

► **Małgorzata Dudek** – studentka II roku studiów doktoranckich z nauk o mediach na Uniwersytecie Papieskim Jana Pawła II w Krakowie. Współorganizatorka konferencji Między dźwiękiem a obrazem. Komunikowanie wartości w przestrzeni audiowizualnej. Swoją pracę doktorską poświęciła zagadnieniom współczesnego kina oraz komunikowanym przez nie wartościom.

► **ORCID iD:** 0000-0003-1265-2017

Potrzeba komunikowania o zdrowiu. Relacja pacjent – lekarz

Małgorzata Dudek

malgorzata.renata@wp.pl

UNIwersytet PapiESki JANA PAWŁA II W KRAKOWIE

ABSTRAKT

Zadaniem komunikacji zdrowotnej jest analiza powstawania informacji zdrowotnych, sposób ich przekazywania. Bada ona ich wpływ na pacjentów, a także na społeczności, instytucje czy politykę zdrowotną. Aby móc cieszyć się dobrym zdrowiem, niezbędny jest dostęp do odpowiednich informacji. Komunikacja odnosi się do wielu poziomów porozumiewania się, poczynając od systemu medycznego w skali świata, państwa, a skończywszy na przedsięwzięciach marketingowych i działaniach reklamowych. W dzisiejszych czasach prawie każdy korzysta z najnowszych urządzeń technologicznych, dzięki którym masowa komunikacja, także w związku z kwestiami zdrowotnymi, jest znacznie ułatwiona. Mimo iż medycyna w ciągu wielu lat zmieniła się radykalnie, moim zdaniem nic nie jest w stanie zastąpić rzeczywistego spotkania lekarza i pacjenta. Rozwój technologii wpływa na ograniczanie ludzkiego cierpienia czy rozprzestrzeniania się epidemii, a internetowe konsultacje lekarskie ułatwiają pacjentowi szybki dostęp do swojego doktora. Współczesna informatyzacja większości placówek medycznych nie zachęca jednak do tworzenia relacji czy to pomiędzy personelem, czy też pacjenta z lekarzem. Nadmiar procedur, biurokracji, masowe podejście względem ludzi niestety oddala od siebie potencjalnych interlokutorów.

Komunikacja zdrowotna jest o tyle ważna z punktu widzenia pacjenta, iż pozwala na głębsze zrozumienie własnego problemu, ustosunkowanie się do choroby i rozbudzenie motywacji do walki z nią. Chcę zauważyć, że kwestia komunikacji pomiędzy pacjentem a lekarzem jest uważana za jeden z ważniejszych elementów składowych terapii mających wpływ na proces zdrowienia. Chory powinien być otoczony szczególną troską i fachowym doradztwem od samego początku postawienia diagnozy. Z kolei lekarz to również człowiek z krwi i kości, mający własne, nieraz trudne emocje. Znalezienie wspólnego języka w atmosferze wzajemnego szacunku i wyrozumiałości jest nierzadko niezwykle trudne. W swoich rozważaniach wykorzystuję metodę analizy jakościowej tekstów źródłowych.

**SŁOWA KLUCZOWE: KOMUNIKACJA
ZDROWOTNA, LECZENIE, LEKARZ, MEDIA, PACJENT**

ABSTRACT**The need of health communication. Patient – doctor relationship**

The task of health communication is to analyze the formation of health information and the way it is transmitted. It examines its impact on patients, but also on communities, institutions and health policies. To enjoy good health, one must have access to relevant information. Communication refers to many levels of mutual understanding, ranging from a world-wide or state medical system to the marketing and advertising endeavors. Nowadays, almost everyone uses the latest technological devices, thanks to which mass communication, also in connection with health issues, is greatly facilitated. Despite the fact that medicine has changed radically over the years, according to the author of the article, nothing can replace a real meeting between a doctor and a patient. The development of technology affects the reduction of human suffering or the spread of epidemics, and online medical consultations facilitate the patient's quick access to his doctor. However, the modern computerization of most medical facilities does not encourage the creation of relationships, be it between staff or when it comes to the relationship between the patient and the doctor. Excess of procedures, bureaucracy, mass approach towards people unfortunately distances potential interlocutors from each other.

Health communication is important from the patient's point of view, as it allows a deeper understanding of one's own problem, enable to respond to the disease and awaken motivation to fight it. The author would like to point out that the issue of communication between the patient and the doctor is considered one of the most important components affecting the healing process. The patient should be surrounded by special care and professional advice from the very beginning of the diagnosis. In turn, the doctor is also a man of flesh and blood, having his own difficult emotions. Finding a common language in an atmosphere of mutual respect and forbearance is often extremely difficult. In her considerations, the author uses the method of qualitative analysis of source texts.

KEYWORDS: HEALTH COMMUNICATION, TREATMENT, DOCTOR, MEDIA, PATIENT

POJĘCIE ZDROWIA I ZACHOWANIA ZDROWOTNEGO

Zdrowie jest ważne dla każdego. Najmniejsze zaniedbanie może rzutować na stan organizmu i wpływać na codzienne funkcjonowanie. Wraz z rozwojem medycyny powstają coraz to nowsze sposoby walki z chorobami. Również przekazy medialne, jako obszerne źródła informacji, coraz bardziej uczulają człowieka na aspekty życia związane z dbaniem o własne dobre samopoczucie.

