



*Marta Cholewa-Wiktor*

# Wizerunek lekarza w czasach pandemii COVID-19

MONOGRAFIE

# Wizerunek lekarza w czasach pandemii COVID-19

# Monografie – Politechnika Lubelska

## Rada Naukowa Wydawnictwa Politechniki Lubelskiej

**Przewodnicząca:**  
Agnieszka RZEPKA

**Dyrektor CIN-T:**  
Katarzyna WEINPER

### Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej:

Magdalena CHOŁOJCZYK  
Jarosław GAJDA  
Anna KOŁTUNOWSKA  
Katarzyna PEŁKA-SMĘTEK

### Przedstawiciele Dyscyplin Naukowych Politechniki Lubelskiej:

Marzenna DUDZIŃSKA  
Małgorzata FRANUS  
Arkadiusz GOLA  
Paweł KARCZMAREK  
Beata KOWALSKA  
Anna KUCZMASZEWSKA  
Jarosław LATAŁSKI  
Tomasz LIPECKI  
Zbigniew ŁAGODOWSKI  
Joanna PAWŁAT  
Lucjan PAWŁOWSKI  
Natalia PRZESMYCKA  
Magdalena RZEMIENIAK  
Mariusz ŚNIADKOWSKI

### Przedstawiciele honorowi:

Zhihong CAO, Chiny  
Miroslav GEJDOŚ, Słowacja  
Karol HENSEL, Słowacja  
Hrvoje KOZMAR, Chorwacja  
Frantisek KRCMA, Czechy  
Sergio Lujan MORA, Hiszpania  
Dilbar MUKHAMEDOVA, Uzbekistan  
Sirgii PAWŁOW, Ukraina  
Natalia SAVINA, Ukraina  
Natia SHENGELIA, Gruzja  
Daniele ZULLI, Włochy

Marta Cholewa-Wiktor

# Wizerunek lekarza w czasach pandemii COVID-19



POLITECHNIKA  
LUBELSKA  
WYDAWNICTWO

Lublin 2022

Recenzenci:

Prof. dr hab. Dorota Jelonek, Politechnika Częstochowska

dr hab. inż. Łukasz Skowron, prof. uczelni – Politechnika Lubelska

Publikacja wydana za zgodą Rektora Politechniki Lubelskiej

© Copyright by Politechnika Lubelska 2022

ISBN: 978-83-7947-528-5

Wydawca: Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej

[www.biblioteka.pollub.pl/wydawnictwa](http://www.biblioteka.pollub.pl/wydawnictwa)

ul. Nadbystrzycka 36C, 20-618 Lublin

tel. (81) 538-46-59

Druk: Soft Vision Mariusz Rajski

[www.printone.pl](http://www.printone.pl)

---

Elektroniczna wersja książki dostępna w Bibliotece Cyfrowej PL [www.bc.pollub.pl](http://www.bc.pollub.pl)

Książka udostępniona jest na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa – na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0)

Nakład: 50 egz.

## Spis treści

Streszczenie.....	7
Abstract .....	8
Wstęp.....	9
<b>1. Wizerunek lekarza profesjonalisty – ujęcie terminologiczne .....</b>	<b>13</b>
1.1. Definicja usługi profesjonalnej oraz profesjonalisty .....	13
1.2. Wizerunek lekarza a wizerunek systemu opieki zdrowotnej.....	23
<b>2. Elementy wizerunku lekarza .....</b>	<b>29</b>
2.1. Atrybuty dotyczące wyglądu lekarza profesjonalisty .....	29
2.2. Otoczenie lekarza – czynniki tworzące wizerunek.....	34
2.3. Komunikacja lekarz–pacjent .....	38
2.4. Wizerunek lekarza w Internecie .....	48
<b>3. Wizerunek lekarza w czasach pandemii COVID-19 .....</b>	<b>53</b>
3.1. Założenia i przyjęta metodyka badań .....	53
3.2. Charakterystyka próby badawczej.....	57
3.3. Wizerunek lekarza – wyniki badań .....	59
<b>Zakończenie.....</b>	<b>103</b>
<b>Literatura .....</b>	<b>107</b>
<b>Załącznik 1 – Kwestionariusz ankiety.....</b>	<b>113</b>
<b>Załącznik 2.....</b>	<b>123</b>



# **Wizerunek lekarza w czasach pandemii COVID-19**

## **Streszczenie**

Funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej na zasadach wolnego rynku oraz wzrost wymagań pacjentów w stosunku do świadczeniodawców usług medycznych powoduje, iż wzrasta znaczenie wizerunku, nie tylko w kontekście systemu opieki zdrowotnej czy placówki medycznej, ale również danego lekarza. Wynika to z faktu, iż pacjenci chcą podejmować decyzje o wyborze swojego lekarza w sposób, możliwie jak najbardziej, świadomy. W związku z tym, iż zazwyczaj trudno jest im ocenić wiedzę fachową lekarza, dokonują oceny usługi medycznej przez pryzmat innych kryteriów.

Celem głównym niniejszej pracy było wyróżnienie czynników wpływających na wizerunek lekarza–profesjonalisty i określenie ich znaczenia dla pacjenta w dobie pandemii COVID-19. W pracy wykorzystano metodykę badawczą składającą się z badań literatury oraz badań kwantytatywnych, które przeprowadzono w kwietniu 2021 roku w grupie 1000 pełnoletnich osób mieszkających na terenie Polski, korzystających z usług medycznych.

Analiza uzyskanych wyników pozwala na stwierdzenie, iż na ocenę i, w konsekwencji, wybór lekarza wpływa jego wizerunek, na który z kolei składa się wiele czynników pozamedycznych, jak np.: rekomendacje bliskich, czystość pomieszczeń, zaangażowanie w pracę, kultura osobista czy komunikacja z pacjentem.

Słowa kluczowe: wizerunek, wizerunek lekarza, wizerunek profesjonalisty,  
lekarz a pandemia



# **The image of a doctor-professional in the time of the COVID-19 pandemic**

## **Abstract**

The functioning of health care facilities on the basis of a free market and the growing requirements of patients in relation to medical service providers increases the importance of the image, not only in the context of the health care system or medical facility, but also of doctors. This is due to the fact that patients want to make decisions about choosing their doctor as consciously as possible. Due to the fact that it is usually difficult for them to assess the professional knowledge of a doctor, they evaluate a medical service through the prism of other criteria.

The main aim of this study was to distinguish factors influencing the image of a doctor-professional and to determine their importance for the patient in the time of the COVID-19 pandemic. The study uses a research methodology consisting of literature research and quantitative research, which was carried out in April 2021 in a group of 1,000 adult people living in Poland, using medical services.

The analysis of the obtained results allows for the conclusion that the assessment and, consequently, the choice of a doctor is influenced by their image, which in turn consists of many non-medical factors, such as: recommendations of relatives, cleanliness of rooms, involvement in work, personal culture or communication with the patient.

Keywords: image, image of a doctor, image of a professional, physician and the pandemic

## Wstęp

W ostatnim czasie, w Polsce i na świecie, trwają dyskusje nad czynnikami mającymi wpływ na postrzeganie lekarza przez pacjenta. Obecnie można stwierdzić, iż wiedza i umiejętności nie są jedynymi cechami, na które zwracają uwagę pacjenci. Problematyka dotycząca czynników mających wpływ na wizerunek lekarza–profesjonalisty poruszana jest nie tylko w Polsce, ale również w literaturze światowej. Już w 2005 roku Królewskie Kolegium Lekarskie wydało dokument zawierający definicję medycznego profesjonalizmu, która opisuje go jako „zbiór wartości, zachowań i relacji, które stanowią fundament publicznego zaufania do lekarzy”<sup>1</sup>. Wobec powyższego, można stwierdzić, że na pozytywny odbiór lekarza jako profesjonalisty składa się, poza wiedzą i doświadczeniem, także jego wizerunek.

W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele publikacji dotyczących wizerunku profesjonalnego. Dokonując przeglądu literatury zaobserwowano, iż pojęcie wizerunku, jego elementy składowe oraz postrzeganie danej osoby przez pryzmat wizerunku, który buduje, są zagadnieniami obszernie i szczegółowo opisanymi. W literaturze przedmiotu podejmowana była również problematyka wizerunku konkretnych grup zawodowych, w tym np. lekarzy. Niemniej jednak, niewiele jest publikacji kompleksowych, zawierających wszystkie elementy składające się na ten właśnie wizerunek. W przypadku wizerunku lekarza należy zdecydowanie rozgraniczyć wizerunek służby zdrowia – jako całego systemu, wizerunek danej placówki medycznej oraz konkretnego profesjonalisty. Zwłaszcza, że dotychczas lekarze postrzegani byli przez pryzmat niewydolności systemu opieki zdrowotnej w Polsce, co niekorzystnie wpływało na wizerunek pojedynczej osoby.

Dodatkowo można zaobserwować rosnące znaczenie Internetu w życiu każdego człowieka. Kontakty poprzez sieć komputerową, zwłaszcza w czasach pandemii, dotyczą już właściwie wszystkich sfer życia, również opieki zdrowotnej. Wobec powyższego wzrasta także znaczenie odpowiedniego kreowania wizerunku lekarza–profesjonalisty w Internecie. Poza mediami społecznościowymi, w dobie pandemii COVID-19 szczególnego znaczenia nabiera również kontakt pacjenta z lekarzem w czasie tzw. teleporad, podczas których pewne elementy wizerunku mogą wpływać pozytywnie lub negatywnie na postrzeganie lekarza przez pacjenta.

Zatem, opierając się o doniesienia literatury przedmiotowej można stwierdzić, iż wizerunek profesjonalisty oraz wizerunek lekarza–profesjonalisty to pojęcia znane oraz dotychczas opisywane przez autorów zarówno polskich, jak i zagranicznych. Wizerunek ten w znacznym stopniu obejmuje również problematykę

---

<sup>1</sup> *Royal College of Physicians: Doctors in society: medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London*, „Clin. Med.”, 2005, nr 5 (6 Suppl 1), p. 5, za: Kocemba P., Lasota M., Sroka N.H., Feleszko W., *Facebook-based medicine, czyli profesjonalny wizerunek lekarza w internecie*, „Pediatria I Medycyna Rodzinna”, 2015, 11(3), s. 329.

wizerunku w Internecie, która (co prawda w mniejszym stopniu) również była w literaturze opisywana. Niemniej jednak w czasach obecnych, czyli funkcjonowania w dobie pandemii COVID-19, pewne elementy wizerunku, które wpływają na ocenę lekarza przez pacjenta, mogły ulec zmianie. Wynika to przede wszystkim ze zmiany sposobu funkcjonowania służby zdrowia, w której w dużej mierze kontakt bezpośredni został zastąpiony przez kontakt w sieci, najczęściej w postaci teleporady. Szczególnego znaczenia nabiera także komunikacja lekarz–pacjent w ramach mediów społecznościowych, które stają się dodatkową możliwością kontaktu pacjenta z medykiem. Również kontakt osobisty (tradycyjny), ze względu na panujące obostrzenia, uległ pewnej modyfikacji. W związku z tym, iż elementy wizerunku lekarza–profesjonalisty nie były jeszcze poddawane analizie w czasach COVID-19, w literaturze przedmiotu pojawiła się luka badawcza w postaci czynników wpływających na wizerunek lekarza–profesjonalisty i ich znaczenia dla pacjenta w dobie pandemii.

Głównym celem badań autorki jest wyróżnienie czynników wpływających na wizerunek lekarza–profesjonalisty i określenie ich znaczenia dla pacjenta w dobie pandemii COVID-19. Chcąc zrealizować postawiony cel, sformułowano następujące pytania badawcze:

- Jakie elementy wizerunku lekarza, zdaniem pacjentów, mają wpływ na jego postrzeżenie jako profesjonalisty w czasach pandemii COVID-19?
- Jakie aktywności/działania w Internecie wpływają na pozytywny odbiór lekarza przez pacjenta w czasach pandemii COVID-19?
- Jak lekarz powinien dbać o wizerunek, aby być postrzeganym przez pacjentów jako profesjonalista?
- Jak lekarz powinien zarządzać swoim wizerunkiem w sieci, by być pozytywnie odbieranym przez pacjentów?

W badaniach postawiono następującą tezę: Na wizerunek lekarza jako profesjonalisty, poza wiedzą i doświadczeniem, wpływa szereg czynników związanych z zachowaniem i wyglądem lekarza oraz jego otoczenia. Celem rozwinięcia przyjętej tezy zaproponowano następujące hipotezy badawcze:

- H.1.** Pacjenci preferujący usługi prywatnej służby zdrowia częściej niż pacjenci publicznej służby zdrowia korzystają z informacji zawartych w Internecie na temat lekarzy wykonujących usługę medyczną.
- H.2.** Pacjenci preferują wizyty lekarskie w kontakcie osobistym, również w dobie pandemii COVID-19.
- H.3a.** Pacjenci korzystający z usług prywatnej służby zdrowia w większym stopniu, niż pacjenci preferujący publiczną służbę zdrowia, zwracają uwagę na wystrój i wyposażenie gabinetu.
- H.3b.** Pacjenci korzystający z usług prywatnej służby zdrowia w większym stopniu, niż pacjenci preferujący publiczną służbę zdrowia, zwracają uwagę na wystrój i wyposażenie poczekalni.

- H.4a.** Pacjenci korzystający z usług prywatnej służby zdrowia w większym stopniu, niż pacjenci preferujący publiczną służbę zdrowia, zwracają uwagę na atrybuty zewnętrzne lekarza (aparycja, strój).
- H.4b.** Pacjenci korzystający z usług prywatnej służby zdrowia w większym stopniu, niż pacjenci preferujący publiczną służbę zdrowia, zwracają uwagę na zachowanie lekarza.
- H.5.** Dokonując wyboru lekarza pacjenci kierują się przede wszystkim rekomendacjami.
- H.6.** Pacjenci poszukując informacji o lekarzu najczęściej odwiedzają strony internetowe z rankingiem lekarzy.

Aby zweryfikować przyjęte hipotezy badawcze, w niniejszej pracy wykorzystano następującą metodykę badawczą: badania literaturowe oraz badania kwantytatywne. Badania literaturowe miały na celu rozpoznanie specyfiki wizerunku w opiece zdrowotnej oraz wyodrębnienie charakterystyk obejmujących wizerunek lekarza, a także zmiennych pozwalających pogrupować pacjentów według określonych kryteriów. Na tej podstawie możliwe było zbudowanie narzędzia badawczego do diagnozy czynników wpływających na wizerunek lekarza-profesjonalisty. Następnie przeprowadzono badania pilotażowe w grupie 40 osób korzystających z opieki zdrowotnej, celem weryfikacji poprawności skonstruowanego narzędzia badawczego.

Badania kwantytatywne z kolei umożliwiły weryfikację przyjętych hipotez badawczych i obejmowały metodę ankiety z wykorzystaniem opracowanego samodzielnie kwestionariusza odpowiedzi oraz analizę statystyczną. Celem tej fazy badawczej była identyfikacja czynników wpływających na wizerunek lekarza w czasie pandemii COVID-19 za pomocą zidentyfikowanych w pierwszym etapie badań charakterystyk oraz określenie związku pomiędzy danymi charakterystykami a zmiennymi opisującymi grupę badawczą. Przedmiotem badań były zatem czynniki warunkujące wizerunek lekarza jako profesjonalisty, zaś podmiotem pacjenci, tj. osoby korzystające z opieki zdrowotnej. Badanie przeprowadzono w kwietniu 2021 roku w grupie 1000 pełnoletnich osób mieszkających na terenie Polski, korzystających z usług medycznych.

Kolejnym etapem badań była analiza statystyczna odpowiedzi otrzymanych w wyniku przeprowadzonego badania. W pierwszym etapie dokonano testowania testem chi-kwadrat (z poprawką Yatesa) zależności pomiędzy pytaniami a grupami z metryczki. W celu wyznaczenia siły zależności pomiędzy odpowiedziami w poszczególnych grupach, z metryczki obliczono współczynniki gamma oraz współczynnik Cramera. W badaniach, w celu określenia poziomu skorelowania zmiennych, posłużono się również współczynnikiem Spearmanna. Siłę efektu zależności pomiędzy pytaniami mierzono przy pomocy skali Cohena.

Praca składa się z czterech rozdziałów. Dwa pierwsze mają charakter teoretyczny i są wynikiem prowadzonych studiów literatury przedmiotu, zaś trzeci i czwarty to rozdziały dotyczące przeprowadzonych badań.

W pierwszym rozdziale scharakteryzowano wizerunek lekarza profesjonalisty w kontekście terminologicznym. Omówiono definicje usługi profesjonalnej oraz profesjonalisty, a także wskazano na różnice pomiędzy wizerunkiem lekarza, placówki medycznej i systemu opieki zdrowotnej.

Przedmiotem rozważań w rozdziale drugim są elementy budujące wizerunek lekarza–profesjonalisty. Omówiono atrybuty wizerunkowe dotyczące wyglądu lekarza i jego otoczenia, a także rolę komunikacji w kreowaniu tego wizerunku. Przedstawiono również główne czynniki wpływające na wizerunek medyków w Internecie.

W rozdziale trzecim przedstawiono metodykę podjętych badań. Omówiono przyjęte założenia badawcze oraz dokonano charakterystyki próby badawczej.

W ostatnim rozdziale zaprezentowano wyniki badań oraz zweryfikowano postawione hipotezy badawcze.

W zakończeniu pracy podsumowano rozważania dotyczące wizerunku lekarzy w czasie pandemii COVID-19 oraz, na podstawie zaobserwowanych związków, sformułowano wnioski z badań. Pracę uzupełniają załączniki w postaci narzędzia badawczego oraz tabel, w których zaprezentowano szczegółowe wyniki badań.

# 1. Wizerunek lekarza profesjonalisty – ujęcie terminologiczne

## 1.1. Definicja usługi profesjonalnej oraz profesjonalisty

System opieki zdrowotnej w Polsce oraz na całym świecie, funkcjonując w turbulentnym otoczeniu, stale podlega przekształceniom i zmianom. Szczególnie w ostatnim okresie – pandemii COVID-19, system opieki zdrowotnej na całym świecie został wystawiony na największą, od wielu lat, próbę swojej sprawności. W tym kontekście oraz stale zawężającej się specjalizacji usług medycznych, coraz częściej używane jest również określenie *profesjonalizm* w odniesieniu do usługi medycznej oraz *profesjonalista* w nawiązaniu do zawodu lekarza. Współcześnie pojęcie profesjonalizmu traktuje się jako szeroko rozumianą ideę pozwalającą na dopasowanie tradycji zawodowej do aktualnej rzeczywistości społecznej<sup>2</sup>.

Podjmując rozważania dotyczące profesjonalizmu w odniesieniu do rynku usług zdrowotnych warto wyjaśnić znaczenie pojęcia *usługi profesjonalnej* oraz samego *profesjonalizmu*. *Usługi profesjonalne* traktować można jako współczesny odpowiednik wolnych zawodów, które wyodrębniono już w starożytności. Obecnie w Polsce wolne zawody określono w aktach prawnych – Kodeksie spółek handlowych<sup>3</sup> oraz Ustawie z dnia 28 listopada 2020 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych, ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne oraz niektórych innych ustaw<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Larson E.B., *Medicine as a profession – back to basics: preserving the physician-patient relationship in a challenging medical marketplace*, „Am J Med.”, 2003, 114(2), p. 168–172, za: Pasierski T., *Lekarz – zawód czy profesja?*, „Medycyna po dyplomie”, 2009/4, <https://podyplomie.pl/medycyna/26266,lekarz-zawod-czy-profesja>, data dostępu: 3 kwietnia 2021.

<sup>3</sup> Art. 88, Dz. U. 2000 nr 94 poz. 1037. W kodeksie określono współników spółki partnerskiej, którymi mogą być osoby fizyczne uprawnione do wykonywania wolnych zawodów, tj.:” adwokata, aptekarza, architekta, inżyniera budownictwa, biegłego rewidenta, brokera ubezpieczeniowego, doradcy podatkowego, maklera papierów wartościowych, doradcy inwestycyjnego, księgowego, lekarza, lekarza dentystry, lekarza weterynarii, notariusza, pielęgniarki, położnej, fizjoterapeuty, radcy prawnego, rzecznika patentowego, rzeczoznawcy majątkowego i tłumacza przysięgłego”.

<sup>4</sup> Dz. U. 2020 poz. 2123 w art. 4 w ust. 1 pkt 11 definiuje jako „wolny zawód – pozarolnicza działalność gospodarcza wykonywana osobiście przez lekarzy, lekarzy dentyistów, lekarzy weterynarii, techników dentystrycznych, felcerów, położne, pielęgniarki, psychologów, fizjoterapeutów, tłumaczy, adwokatów, notariuszy, radców prawnych, architektów, inżynierów budownictwa, rzeczoznawców budowlanych, biegłych rewidentów, księgowych, agentów ubezpieczeniowych, agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, brokerów reasekuracyjnych, brokerów ubezpieczeniowych, doradców podatkowych, doradców restrukturyzacyjnych, maklerów papierów wartościowych, doradców inwestycyjnych, agentów firm inwestycyjnych, rzeczników patentowych, oraz nauczycieli w zakresie świadczenia usług edukacyjnych polegających na udzielaniu lekcji na godziny, z tym że za osobiste wykonywanie wolnego zawodu uważa się wykonywanie działalności bez zatrudniania na podstawie umów o prace, umów zlecenia, umów o dzieło oraz innych umów o podobnym charakterze osób, które wykonują czynności związane z istotą danego zawodu”.

Senat RP pojęcie wolnego zawodu interpretuje jako „zawód wykonywany na podstawie odpowiedniego wykształcenia, samodzielnie (co nie oznacza, że indywidualnie) i na własną odpowiedzialność w sposób niezależny zawodowo, w celu oferowania usług intelektualnych lub koncepcyjnych w interesie klienta lub interesie publicznym”<sup>5</sup>. W tym samym dokumencie podkreśla się szczególnie znaczenie cech, które są właściwe wykonywaniu wolnego zawodu. Wśród tych cech wyróżniono: misję związaną z wykonywaniem zawodu, przestrzeganie reguł deontologicznych, tajemnicę zawodową, zaufanie oraz szczególną odpowiedzialność za sposób realizacji usługi<sup>6</sup>.

Kontynuując jednak dyskurs dotyczący definiowania usług profesjonalnych, można zauważyć, iż w starożytności kierunek interpretacyjny dla tych pojęć nakreślają dwa słowa: *arethe* (cnota) i *koinon* (sfera publiczna)<sup>7</sup>. W tym znaczeniu cnota rozumiana jest jako odpowiednia postawa moralna warunkująca dochodzenie do mistrzostwa i w efekcie mistrzostwo wykonawstwa. Niestety, mimo faktu, iż znaczenie usługi profesjonalnej sięga starożytności, w literaturze przedmiotu nadal brak jest jednoznacznej definicji. Taka sytuacja implikuje wiele trudności, jak chociażby problemy z systematyką usług profesjonalnych, czy określeniem charakterystyki takich usług<sup>8</sup>. Zdaniem K. Rogozińskiego usługi profesjonalne to dążenie do mistrzostwa oraz osiągnięcie perfekcyjności wykonania, ale w kontekście wyzwań wspólnotowych<sup>9</sup>. Nie należy zatem traktować ich jako „sztuka dla sztuki”, ale jako działania zorientowane na wspólne dobro, a więc podejmowane w ramach realizacji celów danej społeczności. Wśród pozostałych cech, charakteryzujących usługi profesjonalne można wyróżnić:

- wysokie kwalifikacje zawodowe usługodawcy, potwierdzone dyplomem akademickim,
- ścisłe powiązanie usługi z nauką, poprzez wiedzę posiadaną przez świadczeniodawcę usługi,
- orientacja przede wszystkim na obsługę sfery biznesowej,
- *human based* – ważna jest osoba oraz osobowość („klasa”) profesjonalisty,
- świadczenie usługi profesjonalnej odbywa się w ramach prowadzonej praktyki,
- ograniczone zastosowanie narzędzi marketingowych – w wielu branżach profesjonalnych traktowanych jako nieetyczne, a nawet zakazane przez prawo.<sup>10</sup>

---

<sup>5</sup> Krasnowolski A., *Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy*, Opracowania tematyczne OT-625, Kancelaria Senatu 2013, s. 3. [https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatpracowania/56/plik/ot-625\\_.pdf](https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatpracowania/56/plik/ot-625_.pdf) data dostępu 21 marca 2021.

<sup>6</sup> Ibidem.

<sup>7</sup> Rogoziński K., *Zarządzanie profesjonalną praktyką medyczną*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2009, s. 21–23.

<sup>8</sup> Matysiewicz J., Smyczek S., *Koncepcja usług profesjonalnych we współczesnej gospodarce*, [w:] Matysiewicz J. (red.), *Usługi profesjonalne w globalnej gospodarce*, Placet 2014, s. 12–30.

<sup>9</sup> Ibidem.

<sup>10</sup> Chłodnicki M., *Usługi profesjonalne przez jakość do lojalności klientów*, Poznań 2004, s. 11–12.

Z pojęciem *usługi profesjonalnej* ściśle związany jest termin *profesjonalista*. Powiązanie tych słów obrazuje definicja M. Chłodnickiego, według którego „*usługa profesjonalna* jest to świadczenie *profesjonalisty*, które dzięki jego unikatowym talentom umożliwia – w procesie interakcji z klientem – stworzenie unikatowej wiązki korzyści, dającej gwarancję realizacji dzieła zgodnie z oczekiwaniami klienta”<sup>11</sup>. Dokonując zatem charakterystyki usługi profesjonalnej konieczne wyjaśnieni trzeba pojęcia *profesjonalista* oraz *profesjonalizm*.

Według Słownika Języka Polskiego *profesjonalizm* (synonim fachowość), to „czyjeś duże umiejętności i wysoki poziom wykonywanej pracy”<sup>12</sup>. Słowo pochodzi z łacińskiego *professio*, które oznaczało hołd lenny złożony publicznie<sup>13</sup>. Z kolei w kulturze średniowiecznej profesje, powiązane z wytwarzaniem w cechach, charakteryzowała: duża samodzielność, posiadanie własnych kodeksów postępowania, wyróżniający sposób zdobywania kwalifikacji (związany z systemem egzaminów) oraz wewnętrzna jurysdykcja zawodowa<sup>14</sup>. Obecnie, przyjmując podejście funkcjonalistyczne, *profesja* to „zawód, w którym trzeba wykazać się wyjątkowymi kompetencjami i wiedzą ekspercką, które stanowią barierę wejścia do danej grupy zawodowej, ale jednocześnie świadczą o wysokim standardzie wykonywanej pracy”<sup>15</sup>. Wśród czynników, które odróżniają profesję od pozostałych zawodów można wymienić:

- istnienie usystematyzowanej teorii wykonywania danego zawodu,
- autorytet oraz brak wiedzy odbiorcy do oceny pracy profesjonalisty,
- istnienie zasad wykonywania profesji (formalnych oraz nieformalnych), a także sankcji z tytułu nieprzestrzegania tychże zasad,
- występowanie kodeksu postępowania (kodeksu etycznego),
- istnienie odrębnej kultury danej grupy.<sup>16</sup>

Warto zwrócić uwagę na jeszcze jedną cechę profesji, jaką jest „przedkładanie dobra osoby, której służy i dobra społecznego nad dobro jej członków (...) profesja ma powierzone ważne dobro społeczne np. lekarze – zdrowie, nauczyciele – edukację, prawnicy – prawa i wolności obywatelskie”<sup>17</sup>.

Powiązanie profesji oraz profesjonalizmu przejawia się tym, iż profesjonalizm opiera się na założeniu, iż w każdej profesji istnieją pewne szczególne

---

<sup>11</sup> Ibidem.

<sup>12</sup> <https://sjp.pwn.pl/sjp/profesjonalizm;2572537.html>, data dostępu: 12 styczeń 2021.

<sup>13</sup> Hamilton J.S., *Scribonius Largus on the history of the medical profession*, Bull Hist Med 1986, LX, p. 209–216, cyt. za Pasierski T., *Lekarz – zawód czy profesja?*, „Medycyna po Dyplomie”, 2009, 18/4, s. 133.

<sup>14</sup> Pasierski T., *Lekarz – zawód czy profesja?*, „Medycyna po Dyplomie”, 2009, 18/4, s. 133.

<sup>15</sup> Reduta M., *Zawód, profesja i kultura profesjonalna*, Optimum. Studia Ekonomiczne, 2015, nr 2 (74), s. 106.

<sup>16</sup> Ibidem, s. 106–107.

<sup>17</sup> Pasierski T., *Lekarz-zawód czy profesja?*, „Medycyna po Dyplomie”, 2009, 18/4, s. 133.



wartości, czy też zachowania, które powinny być podtrzymywane<sup>18</sup>. Za przykład mogą posłużyć takie wartości, jak np. współczucie czy empatia. Są to wartości, które powinny cechować każdego człowieka, jednak w przypadku lekarza te wartości stają się obowiązkowe i świadczą o jego profesjonalizmie. Warto także podkreślić, iż „profesjonalizm, tak jak wszystkie pozostałe zjawiska społeczne – jako wytwór ludzkiej świadomości – istnieje jedynie nominalnie, co oznacza, że nie jest możliwe badanie go w sposób obiektywny, wolny od interpretacji”<sup>19</sup>. W literaturze przedmiotu odnaleźć można opracowania podejmujące temat profesjonalizmu i cech, które pozwalają go zidentyfikować. Wg G. Straussa do głównych cech profesjonalizmu należy: wiedza specjalistyczna, autonomia, zaangażowanie oraz odpowiedzialność<sup>20</sup>. Z kolei J. Coulehan stwierdza, że profesjonalizm obejmuje zachowanie/służenie, cele oraz cnoty lub cechy, które odnoszą się do różnych, niemniej jednak nieodłącznie powiązanych ze sobą, aspektów funkcjonowania człowieka<sup>21</sup>. Autor podkreśla, że optymalnym rozwiązaniem jest sytuacja, w której zachowanie wpływa z celów, a te z kolei są warunkowane przez cechy<sup>22</sup>. Kolejny autor – E. Gross, wyróżnia natomiast wyznaczniki profesjonalisty, takie jak:

- świadczenie usług niestandardowych, dostosowanych do indywidualnych potrzeb klienta,
- wysoki poziom zaangażowania osobistego świadczeniodawcy usługi,
- wiedza specjalistyczna,
- poczucie odpowiedzialności za wysoką jakość wykonywanej pracy,
- identyfikacja/przynależność do danej profesji,
- przekonanie o wysokim znaczeniu świadczonych usług dla społeczeństwa.<sup>23</sup>

Podejmując próbę usystematyzowania pojęcia profesjonalizmu warto podjąć się jego interpretacji w kontekście usług medycznych. Potrzebę taką potwierdza fakt, iż problematyka kształtowania profesjonalizmu dostrzegana jest przez wiele organizacji lekarskich. Świadczą o tym liczne dokumenty, które zawierają zalecenia dla medyków w tym zakresie i są to m.in.: zalecenia organizacji medycznych amerykańskich (np. karta profesjonalizmu dla personelu medycznego opracowana przez University of Texas Medical Branch) oraz brytyjskich (np. Royal Collage of Physicians), zalecenia amerykańskiej komisji akredytacyjnej dla uczelni medycznych czy przyjęta w Polsce „Karta Lekarza”<sup>24</sup>. Liczne opracowania i rekomendacje nie zawierają jednak jednolitej

---

<sup>18</sup> Ibidem.

<sup>19</sup> Czarkowska L., Profesjonalizm i proces profesjonalizacji w coachingu, „Coaching Review”, 2010 (1), s. 50.

<sup>20</sup> Ibidem.

<sup>21</sup> Coulehan J.M.D., *Today's Professionalism: Engaging the Mind but Not the Heart*, „Academic Medicine”, 2005, Vol. 80/ No. 10, p. 893.

<sup>22</sup> Ibidem.

<sup>23</sup> Czarkowska L., *Profesjonalizm i proces profesjonalizacji w coachingu*, „Coaching Review”, 2010 (1), s. 51.

<sup>24</sup> Pasiński T., *Lekarz-zawód czy profesja?*, „Medycyna po Dyplomie”, 2009, 18/4, s. 133–134.

terminologii w zakresie profesjonalizmu w usługach medycznych. Chociaż powszechnie uznany jest za podstawę dobrej praktyki medycznej, samo pojęcie jest niezwykle trudne do zdefiniowania i oceny<sup>25</sup>, najpewniej ze względu na wpływ praktycznych i lokalnych względów społeczno-kulturowych, prawnych, finansowych, edukacyjnych czy zdrowotnych<sup>26</sup>. Z kolei J. Coulehan podkreśla, że profesjonalizm w medycynie „wymaga, aby lekarz służył interesom pacjenta ponad jego własny interes”<sup>27</sup>. Autor wymienia jednocześnie cechy warunkujące profesjonalizm, którymi są dążenie do: altruizmu, odpowiedzialności, doskonałości, obowiązku, służby, honoru, uczciwości i szacunku dla innych<sup>28</sup>. Zatem, jak wskazuje E. Erde, profesjonalizm można uznać jako termin nadrzędny (ang. umbrella term), który nie poddaje się adekwatnej definicji<sup>29</sup>. Wobec tego, zamiast podejmowania prób definiowania profesjonalizmu, autor proponuje analizę historii oraz postępowania uznawanego za profesjonalne, a także koncentrację na wartościach, cnotach, zachowaniach czy obowiązkach opisujących postawę profesjonalisty<sup>30</sup>.

W literaturze przedmiotu odnaleźć można wiele prac poruszających zagadnienia związane z atrybutami (cechami) profesjonalizmu medycznego. Dokonując przeglądu publikacji w tym zakresie za okres 1990–2018 można wyróżnić trzy główne obszary profesjonalizmu: ogólne postawy i zachowania, etyczne postawy i zachowania oraz opieka nad pacjentem<sup>31</sup>. W każdym z obszarów wyróżniono szczegółowe cechy, które warunkują profesjonalizm w danym zakresie (Tabela 1.1.).

---

<sup>25</sup> Wilkinson T.J., Moore M.L. Flynn E.M., *Professionalism in its time and place—some implications for medical education*, „The new Zealand Medical Journal”, 2012, Vol. 125 (1358), p. 64.

<sup>26</sup> Tay K.T., Ng S., Hee J.M i inni, *Assessing Professionalism in Medicine – A Scoping Review of Assessment Tools from 1990 to 2018*, „Journal of Medical Education and Curricular Development”, 2020, Vol. 7, p. 64.

<sup>27</sup> Coulehan J.M.D., *Today’s Professionalism: Engaging the Mind but Not the Heart*, „Academic Medicine”, 2005, Vol. 80/ No. 10, p. 893.

<sup>28</sup> Ibidem.

<sup>29</sup> Erde E.L., *Professionalism’s Facets: Ambiguity, Ambivalence, and Nostalgia*, „Journal Medicine and Philosophy”, 2008, 33 (1), p. 8.

<sup>30</sup> Szewczyk K., *Formy profesjonalizmu lekarskiego i och przydatność w edukacji moralnej studentów medycyny i młodych lekarzy*, „Diametros”, 2019, 16 (62), s. 34.

<sup>31</sup> Tay K.T., Ng S., Hee J.M i inni, *Assessing Professionalism in Medicine – A Scoping Review of Assessment Tools from 1990 to 2018*, „Journal of Medical Education and Curricular Development”, 2020, Vol. 7, p. 5.

Tabela 1.1. Profesjonalizm medyczny – cechy profesjonalisty

Ogólne postawy i zachowania	Etyczne postawy i zachowania	Opieka nad pacjentem
<ul style="list-style-type: none"> <li>• zaufanie</li> <li>• innowacyjność</li> <li>• kolegalność/koleżeństwo</li> <li>• altruizm</li> <li>• samo-motywacja</li> <li>• zaangażowanie w uczenie się przez całe życie</li> <li>• zaangażowanie zawodowe</li> <li>• przestrzeganie standardów jakości/doskonałości</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uczciwość</li> <li>• sprawiedliwość</li> <li>• szacunek</li> <li>• poufność</li> <li>• wiarygodność</li> <li>• odpowiedzialność</li> <li>• moralność</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cierpliwość</li> <li>• podejście skoncentrowane na pacjencie</li> <li>• empatia</li> <li>• humanizm</li> <li>• współczucie</li> <li>• wrażliwość</li> </ul>

Źródło: Tay K.T., Ng S., Hee J.M i inni, *Assessing Professionalism in Medicine – A Scoping Review of Assessment Tools from 1990 to 2018*, "Journal of Medical Education and Curricular Development", 2020, Vol. 7, p. 5.

Ważnym głosem, stanowiącym swoiste podsumowanie rozważań dotyczących profesjonalizmu medycznego, jest publikacja T. Wilkinsona, M.L. Moore i E.M. Flynn. Autorzy sytuują profesjonalizm medyczny w następujących działaniach:

- przestrzeganie zasad etyki lekarskiej,
- skuteczne interakcje z pacjentem oraz osobami ważnymi dla pacjenta (np. rodzina),
- skuteczne interakcje z pozostałymi grupami systemu opieki zdrowotnej,
- niezawodność,
- zaangażowanie w utrzymywanie i ciągłe doskonalenie kompetencji.<sup>32</sup>

Przedstawione atrybuty charakteryzujące profesjonalizm medyczny należałoby uzupełnić także o optykę pacjenta oraz pozostałych grup interesariuszy w tej kwestii. Profesjonalizm utożsamiany jest z właściwym wykonywaniem profesji, co z kolei związane jest z pojęciem „dobrego lekarza”. Należy jednak podkreślić, że pojęcia te nie są synonimami, a według badań to profesjonalizm jest czynnikiem (formalnym, niejako narzuconym przez system) warunkującym bycie „dobrym lekarzem”<sup>33</sup>. Cechy dobrego lekarza można podzielić na sześć kategorii:

- cechy interpersonalne,
- komunikacja i zaangażowanie,

<sup>32</sup> Tay K.T., Ng S., Hee J.M i inni, *Assessing Professionalism in Medicine – A Scoping Review of Assessment Tools from 1990 to 2018*, "Journal of Medical Education and Curricular Development", 2020, Vol. 7, p. 65.

<sup>33</sup> Cuesta-Briand B., Auret K., Johnson P., Playford D., *A world of difference: a qualitative study of medical students' views on professionalism and the 'good doctor'*, BMC Med Educ., 2014 (14), <https://bmcmmeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-14-77>, data dostępu: 2 lutego 2021.

- kompetencje medyczne,
- etyka,
- zarządzanie medyczne,
- nauczanie, badania i ciągłe doskonalenie.<sup>34</sup>

Warto zaznaczyć, że poszczególne kategorie mają odmienne znaczenie dla różnych grup interesariuszy, np. dla pacjentów najbardziej istotna jest komunikacja, zaś lekarze większy nacisk kładą na kompetencje medyczne<sup>35</sup>. Jednym z wielu badań w literaturze przedmiotu, w tym zakresie, są badania przeprowadzone przez R. Boracci i współautorów ilustrujące pogląd pacjenta na cechy szczegółowe charakteryzujące „dobrego” i „złego” lekarza (w kontekście spełniającego lub nie oczekiwania pacjenta w stosunku do procesu medycznego). Rezultaty wspomnianych badań, zawierające zestawienie cech dobrego lekarza, zdaniem pacjentów, przedstawiono w Tabeli 1.2.

Tabela 1.2. Główne cechy „dobrego” i „złego” lekarza zdaniem pacjentów

	<b>Cechy lekarza</b>
<b>Cechy „dobrego lekarza”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wrażliwość na emocje (słucha i rozumie potrzeby emocjonalne pacjenta, empatia)</li> <li>• pozytywne cechy osobowości (miły, ciepły, uśmiechnięty, pełen szacunku, identyfikujący pacjenta po imieniu, budujący pozytywne relacje międzyludzkie)</li> <li>• umiejętności zawodowe (umiejętności diagnostyczne i terapeutyczne, dokładność)</li> <li>• umiejętności komunikacyjne (udzielanie szczegółowych informacji językiem dostosowanym do poziomu percepcji pacjenta)</li> <li>• dyspozycyjność (poświęca wystarczająco dużo czasu podczas konsultacji, nie śpieszy się, jest dyspozycyjny także poza wizytą, słucha pacjenta)</li> <li>• prawdomówność</li> </ul>
<b>Cechy „złego lekarza”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• negatywne cechy osobowości (przechwalanie się, lekceważenie pacjenta)</li> <li>• brak empatii, niesłuchanie pacjenta</li> <li>• niedostępność (przyjmowanie w „pośpiechu”)</li> <li>• niewłaściwa komunikacja (niedostosowana do pacjenta)</li> <li>• niedostosowanie postępowania do konkretnego pacjenta (praca rutynowa)</li> <li>• brak wiedzy i doświadczenia</li> </ul>

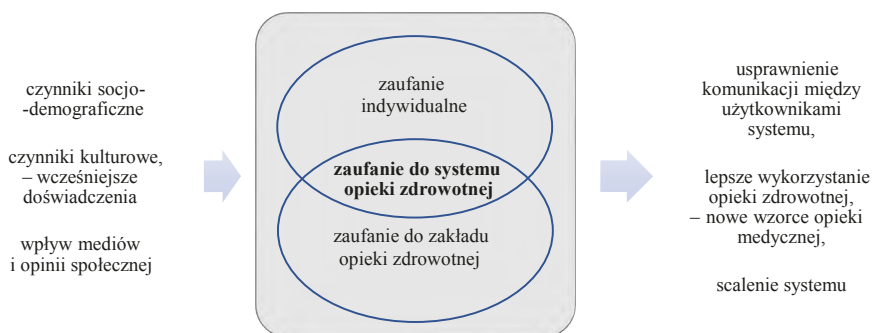
Źródło: Boracci A.R., Alvarez Galessio J.M., Ciambone G i inni, What patients consider to be a ‘good’ doctor, and what doctors consider to be a ‘good’ patient, “Revista Medica de Chile”, vol. 148 (7), 2020. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872020000700930&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000700930&lng=en&nrm=iso&tlng=en), data dostępu: 24 lutego 2021.

<sup>34</sup> Steiner-Hofbauer V., Schrank B., Holzinger A., *What is a good doctor?*, “Wiener Medizinische Wochenschrift”, 2018, 168(15), p. 398–405.

<sup>35</sup> Ibidem.

Prowadząc rozważania dotyczące profesjonalizmu medycznego należy zwrócić szczególną uwagę na jeden z jego najważniejszych atrybutów, jakim jest zaufanie. Znaczenie zaufania wynika z faktu, iż świadczenie usługi przez profesjonalistę oznacza rozwiązywanie niezwykle ważnego problemu dla pacjenta, jakim jest zdrowie i życie, a więc wartości nadrzędne. Wobec tego, zawód medyczny staje się swojego rodzaju powołaniem, realizującym szczególnie istotną funkcję społeczną. Zaufanie traktowane jest potocznie jako wiara, że czyjeś działania zgodne są z naszymi oczekiwaniami. T. Zieliński definiuje zaufanie jako „poddające się subiektywnej ocenie prawdopodobieństwa przekonanie, na podstawie którego jednostka (A) w konkretnej sytuacji zgadza się na zależność od jednostki (B) – osoby, instytucji, przedmiotu itp., mając poczucie względnego, określonego tym prawdopodobieństwem bezpieczeństwa, mimo że negatywne konsekwencje są możliwe”. Zgodnie z tą definicją istota zaufania obejmuje świadomość negatywnych konsekwencji, które mogą nastąpić w wyniku danego działania. Jednocześnie, kierując się zaufaniem do drugiego człowieka wierzymy, że będzie on postępował w taki sposób, by te negatywne konsekwencje nie wystąpiły lub zostały zminimalizowane.

Waga zaufania do opieki zdrowotnej w ostatnich dziesięcioleciach nieustannie wzrasta. Obecnie zaufanie jest uważane za centralny czynnik determinujący pozytywną relację pacjent-lekarz, którą to relację charakteryzuje nierównowaga wiedzy i sił, wobec czego pacjenci są uzależnieni od wiedzy lekarzy i wykonywania zabiegów w celu rozwiązania ich problemów zdrowotnych. Co więcej, wyniki badań naukowych potwierdzają istnienie związku pomiędzy zaufaniem do lekarza a pozytywnymi zachowaniami zdrowotnymi u pacjentów. Dane te potwierdzają, że pacjenci zgłaszają korzystniejsze zachowania zdrowotne, wyższą satysfakcję i jakość życia związaną ze zdrowiem, ale także lepsze subiektywne wyniki zorientowane na objawy, gdy mieli większe zaufanie do pracownika służby zdrowia. Warto jednak zaznaczyć, iż zaufanie może być rozpatrywane na dwóch poziomach, tj. indywidualnym – do konkretnego pracownika służby zdrowia oraz instytucjonalnym, czyli do zakładu opieki zdrowotnej. Z kolei z tych dwóch elementów, zaufania do lekarza i zakładu opieki zdrowotnej, składa się zaufanie do systemu opieki zdrowotnej (Rysunek 1.1.). Oczywiście na budowanie zaufania ma wpływ wiele zmiennych, jak np.: czynniki socjodemograficzne, czynniki kulturowe, wcześniejsze doświadczenia oraz wpływ mediów i opinii społecznej. Z drugiej zaś strony, zaufanie warunkuje usprawnienie komunikacji między użytkownikami systemu, lepsze wykorzystanie opieki zdrowotnej, nowe wzorce opieki medycznej oraz scalenie całego systemu. Zaufanie na każdym z poziomów ma istotne znaczenie w postrzeganiu polskiej ochrony zdrowia, zarówno w aspekcie profesjonalnym, jak i instytucjonalnym. Niski poziom zaufania do systemu opieki zdrowotnej ostatecznie prowadzi do postrzegania złego stanu zdrowia, złych wyników zdrowotnych i niepełnego wykorzystania świadczeń zdrowotnych, a także zawyża koszty związane z chorobą. Z kolei wysoki poziom zaufania do świadczeniodawcy usługi jest wskaźnikiem jakości opieki zdrowotnej.



Rysunek 1.1. Wymiary zaufania w systemie opieki zdrowotnej

Źródło: Anand Tn., Kutty R., *Development and testing of a scale to measure trust in the public healthcare system*, "Indian Journal of Medical Ethics", 2015, Vol. 12 (3), p. 125.

Biorąc pod uwagę priorytetowe znaczenie zaufania w relacji między lekarzem a pacjentem, na całym świecie prowadzone są badania mające na celu określenie jego poziomu. W ostatnich latach można było zaobserwować systematyczny spadek tej wartości. Przykładowo w Stanach Zjednoczonych w 1966 roku wyniki badań przeprowadzonych wśród dorosłych obywateli wykazały, że 73% badanych miało duże zaufanie do wykonującychh zawody medyczne, zaś w 2012 roku zaufanie zadeklarowało już tylko 34% ankietowanych<sup>36</sup>. Z kolei, w latach 2011–2013 przeprowadzono międzynarodowe badania na temat zaufania ludności do opieki zdrowotnej oraz jego wpływu na satysfakcję z leczenia. W badaniach wzięło udział 29 państw z całego świata. Wyniki badań potwierdzają ogromną wagę zaufania w przypadku zawodów medycznych – aż 69% badanych uznało, że zaufanie to jeden z głównych czynników wpływających na przyjęcie do danego lekarza<sup>37</sup>. Najwyższym poziomem zaufania do lekarzy w Europie odznaczały się Szwajcaria (83%), Niemcy (79%), Holandia (78%), Wielka Brytania (76%) oraz Finlandia (75%)<sup>38</sup>. Niestety, w tym samym zestawieniu, Polska znalazła się na ostatnim miejscu z poziomem zaufania wynoszącym 43%, tym samym mając niższy poziom zaufania do lekarzy niż np. Litwa, Rosja, Bułgaria, Słowacja czy Stany Zjednoczone<sup>39</sup>. W Polsce instytucją prowadzącą badania w tym zakresie jest m.in. Centrum Badania Opinii Społecznej. Wyniki badań przeprowadzonych w 2014 roku wskazują, że aż 78% pacjentów ufała swoim lekarzom, przy czym podkreślić należy, że jedynie 16% respondentów darzyło lekarzy dużym

<sup>36</sup> Baker D.W., *Trust in Health Care in the Time of COVID-19*, "Trust in Health care", JAMA 2020, 324 (23), p. 2373.

<sup>37</sup> *Polacy na czele nacji nie mających zaufania do lekarza*, <https://www.infodent24.pl/bizdentpost/polacy-na-czele-nacji-nie-majacych-zaufania-do-lekarza,107093.html>, data dostępu 15 marca 2021.

<sup>38</sup> Ibidem.

<sup>39</sup> Ibidem.

zaufaniem<sup>40</sup>. Z analizy społeczno-demograficznej wynika, iż stosunkowo dużym zaufaniem darzyli lekarzy najstarsi ankietowani (powyżej 65 roku życia) oraz respondenci w wieku 25–34 lata<sup>41</sup>. Analizując wyniki badań dotyczących zaufania należy zwrócić uwagę na obszar analizy, a więc czy badanie dotyczyło zaufania do lekarzy jako grupy społecznej, czy też zaufania do konkretnego (swojego) lekarza<sup>42</sup>. Przykładowo, wyniki badań przeprowadzonych w szpitalu w Wysokiem Mazowieckim dotyczące zaufania do „swojego” lekarza pokazują, że aż 98,2% pacjentów ma zaufanie do danego medyka<sup>43</sup>. Zatem w zależności od tego, który parametr jest badany wyniki mogą się znacznie różnić. Można stwierdzić, że zaufanie w Polsce do środowiska medycznego jest raczej niskie, podczas gdy zaufanie pacjenta do konkretnego (wybranego przez siebie) lekarza jest już bardzo wysokie<sup>44</sup>.

Reasumując wyniki badań dotyczących zaufania do systemu opieki zdrowotnej oraz lekarzy, warto zwrócić uwagę na fakt, iż obecnie, w czasie pandemii COVID-19, zagrożenia, z którymi mierzy się opieka zdrowotna mogą mieć wpływ także na zaufanie pacjentów. Do widocznego już przed pandemią braku zaufania, dołożyły się jeszcze dodatkowe zagrożenia, jak np.: sprzeczne komunikaty medialne oraz ogłaszane w publikacjach naukowych, obawy dotyczące politycznej ingerencji w zalecenia dotyczące zdrowia publicznego, decyzje dotyczące skuteczności terapii oraz pseudonauki i teorie spiskowe<sup>45</sup>. Co ciekawe, wspomniane zagrożenia wpłynęły raczej korzystnie na poziom zaufania do systemu opieki zdrowotnej. Przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych badania Gallupa wykazały, że odsetek mieszkańców USA, którzy powiedzieli, że mają „całkiem dużo” lub „dużo” zaufania do amerykańskiego systemu medycznego, wzrósł z 36% przed pandemią do 51% w lipcu 2020 r.<sup>46</sup> Przyczyny takiego stanu upatrywane są w krytycznej sytuacji, w której lekarze, ale i całe systemy opieki zdrowotnej podejmują heroiczne wysiłki, aby zapewnić opiekę nad pacjentami z COVID-19 bez względu na osobiste ryzyko, które czasem związane jest również z utratą własnego życia i zdrowia<sup>47</sup>. Zatem stan permanentnego zagrożenia zdrowotnego, w którym obecnie funkcjonuje społeczeństwo, paradoksalnie może przyczynić się do wzrostu zaufania Polaków do lekarzy i personelu medycznego.

