

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA KOMUNIKACJĘ W RELACJI LEKARZ – PACJENT

FACTORS INFLUENCING COMMUNICATION IN THE DOCTOR – PATIENT RELATIONSHIP

Adam Gędek^{1(A-F)}, Michał Materna^{1(D-F)}, Marta Gędek^{2(B)}

¹Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Polska
Faculty of Medicine, Medical University of Warsaw, Poland

²Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Polska
Faculty of Medicine, Medical University of Lublin, Poland

Gędek, A., Materna, M., Gędek, M. (2021). Czynniki wpływające na komunikację w relacji lekarz – pacjent / Factors influencing communication in the doctor – patient relationship, *Rozprawy Społeczne / Social Dissertations*, 15(2), 126-139. <https://doi.org/10.29316/rs/137467>

Wkład autorów/
Authors' contribution:
A. Zaplanowanie badań/
Study design
B. Zebranie danych/
Data collection
C. Dane – analiza i statystyki/
Data analysis
D. Interpretacja danych/
Data interpretation
E. Przygotowanie artykułu/
Preparation of manuscript
F. Wyszukiwanie i analiza
literatury/
Literature analysis
G. Zebranie funduszy/
Funds collection

Streszczenie: Celem pracy była ocena wpływu sposobu komunikacji na satysfakcję z wizyty lekarskiej oraz identyfikacja i analiza wybranych czynników, wpływających na relację lekarz – pacjent, z perspektywy pacjenta.

Materiał i metody: Do badania użyto autorskiej ankiety przeprowadzonej za pomocą portali społecznościowych. W analizie statystycznej uwzględniono 284 kwestionariusze.

Wyniki: Czas poświęcony pacjentom podczas wizyty nie wpływał na ich zadowolenie. Jednocześnie, większość z nich uważa, że wizyta powinna trwać około 15 minut. Dla pacjentów, w postawie lekarza, istotne było szczególnie: okazywanie szacunku, przedstawianie się podczas wizyty, okazywanie zainteresowania jego uczuciami oraz wspólny wybór leczenia. Ponadto cenili oni sobie posługiwanie się zrozumiałym językiem, utrzymywanie kontaktu wzrokowego oraz formalny strój (biały fartuch). Płeć, wiek oraz tytuł naukowy lekarza, dla większości pacjentów, nie miały istotnego znaczenia.

Wnioski: Znajomość oczekiwań pacjentów może poprawić komunikację między lekarzem a pacjentem, co wpływa korzystnie na sam proces leczenia. Potrzebne są kolejne badania, które ukażą perspektywę pacjentów i będą mogły wzbogacić kursy z komunikacji medycznej.

Słowa kluczowe: zadowolenie pacjenta, relacja lekarz – pacjent, komunikacja medyczna, czas wizyty lekarskiej

Summary: The aim of the study was to assess the impact of the communication method on satisfaction with a medical visit and to identify and analyze selected factors influencing the doctor – patient relationship from the patient's perspective.

Material and methods: An original survey conducted with the use of social networks was used for the study. 284 questionnaires were included in the static analysis.

Results: The time devoted to the patients during the visit did not affect their satisfaction. For patients, the following were particularly important in the doctor's attitude: showing respect, introducing oneself during the visit, show interest in his/her feelings and choosing treatment together. In addition, they valued the doctor's use of comprehensible language, maintaining eye contact and formal attire. The doctor's sex, age and medical title were not important to most patient.

Conclusions: Knowing patients' expectations can improve physician-patient communication, which benefits the treatment process. More research is needed to show the patients' perspective and can enrich medical communication courses.

Keywords: patient's satisfaction, doctor – patient relationship, medical communication, length of medical visit

Tabele/Tables: 8

Ryciny/Figures: 1

Literatura/References: 23

Otrzymano/Submitted:
06.03.2021

Zaakceptowano/Accepted:
17.05.2021

Adres korespondencyjny: Adam Maciej Gędek, Wydział Lekarski, Warszawski Uniwersytet Medyczny; email: adamgedek@gmail.com
<http://orcid.org/0000-0003-4271-4485>

Copyright by: Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Adam Gędek

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Wstęp

Wraz z upływem czasu oraz rozwojem nauk medycznych, zmienia się rozumienie zdrowia i choroby. Panujący w XX wieku paradygmat biomedyczny, przyczynił się do zawężenia definicji choroby jedynie do kategorii odpowiednich dolegliwości, zmniejszając podmiotowość pacjenta oraz ignorując wpływ czynników psychicznych na jego zdrowie (Zembala, 2015). Przełomem było wprowadzenie przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) aktualnej definicji zdrowia, według której jest ono nie tylko brakiem choroby, lecz pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym (Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, 1948). Na zdrowie składają się również aspekty duchowe i emocjonalne (Sulkowska, Milewski, Kaczorowska-Bray, 2018). Zmiana w rozumieniu tych zjawisk sprawiła, że zaczęto doceniać opiekę nad chorym prowadzoną w sposób holistyczny. Zaobserwowano również przekształcenie preferowanego modelu relacji lekarz – pacjent. Modele te oparte są na paradygmatach zdrowia, w różny sposób definiujących chorobę i człowieka. Model paternalistyczny, dominujący w przeszłości, zdaje się ustępować obecnie popieranym modelom: partnerskiemu i partnersko-systemowemu. Zaangażowanie pacjenta i jego rodziny oraz odejście od postrzegania chorego przede wszystkim jako przypadku klinicznego, pozwoliło położyć większy nacisk na umiejętności komunikacyjne lekarzy (Zembala, 2015). Kompetencje, które wpływają na budowanie relacji z pacjentem nazwano umiejętnościami miękkimi, w odróżnieniu od umiejętności twardych, które dotyczą aspektów medycznych (Czerw i in., 2012). Ponadto coraz częściej poza fachową poradą oraz uzyskaniem informacji pacjenci przychodząc do lekarza oczekują szacunku, zrozumienia czy empatii. Dzięki temu lekarz może pomagać choremu zmniejszyć odczuwany stres lub poczucie bezsilności. Głównym założeniem współczesnego modelu komunikacji w leczeniu jest całościowe, podmiotowe traktowanie pacjenta, z uwzględnieniem budowanej z nim relacji. Leczenie skupione nie tylko na biologicznej, ale również psychologicznej i społecznej sferze osoby, pozwala lepiej zrozumieć jej potrzeby, nawiązać współpracę oraz zmotywować do podjęcia i kontynuowania terapii.

Zauważono również, że dobra komunikacja między lekarzem a pacjentem wiąże się z lepszym zdrowiem fizycznym (Zolnierek, Dimatteo, 2009; Sabate, 2003). Skuteczność leczenia oraz zapobieganie chorobom w znacznym stopniu uwarunkowane jest stosowaniem się do zaleceń lekarskich. Obejmują one między innymi: prawidłowe przyjmowanie leków, wykonywanie ćwiczeń, utrzymywanie odpowiedniej diety lub rezygnację z nałogu. Problem ignorowania tych instrukcji dotyka co czwartego, a w leczeniu niektórych chorób – co drugiego pacjenta (DiMatteo, 2004). Niestosowanie się do nich często nie wynika ze złej woli, raczej z niezrozumie-

Introduction

With the passage of time and the development of medical science, the understanding of health and disease has been changing. The biomedical paradigm prevailing in the 20th century contributed to the narrowing of the definition of the disease only to the category of appropriate ailments, reducing the patient's subjectivity and ignoring the influence of mental factors on his health (Zembala, 2015). The breakthrough was the introduction by the World Health Organization (WHO) of the current definition of health, according to which it is not only the absence of disease, but full physical, mental, and social well-being (World Health Organization Constitution, 1948). Health also includes spiritual and emotional aspects (Sulkowska, Milewski, Kaczorowska-Bray, 2018). The change in understanding of the phenomena meant that holistic care of the patient began to be appreciated. A transformation of the preferred model of the doctor – patient relationship was also observed. The models are based on health paradigms that define disease and human in different ways. The paternalistic model, dominant in the past, seems to give way to the currently supported models: partnership and partnership-system. The involvement of the patient and his family, and the departure from perceiving the patient primarily as a clinical case, allowed to put more emphasis on the communication skills of doctors (Zembala, 2015). Competences that influence building a relationship with the patient are called soft skills, as opposed to hard skills that relate to medical aspects (Czerw et al., 2012). Moreover, more and more often, apart from professional advice and obtaining information, patients who come to the doctor's office expect respect, understanding and empathy. Thanks to this, the doctor can help the patient to reduce the perceived stress or the feeling of helplessness. The main assumption of the modern model of communication in treatment is comprehensive, subjective treatment of the patient, considering the relationship built with them. Treatment focused not only on the biological, but also psychological and social sphere of the person, allows to better understand their needs, establish cooperation, and motivate to start and continue therapy.

