

ARTYKUŁ ORYGINALNY/ORIGINAL PAPER

Otrzymano/Submitted: 20.08.2015 • Zaakceptowano / Accepted: 21.09.2015

© Akademia Medycyny

Ocena kwalifikacji zawodowych anestezjologa oraz znieczulenia w opinii pacjentów oddziałów zabiegowych***The evaluation of professional qualifications of anaesthesiologists and anaesthesia among patients from surgical wards*****Klaudia Zyzak¹, Kai Wróblewski¹, Michał Borys²,
Paweł Piwowarczyk², Mirosław Czuczwar²**¹ Studenckie Koło Naukowe przy II Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie² II Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie**Streszczenie**

Wstęp. Świadomość społeczna co do roli lekarzy anestezjologów w okresie okołoperacyjnym oraz ich kwalifikacji zawodowych wydaje się nie być wystarczająco rozpowszechniona. **Cel pracy.** Celem głównym tej pracy było zbadanie wiedzy pacjentów o kwalifikacjach zawodowych anestezjologów, natomiast celem pobocznym była ocena stopnia zadowolenia pacjentów z opieki w okresie okołoperacyjnym. **Material i metody.** Przeprowadzono ankietę wśród 200 pacjentów oddziałów zabiegowych południowo-wschodniej Polski. Kwestionariusz zawierał jedenaście zamkniętych pytań dotyczących wiedzy pacjentów o kwalifikacjach anestezjologa, ocenę wizyty preanestetycznej oraz przeprowadzonego znieczulenia. Zebrano dane demograficzne dotyczące wieku, wykształcenia, rodzaju zabiegu operacyjnego jak również informacje dotyczące typu oddziału, na którym odbyło się znieczulenie. Ankieta została przeprowadzona przez studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, którzy nie brali udziału w wykonywaniu znieczulenia na żadnym etapie. **Wyniki.** 74% respondentów było świadomych faktu bycia przez anestezjologa lekarzem. Pacjenci z wykształceniem wyższym lub średnim częściej wskazywali na fakt ukończenia przez anestezjologa studiów medycznych niż pacjenci z wykształceniem podstawowym (test Pearsona $\chi^2 = 11,66649$, $p = 0,00862$). Wybór metody znieczulenia był przedstawiony pacjentom w 59,5% przypadków. Możliwość wyboru była częściej przedstawiona w szpitalach o trzecim stopniu referencyjności (test Pearsona $\chi^2 = 17,59179$, $p = 0,00734$). Wizyta preanestetyczna zmniejszyła strach u 67,5% pacjentów. Jakość znieczulenia była zadowolająca według 90,5% pacjentów. **Wnioski.** Wyniki przedstawionego badania dotyczące wiedzy pacjentów o kwalifikacjach zawodowych anestezjologów są zbieżne z danymi dostępnymi w podobnych publikacjach. *Anestezjologia i Ratownictwo 2015; 9: 286-292.*

Słowa kluczowe: kwalifikacje zawodowe, satysfakcja pacjenta, ankietowani, lęk, wizyta przedoperacyjna

Abstract

Background. The role and professional qualifications of anaesthesiologists seem not to be properly recognized in society. **Aim of study.** The main aim of this study was to assess patients' knowledge about anaesthesiologists' qualifications. The other objective was to evaluate the level of patients' satisfaction regarding perioperative care. **Material and methods.** This survey-study was performed among 200 patients of surgical wards in the southeastern Poland. The study protocol consisted eleven close-ended questions concerning patients' knowledge about anaesthesiologists and the assessment of preanaesthetic visit and the conduct of anaesthesia. Additional information

obtained during the study included patients' demographic data, level of education, kind of surgery, as well as type of hospital and ward. The survey was conducted students of Medical University of Lublin, who were not involved in medical procedures. **Results.** 74% of the respondents were aware of the fact that anaesthesiologists are physicians. Patients with high or secondary education more often recognized an anaesthetist as a doctor than people with basic one (Pearson $\chi^2 = 11.66649$, $p = 0.00862$). Patients were offered to choose the type of anaesthesia in 59.5% of cases. This opportunity was more frequently given to patients in tertiary (university) hospitals (Pearson $\chi^2 = 17.59179$, $p = .00734$). A preanaesthetic visit reduced anxiety of 67,5% of patients. The quality of anaesthesia was satisfactory according to 90.5% of patients. **Conclusions.** In the presented study, the patients' knowledge about professional qualifications of anaesthesiologists was similar to the data found in the literature. *Anestezjologia i Ratownictwo 2015; 9: 286-292.*

