

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 336

Badania marketingowe – nowe podejścia oraz metody na współczesnym rynku

Redaktorzy naukowci

Krystyna Mazurek-Łopacińska

Magdalena Sobocińska



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2014

Redaktor Wydawnictwa: Joanna Szynal
Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz
Korektor: K. Halina Kocur
Łamanie: Małgorzata Czupryńska
Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:
www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,
The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,
a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon
http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się
na stronie internetowej Wydawnictwa
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie
wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2014

ISSN 1899-3192
ISBN 978-83-7695-476-9

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk i oprawa:
EXPOL, P. Rybiński, J. Dąbek, sp.j.
ul. Brzeska 4, 87-800 Włocławek

Spis treści

Wstęp	9
Krystyna Mazurek-Łopacińska, Magdalena Sobocińska: Badania kodów kulturowych w tworzeniu marketingowych modeli biznesu	11
Anna Olejniczuk-Merta: Rozwój innowacji społecznych a badania marketingowe	22
Monika Hajdas: Techniki pomiaru kompatybilności marek i idei kulturowych.....	31
Paweł Chlipala: Triangulacja podejść metodologicznych w badaniach naukowych z dziedziny marketingu	39
Adam Sagan: Analiza rzetelności skal w wielopoziomowych modelach pomiaru	49
Adam Sagan, Mariusz Łapczyński: Modele hybrydowe CART-logit w analizie procesu podejmowania decyzji w gospodarstwie domowym.....	60
Anna Myrda: Segmentacja łańcuchów środków-celów: miary podobieństwa sekwencji i ilościowe wskaźniki jakości grupowania a wyniki grupowania	70
Kamila Pilch: Asymetryczne skalowanie wielowymiarowe w wizerunkowych badaniach jednostek terytorialnych.....	79
Alicja Kusińska: Analizy wielowymiarowe jako źródło wiedzy o zachowaniach konsumentów na rynku	89
Krzysztof Błoński: Wykorzystanie metod wielowymiarowych do analizowania związku między emocjami a satysfakcją klienta	99
Sylwester Białowas, Iwona Olejnik: Poziom opiekuńczości państwa a zachowania oszczędnościowe – analiza wielowymiarowa	110
Jadwiga Stobiecka: Interpretacyjne konsekwencje oceny stabilności opinii respondentów w badaniach konsumpcji, oszczędzania i inwestowania.....	118
Piotr Tarka: HOMALS – wielowymiarowa analiza korespondencji jako metoda konstrukcji skali pomiarowej w badaniach marketingowych.....	129
Lukasz Skowron: Zastosowanie modelowania ścieżkowego do wyznaczenia przebiegu procesu lojalnościowego wśród klientów lubelskich centrów handlowych.....	140
Ireneusz P. Rutkowski: Metody CMMI i SGMM oceny dojrzałości procesu innowacji i wprowadzania produktu na rynek.....	152
Hanna Hall: Nowy konsument a zmiany w metodach jego badania.....	163
Tomasz Olejniczak: Techniki badawcze wykorzystywane w badaniu cyklu życia gospodarstwa domowego	174

Anna Dąbrowska, Arkadiusz Wódkowski: Kompetencje konsumentów w świetle badań ilościowych	185
Sylwia Makomaska: Wpływ muzyki tła na reakcje konsumentów w miejscu sprzedaży – problematyka interdyscyplinarności badań	195
Lucyna Witek: Metodyczne aspekty badania postaw konsumentów (na przykładzie rynku produktów ekologicznych)	205
Magdalena Olejniczak: Zróżnicowanie technik badawczych w badaniu motywacji zakupowych konsumentów żywności funkcjonalnej.....	215
Agata Dziakowicz: Metody badań marketingowych na rynku dóbr luksusowych.....	224
Wanda Patrzalek, Aleksandra Perchla-Włosik: Zastosowanie analizy semiologicznej w badaniach wpływu mody na zachowania młodych konsumentów	233
Agata Stolecka-Makowska: Zastosowanie podejścia interpretacyjnego w badaniu zmian zachowań nabywczych konsumentów podlegających akulturacji	244
Arkadiusz Wódkowski: Zmiana paradygmatu w marketingowych badaniach jakościowych?.....	257
Grzegorz Maciejewski: Zogniskowane wywiady grupowe w badaniach zachowań młodych dorosłych na rynku usług finansowych	266
Iga Rudawska: Zastosowanie zogniskowanego wywiadu grupowego do oceny jakości obsługi pacjentów przewlekle chorych	275
Ewa Nowakowska, Adam Sagan: Kontryfaktyczno-porównawcze studium przypadku w marketingu usług zdrowotnych.....	284
Krzysztof Kapera, Mariusz Kuziak: Skuteczność wybranych metod komunikacji z respondentami w badaniach internetowych	296
Iwona Escher: Niejednoznaczność statusu metodologicznego internetowego wywiadu grupowego i jego poszczególnych odmian	310
Magdalena Daszkiewicz, Sylwia Wrona: Zogniskowane wywiady grupowe online jako alternatywa dla tradycyjnych metod gromadzenia danych – szanse rozwoju i wyzwania dla badaczy	321
Olgierd Witczak: Potencjał wykorzystania serwisów społecznościowych w badaniach jakościowych	331
Agnieszka Dejnaka: Facebook jako obszar prowadzenia badań marketingowych.....	339
Robert Wolny: Możliwości wykorzystania obserwacji w Internecie w badaniach rynku e-usług.....	348