It has also been noticed that good communication between the doctor and the patient is associated with better physical health (Zolnierek i Dimatteo, 2009; Sabate, 2003). The effectiveness of treatment and disease prevention largely depends on compliance with medical recommendations. They include, but are not limited to taking medications correctly, exercising, maintaining a proper diet, or giving up addiction. The problem of ignoring the instructions affects every fourth patient, and in the treatment of certain diseases – every second patient (DiMatteo, 2004). Failure to comply with them is often not due to ill will, but rather a misunderstanding of instructions or procedures. That is why a good

nia poleceń lub procedur. Dlatego tak istotna jest dobra relacja między pacjentem a lekarzem, oparta na wspólnym zaufaniu i zrozumieniu. Komunikacja zorientowana na pacjenta wpływa korzystnie zarówno na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych (Yeh, Nagel 2010), jak i wyniki leczenia (Arora, 2003; Tavakoly Sany 2020).

Celem niniejszego badania była ocena wpływu różnych czynników na zadowolenie pacjenta z wizyty lekarskiej. Do czynników tych zaliczono: czas trwania ostatniej wizyty, zwracanie się z szacunkiem do pacjenta, wykazanie zainteresowania jego odczuciami, przedstawienie się na pierwszej wizycie, używanie zrozumiałego języka oraz utrzymanie kontaktu wzrokowego przez lekarza. Drugim celem badania była ocena czynników, które mogą wpływać na relację lekarz-pacjent i mają znaczenie z perspektywy pacjenta. Zaliczono do nich: czas wizyty lekarskiej, ubiór, płeć, wiek, tytuł naukowy lekarza oraz dawanie upominków lekarzowi przez pacjenta.

Material i metody

Badanie zostało przeprowadzone przy użyciu autorskiej ankiety zawierającej pytania dotyczące komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Kwestionariusz został rozpowszechniony z wykorzystaniem portali społecznościowych. W badaniu wzięło udział 284 respondentów. Udział w nim był dobrowolny i anonimowy. Dane zbierano w okresie od 06.06.2019 roku do 16.03.2020 roku, następnie poddano je analizie statystycznej. Ze względu na obszerność tematu zebrane odpowiedzi zostały podzielone na etapie analizy danych na trzy części. W pierwszej z nich zebrano dane demograficzne (płeć, wiek, wykształcenie oraz miejsce zamieszkania badanych) oraz informacje ogólne dotyczące ochrony zdrowia (rodzaj placówki z której respondent ostatnio korzystał, częstość korzystania z usług ochrony zdrowia, zadowolenie ze świadczeń zdrowotnych). W drugiej części zawarto odpowiedzi na pytania dotyczące ostatniej wizyty u lekarza (czas trwania ostatniej wizyty, zwracanie się z szacunkiem do pacjenta, wykazanie zainteresowania jego odczuciami, przedstawienie się na pierwszej wizycie, używanie zrozumiałego języka oraz utrzymanie kontaktu wzrokowego przez lekarza). Trzecia część zawierała odpowiedzi na pytania dotyczące oceny lekarza przez pacjenta (płeć lekarza, czas wizyty, tytuł naukowy, wiek, ubiór lekarza, dawanie upominków, czy motyw kierujący wyborem specjalisty). W celu sprawdzenia, które zmienne mogą w istotny sposób wpływać na ocenę wizyty lekarskiej przez pacjenta porównano osoby zadowolone z ostatniej wizyty lekarskiej z resztą badanych (niezadowolonych, bądź neutralnych). Zebrane dane zostały przeanalizowane z wykorzystaniem oprogramowania Statistica 13.3. Poziom istotności ustalono na $p < 0,05$. Wykorzystano testy chi kwadrat oraz U Manna-Whitneya.

relationship between the patient and the doctor, based on mutual trust and understanding, is so important. Patient-oriented communication has a positive effect on both treatment adherence (Yeh, Nagel 2010) and treatment outcomes (Arora, 2003; Tavakoly Sany 2020).

The aim of this study was to assess the impact of various factors on patient satisfaction with a medical appointment. The factors included: the duration of the last appointment, respecting the patient, showing interest in their feelings, introducing oneself at the first appointment, using comprehensible language and maintaining eye contact by the doctor. The second aim of the study was to evaluate the factors that may influence the doctor-patient relationship and are important from the patient's perspective. They included time of a doctor's appointment, dress code, gender, age, doctor's degree, and the patient's giving gifts to the doctor.

Material and methods

The study was conducted using a proprietary questionnaire containing questions about communication between the doctor and the patient. The questionnaire was disseminated using social networks. 284 respondents took part in the study. Participation in it was voluntary and anonymous. The data was collected from 06/06/2019 to 16/03/2020, then it was subjected to statistical analysis. Due to the breadth of the topic, the collected responses were divided into three parts at the stage of data analysis. The first one collected demographic data (gender, age, education, and place of residence of the respondents) and general information on health care (type of facility that the respondent recently used, frequency of using health care services, satisfaction with health services). The second part contains responses to questions about the last appointment at the doctor's (duration of the last appointment, respecting the patient, showing interest in their feelings, introducing at the first appointment, using comprehensible language, and maintaining eye contact by the doctor). The third part contained responses to questions about the patient's assessment of the doctor (doctor's gender, time of appointment, academic title, age, doctor's dress code, giving gifts, or the motive driving the choice of a specialist). To check which variables may significantly affect the patient's assessment of a medical appointment, people satisfied with the last medical appointment were compared with the rest of the respondents (dissatisfied or neutral). The collected data was analyzed using the Statistica 13.3 software. The significance level was set at $p < 0.05$. Chi square and U Mann-Whitney tests were used.

Wyniki badań

Charakterystyka demograficzna oraz informacje ogólne

89,4% badanych stanowiły kobiety, zaś 10,6% było płci męskiej. Najwięcej respondentów posiadało wykształcenie średnie (45,1%) oraz niepełne wyższe (31,7%). Ponadto 19,4% badanych zadeklarowało wykształcenie wyższe, 3,5% podstawowe, zaś jedna osoba (0,4%) określiła je jako zawodowe. Średnia wieku wyniosła prawie 22 lata (21,95 +/- 4). 66,2% respondentów pochodziło z miasta powyżej 200 tys. mieszkańców, 13,7% ze wsi, 11,3% z miasta między 50-200 tys. mieszkańców, zaś 8,8% z miasta do 50 tys. mieszkańców.

Zdecydowana większość badanych ostatnią wizytę lekarską odbyła w gabinecie prywatnym (39,8%) lub przychodni, która zawarła umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia (39,4%). 14,8% uczestników badania ostatni kontakt z lekarzem miało w szpitalu publicznym, zaś 6% w szpitalu prywatnym. Ponad połowa respondentów (53,2%) korzystała z usług ochrony zdrowia raz na pół roku, a 27,5% nawet raz w miesiącu. 13,7% robiło to raz w roku, zaś 5,6% rzadziej niż raz w roku. Zdecydowana większość badanych zadowolone z usług świadczonych przez system ochrony zdrowia w pięciostopniowej skali (gdzie 1 oznacza – „jestem bardzo niezadowolony”, zaś 5 – „jestem bardzo zadowolony”) oceniła na 3 (41,5%). Ponadto 26,4% respondentów było zadowolonych z tych świadczeń, zaś 8,5% było bardzo zadowolonych. Jedynie 14,8% badanych było niezadowolonych, zaś 8,8% bardzo niezadowolonych. Respondenci najczęściej korzystali z usług lekarza pierwszego kontaktu (40,5%) oraz ginekologa (13%).