Keywords: professional qualification, patient's satisfaction, respondents, anxiety, preoperative visit

Wstęp

Przez dziesięciolecia od wykonania pierwszego skutecznego znieczulenia ogólnego odpowiedzialność za stan pacjenta pozostawała rolą chirurga. Wraz z rozwojem medycyny, rozszerzeniem zakresu zabiegów oraz monitorowania stanu pacjentów w okresie okołoperacyjnym powstała potrzeba wyodrębnienia nowej specjalizacji lekarskiej. Anestezjologia oddzieliła się od chirurgii już w pierwszej połowie XX wieku w krajach anglosaskich [1,2]. W Europie Środkowej, w tym w Polsce stała się oddzielną dyscypliną dopiero po II wojnie światowej.

Pomimo faktu że anestezjologia jest specjalizacją lekarską od dziesięcioleci i jest niezbędna do funkcjonowania wszystkich oddziałów zabiegowych, rola anestezjologa w powszechnym rozumieniu społecznym wydaje się mało znana. Dowodzą tego prace powstałe w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii i Australii, gdzie wielu pacjentów szpitali zapytanych o kwalifikacje anestezjologów nie miała świadomości o posiadaniu przez nich dyplomu lekarza [3-6]. Co więcej, w badaniu przeprowadzonym w Wielkiej Brytanii w roku 1994 r. zaledwie 65% pacjentów poddawanych zabiegom operacyjnym wiedziało, że anestezjolog jest lekarzem, a liczba ta była nawet niższa niż w podobnej pracy opublikowanej 15 lat wcześniej w tym kraju [4,7]. Jednak współczesne badania dotyczące tej tematyki również nie wykazały istotnych zmian tego stanu rzeczy. Wyniki pracy opublikowanej w 2015r. przez Nagrampa i wsp. wskazują, że 70% ankietowanych pacjentów znało faktyczne wykształcenie anestezjologów, co nie różniło się istotnie od badań przeprowadzonych w Niemczech w roku 2014 [8].

W Polsce powstało niewiele prac dotyczących

postrzegania roli anestezjologa przez społeczeństwo [9,10]. W związku z tym, celem tej pracy była ocena wiedzy pacjentów, poddawanych zabiegom operacyjnym, na temat kwalifikacji zawodowych lekarza anestezjologa. Dodatkowo, ankieta miała na celu zebranie informacji dotyczących pewnych aspektów pracy anestezjologa, w tym rodzaju znieczulenia, występowania powikłań anestezjologicznych i badania preanestetycznego.

Materiał i metody

Badaniem ankietowym objęci zostali pacjenci z oddziałów zabiegowych w tym z oddziałów ginekologii operacyjnej, chirurgii ogólnej, naczyniowej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, urologii i otolaryngologii. Ankieta została przeprowadzona w czterech szpitalach na terenie województwa lubelskiego, małopolskiego i podkarpackiego, w okresie od września do grudnia 2014 r. Narzędziem badania była ankieta składająca się z trzech części (tabela I): część pierwsza zawierała 11 pytań jednokrotnego wyboru, a część drugą stanowiły dane demograficzne pacjentów, natomiast część trzecia ankiety dotyczyła rodzaju szpitala i nazwy oddziału. Pytania zawarte w kwestionariuszu miały na celu sprawdzenie wiedzy pacjentów na temat lekarza anestezjologa, który był zaangażowany w proces terapeutyczny chorego. Poza tym zbadano również stan wiedzy pacjentów o rodzaju i przebiegu wykonanego znieczulenia, ryzyka wykonywanej procedury, świadomego podpisania zgody na znieczulenie, obecności powikłań w czasie zabiegu. Ankieta została przeprowadzona u pacjentów w ciągu 48 h od wykonanego zabiegu. Wszyscy pacjenci zostali zapewnieni o anonimowości prowadzonego badania, zapoznani się z jego

celem i wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu. Osoby przeprowadzające znieczulenie nie brały udziału w zbieraniu danych, a ankieta została wykonana przez studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Analiza statystyczna została przeprowadzona przy pomocy testu Chi-kwadrat w programie STATISTICA 10, (Stat Soft. Inc., Tulsa, USA).

