



AGNIESZKA SULKOWSKA

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Gdańsk

0000-0002-5652-6891

STANISŁAW MILEWSKI

Katedra Logopedii, Wydział Filologiczny, Uniwersytet Gdański

0000-0002-9260-3014

KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY

Katedra Logopedii, Wydział Filologiczny, Uniwersytet Gdański

0000-0003-4510-9002

Komunikacja lekarz – pacjent w opinii pacjentów*

Doctor–Patient Communication – According to Patients

ABSTRACT: This article is concerned with the important issue of communication between doctors and patients. A patient's agreement to proposed therapy, his or her cooperation, and engagement in the therapeutic process to a large extent depend on the communicative skills of a doctor or therapist. This article stems from the survey carried out among the patients of the Clinical Hospital of the University Medical Centre in Gdansk, and, thereby, it attempts to evaluate the aforementioned skills.

KEY WORDS: communication, patient, doctor, communicative, skills, medscapek

Więź komunikacyjna pacjenta i lekarza

Przekonanie o wielkiej wartości zdrowia w życiu człowieka trwa od wieków. Z biegiem czasu i zgodnie z rozwojem nauk medycznych zmienia się jednak rozumienie zjawisk zdrowia i choroby. Aktualna definicja zdrowia ujęta w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia jest następująca: „Zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”¹. Na poczucie bycia zdrowym bez wątplenia wpływa również dobrostan emocjonalny i duchowy². Taki sposób postrzegania zarówno zdrowia, jak i samego człowieka, oznacza powrót do realizacji modelu medycy-

* Fragmenty artykułu zostały wykorzystane w: S. MILEWSKI, K. KACZOROWSKA-BRAY, A. SULKOWSKA: *Doctor-Patient Communication – A Patients' Perspective*. „Вестник образования и науки. Педагогика. Психология. Медицина” 2012, выпуск 1 (3), s. 76–82

¹ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia. Dz.U. 1948 nr 61 poz. 477 [preambuła].

² B. BORYS: *Psychologiczne potencjały zdrowia*. „Gazeta AMG” 2008, R. 18, nr 122, s. 19–21.

ny holistycznej, zgodnie z którym leczenie powinno dotyczyć całego organizmu i wszystkich wymiarów funkcjonowania człowieka, a nie polegać wyłącznie na przywracaniu norm fizjologicznych, leczeniu określonej choroby. Należy miejsce powinna zajmować sfera psychiki oraz działania dotyczące bezpośrednio tej sfery. Wśród nich szczególną wagę mają międzyludzkie więzi komunikacyjne, ich odpowiednie rozwijanie i kształcenie³.

To właśnie od umiejętności komunikacyjnych lekarza lub terapeuty zależy w znacznym stopniu zgoda pacjenta na proponowaną terapię, jego współdziałanie i zaangażowanie w proces przywracania zdrowia. W literaturze przedmiotu można znaleźć opisy wielu badań i obserwacji dotyczących relacji pomiędzy pacjentem a lekarzem⁴. Autorzy publikacji poświęconych tej problematyce jednoznacznie stwierdzają, że umiejętność poprawnego komunikowania się lekarza z chorym jest elementem sztuki lekarskiej, wyznaczającym kanony lekarskiego profesjonalizmu⁵. Kompetencje komunikacyjne są jednymi z najczęściej wskazywanych przez pacjentów jako pożądane u lekarzy, zaraz po wiedzy fachowej⁶. Z badań Antoniny

³ R. SZULC: *Komunikacja lekarz–pacjent. Spojrzenie nauczyciela – klinicysty i pacjenta*. „Anestezjologia i Ratownictwo” 2010, [nr] 4, s. 99–110.

⁴ Np.: J.E. EMANUEL, L.L. EMANUEL: *Four Models of the Physician – Patient Relationship*. „Journal of the American Medical Association” 1992, vol. 267, no. 16, s. 2221–2226; S.A. FLOCKE, W.L. MILLER, B.F. CRABTREE: *Relationships between Physician Practice Style, Patient Satisfaction, and Attributes of Primary Care*. „The Journal of Family Practice” 2002, vol. 51, nr 10, s. 835–840; E. PARK, M. SONG: *Communication Barriers Perceived by Older Patients and Nurses*. „International Journal of Nursing Studies” 2005, vol. 42, issue 2, s. 159–166; S. DIBBELT et al.: *Patient–Doctor Interaction in Rehabilitation: the Relationship between Perceived Interaction Quality and Long-Term Treatment Results*. „Patient Education and Counseling” 2009, vol. 76, issue 3, s. 328–335; A. OSTROWSKA: *Modele relacji lekarz – pacjent*. W: *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy*. Red. A. OSTROWSKA. Warszawa, Wydaw. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN 2009, s. 236–250; M. THYGESON, L. MORRISEY, V. ULSTAD: *Adaptive Leadership and the Practice of Medicine: A Complexity-Based Approach to Reframing the Doctor–Patient Relationship*. „Journal of Evaluation of Clinical Practice” 2010, vol. 16, issue 5, s. 1009–1015; M.J. RIDD et al.: *Patient–Doctor Depth-of-Relationship Scale: Development and Validation*. „Annals of Family Medicine” 2011, vol. 9, no. 6, s. 538–545; O. OMMEN et al.: *The Relationship between Social Support, Shared Decision-Making and Patient’s Trust in Doctors: A Cross-Sectional Survey of 2,197 Inpatients Using the Cologne Patient Questionnaire*. „International Journal of Public Health” 2011, vol. 56, no. 3, s. 319–327; D. SIEJKA: *Relacja lekarz – pacjent – istotny element specjalizacji nie tylko lekarza rodzinnego*. W: *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną. Wybrane zagadnienia*. Red. A. STECIWKO, J. BARAŃSKI. Wrocław, Elsevier Urban & Partner 2012, s. 69–80.

⁵ Interesujące uwagi na ten temat można znaleźć w wywiadzie przeprowadzonym przez Olę Woźniak z profesorem Andrzejem Szczeklikiem *Medycyna to sztuka rozmowy*, w którym stwierdził on: „[...] nie ma medycyny bez rozmowy. Tylko wtedy buduje się zaufanie” (O. WOŹNIAK: *Medycyna to sztuka rozmowy. Wywiad z prof. A. Szczeklikiem*. „Gazeta Wyborcza” 2011. http://wyborcza.pl/1,75402,11083642,Prof__Andrzej_Szczeklikiem__Medycyna_to_sztuka_rozmowy.html [data dostępu: 13.06.2017]).

⁶ E. WASZYŃSKI, A. STECIWKO, J. BARAŃSKI: *Od redaktorów*. W: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*. Red. J. BARAŃSKI, E. WASZYŃSKI, A. STECIWKO. Wrocław, Astrum 2000, s. 9.

Ostrowskiej⁷ wynika, że umiejętność nawiązywania kontaktu z pacjentami oraz przystępnego wyjaśniania przyczyn chorób i sposobu ich leczenia jest ważna dla 67,6% pacjentów⁸. W sytuacji coraz wyższego stopnia specjalizacji w medycynie oraz związanych z tym coraz większych możliwości technicznych w diagnozowaniu (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, endoskopia, scyntygrafia itp.), czasem w znakomicie wyposażonych szpitalach, zapomina się, że powstanie właściwej relacji między pacjentem a lekarzem, zależne w dużej mierze od skuteczności komunikowania się, wpływa istotnie na tempo zdrowienia pacjenta⁹. Prawdą jest, że komunikacja w sytuacji choroby, będąc bardzo cennym narzędziem terapeutycznym, jest jednocześnie wyjątkowo trudna. Do sprostania jej wymogom niezbędny jest wysoki poziom kompetencji emocjonalnych, interpersonalnych oraz poznawczych¹⁰. Trudności związane są z obciążającą psychicznie sytuacją, w której znalazł się pacjent, okolicznościami towarzyszącymi oraz pewną specyfiką relacji komunikacyjnej. Osoba chora doświadcza obniżenia funkcji życiowych, jednocześnie zaś następuje wzrost wrażliwości, zmiana systemu wartości i sposobu postrzegania świata¹¹. W warunkach szpitalnych musi ona zmierzyć się dodatkowo z utratą dotychczasowych ról życiowych, naruszeniem prywatności w wielu jej aspektach, zaburzeniem zasad dystansu fizycznego, terytorializmu. Pacjent – odbiorca w rozmowie z lekarzem jest pozbawiony pozycji społecznej, którą zajmuje poza szpitalem, poradnią lekarską. Społeczną rangę uczestników interakcji w tej sytuacji cechuje nierównorzędność, którą w warunkach szpitalnych podkreśla dodatkowo samo usytuowanie chorego. Podczas tzw. obchodu pacjent znajduje się w pozycji leżącej, a lekarz – stojącej, co powoduje, że dorosły pacjent może czuć się sprowadzony do pozycji dziecka, niesamodzielny wśród obcych. Pacjentowi należy się ze strony lekarza szczególna uwaga i skupienie, co pozwoliłoby mu na dostrzeżenie sygna-

