

Wizyta u lekarza i jej wpływ na zaufanie pacjentów Medical appointment and its influence on patients' confidence

Magdalena Kozimala¹, Edyta Guty^{1,2}, Małgorzata Dziechciaż¹, Lechosław Putowski³

¹Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno – Ekonomiczna w Jarosław

¹State Higher Vocational School of Technolog and Economic in Jarosław

²Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnobrzegu

²State Higher Vocational School in Tarnobrzeg

³Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³Medical University of Lublinie

Streszczenie

Wstęp

Ufność chorego wobec prowadzącego leczenie, to podstawa relacji pacjent – lekarz, bardzo istotna w świadczeniu efektywnej opieki medycznej, gdyż może doprowadzić do jej znacznej poprawy. Jest to szczególnie ważne dla społeczności z utrudnionym dostępem do opieki zdrowotnej. Odwołanie się do przebiegu relacji lekarz – chory pozwala także poznać pryzmat, poprzez który pacjent ocenia kompetencje medyka na płaszczyźnie jego profesjonalnych działań instrumentalnych.

Materiał i metodyka badań

Grupę badanych stanowiło 597 pacjentów korzystających z usług lekarzy którzy praktykują w Niepublicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej na terenie województwa podkarpackiego. W niniejszej pracy zastosowano Standaryzowaną Skalę Anderson i Dedrick.

Wyniki

Pacjenci byli usatysfakcjonowani z wizyty u lekarza, gdy: podczas pobytu w gabinecie zauważali obecność na biurku telefonu, komputera, sprzętu medycznego oraz innego wyposażenia. Lekarz znajdował się od pacjentów w odległości mniejszej niż 61 cm i chorzy nie odczuwali żadnych barier fizycznych. Podczas wizyty medyk pozostawał w postawie otwartej, gestykulował, lekarz zajmował pozycję twarzą w twarz (kątem 180° lub pod kątem 90°). Oczy prowadzącego leczenie znajdowały się na tym samym poziomie, co oczy chorego

Wnioski

Umiejętność poprawnego komunikowania się lekarza z pacjentem jest ważnym elementem sztuki lekarskiej, często bagatelizowanym. Umiejętności, niezbędne dla prawidłowej interakcji między lekarzem a pacjentem, są z natury niewerbalne. Pozasłowne komunikaty lekarza są główną determinantą poziomu odczuwanej przez pacjenta satysfakcji z wizyty.

Summary

Introduction

Patient's confidence is very important in patient – doctor communication. It is very vital when we talk about efficient medical care because it can improve this care significantly. It is particularly important for people who can not contact with it easily. Thanks to watching relations between patient and doctor we can get to know the way the patient judges references of the doctor during his professional activities.

The aim of the thesis

The aim of these studies was to estimate the level of patient's confidence after the last medical appointment. The studies were made with the help of Anderson and Dedrick scale.

Results

Patients were satisfied after the appointment when during the examination they could see a telephone and a computer on the desk, medical equipment and other medical things. The doctor was closer than 61 cm from them and patients could not see any physical barriers. During the examination the position of the doctor was open, he used gestures and he was sitting face to face to the patient (angle 180° or 90°). His eyes were at the same level as patient's eyes.

Conclusions

The ability of proper communication with the patient is a very important element of medical care. However, it is often underestimated. But efficiency of therapy and efficiency of diagnostics depend on these factors.

