

## Rozdział III.2

# Etap I – Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej z punktu widzenia pracowników ochrony zdrowia

### III.2.1. Metody zastosowane w badaniu opinii profesjonalistów

Katarzyna Czabanowska, Katarzyna Szczerbińska

**Studium przypadku** jako strategia badawcza jest często używane w badaniach ewaluacyjnych. Należy do jakościowych strategii badawczych i jako takie jest holistyczne, empiryczne i interpretacyjne. Studia przypadku opisywane są najczęściej jako strategia lub projekt badawczy [Yin, 1994], sposób raportowania [Denzin, Lincoln, 1994b], technika edukacyjna oraz metoda ewaluacyjna [Patton, 1990]. Jednostką poddaną analizie może być osoba, rodzina, grupa, społeczność, organizacja, kultura, zdarzenie, program lub proces. Studium przypadku przeprowadza się, gdy brakuje wystarczającej wiedzy na temat zjawiska bądź sytuacji, szczególnie w eksploracyjnej fazie dociekania naukowego, kiedy nie istnieją wcześniejsze badania naukowe na ten temat, a występuje potrzeba uzyskania wstępnej informacji przed planowaniem większych badań, w celu generowania hipotez bądź ilustracji teorii. Studium przypadku to strategia wybierana, kiedy powstaje jakiś problem i należy go rozwiązać, a rezultaty bądź konkluzje często przyjmują formę rekomendacji politycznych, naprawczych lub terapeutycznych.

Techniki zbierania danych, jakie wykorzystywane są w strategii studium przypadku (obserwacje, wywiady, grupy nominalne i fokusowe), coraz częściej mają zastosowanie w badaniach dotyczących opieki zdrowotnej. W ochronie zdrowia te techniki stosuje się do badania takich tematów, jak organizacja usług zdrowotnych, interakcje między lekarzem a pacjentem oraz zmieniająca się rola zawodów związanych z opieką zdrowotną. Chociaż studium przypadku nie należy do najbardziej popularnych metod badawczych, to ma wiele zalet: dostar-

cza dokładnego i bogatego opisu badanego zjawiska przy równoczesnym generowaniu znacznej ilości danych, wykorzystując systematyczne i triangulacyjne metody.

Wielką zaletą studium przypadku jest to, iż bierze pod uwagę naturalistyczne uwarunkowania obserwowanego zjawiska bez utraty szczegółów kontekstu, który ma znaczny wpływ na podmioty i ich zachowanie. Studium przypadku jest bardzo pożyteczną strategią badawczą, gdy celem jest opis, dociekanie i wytłumaczenie zjawisk.

**Kwestionariusz Czterech Przypadków** (CLESA Four Cases Questionnaire, FCQ) opracowany przez zespół projektu CLESA<sup>1</sup> łączy elementy metod, jakimi są kwestionariusz i studium przypadku. Jego zastosowanie służyło odtworzeniu sposobu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w odniesieniu do osób starszych.

Kwestionariusz Czterech Przypadków przedstawia cztery typowe sytuacje dotyczące osób starszych:

- samodzielnie mieszkająca osoba starsza, która nagle doznaje upadku i wymaga opieki,
- osoba ze stopniowo postępującym otępieniem,
- niedołączna osoba starsza, która wymaga umieszczenia w placówce opiekuńczej,
- osoba, która nagle doznała udaru mózgu.

Przypadki zostały tak dobrane, aby odzwierciedlić całość opieki (podstawową opiekę zdrowotną, opiekę środowiskową, postępowanie w sytuacjach nagłych zachorowań oraz w ostrym oddziale szpitalnym, oddziale rehabilitacji i placówkach opiekuńczych). Kwestionariusz zawiera opis tych przypadków i pytania otwarte dotyczące kolejno podejmowanych działań. Odpowiedzi na pytania pozwalają na odtworzenie typowej ścieżki postępowania w określonych sytuacjach.

Należy zauważyć, że przykłady demencji, udaru czy upadku należą do instruktażowych i często są stosowane do opisu sposobu prowadzenia opieki nad osobami starszymi w badaniach jakościowych [Philp, 2001].

Tak opracowana metoda sprzyja analizie porównawczej i pozwala na identyfikację słabych punktów lub braków w systemie opieki nad ludźmi starszymi cierpiącymi na opisywane w przypadkach schorzenia. Chociaż należy pamiętać, że studia przypadku w omawianym badaniu mają charakter ilustracyjny i nie mogą reprezentować problemów całej populacji, to są na tyle uniwersalne, że odnoszą się do większości osób, które potrzebują określonych usług zdrowotnych.

Kwestionariusz FCQ, zanim został użyty, podlegał adaptacji kulturowej. Jak już wspomniano w rozdziale II.1.2, najpierw we wszystkich państwach przeprowadzono analizę definicji pojęć świadczeń opieki zdrowotnej i pomocy społecznej zastosowanych w kwestionariuszu (sprawdzenie równoważności kon-

---

<sup>1</sup> Pod kierownictwem prof. J. Gindina z The Geriatric Institute of Education and Research, Kaplan Medical Center, Rehovot, Israel.