⁷ A. OSTROWSKA: *Modele relacji lekarz...*

⁸ Umiejętność lekarzy udzielania w sposób przystępny informacji na temat stanu zdrowia czy możliwości leczenia jest dość wysoko oceniana przez pacjentów. Badania prowadzonych przez Kamilę Talaškę wykazały, że dla większości spośród 190 respondentów wyjaśnienia takie są zazwyczaj zrozumiałe (51,58% objętych badaniem) lub zawsze zrozumiałe (38,95%). Jedynie 6,32% badanych stwierdziła, że tylko czasami rozumie kierowane do nich komunikaty medyków, a 3,16% pacjentów odbiera wypowiedzi lekarzy jako często niezrozumiałe. Badania te stały się podstawą niepublikowanej pracy doktorskiej: K. TALAŠKA: „Psycholingwistyczne aspekty komunikacji lekarz – pacjent”. Promotor: E. ŁUCZYŃSKI. Gdańsk, Uniwersytet Gdański 2018.

⁹ T. ŚWIRYDOWICZ: *Psychologiczne aspekty komunikowania się z pacjentem w zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej*. W: *O utrudnieniach w porozumiewaniu się. Perspektywa języka i komunikacji*. Red. M. OBRĘBSKA. Poznań, Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza 2011, s. 175–206.

¹⁰ B. BORYS: *Psychologiczne potencjały...*

¹¹ H. OLSZEWSKI: *Psychologia wobec starzenia się i starości: o paradoksach związanych z pojęciem adaptacji do wieku*. W: *Rodzinne, edukacyjne i psychologiczne wyznaczniki rozwoju*. Red. M. BOGDANOWICZ, M. LIPOWSKA. Kraków, Impuls 2008, s. 49–59.

łów werbalnych i pozawerbalnych¹². W relacji komunikacyjnej pacjent – lekarz występują dodatkowe bariery utrudniające komunikację, wśród których jedną z ważniejszych i trudniejszych jest różnie rozumienie pojęć¹³. Dochodzi bowiem do spotkania się dwóch światów językowych oraz dwóch obrazów rzeczywistości, ukształtowanych na podstawie odmiennych doświadczeń¹⁴.

Szczególnie nieszczęśliwe i zagubione mogą czuć się w opisanych warunkach osoby w starszym wieku, przeniesione ze znanego i przyjaznego środowiska własnego domu do obcej przestrzeni¹⁵. Demograficzne starzenie się społeczeństw Europy jest jednym ze zjawisk budzących obecnie duże zainteresowanie i zaniepokojenie. Zmiany te można byłoby ująć lapidarnie określeniem „To idzie starość”¹⁶. Ustalenie granicy wiekowej wyznaczającej początek starości jest kwestią dyskusyjną. Większość krajów rozwiniętych stosuje tzw. kryterium Bismarcka, zgodnie z którym wiek emerytalny rozpoczyna się wraz z 65. rokiem życia. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), uwzględniając niższą średnią długość życia notowaną w wielu mniej rozwiniętych krajach, za osoby starsze uznaje te, które osiągnęły wiek 50 lat i więcej. Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) natomiast za granicę starości uznaje 60. rok życia¹⁷. Jak podaje Robert Palacios w swoim artykule, dotyczącym przyszłego globalnego starzenia się, pod koniec XX wieku jedna osoba na 10 była w wieku powyżej 60 lat, w roku 2050 w tej grupie wiekowej znajdzie się już 1 osoba na 5¹⁸. Wynika to między innymi z tego, że od 1960 roku średnia długość życia wzrasta o 4 lata co dekadę. Oczywiście, istnieją duże różnice regionalne¹⁹ – Europa uważana jest za kontynent „najstarszy”²⁰, zaś Afryka „najmłodszy”²¹.

¹² S. GRABIAS: *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2001; M. ROGIEWICZ, K. BUCZKOWSKI: *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i pacjenta z lekarzem*. W: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem...*, s. 39–62.

¹³ P.G. NORTHOUSE, L.L. NORTHOUSE: *Health Communication: Strategies for Health Professionals*. Norwalk, Appleton and Lange 1992.

¹⁴ R. SZULC: *Komunikacja lekarz–pacjent...*

¹⁵ K. BROCEK: *Komunikacja z pacjentami w starszym wieku – klucz do sukcesu w opiece geriatrycznej*. „Postępy Nauk Medycznych” 2015, t. 28, nr 7, s. 444–450.

¹⁶ Por. P. SZUKALSKI et al.: *To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski* [praca naukowo-badawcza przygotowana przez zespół ekspertów Fundacji Instytut Spraw Publicznych na zlecenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych]. Warszawa, Instytut Spraw Publicznych 2008.

¹⁷ D. BURNETTE, F. SUN: *Global Aging in the Twenty-First Century: Prospects, Challenges, and Directions for Action*. W: *The Oxford Handbook of Social Work in Health and Aging*. Eds. D.B. KAPLAN, B. BERKMAN. Oxford, Oxford University Press 2016, s. 575–586.

¹⁸ R. PALACIOS: *The Future of Global Ageing*. „International Journal of Epidemiology” 2002, vol. 31, issue 4, s. 786–791.

¹⁹ W roku 2009 średni wiek populacji europejskiej wynosił 40 lat i był o 12 wyższy niż średni wiek na świecie i 21 lat niż średni wiek odnotowany w populacji Afryki. Jedynie nieco „młodszym” kontynentem jest Ameryka Północna (K. KOMP, M. AARTSEN: *Introduction: Older People under Magnifying Glass*. W: *Old Age in Europe: A Textbook of Gerontology*. Red. K. KOMP, M. AARTSEN. New York – London, Springer 2013, s. 3). Także i w naszym kraju dostrzegalne są typowe tendencje demograficzne.

²⁰ S. STEUDEN: *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2012.

²¹ K. KOMP, M. AARTSEN: *Introduction...*, s. 1–14.

Pogarszający się stan zdrowia jest niejako wpisany w starzenie się. Wzrasta więc liczba pacjentów, w których przypadku komunikacja z personelem medycznym może być z wielu przyczyn szczególnie utrudniona. W literaturze przedmiotu podkreśla się kilka problemów tworzących bariery komunikacyjne. Do najważniejszych są zaliczane: kierowanie się stereotypowym postrzeganiem osoby w wieku senioralnym i niechęć wobec tej grupy wiekowej, skąpe, ograniczone wypowiedzi kierowane do seniorów i nadmierne użycie medycznej terminologii²². Wskazywanych problemów jest oczywiście wiele, przy czym trudności w kontaktach dostrzegają zarówno pacjenci, jak i personel medyczny. Wśród zgłaszanych problemów wyróżnić można te, które wynikają bądź z organizacji pracy, bądź z postaw personelu medycznego. Są to na przykład:

- wykonywanie swoich obowiązków bez zaangażowania;
- apodyktyczność;
- bycie niemiłym;
- niewystarczające tłumaczenie przebiegu leczenia;
- przekazywanie informacji bez wskazania nadziei;
- brak zainteresowania pacjentem;
- nadmiar obowiązków;
- przerywanie pacjentowi snu i odpoczynku procedurami medycznymi;
- ograniczenia czasowe;
- niedostępność lekarza i utrudniony kontakt bezpośredni.

Niektóre problemy dotyczą bezpośrednio samego sposobu prowadzenia rozmowy. Pacjenci uskarżają się między innymi na:

- nagłe zmiany tematu;
- przerywanie ich wypowiedzi;
- poruszanie kilku tematów jednocześnie;
- niestosowanie form grzecznościowych bądź język zbyt oficjalny;
- posługiwanie się zdaniami długimi, niejasnymi, o skomplikowanej składni;
- nieumiejętność jasnego przekazania informacji;
- mówienie bez kontaktu wzrokowego (np. ze zbyt dużego dystansu);
- zbyt szybkie tempo mowy;
- niereagowanie na okazywanie przez pacjenta trudności w zrozumieniu informacji;
- zbyt ogólny przekaz informacji;
- mówienie z maską medyczną na twarzy, co utrudnia zrozumienie wypowiedzi;
- niewłaściwa głośność wypowiedzi – mówienie zbyt głośno lub za cicho;
- powtarzanie tych samych pytań;
- nieuwzględnianie problemów sensorycznych pacjentów²³.