Słowa kluczowe: komunikacja niewerbalna, lekarz, pacjent, satysfakcja

Key words: nonverbal communication, doctor, patient, satisfaction

Wstęp

Obecnie coraz częściej jakość relacji lekarz – pacjent jak również efektywność pracy medyka mierzy się na podstawie stopnia satysfakcji chorego z kontaktu z prowadzącym jego leczenie. Powstałe na ten użytek skale zadowolenia pacjenta służą określeniu jego oczekiwań i potrzeb w zakresie medycznym oraz ocenie doświadczeń, które chory wyniósł z kontaktów z lekarzami. Udowodniono, że świadczenia medyczne nie satysfakcjonujące pacjenta, jednocześnie są mniej efektywne, ponieważ bardzo często konsekwencją braku zadowolenia staje się niemożność współpracy pacjenta z medykiem [1]. Dla poczucia satysfakcji chorego z opieki, niezwykle ważne jest zaufanie [2]. W badaniach Cook i wsp. wykazano, że zaufanie do świadczeniodawcy i satysfakcja z jego usług, są ze sobą powiązane [1]. Zatem pacjent, który nie ufa lekarzowi, przejawiać będzie niski poziom zadowolenia z opieki, co przełoży się na unikanie przez niego kolejnych wizyt i w mniejszym stopniu zastosowanie się do zaleceń medyka. Natomiast lekarze, zachęcający pacjenta do zadawania pytań i chętnie udzielający na nie odpowiedzi, zostaną obdarzeni większym zaufaniem [3]. Ufność chorego wobec prowadzącego leczenie, to podstawa relacji pacjent – medyk [4], bardzo istotna w świadczeniu efektywnej opieki medycznej [5], gdyż może doprowadzić do jej poprawy. Jest to szczególnie ważne dla społeczności z utrudnionym dostępem do opieki zdrowotnej [6]. Odwołanie się do przebiegu relacji lekarz – pacjent pozwala także poznać pryzmat, poprzez który chory ocenia kompetencje medyka na płaszczyźnie jego profesjonalnych działań instrumentalnych. Pacjent przybiera tutaj postać niezależnego sędziego, a końcowy efekt pracy lekarza pokrywa się ze stopniem satysfakcji chorego ze świadczonych mu usług medycznych. Podjęto szereg wysiłków w kierunku określenia narzędzi mających trafnie i rzetelnie badać poziom satysfakcji chorego w wymiarze ogólnym, jak i w odniesieniu do pewnych aspektów opieki medycznej. Przeznaczeniem skal do pomiaru zadowolenia pacjentów, jest uzyskanie informacji na temat tego w jaki sposób pacjent ocenia zachowania innych osób, z którymi wszedł w relacje z racji świadczenia usług zdrowotnych. Natomiast dokładna analiza narzędzi mierzących zadowolenie chorego pod kątem różnych aspektów relacji z lekarzem uczy, w jaki sposób wychodzić naprzeciw oczekiwaniom pacjentów. Dużą wagę przykładają się tu do kompetencji zawodowych medyków, które mogą zostać poddane wnikliwej obserwacji pacjenta. Oceniane przez niego predyspozycje lekarza, zmierzają do zaspokojenia potrzeb afektywnych chorego, a także do odpowiadania na

odczuwaną przez niego potrzebę informacji. Weryfikowana dostępność pozwala na określenie stopnia dystansu pomiędzy prowadzącym leczenie a chorym. Skalą, która oddaje „ducha komunikacji” pomiędzy powyższymi podmiotami, jest skala satysfakcji pacjenta z przebiegu wywiadu lekarskiego [7].