Tabela I. Wizerunek anestezjologa oraz ocena znieczulenia w opinii pacjenta na oddziałach zabiegowych - pytania z ankiety przeprowadzonej wśród pacjentów

Table I. Anaesthesiologist's image and quality of anaesthesia in the operational wards – questions from survey among patients

1. Kim jest anestezjolog? A Technikiem B Pielęgniarem po specjalizacji C Lekarzem po specjalizacji D Anestezjolog kończy oddzielne studia medyczne
2. Czy pamięta Pan/i wizytę anestezjologa przed zabiegiem? A Nie pamiętam B Była, ale nie pamiętam szczegółów C Wizyta była krótka i polegała na podpisaniu zgody D Podczas wizyty otrzymałem wyczerpujące informacje na temat znieczulenia i zabiegu
3. Czy wizyta anestezjologa uspokoiła Pana/Panią? A Nie B Wizyta była dla mnie obojętna i nie zmieniła mojego stosunku do zabiegu C Moje wątpliwości na temat zabiegu zostały tylko zwiększone D Wizyta mnie uspokoiła i istotnie zmniejszyła lęk przed operacją
4. Czy w pełni świadomie podpisał(a) Pan/i zgodę na znieczulenie mając świadomość ryzyka danej procedury? A Nie B Bałem/am się czytać i zostawiłem decyzję anestezjologowi C Myślałem/am, że to zgoda na zabieg D Po wnikliwym przeczytaniu podjąłem/am świadomą decyzję
5. Czy miał(a) Pan/i informację o dostępnych rodzajach znieczulenia do danego zabiegu? A Nie dostałem/am takiej możliwości B Dopytałem się chirurga C Dopytałem się innych pacjentów D Anestezjolog przedstawił mi możliwości wyboru
6. Czy Pan/i zabiegał(a) aby znieczulił określony anestezjolog? A Nie B Tak, poprosiłem/am o określonego anestezjologa C Tak poprosiłem/am o określonego anestezjologa po zasięgnięciu opinii od chirurga D Nie sądziłem, że mogę o to zabiegać
7. Czy zna Pan/i nazwisko anestezjologa, który prowadził znieczulenie? A Znam B Pamiętałem/am, ale szybko zapomniałem/am po operacji C Nie znałem/am D Nie interesowało mnie nazwisko anestezjologa
8. Czy otrzymał(a) Pan/i lek uspokajający/nasenny wieczorem lub rano przed zabiegiem? A Tak dostałem tabletkę nasenną i pozwoliła mi ona lepiej znieść oczekiwanie na zabieg B Tak dostałem tabletkę nasenną, ale nie poprawiła mojego samopoczucia C Nie dostałem i nie było takiej propozycji D Nie potrzebowałem leku nasennego

9. W jaki sposób był/a Pan/i znieczulany/a?
 A Byłem uśpiony w trakcie zabiegu
 B Byłem znieczulany/a w plecy/rękę i przytomny/a w trakcie operacji
 C Byłem znieczulany w plecy/rękę, ale spałem/am w trakcie operacji
 D Byłem znieczulany/a w plecy/rękę, ale z powodu braku dobrego znieczulenia zostałem/am uśpiona

10. Jak Pan/i ocenia zastosowane znieczulenie?
 A Bardzo dobrze, wszystko przebiegło świetnie
 B Nie byłem/am zadowolona z przebiegu znieczulenia.
 C Średnio, ogólnie było nieźle, ale pewne sprawy mnie rozczarowały (np. ból, nudności, wymioty)
 D Było tragicznie (np. silny ból w trakcie operacji, odzyskanie świadomości w trakcie zabiegu)

11. Czy jeszcze raz zgodził/a by się Pan/i na takie samo znieczulenie?
 A Zdecydowanie NIE
 B Zdecydowanie TAK
 C Raczej NIE
 D Raczej TAK

