

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

PL ISSN 1734-3402

Czy pacjenci chcą oceniać jakość opieki zdrowotnej? Krótki sondaż wśród pacjentów

Do patients want to evaluate the quality of health care?
A short survey among patients

LUDMIŁA MARCINOWICZ^{1, A, C-F}, ZBIGNIEW GUGNOWSKI^{2, A, B, D, E},
JULIA STRUMIŁO^{1, B, D, E}, SŁAWOMIR CHLABICZ^{1, D-F}

¹ Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² NZOZ Poradnia Lekarzy Medycyny Rodzinnej w Giżycku

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych,
E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Wśród licznych opracowań na temat satysfakcji pacjentów brak jest doniesień, czy pacjenci chcą uczestniczyć w takich badaniach i czy widzą siebie w roli oceniających jakość opieki zdrowotnej.

Cel pracy. Poznanie opinii pacjentów na temat zasadności angażowania ich w ocenę jakości świadczeń oraz gotowości do uczestniczenia w badaniach satysfakcji pacjentów.

Materiał i metody. Przeprowadzono sondaż wśród dorosłych pacjentów na terenie 10 praktyk medycyny rodzinnej w północno-wschodniej Polsce. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety składający się z pytań zamkniętych i otwartych. Rozdano 700 ankiet, uzyskując zwrot 570 prawidłowo wypełnionych (81,4%).

Wyniki. Na pytanie, czy pacjenci powinni oceniać jakość opieki zdrowotnej, twierdząco odpowiedziało 84,2% respondentów, natomiast chęć udziału w badaniach satysfakcji pacjentów (wypełnienie ankiety) deklarowało 66,3% respondentów. Różnice były istotne statystycznie. Główne powody, dla których pacjenci deklarowali chęć oceny jakości opieki, to prawo pacjenta jako podatnika oraz poprawa jakości opieki. Głównym powodem, dla którego pacjenci uważali, że nie powinni oceniać jakości opieki zdrowotnej był brak wiedzy medycznej.

Wnioski. Większość respondentów uważa, że pacjenci powinni oceniać jakość opieki zdrowotnej, ale istotnie mniej deklaruje swój udział w badaniach satysfakcji pacjentów. Z perspektywy pacjenta, ocena jakości opieki zdrowotnej powinna skupiać się na tych elementach, które nie wymagają wiedzy medycznej.

Słowa kluczowe: poprawa jakości, pacjent, opinie, satysfakcja pacjenta, kwestionariusze.

Summary Background. There are numerous studies concerning patient satisfaction; however, they do not include any reports on whether patients want to participate in such studies and whether they see themselves as evaluators of health care.

Objectives. To learn patients' opinions on the legitimacy of engaging patients in the evaluation of such care and their readiness to participate in studies on patients' satisfaction.

Material and methods. A survey was carried out among adult patients at 10 primary health care centres in the north-eastern part of Poland. The study tool was a survey questionnaire comprising both closed-ended and open-ended questions. 700 questionnaires were distributed, and 570 of them (81.4%) were filled in correctly and returned.

Results. Most of the respondents (84.2%) gave a positive answer to the question whether patients should evaluate the quality of health care, whereas 66.3% of them declared their will to participate in studies on patients' satisfaction (in the form of filling in a questionnaire). The differences were statistically significant. The main reasons for patients evaluating the quality of health care are the right a patient has as a tax payer and the resulting improvement of health care quality. The lack of medical knowledge on the part of patients was a frequently mentioned reason against patients being "evaluators" of care.

Conclusions. Most of the respondents are of the opinion that patients should evaluate the quality of health care, but significantly fewer declare their participation in studies on patient satisfaction. From a patient's perspective, the evaluation of health care quality should concentrate on the elements which do not require medical expertise.

Key words: quality improvement, patient, opinion, patient satisfaction, questionnaires.