Materiał i metodyka badań

Charakterystyka grupy badanej

Badania przeprowadzono wśród 597 respondentów korzystających z usług lekarzy o profilu zabiegowym i niezabiegowym. Wśród ankietowanych znalazło się: 136 (22,8%) emerytów/rencistów, 109 (18,3%) pracowników fizycznych, 91 (15,2%) pracowników umysłowych, 87 (14,6%) nauczycieli, 79 (13,2%) studentów/uczniów, 58 (9,7%) pielęgniarek oraz 37 (6,2%) bezrobotnych. W badaniach uczestniczyło 429 kobiet (71,9 %) oraz 168 mężczyzn (28,1%). Najliczniejszą grupę badanych stanowili pacjenci pomiędzy 18 a 29 rokiem życia (22,9%), drugą, co do wielkości po 60 roku życia (22,3%), następną osoby między 40-49 rokiem życia (20,3%), potem zaś pacjenci w przedziale wiekowym 30-39 lat (18,1%). Najmniej liczną grupą byli pacjenci między 50-59 lat (16,4%). Wśród badanych 255 osób (42,7%) posiadało wykształcenie średnie, 140 (23,5%) wyższe magisterskie, 88 osób (14,7%) zawodowe, 66 osób (11,1%) podstawowe, 44 osoby (7,4%) wyższe zawodowe. Cztery osoby (0,7%) nie odpowiedziały na zadane w ankiecie pytanie. Najliczniejszą grupę 283 (47,4%) stanowiły osoby mieszkające na wsi, potem 250 (41,9%) osób w małym mieście. W najmniejszej liczbie 60 osób (10,1%) występowała ci, którzy zamieszkują miasto z ponad 100 tys. mieszkańców. Cztery osoby (0,7%) nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie. Swoją sytuację materialną, jako: dobrą oceniło 497 (83,2%) osób, bardzo dobrą 27 (4,5%) osób, złą 62 (10,4%) osoby, bardzo złą 6 (1,0%) osób. Pięć (0,8%) osób nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Przebieg badań

Badania przeprowadzono w okresie od 1.02.2012 r. do 30.05.2012 r. w trzech Niepublicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej w Lubaczowie, gdzie świadczenia finansowane są przez Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia. Z wizyty u lekarza w tym czasie skorzystało 5500 pacjentów, losowo do badań wybrano, co 5 osobę. Spośród 1000 pacjentów na udział w ankiecie zgodziło się jedynie 597 respondentów. Losowo wybrani pacjenci otrzymali kwestionariusz ankiety po odbyciu wizyty u lekarza, bezpośrednio po opuszczeniu jego gabinetu. Pytania zadawał ankieter, który równocześnie wpisywał odpowiedzi w odpowiednie pola. Osoba przeprowadzająca badanie nie była związana w żaden sposób z ocenianym lekarzem i jego praktyką, o czym świadczył choćby brak stroju medycznego oraz posiadanie identyfikatora informującego o innym miejscu pracy. Każdemu

biorącemu udział w ankiecie dokładnie objaśniono jej cel, wyraźnie zasygnalizowano anonimowość odpowiedzi oraz że nie mają one jakiegokolwiek wpływu na dalsze leczenie pacjenta czy postępowanie lekarza względem niego.

Metoda badawcza

W niniejszej pracy zastosowano Skalę Anderson i Dedrick badającą zaufanie pacjenta do lekarza.

Wiarygodność i powtarzalność skali została potwierdzona niezależnymi badaniami, w których współczynnik Alfa Cronbacha wynosił od 0,85 do 0,90 [8]. Obejmuje ona 11 zagadnień. Pacjenci udzielali odpowiedzi za pomocą pięciopunktowej skali: 1 – zdecydowanie się nie zgadzam, 2 – nie zgadzam się, 3 – ani tak ani nie, 4 – zgadzam się, 5 – zdecydowanie zgadzam się. Autorzy kwestionariusza opracowali sposób obliczania stopnia zaufania pacjentów wobec lekarzy (zlicza się punkty za poszczególne pytania i wylicza wartość średnią). Zgodnie z tą metodą najwyższą notą za odpowiedź na poszczególne pytanie było 5 punktów. Wyjątek stanowiły pytania nr 1, 5, 7, 11, gdyż w odniesieniu do nich zastosowano maksymalną ocenę 1 punkt. W związku z powyższym pytania te zostały kolejno odwrócone przy przeliczaniu, a następnie zsumowane z odpowiedziami z pozostałych pytań. Wyliczono średnią zgodnie z instrukcją autorów skali. Powstała w ten sposób skala zaufania z przedziałem możliwych do uzyskania punktów od 11 (całkowity brak zaufania) do 55 (pełne zaufanie). Na potrzeby niniejszej pracy powyższe wyniki zostały przeliczone na skalę od 1 (najlepszy wynik) do 5 (najgorszy wynik) punktów.