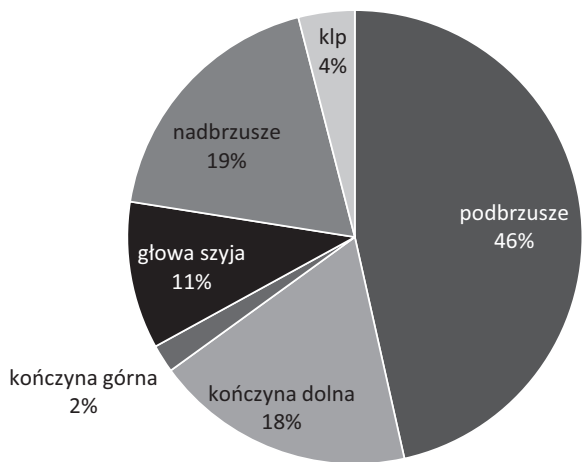
Informacje o pacjencie
 Wiek:
 Płeć: Kobieta/Mężczyzna
 Wykształcenie: podstawowe, zawodowe, średnie, wyższe
 Zawód medyczny (np. lekarz, ratownik, pielęgniarka, technik medyczny, farmaceuta itp.): TAK/NIE
 Wcześniejsze znieczulenia: TAK/NIE/WIĘCEJ NIŻ 1 (w trakcie aktualnego pobytu)
 Okolica operowana (można zaznaczyć więcej niż 1 odpowiedź)
 - kończyna dolna
 - kończyna górna
 - nadbrzusze (powyżej pępka)
 - podbrzusze (poniżej pępka)
 - klatka piersiowa
 - głowa
 - szyja
 Informację o szpitalu i oddziale:
 Szpital: powiatowy/miejski, wojewódzki, kliniczny
 Oddział (wpisać rodzaj oddziału):.....

Wyniki

W badaniu wzięło udział 200 pacjentów i żaden pacjent nie został wykluczony z badania. Dane demograficzne ankietowanych są przedstawione w tabeli II, a rodzaj operowanej okolicy ciała w wykresie 1. Ze względu na poziom wykształcenia pacjenci zostali podzieleni na cztery grupy: wyższe, średnie, zawodowe, podstawowe. Również zebrano informacje dotyczące wcześniejszych znieczuleń (tabela III, wykres 2). Zależność między stopniem wykształcenia, a znajomością kwalifikacji zawodowych anestezjologa. Gwiazdka oznacza zaobserwowaną istotność statystyczną = $p < 0,05$

Tabela II. Dane demograficzne
 Table II. Demographics

Płeć	Liczba	%	Wiek w latach ± SD
Kobieta	115	57,5	53,3 ± 16
Mężczyzna	85	42,5	50,8 ± 17

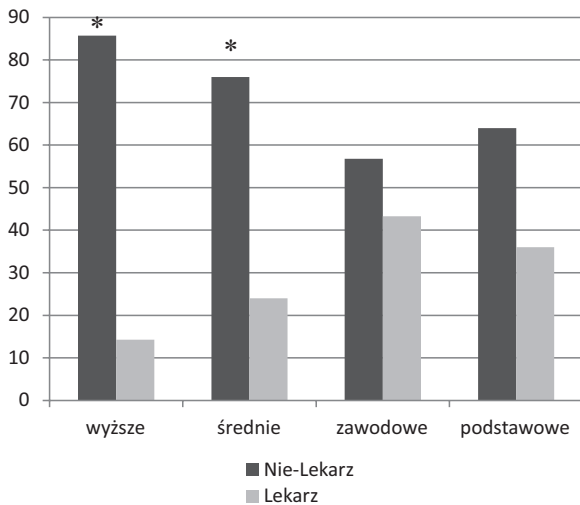


Wykres 1. Operowana okolica u ankietowanych pacjentów

Figure 1. Region operated in the surveyed patients

Tabela III. Informacje na temat wykształcenia pacjentów i wcześniejszych znieczuleń
Table III. Patients' level of education and previous anaesthetic history

Parametr	Liczba	%
Wykształcenie		
Podstawowe	25	12,5
Zawodowe	37	18,5
Średnie	75	37,5
Wyższe	63	31,5
Wykonuje zawód medyczny	7	3,5
Wcześniejsze znieczulenia		
Tak	108	54
Nie	83	41,5
Więcej niż 1 raz w trakcie tego pobytu	9	4,5