Summaries

Krystyna Mazurek-Łopacińska, Magdalena Sobocińska: Research of cultural codes in creating marketing models of business	21
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Anna Olejniczuk-Merta: The development of social innovation and marketing research.....	30
Monika Hajdas: Techniques for measuring the compatibility of brands and cultural ideas.....	38
Paweł Chlipała: Triangulation of methodological approaches in scientific research of marketing field	48
Adam Sagan: Reliability analysis in multilevel measurement models	59
Adam Sagan, Mariusz Łapczyński: CART-logit hybrid models in the analysis of decision-making process in the households	69
Anna Myrda: Segmentation of Means-End Chains: sequence dissimilarity measures and quantitative cluster validity indexes vs. clustering results...	78
Kamila Pilch: Asymmetric multidimensional scaling in the research of territorial units image	88
Alicja Kusińska: Multidimensional analysis as a source of knowledge about consumer behaviour.....	98
Krzysztof Błoński: The use of multidimensional methods to analyze the relationship of emotions and customer satisfaction.....	109
Sylwester Białowas, Iwona Olejnik: The level of the state's social security and its influence on saving behaviour – multidimensional analysis.....	117
Jadwiga Stobiecka: Interpretative consequences of the assessment of respondents' opinions stability in the studies of consumption, saving and investing.....	128
Piotr Tarka: HOMALS – multiple correspondence analysis as the method for measurement scale construction in marketing research.....	139
Lukasz Skowron: The usage of the Structural Equation Modeling for determining the loyalty building process among the customers of the shopping centers located in Lublin.....	151
Ireneusz P. Rutkowski: CMMI and SGMM methods of maturity evaluation of the product innovation process and introduction of a product on the market	162
Hanna Hall: New consumer and changes in the methods of their research....	173
Tomasz Olejniczak: Research techniques used in the study of the household life cycle.....	184
Anna Dąbrowska, Arkadiusz Wódkowski: Consumer competences in the light of quantitative research	194
Sylwia Makomaska: The effects of background music on consumers response in the place of commerce – the problem of interdisciplinary research	204
Lucyna Witek: Methodical aspects of research of consumers' attitudes (on the example of market of green products).....	214
Magdalena Olejniczak: The diversity of marketing research techniques in the study of purchase motivation of functional food consumers.....	223

Agata Dziakowicz: Methods of marketing research for the luxury goods market	232
Wanda Patrzalek, Aleksandra Perchla-Wlosik: Studies of the impact of fashion on the behavior of young consumers using semiological analysis	243
Agata Stolecka-Makowska: The use of an interpretative approach in a study of purchasing behaviour changes of consumers acculturation	256
Arkadiusz Wódkowski: Change of paradigm in qualitative market research?	265
Grzegorz Maciejewski: The focus group interview in the research of the young-adults behaviors on the financial services market	274
Iga Rudawska: The use of focus group interview to evaluate the service quality of chronically ill patients	283
Ewa Nowakowska, Adam Sagan: Comparative-counterfactual case research in health service marketing	295
Krzysztof Kapera, Mariusz Kuziak: Effectiveness of selected methods of communication with respondents in online surveys	309
Iwona Escher: The ambiguity of the methodological status of <i>online group interview</i> and its particular types	320
Magdalena Daszkiewicz, Sylwia Wrona: Online focus group interviews as an alternative for traditional methods of data collection – opportunities for development and challenges to researchers	330
Olgierd Witczak: The potential of using social network sites in qualitative research	338
Agnieszka Dejnaka: Facebook as a marketing research area	347
Robert Wolny: The use of Internet observations in research of e-services market	357