²² E. PARK, M. SONG: *Communication Barriers Perceived by Older...*

²³ Ibidem; J.M. TRAVALINE, R. RUCHINSKAS, G.E. D'ALONZO: *Patient-Physician Communication: Why and How*. „The Journal of the American Osteopathic Association” 2005, vol. 105, no. 1, s. 13–18.

Oceny jakości komunikacji dokonuje także personel medyczny. Na przykład na trudności w komunikowaniu się z pacjentem, szczególnie tym w wieku podeszłym, zwracają uwagę pielęgniarki. Z ich punktu widzenia komunikację utrudnia:

- złe samopoczucie pacjenta;
- problemy psychiczne, stany lękowe, wysoki poziom stresu psychicznego lub emocjonalnego, zmęczenie chorego;
- zaburzenia słuchu;
- problemy osobiste, których pacjent doświadcza i które wpływają na jego możliwości radzenia sobie z sytuacjami trudnymi;
- zaburzenia w komunikacji językowej;
- posługiwanie się gwarą, dialektem lub językiem obcym;
- wstyd przez przyznaniem się do niezrozumienia przekazu;
- niezdecydowanie pacjenta, wydłużające działania personelu;
- zapomnianie;
- niski poziom wykształcenia;
- brak zaufania do personelu medycznego;
- ukrywanie problemów sensorycznych;
- dysfonia²⁴.

Oczywiście właściwe porozumienie wymaga też przyjaznego otoczenia i niektórych przynajmniej trudności w komunikacji udałoby się uniknąć, usuwając bariery zewnętrzne – architektoniczne lub organizacyjne. Zaliczyć do nich można:

- nieliczny personel medyczny – obecność w placówce pacjenta ciężko chorego lub w stanie krytycznym absorbuje cały personel, co uniemożliwia poświęcenie czasu innym chorym;
- hałaśliwe otoczenie;
- nieznaną szpitalnego otoczenia (np. złe oznaczenia);
- samotność pacjenta, który zdany jest wyłącznie na personel medyczny;
- nieprawidłowo, skąpo oświetlony pokój;
- niekomfortową temperaturę, pogłębiającą złe samopoczucie²⁵.

Wilma Caris-Verhallen, Ada Kerkstra i Jozien M. Bensing zwracają uwagę, że często problem komunikacji wynika tak naprawdę z zupełnie odmiennych potrzeb osób wchodzących w taką relację. Pacjent, szczególnie w wieku podeszłym, który doświadcza ograniczonych kontaktów społecznych bądź czuje się nieswojo w nowym otoczeniu, chciałby, aby wymiana informacji miała formę pogawędki, tymczasem personel medyczny jest nastawiony na szybkie działanie i realizację celów swojej pracy²⁶. Do głównych przyczyn problemów w komuni-

²⁴ E. PARK, M. SONG: *Communication Barriers Perceived by Older...*; J. M. TRAVALINE, R. RUCHINSKAS, G.E. D'ALONZO: *Patient-Physician Communication...*

²⁵ Ibidem.

²⁶ W.M. CARIS-VERHALLEN et al.: *Factors Related to Nurse Communication with Elderly People*. „Journal of Advanced Nursing” 1999, vol. 30, issue 5, s. 1106–1117.

kacji personelu medycznego i pacjentów zaliczyć można także różnice płci, różnice rasowe lub kulturowe oraz różnice pokoleń²⁷. Problematyka ta jednak rzadko poruszana jest w literaturze polskojęzycznej. Oczywiście, wskazane problemy zgłaszane są przez pacjentów w każdym wieku, jednakże w starszej grupie wiekowej są one szczególnie widoczne.

Przez ostatnie półwiecze zmiany zachodzące w naukach medycznych, zmiany w prawodawstwie, problemy etyczne, poruszane na coraz większą skalę, w zasadniczy sposób ukształtowały nowe podejście do problematyki komunikacji i interakcji personelu medycznego i pacjentów. Zwraca się uwagę, że sposoby komunikowania się i nawiązywania interakcji są istotne z wielu powodów, wpływają między innymi na poziom zadowolenia pacjentów i stan ich zdrowia, efektywność i czas trwania leczenia, jak również na liczbę sporów sądowych i oskarżeń wytaczanych przez pacjentów lekarzom. Podkreśla się przy tym, że właściwy przebieg komunikacji jest szczególnie ważny na poziomie podstawowej opieki lekarskiej. Tu bowiem pomocy szuka pacjent uskarżający się na nieokreślone jeszcze problemy zdrowotne. Ich szybkie i prawidłowe zdiagnozowanie w dużej mierze zależy od prawidłowego przekazu informacji.

Biorąc pod uwagę istotność przebiegu komunikacji i chcąc przyczynić się do jej poprawy, Susan A. Flocke, William L. Miller i Benjamin F. Crabtree przeanalizowali różne aspekty interakcji wymiany informacji między lekarzami a pacjentami i wyodrębnili różne jej typy, na podstawie kilku kryteriów:

1. Punkt skupienia uwagi:
 - lekarz skupiony jest na problemie zdrowotnym zgłaszanym przez pacjenta;
 - lekarz ma podejście holistyczne i zajmuje się szeroko pojętą ochroną zdrowia pacjenta, bierze pod uwagę różne źródła problemów.
2. Zakres uwzględnianych informacji klinicznych:
 - podejście biomedyczne – rozmowa skupia się na informacjach o charakterze biologicznym, rozpoznaniu problemów, diagnozie i leczeniu;
 - biopsychospołeczne – lekarz eksploruje biologiczne, społeczne i psychiczne źródła problemów.
3. Stosunek do pacjenta:
 - lekarz przyjazny, o bezpośrednim nastawieniu do pacjenta;
 - lekarz utrzymujący profesjonalny dystans.
4. Uwzględnianie zamiarów i planów pacjenta:
 - lekarz otwarty na plany pacjenta;
 - lekarz trzymający się swoich założeń.
5. Dominowanie i sprawowanie kontroli nad przebiegiem interakcji:
 - lekarz sprawuje kontrolę nad przebiegiem interakcji;
 - lekarz uwzględnia aktywny udział pacjenta, pozwala mu przejmować inicjatywę.

²⁷ J.M. TRAVALINE, R. RUCHINSKAS, G.E. D'ALONZO: *Patient-Physician Communication...*

6. Negocjowanie z pacjentem różnych opcji dotyczących na przykład przebiegu leczenia:

- lekarz nie dopuszczający dyskusji i negocjowania;
- lekarz, który daje pacjentowi możliwość przedstawienia jego punktu widzenia²⁸.

Anna Zembala scharakteryzowała trzy główne typy relacji lekarz–pacjent. Dla medycy tradycyjnej charakterystyczny jest model paternalistyczny, w którym lekarz, będący dla pacjenta autorytetem, „dobro definiuje według własnego zdania, ograniczając lub nie zwracając w ogóle uwagi na autonomię chorego”²⁹ i koncentruje się na chorobie, która sprowadzana jest do wymiaru biologicznego³⁰. W modelu tym oczywista jest dominacja lekarza. W modelu kolejnym, partnerskim, pacjent staje się współuczestnikiem procesu leczenia, współodpowiedzialnym za jego skutki³¹. Lekarz uznawany jest tu za doradcę, którego zadaniem jest zaprezentowanie choremu wszystkich możliwych metod diagnostyki i leczenia. Prawa chorego, o których jest on powiadamiany, regulują akty prawne. O ile w modelu pierwszym w relacjach z pacjentem lekarza ogranicza neutralność, o tyle model partnerski wymaga zbliżenia emocjonalnego i empatii wobec problemów chorego i jego rodziny. W modelu systemowo-partnerskim panują „relacje partnerskie, które wchodzą w skład współdziałających ze sobą systemów medycznych, rodzinnych oraz społecznych”³². Pacjent jest traktowany indywidualnie, badany jako dynamiczna całość, sam zaś przyjmuje rolę aktywną, współdziałając z lekarzem. Dużą wagę przywiązuje się tu do współpracy z rodziną³³, do wpływów środowiska, stosunków rodzinnych oraz problemów emocjonalnych.