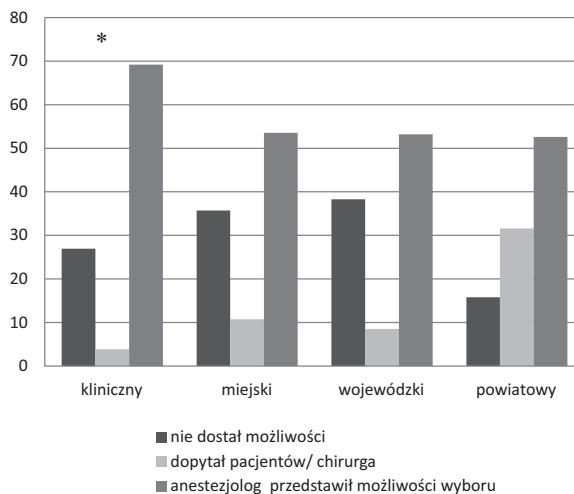
Wykres 2. Zależność między stopniem wykształcenia, a znajomością kwalifikacji zawodowych anestezjologa. Gwiazdka oznacza zaobserwowaną istotność statystyczną = $p < 0,05$.

Graph 2. Relationship between the level of education and the knowledge about anaesthesiologist's professional qualifications. Star represents observed statistical significance = $p < 0,05$.

Spośród wszystkich ankietowanych 74% wiedziało, że anestezjolog jest lekarzem. W opinii pozostałych anestezjolog kończy oddzielne studia medyczne (21%), jest technikiem (4%), lub pielęgniarzem po specjalizacji (1%). Stwierdzono istotną różnicę w wiedzy na temat tego, kim jest anestezjolog wynikającą z poziomu wykształcenia pacjentów, ale dopiero po podzieleniu

odpowiedzi na dwie grupy tj. lekarz i nie-lekarz. (Wykres 2). Po takim zestawieniu badanych grup uzyskano istotność statystyczną pomiędzy ankietowanymi z wykształceniem wyższym i średnim, a osobami z wykształceniem podstawowym i zawodowym (Chi²Pearsona 11,66649, $p = 0,00862$). 85,7% osób w wyższym wykształceniu, 76% ze średnim, ale tylko 64 z podstawowym i 56,7 z zawodowym była świadoma, że anestezjolog jest lekarzem.

W pytaniu drugim, 72% ankietowanych uznała, że otrzymała wyczerpujące informacje na temat zabiegu w trakcie wizyty anestezjologa, a co więcej, wizyta preanestetyczna zmniejszyła lęk przed operacją u 67,5% badanych osób (pytanie 3, tabela IV). Zdecydowana większość ankietowanych osób - 82,5% w pełni świadomie wyraziła zgodę na znieczulenie (pytanie 4). Jednak możliwość alternatywnej techniki znieczulenia otrzymało tylko 59,5% pacjentów (pytanie 5). Informację na temat rodzaju znieczulenia była dostępna częściej dla respondentów szpitali klinicznych i było to istotne statystycznie (Chi² Pearsona = 17,59179, $p = 0,00734$, wykres 3).



Wykres 3. Zależność między rodzajem szpitala a poinformowaniem pacjentów o dostępnych rodzajach znieczulenia do danego zabiegu. Gwiazdka oznacza zaobserwowaną istotność statystyczną = $p < 0,05$

Graph 3. Relationship between the type of hospital and information obtained about available types of anaesthesia for given procedure. Star represents observed statistical significance = $p < 0,05$

Zaledwie 6% pacjentów znało nazwisko anesteziologa po zabiegu (pytanie 5), a jedynie 2% zabiegało o określonego lekarza prowadzącego znieczulenie (pytanie 6).

Większość ankietowanych pacjentów (64%) dostała premedykację przed zabiegiem, ale 16% nie miała takiej możliwości (pytanie 8). 59,5% pacjentów była znieczulana ogólnie (pytanie 9), a spośród wszystkich ankietowanych 90,5% była zadowolona z przebiegu znieczulenia (pytanie 10). Co więcej, 92% respondentów zdecydowałoby się na taki sam rodzaj znieczulenia (pytanie 11).