Analiza statystyczna

Do opisu uzyskanych wyników posłużono się następującymi statystykami opisowymi: średnią arytmetyczną, odchyleniem standardowym, medianą, wartością minimalną i maksymalną, modalną. Do weryfikacji hipotez badawczych posłużono się 3 testami statystycznymi: Współczynnikiem korelacji Pearsona, Testem U Manna Whitneya, Współczynnikiem korelacji rang Spearmana, W analizie użyto skrótu r – jako współczynnik korelacji liniowej Pearsona. Wszystkich obliczeń statystycznych dokonano przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 6.0 PL. Za wystarczający poziom istotności przyjęto wartość $p < 0,05$.

Wyniki badań

Zaufanie do lekarza mierzone skalą Anderson i Dedrick

Tabela I. Zaufanie pacjenta do lekarza według skali Anderson i Dedrick.

Nr	Treść twierdzenia	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	Modalna
1	Wątpię, że mój lekarz naprawdę opiekuje się mną jako osobą	3,8861	1,1398	4	5
2	Mój lekarz zwykle rozpatruje moje potrzeby i stawia je na pierwszym miejscu	3,5561	0,9774	4	4
3	Ufam bardzo mojemu lekarzowi dlatego zawsze stosuję się do jego rad	3,7873	0,8842	4	4
4	Jeżeli mój lekarz coś mówi, zawsze musi być to prawda	3,6868	0,8518	4	4
5	Czasami nie ufam mojemu lekarzowi	3,3735	1,0912	3	4
6	Ufam orzeczeniom i opiniom mojego lekarza	3,7722	0,8244	4	4
7	Czuję, że mój lekarz nie wszystko robi dla mojej opieki medycznej	3,3266	1,1405	3	4
8	Ufam mojemu lekarzowi co do sposobu leczenia moich schorzeń	3,8593	0,8029	4	4
9	Mój lekarz jest prawdziwym ekspertem w leczeniu chorób	3,6131	0,9319	4	4
10	Mogę powiedzieć mojemu lekarzowi jeżeli popełni błąd	3,1960	1,1113	3	4
11	Czasami obawiam się, że mój lekarz nie dochowa tajemnicy	3,8191	1,0826	4	4

Badanie zaufania skalą Anderson i Dedrick wykazało, że pacjenci ufają swojemu lekarzowi. Badani nie wątpili, że ich lekarz dobrze się nimi opiekuje (średnia ocen 3,8861), a także, że w odpowiedni sposób leczy schorzenia (3,8593) czy też dochowuje tajemnicy lekarskiej (3,8191). Wysokie średnie ocen uzyskano z odpowiedzi, które dotyczyły poziomu zaufania wobec lekarza i stosowania się do jego zaleceń (3,7873) oraz zaufania do orzeczeń lekarskich (3,7722). Nieco niższe średnie ocen uzyskano dla wiary w prawdomówność lekarza (3,6868), oceny poziomu jego fachowości (3,6131) oraz stawiania potrzeb pacjenta na pierwszym miejscu (3,5561). Najniższe średnie ocen uzyskano dla pytań dotyczących występowania czasem braku zaufania do lekarza (3,3735), przekonania, że lekarz robi wszystko dla opieki medycznej pacjenta (3,3266) oraz możliwości powiedzenia prowadzącemu leczenie o popełnionym przez niego błędzie (3,1960).

Tabela II. Rozkład punktowy odpowiedzi na pozycje skali zaufania pacjent-lekarz Anderson i Dedrick.

