

# Narzędzie pracy lekarza

**Dobra komunikacja między pacjentem a lekarzem jest elementem dobrej praktyki lekarskiej, niezbędną częścią medycznej edukacji, na równi z nauczaniem zasad medycyny opartej na dowodach**

**K**ompetencje komunikacyjne lekarza należą do umiejętności klinicznych, przekładają się bowiem na wyniki terapii. Dostrzega to nurt humanistyki medycznej, w lekarzu widząc „kogoś w rodzaju powiernika kultury czy może nawet powiernika człowieczeństwa”<sup>1</sup>. W stawianiu rozpoznania i na wszystkich etapach procesu leczenia nie może się on obyć nie tylko bez wiedzy na temat stanu somatycznego pacjenta, ale też jego zwyczajów, wyobrażeń, postaw, lęków, nadziei i motywacji oraz środowiska, w którym żyje. Prof. dr hab. n. med. Tomasz Pasierski, kierujący Zespołem Studium Etyki Lekarskiej i Medycyny Paliatywnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM), sądzi, że zaufanie pacjenta do lekarza jest podstawą współczesnego profesjonalizmu lekarskiego i że nic tak go nie buduje jak dobra komunikacja<sup>2</sup>. Dla prof. dr hab. n. med. Tomasza Targowskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie geriatry, jest ona elementem dobrej praktyki lekarskiej (GMP – good medical practice), niezbędną częścią medycznej edukacji, na równi z nauczaniem zasad medycyny opartej na dowodach.

### EMOCJE, MYŚLI, SŁOWA

Proces komunikacji, w trzech równorzędnych obszarach – emocji, myśli i słów, pełni wiele funkcji: informacyjną, motywacyjną, kontrolną, regulującą napięcie emocjonalne. Poza treścią wypowiedzi (stanowi zaledwie 7% przekazu<sup>3</sup>) i klarownością informacji z obu stron w relacji ważna jest mowa ciała (mimika, gesty, tonacja, modulacja i głośność głosu, rytm, tempo wypowiedzi itp.), odzwierciedlająca stan emocjonalny rozmówcy<sup>4</sup>. Sprawne poruszanie się w sferach słownej i pozasłownej

ułatwia lekarzowi zrozumienie świata chorego i odczytanie sygnałów, „które wysyła [on] w nadziei uzyskania wsparcia”<sup>3</sup>. Utrudnieniem w tym może okazać się sposób formułowania komunikatu przez lekarza, wzbudzający w słuchaczu defensywność – reakcje obronne, zamiast otwartości i chęci współpracy.

Celami komunikacji, a zarazem kryteriami komunikacji kompetentnej ze strony lekarza są: czytelność przekazu i zrozumienie sytuacji pacjenta z jego perspektywy, realizowane poprzez: słuchanie empatyczne (odbiór z nastawieniem na zrozumienie emocji rozmówcy, zwracanie uwagi na integrację słów z emocjami) oraz słuchanie aktywne (stosowanie parafraz, precyzowanie odebranego komunikatu przez zadawanie pytań, udzielanie informacji zwrotnej za pomocą dzielenia się odczuciami i doświadczeniami bez osądzania, szczerze i wspierająco).

Na dostępność komunikatu werbalnego wpływają wspomniane już znaki pozasłowne (zawierają ok. 2/3 przekazu). Ujawniają one emocje, uczucia, cechy osobowości, postawy i poglądy, poprzez nie pacjent ocenia swoją relację z lekarzem. Także lekarz – w sposobie mówienia, wyrazie twarzy i postawie ciała – powinien umieć odczytywać niewerbalne komunikaty rozmówcy. Nawiązanie kontaktu wzrokowego (jego brak dla odbiorcy oznacza brak zainteresowania), ton głosu czy wyraz twarzy działają nawet wtedy, gdy lekarz milczy podczas badania, co wpływa na powodzenie konsultacji medycznej. Ufność słuchacza wzbudza spójność komunikatów werbalnych i niewerbalnych, zaś ich niespójność powoduje brak zaufania, napięcie i niepokój. Wyczuwając niezgodność między komunikatem werbalnym a niewerbalnym, odbiorca bardziej ufa treści przekazanej bez słów. Ustalono, że po spotkaniu z lekarzem



pacjent potrafi znacznie lepiej określić jego stan emocjonalny, postawę i stosunek do siebie, niż przywołać treść rozmowy.

