

# PROBLEMY PRACY LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ I ZDROWIE POPULACJI

MEDYCYNA OGÓLNA, 2008, 14 (XLIII), 3

*Praca poglądowa*

ANNA WŁOSZCZAK- SZUBZDA<sup>1</sup>, MIROSŁAW J. JAROSZ<sup>1,2</sup>

PROBLEMY KOMUNIKOWANIA SIĘ PERSONELU MEDYCZNEGO  
Z PACJENTAMI

*PROBLEMS OF COMMUNICATION OF MEDICAL STAFF  
WITH PATIENTS*

*ПРОБЛЕМЫ КОММУНИКАЦИИ МЕДПЕРСОНАЛА  
С ПАЦИЕНТАМИ*

*ПРОБЛЕМИ КОМУНІКАЦІЇ МЕДПЕРСОНАЛУ  
З ПАЦІЄНТАМИ*

<sup>1</sup>Z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie  
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu  
Zakład Metod Informatycznych i Epidemiologicznych  
Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. M. J a r o s z  
<sup>2</sup>Z Instytutu Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie  
Dyrektor Instytutu: prof. dr hab. n. med. L. W d o w i a k

Artykuł omawia problemy i zagrożenia wynikające z braku właściwej wiedzy, umiejętności i edukacji z zakresu komunikacji interpersonalnej, wśród personelu medycznego.

**SŁOWA KLUCZOWE:** personel medyczny, porozumiewanie się, pacjent, kompetencje komunikacyjne, zagrożenia

**KEY WORDS:** *medical staff, communication, patient, communication competence, risks.*

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** *медперсонал, понимание, пациент, коммуникационные компетенции, опасность.*

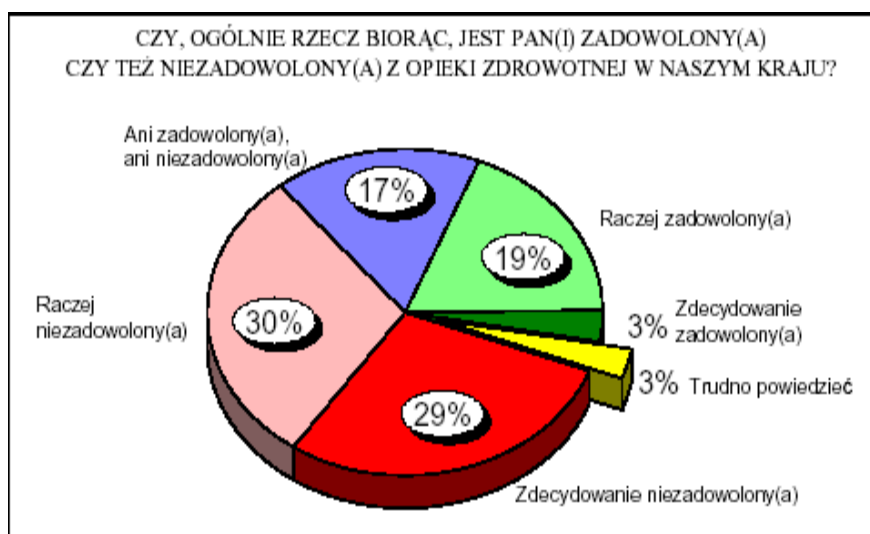
**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** *медперсонал, розуміння, пацієнт, комунікаційні компетенції, загроза.*

Umiejętność poprawnego komunikowania się profesjonalisty medycznego (lekarza, pielęgniarki, ratownika lub fizjoterapeuty) z chorym jest elementem praktyki medycznej. Od właściwej relacji pacjent – profesjonalista medyczny zależy trafność diagnozy i skuteczność terapii[1]. Wydawać by się mogło, że takie myślenie i działanie jest oczywiste. Przeczą temu jednak, zacytowane z obchodów lekarskich w szpitalu, wypowiedzi w rodzaju: „... na tej sali mamy dwa woreczki i jeden żołądek”. Nie jest to początek dowcipu, tylko wypowiedź „identyfikująca”

i „charakteryzująca” pacjentów. Jej efektem jest skoncentrowanie uwagi słuchających na chorych narządach, zapominając, że mają do czynienia z ludźmi [2]. Spróbujmy jednak spojrzeć na ten problem z szerszej perspektywy.

