

# Komunikacja interpersonalna a jakość świadczeń zdrowotnych. Istota relacji lekarz – pacjent w medycynie

*Agnieszka Maciąg*

*Proces porozumiewania w ostatnich latach stał się zasadniczym czynnikiem warunkującym jakość oferowanych usług medycznych, umożliwiającym zmniejszenie dystansu społecznego pomiędzy personelem medycznym a świadczeniobiorcą. Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie istoty i roli komunikacji interpersonalnej w ochronie zdrowia w aspekcie usprawniania jakości świadczeń zdrowotnych oraz omówienie najistotniejszych barier w procesie przekazywania informacji.*

## 1. Wstęp

*Uczeń od swego nauczyciela czerpie nie tylko wiedzę, Lecz cały sposób traktowania chorych. Co więcej, tę zewnętrzną stronę sztuki uczeń przejmuje nawet łatwiej niż wiedzę. Stąd też wartość nauczyciela mierzyć się powinna nie wiedzą tylko, nie jego zasługami dla nauki, lecz i moralnymi jego zaletami.*

*Władysław Biegański*

Współczesna medycyna utożsamiana jest z dużym postępem technicznym, farmaceutycznym oraz ciągłym kształceniem i doskonaleniem umiejętności personelu medycznego. Wraz z zachodzącymi przemianami, które dokonują się w medycynie, zmianom ulega również system wartości kulturowych oraz społeczne implikacje relacji lekarz – pacjent. W aspekcie permanentnego doskonalenia jakości świadczeń zdrowotnych kluczową rolę zaczyna odgrywać komunikacja interpersonalna, kształtująca postawy i zachowania personelu medycznego jak i konsumentów usług zdrowotnych – pacjentów<sup>1</sup>.

Proces komunikacji interpersonalnej obejmuje: źródło komunikacji, przekaz, kodowanie, kanał, dekodowanie, odbiorcę oraz sprzężenie zwrotne. Źródło komunikacji stanowi pewna myśl zawarta w przekazie. Przekaz natomiast jest produktem kodowania dokonanego przez nadawcę

występując w postaci werbalnej lub niewerbalnej. Kanał jest środkiem komunikacji, przez który wędruje informacja o charakterze formalnym lub nieformalnym (np.: plotka). Odbiorca jest ostatnim ogniwem w komunikacji, odbierając i odkodowując przekaz. Potwierdzenie odbioru zrozumienia przekazu stanowi informacja zwrotna.

Wiele nieporozumień i konfliktów w relacjach interpersonalnych jest wynikiem złej komunikacji. Celowe deformowanie przekazu lub niewłaściwe odkodowanie informacji z drugiej strony to trudności, które spotykają wszystkich ludzi o różnych osobowościach i różnych zawodach. Jednakże, w przypadku niektórych zawodów, różnice „pochodzenia” między nadawcą a odbiorcą są tak duże, że powodują całkowite lub znaczne zniekształcenie przekazu. Są to zwykle bariery o charakterze fizycznym i psychologicznym. Nie ulega wątpliwości, że o efektywnej komunikacji można mówić wówczas, kiedy treść wypowiedziana jest w pełni zrozumiała i satysfakcjonująca odbiorcę informacji.

## 2. Istota relacji lekarz – pacjent w medycynie

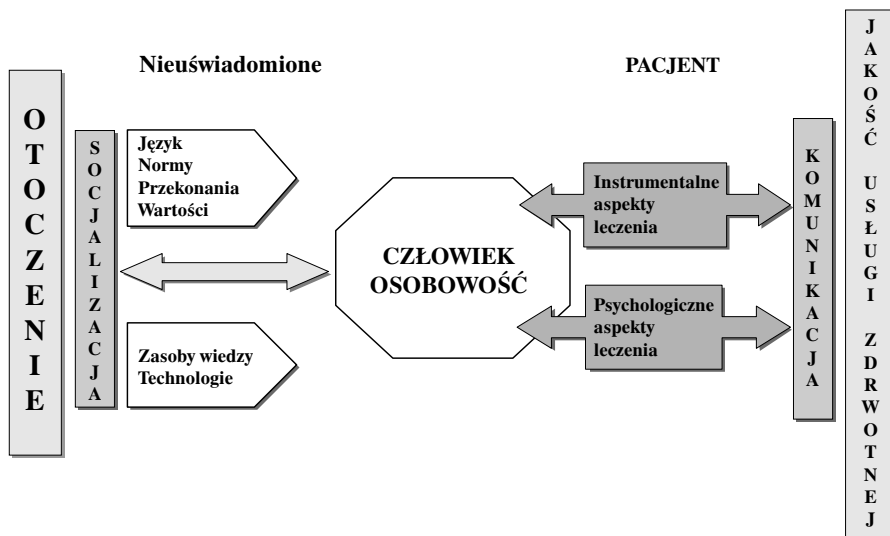
Podstawowy element w procesie przekazywania informacji stanowi socjalizacja kształtująca składniki osobowości człowieka, umożliwiające jego funkcjonowanie w społeczeństwie i wchodzenie w interakcje z innymi uczestnikami organizacji. W ochronie zdrowia informacja to zespół znaczeń (werbalnych i niewerbalnych), przekazywanych pacjentowi, dotyczących instrumentalnych aspektów leczenia, a mianowicie wskazówki, które leki ma stosować, jak postępować po wykonanym zabiegu, jaką dietę stosować, jak zapobiegać chorobie itp. Przebieg procesu socjalizacji w opiece zdrowotnej zależy przede wszystkim od:

