

Jak się nie ubierać w szpitalu. Badanie preferencji pacjentów

Guy Gherardi,¹ James Cameron,¹
Andrew West,¹ Meg Crossley²

¹ University of Leeds,
Wielka Brytania

² Airedale General Hospital,
Keighley, Wielka Brytania

Are we dressed to impress?
A descriptive survey assessing
patients' preference of doctors'
attire in the hospital setting
Clinical Medicine 2009;6: 519-24

Tłum. Alicja Jabłońska-Som

Dział koordynowany przez
prof. dr. hab. med.
Tomasza Pasierskiego



Patient-Oriented
Medicine

W SKRÓCIE

Celem badania była ocena stosunku pacjentów do różnych typów strojów stosowanych przez lekarzy pracujących w szpitalu. W przekrojowym badaniu ankietowym wzięło udział 586 dorosłych pacjentów. Ich zadaniem była ocena i uporządkowanie w określonej kolejności fotografii przedstawiających lekarzy w następujących typach ubrań: w fartuchu chirurgicznym, w stroju swobodnym profesjonalnym, formalnym profesjonalnym, codziennym eleganckim, swobodnym codziennym i wreszcie w białym fartuchu. Ankietowanych poproszono też o wskazanie jednego najważniejszego elementu w wyglądzie lekarza spośród sześciu możliwych. Najwięcej zaufania wzbudzał biały fartuch, następnie ubiór swobodny profesjonalny, na końcu listy znalazł się strój swobodny codzienny. Nie było dwóch strojów, które oceniano by lub kwalifikowano w ten sam sposób. Ocena poszczególnych typów ubrań w niektórych grupach pacjentów była różna. Za najważniejszą cechę wyglądu uznano czystość stroju. Biorąc pod uwagę opinie pacjentów na temat białego fartucha, należałoby rozważyć jego przywrócenie do stosowania w ośrodkach służby zdrowia w Wielkiej Brytanii. Warto też pouczyć lekarzy pracujących w strojach chirurgicznych, że pacjenci wykazują więcej zaufania, jeśli ubranie to jest czyste.

