2,24945	,000	-16,867	-6,0422
	małe przychodnie	duże przychodnie	8,9724(*)	2,30722	,000	3,4189	14,5259
		lekarze rodzinni	-2,4824	2,03688	,533	-7,3805	2,4158
lekarze rodzinni	duże przychodnie	11,4548(*)	2,24945	,000	6,0422	16,8673	
	małe przychodnie	2,4824	2,03688	,533	-2,4158	7,3805	
Porady stylu życia	duże przychodnie	małe przychodnie	1,6399	3,11813	,936	-5,8414	9,1212
		lekarze rodzinni	5,0490	3,22615	,315	-2,6914	12,7894
	małe przychodnie	duże przychodnie	-1,6399	3,11813	,936	-9,1212	5,8414
		lekarze rodzinni	3,4091	3,32066	,665	-4,5601	11,3782
lekarze rodzinni	duże przychodnie	-5,0490	3,22615	,315	-12,789	2,6914	
	małe przychodnie	-3,4091	3,32066	,665	-11,378	4,5601	

Zmienna zależna	(I) TYP	(J) TYP	Średnia różnica (I-J)	Błąd standardowy	Istotność	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Integracja opieki	duże przychodnie	małe przychodnie	-,9309	2,46478	,975	-6,8556	4,9939
		lekarze rodzinni	-1,2189	2,26727	,932	-6,6669	4,2292
	małe przychodnie	duże przychodnie	,9309	2,46478	,975	-4,9939	6,8556
		lekarze rodzinni	-,2880	2,50028	,999	-6,2995	5,7235
		duże przychodnie	1,2189	2,26727	,932	-4,2292	6,6669
		małe przychodnie	,2880	2,50028	,999	-5,7235	6,2995
Dokładność badania fizykalnego	duże przychodnie	małe przychodnie	-2,7012	2,25291	,546	-8,1115	2,7091
		lekarze rodzinni	-,8834	2,21119	,970	-6,1915	4,4248
	małe przychodnie	duże przychodnie	2,7012	2,25291	,546	-2,7091	8,1115
		lekarze rodzinni	1,8179	2,42248	,837	-3,9991	7,6349
		duże przychodnie	,8834	2,21119	,970	-4,4248	6,1915
		małe przychodnie	-1,8179	2,42248	,837	-7,6349	3,9991
Stosunki międzyludzkie	duże przychodnie	małe przychodnie	-4,0318	2,19814	,189	-9,3088	1,2451
		lekarze rodzinni	-2,7517	2,16657	,497	-7,9513	2,4479
	małe przychodnie	duże przychodnie	4,0318	2,19814	,189	-1,2451	9,3088
		lekarze rodzinni	1,2801	2,25199	,921	-4,1267	6,6870
		duże przychodnie	2,7517	2,16657	,497	-2,4479	7,9513
		małe przychodnie	-1,2801	2,25199	,921	-6,6870	4,1267
Komunikacja	duże przychodnie	małe przychodnie	-2,4532	2,08006	,559	-7,4463	2,5398
		lekarze rodzinni	-1,8659	2,11131	,759	-6,9328	3,2010
	małe przychodnie	duże przychodnie	2,4532	2,08006	,559	-2,5398	7,4463
		lekarze rodzinni	,5873	2,14604	,990	-4,5651	5,7398
		duże przychodnie	1,8659	2,11131	,759	-3,2010	6,9328
		małe przychodnie	-,5873	2,14604	,990	-5,7398	4,5651
Zaufanie	duże przychodnie	małe przychodnie	-2,3418	1,97483	,555	-7,0835	2,4000
		lekarze rodzinni	,5815	1,93659	,987	-4,0669	5,2299
	małe przychodnie	duże przychodnie	2,3418	1,97483	,555	-2,4000	7,0835
		lekarze rodzinni	2,9232	2,06564	,403	-2,0369	7,8834
		duże przychodnie	-,5815	1,93659	,987	-5,2299	4,0669
		małe przychodnie	-2,9232	2,06564	,403	-7,8834	2,0369