- kulturowych systemów symboli obejmujących język, normy, przekonania, wartości, zasoby wiedzy, technologie,
- interakcji z innymi ludźmi w strukturach społecznych (interakcji z osobami znaczącymi),
- formułowania osobowości (umiejętność odgrywania ról, koncepcja własnego „ja”, motywy, dyrektywy kulturowe, emocje) (Tobiasz-Adamczyk 2002: 11; patrz rys. 1.).

Jednym z kluczowych elementów socjalizacji jest komunikacja społeczna, odbywająca się zarówno wewnątrz organizacji pomiędzy jej uczestnikami jak i poza nią. W przypadku np. uczestników (pacjentów) szpitali psychiatrycznych, wzajemne zainteresowanie się cechami osób pozostających w styczności przestrzennej oraz pod określoną kontrolą nad relacją wobec czasu i innych ludzi dochodzi do łączności psychicznej, więzi społecznej wyrażającej się w postaci przyjaźni, koleżeństwa, sympatii, a także świadomości wspólnego stosunku do przedmiotów, symboli oraz osób. Więzy te powodują odczuwanie przez jednostki poczucia wspólnoty i przynależności do grupy, opartego na przestrzeganiu wartości, norm i określonych specyficznych wzorów zachowań. Są to ludzie, którzy nie zawsze są zdolni do tego, aby w pełni angażować się w działania społeczne lub pracę zawodową,

jednakże w sytuacji gdy społeczny kontekst zostaje ograniczony poprzez mniej lub bardziej sztywne bariery, uczestnicy (pacjenci) zaczynają organizować się w nieformalne grupy, komunikując się wzajemnie, pełniąc różne role, czasami nawet konkurując w obrębie grupy. Jednakże w momencie opuszczenia środowiska szpitalnego wśród chorych zauważa się skłonność do społecznego wycofywania, odcinania się od otoczenia zewnętrznego poprzez zrywanie kontaktów z przyjaciółmi, znajomymi oraz najbliższą rodziną. Nie bez znaczenia na tę postawę chorych w tym wypadku ma socjalizacja oraz szerszy kontekst społeczny, niezgodnie kreowany od pokoleń pogląd względem osób chorych psychicznie, w aspekcie intensywnie jak nigdy dotąd zmieniającej się rzeczywistości społecznej i kulturowej. Tożsamość uczestników jest również definiowana „z góry”, a więc poprzez wpływ i oddziaływanie otoczenia zewnętrznego, w tym wypadku społeczeństwa. Postawy ludzi zdrowych wobec chorób psychicznych, instytucji psychiatrycznych oraz wobec samych pacjentów kształtują, modyfikują postawy i zachowania innych uczestników organizacji totalnych (Hoffman 1961/91), jak lekarze, pielęgniarki oraz terapeuci.

W ochronie zdrowia na poziomie relacji lekarz – pacjent najczęściej jedną z przyczyn konfliktów interpersonalnych stanowi



Rys. 1. Psychospołeczne wyznaczniki relacji lekarz – pacjent.

Źródło: opracowanie własne.

niewłaściwa komunikacja, a nawet jej brak. Ponieważ zakłady opieki zdrowotnej kojarzone są na ogół z takimi odczuciami jak: ból, stres, cierpienie, niepewność, czynnikiem ograniczającym efektywność przekazu i skuteczność informacji jest brak właściwej komunikacji. Nasuwa się pytanie: jakie czynniki wpływają na podstawę porozumiewania się personelu medycznego i pacjentów? Aby na nie odpowiedzieć, należy podkreślić i omówić samą istotę procesu komunikacji.

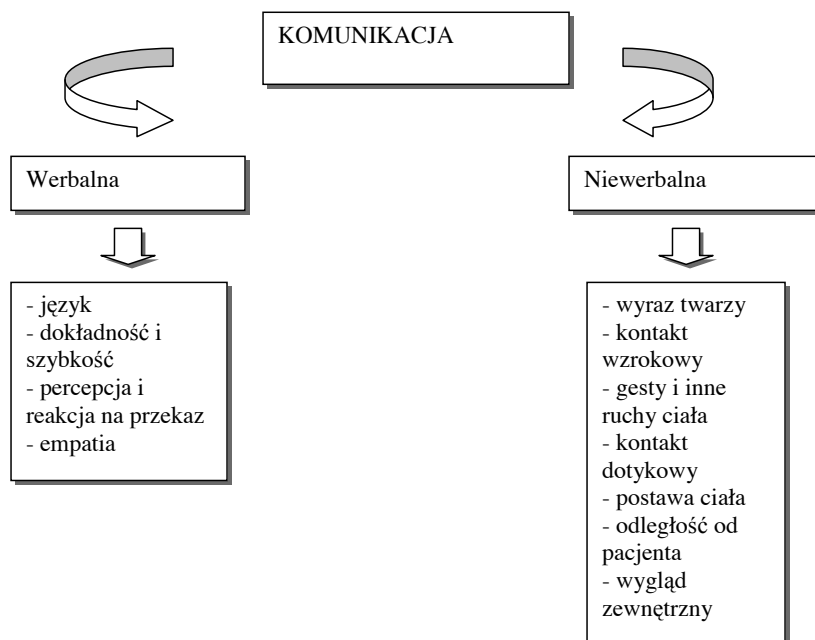
„Porozumiewanie się to przekazywanie wiadomości wśród ludzi za pośrednictwem znaków językowych i znaków niejęzykowych. Znakami językowymi są słowa zbudowane z symboli. Znakami niejęzykowymi są niepisane i niewypowiedziane informacje, np.: wyrazy twarzy, pozawerbalne dźwięki mowy, ruchy ciała, gesty” (Gros 2003: 147).