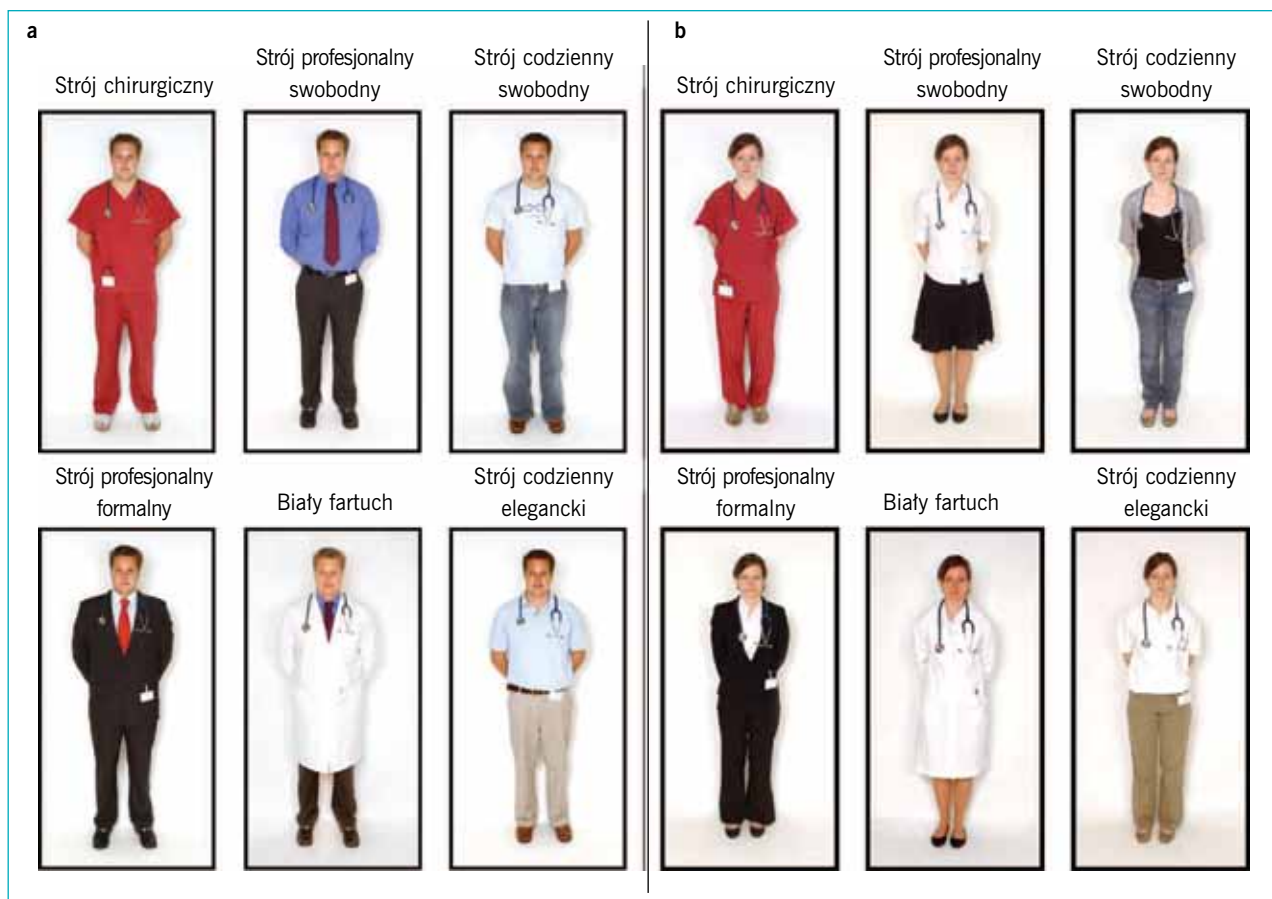
Wprowadzenie

Od dawna wiadomo, że strój lekarza jest ważnym elementem odpowiadającym za pierwsze wrażenie pacjenta, niezależnie od sytuacji.^{1,2} Jest znakiem rozpoznawczym lekarza, oznaką zaufania, uważa się wręcz, że jest niezbędny do wytworzenia skutecznego porozumienia między lekarzem a pacjentem.^{3,4} Z tych powodów w XX w. biały fartuch stał się nieodłącznym elementem lekarskiego wizerunku. Rozpoznawalny biały fartuch świadczy o czystości i stanowi dla pacjenta obietnicę wysokiego poziomu opieki i profesjonalizmu. W Wielkiej Brytanii zrezygnowano z jego stosowania z powodu obaw związanych z ryzykiem zakażeń.⁵ W niedawnym badaniu wykazano, że pacjenci wolą, by lekarze byli ubrani w białe fartuchy,⁶ podobne wyniki uzyskano w innych analizach.^{1,7-11} W większości badań stwierdzono, że biały fartuch pod wieloma względami poprawia interakcję lekarz–pacjent oraz że dzięki takiemu strojowi lekarz postrzegany jest jako bardziej kompetentny, wykształcony, czysty, a ponadto łatwo go rozpoznać.^{7,8} Ale czy pacjenci rzeczywiście zwracają na to uwagę i czy zauważają, w co lekarz jest ubrany?

Zrezygnowanie z białych fartuchów wywołało gorącą dyskusję na temat właściwego stroju lekarza mającego kontakt z pacjentami. Wielu lekarzy chciałoby, aby zostały ustalone akceptowalne zalecenia regulujące tę kwestię. Celem badania była ocena, czy zdaniem pacjentów strój lekarza jest ważnym elementem relacji zawodowych, a jeśli tak, to który wzbudza największe zaufanie.

Metody

W czerwcu 2008 r. przeprowadzono przekrojowe badanie ankietowe z udziałem 586 dorosłych pacjentów Airedale General Hospital. Poproszono ich o samodzielne wypełnienie anonimowej ankiety mającej ustalić stopień ich zaufania do lekarzy sfotografowanych w różnych strojach (ryc. 1). W badaniu uczestniczyli pacjenci przychodni przyszpitalnych, pacjenci oddziałów szpitalnych oraz oddziałów ratunkowych, którzy zgłaszali się z różnorodnymi problemami natury internistycznej, chirurgicznej i w stanach nagłych. Do badania kwalifikowano pacjentów w wieku ≥ 18 lat, chyba że lekarz lub pielęgniarka uznawali udział w badaniu poszczególnych osób za niepożądany.



