



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/kontakt>

Original research article

Spokojnosť s kvalitou poskytovanej zdravotnej starostlivosti v zubných ambulanciách v Slovenskej republike

The satisfaction with health care quality in dental clinics in the Slovak Republic

Martin Samohýl^{a*}, Anna Nádaždyová^b, Martin Hirjak^c, Katarína Hirošová^a,
Diana Vondrová^a, Daniela Krajčová^a, Jana Jurkovičová^a

^a Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave, Ústav hygieny, Bratislava, Slovenská republika

^b Klinika stomatológie a maxilofaciálnej chirurgie Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Onkologického ústavu sv. Alžbety, Bratislava, Slovenská republika

^c Vysoká škola sv. Alžbety, Katedra verejného zdravotníctva, Bratislava, Slovenská republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2015-07-21

Received in revised form:
2015-10-17

Accepted: 2016-01-21

Published online: 2016-03-29

Keywords:

Quality

Satisfaction

Health care

PSQ III

Quality indicators

ABSTRACT

In this work, the overall degree of satisfaction with the health care quality of dentists is analyzed in terms of general satisfaction, technical quality, communication, interpersonal and financial aspects, time spent with the doctor, and health care accessibility and convenience. We have used a standardized questionnaire: "Patient Satisfaction Questionnaire" (PSQ III, long-form). The questionnaire collection was realized in dentists' waiting rooms from November 2014 to April 2015. Completed questionnaires were obtained from 433 subjects (53.6% were men and 46.4% women). We compared two groups of respondents. In the first group were respondents who had not changed their dentist over the past year ($n = 349$), and in the second were respondents who had changed them ($n = 84$). The highest degree of overall health care satisfaction was seen in males (2.80 ± 0.18), and in the age group of 30–49 years (2.70 ± 0.27). A higher degree of satisfaction with the technical health care quality was seen in subjects who changed their dentists (2.71 ± 0.36). The highest degree of satisfaction with the health care quality was related to the interpersonal aspect (3.29 ± 0.47) and to communication (3.11 ± 0.52). The comparison of the overall health care satisfaction between the two groups of respondents has been confirmed as statistically significant. According to our results, we recommend the national developmental team provide support by implementing positive changes in health care quality, and by performing an approach known as "advanced access".

S ÚHRN

V práci analyzujeme celkovú mieru spokojnosti s kvalitou poskytovanej zdravotnej starostlivosti u zubného lekára z hľadiska všeobecnej spokojnosti, technickej kvality, komunikácie, medziľudského a finančného aspektu, času stráveného s lekárom a z hľadiska dostupnosti a pohodlia. Využili sme štandardizovaný „Dotazník spokoj-

* **Korespondenční autor:** PhDr. Martin Samohýl, Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave, Ústav hygieny, Špitálska 24, 813 72 Bratislava, Slovenská republika; e-mail: martin.samohyl@fmed.uniba.sk
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.01.002>

Kľúčové slová:

kvalita
spokojnosť
zdravotná starostlivosť
PSQ III
indikátory kvality

nosti pacientov“ (PSQ III, dlhá verzia). Zber dotazníkov sme realizovali v čakárňach zubných lekárov od 11/2014 do 4/2015. Získali sme 433 kompletne vyplnených dotazníkov od 53,6 % mužov a 46,4 % žien. Porovnávali sme dve skupiny respondentov. Prvú skupinu tvorili respondenti, ktorí za posledný rok nezmenili zubného lekára ($n = 349$), druhú tvorili respondenti, ktorí za posledný rok zubného lekára zmenili ($n = 84$). Najvyššia miera celkovej spokojnosti so zdravotnou starostlivosťou bola u mužov ($2,80 \pm 0,18$) a vo vekovej kategórii 30–49 rokov ($2,70 \pm 0,27$). Vyššiu mieru spokojnosti s technickou kvalitou zdravotnej starostlivosti mali respondenti, ktorí zmenili lekára ($2,71 \pm 0,36$). Najväčšia miera spokojnosti s kvalitou poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa prejavila v položkách medziľudský aspekt ($3,29 \pm 0,47$) a komunikácia ($3,11 \pm 0,52$). Štatistická významnosť rozdielu v hodnotení celkovej spokojnosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti podľa hodnotiacich škál medzi dvomi skupinami respondentov sa potvrdila. Na základe získaných výsledkov odporúčame vznik vývojového tímu pre podporu postupov pri zavádzaní zmien v oblasti kvality zdravotnej starostlivosti na národnej úrovni, ktorý by mal na starosti tzv. pokročilý prístup (vo svete známy pod názvom advanced access).