Osoby samotne

Zmienna zależna	(I) TYP	(J) TYP	Średnia różnica (I-J)	Błąd standardowy	Istość	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Dostępność finansowa	duże przychodnie	małe przychodnie	1,3573	1,72310	,816	-2,7735	5,4880
		lekarze rodzinni	-1,5505	1,79178	,770	-5,8451	2,7441
	małe przychodnie	duże przychodnie	-1,3573	1,72310	,816	-5,4880	2,7735
		lekarze rodzinni	-2,9077	1,82496	,300	-7,2840	1,4685
lekarze rodzinni	duże przychodnie	1,5505	1,79178	,770	-2,7441	5,8451	
	małe przychodnie	2,9077	1,82496	,300	-1,4685	7,2840	
Dostępność organizacyjna	duże przychodnie	małe przychodnie	-5,2356(*)	1,62364	,004	-9,1285	-1,3427
		lekarze rodzinni	-9,4039(*)	1,50256	,000	-13,004	-5,8032
	małe przychodnie	duże przychodnie	5,2356(*)	1,62364	,004	1,3427	9,1285
		lekarze rodzinni	-4,1683(*)	1,63069	,033	-8,0791	-,2575
lekarze rodzinni	duże przychodnie	9,4039(*)	1,50256	,000	5,8032	13,0046	
	małe przychodnie	4,1683(*)	1,63069	,033	,2575	8,0791	
Ciągłość opieki	duże przychodnie	małe przychodnie	2,3503	2,36565	,687	-3,3229	8,0235
		lekarze rodzinni	-1,3383	2,15617	,900	-6,5056	3,8290
	małe przychodnie	duże przychodnie	-2,3503	2,36565	,687	-8,0235	3,3229
		lekarze rodzinni	-3,6886	2,37983	,323	-9,3969	2,0197
lekarze rodzinni	duże przychodnie	1,3383	2,15617	,900	-3,8290	6,5056	
	małe przychodnie	3,6886	2,37983	,323	-2,0197	9,3969	
Ciągłość w oparciu o wizyty	duże przychodnie	małe przychodnie	-,1547	1,87466	1,00	-4,6496	4,3403
		lekarze rodzinni	1,6538	1,89455	,765	-2,8874	6,1951
	małe przychodnie	duże przychodnie	,1547	1,87466	1,00	-4,3403	4,6496
		lekarze rodzinni	1,8085	2,04487	,758	-3,0948	6,7118
lekarze rodzinni	duże przychodnie	-1,6538	1,89455	,765	-6,1951	2,8874	
	małe przychodnie	-1,8085	2,04487	,758	-6,7118	3,0948	
Wiedza o pacjencie	duże przychodnie	małe przychodnie	-,1004	2,00545	1,00	-4,9100	4,7092
		lekarze rodzinni	,8784	1,86412	,952	-3,5895	5,3462
	małe przychodnie	duże przychodnie	,1004	2,00545	1,00	-4,7092	4,9100
		lekarze rodzinni	,9788	2,06283	,952	-3,9691	5,9266
lekarze rodzinni	duże przychodnie	-,8784	1,86412	,952	-5,3462	3,5895	
	małe przychodnie	-,9788	2,06283	,952	-5,9266	3,9691	
Pielęgniarstwo	duże przychodnie	małe przychodnie	-5,9304(*)	1,96587	,008	-10,651	-1,2094
		lekarze rodzinni	-8,2541(*)	1,94160	,000	-12,914	-3,5938
	małe przychodnie	duże przychodnie	5,9304(*)	1,96587	,008	1,2094	10,6513
		lekarze rodzinni	-2,3237	1,82584	,496	-6,7070	2,0596
lekarze rodzinni	duże przychodnie	8,2541(*)	1,94160	,000	3,5938	12,9143	
	małe przychodnie	2,3237	1,82584	,496	-2,0596	6,7070	
Porady stylu życia	duże przychodnie	małe przychodnie	-1,9461	2,75580	,860	-8,5527	4,6606
		lekarze rodzinni	4,0386	2,62946	,331	-2,2623	10,3395
	małe przychodnie	duże przychodnie	1,9461	2,75580	,860	-4,6606	8,5527
		lekarze rodzinni	5,9846	2,85791	,107	-,8679	12,8372
lekarze rodzinni	duże przychodnie	-4,0386	2,62946	,331	-10,339	2,2623	
	małe przychodnie	-5,9846	2,85791	,107	-12,837	,8679	