□ Rycina 1. Fotografie z opisem poszczególnych strojów.

Przed wręczeniem pacjentowi kwestionariusza uzyskiwano jego ustną zgodę na udział w badaniu. Pacjent w ankiecie mógł zaznaczyć, by jego odpowiedzi nie uwzględniać w analizie.

Kwestionariusz składał się z czterech części (dostępny jest u autorów na życzenie). W pierwszej wpisywano dane demograficzne, m.in. płeć, wiek i miejsce w szpitalu, w którym pacjent przebywał (przychodnia, oddział szpitalny, oddział ratunkowy). Część drugą wypełniano po obejrzeniu zestawu sześciu fotografii mężczyzny w różnych strojach lekarskich (ryc. 1a). Uczestników badania proszono, by ocenili każdą z fotografii pod kątem tego, jak bardzo ufają umiejętnościom przedstawionych na nich lekarzy. Do tego celu użyto pięciostopniowej skali Likerta, w której opcje odpowiedzi zawierały się w zakresie od „wcale” do „bardzo”. Następnie pacjentów proszono o uporządkowanie tych fotografii, zaczynając od lekarza wzbudzającego największe zaufanie. Celem było sprecyzowanie preferencji pacjenta, na wypadek gdyby podobnie ocenił dwa lub więcej ubiorów w skali Likerta. Trzecia część była analogiczna do drugiej, z tym że fotografie przedstawiały kobietę ubraną w stroje tego samego typu (ryc. 1b). W części czwartej pacjenci mieli wskazać jeden spośród sześciu możliwych do wyboru najważniejszy element wyglądu lekarza. Uczestnicy mogli też samodzielnie wskazać siódmą cechę, jeśli uznali, że brakowało jej wśród wymienionych.

Fotografie prezentowano w przypadkowej kolejności i opatrzone je tylko numerami, aby opis strojów nie wpłynął na wskazania.

Wszystkie zdjęcia przedstawiały tego samego mężczyznę i tę samą kobietę, zmieniały się wyłącznie stroje. Na każdej fotografii lekarz miał przewieszony przez szyję stetoskop i zawieszony w widocznym miejscu identyfikator. Jego wyraz twarzy pozostawał neutralny, postawa, fryzura i tło się nie zmieniały. Uznano, że użycie fotografii (w przeciwieństwie do żywych modeli) będzie najlepszą metodą, ponieważ pozwoli wyeliminować wpływ innych zmiennych na ocenę stroju (np. zachowania, postawy i tonu głosu).

Uzyskane odpowiedzi porównano w grupach o różnej charakterystyce demograficznej (w zależności od płci, wieku i miejsca pobytu pacjenta w szpitalu). Do analizy statystycznej danych parametrycznych (tj. pochodzących z uszeregowania fotografii) zastosowano testy t-Studenta i analizę wariancji (ANOVA – *analysis of variance*). Natomiast do analizy danych nieparametrycznych (uzyskanych z oceny w skali Likerta) użyto testów U Manna-Whitneya i analizy wariancji metodą Kruskalla-Wallisa. Zastosowano poprawkę Bonferroniego, by wyeliminować błąd pierwszego rodzaju spowodowany wielokrotnymi porównaniami, tak że $\alpha=0,0036$.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 586 pacjentów (tab. 1). Respondenci zwrócili 511 (87,2%) w całości wypełnionych kwestionariuszy. 75 osób w ogóle nie wypełniło ankiety lub zrobiło to tylko częściowo. Spośród 511 kwestionariuszy 225 (44,0%) uzyskano od męż-

Tabela 1. Liczba i odsetek ankietowanych pacjentów w każdej z kategorii demograficznych (płeć, grupa wiekowa, miejsce pobytu w szpitalu).