© 2016 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

Kvalita zdravotnej starostlivosti (KZS) je súhrn výsledkov dosiahnutých v prevencii, diagnostike a liečbe, určených potrebami obyvateľstva na základe poznatkov lekárskej vied a praxe. Jedným z kľúčových nástrojov na zlepšenie kvality starostlivosti sú aj nové informačné a komunikačné technológie [1]. Podľa § 2 ods. 1 písm. a) zákona č. 576/2004 Z. z., o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, je cieľom zdravotnej starostlivosti predĺženie života človeka, zvýšenie jeho kvality a zdravý vývoj budúcich generácií. Pre dlhodobé zabezpečenie a neustále zlepšovanie KZS slúži národná zdravotná politika, ktorá rešpektuje atribúty rozvoja kvality. Avšak na samotných zdravotníckych zariadeniach spočíva zodpovednosť za zavádzanie konkrétnych krokov riadenia a sústavného zlepšovania kvality zdravotnej starostlivosti [2].

Hlavné faktory, ktoré majú najväčší vplyv na spokojnosť pacientov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, sú ich očakávania, demografické charakteristiky, predchádzajúce skúsenosti, kultúrne a sociálne aspekty osobného života [3].

K najdôležitejším nástrojom zvyšovania KZS sa zaraďuje klinický audit. Patrí k významným prvkom, ktoré sa všeobecne považujú za zásadný príspevok k zvýšeniu kvality starostlivosti o pacienta [4]. K ďalším determinantom úspešnosti KZS sa zaraďuje časový faktor. Programy kvality, aby boli úspešné, by mali byť dlhodobé, trvajúce dokonca až desaťročia a mali by stavať na skúsenostiach v sústavných zlepšovaniach zdravotnej starostlivosti.

Cieľom práce je zistiť celkovú mieru spokojnosti pacientov s kvalitou poskytovanej zdravotnej starostlivosti u zubného lekára a zistiť, ako ju hodnotia pacienti, ktorí v poslednom roku zmenili zubného lekára, a tí, ktorí ho nezmenili. Ďalším cieľom je zistiť mieru spokojnosti s KZS z hľadiska všeobecnej spokojnosti, technickej kvality, komunikácie, medziľudského a finančného aspektu, času stráveného s lekárom a z hľadiska dostupnosti a pohodlia zdravotnej starostlivosti.

Metodika a charakteristika súboru

V práci sme analyzovali jednak celkovú spokojnosť s kvalitou poskytovanej zdravotnej starostlivosti v zubných ambulanciách a aj osobitne jednotlivé kategórie spokojnosti so zdravotnou starostlivosťou.

Využili sme štandardizovaný dotazník s názvom „Dotazník spokojnosti pacientov“ (Patient Satisfaction Questionnaire, PSQ III, dlhá verzia) [5]. Pred vlastný dotazník sme zaradili niekoľko otázok týkajúcich sa základných demografických údajov a otázky týkajúce sa dôvodov zmeny zubného lekára. Štandardizovaný dotazník PSQ III tvorí 51 výrokov zameraných na kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, kde respondenti mali možnosť si pri každom výroku vybrať odpoveď na škále od 1 do 5, do akej miery súhlasia s jednotlivými výroky (1 – silno súhlasím, 2 – súhlasím, 3 – nie som si istý/á, 4 – nesúhlasím a 5 – silno nesúhlasím). Výroky v štandardizovanom PSQ III dotazníku sú rozdelené na skupiny: všeobecná spokojnosť (otázky 1–6), technická kvalita (otázky 7–16), medziľudský aspekt (otázky 17–23), komunikácia (otázky 24–28), finančný aspekt (otázky 29–36), čas strávený s lekárom (otázky 37–38), prístup (otázky 39–43), pohodlie (otázky 44–51) a celková spokojnosť (otázky 1–51). Odpovede na niektoré otázky, v ktorých silný súhlas znamenal maximálnu spokojnosť s KZS, bolo potrebné preškálovať (silno súhlasím – 5, súhlasím – 4, nesúhlasím – 2, silno nesúhlasím – 1), aby sme získali jednotné bodové hodnotenie KZS: 1 = maximálna nespokojnosť s KZS, 5 = maximálna spokojnosť s KZS. Jednotlivé skupiny otázok vyjadrujúce mieru spokojnosti s KZS sme vyhodnotili ako priemery bodového zisku v každej kategórii, kde najvyšší priemerný počet bodov znamenal najvyššiu mieru spokojnosti s KZS.

Dotazníky sme zbierali v ambulanciách zubných lekárov. Zber sme realizovali od 11/2014 do 4/2015. Podmienkou zaradenia respondenta do štúdie bol vek nad 18 rokov, diagnózu sme ako výberové kritérium nebrali do úvahy. Respondenta sme zo štúdie vyradili, ak odovzdal nekompletne vyplnený dotazník. Spolu sme dozbierali 433 kompletne vyplnených dotazníkov, návratnosť bola 93 %. Do-

tazník bol anonymný a bola zachovaná ochrana osobných údajov.