Iga Rudawska

Uniwersytet Szczeciński

ZASTOSOWANIE ZOGNISKOWANEGO WYWIADU GRUPOWEGO DO OCENY JAKOŚCI OBSŁUGI PACJENTÓW PRZEWLEKLE CHORYCH

Streszczenie: Istotnym elementem oceny jakości obsługi pacjentów przewlekle chorych jest rozpoznanie ich potrzeb niezaspokojonych, oczekiwań oraz doświadczeń z opieką zdrowotną w stanach chronicznych. W tym celu posłużono się badaniami jakościowymi. Studium jakościowe obejmowało wywiad grupowy zogniskowany w postaci otwartej dyskusji z pacjentami przewlekle chorymi. Głównym celem artykułu jest prezentacja zastosowania zogniskowanego wywiadu grupowego do identyfikacji atrybutów jakości obsługi pacjentów przewlekle chorych.

Słowa kluczowe: wywiad grupowy zogniskowany, jakość obsługi, opieka zdrowotna.

DOI: 10.15611/pn.2014.336.27

1. Wstęp

Istotnym elementem oceny jakości obsługi pacjentów przewlekle chorych jest rozpoznanie ich potrzeb niezaspokojonych, oczekiwań oraz doświadczeń z opieką zdrowotną w stanach chronicznych. W tym celu posłużono się badaniami jakościowymi¹. Studium jakościowe obejmowało wywiad grupowy zogniskowany (FGI – z ang. *focus group interview*) w postaci otwartej dyskusji z pacjentami przewlekle chorymi, których traktować można jako informatorów. Procedurę wywiadu grupowego zogniskowanego przeprowadzono zgodnie z wytycznymi dla tego typu badań [Krueger 1994, s. 155]. Nadrzędnym celem artykułu jest prezentacja zastosowania zogniskowanego wywiadu grupowego do identyfikacji atrybutów jakości obsługi pacjenta przewlekle chorego.

¹ Badanie zrealizowano w ramach grantu Narodowego Centrum Nauki (DEC-2012/05/B/HS4/02213), którego kierownikiem jest autorka.

2. Wywiad grupowy zogniskowany jako metoda jakościowych badań terenowych

„Po części badania terenowe są sprawą dotarcia tam, gdzie toczą się wydarzenia i, po prostu, patrzenia oraz słuchania” [Babbie 2009, s. 342]. Czasami jednak potrzebne są bardziej wnikliwe badania, połączone z zadawaniem ludziom pytań i rejestrowaniem odpowiedzi. Ponadto nie zawsze badacz ma możliwość obserwacji ludzi w ich naturalnym środowisku. W takich okolicznościach jednym z rozwiązań jest wywiad fokusowy (zwany również wywiadem grupowym zogniskowanym). Jest on metodą jakościową, w której respondentów zaprasza się do „sztucznego” środowiska (np. pracowni) w celu planowej, strukturyzowanej, częściowo strukturyzowanej lub niestrukturyzowanej dyskusji na jakiś temat [Babbie 2009, s. 345-346]. Dyskusję powinien prowadzić wyszkolony moderator, zdolny do zapanowania nad dynamiką grupy. W grupie fokusowej uczestniczy zwykle 10-15 osób związanych z tematem dyskusji. Nie są oni dobierani za pomocą rygorystycznych metod doboru losowego, co oznacza, że uczestnicy nie są statystyczną reprezentacją badanej populacji. Celem przyświecającym badaniom tego typu jest eksploracja. Główne wady i zalety FGI prezentuje tab. 1.

Tabela 1. Kluczowe zalety i wady FGI

Zalety FGI	Wady FGI
1. Elastyczność 2. Wysoka trafność fasadowa 3. Możliwość szybkiego otrzymania wyników 4. Relatywnie niska cena	1. Trudność z zebraniem grupy 2. Ograniczona kontrola sprawowana przez badacza 3. Trudność analizy danych 4. Możliwe różnice między grupami

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Babbie 2009, s. 346].

3. Metodyka badawcza

Celem badania terenowego z zastosowaniem wywiadu grupowego zogniskowanego (FGI) była identyfikacja atrybutów jakości obsługi pacjenta przewlekle chorego. Badaniu przyświecały dwa podstawowe pytania badawcze:

- jakie zmienne usługobiorcy postrzegają jako ważne w obsłudze pacjenta przewlekle chorego,
- jak można pogrupować wyodrębnione elementy, tak by stworzyć model oceny jakości obsługi pacjenta w opiece zdrowotnej.