---

<sup>40</sup> Omyła-Rudzka M., *Opinie o błędach medycznych i zaufaniu lekarzy*, „Komunikat z badań CBOS”, Warszawa 2014, nr 165, s. 10–11.

<sup>41</sup> Ibidem.

<sup>42</sup> *Lekarze w badaniach opinii społecznej 2017*, Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa 2018, s. 11, [https://nil.org.pl/uploaded\\_images/1575629945RaportLekarze-w-badaniach-opinii-spoecznej-w-2017-roku.pdf](https://nil.org.pl/uploaded_images/1575629945RaportLekarze-w-badaniach-opinii-spoecznej-w-2017-roku.pdf), data dostępu: 2 kwietnia 2021.

<sup>43</sup> Pawlikowska-Łagód K., Sak J., *Zaufanie w relacji lekarz–pacjent w świetle najnowszych badań*, „Pielęgniarstwo XXI Wieku”, 2017, Vol. 16, nr 1(58)/2017, za: *Lekarze w badaniach opinii społecznej 2017*, Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa 2018, s. 11.

<sup>44</sup> Ibidem.

<sup>45</sup> Baker D.W., *Trust in Health Care in the Time of COVID-19*, „Trust in Health care”, JAMA 2020, 324 (23), p. 2373.

<sup>46</sup> Ibidem.

<sup>47</sup> Ibidem.

## 1.2. Wizerunek lekarza a wizerunek systemu opieki zdrowotnej

W ostatnich latach zaobserwować można coraz silniejsze powiązanie medycyny z procesami ekonomicznymi oraz politycznymi. Zjawiska te wraz z przyspieszającą technologizacją procesów medycznych powodują, iż zmiany można dostrzec również w postrzeganiu przez społeczeństwo wizerunku lekarza oraz opieki zdrowotnej<sup>48</sup>. Wydaje się zatem zasadne, by organizacje funkcjonujące w systemie usług zdrowotnych, dbając o zachowanie konkurencyjności, poza wysoką jakością usług, potrafiły kreować również własny wizerunek<sup>49</sup>. Warto przy tym podkreślić, że wizerunek lekarza (jako jednostki), wizerunek placówki medycznej czy nawet systemu zdrowotnego, nie są tożsamymi pojęciami. Zatem w zależności od poziomu (a właściwie podmiotu), który jest rozpatrywany, postrzegany przez społeczeństwo wizerunek może się znacznie różnić.

W literaturze przedmiotu można odnaleźć wiele definicji *wizerunku*. Sam termin pochodzi z języka łacińskiego (imago) i oznacza wzór, pierwowzór, odbicie, obraz<sup>50</sup>. E.R. Gray oraz J.M.T. Balmer definiują wizerunek jako „obraz tworzony bezpośrednio w umysłach odbiorców”<sup>51</sup>. Z kolei D. Newsom, A. Scott i T.J. Vanslyke określają wizerunek jako: „wyobrażenie, jakie jedna lub wiele publiczności ma o osobie, przedsiębiorstwie lub instytucji”<sup>52</sup>. Dokonując systematyki podejść definicyjnych do wizerunku, można wyróżnić jego cztery, główne wymiary:

- Psychologiczny – odnoszący się do sposobu tworzenia wizerunku w umyśle odbiorcy. W tym aspekcie definiowania wizerunku, główny nacisk położony jest na mechanizm postrzegania, identyfikację, ocenę, interakcję oraz utrwalenie wizerunku.
- Socjologiczny – kładący nacisk na grupową i instytucjonalną przynależność osób odbierających wizerunek. W wymiarze tym dzieli się odbiorców wizerunku na grupy oraz określa relacje między nimi, czego wynikiem jest podział otoczenia na zewnętrzne i wewnętrzne, a tym samym wizerunek wewnętrzny i zewnętrzny.
- Marketingowy – bezpośrednio związany z promocją organizacji. Odnoszący się do wizerunku firmy w oczach klientów i kontrahentów, stanowiący wymierną wartość dla organizacji.

---

<sup>48</sup> Pasierski T., *Lekarz – zawód czy profesja?*, „Medycyna po dyplomie”, 2009/4, <https://podyplomie.pl/medycyna/26266,lekarz-zawod-czy-profesja>, data dostępu: 3 maja 2021.

<sup>49</sup> Batko K., *Wizerunek organizacji z sektora ochrony zdrowia w opinii pacjentów i ekspertów – wyniki badań bezpośrednich*, „Studia Ekonomiczne”, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, 2014, nr 187, s. 63.

<sup>50</sup> Kotas M., *Wizerunek organizacji publicznej jako instrument efektywnego komunikowania z interesariuszami*, „Studia Ekonomiczne”, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, Katowice 2014, nr 185, s. 134.

<sup>51</sup> Daszkiewicz M., Wrona S., *Kreowanie marki korporacyjnej*, Difin, Warszawa 2014, s. 49.

<sup>52</sup> *Ibidem*.



- Komunikacyjny – skoncentrowany na kanałach komunikacji, jakimi rozchodzą się informacje kształtujące wizerunek organizacji.<sup>53</sup>

W literaturze przedmiotu wyróżniono wiele klasyfikacji dotyczących wizerunku. Zgodnie z powszechnie znaną systematyką wizerunek można określić jako: pozytywny, obojętny oraz negatywny. Poza tą, najbardziej rozpowszechnioną systematyką, można wyodrębnić następujące kategorie wizerunku:

- wizerunek rzeczywisty (obecny, zwykły), czyli taki, który stanowi faktyczny czy rzeczywisty obraz organizacji w otoczeniu,
- wizerunek lustrzany (własny), stanowiący obraz organizacji w odczuciu pracowników oraz kierownictwa tejże organizacji,
- wizerunek pożądany, czyli obraz docelowy organizacji, a więc sposób w jaki organizacja chciałaby być postrzegana przez siebie oraz otoczenie (jest to możliwe do osiągnięcia przy podjęciu właściwych działań w zakresie zarządzania wizerunkiem),
- wizerunek optymalny, obejmujący realny kompromis między ww. rodzajami (zakłada się, że w danych warunkach jest możliwy do ukształtowania w stosunkowo krótkim czasie).<sup>54</sup>

Warto zaznaczyć, iż pomiędzy wizerunkiem pożądanym a rzeczywistym zawsze istnieje pewna różnica, którą warunkują okoliczności takie jak np.:

- brak zgodności tożsamości organizacji z cechami rynku docelowego,
- rozbieżność między deklarowanymi a rzeczywistymi zachowaniami organizacji,
- nieskuteczna komunikacja,
- działania konkurentów wpływające na kształtowanie wizerunku,
- duża zmienność otoczenia.<sup>55</sup>

Dokonując przeglądu literatury związanej z problematyką wizerunku organizacji można zauważyć, iż autorzy publikacji dużo miejsca poświęcają analizie tego problemu w kontekście organizacji biznesowych. Tymczasem wizerunek jest istotnym elementem efektywnego funkcjonowania także w organizacjach publicznych<sup>56</sup>. Jak podkreśla E. Hope „różnicą pomiędzy instytucjami użyteczności

<sup>53</sup> Łaczyński M., *Metody badania wizerunku w mediach. Czym jest wizerunek, jak i po co należy go badać*, [w:] Gackowski T., Łaczyński M., (red.), Wyd. CeDeWu, Warszawa 2009, s. 80; za: Batko K., *Wizerunek organizacji z sektora ochrony zdrowia w opinii pacjentów i ekspertów – wyniki badań bezpośrednich*, „Studia Ekonomiczne”, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, 2014, nr 187.

<sup>54</sup> Jefkins F., *Public relations*, Prentice Hall, London – New York – Paris 1998, p. 14–16 za: Malara Z., Sobol-Wojciechowska J., *Wizerunek przedsiębiorstwa oraz mechanizmy jego kreowania na potrzeby kształtowania potencjału rozwojowego*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, Wrocław 2011, nr 218, s. 155

<sup>55</sup> Altkorn J., *Wizerunek firmy*, Wyższa Szkoła Biznesu, Dąbrowa Górnicza 2004, s. 18 za: Kotas M., *Wizerunek organizacji publicznej jako instrument efektywnego komunikowania z interesariuszami*, „Studia Ekonomiczne”, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, Katowice 2014, nr 185, s. 134–135.

<sup>56</sup> Kotas M., *Wizerunek organizacji publicznej jako instrument efektywnego komunikowania z interesariuszami*, „Studia Ekonomiczne”, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, Katowice 2014, nr 185, s. 135.

publicznej a innymi organizacjami dostarczającymi dowolne dobra na rynek jest fakt ich potencjalnego istnienia lub nieistnienia na rynku. O ile brak na rynku tych drugich bądź ich przegrana z punktu widzenia społeczeństwa jako całości ma niewielkie znaczenie, o tyle bankructwo albo nawet zła kondycja finansowa, a w szczególności negatywna opinia o działalności instytucji użyteczności publicznej mogą mieć dalekosiężne skutki dla całego społeczeństwa<sup>57</sup>. Zatem wizerunek związany z jednostkami ochrony zdrowia, na każdym z poziomów (poczynając od wizerunku systemu opieki zdrowotnej, pojedynczej placówki/jednostki oraz osoby świadczącej usługę) ma ogromne znaczenie dla ich właściwego funkcjonowania.

Wizerunek systemu opieki zdrowotnej w Polsce związany jest z oceną funkcjonowania systemu przez osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych. Niestety obraz tego systemu od wielu lat nie jest zadowalający. Zgodnie z komunikatem z badań pt. „Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej”, przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) w 2018 roku, tylko 30% badanych pozytywnie oceniało funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce, zaś aż 66% negatywnie (z czego 27% zdecydowanie negatywnie)<sup>58</sup>. W tych samych badaniach ocenie poddano różne wymiary funkcjonowania polskiego systemu opieki zdrowotnej. Respondenci pozytywnie ocenili wymiary bezpośrednio związane z oceną pracy kadry medycznej (jak np. kompetencje lekarzy, zaangażowanie personelu, trafność diagnozy, nastawienie do pacjentów) oraz wyposażenie w aparaturę medyczną<sup>59</sup>. Z kolei, głównych problemów upatrywano w wymiarach takich, jak: rozmieszczenie placówek służby zdrowia, ułatwienia dla korzystających z opieki zdrowotnej (dogodne godziny, dobra informacja), dodatkowa odpłatność, dostępność usług lekarzy specjalistów i badań specjalistycznych oraz zbyt mała liczba personelu medycznego w szpitalach<sup>60</sup>. Warto podkreślić, że głównym problemem warunkującym występowanie czynników kształtujących obraz polskiego systemu opieki zdrowotnej jest niedofinansowanie tego systemu, o czym świadczy wysokość nakładów publicznych na ochronę zdrowia. W 2019 roku na ochronę zdrowia w Polsce wydatkowano 4,3% PKB, co wśród analizowanych 27 państw będących członkami OECD pozwoliło zająć trzecie miejsce od końca (mniejsze wydatki odnotowano w Łotwie i Turcji)<sup>61</sup>. Niedofinansowanie ochrony zdrowia implikuje liczne problemy związane głównie z ograniczeniem

---

<sup>57</sup> Hope E., *Public relations: czy to sie sprawdzi?*, Scientific Publishing Group, Gdańsk 2004, za: Kotas M., *Wizerunek organizacji publicznej jako instrument efektywnego komunikowania z interesariuszami*, „Studia Ekonomiczne”, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, Katowice 2014, nr 185, s. 135.

<sup>58</sup> Omyła-Rudzka M., *Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej*, CBOS, Warszawa 2018, nr 89, s. 1–3.

<sup>59</sup> Ibidem, s. 3–4.

<sup>60</sup> Ibidem, s. 9–10.

<sup>61</sup> Skóbel B., Kocemba E., Rudka R., *Nakłady na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych państw OECD*, Związek powiatów polskich, Warszawa 2021, nr 7, s. 2–4.

dostępu do opieki zdrowotnej<sup>62</sup>. Ograniczony dostęp wywołany jest natomiast przede wszystkim poprzez niedobór personelu medycznego. Według raportu Eurostatu „Healthcare personnel statistics – physicians” w 2017 roku w Polsce na 1000 mieszkańców przypadało średnio 2,4 lekarza, co dało Polsce ostatnie miejsce w Unii Europejskiej pod względem liczby lekarzy<sup>63</sup>. Taka sytuacja generuje długie listy oczekiwania do lekarzy (średni czas oczekiwania na wizytę u specjalisty wynosi 3 miesiące) oraz niską zgłaszalność Polaków na badania profilaktyczne<sup>64</sup>. Długi czas oczekiwania na wizytę powoduje frustrację pacjentów, która następnie przekłada się na niekorzystny obraz polskiej służby zdrowia<sup>65</sup>.

W kreowaniu wizerunku polskiej służby zdrowia znaczącą rolę pełnią również media. Niestety, zgodnie z wynikami badań A. Czerw oraz K. Obłozja, środki masowego przekazu rzadko kształtują pozytywny obraz służby zdrowia<sup>66</sup>. W walce o oglądalność dużo czasu antenowego poświęca się na przekazy silnie nacechowane emocjonalnie, takie jak: „katastrofy i wypadki, błędy lekarskie, powikłania pooperacyjne, afery korupcyjne w środowisku lekarskim, protesty, niedobór personelu i łóżek w szpitalach, zbyt długi czas oczekiwania na świadczenia itp. Tym samym marginalizuje się fakty o zgodzie i współpracy, jak np. przełomowe odkrycia naukowe, lokalne sukcesy pracowników i placówek ochrony zdrowia, darmowe badania profilaktyczne, ranking najlepszych placówek medycznych”<sup>67</sup>. Autorki wnioskuje, iż pozytywne wiadomości dotyczące funkcjonowania polskiego systemu opieki zdrowotnej rzadko pojawiają się w czołówkach serwisów informacyjnych przez co zazwyczaj pozostają niezauważone przez odbiorców<sup>68</sup>. Rolę mediów w kreowaniu wizerunku opieki medycznej potwierdzają również wydarzenia ostatniego roku – związane z pandemią COVID-19. W czasie trwania pandemii środki masowego przekazu pokazują heroiczne wysiłki personelu medycznego w walce z pandemią, co może mieć wpływ na budowanie pozytywnego wizerunku służby zdrowia (wzrost zaufania, który implikuje również pozytywny wizerunek do opieki zdrowotnej w czasie pandemii potwierdzają przytoczone wyniki badań Gallupa<sup>69</sup>).

---

<sup>62</sup> Sitek A., Flicińska-Turkiewicz J., *Lekarze w badaniach opinii społecznej 2017*, Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa 2018, s. 1–2.

<sup>63</sup> Majewska M., *Polska ma najmniej lekarzy w całej Unii Europejskiej*, <https://pulsmedycyny.pl/polska-ma-najmniej-lekarzy-w-calej-unii-europejskiej-977230>, data dostępu: 2 lipca 2021.

<sup>64</sup> Sitek A., Flicińska-Turkiewicz J., *Lekarze w badaniach opinii społecznej 2017*, Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa 2018, s. 2–3.

<sup>65</sup> Ibidem.

<sup>66</sup> Czerw A., Obłozja K., *Rola mediów w kreowaniu wizerunku placówek ochrony zdrowia w Polsce – badania własne*, „Media, Kultura, Społeczeństwo”, 2011, nr 6, s. 75–84.

<sup>67</sup> Ibidem, s. 82–83.

<sup>68</sup> Ibidem.

<sup>69</sup> Baker D.W., *Trust in Health Care in the Time of COVID-19*, „Trust in Health care”, JAMA 2020, 324 (23), p. 2373.

Kolejnym wymiarem wizerunku służby zdrowia jest wizerunek konkretnego zakładu opieki medycznej. W kontekście opieki zdrowotnej P. Kotler i R.N. Clarke wizerunek szpitala definiują jako sumę przekonań, pomysłów i wrażeń, jakie pacjent ma wobec placówki, przy czym wizerunek szpitala nie jest absolutny, ponieważ odnosi się do wizerunków konkurencyjnych szpitali<sup>70</sup>. Wizerunek placówki medycznej kształtuje wiele czynników zarówno o charakterze wewnętrznym, jak i zewnętrznym. Poza podstawowym czynnikiem, jakim jest jakość oraz zakres świadczonych usług, wizerunek placówki warunkują również wymagania klientów, normy społeczne, oczekiwania zarządu/właścicieli czy przepisy prawa<sup>71</sup>. Warto zaznaczyć, że specyfika branży medycznej powoduje, iż w przypadku zakładów opieki zdrowotnej pozytywny wizerunek właściwie warunkuje ich funkcjonowanie. Wynika to z faktu, iż pozytywny wizerunek szpitala jest ważnym czynnikiem zapewniającym satysfakcję pacjentów, która z kolei warunkuje lojalność<sup>72</sup>. Oznacza to, że pozytywny wizerunek szpitala nie tylko zwiększa lojalność pacjentów, ale także zwiększa satysfakcję pacjentów poprzez poprawę postrzeganej jakości obsługi, co z kolei zwiększa chęć pacjentów do ponownej wizyty<sup>73</sup>.

Wizerunek placówki medycznej w głównej mierze budowany jest przez postrzeganie pracującego w nim personelu. Wyniki badań przeprowadzonych przez K. Batko wskazują, iż pozytywny wizerunek zakładu opieki zdrowotnej najefektywniej budowany jest właśnie przez personel medyczny<sup>74</sup>. Autorka podkreśla konieczność koncentracji promocji, w tym budowania wizerunku szpitala, wokół kompetencji personelu, ponieważ pacjenci „w pierwszej kolejności od placówki medycznej oczekują odpowiednich kompetencji lekarzy, czyli wiedzy fachowej i umiejętności, natomiast na dalszych miejscach sytuują takie elementy, jak: wygląd pomieszczeń, nowoczesność placówki itd.”<sup>75</sup> Można zatem stwierdzić, że wizerunek personalny (poszczególnych pracowników danej jednostki) oraz wizerunek placówki są ze sobą silnie skorelowane.

Wizerunek personalny może dotyczyć nie tylko cech pracowników danej jednostki, ale również wizerunku konkretnych osób reprezentujących organiza-

---

<sup>70</sup> Chao-Chan W., *The impact of hospital brand image on service quality, patient satisfaction and loyalty*, „African Journal of Business Management”, 2011, Vol. 5(12), pp. 4873–4882.

<sup>71</sup> *Kompendium wiedzy dla placówek w zakresie obsługi klienta*, <https://pracodawcyzdrowia.pl/wp-content/uploads/2020/02/kompendium-wiedzy-w-zakresie-obslugi-klienta.pdf>.

<sup>72</sup> Asnawi A., Awang Z., Afthanorhan A., Mahadzirah M., Karim F., *The influence of hospital image and service quality on patients' satisfaction and loyalty*, „Management Science Letters”, 2019 (9), p. 911–920.

<sup>73</sup> *Ibidem*.

<sup>74</sup> Batko K., *Wizerunek organizacji z sektora ochrony zdrowia w opinii pacjentów i ekspertów – wyniki badań bezpośrednich*, „Studia Ekonomiczne”, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, 2014, nr 187, s. 62–73.

<sup>75</sup> *Ibidem*, s. 70.

cję<sup>76</sup>. W przypadku zakładu opieki zdrowotnej przede wszystkim jest to personel medyczny (z którym pacjent ma najbliższy kontakt), ale także wszystkie osoby reprezentujące organizację jak np.: dyrekcja, administracja, personel pomocniczy, sprzątający, portier, obsługa parkingu itd. Z wizerunkiem pojedynczego pracownika związane jest pojęcie personal branding'u (w literaturze polskiej używany jest również termin marka osobista). W literaturze przedmiotu personal branding określany jest jako szeroko rozumiane „skojarzenie lub zespół skojarzeń, jakie niesie ze sobą nasze nazwisko. [...] Odbiorca naszych usług – klient – powinien nie tylko wiedzieć, czym się zajmujemy, ale też być przekonany, że jesteśmy wyjątkowymi specjalistami w swojej dziedzinie”<sup>77</sup>. Można to osiągnąć poprzez „wzbudzanie zainteresowania, ekscytacji i podziwu wobec własnej osoby; stosowanie chwytliwych technik komunikacyjnych; wykorzystywanie nowoczesnych technologii w autopromocji; czerpanie korzyści z pozytywnego szumu wokół jednostki”<sup>78</sup>. Markę osobistą tworzą takie elementy jak „zdania, słowa, komentarze wypowiedziane przez innych o nas tuż po naszym wyjściu; to wszystko, co na nasz temat można znaleźć w Internecie, zobaczyć w telewizji czy przeczytać w prasie”<sup>79</sup>. Tak więc każdy człowiek posiada swoją markę, bez względu na fakt, czy buduje ją świadomie, czy też nieświadomie<sup>80</sup>. Oczywiście sytuacja, w której pracownik ma świadomość wpływu swoich działań czy też zachowań na własny wizerunek, a więc budowanie własnej marki w sposób świadomy, w większym stopniu pozwala na osiągnięcie zamierzonych celów zawodowych (wizerunek nie jest wówczas przypadkowy). Silna marka osobista to z kolei przeświadczenie, że współpracujemy ze specjalistą, z kimś wyjątkowym, komu można zaufać<sup>81</sup>. Ma to szczególnie znaczenie w przypadku usług zdrowotnych, w których zaufanie pacjenta do świadczeniodawcy ma wymiar terapeutyczny. Wizerunek medyka tworzy wiele czynników, takich jak np.: wygląd zewnętrzny i zachowanie, otoczenie i stanowisko pracy oraz umiejętność komunikacji z pacjentem. Warto jednak zaznaczyć, iż elementy budujące ten wizerunek muszą być spójne, tak by przekaz był jasny i zrozumiały dla otoczenia, a jego odbiór zgodny z założeniami, które chcemy osiągnąć. Dla potrzeb dalszych badań przyjęto, że wymienione powyżej czynniki stanowią determinanty postrzegania lekarza jako profesjonalisty.

---

<sup>76</sup> Grech E., *Kształtowanie wizerunku firmy – zasady metodyczne i studium przypadku gabinetu medycyny i kosmologii estetycznej galeria urody*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, Wrocław 2018, nr 543, s. 41.

<sup>77</sup> Hartman E., *Marka toTy*, [www.ewahartman.com/wp-content/uploads/2015/03/078\\_081\\_personal-branding.pdf](http://www.ewahartman.com/wp-content/uploads/2015/03/078_081_personal-branding.pdf); za: Strawińska A., B., *Historia i definicja terminu personal branding. Zarys problematyki*, [w:] Sokólska U. (red.), *Socjolekt-idiolekt-idiostyl: historia i współczesność*, Wyd. Prymat, Białystok 2017, s. 371.

<sup>78</sup> Ibidem, s. 367.

<sup>79</sup> Ibidem, s. 371.

<sup>80</sup> Ibidem.

<sup>81</sup> Ibidem.

## 2. Elementy wizerunku lekarza

### 2.1. Atrybuty dotyczące wyglądu lekarza profesjonalisty

Pierwszym elementem wizerunku danej osoby, na który zwracamy uwagę jest wygląd zewnętrzny. To pierwsze wrażenie, którego wygląd jest najistotniejszym komponentem, często buduje wyobrażenie o drugim człowieku. W Słowniku języka polskiego wygląd (synonimy: zewnętrzność, prezencja, powierzchowność, aparycja) definiowany jest jako „zespół cech składających się na zewnętrzność czyjaś lub czegoś”<sup>82</sup>. Zdaniem G. Białopiotrowicz wygląd to „nasza powierzchowność, aparycja, nasze oblicze – czyli to, jak się prezentujemy pod każdym względem”<sup>83</sup>. Wygląd pozwala w sposób niezwykle szybki uzyskać pewne informacje o rozmówcy, jak np. o zajmowanej pozycji społecznej, przynależności do danej grupy, kultury lub narodowości<sup>84</sup>. Autorki – K. Kowalska, A. Łakoma oraz B. Szymoniuk wymieniają następujące elementy kształtujące wygląd danego człowieka:

- ubiór,
- dodatki do stroju (np. obuwie, biżuteria, okulary, apaszka, zegarek),
- fryzura,
- makijaż (w przypadku kobiet),
- zarost (w przypadku mężczyzn),
- wygląd dłoni i paznokci,
- stan uzębienia,
- zapach,
- ogólna postawa ciała.<sup>85</sup>

Podstawowym elementem wizerunku lekarza jest strój, który jest jednocześnie jego znakiem rozpoznawczym, pozwalającym odróżnić go od innych profesji. Powszechnie przyjmuje się, że jest on wręcz niezbędnym elementem do umożliwienia wystąpienia skutecznego porozumienia między lekarzem a pacjentem, ponieważ wpływa on na pierwsze wrażenie i decyduje o stopniu zaufania, jakim pacjent obdarza lekarza<sup>86</sup>. Najbardziej rozpowszechnioną i pożądaną przez pacjentów (zwłaszcza w Europie i Azji) formą ubioru lekarza jest strój formalny, jakim jest biały fartuch

---

<sup>82</sup> Doroszewski W. (red.), Słownik języka polskiego, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/wyglad.html>, data dostępu: 11.03.2021

<sup>83</sup> Białopiotrowicz G., *Kreowanie wizerunku w biznesie i polityce*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2009, s. 18.

<sup>84</sup> Kowalska K., Łakoma A., Szymoniuk B., *Wizerunek biznesowy*, Wyd. Politechnika Lubelska, Lublin 2011, s. 13.

<sup>85</sup> Ibidem.

<sup>86</sup> Gherardi G., Cameron J., West A., Crossley M., *Jak się nie ubierać w szpitalu. Badanie preferencji pacjentów*, „Medycyna po Dyplomie”, 2010 Vol. 19, nr 2, s. 62.

(bardziej niż strój chirurgiczny, strój formalny – elegancki czy casualowy)<sup>87</sup>. Biały fartuch traktowany jest jako świadectwo czystości, które stanowi dla pacjenta „obietnicę” wysokiej jakości, profesjonalnej usługi<sup>88</sup>. Dostępne w literaturze przedmiotu wyniki badań, potwierdzają, że pacjenci najbardziej komfortowo czują się w obecności lekarza w tradycyjnym, białym fartuchu, tym samym przyznając lekarzom w takim stroju, najwyższe oceny za kompetencje i wiarygodność<sup>89</sup>. Ponadto stwierdzono, iż noszenie profesjonalnego stroju (tj. białego fartucha) podczas zapewniania pacjentowi opieki przez lekarzy może korzystnie wpłynąć na zaufanie i budowanie pewności w spotkaniu z pracownikiem medycznym<sup>90</sup>. W przypadku ubioru profesjonalnego, tak jak w przypadku stroju biznesowego, poza formą i kolorem należy wziąć pod uwagę także szereg elementów, które mają wpływ na jego ogólny wygląd. Chcąc wyglądać profesjonalnie należy uwzględnić następujące warunki:

- strój powinien zapewniać swobodę ruchu (powinien być wygodny), zatem nie za obcisły i nie za luźny,
- powinien być schludny i wyprasowany,
- powinien być wykonany z wysokiej jakości tkanin (w przypadku ubioru medycznego ważne jest by był on trwały, przewiewny, wygodny, a także łatwy do utrzymania w czystości).

Niezbędnym elementem stroju jest również identyfikator. Jego noszenie spełnia oczywistą funkcję, jaką jest identyfikacja osoby, z którą pacjent wchodzi w relację. Pozwala stwierdzić, jakie stanowisko zajmuje dany pracownik, w jakim oddziale pracuje oraz jakie jest jego miejsce w strukturze. Biorąc te informacje pod uwagę, identyfikator spełnia zatem bardzo istotną rolę komunikacyjną, ponieważ dzięki krótkiej, zapisanej treści możliwe jest uniknięcie wielu niepotrzebnych nieporozumień. Jest też elementem systemu identyfikacji wizualnej organizacji, a więc składnikiem jej komunikacji marketingowej. Dlatego też istotne jest by był noszony w taki sposób, aby umożliwić pacjentowi jego odczytanie. Poza identyfikatorem, na fartuchu może być również wyhaftowane logo lub logotyp danej placówki. Niekorzystne wizerunkowo jest natomiast noszenie przez pracowników placówki

---

<sup>87</sup> Petrilli Ch.M., Mack M., Petrilli J.J., Hickner A., Saint S., Chopra V., *Understanding the role of physician attire on patient perceptions: a systematic review of the literature – targeting attire to improve likelihood of rapport (TAILOR) investigators*, “BMJ Open”, 2015 (5), p.1, <https://bmjopen.bmj.com/content/5/1/e006578>, data dostępu: 5.10.2021.

<sup>88</sup> Gherardi G., Cameron J., West A., Crossley M., *Jak się nie ubierać w szpitalu. Badanie preferencji pacjentów*, „Medycyna po Dyplomie”, 2010 Vol. 19, nr 2, s. 62.

<sup>89</sup> Chang DS, Lee H, Lee H, Park HJ, Chae Y., *What to wear when practicing oriental medicine: patients’ preferences for doctors’ attire*, “The Journal of Alternative and Complementary Medicine”, 2011 Vol 17, No. 8, p. 763.

<sup>90</sup> Rehman S.U., Nietert P.J., Cope D.W., Kilpatrick A.O., *What to wear today? Effect of doctor’s attire on the trust and confidence of patients*, “The American Journal of Medicine”, 2005 Vol 118, No. 11, p.1279-1286.

fartuchów z logo firmy farmaceutycznej lub nazwą leku. Wynika to z faktu, iż udzielanie porad w fartuchu otrzymanym od producentów leków sugeruje związek danego pracownika z firmą farmaceutyczną, co z kolei nie sprzyja budowaniu zaufania i pozytywnego wizerunku<sup>91</sup>.

Dokonując wyboru stroju lekarza, warto podkreślić, iż poza aspektem zawodowym i ochronnym właściwie dobrany uniform pozwala również na:

- pomoc pacjentom w orientacji, kto jest pracownikiem danej placówki oraz jakie stanowisko zajmuje (np. inny kolor uniformu dla lekarza, pielęgniarki, obsługi),
- zakomunikowania właściwego, spójnego wizerunku placówki,
- ujednoczenie zachowań w organizacji (ujednoliczony ubiór promuje ujednoczone zachowanie).<sup>92</sup>

Poza samym uniformem, nieodłącznymi elementami wizerunku są również: fryzura, obuwie oraz dodatki takie jak np. biżuteria czy zegarek. W przypadku tych elementów wizerunku zewnętrznego należy wyraźnie rozgraniczyć charakterystyki ze względu na płeć lekarza. Obuwie, bez względu na płeć właściciela, powinno być czyste, estetyczne (bez wyraźnych śladów zużycia), posiadać antypoślizgową podeszwę oraz być wykonane z odpowiednich materiałów (takich, które zapewniają maksymalną higienę stóp nawet podczas długiego dnia pracy). Kolorystyka obuwia powinna współgrać z noszonym uniformem. Z kolei rodzaj najbardziej odpowiedniego obuwia dla lekarzy zależy od płci. Według badań V. der Merwe z zespołem, najlepiej odbieranym przez pacjentów obuwiem dla kobiet – lekarzy są płaskie czółenka oraz obuwie na obcasie (oczywiście niewielkim – zapewniającym komfort pracy), zaś dla mężczyzn obuwie eleganckie<sup>93</sup>. Oczywiście, wymienione typy obuwia dotyczą specjalności niezabiegowych oraz wizyt pozaszpitalnych, ponieważ praca w warunkach szpitalnych wymaga obuwia typu medycznego.

Kolejnym istotnym elementem wizerunku zewnętrznego jest fryzura. Długość, kolor czy sposób uczesania, poza względami estetycznymi, niesie za sobą silny przekaz pozawerbalny<sup>94</sup>. Przykładowo, klasyczne gładkie uczesanie oraz koloryzacja włosów w naturalnych odcieniach może świadczyć o spokoju, uporządkowaniu i łagodności właściciela fryzury, zaś włosy ułożone w sposób ekstrawagancki o intensywnej

---

<sup>91</sup> <https://www.prawo.pl/zdrowie/public-relations-gabinetu-lekarza-specjalisty,236900.html>, data dostępu: 4.10.2021.

<sup>92</sup> Bukowska-Piestrzyńska A., *Marketing usług zdrowotnych od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2014, s. 110-111

<sup>93</sup> Van der Merwe J.W., Rugunanan M., Ras J., Roscher E.-M., Henderson B.D., Joubert G., *Patient preferences regarding the dress code, conduct and resources used by doctors during consultations in the public healthcare sector in Bloemfontein, Free State*, "South African Family practice", Vol. 58, 2016, p. 94-99.

<sup>94</sup> Kowalska K., Łakoma A., Szymoniuk B., *Wizerunek biznesowy*, Wyd. Politechnika Lubelska, Lublin 2011, s. 49.



koloryście mogą być wyrazem siły czy buntowniczego charakteru<sup>95</sup>. W przypadku profesjonalistów obowiązuje kanon biznesowy, którego główne założenia to:

- włosy muszą być świeże i zadbane (tzn. nieprzetłuszczone, bez widocznych odrostów, nieprzesuszone, starannie ułożone, dobrze rozczesane, bez oznak łupieżu),
- niedopuszczalne są dredy, warkoczyki, irokezy, wygolone fragmenty głowy, jaskrawe i niestandardowe kolory włosów, kolorowe koraliki i kokardki, włosy zbyt przysłaniające oczy i twarz,
- długie włosy powinny być bezwzględnie upięte (najlepiej w nisko osadzony kok).<sup>96</sup>

Dodatkowym elementem u mężczyzn jest zarost. W odniesieniu do stylu biznesowego preferowana jest twarz gładko ogolona (wzbudza największe zaufanie), zaś w przypadku wąsów i brody powinny być one zadbane oraz starannie przystrzyżone<sup>97</sup>.

Ważną częścią składową wizerunku osobistego lekarza są także dłonie i paznokcie. Znanе powieǳenie mówi, że „dłonie są wizytówką człowieka”, dlatego też bardzo często są jednym z pierwszych elementów, na który zwraca się uwagę w kontakcie z drugim człowiekiem. Zatem zadbane, wypielęgnowane dłonie są również korzystnym przekazem w komunikacji pozawerbalnej. Oczywiście w przypadku zawodów medycznych na dłoniach lekarza występują rękawiczki, przysłaniające dłonie i paznokcie, niemniej jednak, poza tym okresem stanowią bardzo ważny element wizerunku. W przypadku dłoni profesjonaliści obowiązuje kanon biznesowy. Dla zawodów medycznych, zarówno u kobiet, jak i mężczyzn paznokcie powinny być krótkie<sup>98</sup>, o kształcie jak najbardziej naturalnym, z delikatnie zaokrąglonymi bokami. Biorąc pod uwagę kolor paznokci (u kobiet) najbardziej bezpieczne są kolory neutralne, takie jak odcienie beżu, pudrowego różu, manicure francuski lub pokrycie paznokci bezbarwnym lakierem lub odżywką. Należy unikać kolorów intensywnych oraz krzykliwych. Z kolei u mężczyzn dopuszczalne jest jedynie pokrycie paznokci lakierem bezbarwnym lub odżywką.

Istotnym elementem wizerunku są ozdoby takie jak biżuteria, okulary, zegarek itp. W wizerunku biznesowym dla kobiet dyskretne dodatki oraz makijaż to elementy wręcz pożądane, ponieważ „bez nich kobieta wygląda na zaniedbaną lub nie do końca ubraną”<sup>99</sup>. Poprawnie dobrana biżuteria ma także przekaz pozawerbalny: wzmacnia wizerunek oraz podkreśla osobowość i zajmowaną pozycję<sup>100</sup>. Podstawowe zasady doboru biżuterii to zachowanie umiaru w formie jak i ilości<sup>101</sup> oraz

---

<sup>95</sup> Ibidem.

<sup>96</sup> Ibidem, s. 49 i 76.

<sup>97</sup> Ibidem, s. 76.

<sup>98</sup> Van der Merwe J.W., Rugunanan M., Ras J., Roscher E-M., Henderson B.D., Joubert G., *Patient preferences regarding the dress code, conduct and resources used by doctors during consultations in the public healthcare sector in Bloemfontein, Free State*, “South African Family practice”, Vol. 58, 2016, p. 94–99.

<sup>99</sup> Kowalska K., Łakoma A., Szymoniuk B., *Wizerunek biznesowy*, Wyd. Politechnika Lubelska, Lublin 2011, s. 54.

<sup>100</sup> Job D., *Biżuteria w biznesie- jak odpowiednio dobrać dodatki?*, <https://businessandprestige.pl/wizerunek-w-biznesie-bizuteria-biznesie-odpowiednio-dobrac-dodatki/>, data dostępu: 10.10.2021.

<sup>101</sup> Kowalska K., Łakoma A., Szymoniuk B., *Wizerunek biznesowy*, Wyd. Politechnika Lubelska, Lublin 2011, s. 54.

wybór najwyższej jakości materiałów<sup>102</sup>. Należy zatem unikać biżuterii bardzo strojnej, wręcz krzykliwej, kierując się zasadą „mniej znaczy więcej”. Najlepiej sprawdzą się ozdoby wykonane ze szlachetnych materiałów, jak np.: złoto, srebro, platyna, delikatne perły oraz kamienie szlachetne i półszlachetne. Zdaniem większości pacjentów kolczyki są ozdobą odpowiednią dla kobiet-lekarzy<sup>103</sup>, przy czym najlepszą ich formą są wkręty. Z kolei dopuszczalne ozdoby kobiecej dłoni to zegarek, delikatna bransoletka oraz pierścionek i obrączka<sup>104</sup>. Należy unikać noszenia wielu pierścionków i bransoletek. Zasada ta jest szczególnie istotna dla zawodów medycznych, gdzie ozdoby dłoni mogą wręcz przeszkadzać w wykonywaniu pracy (lub są niedopuszczalne np. przy wykonywaniu zabiegów operacyjnych).

Dodatki dozwolone dla mężczyzn to: okulary, spinki do koszuli, zegarek oraz obrączka. Co więcej, pewne rodzaje ozdób są wręcz z punktu widzenia etykiety zabronione, tj.: kolczyki, pierścionki, łańcuszki (wyjątek może stanowić dyskretny, niewidoczny łańcuszek z krzyżykiem lub medalikiem), bransoletki (wyjątek stanowią bransolety zegarka), wymyślne guziki i inne elementy ubrania mogące być uznane za biżuterię<sup>105</sup>. Szczególną rolę wśród męskich ozdób pełni zegarek. Istnieje przekonanie, że zegarek świadczy o pewnym statusie właściciela, zatem dobór tego akcesorium może być również istotnym komunikatem pozawerbalnym. Sam wybór modelu zależy od całej stylizacji, ponieważ zegarek powinien pasować do stroju i osobowości oraz zasobności finansowych właściciela. Niemniej jednak, zgodnie z zasadami wizerunku biznesowego należy wybierać zegarek klasyczny, na skórzanym pasku lub bransolecie, zaś bransolety kauczukowe przeznaczone są do aktywności związanej z uprawianiem sportu. Bardzo ważny jest sam sposób noszenia zegarka. Mężczyzna nigdy nie powinien nosić zegarka luźno na nadgarstku, nie może on być też zbyt mocno zaciśnięty. Zegarek nosimy na lewej ręce (wyjątek mogą stanowić osoby leworęczne). Ponadto, nie powinien wystawać spod mankietu koszuli, powinien być natomiast widoczny tylko wówczas, gdy ramię jest zgięte<sup>106</sup>.

Uzupełnieniem ubioru i nieodłącznym elementem wizerunku kobiety jest makijaż. Odpowiedni dla kobiet lekarzy jest makijaż służbowy. Powinien on zakrywać oznaki zmęczenia, np. cienie pod oczami oraz wszelkie niedoskonałości skóry, jak np. wypryski czy rozszerzone naczynka. W przypadku lekarza jest to szczególnie istotne, ponieważ oznaki zmęczenia czy niewyspania mogą budzić

---

<sup>102</sup> Job D., *Biżuteria w biznesie- jak odpowiednio dobrać dodatki?*, <https://businessandprestige.pl/wizerunek-w-biznesie-bizuteria-biznesie-odpowiednio-dobrac-dodatki/>, data dostępu: 10.10.2021.

<sup>103</sup> Van der Merwe J.W., Rugunan M., Ras J., Roscher E.-M., Henderson B.D., Joubert G., *Patient preferences regarding the dress code, conduct and resources used by doctors during consultations in the public healthcare sector in Bloemfontein, Free State*, „South African Family practice”, Vol. 58, 2016, p. 94–99.

<sup>104</sup> Ibidem.

<sup>105</sup> Krajski S., *Biżuteria męska w świetle podręczników savoir vivre*, <http://www.savoir-vivre.com.pl/?bizuteria-meska-w-swietle-podrecznikow-savoir-vivre,656>, data dostępu 20.10.2021.

<sup>106</sup> <https://www.trendhim.pl/articles/283/jak-nosic-meski-zegarek-ze-stylem>, data dostępu 22.09.2021.

brak zaufania pacjenta (zmęczenie jest jednym z głównych powodów błędów medycznych<sup>107</sup>). Do głównych zasad makijażu służbowego można zaliczyć:

- dobór palety barw kosmetyków do typu urody, używanie cieni do powiek w kolorach naturalnych,
- idealne dopasowanie koloru podkładu do koloru cery (niedopuszczalne jest by kolor twarzy różnił się od koloru szyi),
- podkreślenie oczu kreską w kolorze tęczówki lub kolorze szarym, brązowym i granatowym, należy unikać koloru czarnego,
- podkreślenie rzęs kolorem czarnym lub grafitowym,
- usta powinny być pomalowane błyszczącym lub pomadką w naturalnym kolorze,
- pokrycie skóry pudrem sytkim zapobiegającym błyszczeniu się skóry.

Warto podkreślić, iż zgodnie z zasadami etykiety wszelkie modyfikacje ciała są niedopuszczalne. Zatem dodatkowe ozdoby ciała takie jak widoczne tatuaże oraz kolczyki w nosie, łuku brwiowym, wardze czy języku odbiegają od wizerunku profesjonalisty. W przypadku zawodów medycznych, według badań V. der Merwe z zespołem, niewielu pacjentów akceptuje tego typu modyfikacje ciała. Warto jednak podkreślić, iż tatuaże akceptowalne są bardziej dla mężczyzn lekarzy (4,4% odpowiedzi dotyczących akceptacji tatuaży dla mężczyzn, 2,5% ankietowanych akceptuje tatuaże u kobiet), zaś kolczyki (piercing) są bardziej akceptowalne u kobiet (7,8% wskazań na akceptację piercing'u u kobiet i 5,6% u mężczyzn)<sup>108</sup>.

Fizyczność, a więc wygląd zewnętrzny, jest bez wątpienia jednym z czynników, który pacjenci poddają ocenie, w związku z czym warunkuje postrzeganie lekarza jako profesjonalisty. Dla potrzeb dalszych badań, przyjęto, iż podstawowe elementy wizerunku zewnętrznego lekarza obejmują jego strój/uniform (tj. jego czystość, schludność, kolor, rodzaj obuwia oraz środki ochrony osobistej) oraz aparycję (tj. fryzurę, zarost, dodatki).

## 2.2. Otoczenie lekarza – czynniki tworzące wizerunek

Poza wizerunkiem osobistym na ogólny odbiór danego lekarza wpływa także otoczenie, w którym funkcjonuje. Zatem istotnym elementem budowania wizerunku profesjonalisty będzie nie tylko wystrój i wyposażenie gabinetu, w którym lekarz przyjmuje pacjentów, ale również całej placówki, tj. poczekalni, recepcji, czy nawet otoczenia budynku. Wszystkie te elementy będą miały wpływ na ostateczną ocenę danej usługi medycznej, a zatem pośrednio również na ocenę danego lekarza. Dla-

<sup>107</sup> Nowosielska K., <https://www.prawo.pl/zdrowie/zmeczony-lekarz-jest-niebezpieczny,261942.html>, data dostępu 30.10.2021.

<sup>108</sup> Van der Merwe J.W., Rugunanan M., Ras J., Roscher E-M., Henderson B.D., Joubert G., *Patient preferences regarding the dress code, conduct and resources used by doctors during consultations in the public healthcare sector in Bloemfontein, Free State*, "South African Family practice", Vol. 58, 2016, p. 94–99.

tę też zasadnym wydaje się, by zachować dbałość nie tylko o wizerunek osobisty, ale i wizerunek otoczenia, w którym się pracuje.

Pierwsze wrażenie pacjenta udającego się po poradę medyczną dotyczy budynku, w którym realizowana jest usługa oraz jego otoczenia. Istotna jest lokalizacja budynku, dostęp do środków komunikacji, liczba miejsc parkingowych oraz zadbane otoczenie. Należy pamiętać, by otoczenie oraz budynek był właściwie przygotowany w różnych porach roku, np. zimą należy dopilnować odśnieżenia chodnika i schodów oraz ich właściwego zabezpieczenia przed upadkiem, zrzućcia śniegu/sopli lodu z dachu, zgrabienia liści jesienią czy wykoszenia trawnika. Na pozytywne postrzeganie budynku wpływa również:

- elewacja budynku tj. zadbane, czysta, odpowiednio pomalowana (najlepiej sprawdzą się stonowane kolory),
- brak barier architektonicznych,
- odpowiednie oznaczenie budynku tj. tablica informacyjna oraz tablice kierunkowe.<sup>109</sup>

Kolejne doświadczenia pacjenta dotyczą wnętrza budynku. W tym przypadku szczególną rolę odgrywa recepcja oraz poczekalnia (może to być jedno wspólne lub dwa oddzielne pomieszczenia). Zazwyczaj w recepcji lub poczekalni rozpoczyna się wizyta w danej placówce medycznej i właśnie te miejsca warunkują nierzadko decyzję pacjenta o pozostaniu w placówce lub rezygnacji z jej usług. Warunki, w których przebywa pacjent przed wizytą, mają wpływ na jego wyobrażenie nie tylko o samej usłudze (czy świadczeniodawcy), ale również postrzeganie „w jaśniejszych barwach siebie, swojego zdrowia i szans na przyszłość”<sup>110</sup>. Dlatego też, bardzo ważne jest odpowiednie przygotowanie tych pomieszczeń, uwzględniając takie składowe, jak: kolory, oświetlenie, umeblowanie oraz dekoracja wnętrza<sup>111</sup>.

Wybierając kolory do pomieszczeń należy uwzględnić kolorystykę wszystkich elementów tworzących dane miejsce tj. ścian, sufitu, mebli, dodatków oraz podłogi. Kolory wpływają na nastrój, wygląd i samopoczucie osób przebywających w ich otoczeniu, dlatego też, dokonując wyboru kolorystyki pomieszczeń należy zwrócić uwagę na barwę, odcień (jasny, ciemny), natężenie (intensywność i czystość koloru) oraz psychologię barw<sup>112</sup>. W literaturze przedmiotu istnieje wiele opracowań dokonujących charakterystyki poszczególnych kolorów, poniżej przedstawiono przykładowe znaczenie wybranych kolorów:

- Czerwony – kolor krzykliwy, emocjonalny, energiczny, kojarzony z krwią, miłością i ogniem, może powodować wzrost ciśnienia i przyspieszenie oddechu,

---

<sup>109</sup> <https://www.prawo.pl/zdrowie/public-relations-gabinetu-lekarza-specjalisty,236900.html>, data dostępu: 5.10.2021.

<sup>110</sup> Bukowska-Piestrzyńska A., *Marketing usług zdrowotnych od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*, Wyd. CeDeWu.pl, Wyd. V, Warszawa 2014, s. 96.

<sup>111</sup> Ibidem.

<sup>112</sup> Ibidem, s.97-98.

mobilizuje do podejmowania decyzji. Jego zbyt duża ilość może warunkować uczucie zmęczenia i trudności ze skupieniem.

- Pomarańczowy – symbol dobroci, życzliwości, entuzjazmu i kreatywności, poprawia nastrój, minimalizuje agresję. Pomaga uwolnić się od złych emocji, redukuje stres, ale w nadmiernej ilości może powodować również rozdrażnienie.
- Żółty – kojarzony ze słońcem, radością, poprawia koncentrację. Wywołuje poczucie dobrej energii, wspomaga zapamiętywanie i skupienie oraz wzmacnia apetyt. W nadmiernym nasileniu może wpływać także stresująco.
- Zielony – symbol wzrostu, życia, młodości, natury. Przyspiesza procesy zdrowienia, daje odczucie odprężenia. Działa relaksująco, uspakajająco, potęguje poczucie bezpieczeństwa, obniża poziom stresu.
- Niebieski – kojarzony z czystością, świeżością, symbolizuje autorytet, prawdę i mądrość, ma właściwości uspakajające, wpływa na obniżenie ciśnienia krwi oraz obniża apetyt. Jest to kolor odpowiedni do pomieszczeń, w których odpoczywamy.
- Biały – symbol niewinności, czystości, świeżości, kojarzony z prawdą i zaufaniem. Pobudza optymistyczne postrzeganie świata, łagodzi stres i wzmacnia koncentrację (jest kolorem neutralnym, zatem nie pochłania uwagi). Może także potęgować poczucie chłodu i osamotnienia. Ze względu na skojarzenia związane z łagodzeniem stresu, czystości i pobudzaniem koncentracji jest bardzo dobrym kolorem do biur i gabinetów.<sup>113,114,115</sup>

Warto zaznaczyć, iż wybierając kolor podłogi należy kierować się przede wszystkim tym, by zawsze wyglądała na czystą. Zatem w gabinetach medycznych najlepiej sprawdzi się wielokolorowa posadzka, która najlepiej maskuje nieczystości.

Z kolorystyką wnętrza nierozdzielnie powiązane jest oświetlenie. Wynika to z faktu, iż jedne kolory odbijają światło (np. biały odbija ok 80% światła), inne zaś światło pochłaniają (np. czarny). Poza kolorem wnętrza, dokonując wyboru oświetlenia do placówek medycznych należy zwrócić uwagę na<sup>116</sup> :

- równomierność rozkładu światła w danym pomieszczeniu oraz wyeliminowanie „efektu migotania”,
- zastosowanie jednej barwy oświetlenia w danym pomieszczeniu (w gabinecie medycznym rekomendowane jest światło barwy światła dziennego, zaś w pozostałych pomieszczeniach światło barwy białej – ciepłej),

---

<sup>113</sup> Kilijańska B., *Wpływ koloru przekazu na jego percepcję*, „Dziennikarstwo i media”, 2017, nr 8, s. 176–178.