Zmienna zależna	(I) TYP	(J) TYP	Średnia różnica (I-J)	Błąd standardowy	Istotność	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Integracja opieki	Duże przychodnie	małe przychodnie	-2,0259	2,18857	,732	-7,2793	3,2275
		lekarze rodzinni	,8392	1,98239	,965	-3,9161	5,5945
	małe przychodnie	duże przychodnie	2,0259	2,18857	,732	-3,2275	7,2793
		lekarze rodzinni	2,8651	2,21428	,482	-2,4514	8,1816
lekarze rodzinni	duże przychodnie	-,8392	1,98239	,965	-5,5945	3,9161	
	małe przychodnie	-2,8651	2,21428	,482	-8,1816	2,4514	
Dokładność badania fizykalnego	duże przychodnie	małe przychodnie	-1,9936	1,90048	,649	-6,5513	2,5641
		lekarze rodzinni	,1278	1,91013	1,00	-4,4515	4,7071
	małe przychodnie	duże przychodnie	1,9936	1,90048	,649	-2,5641	6,5513
		lekarze rodzinni	2,1214	2,09815	,675	-2,9101	7,1529
lekarze rodzinni	duże przychodnie	-,1278	1,91013	1,00	-4,7071	4,4515	
	małe przychodnie	-2,1214	2,09815	,675	-7,1529	2,9101	
Stosunki międzyludzkie	duże przychodnie	małe przychodnie	-3,8551	1,80618	,097	-8,1851	,4749
		lekarze rodzinni	-2,0234	1,82621	,609	-6,4001	2,3534
	małe przychodnie	duże przychodnie	3,8551	1,80618	,097	-,4749	8,1851
		lekarze rodzinni	1,8317	1,89111	,704	-2,7029	6,3664
lekarze rodzinni	duże przychodnie	2,0234	1,82621	,609	-2,3534	6,4001	
	małe przychodnie	-1,8317	1,89111	,704	-6,3664	2,7029	
Komunikacja	duże przychodnie	małe przychodnie	-1,4548	1,68459	,771	-5,4936	2,5840
		lekarze rodzinni	-,3340	1,72338	,996	-4,4648	3,7967
	małe przychodnie	duże przychodnie	1,4548	1,68459	,771	-2,5840	5,4936
		lekarze rodzinni	1,1208	1,81656	,901	-3,2351	5,4767
lekarze rodzinni	duże przychodnie	,3340	1,72338	,996	-3,7967	4,4648	
	małe przychodnie	-1,1208	1,81656	,901	-5,4767	3,2351	
Zaufanie	duże przychodnie	małe przychodnie	-1,6465	1,63864	,679	-5,5768	2,2837
		lekarze rodzinni	1,5226	1,61682	,721	-2,3537	5,3988
	małe przychodnie	duże przychodnie	1,6465	1,63864	,679	-2,2837	5,5768
		lekarze rodzinni	3,1691	1,80942	,223	-1,1702	7,5084
lekarze rodzinni	duże przychodnie	-1,5226	1,61682	,721	-5,3988	2,3537	
	małe przychodnie	-3,1691	1,80942	,223	-7,5084	1,1702	

Osoby w związkach małżeńskich

Zmienna zależna	(I) TYP	(J) TYP	Średnia różnica (I-J)	Błąd standardowy	Istotność	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Dostępność finansowa	duże przychodnie	małe przychodnie	-4,5916	2,66369	,237	-11,005	1,8225
		lekarze rodzinni	-7,6500(*)	2,40802	,005	-13,438	-1,8618
	małe przychodnie	duże przychodnie	4,5916	2,66369	,237	-1,8225	11,0057
		lekarze rodzinni	-3,0584	2,68888	,589	-9,5265	3,4097
lekarze rodzinni	duże przychodnie	7,6500(*)	2,40802	,005	1,8618	13,4382	
	małe przychodnie	3,0584	2,68888	,589	-3,4097	9,5265	
Dostępność organizacyjna	duże przychodnie	małe przychodnie	-6,6404(*)	2,38338	,017	-12,378	-9,9030
		lekarze rodzinni	-14,4148(*)	1,98670	,000	-19,197	-9,6321
	małe przychodnie	duże przychodnie	6,6404(*)	2,38338	,017	,9030	12,3778
		lekarze rodzinni	-7,7744(*)	2,12886	,001	-12,901	-2,6474
lekarze rodzinni	duże przychodnie	14,4148(*)	1,98670	,000	9,6321	19,1975	
	małe przychodnie	7,7744(*)	2,12886	,001	2,6474	12,9013	
Ciągłość opieki	duże przychodnie	małe przychodnie	1,4652	3,45527	,965	-6,8524	9,7828
		lekarze rodzinni	-3,6073	2,93348	,526	-10,674	3,4603
	małe przychodnie	duże przychodnie	-1,4652	3,45527	,965	-9,7828	6,8524
		lekarze rodzinni	-5,0725	2,90898	,228	-12,080	1,9350
lekarze rodzinni	duże przychodnie	3,6073	2,93348	,526	-3,4603	10,6748	
	małe przychodnie	5,0725	2,90898	,228	-1,9350	12,0799	
Ciągłość w oparciu o wizyty	duże przychodnie	małe przychodnie	-1,6810	2,70398	,899	-8,1906	4,8286
		lekarze rodzinni	-,5364	2,67085	,996	-6,9557	5,8830
	małe przychodnie	duże przychodnie	1,6810	2,70398	,899	-4,8286	8,1906
		lekarze rodzinni	1,1446	2,77988	,967	-5,5377	7,8270
lekarze rodzinni	duże przychodnie	,5364	2,67085	,996	-5,8830	6,9557	
	małe przychodnie	-1,1446	2,77988	,967	-7,8270	5,5377	
Wiedza o pacjencie	duże przychodnie	małe przychodnie	-,2706	3,09622	1,00	-7,7290	7,1879
		lekarze rodzinni	-2,9538	2,71337	,623	-9,4914	3,5838
	małe przychodnie	duże przychodnie	,2706	3,09622	1,00	-7,1879	7,7290
		lekarze rodzinni	-2,6832	2,75201	,700	-9,3093	3,9429
lekarze rodzinni	duże przychodnie	2,9538	2,71337	,623	-3,5838	9,4914	
	małe przychodnie	2,6832	2,75201	,700	-3,9429	9,3093	
Pielęgniarstwo	duże przychodnie	małe przychodnie	-5,9307	3,03490	,150	-13,271	1,4101
		lekarze rodzinni	-12,6667(*)	2,67366	,000	-19,146	-6,1866
	małe przychodnie	duże przychodnie	5,9307	3,03490	,150	-1,4101	13,2715
		lekarze rodzinni	-6,7359(*)	2,51689	,025	-12,813	-,6588
lekarze rodzinni	duże przychodnie	12,6667(*)	2,67366	,000	6,1866	19,1468	
	małe przychodnie	6,7359(*)	2,51689	,025	,6588	12,8131	
Porady stylu życia	duże przychodnie	małe przychodnie	3,6524	3,69373	,691	-5,2363	12,5412
		lekarze rodzinni	2,6793	3,43041	,820	-5,5771	10,9357
	małe przychodnie	duże przychodnie	-3,6524	3,69373	,691	-12,541	5,2363
		lekarze rodzinni	-,9732	3,16284	,986	-8,5775	6,6311
lekarze rodzinni	duże przychodnie	-2,6793	3,43041	,820	-10,935	5,5771	
	małe przychodnie	,9732	3,16284	,986	-6,6311	8,5775	