Ocena ostatniej wizyty u lekarza

79,93% respondentów stwierdziło, że lekarz poświęcił im odpowiednią ilość czasu na ostatniej wizycie. W grupie pacjentów zadowolonych z wizyty odsetek ten wyniósł 84,73%, zaś reszta badanych zgodziła się z tym w 75,82%. Jednak analiza chi kwadrat między grupą zadowolonych z wizyty a resztą badanych nie wykazała istotnej zależności ($p=0,062$) (Tab.1).

Findings

Demographic characteristics and general information

89.4% of the respondents were women, and 10.6% were male. Most respondents had secondary education (45.1%) and incomplete higher education (31.7%). Moreover, 19.4% of the respondents declared higher education, 3.5% primary education, and one person (0.4%) described it as vocational. The mean age was almost 22 (21.95 +/- 4). 66.2% of the respondents came from cities with more than 200,000 inhabitants, 13.7% from the countryside, 11.3% from the city, between 50,000-200,000 inhabitants, and 8.8% from a town up to 50,000 residents.

Most respondents had their last medical appointment in a private practice (39.8%) or a clinic which concluded an agreement with the National Health Fund (39.4%). 14.8% of the survey participants had their last contact with a doctor in a public hospital, and 6% in a private hospital. More than half of the respondents (53.2%) used health care services once every six months, and 27.5% even once a month. 13.7% did it once a year, and 5.6% less than once a year. Most respondents rated (where 1 means – “I am very dissatisfied”, and 5 – “I am very satisfied”) rated their satisfaction with the services provided by the health care system at 3 on a five-point scale (41.5%). Moreover, 26.4% of the respondents were satisfied with the services, and 8.5% were very satisfied. Only 14.8% of the respondents were dissatisfied, while 8.8% were very dissatisfied. The respondents most often used the services of a general practitioner (40.5%) and a gynecologist (13%).

Assessment of the last doctor's appointment

79.93% of the respondents stated that the doctor had devoted to them the appropriate amount of time during the last appointment. In the group of patients satisfied with the appointment, this percentage was 84.73%, while the rest agreed with it in 75.82%. However, the chi square analysis between the group of satisfied with the appointment and the rest of the respondents did not show a significant relationship ($p = 0.062$) (Table 1).

Tabela 1. Czy lekarz poświęcił odpowiednią ilość czasu Pani/Panu na ostatniej wizycie?

Table 1. Did the doctor spend enough time on your last appointment?

	W sumie / In total	Zadowoleni / Satisfied	Reszta badanych / Rest of the respondents	Test Chi ² Pearsona - wartość p / Pearson Chi ² test - p value
Nie / No	57	20 (15.27%)	37 (24.18%)	p = 0.06148
Tak / Yes	227	111 (84.73%)	116 (75.82%)	

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

Aż 93,66% badanych uznało, że na ostatniej wizycie lekarz zwracał się do nich z szacunkiem. Wśród pacjentów zadowolonych z wizyty odsetek ten wyniósł aż 99,24%, zaś wśród reszty respondentów 88,89%. Różnica ta okazała się istotna statystycznie (Tab.2).

As many as 93.66% of respondents stated that during the last appointment, the doctor addressed them respectfully. Among patients who were satisfied with the appointment, this percentage was as high as 99.24%, and among the rest of the respondents - 88.89%. This difference turned out to be statistically significant (Tab. 2).

Tabela 2. Czy lekarz zwracał się do Pana/Pani na ostatniej wizycie z szacunkiem?

Table 2. Did the doctor address you with respect at your last appointment?

	W sumie / In total	Zadowoleni / Satisfied	Reszta badanych / Rest of the respon- dents	Test Chi ² Pearsona - wartość p / Pearson Chi ² test - p value
Nie / No	18	20 (0.76%)	37 (11.11 %)	p = 0.00036
Tak / Yes	266	111 (99.24%)	116 (88.89%)	

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

Jedynie 24,30% badanych było pewnych, że lekarz przedstawił się na pierwszej wizycie. Zadeklarowało to 36,64% badanych zadowolonych z wizyty oraz 13,73% reszty badanych. Ponadto 29,23% respondentów nie zwróciło uwagi na ten fakt, zaś prawie połowa z nich (46,48%) uznało, że tak nie było. Dokładny rozkład odpowiedzi udzielonych na to pytanie przedstawia Tabela 3. Test chi kwadrat wykazał istotność statystyczną.

Only 24.30% of the respondents were sure that the doctor introduced himself during the first appointment. It was declared by 36.64% of respondents who were satisfied with the appointment and 13.73% of the rest of the respondents. Moreover, 29.23% of the respondents did not pay attention to this fact, and almost half of them (46.48%) considered that it was not so. The exact distribution of responses to this question is presented in Table 3. The chi square test showed statistical significance.

Tabela 3. Czy lekarz przedstawił się na wizycie rozpoczynającej leczenie?

Table 3. Did the doctor introduce himself at the treatment initiation appointment?

	W sumie / In total	Zadowoleni / Satisfied	Reszta badanych / Rest of the respon- dents	Test Chi ² Pearsona - wartość p / Pearson Chi ² test - p value
Nie / No	132	47 (35.88%)	85 (55.56%)	p = 0.00002
Tak / Yes	69	48 (36.64%)	21 (13.73%)	
Nie pamiętam, nie ma to dla mnie znaczenia / I don't remember, it doesn't matter to me	83	36 (27.48%)	47 (30.72%)	

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

57,04% respondentów stwierdziło, że lekarz jest zainteresowany ich odczuciami i bierze je pod uwagę w procesie leczenia. W odróżnieniu od nich 29,58% badanych zadeklarowało, że lekarz pyta o ich odczucia, jednak nie wpływają one na proces leczenia, zaś 13,38% uznało, że lekarz nie bierze pod uwagę ich odczuć. Różnice w rozkładzie odpowiedzi na to pytanie zależnie od zadowolenia z wizyty przedstawia Tabela 4. Różnice te okazały się istotne statystycznie.

57.04% of the respondents stated that the doctor is interested in their feelings and takes them into account in the treatment process. Contrary to them, 29.58% of respondents declared that the doctor asked about their feelings, but they did not affect the treatment process, and 13.38% said that the doctor did not take their feelings into account. The differences in the distribution of responses to this question depending on the satisfaction with the appointment are presented in Table 4. The differences turned out to be statistically significant.

Tabela 4. Jak ocenia Pan/ Pani zainteresowanie lekarza Pańskimi subiektywnymi spostrzeżeniami na temat choroby?
Table 4. How do you assess the doctor's interest in your subjective perceptions about the disease?

	W sumie / In total	Zadowoleni / Satisfied	Reszta badanych / Rest of the respon- dents	Test Chi ² Pearsona - wartość p / Pearson Chi ² test - p value
Lekarz jest zainteresowany moimi odczuciami i bierze je pod uwagę w trakcie leczenia / The doctor is interested in my feelings and takes them into account during treatment	162	116 (88.55%)	46 (30.07%)	p = 0.0000
Lekarz pyta mnie o moje odczucia, ale nie czuję, że wpływają one na proces leczenia / The doctor asks me about my feelings, but I don't feel that they affect the healing process	84	12 (9.16%)	72 (47.06%)	
Lekarz nie bierze pod uwagę moich odczuć / The doctor does not consider my feelings	38	3 (2.29%)	35 (22.88%)	

Źródło: opracowanie własne.
 Source: own study.