	<45 r.ż.			45-65 r.ż.			>65 r.ż.			Ogółem
	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	
Pacjenci przychodni (%)	44 (8,6)	68 (13,3)	112 (21,9)	44 (8,6)	57 (11,2)	101 (19,8)	24 (4,7)	23 (4,5)	47 (9,2)	260 (50,9)
Pacjenci oddziałów szpitalnych (%)	15 (2,9)	19 (3,7)	34 (6,7)	26 (5,1)	27 (5,3)	53 (10,4)	48 (9,4)	62 (12,1)	110 (21,5)	197 (38,6)
Pacjenci oddziałów ratunkowych (%)	17 (3,3)	20 (3,9)	37 (7,2)	5 (1,0)	6 (1,2)	11 (2,2)	2 (0,4)	4 (0,8)	6 (1,2)	64 (10,6)
Razem (%)	76 (14,9)	107 (20,9)	183 (35,8)	75 (14,7)	90 (17,6)	165 (32,3)	74 (14,5)	89 (17,4)	163 (31,9)	
Ogółem (%)	183 (35,8)			165 (32,3)			163 (31,9)			511

czyzn i 286 (56,0%) od kobiet. Liczba pacjentów <45 r.ż. wynosiła 183 (35,8%), 165 pacjentów (32,3%) było w wieku między 45. a 60. r.ż., 163 (31,9%) miało >65 lat. 197 osób (38,6%) było pacjentami oddziałów szpitalnych, 260 (50,9%) – pacjentami przychodni, a 54 (10,5%) wypełniło kwestionariusz na oddziale ratunkowym.

Do celów analizy oceny stopnia zaufania do lekarza w danym stroju odpowiedziom ze skali Likerta przypisano wartość numeryczną: 1 oznaczała „zupełnie niewzbudzający zaufania”, natomiast 5 – „wzbudzający bardzo duże zaufanie”. W analizie uszeregowania fotografii za określenie „wzbudzający najwięcej zaufania” przydzielano 1 punkt, a za „wzbudzający najmniej zaufania” – 6 pkt.

Jak przedstawia rycina 2a, biały fartuch został uznany za strój wzbudzający największe zaufanie (średni wynik w skali Likerta 4,17; 95% CI 4,12-4,23). Pacjenci w dużej mierze zgodnie umieszczali biały fartuch na początku uszeregowania poszczególnych ubiorów. Wszystkie typu ubrań oceniono pod względem stopnia wzbudzanego zaufania na poziomie powyżej neutralnego (wynik w skali Likerta >3), wyjątkiem był strój swobodny codzienny, w przypadku którego średni wynik w skali Likerta wyniósł 2,09 (95% CI 2,02-2,15).

Nie stwierdzono istotnej różnicy między wynikami uzyskiwanymi w skali Likerta przez kobietę i mężczyznę ubranych w te same stroje lekarskie, z wyjątkiem stroju swobodnego profesjonalnego ($p=0,0001$). Pacjenci bardziej pozytywnie oceniali ubranego w ten sposób mężczyznę niż kobietę (ryc. 2a).

W tabeli 2 przedstawiono porównanie każdego stroju z kolejnym, będącym o stopień niżej. Analiza statystyczna wykazała istotną różnorodność oceny każdego ze strojów. Zaobserwowano,

że oceny przypisywane poszczególnym strojom korelowały z ich kolejnością w uszeregowaniu.