Sytuacja opieki medycznej w Polsce jest często przedstawiana, jako dramatyczna lub katastrofalna. Brakuje pieniędzy na sprzęt i leki, a przede wszystkim na leczenie, czyli wynagrodzenia pracowników medycznych. W niektórych dziedzinach opieki medycznej pojawia się kolejny „brak” - brak samych profesjonalistów medycznych. Do tego dochodzą nagłaśniane przez media przypadki korupcji, zaniedbań lub braku kompetencji.

Według 53% Polaków służba zdrowia jest najbardziej skorumpowaną dziedziną życia społecznego; na kolejnych miejscach znaleźli się politycy (35 % wskazań), szczególnie ci wyższego szczebla, sądy i prokuratura (32 %) oraz policja (31%) [3]. Niemal trzy piąte Polaków (59%) jest niezadowolonych ze służby zdrowia, a tylko nieco ponad jedna piąta (22%) wyraża zadowolenie. Prawie co szósty respondent (17%) ma opinię ambiwalentną: nie jest ani zadowolony, ani niezadowolony. Tylko nieliczni (3%) nie mają zdania w tej sprawie [4]. (Ryc. 1.)



Ryc.1. Niezadowolenie z opieki zdrowotnej.

*Fig. 1. Dissatisfaction with health care.*

*Рис. 1. Негативная оценка медицинского обслуживания.*

*Мал. 1. Негативна оцінка медичної опіки.*

Źródło: Komunikat z badań CBOS, 2005r.

Ale tak naprawdę to nie korupcja, „niedofinansowanie” czy „błędy w sztuce” medycznej wpływają na obecny wizerunek polskiej służby zdrowia[5]. Błędy w sztuce będą się zdarzać zawsze, niezależnie od postępu medycyny czy rosnącego

profesjonalizmu. Żaden człowiek nie będzie nigdy nieomylny, więc pacjent obdarzając profesjonalistę medycznego zaufaniem, musi to brać pod uwagę. Nie chodzi także o korupcję. Jej istnieniu współwinne są wszystkie strony: system finansowania, medycy i sami pacjenci, inaczej mówiąc "nie brałbym gdyby nie dawali"; „nie dawałbym, gdyby nie brali”, oraz „gdybym dobrze zarabiał nie musiałbym brać”).

Co jest zatem problemem, który wobec kłopotów finansowych, logistycznych i organizacyjnych, we wszystkich dyskusjach o opiece medycznej w Polsce pozostaje nieujawniony? W naszej opinii, ochrona zdrowia w Polsce cierpi, podobnie zresztą jak w innych krajach, na nadmierną „mechanizację lub „technicyzację” relacji pacjenta z profesjonalistą medycznym. Chory traktowany jest jako pasywny odbiorca usług medycznych (świadczeniobiorca), a medyk jako aktywny dostawca tych usług (świadczeniodawca). Pojawia się zatem swoisty „feudalizm” stosunków międzyludzkich (pacjent w roli „poddanego”, a medyk w roli „pana i władcy”). Technicyzacja lub mechanizacja myślenia o chorym człowieku, doprowadza do sytuacji w której pacjent w swojej bezbronności staje się wyłącznie uprzedmiotowionym „przypadkiem”.

Są przynajmniej dwie przyczyny takiego stanu rzeczy, ta pierwsza, najbardziej widoczna, to dążenie do efektu medycznego za wszelką cenę. A efekt, któremu podporządkowane jest wszystko w medycynie to wyprowadzenie pacjenta z choroby, uratowanie życia. Nie można zaprzeczyć, że przecież o to właśnie w medycynie chodzi. Problem polega na tym, że zdaniem większości medyków ta skuteczność zależy tylko i wyłącznie od szybkiej i prawidłowej diagnozy oraz dostępności metod i środków terapeutycznych. Wszystko inne, co pojawia się po drodze, na przykład potrzeby pacjenta natury psychicznej, staje się jedynie niepotrzebnym balastem, opóźniającym lub utrudniającym uzyskanie efektu medycznego. System finansowania opieki medycznej w Polsce wymagając szybkiego, skutecznego, efektywnego medycznie i finansowo rezultatu, przekształca profesjonalistów medycznych w sprawnych rzemieślników i buchalterów „punktów rozliczeniowych”.

Warto w tym miejscu poddać krótkiej analizie termin „profesjonalny”, do którego dążą zawodowo i edukacyjnie pracownicy medyczni. Od lat przyjęło się w zawodach medycznych ograniczać rolę profesjonalizmu do: 1) diagnozowania i znalezienia odpowiedniego rozpoznania w klasyfikacji chorób, 2) leczenia – udzielenia porady medycznej, wykonania zabiegów, przepisania leków.