Zmienna zależna	(I) TYP	(J) TYP	Średnia różnica (I-J)	Błąd standardowy	Istotność	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
Integracja opieki	duże przychodnie	małe przychodnie	-1,5422	3,19046	,949	-9,2389	6,1545
		lekarze rodzinni	-5,5771	2,83385	,145	-12,414	1,2605
	małe przychodnie	duże przychodnie	1,5422	3,19046	,949	-6,1545	9,2389
		lekarze rodzinni	-4,0349	2,76415	,378	-10,702	2,6324
		lekarze rodzinni	5,5771	2,83385	,145	-1,2605	12,4147
		małe przychodnie	4,0349	2,76415	,378	-2,6324	10,7023
Dokładność badania fizykalnego	duże przychodnie	małe przychodnie	-1,8966	2,90473	,886	-8,8916	5,0984
		lekarze rodzinni	-7,1932(*)	2,63267	,020	-13,534	-,8517
	małe przychodnie	duże przychodnie	1,8966	2,90473	,886	-5,0984	8,8916
		lekarze rodzinni	-5,2966	2,48727	,100	-11,282	,6897
		lekarze rodzinni	7,1932(*)	2,63267	,020	,8517	13,5347
		małe przychodnie	5,2966	2,48727	,100	-,6897	11,2828
Stosunki międzyludzkie	duże przychodnie	małe przychodnie	-4,884	3,08199	,998	-7,9086	6,9319
		lekarze rodzinni	-3,2812	2,69559	,535	-9,7756	3,2131
	małe przychodnie	duże przychodnie	,4884	3,08199	,998	-6,9319	7,9086
		lekarze rodzinni	-2,7929	2,60300	,634	-9,0601	3,4743
		lekarze rodzinni	3,2812	2,69559	,535	-3,2131	9,7756
		małe przychodnie	2,7929	2,60300	,634	-3,4743	9,0601
Komunikacja	duże przychodnie	małe przychodnie	-,3723	2,82213	,999	-7,1661	6,4215
		lekarze rodzinni	-2,2367	2,44999	,741	-8,1375	3,6642
	małe przychodnie	duże przychodnie	,3723	2,82213	,999	-6,4215	7,1661
		lekarze rodzinni	-1,8644	2,41385	,825	-7,6765	3,9477
		lekarze rodzinni	2,2367	2,44999	,741	-3,6642	8,1375
		małe przychodnie	1,8644	2,41385	,825	-3,9477	7,6765
Zaufanie	duże przychodnie	małe przychodnie	-,0169	2,37111	1,00	-5,7276	5,6937
		lekarze rodzinni	-1,9071	2,13846	,754	-7,0541	3,2399
	małe przychodnie	duże przychodnie	,0169	2,37111	1,00	-5,6937	5,7276
		lekarze rodzinni	-1,8902	2,21092	,777	-7,2109	3,4305
		lekarze rodzinni	1,9071	2,13846	,754	-3,2399	7,0541
		małe przychodnie	1,8902	2,21092	,777	-3,4305	7,2109