Przyjęto, że w 1956 roku tradycyjalistyczny model relacji lekarza z pacjentem, który można byłoby określić jako „działanie lekarza – bierność pacjenta”, zastąpiło podejście, w którym podkreślano aktywny udział chorego. Jednakże model ten pozostawił pewne widoczne skutki. Zdarzają się bowiem przypadki nieprzestrzegania praw pacjenta, czego przykładem może być niedostateczne informowanie go o stanie zdrowia bądź postępowaniu leczniczym³⁴. Niestety, zgodnie z danymi literatury przedmiotu w polskim systemie opieki zdrowotnej w obszarze komunikacji lekarz – pacjent częściej występuje model paterna-

²⁸ S.A. FLOCKE, W.L. MILLER, B.F. CRABTREE: *Relationships between physician practice style...*

²⁹ A. ZEMBALA: *Modele komunikacyjne w relacjach lekarz – pacjent*. „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ. Nauki Ścisłe” 2015, nr 11, s. 36.

³⁰ A. OSMÓLSKA-BOGUCKA: *W poszukiwaniu uniwersalnego schematu relacji pacjent – lekarz i lekarz – pacjent. Przegląd piśmiennictwa*. „Magazyn Stomatologiczny” 2014, nr 12, s. 128–132.

³¹ A. ZEMBALA: *Modele komunikacyjne...*, s. 41.

³² Ibidem, s. 42.

³³ Jest to tym bardziej zasadne, że rodzina ma 75%, a podstawowa opieka zdrowotna jedynie 20% wpływu na zdrowie jednostki (A. OSMÓLSKA-BOGUCKA: *W poszukiwaniu uniwersalnego schematu...*).

³⁴ A. ZEMBALA: *Modele komunikacyjne...*, s. 41.

listyczny aniżeli model systemowo-partnerski³⁵. „We współczesnej medycynie wciąż dominuje punkt widzenia, zgodnie z którym, tak choroba, jak i zdrowie są domeną medycyny³⁶.”

Cel, przedmiot oraz metodologia badań

Celem badań stanowiących podstawę artykułu było poznanie opinii na temat komunikacji lekarz – pacjent wybranej grupy pacjentów Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Medycznego w Gdańsku.

W badaniu wzięło udział 52 pacjentów: 32 kobiety i 20 mężczyzn, w wieku od 27 do 75 lat. Średnia wieku badanych osób to 53,7 lat. 21 respondentów miało wykształcenie wyższe, 19 – średnie oraz 12 – zawodowe lub podstawowe. Wszystkie osoby biorące udział w badaniu były obciążone chorobami przewlekłymi, w trakcie leczenia, wielokrotnie hospitalizowane (5 lub więcej razy), pod stałą opieką poradni specjalistycznych (w liczbie od 1 do 3) oraz pod opieką lekarza rodzinnego. Jedna osoba przeżyła chorobę nowotworową 12 lat temu, obecnie zakwalifikowana jest do grupy osób wyleczonych, obciążona dodatkowo nadciśnieniem tętniczym, stale leczonym i kontrolowanym. Wszystkie osoby zostały poinformowane o celu pracy, otrzymały zapewnienie o wykorzystaniu wyników badania wyłącznie do celów naukowych i wyraziły zgodę na uczestniczenie w nim. Dane zarejestrowano anonimowo, uwzględniając jedynie wiek, płeć oraz wykształcenie badanej osoby.

Techniką badawczą, którą się posłużono, był wywiad, prowadzony na podstawie opracowanego wcześniej kwestionariusza. Osoba zbierająca materiał badawczy nie była bezpośrednio zaangażowana w proces leczenia indagowanych osób. Średni czas trwania rozmowy wyniósł 57 minut. Wszystkie wywiady przeprowadzono w osobnym pomieszczeniu, bez obecności osób postronnych. Przykładowe pytania, które zadano w wywiadzie, to:

- Czy rozmowa i wynikający z niej dobry kontakt pacjenta i lekarza jest w stanie wpłynąć na proces zdrowienia? Efekty leczenia? Dlaczego?
- Jak lekarz może wyrażać swój szacunek dla pacjenta?
- Co świadczy o braku szacunku dla pacjenta ze strony lekarza?
- Czy kiedykolwiek czuł się Pan/Pani jak „przypadek chorobowy”, a nie osoba? Dlaczego? Co się wydarzyło?
- Czy pacjent powinien być partnerem dla lekarza? Czy jest to możliwe? W jaki sposób należy do tego dążyć?

³⁵ Ibidem, s. 49.

³⁶ M.J. JAROSZ, Z. KAWCZYŃSKA-BUTRYM, A. WŁOSZCZAK-SZUBZDA: *Modele komunikacyjne relacji lekarz – pacjent – rodzina*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, t. 18, nr 3, s. 212.

- Czy podczas rozmowy pacjent – lekarz mogą być poruszane tematy niemedyczne, dotyczące np. spraw osobistych, pracy? Kiedy? Dlaczego?
- Jakie zwroty, zachowania językowe lekarza nie podobają się Pani? Które można ocenić pozytywnie? Proszę podać konkretne przykłady takich zachowań językowych.
- Czy podczas rozmowy pacjent – lekarz lepiej zachować dystans, czy lepsze są zbliżenie, poufałość? W jakiej formie lekarz powinien zwracać się do pacjenta? W jakiej robi to najczęściej?
- W przypadku poważnych lub bardzo poważnych kłopotów zdrowotnych, w jaki sposób, jakimi słowami lekarz powinien przekazywać te informacje pacjentowi?
- Czy studentów rozmawiania z pacjentami powinno się uczyć na specjalnych zajęciach?

Wyniki

Wszyscy respondenci uznali, że właściwy przebieg rozmowy lekarza z pacjentem ma pozytywny wpływ na efekty leczenia. W celu podkreślenia swego stanowiska 16 osób (30,8% badanych) użyło następujących określeń: *bezwzględnie, zdecydowanie, oczywiście, na pewno (tak)*. 21 badanych (40,4%) zauważyło, że dobra rozmowa lekarza z pacjentem sprzyja budowaniu wzajemnego zaufania i wspiera proces leczenia.

Za przejaw szacunku lekarza dla pacjenta badani najczęściej uznali poświęcenie mu przez lekarza odpowiedniego czasu. Czynniki te uznały za najważniejszy i wymieniły na pierwszym miejscu 34 osoby (65,0%). W pozostałych wypowiedziach pacjentów zarysowały się dwie tendencje do postrzegania szacunku okazywanego przez lekarza jako postawy wyrażającej się przede wszystkim poprzez: 1) służenie odpowiednią wiedzą merytoryczną i zabieganie o największą skuteczność podejmowanych działań oraz 2) odpowiednie, „empatyczne” traktowanie pacjenta ze względu na jego relację zależności od służby zdrowia, wiek, chorobę, poczucie bezradności. Pacjenci młodszy, częściej mężczyźni, jako przejaw szacunku wymieniali zwłaszcza wysoki poziom wiedzy merytorycznej lekarza, natomiast pozostałe osoby podkreślały kwestie związane z empatią, emocjami.

Braku szacunku ze strony lekarza nie doświadczyło 6 respondentów (11,5%). Pozostali spotkali się z zachowaniami lekarzy, które odebrali negatywnie, jako naruszające ich godność. Ich zdaniem mogą się one przejawiać między innymi: pośpiechem podczas badania, ostentacyjnym okazywaniem zniecierpliwienia, wprowadzaniem nerwowej atmosfery, brakiem kontaktu wzrokowego z chorym, niewłaściwym tonem głosu, traktowaniem pacjenta „z góry”, jako „mniej mądre-

go”, nieudzielaniem odpowiednich, zrozumiałych dla chorego informacji o stanie zdrowia, odbieraniem telefonów w trakcie wizyty. Niektórzy pacjenci podczas kontaktu z lekarzem czuli się jak „przypadek chorobowy”, a nie jak konkretna osoba z określonym problemem zdrowotnym.

Często poruszaną kwestią były tzw. obchody lekarskie. W swojej tradycyjnej formie (grupa lekarzy omawia przy łóżku pacjenta wyniki badań i plany leczenia), jak wynika z uzyskanych odpowiedzi, są one dla pacjentów źródłem stresu i wywołują poczucie zagrożenia.

Mimo takich poglądów ponad połowa respondentów (51,9%) uważa, że relacja partnerska między lekarzem a pacjentem jest niemożliwa, a nawet niewskazana. Ich zdaniem to lekarz powinien decydować o sposobie leczenia i nakłaniać pacjenta do wyrażenia na tenże sposób zgody. Ważne jest jednak to, że w opinii prawie połowy badanych (48,1%) dzięki kompetentnym informacjom lekarza, przekazanych w życzliwej atmosferze, pacjent wspólnie z lekarzem może wybrać najodpowiedniejszy sposób leczenia.