„Profesjonalny” z tej perspektywy to ni mniej ni więcej jak: intelektualny, naukowy, pozbawiony wahań, uczuć i ciepła, pełen dystansu. Do tego dochodzi termin „kliniczny”, który sugeruje chłodną, prawie obojętną fachowość i pełną kontrolę swoich emocji. Wraz z tak rozumianym „profesjonalizmem” pacjent odczuwa przede wszystkim powściągliwość, dystans i bezosobowość. Nie chodzi oczywiście o to, aby profesjonalista medyczny wykazywał całkowitą spontaniczność czy wylewność uczuć. Prawdziwy profesjonalista medyczny rozumie i wie gdzie przebiega granica między dystansem a zaangażowaniem [6]. Kolejnym czynnikiem hamującym komunikację jest przeciążenie zawodowe profesjonalistów medycznych (konieczność stałego dokształcania, czy

„dorabiania” do niskich pensji podstawowych). Na dłuższe zatrzymanie się przy łóżku chorego i „rozmowę z nim” nie ma już czasu.

Profesjonalista medyczny i pacjent – dążąc do jednego celu, jakim jest zdrowie pacjenta – powinni ze sobą współpracować, pamiętając, o tym, że każdy z nich dysponuje informacjami niedostępnymi dla drugiej strony. Profesjonalista medyczny posiada wiedzę medyczną i doświadczenie, pacjent zaś ma wiedzę, chociaż często nieuświadomioną, na temat czynników zewnętrznych, psychicznych i społecznych, które wpływają na jego stan zdrowia.

A czego oczekuje współczesny pacjent? Chce aktywnie uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia, być świadomym całego procesu leczenia. Wzrasta świadomość zdrowotna społeczeństwa, wzrasta zatem wiedza pojedynczego pacjenta. Współczesny pacjent oczekuje od pracownika medycznego podmiotowego traktowania, uwzględniania emocji, jakie mu towarzyszą w chorobie. Najnowsze leki i aparatura XXI wieku oraz naukowa wiedza medyczna oparta na faktach (ang. Evidence Base Medicine) nie wystarczają. Jedną z najważniejszych rzeczy w procesie leczenia jest umiejętność właściwego „podejścia” do pacjenta. A współczesny pacjent zmienia się. Jest coraz lepiej wykształcony, świadomy, wymagający. Rola „poddanego” już mu nie odpowiada.

Badania wykazują, że pacjenci, oceniając pracownika medycznego, biorą pod uwagę nie tylko jego przygotowanie merytoryczne z zakresu medycyny, tak zwaną fachowość, ale także umiejętności interpersonalne i komunikacyjne. Według prezes Federacji Konsumentów *Małgorzaty Niepokulczyckiej*, prawa pacjentów nie są szanowane ani przez pracowników medycznych, ani przez urzędników państwowych, którzy tworzą system ochrony zdrowia: Pacjent traktowany jest jak przedmiot przez system prawa, bo nie wie, jakie usługi medyczne mu się należą, a także przez lekarzy, którzy nie informują pacjenta o najlepszych metodach walki z jego chorobą. Chcąc doraźnie zaoszczędzić pieniądze, często wybierają m.in. tańsze, mniej skuteczne leki oraz przerywają kosztowną rehabilitację. Ponad 70% ankietowanych uważa, że są źle poinformowani. W przekonaniu 84 % badanych ich prawa nie są szanowane. Zdaniem 77 % respondentów dostęp do nowoczesnych i skutecznych leków w ramach składki jest niewystarczający” [7]. Również z badań w Wielkiej Brytanii wynika, że przytłaczająca większość skarg pacjentów (90%) dotyczy raczej złej komunikacji z chorym niż niedociągnięć natury czysto medycznej [8].

Dla pacjenta, oprócz umiejętności praktycznych, ważne jest jak pielęgniarka, ratownik czy fizjoterapeuta go traktuje: czy jest uprzejmy, miły, delikatny podczas badania fizykalnego. Czy potrafi słuchać, co mówi pacjent i poświęcić mu wystarczającą ilość czasu. Czy odznacza się umiejętnością wyjaśniania, parafrazowania i jasnego podsumowywania informacji uzyskanych od pacjenta, a także, czy potrafi jasno przekazać informacje dotyczące sposobu stosowania leków, zasadności badań diagnostycznych, zmiany stylu życia, zachowań prozdrowotnych.