Wiek pacjenta

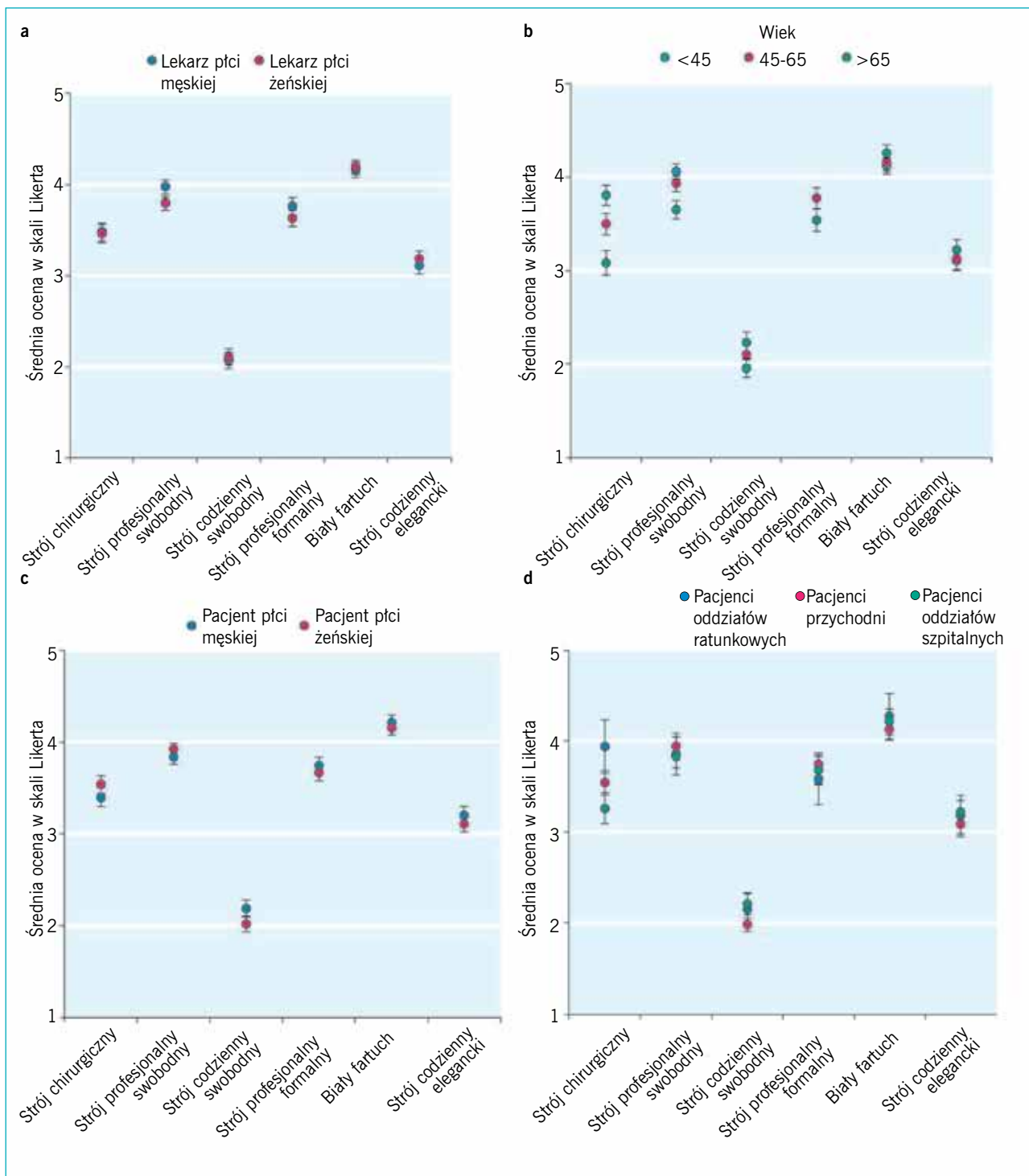
Analiza wykazała, że ocena stroju chirurga w skali Likerta różniła się istotnie w zależności od wieku respondentów ($p<0,0001$), co pokazano na rycinie 2b. Średnia ocena w skali Likerta, jaką pacjenci w wieku <45. r.ż. przyznawali temu ubiorowi, wynosiła 3,80 (95% CI 3,69-3,91), natomiast wśród pacjentów między 45. a 65. r.ż. było to 3,49 (95% CI 3,38-3,61), a u osób >65. r.ż. 3,08 (95% CI 2,95-3,21). Inne istotne różnice między grupą w wieku <45. i >65. r.ż. dotyczyły oceny stroju profesjonalnego swobodnego i swobodnego codziennego (odpowiednio $p<0,0001$ i $p=0,002$). Podobne wyniki przyniosła analiza danych parametrycznych.