#### **INTERPERSONALNE KOMPETENCJE LEKARZY**

Analiza warunków skutecznej komunikacji lekarza z pacjentem senioralnym (dla celów naukowych i klinicznych) była tematem projektów badawczych takich jak np. PolSenior 2 (2016-2020) lub Projekt PRACTA – Promocja aktywności seniorów w publicznej opiece zdrowotnej: diagnoza psychospołecznych potrzeb pacjentów i wzmacnianie interpersonalnych kompetencji lekarzy. Ten ostatni projekt realizował w latach 2013-2017 zespół badaczy z Zakładu Psychologii Medycznej WUM (obecnie Studium Psychologii Zdrowia) we współpracy z Norweskim Uniwersytetem Nauki i Techniki w Trondheim, pod kierunkiem dr hab. nauk o zdrowiu Doroty Włodarczyk, która aktualnie jest kierownikiem Studium Psychologii Zdrowia w strukturze Centrum Nauk Humanistycznych i Społecznych Medycyny. Na próbie 500 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) z całej Polski i seniorów 65+ badacze analizowali psychospołeczne potrzeby pacjentów senioralnych korzystających z publicznych placówek opieki zdrowotnej i kompetencje interpersonalne lekarzy w zakresie komunikacji z osobami starszymi. Cele projektu to wzmacnianie kompetencji interpersonalnych lekarzy i aktywizacja prozdrowotna seniorów. Włodarczyk i wsp. przeprowadzili też badania komunikacji medycznej w POZ z dwóch perspektyw – lekarza i pacjenta senioralnego<sup>4</sup>. W podsumowaniu stwierdzono istnienie rozbieżności między oczekiwaniami i doświadczeniami pacjentów senioralnych w zakresie komunikacji, niedoszacowanie oczekiwań →

#### **POSTAWĘ OBRONNĄ U SŁUCHACZA WZBUDZAJĄ:**

- ocenianie
- kontrola (zamiast stosowania perswazji, lepiej definiować wspólny problem i szukać rozwiązania)
- strategia (stosowanie z góry zaplanowanej strategii może wzbudzić reakcje obronne; zachowania szczere i spontaniczne redukują postawę obronną)
- neutralność (negatywnie odbierany jest komunikat, w którym da się wyczuć brak zainteresowania swoimi sprawami, brak pozytywnych uczuć wobec siebie; komunikaty zaprzeczające odczuciom odbiorcy są odbierane jako brak akceptacji; zrozumienie, empatia i szacunek dla wartości rozmówcy ułatwiają komunikację, budują porozumienie)
- wyższość (pouczanie, upominanie i demonstrowanie wyższości powodują nieprzyjemne reakcje, nie sprzyjają współpracy; defensywność się zmniejsza, gdy rozmówca chce uczestniczyć w rozwiązywaniu problemu na zasadach wzajemnego zaufania i szacunku, nawet przy różnicy zdań)
- pewność (sprawianie wrażenia osoby nieomyślnej, wszechwiedzącej naraża na reakcję obronną ze strony rozmówcy).

## Komunikacja



**prof. dr hab. n. med. Tomasz Targowski**  
konsultant krajowy w dziedzinie geriatrici

pacjentów, przeszacowanie działań własnych lekarzy, związek wyższego poziomu prozdrowotnej aktywności z mniejszą rozbieżnością między oczekiwaniami a doświadczeniami. Spełnienie w czasie wizyty oczekiwań pacjentów warunkuje ich prozdrowotną aktywność, a komunikacja lekarza z pacjentem senioralnym przekłada się na efekty terapeutyczne: dobra zmienia na bardziej aktywną postawę pacjenta wobec leczenia i zdrowia.