Nr twierdzenia	Skala punktowa odpowiedzi				
	1 – zdecydowanie nie	2 – raczej nie	3 – trudno powiedzieć	4 – raczej tak	5 – zdecydowanie tak
1	234 (39,20%)	166 (27,81%)	110 (18,43%)	69 (11,56%)	18 (3,02%)
2	20 (3,35%)	62 (10,39%)	170 (28,48%)	256 (42,88%)	89 (14,91%)
3	11 (1,84%)	41 (6,87%)	121 (20,27%)	315 (52,76%)	109 (18,26%)
4	6 (1,01%)	54 (9,05%)	141 (23,62%)	316 (52,93%)	80 (13,40%)
5	99 (16,58%)	194 (32,50%)	152 (25,46%)	135 (22,61%)	17 (2,85%)
6	8 (1,34%)	30 (5,03%)	148 (24,79%)	315 (52,76%)	96 (16,08%)
7	97 (16,25%)	195 (32,66%)	142 (23,79%)	132 (22,11%)	31 (5,19%)
8	8 (1,34%)	26 (4,36%)	114 (19,10%)	343 (57,45%)	106 (17,76%)
9	16 (2,68%)	45 (7,54%)	188 (31,49%)	253 (42,38%)	95 (15,91%)
10	47 (7,7%)	116 (19,43%)	171 (28,84%)	199 (33,33%)	64 (10,72%)
11	190 (31,83%)	207 (34,67%)	119 (19,93%)	64 (10,72%)	17 (2,85%)

Tabela III. Suma odpowiedzi wg skali zaufania pacjent-lekarz Anderson i Dedrick.

Średnia arytmetyczna	Odchylenie standardowe	Mediana	Modalna	Minimum	Maksimum
2,5360	0,5536	2,4545	2,4545	1	4,1818

Średnia wyników wg skali zaufania była równa dla całej grupy 2,5360 (odchylenie standardowe 0,5536). Mediana i modalna wyniosły 2,4545.

Tabela IV. Rozkład liczebności sum punktów do skali zaufania pacjent-lekarz Anderson i Dedrick.

L.p.	Przedział punktowy	N	%
1	1 – 1,4999	20	3,35
2	1,5 – 1,9999	57	9,55
3	2 – 2,4999	229	38,36
4	2,5 – 2,9999	156	26,13
5	3 – 3,4999	103	17,25
6	3,5 – 3,9999	29	4,86
7	4 i więcej	3	0,50
Razem		597	100

Zmienne socjodemograficzne a zaufanie do lekarza

Analiza testem U Manna Whitneya nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami a ich zaufaniem do lekarza.

Osoby starsze darzyły prowadzącego leczenie większym zaufaniem niż osoby młodsze.

Zgodnie z wynikami analizy, im wyższe wykształcenie, tym mniejsze zaufanie do prowadzącego leczenie.

Analiza odpowiedzi ankietowanych wskazuje, że mieszkańcy wsi byli bardziej zadowoleni ze swojego pobytu w gabinecie, niż respondenci z małych i dużych miast.

Analiza testem korelacji rang Spearmana wykazała istnienie niewielkiego związku pomiędzy respondentami znajdującymi się w złej sytuacji materialnej a mniejszym zaufaniem do prowadzącego leczenie.

Dyskusja

W badaniach własnych analizie statystycznej poddałam zależność między poziomem zaufania do lekarza, a zmiennymi socjodemograficznymi. Pierwszą ocenianą zmienną była płeć pacjenta. Nie wykryłam istotnych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami w odczuwaniu zaufania do lekarza. W badaniach CBOS – u z 2007 roku, większe zadowolenie z opieki medycznej deklarowały panie niż panowie [9].