Odpowiedzi pacjentów dotyczące poruszania podczas badania podmiotowego kwestii niemedycznych można podzielić na trzy grupy: 34 osoby (65,4%) były przekonane o pozytywnym wpływie tego rodzaju tematyki – głównie w zakresie zdobywania przez lekarza większej wiedzy o pacjencie oraz wytwarzania lepszej więzi komunikacyjnej i emocjonalnej. 8 osób (15,4%) zastrzegło, że poruszane tematy powinny jednak pozostawać w ścisłym związku z kwestiami zdrowotnymi. 10 badanych (19,2%) wolałoby ograniczyć rozmowę do spraw medycznych, godząc się na poruszanie innych kwestii wyjątkowo. W przypadku 1 osoby wypowiedź wyraźnie świadczyła o obawie przed brakiem akceptacji.

Poprawność języka używanego przez lekarza kontaktu z pacjentem nie ma, zdaniem badanych, większego wpływu na jakość kontaktów lekarz – pacjent. W sytuacji choroby, pobytu w szpitalu, kontaktów ze służbą zdrowia kwestia ta jest więc stawiana na dalszym planie. Słowo to przede wszystkim nośnik emocji i informacji – na te jego aspekty pacjenci są bardzo wrażliwi. Przykład potwierdzającym w pewien sposób tę zależność stanowią lekarze obcokrajowcy. Jeżeli przejawiają empatię głęboką wiedzą medyczną, odbierani są bardzo dobrze przez pacjentów, a określenia typu „śmiesznie mówią” nie mają wydźwięku pejoratywnego.

Na lekarzu spoczywa obowiązek przekazania tzw. złych wieści (ang. *bad news*), przez które można rozumieć jakąkolwiek informację, „która w znaczący sposób zmienia wyobrażenie pacjenta o stanie jego zdrowia na gorsze”³⁷. Najważniejszą, najbardziej charakterystyczną cechą każdej wypowiedzi pacjentów na ten temat były słowa o konieczności pozostawienia nadziei. Informacja o nadziei powinna zostać przez lekarza zwerbalizowana, nie zaś pozostawać „w domyśle”, jako wnio-

³⁷ B. KOTLINOWSKA, M. WILUS: *Breaking Bad News – Information for Doctors*. „Przegląd Lekarski” 2010, nr 3, s. 228–230.

sek, który pacjent może wyciągnąć z przedstawionych faktów medycznych. Takie jest odczucie wszystkich osób przebadanej grupy. Pacjenci czekają na słowa: „Jest nadzieja”. Drugim, równie ważnym elementem wypowiedzi lekarza powinno być według badanych pacjentów równoczesne podanie wszelkich możliwych form pomocy i terapii – planu działania.

Badani są świadomi, że umiejętność komunikowania się lekarza z pacjentem nie jest mu dana „przez naturę”. Wszyscy wypowiadający się byli zdania, że w ramach studiów medycznych przyszli lekarze powinni uczyć się dobrej komunikacji z chorymi.

Dyskusja

Na podstawie zaprezentowanych wyników badań można stwierdzić, że wszyscy respondenci uznali więź komunikacyjną pomiędzy pacjentem a lekarzem za bardzo istotną w procesie przywracania zdrowia. Jest to niepodważalny argument przemawiający za koniecznością stałych starań i wysiłku lekarzy w kształtowaniu prawidłowej komunikacji. Na szczęście przekonanie to jest podzielane przynajmniej przez część środowiska lekarskiego. Postawa lekarza, stopień jego troski o pacjenta i zainteresowania nim mają olbrzymi wpływ na samopoczucie chorego. Nadzieja, pozytywne nastawienie i wsparcie mogą wywierać zbawienny wpływ na leczenie³⁸.

Okazywanie szacunku, należne każdej osobie, nabiera szczególnej wagi i wartości w obliczu choroby. Cierpienie fizyczne i psychiczne może znacząco obniżyć poczucie własnej wartości osoby chorej. Ofiarowanie pacjentowi odpowiedniej ilości czasu, głęboka wiedza merytoryczna, umiejętności medyczne oraz zachowanie spokojne i pełne empatii są w opinii pacjentów wyrazem nie tylko prawidłowej opieki medycznej, ale także szacunku im okazywanego.

Mówiąc o prawidłowej komunikacji nie wolno zapominać, że komunikacja to znacznie więcej niż słowa. Według Alberta Mehrabiana (1967)³⁹ w procesie komunikowania interpersonalnego jedynie 7% informacji przekazu osoby mówiącej stanowi komunikat werbalny, 38% – to brzmienie głosu (głośność, ton, tempo, barwa, cechy wymowy) i aż 55% – mowa ciała⁴⁰. Nawet jeśli dane te uznamy za

³⁸ E. LASKOWSKA, M. TULIŃSKA: *Jakość relacji lekarz–pacjent i jej wpływ na proces zdrowienia*. „Neuroskop” 2006, nr 8, s. 163–166.

³⁹ A. MEHRABIAN, M. WIENER: *Decoding of Inconsistent Communications*. „Journal of Personality and Social Psychology” 1967, 6 (1), s. 109–114; A. MEHRABIAN, S.R. FERRIS: *Inference of Attitudes from Nonverbal Communication in Two Channels*. „Journal of Consulting Psychology” 1967, 31 (3), s. 248–252.

⁴⁰ Za: ibidem.

niewiarygodne, to i tak z najnowszych badań wynika, że około dwóch trzecich komunikowanego znaczenia może zostać przypisanych przekazom niewerbalnym⁴¹.

Na istotną rolę komunikacji niewerbalnej w interakcji lekarz – pacjent zwrócił uwagę Dale G. Leathers⁴². Jego zdaniem „w kontekście medycznym, w którym zachodzi interakcja lekarzy i pacjentów, zachowania czy sygnały niewerbalne mogą służyć pięciu podstawowym funkcjom komunikacyjnym:

- 1) wymianie emocji,
- 2) metakomunikacji,
- 3) obronie poczucia Ja,
- 4) kształtowaniu i kierowaniu wrażeniem,
- 5) udzielaniu wsparcia⁴³.

Dzięki nim możliwa jest wymiana emocji i rozpoznawanie ich znaczeń. Najbardziej wyrazistymi środkami przekazywania emocji są: mimika twarzy, głos i adekwatny do sytuacji dotyk. Każdy z tych elementów może stać się częścią terapii, lecz, niestety, może również zadziałać jatrogennie⁴⁴. Bardzo istotne jest w tym miejscu podkreślenie wagi spójności komunikatu werbalnego i niewerbalnego, ponieważ niejasność przekazu w tym obszarze może doprowadzić wręcz do wycofania się pacjenta z relacji, której nie rozumie i która z tego powodu powoduje w nim uczucie zagrożenia⁴⁵.

Intencją autorów tego artykułu nie jest z pewnością piętnowanie ani osądzanie środowiska lekarskiego. Bez wątpienia wiele nieprawidłowości komunikacyjnych w relacji lekarz – pacjent nie jest wynikiem złej woli lekarzy. Wydaje się, że wśród głównych przyczyn popełnianych błędów znajduje się brak dostatecznej wiedzy dotyczącej komunikacji z pacjentem oraz praca pod presją czasu. Większość lekarzy w kontakcie z pacjentem leczonym ambulatoryjnie ma bardzo mało czasu na rozmowę. Wobec braku możliwości wydłużenia nominalnego czasu poświęcanego jednemu pacjentowi można jedynie starać się nie stwarzać atmosfery nerwowości i pośpiechu, która najczęściej towarzyszy wizycie u lekarza⁴⁶.

Odnosząc się do kwestii partnerstwa, uczestnicy badania prezentowali różnice w poglądach oraz pewną kategorię wypowiedzianych sądów. Prawdopodobnie, przynajmniej częściowo, wynika to z indywidualnego rozumienia i definiowania

⁴¹ D.G. LEATHERS: *Komunikacja niewerbalna. Zasady i zastosowania*. Przeł. M. TRZCIŃSKA. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2007, s. 20.

⁴² Ibidem.

⁴³ Ibidem, s. 417.

⁴⁴ C.S. LIN, M.Y. HSU, C.F. CHONG: *Differences between Emergency Patients and Their Doctors in the Perception of Physician Empathy: Implication for Medical Education*. „Education of Health” 2008, vol. 21, issue 2, s. 144.

⁴⁵ I. STANGIERSKA, W. HORST-SIKORSKA: *Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem*. „Forum Medycyny Rodzinnej” 2007, nr 1, s. 58–68.