Wstęp

Udział pacjenta w procesie zapewnienia jakości opieki zdrowotnej jest powszechnie uznany i określony, zwłaszcza w wymiarze akceptowalności (ang. *acceptability*) definiowanej jako dostosowanie opieki do potrzeb i oczekiwań pacjentów oraz ich rodzin [1]. W literaturze przedmiotu pisze się o takich nowych rolach pacjenta, jak oceniającego jakość opieki („ewaluatora”) oraz aktywnego obywatela, którego głos powinien być brany pod uwagę przez zarządzających opieką zdrowotną [2]. Badania satysfakcji pacjentów stanowią jedną z możliwości monitorowania jakości opieki zdrowotnej i są przedmiotem licznych badań empirycznych realizowanych w różnym celu [3, 4]. Wśród wielu opraco-

wań na temat satysfakcji pacjentów brak jest doniesień, czy pacjenci chcą uczestniczyć w takich badaniach, a także, czy widzą siebie w nowej roli oceniających jakość opieki zdrowotnej. Badacze uznają, że angażowanie pacjentów w ocenę jakości opieki jest bardzo ważne [5, 6]. Nie mamy jednak dowodów na to, czy pacjenci chcą być ewaluatorami opieki zdrowotnej. Nie wiemy, co ich motywuje do angażowania się w taką ocenę oraz jakie są ich obawy.

Cel pracy

Celem pracy było poznanie perspektywy pacjentów na temat angażowania ich w ocenę jakości opieki zdrowotnej oraz gotowości do uczestniczenia w badaniach satysfakcji pacjentów.

Materiał i metody

Badania ilościowe (ankietowe) zrealizowano w 10 praktykach medycyny rodzinnej zlokalizowanych w północno-wschodniej Polsce, w których udzielało świadczeń 18 lekarzy rodzinnych. Przeprowadzono sondaż wśród pacjentów z wykorzystaniem krótkiej ankiety przygotowanej na użytek niniejszej pracy. Autorski kwestionariusz ankiety zawierał następujące pytania (zamknięte i otwarte):

1. Czy pacjenci powinni oceniać jakość opieki zdrowotnej (lekarskiej i pielęgniarskiej)? (Odpowiedzi: tak, nie, trudno powiedzieć).
2. Uprzejmie prosimy o uzasadnienie swojej odpowiedzi. (Pytanie otwarte).
3. Gdyby były przeprowadzane badania satysfakcji pacjentów z opieki lekarza rodzinnego, czy chciałby Pan/chciałaby Pani wypełnić anonimową ankietę? (Odpowiedzi: tak, nie, trudno powiedzieć).
4. Uprzejmie prosimy o uzasadnienie swojej odpowiedzi. (Pytanie otwarte).

Ankiety były rozprowadzane przez personel rejestracji pacjentom oczekującym na wizytę u lekarza rodzinnego. Rozdano 700 ankiet, uzyskując zwrot 570 prawidłowo wypełnionych (81,4%). Badania zrealizowano w czerwcu i wrze-

śniu 2013 roku, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (R-I-002/30/2012).

Spośród 570 respondentów 64,9% stanowiły kobiety, a 35,1% mężczyźni. Większość respondentów to osoby w wieku 25–44 lata (40,4%) i 45–64 lata (39,5%); 6,8% było w wieku 18–24 lata, a 13,3% w wieku 65 lat i więcej. Wykształcenie podstawowe miało 7,6% respondentów, zawodowe – 19,3%, średnie – 42,6%, a wyższe – 30,5%. Na wsi mieszkało 32,3% respondentów, a w mieście do 100 tys. mieszkańców – 67,7%.

Analiza danych

Dane zakodowano i analizowano z wykorzystaniem programu Statistica PL v. 10. Do oceny współzależności zastosowano test niezależności χ^2 . Wartości $p < 0,05$ uznano za istotne statystycznie. Odpowiedzi na pytania otwarte (oddzielnie dla każdego pytania) były analizowane przez autorów za pomocą techniki analizy treści [7]. Na pierwsze pytanie otwarte odpowiedziało 368 osób (64,6%), a na drugie – 294 (51,6%). W wyniku jakościowej analizy pisemnych odpowiedzi respondentów ustalono 422 komentarze na pierwsze pytanie i 322 komentarze – na drugie. Niektóre wypowiedzi pacjentów zawierały kilka wątków tematycznych, które kwalifikowano do różnych kategorii.