Respondentov sme rozdelili na dve skupiny. Prvú skupinu tvorili respondenti, ktorí za posledných rok nezmenili zubného lekára, druhú skupinu respondenti, ktorí ho v priebehu posledného roka zmenili.

Základné charakteristiky súboru respondentov uvádzame v tab. 1. Zo 433 respondentov v priemernom veku $35,8 \pm 14,8$ rokov bolo 53,6 % mužov a 46,4 % žien. Najviac respondentov bolo vo vekovej kategórii 30–49 rokov (41,6 %). Podľa zamestnania dominovali kvalifikovaní pracovníci (58,4 %), študenti (22,4 %), nasledovali dôchodcovia (7,8 %). Podľa vzdelania najväčšie zastúpenie mali respondenti so stredoškolským vzdelaním s maturitou (55,2 %), nasledovalo vysokoškolské (25,1 %) a základné vzdelanie (9,7 %). Za posledný rok zmenilo zubného lekára 19,4 % respondentov. Ako najčastejší dôvod uviedli prístup zo strany lekára (36,2 %), ďalším dôvodom bolo zrušenie zubnej ambulancie (25,3 %).

Tabuľka 1 – Základná charakteristika súboru respondentov (n = 433)

Charakteristika	N	(%)
Pohlavie		
muž	232	53,6
žena	201	46,4
Vek [r.]		
<30	176	40,6
30–49	182	41,6
≥50	75	17,8
Zamestnanie		
študent	97	22,4
nezamestnaný	7	1,6
nekvalifikovaný	13	3,0
kvalifikovaný	253	58,4
dôchodca	34	7,8
iné	29	6,8
Vzdelanie		
základné	42	9,7
stredoškolské bez maturity	39	9,0
stredoškolské s maturitou	239	55,2
vysokoškolské	109	25,1
iné	4	0,9
Zmena zubného lekára		
áno	84	19,4
nie	349	80,6

Údaje sme spracovali v štatistickom programe SPSS. Využili sme popisnú štatistiku (percentuálne zastúpenie, priemery, smerodajné odchýlky). Na verifikovanie hypotéz sme využívali dvojvýberový *t*-test na porovnanie spokojnosti KZS u mužov a žien a spokojnosti s KZS u respondentov, ktorí zmenili, resp. nezmenili zubného lekára. Na porovnanie spokojnosti respondentov v jednotlivých vekových skupinách a v skupinách podľa zamestnania a vzdelania sme využili test ANOVA. Za hladinu významnosti sme stanovili úroveň $p < 0,05$. Na odhalenie

príčin celkovej spokojnosti so zdravotnou starostlivosťou podľa jednotlivých kategórií sme aplikovali pareto diagram, ktorý usporadúva príčiny podľa ich dôležitosti a početnosti (bod zlomu) a zároveň predpokladá, že 80 % následkov spôsobilo len 20 % príčin. Nutným predpokladom na zostrojenie pareto diagramu je Lorenzova krivka, ktorá je spojnicou kumulatívnych početností.

Výsledky

Spokojnosť s kvalitou poskytovanej zdravotnej starostlivosti v jednotlivých kategóriách uvádzame v tab. 2.

Podľa pohlavia a veku najnižšia miera celkovej spokojnosti s KZS bola u žien ($2,72 \pm 0,19$) a vo vekovej kategórii ≥50 rokov ($2,68 \pm 0,28$). Nezistili sme štatisticky významné rozdiely v miere celkovej spokojnosti s KZS medzi mužmi a ženami ani medzi jednotlivými vekovými kategóriami.

Podľa zamestnania najnižšia celková spokojnosť s KZS bola u nezamestnaných ($2,33 \pm 0,33$) a nekvalifikovaných pracovníkov ($2,47 \pm 0,32$), zatiaľ čo najvyššia miera celkovej spokojnosti s KZS bola u študentov ($2,71 \pm 0,33$) ($p = 0,030$).

Respondenti so základným vzdelaním prejavili najnižšiu mieru celkovej spokojnosti s KZS ($2,69 \pm 0,09$), zatiaľ čo najvyššia miera celkovej spokojnosti s KZS bola u respondentov so stredoškolským vzdelaním bez maturity ($2,77 \pm 0,09$), bez štatistickej významnosti.