Potencjalni uczestnicy FGI, tj. pacjenci, zostali celowo dobrani poprzez wywiad środowiskowy. Kryteria doboru uczestników wywiadu zogniskowanego były następujące: (1) pacjent jest osobą dorosłą, (2) pacjent choruje przewlekle, (3) w związku z chorobą przewlekłą pacjent kontaktuje się często (ponad 7 razy w roku) z systemem

ochrony zdrowia, (4) pacjent jest w stanie uczestniczyć w spotkaniu trwającym około 2 godzin.

Tabela 2. Struktura uczestników FGI

Lp.	Wiek	Płeć	Liczba chorób przewlekłych
1	63	K	1
2	62	K	2
3	82	M	1
4	41	M	1
5	79	K	1
6	61	K	1
7	65	K	1
8	61	K	1
9	59	K	1
10	40	K	2

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań jakościowych.

Poprzez wywiad środowiskowy zidentyfikowano kilkudziesięciu pacjentów przewlekle chorych, z których do badania zaproszono drogą telefoniczną bądź bezpośrednio 12 osób spełniających powyższe kryteria. 10 spośród nich zgodziło się wziąć udział w wywiadzie. W dzień poprzedzający spotkanie wszyscy pacjenci otrzymali e-mesem przypomnienie o terminie i miejscu przeprowadzenia badania. Struktura pacjentów biorących udział w FGI prezentowana jest w tab. 2.

4. Wyniki badań

Analiza transkrypcji zebranego materiału pozwoliła na zidentyfikowanie 56 stwierdzeń opisujących potrzeby, odczucia, preferencje i doświadczenia pacjentów odnośnie opieki zdrowotnej w stanach przewlekłych. Stwierdzenia te zostały następnie wprowadzone do programu ATLAS.ti do zarządzania danymi z badań jakościowych. Wstępna analiza polegała na kodowaniu stwierdzeń pochodzących z transkrypcji FGI. Następnie zakodowane stwierdzenia zostały przyporządkowane przez autorkę do jednej z kilku kategorii centralnych, przy użyciu metody porównywania parami Straussa i Corbina [Glaser, Strauss 2009, s. 27]. Nazwy zbiorów zidentyfikowano w oparciu o literaturę przedmiotu poświęconą opiece zdrowotnej [Antunes, Moreira 2011, s. 129-132; Raak et al. 2003, s. 56-76; Delnoij et al. 2003, s. 240-245; Uijen et al. 2012, s. 267; Mur-Veeman et al. 2003, s. 228]. Ich zrozumienie i interpretację poddano również dyskusji z pacjentami podczas kolejnego wywiadu grupowego. Kategorie centralne (zbiory) te obejmowały: aktywację pacjenta, wsparcie decyzyjne, elastyczność i dostępność, komunikację, organizację i koordynację procesu usłu-

Tabela 3. Kategorie centralne i ich wymiary szczegółowe jakości obsługi pacjentów przewlekle chorych zidentyfikowane w FGI

Grupy wskaźników zidentyfikowane w literaturze i potwierdzone przez FGI – kategoria centralna	Zakres treściowy grup wskaźników zidentyfikowany przez FGI – subwskaźniki
1. Aktywacja pacjenta	– opinia pacjenta
	– czas poświęcony na wysłuchanie pacjenta
	– informacja o kolejnych etapach leczenia, scenariuszach działania
	– wywiad lekarski z rozszerzonym udziałem pacjenta
	– udział pacjenta w podejmowaniu decyzji
2. Wsparcie decyzyjne	– wytyczne co do postępowania pacjenta
	– konsultacje inną drogą niż tradycyjna
	– wyposażenie w materiały drukowane
	– zorganizowane wsparcie otoczenia
3. Ciągłość wielowymiarowa	– ciągłość relacyjna
	– ciągłość organizacyjna
	– ciągłość informacyjna
4. Organizacja dostarczania opieki i koordynacja działań	– koordynator działań, menedżer przypadku
	– standaryzacja opieki nad pacjentem przewlekle chorym
	– spójność porad lekarskich
	– wymiana informacji między lekarzami
	– kompleksowa opieka
	– diagnostyka
	– usługi na czas (koordynacja czasowa)
– zespoły wielodyscyplinarne	
5. Komunikacja z pacjentem	– komunikacja z pacjentem na temat celów opieki
	– komunikacja z pacjentem na temat zachowań prozdrowotnych i profilaktyki
	– standaryzacja wywiadu lekarskiego
	– wyjaśnienie pacjentowi procesu leczenia i spodziewanych jego wyników
6. Rozwiązywanie problemów pacjenta	– plan leczenia
	– wpływ choroby na jakość życia
	– przypadki nagłe i zaostrzenie choroby
	– kontynuacja opieki i leczenia
7. Elastyczność i dostępność opieki	– wrażliwość systemu na sugestie pacjenta
	– dostępność różnych usług w jednej lokalizacji
	– możliwość wyboru
	– czas oczekiwania na leczenie
8. Orientacja system na pacjenta	– dostęp do informacji – co, gdzie i jak załatwić
	– empatia ze strony personelu
	– respektowanie praw pacjenta
	– ocena systemu z perspektywy pacjenta

