

ARTYKUŁ POGLĄDOWY/REVIEW PAPER

Otrzymano/Submitted: 26.04.2011 • Poprawiono/Corrected: 20.09.2011 • Zaakceptowano/Accepted: 21.09.2011

© Akademia Medycyny

Postrzeganie pracy lekarza anestezjologa przez pacjentów zakwalifikowanych do planowych zabiegów operacyjnych

Patient's perception of anaesthetist's work

Joanna Sawicka¹, Robert Czok², Katarzyna Wawrzyniak³,
Krzysztof Kusza³

¹ Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii, 10. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Bydgoszczy

² Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla, Kraków

³ Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Bydgoszcz



Streszczenie

W latach 2004 oraz 2008 w ramach pracy Studenckiego Koła Naukowego Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy Katedrze i Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika powstały trzy prace oparte na badaniach ankietowych, których celem była ocena postrzegania pracy lekarza anestezjologa przez pacjentów zakwalifikowanych do planowych zabiegów operacyjnych. W badaniach wzięło udział ogółem 140 chorych. Wyniki prac sugerowały, że praca lekarza anestezjologa charakteryzuje się wysokim stopniem anonimowości lub nie jest kojarzona z zawodem lekarza. Właściwie przeprowadzona i odpowiednio długa przedoperacyjna wizyta anestezjologiczna wydawała się być jednym z kluczowych warunków w kreowaniu opinii chorych o postrzeganiu pracy anestezjologa. Kontynuując rozważania na ten temat, postanowiliśmy przeanalizować krajowe oraz zagraniczne doniesienia dotyczące tego tematu, a także porównać nasze wyniki z rezultatami prac innych autorów. *Anestezjologia i Ratownictwo 2011; 5: 283-289.*

Słowa kluczowe: anestezja, opinia pacjentów, wizyta przedoperacyjna

Abstract

In 2004 and 2008, as a part of our work for Students' Scientific Society of Anaesthesia and Intensive Care, we created anonymous questionnaires to assess patients' concerns, satisfaction and opinions regarding anaesthetists' work and anaesthetic management in the perioperative period. 140 patients filled the questionnaire after preoperative visit, on the day before scheduled anaesthesia. The majority of patients didn't realize that anaesthetist was a qualified medical doctor and his work was described as anonymous. A proper and long enough preoperative visit seemed to be one of the most significant factors in creating patients's opinion on anaesthetist's work. As a continuation of these studies we decided to analyze other articles describing this problem and compare the outcomes with ours. *Anestezjologia i Ratownictwo 2011; 5: 283-289.*

Keywords: anaesthesia, audit, preoperative visit

Wstęp

Znaczący postęp medycyny zabiegowej byłby niemożliwy bez równoległego, a często wyprzedzającego go, rozwoju właściwej roli terapeutycznej lekarza anestezjologa, ukierunkowanej na okołooperacyjną terapię chorego. Wymagania merytoryczne i zadaniowe stawiane anestezjologom są bardzo wysokie, jednocześnie postrzeganie ich pracy przez chorych nie jest jednoznaczne. Specjalizacja jest obecnie uznawana za deficytową.

Temat postrzegania pracy anestezjologa przez pacjentów poruszany był w dość licznych opracowaniach, krajowych jak i zagranicznych. Autorzy tych prac zwracają uwagę na problematykę „niedostrzeżenia” anestezjologa spośród fachowych pracowników ochrony zdrowia, jak również fragmentaryczną wiedzę na temat zakresu obowiązków tych specjalistów. Wyniki niektórych europejskich prac były wręcz zdumiewające, gdyż wykazywały, że część ankietowanych uważa, że za znieczulenie jest odpowiedzialny „technik anestezji” lub „anestetyczka” [1]. Nawet wśród pacjentów, którzy rozpoznają w anestezjologu lekarza, wiedza dotycząca technik anestetycznych jest bardzo ograniczona, a krążące między pacjentami potoczne opinie na temat tych lekarzy oraz sposobów znieczulenia często utrudniają wybór najlepszego rodzaju znieczulenia. Dla dużej części społeczeństwa tajemnicą jest fakt pracy anestezjologów w oddziałach intensywnej terapii czy poradniach leczenia bólu. Ograniczony kontakt anestezjologa z przytomnym pacjentem, jak również krótki czas wizyt przedoperacyjnych sprawiają, że praca anestezjologa staje się anonimowa i owiana tajemnicą.