Tabela 1. Opinie respondentów na temat zasadności oceny jakości opieki zdrowotnej, a chęć uczestniczenia w badaniach satysfakcji pacjentów

Odpowiedzi	Czy pacjenci powinni oceniać jakość opieki zdrowotnej? N = 570 (100,0)	Gdyby były przeprowadzane badania satysfakcji pacjentów z opieki lekarza rodzinnego, czy chciałby Pan/chciałaby Pani wypełnić anonimową ankietę? N = 570 (100,0)
Tak	480 (84,2)	378 (66,3)
Nie	31 (5,4)	132 (23,2)
Trudno powiedzieć	59 (10,4)	60 (10,5)
	$\chi^2 = 74,717; p < 0,001$	

Tabela 2. Powody, dla których pacjenci powinni lub nie powinni oceniać jakości opieki zdrowotnej

Czy pacjenci powinni oceniać jakość opieki?	Kategorie	N = 422	%
Tak	prawo pacjenta	180	42,7
	poprawa jakości opieki	139	32,9
	zastrzeżenia i oczekiwania	35	8,3
	wartość zdrowia	23	5,5
	inne	14	3,3
Nie	brak wiedzy	10	2,4
	inne	5	1,2
Trudno powiedzieć	brak wiedzy	10	2,4
	inne	6	1,4

Tabela 3. Powody, dla których pacjenci chcą lub nie chcą uczestniczyć w badaniach satysfakcji pacjentów

Czy chciałbyś/chciałabyś wypełnić ankietę?	Kategorie	N = 322	%
Tak	możliwość wyrażenia swojej opinii oraz wpływ na zmiany	89	27,6
	poprawa jakości opieki	87	27,0
	zadowolenie lub niezadowolenie pacjenta	55	17,1
	kwestie metodologiczne	14	4,3
	inne	14	4,3
Nie	zadowolenie pacjenta	15	4,6
	brak wiary w zmiany	14	4,3
	brak wiedzy medycznej pacjenta	7	2,2
	kwestie metodologiczne	6	1,9
	inne	7	2,2
	Trudno powiedzieć	brak wiedzy medycznej pacjenta	5
	zadowolenie pacjenta	4	1,2
	inne	5	1,6

Wyniki

Opinie pacjentów na temat oceny jakości opieki zdrowotnej i udziału w badaniach satysfakcji pacjentów

Na pytanie, czy pacjenci powinni oceniać jakość opieki zdrowotnej, twierdząco odpowiedziało 84,2% respondentów, a tylko 5,4% uznało, że nie powinni tego robić. Natomiast aktywne (hipotetyczne) uczestnictwo, tzn. wypełnienie ankiety na temat satysfakcji pacjentów, deklarowało 66,3% respondentów, a 23,2% było przeciwnego zdania. Odsetek niezdecydowanych był taki sam przy odpowiedziach na oba pytania. Analizując rozkład odpowiedzi na dwa pytania i oceniając współzależność, stwierdzono różnice istotne statystycznie ($p < 0,05$) (tab. 1).

Powody, dla których pacjenci powinni i nie powinni oceniać jakości opieki zdrowotnej

Analizując pisemne odpowiedzi na pytanie otwarte ustalono cztery powody, dla których pacjenci powinni oceniać jakość opieki, z których dwa były dominujące, tj. prawo pacjenta do oceny (42,7%) oraz poprawa jakości opieki (32,9%). Głównym powodem, dla którego pacjenci nie powinni oceniać jakości opieki zdrowotnej był, zdaniem respondentów, brak wiedzy medycznej (tab. 2).

Powody, dla których pacjenci chcą lub nie chcą uczestniczyć w badaniach satysfakcji pacjentów

Analizując odpowiedzi na drugie pytanie otwarte ustalono dwa główne powody, dla których pacjenci chcieliby uczestniczyć w badaniach satysfakcji pacjentów. Była to możliwość wyrażenia swojej opinii i wpływ na zmiany (27,6%) oraz poprawa jakości opieki (27%). Powody, dla których pacjenci nie chcą uczestniczyć w tych badaniach, to: stan zadowolenia z opieki, brak wiary w zmiany oraz brak wiedzy medycznej (tab. 3).

Uzasadnienie, dlaczego pacjenci powinni oceniać jakość opieki i uczestniczyć w badaniach satysfakcji pacjentów

Odpowiedzi respondentów na pytania otwarte w poszczególnych kategoriach były następujące.