Druga, rzadko podejmowana w dyskusji przyczyna „techniczności” w myśleniu o pacjencie, ma swoje źródło w sposobie kształcenia na uczelniach medycznych.

Większość studentów rozpoczyna studia, zakładając, że ich celem będzie niesienie pomocy bliźnim. Tylko, co to tak naprawdę znaczy? Przybywający na uczelnię medyczną dziewiętnastolatek najczęściej po raz pierwszy styka się tak blisko z rzeczywistością choroby, bólu i śmierci. Niestety zazwyczaj nikt mu nie pomaga się odnaleźć w tej nowej, trudnej rzeczywistości. Nie wymaga się tego od polskich akademickich nauczycieli medycyny. Zdarzyć się może, że ten czy ów student spotka na swojej drodze, kogoś (mistrza), który pomoże mu poradzić sobie ze złożoną emocjonalnie stroną zawodu. Jednak większość studentów, lepiej lub gorzej samodzielnie „dojrzewa” do zawodu i nie zawsze ma szansę stać się nie tylko profesjonalistami w sensie „rzemieślniczym”, ale też profesjonalistami w sensie „ludzkim”. Większość gubi wrażliwość w rytmie egzaminów z anatomii, fizjologii czy farmakologii, a ostatecznie utrwała taką postawę podczas ćwiczeń przy „łóżku chorego”. Jeśli do warunków profesjonalizmu dołączymy satysfakcję i dobro pacjenta (postrzegane z perspektywy leczonego), definicja profesjonalizmu medycznego istotnie się zmieni, a wraz z tą zmianą powinien się zmienić system kształcenia medyków.

Problem, bowiem nie polega tylko na tym, że wśród pracowników medycznych (pielęgniarek, ratowników czy fizjoterapeutów) jest niewiele osób ujawniających wrażliwość na ludzki strach, ból czy frustracje. Jako pacjenci spotykamy ich dość rzadko. Niebezpieczne jest to, że pracownik medyczny nie musi być empatyczny, a jedynie może takim być. System opieki medycznej w Polsce nie tylko nie pomaga, ale wręcz przeszkadza w ujawnianiu „ludzkiego” wymiaru profesjonalizmu medycznego. Zrutynizowani pracownicy medyczni, uważają postawy empatyczne, wykazywane przez świeżo upieczonych absolwentów uczelni medycznych, za niepotrzebne „rozczulanie się” i stratę cennego czasu. A to właśnie na nich spoczywa w zasadniczej części odpowiedzialność za kształtowanie dojrzałych i współczujących postaw, pełnych szacunku dla pacjenta i jego rodziny.

Humanitarnego podejścia do chorego można się nauczyć. Nie trzeba posiadać w tym celu żadnych specjalnych predyspozycji (nie potrzebne jest nic takiego, co by przypominało talent muzyczny czy plastyczny). Oczywiście istnieje coś takiego jak większa lub mniejsza inteligencja emocjonalna, czyli posiadanie wewnętrznych predyspozycji, ale tak naprawdę, trzeba tylko chcieć przyswoić sobie odpowiednią wiedzę teoretyczną i umiejętności praktyczne z zakresu komunikacji interpersonalnej.

Idealnie byłoby, gdyby podczas codziennego obchodu w klinikach studenci mogli uczyć się od swych profesorów umiejętności właściwego podejścia do pacjenta (pamiętając o zasadzie edukacyjnej głoszącej, że najszybciej uczymy się na przykładach). Może dobrze by było, żeby studenci medycyny byli oceniani z umiejętności właściwego od strony emocjonalnej podejścia do człowieka cierpiącego? Pamiętając o tym jak szybko dochodzi do wypalenia zawodowego w zawodach opartych na kontaktach z innymi ludźmi, zapewne przydałyby się również kursy komunikacji z pacjentem (w formie cyklicznej) także dla pracowników medycznych.

Wciąż pogłębiająca się specjalizacja we współczesnej medycynie wymaga od tych, którzy mają zawodowy kontakt z chorym, ustawicznego dokształcania się,

powinno to dotyczyć także wiedzy i umiejętności w zakresie podejścia do pacjenta. Inaczej wygląda kontakt z pacjentem w zawodzie pielęgniarki, inaczej ratownika medycznego, a jeszcze inaczej fizjoterapeuty. I choć podstawy komunikacyjne będą te same, różne w każdym przypadku będą potrzeby pacjenta.