„Profesor Albert Mehrabian rozróżnia trzy główne czynniki w procesie interakcji, które mają różną moc oddziaływania na odbiorcę, określoną w procentach w następujący sposób:

- to, co mówimy 7%,
- to, jak mówimy 38%,
- mowa ciała 55%.

Jak więc wskazują powyższe dane, porozumiewanie się aż w 93% oparte jest na przekazie niewerbalnym” (Hebanowski 1999: 14).

Komunikacja niewerbalna (rys. 2.) stanowi jeden z istotniejszych aspektów procesu porozumiewania się, wzmacniającego przekaz słowny. Jest to rodzaj kontaktu emocjonalnego, który powstaje pomiędzy nadawcą a odbiorcą informacji, za pośrednictwem gestów, wyrazu twarzy, spojrzeń, dotyku, postawy ciała, a także wyglądu zewnętrznego. Ruch ciała w relacjach lekarz – pacjent jest jednym z ważniejszych elementów komunikacji niewerbalnej, świadczącym o nastawieniu lekarza do chorego, o zmęczeniu, rozkojarzeniu lub braku zainteresowania. Mowa ciała, inaczej zwana kinezją, jako dziedzina wiedzy jest dosyć młoda, stanowi jeden z elementów badań nad komunikacją niewerbalną. Pomimo iż ten rodzaj przekazu rzadko wysyłany jest świadomie, ma duże znacze-



Rys. 2. Elementy składowe komunikacji interpersonalnej w ochronie zdrowia. Źródło: opracowanie własne, materiał z V Sympozjum naukowego, Jakość w Opiece Zdrowotnej, wykład: A. Maciąg, Komunikacja interpersonalna w aspekcie kształtowania satysfakcji pacjentów, 8–9 czerwiec, Maków Mazowiecki/Kaszewiec 2006.

nie w procesie porozumiewania się, dostarczając o pacjencie wiele cennych informacji. Dość szczególne znaczenie odgrywa przede wszystkim w psychiatrii. W przypadkach objawów budzących lęk, w sytuacjach gdy pacjenci obawiają się o swoją przyszłość (np.: schizofrenia, depresja), zachowania niewerbalne mają wyjątkowe znaczenie. W chwili rozpoczęcia korzystania ze świadczeń zdrowotnych pacjenci oczekują życzliwego potraktowania, zrozumienia oraz szczególnego zainteresowania zarówno chorobą jak i samą osobą leczonego. Kluczowym czynnikiem dla pacjenta staje się bezpieczeństwo i zaufanie, którym może obdarzyć lekarza. Zdobycie zaufania pacjenta staje się podstawowym elementem w kształtowaniu właściwych relacji na poziomie lekarz – pacjent. Jednym z warunków umożliwiających skuteczne współdziałanie pracownika służby zdrowia oraz chorego jest stworzenie odpowiednich warunków do swobodnego przepływu informacji, a więc ułatwienie pacjentowi wypowiedzenia się i możliwości wysłuchania bez sprzeciwu, w skupieniu, zrozumieniu i akceptacji. Aby jednak stworzyć atmosferę zaufania w relacjach lekarz – pacjent nie bez znaczenia pozostają inne sygnały niewerbalne, między innymi postawa ciała. W zależności od tego, czy w trakcie rozmowy lekarz miał głowę podniesioną do góry, był pochylony, a jego ręce były złożone, opierał dłonie lub kurczowo coś w nich trzymał, zależy, czy był spięty, czy sygnalizował uczucie niechęci lub znudzenia wobec pacjenta. „Zamknięta” postawa ciała świadczy bowiem o braku zrozumienia i akceptacji chorego. Ekspresję emocji umożliwia również kontakt wzrokowy, wyrażający szacunek i sympatię lub irytację, zdenerwowanie oraz niepokój. O pozytywnym nastawieniu lekarza do pacjenta w tej kategorii komunikacji niewerbalnej świadczy długość spojrzeń. Zbyt długie i intensywne wpatrywanie się może zostać odebrane przez chorego jako nachalne i irytujące lub przeciwnie, krótkie i rzadkie kontakty wzrokowe mogą zostać uznane jako lekceważenie i brak zainteresowania problemami chorego. Uświadamiając sobie istotę niewerbalnych aspektów komunikacji na poziomie lekarz – pacjent, należy zwrócić również uwagę na dystans fizyczny, czyli odległość, w której znajduje się nadawca i odbiorca przekazu. Jeśli lekarz siedzi zbyt daleko od pacjenta, może to świadczyć o braku zainteresowa-