Prawo pacjenta

Prawo pacjenta do oceny jakości opieki zdrowotnej respondenci najczęściej wyrażali w prosty sposób.

Chcę jako pacjent mieć udział w tworzeniu jak najlepsze- go poziomu opieki medycznej. (Kwestionariusz nr 88).

Wśród wypowiedzi pojawiały się również takie, że pacjent ma nie tylko prawo, ale wręcz obowiązek wyrażania swojej opinii na temat opieki, a wiąże się to z faktem płacenia podatków i składek na opiekę zdrowotną.

Jako osoba płacąca podatek, pacjent ma wręcz obowiązek oceniać pracę lekarzy i pielęgniarów, ponieważ są oni opłacani z pieniędzy publicznych. (Kwestionariusz nr 276).

Niektórzy respondenci postrzegali siebie jako klientów na rynku usług medycznych i uważali, że ich opinia powinna być uwzględniana w celu poprawy opieki.

Pacjenci są klientami opieki zdrowotnej, dlatego też ich głos powinien być słyszany, ich opinie, sugestie oraz pomysły na usprawnienie systemu. (Kwestionariusz nr 50).

Poprawa jakości opieki

Według respondentów, badania satysfakcji pacjentów mogą dostarczać lekarzom informacji zwrotnej na temat

opieki oraz oczekiwań pacjentów, stanowiąc tym samym wskazówki do poprawy jakości opieki.

Tak, ponieważ taka ankieta, a w zasadzie jej wyniki będą cenne dla lekarza rodzinnego; będzie wiedział, czy pacjenci są zadowoleni z jego usług. Jeżeli wyniki będą negatywne, może poprawić błędy w relacji z pacjentem. (Kwestionariusz nr 460).

Inni uważali, że sama świadomość lekarzy, że pacjenci mogą oceniać opiekę, może poprawić jakość świadczonych przez nich usług.

Świadomość oceny przez pacjenta podniosłaby, moim zdaniem, jakość świadczonych usług. (Kwestionariusz nr 76).

Możliwość wyrażenia swojej opinii

Niektórzy respondenci uczestnictwo w badaniach satysfakcji uzasadniali chęcią wyrażenia swojej opinii – zarówno pozytywnej, jak i negatywnej – na temat otrzymywanej opieki.

Mogę wyrazić swoją opinię dotyczącą jakości opieki lekarza rodzinnego. W moim przypadku byłoby to zadowolenie z wykonywanych usług i opieki. Ale gdyby ktoś był niezadowolony, to też miałby szansę, aby to wyrazić. (Kwestionariusz nr 207).

Zadowolenie lub niezadowolenie z opieki

Powodem uczestniczenia w badaniach satysfakcji pacjentów był również stan zadowolenia, jak też niezadowolenia z opieki. Część respondentów deklarowała chęć wypełnienia ankiety, żeby wyrazić zadowolenie z usług, określając jednocześnie z czego jest zadowolona.

Jestem zadowolony z lekarza rodzinnego. Szybka możliwość korzystania z wizyt. Wyrozumiałość, uprzejmość. Wszelkie porady, konsultacje na różne tematy. Bez pośpiechu. Personel bardzo wyrozumiały. (Kwestionariusz nr 229).

W innych przypadkach gotowość do uczestniczenia w badaniach satysfakcji pacjentów wynikała z niezadowolenia z opieki.

Ponieważ dzięki temu można poprawić jakieś błędy czy niezadowolenie z wizyty lekarskiej, podczas której pacjent często wymaga wielu informacji, a czasem dostaje ich za mało. (Kwestionariusz nr 477).

Wartość zdrowia

Powodem, dla którego pacjenci powinni oceniać jakość opieki, była również wartość zdrowia dla każdego człowieka. Respondenci zauważali związek wysokiej jakości opieki ze stanem zdrowia pacjenta.

Zdrowie jest cenne dla każdego człowieka, wyrażając opinię możemy w pewien sposób przyczynić się do jego polepszenia. (Kwestionariusz nr 110).