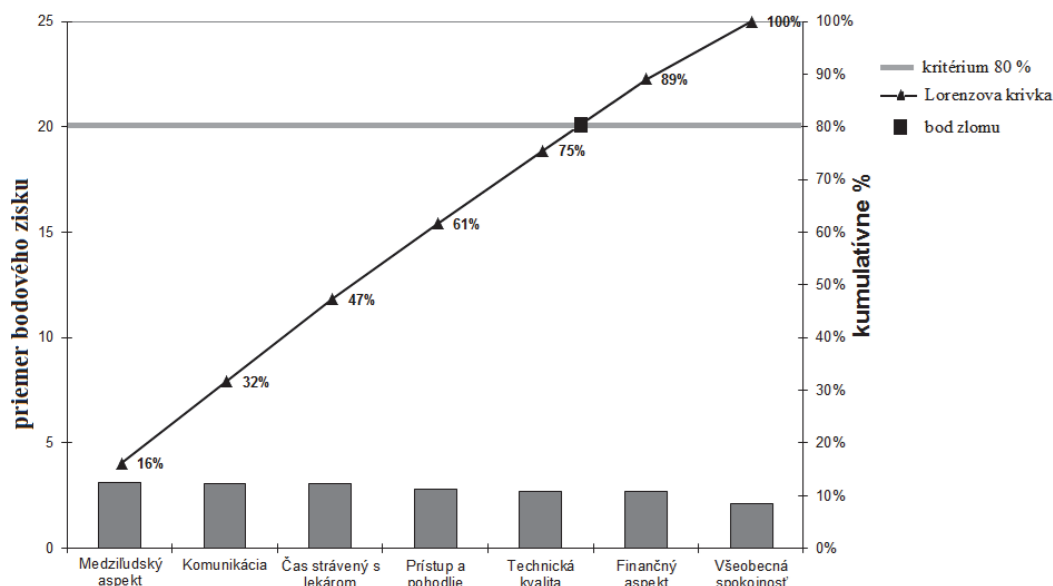
Respondenti, ktorí za posledný rok zmenili zubného lekára, mali celkovú spokojnosť s KZS $2,86 \pm 0,16$, avšak respondenti, ktorí nezmenili zubného lekára, prejavili signifikantne menšiu mieru celkovej spokojnosti s KZS ($2,71 \pm 0,16$) ($p = 0,000$).

Porovnanie spokojnosti s KZS v jednotlivých hodnotiacich kategóriách u respondentov, ktorí zmenili, resp. nezmenili lekára, uvádzame v tab. 3. Respondenti, ktorí zmenili lekára, prejavili významne vyššiu mieru spokojnosti v takmer všetkých hodnotiacich kategóriách vrátane celkovej spokojnosti s výnimkou všeobecnej spokojnosti a komunikácie. Zo všetkých hodnotiacich kategórií sme zaznamenali najvyššiu mieru spokojnosti s KZS v kategórii medziľudský aspekt.

Na spokojnosti s KZS majú podiel v 20 % (podľa predpokladu pareto diagramu) medziľudský aspekt ($3,29 \pm 0,47$), komunikácia ($3,11 \pm 0,52$), čas strávený s lekárom ($2,86 \pm 0,58$), prístup a pohodlie ($2,64 \pm 0,34$) a technická kvalita ($2,54 \pm 0,37$) (graf 1).

Diskusia

V poslednom desaťročí spokojnosť pacientov a kvalita života patrí k dôležitej súčasť kvality lekárskej starostlivosti [6], a preto aj primárnym cieľom našej práce bolo zistiť celkovú mieru spokojnosti s kvalitou poskytovanej zdravotnej starostlivosti u zubného lekára. Medzinárodné štúdie, bez ohľadu na to, či boli zamerané na zabezpečenie kvality, alebo na hodnotenie liečby, identifikovali niekoľko faktorov spojených s kvalitou poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Medzi nich patrí zdravotný stav pacienta a demografické charakteristiky respondentov [7].



Graf 1 – Pareto diagram spokojnosti s KZS podľa priemerného bodového zisku v jednotlivých kategóriách (n = 433)

Tabuľka 2 – Celková spokojnosť s KZS u zubného lekára podľa vybraných kategórií (n = 433)

Charakteristika	N (%)	Celková spokojnosť (x ± SD)	p
Pohlavie			
muž	232 (53,6)	2,80 ± 0,18	0,149
žena	201 (46,4)	2,72 ± 0,19	
Vek [r.]			
<30	176 (40,6)	2,69 ± 0,27	0,897
30–49	182 (41,6)	2,70 ± 0,27	
≥50	75 (17,8)	2,68 ± 0,28	
Zamestnanie			
študent	97 (22,4)	2,71 ± 0,33	0,030
nezamestnaný	7 (1,6)	2,33 ± 0,33	
nequalifikovaný	13 (3,0)	2,47 ± 0,32	
kvalifikovaný	253 (58,4)	2,68 ± 0,33	
dôchodca	34 (7,8)	2,61 ± 0,34	
iné	29 (6,8)	2,67 ± 0,33	
Vzdelanie			
základné	42 (9,7)	2,69 ± 0,09	0,261
stredoškolské bez maturity	39 (9,0)	2,77 ± 0,09	
stredoškolské s maturitou	239 (55,2)	2,71 ± 0,10	
vysokoškolské	109 (25,1)	2,70 ± 0,10	
iné	4 (0,9)	2,63 ± 0,09	
Zmena zubného lekára			
áno	84 (19,4)	2,86 ± 0,16	0,000
nie	349 (80,6)	2,71 ± 0,16	