67,96% badanych zadeklarowało, że lekarz utrzymywał kontakt wzrokowy w czasie wizyty. 15,14% pacjentów twierdziło, że tak nie było, zaś 16,90%, że nie zwróciło na to uwagi. Respondenci z grupy pacjentów zadowolonych istotnie częściej wskazywali, że lekarz utrzymywał z nimi kontakt wzrokowy (89,31%). Wśród reszty badanych odpowiedź tę wskazało 49,67% (Tab.5)

67.96% of the respondents declared that the doctor-maintained eye contact during the appointment. 15.14% of patients said that this was not the case, and 16.90% that they did not pay attention to it. The respondents from the group of satisfied patients significantly more often indicated that the physician-maintained eye contact with them (89.31%). Among the rest of the respondents, this response was indicated by 49.67% (Table 5)

Tabela 5. Czy lekarz w czasie rozmowy utrzymywał kontakt wzrokowy?
Table 5. Did the doctor maintain eye contact during the interview?

	W sumie / In total	Zadowoleni / Satisfied	Reszta badanych / Rest of the respon- dents	Test Chi ² Pearsona - wartość p / Pearson Chi ² test - p value
Nie / No	43	3 (2.29%)	40 (26.14%)	p = 0.00000
Tak / Yes	193	117 (89.31%)	76 (49.67%)	
Nie zwróciłem na to uwagi, nie ma to dla mnie znaczenia / I didn't pay attention to it, it doesn't matter to me	48	11(8.40%)	37(24.18%)	

Źródło: opracowanie własne.
 Source: own study.

Na pytanie czy język jakiego używał lekarz był zrozumiały respondenci odpowiadali na pięciostopniowej skali, gdzie 1 oznaczało „zdecydowanie nie”, zaś 5 „zdecydowanie tak”. Odpowiedzi na to pytanie przedstawia Tabela 6 (Tab.6), zaś test U Manna-Whitneya wykazał, że rozkład odpowiedzi istotnie różnił się pomiędzy dwoma badanymi grupami.

When asked if the language used by the doctor was understandable, the respondents responded on a five-point scale, where 1 meant “definitely not” and 5 “definitely yes”. The responses to this question are presented in Table 6 (Tab. 6), and the Mann-Whitney U test showed that the distribution of responses differed significantly between the two studied groups.

Tabela 6. Czy język jakiego używał lekarz był zrozumiały?
Table 6. Was the language used by the doctor understandable?

	W sumie / In total	Zadowoleni / Satisfied	Reszta badanych / Rest of the respondents	Test U Manna-Whitneya – wartość p / Mann-Whitney U test – p value
Zdecydowanie nie / Definitely not	3	1 (0.76%)	2 (1.31%)	p = 0.000000
Nie / No	3	0 (0.00%)	3 (1.96%)	
Nie wiem / I don't know	34	4 (3.05%)	30 (19.61%)	
Tak / Yes	100	25 (19.08%)	75 (49.02%)	
Zdecydowanie tak / Definitely yes	144	101 (77.10%)	43 (28.10%)	

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.

Czynniki wpływające na relację lekarz-pacjent

Czas wizyty

65,8% uczestników badania zadeklarowało, że wizyta u lekarza powinna trwać ok. 15 min. 23,9% respondentów stwierdziło, że ok. 30 min, zaś 1,8% uznało, że ponad 30 min. Tylko 1,4% badanych zadeklarowało, że wizyta powinna trwać 5 min, zaś 7% opowiedziało się za opcją „jak najszybciej”.

63,7% badanych uznało, że lekarze poświęcają wystarczającą ilość czasu na wizytę zaś 36,3% nie zgodziło się z tym stwierdzeniem.

Respondentów podzielono na dwie grupy: uważających, że wizyta powinna trwać 15 min lub krócej oraz tych, którzy uważają, że powinna trwać 30 min lub dłużej. Analiza różnic między osobami zadowolonymi z czasu poświęconego im na wizycie przez lekarza oraz osobami niezadowolonymi wykazała istotność statystyczną (Tab.7).

Factors influencing the doctor-patient relationship

Time of appointment

65.8% of the study participants declared that an appointment at a doctor's should last approx. 15 minutes. 23.9% of the respondents stated that it was about 30 minutes, and 1.8% said that more than 30 minutes. Only 1.4% of respondents declared that the appointment should last 5 minutes, while 7% opted for the “as soon as possible” option.

63.7% of the respondents stated that doctors devote enough time to the appointment, and 36.3% disagreed with this statement.

The respondents were divided into two groups: those who believed that the appointment should last 15 minutes or less, and those who believed that the appointment should last 30 minutes or longer. The analysis of differences between people satisfied with the time devoted to them by a doctor and those dissatisfied showed statistical significance (Table 7).

Tabela 7. Ile według Pana/Pani powinna trwać wizyta u lekarza?
Table 7. How long do you think the appointment at the doctor's should last?

	W sumie / In total	Zadowoleni / Satisfied	Reszta badanych / Rest of the respondents	Test Chi ² Pearsona – wartość p / Pearson Chi ² test – p value
15 min i mniej / 15 mins or less	211	156 (86.19%)	55 (53.40%)	p = 0.00000
30 min i więcej / 30 minutes and more	73	25 (13.81%)	48 (46.60%)	

Źródło: opracowanie własne.
Source: own study.

Płeć

75,4% badanych stwierdziło, że płeć lekarza nie ma dla nich znaczenia. 17,6% respondentów zaznaczyło, że wolałoby leczyć się u kobiet, zaś 7% u mężczyzn.

Wiek i doświadczenie

74,6% badanych zadeklarowało, że wiek/doświadczenie lekarza nie ma dla nich znaczenia. 12,7% respondentów wybrałoby starszego lekarza, zaś 7,7% młodszego.

Tytuł naukowy

80,3% respondentów uznało, że tytuł naukowy lekarza nie ma dla nich znaczenia. 9,5% badanych zadeklarowało, że chętniej wybiera lekarza z tytułem doktora, 7% z tytułem profesora, zaś 2,8% z tytułem doktora habilitowanego. 70,8% badanych stwierdziło, że zdaje sobie sprawę z różnicy między tytułami „lek. med.” oraz „dr n. med.”. Ponadto 75,4% stwierdziło, że ma świadomość różnicy między lekarzem rezydentem a specjalistą oraz między lekarzem rezydentem a stażystą.

Ubiór

Badani mogli zaznaczyć na pięciostopniowej skali w jakim stopniu ubiór lekarza jest dla nich ważny (gdzie „1” oznacza „nieistotny”, zaś „5” – „bardzo ważny”). 39,1% oceniło go jako ważny (wybrało 4), zaś 33,8% jako bardzo ważny (wybrało 5). Jedynie 4,9% wybrało numer 1 i 2, zaś 17,3% numer 3.

Wśród najczęstszych cech ubioru/wyglądu, które mogą przeszkadzać w odbiorze lekarza respon-

Sex

75.4% of the respondents stated that the sex of the doctor did not matter to them. 17.6% of the respondents indicated that they would prefer to be treated by a woman, and 7% by a man.

Age and experience

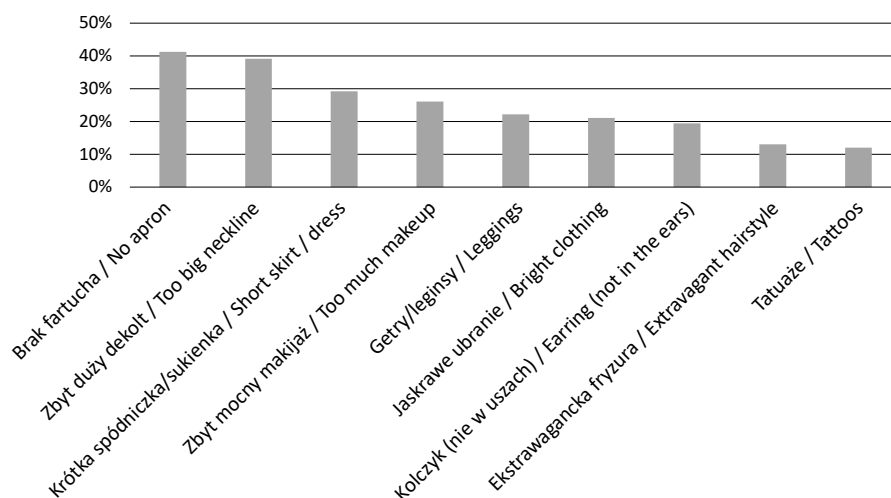
74.6% of the respondents declared that the age / experience of the doctor did not matter to them. 12.7% of the respondents would choose an older doctor, and 7.7% a younger one.