W naszym artykule omówimy kilka najczęściej opisywanych w publikacjach aspektów pracy lekarza anestezjologa ocenianych przez pacjentów.

Postrzeganie anestezjologa jako lekarza

Praca lekarza anestezjologa, z racji jej specyficznego charakteru, cechuje się dość dużym stopniem anonimowości, szczególnie w porównaniu z pracą innych specjalistów, widujących swoich pacjentów regularnie i kilkakrotnie w trakcie jednej hospitalizacji, a przede wszystkim przytomnych. Wiedza pacjentów o anestezjologach jest czasami na tyle fragmentaryczna, że poddają w wątpliwość fakt wykonywania przez nich zawodu lekarza. W przepro-

wadzonych przez nas badaniach w 2004 roku wzięło udział 50 osób, z czego połowa pochodziła z dużych miast, a średnia wieku badanych pacjentów wynosiła 55 lat [1]. Ponad 70% pacjentów było w przeszłości operowanych. 56% pacjentów stwierdziło, że anestezję mogą wykonywać tylko lekarze, odpowiedzi takiej udzieliły w większości kobiety powyżej 46 roku życia. Wg reszty ankietowanych zajęcie to mogą również wykonywać technicy anestezjologii i „anestetyczni”. W badaniu przeprowadzonym w 2007 roku aż 96% chorych wcześniej nieoperowanych uważało, że obecność lekarza anestezjologa nie jest konieczna podczas wykonania procedury chirurgicznej w znieczuleniu ogólnym lub regionalnym, tym samym nie traktowali anestezjologa jako członka zespołu operacyjnego [2]. Po przeprowadzeniu wizyty premedykacyjnej 70% chorych uważało obecność anestezjologa w czasie zabiegu za niezbędną. Zdecydowanie większą wiedzę na temat roli anestezjologa mieli chorzy, którzy byli już znieczulani i operowani w przeszłości.

W pracy Przemysława Jałowieckiego dotyczącej oceny jakości postępowania anestezjologicznego w okresie przedoperacyjnym uzyskano bardziej zadowalające wyniki aniżeli w naszych badaniach: postrzeganie anestezjologa jako lekarza było relatywnie wysokie i wynosiło 85,7% (tylko 26% spośród tych pacjentów pamiętało nazwisko anestezjologa wykonującego znieczulenie). Świadomość ta była powszechniejsza wśród pacjentów młodszych, nie miała zaś związku z płcią. Pacjenci ci oceniali również całość znieczulenia lepiej od pozostałych. Dla porównania - już tylko 60% pacjentów uważało, że radiolog jest lekarzem, a prawie 25% sądziło, że jest nim farmaceuta [3].

Adam Pytliński przeprowadził ankietę wśród 400 pacjentów. 79% z nich wiedziało, że anestezjolog jest lekarzem, 90% twierdziło, że posiada wykształcenie wyższe medyczne [4].

Z badań dotyczących wiedzy o anestezjologach, przeprowadzonych w 2005 roku w Arabii Saudyjskiej przez Baaj i wsp. [5], wynika, że tylko 55% pacjentów uważa anestezjologa za specjalistę. Jest to rezultat niemalże identyczny z uzyskanym przez nas (56%) w 2004 roku. Jeszcze mniejszy odsetek pacjentów (43,6%) był świadomy, że anestezjolog czuwa nad pacjentem w trakcie zabiegu operacyjnego i jest odpowiedzialny za resuscytację. Mimo to, większość pacjentów bardzo wysoko oceniła jakość pracy anestezjologa. Pacjenci posiadający wykształcenie wyższe, mieszkający w mia-

stach i dobrze zarabiający posiadali zdecydowanie większą wiedzę na temat postępowania anestezjologicznego.