Spokojnosť pacienta pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je definovaná ako miera zhody medzi pacientovými očakávaniami a jeho vnímaním skutočnej zdravotnej starostlivosti, ktorú dostáva [8]. Kvalita a spokojnosť so zdravotnou starostlivosťou sú stálym predmetom záujmu zdravotných poisťovní z hľadiska ceny pri nákupe zdravot-

Tabuľka 3 – Spokojnosť s KZS v dvoch skupinách respondentov podľa jednotlivých kategórií – priemerný bodový zisk v jednotlivých kategóriách (n = 433)

Spokojnosť s kvalitou zdravotnej starostlivosti	Nezmenili lekára (n = 349) (x ± SD)	Zmenili lekára (n = 84) (x ± SD)	p
Všeobecná spokojnosť	2,10 ± 0,37	2,12 ± 0,38	0,961
Technická kvalita	2,49 ± 0,36	2,71 ± 0,36	0,000
Medziľudský aspekt	3,23 ± 0,48	3,52 ± 0,49	0,000
Komunikácia	3,12 ± 0,52	3,11 ± 0,52	0,983
Finančný aspekt	2,57 ± 0,37	2,71 ± 0,36	0,000
Čas strávený s lekárom	2,82 ± 0,53	3,06 ± 0,53	0,006
Prístup	2,61 ± 0,39	2,75 ± 0,38	0,004
Pohodlie	2,68 ± 0,32	2,87 ± 0,33	0,000
Celková spokojnosť	2,71 ± 0,16	2,86 ± 0,16	0,000

nej starostlivosti. V rámci sústavného zvyšovania spokojnosti s kvalitou poskytovanej zdravotnej starostlivosti bol v praxi vyvinutý „Model vzťahov a vlastností“, ktoré musia byť vo vzájomnej interakcii. Zaraďujeme k nim dôveru, všímavosť, pozornosť, rozmanitosť a sociálnu komunikáciu [9]. Posudzovanie kvality všeobecnej zdravotnej starostlivosti sa stáva prioritou aj v národných zdravotníckych programoch. Audit a spätná väzba ukazovateľov výkonu a KZS môžu pomôcť zlepšiť kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, avšak v niektorých prípadoch je vhodnejšie používať na posudzovanie kvality menšie množstvo komplexných ukazovateľov [10].

Spokojnosť pacientov je dôležitý výsledok zdravotnej starostlivosti, vyššiu pozornosť si však získala až v posledných rokoch [11]. Indikátory spokojnosti sa stále viac používajú na hodnotenie lekárov, sestier a služieb [12]. Spokojnosť môže mať vplyv na využívanie zdravotných služieb

a na vzťah lekára s pacientom. Všeobecná spokojnosť pacientov je subjektívna, pretože ich vnímanie nemusí brať do úvahy vhodnosť a výsledky terapie [13]. V Slovenskej republike by bolo vhodné zaviesť mentoring (proces pre neformálny prenos poznatkov, sociálny kapitál a psychologickú podporu) pri zvyšovaní spokojnosti s kvalitou poskytovanej zdravotnej starostlivosti, zavedenie akejkoľvek aktivity na zlepšenie kvality však musí prijať pacient aj poskytovateľ zdravotnej starostlivosti [14].

Podľa Changa et al. [15] demografické charakteristiky ako vek a pohlavie v rozličnej miere vplyvajú na spokojnosť pacientov s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou. Výsledky štúdie týchto autorov sa však líšia od našich výsledkov, ktoré nepotvrdili vplyv veku a pohlavia na spokojnosť pacientov. Štúdie vykonané v krajinách východnej Európy však popisujú podobné výsledky ako štúdia autorov Changa et al. [15]. Autori Crow et al. [16], ktorí analyzovali výsledky 39 štúdií, prišli k záveru, že intersexuálne rozdiely v uvádzaní spokojnosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou môžu byť skreslené. V našej štúdií v skupine všeobecná spokojnosť bola vyššia miera spokojnosti u žien $2,15 \pm 0,38$ ako u mužov $2,11 \pm 0,38$. Podobné výsledky dosiahla aj štúdia autorov Kimmana et al. [17].