nia lub niezadowoleniu z rozmowy, jeśli zaś dodatkowo oprócz dużej odległości znajduje się na brzegu krzesła, fotela lub kanapy, oznacza to pośpiech i zdenerwowanie. Zbyt zaś bliski kontakt fizyczny może stać się krępujący dla chorego, wywołać niepotrzebny strach, obawy i lęk. Często jednak odległość lekarza od pacjenta ograniczona jest konkretnym miejscem i jego specyfiką. Przykładem może być gabinet stomatologiczny lub wizyta u ginekologa. Pierwsza sytuacja związana jest z silnym stresem i instrumentalną rolą lekarza. Rola lekarza stomatologa wymaga fachowości, dużego nakładu pracy oraz koncentracji i skupienia, co w znacznym stopniu uniemożliwia komunikację z pacjentem podczas wizyty. Z nieco inną sytuacją mamy do czynienia podczas badania ginekologicznego. W tym przypadku komunikację utrudnia sama pacjentka, której emocjonalne nastawienie do wizyty (wstyd, obniżenie poczucia własnej godności, lęk, wrażliwość, upokorzenie) powodują, iż lekarzowi trudniej nawiązać współpracę z chorą. Brak samookreślenia się pacjenta uniemożliwia sprzężenie zwrotne w procesie komunikacji interpersonalnej, zwiększa „odległość” pomiędzy stronami, stwarzając nieuzasadnione bariery, wynikające z bezradności chorego i konieczności poddania się nieprzyjemnemu zabiegowi.

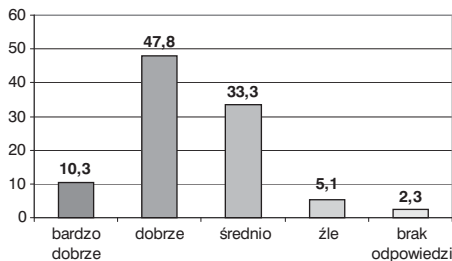
Podczas analizy różnych aspektów komunikacji niewerbalnej należy przywrócić się temu, co do relacji pacjent – lekarz wnosi główny zainteresowany, czyli pacjent. Z perspektywy sytuacji, w której znalazł się pacjent, na interpretację komunikatu wpływa samopoczucie odbiorcy w chwili jego otrzymania. Samopoczucie to jednak ograniczone jest przez stres towarzyszącymi procesowi leczenia.

W psychologii stres definiowany jest jako dynamiczna relacja adaptacyjna pomiędzy możliwościami jednostki a wymogami sytuacji (stresorem), charakteryzująca się brakiem równowagi. W relacjach lekarz – pacjent mamy do czynienia ze stresem psychologicznym określanym jako „taka zmiana w otoczeniu, która u przeciętnej osoby wywołuje wysoki stopień napięcia emocjonalnego, które przeszkadza w normalnym sposobie reagowania”. Zdaniem twórcy teorii napięcia emocjonalnego I.L. Janisa, w stresie psychologicznym wywołanym obiektywnym niebezpieczeństwem, można rozróżnić trzy główne fazy:

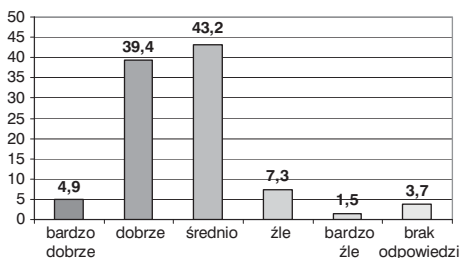
zagrożenia, działania i skutków stresu (Janis 1958).

Czynnikiem stresorodnym dla pacjenta jest nie tylko rodzaj wykonywanego zabiegu, ale również środowisko, w którym się znalazł. W szpitalu czynnikiem terapeutycznym lub traumatyzującym jest kultura organizacyjna, a więc normy, wartości i przekonania personelu medycznego, ogół relacji i stosunków pomiędzy pracownikami oraz pracownikami i pacjentami. Ze względu na specyfikę szpitala, a więc instytucji posiadającej pewne cechy organizacji totalnej: odgradzanie uczestników od otoczenia, podporządkowywanie się, utrata tożsamości, zmiana miejsca i sytuacji (opuszczenie domu i rodziny oraz przyjaciół) przez pacjentów, sprawiają, iż leczenie staje się traumatycznym przeżyciem. Ból i cierpienie towarzyszące choremu podczas wykonywanych zabiegów diagnostycznych oraz badań ograniczają możliwość nawiązania kontaktu lekarza z pacjentem w początkowym etapie leczenia. Istotny wpływ ma również sama choroba i jej przebieg oraz czas hospitalizacji na oddziale. W chorobach przewlekłych, takich jak: nowotwory, choroby układu krążenia lub trwałe uszkodzenia narządów ruchu, mamy do czynienia z silnym stresem, a informacja często ogranicza się jedynie do udzielania podstawowych informacji dotyczących leczenia, niezbędnych w danym procesie terapeutyczno-leczniczym.