Kolejną ocenianą przeze mnie zmienną był wiek badanych i jego wpływ na poziom zaufania. Przeprowadzone badania potwierdzają tezę, że zadowolenie ze świadczonych usług częściej odczuwają pacjenci starsi. Zapewne wypływa to z faktu, iż osoby starsze mają bliższe relacje z lekarzami, wynikające zapewne z większej częstotliwości kontaktów oraz skromniejsze oczekiwania [10]. Należy tu wziąć pod uwagę rezultaty

wspomnianych analiz CBOS-u z 2007 roku, gdzie również ludzie starsi wyrażali większe zadowolenie z wizyty u lekarza (75%) [9]. Badania z 2010 roku informują, iż zaufanie do medyków jest dosyć mocno powiązane z cechami społeczno – demograficznymi respondentów. W największym stopniu lekarzom ufają najstarsi ankietowani, powyżej 65 roku życia, jak również badani poniżej 25 r. ż [11]. Według Potriadis i wsp. chorzy w starszym wieku, szczególnie ci powyżej 65 r. ż., darzyli medyka większym zaufaniem [12]. Także Thorn i wsp. w swoich doniesieniach dowodzą, że starszy wiek jest oznaką większej ufności [13]. Nieco odmiennie wyniki od powyższych uzyskał Denise i wsp., którzy odkryli, że starsi pacjenci byli mniej ufni w stosunku do młodych medyków. Badacze ci, wysunęli zaskakujący wniosek dotyczący relacji między zaufaniem do medyka, a wiekiem pacjenta. Rezultaty badań, wskazują, iż zaufanie w stosunku do lekarza zmniejsza się wraz z każdym następnym rokiem życia chorego [14].

Biorąc pod uwagę kolejną zmienną socjodemograficzną czyli, wykształcenie ankietowanych, w badaniach własnych zauważyłam związek pomiędzy tą wytyczną a poziomem zaufania. Wyższe wykształcenie respondentów było związane z mniejszym zadowoleniem i większą nieufnością w stosunku do lekarza. Wyniki badań CBOS-u z 2001 roku, mówią o małym zaufaniu respondentów z wykształceniem wyższym jak również o wzroście zaufania do lekarza probantów z wykształceniem podstawowym [15]. Według Wądołowskiej dość duże zaufanie do medyka mają osoby z wykształceniem wyższym, a także podstawowym, zasadniczym zawodowym czy też średnim [11]. Denise i wsp. dowodzą, iż respondenci z wykształceniem wyższym byli bardziej ufni w stosunku do lekarza niż ze średnim [14].

Analizując miejsce zamieszkania ankietowanych, zauważyłam, że mieszkańcy wsi deklarowali większe zadowolenie z wizyty u lekarza niż mieszkańcy małych i dużych miast. W badaniach CBOS-u z 2001 roku stwierdzono, że mieszkańcy największych miast nieco częściej deklarowali małe zaufanie [15]. Nie potwierdzają powyższych doniesień wyniki analiz CBOS-u z 2010 roku, które mówią, że zaufanie do lekarza tylko nieznacznie różnicuje mieszkańców wsi, małych i dużych miast [11].

Kolejną zmienną socjodemograficzną poddaną analizie była sytuacja materialna osób ankietowanych. Wyniki badań własnych wskazują na istnienie niewielkiego związku pomiędzy respondentami znajdującymi się w złej sytuacji materialnej a ograniczonym zaufaniem do lekarza. Tak więc, rezultaty badań CBOS-u z 2010 roku mówią o tym, że największe zaufanie do lekarza mają osoby, które oceniają własną sytuację materialną jako dobrą; zaś najmniejsze, badani pozostający w złej kondycji finansowej [11]. Odmiennie

od powyższych są wyniki Hall i wsp. mówiące, że poziomy zaufania do lekarzy wśród pacjentów z zasadniczo niskiej socjoekonomicznej grupy społecznej, mających problemy zdrowotne, były wyższe, niż oczekiwano [6].