<sup>114</sup> Bukowska-Piestrzyńska A., *Marketing usług zdrowotnych od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*, Wyd. CeDeWu.pl, Wyd. V, Warszawa 2014, s. 98–99.

<sup>115</sup> <https://www.nitus.pl/psychologia-koloru/>, data dostępu: 3.11.2021.

<sup>116</sup> Maciejowski K., Książkiewicz A., *Projektowanie oświetlenia w gabinecie stomatologicznym*, „Magazyn stomatologiczny”, 2000, nr 7–8, s. 80, za: Bukowska-Piestrzyńska A., *Marketing usług zdrowotnych od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*, Wyd. CeDeWu.pl, Wyd. 5, Warszawa 2014, s. 101–102.

- zgodność natężenia światła z PN-UE 122464-1 (w gabinecie natężenie światła powinno wynosić: w całym pomieszczeniu – 500 lx, w miejscu pracy lekarza – 1000 lx),
- wyposażenie opraw w odpowiedni odbłyśnik – rozpraszający światło, co niweluje ostre, oślepiające światło<sup>117</sup>.

Poza oświetleniem w pomieszczeniach pomocniczych, jak i samym gabinecie, konieczne jest również zadbanie o odpowiednią temperaturę, wilgotność oraz czystość powietrza. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej, pomieszczenia takie „powinny być wyposażone w wentylację, która powinna zapewniać co najmniej 1,5 krotną wymianę powietrza na godzinę”<sup>118</sup>. Istotnym czynnikiem wpływającym na wrażenia pacjenta z danego miejsca jest również zapach. Jego znaczenie opiera się na fakcie, iż „oddziałując bezpośrednio na podświadomość człowieka, wywołuje natychmiastową reakcję (...), dlatego też z danym zapachem czujemy się dobrze lub źle, pobudza nas lub uspokaja, jest dla nas miłym doznaniem bądź też na myśl o nim czujemy dyskomfort”<sup>119</sup>. Zatem, zgodnie ze sztuką aromaterapii, odpowiednio dobrany zapach może nie tylko wprowadzać w dobry nastrój, ale również ukoić stres i zdenerwowanie przed wizytą lekarską<sup>120</sup>.

Kolejne elementy poczekalni oraz recepcji to rozmieszczenie oraz rodzaj umeblowania. Najważniejszą częścią tej powierzchni są miejsca siedzące, które poza odpowiednią kolorystką, schludnością oraz czystością powinny być przede wszystkim wygodne. Niezwykle ważnym jest również zabezpieczenie odpowiedniej liczby tych miejsc, tak by pacjenci oczekujący na wizytę mogli ten czas spędzić w komfortowych warunkach. Ważne jest zatem zapewnienie takiej liczby miejsc, by każdy z oczekujących miał miejsce siedzące oraz by pacjenci nie byli zbyt tłoczni „i nie wchodzili w swoją przestrzeń”<sup>121</sup>. Dlatego też, już na etapie projektowania poczekalni, konieczne jest przewidzenie jaka liczba pacjentów będzie jednocześnie z niej korzystać. W poczekalni pacjenci oczekują na wizytę, zatem by umilić ten czas i wprowadzić przed wizytą w dobry nastrój zaleca się różne formy „rozrywki”. Przykładowe stosowane rozwiązania to: prasa branżowa oraz rozrywkowa, dostęp do sieci internetowej, monitor telewizyjny (np. z włączoną bajką w gabinetach obsługujących dzieci) czy dziecięcy kącik rozrywki. Dopełnieniem wnętrza są elementy dekoracyjne takie jak: obrazy, roślinność czy akwarium np. z rybkami.

<sup>117</sup> Niezgodna J., *Wnętrze. Światło i kolor w gabinecie stomatologicznym*, „As Stomatologii”, 2005, nr 3, s. 53, za: Bukowska-Piestrzyńska A., *Marketing ...*, op.cit., s. 102.

<sup>118</sup> Gładyszewska-Fiedoruk K., *Stan powietrza w małych gabinetach lekarskich*, „Instal”, 2009, nr 3, s. 18–22.

<sup>119</sup> Bukowska-Piestrzyńska A., *Obsługa klienta gabinetu stomatologicznego*, Wyd. CZELEJ, Lublin 2011, s. 43.

<sup>120</sup> Ibidem, s. 44.

<sup>121</sup> Bukowska-Piestrzyńska A., *Marketing ...*, op.cit., s. 102.

Warto pamiętać, iż fauna i flora, poza funkcją dekoracyjną, spełnia również istotne zadanie relaksacyjne oraz rozrywkowe (np. akwarium z rybkami to bardzo dobra alternatywa dla telewizora). W poczekalni powinno znaleźć się również miejsce na edukację i przekazywanie informacji w postaci broszur i ulotek oraz tablicy informacyjnej. Rozrywkę oraz dobry nastrój pacjenta przed wizytą lekarską może zapewnić również muzyka. Odpowiednio dobrany repertuar „oparty na prostej konstrukcji tonalnej i niewielkich zmianach dynamiki działa uspakajająco i znosi nadmierny lęk”, przez co ma znaczący wpływ na samopoczucie pacjenta<sup>122</sup>.

Na wizerunek lekarza bezpośrednio wpływa jego najbliższe otoczenie, a zatem gabinet, w którym przyjmuje pacjentów. Poza elementami opisanymi powyżej, jak kolorystyka, oświetlenie, zapach, temperatura, meble itd., w gabinecie lekarskim nie powinno zabraknąć atrybutów poświadczających profesjonalizm danego medyka. Może to być półka z literaturą branżową, dyplomy ukończenia kursów i szkoleń oraz zdobyte wyróżnienia w konkursach (np. *Lekarz roku*). Poza symbolami mającymi uwierzytelnić doświadczenie i profesjonalizm, w gabinecie mogą znaleźć się również pamiątki czy przedmioty związane z pasją lekarza, które mają z kolei wpływ na odbierany przez pacjenta obraz jego osobowości (zwłaszcza, że wspólne pasje zwiększają sympatię i zaufanie do danej osoby). Na biurku lekarza powinien bezwzględnie panować porządek, mogą pojawić się również akcenty osobiste, np. zdjęcia rodziny. W zależności od specjalizacji lekarza, gabinet wyposażony jest w odpowiedni sprzęt oraz urządzenia. Bez względu na jego ilość, gabaryty oraz czy jest to sprzęt wysłużony czy też nowy, powinien on być bezwzględnie czysty i zadbane (bez widocznych oznak zużycia). Znaczenie wyglądu pomieszczeń zakładu opieki zdrowotnej bardzo dobrze obrazuje powiedzenie: „im dłużej wygląd gabinetu (poczekalni, toalety itd.) mówi: młody lekarz na dorobku, tym dłużej będziesz się dorabiał”<sup>123</sup>, co oznacza, że pacjenci oceniają danego lekarza również przez pryzmat otoczenia, w którym funkcjonuje.

### 2.3. Komunikacja lekarz–pacjent

Komunikacja pomiędzy lekarzem oraz pacjentem „ma kluczowe znaczenie dla praktyki medycznej i jest niezbędna dla wysokiej jakości opieki zdrowotnej w diagnostyce i leczeniu chorób”<sup>124</sup>. Wynika to z faktu, iż wpływa nie tylko na zadowolenie pacjentów z usługi medycznej, ale również ma duże znaczenie

---

<sup>122</sup> Janiszewski M., *Elementy odnowy biologicznej*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1994, s. 119, za: Bukowska-Piestrzyńska A., *Obsługa ...*, op.cit., s. 46.

<sup>123</sup> Beckwith H., *Sprzedać niewidzialne*, Wyd. Prószyński i S-ka, Warszawa 2000, s. 150, za: Bukowska-Piestrzyńska A., *Marketing usług zdrowotnych od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*, Wyd. CeDeWu.pl, Wyd. V, Warszawa 2014, s. 94.

<sup>124</sup> Mahmud A., *Doctor-patient relationship*, „Pulse”, 2009 Vol. 3, No. 1, p. 12–14.

w samym procesie leczenia<sup>125</sup>. Dzieje się tak, ponieważ właściwa komunikacja lekarz–pacjent pomaga nie tylko uregulować emocje (które w przypadku choroby nierzadko są skrajne), ale również umożliwia bardziej trafną identyfikację potrzeb pacjenta, jego percepcji, oczekiwań i, co się z tym wiąże, większego zaangażowania w proces terapeutyczny<sup>126</sup>.

Problematyka komunikacji lekarz–pacjent oraz jej istota w procesie leczniczym została zauważona już w starożytności. W starożytnej Grecji, za czasów Platona i Arystotelesa, relacja ta określana była jako przyjaźń lekarska<sup>127</sup>. Współczesna medycyna również dostrzega jej istotność w procesie medycznym, stąd treści związane z kształtowaniem kompetencji przyszłych lekarzy w zakresie komunikacji pojawiają się już na studiach medycznych. Warto podkreślić, iż w procesie terapeutycznym niezwykle ważnym elementem, który pozwala na budowanie zaufania, a tym samym dobrych relacji i efektywnej współpracy jest wizerunek lekarza<sup>128</sup>. Z kolei, według badań przeprowadzonych przez A. Turkiewicza, wśród czynników najsilniej skorelowanych z wizerunkiem, mających wpływ na postrzeganie lekarzy znajdują się: szacunek ze strony lekarza, poświęcenie uwagi oraz udzielenie emocjonalnego wsparcia<sup>129</sup>. Wszystkie te elementy zależą od realizowanego procesu komunikacji. Oznacza to, że pacjent nie mając kompetencji by ocenić wiedzę lekarza (jego fachowość) poszukuje innych cech usługi, które jest w stanie zweryfikować. Zatem ostateczna ocena świadczeniodawcy usługi, nie zawsze musi być związana z wynikiem leczenia, ale sposobem jego realizacji, którego podstawowym elementem jest jakość komunikacji.

Rola komunikacji w procesie świadczenia usług medycznych jest bezsprzeczna. Niezwykle istotny jest już sam schemat komunikacyjny, jaki zostanie zastosowany przez świadczeniodawcę usługi. Wynika to z faktu, iż czym innym jest *komunikowanie* oraz *komunikowanie się*. W pierwszym przypadku komunikacja odbywa się na zasadzie jednostronnego, asymetrycznego przekazu informacji. Ten model nazywany jest modelem paternalistycznym i jest charakterystyczny dla medycyny tradycyjnej. W tym schemacie lekarz obrazowany jest jako ojciec, który chce dobra dla swojego dziecka pomijając jego wolę i wolność (...), zaś dobro definiuje według własnego zdania, ograniczając lub nie zwracając w ogóle uwagi na autonomię chorego<sup>130</sup>. W tym sposobie komunikacji widoczny jest dystans między biorącymi udział

---

<sup>125</sup> Kaźmierczak A., *Wpływ komunikacji z personelem medycznym na doświadczenie choroby przez pacjentów*, „Homo Communicativus”, Vol. 1, nr 3, s. 133.

<sup>126</sup> Zembala A., *Modele komunikacyjne w relacjach lekarz–pacjent*, „Zeszyty Naukowe Doktorantów UJ. Nauki ścisłe”, 2015, nr 11 (2), s. 46.

<sup>127</sup> Ibidem, s. 36.

<sup>128</sup> Turkiewicz J., *Budowanie wizerunku w ochronie zdrowia na przykładzie lekarzy w Polsce*, „Journal of Health Sciences”, 2013, 3(11), s. 133–142.

<sup>129</sup> Ibidem.

<sup>130</sup> Zembala A., *Modele ...*, op.cit., s. 36.



w procesie i jest on wynikiem przyjęcia przez lekarza pozycji „wyższości” (tego, który jest ekspertem w danej dziedzinie) oraz często infantyilizowaniem pacjenta<sup>131</sup>.

Obecnie, za obowiązujący model komunikacji lekarz–pacjent, przyjmuje się układ partnerski (a zatem *komunikowanie się*), którego celem jest współuczestnictwo pacjenta w procesie leczenia. W tym przypadku komunikacja lekarz–pacjent jest dwukierunkowa, co oznacza, że przebiega na zasadzie porozumienia<sup>132</sup>. Tym samym, zwiększa się rola pacjenta, który nie tylko stosuje się do poleceń lekarza (jak w przypadku modelu paternalistycznego), ale również jest współuczestnikiem procesu leczenia i, co za tym idzie, współodpowiedzialnym za jego rezultaty<sup>133</sup>. Komunikacja w tym schemacie wymaga od lekarza nowej wiedzy i umiejętności, zwłaszcza z zakresu empatii oraz umiejętności wsparcia emocjonalnego (z zachowaniem właściwego i korzystnego dla obu stron dystansu emocjonalnego)<sup>134</sup>. Istotnym założeniem tego modelu jest również interakcja emocjonalna (afektywna), zakładająca traktowanie pacjenta jako osoby, a nie jako kolejnego „przypadku”<sup>135</sup>. Stąd w modelu partnerskim niezwykle ważnym elementem komunikacji jest również umiejętność słuchania. Szczególnie istotna wydaje się zwłaszcza umiejętność aktywnego słuchania, która pomaga zakomunikować pacjentowi zrozumienie jego problemów<sup>136</sup>. Wśród najczęściej stosowanych technik aktywnego słuchania w relacji lekarz–pacjent wyróżnia się:

- Potwierdzenie odbioru informacji – jest to najprostsza reakcja potwierdzająca, że komunikat nadawany przez pacjenta dotarł do odbiorcy. Może być wykonywana poprzez stosowanie wypowiedzi takich jak: „tak”, „aha”, „to interesujące...”, „to ciekawe...”, pytań otwartych odwołujących się do przekazu oraz komunikatów pozawerbalnych jak np.: potakiwanie głową, uśmiech, czy inne sposoby okazywania zrozumienia i uwagi.
- Uściślenie (konkretyzowanie) wypowiedzi – jej celem jest poznanie w jaki sposób pacjent rozumie daną wypowiedź. Technika ta, na ogół, przyjmuje formę pytań dotyczących poruszanych przez pacjenta problemów, np.: „Co Pan/i przez to rozumie?”, „Czy może mi Pan/i powiedzieć coś więcej na ten temat?”, „Co Pan/i ma na myśli?”, itp.

---

<sup>131</sup> Białek-Szwed O., *Komunikacja w codziennej praktyce medycznej a publicystyka dziennikarska*, „Media, biznes, kultura”, 2019, nr 2(7), s. 86.

<sup>132</sup> Zembala A., *Modele ...*, op.cit., s. 42.

<sup>133</sup> Ibidem, s. 40.

<sup>134</sup> Jarosz M. J., Kawczyńska-Butrym Z., Włoszczak-Szubzda A., *Modele komunikacyjne relacji lekarz–pacjent–rodzina*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 2012, Tom 18, nr 3, s. 212–218, za: Zembala A., *Modele ...*, op.cit., s. 40.

<sup>135</sup> Maciąg A., *Komunikacja interpersonalna a jakość świadczeń zdrowotnych. Istota relacji lekarz–pacjent w medycynie*, „Studia i materiały/Wydział Zarządzania. Uniwersytet Warszawski”, 2008, nr 1, s. 130.

<sup>136</sup> Motyka M., *Rola aktywnego słuchania w komunikacji terapeutycznej z pacjentem*, „Nursing Topics”, 2011, 19 (2), s. 261.

- Parafrazowanie – polega na komunikowaniu nadawcy komunikatu, jak został zrozumiany przez odbiorcę, co pozwala na bieżąco diagnozować i eliminować błędy w zrozumieniu przekazu. Polega na powtórzeniu przez odbiorcę (w tym przypadku lekarza) własnymi słowami tego, co usłyszał od pacjenta, np.: „Rozumiem, że...”, „Uważa Pan, że...”, „Zatem, o ile dobrze rozumiem, chciał Pan/i powiedzieć, że...”, itp.
- Odzwierciedlenie uczuć – jest to próba nazwania emocji, z którymi mierzy się w danej chwili pacjent, pozwala to na zbudowanie zaufania oraz ułatwienie radzenia sobie z występującymi w danym momencie stanami emocjonalnymi. Do przykładowych wypowiedzi związanych z tą techniką można zaliczyć: „Mam wrażenie, że ta informacja Pana zasmuciła...”, „Zauważyłem, że jest Pan/i mocno zdenerwowana...”, „Rozumiem, że w takiej sytuacji czuje się Pan/i samotna”.
- Odzwierciedlenie potrzeb – jest to nazwanie tego, co leży u źródła emocji pacjenta (z założenia emocje traktowane są jako wskaźniki jego potrzeb). Przykłady takiego komunikatu to np.: „Rozumiem, że chce się Pan/i czuć bezpiecznie podczas operacji”, „Wyczuwam, że chciałby Pan wiedzieć więcej na temat przebiegu zabiegu?” itp.<sup>137</sup>

Omawiając problematykę komunikacji lekarz–pacjent warto zwrócić uwagę na składniki komunikatu, który dociera do odbiorcy. Powszechnie znane elementy komunikatu to przekaz werbalny oraz pozawerbalny. Do form komunikatu werbalnego można zaliczyć:

- komunikację ustną – czyli, to co mówimy,
- komunikację pisemną – a więc utrwaloną wypowiedź, może być w zakresie komunikacji: interpersonalnej (list, e-mail, SMS), instytucjonalnej (oficjalne pisma, polecenie, rozkaz, instrukcja działania, akt prawny, decyzje, rozporządzenie) oraz masowej (Internet, media drukowane).<sup>138</sup>

W przypadku relacji pacjent–lekarz komunikacja ustna, czyli to co mówimy – treść wypowiedzi jest jednym z najważniejszych elementów usługi medycznej. W związku z tym, iż zasadniczo między lekarzem oraz pacjentem występują różnice kulturowe<sup>139</sup>, istnienie tychże różnic wskazuje na potrzebę dostosowania przekazu do odbiorcy komunikatu<sup>140</sup>. Konieczne jest zatem unikanie określeń ściśle specjalistycznych lub mogących sprawiać trudności pacjentowi, np. nazwa jednostki chorobowej lub stosowanego preparatu niekoniecznie musi być podawana nazewnictwem łacińskim. Ponadto, używanie niezrozumiałej dla pacjenta nomenklatury

<sup>137</sup> Ibidem, s.262-263.

<sup>138</sup> Jankowska A.K., Ratajska A., *Komunikacja werbalna i niewerbalna*, [w:] Mastalerz-Migas A., Jankowska A.K., Barański J. (red.), *Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej*, Edra Urban&Partner, Wrocław 2021, s. 2.

<sup>139</sup> Związane z przynależnością do lekarza do określonej grupy społecznej w tym przypadku medycznej, która używa specjalistycznego języka medycznego.

<sup>140</sup> Kozak E., *Komunikacja werbalna i niewerbalna w porozumieniu się międzykulturowym*, „Kultura i edukacja”, 2005, nr 4, s. 63.

powoduje jego zagubienie, brak zrozumienia tematu, a w konsekwencji także utratę zaufania. Wobec powyższego używanie języka zrozumiałego dla pacjenta staje się priorytetem w skutecznej komunikacji lekarz–pacjent, zaś wszelkie niejasności powinny być na bieżąco pacjentowi objaśniane. Szczególnie istotne jest komunikowanie pacjentowi, co lekarz robi lub poinformowanie, co będzie robił. Informowanie pacjenta o przebiegu wizyty pozwala na zdobycie zaufania, zaś w przypadku konieczności chwilowego „oderwania się” od rozmowy, np. w celu uzupełnienia karty pacjenta, prośba o chwilę cierpliwości oraz wyjaśnienie, jakie działania są realizowane sprawi, iż pacjent poczuje się ważny i nieignorowany<sup>141</sup>. Warto zwrócić również uwagę na milczenie. Może ono pojawić się podczas procesu komunikacji, jednak gdy trwa za długo, może stanowić dla pacjenta sygnał wrogości lub lekceważenia<sup>142</sup>. Z zawodem medycznym związana jest duża presja czasu, czego konsekwencją jest ciągły pośpiech, zwłaszcza podczas rozmowy z pacjentem, który skutkować może jego niedoinformowaniem. Z kolei to powoduje, iż pacjent nie mając zaspokojonej potrzeby informacji, poszukuje tej wiedzy gdzie indziej (u innego lekarza, w Internecie) lub zignoruje tę potrzebę, co może przełożyć się na efekt terapeutyczny. W konsekwencji jego stan może ulec pogorszeniu, w wyniku czego będzie potrzebował kolejnej interwencji medycznej<sup>143</sup>. Zatem „strata czasu” na rozmowę z pacjentem to strata pozorna, ponieważ konieczność powtórnej wizyty powoduje „konsumpcję” jeszcze większej jego ilości<sup>144</sup>. Istotę komunikacji werbalnej podkreślają wyniki badań medexpress z 2013 roku, z których wynika, że „64 procent pacjentów oczekuje od lekarzy w szpitalach przede wszystkim wyjaśnienia wszelkich kwestii związanych z planowanym zabiegiem bądź badaniem, a ponad połowa pytanym wśród najważniejszych wymagań umieszcza wyrażanie się przez lekarzy w zrozumiałym sposób”<sup>145</sup>. Reasumując, można stwierdzić, że komunikat jest skuteczny, gdy jest: zrozumiały, zaakceptowany i zapamiętany, zaś celami oraz jednocześnie kryteriami kompetentnej komunikacji są: klarowność (rozumiana jako precyzja komunikatu), zrozumienie (a więc stopień, w jakim odbiorca pojmuje zamierzone znaczenie przekazu) oraz zgoda (czyli wyznawanie podobnych wartości lub przekonań na określony temat)<sup>146</sup>.

Drugi rodzaj komunikatu to przekaz pozawerbalny. W literaturze przedmiotu wyróżnia się następujące składniki komunikatu niewerbalnego:

---

<sup>141</sup>Sobierajski T., *Jak skutecznie rozmawiać z pacjentem?*, <https://www.mp.pl/szczepienia/praktyka/komunikacja/73505.jak-skutecznie-rozmawiac-z-pacjentem>, data dostępu: 12.09.2021.

<sup>142</sup> Stangierska I., Horst-Sikorska W., *Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem*, „Forum medycyny rodzinnej”, 2007, s. 63.

<sup>143</sup> Nowina Konopka M., *Komunikacja lekarz–pacjent. Teoria i praktyka*, Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016, s. 83.

<sup>144</sup> Ibidem.

<sup>145</sup> Białek-Szwed O., *Komunikacja w codziennej praktyce medycznej a publicystyka dziennikarska*, „Media Biznes Kultura”, 2019, nr 2(7), s. 83.

<sup>146</sup> Jankowska A.K., Ratajska A., *Komunikacja...*, op.cit., s. 3.

- mimika twarzy,
- kontakt wzrokowy,
- pantomimika (gesty),
- postawa ciała,
- dotyk fizyczny,
- ton głosu i komunikaty paralingwistyczne,
- dystans (bliskość).<sup>147</sup>

Na twarzy malują się emocje, dlatego jest to jeden z głównych obszarów przesyłania komunikatów pozawerbalnych. To mimika pozwala rozpoznać różne stany emocjonalne i nastawienie naszego rozmówcy<sup>148</sup>. Przykładowo uśmiech oznacza, że ktoś jest zadowolony (lub chciałby być tak odbierany<sup>149</sup>), jest również wyrazem akceptacji dla rozmówcy. To co „dzieje się” na twarzy rozmówcy, jej wyraz, pozwala przekazywać również odmienne emocje, jak np.: złość, gniew, niecierpliwość, obrzydzenie oraz wiele innych. Jednym z najważniejszych komunikatów niewerbalnych jest kontakt wzrokowy. W literaturze przedmiotu analizowane są jego poszczególne elementy, jak np. długość kontaktu wzrokowego<sup>150</sup>, kierunek patrzenia, częstość mrugania, łzawienie a nawet wielkość źrenicy. Zdaniem A. Kępińskiego, po oczach najłatwiej rozpoznać stan emocjonalny drugiej osoby, ponieważ tylko w minimalnym stopniu możemy je poddać kontroli<sup>151</sup>. Powszechnie znane powiedzenie mówi, że „oczy są zwierciadłem duszy”, zaś jako społeczeństwo do oczu właśnie przypisujemy wiele emocji, jak np.: oczy maślane, smutne, wesołe, niewinne, ufne, nieprzytomne, niespokojne itd. W przypadku relacji lekarz–pacjent utrzymanie kontaktu wzrokowego jest również istotnym elementem budowania zaufania. Niestety w gabinecie lekarskim, poza rozmową z pacjentem, lekarz poświęca dużo czasu na wypełnianie dokumentacji medycznej, co stanowi barierę w utrzymaniu kontaktu wzrokowego (lekarz patrzy na monitor zamiast na pacjenta)<sup>152</sup>. Rozwiązaniem tego problemu może być wypełnianie dokumentacji dopiero po wysłuchaniu pacjenta<sup>153</sup>, co oczywiście z jednej strony wydłuży czas wizyty, z drugiej zaś umożliwi budowanie relacji opartej na wzajemnym szacunku i zaufaniu.

Źródłem informacji o rozmówcy są również wykonywane przez niego gesty, czyli ruchy ciała. Głowa, ręce i nogi poruszając się wysyłają sygnały dotyczące

---

<sup>147</sup> Adair J., *Anatomia biznesu. Komunikacja*, Wyd. Studio Emka, Warszawa 2000, s. 27, za: Bukowska-Piestrzyńska A., *Obsługa ...*, op.cit., s. 48.

<sup>148</sup> Radecka I., Łopacińska I., Kopański Z., Brukwicka I., Lishchynskyy Y., Rowiński J., *O dobrej komunikacji interpersonalnej...*, „Journal of Clinical Healthcare”, 2104, nr 4, s. 33.

<sup>149</sup> Uśmiech szczery i nieszczery – im bardziej niesymetryczny, tym bardziej nieszczery.

<sup>150</sup> Przykładowo: jeśli spojrzenie jest krótkotrwałe i uciekające świadczy to o lekceważeniu lub niechęci do rozmówcy.

<sup>151</sup> Kępiński A., *Twarz i ręka*, „Teksty: teoria literatury, krytyka, interpretacja”, 1977, nr 2 (32), s. 14.

<sup>152</sup> Jankowska A.K., Ratajska A., *Komunikacja...*, op. cit., s. 5.

<sup>153</sup> Ibidem.

odczuwanych stanów oraz emocji. Już sam sposób trzymania głowy może obrazować nastawienie do rozmówcy. Przykładowo, głowa uniesiona może świadczyć o dużej pewności siebie, dumie lub zarozumiałości. Głowa opuszczona to znak nieśmiałości, wstydu, niechęci do kontaktów interpersonalnych<sup>154</sup>. Z punktu widzenia budowania zaufania w kontakcie lekarz–pacjent najbardziej odpowiednim stanem jest głowa trzymana na neutralnej wysokości – takiej, która umożliwia nieskrępowany kontakt wzrokowy. Niezwykle istotne są również ruchy głowy: chwilowe jej pochylenie przy powitaniu świadczy o darzeniu drugiej osoby szacunkiem, szybkie zadarcie do góry zarezerwowane jest dla kontaktów prywatnych, zaś odwrócenie podczas rozmowy świadczy o braku zainteresowania<sup>155</sup>. Gesty pochodzące z ciała człowieka można podzielić na pięć kategorii:

- emblematy – mogą zastąpić komunikat werbalny np. pomachanie ręką na pożegnanie,
- ilustratory – mają za zadanie zobrazować wypowiedź, podkreślają znaczenie wypowiedzianych słów np.: przy wypowiedzianiu słów „taaaaki duży” nadawca pokazuje gestem wielkość,
- regulatory – towarzyszą wypowiedzi, mają za zadanie wzmocnić wypowiedź np.: kończy się czas i pokazywanie na zegarek, podanie ręki przy powitaniu,
- adaptatory – pomagają przystosować się do sytuacji (najczęściej poprzez opóźnienie niekontrolowanych emocji np. drapanie się po karku, pocieranie nosa, poprawianie okularów itp.),
- ekspresje afektu (wskaźniki emocji) – przekaz emocji za pomocą mimiki twarzy.<sup>156</sup>

Z ruchami dotyczącymi ciała związana jest postawa, a zatem jak ciało stoi lub siedzi, co również stanowi komunikat dotyczący stanów emocjonalnych. Bardzo ważna jest zbieżność póz rozmówców – kiedy ciała osób komunikujących się ze sobą zachowują się w podobny sposób oznacza to, że zgadzają się ze sobą lub jedna ze stron pragnie dopasować się do drugiej<sup>157</sup>. W literaturze przedmiotu opisano wiele typowych postaw stojących, jak np. postawa zamknięta (ręce i nogi skrzyżowane), otwarta, obronna i wiele innych. Sposób ułożenia ciała podczas siedzenia jest równie ważnym przekazem. Przykładowo, zajęcie na krześle pozycji wygodnej z rękami rozłożonymi na podłokietnikach sygnalizuje pewność siebie, zaś zajęcie ciałem niewielkiej powierzchni krzesła (siedzenie na brzegu), trzymanie rąk na kolanach i pochylenie ciała do przodu może być wyrazem niepewności lub zniecierpliwienia<sup>158</sup>.

---

<sup>154</sup> Maj-Osytek, *Komunikacja...*, op. cit., s. 22.

<sup>155</sup> Ibidem.

<sup>156</sup> Maj-Osytek, *Komunikacja...*, op.cit., s. 33–35 oraz Jankowska A.K., Ratajska A., *Komunikacja...*, op.cit., s. 4.

<sup>157</sup> Maj-Osytek, *Komunikacja...*, op.cit., s. 58–59.

<sup>158</sup> Ibidem, s. 63.

Komunikat pozawerbalny stanowi również dotyk. Może on być przejawem uprzejmości bądź niechęci, stosunku emocjonalnego do drugiej osoby czy kultury osobistej. Związany jest z dotykiem siebie (np. zakrywanie własnej twarzy, gładzenie włosów), innych osób (np. uścisk dłoni), garderoby (np. poprawianie koszuli, zdejmowanie „niewidzialnych” pyłków z ubrań) lub otaczających przedmiotów (dotykanie krawędzi biurka, przekładanie dokumentów). W kontaktach zawodowych obowiązuje tzw. dotyk uprzejmy, którego przejawem może być: podanie dłoni świadczące o znajomości czy przyjaznym nastawieniu, klepięcie w ramię lub plecy oznaczające życzliwość i wsparcie, ujęcie dłonią czyjegoś ramienia jako oznaka koleżeństwa i poparcia.

Kolejnym składnikiem komunikacji pozawerbalnej, z którym bezpośrednio łączy się dotyk, jest dystans. Dystans, czyli proksemika, pozwala na uzyskanie wiedzy w jaki sposób człowiek wykorzystuje odległość w procesie komunikacji<sup>159</sup>. Amerykański etnolog E.T. Hall wyodrębnił cztery główne przestrzenie uzależnione od tego, z kim wchodzimy w relacje:

- sfera intymna – do 45 cm, przeznaczona dla osób najbliższych, powiązanych ze sobą emocjonalnie,
- sfera osobista – od 45 cm do 1,20 m, bez poczucia dyskomfortu mogą w niej przebywać osoby bliskie, dobrze znane,
- sfera społeczna – od 1,2 m do 3,6 m, dotyczy relacji życia codziennego np. praca, obcy ludzie,
- sfera publiczna – powyżej 3,6 m, jest to dystans zachowywany w przypadku wystąpień publicznych.<sup>160</sup>

Można zatem powiedzieć, że im mniejszy dystans tym relacja jest bliższa<sup>161</sup>. Warto jednak podkreślić, iż w relacji lekarz–pacjent, szczególnie w przypadku udzielania świadczenia medycznego, te strefy mogą zostać naruszone, co może wywołać poczucie dyskomfortu.

Dokonując przeglądu komunikatów pozawerbalnych warto zwrócić również uwagę na parajęzyk, na który składa się ton głosu, akcent, tempo wypowiedzi, napięcie, barwa i dźwięki paralingwistyczne. Świadoma kontrola tonu wypowiedzi jest niezwykle ważna, zwłaszcza w sytuacjach związanych z dużymi emocjami. Ton łagodny i nieagresywny daje szansę na osiągnięcie kompromisu nawet w przypadku sytuacji konfliktowych<sup>162</sup>. Z kolei dźwięki paralingwistyczne to wszelkie odgłosy nie tworzące przekazu słownego takie jak np.: odgłosy śmiechu, płaczu, pomruki, sapanie, przerywniki (jak np. hmmm, eee itp.). Parajęzyk to sygnały pozawerbalne, za pomocą których można uzyskać informacje o pochodzeniu rozmówcy (akcent, intonacja), jego stanie emocjonalnym (np. mówienie drżącym głosem może

---

<sup>159</sup> Radecka I. i inni., *O dobrej ...*, op.cit., s. 33.

<sup>160</sup> Ibidem.

<sup>161</sup> Jankowska A.K., Ratajska A., *Komunikacja...*, op.cit., s. 4.

<sup>162</sup> Ibidem, s. 3.

oznaczają zdenerwowanie, niepokoje), a nawet o jego wykształceniu (akcentowanie czy modulacja)<sup>163</sup>. Należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że dokonując interpretacji tego typu sygnałów zawsze konieczne jest odniesienie do kontekstu rozmowy<sup>164</sup>.

Przekaz pozawerbalny jest najczęściej mieszanką ww. składników. Ich właściwa interpretacja pozwala lepiej odczytać oraz zrozumieć intencje nadawcy komunikatu. Należy jednak pamiętać, by komunikat pozawerbalny poddawać analizie w powiązaniu z treścią wypowiedzi. Wypowiedziane słowo najczęściej jest wzmacniane właśnie poprzez komunikat pozawerbalny, który w sposób świadomy lub nieświadomy (dla nadawcy) ujawnia jego dodatkowe odczucia<sup>165</sup>. Wynika to z faktu, iż „werbalne i niewerbalne elementy komunikacji są całkowicie współzależne, co oznacza, że oddziałują na siebie nawzajem, choć jedno nie determinują znaczenia drugich”<sup>166</sup>. Zatem, aby dokonać trafnej analizy mowy ciała należy wziąć pod uwagę szereg czynników, jak np. pozostałe elementy komunikatu oraz standardy zachowania danej osoby. Tylko w przypadku braku spójności między komunikatem słownym a pozawerbalnym, priorytetowego znaczenia nabierają takie komponenty przekazu jak mowa ciała oraz ton głosu<sup>167</sup>.

Ponadto, w przypadku komunikacji lekarz–pacjent należy zauważyć, iż do głównych działań, które mają znaczenie w postrzeganiu świadczeniodawcy w tym zakresie można zaliczyć:

- okazywanie szacunku – objawiające się np. poprzez poszanowanie praw pacjenta czy przestrzeganie zasad *savoir-vivre*,
- używanie języka dostosowanego do możliwości percepcyjnych odbiorcy – tak, by przekaz był zrozumiały dla pacjenta, z pominięciem lub szczegółowym wyjaśnieniem profesjonalnej terminologii,
- wykazywanie uwagi – zapewnienie odczucia, iż to pacjent jest najważniejszy, zadbanie o odpowiedni harmonogram wizyt, tak by wizyta nie odbywała się w pośpiechu,
- przejawianie sympatii – traktowanie pacjenta z życzliwością, odpowiednia mowa ciała np. uśmiech, gest powitania,
- utrzymywanie kontaktu także po czasie, kiedy pacjent opuści gabinet, np. odbieranie telefonu, odpisywanie na wiadomości mailowe.<sup>168</sup>

---

<sup>163</sup> Nowina Konopka M., *Komunikacja...*, op. cit., s.109.

<sup>164</sup> Ibidem.

<sup>165</sup> Maj-Osytek M., *Komunikacja niewerbalna. Autoprezentacja, relacje, mowa ciała*, Wyd. Samo Sedno, Warszawa 2014, s. 14–15.

<sup>166</sup> Stewart J., *Mosty zamiast murów. O komunikowaniu się między ludźmi*, Wyd. PWN, Warszawa 2000, s. 78, za: Sobierajski T., *Jak skutecznie rozmawiać z pacjentem?*, <https://www.mp.pl/szczepienia/praktyka/komunikacja/73505.jak-skutecznie-rozmawiac-z-pacjentem>, data dostępu: 12.09.2021.

<sup>167</sup> Doświadczenia A. Mechrabiana wykazały, jakie elementy przekazu ważne są dla odbiorcy, tj. mowa ciała – 55%, ton głosu – 38%, oraz treść wypowiedzi, ale tylko w przypadku komunikatów niespójnych. Często błędem jest przypisywanie tych wartości dla wszystkich komunikatów.

<sup>168</sup> Bala-Chrupek M., *Co wpływa na wizerunek lekarza?*, <https://lekarz.znanylekarz.pl/blog/4-elementy-wizerunku-lekarza>, data dostępu: 29.10.2021.

Warto podkreślić, iż wyniki badań T. Sobierajskiego wskazują, iż wśród oczekiwań pacjentów względem lekarza priorytetem wcale nie jest rozwiązanie problemu zdrowotnego, ale wysłuchanie, rozmawianie językiem zrozumiałym oraz bycie miłym i uśmiechniętym<sup>169</sup>. Tak więc „sposób, w jaki lekarz nawiązuje kontakt wzrokowy z pacjentem, postawa ciała, sposób poruszania się, ton głosu czy wyraz twarzy lekarza, może warunkować powodzenie konsultacji medycznej”<sup>170</sup>. Dlatego też szczególnie istotne są dla zawodów medycznych tzw. kompetencje miękkie, które umożliwiają budowanie właściwych relacji w środowisku pracy.

Warto podkreślić, iż pewne elementy komunikacji w kontekście usług medycznych zostały określone przez ustawodawcę. Zgodnie z *Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*<sup>171</sup> i *Ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry*<sup>172</sup> pacjent ma prawo do: informacji o swoim stanie zdrowia, prawo do wyrażenia zgody na świadczenia zdrowotne oraz prawo do poszanowania intymności i godności (którego przejawem może być to, że nikt nie wchodzi do gabinetu podczas wizyty).

Podsumowując rozważania dotyczące komunikacji lekarz–pacjent należy podkreślić, iż na proces ten składa się wiele czynników, które obejmują komunikację werbalną (wypowiedziane słowa) oraz pozawerbalną (jak np. ton głosu, mimika, gesty, odległość, parajęzyk itd.). W relacji tej niezwykle istotne jest zapewnienie właściwej atmosfery zaufania i wzajemnego szacunku, która może zostać zbudowana między innymi właśnie poprzez odpowiednią komunikację. Dlatego też w badaniach, jako zmienne wpływające na wizerunek lekarza profesjonalisty dotyczące komunikacji wyróżniono: dostosowanie treści wypowiedzi do odbiorcy, szczegółowe informowanie o przebiegu leczenia, okazywanie szacunku, nieprzerywanie wypowiedzi, okazywanie sympatii i wsparcia, gesty, podanie ręki, powitanie i pożegnanie pacjenta, wyjście po pacjenta i wprowadzenie do gabinetu, skracanie dystansu czy utrzymywanie kontaktu z pacjentem nawet po wizycie (poprzez np. kontakt telefoniczny czy e-mailowy). Należy jednak podkreślić, iż utrzymywanie kontaktu z pacjentem wymaga odpowiednio przygotowanych narzędzi komunikowania, dla których właściwy będzie nie tylko styl korespondencji, ale również określone zasady ich wykorzystania. Przykładowo, komunikowanie się lekarza z pacjentem za pomocą sms nie będzie skuteczne jeżeli numer telefonu, z którego wysłany jest sms nie ma identyfikacji lub jest identyfikowany jako spam. Podobnie

---

<sup>169</sup> Sobierajski T., *33 czytanki o komunikacji, czyli jak być dobrym lekarzem i nie zwariować*, Warszawa 2014 s. 29, za: Nowina Konopka M., *Komunikacja lekarz–pacjent. Teoria i praktyka*, Kraków 2016, s. 82.

<sup>170</sup> Ibidem.

<sup>171</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. z 2009 r. nr 52, poz. 417.

<sup>172</sup> Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. z 2008 r. nr 136, poz. 857.



w przypadku korespondencji mailowej, gdzie wiadomości mogą trafić do folderu spam i nie być odczytane przez odbiorcę komunikatu.

## 2.4. Wizerunek lekarza w Internecie

Internet to jeden z elementów rewolucji informacyjnej, który wpływa na model zachowania człowieka w każdej sferze jego działalności. W 2020 roku w Polsce dostęp do Internetu posiadało 90,4% gospodarstw domowych, co było wzrostem o 3,7% w stosunku do roku poprzedniego<sup>173</sup>. Tak szeroki dostęp do sieci internetowej sprawia, iż także problematyka opieki zdrowotnej w dużej mierze realizowana jest w tym obszarze. Według danych opublikowanych przez Biostat „Polak u Lekarza”, głównym źródłem informacji Polaków na temat zdrowia jest właśnie Internet – 91,2% badanych podaje Internet jako źródło pozyskiwania danych dotyczących zdrowia<sup>174</sup>. W Internecie można odnaleźć wiele informacji dotyczących problematyki zdrowotnej, jak np.: „dostępności do określonych terapii, opcji leczenia, informacji o lekach czy lekarzach, a także o zasadach prowadzenia zdrowego stylu życia, dietach i produktach leczniczych”<sup>175</sup>. Tak powszechny dostęp i użytkowanie Internetu sprawia, iż przemianom ulega również definicja samego profesjonalizmu medycznego, którego potwierdzenia pacjenci nierzadko szukają właśnie w sieci<sup>176</sup>. W związku z tym wzrasta znaczenie wizerunku lekarza w sieci, a jego właściwe kreowanie staje się już koniecznością.

W Internecie odnaleźć można wiele źródeł, z których pacjenci mogą czerpać informacje z zakresu usług medycznych. Do najbardziej powszechnych można zaliczyć:

- strony internetowe podmiotów leczniczych, na których poza podstawowymi informacjami takimi jak: dane teleadresowe, rodzaj świadczonych usług, personel, godziny przyjęć itp., mogą znajdować się także platformy umożliwiające interakcję pacjent–świadczeniodawca,
- internetowe centra informacji medycznej, stanowiące podstawowe źródło informacji dotyczących podmiotów świadczących usługi medyczne w danym regionie,

---

<sup>173</sup> Wegner M. (red.), Społeczeństwo informacyjne w Polsce w 2020 roku, Główny Urząd Statystyczny, 2020, s. 2.

<sup>174</sup> Kilijanek-Cieślak A., *Raport. Lekarze w badaniach opinii społecznej 2018*, Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa 2018, s. 5.

<sup>175</sup> Wojtecka A., Wojnarowska M., Zarzeczna-Baran M., *Wykorzystanie internetu jako źródła informacji o zdrowiu. Przegląd wybranych badań na świecie*, „Ann. Acad. Med. Gedan.”, 2016, nr 46, s.109.

<sup>176</sup> Kocemba P., Lasota M., Sroka N.H., Feleszko W., *Facebook-based medicine, czyli profesjonalny wizerunek lekarza w internecie*, „Pediatria Medycyna Rodzinna”, 2015, 11 (3), s. 328.

- internetowe rejestry o zasięgu krajowym,
- internetowe, ogólnodostępne bazy wiedzy, w których gromadzone są publikacje i opracowania naukowe,
- internetowe serwisy medyczne, na których poza informacjami, często oferowane są również konsultacje on-line,
- internetowa prasa powszechna zawierająca publikacje z zakresu zdrowia,
- internetowe serwisy społecznościowe zrzeszające użytkowników o podobnych zainteresowaniach,
- internetowe konta pacjenta dostarczające informacji o danym pacjencie (historia leczenia, zażywane leki, wizyty lekarskie) oraz o programach profilaktycznych.<sup>177</sup>

Wśród bardzo popularnych w ostatnich czasach aktywności w zakresie poszukiwania informacji zdrowotnych są specjalne rankingi, portale oraz fora oceniające lekarzy. Za ich pośrednictwem pacjent może dokonać oceny świadczeniodawcy i zapoznać się z opiniami innych użytkowników. W polskich rankingach funkcjonuje wiele wariantów tej oceny, przy czym większość z nich daje możliwość ogólnej oceny (w postaci punktów czy gwiazdek)<sup>178</sup>. Dodatkowe funkcje to: wypowiedź pisemna, w której pacjenci mogą wystawić komentarz zawierający opinię na temat wykonawcy usługi oraz ocena ilościowa dodatkowych wymiarów takich jak: „kompetencje, kompleksowość podejścia, tłumaczenie choroby i leczenia, uprzejmość, indywidualne podejście, ilość poświęconego czasu, higiena i estetyka, łatwość umówienia wizyty oraz to, czy lekarz jest godny polecenia”<sup>179</sup>. Rozwiązanie takie ma wiele korzyści, przede wszystkim pozwala na zapoznanie się pacjenta z rekomendacjami dotyczącymi konkretnego lekarza, przez co zyskuje on dodatkowe informacje pomagające podjąć decyzję w wyborze świadczeniodawcy w sposób bardziej świadomy. Coraz częściej pojawiają się jednak wątpliwości merytoryczne i etyczne dotyczące takich serwisów. Wątpliwości wzbudza z jednej strony gromadzenie wyłącznie pozytywnych opinii (wówczas pojawia się pytanie, na ile są one wiarygodne), z drugiej zaś strony pozbawione jakiegokolwiek kontroli opinie na forach (nierzadko wstawiane anonimowo) są krzywdzące i godzą w dobre imię świadczeniodawcy<sup>180</sup>. W tej sytuacji nie ma jednoznacznej odpowiedzi dotyczącej zasadności korzystania z tego typu aktywności. Niemniej jednak,

---

<sup>177</sup> Korczak K., *Internet jako źródło informacji o zdrowiu i chorobach*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, 2017, Tom XVIII, Zeszyt 4 (1), s.308-309.

<sup>178</sup> Zdun-Ryżewska A., Taras M., Majkowiec M., Walkiewicz M., Basiński K., *Eskulap na „czarnej liście”*. Zjawisko oceniania lekarzy w internetowych rankingach, „Forum Medycyny Rodzinnej”, 2016, nr 10 (5), s. 276.

<sup>179</sup> Ibidem.

<sup>180</sup> Ibidem, s. 277.

jedno jest pewne, lekarze dbając o swój wizerunek powinni monitorować jakość i poprawność zamieszczanych w sieci informacji na swój temat<sup>181</sup>.

Znakiem obecnych czasów są serwisy społecznościowe. Według raportu Hootsuite w 2021 roku z mediów społecznościowych w Polsce korzysta 25,9 mln osób<sup>182</sup>. Do najbardziej popularnych serwisów można zaliczyć: YouTube (korzysta z niego 92,8% użytkowników), Facebook (89,2% użytkowników), Messenger (76,5% użytkowników), Instagram (60,6% użytkowników) oraz WhatsApp (48,2% użytkowników)<sup>183</sup>. Wobec tak ogromnej popularności serwisów społecznościowych oczywistym jest, iż stają się one potencjalnym narzędziem służącym do budowania wizerunku w sieci. Główne motywy korzystania przez lekarzy i pacjentów z tych portali, w aspekcie medycznym, to przede wszystkim poszukiwanie wsparcia i wiedzy na temat choroby oraz wymiana porad i rekomendacji<sup>184</sup>. Dla lekarzy to także miejsce umożliwiające dwukierunkowe komunikowanie się z pacjentami. Warto zaznaczyć, iż każda forma aktywności w Internecie, zawsze w nim pozostaje i wpływa (bez względu na intencje autora) na wizerunek. Dlatego też, kreując wizerunek profesjonalisty należy selekcjonować treści zamieszczane online. Udostępniając prywatne informacje o sobie, lekarz musi mieć świadomość, iż informacje te mogą być dostępne także dla jego pacjentów<sup>185</sup>, co z kolei warunkuje postrzeganie go jako profesjonalisty, buduje jego reputację i w konsekwencji może mieć wpływ na zaufanie, bądź jego utratę. Mając świadomość zagrożeń, budowanie wizerunku w sieci to przede wszystkim selekcja umieszczanych treści, odpowiedni dobór zdjęć i znajomych (nie powinni to być pacjenci ani osoby publikujące nieprofesjonalne treści) oraz aktywność w obszarach warunkujących pozytywne postrzeganie w aspekcie zawodowym. W przypadku zawodów medycznych działania takie mogą dotyczyć: utrzymania kontaktu z pacjentami (na polu zawodowym!), śledzenia rozwoju nauki w danej specjalności, dzielenia się zawodowymi sukcesami i dylematami, a także udział w interaktywnych, branżowych grupach dyskusyjnych<sup>186</sup>.

Do podstawowych, można powiedzieć klasycznych, narzędzi budowania wizerunku w Internecie zalicza się witryny (strony www), pocztę elektroniczną, komunikatory oraz blogi. Odpowiednio zaprojektowana strona (bazująca na potrzebach odbiorcy) powinna zawierać jednolitą i spójną szatę graficzną, zapewniającą przejrzystość witryny. Sama zawartość strony powinna być „przyjazna”

---

<sup>181</sup> Ibidem.

<sup>182</sup> <https://empemedia.pl/social-media-w-polsce-2021-nowy-raport/>, data dostępu: 29.11.2021.

<sup>183</sup> Ibidem.

<sup>184</sup> Zdun-Ryżewska A. i inni, *Eskulap...*, op.cit., s. 330.

<sup>185</sup> Oczywiście możliwe jest zablokowanie pewnych treści, niemniej jednak mogą być one widoczne przez powiązania z profilami „zaprzyjaźnionymi”, za: Zdun-Ryżewska A. i inni, *Eskulap...*, op. cit., s. 333.

<sup>186</sup> Zdun-Ryżewska A. i inni, *Eskulap...*, op.cit., s. 335–336.

dla użytkownika (pacjenta), tak aby treści szczególnie dla niego istotne mogły być szybko odnalezione. Zarówno w przypadku strony www, jak i bloga istotne jest by znalazły się na nich również treści związane z profilaktyką i dbaniem o zdrowie, ponieważ propagowanie zachowań prozdrowotnych jest istotnym elementem budowania pozytywnego wizerunku na rynku usług zdrowotnych<sup>187</sup>. Dobrym pomysłem, uatrakcyjniającym strony internetowe są również różne programy, z których odwiedzający mogą skorzystać np. kalkulator BMI<sup>188</sup>. Komunikację dwustronną z pacjentem można prowadzić przy użyciu poczty elektronicznej czy komunikatorów. Wówczas możliwe jest przesyłanie i interpretacja wyników badań, czy wymiana informacji w zakresie przestrzegania zaleceń czy niepokojących symptomów. Niemniej jednak, decydując się na taką formę komunikacji należy pamiętać o podstawowej zasadzie: podając dane do kontaktu należy mieć świadomość, że pacjent z nich skorzysta, zaś obowiązkiem drugiej strony jest na tą wiadomość rzetelnie odpowiedzieć.