Dyskusja

Przedstawione wyniki potwierdziły, że stan wiedzy pacjentów w polskich szpitalach na temat wykształcenia i roli anesteziologa w okresie okołoperacyjnym nie różni się istotnie od danych uzyskanych w innych krajach [3-6,11]. Do wyjątków należy austriacka praca Deusch i wsp., gdzie aż 93% ankietowanych była świadoma kwalifikacji zawodowych anesteziologów. Pozostaje to jednak w sporej rozbieżności z pozostałymi publikacjami.

W badaniu przeprowadzonym w 2001 roku przez Jałowieckiego i wsp. na 300 pacjentach w śląskich szpitalach, stwierdzono znacznie większą rozpoznawalność anesteziologa, jako lekarza (85,4%) w porównaniu do wyników własnych (74%). Co więcej, w w/w pracy, aż 26,5% respondentów znała nazwisko anesteziologa obecnego w trakcie zabiegu. Pozostaje to w dużej rozbieżności z pracą własną, gdzie zaledwie 6% pacjentów pamiętała nazwisko anesteziologa. Stosunkowo wysoka świadomość społeczna na temat pozycji anesteziologa w pracy Jałowieckiego i wsp. mogła wynikać z wykonania badania na krótko po fali protestów, które dotyczyły tej grupy zawodowej. Alternatywne wytłumaczenie takiego wyniku, może być związane z przeprowadzeniem w naszej pracy ankiety w Polsce południowo-wschodniej, a głównie w szpitalach Lubelszczyzny.

W badaniu własnym wykazano, że osoby z wykształceniem wyższym i średnim (85,7% i 76%) istotnie częściej identyfikują prawidłowo wykształcenie anesteziologa w porównaniu do ankietowanych z wykształceniem podstawowym i zawodowym (64% i 56,7%). Pomimo pozornej oczywistości stwierdzenia, że poziom wykształcenia powinien wpływać na wiedzę ogólną społeczeństwa, nie zawsze udaje się potwierdzić naukowo takie tezy. W niedawno przeprowadzonym badaniu Nagrampa

i wsp. wśród pacjentów-Latynosów zamieszkujących Kalifornię nie została zaobserwowana istotność statystyczna w ocenie wykształcenia anesteziologa związana z poziomem wykształcenia respondentów [11].

Wpływ wizyty preanestetycznej na lęk okołoperacyjny był tematem licznych prac naukowych [13-15]. W badaniach własnych stwierdzono zmniejszenie leku u 67,5% ankietowanych na skutek wizyty przedoperacyjnej, co wskazuje na znaczne obniżenie obawy przed procedurami okołoperacyjnymi związaną z wizytą anesteziologa. Z tego powodu wizyta preanestetyczna powinna stanowić rutynowe postępowanie przed każdym planowym zabiegiem, jak również podnosi świadomość pacjentów na temat pracy i obowiązków anesteziologa.

Ważnym elementem wizyty przedoperacyjnej jest uzyskanie świadomej zgody na znieczulenie oraz przedstawienie dostępnych rodzajów znieczulenia i leczenia bólu po zabiegu. W naszym badaniu pacjenci szpitali klinicznych statystycznie częściej otrzymywali możliwość wyboru znieczulenia. Jednak trudno jednoznacznie ocenić przyczynę takiego stanu. Może to wynikać zarówno z kwalifikacji lekarzy pracujących w określonych oddziałach, a także, co wydaje się bardziej prawdopodobne, ze specyfiki zabiegów wykonywanych w tych jednostkach. 10,5% ankietowanych stanowili chorzy z Kliniki Chirurgii Naczyń, gdzie są dostępne alternatywne znieczulenia. Często nie jest to możliwe w przypadku chirurgii jamy brzusznej. Jednak zdecydowana większość respondentów (90,5%) była zadowolona z przebiegu znieczulenia i jeszcze raz zgodziłaby się na taką samą procedurę anesteziologiczną (92%). Dane z piśmiennictwa wskazują na zróżnicowaną satysfakcję pacjentów z wykonanej anestezji, ale w przeważającej części negatywna ocena procedury związana była z powikłaniami okołoperacyjnymi [16,17]. Jakkolwiek w badaniu własnym taka korelacja, a mianowicie powikłania i niezadowolenie z hospitalizacji nie były badane.