W 1982 roku Burrow [6] przeprowadził badania ankietowe w okresie pooperacyjnym w jednym z australijskich szpitali. 66% pacjentów stwierdziło, że anestezjolog posiada wykształcenie medyczne. Podobne wyniki uzyskał Swinhoe [7] przeprowadzając ankietę w 1994 roku w jednym z brytyjskich szpitali - 65% pacjentów uważało anestezjologa za lekarza. Bardzo zbliżone wyniki uzyskali Keep i Jenkins [8] 15 lat wcześniej. Wydaje się, że polscy pacjenci (wyłączając tych, którzy byli operowani po raz pierwszy) posiadają wiedzę na temat wykształcenia anestezjologów porównywalną z wiedzą pacjentów z innych europejskich krajów. Z drugiej strony, porównując zasób informacji pacjentów na temat anestezjologii i innych podstawowych dziedzin medycyny, np. chirurgii, dochodzimy do wniosku, że zakres obowiązków anestezjologa jest dla pacjentów nadal niezrozumiały. W żadnym z przeprowadzonych badań nie uzyskano 100% pozytywnych odpowiedzi na pytanie, czy anestezjolog jest lekarzem.

Wiedza dotycząca obowiązków anestezjologa

Z przeanalizowanych przez nas prac wynika, że o ile świadomość faktu, że anestezjolog jest odpowiedzialny za znieczulenie jest relatywnie wysoka, to wiedza o jego pozostałych obowiązkach i zakresie wykonywanej pracy jest bardzo fragmentaryczna, a czasami przypisywana lekarzom innej specjalności, na przykład chirurgom. Wyniki przeprowadzonej przez nas ankiety wykazały, że 83,3% ankietowanych wiedziało, że obecność anestezjologa podczas zabiegu operacyjnego jest niezbędna, zaś 16,7% twierdziło, że anestezjolog jest potrzebny, aczkolwiek inni specjaliści mogą sobie poradzić bez jego pomocy [1]. Nie udzielono natomiast ani jednej odpowiedzi sugerującej, że specjalista ten jest zbędny w procesie leczenia. Zdecydowana większość (80%) pacjentów (głównie > 46 roku życia) wiedziało, że anestezjolog współpracuje nie tylko z chirurgiem. Prawie 60% badanych było świadomych, że opieka anestezjologa trwa również po zakończeniu zabiegu operacyjnego, ale 30% kojarzyło jego pracę tylko z wykonywaniem znieczulenia. Wiedza pacjentów bydgoskiego szpitala na temat pracy anestezjologów w oddziale

intensywnej terapii była jednak niezadowolająca, gdyż 53% stwierdziło, że to lekarze innych specjalności (kardiolodzy, interniści, chirurdzy) zajmują się pacjentami z ww. oddziału.

Pacjenci z poznańskich szpitali zapytani o to, kto kieruje oddziałem intensywnej terapii, tylko w 43% udzielili poprawnej odpowiedzi. [4]. Dla porównania, w naszej ankiecie poprawnej odpowiedzi udzieliło 47% pacjentów, głównie kobiety w wieku 46-60 lat. Podobny odsetek pacjentów zdawał sobie sprawę, że anestezjolog działa w stanach zagrożenia życia. Nieco ponad połowa wiedziała, że anestezjolog zajmuje się walką z bólem, zaś 9 na 10 pacjentów wiedziało, że wykonuje znieczulenie do zabiegu.

W badaniach ankietowych prowadzonych przez Kazimierę Woronkiewicz i wsp. wykazano, że tylko 56% pacjentów wiedziało, że znieczulenie wykonuje anestezjolog, pozostali wskazywali innych specjalistów, pielęgniarkę lub „inżyniera specjalistę” [23].

Badania brytyjskie przeprowadzone w 1993 roku w szpitalu w Nottingham [9], mające na celu m.in. określenie wpływu ubioru anestezjologa na jego odbiór przez pacjenta, wykazały, że 80% pacjentów wie, że anestezjolog posiada wykształcenie medyczne. Tylko 35% badanych miało świadomość, że pracuje w oddziale intensywnej terapii, czyli znacznie mniej niż w omawianych przez nas krajowych doniesieniach.

O ile pacjenci zazwyczaj zdają sobie sprawę z obecności anestezjologa przed rozpoczęciem zabiegu operacyjnego, to na pytanie: *Kto zajmuje się pacjentem w trakcie zabiegu?* odpowiadają z trudnością. Tylko jedna szóstka pacjentów ze szpitala King Khalid z Arabii Saudyjskiej miała świadomość tego, że jest to anestezjolog [5]. Znacząco lepsze wyniki, zbliżone do wyników badań własnych, uzyskano w Wielkiej Brytanii, gdzie tylko co piąta osoba nie wiedziała, że anestezjolog czuwa nad jego bezpieczeństwem w trakcie zabiegu [7]. Co czwarty pacjent znał inne obowiązki anestezjologa, takie jak prowadzenie oddziału intensywnej terapii czy leczenie bólu.