– Starsi wiekiem pacjenci nie zawsze są w stanie sformułować klarowny, jednoznaczny przekaz, zwerbalizować swoje oczekiwania czy problemy – analizuje perspektywę seniorów w gabinecie lekarza prof. Targowski. – To o tyle istotne, że

często dochodzi u nich do somatyzacji objawów psychoemocjonalnych, np. maskujących depresję – uważa. Lekarz powinien diagnozować i leczyć nie tylko na podstawie stanu somatycznego chorego, ale też brać pod uwagę jego stan psychiczny, sytuację życiową, poziom wykształcenia, możliwości poznawcze, środowisko, w jakim żyje, światopogląd itp., a także formę przekazu, która sama w sobie może być objawem choroby. Nie powinien arbitralnie zakładać, że pacjent rozumie i podziela lekarski naukowy ogląd, ale cierpliwie mu go wyjaśniać.

– Już ponad dekadę temu – przypomina profesor – m.in. prof. Marta Makara-Studzińska (dziś pracownik Zakładu Psychologii Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego) charakteryzowała dobrą komunikację z pacjentem, zalecając cierpliwe, empatyczne słuchanie, w atmosferze pozwalającej na swobodne wyrażanie opinii. Ważne jest okazywanie szacunku i zainteresowania dla sposobu myślenia, traktowanie przekazanych informacji jako ważnych, respektowanie oczekiwań pacjenta związanych z aspektami formalnymi komunikacji, np. podanie ręki na powitanie itd.

Podobne postępowanie postulowali w latach 90. XX w. autorzy Wytycznych Calgary-Cambridge (Jonathan Silverman, Suzanne Kutrz, Juliet Draper). Obejmowały one rozumienie punktu widzenia pacjenta, w tym: ustalenie jego przekonań, np. na temat przyczyn dolegliwości, identyfikację obaw, oczekiwań (cel leczenia, rodzaj pomocy), zachęcanie do wyrażania emocji. Chcąc uzyskać porozumienie terapeutyczne, „lekarz akceptuje prawo pacjenta do własnych poglądów i uczuć, nie ocenia ich; okazuje empatię (...); otwarcie wyraża akceptację dla jego poglądów i emocji, udziela wsparcia, wyraża troskę, docenia starania w zakresie radzenia sobie z sytuacją, proponuje relację partnerską”<sup>5</sup>.

### OSTATNIE MIEJSCE W RANKINGU

Na konferencji „Komunikacja w medycynie i dobre relacje z pacjentami – teoria, praktyka, dydaktyka”, zorganizowanej z okazji publikacji raportu „Dobre relacje personelu medycznego z pacjentami”, zawierającego rekomendacje dotyczące poprawy relacji chorych z personelem medycznym<sup>1</sup>, prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gaciong, rektor Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ubolewał nad ostatnim miejscem polskich lekarzy w rankingu przeprowadzonym w 30 krajach w 2014 r. na temat zaufania i satysfakcji z leczenia wśród pacjentów, opublikowanym przez „New England Journal of Medicine”.

Amerykański gerontolog Clark Tibbitts, autor „Handbook of Social Gerontology. Societal Aspects of Aging” (The University of Chicago Press, Chicago 1960), zdefiniował 10 psychospołecznych oczekiwań pacjentów senioralnych. To m.in.: potrzeba wykonywania społecznie użytecznych czynności, uznania przez otoczenie, wypełnienia czasu wolnego, życia towarzyskiego, np. odwiedzin u „swojego” lekarza – powiernika, co go aktywizuje i zabiera ze strefy biernego, obciążonego dyskomfortem psychicznym czekania na koniec życia – komentuje prof. Targowski. – Wizyta w gabinecie lekarskim ma dać pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, sposobność do opowiedzenia o swoich dolegliwościach i problemach. To wymaga empatii i zaangażowania lekarza, zgodnie z maksymą Petroniusza, autora Satyrykonu, że „Nikt nie ufa lekarzowi, który nie czuje bólu [pacjenta]”. Wgląd w świat pacjenta, zwłaszcza seniora, z zaburzeniami poznawczymi o różnej skali nasilenia, za to na ogół dobrze funkcjonującego emocjonalnie, pomaga w nawiązywaniu z nim relacji – tłumaczy profesor.