cepcyjnej). Następnie narzędzie zostało przetłumaczone przez dwóch niezależnych tłumaczy. Tłumaczenie zasadniczo miało charakter translacji, której celem było zachowanie równoważności pojęciowej, zwłaszcza w zakresie definicji świadczeń i kryteriów ich dostępności. W grupie tłumaczy, sędziów kompetentnych (którymi byli specjaliści zdrowia publicznego i organizacji opieki zdrowotnej) oraz zespołu badaczy przyjęto uzgodnioną wersję tłumaczenia. Następnie tak przygotowany kwestionariusz przedstawiono potencjalnym użytkownikom (pracownikom opieki zdrowotnej i pomocy społecznej) w celu zbadania rozumienia przez nich pytań i zastosowanych tam pojęć. Kwestionariusz wymagał nieznacznych poprawek, głównie stylistycznych. Należy podkreślić, że nie ma on charakteru testu psychologicznego. Zasadniczym celem narzędzia było odwzorowanie najczęściej stosowanego sposobu realizacji opieki nad osobami starszymi w przypadku wybranych problemów zdrowotnych. Wszystkie zmiany wprowadzone do kwestionariusza zawarto w tłumaczeniu odwrotnym, które następnie zostało zaakceptowane przez koordynatora. W ten sposób wypełniono ogólnie przyjęte wymagania dotyczące adaptacji kulturowej kwestionariuszy [Brzeziński, 1999, s. 576–596; Jaracz, 2001]. Tak przygotowany kwestionariusz posłużył jako scenariusz spotkania ekspertów, którego celem było prowadzenie ustrukturyzowanej dyskusji i wypracowanie wspólnego stanowiska odnośnie do sposobu realizacji i dostępności opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych.

**Uzgodnienie wspólnego stanowiska w grupie ekspertów** należy do metod konsensusu, które coraz częściej są wykorzystywane w celu ustalenia stopnia porozumienia, gdy istnieje niepewność i brak definitywnych dowodów na prawidłowe funkcjonowanie, efektywność bądź adekwatność usług czy interwencji. Wyróżniono trzy podstawowe metody konsensusu: metoda Delphi, technika NTG (Nominal Technic Group, czyli technika grupowania problemów według wartości) i uzgodnienie wspólnego stanowiska w grupie ekspertów. Trudno powiedzieć, która z nich jest najlepsza. Zaleca się wykorzystywanie ich w połączeniu z innymi metodami. Metoda uzgodnienia wspólnego stanowiska w grupie ekspertów polega na zorganizowaniu spotkania ekspertów z danej dziedziny, osób niezwiązanych z dziedziną (laików) lub łączenia przedstawicieli obu grup w celu przedyskutowania danego tematu dla poprawy jego zrozumienia lub osiągnięcia konsensusu. Spotkanie prowadzi moderator, który może, ale nie musi, być ekspertem w danej dziedzinie, ale jego wiarygodność jest uznana w oczach ekspertów. Spotkanie zazwyczaj ma charakter ustrukturalizowany, wykorzystuje się specjalnie opracowane w tym celu scenariusze. W opisywanym badaniu Kwestionariusz Czterech Przypadków służył jako scenariusz spotkania i narzędzie do osiągnięcia konsensusu.

Istnieje potencjalne zagrożenie związane z błędem doboru próby (*selection bias*) [Bowling, 2002]. Przykładowo, eksperci, którzy zgłoszą chęć uczestnictwa w badaniu, nie zawsze reprezentują całą populację ekspertów, jakich należałoby objąć badaniem. W związku z powyższym w celu zapewnienia jakości i rzetelności w doborze próby eksperci zostali wybrani w sposób celowy i dogodny [Patton, 1990]. W doborze zastosowano kryteria kompetencji, wśród których decydujące były: posiadanie odpowiednich kwalifikacji zawodowych, staż pracy

i praktyczne wykonywanie zawodu w ramach opieki nad osobami starszymi. Eksperti reprezentowali różne zawody opieki zdrowotnej i pomocy społecznej (lekarz rodzinny, neurolog, pielęgniarka środowiskowa, opiekunka środowiskowa, pracownik socjalny i magister fizjoterapii).

Tak dobrana grupa ekspertów, odzwierciedlająca interdyscyplinarny charakter usług zdrowotnych świadczonych ludziom w wieku podeszłym, ujawniła interakcje zachodzące między nimi, podobnie jak się to dzieje w praktyce. Osobom biorącym udział w tej części badania zapewniono anonimowość, co miało ułatwić im swobodne wypowiedzianie się na temat rzeczywistej realizacji opieki.

Eksperti najpierw zostali poproszeni o indywidualne wypełnienie kwestionariusza, a następnie o dyskusję w zespole i ustalenie wspólnego stanowiska co do najczęstszego sposobu postępowania w omawianych przypadkach. Przeciętny staż pracy tych osób wynosił 15 lat, co umożliwiało im formułowanie opinii na podstawie dużego doświadczenia w opiece nad osobami starszymi. Odpowiedzi na pytania w kwestionariuszu pozwoliły odtworzyć najbardziej prawdopodobny rozwój sytuacji w typowych stanach czy przypadkach zdarzających się ludziom w podeszłym wieku.

W ten sposób uzyskano opis sposobu funkcjonowania instytucji opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w opinii osób świadczących usługi. Na koniec omawiania każdego przypadku uczestnicy badania proszeni byli o podanie ogólnych uwag podsumowujących, które zawierały wiele istotnych spostrzeżeń oraz zaleceń dotyczących możliwości poprawy istniejącego sposobu sprawowania opieki.

Wykorzystanie kilku metod badawczych do zbierania danych (tzw. triangulacja metodologiczna): metody konsensusu i studium przypadku oraz kwestionariusza, służyło podniesieniu jakości badania, czyniąc je bardziej rzetelnym i wiarygodnym [Crooks, Davies, 1998]. Poniżej omówiono wspomniane cztery przypadki i, korzystając z uzyskanych wyników, przeprowadzono rekonstrukcję tzw. ścieżki pacjenta, czyli typowego, zazwyczaj realizowanego schematu postępowania wchodzącego w zakres opieki nad osobami starszymi.