Wprawdzie programy kształcenia z zakresu psychologii są realizowane na studiach medycznych, są również stale doskonalone, niemniej jednak treningi praktycznych umiejętności psychospołecznych to szczególnie w Polsce zjawisko rzadkie, gdyż nie są to zajęcia obowiązkowe zawarte w minimum programowym.

W wielu europejskich uczelniach poszukuje się rozwiązań zmieniających utrwalony od wieków sposób kształcenia akademickiego. Jedną z takich uczelni jest Uniwersytet w Maastricht (Holandia). Na Wydziale Medycznym tej uczelni kształcą się lekarzy i pielęgniarki. Studia na tych kierunkach zostały zorganizowane według zasad obowiązujących w tzw. „uniwersytetach nowego typu” działających w krajach Unii Europejskiej. Na naukę komunikacji z pacjentem, w teoretycznym i praktycznym wymiarze poświęca się w procesie dydaktycznym aż 25% czasu. Ponieważ w komunikowaniu się pracownika medycznego z pacjentem, najważniejsza jest jakość tego procesu, w Maastricht nauka komunikacji skupia się nie tylko na doborze słów, (co powiedzieć), ale przede wszystkim na sposobie ich przekazywania (jak powiedzieć, jak słuchać i jak odpowiadać). Przykładowe tematy ćwiczeniowe to: sterowanie przebiegiem wywiadu medycznego, przekazywanie złych wiadomości lub poradnictwo [9]. W Wielkiej Brytanii dopiero w ostatnich latach uczelnie medyczne podjęły konsekwentne próby nauczania studentów umiejętności porozumiewania się z pacjentem. Początkowo zajęcia komunikacji były włączone w programy nauczania różnych przedmiotów i w rozmaity sposób ograniczane (tak wygląda aktualny stan rzeczy na polskich uczelniach medycznych). Obecnie, na brytyjskich uczelniach medycznych, najkrótszy kurs komunikacji z pacjentem obejmuje około 20 godzin dydaktycznych [10].

Student nauk medycznych w Polsce skupia się w procesie kształcenia głównie na współczesnej wiedzy i technice medycznej, zapominając o leczącej roli kontaktu z pacjentem. W konsekwencji pracownicy medyczni (lekarze, pielęgniarki, ratownicy, fizjoterapeuci) są szczególnie słabo przygotowani do bezpośredniej konfrontacji z emocjami swych podopiecznych. Rzadko, kto z nich wie, na czym polega aktywne słuchanie, co tak naprawdę znaczy bycie empatycznym czy asertywnym w kontakcie z pacjentem. Mają słabe pojęcie o psychologicznych mechanizmach obronnych tak często stosowanych przez chorych, jak również przez nich samych. A jeżeli już mają jakąś wiedzę w tym zakresie, to czysto teoretyczną, bez umiejętności zastosowania jej w praktyce.

Klasycznym przykładem błędu w kontakcie z pacjentem jest reagowanie na okazywany przez pacjenta niepokój, jedynie pocieszaniem i uspakajaniem lub nakazywaniem aby pacjent wyeliminował pewne uczucia, na przykład: „proszę się uspokoić”, „proszę się nie bać”, „proszę się nie niepokoić”. W tym miejscu powinny się pojawić próby reagowania empatycznego, na przykład: „widzę, że martwią Panią/Pana te dolegliwości”, „czuję, że niepokoi Panią ten ból”. Pacjent ma wówczas poczucie, że jest rozumiany i troskliwie traktowany. Profesjonalista

medyczny nie powinien obawiać się, że taka postawa, spowoduje „otwarcie puszkę Pandory”, jakim może być eskalacja narzekań pacjenta, co w konsekwencji zabierze mu dużo czasu. Poprawa samopoczucia pacjenta (poprzez odczucie bycia rozumianym) poprawi skuteczność leczenia, a ponadto wzrośnie przekonanie pacjenta o kompetencji personelu medycznego [11].

Warto też, aby pracownicy medyczni wiedzieli jak sobie radzić i jak pomóc pacjentowi, w sytuacji niekorzystnych wyników leczenia lub rokowań oraz jak zachowywać się wobec pacjentów agresywnych, roszczeniowych lub natrętnych?. Jak radzić sobie z chorym niepełnosprawnym, jak komunikować się z dziećmi, młodzieżą czy rodziną pacjenta?. W jaki sposób rozładowywać stresy w pracy ratowniczej i znać objawy, skutki oraz sposoby radzenia sobie w sytuacji wypalenia zawodowego?. Aby rozwijać inteligencję emocjonalną dobrze jest najpierw znać podstawy i mieć możliwość ćwiczeń praktycznych.