#### UWAGA SKIEROWANA NA SENIORÓW

Pacjent senioralny wymaga szczególnej uwagi. – By móc motywować pacjenta, zmieniać utrwalone przez lata życia nawyki i przekonania, przy mniejszej otwartości poznawczej w siódmej czy ósmej dekadzie życia, czasem przy zaburzeniach kognytywnych, trzeba pozyskać jego zaufanie – mówi prof. Targowski. W praktyce dopiero po kilku spotkaniach, drobnymi kroczkami, zaczynamy trafiać do niego z argumentami. Nie proponujemy kilku zmian naraz, tylko jedną. I czekamy, by – wdrożoną – pacjent sam ocenił jako korzystną. W ten sposób stopniowo zyskujemy szansę wprowadzenia kolejnych zmian. To wymaga wyczucia i doświadczenia. Nie sztuka na karcie wypisowej ze szpitala spisać listę, skądinąd słusznych, zaleceń lekarskich. Gdy realizacja zaleceń lekarza przekracza możliwości organizacyjne pacjenta lub stanowi zbyt duże obciążenie, pacjent, nie mogąc wypełnić tych zaleceń, może czuć się winny za pogorszący się stan swojego zdrowia – podkreśla profesor.

Na antypodach dobrej komunikacji są dochodzące do głosu wprost lub w przekazie pozawerbalnym stereotypy i uprzedzenia dyskryminujące człowieka np. ze względu na wiek (ageizm), mogące prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia seniorów, izolacji społecznej i wcześniejszych zgonów. W Global Report on Ageism z 2021 r. Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła opis natury i skalę tego zjawiska, zaproponowała strategię



**dr hab. nauk o zdrowiu Dorota Włodarczyk**  
**Studium Psychologii Zdrowia, Centrum Nauk**  
**Humanistycznych i Społecznych Medycyny**

zapobiegania i przeciwdziałania mu, głównie poprzez politykę i regulacje prawne, interwencje edukacyjne i kontakty międzypokoleniowe, zwiększające empatię. Zalecenia te są objęte globalną kampanią, której oręduje Organizacja Narodów Zjednoczonych w ramach Dekady Zdrowego Starzenia się: 2021-2030. Starzeją się całe społeczeństwa, co samo w sobie może sprzyjać bardziej empatycznemu postrzeganiu ludzi starych. ●

#### Ewa Biernacka

##### PIŚMIENICTWO

1. Konferencja WUM, wystąpienie Komunikacja i profesjonalizm, w: Konferencja „Komunikacja w medycynie i dobre relacje z pacjentami – teoria, praktyka, dydaktyka”, 25.05.2022, której celem było m.in. zaprezentowanie Strategii „Dobre relacje personelu medycznego z pacjentami”, opracowanej przez zespół ekspertów z WUM, Akademii Komunikacji Medycznej oraz Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej
2. Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych. Hygeia Public Health 2012;47(3):247-53
3. Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej. Mastalerz-Migas A, Jankowska AK, Barański J (red.). Edra Urban & Partner, Wrocław 2021, rozdział 1: Komunikacja werbalna i niewerbalna. Jankowska AK, Ratajska A
4. Konferencja WUM 25.05., jw., wystąpienie: Komunikacja medyczna w POZ z perspektywy lekarza i pacjenta senioralnego – stopień dopasowania i jego konsekwencje
5. Kurtz SM, Silvermann JD, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine 2nd Edition. Radcliffe Publishing Oxford 1. wyd. 1998