Płeć pacjenta

Jedyna istotna statystycznie różnica między mężczyznami i kobietami dotyczyła oceny w skali Likerta stroju swobodnego codziennego ($p=0,001$). Mężczyźni w porównaniu z kobietami bardziej ufali tak ubranym lekarzom (średnia ocena odpowiednio 2,18 [95% CI 2,09-2,27] i 2,01 [95% CI 1,93-2,10]), co zilustrowano na rycinie 2c. Pacjenci obu płci szeregowali stroje w podobny sposób.

Miejsce pobytu pacjenta

Jak wynika z ryciny 2d, lekarze w fartuchu chirurgicznym największe zaufanie wzbudzali u pacjentów oddziału ratunkowego (średni wynik w skali Likerta 3,94 [95% CI 3,78-4,09]), natomiast znacznie mniejsze u pacjentów oddziałów szpitalnych i przychodni (odpowiednio $p<0,0001$ i $p=0,0032$). Istotne różnice wykazało także dla stroju swobodnego codziennego ($p=0,002$). Lepiej



□ Rycina 2a-d. Średnia ocena w skali Likerta (95% CI) dla każdego stroju.

oceniali go pacjenci szpitali (średni wynik w skali Likerta 2,21 [95% CI 2,10-2,32]) niż pacjenci przychodni (średni wynik w skali Likerta 1,97 [95% CI 1,90-2,06]). Podobne wyniki przyniosła analiza danych parametrycznych, z tym że strój elegancki codzienny uzyskał istotnie różne oceny u pacjentów oddziałów szpitalnych w porównaniu z pacjentami przychodni ($p=0,0003$) i oddziałów ratunkowych ($p=0,004$).

Najważniejszy element wyglądu lekarza

Z analizy części czwartej kwestionariusza wynika, że większość (46%) pacjentów za najważniejszą cechę wyglądu lekarza uznała „świeżo wyprane ubranie”. Kolejną najczęściej udzielaną odpowiedzią (18%) było „noszenie białego fartucha przez cały czas”. Wśród innych cech wymienianych przez pacjentów, o których warto wspomnieć, znalazły się: dobrze widoczny identyfikator, uśmiech i elegancki wygląd.

Tabela 2. Porównanie średniej z szeregowania strojów i oceny w skali Likerta.

Miejsce w rankingu preferencji	Strój	Średnia ocena w rankingu (95% CI)	Wartość w teście t-Studenta
1	Biały fartuch	2,36 (2,27-2,44)	<0,0001
2	Strój profesjonalny swobodny	2,66 (2,59-2,74)	<0,0001
3	Strój profesjonalny formalny	2,98 (2,89-3,07)	<0,0001
4	Strój chirurgiczny	3,54 (3,44-3,64)	<0,0001
5	Strój codzienny elegancki	4,02 (3,94-4,10)	<0,0001
6	Strój codzienny swobodny	5,43 (5,37-5,50)	
Miejsce w rankingu preferencji	Strój	Średnia ocena w skali Likerta (95% CI)	Wartość w teście t-Studenta
1	Biały fartuch	4,17 (4,12-4,23)	<0,0001
2	Strój profesjonalny swobodny	3,88 (3,83-3,93)	0,0017
3	Strój profesjonalny formalny	3,69 (3,63-3,76)	0,0002
4	Strój chirurgiczny	3,47 (3,40-3,54)	<0,0001
5	Strój codzienny elegancki	3,15 (3,08-3,21)	<0,0001
6	Strój codzienny swobodny	2,09 (2,02-2,15)	