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań jakościowych.

wego, ciągłość, rozwiązywanie problemów oraz orientację na pacjenta. W rezultacie otrzymano zestawienie kategorii centralnych i subkategorii opisujących wymiary jakości obsługi pacjentów przewlekle chorych, które można traktować jako wskaźniki i subwskaźniki w ocenie jakości obsługi omawianego segmentu pacjentów (tab. 3).

Większość z powyżej zidentyfikowanych wskaźników (kategorii centralnych), jak aktywacja pacjenta, wsparcie decyzyjne, rozwiązywanie problemów, komunikacja z pacjentem, organizacja i koordynacja działań, elastyczność i dostępność, odnosi się do procesu obsługi pacjentów przewlekle chorych. Pozostałe, tj. zapewnienie ciągłości w różnych jej wymiarach, orientacja na pacjenta, mają charakter strukturalny. Poniższa dyskusja koncentruje się na aspekcie ciągłości jako podstawowym atrybucie opieki nad pacjentami przewlekle chorymi.

5. Dyskusja

Analizując wyniki otrzymane na podstawie FGI, warto podkreślić, iż sami pacjenci bardzo rzadko posługują się takimi terminami, jak: „ciągłość opieki”, „koordynacja”, „planowanie opieki”, „integracja opieki”, do opisu swych doznań, potrzeb i odczuć w związku z systematycznym korzystaniem z usług zdrowotnych. Co więcej, przypisanie konkretnego, wyrażonego wypowiedzią pacjenta doświadczenia bądź potrzeby do jednej z ośmiu kategorii głównych bywało niekiedy problematyczne z uwagi na wzajemne powiązanie poszczególnych wymiarów i możliwość ilustrowania przez pojedynczą wypowiedź różnych subkategorii jednocześnie.

Pacjenci opisywali swe dotychczasowe doświadczenia z systemem opieki zdrowotnej w kontekście ciągłości jako opiekę, którą otrzymują od momentu postawienia diagnozy identyfikującej chorobę przewlekłą. Wskazywali na wizyty kontrolne i badania powtarzane systematycznie w związku z daną jednostką chorobową. Niektórzy jednak wskazywali, że „pacjent sam się musi o nie lekarzowi upominać”, „częściej to jednak pacjent przypomina o tym lekarzowi” lub artykułowali swe potrzeby takich badań, mówiąc: „Doktor rodzinny powinien objąć pacjenta z wiekiem [starszego] tymi badaniami, które mu się należą ze względu na wiek”. Respondenci odwoływali się również do znaczenia ciągłości opieki, okazując swe z troskanie wynikające z braku takiej opieki: „Przerwy między wizytami 9,10 miesięcy – uważam, że to jest zbyt rzadkie. Trudno nazwać takiego lekarza, którego tak rzadko się spotyka – lekarzem prowadzącym”.

Duża intensywność wizyt i porad wynikająca z zaostrzenia się symptomów choroby wydaje się być zatem parametrem opisującym jakość obsługi pacjenta przewlekle chorego. Szczególnego znaczenia nabiera ten element na początku terapii, gdzie niewiedza pacjenta konfrontowana jest z koniecznością radzenia sobie ze schorzeniem przewlekłym na co dzień. Stąd pacjenci szczególnie cenią sobie szerokie konsultacje, z wieloma specjalistami w początkowych epizodach przewlekłych stanów chorobowych, co zwiększa ich zrozumienie sytuacji, w której się znaleźli. Efektem takiego podejścia do usługobiorcy, będącego w istocie wyznacznikiem orientacji na

pacjenta, jest zwiększenie przestrzegania reżimu terapii i akceptacja niedogodności z tym związanych.