Barbara Jacennik jest doktorem nauk humanistycznych i autorką licznych publikacji (m.in. z dziedzin psychologii, językoznawstwa, marketingu społecznego). We wstępie do jednej ze swych publikacji pisze: „Zachowania zdrowotne są obecnie w centrum zainteresowania wielu dyscyplin nauk społecznych. Obserwowany w wielu krajach wzrost epidemiologicznych skutków chorób cywilizacyjnych zwrócił uwagę przedstawicieli nauk społecznych i praktyków na styl życia i zachowania zdrowotne, będące czynnikami ryzyka tych chorób. Również działania profilaktyczne i prewencyjne w obszarze zachowań zdrowotnych – strategie wpływu na zachowania pro – i antyzdrowotne – budzą rosnące zainteresowanie badaczy i praktyków”

(Jacennik, 2008, s. 7). Człowiek, jako ważna część składowa współczesnego świata, powinien zostać otoczony troską pod względem problemów i potrzeb zdrowotnych. Światowa Organizacja Zdrowia przedstawia definicję pojęcia „zdrowie” jako ogólnego – fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka, na co wpływ ma jego relacja ze środowiskiem: „Zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego, a nie wyłącznie brakiem choroby lub niedomagania (ułomności)” (Włodarczyk, 2010, s. 19).

Ważne jest stwarzanie korzystnych warunków do utrzymania dobrej kondycji zdrowotnej. Jacennik wspomina o tak zwanej „koncepcji socjologicznej”, która odwołuje się między innymi do pojęć związanych z dynamiczną równowagą i potencjałem zdrowotnym: „warunkiem równowagi jest prawidłowa relacja pomiędzy poszczególnymi sferami funkcjonowania człowieka, na przykład zakłócenia w sferze społecznej mogą przenosić się do sfery fizjologicznej i odwrotnie – zaburzenia somatyczne wpływają na funkcjonowanie społeczne. Potencjał zdrowotny jednostki i środowiska, a więc zasoby energii, odporność na stres psychiczny, wsparcie społeczne, zasoby przyrody, »prozdrowotne« systemy wartości kulturowych są warunkiem zachowania równowagi. Zdrowie to stan prawidłowy systemu, zależny od możliwości przeciwstawiania się zakłóceniom w poszczególnych podsystemach” (Jacennik, 2005, s. 135–144). Istotne jest osiągnięcie zadowalającego poziomu satysfakcji we wszystkich sferach życia, tak by niedobory któreś z nich nie rzutowały na cały układ.

Pojęcie zachowania zdrowotnego związane jest z określonym stylem życia, który wiąże się z szeroko rozumianym podejściem do poszczególnych jego aspektów. Są to z jednej strony upodobania żywieniowe człowieka, jego fizyczna aktywność, stosunek do używek, częstotliwość i skrupulatność w korzystaniu z opieki medycznej czy profilaktyki zdrowotnej, z drugiej zaś – obecność lub brak ryzykownych zachowań seksualnych, zachowań podczas kierowania pojazdem itp. (Jacennik, 2008). Zachowania zdrowotne kształtowane są już od wczesnego dzieciństwa. Pewne nawyki towarzyszą człowiekowi od samych początków jego egzystencji, inne może on nabyć w trakcie swojego rozwoju, a także wraz z rozwojem techniki.

Jacennik podkreśla, że spory wpływ na kształtowanie się poszczególnych zachowań człowieka ma rozwój technologiczny i naukowy: „Słabe upowszechnienie niektórych zachowań prozdrowotnych często wynika z faktu, że są to zachowania nowe w danej społeczności, na przykład w warunkach polskich dotyczy to samobadania piersi, szczepienia się przeciw grypie, zapinania pasów bezpieczeństwa, poddawania się badaniom

kontrolnym” (Jacennik, 2008, s. 14). Wiele jest też zachowań niezwiązanych bezpośrednio ze zdrowiem, ale wartych uwagi z indywidualnego punktu widzenia, np. potrzeba aprobaty społecznej.

KOMUNIKACJA ZDROWOTNA

Zadaniem komunikacji zdrowotnej jest analiza powstawania informacji zdrowotnych, sposób ich przekazywania, a także badanie ich wpływu na pacjentów, społeczności, instytucje czy politykę zdrowotną. Aby móc cieszyć się dobrym zdrowiem, niezbędny jest dostęp do odpowiednich informacji. Tomasz Goban-Klas definiuje pojęcie komunikacji zdrowotnej w następujący sposób: „to przede wszystkim praktyka społeczna w ochronie zdrowia, ale jest także dziedziną refleksji i studiów nad tą praktyką, a więc i nauką, dziedziną transdyscyplinarną, łączącą nauki o komunikowaniu z naukami o zdrowiu, włączając w pewnej mierze nauki medyczne. Zarówno praktyka tej dziedziny, jak nauka o niej, zmienia się tak, jak zmienia się sama medycyna” (Goban-Klas, 2014a, s. 11).

Komunikacja zdrowotna na poziomie społecznym związana jest z pojęciem zdrowia publicznego. Definicję tego zjawiska wprowadził już w 1920 roku Charles-Edward Winslow, amerykański bakteriolog oraz ekspert z dziedziny zdrowia publicznego: „zdrowie publiczne jest nauką i sztuką zapobiegania chorobom, przedłużania życia, promowania zdrowia i sprawności fizycznej poprzez zorganizowane wysiłki na rzecz higieny środowiska, kontroli chorób zakaźnych, szerzenia zasad higieny osobistej, organizowania służb medycznych i opiekuńczych w celu wczesnego rozpoznawania, zapobiegania i leczenia oraz rozwijania takich mechanizmów społecznych, które zapewnią każdemu standard życia umożliwiający zachowanie i umacnianie zdrowia” (Winslow, 1920, s. 23–33). Ważna jest szybka reakcja na problem i profilaktyka pozwalająca mu zapobiec.

Komunikacja zdrowotna może odbywać się na wielu poziomach – począwszy od systemu medycznego w skali świata czy państwa, a skończywszy na przedsięwzięciach marketingowych i reklamach. Jak wiadomo, media odgrywają tutaj bardzo znaczącą rolę. Coraz więcej jest użytkowników najnowszych urządzeń technologicznych, które pomagają w masowej komunikacji. Goban-Klas komentuje: „współczesne media obejmują także tzw. nowe media, mobilne, jak smartfony, sieciowe, jak Internet, informacyjne, jak wielkie bazy danych. Komunikowanie zdrowotne odbywa się coraz częściej z pomocą tych technologicznych urządzeń, więcej nawet – uzupełnia, a często nawet zastępuje formy bezpośrednie” (Goban-Klas, 2014a, s. 10).