Omówienie

Stwierdzono, że pacjenci wszystkich grup demograficznych bardziej ufają lekarzom ubranym w biały fartuch. Wynik ten jest zgodny z rezultatami uzyskanymi w innych podobnych badaniach.^{1,6-11} Z pracy Lill i Wilkinsona wynika jednak, że pacjenci wolą, by lekarze ubierali się w stylu półformalnym.⁵ Wielu pacjentów zgłosiło, że poza identyfikatorem potrzebny jest inny sposób, by móc łatwo rozpoznać lekarza. Można sądzić, że biały fartuch spełnia tę ważną funkcję. Na początku 2008 r. rząd brytyjski w ramach walki z zakażeniami szpitalnymi zdecydował o zaprzestaniu stosowania przez lekarzy tego stroju, zalecając im, by „unikali noszenia białych fartuchów, gdy kontaktują się z pacjentem”.¹² Mimo to pacjenci najbardziej ufali lekarzom ubranym w biały fartuch, prawdopodobnie nie wiedząc, że może on zwiększać ryzyko zakażeń. Należy pamiętać, że w związku z obecnymi obawami związanymi z tym ryzykiem nie należy umniejszać roli zaufania w relacjach pacjent–lekarz.

Drugim najczęściej wybieranym typem stroju był swobodny profesjonalny. Najprawdopodobniej wynika to z tego, że wielu lekarzy ubiera się w ten sposób do pracy, a ponadto taki strój sprawia wrażenie eleganckiego i profesjonalnego. Wielu pacjentów uznało strój formalny profesjonalny za zbyt onieśmielający i chociaż przydawał autorytetu, dużej liczbie osób wydał się zbyt pretensjonalny. Najmniej zaufania wzbudzał lekarz w stroju codziennym swobodnym – sprawiał wrażenie zaniedbanego, co wielu pacjentów łączyło z brakiem kompetencji. Był to jedyny strój, który w skali Likerta uzyskał ocenę poniżej neutralnej, co wskazuje, że ten sposób ubierania się robi na pacjentach złe wrażenie.

Interesujące, że sposób oceny i uszeregowania zdjęcia lekarza w białym fartuchu w trzech grupach wiekowych był zbieżny. Może na to wpływać duża rozpoznawalność tego tradycyjnego symbolu zawodu lekarza w całej populacji. Znacznie bardziej różnie były

oceny wyglądu lekarzy w fartuchach chirurgicznych. Młodszy pacjenci uznawali ten strój za znacznie atrakcyjniejszy niż starsi. Można się domyślać, jakie są tego przyczyny: być może osobom z młodszych grup wiekowych strój ten jest o wiele lepiej znany i kojarzy się z czystością, ponieważ często pojawia się w mediach i jest wykorzystywany w popkulturze. Prawdopodobnie też starsi ludzie są bardziej konserwatywni, a strój ten (stosunkowo nowy w szpitalach) nie jest uważany za tak profesjonalny i wzbudzający zaufanie jak białe ubranie. W debacie nad strojem lekarskim, który powinien obowiązywać w całym kraju, należy uwzględnić opinie różnych grup wiekowych. Trzeba wziąć pod uwagę charakterystykę demograficzną populacji i jej starzenie się, a także opinie młodszych osób, które w przyszłości intensywnie będą korzystać z usług medycznych.

Płeć w niewielkim stopniu wpływała na ocenę stroju lekarzy. Nie ma to zatem przełożenia na ewentualne przyszłe zmiany ubiorów lekarzy pracujących na oddziałach stricte kobiecych lub męskich. Co ciekawe, najmniej niechętni strojowi codziennemu swobodnemu byli pacjenci oddziałów szpitalnych. Nie dziwi natomiast obserwacja, że pacjenci oddziałów ratunkowych lepiej niż pozostali chorzy oceniali ubiór chirurgiczny. Prawdopodobnie sądzą oni, że na oddziałach tych często pojawiają się pacjenci z urazami i otwartymi ranami, co wymaga większej czystości. Nie bez znaczenia jest też to, że strój ten często pojawia się w popularnych programach telewizyjnych.

Mimo że zdaniem pacjentów najważniejszą cechą stroju lekarza jest czystość, nie ma możliwości sprawdzenia, czy wszyscy lekarze o nią dbają. Obecnie byłoby możliwe, by codziennie dostarczać lekarzom czyste stroje chirurgiczne. Niewątpliwie pomogłoby to w walce z zakażeniami, jednak ten typ ubioru lekarskiego nie jest preferowany przez pacjentów i, jak już wspomniano, rodzi problemy związane z zaufaniem i rozpoznawalnością. Wyniki badania wskazują na konieczność prania białych fartuchów w szpitalnej pralni.