Badanie pokładanego w medyku zaufania, mierzone skalą Anderson i Dedrick, wskazuje wysoki poziom zadowolenia chorych. Ankietowani ufali lekarzowi co do przyjętego sposobu leczenia ich schorzeń (75,21%), a także stosowali się w tym względzie do jego rad (71,025%). Orzeczeniom i opiniom lekarza dawało wiarę 68,84% respondentów, zaś we właściwą opiekę medyka nad pacjentem nie wątpiło 67,01% osób badanych. Sześćdziesiąt sześć i pół procent respondentów nie wyrażało obaw o dochowanie przez lekarza tajemnicy zawodowej. W to, że medyk jest prawdziwym ekspertem w leczeniu chorób wierzyło 58,29% respondentów. W opinii 57,79% pacjentów lekarz zwykle rozpatrywał ich potrzeby i stawiał je na pierwszym miejscu. Uzyskane wyniki znajdują potwierdzenie w wielu badaniach. Warunki i przebieg leczenia w przychodniach Podstawowej Opieki Zdrowotnej są oceniane na poziomach: wysokim lub bardzo wysokim [16, 17, 18]. W analizach przeprowadzonych przez Krajewską i wsp., gdzie wykorzystano również skalę Anderson i Dedrick, wyraźnie widać, że lekarzom ufało i stosowało się do ich rad 91,7% chorych z Polski i 56% na Białorusi. Natomiast orzeczenia i opinie swojego medyka respektowało 80% ankietowanych Polaków i 50% Białorusinów. Odpowiedniość opieki nad pacjentem została oceniona nieco niżej przez 53% objętych badaniem w Polsce i 56% na Białorusi. Jednym z przejawów tej troski jest poszanowanie prywatności chorego, czyli utrzymanie w poufności danych osobistych. Może być to trudne ze względu na rozwój nowoczesnych technologii informacyjnych [19]. Pacjenci wyraźnie oczekują od lekarza respektowania przez niego ich prawa do intymności i prywatności [20, 21]. Wyniki analiz Krajewskiej i wsp. wskazują, iż niepewność, czy medyk dochowa tajemnicy zawodowej odczuwało 58,3% respondentów w Polsce i 18% na Białorusi [19]. Pacjenci oczekują większej poufności i ochrony danych [20]. Znacznie większa grupa respondentów wyrażała przekonanie, że ich lekarz to ekspert w leczeniu chorób (76,7% badanych z Polski i 84% na Białorusi). Wypełniający kwestionariusze ankietowe Polacy (83,3%) oraz Białorusini (56%) opiniowali, iż medyk rozpatrywał potrzeby badanych i stawiał je na pierwszym miejscu [19]. Jednak te noty niekoniecznie świadczą o wysokiej jakości usług, gdyż zjawiskiem dość powszechnym jest, że pacjenci nie zawsze wyrażają negatywne oceny [22, 23]. Niską średnią w badaniach własnych w skali Anderson i Dedrick uzyskały takie zdarzenia jak: chwilowy brak zaufania do prowadzącego leczenie (49,08%); odczucie, że lekarz nie robi dla opieki medycznej wszystkiego, co w jego mocy (48,91%); możliwość powiedzenia medykowi o popełnionym

przez niego błędnie (44,05%); prawdomówność lekarza (16,33%). W badaniach Krajewskiej i wsp. znacznie mniejsza liczba ankietowanych twierdziła, iż czasem nie ufa swojemu medykowi (23,3% z Polski i 18% na Białorusi), a także była przekonana, że lekarz nie wykorzystuje wszystkich możliwości dla podniesienia poziomu opieki medycznej (30% respondentów z Polski i 34% na Białorusi). Odmiennie, wątpliwości, czy mogą zarzucić lekarzowi, że popełnił błąd, wyrażała znacznie większa liczba ankietowanych (51,7% respondentów z Polski i 54% na Białorusi). Siedemdziesiąt sześć procent badanych z Polski i 8% na Białorusi przekonanych było, że medyk mówi im prawdę [19].

Wnioski

1. Umiejętność poprawnego komunikowania się lekarza z pacjentem jest ważnym elementem sztuki lekarskiej, często bagatelizowanym.
2. Umiejętności, niezbędne dla prawidłowej interakcji między lekarzem a pacjentem, są z natury niewerbalne. Pozasłowne komunikaty lekarza są główną determinantą poziomu odczuwanej przez pacjenta satysfakcji z wizyty.