Medycyna w ciągu wielu lat bardzo się zmieniła. Zawdzięcza to między innymi rozwojowi różnorodnych technologii, które pozwalają na ograniczenie ludzkiego cierpienia czy rozprzestrzenianie się epidemii. Zainteresowanie mediów tematem medycyny i zdrowia, również jako źródłem sporego przychodu, sprzyja powstawaniu filmów dokumentalnych i fabularnych, kampanii społecznych, reklam. Popularność zyskują także internetowe konsultacje lekarskie, które ułatwiają pacjentowi szybki dostęp do swojego doktora bez marnotrawienia czasu w długiej kolejce. Są jednak i tacy, którzy twierdzą, że nic nie zastąpi bezpośredniego kontaktu, o czym pisze Goban-Klas: „zarówno lekarze, jak i pacjenci zdają sobie sprawę z wielkiej roli tego bliskiego spotkania, więcej nawet – nie wyobrażają sobie leczenia bez dłuższych wizyt lekarskich” (Goban-Klas, 2014a, s. 13).

Komunikacja zdrowotna jest ważna z punktu widzenia pacjenta, gdyż pozwala na głębsze zrozumienie własnego problemu, ustosunkowanie się do choroby i rozbudzenie motywacji do walki z nią. Może być pomocna nie tylko w kwestiach chorób ciężkich i przewlekłych, ale także odnosić się do zupełnie zwyczajnego, codziennego życia, na przykład zasad przestrzegania zdrowej diety czy sposobów na rzucenie palenia.

Dobra komunikacja jest również istotna dla tej drugiej strony – lekarza, który według statystyk przeprowadza około 200 tys. konsultacji w ciągu swojej pracy zawodowej (Silverman, 2018). Jak pisze Maria Nowina Konopka: „człowiek jest istotą społeczną, a zawód lekarza należy do profesji, rzec by można, wyjątkowo społecznych. Permanentne funkcjonowanie w otoczeniu ludzi powoduje, że codziennie spotykają się oni z wieloma bardzo różnymi sytuacjami komunikacyjnymi. Część z nich jest wyjątkowo trudna, inne przychodzą ze względną łatwością. Problem tkwi jednak w tym, że niezależnie od posiadanych kompetencji – otaczający ich ludzie, a zwłaszcza pacjenci, oczekują rozmowy” (Nowina Konopka, 2016, s. 59).

MEDYCZNE PUBLIC RELATIONS

Współczesna informatyzacja placówek medycznych pomaga sprawnie przebrnąć przez formalności związane z przyjęciem pacjenta, jednakże znacząco ogranicza interakcje międzyludzkie. Nadmiar procedur, biurokracji, masowe podejście względem ludzi niestety oddala od siebie potencjalnych rozmówców. Zdaniem Gobana-Klasa: „szpitale XXI w. są coraz bardziej kolorowe, dbające nawet o telewizor oraz internet dla pacjentów, to jednak nadal brak w nich poczucia personalizowanej opieki, przyjaznego systemu wewnętrznej komunikacji, nie wprowadzają bardziej

partnerskich relacji wewnątrz personelu, słowem – profesjonalnych zasad zarządzania i *public relations*” (Goban-Klas, 2014b, s. 82).

Współcześnie istnieją różne opcje komunikacji, takie jak e-maile, telefony czy konsultacje internetowe. Wiele zależy od dostępności tych kanałów przekazu informacji. Telemedycyna efektywniej wykorzystuje czas pracy lekarzy, oszczędza pacjentom frustracji stania w poczekalniach, niejednokrotnie pokonywania długiego dystansu do placówki (Thomas, 2018). Jednakże główną wadą tego nowoczesnego systemu jest bariera przestrzenna. Nie można całkowicie zastąpić interakcji dwojga ludzi, spotkania twarzą w twarz. Co więcej, te alternatywne metody konsultacji wymagają inwestycji w bazę technologiczną i specjalnych szkoleń dla lekarzy, co wiąże się z kosztami i nie każda placówka może sobie na takie udogodnienia pozwolić.

Postęp cywilizacyjny, który przejawia się m.in. coraz większym stopniem komputeryzacji i technologizacji, ma służyć dobru ludzkiemu. Z drugiej strony wpływa na zwiększenie dystansu pomiędzy lekarzami a pacjentami, podczas gdy zwłaszcza ci drudzy tak bardzo potrzebują przecież zindywidualizowanego kontaktu. Jak pisze Nowina Konopka: „dlatego też tak ważna (...) jest umiejętność sprawnego komunikowania się” (Nowina Konopka, 2016, s. 59).

Większość Polaków stawia własne zdrowie na pierwszym miejscu. Według statystyk nie są oni jednak zadowoleni z funkcjonowania służby zdrowia. Zgodnie z Europejskim Konsumenckim Indeks Zdrowia (EHCI – Euro Health Consumer Index) stan naszego polskiego systemu opieki zdrowotnej nie jest zbyt dobry. Spośród krajów europejskich Polska jest jednym z państw zamykających listę. Goban-Klas komentuje: „ta tak niska indeksowa pozycja Polski wynika nie tylko z mniejszego poziomu wydatków na leczenie i lekarstwa, lecz także z zaniedbań realizacji praw pacjenta oraz dostępu do informacji, a zatem kiepskiej komunikacji w ochronie zdrowia” (Goban-Klas, 2014b, s. 82).

W komunikacji międzyludzkiej dużo zależy od poziomu kultury rozmówców i chęci nawiązania kontaktu. Należy z wielką uwagą koordynować działania na wszystkich poziomach: od konsultacji lekarskiej aż po kwestię organizacji placówki zdrowia. Istotna jest również jakość współpracy w dziedzinie marketingu, obejmująca współdziałanie ze sobą firm farmaceutycznych czy producentów wyposażenia technicznego.