Academic title

80.3% of the respondents considered that the academic title of a doctor did not matter to them. 9.5% of respondents declared that they are more likely to choose a doctor with a PhD, 7% with the title of a professor, and 2.8% with the title of habilitated doctor. 70.8% of the respondents stated that they are aware of the difference between the titles of “MD” and “MD PhD”. In addition, 75.4% said they were aware of the difference between a resident physician and a specialist, and between a resident physician and a trainee.

Dress code

The respondents could mark on a five-point scale to what extent the physician’s dress code is important to them (where “1” means “irrelevant”, and “5” - “very important”). 39.1% assessed it as important (chosen 4), and 33.8% as very important (chosen 5). Only 4.9% chose 1 and 2, and 17.3% chose 3.



Rycina 1. Najczęściej wskazywane cechy ubioru/wyglądu lekarza, które mogą przeszkadzać pacjentom
Figure 1. The most frequently indicated features of a doctor’s dress code / appearance that may disturb patients
 Źródło: opracowanie własne.
 Source: own study.

denci najczęściej wybierali brak fartucha (41,2%). Częste były również takie odpowiedzi, jak: zbyt duży dekolt (39,1%), krótka spódnica/sukienka (29,2%), zbyt mocny makijaż (26,1%), getry/leginsy (22,2%), jaskrawe ubrania (21,1%), kolczyk w miejscach innych niż uszy (19,4%), ekstrawagancka fryzura (13%), czy tatuaże (12%) (Rycina 1).

Upominki

Jedynie 13,4% badanych zadeklarowało, że lekarz otrzymał od nich upominek. Najczęściej były to czekoladki, kawa, kwiaty czy wino. Najczęstszym motywem dawania upominków była wdzięczność (18% wszystkich badanych). Inne postawy były marginalne (2,5% uważa, że tak trzeba, zaś 1,1% twierdzi, że wszyscy znajomi tak robią). Ponadto, aż 94,7% respondentów uważa, że lekarz nie oczekuje takiego prezentu. Analiza chi kwadrat wykazała, że osoby, które posiadają wykształcenie wyższe, bądź są w czasie studiów istotnie częściej deklarowały, że nie dawały lekarzowi materialnego upominku ($p=0,02561$).

Wpływ na postrzeganie całej ochrony zdrowia

Porównanie grup zadowolonych ze świadczeń ochrony zdrowia z resztą badanych wykazało, że tytuł naukowy (test chi²; $p=0,18055$), doświadczenie (test chi²; $p=0,54803$), płeć (test chi²; $p=0,36213$) oraz ubiór lekarza (test U Manna-Whitneya; $p=0,271323$) nie wpływa na postrzeganie ochrony zdrowia. Istotną różnicę pomiędzy tymi grupami, zaobserwowano jedynie w przypadku poczucia pacjenta, że wybiera drogę leczenia wspólnie z lekarzem. Zadeklarowała to połowa respondentów (50,4%) (Tab.8).

Among the most common dress code/appearance features that may interfere with the doctor's perception, the respondents most often chose no apron (41.2%). Frequent responses were also: too large neckline (39.1%), short skirt/dress (29.2%), too much makeup (26.1%), leggings (22.2%), bright dress code (21.1%), earrings in places other than the ears (19.4%), extravagant hairstyles (13%), or tattoos (12%) (Figure 1).

Gifts

Only 13.4% of respondents declared that the doctor received a gift from them. The most common were chocolates, coffee, flowers, or wine. The most common motive for giving gifts was gratitude (18% of all respondents). Other attitudes were marginal (2.5% believe it should be so, and 1.1% say that all friends do so). Moreover, as many as 94.7% of respondents believe that the doctor does not expect such a gift. The chi square analysis showed that people with higher education or during their studies significantly more often declared that they did not give the doctor a material gift ($p=0.02561$).

Influence on the perception of the entire health care

The comparison of the groups satisfied with health care services and the rest of the respondents showed that the academic title (chi² test; $p=0.18055$), experience (chi² test; $p=0.54803$), sex (chi² test; $p=0.36213$) or the doctor's dress code (Mann-Whitney U test; $p=0.271323$) does not affect the perception of health protection. A significant difference between the groups was observed only in the case of the patient feeling that he/she chooses the treatment method together with the doctor. It was declared by half of the respondents (50.4%) (Table 8).

Tabela 8. Czy czuje Pan/Pani, że wspólnie z lekarzem wybiera drogę leczenia?

Table 8. Do you feel that you and your doctor together choose the treatment path?

	W sumie / In total	Zadowoleni / Satisfied	Reszta badanych / Rest of the respondents	Test Chi ² Pearsona - wartość p / Pearson Chi ² test - p value
Tak / Yes	143	67 (67.68%)	76 (41.08%)	p = 0.00002
Nie / No	141	32 (32.32%)	109 (58.92%)	

Źródło: opracowanie własne.

Source: own study.

Wybór specjalisty

Badani zostali zapytani o to, dlaczego leczyli się u danego specjalisty. Większość z nich (33,5%) robiła to ze względu na polecenie rodziny bądź znajomych. Inni wybierali lekarza w zależności od swojego miejsca zamieszkania (29,6%). 17,3% respondentów zadeklarowało, że chodzili do niego od

Choice of a specialist

The respondents were asked why they were treated by a given specialist. Most of them (33.5%) did so because they were recommended by their family or friends. Others chose a doctor depending on their place of residence (29.6%). 17.3% of the respondents declared that they had been treated by

lat, zaś 14,1%, że został znaleziony z wykorzystaniem internetu.

Dyskusja

Wcześniejsze badania poruszały problem zadowolenia z czasu trwania wizyty lekarskiej wśród pacjentów. Marcinów i Olejniczak zaobserwowali, że jedynie 36% badanych pacjentów korzystających ze świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej uznało, że lekarz poświęcił im odpowiednią ilość czasu podczas wizyty. 42% respondentów zadeklarowało, że był on niewystarczający, zaś 22% nie miało zdania na ten temat (Marcinów, Olejniczak, 2011). W badaniu Łukomskiej i in. zaobserwowano wyższą satysfakcję z czasu poświęconego na wizytę lekarską wśród pacjentów korzystających z usług lekarzy pierwszego kontaktu, jednak różniła się ona istotnie w zależności od wieku pacjentów. Wśród osób mających mniej niż 40 lat usatysfakcjonowanych było 64,6% badanych. Wartość ta wzrosła z wiekiem i w przedziale 41-60 lat wyniosła 82,8%, zaś wśród pacjentów powyżej 61 roku życia aż 94,7% (Łukomska, Szrajda, Nowakowska, 2012). Z kolei według Wyszkwoskiej i in. 75,6% badanych pacjentów onkologicznych uważało, że czas trwania wizyty jest satysfakcjonujący i odpowiedni. Zbyt krótki wydawał się on co piątej osobie (19,8%). 50,4% badanych zadeklarowało, że w tym czasie jest w stanie powiedzieć o swoich problemach, zaś 8% zaznaczyło, że nigdy nie zdąży tego zrobić (Wyszkwoska, Białyzyk, Michalski, 2021). Ponadto 65% badanych pacjentów uznało czas trwania wizyty za najważniejszy przejaw szacunku lekarza do pacjenta (Sulkowska, Milewski, Kaczorowska-Bray, 2018). Czas poświęcony pacjentowi przez lekarza jest istotny nie tylko na wizycie w gabinecie. Długość wizyty premedykacyjnej znacząco wpływała na postrzeganie anestezjologa wśród pacjentów (Sawicka, Czok, Wawrzyniak, Kusza, 2011). W badaniu własnym większość respondentów (63,7%) twierdziła, że lekarz poświęcił im odpowiednią ilość czasu podczas ostatniej wizyty. To więcej niż w badaniu Marcinów i Olejniczak i porównywalnie do wyniku uzyskanego przez Łukomską i in. (wśród pacjentów poniżej 40 roku życia). To również mniej niż w badaniu Wyszkwoskiej, jednak dotyczyło ono jedynie pacjentów onkologicznych. 74% ankietowanych w badaniu własnym stwierdziło, że wizyta powinna trwać 15 minut lub mniej. Z kolei w badaniu Marcinów i Olejniczak, aż 70% respondentów uznało, że wizyta na której byli mieściła się w przedziale 10-19 minut (Marcinów, Olejniczak, 2011). Jednak wyniki badania własnego sugerują, że czas poświęcony pacjentowi na wizycie nie miał kluczowego znaczenia w późniejszej ocenie wizyty – nie wykazano różnicy istotnej statystycznej w odpowiedzi na to pytanie między grupami pacjentów zadowolonych i niezadowolonych ze świadczonej im usługi lekarskiej. Na bezpośrednie odczucia pacjentów dotyczące ostatniej wizyty wpływały w znaczącym

the doctor for years, and 14.1% that they had found the doctor using the Internet.