Doniesienia ze Stanów Zjednoczonych, z lat 1984 i 1991 również sugerują, że rola anestezjologa po indukcji znieczulenia jest dla pacjentów niejasna, lub wręcz, że jego obecność na sali operacyjnej w trakcie zabiegu nie jest konieczna. Jednak w porównaniu z pacjentami brytyjskimi, mają oni większą wiedzę na temat obowiązków anestezjologa [10,11].

Wizyta przedoperacyjna i jej wpływ na rozpoznawalność lekarza Satysfakcja pacjenta z informacji udzielonej przez anestezjologa na temat znieczulenia

W przeanalizowanych pracach podkreśla się kluczowe znaczenie wizyty przedoperacyjnej dla kreowania właściwego wizerunku lekarza anestezjologa, jak również jej olbrzymi wpływ na samopoczucie i redukcję poziomu lęku u pacjenta [12-14,16,17]. Jak dowiedziano w badaniach - lęk towarzyszy większości chorych oczekujących na zabieg operacyjny, a szczególnie kobietom [29].

Z przeprowadzonej przez nas ankiety wynikało, że 72% chorych uważało czas wizyty premedykacyjnej za niewystarczający dla wyjaśnienia istoty znieczulenia, potencjalnych korzyści i ewentualnych powikłań z nim związanych [2]. 96.3% chorych wiedziało, że przeprowadzono wizytę anestezjologiczną, ale 20% z chorych po wizycie premedykacyjnej nie wiedziało, że przeprowadzał ją anestezjolog, a ponad połowa tych pacjentów uważała, że był to chirurg. Średni czas wizyty premedykacyjnej wynosił 7 minut. Po przeprowadzeniu wizyty premedykacyjnej 70% ankietowanych uważało obecność anestezjologa w czasie zabiegu za niezbędną.

W pracy Jałowickiego uzyskano wyniki znacząco bardziej zadowalające niż nasze - ponad 90% pacjentów było usatysfakcjonowanych długością trwania wizyty (średni czas jej trwania wyniósł 15 minut) i możliwością wyjaśnienia swoich wątpliwości, jednak połowa ankietowanych uznała, że nie została poinformowana o najczęstszych powikłaniach anestezji [3]. Aż 43% pacjentów żywiło obawy dotyczące znieczulenia, związane z występowaniem w przeszłości nieprzyjemnych doświadczeń w okresie pooperacyjnym. Nazwisko anestezjologa pamiętał tylko co czwarty chory z grupy, która twierdząco odpowiadała na pytanie, czy anestezjolog jest lekarzem.

Podobny wynik uzyskał w swoich badaniach Pytliński [4]. 90% ankietowanych uznało możliwość przedoperacyjnej rozmowy z anestezjologiem za przydatną, jednak tylko co czwarty pamiętał nazwisko lekarza przeprowadzającego wizytę.

Już w 1963 roku dowiedziano, że wizyta przedoperacyjna jest bardzo skutecznie łagodzi lęk wśród chorych oczekujących na operację [12]. W pracy tej porównywano skuteczność wizyty przedoperacyjnej

z działaniem pentobarbitalu w premedykacji. Uzyskane wyniki wskazywały, że odpowiednio przeprowadzona rozmowa i poinformowanie pacjenta, o tym, co się będzie działo w dniu operacji są skuteczniejsze niż pentobarbital. Co więcej, stwierdzono korzystny wpływ wizyty na okres pooperacyjny, szczególnie na redukcję bólu i zmniejszenie zapotrzebowania na leki przeciwbólowe. Udzielenie porad i instrukcji związanych z zachowaniem się bezpośrednio po zabiegu wpłynęło na długość pobytu pacjenta w szpitalu (skrócenie o 2,7 doby w porównaniu z grupą kontrolną) [13]. Zaskakujące wręcz wyniki uzyskał w swojej pracy Anderson, badając chorych poddawanych operacji pomostowania naczyń wieńcowych. Dzięki odpowiedniemu podejściu psychologicznemu udało się ograniczyć poziom stresu u pacjentów, a także liczbę incydentów ostrego nadciśnienia w okresie pooperacyjnym (z 75% do ok. 40%) [14].