DOBRA KOMUNIKACJA

Rozmowa rozumiana w szerokim sensie, nie tylko jako omawiane w artykule spotkanie lekarz – pacjent, wymaga dobrego przygotowania pod względem warsztatu komunikacyjnego.

Po pierwsze, interakcja międzyludzka umożliwia formułowanie oczekiwań względem innych, a zbudowanie „prawidłowo skonstruowanego przekazu pozwala na zakomunikowanie otoczeniu własnych potrzeb” (Nowina Konopka, 2016, s. 60). Dzięki temu można oszczędzić sobie zbędnych domysłów oraz bez skrępowań upominać się o realizację własnych potrzeb, które zostały uprzednio jasno przedstawione.

Za sprawą prawidłowej komunikacji interlokutorzy mogą lepiej się poznać, a więc przekazać drugiej stronie pewne kluczowe informacje na swój temat. Jak pisze Nowina Konopka: „nie chodzi o afiszowanie się z przekonaniami czy ujawnienie tajemnic, lecz jedynie pokazanie pewnych cech osobowości, takich jak poczucie humoru, dystans do siebie, asertywność, hobby lub po prostu tego, co się lubi, a czego nie” (Nowina Konopka, 2016, s. 60).

Mowa wyznacza granice. Konkretna narracja jest podstawą do określenia dystansu pomiędzy partnerami komunikacji. Słowa, a także ton głosu czy jego modulacja, mają wpływ na kształtowanie się granic czy to w przypadku relacji przyjacielskiej, czy też podczas oficjalnego spotkania. Ważne jest, by ustanowiony dystans akceptowany był przez obydwie strony rozmowy (Nowina Konopka, 2016, s. 61).

W przeciwieństwie do komunikacji drogą elektroniczną, podczas konfrontacji twarzą w twarz rozmówcy mogą kontrolować jej przebieg oraz podejmować natychmiastowe reakcje wynikłe za pośrednictwem towarzyszących im emocji. Sprzyja to lepszemu wzajemnemu zrozumieniu, konkretyzacji własnych myśli – innymi słowy, wspomaga efektywność przekazu informacji (Nowina Konopka, 2016, s. 61).

Rozmowa stawia jej strony na równym poziomie. Silna potrzeba upodmiotowienia przejawia się w nowoczesnym podejściu pacjenta do procesu leczenia, gdzie chce on być „informowany i lubi wpływać na własny los” (Nowina Konopka, 2016, s. 62). Model partnerski zakłada symetryczność, „współdecydowanie, empatyczny podział odpowiedzialności” (Nowina Konopka, 2016, s. 141).

POTRZEBA KONTAKTU A WALKA Z CZASEM I INNYMI PRZECIWNOCIAMI

Choroba jest zawsze szokiem i ciosem dla osoby nią dotkniętej, która przechodzi etapy konfrontacji z tym stanem (Dyczewski, 2014, s. 43–44). Najpierw jest to uświadomienie sobie, że organizm nie funkcjonuje już tak jak do tej pory. Otoczenie z reguły zajęte jest swoimi sprawami, codziennością, jednostka zaś czuje, jak grunt usuwa się jej spod nóg. Jest wyłączona i osamotniona. Zaczyna zadawać sobie masę pytań. Potęguje to w niej niepokój, a „ponadto kontakt z nieznanym i strach o zdrowie wywołują zagubienie i frustrację” (Nowina Konopka, 2016, s. 62).

Relacja pacjent – lekarz jest więc układem dość specyficznym. Jak pisze Józef Lipiec: „jeden z uczestników dialogu występuje mianowicie z przewagą posiadanej wiedzy i siły potencjalnej terapii praktycznej, drugi zaś, schorowany i cierpiący, oczekuje z nadzieją nie tylko pociechy, ale i pomocy” (Lipiec, 2014, s. 31). Nieraz pacjent upatruje w lekarzu jedyne źródło swojego ukojenia, wymaga poświęcenia oraz uwagi. Pielęgnując tę myśl i trzymając się jej kurczowo.

Tomasz Sobierajski zauważa, że zawód lekarza odpowiada w pewnym sensie stanowisku pracownika obsługi klienta – przygotowanie do prawidłowego wykonywania swojej pracy wymaga, poza wiedzą techniczną i merytoryczną, także umiejętności socjopsychologicznych (Sobierajski, 2014, s. 33). Wyczerpujące informacje przekazywane pacjentowi w miarę upływu procesu leczenia mają wpływ na zmniejszenie jego lęku, a także dzięki wzrastającej świadomości zwiększają motywację do współpracy ze specjalistą (Nowina Konopka, 2016, s. 62).

Często na linii lekarz – pacjent można zaobserwować występowanie tzw. modelu paternalistycznego, który jest jednym z najstarszych modeli relacji tego typu. Jak podkreśla Barbara Smoczyńska: „lekarz, który ustala dobro pacjenta, uznawany jest za ostateczny autorytet, nie tylko leczniczy, lecz również moralny; od pacjenta zaś oczekuje się posłuszeństwa” (Smoczyńska, 2010, s. 78).

Kontakty z lekarzem mają więc charakter asymetryczny i w większości przypadków nieindywidualny, kiedy to pacjenta obserwuje jeden, najwyżej dwóch specjalistów, którzy sami mają codziennie pod opieką wielu innych chorych. W trakcie długotrwałego leczenia naturalne mogłoby się wydawać wytworzenie pewnego rodzaju przywiązania. Lekarz podlega jednak sztywnemu kodeksowi lekarskiemu i będąc świadom specyfiki swojej pracy, powinien również zachowywać się profesjonalnie, może to bowiem wpłynąć na jakość jego przyszłej praktyki.