Discussion

Earlier studies raised the problem of patient satisfaction with the duration of a medical appointment. Marcinów and Olejniczak observed that only 36% of the surveyed patients using public health care facilities considered that the physician devoted an appropriate amount of time to them during the appointment. 42% of respondents declared that it was insufficient, and 22% did not have an opinion on this subject (Marcinów, Olejniczak, 2011). In the study by Łukomska et al. higher satisfaction with the time spent on a doctor's appointment was observed among patients using the services of general practitioners, but it differed significantly depending on the age of the patients. Among people under 40, 64.6% of the respondents were satisfied. This value increased with age and in the range of 41-60 years it amounted to 82.8%, and among patients over 61 years of age as much as 94.7% (Łukomska, Szrajda, Nowakowska, 2012). In turn, according to Wyszkwoska et al. 75.6% of the cancer patients studied considered the duration of the appointment to be satisfactory and appropriate. It seemed too short for every fifth person (19.8%). 50.4% of respondents declared that they were able to talk about their problems during that time, while 8% indicated that they would never be able to do it (Wyszkwoska, Białyzyk, Michalski, 2021). Moreover, 65% of the surveyed patients considered the duration of the appointment to be the most important manifestation of the physician's respect for the patient (Sulkowska, Milewski, Kaczorowska-Bray, 2018). The time devoted to the patient by the doctor is important not only during the appointment at the office. The length of the premedication appointment significantly influenced the perception of the anaesthesiologist among patients (Sawicka, Czok, Wawrzyniak, and Kusza, 2011). In the authors' own study, most respondents (63.7%) claimed that the physician devoted sufficient time to them during the last appointment. This is more than in the study by Marcin and Olejniczak and comparable to the result obtained by Łukomska et al. (among patients under 40). It is also less than in the Wyszkwoska study, but it only concerned oncological patients. 74% of respondents in their own study stated that the appointment should last 15 minutes or less. On the other hand, in the study by Marcinów and Olejniczak, as many as 70% of the respondents considered that the appointment they attended was in the 10-19 minute-range (Marcinów, Olejniczak, 2011). However, the results of our own study suggest that the time devoted to the patient during the appointment was not of key importance in the subsequent assessment of the appointment - no significant statistical difference was found in the responses to this question between the groups

stopniu inne badane czynniki. Według Howe i in. pacjenci zadowoleni z zaangażowania lekarza podczas leczenia sądzą, że poświęcono im więcej czasu niż miało to miejsce w rzeczywistości (Howe, Hardebeck, Leibowitz, Crum, 2019).

Kluczowym czynnikiem i warunkiem dobrej komunikacji w relacji lekarz – pacjent jest posługiwanie się przez lekarza zrozumiałym językiem, który ułatwia pacjentowi dostęp do pełnej informacji o swoim stanie zdrowia. Domaradzki zaznacza, że pomoc w tym może używanie metafor. Mogą one ułatwiać pacjentowi artykulację uczuć, pozwalają mówić o trudnych i bolesnych sytuacjach, ale również ułatwiają zrozumienie lekarza i mogą być źródłem nadziei (Domaradzki, 2015). Warto zaznaczyć, że zrozumiały język nie zawsze oznacza poprawny. Według Sulkowskiej i in. badani pacjenci uważali, że poprawność języka nie ma wpływu na jakość kontaktów lekarz – pacjent (Sulkowska, Milewski, Kaczorowska-Bray, 2018). 63,9% badanych pacjentów onkologicznych zadeklarowało, że chociaż rozumie większość informacji przekazywanych przez lekarza, to niektóre słowa i sformułowania są niezrozumiałe. Respondenci zwrócili uwagę również na to (59,2%), że problem z komunikacją może się pojawić, gdy lekarz używa zbyt krótkich zdań, lub pojedynczych słów w czasie rozmowy (Wyszkowska, Białyzyk, Michalski, 2021). W badaniu własnym, w grupie pacjentów zadowolonych z ostatniej wizyty 96,18% respondentów uznało, że język używany przez lekarza był zrozumiały. Wśród reszty respondentów odsetek ten wyniósł 77,12%. Wyniki te wskazują na ważną rolę jaką pełni używanie zrozumiałego języka przez lekarza, w ocenie wizyty z perspektywy pacjenta. Już Laine i in. zauważyli, że dostęp do informacji ustępuje tylko doświadczeniu klinicznemu na liście priorytetów pacjentów w trakcie leczenia (Laine i in., 1996).

Ważnym aspektem komunikacji jest również utrzymywanie kontaktu wzrokowego. Według Wyszkowskiej i in. 16,8% badanych pacjentów onkologicznych uznało, że lekarz jest ciągle zapatrzonej w monitor komputera (Wyszkowska, Białyzyk, Michalski, 2021). W badaniu własnym brak kontaktu wzrokowego zadeklarował podobny odsetek respondentów (15,4%). Odsetek ten był znacznie niższy wśród pacjentów zadowolonych z wizyty lekarskiej.

Pacjenci zwracali szczególną uwagę na ubiór lekarza, natomiast wśród cech wyglądu, która najczęściej przeszkadzała respondentom badania własnego był brak fartucha. Podobnie Gherardi i in. wykazali, że największe zaufanie wśród pacjentów wzbudzał lekarz ubrany w biały fartuch (Gherardi, Cameron, West, Crossley, 2009). Przedmiotem krytyki były również: „zbyt duży dekolt”, „zbyt krótka spódnica” oraz „zbyt intensywny makijaż”, co sugeruje, że pacjenci oczekują od lekarza raczej formalnego stroju.

Badanie własne pokazało, że osoby zadowolone z wizyty odczuwały zainteresowanie ze strony le-

of satisfied and dissatisfied patients with the medical service provided to them. Other factors studied significantly influenced the direct feelings of the patients regarding their last appointment. According to Howe et al. patients satisfied with the involvement of the doctor during treatment believed that the doctor devoted more time to more than it was (Howe, Hardebeck, Leibowitz, & Crum, 2019).

The key factor and condition for good communication in the doctor – patient relationship is the use of comprehensible language by the doctor, which facilitates the patient's access to full information about his or her health condition. Domaradzki points out that the use of metaphors can help. They can facilitate the patient's articulation of feelings, allow the patient to talk about difficult and painful situations, but also facilitate the doctor's understanding and can be a source of hope (Domaradzki, 2015). It is worth noting that understandable language does not always mean correct. According to Sulkowska et al. The surveyed patients believed that the correctness of the language did not affect the quality of the doctor – patient relationship (Sulkowska, Milewski, Kaczorowska-Bray, 2018). 63.9% of the cancer patients surveyed declared that even though they understood most of the information provided by the doctor, some words and phrases were incomprehensible. Respondents also pointed out (59.2%) that the communication problem may arise when the doctor uses too short sentences or single words during the conversation (Wyszkowska, Białyzyk, Michalski, 2021). In the own study, in the group of patients satisfied with the last appointment, 96.18% of respondents considered the language used by the doctor to be understandable. Among the rest of the respondents, this percentage was 77.12%. The results show the important role that physician use of understandable language plays in assessing the appointment from the patient's perspective. Already Laine et al. noted that access to information is second only to clinical experience on the patients' priority list during treatment (Laine et al., 1996).