Dość nietypowe badania prowadził Hennessy. Zbadał on wpływ ubioru anestezjologa na jego postrzeganie przez pacjentów [9]. Okazało się, że ten aspekt nie miał wpływu na ostateczną ocenę lekarza, aczkolwiek brytyjscy pacjenci preferowali anestezjologów (mężczyzn) ubranych w białe fartuchy, posiadających widoczny identyfikator i z krótko obciętymi włosami. Mniejsze zaufanie wzbudzali zaś lekarze noszący dżinsy i kolczyki.

W wielu pracach dyskutuje się na temat zakresu informowania pacjentów o znieczuleniu. Różnorodność potrzeb pacjentów wymaga indywidualnego podejścia i wycucia, jak szczegółowo należałoby danemu choremu przedstawić takie aspekty, jak przebieg znieczulenia czy możliwe powikłania. Często zadawane są pytania, czy ilość informacji nie powinna być uzależniona choćby od płci, wieku i stopnia zainteresowania pacjenta. Miller i Mangan podzielili badaną grupę pacjentek na dwie podgrupy, w zależności od stopnia zainteresowania znieczuleniem, na „oczekujące informacji” i „niewykazujące zainteresowania”, następnie połowie pacjentek z każdej z grup udzielano szczegółowych informacji o procedurach i ryzyku powikłań, a drugiej połowie informacji standardowych. Okazało się, że pacjentki najlepiej znosiły stres, gdy były informowane o znieczuleniu w zakresie zgodnym ze swoimi oczekiwaniami, a obszernie wyjaśnienia nie zmniejszały objawów niepokoju [15]. Podobne badania przeprowadzono wśród australijskich pacjentów [16]. Ich wyniki sugerowały, iż wyczerpujące informowanie na temat możliwych powikłań anestezji podnosiło

poziom wiedzy pacjentów na ten temat, ale nie wzma- gało niepokoju.

Nie zawsze informacje o znieczuleniu, które leka- rzowi wydają się najistotniejsze, są tak samo oceniane przez pacjentów. W ankiecie przeprowadzonej przez Lonsdale'a i Hitchinsona wśród pacjentów szkockich i kanadyjskich, zapytano chorych o to, co szczególnie interesuje ich w związku z planowanym znieczuleniem [17]. W obu grupach pacjenci poniżej 50 roku życia oczekiwali bardziej szczegółowych informacji niż ankietowani powyżej 50 roku życia. Podobne wyniki uzyskano w grupie Australijczyków. W Kanadzie kobiety oczekiwały większej ilości informacji niż mężczyźni. Za najważniejszy aspekt choroby uznali możliwość spotkania z anestezjologiem w przeddzień zabiegu, a informacje dotyczące np. możliwości spożywania posiłków czy wstawania/chodzenia po znieczuleniu, cenili wyżej niż wiedzę o komplikacjach. Pacjenci z Australii częściej niż Szkoci i Kanadyjczycy interesowali się powikłaniami anestezji, ale naj- ważniejszy był wg nich sam fakt przeprowadzenia wizyty przedoperacyjnej.

Szczególnego podejścia wymagają pacjenci w po- deszłym wieku. W badaniu przeprowadzonym wśród chorych poddawanych endoskopowym zabiegom urologicznym, przeprowadzanych w znieczuleniu pod- pajączynówkowym, wybrano grupę o średniej wieku wynoszącej 75 lat [22]. Zauważono, że pacjenci ci nie zawsze są w stanie zrozumieć i zapamiętać sens i etapy tego znieczulenia. Skutkuje to wystąpieniem niepokoju i niepotrzebnego stresu po znieczuleniu, z powodu blokady czuciowej, a zwłaszcza motorycznej. W takich okolicznościach celowe wydaje się zaangażowanie krewnych w wizytę przedoperacyjną.

Wizyta pooperacyjna

Wizyta pooperacyjna jest ważnym elementem nadzoru nad pacjentem, mającym na celu kontrolę stanu wybudzenia oraz wczesne rozpoznanie i leczenie powikłań związanych ze znieczuleniem. Jest także szansą na poprawę wizerunku anestezjologa jako lekarza. Z drugiej strony organizacja pracy zazwyczaj uniemożliwia przeprowadzanie takich wizyt.