Medzinárodné štúdie kvality a spokojnosti pacientov sa často spochybňujú pre nedostatok všeobecne akceptovanej definície spokojnosti s kvalitou poskytovanej zdravotnej starostlivosti a pre neakceptovateľnú mieru škál [18]. Podľa Findika et al. [19] najväčšiu mieru nespokojnosti s KZS majú mladšie vekové skupiny a pacienti s nižším vzdelaním. Tieto závery potvrdzuje aj štúdia autorov Murakamia et al. [20]. Niektorí autori sa zameriavajú na spokojnosť pacientov zameranú na konkrétne druhy služby, ktoré sa im poskytujú [13]. Rastúci význam starostlivosti o pacienta a trvalý záujem o porovnávanie spokojnosti pacientov so systémom zdravotnej starostlivosti v rôznych krajinách a obdobiach naznačuje, že je potrebné charakterizovať vzťah medzi nimi. Väčšina zmien v systéme zdravotníctva je len odrazom skúseností pacientov [21]. Iní autori predpokladajú, že starostlivosť o pacienta predstavuje len malý podiel v súvislosti so zmenami spokojnosti, a to aj po úpravách demografických, zdravotných a inštitucionálnych faktorov, s ktorými sa spokojnosť pacienta bežne asociuje [22].

V práci analyzujeme aj mieru spokojnosti pacientov s kvalitou poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ktorá je zameraná na komunikačný aspekt. Komunikačné zručnosti (neverbálna a verbálna komunikácia, empatia, asertívne správanie, argumentácia a iné) patria k najdôležitejším mäkkým zručnostiam (soft skills), pretože sú neodmysliteľnou súčasťou osobného i profesijného života človeka. Komunikácia v zdravotníctve má veľmi dôležitú funkciu, je neodmysliteľná a neustála [23]. Kvalita komunikácie medzi lekárom a pacientom je viacdimeziálna koncepcia, ktorá zahŕňa zdravotnícke techniky, psychosociálne aspekty, ale zahŕňa aj aspekty interakcie [24]. Dôležitou vlastnosťou komunikačných procesov je, že môžu sprostredkovať viac vrstiev správ prostredníctvom verbálnej a neverbálnej komunikácie a nepriamo môžu uľahčiť analýzu zdravotnej starostlivosti [25].

V kategórii komunikácia s KZS bola spokojnosť v našej štúdií nižšia ($3,12 \pm 0,52$) v porovnaní so štúdiou Jagadee-

sana (4,46) [26]. V súčasnosti pri komunikácii s lekárom sa preferuje komunikácia prostredníctvom internetu. Priame prepojenie medzi využívaním internetu a KZS potvrdzuje štúdia Esmaeilzadeha et al. [27]. Pochybenia v komunikácii medzi zdravotníckym personálom a pacientmi môžu viesť k lekárske chybám, ktoré majú pre zdravotný stav pacientov nečakané dôsledky [28]. Prístup zameraný na komunikáciu medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom sa považuje za cennú stratégiu pri budovaní vzťahov s pacientmi a považuje sa za kľúčový aspekt zlepšenia KZS [29]. Štúdia Brédarta et al. [30] potvrdila vzťah medzi komunikačnými zručnosťami zdravotníckych pracovníkov a KZS. Dodržiavanie správnych zásad komunikačných zručností zlepšuje uspokojenie, súlad a dodržiavanie režimu ošetrovania, poskytovanie preventívnej starostlivosti a klinické výsledky [31]. Podľa medzinárodných štúdií takmer 50 % pacientov sa obáva poškodenia zo strany lekára spôsobeného nedostatočnou komunikáciou pri prijímaní do ambulantnej starostlivosti. Typické poškodenia nie sú výsledkom individuálnej nedbalosti, ale nedbalosti celej zdravotníckej organizácie. Lekári často pracujú s neúplnými informáciami o pacientovi v mieste výkonu zdravotnej starostlivosti [32].

V práci kladieme dôraz aj na analýzu finančného aspektu všeobecnej zdravotnej starostlivosti. Cena zdravia musí byť zahrnutá do ekonomických kalkulácií všetkých rezortov a na všetkých úrovniach riadenia. Kvalita zdravotnej starostlivosti z finančného aspektu bola v našej štúdií hodnotená horšie v porovnaní napr. s prácami Nordyka et al. [33] a Wintersa et al. [34].

Pri hodnotení kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti sme sa zamerali aj na jej prístup a dostupnosť. Prístup k zdravotníckym službám je predpokladom vysokej KZS. Zároveň sa prístup považuje za jeden zo základných prvkov KZS. V súčasnosti sa prístup k všeobecnej lekárskej starostlivosti považuje za dôležitú stratégiu pre dosiahnutie zdravia pre všetkých [35]. Lekárska starostlivosť by mala byť dostupná bez obmedzenia každému občanovi blízko miesta, kde žije [36].

Záver

V súbore 433 pacientov zubných ambulancií sme vyhodnotili celkovú spokojnosť s kvalitou poskytovanej zdravotnej starostlivosti a porovnali rozdiely medzi skupinou respondentov, ktorí v uplynulom roku zmenili zubného lekára, a skupinou respondentov, ktorí ho nezmenili.