Podsumowując, przeprowadzona ankieta dowiodła, że świadomość pacjentów w Polsce południowo-wschodniej na temat kwalifikacji zawodowych anesteziologów nie odbiega od wyników przedstawianych w innych krajach. Może zaskakiwać bardzo niska znajomość nazwiska anesteziologów wśród respondentów będących do 48 godzin po zabiegu operacyjnym. Jednak zdecydowana większość pacjentów jest zadowolona z przebiegu procedury anesteziologicznej, a wizyta preanestetyczna przynosi wymierne korzyści w łagodzeniu lęku przedoperacyjnego.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak / None

Źródła finansowania / Funding sources

Środki Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Adres do korespondencji:

✉ Michał Borys

ul. Staszica 16, 20-081 Lublin

☎ (+48 81) 532 27 13

✉ michalborys1@gmail.com

Piśmiennictwo

1. Silk JFW. Anaesthetics: a necessary part of the curriculum, a plea for more systematic teaching. *Lancet*. 1892;1:1178-80.
2. Goldan SO. Anesthetization as a specialty: Its present and future. *Am Med*. July 1901. Read before the Medical Association of the Greater City of New York, March 11, 1901.
3. Zvara DA, Mathes DD, Brooker RF, McKinley AC. Video as a patient teaching tool: does it add to the preoperative anesthetic visit? *Anesth Analg*. 1996;82:1065-8.
4. Swinhoe CF, Groves ER. Patients' knowledge of anaesthetic practice and role of anaesthetists. *Anaesthesia*. 1994;49:165-6.
5. Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ. Patient knowledge of anaesthesia and peri-operative care. *Anaesthesia* 1994;49:715-8.
6. Burrow BJ. The patient's view of anaesthesia in an Australian teaching hospital. *Anaesth Intensive Care*. 1982;10:20-4.
7. Keep PJ, Jenkins JR. As others see us: The patients' view of the anaesthetists. *Anaesthesia*. 1978;33:43-5.
8. Baja J, Welker AS, Beck G, Schleppers A, Fischer M, Weiß C. Professional image of anesthetists in the general public. Influence of provision of information and previous experience with the discipline. *Anaesthesist*. 2014;63:114-21.
9. Jałowiecki P, Rudner R, Dziubdziela W, Tomala A. Ocena jakości postępowania anestezjologicznego na podstawie opinii chorych o znieczuleniu. I. Okres przedoperacyjny. *Anest Intens Terap* 2001;33:141-7.
10. Sawicka J, Czok R, Wawrzyniak K, Kusza K. Postrzeganie pracy lekarza anestezjologa przez pacjentów zakwalifikowanych do planowych zabiegów operacyjnych. *Anest Ratow* 2011;5:283-9.
11. Nagrampa D, Bazargan-Hejazi S, Neelakanta G, Mojtahedzadeh M, Law A, Miller M. A survey of anesthesiologists' role, trust in anesthesiologists, and knowledge and fears about anesthesia among predominantly Hispanic patients from an inner-city county preoperative anesthesia clinic. *J Clin Anesth*. 2015; 27:97-104.
12. Deusch E, Weber T, Libal G, Christian L, Ofner C. Patient knowledge concerning anesthesia general practice and the responsibilities of the anesthetist. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 1996; 31:409-13.
13. Egbert LD, Battit GE, Turndorf H, Beecher HK. The value of the preoperative visit by an anesthetist. A study of doctor-patient rapport. *JAMA*. 1963;185:553-5.
14. Leight JM, Walker J, Janaganathan P. Effect of preoperative anaesthetic visit an anxiety. *BMJ*. 1977;2:987-9.
15. Twersky RS, Lebovits AH, Lewis M, Frank D. Early anesthesia evaluation of the ambulatory surgical patient: does it really help? *J Clin Anesth*. 1992;4:204-7.
16. Moerman N, van Dam FSA, Oosting J. Recollections of general anaesthesia: a survey of anaesthesiological practice *Acta Anaesthesiol Scand*. 1992;36:767-71.
17. Tong D, Chung F, Wong D. Predictive factors in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgical patients. *Anesthesiology*. 1997;87:856-64.