Brak obowiązkowej edukacji komunikacyjnej na tyle „odczłowiecza” pacjenta w oczach pracowników medycznych, że w skrajnych przypadkach rodzi patologię społeczną. W łódzkim pogotowiu ponad dziesięć lat trwał swego rodzaju handel zwłokami zmarłych pacjentów. Kto sprzedawał? Niektórzy lekarze, sanitariusze, kierowcy karet i dyspozytorzy. Kto kupował? Łódzkie zakłady pogrzebowe. Ciało zmarłego w pogotowiu nazywało się „skórą”. Za jedną skórę płacono się w styczniu 2002 roku 1200-1800 zł. [12]. W skrajnych przypadkach doszło prawdopodobnie do sytuacji w której pracownik medyczny, który ma ratować życie, zabija podając pacjentowi lek zwiotczający mięśnie oddechowe. Jednak, aby tego dokonać, musi najpierw w swojej świadomości „odczłowieczyć” pacjenta. Nie rozmawiać z nim, nie współczuć, nie angażować się emocjonalnie, aby w końcu sprowadzić pacjenta do kategorii rzeczy czyli „skóry”. A oto inny znany przykład dehumanizacji pacjenta i jego bliskich. Dwie pielęgniarki z Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka i Matki w Katowicach robiły sobie zdjęcia z wcześniakami. Na opublikowanych w prasie zdjęciach, pielęgniarki trzymają niespełna kilogramowe wcześniaki, wkładając jedno z nich do kieszeni fartucha. Pielęgniarki tłumaczyły, że sfotografowały się z dziećmi na pamiątkę, chcąc pokazać rodzinie, jakimi maluchami się opiekują [13].

Zastanówmy się, czy gdyby poprzez komunikację, pielęgniarki nawiązały emocjonalny kontakt z rodzinami swoich podopiecznych, zachowałyby się w podobny sposób?. Osobisty, podmiotowy stosunek do tych dzieci (poza socjopatią) wyklucza takie postępowanie. Nawet jeżeli te pielęgniarki nie naraziły dzieci na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia, ich postępowanie jest w oczywisty sposób niestosowne i naganne. Jednak tylko jedna z pielęgniarek miała poczucie winy do której się przyznała, druga nie widziała w swoim postępowaniu nic naganego, twierdząc, że zdjęcia zostały zrobione incydentalnie (przypadkowo?), przy wyciąganiu wcześniaków z inkubatora do ważenia. Te panie nie tylko działały na szkodę swych pacjentów, spowodowały również zachwianie zaufania do pielęgniarek jako grupy zawodowej.

Przytoczone przykłady patologicznych zachowań zawodowych dotyczyły pracowników medycznych. W tym kontekście podobnie patologiczne zachowania mniej dojrzałych studentów medycyny mogą nawet nie dziwić, co nie oznacza,

że są w jakimkolwiek stopniu usprawiedliwione. Dla przykładu, w czasie praktyk w domu pomocy społecznej siedmioro studentów pielęgniarstwa, Collegium Medicum UJ zrobiło sesję fotograficzną z nagą 88-latką. Zdjęcia przedstawiały trójkę uśmiechniętych studentów z nagą staruszką. Kobieta przebywa w Domu Pomocy Społecznej od 23 lat. Ma zaawansowaną miażdżycę. Nie ma rodziny. Zajściu przypatrywały się dwie opiekunki z Domu Pomocy Społecznej. Zdaniem studentów śmiały się razem z nimi [14].

Pierwsze wyjaśnienie, jakie się nasuwa to, że był to tylko „młodzieńczy wybryk” „źle wychowanych”, niedojrzałych jeszcze emocjonalnie młodych ludzi. To jednak tylko część prawdy. Ta młodzież jest nie tylko „źle wychowana”, ale też źle wykształcona zawodowo. Na ich uczelni medycznej zabrakło zajęć z komunikacji z pacjentem, zabrakło więc im wiedzy i umiejętności empatycznych.