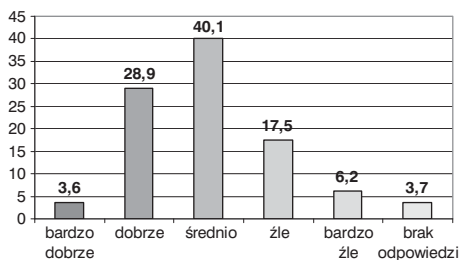
Z przeprowadzonych w 2003 roku badań, dotyczących korzystania z usług opieki zdrowotnej i wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia wynika, iż pacjenci dość negatywnie oceniają komunikację interpersonalną na poziomie lekarz – pacjent. Przeprowadzona przez Główny Urząd Statystyczny analiza była subiektywną oceną jakości informacji o stanie zdrowia, jakie otrzymuje pacjent od lekarza podczas realizacji świadczenia medycznego. W wyróżnionej ogólnej liczbie gospodarstw, 67,2% znajdowało się w miastach, natomiast 32,8% na wsi. „Największy odsetek stanowiły gospodarstwa domowe pracowników (36,9%), następnie emerytów (25,6%), rencistów (15,3%). Pozostałą część badanej zbiorowości stanowiły gospodarstwa pracowników użytkujących gospodarstwa rolne (6,8%), utrzymujących się z niezarobkowych źródeł (6,5%), pracujących na rachunek własny poza gospodarstwem rolnym (5,3%) oraz gospodarstwa rolników (3,6%)” (Maciąg 2004: 42).



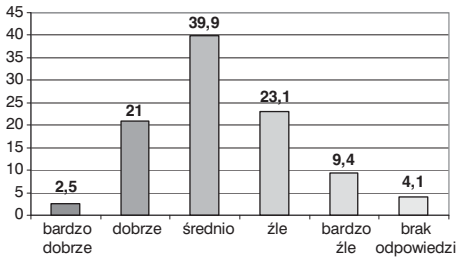
Rys. 3. Traktowanie pacjenta. Źródło: Gospodarstwa domowe wg: oceny zmian w usługach w zakresie opieki zdrowotnej w związku z wejściem w życie reformy systemu ochrony zdrowia (w poszczególnych kategoriach). Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2003 roku, Informacje i opracowania statystyczne, Główny Urząd Statystyczny, s. 55–64.



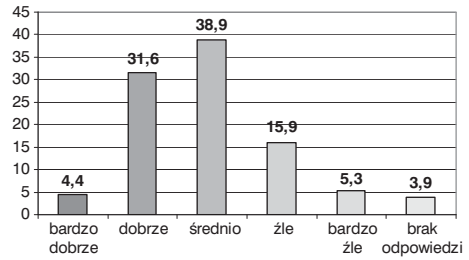
Rys. 4. Organizacja przebiegu wizyty. Źródło: Gospodarstwa domowe wg: oceny zmian w usługach w zakresie opieki zdrowotnej w związku z wejściem w życie reformy systemu ochrony zdrowia (w poszczególnych kategoriach). Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2003 roku, Informacje i opracowania statystyczne, Główny Urząd Statystyczny, s. 55–64.



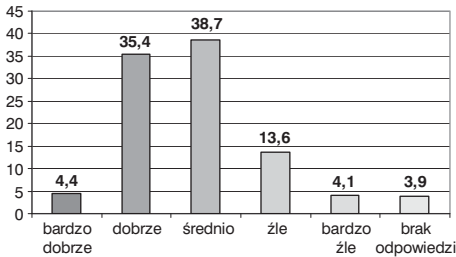
Rys. 5. Czas poświęcony przez lekarza pacjentowi na wywiad o występujących schorzeniach. Źródło: Gospodarstwa domowe wg: oceny zmian w usługach w zakresie opieki zdrowotnej w związku z wejściem w życie reformy systemu ochrony zdrowia (w poszczególnych kategoriach). Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2003 roku, Informacje i opracowania statystyczne, Główny Urząd Statystyczny, s. 55–64.



Rys. 6. Czas poświęcony przez lekarza pacjentowi na wywiad o problemach natury psychicznej i środowiskowej. Źródło: Gospodarstwa domowe wg: oceny zmian w usługach w zakresie opieki zdrowotnej w związku z wejściem w życie reformy systemu ochrony zdrowia (w poszczególnych kategoriach). Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2003 roku, Informacje i opracowania statystyczne, Główny Urząd Statystyczny, s. 55–64.



Rys. 8. Czas poświęcony przez lekarza pacjentowi na informowanie go o przestrzeganiu odpowiedniego trybu życia i diety. Źródło: Gospodarstwa domowe wg: oceny zmian w usługach w zakresie opieki zdrowotnej w związku z wejściem w życie reformy systemu ochrony zdrowia (w poszczególnych kategoriach). Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2003 roku, Informacje i opracowania statystyczne, Główny Urząd Statystyczny, s. 55–64.