Opracowania na ten temat są nieliczne.

Praca Jałowickiego i wsp. dotycząca oceny jakości postępowania anestezjologicznego w okresie poope- racyjnym wykazała, że 45% chorych odwiedzanych było przez lekarza w okresie pooperacyjnym, zaś 50%

spośród wszystkich pacjentów oczekiwało takiego spo- tkania [18]. Wizyta miała miejsce zazwyczaj u pacjen- tów, którzy żywili większe obawy przed znieczuleniem i kiedy czas trwania konsultacji przedoperacyjnej był dłuższy, co mogło wynikać z większych obciążeń i ryzyka anestezji. Poziom satysfakcji pacjentów z tej wizyty był dość wysoki i wyniósł prawie 75%. Jednakże najczęstszymi powodami do zadowolenia były okaza- nie zainteresowania, życzliwości, poprawa komfortu psychicznego i poczucia bezpieczeństwa. Można więc dojść do wniosku, że po zabiegu chorzy odczuwali samotność, a anestezjolog był jedną z nielicznych osób okazujących im zainteresowanie w tym okresie. Odsetek chorych odczuwających nieprzyjemne dolegli- wości po znieczuleniu i zabiegu chirurgicznym, takie jak ból okolicy operowanej, uczucie zimna, dreszcze, ból gardła i wymioty, jest bardzo wysoki (81%), wysu- nięto więc wnioski o konieczności położenia większego nacisku na zapobieganiu niekorzystnym, a możliwym do uniknięcia, następstwom anestezji, powodującym znaczny dyskomfort u pacjentów.

Co zaskakujące, nieprzyjemne doznania nie wpły- wały na ocenę jakości działań anestezjologicznych. Do podobnych wniosków doszli Brown i wsp. w badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych [19].

Zvara i wsp. w swoich badaniach zadali sobie pyta- nie, czy kilkukrotne spotkania z pacjentem po operacji wpływają na końcową ocenę opieki anestezjologicznej, poprawiają wizerunek i rozpoznawalność anestezjologa [20]. Pacjentów podzielono na 3 grupy, odwiedzane jedno-, dwu- i trzykrotnie po zabiegu, w odstępach jednodniowych. Ankietę przeprowadzono dwa dni po ostatniej wizycie. Co ciekawe, zwiększanie liczby wizyt nie wpłynęło na różnicę w wynikach poszcze- gólnych grup. Ponadto, w innych badaniach wyka- zano, że wizyta pooperacyjna ma niewielki wpływ na rozpoznawalność anestezjologa - nieco ponad 20% ankietowanych pamiętało nazwisko lekarza, który przeprowadzał znieczulenie [19].

Myles i wsp. przeprowadzili badania prospek- tywne na grupie ponad dziesięciu tysięcy pacjentów, oceniając ich poziom satysfakcji z przeprowadzonego znieczulenia. Okazało się, że tylko niewielki odsetek pacjentów (3,2%) wyrażał się negatywnie na ten temat. Głównymi powodami takiej postawy były czynniki, które w większości da się wyeliminować, np. silny ból pooperacyjny, nudności i wymioty, zaleganie moczu lub ból gardła [28].

Wizerunek anestezjologii w mediach

W chwili obecnej sposób prezentowania określonej grupy zawodowej w mediach jest niezmiernie ważnym czynnikiem kształtującym jej społeczny wizerunek. Wg dr Marii Turowskiej, w odniesieniu do anestezjologii, jest ona prezentowana na forum publicznym w sposób niespójny i mało obiektywny [21,24].

Rola zespołu anestezjologicznego jest najczęściej marginalizowana lub pomijana w doniesieniach dotyczących sukcesów transplantologii czy innych inwazyjnych metod terapii. Chętniej pokazywane są nowoczesne oddziały intensywnej terapii, szczególnie skomplikowany sprzęt, w jaki są wyposażone.

Analiza zawartości czasopism zajmujących wysokie pozycje w rankingach czytelniczych pozwala stwierdzić, że obiektywnych i poprawnych merytorycznie tekstów dotyczących anestezjologii praktycznie nie ma.