Ciągłość wiązana była przez pacjentów również z indywidualizacją podejścia do chorego, rozumianą jako dopasowywanie porad do konkretnego przypadku: „Kiedy przychodzę, to mój lekarz zawsze pamięta, że nie toleruję dużych tabletek i stara się mi przepisywać coś bardziej łatwiejszego do połknięcia”.

Doświadczenie ciągłości kontaktów z systemem może być postrzegane jako warunek konieczny do zaistnienia ciągłości relacyjnej. Pacjenci doceniają sytuacje, w których są rozpoznawalni. Buduje to w nich poczucie bezpieczeństwa, co może sprzyjać uzyskiwaniu lepszych efektów terapeutycznych: „Jak przychodzę do przychodni, to wszyscy mnie znają, witają się z mną, i to jest bardzo miłe”.

Ważną cechą relacji pacjent przewlekle chory – lekarz prowadzący jest nie tylko znajomość tego pierwszego przez drugiego, ale i rozpoznawanie potrzeb i preferencji usługobiorcy, zrozumienie go jako człowieka. Tak to relacjonują pacjenci, podkreślając wpływ interpersonalnego nastawienia lekarza do pacjenta:

„To zależy po prostu, wydaje mi się, od człowieka. Trafiłam na operację, byłam w Policach akurat, to tam był lekarz, no, do rany przyłóż. Ten człowiek wytłumaczył mi wszystko dokładnie”.

Niekiedy pacjenci silnie odczuwają stratę lub zmianę lekarza, która nie była ich inicjatywą. Jeśli byli dotychczas usatysfakcjonowani z relacji z reprezentantem usługodawcy i musieli przerwać tę relację, są wyraźnie zaniepokojeni:

„Nawet jak się ma wizytę już uzgodnioną, termin ma się wyznaczony, to nie wiadomo, na którego lekarza się trafi”.

Brak lub strata osobistej relacji z lekarzem prowadzącym może skutkować mniejszym zaangażowaniem pacjenta w proces leczenia, słabszym przyzwoleniem na poddawanie się diagnozie i terapii, spadkiem satysfakcji z usług zdrowotnych, a nawet zerwaniem relacji. Dowodzą tego słowa jednej z uczestniczek FGI:

„Ja na przykład [bym chciała], żeby specjalista prowadził jedną daną osobę. Byłam skierowana do naczyniowca na Pomorzany. Lekarz mnie przebadał, powiedział, co robić, bardzo byłam zadowolona. Przychodzę, a dzisiaj przyjmuje zupełnie inny lekarz. Tak że skończyło się na tym, że przestałam się leczyć”.

Wywiad grupowy zogniskowany dowodzi również tego, że pacjenci oczekują pewnej standaryzacji opieki w sytuacji wystąpienia chorób przewlekłych, a także dolegliwości związanych z wiekiem. Erozja postrzeganej jakości obsługi pacjenta wiąże się tu zwykle z brakiem odpowiedniej ilości czasu poświęcanego pacjentowi oraz słabą komunikacją. Pacjenci zarzucają lekarzom, że wizyty są krótkie, pobieżne, bez wnikania, rozmowy. Pacjenci czekają kilka miesięcy na planową wizytę, oczekując, że będzie ona wiązać się z kompleksowym przebadaniem i wyjaśnieniem wielu spraw. Tymczasem wizyta trwa kilka minut. np.:

„Problem taki profilaktyki. W momencie, kiedy ja idę do kardiologa, ja oczekuję, że przynajmniej mi jakieś tam badania wykona. Nie, że przeprowadzi wywiad – jak się pan czuje. Zwykła rozmowa to jest trochę za mało. To jednak trzeba monitorować”.

„Chciałabym, aby się zajął mną. Na przykład jak idę do diabetologa, to pierwsze, co ona powinna, mi cukier zbadać, ale w ogóle się o tym nie mówi, tylko leki”.

Na podstawie przytoczonych wypowiedzi można wysnuć wniosek, iż ciągłość relacyjna to nie tylko stopień, w jakim usługodawca jest przyjazny pacjentowi, ale także stopień znajomości historii choroby pacjenta, zdolność do wsłuchania się w jego potrzeby, chęć wyjaśniania wątpliwości pacjenta. Elementy te budują zaufanie instytucjonalne w relacji lekarz – pacjent, a także sprzyjają większemu zaangażowaniu się usługobiorcy w proces leczenia. Istotną rolę odgrywa tu stałość i regularność kontaktów pacjenta przewlekle chorego z tym samym lekarzem prowadzącym.