Ważne jest przede wszystkim to, aby stanu nienormalnego nie uznać za normalny. Brak umiejętności komunikacyjnych wśród personelu medycznego (zawodowego i studentów) jest widoczny „gołym okiem”, dowodem tego są przedstawione wyżej, nagłośnione medialnie incydenty. Należy zatem reagować, przede wszystkim poprzez obowiązkowe kształcenie w zakresie komunikacji interpersonalnej w trakcie studiów oraz podtrzymywanie i doskonalenie tej umiejętności wśród zawodowych pracowników medycznych. Każdy pracownik medyczny musi wiedzieć jak ważna jest komunikacja i umieć ją zastosować w praktyce. A także wiedzieć, co dobrego w diagnozie i terapii medycznej daje głośne i wyraźne artykułowanie wzajemnych oczekiwań, wymagań, lęków i nadziei. Powinien być w pełni edukowany i trenowany w zakresie właściwych osobowych relacji między chorym, a leczącym i pielęgnującym, które chronią przed opisanymi wyżej przypadkami patologii.

Z punktu widzenia zarządzających, ostatnim, chociaż nie najmniej ważnym argumentem za koniecznością podnoszenia wśród personelu medycznego kompetencji komunikacyjnych, jest fakt, że właściwie przebiegająca komunikacja powoduje wzrost zaufania do pracownika medycznego jako profesjonalisty. Zwiększa to zatem prawdopodobieństwo kontynuowania leczenia właśnie w danej jednostce organizacyjnej, co nie jest bez znaczenia w sytuacji pojawienia się zjawiska konkurencji na polskim rynku usług medycznych.

A. Włoszczak- Szubzda, M. J. Jarosz

#### PROBLEMS OF COMMUNICATION OF MEDICAL STAFF WITH PATIENTS

##### Summary

Approximately 60% of Polish patients examined from the aspect of satisfaction are dissatisfied with the health services, and over 70% of respondents expressed the opinion that they are inadequately informed, while in the opinions of 84% of respondents their rights were not respected. More comprehensive analysis indicated that patients, while specifying their satisfaction with the contact with medical staff, consider not only their knowledge and skills in the area of medicine (the technical aspect of the medical profession), but also mainly their skills in the area of interpersonal communication.



A good preparation for the occupation is often defined as professionalism. In medicine, this term covers the scope of knowledge and skills indispensable for practicing medical occupations.

Unfortunately, in everyday practice, the 'professional' doctor is perceived by a patient as a person deprived of openness, feelings and warmth, which are necessary characteristics for interpersonal communication. This evokes not only the lack of patient satisfaction, but also contributes to the presentation by doctors of pathological attitudes towards patients.

The adequate understanding of professionalism is the knowledge and skills of not crossing the border between distance and engagement. Both parties in this relationship – the medical professional and the patient – strive towards one goal, which is the health of the patient; therefore, while co-operating, each of them has information at their disposal which is not available to the other party.

In addition, proper communication results in an increase in trust for the medical professional as a specialist, and thus increases the probability of the continuation of treatment in 'this particular' hospital and by 'this particular' specialist, which is not without importance in the situation of increased competition in medical circles.

A. Влошчак-Шубзда, М. Ярош

#### ПРОБЛЕМЫ КОММУНИКАЦИИ МЕДПЕРСОНАЛА С ПАЦИЕНТАМИ

##### Аннотация

В Польше, исследование отношения пациентов к службе здоровья показало, что приблизительно 60% исследуемых считают службу здоровья неудовлетворительной, причем 70% анкетированных считает, что они плохо проинформированы, а 84% утверждают, что их права не уважаются. Более глубокие исследования показывают, что пациенты, определяя удовлетворение от контакта с медицинским работником, принимают во внимание не только его профессиональную подготовку из области медицины (техническую сторону медицинской профессии), но и прежде всего его умение из области интерперсональной коммуникации.

Хорошая профессиональная подготовка определяется часто термином – профессионализм. В медицине он включает в себя сферы знания и умения необходимые при выполнении медицинских процедур.

К сожалению, чаще всего в ежедневной работе „профессиональный” медик предстает перед пациентом, как человек лишенный открытости, чувствительности и тепла, характерных для правильной коммуникации между людьми. Это приводит не только к неудовлетворению пациентов, но и к презентации медиками патологических позиций по отношению к пациентам.