Badanie to ma jednak pewne ograniczenia. Przeprowadzono je tylko w jednym szpitalu i w krótkim okresie, przez co może nie uwzględniać niektórych zmiennych demograficznych i długookresowych trendów. Nie oceniano wpływu ubioru na wizerunek lekarzy różnych specjalności (choć niektórzy pacjenci utożsamiali lekarza w stroju formalnym profesjonalnym z konsultantem, w stroju chirurgicznym z chirurgiem, a w swobodnym codziennym z lekarzem ogólnym). W przyszłości warto byłoby przeprowadzić badanie oceniające typy strojów lekarzy poszczególnych specjalności i zasięgnąć opinii lekarzy oraz innych pracowników służby zdrowia.

Wnioski

Strój lekarza od dawna odgrywa kluczową rolę w kontaktach z pacjentami. Wpływa on na pierwsze wrażenie i decyduje o stopniu zaufania, jakim pacjent obdarza lekarza. W badaniu wykazano, że niezależnie od miejsca pobytu w szpitalu pacjenci wyraźnie wolą

białe fartuchy. Należałoby rozważyć przywrócenie tego stroju, pod warunkiem że będzie on codziennie prany i zostaną w nim skrócone rękawy, aby zmniejszyć ryzyko zakażenia, które – jak się uważa – wiąże się z tym typem ubioru. Zaufanie pacjentów do lekarzy w fartuchach chirurgicznych mogłoby zwiększyć kampania edukacyjna informująca o przyczynach wprowadzenia tych strojów na niektórych oddziałach szpitalnych. Działania te mogłyby poprawić relacje lekarz–pacjent, co korzystnie wpłynęłoby na zdrowie osób pozostających pod opieką lekarską.

Podziękowania

Autorzy pragną podziękować dr. Grahamowi Law, statystykowi epidemiologicznemu z Uniwersytetu w Leeds, za pomoc i rady.

Adres do korespondencji: G. Gherardi, School of Medicine, Worsley Building, University of Leeds, Leeds LS2 9JT. E-mail: ugm5ggg@leeds.ac.uk

© Copyright 2010 Royal College of Physicians i Medical Tribune Polska Sp. z o.o.

Piśmiennictwo:

1. McKinstry B, Wang J. Putting on the style: what patients think of the way their doctor dresses. *Br J Gen Pract* 1991;41:275-8.
2. Hochberg MS. The doctor's white coat – an historical perspective. *Am Med Assoc* 2007;9:310-4.
3. Short D. First impressions. *Br J Hosp Med* 1993;50:270-1.
4. McKenna G, Lillywhite GRR, Maini N. Patient preferences for dental clinical attire: a cross-sectional survey in a dental hospital. *Br Dent J* 2007;203:681-5.
5. Lill MM, Wilkinson TJ. Judging a book by its cover: descriptive survey of patients' preferences for doctors' appearance and mode of address. *BMJ* 2005;331:24-31.
6. Douse J, Derrett-Smith E, Dheda K, Dilworth JP. Should doctors wear white coats? *Postgrad Med J* 2004;80:284-6.
7. Gooden BR, Smith MJ, Tattersall SJ, Stockler MR. Hospitalised patients' views on doctors and white coats. *Med J Aust* 2001;175:219-22.
8. Harnett PR. Should doctors wear white coats? *Med J Aust* 2001;174:343-4.
9. Rehman SU, Nietert PJ, Cope DW, Kilpatrick AO. What to wear today? Effect of doctor's attire on the trust and confidence of patients. *Am J Med* 2005;118:1279-86.
10. Manahem S, Shvartzman P. Is our appearance important to our patients? *Fam Pract* 1998;15:391-7.
11. Ikusaka M, Kamegai M, Sunaga T et al. Patients' attitudes towards consultations by a physician without a white coat in Japan. *Intern Med* 1999;38:533-6.
12. Department of Health. Uniforms and workwear: an evidence base for developing local policy. London: DH, 2007. www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_078433.