Maintaining eye contact is also an important aspect of communication. According to Wyszkowska et al. 16.8% of the cancer patients surveyed stated that the physician was constantly focused on the computer monitor (Wyszkowska, Białyzyk, Michalski, 2021). In the own study, no eye contact was declared by a similar percentage of respondents (15.4%). This percentage was significantly lower among patients satisfied with the medical appointment.

Patients paid particular attention to the doctor's dress code, while the features of appearance that most often disturbed the respondents of their own research no apron. Similarly, Gherardi et al. showed that the greatest trust among patients was aroused by a doctor wearing a white apron (Gherardi, Cameron, West, and Crossley, 2009). The subject of criticism was also “too low neckline”, “too short

karza. Satysfakcja z tego aspektu komunikacji według Łukomskiej i in. rośnie wraz z wiekiem i w grupie <40 roku życia wynosi 63,2%, zaś w grupie >60 roku życia 93% (pomiędzy 91,1%) (Łukomska, Szrajda, Nowakowska, 2012).

Dobra komunikacja między lekarzem a pacjentem zakłada współpracę w planowaniu leczenia. Według Kaplana i in. pacjenci, którzy mieli poczucie większego wpływu na kształt swojego leczenia, byli bardziej zadowoleni i rzadziej zmieniali lekarza prowadzącego (Kaplan, Greenfield, Gandek, Rogers, Ware Jr, 1996). W badaniu Sulkowskiej i in. około 50% pacjentów uważało, że możliwe jest wybranie najodpowiedniejszego sposobu leczenia wspólnie z lekarzem (Sulkowska, Milewski, Kaczorowska-Bray, 2018). Według Łukomskiej i in. satysfakcja z tego aspektu komunikacji wśród pacjentów wynosiła od 64,6% do 89,5%, zależnie od grupy wiekowej (Łukomska, Szrajda, Nowakowska, 2012). W badaniu własnym ok. 50% respondentów potwierdziło, że wybiera drogę leczenia wspólnie z lekarzem. Osoby te patrzyły również przychylniej na całą ochronę zdrowia. Wśród pacjentów zadowolonych ze świadczeń ochrony zdrowia 68% zadeklarowało, że wspólnie wybiera drogę leczenia, podczas gdy wśród osób niezadowolonych, odsetek ten wyniósł jedynie 41%. Tak więc odpowiednia komunikacja może wpłynąć nie tylko na ocenę lekarza czy przebieg procesu terapeutycznego, ale może mieć odzwierciedlenie w ocenie całego systemu opieki zdrowotnej. Zgodnie z badaniami CBOS (Centrum Badań Opinii Społecznej) ok. 75% badanych nie była zadowolona z tego jak funkcjonuje polski system ochrony zdrowia. Jedynie 22% respondentów wypowiadała się na jego temat pozytywnie. Również w badaniu Marcinów i in. jedynie ok. 25% badanych było zadowolonych ze świadczeń systemu ochrony zdrowia (Marcinów, Olejniczak, 2011).

Większość respondentów w badaniu własnym zadeklarowała, że wiek nie ma dla nich znaczenia przy wyborze lekarza (74,6%). Co ciekawe, wcześniejsze badania wykazały, że większą efektywność w komunikacji z pacjentami osiągają lekarze z mniejszym stażem pracy (Nowaczyk, Stanisic, Rzepa, 2016). Według badania własnego jedynie 7,7% respondentów wolałoby wybrać młodszego lekarza.

Nowaczyk i in. zaobserwowali, że badani przez nich pacjenci byli bardziej usatysfakcjonowani z komunikacji z chirurgiem płci męskiej (Nowaczyk, Stanisic, Rzepa, 2016). Podobnie na oddziałach położniczych i patologii ciąży większość respondentek wybrała mężczyznę jako preferowanego lekarza. Jedynie dla 3,5% pacjentek nie miało to znaczenia (Szymoniak, Malinowski, Cwiek, Fryc, 2012). Analiza portali internetowych pokazała, że kobiety wyżej oceniają na nich lekarzy ginekologów płci męskiej, zwłaszcza pod względem swoich kompetencji, badania ginekologicznego oraz dostępności poza gabinetem (Tymińska, Tyminiński, Kunecka, Andrzejczak, 2018). Mimo to 75,4% respondentów

skirt” and “too intense make-up”, suggesting that patients expect the doctor to wear rather formal dress code.

Our own research showed that people satisfied with the appointment felt the doctor's interest. Satisfaction with this aspect of communication according to Łukomska et al. grows with age and in the group <40 years old it is 63.2%, and in the group > 60 years old it is 93% (between 91.1%) (Łukomska, Szrajda, Nowakowska, 2012).

Good communication between the doctor and the patient presupposes cooperation in treatment planning. According to Kaplan et al. patients who felt more influenced by the shape of their treatment were more satisfied and changed physicians less frequently (Kaplan, Greenfield, Gandek, Rogers, Ware Jr, 1996). In the study by Sulkowska et al. approximately 50% of patients believed that it was possible to choose the most appropriate treatment together with a doctor (Sulkowska, Milewski, Kaczorowska-Bray, 2018). According to Łukomska et al. Satisfaction with this aspect of communication among patients ranged from 64.6% to 89.5%, depending on the age group (Łukomska, Szrajda, Nowakowska, 2012). In the own study, about 50% of the respondents confirmed that they choose the treatment method together with the doctor. The people also looked more favorably at the entire health care system. Among patients satisfied with health care services, 68% declared that they jointly choose the method of treatment, while among those dissatisfied, this percentage was only 41%. Thus, appropriate communication may not only affect the physician's assessment or the course of the therapeutic process but may also be reflected in the assessment of the entire health care system. According to CBOS (Public Opinion Research Center) research, about 75% of respondents were not satisfied with the way the Polish health care system works. Only 22% of the respondents spoke positively about it. In the study by Marcin et al. only about 25% of respondents were satisfied with the health care system services (Marcinów, Olejniczak, 2011).

Most of the respondents in their own study declared that age did not matter when choosing a doctor (74.6%). Interestingly, previous studies have shown that doctors with less work experience achieve greater efficiency in communicating with patients (Nowaczyk, Stanisic, Rzepa, 2016). According to our own study, only 7.7% of the respondents would prefer to choose a younger doctor.

Nowaczyk et al. observed that the patients they studied were more satisfied with communication with a male surgeon (Nowaczyk, Stanisic, Rzepa, 2016). Similarly, in the maternity and pregnancy pathology wards, most of the respondents chose a man as their preferred doctor. It did not matter only for 3.5% of patients (Szymoniak, Malinowski, Cwiek, and Fryc, 2012). The analysis

badania własnego zadeklarowało, że płeć nie ma dla nich znaczenia przy wyborze lekarza, zaś 17,6% respondentów wolałoby leczyć się u kobiet. Ponadto, badanie własne pokazało, że tytuł naukowy nie ma większego znaczenia z perspektywy pacjenta.

Wyniki, które uzyskano są potwierdzeniem proponowanego dzisiaj modelu komunikacji opartego na równej relacji, który uwzględnia nie tylko biologiczną, ale również psychologiczną i socjologiczną sferę osoby. Jednocześnie zauważamy niewystarczającą ilość badań, które uwzględniają perspektywę pacjenta. Wiedza na temat konkretnych oczekiwań pacjentów powinna wzbogacić szkolenia w zakresie komunikacji medycznej. Badanie Zolnierek i Dimatteo pokazuje, że pacjenci lekarzy, którzy uczestniczyli w szkoleniach z zakresu komunikacji medycznej, częściej stosowali się do zaleceń terapeutycznych (Zolnierek, Dimatteo, 2009). Podobnie w badaniu Sany (Sany, Behzhad, Ferns, Peyman, 2020) – uczestnictwo w szkoleniu gwarantowało lepsze porozumienie, a w konsekwencji lepsze wyniki leczenia.