⁴⁶ J. KLISZCZ, B. TRZECIAK: *Komunikacja w relacji lekarz–pacjent*. Gdańsk, Wydaw. Akademii Medycznej w Gdańsku 1991.

wspomnianego pojęcia. Jednym z najistotniejszych elementów określających interakcję lekarz – pacjent jest zakres kontroli. Przez wiele lat w medycynie dominował paternalizm, charakteryzujący się dużym zakresem kontroli ze strony lekarza, a znikomym ze strony pacjenta. Lekarze nie uważali pacjentów za równych sobie, traktowali ich protekcjonalnie i nie wchodzili z nimi w interakcje. Paternalizm przez dziesiątki lat stanowił dominującą formę interakcji lekarz – pacjent. Obecnie obserwuje się korzystną tendencję odchodzenia od paternalizmu w stronę relacji wzajemności, zakładającej duży stopień kontroli zarówno pacjenta, jak i terapeuty⁴⁷. Jak wynika z przeprowadzanych badań, pacjenci uważają, że lekarze nie powinni stosować modelu paternalistycznego⁴⁸. W relacji wzajemności niezbędne jest zaufanie i wspólne zaangażowanie w proces leczenia. Warto zauważyć, że osoby, które nie widzą możliwości stworzenia partnerskiej relacji z lekarzem z powodu niedostatku wiedzy merytorycznej, przynajmniej niektórych terapeutów obdarzają zaufaniem i prowadzą z nimi rozważania dotyczące kwestii zdrowotnych. Sposób postrzegania siebie w relacji z lekarzem wywiera jednak wpływ na zachowanie pacjenta, otwartość w rozmowie, szczerść, domaganie się niezbędnych informacji, chęć stawiania pytań, bardziej świadome uczestniczenie w procesie leczenia.

Podczas zbierania wywiadu lekarskiego stosunkowo łatwo można zorientować się, czy istnieją takie obszary, dziedziny życia, które pacjent stara się omijać w rozmowie. Najczęściej związane są one z dramatycznymi przeżyciami w przeszłości, utratą partnera lub dziecka, odczuwanym brakiem opieki lub zainteresowania ze strony najbliższego otoczenia. Powracającą kwestią w rozmowach z pacjentami są uzależnienia, w szczególności uzależnienie od alkoholu⁴⁹. Istnieją również problemy, których zidentyfikowanie podczas rutynowej opieki lekarskiej jest praktycznie niemożliwe. Należy do nich na przykład wykorzystywanie seksualne w wieku dziecięcym lub inne formy przemocy⁵⁰. W miarę możliwości lekarz lub terapeuta powinien zawsze starać się orientować się w sytuacji rodzinnej, socjalno-bytowej, zawodowej i dotyczącej uzależnień u swojego pacjenta, w celu udzielenia mu wsparcia i pomocy. Informacje te są też częścią prawidłowo prowadzonej dokumentacji medycznej. W przypadku kwestii językowych najbardziej istotna wydaje się opinia pacjentów, którą można ująć w zdaniu: „Nie lubię takich słów, których nie rozumiem”. Temat niedostatecznego rozumienia języka medycznego występował w rozmowach z pacjentami wielokrotnie, które wskazywano jako źródło znacznego obciążenia stresem. Język lekarzy, zdaniem badanych, powinien być prosty, pre-

⁴⁷ W. SIKORSKI: *Komunikacyjne i terapeutyczne znaczenie zachowań niewerbalnych terapeutów i pacjenta*. „Psychoterapia” 2009, nr 151, s. 17–27.

⁴⁸ K. WROŃSKI et al.: *Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent*. „Journal of Oncology” 2009, vol. 59, no. 8, s. 266–273.

⁴⁹ S. ROLLNICK, W.R. MILLER, C.C. BUTLE: *Wywiad motywujący w opiece zdrowotnej*. Warszawa, Wydaw. SWPS Academica 2010.

⁵⁰ D.A. DROSSMAN et al.: *Sexual and Physical Abuse and Gastrointestinal Illness. Review and Recommendation*. „Annals of Internal Medicine” 1995, vol. 123, no. 10, s. 782–794.

czyjny, dostosowany do wieku, poziomu wykształcenia i pochodzenia pacjenta. Problem wynika z tego, że praktycznych sytuacjach klinicznych lekarze posługują się tzw. językiem lekarskim, medomową (ang. *doctor talk*, *medspeak*, *medical speak*), zarówno między sobą, jak i w stosunku do pacjenta. W kontakcie lekarz – lekarz, w warunkach ograniczonego czasu i natłoku pacjentów, ma to z pewnością swoje uzasadnienie, w kontakcie z chorym powoduje jednak, że rozumie on niewiele z przekazanego mu komunikatu. Używanie przez lekarzy specyficznego języka jest z pewnością uwarunkowane wielowiekową tradycją. Język ten od początku nie był przeznaczony dla niewtajemniczonych, podczas konsylium posługiwano się łaciną, zaś pacjent nie odgrywał aktywnej roli podczas terapii, „był leczony”⁵¹.

W kolejnym pytaniu, dotyczącym pożądanego stopnia poufałości w rozmowie pacjent – lekarz, uzyskano zróżnicowane odpowiedzi. Na ich podstawie można sformułować wniosek, że postawa lekarza w tym zakresie, jakkolwiek by była, jest różnie odbierana przez różne osoby. Interesujące uzupełnienie przyniosłoby tu pytanie o ocenę wrażliwości interpersonalnej danego lekarza, ponieważ to właśnie ta cecha osobowa, objawiająca się zwłaszcza w komunikacji niewerbalnej, wywiera wpływ na opinię i poziom satysfakcji pacjentów bądź rodziców leczonych dzieci⁵².

Zdecydowanie najtrudniejszą częścią relacji komunikacyjnej lekarz – pacjent jest konieczność przekazania złych wiadomości dotyczących zdrowia, możliwości wyleczenia, prognozowanej długości życia osoby chorej. Z praktyki klinicznej wiadomo i należy liczyć się z tym, że pacjent, po usłyszeniu przygnębiających wiadomości o stanie swego zdrowia, nie zapamięta większości podanych informacji lub nawet będzie protestował przeciwko ich podawaniu, twierdząc słusznie, że w danym momencie nie jest w stanie się na nich skupić⁵³. Prawdopodobnie informacje o możliwościach pomocy medycznej będą musiały zostać powtórzone, być może kilkakrotnie, zapisane lub – za zgodą pacjenta – przekazane rodzinie. Bardzo ważne w opisywanej sytuacji jest aktywne słuchanie. Pamiętać należy, że stawiane pytania, werbalizowane obawy są również pośrednio wyrażaną prośbą pacjenta, aby lekarz towarzyszył mu w tej nieznannej, trudnej drodze. Wiedząc, czego w danej chwili pacjent najbardziej się boi, można skupić jego uwagę i nadzie-

⁵¹ I. MAJEWSKA-OPIEŁKA: *Jak mówić, by nas słuchano*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2009; E. LASKOWSKA, M. TULIŃSKA: *Jakość relacji lekarz–pacjent...*; N. CHRISTY: *English Is Our Second Language*. „New England Journal of Medicine” 1979, vol. 300, no. 17, s. 979–981; A. BARRETT: *Our Language. Ourselves*. „The Journal of Medicine Humanities” 1994, vol. 15, no. 1, s. 31–49; A. ALICHNIEWICZ, A. SZCZĘSNA: *Drugi język medykacji*. W: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem...*, s. 194–201.

⁵² W. SIKORSKI: *Komunikacyjne i terapeutyczne...*

⁵³ „Aż 40% informacji przekazywanych przez lekarza jest zapomniana przez pacjenta, a połowa pacjentów modyfikuje zalecenia lekarskie ze względu na napotkaną barierę poznawczą” (M. BŁASZCZAK, A. ZIOŁO, E. KAWIAK-JAWOR: *Relation Doctor–Patient – from Paternalism to Partnership*. „Zdrowie Publiczne – Polish Journal of Public Health” 2011, vol. 121, no. 1, s. 95–98.

ję na celach, które są w jego zasięgu. Zawsze należy starać się wzbudzić nadzieję w chorym. Takie przywracanie nadziei nie ma nic wspólnego z oszukiwaniem, a słowa otuchy są jednymi z najistotniejszych, które w rozmowie z pacjentem może przekazać lekarz. Nawet jeśli nie ma możliwości wyleczenia lub przedłużenia życia, a co za tym idzie, plany życiowe muszą zostać bardzo zmienione i zredukowane, jakość czasu, która pozostała, może być znacząco lepsza niż w wyobrażeniach chorego. Pacjent musi wiedzieć, że stanowi z lekarzem drużynę, nie jest sam w walce z chorobą, że istnieje plan działania. Musi włączyć się w decydowanie o leczeniu i o dalszym losie. Jednocześnie lekarz nie może bać się milczenia, płaczu, emocji pacjenta, powinien potrafić powiedzieć „nie wiem”⁵⁴.