Rys. 7. Czas poświęcony przez lekarza pacjentowi na informowanie go o zażywanych lekach. Źródło: Gospodarstwa domowe wg: oceny zmian w usługach w zakresie opieki zdrowotnej w związku z wejściem w życie reformy systemu ochrony zdrowia (w poszczególnych kategoriach). Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2003 roku, Informacje i opracowania statystyczne, Główny Urząd Statystyczny, s. 55–64.

Z przeprowadzonych badań wynika, że zdecydowana większość ankietowanych wyróżnia błędy w niewłaściwej komunikacji na poziomie kontaktów lekarz – pacjent. Obserwacje wskazują, iż najczęściej jest to strach przed zadawaniem pytań, a także brak zaufania do lekarzy wynikający z niedoinformowania o kluczowych aspektach procesu leczenia związany z brakiem zainteresowania medyków społeczno-emocjonalnymi uwarunkowaniami leczenia. W tej kwestii „podniesienie poziomu umiejętności społecznych lekarzy może poprawić atmosferę w miejscu pracy, a jednocześnie wpłynąć na jakość świadczonych przez nich usług” (Sheridan 1998: 189).

### 3. Komunikacja interpersonalna a jakość świadczeń zdrowotnych

W ochronie zdrowia jakość ma bardzo szerokie znaczenie, nie zawsze do końca jest możliwa do zdefiniowania, gdyż przekracza kryteria materialne przechodząc w sferę pojęć socjologicznych oraz psychologicznych. Jedną z trzech sfer jakości usług zdrowotnych stanowi sfera informacyjna. „Jest to zasób informacji, który jest dostarczony pacjentowi, jak ma stosować leki, jak ma zapobiegać chorobie, w jaki sposób ma postępować po zabiegu” (Opolski 2003: 29). Są to zwykle informacje o charakterze instrumentalnym, ukierunkowane na rozwiązanie określonego problemu medycznego. W komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem bardzo istotną rolę odgrywa jednak interakcja emocjonalna (afektywna) ukierunkowana na traktowanie pacjenta jako osoby, nie zaś jako „przypadku”, uwidaczniająca się jako relacja społeczna. Talcott Parsons, analizując relację lekarz – pacjent, wskazywał na wspólny cel uczestników, polegający na poprawie lub podtrzymaniu zdrowia pacjenta, podkreślając jednocześnie odmienną rolę społecznej lekarza i pacjenta. Lekarz – osoba wykonująca czynność instrumentalną – stwarza jednocześnie problem emocjonalny, np.: operacja wywołuje u pacjenta uczucie strachu i niepokoju. Równowaga systemu zostaje naruszona przez czynność instrumentalną, dopiero czynność ekspresywna przywraca te równowagę. Czynności

ekspresywne, czyli uczuciowe, są czynnościami, które usiłują wpłynąć na osobiste motywacje, zgodnie z tymi odczuciami, na psychologiczne procesy osoby wchodzącej w skład systemu (Parsons 1969).

Eliot Freidson wymienia trzy rodzaje sytuacji różnicujących dostęp do przywilejów związanych z rolą chorego: sytuację, w której rola chorego przyznawana jest warunkowo (przypadki chorób uleczalnych), sytuację, w której rola chorego przyznawana jest bezwarunkowo (przypadki chorób nieuleczalnych) oraz sytuację, w której dochodzi do stygmatyzowania choroby przez innych – pełnienie roli chorego uznawane jest za nielegalne, a tym samym szansę na uzyskanie praw i przywilejów związanych z tą rolą są znikome (Freidson 1970).

W relacjach lekarz – pacjent, lekarz podchodzi do choroby w sposób obiektywny i instrumentalny, pacjent subiektywnie z dużą dozą emocji i zaangażowania. Dlatego też istotne jest, aby lekarz spełniał psychoterapeutyczną rolę, a więc okazywał pacjentowi, że rozumie jego potrzeby zdrowotne. Empatia oznacza umiejętność wczuwania się w sytuację i emocje drugiej osoby. Lekarz empatyczny potrafi na podstawie obserwacji zachowania, mimiki twarzy, mowy ciała i sposobu mówienia ocenić stan emocjonalny obserwowanej osoby (tzw. inteligencja emocjonalna). „Za zdolność wchodzenia w empatyczny kontakt z drugim człowiekiem odpowiedzialne są różne kategorie umiejętności: ekspresja własna organizmu, sprawność percepcji, koncentracja uwagi, spostrzeganie wewnętrznych sygnałów organizmu przez podmiot, przechowywanie w pamięci i aktualizowanie materiału. Opierają się one zarówno na predyspozycjach biologicznych, jak też na procesach uczenia. Wynika z tego, że każdy człowiek, choć w różnym stopniu, obdarowany jest zdolnością do empatycznej komunikacji” (Hebanowski 1999: 65). W ochronie zdrowia empatia polega na słuchaniu, wyrażaniu zrozumienia wobec tego, co powiedział pacjent, i określeniu jego sytuacji oraz koncentrowaniu się na problemie chorego, pocieszaniu i doradzaniu. Stanowi typ empatii poznawczej. W psychiatrii poznanie polega m.in. na „wyobrażaniu sobie, co chory psychicznie przeżywa, wczuwaniu się w jego stany uczuciowe, wypytywaniu o przeszłe i obecne przeżycia, korzystaniu z pisemnych opisów dostarczonych przez