Nie oznacza to jednak, że nie może on dopasować stylu rozmowy do swojego rozmówcy. Wręcz przeciwnie – rozpoznanie kompetencji komunikacyjnych partnera (poprzez zwrócenie uwagi na jego język, status społeczny czy styl życia) i nawiązanie z nim spontanicznej rozmowy dopasowanej do jego poziomu intelektualnego sprzyja porozumieniu w kwestii przekazywania informacji o chorobie i metodach leczenia.

Czynniki indywidualne również mają wpływ na jakość tych kontaktów. Są nimi wiek, płeć, predyspozycje psychiczne, a po stronie lekarza – ilość czasu przepracowanego w zawodzie, rodzaj specjalizacji, poczucie kompetencji, przebieg kariery zawodowej, odbyte szkolenia czy też umiejętności komunikacyjne. Te wszystkie części składowe mają wpływ na podejście do wykonywanej pracy oraz na stosunek do pacjenta (Jacennik, 2014). Ważne jest, by umiał on sprawnie dopasować swoje podejście do konkretnego przypadku. Nie każdą rozmowę z pacjentem da się bowiem rozluźnić żartem ani nie każdy doceni opiekuńczo-rodzicielską postawę.

Pozytywny lub negatywny wydźwięk rozmowy wiąże się z poziomem samorealizacji, a także może wpłynąć na tworzenie opinii w środowisku lekarskim. Jak można przeczytać w publikacji pod redakcją Tomasza Goba-Klasa: „efektem błędów (...) może być np. negatywna opinia wpływająca na status zawodowy i rozwój kariery; rzadko mogą to być poważne konsekwencje ekonomiczne, takie jak utrata pracy lub ograniczenie prawa do wykonywania zawodu (...) kompetencje komunikacyjne lekarza mogą sprzyjać karierze, a brak kompetencji – przyczyniać się zarówno do błędów lekarskich, jak i porażek zawodowych” (Jacennik, 2014, s. 70). Pociągające jest jednak, iż według sondażu CBOS *Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy* z 2014 roku 78% dorosłych Polaków darzy zaufaniem swojego lekarza, a 73% ma zaufanie do pediatry, który leczy ich dzieci (Omyła-Rudzka, 2014, s. 10, 13). Oznacza to, że w Polsce profesja ta wciąż jest postrzegana jako zawód zaufania publicznego.

Nastawienie pacjenta wynika w dużej mierze z celów jego wizyty w gabinecie lekarskim. Niejednokrotnie podjęte przez niego późniejsze próby poprawienia swojego stanu zdrowia, ich jakość lub też ich brak, zależą będą od przebiegu rozmowy z lekarzem. Zanim jeszcze dojdzie do konsultacji, pacjent ma pewne założenia i oczekiwania. Naukowcy z Uniwersytetu Connecticut oraz Uniwersytetu Southampton przeprowadzili w 2011 roku badania, które pokazały, że aż 90% respondentów oczekuje od swojego lekarza bycia wysłuchanym, 60% badanych pragnie przeprowadzenia badań, a 25% osób chce jedynie uzyskać receptę (Copen, 2011). Choć wyniki te pochodzą sprzed prawie 10 lat, wciąż znajdują potwierdzenie w kolejnych

latach i kolejnych badaniach wykonywanych chociażby w Polsce. Tomasz Sobierajski podkreśla, że polscy pacjenci oczekują od lekarzy wysłuchania, komunikacji w zrozumiałym dla nich języku i życzliwego podejścia. Co ciekawe, rozwiązanie ich problemu ze zdrowiem znalazło się praktycznie na końcu zestawienia (Sobierajski, 2015, s. 29).

Słowa mają wielką moc. Mogą pomóc komuś odnaleźć siłę do walki, uspokoić rozchwiane emocje, ale także bardzo zranić. Profesor nauk medycznych, specjalista z zakresu chorób wewnętrznych, anestezjologii oraz intensywnej terapii, kardiologii a także medycyny paliatywnej, Jacek Łuczak, mający nieustannie styczność z pacjentami z oddziału onkologicznego, na jednym z internetowych portali pisze: „pustki (...) nie sposób wypełnić słowami, wypełnić ją może jedynie obecność człowieka. Chory często stawia trudne pytania. Nie należy spieszyć się z odpowiedzią. Chory dobrze wie, że my jej także nie znamy. Dlaczego więc stawia takie pytania? Może dlatego, żeby podzielić się bólem. Może to być także forma nawiązania z nami kontaktu” (Łuczak, 2001).

Ważna jest szczerłość, choćby prawda była trudna. Małgorzata Osipczuk, autorka artykułu *Przekazywanie informacji pacjentom*, powołuje się na wyniki ankiety przeprowadzonej wśród polskich pacjentów, z której jasno wynikało, że zdecydowana większość, bo aż 75% respondentów, chce poznać prawdę o swoim stanie zdrowia (Osipczuk, 2003). Jak podkreśla, odpowiednio dobrany sposób informowania o chorobie może znacznie obniżyć poziom stresu u pacjenta. Z kolei Dorota Witt pisze: „najwięcej samobójstw wśród pacjentów onkologicznych nie zdarza się wcale w momencie, gdy terapia nie przynosi spodziewanych skutków, a tuż po usłyszeniu diagnozy, nawet gdy są spore szanse na wyleczenie. To pokazuje, jak silne wrażenie wywierają na chorym te pierwsze słowa lekarza” (Witt, 2015).

Podjęcie pacjenta, podobnie jak lekarza, jest silnie związane z jego uwarunkowaniami komunikacyjnymi, a także z wiekiem, płcią, poziomem wykształcenia, stanem psychicznym oraz przede wszystkim stanem jego zdrowia i dotychczasowymi doświadczeniami w korzystaniu z usług medycznych. Znaczenie ma również kontekst kulturowy. Badania zorganizowane przez amerykańską korporację Nuance pokazują, iż dla 68% Amerykanów i Brytyjczyków na pozytywny odbiór pracowników służby zdrowia wpływ ma wiele czynników (komunikacja werbalna, kontakt wzrokowy, prywatność, uścisk dłoni itp.). Z kolei dla Niemców najbardziej istotna jest prywatność w gabinecie i wyłączny dostęp lekarza w przeznaczonym na wizytę czasie (Nowina Konopka, 2016, s. 80).