Powody, dla których pacjenci nie powinni oceniać jakości opieki zdrowotnej i nie uczestniczyć w badaniach satysfakcji pacjentów

Brak wiedzy medycznej

W tej kategorii wypowiedzi respondentów często były w formie prostych stwierdzeń typu:

Praca lekarza jest bardzo trudna do ocenienia, więc my – ludzie nie znający się na tej profesji – nie powinniśmy tego robić. (Kwestionariusz nr 340).

Niektórzy respondenci zastrzegali, że nie są w stanie oceniać kompetencji lekarzy, ale jednocześnie zauważali, że ocena powinna dotyczyć relacji interpersonalnych.

Nie chodzi mi o ocenę fachowości wykonywanej pracy (stawianie diagnozy czy wykonywanie zabiegów), głównie mam tu na myśli podejście do pacjenta (etyka zawodowa). (Kwestionariusz nr 179).

Brak wiary w zmiany

Inni respondenci uważali, że ich ocena i tak niczego nie zmieni.

Taka ankieta pokazałaby, jaka jest opieka lekarzy rodzinnych, ale nie wpłynęłaby na poprawę tej opieki. (Kwestionariusz nr 427).

Inne powody

Zdarzały się również wypowiedzi typu:

Każdy powinien wykonywać swoją pracę bardzo dobrze, więc po co oceniać. (Kwestionariusz nr 125).

Kwestie metodologiczne

Dwudziestu respondentów w swoich wypowiedziach zgłaszało różnego rodzaju kwestie dotyczące metodologii badań satysfakcji pacjentów. Wśród nich były osoby deklarujące udział w takich badaniach (14 osób), jak też osoby, które nie chciałyby w nich uczestniczyć (6 osób). W tej kategorii, wypowiedzi pacjentów dotyczyły przedmiotu i zakresu oceny opieki oraz sposobu realizacji badań ankietowych.

Przedmiot i zakres oceny

Respondenci zawężali możliwość oceny jakości opieki do relacji interpersonalnej między pacjentem a lekarzem lub pielęgniarką i w ten sposób uzasadniali potrzebę oceny.

Jeżeli przez jakość rozumiemy podejście do pacjenta, to jak najbardziej. To przecież pacjent wie, czy lekarz lub pielęgniarka podchodzą do niego z szacunkiem, wysłuchują go, a nie traktują jak bezduszną istotę, rutynowo i bez zrozumienia złożoności człowieka, jego duszy i ciała. (Kwestionariusz nr 426).

Inni podkreślali subiektywność takiej oceny i jej uwarunkowanie, np. stanem zdrowia pacjenta.

Ponieważ pacjenci zawsze będą subiektywni, ich ocena zależy od rodzaju rozpoznanej choroby, szansy jej wyleczenia itp. (Kwestionariusz nr 338).

Sposób oceny

Wypowiedzi respondentów wskazywały, że ankieta daje im możliwość swobodnego wyrażenia opinii.

Ponieważ prościej jest wypełnić ankietę niż zgłosić złą opiekę zdrowotną wyżej. (Kwestionariusz nr 538).

Zdarzały się również komentarze wskazujące, że niektórzy pacjenci mogą mieć kłopot z wypełnianiem ankiet.

Nie lubię wypełniać ankiet, bo nie wiem co napisać. (Kwestionariusz nr 537).

Dyskusja

Z badań wynika, że ankietowani pacjenci akceptują przypisane im nowe role „ewaluatora” opieki, klienta, po-

datnika, którego głos powinien być brany pod uwagę w procesie poprawy jakości opieki. Zdecydowana większość respondentów (84,2%) dostrzegała konieczność oceny jakości opieki zdrowotnej przez pacjentów. Znacznie mniej (66,3%) wyrażało jednak gotowość do wypełnienia ankiety na temat satysfakcji pacjentów. Z prezentowanych badań wynika, że brak wiedzy medycznej stanowi ograniczenie roli pacjenta jako osoby oceniającej jakość opieki zdrowotnej. Podobnie, jak przekonanie, że taka ocena niczego nie zmieni. Wskazują na to również inne badania z wykorzystaniem wywiadów pogłębionych z pacjentami [8]. W pewnym stopniu może to stanowić wyjaśnienie, dlaczego nie wszyscy pacjenci biorą udział w badaniach satysfakcji z opieki. Poza tym, z doniesień wynika, że pacjenci często nie rozumieją pytań, na które muszą odpowiadać w takich badaniach [9]. Poruszony przez respondentów wątek metodologiczny i sugestie dotyczące treści i zakresu oceny opieki zdrowotnej wskazują, że z punktu widzenia pacjentów najważniejsze są relacje między nimi a lekarzem i one powinny być przedmiotem oceny opieki.