Правильное понимание профессионализма – это знать и уметь не пересекать границу между дистанцией и чрезмерным участием. Две стороны – медицинский работник и пациент – стремятся к одной цели, которой является здоровье пациента и поэтому, сотрудничая между собой, они должны помнить о том, что каждый из них имеет информацию недоступную для другой стороны. А правильная коммуникация влечет дополнительно рост доверия к медицинскому работнику, как специалисту, увеличивает, следовательно, вероятность продолжения лечения именно в „этой” больнице или у „этого” специалиста, а это не без значения в ситуации увеличения конкурентности в медицинской среде.

A. Влошчак-Шубзда, М. Ярош

#### ПРОБЛЕМИ КОМУНІКАЦІЇ МЕДПЕРСОНАЛУ З ПАЦІЄНТАМИ

##### Анотація

У Польщі, досліджуючи рівень задоволення пацієнтів по відношенню до служби здоров'я виявлено, що приблизно 60% досліджуваних вважають службу здоров'я незадовільною, причому 70% анкетованих вважають, що вони погано проінформовані, а 84% стверджують, що їх права не поважають. Глибші дослідження показують, що пацієнти, визначаючи задоволення

контакту з медичним працівником, беруть до уваги не лише його професійну підготовку з області медицини (технічну сторону медичної професії), але і вміння з області інтерперсональної комунікації.

Хороша професійна підготовка визначається часто як – професіоналізм. Він у медицині вміщає в себе сфери знання і вміння необхідні при виконанні медичних процедур.

На жаль, часто в щоденній роботі „професійний” медик предстає перед пацієнтом, як людина позбавлена відвертості, чутливості і тепла, характерних для правильної комунікації між людьми. Це приводить не лише до незадоволення пацієнтів, але і до презентації медиками патологічних позицій до пацієнтів.

Правильне розуміння професіоналізму – це знати і уміти не пересікати кордон між дистанцією і надмірною участю. Дві сторони – медичний працівник і пацієнт – прагнуть однієї мети, якою є здоров'я пацієнта і тому, співпрацюючи між собою, вони повинні пам'ятати про те, що кожен з них має інформацію недоступну для іншої сторони. А правильна комунікація надає додатково зростання довіри до медичного працівника, як фахівця, збільшує, вірогідність продовження лікування саме в „цій” лікарні або у „цього” фахівця, а це не без значення в ситуації збільшення конкурентності в медичному середовищі.

## PIŚMIENNICTWO

1. Barański J., Waszyński E., Steciwko A.: Komunikowanie się lekarza z pacjentem. Wrocław: wydawnictwo Astrum; 2000, 9-10.
2. Świrydowicz T.: Słowa które leczą; w: Charaktery nr 5, maj 2006, 66-68.
3. Raport na temat korupcji przedstawiony w siedzibie Fundacji im. Stefana Batorego. Warszawa. Wrzesień 2006.
4. Niezadowolenie z opieki zdrowotnej. Komunikat z badań. Warszawa :CBOS; Grudzień 2005.
5. O roszczeniach pacjentów i odszkodowaniach. Komunikat z badań. Warszawa: CBOS; Czerwiec 2006.
6. Mayerscough P.R., Ford M.: Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańsk, wydawnictwo psychologiczne; 2001, 19-22.
7. ABC konsumenta. Konsument na rynku usług ubezpieczeniowych. Komunikat z badań. Warszawa, Federacja Konsumentów; 2004.
8. Motyka M.: Psychoterapia elementarna w opiece medycznej. Kraków, wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002, 131-132.
9. Kłapa W., Ziarko E.: Kształcenie w systemie base learning na Uniwersytecie w Maastricht. Konspekt nr 5, Pismo Akademii Pedagogicznej w Krakowie, Kraków, 2000/2001.
10. Mayerscough P.R., Ford M.: Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańsk: wydawnictwo psychologiczne, 2001, 13-14.
11. Motyka M.: Psychoterapia elementarna w opiece medycznej. Kraków: wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002, 133-135.
12. Patory T., Stelmasiak M.: Łowcy skór. Gazeta Wyborcza; 23. 01. 2002.
13. Malinowska A., Watoła J.: Dlaczego pielęgniarki bawiły się wcześnienikami. Gazeta Wyborcza Katowice, 27.10.2005.
14. Wach M.: Studenci UJ robili komórką rozbierane zdjęcia 88-latce. Gazeta Wyborcza Kraków; 03.04.2006.

Data otrzymania: 22.07.2008.

Adres Autorki: 20 – 691 Lublin, ul. Zana 13/49, Anna Włoszczak-Szubzda.