Potvrdil sa významný rozdiel v celkovej spokojnosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti medzi dvomi skupinami respondentov. V jednotlivých hodnotiacich kategóriách sme v dvoch porovnávaných skupinách identifikovali šesť štatisticky významných rozdielov v zmysle vyššej spokojnosti v skupine respondentov, ktorí v uplynulom roku zmenili zubného lekára: technická kvalita, medziľudský a finančný aspekt, čas strávený s lekárom, prístup a pohodlie.

Najnižšia miera celkovej spokojnosti s KZS bola u žien ($2,72 \pm 0,19$) vo vekovej kategórii ≥ 50 rokov ($2,68 \pm 0,28$), u nezamestnaných ($2,33 \pm 0,33$) a u pacientov so základným vzdelaním ($2,69 \pm 0,09$).

Príčinou najvyššej miery spokojnosti s kvalitou poskytovanej zdravotnej starostlivosti je dobrý medziľudský aspekt a komunikácia.

Z výsledkov práce a zo skúseností pri zbieraní dotazníkov vyplynuli niektoré odporúčania:

- Vytvoriť vzdelávacie programy pre zubných lekárov, v rámci ktorých by si zlepšovali svoje komunikačné zručnosti.
- Iniciovat vznik vývojového tímu pre podporu postupov pri zavádzaní zmien v oblasti kvality zdravotnej starostlivosti na národnej úrovni, ktorý by mal na starosti tzv. pokročilý prístup (vo svete známy pod názvom advanced access). Tento prístup by bol založený na aplikácii poznatkov z teórie kvality ako skrátiť čakacie doby a dosiahnuť pozitívne zmeny v zdravotníckych zariadeniach.
- Zavedenie mentoringu (t.j. spôsob vedenia zamestnancov) ako ďalšieho nástroja na zlepšenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Predstavuje vzťah medzi mentorom a lekárom a umožňuje odovzdávať skúsenosti a vhodným spôsobom radiť mladším lekárom.

Konflikt záujmov

Autori prehlasujú, že si nie sú vedomí žiadneho konfliktu záujmu týkajúceho sa uvedeného príspevku.

LITERATÚRA

- [1] Zvárová J. Kvalita péče z pohľadu na kvalitu dat. Sborník Kvalita péče v metodikách. Praha: Národní referenční centrum; 2010.
- [2] Kostičová M, Badalík L. Zabezpečovanie kvality zdravotnej starostlivosti na Slovensku. *Lek Obzor* 2009;58(3):121–6.
- [3] Wagner D, Bear M. Patient satisfaction with nursing care: A concept analysis within a nursing framework. *J Adv Nurs* 2009;65(3):692–701.
- [4] Cagaň S, Trnovec T. Zlepšovanie kvality zdravotnej starostlivosti. *Cardiol* 2004;13(4):201–2.
- [5] Hagedoorn M, Uijl SG, Van Sonderen E, Ranchor AV, Grol BM, Otter R et al. Structure and reliability of Ware's Patient Satisfaction Questionnaire III: patients' satisfaction with oncological care in the Netherlands. *J Med Care* 2003;41(2):254–63.
- [6] Yildirim A. The importance of patient satisfaction and health-related quality of life after renal transplantation. *Transplant Proc* 2006;38(9):2831–4.
- [7] Lubeck DP, Litwin MS, Henning JM, Mathias SD, Bloor L, Carroll PR. An Instrument to Measure Patient Satisfaction with Healthcare in an Observational Database: Results of a Validation Study Using Data From CaPSURE. *Am J Manag Care* 2000;6(1):70–6.
- [8] Aragon S, Gesell S. An Examination of Contemporary Financing Practices and the Global Financial Crisis on Nonprofit Multi-Hospital Health System. *Am J Med Quality* 2003;18(6):1–24.
- [9] Lanham HJ, McDaniel RR Jr, Crabtree BF, Miller WL, Stange KC, Tallia AF et al. How Improving Practice Relationship among Clinicians and Nonclinicians Can Improve Quality in Primary Care. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2009;35(9):457–66.
- [10] Nietert PJ, Wessell AM, Jenkins RG, Feifer C, Nemeth LS, Ornstein SM. Using a summary measure for multiple quality indicators in primary care: the Summary QUality InDex (SQUID). *Implement Sci* 2007;2:1–12.
- [11] Mártensson G, Carlsson M, Lampic C. Are cancer patients whose problems are overestimated by nurses less satisfied with their care? *Eur J Cancer Care (Engl)* 2010;19(3):382–92.
- [12] Schoenfelder T, Klewer J, Kugler J. Analysis of factors associated with patient satisfaction in ophthalmology: the influence of demographic data, visit characteristics and perceptions of received care. *Ophthal Physiol Opt* 2011;31(6):580–7.
- [13] Nguyen Thi PL, Briançon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med* 2002;54(4):493–504.
- [14] Thrasher C, Purc-Stephenson R. Patient satisfaction with nurse practitioner care in emergency departments in Canada. *J Am Acad Nurse Pract* 2008;20(5):231–7.
- [15] Chang E, Hancock K, Chenoweth L, Jeon YH, Glasson J, Gradidge K et al. The influence of demographic variables and ward type on elderly patients' perceptions of needs and satisfaction during acute hospitalization. *Int J Nurs Pract* 2003;9(3):191–201.
- [16] Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Tech Assess* 2002;6(32):1–244.
- [17] Kimman ML, Bloebaum MM, Dirksen CD, Houben RM, Lambin P, Boersma LJ. Patient satisfaction with nurse-led telephone follow-up after curative treatment for breast cancer. *BMC Cancer* 2010;10:174.
- [18] Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. *Ann Rev Publ Health* 2005;26:513–59.
- [19] Findik UY, Unsar S, Sut N. Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nurs Health Sci* 2010;12(2):162–9.
- [20] Murakami G, Imanaka Y, Kobuse H, Lee J, Goto E. Patient perceived priorities between technical skills and interpersonal skills: their influence on correlates of patient satisfaction. *J Eval Clin Pract* 2008;16(3):560–8.
- [21] Blendon RJ, Kim M, Benson JM. The public versus the World Health Organization on health system performance. *Health Aff (Millwood)* 2001;20(3):10–20.
- [22] Blendon RJ, Schoen C, DesRoches C, Osborn R, Zapert K. Common concerns amid diverse systems: health care experiences in five countries. *Health Aff (Millwood)* 2003;22(3):106–21.
- [23] Fülöpová A, Gajdošová M. Rozvíjanie komunikačných zručností v zdravotníctve na Slovensku. *Verejné Zdrav* 2010;7(4):1–5.
- [24] Butalid L, Verhaak PF, Tromp F, Bensing JM. Changes in the quality of doctor-patient communication between 1982 and 2001: an observational study on hypertension care as perceived by patients and general practitioners. *BMJ Open* 2011;1(1):1–7.
- [25] Siminoff LA, Step MM. A Comprehensive Observational Coding Scheme for Analyzing Instrumental, Affective,