W dzisiejszych czasach bogatym źródłem wiedzy dla szerokiego kręgu odbiorców na temat anestezjologów i znieczulenia jest Internet. Szczególnie młodzi pacjenci często przyznają w codziennych rozmowach, że szukali w ten sposób informacji dotyczących znieczulenia. Dlatego tak ważne jest, aby istniały strony internetowe, które w zrozumiały sposób opisują poszczególne etapy różnego rodzaju znieczuleń, przyczyniając się również w ten sposób do lepszego poznania przez pacjentów pracy anestezjologów. Rzetelnej i aktualnej wiedzy na temat znieczulenia dostarcza między innymi adresowany do pacjentów serwis www.znieczulenie.org.pl-Anestezjologia Bliżej Ciebie. Zgodnie z intencją autorów, portal ten w sposób przystępny przedstawia informacje na temat procedur anestezjologicznych i opieki okołoperacyjnej. Dodatkowo na stronie tej są dostępne materiały multimedialne, w postaci filmów i zdjęć, ułatwiające przygotowanie się do zabiegu. Podobnych serwisów tematycznych można w Internecie znaleźć więcej i przyczyniają się one do lepszego zrozumienia pracy lekarza anestezjologa [25-27].

Podsumowanie

Praca lekarza anestezjologa, z uwagi na swoją specyfikę, od zawsze charakteryzowała się pewnym stopniem anonimowości lub nie była kojarzona z zawodem lekarza. Dowodem na to są zbliżone wyniki ankiet przeprowadzanych 25-30 lat temu oraz obecnie [1,5-8]. Z ostatnich badań przeprowadzonych wśród polskich pacjentów wynika, że ich świadomość na temat wykształcenia anestezjologa jest duża. Z drugiej strony, wiedza dotycząca kompetencji tego specjalisty, innych niż wykonywanie znieczulenia, jest niewielka. W większości prac tylko ok. 50% ankietowanych zdawało sobie sprawę, że w oddziałach intensywnej terapii pracują właśnie anestezjolodzy. Mimo że jest to rezultat mało satysfakcjonujący, to warto zauważyć, że jest on lepszy niż wyniki badań brytyjskich lub amerykańskich. Takie rozbieżności można jednakże tłumaczyć innym systemem pracy w oddziałach intensywnej terapii w Stanach Zjednoczonych, gdzie anestezjologia i intensywna terapia to dwie odrębne specjalizacje. W rezultacie, w tym kraju lekarze różnych specjalności zajmują się leczeniem chorych będących w stanie krytycznym.

Właściwie przeprowadzona i odpowiednio długa przedoperacyjna wizyta anestezjologiczna ma niezwykle dobroczynny wpływ na pacjenta i wydaje się być jednym z kluczowych warunków w kreowaniu opinii chorych o postrzeganiu pracy anestezjologa. Równie ważna wizyta pooperacyjna pozwala na szybkie wykrycie i wyrównanie ewentualnych niepożądaných objawów ubocznych występujących po znieczuleniu i zabiegu operacyjnym. Na szczęście, w związku z postępowaniem w anestezjologii i medycynie zabiegowej, jest ich coraz mniej.

Adres do korespondencji:

Joanna Sawicka
85-791 Bydgoszcz; ul. Bołtucia 10/66
☎ (+48) 512381691
✉ E-mail: asiasawicka1@tlen.pl