Piśmiennictwo / References

1. Cook C., Kokoso-Lasaki O., O'Brien R. Satisfaction with and perceived cultural competency of health care providers: the minority experience. *J. Natl. Med. Assoc.* 2005; 97(8): 1078–1087.
2. Benker R., Peters R. M., Clark R., Keves-Foster K. Effects of perceived racism, cultural mistrust and trust in providers on satisfaction with care. *J. Natl. Med. Assoc.* 2006; 98(9): 1532-1540.
3. Thom D. H. Physician behavior that predict patient trust. *J. Fam. Pract.* 2001; 50: 323-328.
4. Hall M. A., Dugan E., Zheng B, et al. Trust in physicians and medical what is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Q* 2001; 79(4): 613-639.
5. Thom D. H., Bloch D. A., Segal E. S. An intervention to increase patients' trust in their physicians. Stanford Trust Study Physician Group. *Acad. Med.* 1999; 74(2): 195-198.
6. Hall M. A., Zheng B., Dugan E., et al. Measuring patients trust in their primary care providers. *Med. Care Res Rev.* 2002; Sep; 59 (3): 293-318
7. Tobiasz-Adamczyk B., Bajka J., Marmon G. Wybrane elementy socjologii zawodów medycznych. Wyd. UJ. Kraków 1996.

8. Anderson L. A., Dedrick R. F. Development of the in physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient - physician relations hips. *Psychol. Rep.* 1990; 67: 1091-1100.
9. Szczepańska J. Opinie o opiece zdrowotnej. Opracowanie CBOS, BS/54/2007; 1-10.
10. Grol R., Wensing M., Mainz J. Patients in Europe evaluate general practice: an international comparison. *Br. J. Gen. Pract.* 2000; 50: 882-887.
11. Wądołowska K. Opinie o opiece zdrowotnej. Opracowanie CBOS, BS/24/2010; 1-10.
12. Potriadis M., Chondros P., Gilchrist G., Hegarty K., Blashki G., Gunn J. How do Australian patients rate their general practitioner? A descriptive study using the General Practice Assessment Questionnaire. *Medicine in the Community.* 2008; 189: 215-219.
13. Thorn D. H., Ribisl K. M., Stewart A. L., et al. Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale. The Stanford Trust Study Physicians. *Med. Care.* 1999; 37(5): 510-517.
14. Denise E., Bonds K., Long Foley E., Dugan., Hall M. A. An exploration of patients' Trust in physicians in training. *J. Health Care Poor U.* 2004; 15: 2.
15. CBOS. Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy. Komunikat z badań. Warszawa, luty 2001; 1-13.
16. Glynn L. G., Byrne M., Newell J. i wsp. The effect of health status on patients satisfaction with out- of- hours care provided by a family doctor co-operative. *Fam. Pract.* 2004; 21: 677-679.
17. Kerksen J. J., Groenewegen P. P., Sixma H. J i wsp. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bull. WHO.* 2004; 82: 106-114.
18. Montaglione C. J. The physician – patient relationship: cornerstone of patient trust, satisfaction and loyalty. *Manag. Care Quart.* 1999; 7(3): 5-22.
19. Krajewska Kułak E., Wróblewska K., Kruszewa R i WSP. Ocena zaufania pacjent lekarz z zastosowaniem skali Anderson i Dedrick. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2008; 89 (3): 414-418.
20. Carman D., Britten N. Confidentiality of medical records: the patient's perspective. *Br. J. Gen. Pract.* 1995; 45: 485-488.
21. Schers H., van den Hoogen H., Grol R. Continuity of information in general practice. Patient views on confidentiality. *Scan. J. Prim. Health Care.* 2003; 21: 21-26.

22. Fitzpatrick R., Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Soc. Health Illness*. 1983; 5: 297-311.
23. Staniszewska S., Ahmed L. The concepts of expectations and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *J. Adv. Nurs*. 1999; 29: 364-369.