Pacjent i lekarz podlegają sztywnym schematom procedury wywiadu i ograniczeni są konkretnymi badaniami, które muszą zostać przeprowadzone, wymogami administracyjnymi, a także właśnie wspomnianym wyżej czasem. Barbara Jacennik zauważa: „im krótsze spotkanie pomiędzy nieznanymi się wcześniej osobami, tym gorsza jakość komunikacji. Uczestnicy nie mają czasu na »rozgrzewkę« i dopasowanie stylu komunikowania, przekaz treści bywa ograniczony i, w efekcie, łatwo jest o brak satysfakcji z przebiegu komunikacji oraz przekonanie uczestników, że cel rozmowy nie został zrealizowany” (Jacennik, 2014, s. 66). Według niektórych statystyk polskiemu lekarzowi przysługuje zaledwie dziesięć minut na jednego pacjenta (Niezgoda, 2013). Trudno udzielić wyczerpujących odpowiedzi na pytania w tak krótkim przedziale czasowym. O ile dla lekarza jest to praca wykonywana codziennie, względem której musi się w pewnym stopniu dystansować, o tyle dla pacjenta poziom satysfakcji z interakcji to często jego być albo nie być. Jak trafnie zauważa Maria Nowina Konopka: „paradoksalnie pośpiech nie zmniejsza lekarzom deficytu czasu, gdyż nie odpowiadając (...) na pytania pacjentów, pozostawiają ich niedoinformowanymi. Osoby te, pragnąc zrealizować swą potrzebę, odpowiedzi szukają u innych pacjentów czy w internecie. Inni natomiast, godzą się na zaistnienie swoistej luki informacyjnej, przez co nie stosują się należycie do przekazanych im zaleceń. W efekcie ich stan może się pogorszyć i wymagać ponownej interwencji lekarskiej. Taką oszczędność czasu można zatem nazwać chwilową lub po prostu pozorną” (Nowina Konopka, 2016, s. 83–84).

Według Józefa Lipca pacjent jest tą stroną rozmowy, która powinna decydować o jej charakterze, a lekarz powinien się do tego wyboru dostosować. Powinien unikać podczas konsultacji specjalistycznego słownictwa, którym posługuje się na co dzień w kontakcie z kolegami po fachu. Autor ten pisze: „lekarz, jak każdy wysoko wykształcony specjalista, dysponuje określonym zestawem wyrażań, charakterystycznych dla aktualnego stanu nauk medycznych. Dochodzą do tego spontanicznie wytwarzane terminy środowiskowe, wypełniające zasób swoistego żargonu, zrozumiałe w pełni tylko w obrębie świata klinik i przychodni” (Lipiec, 2014, s. 35). W taki sposób następuje zamknięcie się języka zawodowego na określony, wąski krąg odbiorców. Może to być przyczyną niechcianych zjawisk społecznych „w postaci międzygrupowych blokad komunikacyjnych, nazewniczych nieporozumień (...) Język zdaje się wówczas przejmować rolę przewodnią w budowie wtórnych rozwarstwień” (Lipiec, 2014, s. 35). Co więcej, nagromadzenie specjalistycznej terminologii może wywołać w pacjencie strach spowodowany niewiedzą, co się z nim dzieje i jakim badaniom będzie poddawany.

BŁĘDY JATROGENNE

Czasami określone zachowanie lekarza może spowodować wystąpienie lub też nasilenie się u pacjenta pewnych objawów chorobowych. Warto przytoczyć czynniki jatrogenne, które mogą wpływać szkodliwie na zdrowie pacjenta. Jest to na przykład brak analogii pomiędzy komunikatem językowym a sygnałami niewerbalnymi (do których można zaliczyć mimikę, intonację, postawę ciała czy gestykulację). Pacjent może czuć się zdezorientowany i zagubiony, gdy występuje problem z informowaniem go o wszystkim na bieżąco czy gdy jest zaskakiwany badaniami, lub gdy konfrontuje się ze sprzecznymi decyzjami personelu odnośnie do swojego losu, a u lekarzy pojawia się zniecierpliwienie i irytacja.

Brak profesjonalizmu lekarza przejawia się w postawie pobłażliwej wyższości względem pacjenta, ironizowaniem lub też wyszydzaniem jego przekonań. Niedopuszczalne jest niedotrzymywanie obietnic czy zbywanie milczeniem, jak również niechęć wobec pacjenta, gdy poprosi o skierowanie na dodatkową konsultację u innego specjalisty.

Dobry lekarz nie neguje emocji pacjenta, ale wyraża do nich swój szacunek. Specjalista, który stawia sobie za cel dobro drugiego człowieka, będzie traktował go w sposób podmiotowy. Jak pisze Maria Nowina Konopka: „przejawami tego rodzaju postawy jest m.in. zapoznanie się z wynikami badań pacjenta przed rozmową, zwracanie się bezpośrednio do pacjenta, nawiązywanie z nim kontaktu wzrokowego czy odnoszenie się do pacjenta z szacunkiem, a zatem zwracanie się do niego z zachowaniem wszelkich form grzecznościowych. Traktowanie podmiotowe to także podchodzenie do każdego tak samo, niezależnie od jego obecnego stanu zdrowia oraz od tego, kim był, zanim zachorował” (Nowina Konopka, 2016, s. 140).