chorego, szukaniu analogii do własnych sposobów przeżywania” (Jakubik: [www.psychologia.net.pl](http://www.psychologia.net.pl)). „Poznanie właściwości innych ludzi, ich pragnień, myśli, chwilowych nastrojów i stanów, bardziej trwałych potrzeb i uznawanych wartości jest podmiotowi potrzebne, zarówno dla realizacji jego celów osobistych, jak i dla działania na rzecz innych ludzi” (Skarżyńska 1981: 14). Rozwijanie zdolności empatyzowania pozwala terapeutce budować właściwe relacje z chorym, zwiększając jednocześnie satysfakcję pacjenta z otrzymanego świadczenia medycznego. „Badania wykazały, że empatyczna postawa zawodowa odgrywa niezwykle istotną rolę w kontaktach z pacjentami psychiatrycznymi. Dowiedziono bowiem, że stan zdrowia schizofreników leczonych przez terapeutów o wysokim stopniu empatii wyraźnie się poprawia, w przeciwieństwie do chorych, których prowadzili lekarze mało empatyczni i u których następowało pogorszenie stanu zdrowia” (Hebanowski 1987: 494–495).

#### **4. Konsekwencje niewłaściwej komunikacji interpersonalnej**

Konsekwencją nieprawidłowej relacji lekarza z pacjentem jest nie tylko spadek satysfakcji ze świadczeń medycznych, ale również powstawanie wielu barier komunikacyjnych. Do najważniejszych możemy zaliczyć:

- niedoinformowanie wynikające z używania przez personel służby zdrowia specjalistycznego języka medycznego związanego bezpośrednio z pełnią funkcją,
- niedoinformowanie na temat sposobu, w jaki realizowana jest usługa medyczna,
- tworzenie kręgu wewnętrznych informacji przez pacjentów.

W ocenie jakości usług zdrowotnych przez pacjentów szczególną rolę odgrywa ostatnia z wymienionych barier komunikacyjnych. W ochronie zdrowia niewłaściwa komunikacja wiąże się z powstawaniem sieci pogłosek i plotek, które pacjenci uważają za istotne i które budzą ich niepokój. Dlatego z punktu widzenia lekarza oraz celu procesu terapeutycznego, jakim jest skuteczność i efektywność leczenia, szczególnie istotną rolę odgrywa możliwość analizowania oraz przewidywania, w jaki sposób będzie odbywał się przepływ informacji. Na

poziomie relacji lekarz – pacjent kluczową rolę w interpretacji komunikatu odgrywa samopoczucie odbiorcy w chwili otrzymania informacji. „Ten sam przekaz otrzymany, gdy jesteś zły albo zaniepokojony, jest często interpretowany inaczej niż wtedy, gdy jesteś szczęśliwy. Najbardziej przeszkadzają w skutecznej komunikacji emocje skrajne, jak wielka radość czy depresja. W takich przypadkach jesteśmy najbardziej skłonni do lekceważenia procesów myślenia racjonalnego i obiektywnego, które zastępujemy sądami emocjonalnymi” (Robbins 2002: 136). Emocjonalne sądy przekazywane są zwykle w postaci plotek, wzbudzają wśród pozostałych chorych mykłe przeświadczenia i wywołują dodatkowy stres. „Z kolei w poczekalniach czy w przychodniach źle zorganizowany system opieki powoduje, iż pacjenci gromadzą się i oczekując na lekarza dzielą się «informacjami» o chorobach, stwarzając atmosferę niepokoju i wzajemnego straszenia się” (Opolski 2003: 30).

Ocena jakości usług zdrowotnych przez pacjentów odbywa się w dwóch wymiarach: instrumentalnym (bezpośrednim) oraz psychospołecznym (pośrednim). Pierwszy, subiektywny oceniany jest z perspektywy oceny procesów medycznych, a więc jakości leczenia, zdefiniowanego przez chorego w kategoriach skuteczności (wynik leczenia = pogorszenie lub poprawa stanu zdrowia). Psychospołeczne aspekty leczenia odwołują się do indywidualnych odczuć pacjenta, a także do ogólnych opinii o jakości pracy lekarzy lub pielęgniarów, wyrażanych przez innych chorych. W podejściu pośrednim kluczową rolę dla pacjenta odgrywa komunikacja interpersonalna. Jakość wywiadu lekarskiego w oczach chorego zależy od: informacji dotyczących rozpoznawania, rokowania i leczenia danego schorzenia, a także kontaktu z lekarzem podczas wizyty i udzielonych przez niego wyjaśnień.