- and Relational Communication in Health Care Contexts. *J Health Commun* 2011;16(2):178–97.
- [26] Jagadeesan R, Kalyan DN, Lee P, Stinnett S, Challa P. Use of a Standardized Patient Satisfaction Questionnaire to Assess the Quality of Care Provided by Ophthalmology Residents. *Ophthalmology* 2010;115(4):738–43.
- [27] Esmaeilzadeh P, Sambasivan M, Kumar N. The Challenges and Issues Regarding E-Health and Health Information Technology Trends in the Healthcare Sector. In *E-business Technology and Strategy*. Zaman M, Liang Y, Siddiqui SM. et al. (eds). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2010:23–37.
- [28] Hughes RG, Ortiz E. Medication Errors: Why they happen, and how they can be prevented. *Am J Nurs* 2005;105(3 Suppl):14–24.
- [29] Taylor SL, Lurie N. The role of culturally competent communication in reducing ethnic and racial healthcare disparities. *Am J Manag Care* 2004;10 Spec No:SP1–4.
- [30] Brédart A, Coens C, Aaronson N, Chie WC, Efficace F, Conroy T et al. Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries: preliminary results based on the EORTC IN-PATSAT 32 questionnaire. *Eur J Cancer* 2007;43(2):323–30.
- [31] Beach MC, Sugarman J, Johnson RL, Arbelaez JJ, Duggan PS, Cooper LA. Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care? *Ann Fam Med* 2005;3(4):331–8.
- [32] Bria W, Finn N. *Digital communication in medical practice*. London: Springer-Verlag; 2009.
- [33] Nordyke RJ, Chang CH, Chiou CF, Wallace JF, Yao B, Schwartzberg LS. Validation of a patient satisfaction questionnaire for anemia treatment, the PSQ-An. *Health Qual Life Outcom* 2006;4:1–10.
- [34] Winters CA, Hill W, Kuntz SW, Weinert C, Rowse K, Hernandez T et al. Determining Satisfaction with Access and Financial Aspects of Care for Persons Exposed to Libby Amphibole Asbestos: Rural and National Environmental Policy Implications. *J Environ Publ Health* 2011;2011:1–9.
- [35] Kendall S. How primary health care progressed? Some observations since Alma Ata. *Prim Health Care Res* 2008;9(3):169–71.
- [36] Saltman R, Rico A, Boerma W. *Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press; 2006. 251 p.