Zupełnie niedopuszczalne jest traktowanie swojej profesji jak badań doświadczalnych, a pacjenta jako ciekawego przypadku lub „kolejnego obiektu z listy” (Kliszcz, 2000, s. 74–85). Jan Kaczkowski, doktor nauk teologicznych, bioetyk, organizator i dyrektor Puckiego Hospicjum pw. św. Ojca Pio, w rozmowie z Michałem Gąsiorem wspomina rozmowę z chorą kobietą: „dla niej nie była najgorsza informacja o nowotworze, ale to, jak ją zdyskwalifikowano od operacji, na korytarzu, w przejściu. »Pani nie będziemy operować. Proszę dzwonić po rodzinę«. Czyli tak naprawdę »Mamy Cię w nosie«. Potem co prawda próbowano się nią zająć profesjonalnie, ale była tak uderzona pałką w głowę, że nie była w stanie tego przyjąć” (Kaczkowski, 2014).

CZYNNIKI NIEZALEŻNE OD UWARUNKOWAŃ PACJENTA I LEKARZA

Nie wszystko zależy jednak od dobrej woli lekarza i cierpliwości pacjenta. Barbara Jacennik zauważa, że istnieją czynniki środowiska społecznego i organizacyjnego placówki, które w nie mniejszym stopniu mają wpływ na jakość relacji lekarz – pacjent. Są to między innymi: dostępność i czas konsultacji ustalane z góry przez konkretną placówkę, rodzaj wymaganych i dopuszczalnych czynności przeprowadzanych przez specjalistę, procedury związane z refundacją usług medycznych przez NFZ, regulaminy związane z rejestracją pacjentów, regulaminy i rozporządzenia dotyczące dokumentacji konsultacji i wystawiania recept oraz skierowań, przepisy związane z odpowiedzialnością lekarską oraz dotyczące ubezpieczeń w razie niechcianych błędów medycznych (Jacennik, 2014, s. 70–72).

Niezwykle ważne są konteksty środowiskowe, w których funkcjonuje placówka medyczna, „a te z kolei są zależne od makro środowiska ekonomicznego i organizacyjnego: struktury właścicielskiej, kontraktów placówki z NFZ, rodzaju realizowanych usług” (Jacennik, 2014, s. 71).

Wszystkie wymienione wyżej elementy wywierają wpływ na specyficzny charakter komunikacji lekarza z pacjentem oraz ich nastawienie względem siebie. Co więcej, znaczenie ma również wystrój budynku oraz jego rozmieszczenie przestrzenne. Komfort psychiczny, jaki daje zwiększony stopień prywatności rozmowy o chorobie, powoduje zmniejszenie dystansu pomiędzy interlokutorami, co wiąże się ze zwiększeniem poczucia bezpieczeństwa pacjenta. Należy zatem pamiętać o zamkniętych drzwiach gabinetu i potrzebie prowadzenia nieprzerwanej niczym, intymnej rozmowy bez niepotrzebnych najść innych pacjentów czy pracowników placówki.

PODSUMOWANIE

Warto dołożyć wszelkich starań, by osoby zgłaszające się do placówek medycznych otoczone były życzliwą i komfortową atmosferą skłaniającą do kolejnych wizyt, nie zaś aurą zwiększającą ich poczucie osamotnienia i anonimowości. Zła komunikacja lekarzy z pacjentami może przyczynić się do zaniechania lub ograniczenia profilaktyki, kultywowania domowych metod leczenia, lekomanii, wykonywania zupełnie niepotrzebnych badań zamiast tych zalecanych, postawienia diagnozy zbyt późno, co może wiązać się z niepowodzeniem hospitalizacji (Jacennik, 2014, s. 72).

W konkluzji Barbara Jacennik pisze: „długofalowe konsekwencje społeczne nieefektywnej komunikacji lekarzy i pacjentów to, najogólniej ujmując, strata czasu pacjenta i lekarza, marnowanie pieniędzy prywatnych

i publicznych oraz eskalacja negatywnych zjawisk w zakresie zachowań zdrowotnych i korzystania z opieki medycznej, które prowadzą do pogorszenia się wskaźników stanu zdrowia w społeczeństwie” (Jacennik, 2014, s. 72).

Podsumowując, można stwierdzić, że wartość bezpośredniej komunikacji nie zostanie nigdy zastąpiona przez nowoczesne technologie, choć tak bardzo ułatwiają nam życie w dzisiejszych czasach. Wynika to między innymi z natury człowieka, który jest jednostką społeczną i potrzebuje fizycznego, wspierającego kontaktu z drugim człowiekiem, szczególnie w czasie zmagania się z chorobą. Jako złoty standard powinno się rozumieć przede wszystkim elastyczne i pełne empatii podejście do każdego pacjenta, którego wizyta ograniczona jest sztywnymi ramami czasowymi, stawianie go jako równego partnera w rozmowie, choćby przez wzgląd na sytuację, w której nierzadko czuje się on zagubiony i przestraszony. Tomasz Sobierajski zauważa, że „pacjenci, niezależnie od tego jak liczną i kochającą rodziną są otoczeni, i tak w chorobie są zawsze sami. Taki już człowieczy los. Zaś osobą, która najlepiej jest w stanie zrozumieć ich cierpienie, jest właśnie lekarz” (Sobierajski, 2015, s. 131–132).

Z kolei lekarz, jako osoba mająca stale do czynienia z różnymi typami osobowości, powinien mieć zapewnione coroczne szkolenia psychologiczne. Warto wspomnieć, że niektórzy pacjenci cechują się bardzo roszczeniowym podejściem, a ze względu na swoją chorobę uważają, że to rozgrzesza ich z wszelkich nieuprzejmości wobec lekarza. Jak pisze Sobierajski: „pacjentom słabości są odpuszczane, lekarzom praktycznie nigdy. Jeśli popełnicie błąd, raczej nie ujdzie Wam to na sucho. Z kolei jeśli zrobicie coś dobrze, zostanie to uznane za normę” (Sobierajski, 2015, s. 22). Dodaje też: „bardzo przykre jest to, że o lekarzach mówi się głównie w kontekście popełnionych przez nich błędów, kolejek do gabinetów i wielomiesięcznych oczekiwań na wizytę lub zabieg. Ale czy ktokolwiek zastanawia się, na ile te kolejki zależą od lekarzy? (...) Czy ktokolwiek myśli o tym, że pogwałcenie praw pacjenta jest najczęściej równoznaczne z pogwałceniem praw lekarza?” (Sobierajski, 2015, s. 33).