Badanie FGI dowodzi jednak tego, iż ciągłość relacyjna zachwiana jest poprzez brak systematycznych, częstych kontaktów z lekarzem prowadzącym. Rozwiązanie systemowe, które narzucałoby standardy opieki nad pacjentami przewlekle chorymi, na przykład rekomendowałoby liczbę niezbędnych wizyt w ciągu roku w związku z występowaniem choroby chronicznej. Sprzyjałoby to budowie poczucia bezpieczeństwa wśród pacjentów tego segmentu, a także zwiększyłoby stopień adaptacji pacjentów do rekomendacji i zaleceń lekarskich. Obecna sytuacja opisywana jest przez ograniczoną możliwość respektowania preferencji pacjentów, zbyt długie odstępy między kolejnymi wizytami oraz konieczność pozyskiwania skierowań do specjalistów. Najważniejsze problemy, zdaniem pacjentów, dotyczą:

- braku możliwości wyboru takiego specjalisty, jakiego chciałby pacjent: „U mnie to też jest właśnie kardiolog, ale nie ten, którego bym chciał, ale ten, którego niestety musiałem wybrać”;
- zbyt długich odstępów pomiędzy wizytami: „Uważam, że to jest zbyt rzadkie, bo chodzę co 9-10 miesięcy – i nawet dłużej pomiędzy poszczególnymi wizytami. Uważam, że to jest jednak troszeczkę rzadkie, dlatego lekarza prowadzącego trudno nazwać lekarzem prowadzącym”;
- konieczności chodzenia po skierowanie do specjalisty do lekarza pierwszego kontaktu co pół roku, podczas gdy wiadomo, że pacjent jest przewlekle chory: „Tak, tak, to jest najgorsze, to jest to. Jeśli ktoś wymaga specjalisty, to nie powinien jeszcze chodzić po skierowanie do lekarza rodzinnego, bo szkoda czasu i niepotrzebny koszt”.

Cennym elementem ciągłości opieki w stanach przewlekłych jest identyfikowana przez pacjentów możliwość uzyskania pomocy w nagłych sytuacjach. Jako że potrzeby pacjentów przewlekle chorych zmieniają się w czasie, istotne jest dla nich, by personel medyczny reagował odpowiednio szybko. Można zatem odnieść takie sytuacje do ciągłości związanej z elastycznością działania, która wymaga, by usługi były dopasowane do potrzeb pacjentów. Jedną z takich opcji jest świadczenie usług przez profesjonalistów wybranych przez pacjenta. Oto jak jeden z uczestników wywiadu postrzega to zjawisko: „U mnie to też jest właśnie kardiolog, ale nie ten, którego bym chciał, ale ten, którego niestety musiałem wybrać”.

W tym kontekście zaskakujące są wypowiedzi niektórych pacjentów dotyczące ich reakcji w sytuacji, gdyby nagle coś się wydarzyło i potrzebowaliby skontaktować się ze swoim lekarzem:

- „Dzwonię na telefon komórkowy do swojego rodzinnego”.
- „Jeżeli byłoby tragicznie, no to dzwoniłabym po pogotowie”.

Charakter udzielanych odpowiedzi pacjentów wyraźnie wskazuje na brak systemowego podejścia w tym zakresie. Generalnie pacjenci skazani są wówczas na jedno rozwiązanie – pogotowie, chyba że mają jakieś inne kontakty, z lekarzem rodzinnym, czy specjalistami. Telefon na pogotowie jest oczywistością, gdy następuje nagle pogorszenie stanu zdrowia i istnieje zagrożenie życia. Niestety, nie ma również rozwiązań w sytuacji, gdy pacjent czuje się źle, a termin kolejnej wizyty jest za kilka miesięcy. Odpowiedzi pacjentów wskazują, że sami nie wiedzą, co w takiej sytuacji robić:

„Wiem, że w tym momencie mogę pójść do tej przychodni kardiologicznej, powiedzieć, jakie mam schorzenia, jakie objawy, co mi dolega i zakładam, że gdzieś tam mnie wcisną, że gdzieś tam jednego pacjenta dopiszą, ale to zakładam, bo nie wiem, czy tak faktycznie jest”.