Ponieważ pacjent nie jest w stanie obiektywnie ocenić kompetencji lekarza na płaszczyźnie jego profesjonalnych działań instrumentalnych, na jego stopień satysfakcji z usług zdrowotnych ostatecznie wpływa relacja lekarz – pacjent oraz empatia, rozumiana przez pacjenta jako możliwość uzyskania od lekarza ilości informacji zapewniającej mu poczucie bezpieczeństwa, a także stworzenie mu szansy na przedstawienie z własnej perspektywy odczuwanego dyskomfortu i dolegliwości. Dlatego

też istotne jest w doskonaleniu jakości usług medycznych podkreślenie nie tylko relacji lekarz – pacjent w zakresie działań instrumentalnych, ale również podkreślenie psychospołecznych aspektów komunikacji.

## 5. Wnioski

Prowadząc rozważania na temat wpływu komunikacji interpersonalnej na jakość usług medycznych, należy pamiętać, że zachowania i reakcje ludzi nie są przypadkowe. Z perspektywy lekarza na jego skuteczność i efektywność porozumiewania się z pacjentem wpływa nie tylko wiedza i doświadczenie, ale również relacje z innymi pracownikami, struktura i kultura organizacyjna, systemu wynagradzania i inne czynniki kształtujące postawy personelu medycznego.

Obecnie zakłady opieki zdrowotnej podejmują wiele działań w kierunku poprawy jakości świadczonych usług i zadowolenia klienta zewnętrznego. Jednakże od tego, czy pacjent będzie usatysfakcjonowany, zależy przede wszystkim umiejętność kontaktu interpersonalnego lekarza i zmniejszenie dystansu społecznego pomiędzy uczestnikami.

Ponieważ jedną z najczęściej spotykanych barier w ochronie zdrowia stanowi język, aby ograniczyć problemy i przeszkody w komunikacji, należy przekazywać w sposób zwięzły, jasny i zrozumiały, korzystając z informacji zwrotnych, np. pytając: Czy zrozumiał Pan(i), co mówiłem(am)? Należy pamiętać, iż komunikacja jest w pełni skuteczna wyłącznie wtedy, gdy przekaz jest właściwie odkodowany, a jego znaczenie zostało całkowicie uchwycone. Aby informacja była jednak uchwycona, należy dostosować jej język do słuchacza, uwzględniając jednocześnie emocje towarzyszące odbiorcy w danej chwili, które mogą poważnie zakłócać i wypaczać rozumienie niektórych znaczeń.

Przekazując informacje drugiej osobie, należy zawsze zwracać uwagę na sygnały niewerbalne, wzmacniające lub osłabiające przekaz słowny. Każdy ruch, gest nie jest przypadkowy i odgrywa w komunikacji określoną rolę. Pomimo iż rzadko wysyłany jest świadomie, jeśli jest sprzeczny z przekazem słownym, może wywołać duży problem emocjonalny odbiorcy, zakłócając jego poczucie bezpieczeństwa i zaufania.



Należy pamiętać, że podstawowym zasobem placówki medycznej oddziałującym na bezpieczeństwo oraz satysfakcję pacjenta jest informacja. „Jest to sfera bardzo ważna, bowiem od personelu medycznego zależy, czy zniknie bariera nieufności pomiędzy świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą. Aby jednak zminimalizować dystans, jaki istnieje między lekarzem a pacjentem, chory powinien być kompleksowo poinformowany o swoim stanie zdrowia. Od woli, motywacji i zrozumienia sytuacji, w jakiej znajduje się pacjent, przez personel medyczny zależy, czy zostanie wypracowane wzajemne zaufanie na poziomie relacji lekarz – pacjent” (Maciąg 2004: 44).

### Informacje o autorce

**Dr Agnieszka Maciąg** – Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Polityki Ochrony Zdrowia, Zakład Jakości Świadczeń, Standardów i Procedur Medycznych. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny, Zakład Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa  
E-mail: amaciag@pzh.gov.pl.

### Przypisy

- <sup>1</sup> W tekście zamiennie stosuje się terminologie: lekarz = terapeuta i leczenie = terapia.

### Bibliografia

- Freidson, E. 1970. *Profession of Medicine: A Study of Applied Knowledge*, New York: Dodd Mead.
- Gros, U. 2003. *Zachowania organizacyjne w teorii i praktyce zarządzania*, Warszawa: PWN.
- Hebanowski, M., Kliszcz, J. i B. Trzeciak. 1999. *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem*, Warszawa: PZWL.
- Jakubik, A. *Granice poznania drugiego człowieka w psychiatrii*, [www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=89](http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=89).
- Janis, I. L. 1958. *Psychological stress*, New York: Wiley.
- Maciąg, A. 2004. Rola informacji w procesie tworzenia jakości usług medycznych. *Zdrowie i Zarządzanie*, tom VI, nr 6.
- Opolski, K., Dykowska, G. i M. Możdżonek. 2003. *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Warszawa: CeDeWu.
- Parsons, T. 1969. *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa: PWE.
- Robbins, S.P. 2002. *Zasady zachowania w organizacji*, Poznań: Zysk i S-ka.
- Sheridan, Ch.L. i S.A. Radmacher. 1998. *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Skarżyńska, K. 1981. *Spostrzeganie ludzi*, Warszawa: PWN.
- Tobiasz-Adamczyk, B. 2002. *Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Kraków: Wydawnictwo UJ.