Zaprezentowany artykuł nie wyczerpuje oczywiście wszystkich nurtujących kwestii dotyczących omawianego zagadnienia ani nie proponuje wszystkich możliwych rozwiązań, jakie można byłoby wprowadzić. Ma być jedynie próbą zwrócenia uwagi na tę jakże często pomijaną kwestię, jaką jest dobre komunikowanie się pacjenta z lekarzem. Nie jest przesadą powiedzieć, iż od jej jakości zależy przyszłość kolejnych pokoleń.

BIBLIOGRAFIA

- Copen, L. (2011). *What Do Patients Really Want From Their Doctors?* *Rest ministries* <http://restministries.com/blog/2011/04/15/what-do-patients-really-want-from-their-doctors/> (dostęp: 10.11.2019).
- Dyczewski, L. (2014). Komunikacja ładu i wewnętrznego pokoju. W: T. Goban-Klas (red.), *Komunikowanie w ochronie zdrowia – interpersonalne, organizacyjne i medialne* (s. 43–48). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Gąsior, M. (2014). Ks. Jan Kaczkowski: „Pukam się w przeżartą rakiem głowę i mówię: jeśli przestaniesz wstawać do umierających, to spadaj!”. Pobrane z: <https://natemat.pl/91459,ks-jan-kaczowski-pukam-sie-w-przezarta-rakiem-glowe-i-mowie-jesli-przestaniesz-wstawac-do-umierajacych-to-spadaj> (dostęp: 09.11.2019).
- Goban-Klas, T. (2014a). *Health communication* – komunikacja zdrowotna, powstanie, problemy, ewolucja dziedziny. W: T. Goban-Klas (red.), *Komunikowanie w ochronie zdrowia – interpersonalne, organizacyjne i medialne* (s. 9–19). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Goban-Klas, T. (2014b) Organizacja. Od informacji i reklamy do public relations: pozyskiwanie. W: T. Goban-Klas (red.), *Komunikowanie w ochronie zdrowia – interpersonalne, organizacyjne i medialne* (s. 81–97). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Jacennik, B. (2005). Stymulowanie zmiany zachowań a polityka prozdrowotna administracji publicznej. W: A. Brodniak, W. Piątkowski, *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna* (s. 135–144). Tyczyn: Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza.
- Jacennik, B. (2008). *Strategie dla zdrowia. Kształtowanie zachowań zdrowotnych poprzez środowisko*. Warszawa: VIZJA PRESS & IT.
- Jacennik, B. (2014). Komunikowanie lekarzy z pacjentami. W: T. Goban-Klas (red.), *Komunikowanie w ochronie zdrowia – interpersonalne, organizacyjne i medialne* (s. 63–74). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Jacennik, B. (red.) (2010). *Komunikowanie społeczne w promocii i ochronie zdrowia*. Warszawa: VIZJA PRESS & IT.
- Kliszcz, J. (2000). Psychologiczne aspekty jatropatogenii. W: J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko (red.), *Komunikowanie się lekarza z pacjentem* (s. 74–85). Wrocław: Astrum.
- Lipiec, J. (2014). Słowo uzdrawiające. W: T. Goban-Klas (red.), *Komunikowanie w ochronie zdrowia – interpersonalne, organizacyjne i medialne* (s. 30–42). Warszawa: Wolters Kluwer.

- Łuczak, J. (2001). *Jak rozmawiać z chorym umierającym*. Pobrane z: <https://hospicjum-palium.pl/nowy/public/wydarzenia10/czytelnia1.pdf> (dostęp: 13.11.2019).
- Niezgoda, M. (2013). *Polscy lekarze mają 10 minut na pacjenta!*. Pobrane z: https://www.fakt.pl/wydarzenia/polska/szokujace-dane-nfz-lekarz-poswieca-pacjentowi-srednio-10-minut/mv4s7e7?utm_v=2#slajd-3 (dostęp: 01.11.2019).
- Nowina Konopka, M. (2016). *Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka*. Kraków: Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej UJ.
- Omyła-Rudzka, M. (2014). *Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy*, komunikat z badań CBOS, nr 165/2014, Warszawa.
- Osipczuk, M. (2003). *Przekazywanie informacji pacjentom*. Pobrane z: Portal Pomocy Psychologicznej, <http://www.psychotekst.pl/artykuly.php?nr=9> (dostęp: 12.11.2019).
- Silverman, J., Kurtz, S., Draper, J. (2018). *Umiejętności komunikowania się z pacjentami*. Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Smoczyńska, B. (2010). Relacja lekarz – pacjent. Komunikowanie wspierające pacjenta. W: B. Jacennik (red.), *Komunikowanie społeczne w promocji i ochronie zdrowia* (s. 77–91). Warszawa: VIZJA Press & IT.
- Sobierajski, T. (2015). *33 czytanki o komunikacji, czyli jak być dobrym lekarzem i nie zwariować*. Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Thomas, L. (2018). *What is telemedicine?*. Pobrane z: News Medical, Life Sciences <https://www.news-medical.net/health/What-is-Telemedicine.aspx> (dostęp: 12.11.2019).
- Witt, D. (2015). *Sztuka rozmowy z pacjentem*. Pobrane z: Komunikacja w opiece medycznej, <https://komunikacjamedyczna.pl/sztuka-rozmowy-z-pacjentem/> (dostęp: 10.11.2019).
- Włodarczyk, B. (2010). *Edukacja zdrowotna*, Warszawa: PWN.
- Winslow, C.E. (1920). *The Untilled Fields of Public Health*. *Science*, 51(1306).
- Zdrowie publiczne. Pobrane z: Wikipedia, https://pl.wikipedia.org/wiki/Zdrowie_publiczne (dostęp: 19.10.2019)