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo

1. Kamińska A, Kowalska A, Skowroński J, Szambelan M, Wawrzyniak K. Postrzeganie pracy lekarza anestezjologa wśród pacjentów skierowanych do planowych zabiegów chirurgicznych. XV Międzynarodowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Poznań 14-17.09.2005. *Anest Inten Terap* 2005; Supl 2005.
2. Borowska A, Sawicka J, Daniłko M, Kowalczyk M, Wawrzyniak K, Kusza K. Praca lekarza anestezjologa w opinii chorych zakwalifikowanych do planowych zabiegów operacyjnych. XVI Międzynarodowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Kraków 24-27.09.2008.
3. Jałowiecki P, Rudner R, Dziubdziela W, Tomala A. Ocena jakości postępowania anestezjologicznego na podstawie opinii chorych o znieczuleniu. I. Okres przedoperacyjny. *Anest Inten Terap* 2001;33:141-7.
4. Pytliński A. Wizerunek lekarza anestezjologa w opinii pacjentów i członków ich rodzin. Ankietowa próba oceny. *Anestezjologia i Ratownictwo* 2007;1:20-7.
5. Baaj J, Takroui M, Hussein B, Ayyaf H. How much surgical patients at the King Khalid University Hospital know about their anesthesia and anesthesiologists? *Internet Journal of Health* 2005;4(2).
6. Burrow BJ. The patient's view of anaesthesia in Australian teaching hospital. *Anaesth Intensive Care* 1982;10:20-4.
7. Swinhoe CF, Groves ER. Patient's knowledge of anaesthetic practice and the role of anaesthetists. *Anaesthesia* 1994;49:165-6.
8. Keep PJ, Jenkins JR. As other see us: the patient's view of anaesthetist. *Anaesthesia* 1978;33:43-5.
9. Hennessy N, Harrison DA, Aitkenhead AR. The effect of the anaesthetist's attire on patient attitudes. The influence of dress on patient perception of the anaesthetist's prestige. *Anaesthesia* 1993;48:219-22.
10. Shevde K, Panagopoulos G. A survey of 800 patients' knowledge, attitudes and concerns regarding anaesthesia. *Anaesth Analg* 1991;73:190-8.
11. Clifton PJM. Expectations and experiences of anaesthesia in a district general hospital. *Anaesthesia* 1984;39:281-5.
12. Egbert LD, Battit G, Turndorf H, Beecher HK. The value of the preoperative visit by an anesthetist. A study of doctor-patient rapport. *JAMA* 1963;185:553-5.
13. Egbert LD, Battit G, Welch CE, Bartlett NK. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *N Eng J Med* 1964;270:825-7.
14. Anderson EA. Preoperative preparation for cardiac surgery facilitates recovery, reduces psychological distress and reduces the incidence of acute postoperative hypertension. *J Consult Clin Psychol* 1987;55:513-20.
15. Miller SM, Mangan CE. Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecologic stress: should the doctor tell all? *J Pers Soc Psychol* 1983;45:223-36.
16. Farnill D, Inglis S. Patients' desire for information about anaesthesia. Australian attitudes. *Anaesthesia* 1994;49:162-4.
17. Lonsdale M, Hutchinson GL. Patients' desire for information about anaesthesia. Scottish and Canadian attitudes. *Anaesthesia* 1991;46:410-2.
18. Jałowiecki P, Rudner R, Tomala A, Dziubdziela W. Ocena jakości postępowania anestezjologicznego na podstawie opinii chorych o znieczuleniu. II. Okres pooperacyjny. *Anest Inten Terap* 2001;33:149-55.
19. Brown DL, Warner ME, Schroeder DR, Offord KP. Effect of intraoperative anaesthetic events on postoperative patient satisfaction. *Mayo Clin Proc* 1997;72:20-5.
20. Zvara DA, Nelson JM, Brooker RF, Mathes DD, Petrozza PH, Anderson MT, et al. The importance of the postoperative anesthetic visit: do repeated visits improve patient satisfaction or physician recognition? *Anesth Analg* 1996;83:793-7.
21. Turos MJ. Oblicze anestezjologii w mediach.
22. Fasciolo, Alessandro, Piva, Roberto, Baldini, Claudio. Quality in anaesthesia. *Internet Journal of Medicine* 2008;18:1.
23. Woronkiewicz K, Kowańska M, Wołowicka L. Wiedza potoczna o znieczuleniu i oddziałach intensywnej terapii. *Pielęgniarstwo Polskie* 1991;2:65-71.
24. Turos MJ. Społeczna i audiowizualna recepcja anestezjologii. Uniwersytet Warszawski. *Anest Inten Terap* 2002; Supl. I/2002:38-42.
25. Anestezjologia Bliżej Ciebie - www.znieczulenie.org.pl
26. Morfeusz 2011. www.znieczulenie.prv.pl
27. Znieczulenie ogólne - bezpieczeństwo i komfort. www.znieczulenia.pl
28. Myles PS, Williams DL, Hendrata M, Anderson H, Weeks M. Patient satisfaction after anaesthesia and surgery: results of a prospective survey of 10811 patients. *Br J Anaest* 2000;84:6-10.
29. Romanik W, Kański A, Soluch P, Szymańska O. Kwestionariuszowy i deklaracyjny poziom lęku chorych przed operacją. *Anest Inten Terap* 2009;XLI:94-9.