Pewne podstawy umiejętności komunikacyjnych uzyskują przyszli lekarze podczas studiów medycznych, jednak rozwój w tej sferze jest zadaniem na całe zawodowe życie lekarzy, dla których uprawianie medycyny stanowi przede wszystkim przedsięwzięcie moralne. Otwartość, wyczerpanie na werbalne i pozawerbalne sygnały oraz umiejętność ich interpretacji są niezbędnym atrybutem kompetencji zawodowych i umożliwiają budowę układu zaufania między lekarzem a pacjentem⁵⁵. Obok kwalifikacji merytorycznych to właśnie umiejętności interpersonalne, wrażliwość i empatia powinny stanowić kryterium zatrudnienia⁵⁶.

Podsumowanie

Gwałtowny rozwój technik biomedycznych, a także mechanizmy rynkowe sprawiły, że lekarze mający stały i bezpośredni kontakt z pacjentami oddalili się od nich⁵⁷. Tradycyjne, kanoniczne formy kontaktu z pacjentem, jakimi są słowo i dotyk, zostały w pewien sposób zdeprecjonowane i zredukowane, a przecież słowo w szerokim znaczeniu jest pierwszym, czasem jedynym lekarstwem,

⁵⁴ J. KLISZCZ, B. TRZECIAK: *Komunikacja w relacji lekarz–pacjent...*; W.F. BAILE et al.: *SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer*. „The Oncologist” 2000 vol. 5, no. 4, s. 302–311; W.F. BAILE, A. BARON: *Patient–Physician Communication in Oncology: Past, Present and Future*. „Current Opinion in Oncology” 2005, vol. 17, issue 4, s. 331–335; B. OTLINOWSKA, M. WILUSZ: *Breaking Bad News...*; E. AITINI, F. ADAMI, G.L. CETTO: *End of life in cancer patients: drugs or words?* „Annals of Oncology” 2010, vol. 21, issue 5, s. 914–915; E. AITINI, P. ALEOTTI: *Breaking Bad News in Oncology: Like Walk in the Twilight?* „Annals of Oncology” 2006, vol. 17, issue 3, s. 359–360; E. AITINI: *Training Young Oncologists in Doctor–Patient Relationships*. „Journal of Cancer Education” 2011, vol. 27, no. 1, s. 186–187.

⁵⁵ R. SZULC: *Komunikacja lekarz–pacjent...*

⁵⁶ I. STANGIERSKA, W. HORST-SIKORSKA: *Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem*. „Forum Medycyny Rodzinnej” 2007, nr 1, s. 58–68.

⁵⁷ S. LETKIEWICZ: *Relacja lekarz – pacjent w dobie komercjalizacji medycyny*. „Przegląd Urologiczny” 2010, nr 64, s. 48–50.

a zawsze pełni funkcje paliatywne. Jeżeli pacjent czuje się opuszczony, skazany na samotność domysłów i podejrzeń, należą uznać, że zostało złamane przyrzeczenie lekarskie⁵⁸. Uniknięcie takich sytuacji nie jest łatwe. Zabiegani, przepracowani, realizujący różne normy i wytyczne lekarze, nie wyposażeni niekiedy w wystarczającą wiedzę z dziedziny komunikacji z pacjentami, nie zawsze potrafią sprostać wymogom konkretnej sytuacji. Co paradoksalne, konieczne stało się formułowanie zaleceń, które powinny być oczywistością. Przykładem mogą być wskazania sformułowane przez radę odpowiedzialną za akredytację większości programów kształcenia wyższego lekarzy w USA – Accreditation Council for Graduate Medical Education, która poleca, aby lekarze byli kompetentni w zakresie pięciu kluczowych umiejętności komunikacyjnych:

- 1) efektywnego słuchania;
- 2) zbierania informacji drogą stawiania właściwych pytań;
- 3) podawania informacji z właściwym ich wyjaśnianiem;
- 4) udzielania rad i edukowania pacjentów;
- 5) podejmowania właściwych decyzji, bazujących na informacjach udzielonych przez pacjenta i jego preferencjach.

Kontaktując się z pacjentem, lekarz powinien kierować się wskazówką, którą Roman Tomecki, wybitny polski gastroenterolog, zwykł podsumowywać swoje rozważania: „Najlepszym, pozbawionym działań ubocznych lekiem jest wrażliwy, pełen empatii lekarz”⁵⁹. Jeżeli lekarz obdarzy swoich pacjentów serdecznością, to pomimo braku czasu, niedoskonałości w zakresie komunikacji lub innych trudności – naprawdę staje się lekiem. W relacji lekarz – pacjent, oprócz naczelnej zasady etyki lekarskiej *Primum non nocere*, powinna obowiązywać także zasada *Primum non tacere* (Po pierwsze nie milczeć). Każda forma rozmowy lekarza z pacjentem może mieć bowiem funkcję terapeutyczną⁶⁰.

⁵⁸ R. SZULC: *Komunikacja lekarz-pacjent.....*

⁵⁹ R. TOMECKI: *Komentarz do artykułu pt.: Rozpoznawanie i leczenie zespołu jelita drażliwego*. „Aktualny stan wiedzy. Medycyna po Dyplomie” 2006, nr 15, s. 42–43.

⁶⁰ Józef Porayski-Pomsta wśród funkcji mowy wskazuje na istnienie funkcji terapeutycznej, która związana jest silnie z funkcją fatyczną: »[...] to, że możemy mówiąc coś komuś albo nawet samemu sobie, odreagować stres, wyzalić się na los lub kogoś, że możemy zwyczajnie porozmawiać z drugą osobą, to właśnie przejaw funkcji terapeutycznej mowy” (J. PORAYSKI-POMSTA: *O funkcji terapeutycznej mowy*. W: *Diagnoza i terapia w logopedii*. Red. J. PORAYSKI-POMSTA. Warszawa, Elipsa 2008, s. 23.

Bibliografia

- AITINI E.: *Training Young Oncologists in Doctor–Patient Relationships*. „Journal of Cancer Education” 2011, vol. 27, nr 1, s. 186–187.
- AITINI E., ALEOTTI P.: *Breaking Bad News in Oncology: Like Walk in the Twilight?* „Annals of Oncology” 2006, vol. 17, issue 3, s. 359–360.
- AITINI E., ADAMI F., CETTO G.L.: *End of Life in Cancer Patients: Drugs or Words?* „Annals of Oncology” 2010, vol. 21, issue 5, s. 914–915.
- ALICHNIEWICZ A., SZCZĘSNA A.: *Drugi język medykalizacji*. W: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*. Red. J. BARAŃSKI, E. WASZYŃSKI, A. STECIWKO. Wrocław, Astrum 2000, s. 194–201.
- BAILE W.F., BARON A.: *Patient–Physician Communication in Oncology: Past, Present and Future*. „Current Opinion in Oncology” 2005, vol. 17, issue 4, s. 331–335.
- BAILE W.F. et al.: *SPIKES – A Six-step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer*
- BARRETT A.: *Our Language. Ourselves*. „The Journal of Medicine Humanities” 1994, vol. 15, nr 1, s. 31–49.
- BŁASZCZAK M., ZIOŁO A., KAWIAK-JAWOR E.: *Relation Doctor–Patient – from Paternalism to Partnership*. „Zdrowie Publiczne – Polish Journal of Public Health” 2011, vol. 121, no. 1, s. 95–98.
- BORYS B.: *Psychologiczne potencjały zdrowia*. „Gazeta AMG” 2008, R. 18, nr 122, s. 19–21.
- BROCZEK K.: *Komunikacja z pacjentami w starszym wieku – klucz do sukcesu w opiece geriatrycznej*. „Postępy Nauk Medycznych” 2015, t. 28, nr 7, s. 444–450.
- BURNETTE D., SUN F.: *Global Aging in the Twenty-First Century: Prospects, Challenges, and Directions for Action*. W: *The Oxford Handbook of Social Work in Health and Aging*. Eds. D.B. KAPLAN, B. BERKMAN. Oxford, Oxford University Press 2016, s. 575–586.
- CARIS-VERHALLEN W.M. et al.: *Factors Related to Nurse Communication with Elderly People*. „Journal of Advanced Nursing” 1999, vol. 30, issue 5, s. 1106–1117.
- DIBBELT S. et al.: *Patient–Doctor Interaction in Rehabilitation: The Relationship between Perceived Interaction Quality and Long-Term Treatment Results*. „Patient Education and Counseling” 2009, vol. 76, issue 3, s. 328–335.
- DROSSMAN D.A. et al.: *Sexual and Physical Abuse and Gastrointestinal Illness. Review and recommendation*. „Annals of Internal Medicine” 1995, vol. 123, nr 10, s. 782–794.
- EMANUEL J.E., EMANUEL L.L.: *Four Models of the Physician – Patient Relationship*. „Journal of the American Medical Association” 1992, vol. 267, no. 16, s. 2221–2226.
- FLOCKE S.A., MILLER W.L., CRABTREE B.F.: *Relationships between Physician Practice Style, Patient Satisfaction, and Attributes of Primary Care*. „The Journal of Family Practice” 2002, vol. 51, nr 10, s. 835–840.
- GRABIAS S.: *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2001.
- JAROSZ M. J., KAWCZYŃSKA-BUTRYM Z., WŁOSZCZAK-SZUBZDA A.: *Modele komunikacyjne relacji lekarz – pacjent – rodzina*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, t. 18, nr 3, s. 212–218.
- KLISZCZ J., TRZECIAK B.: *Komunikacja w relacji lekarz-pacjent*. Gdańsk, Wydaw. Akademii Medycznej w Gdańsku 1991.
- KOMP K., AARTSEN M.: *Introduction: Older People under Magnifying Glass*. W: *Old Age in Europe: A Textbook of Gerontology*. Eds. K. KOMP, M. AARTSEN. New York – London, Springer 2013, s. 1–14.
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia. Dz.U. 1948 nr 61 poz. 477.
- KOTLINOWSKA B., WILUSZ M.: *Breaking bad news – information for doctors*. „Przegląd Lekarski” 2010, nr 3, s. 228–230.