Analizując wyniki badań własnych, należy mieć na uwadze fakt, że ankiety wypełniały w zdecydowanej większości kobiety, osoby w wieku 25–64 lat oraz osoby ze średnim lub wyższym wykształceniem. Można przypuszczać, że właśnie pacjenci o takiej strukturze wieku, płci i wykształcenia są chętni i zdolni do wypełniania ankiet dotyczących korzystania z usług medycznych. Inne ograniczenie wynika z faktu, że na pytania otwarte odpowiada tylko część respondentów [10]. W prezentowanych badaniach, na pierwsze pytanie otwarte odpowiedziało 64,6%, a na drugie – 51,6% respondentów. Odpowiedzi na pytania otwarte dostarczają jednak wartościowych informacji ważnych z punktu widzenia pacjenta, czego dowodzi niniejsze opracowanie.

Wnioski

Większość respondentów uważa, że pacjenci powinni oceniać jakość opieki zdrowotnej, ale istotnie mniej deklaruje swój udział w badaniach satysfakcji pacjentów. Z punktu widzenia pacjenta, ocena jakości opieki zdrowotnej powinna skupiać się na tych elementach, które nie wymagają wiedzy medycznej, a przede wszystkim na relacjach lekarz–pacjent i podejściu do pacjenta. Należy zachęcać pacjentów do udziału w badaniach satysfakcji pacjentów i podkreślać ważność ich opinii dla poprawy jakości opieki.

Piśmiennictwo

1. Donabedian A. Edited by Rashid Bashshur. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
2. Coulter A. *The autonomous patient. Ending paternalism in medical care*. London: The Nuffield Trust; 2002: 6–8, 115.
3. Marcinowicz L, Grębowski R. Satysfakcja pacjentów w świetle polskich badań empirycznych – próba wyjaśnienia zagadki wysokiego poziomu zadowolenia z opieki. *Pol Merk Lek* 2005; 108: 663–666.
4. Wen J, Schulman KA. Can team-based care improve patient satisfaction? A systematic review of randomized controlled trials. *PLoSOne* 2014; 9(7): e100603.
5. Mockford C, Staniszewska S, Griffiths F, et al. The impact of patient and public involvement on UK NHS healthcare services. *Int J Qual Health Care* 2011; 24: 28–38.
6. Fradgley EA, Paul CL, Bryant J, et al. Consumer participation in quality improvements for chronic disease care: development and evaluation of an interactive patient-centered survey to identify preferred service initiatives. *J Med Internet Res* 2014; 16(12): e292.
7. Oppenheim AN. *Kwestionariusze, wywiady, pomiary postaw*. Poznań: Zys i S-ka Wydawnictwo; 2004: 299–319.
8. Marcinowicz L, Grębowski R, Chlabicz S. Exploring negative evaluations of health care by Polish patients: an attempt at cross-cultural comparison. *Health Soc Care Comm* 2009; 17(2): 187–193.
9. Kmietowicz Z. Patients don't understand question often used to measure satisfaction in NHS. *BMJ* 2012; 344: e4242.
10. Grębowski R, Marcinowicz L. Zalety i ograniczenia pytań otwartych w ankietowych badaniach zadowolenia pacjentów z opieki lekarza rodzinnego. *Fam Med Prim Care Rev* 2009; 11(1): 26–31.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. o zdr. Ludmiła Marcinowicz

Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego UM

ul. Mieszka I 4B

15-054 Białystok

Tel.: 85 732-68-20

E-mail: ludmila.marcinowicz@umb.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 02.01.2015 r.

Po recenzji: 26.01.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 28.01.2015 r.

Prawidłowe odpowiedzi do pytań do artykułu N. Rogali i wsp.: Postępowanie w subklinicznej niedoczynności tarczycy u dorosłych (s. 55–59):

1 – a , 2 – d, 3 – a, 4 – d, 5 – a, 6 – c