W dobie pandemii COVID-19 możliwość wykorzystania Internetu w budowaniu relacji pacjent–lekarz nabiera szczególnego znaczenia. W sytuacji, gdy kontakt osobisty często jest mocno ograniczony a chaos informacyjny utrudnia dostęp do rzetelnych komunikatów, wzrasta znaczenie zaufania do świadczeniodawców usług zdrowotnych. Poprzez profesjonalny, spójny wizerunek możliwe jest zbudowanie zaufania pacjentów, które przekłada się nie tylko na ocenę działalności danego lekarza, ale także na efekty terapeutyczne. Należy wspomnieć również o wykorzystaniu narzędzi informatycznych w celu przeprowadzenia konsultacji medycznych „na odległość”. Wówczas pacjent „bez wychodzenia z domu” może odbyć wizytę lekarską, zachowując bezpieczeństwo epidemiologiczne. Rozwiązanie to, choć w obecnych czasach bardzo popularne, może wiązać się z pewnymi zagrożeniami jak np.: ochrona danych osobowych, zakłócenia techniczne, trudności komunikacyjne, czy wreszcie obawy pacjenta co do trafności diagnozy. Metodą wpływającą na zniwelowanie większości wymienionych barier jest budowanie zaufania, którego determinantem jest wizerunek lekarza.

---

<sup>187</sup> <https://www.prawo.pl/zdrowie/public-relations-gabinetu-lekarza-specjalisty,236900.html>, data dostępu: 10.08.2021.

<sup>188</sup> Ibidem.



### 3. Wizerunek lekarza w czasach pandemii COVID-19

#### 3.1. Założenia i przyjęta metodyka badań

Zgodnie z przytoczonymi definicjami, wizerunek to obraz rzeczywistości pojmowany przez odbiorcę. Obecnie coraz więcej uwagi poświęca się nie tylko wizerunkowi służby zdrowia czy danej placówki, ale również wizerunkowi konkretnego lekarza. Popularność rankingów internetowych oceniających lekarzy, poszukiwanie rekomendacji w najbliższym otoczeniu oraz Internecie, a także dzielenie się swoimi doświadczeniami związanymi z usługami medycznymi to przykładowe czynniki, które pozwalają przypuszczać, iż pacjenci chcą podejmować decyzje o wyborze swojego lekarza w sposób możliwie jak najbardziej świadomy. Oczywiście nie oznacza to, że są w stanie ocenić wiedzę fachową danego specjalisty, ale możliwe jest dokonanie oceny innych czynników, które składają się na daną usługę medyczną. Mogą to być tak zwane elementy uzupełniające, jak np. sposób komunikacji z lekarzem, poziom obsługi przez personel pomocniczy, czystość i wygląd lekarza oraz pomieszczeń, używane narzędzia itp. Niemniej jednak dotychczasowy ład zakłóciła w pewien sposób pandemia COVID-19. Zmieniły się standardy obsługi pacjenta (choćbyby sanitarne), a niektóre elementy wizerunku, jak np. komunikacja z lekarzem, w pewnym stopniu uległy transformacji. Zatem problematyka badawcza niniejszego opracowania dotyczyła wizerunku lekarza w czasach pandemii COVID-19. Pierwszym obszarem badań było określenie zmiennych charakteryzujących wizerunek lekarza profesjonalisty. Studia literatury pozwoliły na wyróżnienie zmiennych wizerunkowych, dotyczących kontaktu osobistego, jak: doświadczenie, wiek, płeć, tytuł zawodowy, komunikacja z pacjentem, punktualność, zaangażowanie w pracę, kultura osobista, wystrój i wyposażenie gabinetu, aparycja i strój lekarza. Dodatkowo zaproponowano czynniki, które mogą wpływać na wizerunek lekarza w sytuacji teleporady, jak np. aktywność w sieci – rodzaj witryn i publikowane treści, udogodnienia oraz możliwe zakłócenia podczas tego rodzaju wizyty. Drugim obszarem badań była próba określenia zależności między znaczeniem wyróżnionych zmiennych a cechami charakteryzującymi badaną grupę.

Celem badań jest wyróżnienie czynników wpływających na wizerunek lekarza–profesjonalisty i określenie ich znaczenia dla pacjenta w dobie pandemii COVID-19. Chcąc zrealizować postawiony cel sformułowano następujące pytania badawcze:

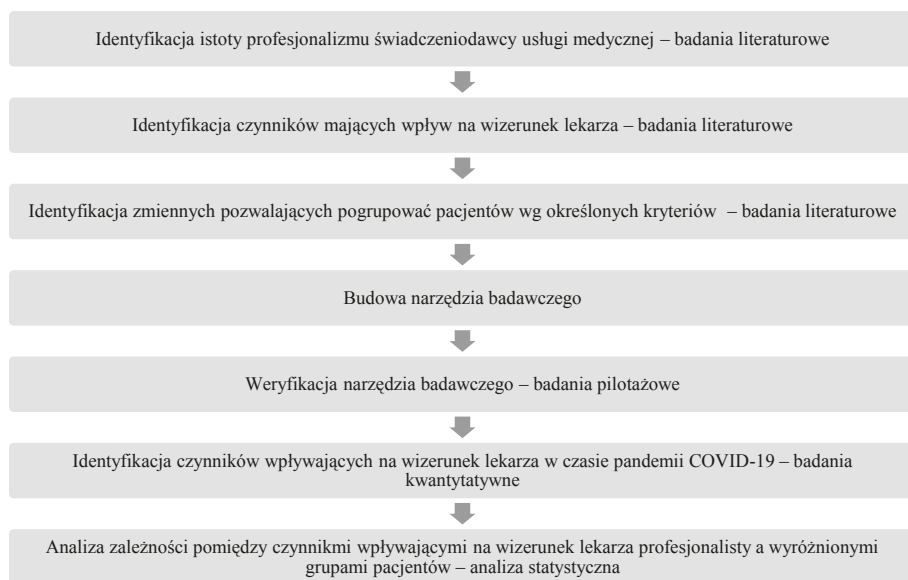
- Jakie elementy wizerunku lekarza, zdaniem pacjentów, mają wpływ na jego postrzeżenie jako profesjonalisty w czasach pandemii COVID-19?
- Jakie aktywności/działania w Internecie wpływają na pozytywny odbiór lekarza przez pacjenta w czasach pandemii COVID-19?

- Jak lekarz powinien dbać o wizerunek, aby być postrzeganym przez pacjentów jako profesjonalista?
- Jak lekarz powinien zarządzać swoim wizerunkiem w sieci, by być pozytywnie odbieranym przez pacjentów?

W badaniach postawiono następującą tezę: Na wizerunek lekarza jako profesjonalisty, poza wiedzą i doświadczeniem, wpływa szereg czynników związanych z zachowaniem i wyglądem lekarza oraz jego otoczenia. Celem rozwinięcia przyjętej tezy zaproponowano następujące hipotezy badawcze:

- H.1.** Pacjenci preferujący usługi prywatnej służby zdrowia częściej niż pacjenci publicznej służby zdrowia, korzystają z informacji zawartych w Internecie na temat lekarzy wykonujących usługę medyczną.
- H.2.** Pacjenci preferują wizyty lekarskie w kontakcie osobistym, również w dobie pandemii COVID-19.
- H.3a.** Pacjenci korzystający z usług prywatnej służby zdrowia w większym stopniu niż pacjenci preferujący publiczną służbę zdrowia, zwracają uwagę na wystrój i wyposażenie gabinetu.
- H.3b.** Pacjenci korzystający z usług prywatnej służby zdrowia w większym stopniu niż pacjenci preferujący publiczną służbę zdrowia, zwracają uwagę na wystrój i wyposażenie poczekalni.
- H.4a.** Pacjenci korzystający z usług prywatnej służby zdrowia w większym stopniu niż pacjenci preferujący publiczną służbę zdrowia zwracają uwagę na atrybuty zewnętrzne lekarza (aparycja, strój).
- H.4b.** Pacjenci korzystający z usług prywatnej służby zdrowia w większym stopniu niż pacjenci preferujący publiczną służbę zdrowia zwracają uwagę na zachowanie lekarza.
- H.5.** Dokonując wyboru lekarza pacjenci kierują się przede wszystkim rekomendacjami.
- H.6.** Pacjenci, poszukując informacji o lekarzu, najczęściej odwiedzają strony internetowe z rankingiem lekarzy.

Celem dokonania analizy postawionych w niniejszej pracy problemów zaprojektowano następujący proces badawczy (Rys. 3.1.).



Rysunek 3.1. Algorytm przebiegu badań

Źródło: Opracowanie własne.

Jako punkt odniesienia do dalszej analizy przyjęto założenie, iż na wizerunek lekarza wpływa szereg czynników, które pacjenci poddają ocenie. W pierwszej kolejności na podstawie literatury wyodrębniono te czynniki oraz określono zmienne pozwalające pogrupować pacjentów według określonych kryteriów. Na tej podstawie możliwe było zbudowanie narzędzia badawczego do diagnozy czynników wpływających na wizerunek lekarza–profesjonalisty. Następnie przeprowadzono badania pilotażowe w grupie 40 osób korzystających z opieki zdrowotnej, celem weryfikacji poprawności skonstruowanego narzędzia badawczego.

Drugim etapem badań były badania kwantytatywne. Celem tej fazy badawczej była identyfikacja czynników wpływających na wizerunek lekarza w czasie pandemii COVID-19 za pomocą zidentyfikowanych w pierwszym etapie badań charakterystyk oraz określenie związku pomiędzy danymi charakterystykami a zmiennymi opisującymi grupę badawczą. Przedmiotem badań były zatem czynniki warunkujące wizerunek lekarza jako profesjonalisty, zaś podmiotem pacjenci tj. osoby korzystające z opieki zdrowotnej. Badanie przeprowadzono w kwietniu 2021 roku w grupie 1000 pełnoletnich osób mieszkających na terenie Polski, korzystających z usług medycznych. Badanie zostało zrealizowane na reprezentatywnej populacji internautów, uczestników panelu internetowego Badanie Opinii. Warunek ten był konieczny ze względu na wybrany operat losowania. W próbie uwzględniony



został reprezentatywny rozkład ze względu na wiek oraz płeć dla populacji użytkowników internetowego<sup>189,190</sup> panelu badawczego. Dobór grupy internautów do badań przeprowadzono w sposób celowy, gdyż w badaniu analizie poddano także aktywności pacjentów w Internecie. W tym etapie badań zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem samodzielnie opracowanego kwestionariusza ankiety. Na podstawie weryfikacji narzędzia badawczego w pierwszej fazie, do badań kwantytatywnych wykorzystano kwestionariusz ankiety składający się z dwóch, zasadniczych części (Załącznik 1). Pierwsza część – merytoryczna, dotyczy czynników mających wpływ na wizerunek lekarza, natomiast druga część to tzw. metryczka. Opracowany kwestionariusz zawiera pytania dotyczące częstotliwości występowania lub ważności danej cechy. W obu przypadkach zastosowano 5-cio stopniową skalę odpowiedzi Rensisa Likerta. W przypadku częstotliwości zastosowano skalę pięciostopniową, gdzie 1 oznacza brak występowania danej zmiennej, zaś 5 – bardzo często/zawsze. W pytaniach dotyczących wagi cech, również zastosowano skalę pięciopunktową, gdzie 1 oznacza, że dana zmienna nie ma znaczenia (nieważna/brak wpływu/niezwiązana) zaś 5, że jest zdecydowanie istotna (zdecydowanie wpływa/ zdecydowanie powiązana/ zdecydowanie ważna). W części merytorycznej kwestionariusza znalazło się 15 pytań, tworzących bloki tematyczne związane z: cechami lekarza–profesjonalisty, czynnikami zewnętrznymi i wewnętrznymi mającymi wpływ na wizerunek lekarza profesjonalisty, preferencjami dotyczącymi aktywności online oraz szansami i zagrożeniami świadczenia usług zdrowotnych w trybie teleporady. Druga część kwestionariusza to metryczka, która zawiera zbiór zmiennych pozwalających uporządkować respondentów ze względu na określone kryterium, tj. wieku, płci, miejsca pochodzenia, sytuacji zawodowej i materialnej oraz wykształcenia. Dodatkowo w tej części kwestionariusza znalazły się pytania określające częstotliwość korzystania przez respondentów z publicznej oraz prywatnej opieki zdrowotnej.

Kolejnym etapem badań była analiza statystyczna odpowiedzi otrzymanych w wyniku przeprowadzonego badania. W pierwszym etapie dokonano testowania testem chi-kwadrat (z poprawką Yatesa) zależności pomiędzy pytaniami a grupami z metryczki tj.: płeć, wiek, sytuacja zawodowa, miejsce pochodzenia, sytuacja materialna, wykształcenie oraz częstotliwość korzystania z publicznej i prywatnej służby zdrowia. W celu wyznaczenia siły zależności pomiędzy odpowiedziami w poszczególnych grupach z metryczki obliczono współczynniki gamma oraz współczynnik Cramera. Są to nieparametryczne współczynniki korelacji wykorzystywane w badaniach jakościowych, między innymi, w badaniach społecznych. W badaniach, w celu określenia poziomu skorelowania zmiennych, posłużono się również współczynnikiem Spearmanna. Siłę efektu zależności pomiędzy

---

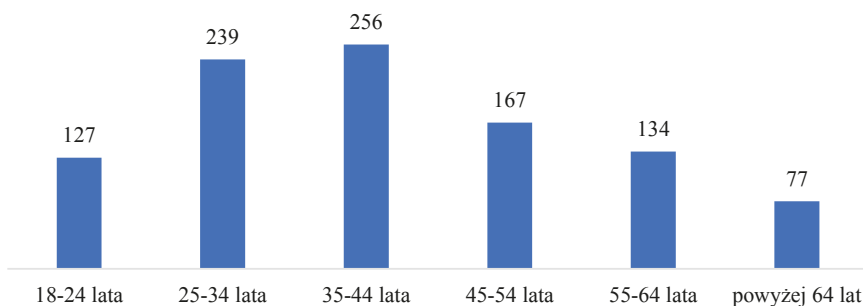
<sup>189</sup> Na podstawie komunikatu z badań CBOS, *Korzystanie z Internetu*, nr 85/2020.

<sup>190</sup> Poprzez korzystanie z Internetu rozumie się korzystanie co najmniej raz w tygodniu.

pytaniami mierzono przy pomocy skali Cohena, gdzie wartości bezwzględne powyżej 0,5 ocenia się jako wysoką zależność, między 0,3 a 0,5 – średnią, między 0,1 a 0,3 – małą, poniżej 0,1 znikomą (w praktyce brak zależności). W celu utworzenia zmiennych latentnych dokonywano grupowania pytań. Spójność w grupach pytań badana była przy pomocy współczynnika alfa Cronbacha. Do porównywania przeciętnych odpowiedzi na pytania/grupy pytań w dwóch grupach wykorzystano test Manna Withneya U – nieparametryczny test oparty na porównaniu sumy rang.

### 3.2. Charakterystyka próby badawczej

Badania ankietowe przeprowadzono w grupie 1000 pełnoletnich osób, mieszkających na terytorium Polski i korzystających z opieki zdrowotnej. W badaniu wzięło udział 512 kobiet (51,2%) oraz 488 mężczyzn (48,8%). Biorąc pod uwagę strukturę wieku respondentów, największą grupę stanowiły osoby w wieku 35–44 lata (25,6% respondentów) oraz 25–35 lat (23,9%). Szczegółowy rozkład próby względem wieku badanych przedstawiono na Wykresie 3.1.

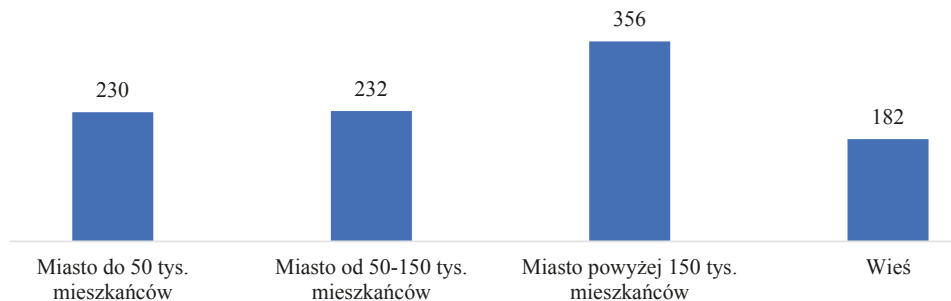


Wykres 3.1. Struktura wieku respondentów

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ankietowani poproszeni zostali o określenie swojej sytuacji zawodowej oraz materialnej. Większość respondentów to osoby pracujące (93,7%) lub uczące się (6,3%). W grupie badanych nie było osób, które nie pracują lub nie są w trakcie zdobywania wykształcenia. Większość ankietowanych określiło swoją sytuację materialną jako przeciętną (59,9%). Ponad jedna trzecia (35,6%) opisuje swoją sytuację materialną jako dobrą, zaś tylko 4,5% jako trudną. Niewielki odsetek wskazań na trudną sytuację materialną może być związany z faktem, iż w badanej grupie nie było osób bezrobotnych.

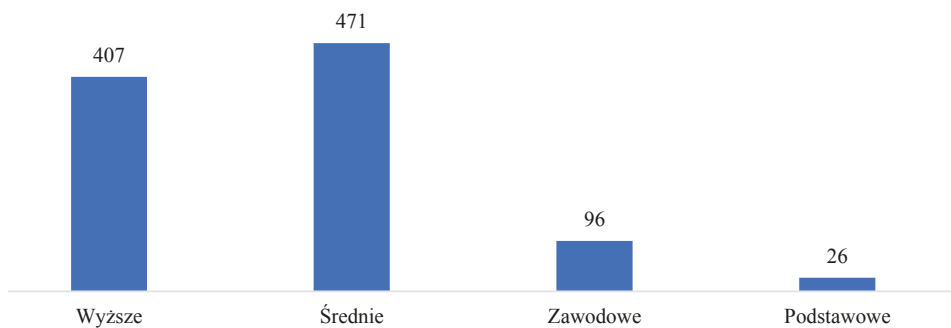
Kolejną charakterystyką obrazującą strukturę respondentów było miejsce pochodzenia. Najwięcej ankietowanych pochodzi z miasta powyżej 150 tys. mieszkańców, zaś liczebność respondentów w pozostałych zaproponowanych grupach jest na podobnym poziomie (Wykres 3.2).



Wykres 3.2. Struktura respondentów pod względem miejsca pochodzenia

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Badaną grupę respondentów scharakteryzowano również w oparciu o wykształcenie (Wykres 3.3). Zdecydowana większość posiada wykształcenie średnie (47,1%) lub wyższe (40,7%). Udział ankietowanych z wykształceniem zawodowym wynosi 9,6%, zaś z wykształceniem podstawowym tylko 2,6%.

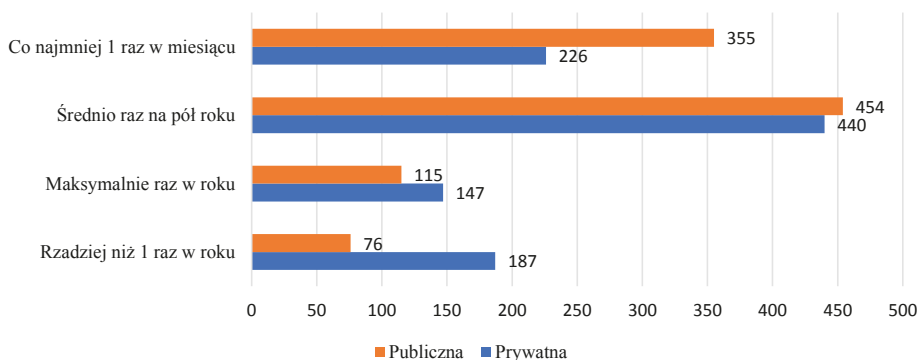


Wykres 3.3. Struktura respondentów pod względem wykształcenia

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Badaną grupę zróżnicowano również pod względem częstotliwości korzystania z publicznej oraz prywatnej opieki zdrowotnej (Wykres 3.4). Biorąc pod uwagę publiczną służbę zdrowia, najczęściej respondentów korzysta z niej

średnio raz na pół roku (45,4%), zaś ponad jedna trzecia badanych (35,5%) co najmniej raz w miesiącu. Rzadko, ponieważ maksymalnie raz w roku, udaje się do lekarza 11,5% badanych, a 7,6% korzysta z publicznej służby zdrowia nawet rzadziej. Z kolei dokonując analizy częstotliwości korzystania z prywatnej opieki zdrowotnej można zauważyć, że struktura pacjentów korzystających z tych usług dość często (średnio raz na pół roku – 44% oraz co najmniej jeden raz w miesiącu – 22,6%) jest zbliżona do struktury korzystania z opieki państwowej. Znaczące różnice obejmują natomiast grupę korzystającą z mniejszą częstotliwością: 18,7% korzysta mniej niż raz w roku, a 14,7% maksymalnie raz w roku. Różnica w strukturze wynika zapewne z konieczności opłaty za świadczenia prywatne, co powoduje zwiększenie udziału wskazań w grupie dotyczącej niskiej częstotliwości.



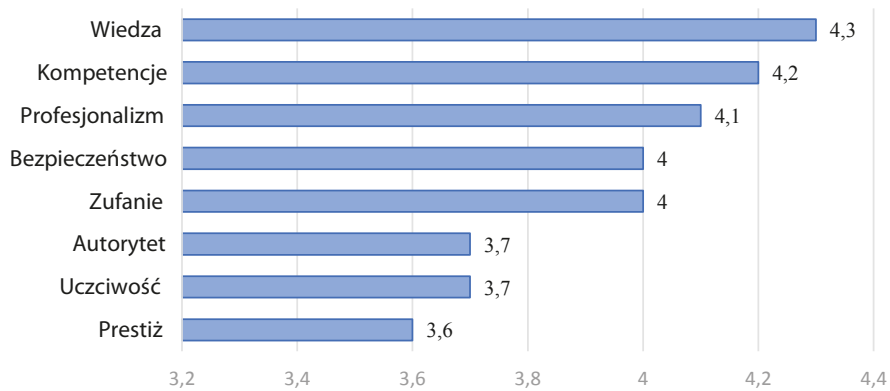
Wykres 3.4. Częstotliwość korzystania przez respondentów z państwowej i prywatnej opieki zdrowotnej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

### 3.3. Wizerunek lekarza – wyniki badań

Zawody medyczne to zawody zaufania publicznego, co oznacza, że społeczeństwo oczekuje od nich nie tylko wiedzy fachowej, ale również poczucia, że ich potrzeby dotyczące usługi medycznej zostaną zaspokojone. Oczywiście związane jest to z faktem, iż usługa medyczna obejmuje dobro najwyższego rzędu, a więc zdrowie i życie ludzkie. Zwłaszcza w przypadku lekarzy budowanie poczucia bezpieczeństwa, zaufania czy autorytetu może mieć kluczowe znaczenie dla powodzenia całego procesu terapeutycznego. W związku z tym, zapytano respondentów z jakimi przymiotnikami utożsamiają zawód lekarza. Na Wykresie 3.5 przedstawiono średnią odpowiedzi respondentów na każdą z zaproponowanych

cech (skala 1–5). Do głównych cech tego zawodu respondenci zaliczają: wiedzę (średnia ocen 4,3), kompetencje (4,2), profesjonalizm (4,1) oraz bezpieczeństwo i zaufanie (4,0). Zawód medyczny w najmniejszym stopniu utożsamiany jest z prestiżem (średnia ocen 3,7). Wyniki te są spójne z wynikami badań przeprowadzonych przez E. Janus oraz K. Filar Mierzwa (wśród przedstawicieli zawodów medycznych), w których negatywne oceny dotyczące zmiany prestiżu zawodów medycznych w ostatnich 10 latach odnotowano tylko wśród lekarzy oraz pielęgniarek<sup>191</sup>. Wyniki badania przeprowadzonego przez Centrum Badania Opinii Społecznej z 2019 plasują lekarza dopiero na szóstym miejscu wśród hierarchii zawodów według poważania społecznego (przed tym zawodem znalazły się: strażak, pielęgniarka, robotnik wykwalifikowany np. tokarz, murarz, górnik i profesor uniwersytetu)<sup>192</sup>.



Wykres 3.5. Średnia ocen dla cech, z którymi respondenci utożsamiają zawód lekarza  
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Profesjonalizm to jedna z głównych cech, z którą ankietowani utożsamiają zawód lekarza. W przeprowadzonym badaniu zapytano respondentów jakie elementy, zarówno dotyczące samego lekarza jak i jego otoczenia, wpływają na wizerunek lekarza jako profesjonalisty. Średnia odpowiedzi na poszczególne kryteria przedstawiona została na Wykresie 3.6. Główne atrybuty utożsamiane z profesjonalistą to: postawienie poprawnej diagnozy/ sposobu leczenia (średnia odpowiedzi 4,7) oraz wiedza (4,6), doświadczenie i zaangażowanie w pracę (4,5), a także komunikacja z pacjentem i równe traktowanie wszystkich pacjentów (4,4). Ankietowani określili, że właściwie obojętna jest płeć (2,5), zaś wiek (średnia 3,2) oraz wygląd gabinetu i strony internetowej (3,3) raczej nie mają znaczenia.

<sup>191</sup> Janus E., Filar-Mierzwa K., *Prestiż wybranych zawodów medycznych w opinii reprezentantów tych zawodów*, „Medycyna Pracy”, 2019, nr 70 (5), s. 593.

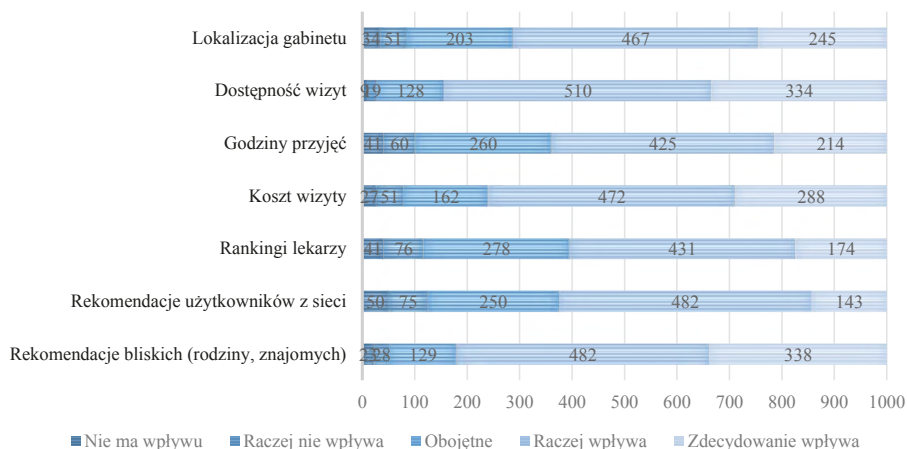
<sup>192</sup> Omyła-Rudzka M., (red.), *Które zawody poważamy? Komunikat z badań*, CBOS 2019, nr 157, s. 3.



Wykres 3.6. Średnia ocen dla zmiennych, które wpływają zdaniem respondentów na wizerunek lekarza profesjonalisty

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wynik leczenia pacjenta w dużej mierze zależy od wyboru odpowiedniego świadczeniodawcy usługi. Dlatego też, coraz częściej, dokonując wyboru lekarza pacjenci działają w sposób świadomy, nie pozostawiając wyboru świadczeniodawcy losowi (wyjątkiem są sytuacje nagłe oraz nadal w dużej mierze leczenie w publicznych placówkach ochrony zdrowia). Wobec powyższego zapytano respondentów, jakie czynniki i w jakim stopniu determinują podejmowane przez nich wybory dotyczące lekarzy w okresie pandemii COVID-19 (Wykres 3.7).



Wykres 3.7. Czynniki wpływające na wybór lekarza w czasie pandemii COVID-19

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wyniki badań pozwalają stwierdzić, iż największy wpływ na wybór lekarza mają rekomendacje bliskich (rodziny) oraz znajomych pacjenta – aż 82% ankietowanych określiło, iż rekomendacje raczej lub zdecydowanie wpływają na wybór lekarza. Wyniki te potwierdzają słuszność postawionej hipotezy 5., która brzmi: dokonując wyboru lekarza pacjenci kierują się przede wszystkim rekomendacjami. Warto jednak zaznaczyć, że dotyczy to tylko rekomendacji bliskich, zaś rekomendacje użytkowników z sieci, w przeciwieństwie do rekomendacji osób bliskich, są najmniej wpływowym czynnikiem spośród wymienionych. Na podstawie badania marketingowego wykonanego w październiku 2019 r. przez zespół ZnanyLekarz.pl na próbie 915 pacjentów stwierdzono, że 39% pacjentów uważa opinie internautów o lekarzu za informację kluczową w wyborze lekarza<sup>193</sup>. Na uwagę zasługuje również fakt, że przy wyborze świadczeniodawcy równie ważna jest dostępność wizyt. Zapewne wskazanie to jest wynikiem niedoboru lekarzy w Polsce i związanego z nim długiego okresu oczekiwania na wizytę. Dlatego też w przypadku choroby, gdzie pacjent potrzebuje jak najszybszego kontaktu z lekarzem, czynnik ten ma decydujące znaczenie. Kolejnym istotnym determinantem są koszty wizyty, które dla 76% respondentów są czynnikiem, który wpływa na wybór świadczeniodawcy.

Po dokonaniu przez pacjenta wyboru świadczeniodawcy następuje ocena samej usługi. W niniejszym badaniu zapytano respondentów na jakie elementy (zarówno dotyczące lekarza, jak i jego otoczenia) zwracają uwagę podczas wizyty (Wykres 3.8). Główne czynniki brane pod uwagę przez respondentów to elementy dotyczące samego lekarza jak: zaangażowanie w pracę (4,5), kultura osobista (4,3) oraz sposób rozmowy/komunikacja (4,2). Najmniej istotny dla respondentów (obojętny) był wystrój gabinetu (3,3) oraz raczej obojętne strój (3,5) i aparycja lekarza (3,6).

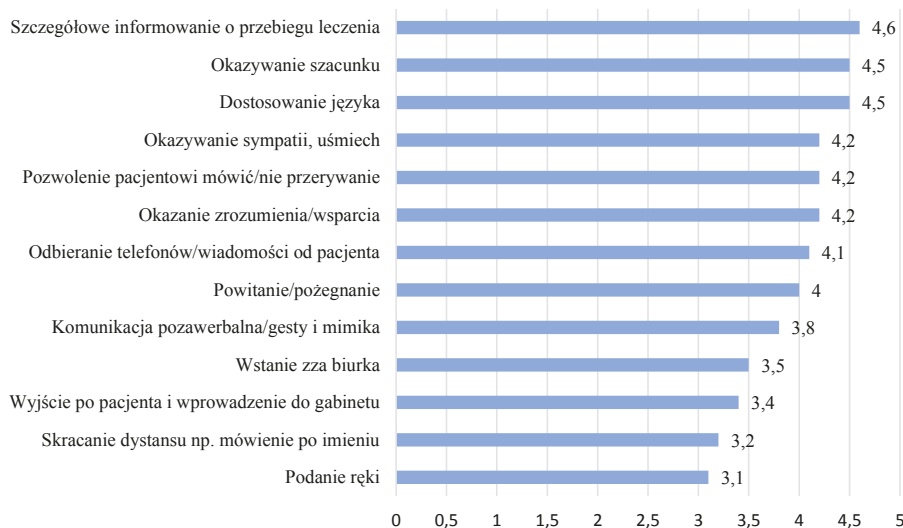


Wykres 3.8. Elementy, na które pacjenci zwracają uwagę podczas wizyty u lekarza (średnia ocen respondentów)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

<sup>193</sup> <https://lekarz.znanylekarz.pl/biblioteka/7-informacji-ktorych-szukaja-pacjenci>, data dostępu 6.09.2021.

W literaturze przedmiotu podkreślana jest waga komunikacji w procesie terapeutycznym. Dlatego też, w niniejszych badaniach poproszono respondentów o określenie wagi poszczególnych elementów komunikacji lekarz–pacjent w skali od 1 do 5 (gdzie 5 oznacza „zdecydowanie ważny”). Rozkład odpowiedzi przedstawiono na Wykresie 3.9.



Wykres 3.9. Elementy komunikacji, na które pacjenci zwracają uwagę podczas wizyty u lekarza (średnia ocen respondentów)

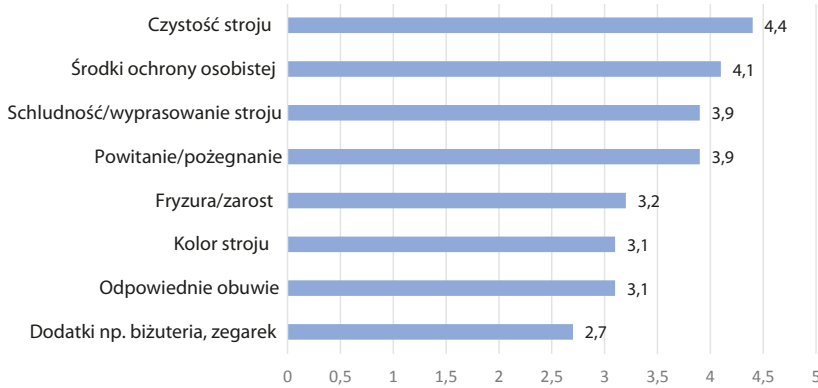
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Można zauważyć, że dla respondentów najważniejszy jest komunikat werbalny, a więc szczegółowe informowanie o przebiegu leczenia (4,6) oraz dostosowanie języka przekazu, tak by był zrozumiały dla pacjenta (4,5). Szczególnie istotne okazało się również okazywanie szacunku (4,5) oraz okazanie zrozumienia/wsparcia, sympatii i nieprzerywanie wypowiedzi (4,2). Dla respondentów ważne jest utrzymanie komunikacji z lekarzem, czego przejawem jest wysoka ranga dla odpowiedzi „odbieranie telefonów/wiadomości od pacjenta”. Z kolei pacjenci nie oczekują (mają stosunek raczej obojętny) do: przywitania w formie podania ręki (3,1) oraz zwracania się po imieniu (3,2).

Elementy wizerunku lekarza, z którymi pacjenci kojarzą profesjonalizm zaprezentowano na Wykresie 3.10. Najważniejszym elementem wizerunku lekarza–profesjonalisty, w oczach pacjentów, jest czystość stroju (4,4) oraz używanie środków ochrony osobistej takich jak: maska, przyłbica czy rękawiczki (4,1). Znaczenie tych elementów może być powiązane z pandemią COVID-19, podczas której podkreślane jest znaczenie środków ochrony osobistej jako sposobu przeciwdziałania rozprzestrzeniania się wirusa. Elementami wizerunku, które raczej nie mają



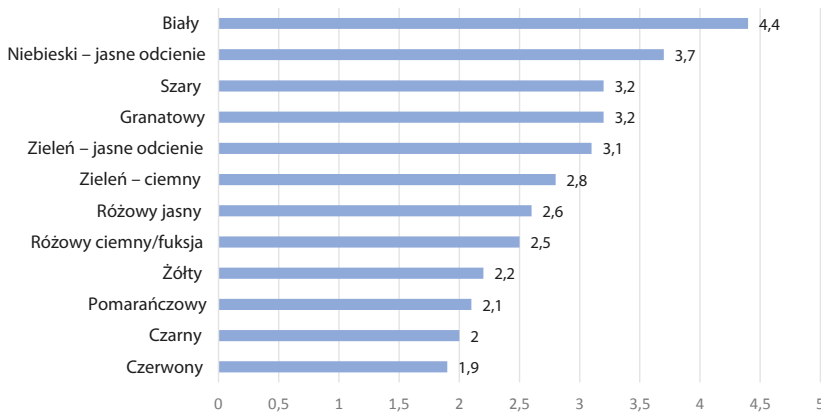
wpływu na odbiór lekarza jako profesjonalisty są: odpowiednie obuwie (3,1), kolor stroju (3,1) oraz fryzura i/lub zarost medyka (3,2), zaś obojętne są dodatki takie jak np.: zegarek czy biżuteria (2,7).



Wykres 3.10. Elementy wizerunku lekarza-profesjonalisty (średnia ocen respondentów)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Kolor stroju nie ma dla ankietowanych większego znaczenia (3,1). Jednak dla uniformu lekarza za najbardziej odpowiedni uważają zdecydowanie kolor biały (4,4) oraz jasne odcienie niebieskiego (3,7), ewentualnie szarości i odcienie granatu (3,2). Za kolory niedopuszczalne uznano natomiast kolor czerwony, czarny, pomarańczowy i żółty (Wykres 3.11).

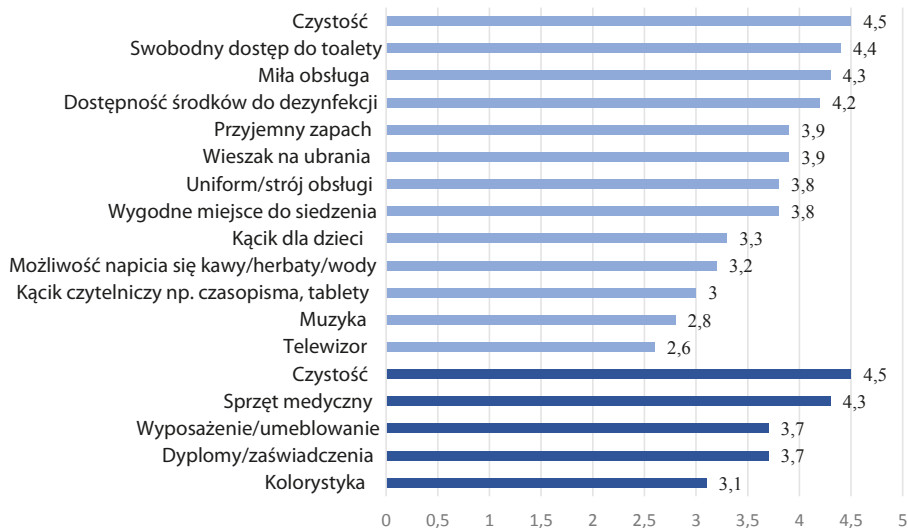


Wykres 3.11. Kolor uniformu odpowiedni dla lekarza (średnia ocen respondentów)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Chcąc poznać preferencje pacjentów dotyczące samej placówki medycznej, zapytano ankietowanych o rolę poszczególnych zmiennych występujących w pocze-

kalni (kolor jasnoniebieski na Wykresie 3.12) i samym gabinecie lekarskim (na Wykresie 3.12 kolor ciemnoniebieski) w ocenie usługi medycznej. Biorąc pod uwagę elementy poczekalni największe znaczenie mają: czystość (4,5), swobodny dostęp do toalety (4,4) oraz jakość obsługi (4,3) i dostępność środków do dezynfekcji (4,2). Najmniej istotne okazały się elementy mające zapewnić „rozrywkę” w trakcie oczekiwania na wizytę tj.: możliwość oglądania telewizji (2,6), słuchania muzyki (2,8) czy kącik czytelniczy (3,0). Z kolei w przypadku zmiennych określających wystrój gabinetu najważniejsza była: czystość gabinetu (4,5) oraz wyposażenie w sprzęt medyczny (4,3). Obojętna dla pacjentów była natomiast kolorystyka gabinetu (3,1). Dokonując analizy odpowiedzi respondentów na to pytanie można zauważyć, iż bez względu na to czy oceniają poczekalnię czy gabinet priorytetowe znaczenie ma czystość tych pomieszczeń.

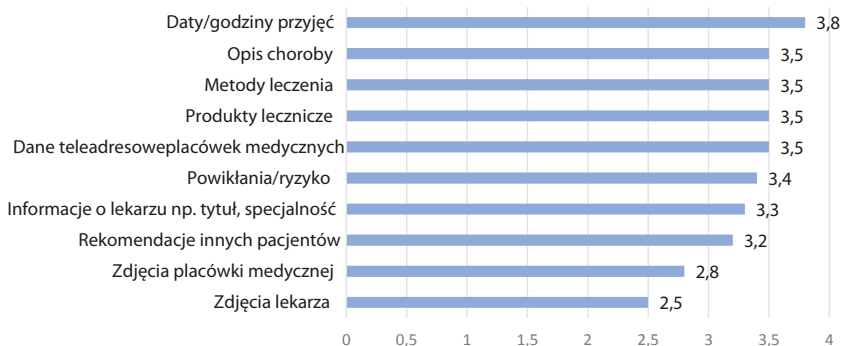


Wykres 3.12. Elementy wystroju placówki medycznej (średnia ocen respondentów)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

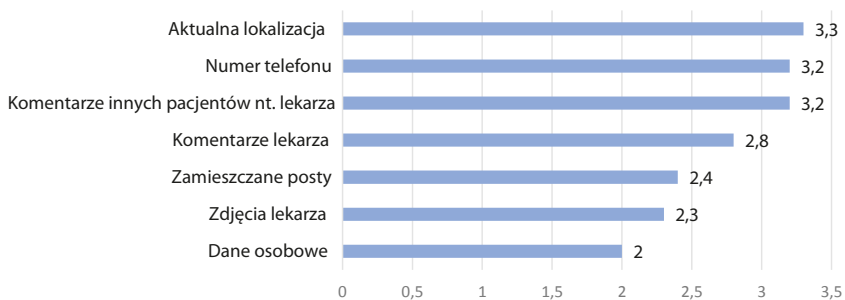
Według raportu Centrum Badania Opinii Społecznej w 2020 roku aż 68% Polaków korzystało z Internetu przynajmniej raz w tygodniu, zaś 49% badanych deklaruje, że w zasadzie cały czas jest online<sup>194</sup>. Jest on też ważnym źródłem informacji dotyczącej zagadnień związanych ze zdrowiem. W niniejszym badaniu zapytano respondentów, jakich informacji związanych z tematyką medyczną i jak często poszukują w Internecie. Częstość wyszukiwania informacji związanych z tematyką medyczną przedstawiono na Wykresie 3.13 (gdzie 1 oznacza nigdy, 2 – rzadko, 3 – czasami, 4 – często, zaś 5 – zawsze/bardzo często).

<sup>194</sup> Feliksiak M., (red.), *Korzystanie z internetu. Komunikat z badań*, CBOS 2020, nr 85, s. 1–5.

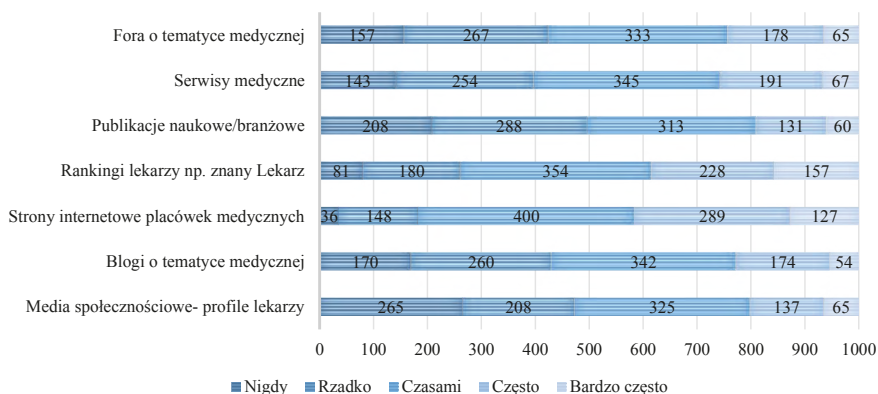


Wykres 3.13. Częstość wyszukiwania informacji związanych z tematyką medyczną  
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, iż najczęściej wyszukiwanymi przez pacjentów informacjami dotyczącymi tematyki medycznej są daty i/lub godziny przyjęć (3,8) oraz dane teleadresowe placówek medycznych, informacje o produktach leczniczych, metodach leczenia i opisy choroby (3,5). Warto podkreślić, iż wartości średnie nie przekraczają wartości 4,0 zatem częstotliwość wyszukiwania tych danych oscyluje na granicy czasami/często (czyli można domniemać, że nie w każdej sytuacji związanej z usługą medyczną). Z kolei najrzadziej pacjenci wyszukują w Internecie zdjęcia lekarza (2,5) oraz placówki medycznej (2,8). Biorąc pod uwagę osobę lekarza zapytano respondentów o to, z jaką częstotliwością wyszukiwane są konkretne informacje na temat danego medyka (Wykres 3.14) oraz na jakich witrynach internetowych (Wykres 3.15).



Wykres 3.14. Częstość wyszukiwania informacji w Internecie związanych z lekarzem  
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



Wykres 3.15. Witryny internetowe odwiedzane przez pacjentów

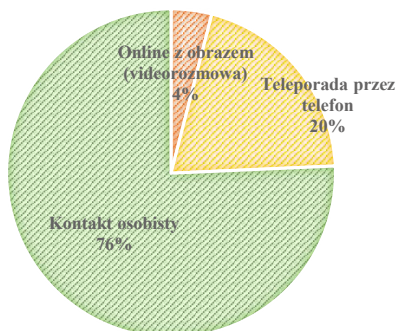
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wśród najczęściej wyszukiwanych informacji na temat lekarza są dane teledre-sowe, a więc aktualna lokalizacja (3,3) oraz numer telefonu (3,2). Pacjenci „cza-sami” wyszukują również komentarze innych osób na temat danego lekarza (3,2), zaś mniej interesujące (rzadziej wyszukiwane) są już komentarze samego lekarza (2,8). Respondenci rzadko poszukują natomiast informacji dotyczących danych osobowych lekarza tj.: data i miejsce urodzenia czy status w związku (2,0) lub zdjęcia lekarza (2,3). Przy czym warto podkreślić, że ankietowani rozróżnili, w jaki sposób rodzaj zdjęć wpływa na odbiór lekarza jako profesjonalisty. Pozytywnie na wizerunek profesjonalisty, zdaniem respondentów, wpływają zdjęcia w uniformie/ fartuchu lekarskim (4,0) oraz zdjęcia w miejscu pracy (3,9) a także dotyczące zdrowej diety (3,9). Raczej korzystnie (3,8) postrzegane są również zdjęcia ze szkoleń, poka-zujące dokonania sportowe oraz zdjęcia z pacjentami. Taki rodzaj umieszczanych w Internecie zdjęć stanowi „potwierdzenie” kompetencji i wiedzy fachowej lekarza oraz buduje jego wiarygodność. Biorąc pod uwagę aktywność pacjentów w Internecie w zakresie odwiedzanych witryn internetowych w celu poszukiwania informacji o lekarzach, pacjenci najczęściej przeglądają rankingi lekarzy jak np. ZnanyLekarz.pl, czy rankinglekarzy.pl (Wykres 3.15). Wyniki te potwierdzają słuszność przyjętej hipotezy H.6., która brzmi: Pacjenci poszukując informacji o lekarzu najczęściej odwiedzają strony internetowe z rankingiem lekarzy. Wyniki te są zbieżne z wynikami badań zespołu ZnanyLekarz.pl, w których stwierdzono, że 84% pacjentów czyta opinie o lekarzu przed umówioną wizytą<sup>195</sup>. Pacjenci odwiedzają również strony internetowe placówek medycznych (82%, a wśród nich prawie 42% odwiedza strony placówek medycznych często lub bardzo często). Z kolei najmniej odwiedzane witryny internetowe to publikacje naukowe i bran-

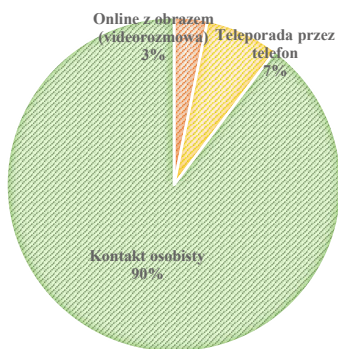
<sup>195</sup> Feliksiak M., (red.), *Korzystanie z internetu. Komunikat z badań*, CBOS 2020, nr 85, s. 1–5.

żowe (49,6% badanych określiła częstotliwość korzystania z takich witryn jako „nigdy” lub „rzadko”) oraz profile w mediach społecznościowych (47% ankietowanych „nigdy” lub „rzadko” korzysta z takich witryn).

Respondenci zapytani zostali o preferowaną formę kontaktu z lekarzem rodzinnym (lekarzem pierwszego kontaktu) oraz lekarzem specjalistą. Mimo panującej pandemii COVID-19 zdecydowana większość pacjentów preferuje kontakt osobisty z lekarzem, zarówno rodzinnym/pierwszego kontaktu (Wykres 3.16), jak i specjalistą (Wykres 3.17). W przypadku kontaktu z lekarzem rodzinnym 20% ankietowanych preferuje kontakt telefoniczny, co może być wynikiem rodzaju porady (np. kontynuacja leczenia, przepisanie leków).



Wykres 3.16. Procentowy rozkład odpowiedzi wyboru formy kontaktu z lekarzem rodzinnym  
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



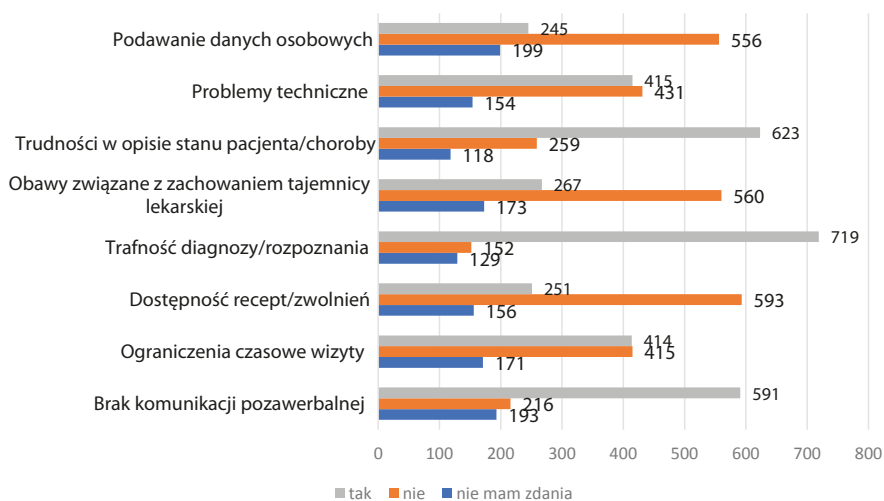
Wykres 3.17. Procentowy rozkład odpowiedzi wyboru formy kontaktu z lekarzem specjalistą  
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Z kolei biorąc pod uwagę kontakt z lekarzem specjalistą zaobserwowano jeszcze większą dysproporcję w odniesieniu do preferowanej formy kontaktu niż w przypadku lekarza pierwszego kontaktu. Zdecydowana większość (90%) ankietowanych

preferuje kontakt osobisty co oznacza, że pacjenci potrzebujący specjalistycznej porady, pomimo ryzyka związanego z pandemią, potrzebują bezpośredniego kontaktu z lekarzem. Motywem takiego zachowania mogą być również obawy związane z chorobą, ponieważ z lekarzem specjalistą pacjent kontaktuje się zazwyczaj w sytuacjach chorób wymagających specjalistycznego leczenia.

Wyniki te potwierdzają słuszność postawionej Hipotezy 2 zakładającej, że pacjenci preferują wizyty lekarskie w kontakcie osobistym, również w dobie pandemii COVID-19.