- LASKOWSKA E, TULIŃSKA M.: *Jakość relacji lekarz–pacjent i jej wpływ na proces zdrowienia*. „Neuroskop” 2006, nr 8, s. 163–166.
- LEATHERS D.G.: *Komunikacja niewerbalna. Zasady i zastosowania*. Przeł. M. TRZCIŃSKA. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2007.
- LETKIEWICZ S.: *Relacja lekarz – pacjent w dobie komercjalizacji medycyny*. „Przegląd Urologiczny” 2010, nr 64, s. 48–50.
- LIN C.S., HSU M.Y., CHONG C.F.: *Differences between Emergency Patients and Their Doctors in the Perception of Physician Empathy: Implication for Medical Education*. „Education of Health” 2008, vol. 21, issue 2, s. 144.
- МЕHRABIAN А., FERRIS S.R.: *Inference of Attitudes from Nonverbal Communication in Two Channels*. „Journal of Consulting Psychology” 1967, 31 (3), s. 248–252.
- МЕHRABIAN А., WIENER M.: *Decoding of Inconsistent Communications*. „Journal of Personality and Social Psychology” 1967, 6 (1), s. 109–114.
- MILEWSKI S., KACZOROWSKA-BRAY K., SULKOWSKA A.: *Doctor–Patient Communication – A Patients’ Perspective*. „Вестник образования и науки. Педагогика. Психология. Медицина” 2012, выпуск 1 (3), s. 76–82.
- NORTHOUSE P.G., NORTHOUSE L.L.: *Health Communication: Strategies for Health Professionals*. Norwalk, Appleton and Lange 1992.
- OMMEN O. et al.: *The Relationship between Social Support, Shared Decision-Making and Patient’s Trust in Doctors: A Cross-Sectional Survey of 2,197 Inpatients Using the Cologne Patient Questionnaire*. „International Journal of Public Health” 2011, vol. 56, nr 3, 2011, s. 319–327.
- OSMÓLSKA-BOGUCKA A.: *W poszukiwaniu uniwersalnego schematu relacji pacjent – lekarz i lekarz – pacjent*. *Przegląd piśmiennictwa*. „Magazyn Stomatologiczny” 2014, nr 12, s. 128–132.
- OSTROWSKA, A.: *Modele relacji lekarz – pacjent*. W: *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy*. Red. A. OSTROWSKA. Warszawa, Wydaw. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN 2009, s. 236–250.
- PALACIOS R.: *The Future of Global Ageing*. „International Journal of Epidemiology” 2002, vol. 31, issue 4, s. 786–791.
- PARK E., SONG M.: *Communication Barriers Perceived by Older Patients and Nurses*. „International Journal of Nursing Studies” 2005, vol. 42, issue 2, s. 159–166.
- PORAYSKI-POMSTA J.: *O funkcji terapeutycznej mowy*. W: *Diagnoza i terapia w logopedii*. Red. J. Porayski-Pomsta. Warszawa, Elipsa 2008, s. 13–24.
- RIDD M.J. et al.: *Patient-Doctor Depth-of-Relationship Scale: Development and Validation*. „Annals of Family Medicine” 2011, vol. 9, nr 6, s. 538–545.
- ROGIEWICZ M., BUCZKOWSKI K.: *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i pacjenta z lekarzem*. W: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*. Red. J. BARAŃSKI, E. WASZYŃSKI, A. STECIWKO. Wrocław, Astrum 2000, s. 39–62.
- ROLLNICK S., MILLER W.R., BUTLE C.C.: *Wywiad motywujący w opiece zdrowotnej*. Warszawa, Wydaw. SWPS Academica 2010.
- SIEJKA D.: *Relacja lekarz – pacjent – istotny element specjalizacji nie tylko lekarza rodzinnego*. W: *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną. Wybrane zagadnienia*. Red. A. STECIWKO, J. BARAŃSKI. Wrocław, Elsevier Urban & Partner 2012, s. 69–80.
- SIKORSKI W.: *Komunikacyjne i terapeutyczne znaczenie zachowań niewerbalnych terapeuty i pacjenta*. „Psychoterapia” 2009, nr 151, s. 17–27.
- STANGIERSKA I., HORST-SIKORSKA W.: *Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem*. „Forum Medycyny Rodzinnej” 2007, nr 1, s. 58–68.
- STEUDEN S.: *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2012.
- SZUKALSKI P. et al.: *To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polsk* [praca naukowo-badawcza przygotowana przez zespół ekspertów Fundacji Instytut

- Spraw Publicznych na zlecenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych]. Warszawa, Instytut Spraw Publicznych 2008.
- SZULC R.: *Komunikacja lekarz–pacjent. Spojrzenie nauczyciela – klinicysty i pacjenta*. „Anestezjologia i Ratownictwo” 2010, nr 4, s. 99–110.
- TLAŚKA K.: „Psycholingwistyczne aspekty komunikacji lekarz – pacjent”. Promotor: E. ŁUCZYŃSKI. Gdańsk, Uniwersytet Gdański 2018.
- THYGESON M., MORRISEY L., ULSTAD V.: *Adaptive Leadership and the Practice of Medicine: A Complexity-Based Approach to Reframing the Doctor–Patient Relationship*. „Journal of Evaluation of Clinical Practice” 2010, vol. 16, issue 5, s. 1009–1015.
- TOMECKI R.: *Komentarz do artykułu pt.: Rozpoznawanie i leczenie zespołu jelita drażliwego*. „Aktualny stan wiedzy. Medycyna po Dyplomie” 2006, nr 15, s. 42–43.
- TRAVALINE J.M., RUCHINSKAS R., D’ALONZO G.E.: *Patient–Physician Communication: Why and How*. „The Journal of the American Osteopathic Association” 2005, vol. 105, no. 1, s. 13–18.
- WASZYŃSKI E., STECIWKO A., BARAŃSKI J.: *Od redaktorów*. W: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*. Red. J. BARAŃSKI, E. WASZYŃSKI, A. STECIWKO. Wrocław, Astrum 2000, s. 9–10.
- WOŹNIAK O.: *Medycyna to sztuka rozmowy. Wywiad z prof. A. Szczeklikiem*. „Gazeta Wyborcza” 2011. http://wyborcza.pl/1,75402,11083642,Prof__Andrzej_Szczeklikiem__Medycyna_to_sztuka_rozmowy.html [data dostępu: 13.06.2017].
- WROŃSKI K. et al.: *Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz–pacjent*. „Journal of Oncology” 2009, vol. 59, nr 8, s. 266–273.
- ZEMBALA A.: *Modele komunikacyjne w relacjach lekarz – pacjent*. „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ. Nauki Ścisłe” 2015, nr 11, s. 35–50.