Ciągłość odnosząca się do elastyczności manifestuje się również w gotowości usługodawcy do zmiany dopasowywania terminów wizyt do preferencji pacjentów. Jedna z uczestniczek FGI tak opisuje swe doświadczenia w tym względzie: „Oni mają swoje terminy, a ja swoje”.

Większość pacjentów doświadcza braku ciągłości w kontekście elastyczności, w szczególności jeśli chodzi o długość oczekiwania na planowe porady oraz opóźnienia w umawianiu się na wizyty. Oto kilka wypowiedzi z FGI:

- „Nie było problemu z daniem skierowania, natomiast jest problem z realizacją tego skierowania”.
- „Chodzi o termin dostania się do danego lekarza pierwszego kontaktu – on się wydłuża! To nie jest to, że ja się dostanę za trzy dni czy za pięć dni”.

Doświadczane trudności mogą przyczynić się do erozji postrzeganej jakości obsługi pacjenta w systemie i spadku zaufania instytucjonalnego w relacji pacjent – lekarz. Niemniej pacjenci, którzy odczuwają satysfakcjonującą relację ze swoim lekarzem prowadzącym, łatwiej adaptują się do takich nieprzychylnych im sytuacji, przypisując owe niedogodności problemom systemowym.

6. Zakończenie

Wyniki przeprowadzonego badania jakościowego stanowią istotną przesłankę do konstrukcji narzędzia metodycznego, będącego zbiorem wskaźników opisujących jakość obsługi z perspektywy pacjentów. Istotną wartością poznawczą badania jest rozpoznanie wymiarów ciągłości opieki zdrowotnej sprawowanej nad pacjentami przewlekłymi, a także identyfikacja potencjalnych luk w owej ciągłości. Erozja ciągłości może zaistnieć na każdym etapie procesu obsługi pacjenta, choć największe

ryzyko jej wystąpienia pojawia się podczas „transferu” pacjenta z jednego szczebla opieki na kolejny, na przykład z podstawowej opieki zdrowotnej do specjalistycznej ambulatoryjnej, z opieki ambulatoryjnej do opieki szpitalnej czy z opieki szpitalnej do podstawowej. Przejście pacjenta z jednego poziomu opieki do innego związane jest najczęściej z zaostrzeniem się stanu chorobowego, koniecznością pogłębienia diagnostyki lub wypisem szpitalnym. Wszystkie te sytuacje generują odmienne zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną oraz intensywność konsumpcji usług opieki zdrowotnej. Efektem luk w ciągłości opieki zdrowotnej mogą być zatem: opóźnienie w dostarczeniu opieki, fałszywa informacja czy problemy natury komunikacyjnej. W rezultacie pacjent może poszukiwać alternatywnych rozwiązań swojego problemu zdrowotnego, nie respektować rekomendacji lekarskich, a nawet podjąć decyzję o przerwaniu leczenia.

Literatura

- Antunes V., Moreira J.P., *Approaches to developing integrated care in Europe: a systematic literature review*, “Journal of Management & Marketing in Healthcare” 2011, Vol. 4, No. 2.
- Babbie E., *Podstawy badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Delnoij D.M., Klazinga N.S., Velden K. van der, *Building integrated health systems in Central and Eastern Europe*, “European Journal of Public Health” 2003, Vol. 13.
- Glaser B.G., Strauss A.L., *Odkrywanie teorii ugruntowanej. Strategie badania jakościowego*, Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków 2009.
- Krueger R.A., *Focus groups: a practical guide for applied research*, Sage Publications, London 1994.
- Mur-Veeman I., Hardy B., Steenbergen M., Wistow G., *Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries*, “Health Policy” 2003, No. 65.
- Raak A., Mur-Veeman I., Hardy B., Steenbergen M., Paulus A., *Integrated care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU countries*, Elsevier, Gezondheidszorg, Maarssen 2003.
- Uijen A.A., Schers H.J., Schellevis F.G., Bosch W.J. van de, *How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts*, “Family Practice” 2012, Vol. 29, Issue 3.

THE USE OF FOCUS GROUP INTERVIEW TO EVALUATE THE SERVICE QUALITY OF CHRONICALLY ILL PATIENTS

Summary: An important element of the assessment of the quality of service of chronically ill patients is to identify their unmet needs, expectations and experiences with health care in chronic conditions. For this purpose qualitative studies have been applied. Qualitative study included focused group interview in the form of an open discussion with chronic patients. The main objective of this paper is to present the use of focus groups to identify the attributes of service quality of chronically ill patients.

Keywords: focus group interview, customer service, health care.