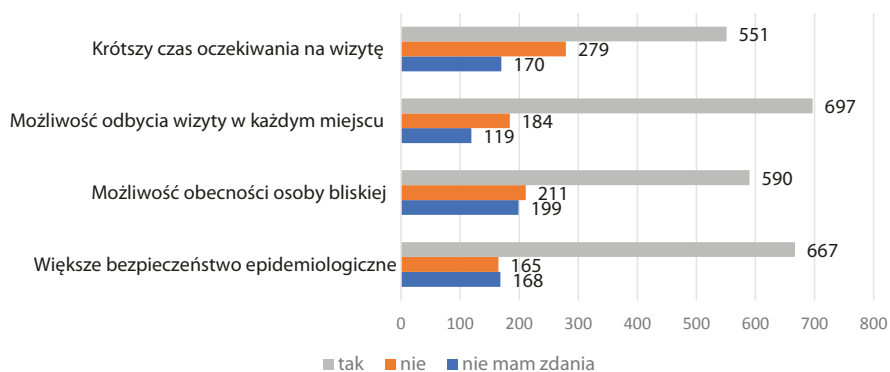
Chcąc poznać opinię pacjentów w zakresie użyteczności teleporad zapytano o bariery (Wykres 3.18) oraz zalety (Wykres 3.19) dla tej formy wizyty. Wśród najczęściej wymienianych przeszkód ankietowani wymienili: obawy dotyczące trafności diagnozy, trudności w przedstawieniu swojego stanu samopoczucia/choroby oraz brak możliwości komunikacji pozawerbalnej. Z kolei takie zagrożenia jak: dostępność recept/zwolnień, zachowanie tajemnicy lekarskiej, czy konieczność podawania danych osobowych budziły najmniej obaw wśród respondentów.



Wykres 3.18. Bariery, z którymi spotykają się pacjenci podczas teleporady (liczba udzielonych odpowiedzi)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Warto zwrócić uwagę, że pacjenci dostrzegają wiele zalet takiej formy usługi medycznej. Według ankietowanych korzystanie z teleporad związane jest z: możliwością odbycia wizyty lekarskiej w dogodnym dla pacjenta miejscu (najczęściej w domu), możliwości zachowania bezpieczeństwa epidemiologicznego, uczestnictwa w wizycie osoby bliskiej (co w przypadku wizyty tradycyjnej, zwłaszcza w dobie pandemii, jest niemożliwe lub znaczenie utrudnione) oraz skrócenie czasu oczekiwania na wizytę.



Wykres 3.19. Zalety teleporady (liczba udzielonych odpowiedzi)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W kolejnym etapie zbadano istnienie zależności pytań względem cech z metryczki. We wszystkich analizach przyjęto poziom istotności  $p = 0,05$ . W celu zbadania zależności między odpowiedziami respondentów a cechami z metryczki, użyto testu Chi-kwadrat (z poprawką Yatesa w przypadku klas o liczebności mniejszej niż 8). W przypadku istotnego wyniku testu hipotezę zerową, mówiącą o braku zależności, odrzucono na rzecz hipotezy alternatywnej, że odpowiedzi respondentów istotnie zależą od danej cechy z metryczki. Siłę związku zbadano współczynnikiem gamma oraz współczynnikiem Cramera. Jest to współczynnik przeznaczony dla danych jakościowych, przyjmuje wartości od 0 do 1. Wartość współczynnika równa 0 oznacza brak zależności, zaś im bliższa jedynki, tym silniejsze jest powiązanie pomiędzy cechami. Współczynnik gamma pokazuje nie tylko siłę, ale i kierunek związku. Przyjmuje wartości od -1 do 1, gdzie 0 oznacza brak zależności, 1 mówi o tym, że dane zmieniają się tak samo w tym samym kierunku (np. jeśli chodzi o uporządkowanie rangami), -1 przeciwnie – rangi jednej zmiennej rosną, w drugiej maleją, ale zależność pomiędzy cechami jest wtedy idealna. W naukach społecznych, do interpretacji siły związku, przyjmuje się skalę Cohena, gdzie wartości bezwzględne powyżej 0,5 ocenia się jako wysoką zależność, między 0,3 a 0,5 – średnią, między 0,1 a 0,3 – małą, poniżej 0,1 znikomą (w praktyce brak zależności).

W niniejszym opracowaniu uwzględniono tylko te pytania, w których zależność jest istotna. Następnie dla zaobserwowanych istotnych zależności pomiędzy badanymi zmiennymi a odpowiedziami na poszczególne pytania z kwestionariusza ankiety zbudowano tablice dwudzielcze obrazujące rozkład odpowiedzi respondentów (Załącznik nr 2). W niniejszym opracowaniu przedstawiono wybrane wyniki tej analizy.

Istotne zależności dla wymienionych pytań względem podziału na płeć przedstawiono w Tabeli 3.1.

Tabela 3.1. Istotne wyniki testu Chi-kwadrat dla wszystkich pytań z ankiety względem płci

Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
<b>Przymiotnik kojarzony z lekarzem</b>				
Bezpieczeństwo	19,53	0,000618	-0,197	0,140
Kompetencje	13,04	0,011100	-0,179	0,114
Profesjonalizm	15,57	0,003662	-0,185	0,125
Uczciwość	12,54	0,013783	-0,163	0,112
Wiedza	16,45	0,002467	-0,209	0,128
Zaufanie	16,67	0,002239	-0,194	0,129
<b>Elementy wpływające na wizerunek lekarza–profesjonalisty</b>				
Wiedza	15,83	0,003260	-0,237	0,126
Doświadczenie	19,82	0,000543	-0,259	0,141
Komunikacja z pacjentem	16,74	0,002168	-0,203	0,129
Zaangażowanie w pracę	25,76	0,000035	-0,305	0,161
Punktualność	14,34	0,006280	-0,149	0,120
Wyposażenie gabinetu	12,93	0,011613	-0,170	0,114
Trafność diagnozy/leczenia	12,07	0,016830	-0,215	0,110
Wizerunek lekarza w Internecie	16,21	0,002753	-0,194	0,127
Równe traktowanie pacjentów	10,76	0,029440	-0,172	0,104
<b>Czynniki wpływające na wybór lekarza</b>				
Rekomendacje użytkowników z sieci	15,64	0,003535	-0,179	0,125
Rankingi lekarzy	28,94	0,000008	-0,217	0,170
<b>Elementy istotne podczas wizyty u lekarza</b>				
Sposób rozmowy (słownictwo, ton głosu)	42,53	0,000000	-0,341	0,206
Zaangażowanie w pracę	18,42	0,001021	-0,233	0,136
Wyposażenie gabinetu (aparatura, sprzęt)	24,85	0,000054	-0,224	0,158
Strój lekarza	15,7	0,003456	-0,112	0,125
Aparycja lekarza	13,5	0,009083	-0,129	0,116
Kultura osobista/savoir vivre lekarza	23,91	0,000083	-0,231	0,155
Czas trwania wizyty	16,82	0,002097	-0,185	0,130
<b>Elementy komunikacji lekarz–pacjent</b>				
Okazywanie szacunku	22,06	0,000195	-0,257	0,149
Dostosowanie języka, tak by przekaz był zrozumiały dla pacjenta	26,02	0,000031	-0,282	0,161
Okazywanie sympatii, uśmiech	23,46	0,000102	-0,228	0,153
Szczegółowe informowanie o przebiegu leczenia	13,07	0,010955	-0,197	0,114
Powitanie/pożegnanie	21,98	0,000202	-0,241	0,148
Pozwolenie pacjentowi na opowiedzenie swojej historii/ nieprzerywanie	11,5	0,021524	-0,169	0,107
Okazanie zrozumienia/wsparcia	18,59	0,000945	-0,221	0,136
Podanie ręki	17,57	0,001495	0,137	0,133



Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
<b>Elementy dotyczące oceny placówki medycznej</b>				
Miła obsługa	28,04	0,000012	-0,221	0,167
Czystość	26,8	0,000022	-0,278	0,164
Kącik dla dzieci	12,27	0,015430	-0,161	0,111
Swobodny dostęp do toalety	11,36	0,022849	-0,156	0,107
Dostępność środków do dezynfekcji	30,37	0,000004	-0,274	0,174
Czystość	16,34	0,002598	-0,234	0,128
Sprzęt medyczny	38,33	0,000000	-0,311	0,196
Dyplomy/zaświadczenia	20,1	0,000478	-0,209	0,142
<b>Elementy wizerunku lekarza</b>				
Czystość stroju	35,62	0,000000	-0,289	0,189
Schludność/wyprasowanie stroju	22,79	0,000140	-0,231	0,151
Powitanie/pożegnanie	13,08	0,010908	-0,148	0,114
<b>Kolor uniformu lekarza</b>				
Różowy jasny (uniform)	16,65	0,002255	-0,180	0,129
Różowy ciemny/fuksja (uniform)	10,21	0,037004	-0,123	0,101
Niebieski- jasne odcienie (uniform)	30,64	0,000004	-0,253	0,175
<b>Informacje o tematyce medycznej poszukiwane w Internecie</b>				
Opis choroby	25,83	0,000034	-0,239	0,161
Metody leczenia	19,84	0,000537	-0,201	0,141
Powikłania/ryzyko	28,85	0,000008	-0,254	0,170
Produkty lecznicze	24,03	0,000079	-0,220	0,155
Rekomendacje innych pacjentów	16,82	0,002093	-0,175	0,130
Dane teleadresowe placówek medycznych	15,18	0,004334	-0,136	0,123
Informacje o lekarzu np. tytuł, specjalność	11,1	0,025502	-0,154	0,105
<b>Informacje o lekarzu poszukiwane w Internecie</b>				
Komentarze innych pacjentów nt. lekarza	10,13	0,038358	-0,137	0,101
<b>Zdjęcia umieszczane przez lekarzy w Internecie</b>				
Zdjęcia z używkami np. alkohol, papierosy	20,67	0,000368	0,193	0,144
Zdjęcia z imprez	18,74	0,000884	0,181	0,137
Zdjęcia w uniformie/fartuchu lekarskim	11,51	0,021396	-0,135	0,107
Zdjęcia z pacjentami	15,28	0,004158	-0,171	0,124
Zdjęcia pokazujące uprawianie sportu	18,38	0,001038	-0,211	0,136
Zdjęcia dotyczące zdrowej diety	16,55	0,002362	-0,203	0,129
Zdjęcia ze szkoleń	36,29	0,000000	-0,288	0,190
Zdjęcia w miejscu pracy	32,04	0,000002	-0,278	0,179
<b>Witryny internetowe wykorzystywane do poszukiwania informacji o lekarzu</b>				
Strony internetowe placówek medycznych	14,2	0,006674	-0,142	0,119
Rankingi lekarzy np. znany Lekarz	33,68	0,000001	-0,257	0,184
<b>Preferowana forma kontaktu z lekarzem</b>				
Lekarz specjalista	14,26	0,000799	-0,372	0,119
<b>Bariery występujące podczas teleporady</b>				

Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
Podawanie danych osobowych	10,77	0,004578	0,175	0,104
Problemy techniczne	13,51	0,001167	0,177	0,116
Trudności w opisie /przedstawieniu stanu pacjenta/choroby	13,22	0,001348	0,213	0,115
Trafność diagnozy/rozpoznania	13,53	0,001153	0,236	0,116
Ograniczenia czasowe wizyty	8,8	0,012299	0,142	0,094
Brak komunikacji pozawerbalnej	9,67	0,007935	0,129	0,098
<b>Zalety teleporady</b>				
Możliwość obecności osoby bliskiej	10,94	0,004206	0,128	0,105

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Na podstawie analizy wyników statystycznych zawartych w powyższej tabeli oraz wyników zawartych w tabelach dwudzielczych dla odpowiedzi na pytania a zmienną płci (Załącznik 2) można wnioskować, że dla charakterystyk opisujących zawód lekarza istotnie częściej kobiety niż mężczyźni utożsamiają bezpieczeństwo (83% kobiet zaznaczyło, iż zaufanie jest „raczej powiązane” lub „zdecydowanie powiązane” z zawodem lekarza oraz 72% mężczyzn) i zaufanie (80% kobiet zaznaczyło, iż zaufanie jest „raczej powiązane” lub „zdecydowanie powiązane” z zawodem lekarza oraz 71% mężczyzn) jako cechy powiązane z wykonywaniem tej profesji. Z kolei dokonując wyboru świadczeniodawcy mężczyźni zdecydowanie częściej niż kobiety uważają, że rankingi lekarzy nie mają wpływu na ich wybór w tym zakresie, toteż znacznie częściej kobiety niż mężczyźni korzystają z takich stron internetowych (66% kobiet zaznaczyło odpowiedź „raczej wpływa” lub „zdecydowanie wpływa” oraz 54,5% mężczyzn). Podczas samej wizyty lekarskiej kobiety w większym stopniu zwracają uwagę na tzw. miękkie aspekty komunikacji takie jak: sposób rozmowy oraz kulturę osobistą lekarza, a także podczas samego procesu komunikacji – okazywanie sympatii oraz uśmiech lekarza. Potwierdzają to wyniki analizy, w której poszczególne elementy jako „raczej ważne” oraz „zdecydowanie ważne” przedstawiają się następująco:

- sposób rozmowy (słownictwo, ton głosu) – 88% kobiet i 69% mężczyzn,
- kultura osobista/savoir vivre – 93% kobiet i 84% mężczyzn,
- okazywanie sympatii/uśmiech – 90% kobiet i 81% mężczyzn.

Z kolei dla mężczyzn ważniejszym elementem komunikacji jest podanie i uścisk dłoni przez lekarza przyjmującego, co zapewne wynika z tradycji kulturowych. Uścisk dłoni to element komunikacji „raczej ważny” lub „zdecydowanie ważny” dla 41% mężczyzn i 32% kobiet. Czystość stroju to zdaniem respondentów najważniejszy element wizerunku lekarza–profesjonalisty. Można zauważyć, że istnieje zależność pomiędzy wyborem tej odpowiedzi a zmienną płcią i zdecydowanie większe znaczenie ma czystość uniformu lekarza dla kobiet (96% odpowiedzi „raczej ważny” i „zdecydowanie ważny”), niż dla mężczyzn (86,5% odpowiedzi „raczej ważny”

i „zdecydowanie ważny”). Z kolei, dokonując analizy preferowanych kolorów uniformu lekarza, to mężczyźni w mniejszym stopniu akceptują kolory odmienne od białego, takie jak jasnoniebieski oraz różowy (zarówno jasny i ciemny). Kolor jasnoniebieski uniformu za odpowiedni („zdecydowanie” lub „raczej”) uważa 75% kobiet i 61% mężczyzn. Z kolei odcienie różu za nieodpowiedni („nieodpowiedni” oraz „raczej nieodpowiedni”) uważa: jasny róż – 24% kobiet i 32% mężczyzn, ciemny róż/fuksja – 47% kobiet i 53% mężczyzn. Kobiety przywiązują większą wagę do treści zamieszczanych na stronach internetowych: zdjęcia lekarzy ze szkoleń czy ukazujące prowadzenie zdrowego trybu życia określają jako mające wpływ na pozytywny odbiór danego medyka. Odpowiedź „raczej pozytywne” oraz „pozytywne” w tej kwestii zaznaczyło:

- zdjęcia lekarzy ze szkoleń – 71% kobiet i 57% mężczyzn,
- zdjęcia dotyczące zdrowej diety – 70% kobiet i 59% mężczyzn.

Kolejną cechą różnicującą badaną grupę, dla której zbadano zależności był wiek. Istotne zależności dla wymienionych pytań względem podziału na wiek przedstawiono w Tabeli 3.2.

Tabela 3.2. Istotne wyniki testu Chi-kwadrat dla wszystkich pytań z ankiety względem wieku

Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
<b>Przymiotnik kojarzony z lekarzem</b>				
Autorytet	45,13	0,001059	0,138	0,106
Kompetencje	33,76	0,027767	0,061	0,092
Prestiż	53,71	0,000064	0,181	0,116
Uczciwość	34,89	0,020716	0,013	0,093
Wiedza	40,16	0,004773	0,073	0,100
<b>Elementy wpływające na wizerunek lekarza – profesjonalisty</b>				
Wiek	33,56	0,029246	0,044	0,092
Płeć	66,23	0,000001	0,143	0,129
Punktualność	32,06	0,042659	0,046	0,090
Miejsce zatrudnienia np. uczelnia medyczna, szpital	34,95	0,020349	0,049	0,093
Wizerunek lekarza w Internecie	33,58	0,029126	-0,036	0,092
<b>Czynniki wpływające na wybór lekarza</b>				
Godziny przyjęć	31,65	0,047228	-0,095	0,089
<b>Elementy komunikacji lekarz – pacjent</b>				
Dostosowanie języka, tak by przekaz był zrozumiały dla pacjenta	34,87	0,020828	0,110	0,093
Okazanie zrozumienia/wsparcia	45,59	0,000916	0,160	0,107
Wyjście po pacjenta i wprowadzenie do gabinetu	38,96	0,006743	0,089	0,099
Wstanie zza biurka	48,25	0,000392	0,140	0,110
Odbieranie telefonów/wiadomości od pacjenta	35,9	0,015810	0,051	0,095

Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
<b>Elementy dotyczące oceny placówki medycznej</b>				
Czystość	45,19	0,001040	0,063	0,106
Wygodne miejsce do siedzenia	33,26	0,031561	0,110	0,091
Wieszak na ubrania	38,77	0,007112	0,104	0,098
Kącik dla dzieci	32,87	0,034853	0,101	0,091
Swobodny dostęp do toalety	32,62	0,037145	0,088	0,090
Dostępność środków do dezynfekcji	32,35	0,039688	0,132	0,090
<b>Elementy wizerunku lekarza</b>				
Czystość stroju	33,34	0,030957	0,136	0,091
Kolor stroju	40,79	0,003964	0,114	0,101
Schludność/wyprasowanie stroju	41,47	0,003245	0,122	0,102
Fryzura/zarost	47,23	0,000545	0,129	0,109
Dodatki np. biżuteria, zegarek	36,1	0,014976	0,017	0,095
<b>Kolor uniformy lekarza</b>				
Biały	31,56	0,048259	-0,132	0,089
Szary	55,28	0,000037	-0,215	0,118
Żółty	45,81	0,000857	-0,042	0,107
Różowy ciemny/fuksja	46,19	0,000759	-0,101	0,107
Granatowy	55,47	0,000035	-0,154	0,118
Czarny	72,74	0,000000	-0,246	0,135
Zieleń – jasne odcienie	33,01	0,033643	0,114	0,091
Zieleń – ciemny	33,24	0,031765	0,023	0,091
Pomarańczowy	32,61	0,037206	-0,057	0,090
<b>Informacje o tematyce medycznej poszukiwane w Internecie</b>				
Opis choroby	32,51	0,038146	-0,111	0,090
Produkty lecznicze	34,91	0,020614	0,025	0,093
Rekomendacje innych pacjentów	36,81	0,012327	-0,062	0,096
Dane teleadresowe placówek medycznych	60,63	0,000006	0,028	0,123
Informacje o lekarzu np. tytuł, specjalność	31,91	0,044219	0,052	0,089
Zdjęcia lekarza	37,75	0,009500	-0,013	0,097
Zdjęcia placówki medycznej	31,98	0,043459	-0,061	0,089
Daty/godziny przyjęć	32,53	0,037969	0,026	0,090
<b>Informacje o lekarzu poszukiwane w Internecie</b>				
Dane osobowe np. data i miejsce urodzenia, status związku	47,28	0,000536	-0,044	0,109
Aktualna Lokalizacja	38,06	0,008702	0,101	0,098
<b>Zdjęcia umieszczane przez lekarzy w Internecie</b>				
Zdjęcia z używkami np. alkohol, papierosy	37,89	0,009130	-0,087	0,097
Zdjęcia z imprez	38,32	0,008089	-0,126	0,098
Zdjęcia w stroju kąpielowym	54,2	0,000054	-0,190	0,116
Zdjęcia ze szkoleń	43,71	0,001645	-0,164	0,105

Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
<b>Witryny internetowe wykorzystywane do poszukiwania informacji o lekarzu</b>				
Media społecznościowe- profile lekarzy	34,89	0,020678	-0,088	0,093
Rankingi lekarzy np. znany Lekarz	46,41	0,000707	-0,051	0,108
<b>Preferowana forma kontaktu z lekarzem</b>				
Lekarz rodzinny (pierwszego kontaktu)	20,36	0,026011	0,060	0,101
Lekarz specjalista	24,21	0,007060	0,141	0,110
<b>Bariery występujące podczas teleporady</b>				
Dostępność recept/zwolnień	24,97	0,005411	0,025	0,112

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W oparciu o wymienione w Tabeli 3.2. istotne statystycznie zależności oraz tablice dwudzielcze (Załącznik 2) dla odpowiedzi respondentów na pytania z kwestionariusza a zmienną wiek zauważono, iż w grupie pacjentów powyżej 64 lat takie przymiotniki jak: autorytet (82% wskazań jako „powiązane” i „zdecydowanie powiązane”), kompetencje (91%) i uczciwość (70%) najbardziej kojarzą się z zawodem lekarza. Zawód lekarza za prestiżowy (w różnym stopniu), uważa większość respondentów ze wszystkich przedziałów wieku, niemniej jednak to dla osób powyżej 64 roku życia jest on najbardziej utożsamiany właśnie z prestiżem (94% respondentów tej grupy uznało prestiż jako „powiązany” lub „zdecydowanie powiązany” z zawodem lekarza). Wyniki te mogą być konsekwencją faktu, iż w ostatnim czasie spadł prestiż wykonywania zawodu lekarza<sup>196</sup>, jednak dla osób w starszym wieku nadal odbierany jest jako jednej z najbardziej prestiżowych. Istotne zależności pomiędzy odpowiedziami dotyczącymi elementów wpływających na wizerunek lekarza jako profesjonalisty a płcią respondentów zauważono zwłaszcza dla zmiennych wiedza oraz wiek. Wiedzę, jako czynnik warunkujący profesjonalizm lekarza postrzegają przede wszystkim najmłodszy respondenci w wieku 18–24 lata (w tym przedziale, aż 99% respondentów określiło, że wiedza „wpływa” lub „raczej wpływa” na wizerunek lekarza profesjonalisty) oraz najstarsi ankietowani w wieku powyżej 64 lat (97% respondentów z tego przedziału wieku określiło, że wiedza „wpływa” lub „raczej wpływa” na wizerunek lekarza profesjonalisty). Zmienną, dla której zauważono silne, istotne zależności była również płeć. Związku między płcią a wizerunkiem lekarza–profesjonalisty w największym stopniu nie zauważali najmłodszy respondenci (64% wskazań w tej grupie, że płeć „nie wpływa” lub „raczej nie wpływa” na wizerunek profesjonalisty). Zależność ta malała wraz z wiekiem respondentów i tak – tylko 31% ankietowanych w wieku powyżej 64 lat zaznaczyła, że płeć „nie wpływa” lub „raczej nie wpływa” na wizerunek lekarza–profesjonalisty. Z kolei w zakresie komunikacji lekarz–pacjent zauważono istotną zależność między wiekiem a okazaniem zrozumienia/wsparcia. Okazuje się, iż wraz ze wzrostem wieku wzrasta też potrzeba zrozumienia, przy czym

<sup>196</sup> Omyła-Rudzka M., (red.), *Które zawody poważamy? Komunikat z badań*, CBOS 2019, nr 157, s. 3.

najbardziej uznają ją za istotną osoby w wieku 55–64 lata (jako „raczej ważny” lub „ważny” ten element komunikacji zaznaczyło 79% ankietowanych w wieku 18–24 lata, 79,5% w wieku 25–34, 87% w wieku 35–44, 90% w wieku 45–54, 94% w wieku 55–64 i 90% w wieku powyżej 64 lat). Dokonując analizy wpływu wieku na elementy wizerunku lekarza najbardziej tolerancyjni okazują się najmłodszy respondenci (18–24 lat). W przypadku tej grupy wiekowej zarówno kolor uniformu, jak i fryzura/zarost lekarza mają najmniejsze znaczenie<sup>197</sup>. Niemniej jednak, biorąc pod uwagę kolor uniformu, można zauważyć silną zależność między kolorem czarnym a wiekiem respondentów. Starsze osoby, zwłaszcza z grup wiekowych 45–54 lata (80% wskazań na „nieodpowiedni” oraz „raczej nieodpowiedni”) oraz 55–64 lata (85% wskazań na „nieodpowiedni” oraz „raczej nieodpowiedni”) w największym stopniu nie akceptują czarnego uniformu lekarskiego. Dokonując oceny istnienia zależności odpowiedzi związanych z aktywnością w Internecie a wiekiem respondentów można zauważyć, że z witryn zawierających rankingi lekarzy, z największą częstotliwością korzystają respondenci po 64 roku życia (49% z tej grupy robi to regularnie tzn. „często” lub „bardzo często”). Taka sytuacja może wynikać z faktu, iż zazwyczaj częściej korzystają ze służby zdrowia oraz mają więcej czasu by zdobyć informacje przed planowaną wizytą lekarską.

Istotne zależności między udzielonymi odpowiedziami a sytuacją zawodową respondentów przedstawiono w Tabeli 3.3.

Tabela 3.3. Istotne wyniki testu Chi-kwadrat dla wszystkich pytań z ankiety względem sytuacji zawodowej

Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
<b>Przymiotnik kojarzony z lekarzem</b>				
Autorytet	23,4	0,002887	0,179	0,108
Bezpieczeństwo	21,48	0,005976	0,226	0,104
Kompetencje	17,07	0,029383	0,112	0,092
Prestiż	26,28	0,000940	0,155	0,115
Profesjonalizm	16,38	0,037222	0,134	0,091
Uczciwość	22,53	0,004026	0,171	0,106
<b>Elementy wpływające na wizerunek lekarza–profesjonalisty</b>				
Płeć	23,33	0,002962	-0,090	0,108
Punktualność	16,78	0,032537	0,101	0,092
<b>Czynniki wpływające na wybór lekarza</b>				
Rekomendacje bliskich (rodziny, znajomych)	20,58	0,008339	0,048	0,101
Rankingi lekarzy	17,07	0,029422	-0,034	0,092
Dostępność wizyt	19,63	0,011843	0,067	0,099

<sup>197</sup> 34% respondentów w tej grupie wiekowej wskazało, że kolor uniformu jest „nieważny” lub „raczej nieważny”, zaś 27% uznało, że fryzura/ zarost lekarza jest „nieważny” lub „raczej nieważny”.

Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
<b>Elementy istotne podczas wizyty u lekarza</b>				
Czas trwania wizyty	16,91	0,031016	0,102	0,092
<b>Elementy komunikacji lekarz–pacjent</b>				
Szczegółowe informowanie o przebiegu leczenia	20,23	0,009505	0,205	0,101
Skracanie dystansu np. mówienie po imieniu	18,57	0,017365	-0,029	0,096
Wyjście po pacjenta i wprowadzenie do gabinetu	22,6	0,003913	0,012	0,106
Wstanie zza biurka	19,05	0,014602	0,071	0,098
<b>Elementy dotyczące oceny placówki medycznej</b>				
Uniform/strój obsługi	17,48	0,025499	0,093	0,093
Wygodne miejsce do siedzenia	16,28	0,038487	0,077	0,090
Kącik czytelniczy np. czasopisma, tablety	17,19	0,028204	0,005	0,093
Kącik dla dzieci	19,1	0,014350	0,099	0,098
Dostępność środków do dezynfekcji	18,15	0,020158	0,168	0,095
<b>Elementy wizerunku lekarza</b>				
Kolor stroju	18,36	0,018657	-0,048	0,096
Fryzura/zarost	24,04	0,002258	0,037	0,110
Dodatki np. biżuteria, zegarek	20,64	0,008156	-0,115	0,102
Odpowiednie obuwie	16,52	0,035517	0,002	0,091
<b>Kolor uniformu lekarza</b>				
Szary	35,53	0,000021	-0,101	0,133
Czarny	40,1	0,000003	-0,165	0,142
Zieleń-jasne odcienie	23,83	0,002447	0,078	0,109
<b>Informacje o tematyce medycznej poszukiwane w Internecie</b>				
Dane teleadresowe placówek medycznych	31,06	0,000137	-0,072	0,125
Zdjęcia lekarza	16,92	0,030901	-0,115	0,092
<b>Informacje o lekarzu poszukiwane w Internecie</b>				
Zdjęcia lekarza	20,64	0,008153	-0,127	0,102
Dane osobowe np. data i miejsce urodzenia, status związku	21,11	0,006852	-0,157	0,103
Zamieszczane posty	18,45	0,018120	-0,110	0,096
Aktualna Lokalizacja	17,63	0,024162	-0,034	0,094
<b>Zdjęcia umieszczane przez lekarzy w Internecie</b>				
Zdjęcia z używkami np. alkohol, papierosy	31,63	0,000109	-0,213	0,126
Zdjęcia z imprez	20,25	0,009427	-0,140	0,101
Zdjęcia w stroju kąpielowym	33,82	0,000044	-0,159	0,130
Zdjęcia w uniformie/fartuchu lekarskim	29,95	0,000216	0,270	0,122
Zdjęcia ze szkoleń	15,53	0,049680	0,074	0,088
<b>Witryny internetowe wykorzystywane do poszukiwania informacji o lekarzu</b>				
Rankingi lekarzy np. znany Lekarz	19,41	0,012837	-0,096	0,099

Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
Publikacje naukowe/branżowe	41,65	0,000002	-0,191	0,144
Fora o tematyce medycznej	17,27	0,027424	-0,157	0,093
<b>Preferowana forma kontaktu z lekarzem</b>				
Lekarz rodzinny (pierwszego kontaktu)	11,90	0,018116	0,247	0,077
<b>Bariery występujące podczas teleporady</b>				
Problemy techniczne	14,69	0,005378	0,001	0,086
Trudności w opisie /przedstawieniu stanu pacjenta/choroby	11,67	0,020015	-0,142	0,076
Trafność diagnozy/rozpoznania	12,22	0,015767	-0,120	0,078
Dostępność recept/zwolnień	11,43	0,022147	0,065	0,076
Brak komunikacji pozawerbalnej	25,98	0,000032	0,095	0,114
<b>Zalety teleporady</b>				
Większe bezpieczeństwo epidemiologiczne	14,50	0,005859	-0,162	0,085

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W oparciu o wybrane, wymienione w Tabeli 3.3 istotne statystycznie zależności oraz tablice dwudzielcze (Załącznik 2) dla odpowiedzi respondentów na pytania z kwestionariusza a zmienną sytuacja zawodowa zauważono, iż to osoby niepracujące w największym stopniu kojarzą zawód lekarza z autorytetem (79% wskazań na „raczej powiązane” lub „powiązane”) oraz prestiżem (68% wskazań na „raczej powiązane” lub „powiązane”). Rekomendacje bliskich w największym stopniu wpływają na wybór lekarza w grupie osób uczących się (92% respondentów z tej grupy określiła ten czynnik jako „raczej wpływa” lub „zdecydowanie wpływa” na wybór lekarza). Zapewne jest to wynikiem faktu, iż większość uczących się to ludzie młodzi, często pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym z rodzicami. Biorąc pod uwagę kolor uniformu lekarza najsilniejsze zależności zaobserwowano pomiędzy sytuacją zawodową a kolorem czarnym i szarym. Osoby uczące się nie widzą przeszkód, by uniform lekarza był w kolorze szarym, aż 55,5% ankietowanych z tej grupy uważa, że jest to „raczej” lub „zdecydowanie” odpowiedni kolor. Z kolei osoby nie pracujące najostrzej wypowiadają się co do czarnego uniformu – 84% badanych w tej grupie uważa, ten kolor za „nieodpowiedni” lub „raczej nieodpowiedni” w kontekście uniformu lekarza. Zdjęcia w uniformie zamieszczane przez lekarzy w Internecie najbardziej pozytywnie w kontekście profesjonalizmu, oceniają osoby uczące się (86% wskazań na „raczej pozytywnie” i „pozytywnie”) oraz osoby niepracujące (80% wskazań na „raczej pozytywnie” i „pozytywnie”).

Wykazano istnienie zależności dla wymienionych pytań względem podziału na miejsce pochodzenia – Tabela 3.4.



Tabela 3.4. Istotne wyniki testu Chi-kwadrat dla wszystkich pytań z ankiety względem miejsca pochodzenia

Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
<b>Elementy wpływające na wizerunek lekarza–profesjonalisty</b>				
Punktualność	27,44	0,006666	-0,036	0,096
<b>Czynniki wpływające na wybór lekarza</b>				
Lokalizacja gabinetu	25,01	0,014764	0,010	0,091
<b>Elementy dotyczące oceny placówki medycznej</b>				
Wieszak na ubrania	28,16	0,005238	-0,014	0,097
Kącik dla dzieci	21,24	0,046913	0,062	0,084
<b>Elementy wizerunku lekarza</b>				
Odpowiednie obuwie	22,95	0,028115	-0,001	0,087
<b>Zdjęcia umieszczane przez lekarzy w Internecie</b>				
Zdjęcia z używkami np. alkohol, papierosy	30,82	0,002097	-0,015	0,101
Zdjęcia z imprez	23,96	0,020615	0,023	0,089
<b>Witryny internetowe wykorzystywane do poszukiwania informacji o lekarzu</b>				
Rankingi lekarzy np. znany Lekarz	25,67	0,011939	0,000	0,093

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W oparciu o wybrane, wymienione w Tabeli 3.4 istotne statystycznie zależności oraz tablice dwudzielcze (Załącznik 2) dla odpowiedzi respondentów na pytania z kwestionariusza a zmienną miejsce pochodzenia zauważono, iż lokalizacja gabinetu ma największy wpływ na wybór lekarza dla osób pochodzących ze wsi (82% odpowiedzi na „raczej wpływa” lub „zdecydowanie wpływa” na wybór lekarza). Wynika to zapewne z tego, iż w większości osoby te mieszkają w odległości od miasta, zatem do placówek medycznych mają większą odległość niż mieszkańcy miast. W celu wyszukania informacji o lekarzach z rankingów istotnie częściej korzystają osoby pochodzące z miast powyżej 150 tys. mieszkańców – 44% respondentów z tej grupy korzysta z rankingów „często” lub „bardzo często/zawsze”.

Kolejną zmienną różnicującą grupę była sytuacja materialna. Wykazano istnienie zależności dla wymienionych pytań względem podziału na sytuację materialną (Tabela 3.5).

Tabela 3.5. Istotne wyniki testu Chi-kwadrat dla wszystkich pytań z ankiety względem sytuacji materialnej

Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
<b>Przymiotnik kojarzony z lekarzem</b>				
Autorytet	22,23	0,004507	-0,002	0,105
Profesjonalizm	26,71	0,000794	0,011	0,116
Uczciwość	21,37	0,006238	-0,089	0,103

Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
<b>Elementy wpływające na wizerunek lekarza–profesjonalisty</b>				
Wiek	16,95	0,030597	-0,169	0,092
Komunikacja z pacjentem	17,83	0,022561	0,040	0,094
Atrybuty zewnętrzne lekarza-wygląd, strój	18,62	0,017005	-0,049	0,096
Wyposażenie gabinetu	30,34	0,000184	-0,045	0,123
<b>Czynniki wpływające na wybór lekarza</b>				
Rekomendacje bliskich (rodziny, znajomych)	22,64	0,003853	-0,053	0,106
Rekomendacje użytkowników z sieci	25,06	0,001520	-0,136	0,112
Koszt wizyty	34,60	0,000032	0,201	0,132
Lokalizacja gabinetu	18,50	0,017763	0,081	0,096
<b>Elementy istotne podczas wizyty u lekarza</b>				
Wystrój gabinetu	16,21	0,039459	-0,060	0,090
Wyposażenie gabinetu (aparatura, sprzęt)	18,98	0,014942	-0,045	0,097
Aparycja lekarza	15,75	0,046074	-0,102	0,089
<b>Elementy komunikacji lekarz–pacjent</b>				
Odbieranie telefonów/wiadomości od pacjenta	19,45	0,012618	0,054	0,099
<b>Elementy dotyczące oceny placówki medycznej</b>				
Muzyka	17,03	0,029768	-0,087	0,092
Swobodny dostęp do toalety	16,72	0,033209	0,128	0,091
<b>Elementy wizerunku lekarza</b>				
Dodatki np. biżuteria, zegarek	17,47	0,025592	-0,114	0,093
<b>Kolor uniformu lekarza</b>				
Biały	20,17	0,009695	-0,167	0,100
Szary	17,72	0,023436	-0,142	0,094
Żółty	19,40	0,012863	-0,060	0,098
Czarny	18,49	0,017864	-0,163	0,096
Czerwony	16,31	0,038211	-0,086	0,090
Zieleń – jasne odcienie	20,57	0,008379	0,085	0,101
<b>Informacje o tematyce medycznej poszukiwane w Internecie</b>				
Opis choroby	19,98	0,010422	-0,064	0,100
Metody leczenia	15,95	0,043139	-0,075	0,089
Powikłania/ryzyko	18,01	0,021177	-0,103	0,095
Dane teleadresowe placówek medycznych	17,11	0,029020	-0,057	0,092
Informacje o lekarzu np. tytuł, specjalność	22,68	0,003796	-0,094	0,106

Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
<b>Informacje o lekarzu poszukiwane w Internecie</b>				
Numer telefonu	19,41	0,012828	-0,101	0,099
<b>Zdjęcia umieszczane przez lekarzy w Internecie</b>				
Zdjęcia z używkami np. alkohol, papierosy	16,96	0,030484	-0,118	0,092
Zdjęcia ze szkoleń	16,99	0,030206	-0,110	0,092
<b>Witryny internetowe wykorzystywane do poszukiwania informacji o lekarzu</b>				
Media społecznościowe- profile lekarzy	24,62	0,001803	-0,169	0,111
Strony internetowe placówek medycznych	26,13	0,000996	-0,144	0,114
Publikacje naukowe/branżowe	38,70	0,000006	-0,172	0,139
Serwisy medyczne	22,44	0,004161	-0,145	0,106
Fora o tematyce medycznej	22,29	0,004399	-0,147	0,106
<b>Bariery występujące podczas teleporady</b>				
Trudności w opisie /przedstawieniu stanu pacjenta/choroby	09,58	0,048098	-0,097	0,069
<b>Zalety teleporady</b>				
Możliwość obecności osoby bliskiej	12,69	0,012902	0,141	0,080

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Na podstawie analizy wybranych wyników istotnych statystycznie zawartych w Tabeli 3.5 oraz wyników przedstawionych w tabelach dwudzielnych dla odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu, a sytuacji materialnej respondentów (Załącznik 2) zaobserwowano, że osoby z trudną sytuacją materialną w najmniejszym stopniu, wśród populacji badanej, wiążą wyposażenie gabinetu z wizerunkiem lekarza (55% badanych w tej grupie określiło, że „raczej” lub „zdecydowanie wpływa” na wizerunek, podczas gdy w pozostałych grupach wynik w każdej z tych grup przekraczał 70%). Bardzo silną zależność zaobserwowano również między sytuacją materialną a kosztem wizyty jako czynnikiem wpływającym na wybór świadczeniodawcy. Koszty wizyty były czynnikiem, który w najmniejszym stopniu generuje wybór lekarza w grupie osób z sytuacją materialną dobrą (30% odpowiedzi, że koszty wizyty nie mają wpływu lub są obojętne). Co wynika także z logiki, wraz z pogorszeniem sytuacji czynnik ten nabiera większego znaczenia: u respondentów z sytuacją przeciętną 21% odpowiedzi, że koszty nie mają znaczenia, zaś trudną już tylko 18% odpowiedzi. Istotne statystycznie zależności zauważono między sytuacją materialną a rodzajem witryn, z których respondenci korzystają w celu poszukiwania informacji o lekarzach. Im trudniejsza sytuacja materialna pacjentów, tym w mniejszym stopniu odwiedzają profile lekarzy w mediach społecznościowych. Regularnie („często” lub „bardzo często”) z mediów społecznościowych korzysta 26% ankietowanych z sytuacją materialną dobrą, 17% prze-

ciętną i tylko 9% trudną. Podobnie wygląda sytuacja dotycząca odwiedzania stron internetowych placówek medycznych oraz publikacji naukowych lub branżowych. I znów regularnie („często” lub „bardzo często”), korzysta:

- ze stron internetowych placówek medycznych: 44% ankietowanych z dobrą sytuacją materialną; wraz z jej pogorszeniem spada korzystanie z tego typu stron – regularnie korzysta z nich 41% ankietowanych z sytuacją materialną przeciętną oraz 24% z sytuacją materialną trudną,
- z czasopism naukowych i branżowych: 30% ankietowanych z dobrą sytuacją materialną; wraz z jej pogorszeniem spada korzystanie z tego typu stron – regularnie korzysta z nich 24% ankietowanych z sytuacją materialną przeciętną oraz 15,5 % z sytuacją materialną trudną.

Odpowiedzi na pytania zadane w kwestionariuszu ankiety różnicowano także ze względu na wykształcenie. W Tabeli 3.6 przedstawiono istotne statystycznie zależności dla wymienionych pytań względem podziału na wykształcenie.

Tabela 3.6. Istotne wyniki testu Chi-kwadrat dla wszystkich pytań z ankiety względem wykształcenia

Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
<b>Przymiotnik kojarzony z lekarzem</b>				
Autorytet	37,43	0,000190	-0,014	0,112
Bezpieczeństwo	28,62	0,004488	0,081	0,098
Kompetencje	22,92	0,028373	0,022	0,087
Profesjonalizm	41,64	0,000038	0,095	0,118
Uczciwość	21,18	0,047756	0,097	0,084
Wiedza	27,91	0,005707	0,046	0,096
<b>Elementy wpływające na wizerunek lekarza–profesjonalisty</b>				
Wiedza	24,33	0,018352	-0,088	0,090
Wiek	22,22	0,035099	-0,031	0,086
Atrybuty zewnętrzne lekarza-wygląd, strój	22,56	0,031745	0,103	0,087
Wyposażenie gabinetu	28,86	0,004138	0,039	0,098
Trafność diagnozy/leczenia	24,62	0,016705	-0,006	0,091
Równe traktowanie pacjentów	25,43	0,012900	0,049	0,092
<b>Czynniki wpływające na wybór lekarza</b>				
Koszt wizyty	32,94	0,000990	0,188	0,105
Lokalizacja gabinetu	22,08	0,036653	0,060	0,086
<b>Elementy istotne podczas wizyty u lekarza</b>				
Strój lekarza	23,48	0,023895	0,125	0,088
<b>Elementy komunikacji lekarz–pacjent</b>				
Okazywanie szacunku	37,93	0,000158	0,013	0,112
Dostosowanie języka, tak by przekaz był zrozumiały dla pacjenta	22,12	0,036219	0,166	0,086

Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
Okazanie zrozumienia/wsparcia	35,97	0,000327	0,137	0,110
Skracanie dystansu np. mówienie po imieniu	23,55	0,023368	0,129	0,089
<b>Elementy dotyczące oceny placówki medycznej</b>				
Wygodne miejsce do siedzenia	24,19	0,019163	0,127	0,090
Możliwość napicia się kawy/herbaty/wody	22,84	0,029151	0,117	0,087
Muzyka	21,71	0,040884	0,080	0,085
Kącik dla dzieci	32,97	0,000978	0,183	0,105
Czystość	22,32	0,034052	0,035	0,086
Wyposażenie/umeblowanie	26,33	0,009651	0,104	0,094
Kolorystyka	22,42	0,033113	0,152	0,086
Dyplomy/zaświadczenia	27,95	0,005627	0,121	0,097
<b>Elementy wizerunku lekarza</b>				
Czystość stroju	36,53	0,000266	0,049	0,110
Fryzura/zarost	23,35	0,024919	0,077	0,088
<b>Kolor uniformy lekarza</b>				
Niebieski- jasne odcienie	27,40	0,006768	-0,030	0,096
Granatowy	24,87	0,015465	-0,046	0,091
<b>Informacje o lekarzu poszukiwane w Internecie</b>				
Zamieszczane posty	22,16	0,035747	0,085	0,086
Komentarze lekarza	25,86	0,011240	0,076	0,093
<b>Zdjęcia umieszczane przez lekarzy w Internecie</b>				
Zdjęcia dotyczące zdrowej diety	28,13	0,005303	-0,033	0,097
Zdjęcia w miejscu pracy	26,76	0,008374	0,008	0,094
<b>Preferowana forma kontaktu z lekarzem</b>				
Lekarz specjalista	15,59	0,016102	-0,054	0,088
<b>Bariery występujące podczas teleporady</b>				
Obawy związane z zachowaniem tajemnicy lekarskiej	19,75	0,003071	-0,027	0,099
Trafność diagnozy/rozpoznania	16,13	0,013056	0,098	0,090
Dostępność recept/zwolnień	29,09	0,000058	0,045	0,121
Ograniczenia czasowe wizyty	16,29	0,012282	0,053	0,090
Brak komunikacji pozawerbalnej	28,76	0,000067	0,192	0,120
<b>Zalety teleporady</b>				
Możliwość odbycia wizyty właściwie w każdym miejscu	14,20	0,027435	0,113	0,084

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Biorąc pod uwagę wybrane, wymienione w Tabeli 3.6 istotne statystycznie zależności oraz tablice dwudzielcze (Załącznik 2) dla odpowiedzi respondentów na pytania z kwestionariusza oraz wykształceniem zaobserwowano różnice w postrzeganiu zawodu lekarza. Zauważono, że im niższe wykształcenie,

tym zawód lekarza w większym stopniu nie kojarzył się z autorytetem, i tak w odniesieniu do autorytetu:

- 10% ankietowanych z wyższym wykształceniem zaznaczyło odpowiedzi „nigdy” lub „rzadko”;
- 12% ankietowanych ze średnim wykształceniem zaznaczyło odpowiedzi „nigdy” lub „rzadko”;
- 16% ankietowanych z wykształceniem zawodowym zaznaczyło odpowiedzi „nigdy” lub „rzadko”;
- 19% respondentów z wykształceniem podstawowym zaznaczyło odpowiedzi „nigdy” lub „rzadko”.

Silne zależności zaobserwowano również pomiędzy powiązaniem zawodu lekarza z profesjonalizmem i wiedzą. Biorąc pod uwagę profesjonalizm, 61% ankietowanych z podstawowym wykształceniem określa to pojęcie jako „powiązane” lub „raczej powiązane” z zawodem medycznym, podczas gdy w pozostałych grupach udział odpowiedzi w tym zakresie oscyluje na znacznie wyższym poziomie (81% dla ankietowanych z wykształceniem wyższym, 79% średnim i 85% zawodowym). Z kolei z wiedzą zawód lekarza w dużym stopniu łączą wszystkie grupy respondentów, przy czym można też zauważyć, iż im wykształcenie niższe tym odsetek odpowiedzi na „raczej powiązane” i „powiązane” spada (87% w grupie osób z wykształceniem wyższym i średnim, 82% wykształceniem zawodowym i 81% podstawowym).

Dokonując analizy elementów komunikacji lekarz–pacjent zaobserwowano istotne zależności między okazywaniem szacunku i zrozumienia a wykształceniem ankietowanych. Pacjenci z wykształceniem wyższym i średnim w największym stopniu łączą wagę okazywania szacunku z procesem komunikacji lekarz–pacjent (93% ankietowanych z wykształceniem wyższym i 94% z wykształceniem średnim określa okazywanie szacunku jako „ważne” lub „zdecydowanie ważne”). Z kolei pacjenci z wykształceniem podstawowym w najmniejszym stopniu oczekują od lekarza zrozumienia, aż 155 ankietowanych z tej grupy uważa, że zrozumienie jest elementem „nieważnym” lub „raczej nieważnym” w procesie komunikacji (w porównaniu odsetek odpowiedzi na to samo zagadnienie w pozostałych grupach wyniósł: dla pacjentów z wykształceniem wyższym 5%, średnim 2% i zawodowym 4%). Ograniczenia związane z brakiem komunikacji pozawerbalnej to istotna bariera wizyty u lekarza w formie teleporady. Zagrożenie to dostrzegają w większym stopniu respondenci wykształceni, natomiast wraz ze spadkiem poziomu wykształcenia spada również waga odczuwania tego braku, i tak: bariera ta jest istotna dla 66% ankietowanych z wykształceniem wyższym, 59% – średnim, 48% – zawodowym i tylko 35% – podstawowym. Zatem ankietowani z niższym wykształceniem w mniejszym stopniu zwracają uwagę na komunikaty pozawerbalne, a w konsekwencji nie odczuwają ich braku podczas rozmowy telefonicznej.

Odowiedzi na poszczególne pytania w kwestionariuszu poddano analizie także względem częstotliwości korzystania z publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej. W Tabeli 3.7 przedstawiono istotne statystycznie zależności dla wymienionych pytań względem podziału na częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia, natomiast w Tabeli 3.10 istotne statystycznie zależności dla wymienionych pytań względem podziału na częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia.

Tabela 3.7. Istotne wyniki testu Chi-kwadrat dla wszystkich pytań z ankiety względem częstotliwości korzystania z publicznej służby zdrowia

Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
<b>Przymiotnik kojarzony z lekarzem</b>				
Autorytet	33,87	0,000708	-0,186	0,106
Bezpieczeństwo	29,39	0,003450	-0,185	0,099
Kompetencje	23,11	0,026788	-0,161	0,088
Profesjonalizm	40,20	0,000067	-0,188	0,116
Uczciwość	63,97	0,000000	-0,228	0,146
Wiedza	28,74	0,004303	-0,165	0,098
Zaufanie	38,23	0,000141	-0,218	0,113
<b>Elementy wpływające na wizerunek lekarza–profesjonalisty</b>				
Wiek	37,18	0,000209	-0,130	0,111
Płeć	30,23	0,002582	-0,149	0,100
Tytuł zawodowy	22,38	0,033500	-0,130	0,086
Komunikacja z pacjentem	30,48	0,002365	-0,203	0,101
Atrybuty zewnętrzne lekarza–wygląd, strój	37,89	0,000160	-0,127	0,112
Wystrój gabinetu	34,41	0,000580	-0,117	0,107
Wyposażenie gabinetu	27,23	0,007162	-0,144	0,095
Miejsce zatrudnienia np. uczelnia medyczna, szpital	31,08	0,001916	-0,122	0,102
Wizerunek lekarza w Internecie	25,69	0,011889	-0,144	0,093
<b>Czynniki wpływające na wybór lekarza</b>				
Rankingi lekarzy	43,22	0,000021	-0,202	0,120
<b>Elementy istotne podczas wizyty u lekarza</b>				
Strój lekarza	24,14	0,019493	-0,058	0,090
Aparycja lekarza	33,07	0,000945	-0,157	0,105
Czas trwania wizyty	22,50	0,032240	-0,138	0,087
<b>Elementy komunikacji lekarz–pacjent</b>				
Okazywanie sympatii, uśmiech	29,40	0,003437	-0,175	0,099
Pozwolenie pacjentowi na opowiedzenie swojej historii/ nie przerywanie	23,39	0,024598	-0,140	0,088
Komunikacja pozawerbalna/gesty i mimika	23,47	0,023968	-0,138	0,088
Skracanie dystansu np. mówienie po imieniu	21,98	0,037762	-0,079	0,086
Wyjście po pacjenta i wprowadzenie do gabinetu	25,95	0,010896	-0,115	0,093

Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
<b>Elementy dotyczące oceny placówki medycznej</b>				
Telewizor	21,88	0,038840	-0,085	0,085
Wieszak na ubrania	25,05	0,014599	-0,127	0,091
Kącik dla dzieci	24,71	0,016274	-0,148	0,091
Dostępność środków do dezynfekcji	22,69	0,030455	-0,144	0,087
Dyplomy/zaświadczenia	24,49	0,017414	-0,143	0,090
<b>Elementy wizerunku lekarza</b>				
Odpowiednie obuwie	22,74	0,030061	-0,104	0,087
<b>Kolor uniformu lekarza</b>				
Czarny	21,93	0,038356	-0,046	0,085
<b>Informacje o tematyce medycznej poszukiwane w Internecie</b>				
Opis choroby	54,78	0,000000	-0,247	0,135
Metody leczenia	45,27	0,000009	-0,230	0,123
Powikłania/ryzyko	54,02	0,000000	-0,261	0,134
Produkty lecznicze	39,23	0,000096	-0,205	0,114
Rekomendacje innych pacjentów	42,84	0,000024	-0,214	0,119
Dane teleadresowe placówek medycznych	51,19	0,000001	-0,253	0,131
Informacje o lekarzu np. tytuł, specjalność	60,59	0,000000	-0,266	0,142
Zdjęcia lekarza	27,11	0,007628	-0,160	0,095
Zdjęcia placówki medycznej	24,77	0,015963	-0,146	0,091
Daty/godziny przyjęć	70,81	0,000000	-0,283	0,154
<b>Informacje o lekarzu poszukiwane w Internecie</b>				
Zdjęcia lekarza	31,74	0,001515	-0,196	0,103
Dane osobowe np. data i miejsce urodzenia, status związku	32,88	0,001012	-0,206	0,105
Numer telefonu	53,50	0,000000	-0,240	0,134
Zamieszczane posty	40,29	0,000064	-0,220	0,116
Komentarze innych pacjentów nt. lekarza	58,71	0,000000	-0,238	0,140
Komentarze lekarza	50,54	0,000001	-0,231	0,130
Aktualna Lokalizacja	43,69	0,000017	-0,223	0,121
<b>Zdjęcia umieszczane przez lekarzy w Internecie</b>				
Zdjęcia z użytkownikami np. alkohol, papierosy	28,55	0,004591	-0,031	0,098
Zdjęcia z pacjentami	33,84	0,000714	-0,160	0,106
Zdjęcia w miejscu pracy	27,25	0,007106	-0,147	0,095
<b>Witryny internetowe wykorzystywane do poszukiwania informacji o lekarzu</b>				
Media społecznościowe – profile lekarzy	47,43	0,000004	-0,236	0,126
Blogi o tematyce medycznej	33,88	0,000706	-0,186	0,106
Strony internetowe placówek medycznych	62,17	0,000000	-0,264	0,144
Rankingi lekarzy np. znany Lekarz	42,43	0,000028	-0,194	0,119
Publikacje naukowe/branżowe	44,70	0,000012	-0,218	0,122
Serwisy medyczne	44,57	0,000012	-0,221	0,122
Fora o tematyce medycznej	47,73	0,000003	-0,225	0,126



Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
<b>Bariery występujące podczas teleporady</b>				
Trafność diagnozy/rozpoznania	21,43	0,001534	0,045	0,104
Dostępność recept/zwolnień	20,30	0,002446	0,094	0,101
Ograniczenia czasowe wizyty	14,96	0,020562	0,100	0,086

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Dokonując analizy wybranych, wymienionych w Tabeli 3.7 istotnych statystycznie zależności oraz tabel dwudzielczych (Załącznik 2) dla odpowiedzi respondentów na pytania z kwestionariusza a zmienną częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia zauważono, że wraz ze spadkiem częstotliwości korzystania z publicznej służby zdrowia spada również kojarzenie zawodu lekarza z autorytetem. Rozkład odpowiedzi w poszczególnych grupach na połączenie zawodu lekarza z autorytetem poprzez zaznaczenie odpowiedzi „powiązane” lub „zdecydowanie powiązane” wyglądał następująco:

- 75% w grupie pacjentów korzystających z publicznej służby zdrowia co najmniej 1 raz w miesiącu,
- 66% w grupie pacjentów korzystających z publicznej służby zdrowia średnio raz na pół roku,
- 48% w grupie pacjentów korzystających z publicznej służby zdrowia maksymalnie raz roku,
- 16% w grupie pacjentów korzystających z publicznej służby zdrowia rzadziej niż jeden raz roku.

Wyniki takie mogą świadczyć o tym, iż ankietowani rzadko korzystają z publicznej służby zdrowia, ponieważ lekarz w placówce publicznej nie jest dla nich autorytetem. Z drugiej strony, ponieważ rzadko korzystają, nie mają styczności z tym zawodem wobec czego lekarze nie mają podstaw, aby ten autorytet w danej grupie pacjentów zbudować. Dokonując wyboru świadczeniodawcy usługi medycznej pacjenci kierują się rankingami lekarzy dostępnymi w Internecie. Im większa częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia, tym pacjenci częściej kierują się tym kryterium przy wyborze lekarza. Wobec tego, aż 68% pacjentów korzystających z publicznej służby zdrowia uważa to kryterium za istotne („raczej wpływa” lub „zdecydowanie wpływa”). Wraz ze spadkiem częstotliwości korzystania z publicznej służby zdrowia, spada też ocena wpływu rankingów na wybór świadczeniodawcy (58% dla korzystających średnio raz na pół roku, 56% dla korzystających maksymalnie raz w roku i 49% dla korzystających rzadziej niż raz w roku). Może to wynikać z faktu, iż osoby częściej korzystające z publicznej służby zdrowia, częściej poszukują też informacji o potencjalnym świadczeniodawcy usługi, zaś rankingi są powszechnym źródłem informacji na ten temat. Podobne zależności zauważono w przypadku okazywania sympatii jako istotnego elementu komunikacji lekarz–pacjent. Dla ankietowanych, którzy często korzystają

z publicznej opieki zdrowotnej ten aspekt jest bardziej istotny, niż dla pacjentów, którzy korzystają z tej opieki w mniejszym stopniu. Może to wynikać z tego, iż rzadziej korzystając z takich usług pacjenci mają także mniejsze oczekiwania w stosunku do ich jakości. Odsetek odpowiedzi w tym zakresie „raczej ważny” i „ważny” w poszczególnych grupach wynosił:

- 89% w grupie pacjentów korzystających z publicznej służby zdrowia co najmniej 1 raz w miesiącu,
- 84% w grupie pacjentów korzystających z publicznej służby zdrowia średnio raz na pół roku,
- 85% w grupie pacjentów korzystających z publicznej służby zdrowia maksymalnie raz w roku,
- 80% w grupie pacjentów korzystających z publicznej służby zdrowia rzadziej niż jeden raz w roku.

Częstotliwość poszukiwania informacji w Internecie związanych z tematyką medyczną taką jak opis choroby, metody leczenia oraz powikłania/ryzyko, wzrasta wraz z częstotliwością korzystania z opieki zdrowotnej. Odsetek odpowiedzi respondentów zaznaczających na ww. zagadnienia odpowiedź „często” lub „bardzo często/zawsze” zaprezentowano w Tabeli 3.8. Może wynikać to z dwóch pobudek: po pierwsze pacjenci, którzy częściej korzystają z usług medycznych, mają większą styczność z diagnozowaniem i leczeniem chorób, wobec czego weryfikują uzyskane informacje od lekarza, po drugie wyszukują w Internecie charakterystyki swoich dolegliwości, które następnie weryfikują w drodze wizyty lekarskiej (wobec czego im więcej wyszukują, tym więcej symptomów muszą weryfikować w drodze konsultacji medycznej).

Tabela 3.8. Odsetek odpowiedzi respondentów, którzy poszukują informacji na temat: choroby, metod leczenia i powikłań w Internecie, w poszczególnych grupach związanych z częstotliwością korzystania z publicznej służby zdrowia

Pacjenci	Informacje		
	Opis choroby	Metody leczenia	Ryzyko/powikłania
Korzystający z publicznej służby zdrowia co najmniej raz w miesiącu	56%	59%	57%
Korzystający z publicznej służby zdrowia średnio raz na pół roku	45%	49%	46%
Korzystający z publicznej służby zdrowia maksymalnie raz w roku	36,5%	36.5%	36%
Korzystający z publicznej służby zdrowia rzadziej niż raz w roku	29%	35,5%	28%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Podobnie wygląda analiza związku między częstotliwością korzystania z witryn internetowych celem poszukiwania informacji o lekarzach a częstotliwością

korzystania z opieki zdrowotnej. W tym przypadku analogicznie, im pacjent więcej korzysta z publicznej opieki zdrowotnej, tym częściej wyszukuje w Internecie informacje o lekarzu. W Tabeli 3.9 przedstawiono rozkład odpowiedzi respondentów, którzy „często” lub „bardzo często/zawsze” korzystają z tego typu informacji.

Tabela 3.9. Odsetek odpowiedzi respondentów, „często” lub „bardzo często” korzystających z witryn internetowych o tematyce medycznej w poszczególnych grupach związanych z częstotliwością korzystania z publicznej służby zdrowia

Strony www placówek medycznych	Rankingi lekarzy	Publikacje naukowe/ branżowe	Serwisy medyczne	Fora o tematyce medycznej
<i>Korzystający z publicznej służby zdrowia co najmniej raz w miesiącu</i>				
51,5%	46%	27%	32%	33%
<i>Korzystający z publicznej służby zdrowia średnio raz na pół roku</i>				
40%	36%	16,5%	25%	22%
<i>Korzystający z publicznej służby zdrowia maksymalnie raz w roku</i>				
29%	31%	11,5%	16,5%	16%
<i>Korzystający z publicznej służby zdrowia rzadziej niż raz w roku</i>				
26%	28%	10,5%	14,5%	10,5%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Tabela 3.10. Istotne wyniki testu Chi-kwadrat dla wszystkich pytań z ankiety względem częstotliwości korzystania z prywatnej służby zdrowia

Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
<b>Przymiotnik kojarzony z lekarzem</b>				
Uczciwość	26,79	0,008272	-0,111	0,095
Wiedza	25,08	0,014456	-0,072	0,091
<b>Elementy wpływające na wizerunek lekarza–profesjonalisty</b>				
Płeć	33,52	0,000803	-0,050	0,106
Komunikacja z pacjentem	28,91	0,004070	-0,039	0,098
Atrybuty zewnętrzne lekarza–wygląd, strój	31,80	0,001484	-0,078	0,103
Wystrój gabinetu	26,80	0,008260	-0,112	0,095
Wyposażenie gabinetu	38,74	0,000116	-0,148	0,114
Trafność diagnozy/leczenia	23,98	0,020445	0,151	0,089
Miejsce zatrudnienia np. uczelnia medyczna, szpital	31,81	0,001479	-0,090	0,103
Wizerunek lekarza w Internecie	34,33	0,000598	-0,178	0,107
Wygląd strony internetowej gabinetu	35,22	0,000432	-0,098	0,108
<b>Czynniki wpływające na wybór lekarza</b>				
Rekomendacje bliskich (rodziny, znajomych)	31,19	0,001844	-0,058	0,102
Rekomendacje użytkowników z sieci	33,59	0,000783	-0,148	0,106
Rankingi lekarzy	28,14	0,005270	-0,134	0,097

Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
Koszt wizyty	44,28	0,000014	0,204	0,121
Godziny przyjęć	22,15	0,035926	0,013	0,086
<b>Elementy istotne podczas wizyty u lekarza</b>				
Strój lekarza	28,25	0,005078	-0,052	0,097
Aparycja lekarza	22,09	0,036560	-0,078	0,086
Czas trwania wizyty	21,06	0,049451	-0,076	0,084
<b>Elementy komunikacji lekarz-pacjent</b>				
Dostosowanie języka, tak by przekaz był zrozumiały dla pacjenta	27,69	0,006135	0,103	0,096
Powitanie/pożegnanie	21,18	0,047861	-0,055	0,084
Komunikacja pozawerbalna/gesty i mimika	22,67	0,030699	-0,120	0,087
Skracanie dystansu np. mówienie po imieniu	22,89	0,028662	-0,114	0,087
Wyjście po pacjenta i wprowadzenie do gabinetu	25,87	0,011189	-0,104	0,093
Podanie ręki	31,54	0,001627	-0,117	0,103
<b>Elementy dotyczące oceny placówki medycznej</b>				
Czystość	25,23	0,013766	0,046	0,092
Uniform/strój obsługi	21,99	0,037614	-0,057	0,086
Telewizor	35,13	0,000446	-0,116	0,108
Muzyka	30,51	0,002337	-0,101	0,101
Przyjemny zapach	22,30	0,034339	0,005	0,086
Dyplomy/zaświadczenia	25,67	0,011955	-0,100	0,092
<b>Elementy wizerunku lekarza</b>				
Dodatki np. biżuteria, zegarek	28,38	0,004872	-0,114	0,097
Odpowiednie obuwie	25,94	0,010955	-0,105	0,093
<b>Kolor uniformu lekarza</b>				
Szary	22,68	0,030524	-0,120	0,087
Różowy ciemny/fuksja	34,15	0,000640	-0,118	0,107
Czarny	43,08	0,000022	-0,192	0,120
Czerwony	21,18	0,047805	-0,123	0,084
<b>Informacje o tematyce medycznej poszukiwane w Internecie</b>				
Opis choroby	42,38	0,000029	-0,215	0,119
Metody leczenia	56,75	0,000000	-0,218	0,138
Powikłania/ryzyko	56,01	0,000000	-0,231	0,137
Produkty lecznicze	40,35	0,000063	-0,194	0,116
Rekomendacje innych pacjentów	43,54	0,000018	-0,217	0,120
Dane teleadresowe placówek medycznych	32,95	0,000985	-0,178	0,105
Informacje o lekarzu np. tytuł, specjalność	53,57	0,000000	-0,232	0,134
Zdjęcia lekarza	46,45	0,000006	-0,232	0,124
Zdjęcia placówki medycznej	70,24	0,000000	-0,262	0,153
Daty/godziny przyjęć	28,90	0,004081	-0,144	0,098

Pytanie	X <sup>2</sup>	p-value	wsp. gamma	wsp. Cramera
<b>Informacje o lekarzu poszukiwane w Internecie</b>				
Zdjęcia lekarza	51,80	0,000001	-0,229	0,131
Dane osobowe np. data i miejsce urodzenia, status związku	53,81	0,000000	-0,248	0,134
Numer telefonu	40,73	0,000054	-0,191	0,117
Zamieszczane posty	41,55	0,000040	-0,185	0,118
Komentarze innych pacjentów nt. lekarza	62,00	0,000000	-0,228	0,144
Komentarze lekarza	45,05	0,000010	-0,216	0,123
<b>Zdjęcia umieszczane przez lekarzy w Internecie</b>				
Zdjęcia z używkami np. alkohol, papierosy	35,26	0,000425	-0,110	0,108
Zdjęcia z imprez	44,57	0,000012	-0,102	0,122
Zdjęcia w stroju kąpielowym	35,89	0,000338	-0,132	0,109
Zdjęcia z pacjentami	25,48	0,012704	-0,058	0,092
Zdjęcia pokazujące uprawianie sportu	40,63	0,000057	-0,074	0,116
Zdjęcia dotyczące zdrowej diety	23,03	0,027503	-0,068	0,088
<b>Witryny internetowe wykorzystywane do poszukiwania informacji o lekarzu</b>				
Media społecznościowe- profile lekarzy	83,47	0,000000	-0,269	0,167
Blogi o tematyce medycznej	71,11	0,000000	-0,267	0,154
Strony internetowe placówek medycznych	57,82	0,000000	-0,252	0,139
Rankingi lekarzy np. znany Lekarz	50,67	0,000001	-0,217	0,130
Publikacje naukowe/branżowe	75,01	0,000000	-0,297	0,158
Serwisy medyczne	79,31	0,000000	-0,265	0,163
Fora o tematyce medycznej	80,37	0,000000	-0,284	0,164
<b>Preferowana forma kontaktu z lekarzem</b>				
Lekarz rodzinny (pierwszego kontaktu)	20,06	0,002701	0,188	0,100
Lekarz specjalista	16,36	0,011954	0,294	0,090

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Na podstawie analizy wybranych wyników istotnych statystycznie zawartych w Tabeli 3.10 oraz wyników przedstawionych w tabelach dwudzielczych dla odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu związanych z częstotliwością korzystania z prywatnej opieki medycznej (Załącznik 2) zaobserwowano, że wraz ze spadkiem częstotliwości korzystania z prywatnej opieki zdrowotnej spada również znaczenie wizerunku lekarza w Internecie. Oznacza to, że pacjenci korzystający co najmniej raz w miesiącu z prywatnej opieki zdrowotnej w największym stopniu przekładają treści zawarte w Internecie na wizerunek lekarza profesjonalisty (67% ankietowanych w tej grupie zaznaczyło odpowiedź, iż wizerunek w Internecie „raczej wpływa” lub „wpływa” na wizerunek lekarza jako profesjonalisty). Z kolei w pozostałych grupach, wraz ze spadkiem częstotliwości korzystania spadało również znaczenie tego czynnika (63% w grupie

korzystającej z usług prywatnej opieki zdrowotnej średnio raz na pół roku, 60% maksymalnie raz w roku i 50% rzadziej niż raz w roku). Co ciekawe wraz ze spadkiem częstotliwości korzystania z prywatnej służby zdrowia wzrastało znaczenie kosztów wizyty w podejmowaniu decyzji o wyborze świadczeniodawcy (odpowiedzi „raczej wpływa” i „wpływa” zaznaczyło: 67% korzystających co najmniej 1 raz w miesiącu, 74% średnio raz na pół roku, 82% maksymalnie raz w roku i 87% rzadziej niż raz w roku). Sytuacja ta może wynikać z tego, iż dla osób często korzystających z prywatnej służby zdrowia, staje się ona głównym dostawcą usług zdrowotnych, wobec czego pacjenci przyzwyczajeni są do tego, iż za nie płać, a więc cena nie jest tak istotna jak w przypadku osób korzystających z takich usług okazjonalnie. Analogicznie, jak w przypadku zależności dotyczących państwowej służby zdrowia, pacjenci częściej korzystający z usług opieki medycznej prywatnej, z większą intensywnością wyszukują w Internecie informacji dotyczących opisu choroby (odpowieź „często” lub „bardzo często” zaznaczyło: 57% korzystających co najmniej 1 raz w miesiącu, 47% średnio raz na pół roku, 44% maksymalnie raz w roku i 33% rzadziej niż raz w roku) oraz metod leczenia (odpowieź „często” lub „bardzo często” zaznaczyło: 61,5% korzystających co najmniej 1 raz w miesiącu, 50% średnio raz na pół roku, 50% maksymalnie raz w roku i 30,5% rzadziej niż raz w roku). Pacjenci częściej korzystający z prywatnej opieki zdrowotnej w większym stopniu poszukują w Internecie komentarzy innych pacjentów na temat lekarza oraz komentarzy samego lekarza. W przypadku komentarzy innych użytkowników odpowiedź „często” lub „bardzo często” zaznaczyło: 49% korzystających z opieki prywatnej służby zdrowia, co najmniej 1 raz w miesiącu, 43% średnio raz na pół roku, 42% maksymalnie raz w roku i 24% rzadziej niż raz w roku, zaś komentarzy samych lekarzy odpowiednio: 41%, 28%, 29% i 15,5%. Stanowi to zapewne jedną z metod wyboru lub potwierdzenia wyboru danego specjalisty, w związku z tym im pacjent częściej korzysta z usług prywatnej opieki medycznej, tym częściej potrzebuje takich informacji. Silne, istotne statystycznie zależności zaobserwowano między częstotliwością korzystania z prywatnej opieki zdrowotnej a częstotliwością korzystania z witryn internetowych celem poszukiwania informacji medycznych. Wartości procentowe wskazań odpowiedzi „często” oraz „bardzo często/zawsze” dla poszczególnych grup przedstawiono w Tabeli 3.11. Można zauważyć, że im większa częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia, tym częściej pacjenci poszukują informacji medycznych w różnych witrynach internetowych, co zapewne wynika z faktu, iż im częściej pacjent korzysta z opieki medycznej, tym więcej informacji związanych z tą opieką potrzebuje.

Tabela 3.11. Odsetek odpowiedzi respondentów „często” lub „bardzo często” korzystających z witryn internetowych o tematyce medycznej w poszczególnych grupach związanych z częstotliwością korzystania z publicznej służby zdrowia

Blogi	Strony www placówek medycznych	Rankingi	Publikacje naukowe/ branżowe	Serwisy medyczne	Fora o tematyce medycznej
<i>Korzystający z publicznej służby zdrowia co najmniej raz w miesiącu</i>					
37%	56%	51%	31%	41%	31%
<i>Korzystający z publicznej służby zdrowia średnio raz na pół roku</i>					
21%	41%	37%	18%	24%	23%
<i>Korzystający z publicznej służby zdrowia maksymalnie raz w roku</i>					
21%	37%	35%	13%	20%	20%
<i>Korzystający z publicznej służby zdrowia rzadziej niż raz w roku</i>					
11%	29%	29%	11%	16%	12%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Do weryfikacji hipotez badawczych H1, H3 oraz H4 konieczne jest określenie częstotliwości korzystania przez pacjentów z publicznej i prywatnej służby zdrowia. W kwestionariuszu, w metryczce znajdują się dwa pytania, które mówią o częstotliwości korzystania z publicznej/prywatnej służby zdrowia (Wykres 3.4). Rozkład odpowiedzi respondentów na te pytania przedstawiono w Tabeli 3.12.

Tabela 3.12. Częstotliwość korzystania pacjentów z publicznej i prywatnej opieki zdrowotnej

Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia			Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia		
	n	%		n	%
1. Co najmniej 1 raz w miesiącu	355	35,5	1. Co najmniej 1 raz w miesiącu	226	22,6
2. Średnio raz na pół roku	454	45,4	2. Średnio raz na pół roku	440	44
3. Maksymalnie raz w roku	115	11,5	3. Maksymalnie raz w roku	147	14,7
4. Rzadziej niż 1 raz w roku	76	7,6	4. Rzadziej niż 1 raz w roku	187	18,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Współczynnik korelacji Spearmana dla tych dwóch zmiennych jest istotny i wynosi 0,41 (Tabela 3.13). Oznacza to, że częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia wzrasta wraz ze wzrostem częstotliwości korzystania z publicznej służby zdrowia.

Tabela 3.13. Współczynniki korelacji rang Spearmana, pokazujące zależność między częstością korzystania przez pacjentów z prywatnej i publicznej służby zdrowia

Zmienna	Korelacja rang Spearmana	
	M7. Częstość korzystania z publicznej służby zdrowia	M8. Częstość korzystania z prywatnej służby zdrowia
Częstość korzystania z publicznej służby zdrowia	1,000000	0,411771
Częstość korzystania z prywatnej służby zdrowia	0,411771	1,000000

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Następnie wprowadzono nową zmienną, wyliczając różnicę między odpowiedziami u jednego respondenta. W tym przypadku 0 oznacza, że ankietowany zaznaczył identyczną częstość korzystania z publicznej i z prywatnej opieki zdrowotnej, zaś 1 oraz -1 oznacza różnicę jednego poziomu (Tabela 3.14), przy czym: „1” – częstość korzystania z prywatnej służby zdrowia jest niewiele większa, „-1” – częstość korzystania z publicznej służby zdrowia jest niewiele większa.

Tabela 3.14. Liczebność i procent dla zmiennej, wyliczającej różnicę między odpowiedziami u jednego respondenta

Klasa	Tabela liczebności: NowaZm: =V9-V8 (baza)			
	Liczba	Skumulowana liczba	Procent	Skumulowany procent
-3	4	4	0,4	0,4
-2	25	29	2,5	2,9
-1	<b>116</b>	145	11,6	14,5
0	<b>465</b>	610	46,5	61,0
<b>1</b>	<b>254</b>	864	25,4	86,4
2	101	965	10,1	96,5
3	35	1000	3,5	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Jak wynika z danych przedstawionych w powyższej tabeli, u 47% ankietowanych nie ma różnic częstości w przystępowaniu do prywatnej czy publicznej służby zdrowia. Z kolei 39% ankietowanych częściej korzysta z prywatnej opieki zdrowotnej, zaś 14% częściej z publicznej służby zdrowia. Zatem do dalszych analiz, w których mowa o porównaniu pacjentów korzystających z prywatnej i publicznej opieki zdrowotnej, uwzględniono tych, dla których odpowiedzi się różniły, tj. 53% wszystkich ankietowanych. Po podziale pacjentów otrzymano, że 390 osób częściej korzysta



z prywatnej niż z publicznej służby zdrowia, zaś 145 z publicznej częściej niż z prywatnej. Do zbadania różnic między grupami użyto testu U Manna-Whitney'a, który bada różnice sum rang pomiędzy grupami.

Celem weryfikacji słuszności hipotezy H1 – Pacjenci preferujący usługi prywatnej służby zdrowia częściej niż pacjenci publicznej służby zdrowia, korzystają z informacji zawartych w Internecie na temat lekarzy wykonujących usługę medyczną, analizie poddano pytania z kwestionariusza, w których respondenci pytani byli o korzystanie z Internetu. Do hipotezy 1. przyjęto punkty kwestionariusza, w których ankietowani odpowiadają na pytanie jak często poszukiwane są informacje w Internecie na temat lekarza, tj.:

- w całości punkt 10 kwestionariusza („Proszę określić jak często poszukuje Pan/i w Internecie wyróżnionych informacji o lekarzu”),
- z pytania 9 („Proszę określić jak często poszukuje Pan/i wyróżnionych informacji związanych z tematyką medyczną”) podpunkty: 9.5 (rekomendacje innych pacjentów), 9.7 (informacje o lekarzu np. tytuł, specjalność) i 9.8 (zdjęcie lekarza),
- z pytania 12 („Proszę określić jak często z podanych witryn internetowych korzysta Pan/i do poszukiwania informacji o lekarzach”) podpunkty 12.1 (media społecznościowe – profile lekarzy) oraz 12.4 (rankingi lekarzy).

Zbadano rzetelność wymienionych pytań przy pomocy współczynnika Alfa-Cronbacha. Wynosi on 0,91, zatem można stwierdzić, iż rzetelność pytań jest bardzo dobra. Następnie zsumowano odpowiedzi i przeprowadzono test U Manna-Whitney'a w celu stwierdzenia różnic między grupami.

Tabela 3.15. Statystyki opisowe analizowanej zmiennej Internet, w podziale na grupy względem częstości korzystania z prywatnej/publicznej służby zdrowia

Grupa	n	średnia	odch. stand.	mediana	min	max
nie ma różnic między częstością korzystania z prywatnej i publicznej służby zdrowia u 1 pacjenta	465	35,0	10,15	36	12	60
pacjent częściej korzysta z prywatnej służby zdrowia	390	33,1	9,99	33	12	60
pacjent częściej korzysta z publicznej służby zdrowia	145	33,8	8,63	33	16	59

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Na poziomie istotności 0,05 wyniki testu U Manna-Whitney'a są nieistotne, oznacza to, że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej o braku różnic pomiędzy grupami. Nie można zatem stwierdzić, że pacjenci korzystający z prywatnej służby zdrowia częściej wyszukują informacje na temat lekarzy w Internecie niż pacjenci korzystający z publicznej służby zdrowia.

Tabela 3.16. Wyniki testu U Manna Whitney'a dla zmiennej Internet

	Sum. rang prywatna	Sum. rang publiczna	U	Z	P	n prywatna	n publiczna
Internet	103373,0	40007,00	27128,00	-0,72	0,470674	390	145

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Celem weryfikacji hipotezy H3a, mówiącej o tym, że: Pacjenci korzystający z usług prywatnej służby zdrowia w większym stopniu niż pacjenci preferujący publiczną służbę zdrowia zwracają uwagę na wystrój i wyposażenie gabinetu, analizie poddano pytania z kwestionariusza, które dotyczyły informacji na temat wystroju i wyposażenia gabinetu lekarskiego. Do weryfikacji hipotezy 3a przyjęto następujące punkty kwestionariusza:

- z pytania 2 („Proszę określić elementy, które wpływają na wizerunek lekarza jako profesjonalisty”) podpunkty 2.10 (wystój gabinetu) oraz 2.11 (wyposażenie gabinetu),
- z pytania 4 („Na jakie elementy zwraca Pani/i uwagę podczas wizyty u lekarza”) podpunkty 4.3 (wystrój gabinetu) oraz 4.4 (wyposażenie gabinetu tj. aparatura, sprzęt),
- z pytania 6 („Proszę określić istotę elementów wystroju placówki medycznej w ocenie usługi medycznej”) podpunkty: 6.14 (czystość), 6.15 (wyposażenie/umeblowanie), 6.16 (sprzęt medyczny), 6.17 (kolorystyka), 6.18 (dyplomy/zaświadczenia).

Spójność wymienionych pytań zbadano przy pomocy współczynnika Alfa-Cronbacha. Wynosi on 0,83, zatem można przyjąć, że rzetelność jest dobra, a blok pytań spójny i grupuje się zmienną latentną. Zsumowano zatem odpowiedzi (zwracania uwagi na wystrój i wyposażenie gabinetu) i otrzymano nową zmienną (Gabinet) (Tabela 3.17). Następnie zbadano różnice między grupami przy pomocy testu U Manna-Whitney'a (Tabela 3.18).

Tabela 3.17. Statystyki opisowe analizowanej zmiennej Gabinet

Grupa	n	średnia	odch. stand.	mediana	min	max
nie ma różnic między częstością korzystania z prywatnej i publicznej służby zdrowia u 1 pacjenta	465	33,9	5,39	34	11	45
pacjent częściej korzysta z prywatnej służby zdrowia	390	33,8	5,27	34	9	45
pacjent częściej korzysta z publicznej służby zdrowia	145	33,5	5,09	34	15	44

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Tabela 3.18. Wyniki testu U Manna Whitney'a dla zmiennej Gabinet

	Sum. rang prywatna	Sum. rang publiczna	U	Z	P	n prywatna	n publiczna
Gabinet	105644,5	37735,5	27150,5	-0,70723	0,479427	390	145

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wyniki testu U Manna Whitney'a są nieistotne, oznacza to, że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej o braku różnic pomiędzy grupami. Oznacza to, że zarówno pacjenci korzystający z publicznej, jak i prywatnej służby zdrowia w takim samym stopniu zwracają uwagę na wystrój i wyposażenie gabinetu.

Poza wystrojem i wyposażeniem gabinetu pacjent, udając się do placówki leczniczej, może ocenie poddawać również wystrój pomieszczeń pomocniczych takich jak np. poczekalnia. Zatem postawiono hipotezę H3b mówiącą o tym, iż Pacjenci korzystający z usług prywatnej służby zdrowia w większym stopniu niż pacjenci preferujący publiczną służbę zdrowia zwracają uwagę na wystrój i wyposażenie poczekalni. Celem weryfikacji hipotezy analizie poddano pytania z kwestionariusza, w których respondenci pytani byli poczekalnię. Do hipotezy 3b przyjęto następujące punkt z kwestionariusza:

- z pytania 6 („Proszę określić istotę elementów wystroju placówki medycznej w ocenie usługi medycznej”) podpunkty: 6.1 (miła obsługa), 6.2 (czystość), 6.3 (uniform/strój obsługi), 6.4 (wygodne miejsce do siedzenia), 6.5 (możliwość napięcia się kawy/herbaty/wody), 6.6 (kącik czytelniczy), 6.7 (telewizor), 6.8 (muzyka), 6.9 (przyjemny zapach), 6.10 (wieszak na ubrania), 6.11 (kącik dla dzieci), 6.12 (swobodny dostęp do toalety), 6.13 (dostępność środków do dezynfekcji).

Tabela 3.19. Statystyki opisowe analizowanej zmiennej Poczekalnia, w podziale na grupy względem częstości korzystania z prywatnej/publicznej służby zdrowia

Grupa	n	średnia	odch. stand.	mediana	min	max
nie ma różnic między częstością korzystania z prywatnej i publicznej służby zdrowia u 1 pacjenta	465	47,9	7,47	48	25	65
pacjent częściej korzysta z prywatnej służby zdrowia	390	48,1	6,67	48	22	65
pacjent częściej korzysta z publicznej służby zdrowia	145	46,7	6,80	47	29	65

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Spójność wymienionych pytań została zbadana przy pomocy współczynnika Alfa-Cronbacha. Współczynnik Alfa-Cronbacha wynosi 0,84, co oznacza, że pyta-

nia są spójne i grupują się w zmienną latentną. Dlatego zsumowano odpowiedzi i otrzymano nową zmienną (Poczekalnia), następnie przy pomocy testu U Manna-Whitney'a zbadano różnice między grupami.

Na poziomie istotności 0,05, wyniki testu U Manna-Whitney'a są istotne ( $p = 0,02$ ) (Tabela 3.20). Zatem hipotezę zerową o braku różnic należy odrzucić na rzecz hipotezy alternatywnej, że pacjenci korzystający z usług prywatnej służby zdrowia w większym stopniu niż pacjenci preferujący publiczną służbę zdrowia zwracają uwagę na elementy wystroju poczekalni. Oznacza to, że poczekalnia dla pacjentów prywatnej opieki zdrowotnej ma większe znaczenie, co może wynikać z faktu, iż płacąc (bezpośrednio) za usługę oczekują więcej, także w zakresie warunków lokalowych.

Tabela 3.20. Wyniki testu U Manna Whitney'a dla zmiennej Poczekalnia

	Sum. rang prywatna	Sum. rang publiczna	U	Z	P	n prywatna	n publiczna
Poczekalnia	108163,5	35216,5	24631,5	-2,29219	0,021895	390	145

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Z kolei celem weryfikacji hipotezy H4a, sformułowanej następująco: Pacjenci korzystający z usług prywatnej służby zdrowia w większym stopniu niż pacjenci preferujący publiczną służbę zdrowia zwracają uwagę na atrybuty zewnętrzne lekarza (aparycja, strój), analizie poddano pytania z kwestionariusza, które dotyczyły informacji na temat aparycji i stroju lekarza. Do weryfikacji hipotezy 4a przyjęto następujące punkty kwestionariusza:

- z pytania 2 („Proszę określić elementy, które wpływają na wizerunek lekarza jako profesjonalisty”) podpunkt 2.9 (Atrybuty zewnętrzne lekarza-wygląd, strój),
- z pytania 4 („Na jakie elementy zwraca Pani/i uwagę podczas wizyty u lekarza”) podpunkt 4.5 (strój lekarza) oraz 4.6 (aparycja lekarza),
- w całości punkt 7 kwestionariusza („Proszę określić wagę przedstawionych elementów wizerunku lekarza–profesjonalisty”) tj. czystość stroju, kolor stroju, schludność, fryzura/zarost, powitanie/pożegnanie, dodatki w stroju, obuwie, środki ochrony osobistej.

Zbadano spójność wymienionych pytań przy pomocy współczynnika Alfa-Cronbacha. Wynosi ona 0,84, zatem można przyjąć, że rzetelność jest dobra, a blok pytań spójny. Zsumowano odpowiedzi otrzymując nową zmienną (Aparycja) (Tabela 3.21) i zbadano różnice między grupami przy pomocy testu U Manna-Whitney'a (Tabela 3.22).

Tabela 3.21. Statystyki opisowe analizowanej zmiennej Aparycja, w podziale na grupy względem częstości korzystania z prywatnej/publicznej służby zdrowia

Grupa	n	średnia	odch. stand.	mediana	min	max
nie ma różnic między częstością korzystania z prywatnej i publicznej służby zdrowia u 1 pacjenta	465	38,7	7,13	39	14	55
pacjent częściej korzysta z prywatnej służby zdrowia	390	39,1	6,40	39	17	55
pacjent częściej korzysta z publicznej służby zdrowia	145	38,5	6,42	39	16	55

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Wyniki testu U Manna Whitney'a są nieistotne (Tabela 3.22), oznacza to, że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej o braku różnic pomiędzy grupami. Oznacza to, że zarówno pacjenci korzystający w publicznej, jak i prywatnej służby zdrowia w takim samym stopniu zwracają uwagę na atrybuty zewnętrzne lekarza.

Tabela 3.22. Wyniki testu U Manna Whitney'a dla zmiennej Aparycja

	Sum. rang prywatna	Sum. rang publiczna	U	Z	p	n prywatna	n publiczna
Aparycja	106075	37305	26720	-0,9781	0,328026	390	145

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Poza wyglądem czy też aparycją ogólny odbiór danego człowieka jest uwarunkowany jego zachowaniem. Założono, że płacąc więcej za usługę medyczną w przypadku prywatnej opieki zdrowotnej, również pacjenci, korzystający z tego rodzaju usług, mają większe wymagania w stosunku do świadczeniodawcy. Dlatego też przyjęto hipotezę H4b mówiącą o tym, że Pacjenci korzystający z usług prywatnej służby zdrowia w większym stopniu niż pacjenci preferujący publiczną służbę zdrowia zwracają uwagę na zachowanie lekarza. Celem weryfikacji hipotezy analizie poddano pytania z kwestionariusza, w których respondenci pytani byli o zachowanie lekarza. Do hipotezy H4b przyjęto następujący punkt z kwestionariusza:

- w całości punkt 5 kwestionariusza „Proszę określić wagę elementów w komunikacji pacjent- lekarz” tj. okazywanie szacunku, dostosowanie języka, okazywanie sympatii, informowanie o przebiegu leczenia, powitanie/pożegnanie, pozwolenie na mówienie/nieprzerywanie, okazanie wsparcia, komunikacja pozawerbalna, skracanie dystansu, wyjście po pacjenta, wstanie zza biurka, podanie ręki, odbieranie telefonów.

Zbadano spójność wymienionych pytań przy pomocy współczynnika Alfa-Cronbacha. Współczynnik Alfa-Cronbacha wynosi 0,84, co oznacza, że pytania są spójne i grupują się w zmienną latentną. Dlatego też, zsumowano odpowiedzi i otrzymano nową zmienną (Zachowanie) (Tabela 3.23). Następnie zbadano różnice między grupami przy pomocy testu U Manna-Whitney'a (Tabela 3.24).

Tabela 3.23. Statystyki opisowe analizowanej zmiennej Zachowanie, w podziale na grupy względem częstości korzystania z prywatnej/publicznej służby zdrowia

Grupa	n	średnia	odch. stand.	mediana	min	max
nie ma różnic między częstością korzystania z prywatnej i publicznej służby zdrowia u 1 pacjenta	465	51,2	7,26	51	24	65
pacjent częściej korzysta z prywatnej służby zdrowia	390	51,4	5,97	51	25	65
pacjent częściej korzysta z publicznej służby zdrowia	145	50,0	7,15	50	28	65

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wyniki testu U Manna Whitney'a są nieistotne (Tabela 3.24), oznacza to, że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej o braku różnic pomiędzy grupami czyli, że zarówno pacjenci korzystający z publicznej i prywatnej służby zdrowia w takim samym stopniu zwracają uwagę na zachowanie lekarza.

Tabela 3.24. Wyniki testu U Manna Whitney'a dla zmiennej Zachowanie; sumy rang w grupach prywatna/publiczna

	Sum. rang prywatna	Sum. rang publiczna	U	Z	P	n prywatna	n publiczna
Zachowanie	107477,5	35902,5	25317,5	-1,86056	0,062808	390	145

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Dokonując prezentacji wyników przeprowadzonych badań warto podkreślić dostrzeżone limitacje i wynikające z nich dalsze możliwe kierunki rozważań. Badaniem objęto osoby dorosłe, korzystające z opieki zdrowotnej na terytorium Polski. Respondenci określili wpływ poszczególnych zmiennych na wizerunek lekarza profesjonalisty. Niemniej jednak, wyniki badań pokazały również, iż w dużej mierze wybór świadczeniodawcy usługi medycznej opiera się na rekomendacjach. Zatem można wnioskować, że bliskie otoczenie pacjenta również ma wpływ na budowanie wizerunku świadczeniodawcy. Kolejnym wątkiem, który może mieć wpływ na wizerunek, zwłaszcza profesjonalisty, są opinie

innych lekarzy. Wszelkie rekomendacje czy uwagi przekazywane pacjentom na temat innego lekarza stanowią odmienny typ informacji od rekomendacji bliskich osób (zakładając, że osoby te nie są związane ze środowiskiem medycznym). W przypadku rekomendacji tego typu można przypuszczać, iż ocena wizerunku lekarza będzie opierać się w większym stopniu na ocenie jego rzeczywistej wiedzy i umiejętności. Wydaje się więc zasadne podjęcie dalszych badań skierowanych na określenie charakteru i siły wpływu otoczenia na wizerunek profesjonalny lekarza.

## Zakończenie

Coraz większa świadomość pacjentów oraz funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej na zasadach wolnego rynku powoduje stały wzrost oczekiwań klientów usług medycznych. Dodatkowo, utrudnienia w zakresie opieki zdrowotnej w czasie pandemii COVID-19 wpływają na ograniczenia możliwości świadczenia tychże usług w odpowiednim wymiarze. Pandemia zakłóciła również dotychczasowy model świadczenia usługi medycznej. Zmieniły się standardy obsługi pacjenta (np. sanitarne), a niektóre elementy wizerunku, jak np. komunikacja z lekarzem uległy transformacji. Można również zauważyć, iż znaczenie wizerunku stale wzrasta, nie tylko w kontekście systemu opieki zdrowotnej czy placówki medycznej, ale również danego lekarza. Wynika to z faktu, iż pacjenci chcą podejmować decyzje o wyborze swojego lekarza w sposób możliwie jak najbardziej świadomy. W związku z tym, iż zazwyczaj nie mają kompetencji, by ocenić wiedzę fachową lekarza, dokonują oceny usługi przez pryzmat innych kryteriów. Badania naukowe potwierdzają, że ostateczna ocena świadczenia zdrowotnego wcale nie musi związana być z wynikiem leczenia, ale ze sposobem jego realizacji<sup>198</sup>.

Celem głównym niniejszej pracy było wyróżnienie czynników wpływających na wizerunek lekarza–profesjonalisty i określenie ich znaczenia dla pacjenta w dobie pandemii COVID-19. Opierając się na studiach literatury wyróżniono charakterystyki obejmujące wizerunek lekarza oraz zmienne pozwalające uporządkować pacjentów według określonych kryteriów. Do głównych czynników, które mogą mieć wpływ na wizerunek lekarza zaliczono: parametry związane z fachowością (jak np. doświadczenie, wiedza, tytuł zawodowy, trafność diagnozy), cechy osobowościowe (np. wiek, zaangażowanie w pracę, punktualność, sposób komunikacji), fizjonomię (np. strój, fryzura, aparycja) oraz elementy otoczenia (wygląd i elementy wyposażenia gabinetu oraz poczekalni).

Na podstawie przeprowadzonych badań dokonano oceny wpływu wyróżnionych czynników na wizerunek profesjonalny lekarza. Wyniki badań potwierdzają, iż określając zawód lekarza, pacjenci kojarzą go przede wszystkim z wiedzą, kompetencjami, profesjonalizmem oraz bezpieczeństwem i zaufaniem (które, warto podkreślić, jest ważniejsze dla kobiet niż mężczyzn). Okazało się również, iż zawód ten niekoniecznie utożsamiany jest obecnie z prestiżem (za wyjątkiem osób powyżej 64 roku, dla których zawód ten jest nadal uważany za bardzo prestiżowy). Ponadto zauważono, że wraz ze spadkiem częstotliwości korzystania z publicznej służby zdrowia spada również kojarzenie zawodu lekarza z autorytetem.

Przeprowadzone badania wykazały również, iż największy wpływ na wybór lekarza w czasie pandemii COVID-19 mają rekomendacje bliskich, tj. rodziny oraz

---

<sup>198</sup> Turkiewicz J., *Budowanie wizerunku w ochronie zdrowia na przykładzie lekarzy w Polsce*, „Journal of Health Sciences”, 2013, 3(11), s. 133-142.



znajomych pacjenta. Warto jednak zaznaczyć, że dotyczy to tylko rekomendacji bliskich, ponieważ rekomendacje użytkowników sieci okazały się czynnikiem w najmniejszym stopniu determinującym wybór lekarza spośród zaproponowanych zmiennych. Najczęściej odwiedzane przez pacjentów strony internetowe w celu poszukiwania informacji o lekarzu, to właśnie rankingi lekarzy jak np. [ZnanyLekarz.pl](http://ZnanyLekarz.pl), czy [rankinglekarzy.pl](http://rankinglekarzy.pl). Przepuszczalnie rozbieżność taka może być wynikiem dwuetapowego wyboru świadczeniodawcy, w którym decyzje podejmowane na podstawie rekomendacji bliskich są weryfikowane w oparciu o rekomendacje użytkowników Internetu (lub odwrotnie).

Dokonując analizy zmiennych mających wpływ na ocenę danego lekarza zaobserwowano, iż dla pacjentów w czasie pandemii COVID-19 najważniejszymi elementami są: zaangażowanie w pracę, kultura osobista oraz umiejętność komunikowania się z pacjentem. Podstawy sprawnej komunikacji pacjenci upatrują przede wszystkim w przekazie werbalnym, oczekując od lekarza szczegółowych informacji o przebiegu leczenia oraz dostosowania języka przekazu, tak by był zrozumiały dla pacjenta. Istotną sprawą dla pacjentów jest również możliwość swobodnego opowiedzenia o swoich problemach, zatem można stwierdzić, iż pojawia się silna potrzeba bycia wysłuchanym. Istotne, z punktu widzenia pacjenta, są również: okazywanie szacunku, wsparcia i zrozumienia. Biorąc pod uwagę komunikację pozawerbalną szczególnie ważny dla kobiet jest uśmiech lekarza, zaś dla mężczyzn powitanie poprzez podanie ręki.

Otoczenie osoby świadczącej usługę medyczną również wpływa na jej wizerunek. Dokonując oceny wpływu otoczenia na wizerunek lekarza rozróżniono wystrój poczekalni, w której pacjent oczekuje na wizytę oraz samego gabinetu lekarskiego. Biorąc pod uwagę poczekalnię pacjenci cenią przede wszystkim: czystość, swobodny dostęp do toalety oraz dostępność do środków dezynfekcji (znamiennie w czasie pandemii COVID-19). Dużą wagę pacjenci przykładają do jakości obsługi przez personel pomocniczy, którego zachowanie wpływa na ostateczną ocenę całej usługi. Co ciekawe, pacjenci w niewielkim stopniu przywiązują wagę do elementów wystroju mających zapewnić „rozrywkę” w trakcie oczekiwania na wizytę, tj.: możliwość oglądania telewizji, słuchania muzyki czy kącik czytelniczy. Z kolei w przypadku gabinetu lekarskiego najważniejsze dla pacjentów są czystość i odpowiednie wyposażenie w sprzęt medyczny.

Wyniki przeprowadzonych badań potwierdziły zaproponowaną w pracy tezę, iż na wizerunek lekarza jako profesjonalisty, poza wiedzą i doświadczeniem, wpływa szereg czynników związanych z zachowaniem i wyglądem lekarza oraz jego otoczenia. Ponadto, w wyniku analizy zależności istotnych statystycznie stwierdzono, że:

- Zarówno pacjenci korzystający z prywatnej służby zdrowia, jak i publicznej wyszukują informacje na temat lekarzy w Internecie z taką samą częstotliwością, wobec tego można stwierdzić, że typ świadczeniodawcy nie ma znaczenia przy podejmowaniu takich działań.

- Zarówno pacjenci korzystający z prywatnej służby zdrowia, jak i publicznej w takim samym stopniu zwracają uwagę na wystrój i wyposażenie gabinetu, zaś pacjenci korzystający z usług prywatnej służby zdrowia w większym stopniu niż pacjenci preferujący publiczną służbę zdrowia zwracają uwagę na elementy wystroju poczekalni (mają w tym zakresie większe wymagania).
- Bez względu na typ świadczeniodawcy (opieka zdrowotna publiczna czy prywatna) pacjenci mają podobne wymagania w stosunku do atrybutów zewnętrznych lekarza oraz jego zachowania.
- Częstotliwość poszukiwania informacji w Internecie związanych z tematyką medyczną taką jak: opis choroby, metody leczenia oraz powikłania/ryzyko wzrasta wraz z częstotliwością korzystania z opieki zdrowotnej.

Warto podkreślić, iż w dobie pandemii COVID-19 znacznie wzrosła ilość usług medycznych świadczonych „na odległość”, zazwyczaj w formie teleporady. Jednakże mimo panującej pandemii i strachu przed ewentualnym zakażeniem, pacjenci nadal preferują kontakt osobisty z lekarzem, zarówno rodzinnym/pierwszego kontaktu, jak i lekarzem specjalistą. Warto również podkreślić, iż w obecnym czasie szczególnie istotna dla pacjentów stała się dbałość o czystość (która była jednym z najwyższej ocenianych elementów otoczenia, gabinetu i ubioru lekarza) oraz dostęp do środków dezynfekcji.

Reasumując, można stwierdzić, że wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają słuszność przyjętej w pracy tezy, iż na ocenę i w konsekwencji wybór lekarza wpływa jego wizerunek, na który z kolei składa się wiele czynników pozamedycznych. Zatem działaniem, nie tylko polecanym, ale wręcz koniecznym, staje się w obecnych czasach dbałość lekarza o własny wizerunek. Dbałość ta przejawia się między innymi w: dopasowanej do potrzeb pacjenta komunikacji, odpowiednim przygotowaniu miejsca pracy czy monitorowaniu jakości i poprawności zamieszczanych w Internecie informacji. W rezultacie, poprzez profesjonalny, a więc spójny wizerunek możliwe jest zbudowanie zaufania pacjentów, które przekłada się nie tylko na ocenę działalności danego lekarza, ale także na efekty terapeutyczne.



## Literatura

- Adair J., *Anatomia biznesu. Komunikacja*, Wyd. Studio Emka, Warszawa 2000.
- Altkorn J., *Wizerunek firmy*, Wyższa Szkoła Biznesu, Dabrowa Górnicza 2004.
- Anand T., Kutty R., *Development and testing of a scale to measure trust in the public healthcare system*, "Indian Journal of Medical Ethics", 2015, Vol. XII (3).
- Asnawi A., Awang Z., Afthanorhan A., Mahadzirah M., Karim F., *The influence of hospital image and service quality on patients' satisfaction and loyalty*, "Management Science Letters", 2019 (9).
- Baker D.W., *Trust in Health Care in the Time of COVID-19*, "Trust in Health care", JAMA 2020, 324 (23).
- Batko K., *Wizerunek organizacji z sektora ochrony zdrowia w opinii pacjentów i ekspertów – wyniki badań bezpośrednich*, „Studia Ekonomiczne”, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, Katowice 2014, nr 187.
- Beckwith H., *Sprzedać niewidzialne*, Wyd. Prószyński i S-ka, Warszawa 2000.
- Białek-Szwed O., *Komunikacja w codziennej praktyce medycznej a publicystyka dziennikarska*, „Media, biznes, kultura”, 2019, nr 2(7).
- Białopiotrowicz G., *Kreowanie wizerunku w biznesie i polityce*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2009.
- Birkhauser J., Gaab J., Kossowsky S. i inni, *Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis*, "Plos One", 2017, 12(2).
- Boracci A.R., Alvarez Galessio J.M., Ciambrone G i inni, *What patients consider to be a 'good' doctor, and what doctors consider to be a 'good' patient*, "Revista Medica de Chile", 2020, Vol.148 (7).
- Bukowska-Piestrzyńska A., *Marketing usług zdrowotnych od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2014.
- Chang D.S., Lee H., Park H.J., Chae Y., *What to wear when practicing oriental medicine: patients' preferences for doctors' attire*, "The Journal of Alternative and Complementary Medicine", 2011, Vol 17.
- Chao-Chan W., *The impact of hospital brand image on service quality, patient satisfaction and loyalty*, "African Journal of Business Management", 2011, Vol. 5 (12).
- Chłodnicki M., *Usługi profesjonalne przez jakość do lojalności klientów*, Poznań 2004.
- Coulehan J.M.D., *Today's Professionalism: Engaging the Mind but Not the Heart*, "Academic Medicine", 2005, Vol. 80/ No. 10.
- Cuesta-Briand B., Auret K., Johnson P., Playford D., *A world of difference: a qualitative study of medical students' views on professionalism and the 'good doctor'*, "BMC Med Educ.", 2014 (14).
- Czarkowska L., *Profesjonalizm i proces profesjonalizacji w coachingu*, „Coaching Review”, 2010 (1).

- Czerw A., Obłozka K., *Rola mediów w kreowaniu wizerunku placówek ochrony zdrowia w Polsce- badania własne*, „Media, Kultura, Społeczeństwo”, 2011 (6).
- Daszkiewicz M., Wrona S., *Kreowanie marki korporacyjnej*, Difin, Warszawa 2014.
- Dobska M., *Dehumanizacja usług medycznych oraz przywracanie symetryczności relacji w kontaktach profesjonalista – pacjent*, „Handel wewnętrzny”, 2015, 3 (356),
- Erde E.L., *Professionalism's Facets: Ambiguity, Ambivalence, and Nostalgia*, „Journal Medicine and Philosophy”, 2008, 33 (1),
- Feliksiak M. (red.), *Korzystanie z Internetu*, „Komunikat z badań CBOS”, 2020, nr 85.
- Gackowski T., Łaczyński M., (red.), *Metody badania wizerunku w mediach. Czym jest wizerunek? Jak i po co należy go badać?*, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2009.
- Gherardi G., Cameron J., West A., Crossley M., *Jak się nie ubierać w szpitalu. Badanie preferencji pacjentów*, „Medycyna po Dyplomie”, 2010, nr 19.
- Gładyszewska-Fiedoruk K., *Stan powietrza w małych gabinetach lekarskich*, „Instal”, 2009, nr 3.
- Grech E., *Kształtowanie wizerunku firmy – zasady metodyczne i studium przypadku gabinetu medycyny i kosmologii estetycznej galeria urody*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, Wrocław 2018, nr 543.
- Hamilton J.S., *Scribonius Largus on the history of the medical profession*, “Bull Hist Med”, 1986, LX.
- Hope E., *Public relations: czy to sie sprawdzi?*, Scientific Publishing Group, Gdańsk 2004.
- Janiszewski M., *Elementy odnowy biologicznej*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1994.
- Jankowska A.K., Ratajska A., *Komunikacja werbalna i niewerbalna*, [w:] Mastalerz-Migas A., Jankowska A.K., Barański J. (red.), *Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej*, Edra Urban&Partner, Wrocław 2021.
- Janus E., Filar-Mierzwa K., *Prestiż wybranych zawodów medycznych w opinii reprezentantów tych zawodów*, „Medycyna Pracy”, 2019, nr 70 (5).
- Jarosz M. J., Kawczyńska-Butrym Z., Włoszczak-Szubzda A., *Modele komunikacyjne relacji lekarz-pacjent-rodzina*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 2012, Tom 18, nr 3.
- Jeffkins F., *Public relations*, Prentice Hall, London – New York – Paris 1998.
- Każmierczak A., *Wpływ komunikacji z personelem medycznym na doświadczenie choroby przez pacjentów*, „Homo Communicativus”, 2011, Vol. 1 (3).
- Kępiński A., *Twarz i ręka*, „Teksty: teoria literatury, krytyka, interpretacja”, 1977, nr 2 (32).
- Kilijanek-Cieślak A., *Raport. Lekarze w badaniach opinii społecznej 2018*, Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa 2018.
- Kilijańska B., *Wpływ koloru przekazu na jego percepcję*, „Dziennikarstwo i media”, 2017, nr 8.

- Kocemba P., Lasota M., Sroka N.H., Feleszko W., *Facebook-based medicine, czyli profesjonalny wizerunek lekarza w internecie*, "Pediatria i Medycyna Rodzinna", 2015, 11(3).
- Korczak K., *Internet jako źródło informacji o zdrowiu i chorobach*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, 2017, Tom XVIII, Zeszyt 4 (1).
- Kotas M., *Wizerunek organizacji publicznej jako instrumenty efektywnego komunikowania z interesariuszami*, „Studia Ekonomiczne”, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, Katowice 2014, nr 185.
- Kowalska K., Łakoma A., Szymoniuk B., *Wizerunek biznesowy*, Wyd. Politechnika Lubelska, Lublin 2011.
- Kozak E., *Komunikacja werbalna i niewerbalna w porozumieniu się międzykulturowym*, „Kultura i edukacja”, 2005, nr 4.
- Krasnowolski A., *Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy*, Opracowania tematyczne OT-625, Kancelaria Senatu 2013.
- Larson E.B., *Medicine as a profession – back to basics: preserving the physician-patient relationship in a challenging medical marketplace*, "Am J Med.", 2003, 114(2).
- Maciąg A., *Komunikacja interpersonalna a jakość świadczeń zdrowotnych. Istota relacji lekarz-pacjent w medycynie*, „Studia i materiały/Wydział Zarządzania. Uniwersytet Warszawski”, 2008, nr 1.
- Maciejowski K., Książkiewicz A., *Projektowanie oświetlenia w gabinecie stomatologicznym*, „Magazyn stomatologiczny”, 2000, nr 7-8.
- Mahmud A., *Doctor-patient relationship*, "Pulse", 2009, Vol.3 (1).
- Maj-Osytek M., *Komunikacja niewerbalna. Autoprezentacja, relacje, mowa ciała*, Wyd. Samo Sedno, Warszawa 2014.
- Malara Z., Sobol-Wojciechowska J., *Wizerunek przedsiębiorstwa oraz mechanizmy jego kreowania na potrzeby kształtowania potencjału rozwojowego*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, Wrocław 2011, nr 218.
- Matysiewicz J., Smyczek S., *Koncepcja usług profesjonalnych we współczesnej gospodarce*, [w:] Matysiewicz J. (red.), *Usługi profesjonalne w globalnej gospodarce*, Wyd. Placet, Warszawa 2014.
- Mohseni M., Lindstrom M., *Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study*, "Social Science & Medicine", 2007, 64(7).
- Motyka M., *Rola aktywnego słuchania w komunikacji terapeutycznej z pacjentem*, „Nursing Topics”, 2011, 19 (2).
- Muller E., Zill J.M., Dirmaier J. i inni, *Assessment of Trust in Physician: A Systematic Review of Measures*, "Plos One", 2014.
- Niezgoda J., *Wnętrze. Światło i kolor w gabinecie stomatologicznym*, „As Stomatologii”, 2005, nr 3.

- Nowina Konopka M., *Komunikacja lekarz–pacjent. Teoria i praktyka*, Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.
- Omyła-Rudzka M., *Opinie o błędach medycznych i zaufaniu lekarzy. Komunikat z badań*, CBOS, Warszawa 2014, nr 165.
- Omyła-Rudzka M., *Które zawody považamy? Komunikat z badań*, CBOS, Warszawa 2019, nr 157.
- Ozawa S, Sripad P, *How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature*, “Social& Science Medicine”, 2013 (91).
- Pasierski T., *Lekarz – zawód czy profesja?*, „Medycyna po dyplomie”, 2009 (4).
- Pawlikowska-Łagód K., Sak J., *Zaufanie w relacji lekarz–pacjent w świetle najnowszych badań*, „Pielęgniarstwo XXI Wieku”, 2017, Vol.16, nr 1(58).
- Petrilli Ch.M., Mack M., Petrilli J.J., Hickner A., Saint S., Chopra V., *Understanding the role of physician attire on patient perceptions: a systematic review of the literature—targeting attire to improve likelihood of rapport (TAILOR) investigators*, “BMJ Open”, 2015 (5).
- Radecka I., Łopacińska I., Kopański Z., Brukwicka I., Lishchynskyy Y., Rowiński J., *O dobrej komunikacji interpersonalnej...*, „Journal of Clinical Healthcare”, 2104, nr 4.
- Reduta M., *Zawód, profesja i kultura profesjonalna*, „Optimum. Studia Ekonomiczne”, 2015, nr 2 (74),
- Rehman S.U., Nietert P.J., Cope D.W., Kilpatrick A.O., *What to wear today? Effect of doctor’s attire on the trust and confidence of patients*, “The American Journal of Medicine”, 2005, Vol 118, No. 11.
- Rogoziński K., *Zarządzanie profesjonalną praktyką medyczną*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2009.
- Sitek A., Flicinińska-Turkiewicz J., *Lekarze w badaniach opinii społecznej 2017*, Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa 2018.
- Skóbel B., Kocemba E., Rudka R., *Nakłady na ochronę zdrowia w Polsce na tle innych państw OECD*, Wyd. Związek powiatów polskich, Warszawa 2021, nr 7.
- Sobierajski T., *33 czytanki o komunikacji, czyli jak być dobrym lekarzem i nie zwariować*, Wyd. Medycyna Praktyczna, Warszawa 2014.
- Stangierska I., Horst-Sikorska W., *Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem*, „Forum medycyny rodzinnej”, 2007.
- Steiner-Hofbauer V., Schrank B., Holzinger A., *What is a good doctor?*, “Wiener Medizinische Wochenschrift”, 2018, 168(15).
- Stewart J., *Mosty zamiast murów. O komunikowaniu się między ludźmi*, Wyd. PWN, Warszawa 2000.
- Strawińska A.B., *Historia i definicja terminu personal branding. Zarys problematyki*, [w:] Sokólska U. (red.), *Socjolekt-idiolekt-idiostyl: historia i współczesność*, Wyd. Prymat, Białystok 2017.

- Szewczyk K., *Formy profesjonalizmu lekarskiego i och przydatność w edukacji moralnej studentów medycyny i młodych lekarzy*, „Diametros”, 2019, 16 (62).
- Tay K.T., Ng S., Hee J.M i inni, *Assessing Professionalism in Medicine – A Scoping Review of Assessment Tools from 1990 to 2018*, “Journal of Medical Education and Curricular Development”, 2020, Vol. 7.
- Turkiewicz J., *Budowanie wizerunku w ochronie zdrowia na przykładzie lekarzy w Polsce*, „Journal of Health Sciences”, 2013, 3(11).
- Van der Merwe J.W., Rugunanan M., Ras J., Roscher E-M., Henderson B.D., Joubert G., *Patient preferences regarding the dress code, conduct and resources used by doctors during consultations in the public healthcare sector in Bloemfontein, Free State*, “South African Family practice”, 2016, Vol. 58.
- Wegner M. (red.), *Spółczeństwo informacyjne w Polsce w 2020 roku*, Główny Urząd Statystyczny, 2020.
- Wilkinson T.J., Moore M.L. Flynn E.M., *Professionalism in its time and place – some implications for medical education*, “The New Zealand Medical Journal”, 2012, Vol 125.
- Wojtecka A., Wojnarowska M., Zarzeczna-Baran M., *Wykorzystanie internetu jako źródła informacji o zdrowiu. Przegląd wybranych badań na świecie*, „Ann. Acad. Med. Gedan.”, 2016, nr 46.
- Zdun-Ryżewska A., Taras M., Majkiewicz M., Walkiewicz M., Basiński K., *Eskulap na „czarnej liście”. Zjawisko oceniania lekarzy w internetowych rankingach*, „Forum Medycyny Rodzinnej”, 2016, nr 10 (5).
- Zembala A., *Modele komunikacyjne w relacjach lekarz–pacjent*, „Zeszyty Naukowe Doktorantów UJ. Nauki ścisłe”, 2015, nr 11 (2).
- Zieliński T., *Zaufanie jako regulator decyzji ekonomicznych (analiza literatury)*, „Management and Business Administration”, 2012 (4).

## **Akty prawne**

- Ustawa z dnia 15 września 2000 r. Kodeks spółek handlowych, Dz. U. 2000 nr 94 poz. 1037.
- Ustawa z dnia 28 listopada 2020 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych, ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2020 poz. 2123.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. z 2009 r. nr 52, poz. 417 .
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. z 2008 r. nr 136, poz. 857.



## Zasoby internetowe

- Bala-Chrupek M., *Co wpływa na wizerunek lekarza?*, <https://lekarz.znanylekarz.pl/blog/4-elementy-wizerunku-lekarza>
- Job D., *Bizuteria w biznesie- jak odpowiednio dobrać dodatki?*, <https://businessandprestige.pl/wizerunek-w-biznesie-bizuteria-biznesie-odpowiednio-dobrac-dodatki/>
- Doroszewski W. (red.), *Słownik języka polskiego*, <https://sjp.pwn.pl/slowniki/wyglad.html>
- <https://empemedia.pl/social-media-w-polsce-2021-nowy-raport/>,
- Hartman E., *Marka to Ty*, [www.ewahartman.com/wp-content/uploads/2015/03/078\\_081\\_personal-branding.pdf](http://www.ewahartman.com/wp-content/uploads/2015/03/078_081_personal-branding.pdf).
- Kompendium wiedzy dla placówek w zakresie obsługi klienta*, <https://pracodawcyzdrowia.pl/wp-content/uploads/2020/02/kompendium-wiedzy-w-zakresie-obslugi-klienta.pdf>.
- Krajski S., *Bizuteria męska w świetle podręczników savoir vivre*, <http://www.savoir-vivre.com.pl/?bizuteria-meska-w-swietle-podrecznikow-savoir-vivre,656>.
- Lekarze w badaniach opinii społecznej 2017*, Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa 2018, [https://nil.org.pl/uploaded\\_images/1575629945\\_raport-lekarze-w-badaniach-opinii-spoecznej-w-2017-roku.pdf](https://nil.org.pl/uploaded_images/1575629945_raport-lekarze-w-badaniach-opinii-spoecznej-w-2017-roku.pdf).
- Majewska M., *Polska ma najmniej lekarzy w całej Unii Europejskiej*, <https://pulsmedycyny.pl/polska-ma-najmniej-lekarzy-w-calej-unii-europejskiej-977230>, <https://www.nitus.pl/psychologia-koloru/>.
- Nowosielska K., <https://www.prawo.pl/zdrowie/zmeczony-lekarz-jest-niebezpieczny,261942.html>.
- <https://podyplomie.pl/medycyna/26266,lekarz-zawod-czy-profesja>.
- Polacy na czele nacji nie mających zaufania do lekarza*, <https://www.infodent24.pl/bizdentpost/polacy-na-czele-nacji-nie-majacych-zaufania-do-lekarza,107093.html>.
- <https://www.prawo.pl/zdrowie/public-relations-gabinetu-lekarza-specjalisty,236900.html>.
- [https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/56/plik/ot-625\\_.pdf](https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/56/plik/ot-625_.pdf) data dostępu 21 marca 2021.
- <https://sjp.pwn.pl/sjp/profesjonalizm;2572537.html>.
- Sobierajski T., *Jak skutecznie rozmawiać z pacjentem?*, <https://www.mp.pl/szczepienia/praktyka/komunikacja/73505,jak-skutecznie-rozmawiac-z-pacjentem>.
- <https://www.trendhim.pl/articles/283/jak-nosic-meski-zegarek-ze-stylem>.
- <https://lekarz.znanylekarz.pl/biblioteka/7-informacji-ktorych-szukaja-pacjenci>.

## Załącznik 1 – Kwestionariusz ankiety

Szanowni Państwo,

zwracam się z uprzejmą prośbą o wypełnienie niniejszej ankiety, której celem jest poznanie opinii odnośnie wizerunku lekarza profesjonalisty w czasie pandemii COVID-19. Wypełnienie ankiety zajmie Państwu nie więcej niż 10 minut. Bardzo dziękuję za życzliwość i poświęcony czas!

1. Proszę określić z jakim przymiotnikiem utożsamia/kojarzy Pan/i lekarzy? Proszę oznaczyć odpowiedź od 1 do 5, gdzie 1 oznacza brak korelacji, zaś 5 ściśle powiązanie.

Cecha	1. Zdecydowanie niezwiązane	2. Raczej niezwiązane	3. Obojętne	4. Raczej powiązane	5. Zdecydowanie powiązane
1. Autorytet					
2. Bezpieczeństwo					
3. Kompetencje					
4. Prestiż					
5. Profesjonalizm					
6. Uczciwość					
7. Wiedza					
8. Zaufanie					

2. Proszę określić elementy, które wpływają na wizerunek lekarza jako profesjonalisty, gdzie 1 oznacza, że dany element nie wpływa na wizerunek, zaś 5 oznacza zdecydowany wpływ.

Elementy wizerunku	1. Brak wpływu	2. Raczej nie wpływa	3. Obejętne	4. Raczej wpływa	5. Zdecydowanie wpływa
1. Wiedza					
2. Doświadczenie					
3. Wiek					
4. Płeć					
5. Tytuł zawodowy					
6. Komunikacja z pacjentem					

Elementy wizerunku	1. Brak wpływu	2. Raczej nie wpływa	3. Obojętne	4. Raczej wpływa	5. Zdecydowanie wpływa
7. Zaangażowanie w pracę					
8. Punktualność					
9. Atrybuty zewnętrzne lekarza- -wygląd, strój					
10. Wystrój gabinetu					
11. Wyposażenie gabinetu					
12. Trafność diagnozy/leczenia					
13. Miejsce zatrudnienia np. uczelnia medyczna, szpital					
14. Wizerunek lekarza w Internecie					
15. Równe traktowanie pacjentów					
16. Wygląd strony internetowej gabinetu					

3. Proszę określić czynniki, które wpływają na wybór przez Panią/a lekarza, gdzie 1 oznacza brak wpływu, zaś 5 zdecydowany wpływ.

Cecha	1. Nie ma wpływu	2. Raczej nie wpływa	3. Obojętne	4. Raczej wpływa	5. Zdecydowanie wpływa
1. Rekomendacje bliskich (rodziny, znajomych)					
2. Rekomendacje użytkowników z sieci					
3. Rankingi lekarzy					
4. Koszt wizyty					
5. Godziny przyjęć					
6. Dostępność wizyt					
7. Lokalizacja gabinetu					

4. Na jakie elementy zwraca Pani/i uwagę podczas wizyty u lekarza?

Cecha	1. Nie zwracam	2. Raczej nie zwracam	3. Obojętne	4. Raczej zwracam	5. Zdecydowanie zwracam
1. Sposób rozmowy (słownictwo, ton głosu)					
2. Zaangażowanie w pracę					
3. Wystrój gabinetu					
4. Wyposażenie gabinetu (aparatura, sprzęt)					
5. Strój lekarza					
6. Aparycja lekarza					
7. Kultura osobista/ savoir vivre lekarza					
8. Czas trwania wizyty					

5. Proszę określić wagę elementów w komunikacji pacjent–lekarz w skali 1-5, gdzie 1 oznacza, że dany element nie ma znaczenia w komunikacji, zaś 5, że jest zdecydowanie ważny.

Element komunikacji	1. Nieważny	2. Raczej nieważny	3. Obojętny	4. Raczej ważny	5. Zdecydowanie ważny
1. Okazywanie szacunku					
2. Dostosowanie języka, tak by przekaz był zrozu- miały dla pacjenta					
3. Okazywanie sympatii, uśmiech					
4. Szczegółowe informowanie o przebiegu leczenia					
5. Powitanie/ pożegnanie					
6. Pozwolenie pacjentowi na opowiedzenie swojej historii					

Element komunikacji	1. Nieważny	2. Raczej nieważny	3. Obojętny	4. Raczej ważny	5. Zdecydowanie ważny
7. Okazanie zrozumienia/ wsparcia					
8. Komunikacja pozawerbalna/gesty i mimika					
9. Skracanie dystansu np. mówienie po imieniu					
10. Wyjście po pacjenta i wprowadzenie do gabinetu					
11. Wstanie zza biurka					
12. Podanie ręki					
13. Odbieranie telefonów/wiadomości od pacjenta					

6. Proszę określić istotę elementów wystroju placówki medycznej w ocenie usługi medycznej.

Element wystroju	1. Nieważny	2. Raczej nieważny	3. Obojętny	4. Raczej ważny	5. Zdecydowanie ważny
POCZEKALNIA					
1. Miła obsługa					
2. Czystość					
3. Uniform/strój obsługi					
4. Wygodne miejsce do siedzenia					
5. Możliwość napicia się kawy/herbaty/wody					
6. Kącik czytelniczy np. czasopisma, tablety					
7. Telewizor					
8. Muzyka					

9. Przyjemny zapach					
10. Wieszak na ubrania					
11. Kącik dla dzieci					
12. Swobodny dostęp do toalety					
13. Dostępność środków do dezynfekcji					
GABINET					
14. Czystość					
15. Wyposażenie/umeblowanie					
16. Sprzęt medyczny					
17. Kolorystyka					
18. Dyplomy/zaświadczenia					

7. Proszę określić wagę przedstawionych elementów wizerunku lekarza-profesjonalisty.

Element wizerunku	1. Nieważny	2. Raczej nieważny	3. Obojętny	4. Raczej ważny	5. Zdecydowanie ważny
1. Czystość stroju					
2. Kolor stroju					
3. Schludność/ wyprasowanie stroju					
4. Fryzura/zarost					
5. Powitanie/ pożegnanie					
6. Dodatki np. biżuteria, zegarek					
7. Odpowiednie obuwie					
8. Środki ochrony osobistej np. maska, przyłbica, rękawiczki					

8. Proszę wybrać kolor odpowiedni na uniform lekarza.

Kolor uniformu	1. Nieodpowiedni	2. Raczej nieodpowiedni	3. Obojętny -nie mam zdania	4. Raczej odpowiedni	5. Zdecydowanie odpowiedni
1. Biały					
2. Szary					
3. Żółty					
4. Różowy jasny					
5. Różowy ciemny/ fuksja					
6. Niebieski – jasne odcienie					
7. Granatowy					
8. Czarny					
9. Czerwony					
10. Zieleń – jasne odcienie					
11. Zieleń – ciemny					
12. Pomarańczowy					

9. Proszę określić jak często poszukuje Pan/i wyróżnionych poniżej informacji związanych z tematyką medyczną w Internecie?

Informacje	1. Nigdy	2. Rzadko	3. Czasami	4. Często	5. Bardzo często/zawsze
1. Opis choroby					
2. Metody leczenia					
3. Powikłania/ryzyko					
4. Produkty lecznicze					
5. Rekomendacje innych pacjentów					
6. Dane teleadresowe placówek medycznych					
7. Informacje o lekarzu np. tytuł, specjalność					
8. Zdjęcia lekarza					
9. Zdjęcia placówki medycznej					
10. Daty/godziny przyjęć					

10. Proszę określić jak często poszukuje Pan/i w Internecie wyróżnionych poniżej informacji o lekarzu?

Rodzaj informacji	1. Nigdy	2. Rzadko	3. Czasami	4. Często	5. Bardzo często/zawsze
1. Zdjęcia lekarza					
2. Dane osobowe np. data i miejsce urodzenia, status związku					
3. Numer telefonu					
4. Zamieszczane posty					
5. Komentarze innych pacjentów nt. lekarza					
6. Komentarze lekarza					
7. Aktualna lokalizacja					

11. Proszę określić w jaki sposób zdjęcia zamieszczone przez lekarzy w Internecie wpływają na odbiór ich osoby jako profesjonalisty (1 – negatywnie, 2 – raczej negatywnie, 3 – obojętnie, 4 – raczej pozytywnie, 5 – pozytywnie)?

Rodzaj zdjęcia	1. Negatywnie	2. Raczej negatywnie	3. Obojętnie	4. Raczej pozytywnie	5. Pozytywnie
1. Zdjęcia z używkami np. alkohol, papierosy					
2. Zdjęcia z imprez					
3. Zdjęcia w stroju kąpielowym					
4. Zdjęcia w uniformie/ fartuchu lekarskim					
5. Zdjęcia z rodziną					
6. Zdjęcia z pacjentami					
7. Zdjęcia pokazujące uprawianie sportu					
8. Zdjęcia dotyczące zdrowej diety					
9. Zdjęcia ze szkoleń					
10. Zdjęcia w miejscu pracy					



12. Proszę określić jak często z podanych witryn internetowych korzysta Pan/i do poszukiwania informacji o lekarzach?

Witryny	1. Nigdy	2. Rzadko	3. Czasami	4. Często	5. Bardzo często/ prawie zawsze
1. Media społecznościowe- profile lekarzy					
2. Blogi o tematyce medycznej					
3. Strony internetowe placówek medycznych					
4. Rankingi lekarzy np. znany Lekarz					
5. Publikacje naukowe/ branżowe					
6. Serwisy medyczne					
7. Fora o tematyce medycznej					

13. Jaką formę kontaktu z lekarzem Pan/i preferuje?

Forma kontaktu	1. Online z obrazem (videorozmowa)	2. Teleporada przez telefon	3. Kontakt osobisty
1. Lekarz rodzinny (pierwszego kontaktu)			
2. Lekarz specjalista			

14. Proszę wskazać, które bariery występują podczas teleporady?

Bariery	1. Tak	2. Nie	3. Nie mam zdania
1. Podawanie danych osobowych			
2. Problemy techniczne			
3. Trudności w opisie /przedstawieniu stanu pacjenta/choroby			
4. Obawy związane z zachowaniem tajemnicy lekarskiej			
5. Trafność diagnozy/rozpoznania			
6. Dostępność recept/zwolnień			
7. Ograniczenia czasowe wizyty			
8. Brak komunikacji pozawerbalnej			

15. Proszę wskazać występowanie zalet usługi medycznej w formie teleporady.

Czynniki	1. Tak	2. Nie	3. Nie mam zdania
1. Krótszy czas oczekiwania na wizytę			
2. Możliwość odbycia wizyty właściwie w każdym miejscu			
3. Możliwość obecności osoby bliskiej			
4. Większe bezpieczeństwo epidemiologiczne			

### METRYCZKA

Płeć	a	Kobieta	
	b	Mężczyzna	
Wiek	a	18–24	
	b	25–34	
	c	35–44	
	d	45–54	
	e	55–64	
	f	powyżej 64	
Sytuacja zawodowa	a	pracuję	
	b	nie pracuję	
	c	uczę się	
Miejsce pochodzenia	a	miasto do 50 tys. mieszkańców	
	b	miasto 50–150 tys. mieszkańców	
	c	miasto powyżej 150 tys. mieszkańców	
	d	wieś	
Sytuacja materialna	a	dobra	
	b	przeciętna	
	c	trudna	
Wykształcenie	a	wyższe	
	b	średnie	
	c	zawodowe	
	d	podstawowe	
Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia	a	co najmniej 1 raz w miesiącu	
	b	średnio raz na pół roku	
	c	maksymalnie raz w roku	
	d	rzadziej niż 1 raz w roku	
Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia	a	co najmniej 1 raz w miesiącu	
	b	średnio raz na pół roku	
	c	maksymalnie raz w roku	
	d	rzadziej niż 1 raz w roku	



## Załącznik 2

Tabela dwudzielcza pytanie 1.01. Autorytet versus Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	4	4	7	8	6	2
2.	9	29	22	15	9	3
3.	27	66	60	31	20	9
4.	70	108	121	85	67	35
5.	17	32	46	28	32	28

Tabela dwudzielcza pytanie 1.03. Kompetencje versus Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	1	5	1	6	5	2
2.	3	11	13	5	7	0
3.	21	22	24	13	10	5
4.	46	102	124	71	46	30
5.	56	99	94	72	66	40

Tabela dwudzielcza pytanie 1.04. Prestiż versus Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	3	6	7	6	4	4
2.	20	35	28	13	8	2
3.	48	76	76	49	34	11
4.	41	73	96	69	53	29
5.	15	49	49	30	35	31

Tabela dwudzielcza pytanie 1.06. Uczciwość versus Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	3	9	12	13	7	4
2.	12	21	19	22	17	1
3.	26	60	75	31	23	18
4.	45	86	91	50	38	28
5.	41	63	59	51	49	26

Tabela dwudzielcza pytanie 2.01. Wiedza versus Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	0	3	2	2	3	0
2.	0	4	5	7	1	1
3.	1	16	11	8	2	1
4.	30	60	77	33	22	14
5.	96	156	161	117	106	61

Tabela dwudzielcza pytanie 2.03. Wiek versus Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	13	21	10	8	8	3
2.	16	38	30	17	19	5
3.	59	83	114	83	66	32
4.	31	69	79	47	33	32
5.	8	28	23	12	8	5

Tabela dwudzielcza pytanie 2.04. Płeć versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	57	76	59	40	35	16
2.	24	40	31	13	19	8
3.	34	90	128	92	72	42
4.	8	15	26	18	4	8
5.	4	18	12	4	4	3

Tabela dwudzielcza pytanie 2.08. Punktualność versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>5-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	3	4	2	2	2	1
2.	3	9	13	5	2	2
3.	26	42	45	27	8	8
4.	44	102	104	88	66	39
5.	51	82	92	45	56	27

Tabela dwudzielcza pytanie 2.13. Miejsce zatrudnienia np. uczelnia medyczna, szpital versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	7	12	10	6	2	2
2.	12	30	14	12	7	5
3.	51	71	84	51	49	26
4.	33	78	104	77	60	31
5.	24	48	44	21	16	13

Tabela dwudzielcza pytanie 2.14. Wizerunek lekarza w Internecie versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	1	5	15	9	3	3
2.	16	23	12	15	7	8
3.	30	59	73	54	37	19
4.	58	100	125	64	65	35
5.	22	52	31	25	22	12

Tabela dwudzielcza pytanie 3.05. Godziny przyjęć versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	7	4	12	5	7	6
2.	9	17	11	12	5	6
3.	30	50	58	50	50	22
4.	55	107	116	70	45	32
5.	26	61	59	30	27	11

Tabela dwudzielcza pytanie 5.02. Dostosowanie języka, tak by przekaz był zrozumiały dla pacjenta versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	1	0	0	0	0	1
2.	1	6	4	3	1	2
3.	8	22	11	6	3	3
4.	49	88	111	70	39	24
5.	68	123	130	88	91	47

Tabela dwudzielcza pytanie 5.07. Okazanie zrozumienia/wsparcia versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	1	4	2	0	2	0
2.	9	7	4	2	2	4
3.	17	38	28	15	3	4
4.	53	106	124	82	59	32
5.	47	84	98	68	68	37

Tabela dwudzielcza pytanie 5.11. Wstanie zza biurka versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	7	16	12	4	8	3
2.	16	29	18	10	8	2
3.	52	92	85	77	46	21
4.	35	75	105	56	53	27
5.	17	27	36	20	19	24

Tabela dwudzielcza pytanie 5.13. Odbieranie telefonów/wiadomości od pacjenta versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	1	7	5	4	0	0
2.	1	9	3	4	1	1
3.	21	41	33	21	9	14
4.	55	103	136	93	66	34
5.	49	79	79	45	58	28

Tabela dwudzielcza pytanie 6.02. Czystość versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	0	2	0	0	2	0
2.	0	7	2	1	1	0
3.	2	24	17	8	3	3
4.	50	67	101	59	36	28
5.	75	139	136	99	92	46

Tabela dwudzielcza pytanie 6.04. Wygodne miejsce do siedzenia versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	4	6	3	1	1	0
2.	7	12	6	4	2	2
3.	39	69	73	40	26	12
4.	50	96	125	88	76	47
5.	27	56	49	34	29	16

Tabela dwudzielcza pytanie 6.10. Wieszak na ubrania versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	2	8	2	2	3	1
2.	1	9	4	7	4	2
3.	30	58	66	28	14	7
4.	61	108	127	95	75	40
5.	33	56	57	35	38	27

Tabela dwudzielcza pytanie 6.11. Kącik dla dzieci versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	12	36	20	18	13	6
2.	13	22	24	11	4	6
3.	49	84	74	59	38	27
4.	36	73	101	65	57	24
5.	17	24	37	14	22	14

Tabela dwudzielcza pytanie 6.12. Swobodny dostęp do toalety versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	1	4	0	0	1	1
2.	2	2	0	2	2	2
3.	9	22	28	12	3	3
4.	47	111	110	68	49	30
5.	68	100	118	85	79	41

Tabela dwudzielcza pytanie 6.13. Dostępność środków do dezynfekcji versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	2	6	4	4	3	0
2.	3	6	4	3	1	3
3.	22	40	44	14	11	5
4.	42	100	105	68	47	28
5.	58	87	99	78	72	41

Tabela dwudzielcza pytanie 7.01. Czystość stroju versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	0	3	2	0	2	0
2.	1	7	5	5	1	2
3.	13	22	11	8	1	4
4.	53	103	117	67	50	27
5.	60	104	121	87	80	44

Tabela dwudzielcza pytanie 7.02. Kolor stroju versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	25	35	26	12	13	4
2.	18	16	19	18	9	2
3.	51	117	127	82	72	43
4.	25	44	57	42	27	14
5.	8	27	27	13	13	14

Tabela dwudzielcza pytanie 7.03. Schludność/wyprasowanie stroju versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	5	13	6	1	2	0
2.	8	10	6	5	3	5
3.	29	49	44	30	14	10
4.	59	103	142	99	72	40
5.	26	64	58	32	43	22

Tabela dwudzielcza pytanie 7.04. Fryzura/zarost versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	16	26	25	9	13	3
2.	18	25	19	15	7	4
3.	59	104	125	73	48	42
4.	23	49	61	58	48	15
5.	11	35	26	12	18	13



abela dwudzielcza pytanie 7.06. Dodatki np. biżuteria, zegarek versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	34	51	45	30	31	12
2.	29	30	46	27	26	9
3.	47	106	119	84	62	46
4.	5	35	29	19	8	5
5.	12	17	17	7	7	5

Tabela dwudzielcza pytanie 8.01. Biały versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	1	2	4	1	1	1
2.	1	3	2	4	4	1
3.	6	29	29	16	27	9
4.	36	74	95	52	45	30
5.	83	131	126	94	57	36

Tabela dwudzielcza pytanie 8.02. Szary versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	7	14	23	24	18	11
2.	16	27	39	28	30	17
3.	39	78	89	53	48	28
4.	44	85	84	54	34	14
5.	21	35	21	8	4	7

Tabela dwudzielcza pytanie 8.03. Żółty versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	47	59	78	61	33	29
2.	39	65	79	49	56	16
3.	30	74	69	44	36	22
4.	8	20	25	10	6	7
5.	3	21	5	3	3	3

Tabela dwudzielcza pytanie 8.05. Różowy ciemny/fuksja versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	34	59	70	57	43	19
2.	21	56	54	38	34	15
3.	37	57	84	50	39	32
4.	26	36	38	16	10	7
5.	9	31	10	6	8	4

Tabela dwudzielcza pytanie 8.07. Granatowy versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	13	19	40	32	15	12
2.	9	35	28	33	24	16
3.	30	63	78	40	42	20
4.	41	79	82	47	35	14
5.	34	43	28	15	18	15

Tabela dwudzielcza pytanie 8.08. Czarny versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	48	86	123	105	78	47
2.	26	56	49	28	36	13
3.	27	49	50	21	14	9
4.	15	32	27	12	4	3
5.	11	16	7	1	2	5

Tabela dwudzielcza pytanie 8.10. Zieleń-jasne odcienie versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	30	40	38	21	15	7
2.	21	40	30	18	12	9
3.	33	56	83	59	38	21
4.	31	71	80	55	53	30
5.	12	32	25	14	16	10

Tabela dwudzielcza pytanie 8.11. Zieleń- ciemny versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	34	46	57	33	24	13
2.	27	41	37	36	22	13
3.	36	83	84	66	54	26
4.	19	41	57	24	32	17
5.	11	28	21	8	2	8

Tabela dwudzielcza pytanie 8.12. Pomarańczowy versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	50	77	103	75	61	26
2.	36	69	61	41	32	26
3.	32	70	67	42	34	15
4.	4	7	18	6	6	7
5.	5	16	7	3	1	3

Tabela dwudzielcza pytanie 9.01. Opis choroby versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	1	4	7	1	5	3
2.	14	21	26	25	12	9
3.	33	98	113	72	62	29
4.	49	69	68	50	33	24
5.	30	47	42	19	22	12

Tabela dwudzielcza pytanie 9.04. Produkty lecznicze versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	7	7	6	1	2	3
2.	21	31	25	25	19	7
3.	32	79	97	64	40	21
4.	40	80	100	57	49	26
5.	27	42	28	20	24	20

Tabela dwudzielcza pytanie 9.06. Rekomendacje innych pacjentów versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	10	9	13	12	12	8
2.	25	54	42	45	36	8
3.	37	76	101	47	43	27
4.	31	61	76	44	30	21
5.	24	39	24	19	13	13

Tabela dwudzielcza pytanie 9.07. Dane teleadresowe placówek medycznych versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	8	6	6	3	3	1
2.	28	32	25	13	15	9
3.	35	82	102	77	49	26
4.	24	66	96	56	43	24
5.	32	53	27	18	24	17

Tabela dwudzielcza pytanie 9.08. Informacje o lekarzu np. tytuł, specjalność versus M2. Wiek

	18-24 lata	25-34 lata	35-44 lata	45-54 lata	55-64 lata	Powyżej 64 lat
1.	8	8	7	12	7	4
2.	27	42	37	18	21	8
3.	38	90	110	71	47	19
4.	33	61	72	45	41	28
5.	21	38	30	21	18	18

Tabela dwudzielcza pytanie 9.09. Zdjęcia lekarza versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	36	47	50	47	30	18
2.	41	57	87	46	48	20
3.	31	76	76	45	34	17
4.	13	42	33	19	18	10
5.	6	17	10	10	4	12

Tabela dwudzielcza pytanie 9.10. Zdjęcia placówki medycznej versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	19	25	31	24	20	11
2.	41	55	73	58	47	18
3.	37	86	98	53	41	26
4.	21	48	45	25	20	12
5.	9	25	9	7	6	10

Tabela dwudzielcza pytanie 9.11. Daty/godziny przyjęć versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	5	5	1	1	2	1
2.	7	16	11	12	5	3
3.	29	73	83	45	38	15
4.	43	72	109	65	48	33
5.	43	73	52	44	41	25

Tabela dwudzielcza pytanie 10.02. Dane osobowe np. data i miejsce urodzenia, status związku versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	73	94	113	76	82	29
2.	27	56	59	45	31	26
3.	11	46	45	28	14	8
4.	11	23	28	14	3	8
5.	5	20	11	4	4	6

Tabela dwudzielcza pytanie 10.07. Aktualna Lokalizacja versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	24	24	27	11	10	2
2.	16	35	31	19	14	8
3.	34	66	91	50	38	26
4.	30	70	75	58	36	28
5.	23	44	32	29	36	13

Tabela dwudzielcza pytanie 11.01. Zdjęcia z używkami np. alkohol, papierosy versus M2.  
Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	58	99	100	76	69	41
2.	25	55	61	45	34	18
3.	40	59	74	38	25	10
4.	3	14	18	5	5	4
5.	1	12	3	3	1	4

Tabela dwudzielcza pytanie 11.02. Zdjęcia z imprez versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	28	61	68	50	50	35
2.	36	48	52	40	35	13
3.	52	103	109	60	41	21
4.	9	15	21	15	7	5
5.	2	12	6	2	1	3

Tabela dwudzielcza pytanie 11.03. Zdjęcia w stroju kąpielowym versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	21	31	45	32	37	26
2.	12	45	38	39	25	16
3.	74	125	137	79	65	27
4.	17	25	30	11	3	4
5.	3	13	6	6	4	4

Tabela dwudzielcza pytanie 11.09. Zdjęcia ze szkoleń versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	0	1	4	4	2	1
2.	4	8	4	5	4	2
3.	29	65	89	59	50	27
4.	40	91	106	71	51	29
5.	54	74	53	28	27	18

Tabela dwudzielcza pytanie 12.01. Media społecznościowe- profile lekarzy versus M2.  
Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	32	51	65	51	48	18
2.	27	46	55	30	35	15
3.	39	77	95	58	34	22
4.	22	43	26	21	9	16
5.	7	22	15	7	8	6

Tabela dwudzielcza pytanie 12.04. Rankingi lekarzy np. znany Lekarz versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	16	14	15	20	8	8
2.	27	28	50	38	27	10
3.	31	92	102	60	48	21
4.	28	53	55	32	33	27
5.	25	52	34	17	18	11

Tabela dwudzielcza pytanie 13.01. Lekarz rodzinny (pierwszego kontaktu) versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	5	11	8	6	6	4
2.	17	59	67	29	24	7
3.	105	169	181	132	104	66

Tabela dwudzielcza pytanie 13.02. Lekarz specjalista versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	3	13	10	3	3	0
2.	6	18	30	9	3	5
3.	118	208	216	155	128	72

Tabela dwudzielcza pytanie 14.06. Dostępność recept/zwolnień versus M2. Wiek

	<b>18-24 lata</b>	<b>25-34 lata</b>	<b>35-44 lata</b>	<b>45-54 lata</b>	<b>55-64 lata</b>	<b>Powyżej 64 lat</b>
1.	41	67	64	38	23	18
2.	60	130	148	108	99	48
3.	26	42	44	21	12	11

Tabela dwudzielcza pytanie 1.01. Autorytet versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	24	7	0
2.	74	9	4
3.	168	27	18
4.	349	106	31
5.	123	50	10

Tabela dwudzielcza pytanie 1.02. Bezpieczeństwo versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	18	2	2
2.	55	7	1
3.	116	16	9
4.	344	99	27
5.	205	75	24

Tabela dwudzielcza pytanie 1.03. Kompetencje versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	16	4	0
2.	35	3	1
3.	69	14	12
4.	316	81	22
5.	302	97	28

Tabela dwudzielcza pytanie 1.04. Prestiż versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	22	7	1
2.	90	10	6
3.	223	46	25
4.	266	74	21
5.	137	62	10

Tabela dwudzielcza pytanie 1.05. Profesjonalizm versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	13	5	2
2.	46	4	5
3.	96	20	10
4.	321	78	19
5.	262	92	27

Tabela dwudzielcza pytanie 1.06. Uczciwość versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	39	8	1
2.	75	7	10
3.	185	37	11
4.	241	75	22
5.	198	72	19

Tabela dwudzielcza pytanie 2.04. Płeć versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	208	45	30
2.	95	28	12
3.	335	105	18
4.	64	14	1
5.	36	7	2

Tabela dwudzielcza pytanie 2.08. Punktualność versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	12	0	2
2.	30	4	0
3.	118	24	14
4.	326	97	20
5.	252	74	27

Tabela dwudzielcza pytanie 3.01. Rekomendacje bliskich (rodziny, znajomych) versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	12	11	0
2.	23	3	2
3.	106	20	3
4.	348	101	33
5.	249	64	25

Tabela dwudzielcza pytanie 3.03. Rankingi lekarzy versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	33	8	0
2.	51	16	9
3.	211	46	21
4.	305	103	23
5.	138	26	10

Tabela dwudzielcza pytanie 3.06. Dostępność wizyt versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	6	3	0
2.	10	9	0
3.	106	14	8
4.	376	98	36
5.	240	75	19

Tabela dwudzielcza pytanie 4.08. Czas trwania wizyty versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	13	0	1
2.	36	6	5
3.	162	31	18
4.	355	105	21
5.	172	57	18

Tabela dwudzielcza pytanie 5.04. Szczegółowe informowanie o przebiegu leczenia versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	3	1	0
2.	9	2	0
3.	37	1	5
4.	237	45	19
5.	452	150	39

Tabela dwudzielcza pytanie 5.09. Skracanie dystansu np. mówienie po imieniu versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	66	8	6
2.	107	32	12
3.	283	93	22
4.	191	53	11
5.	91	13	12



Tabela dwudzielcza pytanie 5.10. Wyjście po pacjenta i wprowadzenie do gabinetu versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	55	8	9
2.	79	9	10
3.	263	82	23
4.	237	72	11
5.	104	28	10

Tabela dwudzielcza pytanie 5.11. Wstanie zza biurka versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	39	5	6
2.	65	11	7
3.	274	73	26
4.	268	70	13
5.	92	40	11

Tabela dwudzielcza pytanie 6.03. Uniform/strój obsługi versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	16	1	4
2.	37	7	3
3.	216	41	20
4.	329	105	24
5.	140	45	12

Tabela dwudzielcza pytanie 6.04. Wygodne miejsce do siedzenia versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	14	0	1
2.	25	4	4
3.	198	39	22
4.	351	108	23
5.	150	48	13

Tabela dwudzielcza pytanie 6.06. Kącik czytelnicy np. czasopisma, tablety versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	95	13	8
2.	98	29	17
3.	318	90	22
4.	165	54	12
5.	62	13	4

Tabela dwudzielcza pytanie 6.11. Kącik dla dzieci versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	78	21	6
2.	64	9	7
3.	252	53	26
4.	262	77	17
5.	82	39	7

Tabela dwudzielcza pytanie 6.13. Dostępność środków do dezynfekcji versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	16	1	2
2.	15	4	1
3.	109	15	12
4.	298	73	19
5.	300	106	29

Tabela dwudzielcza pytanie 7.02. Kolor stroju versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	85	15	15
2.	60	15	7
3.	357	107	28
4.	164	36	9
5.	72	26	4

Tabela dwudzielcza pytanie 7.04. Fryzura/zarost versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	69	11	12
2.	70	8	10
3.	334	93	24
4.	181	61	12
5.	84	26	5

Tabela dwudzielcza pytanie 7.06. Dodatki np. biżuteria, zegarek versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	150	35	18
2.	117	35	15
3.	331	110	23
4.	87	11	3
5.	53	8	4

Tabela dwudzielcza pytanie 7.07. Odpowiednie obuwie versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	91	15	8
2.	83	19	7
3.	320	113	25
4.	174	42	14
5.	70	10	9

Tabela dwudzielcza pytanie 8.02. Szary versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	63	30	4
2.	107	43	7
3.	248	70	17
4.	253	41	21
5.	67	15	14

Tabela dwudzielcza pytanie 8.08. Czarny versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	337	126	24
2.	153	41	14
3.	139	21	10
4.	79	7	7
5.	30	4	8

Tabela dwudzielcza pytanie 8.10. Zieleń – jasne odcienie versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	112	22	17
2.	96	25	9
3.	231	47	12
4.	226	80	14
5.	73	25	11

Tabela dwudzielcza pytanie 9.07. Dane teleadresowe placówek medycznych versus M3.  
Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	18	4	5
2.	81	24	17
3.	276	81	14
4.	241	57	11
5.	122	33	16

Tabela dwudzielcza pytanie 9.09. Zdjęcia lekarza versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	165	42	21
2.	203	73	23
3.	221	48	10
4.	107	23	5
5.	42	13	4

Tabela dwudzielcza pytanie 10.01. Zdjęcia lekarza versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	214	60	30
2.	212	71	18
3.	191	35	7
4.	85	20	4
5.	36	13	4

Tabela dwudzielcza pytanie 10.02. Dane osobowe np. data i miejsce urodzenia, status związku versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	332	97	38
2.	168	61	15
3.	130	18	4
4.	71	13	3
5.	37	10	3

Tabela dwudzielcza pytanie 10.04. Zamieszczane posty versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	200	55	29
2.	177	48	19
3.	217	60	8
4.	104	24	3
5.	40	12	4

Tabela dwudzielcza pytanie 10.07. Aktualna Lokalizacja versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	73	12	13
2.	87	24	12
3.	225	67	13
4.	222	62	13
5.	131	34	12

Tabela dwudzielcza pytanie 11.01. Zdjęcia z używkami np. alkohol, papierosy versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	298	116	29
2.	182	43	13
3.	201	27	18
4.	42	7	0
5.	15	6	3

Tabela dwudzielcza pytanie 11.02. Zdjęcia z imprez versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	198	80	14
2.	164	46	14
3.	297	61	28
4.	60	8	4
5.	19	4	3

Tabela dwudzielcza pytanie 11.03. Zdjęcia w stroju kąpielowym versus M3. Sytuacja zawodowa

	Pracuję	Nie pracuję	Uczę się
1.	126	57	9
2.	126	44	5
3.	381	86	40
4.	79	6	5
5.	26	6	4

Tabela dwudzielcza pytanie 11.04. Zdjęcia w uniformie/fartuchu lekarskim versus M3. Sytuacja zawodowa

	Pracuję	Nie pracuję	Uczę się
1.	14	0	0
2.	15	3	0
3.	207	36	9
4.	311	94	23
5.	191	66	31

Tabela dwudzielcza pytanie 11.09. Zdjęcia ze szkoleń versus M3. Sytuacja zawodowa

	Pracuję	Nie pracuję	Uczę się
1.	9	3	0
2.	22	4	1
3.	238	68	13
4.	286	81	21
5.	183	43	28

Tabela dwudzielcza pytanie 12.04. Rankingi lekarzy np. znany Lekarz versus M3. Sytuacja zawodowa

	Pracuję	Nie pracuję	Uczę się
1.	55	15	11
2.	123	42	15
3.	272	71	11
4.	164	47	17
5.	124	24	9

Tabela dwudzielcza pytanie 12.05. Publikacje naukowe/branżowe versus M3. Sytuacja zawodowa

	Pracuję	Nie pracuję	Uczę się
1.	131	60	17
2.	206	57	25
3.	256	52	5
4.	100	24	7
5.	45	6	9

Tabela dwudzielcza pytanie 12.07. Fora o tematyce medycznej versus M3. Sytuacja zawodowa

	Pracuję	Nie pracuję	Uczę się
1.	103	39	15
2.	190	58	19
3.	252	65	16
4.	146	26	6
5.	47	11	7

Tabela dwudzielcza pytanie 13.01. Lekarz rodzinny (pierwszego kontaktu) versus M3.  
Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	30	9	1
2.	167	30	6
3.	541	160	56

Tabela dwudzielcza pytanie 14.02. Problemy techniczne versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	301	80	34
2.	335	74	22
3.	102	45	7

Tabela dwudzielcza pytanie 14.03. Trudności w opisie /przedstawieniu stanu pacjenta/  
choroby versus M3. Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	443	133	47
2.	210	38	11
3.	85	28	5

Tabela dwudzielcza pytanie 14.05. Trafność diagnozy/rozpoznania versus M3. Sytuacja  
zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	518	150	51
2.	129	19	4
3.	91	30	8

Tabela dwudzielcza pytanie 14.06. Dostępność recept/zwolnień versus M3. Sytuacja  
zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	187	44	20
2.	444	123	26
3.	107	32	17

Tabela dwudzielcza pytanie 14.08. Brak komunikacji pozawerbalnej versus M3. Sytuacja  
zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	444	100	47
2.	171	39	6
3.	123	60	10

Tabela dwudzielcza pytanie 15.04. Większe bezpieczeństwo epidemiologiczne versus M3.  
Sytuacja zawodowa

	<b>Pracuję</b>	<b>Nie pracuję</b>	<b>Uczę się</b>
1.	473	151	43
2.	139	16	10
3.	126	32	10

Tabela dwudzielcza pytanie 2.08. Punktualność versus M4. Miejsce pochodzenia

	Miasto do 50 tys. mieszkańców	Miasto od 50 do 150 tys. mieszkańców	Miasto powyżej 150 tys. mieszkańców	Wieś
1.	3	3	4	4
2.	8	5	18	3
3.	32	36	69	19
4.	94	116	134	99
5.	93	72	131	57

Tabela dwudzielcza pytanie 3.07. Lokalizacja gabinetu versus M4. Miejsce pochodzenia

	Miasto do 50 tys. mieszkańców	Miasto od 50 do 150 tys. mieszkańców	Miasto powyżej 150 tys. mieszkańców	Wieś
1.	6	11	12	5
2.	13	10	23	5
3.	37	55	88	23
4.	110	106	149	102
5.	64	50	84	47

Tabela dwudzielcza pytanie 6.10. Wieszak na ubrania versus M4. Miejsce pochodzenia

	Miasto do 50 tys. mieszkańców	Miasto od 50 do 150 tys. mieszkańców	Miasto powyżej 150 tys. mieszkańców	Wieś
1.	12	2	3	1
2.	3	7	12	5
3.	36	47	84	36
4.	117	123	175	91
5.	62	53	82	49

Tabela dwudzielcza pytanie 6.11. Kącik dla dzieci versus M4. Miejsce pochodzenia

	Miasto do 50 tys. mieszkańców	Miasto od 50 do 150 tys. mieszkańców	Miasto powyżej 150 tys. mieszkańców	Wieś
1.	28	23	45	9
2.	23	16	33	8
3.	71	72	125	63
4.	83	92	110	71
5.	25	29	43	31

Tabela dwudzielcza pytanie 7.07. Odpowiednie obuwie versus M4. Miejsce pochodzenia

	Miasto do 50 tys. mieszkańców	Miasto od 50 do 150 tys. mieszkańców	Miasto powyżej 150 tys. mieszkańców	Wieś
1.	22	21	48	23
2.	34	27	34	14
3.	98	121	151	88
4.	46	47	91	46
5.	30	16	32	11

Tabela dwudzielcza pytanie 7.08. Środki ochrony osobistej np. maska, przyłbica, rękawiczki versus M4. Miejsce pochodzenia

	Miasto do 50 tys. mieszkańców	Miasto od 50 do 150 tys. mieszkańców	Miasto powyżej 150 tys. mieszkańców	Wieś
1.	9	8	9	5
2.	10	4	15	6
3.	28	36	57	25
4.	94	94	135	71
5.	89	90	140	75

Tabela dwudzielcza pytanie 11.01. Zdjęcia z używkami np. alkohol, papierosy versus M4. Miejsce pochodzenia

	Miasto do 50 tys. mieszkańców	Miasto od 50 do 150 tys. mieszkańców	Miasto powyżej 150 tys. mieszkańców	Wieś
1.	109	92	145	97
2.	55	67	82	34
3.	46	62	97	41
4.	8	10	22	9
5.	12	1	10	1

Tabela dwudzielcza pytanie 11.02. Zdjęcia z imprez versus M4. Miejsce pochodzenia

	Miasto do 50 tys. mieszkańców	Miasto od 50 do 150 tys. mieszkańców	Miasto powyżej 150 tys. mieszkańców	Wieś
1.	77	56	107	52
2.	53	64	68	39
3.	72	92	141	81
4.	17	17	29	9
5.	11	3	11	1

Tabela dwudzielcza pytanie 12.04. Rankingi lekarzy np. znany Lekarz versus M4. Miejsce pochodzenia

	Miasto do 50 tys. mieszkańców	Miasto od 50 do 150 tys. mieszkańców	Miasto powyżej 150 tys. mieszkańców	Wieś
1.	27	16	28	10
2.	34	40	57	49
3.	89	87	115	63
4.	42	58	91	37
5.	38	31	65	23

Tabela dwudzielcza pytanie 1.01. Autorytet versus M5. Sytuacja materialna

	Dobra	Przeciętna	Trudna
1.	12	13	6
2.	28	55	4
3.	85	117	11
4.	165	305	16
5.	66	109	8



Tabela dwudzielcza pytanie 1.05. Profesjonalizm versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	7	10	3
2.	26	27	2
3.	34	79	13
4.	164	241	13
5.	125	242	14

Tabela dwudzielcza pytanie 1.06. Uczciwość versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	16	26	6
2.	22	63	7
3.	87	133	13
4.	122	210	6
5.	109	167	13

Tabela dwudzielcza pytanie 2.03. Wiek versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	19	39	5
2.	33	87	5
3.	148	264	25
4.	121	163	7
5.	35	46	3

Tabela dwudzielcza pytanie 2.06. Komunikacja z pacjentem versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	3	4	0
2.	9	9	0
3.	23	32	8
4.	142	217	20
5.	179	337	17

Tabela dwudzielcza pytanie 2.09. Atrybuty zewnętrzne lekarza-wygląd, strój versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	9	36	5
2.	54	56	6
3.	101	198	13
4.	136	223	17
5.	56	86	4

Tabela dwudzielcza pytanie 2.11. Wyposażenie gabinetu versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	3	16	5
2.	14	31	2
3.	79	99	13
4.	167	310	13
5.	93	143	12

Tabela dwudzielcza pytanie 3.01. Rekomendacje bliskich (rodziny, znajomych) versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	4	14	5
2.	13	15	0
3.	49	75	5
4.	160	301	21
5.	130	194	14

Tabela dwudzielcza pytanie 3.02. Rekomendacje użytkowników z sieci versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	12	31	7
2.	24	43	8
3.	87	151	12
4.	173	296	13
5.	60	78	5

Tabela dwudzielcza pytanie 3.04. Koszt wizyty versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	7	19	1
2.	27	22	2
3.	74	83	5
4.	163	297	12
5.	85	178	25

Tabela dwudzielcza pytanie 3.07. Lokalizacja gabinetu versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	13	17	4
2.	26	23	2
3.	73	122	8
4.	162	292	13
5.	82	145	18

Tabela dwudzielcza pytanie 4.03. Wystrój gabinetu versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	13	31	5
2.	43	46	8
3.	141	265	19
4.	122	201	11
5.	37	56	2

Tabela dwudzielcza pytanie 4.04. Wyposażenie gabinetu (aparatura, sprzęt) versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	7	9	4
2.	20	23	2
3.	62	101	12
4.	170	319	19
5.	97	147	8

Tabela dwudzielcza pytanie 4.06. Aparycja lekarza versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	10	24	3
2.	17	39	7
3.	117	195	19
4.	161	261	10
5.	51	80	6

Tabela dwudzielcza pytanie 5.13. Odbieranie telefonów/wiadomości od pacjenta versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	4	11	2
2.	15	4	0
3.	50	82	7
4.	171	297	19
5.	116	205	17

Tabela dwudzielcza pytanie 6.08. Muzyka versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	46	90	9
2.	64	109	4
3.	135	270	17
4.	83	101	13
5.	28	29	2

Tabela dwudzielcza pytanie 6.12. Swobodny dostęp do toalety versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	2	5	0
2.	2	6	2
3.	35	38	4
4.	159	244	12
5.	158	306	27

Tabela dwudzielcza pytanie 7.06. Dodatki np. biżuteria, zegarek versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	67	122	14
2.	55	109	3
3.	157	284	23
4.	49	48	4
5.	28	36	1

Tabela dwudzielcza pytanie 8.01. Biały versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	2	6	2
2.	5	9	1
3.	28	78	10
4.	115	206	11
5.	206	300	21

Tabela dwudzielcza pytanie 8.02. Szary versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	28	59	10
2.	51	101	5
3.	108	211	16
4.	130	174	11
5.	39	54	3

Tabela dwudzielcza pytanie 8.03. Żółty versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	109	180	18
2.	94	205	5
3.	105	153	17
4.	31	40	5
5.	17	21	0

Tabela dwudzielcza pytanie 8.08. Czarny versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	155	306	26
2.	68	134	6
3.	66	97	7
4.	46	43	4
5.	21	19	2

Tabela dwudzielcza pytanie 8.09. Czerwony versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	161	293	25
2.	88	159	5
3.	64	109	9
4.	30	24	5
5.	13	14	1

Tabela dwudzielcza pytanie 8.10. Zieleń – jasne odcienie versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	68	72	11
2.	46	81	3
3.	102	181	7
4.	100	199	21
5.	40	66	3

Tabela dwudzielcza pytanie 9.01. Opis choroby versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	2	17	2
2.	37	60	10
3.	148	245	14
4.	100	185	8
5.	69	92	11

Tabela dwudzielcza pytanie 9.02. Metody leczenia versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	3	18	3
2.	34	62	8
3.	133	227	12
4.	120	200	11
5.	66	92	11

Tabela dwudzielcza pytanie 9.03. Powikłania/ryzyko versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	4	27	3
2.	44	84	11
3.	128	215	11
4.	124	192	11
5.	56	81	9

Tabela dwudzielcza pytanie 9.07. Dane teleadresowe placówek medycznych versus M5.  
Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	5	20	2
2.	51	61	10
3.	119	235	17
4.	118	184	7
5.	63	99	9

Tabela dwudzielcza pytanie 9.08. Informacje o lekarzu np. tytuł, specjalność versus M5.  
Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	6	37	3
2.	49	90	14
3.	146	216	13
4.	100	172	8
5.	55	84	7

Tabela dwudzielcza pytanie 10.03. Numer telefonu versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	20	65	6
2.	47	94	12
3.	138	202	10
4.	98	159	8
5.	53	79	9

Tabela dwudzielcza pytanie 11.01. Zdjęcia z używkami np. alkohol, papierosy versus M5.  
Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	145	278	20
2.	74	155	9
3.	103	130	13
4.	26	22	1
5.	8	14	2

Tabela dwudzielcza pytanie 11.09. Zdjęcia ze szkoleń versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	5	7	0
2.	9	15	3
3.	103	192	24
4.	142	232	14
5.	97	153	4

Tabela dwudzielcza pytanie 12.01. Media społecznościowe – profile lekarzy versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	77	174	14
2.	74	121	13
3.	111	200	14
4.	58	78	1
5.	36	26	3

Tabela dwudzielcza pytanie 12.03. Strony internetowe placówek medycznych versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	14	18	4
2.	33	104	11
3.	151	230	19
4.	102	181	6
5.	56	66	5

Tabela dwudzielcza pytanie 12.05. Publikacje naukowe/branżowe versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	53	142	13
2.	97	182	9
3.	129	169	15
4.	39	86	6
5.	38	20	2

Tabela dwudzielcza pytanie 12.06. Serwisy medyczne versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	40	91	12
2.	90	152	12
3.	117	214	14
4.	72	115	4
5.	37	27	3

Tabela dwudzielcza pytanie 12.07. Fora o tematyce medycznej versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	53	90	14
2.	78	178	11
3.	119	201	13
4.	78	97	3
5.	28	33	4

Tabela dwudzielcza pytanie 14.03. Trudności w opisie /przedstawieniu stanu pacjenta/ choroby versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	206	386	31
2.	112	139	8
3.	38	74	6

Tabela dwudzielcza pytanie 14.04. Obawy związane z zachowaniem tajemnicy lekarskiej versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	88	166	13
2.	210	328	22
3.	58	105	10

Tabela dwudzielcza pytanie 15.03. Możliwość obecności osoby bliskiej versus M5. Sytuacja materialna

	<b>Dobra</b>	<b>Przeciętna</b>	<b>Trudna</b>
1.	226	343	21
2.	74	121	16
3.	56	135	8

Tabela dwudzielcza pytanie 1.01. Autorytet versus M6. Wykształcenie

	<b>Wyższe</b>	<b>Średnie</b>	<b>Zawodowe</b>	<b>Podstawowe</b>
1.	7	16	3	5
2.	32	43	12	0
3.	90	95	24	4
4.	216	220	38	12
5.	62	97	19	5

Tabela dwudzielcza pytanie 1.02. Bezpieczeństwo versus M6. Wykształcenie

	<b>Wyższe</b>	<b>Średnie</b>	<b>Zawodowe</b>	<b>Podstawowe</b>
1.	6	10	5	1
2.	22	30	7	4
3.	66	62	13	0
4.	213	206	42	9
5.	100	163	29	12

Tabela dwudzielcza pytanie 1.03. Kompetencje versus M6. Wykształcenie

	<b>Wyższe</b>	<b>Średnie</b>	<b>Zawodowe</b>	<b>Podstawowe</b>
1.	9	6	4	1
2.	18	18	3	0
3.	27	52	10	6
4.	193	179	37	10
5.	160	216	42	9

Tabela dwudzielcza pytanie 1.05. Profesjonalizm versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	7	7	4	2
2.	21	30	3	1
3.	50	62	7	7
4.	204	165	38	11
5.	125	207	44	5

Tabela dwudzielcza pytanie 1.06. Uczciwość versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	21	16	9	2
2.	38	47	4	3
3.	108	99	23	3
4.	141	162	26	9
5.	99	147	34	9

Tabela dwudzielcza pytanie 1.07. Wiedza versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	6	3	4	0
2.	5	21	6	2
3.	40	35	7	3
4.	159	158	24	9
5.	197	254	55	12

Tabela dwudzielcza pytanie 2.01. Wiedza versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	3	4	2	1
2.	4	7	6	1
3.	17	15	4	3
4.	96	108	24	8
5.	287	337	60	13

Tabela dwudzielcza pytanie 2.03. Wiek versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	26	28	5	4
2.	45	56	20	4
3.	181	208	35	13
4.	128	138	22	3
5.	27	41	14	2

Tabela dwudzielcza pytanie 2.09. Atrybuty zewnętrzne lekarza-wygląd, strój versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	27	16	4	3
2.	50	51	12	3
3.	131	145	31	5
4.	155	185	26	10
5.	44	74	23	5



Tabela dwudzielcza pytanie 2.11. Wyposażenie gabinetu versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	11	9	1	3
2.	18	18	10	1
3.	84	79	22	6
4.	204	242	37	7
5.	90	123	26	9

Tabela dwudzielcza pytanie 2.12. Trafność diagnozy/leczenia versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	5	0	1	0
2.	3	6	5	0
3.	18	14	6	1
4.	80	79	20	7
5.	301	372	64	18

Tabela dwudzielcza pytanie 2.15. Równe traktowanie pacjentów versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	7	1	3	2
2.	7	5	3	1
3.	30	28	9	3
4.	156	170	31	5
5.	207	267	50	15

Tabela dwudzielcza pytanie 3.04. Koszt wizyty versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	15	10	1	1
2.	21	22	7	1
3.	73	74	12	3
4.	210	221	32	9
5.	88	144	44	12

Tabela dwudzielcza pytanie 3.07. Lokalizacja gabinetu versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	16	13	2	3
2.	18	23	8	2
3.	82	100	18	3
4.	212	202	42	11
5.	79	133	26	7

Tabela dwudzielcza pytanie 4.05. Strój lekarza versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	21	17	2	3
2.	45	34	8	3
3.	150	151	37	3
4.	146	190	34	14
5.	45	79	15	3

Tabela dwudzielcza pytanie 5.01. Okazywanie szacunku versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	0	1	0	1
2.	7	7	5	3
3.	22	20	6	1
4.	150	155	33	7
5.	228	288	52	14

Tabela dwudzielcza pytanie 5.02. Dostosowanie języka, tak by przekaz był zrozumiały dla pacjenta versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	1	1	0	0
2.	7	6	3	1
3.	28	17	5	3
4.	178	164	30	9
5.	193	283	58	13

Tabela dwudzielcza pytanie 5.07. Okazanie zrozumienia/wsparcia versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	7	1	1	0
2.	13	8	3	4
3.	52	42	9	2
4.	193	215	35	13
5.	142	205	48	7

Tabela dwudzielcza pytanie 5.09. Skracanie dystansu np. mówienie po imieniu versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	43	29	5	3
2.	77	60	12	2
3.	155	188	43	12
4.	92	127	28	8
5.	40	67	8	1

Tabela dwudzielcza pytanie 6.04. Wygodne miejsce do siedzenia versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	7	6	2	0
2.	14	12	4	3
3.	116	116	21	6
4.	206	224	45	7
5.	64	113	24	10

Tabela dwudzielcza pytanie 6.05. Możliwość napicia się kawy/herbaty/wody versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	44	28	5	2
2.	55	52	16	2
3.	173	205	36	10
4.	98	141	28	5
5.	37	45	11	7

Tabela dwudzielcza pytanie 6.08. Muzyka versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	62	70	9	4
2.	90	61	23	3
3.	161	205	44	12
4.	73	105	15	4
5.	21	30	5	3

Tabela dwudzielcza pytanie 6.11. Kącik dla dzieci versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	56	42	6	1
2.	43	28	8	1
3.	136	153	32	10
4.	139	175	36	6
5.	33	73	14	8

Tabela dwudzielcza pytanie 6.14. Czystość versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	1	2	0	1
2.	4	7	3	2
3.	20	22	6	2
4.	143	143	29	4
5.	239	297	58	17

Tabela dwudzielcza pytanie 6.15. Wyposażenie/umeblowanie versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	10	7	1	2
2.	17	13	8	0
3.	148	157	28	5
4.	179	200	45	11
5.	53	94	14	8

Tabela dwudzielcza pytanie 6.17. Kolorystyka versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	49	28	6	1
2.	41	42	12	3
3.	204	229	44	11
4.	94	126	26	8
5.	19	46	8	3

Tabela dwudzielcza pytanie 6.18. Dyplomy/zaświadczenia versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	26	18	2	2
2.	34	15	5	2
3.	112	141	22	11
4.	155	169	39	5
5.	80	128	28	6

Tabela dwudzielcza pytanie 7.01. Czystość stroju versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	3	3	0	1
2.	6	6	7	2
3.	20	31	5	3
4.	195	176	39	7
5.	183	255	45	13

Tabela dwudzielcza pytanie 7.04. Fryzura/zarost versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	45	39	3	5
2.	46	32	7	3
3.	173	220	52	6
4.	100	119	25	10
5.	43	61	9	2

Tabela dwudzielcza pytanie 8.06. Niebieski- jasne odcienie versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	25	34	9	1
2.	25	21	6	5
3.	71	88	26	6
4.	214	229	38	5
5.	72	99	17	9

Tabela dwudzielcza pytanie 8.07. Granatowy versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	46	70	12	3
2.	55	64	23	3
3.	110	135	23	5
4.	139	129	25	5
5.	57	73	13	10

Tabela dwudzielcza pytanie 10.04. Zamieszczane posty versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	125	135	18	6
2.	104	106	25	9
3.	104	146	31	4
4.	53	62	14	2
5.	21	22	8	5

Tabela dwudzielcza pytanie 10.06. Komentarze lekarza versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	68	75	12	5
2.	103	88	22	1
3.	120	173	31	13
4.	91	90	20	2
5.	25	45	11	5

Tabela dwudzielcza pytanie 11.08. Zdjęcia dotyczące zdrowej diety versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	3	5	1	0
2.	5	7	5	1
3.	134	136	45	11
4.	175	190	24	10
5.	90	133	21	4

Tabela dwudzielcza pytanie 11.10. Zdjęcia w miejscu pracy versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	1	3	1	1
2.	7	6	3	2
3.	119	142	35	7
4.	173	157	31	6
5.	107	163	26	10

Tabela dwudzielcza pytanie 13.02. Lekarz specjalista versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	20	10	2	0
2.	21	34	12	4
3.	366	427	82	22

Tabela dwudzielcza pytanie 14.04. Obawy związane z zachowaniem tajemnicy lekarskiej versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	94	133	31	9
2.	250	260	42	8
3.	63	78	23	9

Tabela dwudzielcza pytanie 14.05. Trafność diagnozy/rozpoznania versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	298	343	63	15
2.	65	70	15	2
3.	44	58	18	9

Tabela dwudzielcza pytanie 14.06. Dostępność recept/zwolnień versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	89	130	26	6
2.	272	265	45	11
3.	46	76	25	9

Tabela dwudzielcza pytanie 14.07. Ograniczenia czasowe wizyty versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	165	202	38	9
2.	185	188	35	7
3.	57	81	23	10

Tabela dwudzielcza pytanie 14.08. Brak komunikacji pozawerbalnej versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	260	276	46	9
2.	87	103	22	4
3.	60	92	28	13

Tabela dwudzielcza pytanie 15.02. Możliwość odbycia wizyty właściwie w każdym miejscu versus M6. Wykształcenie

	Wyższe	Średnie	Zawodowe	Podstawowe
1.	290	337	55	15
2.	74	84	20	6
3.	43	50	21	5

Tabela dwudzielcza pytanie 1.01. Autorytet versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	11	12	4	4
2.	23	42	17	5
3.	56	102	29	26
4.	182	228	44	32
5.	83	70	21	9

Tabela dwudzielcza pytanie 1.02. Bezpieczeństwo versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	6	10	2	4
2.	18	24	11	10
3.	41	63	21	16
4.	160	228	51	31
5.	130	129	30	15

Tabela dwudzielcza pytanie 1.03. Kompetencje versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	6	9	1	4
2.	11	17	7	4
3.	30	44	16	5
4.	134	192	54	39
5.	174	192	37	24

Tabela dwudzielcza pytanie 1.05. Profesjonalizm versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	10	6	2	2
2.	14	27	6	8
3.	32	52	29	13
4.	143	194	44	37
5.	156	175	34	16

Tabela dwudzielcza pytanie 1.06. Uczciwość versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	18	18	6	6
2.	23	33	16	20
3.	59	126	34	14
4.	123	156	37	22
5.	132	121	22	14

Tabela dwudzielcza pytanie 1.07. Wiedza versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	6	5	0	2
2.	13	15	4	2
3.	21	47	12	5
4.	106	154	52	38
5.	209	233	47	29

Tabela dwudzielcza pytanie 1.08. Zaufanie versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	10	13	2	5
2.	16	26	12	7
3.	41	66	24	20
4.	133	190	46	30
5.	155	159	31	14

Tabela dwudzielcza pytanie 2.03. Wiek versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	19	26	11	7
2.	47	51	19	8
3.	131	227	43	36
4.	109	122	38	22
5.	49	28	4	3

Tabela dwudzielcza pytanie 2.04. Płeć versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	92	119	39	33
2.	48	64	14	9
3.	151	223	54	30
4.	37	33	6	3
5.	27	15	2	1

Tabela dwudzielcza pytanie 2.05. Tytuł zawodowy versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	12	12	5	5
2.	20	39	5	9
3.	74	117	26	20
4.	160	204	62	32
5.	89	82	17	10

Tabela dwudzielcza pytanie 2.06. Komunikacja z pacjentem versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	3	2	0	2
2.	5	7	2	4
3.	18	32	8	5
4.	108	185	53	33
5.	221	228	52	32

Tabela dwudzielcza pytanie 2.09. Atrybuty zewnętrzne lekarza-wygląd, strój versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	21	19	5	5
2.	34	56	13	13
3.	91	167	32	22
4.	132	161	50	33
5.	77	51	15	3

Tabela dwudzielcza pytanie 2.10. Wystrój gabinetu versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	27	33	6	8
2.	36	44	10	11
3.	111	203	45	30
4.	129	143	45	26
5.	52	31	9	1



Tabela dwudzielcza pytanie 2.11. Wyposażenie gabinetu versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	7	13	2	2
2.	17	21	2	7
3.	56	96	24	15
4.	158	231	62	39
5.	117	93	25	13

Tabela dwudzielcza pytanie 2.13. Miejsce zatrudnienia np. uczelnia medyczna, szpital versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	14	18	7	0
2.	24	37	9	10
3.	113	149	40	30
4.	119	189	47	28
5.	85	61	12	8

Tabela dwudzielcza pytanie 2.14. Wizerunek lekarza w Internecie versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	13	14	7	2
2.	26	38	9	8
3.	82	128	41	21
4.	153	212	49	33
5.	81	62	9	12

Tabela dwudzielcza pytanie 3.03. Rankingi lekarzy versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	6	19	10	6
2.	25	38	9	4
3.	86	132	31	29
4.	148	198	55	30
5.	90	67	10	7

Tabela dwudzielcza pytanie 4.05. Strój lekarza versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	16	22	1	4
2.	30	47	8	5
3.	108	168	41	24
4.	134	159	54	37
5.	67	58	11	6

Tabela dwudzielcza pytanie 4.06. Aparycja lekarza versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	9	15	6	7
2.	23	28	7	5
3.	106	157	38	30
4.	144	204	55	29
5.	73	50	9	5

Tabela dwudzielcza pytanie 4.08. Czas trwania wizyty versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	3	10	1	0
2.	18	19	7	3
3.	64	97	33	17
4.	161	222	54	44
5.	109	106	20	12

Tabela dwudzielcza pytanie 5.03. Okazywanie sympatii, uśmiech versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	0	5	0	1
2.	10	11	3	1
3.	29	58	14	13
4.	157	236	67	34
5.	159	144	31	27

Tabela dwudzielcza pytanie 5.06. Pozwolenie pacjentowi na opowiedzenie swojej historii/ nie przerywanie versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	2	5	3	0
2.	14	18	4	2
3.	35	56	12	16
4.	145	218	61	32
5.	159	157	35	26

Tabela dwudzielcza pytanie 5.08. Komunikacja pozawerbalna/gesty i mimika versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	4	11	4	1
2.	11	14	3	3
3.	74	127	31	19
4.	166	229	58	36
5.	100	73	19	17

Tabela dwudzielcza pytanie 5.09. Skracanie dystansu np. mówienie po imieniu versus M7.  
Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	32	35	10	3
2.	39	75	22	15
3.	139	187	42	30
4.	87	119	31	18
5.	58	38	10	10

Tabela dwudzielcza pytanie 5.10. Wyjście po pacjenta i wprowadzenie do gabinetu versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	23	32	10	7
2.	30	53	7	8
3.	118	177	43	30
4.	110	144	40	26
5.	74	48	15	5

Tabela dwudzielcza pytanie 6.07. Telewizor versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	70	98	26	21
2.	54	94	24	5
3.	157	180	49	39
4.	46	58	13	10
5.	28	24	3	1

Tabela dwudzielcza pytanie 6.10. Wieszak na ubrania versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	7	9	0	2
2.	9	15	3	0
3.	56	96	24	27
4.	182	226	67	31
5.	101	108	21	16

Tabela dwudzielcza pytanie 6.11. Kącik dla dzieci versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	31	48	13	13
2.	30	33	11	6
3.	101	155	40	35
4.	135	162	43	16
5.	58	56	8	6

Tabela dwudzielcza pytanie 6.13. Dostępność środków do dezynfekcji versus M7.  
Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	3	10	4	2
2.	8	10	2	0
3.	47	55	22	12
4.	122	180	52	36
5.	175	199	35	26

Tabela dwudzielcza pytanie 6.18. Dyplomy/zaświadczenia versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	16	25	4	3
2.	16	30	5	5
3.	90	125	42	29
4.	121	178	41	28
5.	112	96	23	11

Tabela dwudzielcza pytanie 7.07. Odpowiednie obuwie versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	41	53	7	13
2.	35	51	13	10
3.	146	213	65	34
4.	87	104	25	14
5.	46	33	5	5

Tabela dwudzielcza pytanie 8.08. Czarny versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	167	228	57	35
2.	68	103	23	14
3.	55	75	18	22
4.	46	31	13	3
5.	19	17	4	2

Tabela dwudzielcza pytanie 9.01. Opis choroby versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	2	9	6	4
2.	30	42	23	12
3.	125	200	44	38
4.	111	140	27	15
5.	87	63	15	7

Tabela dwudzielcza pytanie 9.02. Metody leczenia versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	8	11	4	1
2.	24	41	23	16
3.	113	181	46	32
4.	132	150	28	21
5.	78	71	14	6

Tabela dwudzielcza pytanie 9.03. Powikłania/ryzyko versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	7	15	8	4
2.	33	63	21	22
3.	114	166	45	29
4.	125	155	33	14
5.	76	55	8	7

Tabela dwudzielcza pytanie 9.04. Produkty lecznicze versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	12	8	4	2
2.	30	57	27	14
3.	100	166	39	28
4.	137	155	35	25
5.	76	68	10	7

Tabela dwudzielcza pytanie 9.06. Rekomendacje innych pacjentów versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	4. Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	18	26	13	7
2.	57	94	39	20
3.	110	162	36	23
4.	103	122	21	17
5.	67	50	6	9

Tabela dwudzielcza pytanie 9.07. Dane teleadresowe placówek medycznych versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	8	10	6	3
2.	26	54	23	19
3.	113	185	45	28
4.	124	141	26	18
5.	84	64	15	8

Tabela dwudzielcza pytanie 9.08. Informacje o lekarzu np. tytuł, specjalność versus M7.  
Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	7	23	11	5
2.	40	64	30	19
3.	113	190	43	29
4.	131	110	23	16
5.	64	67	8	7

Tabela dwudzielcza pytanie 9.09. Zdjęcia lekarza versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	70	100	39	19
2.	96	142	34	27
3.	100	129	27	23
4.	57	60	13	5
5.	32	23	2	2

Tabela dwudzielcza pytanie 9.10. Zdjęcia placówki medycznej versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	48	51	17	14
2.	82	143	42	25
3.	119	161	36	25
4.	72	72	17	10
5.	34	27	3	2

Tabela dwudzielcza pytanie 9.11. Daty/godziny przyjęć versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	4	5	4	2
2.	17	17	10	10
3.	64	142	45	32
4.	138	181	37	14
5.	132	109	19	18

Tabela dwudzielcza pytanie 10.01. Zdjęcia lekarza versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	91	134	48	31
2.	95	147	34	25
3.	93	101	24	15
4.	48	52	6	3
5.	28	20	3	2

Tabela dwudzielcza pytanie 10.02. Dane osobowe np. data i miejsce urodzenia, status związku versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	141	218	65	43
2.	80	119	28	17
3.	62	65	15	10
4.	42	35	5	5
5.	30	17	2	1

Tabela dwudzielcza pytanie 10.03. Numer telefonu versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	22	45	13	11
2.	46	62	26	19
3.	106	171	43	30
4.	106	128	24	7
5.	75	48	9	9

Tabela dwudzielcza pytanie 10.04. Zamieszczane posty versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	81	129	46	28
2.	73	117	34	20
3.	110	131	22	22
4.	59	56	11	5
5.	32	21	2	1

Tabela dwudzielcza pytanie 10.05. Komentarze innych pacjentów nt. lekarza versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	24	36	16	14
2.	40	65	26	24
3.	119	171	39	18
4.	102	128	24	17
5.	70	54	10	3

Tabela dwudzielcza pytanie 10.06. Komentarze lekarza versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	48	65	26	21
2.	54	106	33	21
3.	120	163	36	18
4.	84	91	14	14
5.	49	29	6	2

Tabela dwudzielcza pytanie 10.07. Aktualna Lokalizacja versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	29	43	13	13
2.	32	56	22	13
3.	90	152	36	27
4.	113	139	31	14
5.	91	64	13	9

Tabela dwudzielcza pytanie 11.01. Zdjęcia z używkami np. alkohol, papierosy versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	160	187	58	38
2.	84	122	18	14
3.	74	116	33	23
4.	20	23	5	1
5.	17	6	1	0

Tabela dwudzielcza pytanie 11.06. Zdjęcia z pacjentami versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	8	9	1	2
2.	18	17	4	2
3.	95	152	47	36
4.	126	190	40	28
5.	108	86	23	8

Tabela dwudzielcza pytanie 11.10. Zdjęcia w miejscu pracy versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	3	1	1	1
2.	5	9	4	0
3.	100	133	41	29
4.	110	186	41	30
5.	137	125	28	16

Tabela dwudzielcza pytanie 12.01. Media społecznościowe- profile lekarzy versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	77	122	38	28
2.	54	100	33	21
3.	125	146	33	21
4.	61	62	9	5
5.	38	24	2	1



Tabela dwudzielcza pytanie 12.02. Blogi o tematyce medycznej versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	53	68	28	21
2.	77	126	36	21
3.	126	151	39	26
4.	72	86	10	6
5.	27	23	2	2

Tabela dwudzielcza pytanie 12.03. Strony internetowe placówek medycznych versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	10	16	7	3
2.	36	64	32	16
3.	126	194	43	37
4.	109	139	27	14
5.	74	41	6	6

Tabela dwudzielcza pytanie 12.04. Rankingi lekarzy np. znany Lekarz versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	22	34	19	6
2.	53	80	27	20
3.	116	176	33	29
4.	83	106	26	13
5.	81	58	10	8

Tabela dwudzielcza pytanie 12.05. Publikacje naukowe/branżowe versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	61	92	31	24
2.	81	142	46	19
3.	118	145	25	25
4.	61	53	11	6
5.	34	22	2	2

Tabela dwudzielcza pytanie 12.06. Serwisy medyczne versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	40	65	23	15
2.	67	121	39	27
3.	135	153	34	23
4.	73	94	15	9
5.	40	21	4	2

Tabela dwudzielcza pytanie 12.07. Fora o tematyce medycznej versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	48	64	26	19
2.	76	124	37	30
3.	115	165	34	19
4.	79	81	13	5
5.	37	20	5	3

Tabela dwudzielcza pytanie 14.05. Trafność diagnozy/rozpoznania versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	251	338	87	43
2.	66	62	9	15
3.	38	54	19	18

Tabela dwudzielcza pytanie 14.06. Dostępność recept/zwolnień versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	94	106	32	19
2.	218	282	52	41
3.	43	66	31	16

Tabela dwudzielcza pytanie 14.07. Ograniczenia czasowe wizyty versus M7. Częstotliwość korzystania z publicznej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	156	186	48	24
2.	146	199	39	31
3.	53	69	28	21

Tabela dwudzielcza pytanie 1.06. Uczciwość versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	16	12	10	10
2.	14	40	11	27
3.	41	111	36	45
4.	73	157	47	61
5.	82	120	43	44

Tabela dwudzielcza pytanie 1.07. Wiedza versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	8	3	1	1
2.	9	16	2	7
3.	19	37	12	17
4.	59	156	57	78
5.	131	228	75	84

Tabela dwudzielcza pytanie 2.04. Płeć versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	60	132	44	47
2.	27	64	17	27
3.	95	194	72	97
4.	20	40	9	10
5.	24	10	5	6

Tabela dwudzielcza pytanie 2.06. Komunikacja z pacjentem versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	5	0	1	1
2.	5	11	1	1
3.	19	26	3	15
4.	68	169	61	81
5.	129	234	81	89

Tabela dwudzielcza pytanie 2.09. Atrybuty zewnętrzne lekarza-wygląd, strój versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	6	28	5	11
2.	24	58	13	21
3.	56	153	46	57
4.	88	145	65	78
5.	52	56	18	20

Tabela dwudzielcza pytanie 2.10. Wystrój gabinetu versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	16	28	11	19
2.	19	48	17	17
3.	72	184	56	77
4.	81	148	54	60
5.	38	32	9	14

Tabela dwudzielcza pytanie 2.11. Wyposażenie gabinetu versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	1	13	3	7
2.	13	15	10	9
3.	36	96	22	37
4.	95	207	83	105
5.	81	109	29	29

Tabela dwudzielcza pytanie 2.12. Trafność diagnozy/leczenia versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	4	1	1	0
2.	3	7	1	3
3.	15	17	2	5
4.	50	80	18	38
5.	154	335	125	141

Tabela dwudzielcza pytanie 2.13. Miejsce zatrudnienia np. uczelnia medyczna, szpital versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	7	21	4	7
2.	25	32	13	10
3.	56	153	48	75
4.	81	164	61	77
5.	57	70	21	18

Tabela dwudzielcza pytanie 2.14. Wizerunek lekarza w Internecie versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	4	15	8	9
2.	19	34	10	18
3.	51	113	41	67
4.	94	209	66	78
5.	58	69	22	15

Tabela dwudzielcza pytanie 2.16. Wygląd strony internetowej gabinetu versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	14	33	12	15
2.	30	42	14	17
3.	69	178	55	89
4.	66	146	51	53
5.	47	41	15	13

Tabela dwudzielcza pytanie 3.01. Rekomendacje bliskich (rodziny, znajomych) versus M8.  
Częstotliwość koثرzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	6	5	1	11
2.	9	16	2	1
3.	32	49	20	28
4.	99	207	83	93
5.	80	163	41	54

Tabela dwudzielcza pytanie 3.02. Rekomendacje użytkowników z sieci versus M8.  
Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	7	21	5	17
2.	17	27	10	21
3.	54	110	33	53
4.	99	220	84	79
5.	49	62	15	17

Tabela dwudzielcza pytanie 3.03. Rankingi lekarzy versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	5	17	8	11
2.	17	36	7	16
3.	55	125	38	60
4.	91	186	69	85
5.	58	76	25	15

Tabela dwudzielcza pytanie 3.04. Koszt wizyty versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	12	7	4	4
2.	21	21	5	4
3.	42	86	18	16
4.	97	206	80	89
5.	54	120	40	74

Tabela dwudzielcza pytanie 3.05. Godziny przyjęć versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	15	17	4	5
2.	21	24	9	6
3.	46	113	50	51
4.	89	197	57	82
5.	55	89	27	43

Tabela dwudzielcza pytanie 4.05. Strój lekarza versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	9	20	6	8
2.	22	53	7	8
3.	59	150	56	76
4.	91	158	61	74
5.	45	59	17	21

Tabela dwudzielcza pytanie 4.06. Aparycja lekarza versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	7	17	5	8
2.	15	32	8	8
3.	66	147	42	76
4.	91	190	76	75
5.	47	54	16	20

Tabela dwudzielcza pytanie 4.08. Czas trwania wizyty versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	6	5	0	3
2.	11	21	8	7
3.	33	105	35	38
4.	104	207	68	102
5.	72	102	36	37

Tabela dwudzielcza pytanie 5.02. Dostosowanie języka, tak by przekaz był zrozumiały dla pacjenta versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	1	1	0	0
2.	10	7	0	0
3.	19	23	7	4
4.	82	167	52	80
5.	114	242	88	103

Tabela dwudzielcza pytanie 5.05. Powitanie/pożegnanie versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	1	10	1	2
2.	9	12	4	1
3.	39	68	27	33
4.	103	247	83	109
5.	74	103	32	42

Tabela dwudzielcza pytanie 5.06. Pozwolenie pacjentowi na opowiedzenie swojej historii/ nie przerywanie versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	3	2	1	4
2.	10	19	4	5
3.	26	48	21	24
4.	90	213	68	85
5.	97	158	53	69

Tabela dwudzielcza pytanie 5.08. Komunikacja pozawerbalna/gesty i mimika versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	3	11	3	3
2.	8	13	5	5
3.	52	106	42	51
4.	95	220	70	104
5.	68	90	27	24

Tabela dwudzielcza pytanie 5.09. Skracanie dystansu np. mówienie po imieniu versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	17	39	8	16
2.	36	55	26	34
3.	72	177	67	82
4.	63	117	35	40
5.	38	52	11	15

Tabela dwudzielcza pytanie 5.10. Wyjście po pacjenta i wprowadzenie do gabinetu versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	15	34	11	12
2.	26	37	11	24
3.	69	162	59	78
4.	66	146	52	56
5.	50	61	14	17

Tabela dwudzielcza pytanie 5.12. Podanie ręki versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	17	47	12	27
2.	28	59	16	20
3.	76	183	70	79
4.	64	106	39	51
5.	41	45	10	10

Tabela dwudzielcza pytanie 6.02. Czystość versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	1	3	0	0
2.	2	8	0	1
3.	23	24	2	8
4.	62	160	54	65
5.	138	245	91	113

Tabela dwudzielcza pytanie 6.03. Uniform/strój obsługi versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	5	9	3	4
2.	14	18	3	12
3.	50	140	38	49
4.	101	183	81	93
5.	56	90	22	29

Tabela dwudzielcza pytanie 6.07. Telewizor versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	37	101	33	44
2.	33	85	25	34
3.	97	182	63	83
4.	32	49	25	21
5.	27	23	1	5

Tabela dwudzielcza pytanie 6.08. Muzyka versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	27	64	21	33
2.	45	78	21	33
3.	76	187	75	84
4.	53	87	28	29
5.	25	24	2	8

Tabela dwudzielcza pytanie 6.09. Przyjemny zapach versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	7	9	1	6
2.	9	17	1	5
3.	54	82	36	32
4.	97	248	83	108
5.	59	84	26	36



Tabela dwudzielcza pytanie 6.18. Dyplomy/zaświadczenia versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	5	26	6	11
2.	13	27	2	14
3.	58	128	46	54
4.	80	152	56	80
5.	70	107	37	28

Tabela dwudzielcza pytanie 7.06. Dodatki np. biżuteria, zegarek versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	37	95	27	44
2.	37	70	31	29
3.	93	209	69	93
4.	32	46	12	11
5.	27	20	8	10

Tabela dwudzielcza pytanie 7.07. Odpowiednie obuwie versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	25	56	15	18
2.	22	43	23	21
3.	86	202	72	98
4.	59	104	28	39
5.	34	35	9	11

Tabela dwudzielcza pytanie 8.02. Szary versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	24	33	14	26
2.	31	66	21	39
3.	63	157	55	60
4.	76	146	45	48
5.	32	38	12	14

Tabela dwudzielcza pytanie 8.05. Różowy ciemny/fuksja versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	59	113	47	63
2.	48	101	32	37
3.	51	143	43	62
4.	38	56	19	20
5.	30	27	6	5

Tabela dwudzielcza pytanie 8.08. Czarny versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	89	214	73	111
2.	44	94	30	40
3.	41	78	30	21
4.	30	43	10	10
5.	22	11	4	5

Tabela dwudzielcza pytanie 8.09. Czerwony versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	99	207	69	104
2.	52	112	41	47
3.	45	84	24	29
4.	17	25	11	6
5.	13	12	2	1

Tabela dwudzielcza pytanie 9.01. Opis choroby versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	2	10	2	7
2.	19	41	16	31
3.	75	181	64	87
4.	68	136	48	41
5.	62	72	17	21

Tabela dwudzielcza pytanie 9.02. Metody leczenia versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	4	14	3	3
2.	14	32	17	41
3.	69	173	54	76
4.	82	152	49	48
5.	57	69	24	19

Tabela dwudzielcza pytanie 9.03. Powikłania/ryzyko versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	3	17	6	8
2.	18	52	18	51
3.	70	165	55	64
4.	85	144	49	49
5.	50	62	19	15

Tabela dwudzielcza pytanie 9.04. Produkty lecznicze versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	8	9	3	6
2.	19	55	19	35
3.	55	154	48	76
4.	87	158	56	51
5.	57	64	21	19

Tabela dwudzielcza pytanie 9.06. Rekomendacje innych pacjentów versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	8	26	12	18
2.	37	82	35	56
3.	63	159	46	63
4.	70	122	36	35
5.	48	51	18	15

Tabela dwudzielcza pytanie 9.07. Dane teled adresowe placówek medycznych versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	6	9	6	6
2.	23	47	23	29
3.	65	173	58	75
4.	71	137	44	57
5.	61	74	16	20

Tabela dwudzielcza pytanie 9.08. Informacje o lekarzu np. tytuł, specjalność versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	2	16	10	18
2.	22	66	23	42
3.	74	177	57	67
4.	79	123	33	45
5.	49	58	24	15

Tabela dwudzielcza pytanie 9.09. Zdjęcia lekarza versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	30	94	39	65
2.	62	133	44	60
3.	69	129	39	42
4.	42	62	19	12
5.	23	22	6	8

Tabela dwudzielcza pytanie 9.10. Zdjęcia placówki medycznej versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	23	45	24	38
2.	38	139	44	71
3.	83	155	46	57
4.	50	79	26	16
5.	32	22	7	5

Tabela dwudzielcza pytanie 9.11. Daty/godziny przyjęć versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	3	5	1	6
2.	14	17	9	14
3.	43	133	48	59
4.	84	168	59	59
5.	82	117	30	49

Tabela dwudzielcza pytanie 10.01. Zdjęcia lekarza versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	46	128	49	81
2.	60	140	44	57
3.	59	112	33	29
4.	38	45	15	11
5.	23	15	6	9

Tabela dwudzielcza pytanie 10.02. Dane osobowe np. data i miejsce urodzenia, status związku versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	82	196	78	111
2.	48	112	41	43
3.	43	73	17	19
4.	28	42	8	9
5.	25	17	3	5

Tabela dwudzielcza pytanie 10.03. Numer telefonu versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	19	32	17	23
2.	26	56	24	47
3.	68	168	48	66
4.	67	122	42	34
5.	46	62	16	17

Tabela dwudzielcza pytanie 10.04. Zamieszczane posty versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	48	124	42	70
2.	36	118	39	51
3.	81	124	42	38
4.	38	56	18	19
5.	23	18	6	9

Tabela dwudzielcza pytanie 10.05. Komentarze innych pacjentów nt. lekarza versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	15	35	10	30
2.	20	57	28	50
3.	80	158	47	62
4.	64	134	42	31
5.	47	56	20	14

Tabela dwudzielcza pytanie 10.06. Komentarze lekarza versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	23	68	25	44
2.	33	99	32	50
3.	77	149	47	64
4.	64	87	34	18
5.	29	37	9	11

Tabela dwudzielcza pytanie 11.01. Zdjęcia z używkami np. alkohol, papierosy versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	103	170	72	98
2.	42	122	34	40
3.	50	120	37	39
4.	19	20	3	7
5.	12	8	1	3

Tabela dwudzielcza pytanie 11.02. Zdjęcia z imprez versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	65	120	44	63
2.	50	92	39	43
3.	67	194	56	69
4.	29	28	7	8
5.	15	6	1	4

Tabela dwudzielcza pytanie 11.03. Zdjęcia w stroju kąpielowym versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	41	77	31	43
2.	38	71	29	37
3.	100	240	76	91
4.	27	43	9	11
5.	20	9	2	5

Tabela dwudzielcza pytanie 11.06. Zdjęcia z pacjentami versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	8	8	1	3
2.	14	18	2	7
3.	61	150	46	73
4.	77	167	70	70
5.	66	97	28	34

Tabela dwudzielcza pytanie 11.07. Zdjęcia pokazujące uprawianie sportu versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	6	5	1	4
2.	13	11	0	3
3.	66	166	51	79
4.	72	169	72	67
5.	69	89	23	34

Tabela dwudzielcza pytanie 11.08. Zdjęcia dotyczące zdrowej diety versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	2	4	1	2
2.	6	10	1	1
3.	68	144	37	77
4.	79	178	74	68
5.	71	104	34	39

Tabela dwudzielcza pytanie 12.01. Media społecznościowe – profile lekarzy versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	40	115	40	70
2.	32	90	33	53
3.	70	162	48	45
4.	51	51	22	13
5.	33	22	4	6

Tabela dwudzielcza pytanie 12.02. Blogi o tematyce medycznej versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	24	63	34	49
2.	43	119	38	60
3.	75	166	44	57
4.	57	75	27	15
5.	27	17	4	6

Tabela dwudzielcza pytanie 12.03. Strony internetowe placówek medycznych versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	5	16	6	9
2.	21	52	28	47
3.	74	192	58	76
4.	75	130	41	43
5.	51	50	14	12

Tabela dwudzielcza pytanie 12.04. Rankingi lekarzy np. znany Lekarz versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	14	28	14	25
2.	28	73	29	50
3.	69	175	52	58
4.	58	99	30	41
5.	57	65	22	13

Tabela dwudzielcza pytanie 12.05. Publikacje naukowe/branżowe versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	25	84	37	62
2.	45	132	52	59
3.	85	144	39	45
4.	43	56	14	18
5.	28	24	5	3

Tabela dwudzielcza pytanie 12.06. Serwisy medyczne versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	Co najmniej 1 raz w miesiącu	Średnio raz na pół roku	Maksymalnie raz w roku	Rzadziej niż 1 raz w roku
1.	19	61	25	38
2.	39	112	37	66
3.	76	160	56	53
4.	54	86	24	27
5.	38	21	5	3

Tabela dwudzielcza pytanie 12.07. Fora o tematyce medycznej versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	<b>Co najmniej 1 raz w miesiącu</b>	<b>Średnio raz na pół roku</b>	<b>Maksymalnie raz w roku</b>	<b>Rzadziej niż 1 raz w roku</b>
1.	20	62	23	52
2.	47	114	41	65
3.	70	163	53	47
4.	58	78	26	16
5.	31	23	4	7

Tabela dwudzielcza pytanie 13.01. Lekarz rodzinny (pierwszego kontaktu) versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	<b>Co najmniej 1 raz w miesiącu</b>	<b>Średnio raz na pół roku</b>	<b>Maksymalnie raz w roku</b>	<b>Rzadziej niż 1 raz w roku</b>
1.	15	22	1	2
2.	52	94	21	36
3.	159	324	125	149

Tabela dwudzielcza pytanie 13.02. Lekarz specjalista versus M8. Częstotliwość korzystania z prywatnej służby zdrowia

	<b>Co najmniej 1 raz w miesiącu</b>	<b>Średnio raz na pół roku</b>	<b>Maksymalnie raz w roku</b>	<b>Rzadziej niż 1 raz w roku</b>
1.	10	18	0	4
2.	23	34	7	7
3.	193	388	140	176