Wnioski

Do czynników komunikacyjnych wpływających na zadowolenie pacjenta z wizyty lekarskiej, które należą do kompetencji lekarza, możemy zaliczyć: zwracanie się do pacjenta z szacunkiem, przedstawienie się na pierwszej wizycie, wykazywanie zainteresowania odczuciami pacjenta, używanie zrozumiałego języka oraz utrzymywanie kontaktu wzrokowego.

Czas wizyty nie jest najważniejszym czynnikiem wpływającym na ocenę wizyty lekarskiej. Krótka wizyta może być dobrze postrzegana przez pacjenta, jeśli lekarz dba o odpowiednią komunikację.

Ubiór lekarza jest ważnym czynnikiem, który pacjenci biorą pod uwagę przy jego ocenie. Zwracają uwagę na brak fartucha oraz ekscentryczne elementy wyglądu. Mniejszą wagę przywiązują do płci czy wieku lekarza. Tytuł naukowy nie jest istotny przy wyborze specjalisty.

Szkolenia z komunikacji medycznej powinny uwzględniać komunikację werbalną (używanie prostego i zrozumiałego dla pacjenta języka, przedstawianie się na początku wizyty) i niewerbalną (umiejętność utrzymania kontaktu wzrokowego, zadbanie o odpowiedni ubiór), sugerować pełen obraz pacjenta oraz stwarzać okazję do zwiększenia uczestnictwa pacjenta w procesie leczenia.

Konieczne jest przeprowadzenie kolejnych badań, które wskażą lekarzom drogę do pełnego zrozumienia pacjentów: tego, co cenią w procesie leczenia, na co zwracają uwagę oraz czego oczekują od lekarza.

of internet portals has shown that women rate male gynecologists higher, especially in terms of their competences, gynecological examination, and availability outside the office (Tymińska, Tymiński, Kunecka, Andrzejczak, 2018). Nevertheless, 75.4% of the respondents of the own study declared that their gender did not matter when choosing a doctor, and 17.6% of the respondents would prefer to be treated by women. Moreover, our own study showed that the academic title does not matter much from the patient's perspective.

The obtained results confirm the communication model based on an equal relation proposed today, which considers not only the biological, but also the psychological and sociological sphere of the person. At the same time, we notice an insufficient amount of research that considers the patient's perspective. Knowledge about the specific expectations of patients should enrich training in medical communication. The study by Zolnierek and Dimatteo shows that patients of doctors who participated in training in medical communication more often followed therapeutic recommendations (Zolnierek, Dimatteo, 2009). Similarly, in Sana's study (Sany, Behzhad, Ferns, and Peyman, 2020) – participation in the training guaranteed better agreement and, consequently, better treatment outcomes.

Conclusions

The communication factors influencing the patient's satisfaction with the doctor's appointment, being within the competence of the doctor, include addressing the patient with respect, introducing oneself at the first appointment, showing interest in the patient's feelings, using understandable language, and maintaining eye contact.

The time of the appointment is not the most important factor influencing the assessment of a doctor's appointment. A short appointment can be well perceived by the patient if the physician maintains proper communication.

A doctor's dress code is an important factor that patients consider when assessing it. They note the lack of an apron and eccentric elements of the appearance. They attach less importance to the gender or age of the doctor. The academic title is not important when selecting a specialist.

Training in medical communication should include verbal communication (using simple and understandable language for the patient, introducing oneself at the beginning of the appointment) and non-verbal communication (the ability to maintain eye contact, ensuring appropriate dress code), suggest a full picture of the patient and provide an opportunity to increase the patient's participation in the treatment process.

More research is needed to show doctors the way to fully understand patients: what they value in the treatment process, what they pay attention to and what they expect from the doctor.

Literatura / References:

1. Arora, NK. (2003). Interacting with cancer patients: the significance of communication behavior, *Social Science & Medicine*, 57(5), 791-806.
2. Czerw, A., Religioni, U., Matuszna, A., Lesiak, K., Olejnik, A., Śniadała D. (2012). Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych. *Hygeia Public Health* 47(3/2012), 247-253.
3. DiMatteo, MR. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42(3), 200-9. doi: 10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9
4. Domaradzki, J. (2015). Medycyna i jej metafory. O roli metafor w komunikacji lekarz-pacjent. *Kultura i Edukacja* 3(109), 27-46. doi: 10.15804/kie.2015.03.02
5. Gherardi, G., Cameron, J., West, A., Crossley, M. (2009). Are we dressed to impress? A descriptive survey assessing patients' preference of doctors' attire in the hospital setting. *Clinical Medicine*, 9(6), 519-24. doi: 10.7861/clinmedicine.9-6-519
6. Howe, LC., Hardebeck, EJ., Leibowitz, KA., Crum, AJ. (2019). Providers' Demeanor Impacts Patient Perceptions of Visit Length. *Journal of General Internal Medicine*, 34, 182-183.
7. Kaplan, SH., Greenfield, S., Gandek, B., Rogers, WH., Ware Jr, JE. (1996) Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Annals of Internal Medicine*, 124(5), 497-504. doi: 10.7326/0003-4819-124-5-199603010-00007
8. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia. Dz.U. 1948 nr 61 poz. 477 [preambuła].
9. Laine, C., Davidoff, F., Lewis, CE., Nelson, EC., Nelson, E., Kessler, RC., Delbanco TL. (1996). Important elements of outpatient care: a comparison of patients' and physicians' opinions. *Annals of Internal Medicine*, 125(8), 640-645. doi: 10.7326/0003-4819-125-8-199610150-00003
10. Łukomska, A., Szrajda, J., Nowakowska, I. (2012). Satysfakcja osób starszych z usług świadczonych przez lekarza rodzinnego. *Gerontologia Polska* 20(2), 68-72.
11. Marcinów, K., Olejniczak, D. (2011). Opinie i oczekiwania pacjentów względem systemu opieki zdrowotnej. *Medycyna rodzinna* 4/2011, 99-104.
12. Nowaczyk, K., Stanisić, MG., Rzepa, T. (2016). Staż pracy i płeć lekarza a efektywność komunikowania się. *Medycyna Rodzinna*, 19(2), 55-58.
13. Sabate, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: World Health Organization.
14. Sawicka, J., Czok, R., Wawrzyniak, K., Kusza, K. (2011). Postrzeganie pracy lekarza anestezjologa przez pacjentów zakwalifikowanych do planowych zabiegów operacyjnych. *Anestezjologia i Ratownictwo – Polska i Świat*, 5, 283-289.
15. Sondaż TNS OBOP „Opinie Polaków o służbie zdrowia i gotowości do zmian”, Warszawa 2010 r.
16. Sulowska, A., Milewski, S., Kaczorowska-Bray, K. (2018). *Logopedia Silesiana*, (7), 36-55.
17. Szymoniak, K., Malinowski W., Ćwiek D., Fryc D. Oczekiwania kobiet ciężarnych wobec badań ginekologicznych w szpitalu. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2012; V(3), 150-153.
18. Tavakoly Sany, S. B., Behzad, F., Ferns, G., Peyman, N. (2020). Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 20(1), 60. doi: 10.1186/s12913-020-4901-8
19. Tymińska, J., Tymiński, R., Kunecka, K., Andrzejczak, M. (2018). Jak zwiększyć zadowolenie pacjentki z wizyty ginekologicznej? *Ginekologia i Perinatologia praktyczna* 3(3), 103-111.
20. Wyszowska, Z., Białczyk, K., Michalski, T. (2021). Komunikacja pomiędzy lekarzem i pacjentem u chorych na nowotwory. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy* 65 (1/2021), 156-168. doi: 10.15584/nsawg.2021.1.9
21. Yeh, J., Nagel, EE. (2010). Patient Satisfaction in Obstetrics and Gynecology, Individualized Patient - centered Communication, *Clinical Medicine Insights: Women's Health*, 3, 23-32.
22. Zembala, A. (2015). Modele komunikacyjne w relacjach lekarz-pacjent. *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ, Nauki Ścisłe*, 11(2), 35-50.
23. Zolnierak, KB., DiMatteo, MR. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care*, 47/8, 826-34. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc