

Małgorzata Kaczor, Alicja Michalak

Przychodzi pacjent do lekarza... czyli psychologiczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem

Doctor-patient communication - psychological aspects

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna, Myślenice
Zakład Psychologii, Śląski Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie

Nawiązanie kontaktu z chorym jest jednym z najważniejszych zadań lekarza. Pacjent uczestniczy w nim jako osoba i oczekuje uwzględnienia swych potrzeb, emocji, poglądów oraz dążeń. Profesjonalna komunikacja między lekarzem a pacjentem i jego rodziną zwiększa, a czasem wręcz umożliwia efektywność leczenia. Pomaga przeprowadzić wywiad lekarski z chorym, prowadzi do zrozumienia jego zachowania oraz ułatwia udzielenie mu właściwej pomocy. Umiejętność komunikowania się lekarza z chorym stanowi więc podstawę rozpoznania i leczenia choroby a niekiedy, jak w przypadku schorzeń o charakterze przewlekłym lub terminalnym, jest zasadniczą formą terapii (Hebanowski, 1999).

Doniesienia naukowe potwierdzają pozytywny wpływ dobrej komunikacji na zdrowie pacjentów. Profesjonalny kontakt z chorym i jego rodziną umożliwia:

- uzyskanie od pacjenta wiarygodnego opi-

su objawów,

- nawiązanie współpracy z pacjentem przy trudnych metodach leczenia,
- zmniejszenie w chorym poczucia bezradności,
- podjęcie współodpowiedzialności pacjenta za leczenie,
- wzbudzenie pozytywnych emocji skutecznie wzmacniających powrót do zdrowia,
- rzadsze występowanie syndromu wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego (Gordon, 1999; Mayerscough, Ford, 2001).

Natomiast wyniki leczenia są gorsze, gdy personel medyczny unika kontaktu wzrokowego, prezentuje ostry ton głosu, brak uśmiechu i życzliwego kontaktu fizycznego (Gordon, 1999). Taka postawa nasila poziom stresu, utrudniając powrót do zdrowia. Tymczasem poziom komfortu psychicznego pacjenta podczas procesu leczenia ma wpływ na jego efektywność. Wynika to m.in. z zależności pomiędzy stanem emocjonalnym pacjenta, jego wia-

rają w możliwość powrotu do zdrowia, nawiązaniem do stosowanych wobec niego procedur medycznych, a stopniem przestrzegania zaleceń lekarskich. Natomiast negatywne emocje związane ze stanem stresu negatywnie oddziałują na możliwości obronne organizmu, czego znaczącym przykładem jest immunosupresyjne działanie kortyzolu. Zwiększone wydzielanie tego hormonu stanowi fizjologiczny komponent odpowiedzi na stres (Sheridan, Radmacher, 1998; Melzack, 1999).

Cel pracy

Komunikowanie się, jak każda umiejętność, wymaga doskonalenia i treningu. Programy nauczania studentów medycyny zawierają coraz więcej treści, dotyczących nawiązywania profesjonalnego kontaktu z pacjentem. Pojawiają się poradniki, podręczniki i szkolenia podyplomowe z tego zakresu dla personelu medycznego. Naukowcy dostarczają kolejne wnioski badań, klinicyści dzielą się coraz większym doświadczeniem. Komunikowanie się lekarza z pacjentem jest obecnie bardzo rozbudowanym, złożonym i szeroko opisywanym zagadnieniem. Profesjonalny język lub bardzo szczegółowy opis zagadnienia, jaki można znaleźć w znacznej części literatury z tego tematu, może być utrudnieniem dla części odbiorców. Artykuł ten, dzięki syntetycznej i uporządkowanej formie przedstawienia najważniejszych i niezbędnych zasad usprawniających komunikację lekarza z chorym i jego rodziną, może być dla czytelników wygodnym w zastosowaniu skryptem. Napisany został, aby w przejrzysty sposób ukazać esencję tematu.

Ogólne zasady usprawniające prowadzenie rozmowy z pacjentem

Umiejętność prowadzenia rozmowy z chorym polega nie tyle na opanowaniu specyficznych technik, co na zdolności przyjęcia odpowiedniej postawy wobec pacjenta. Podczas rozmowy tylko około 7% informacji przekazywanych jest werbalnie, 93% to przekaz niewerbalny. W przekazie niewerbalnym 38% stanowi to, w jaki sposób się mówi, a 55% to tzw. mowa ciała. Pod wieloma względami więc, najistotniejsza część wymiany informacji zdaje się zachodzić na poziomie niewerbalnym (Ociepka, 2006).

Na jakie aspekty powinno się zwrócić uwagę nawiązując kontakt z chorym? Unikanie pośpiechu jest jednym z podstawowych warunków sprzyjających porozumieniu. Jeśli dodatkowo rozmowa odbywa się w ciszy i intymności, może spełniać również rolę terapeutyczną. Daje to bowiem możliwość przekazania pacjentowi wartości bezcennej: skupionej uwagi. Jest ona najlepszym sposobem profesjonalnego zachowania w rozmowie. Dzięki skupionej na sobie uwadze lekarza, chory nabiera głębokiego przekonania, że lekarz jest prawdziwie zaangażowany w jego leczenie i robi to najlepiej jak potrafi (Ociepka, 2006).

W rozmowie z chorym należy dążyć do stworzenia takiej atmosfery, aby jego wypowiedź mogła być swobodna i pozbawiona obaw, że jest oceniana – zwłaszcza w kategoriach moralnych. Kolejnym ważnym czynnikiem jest ustrukturyzowanie rozmowy. Zwarta struktura rozmowy lekarza z pacjentem pozytywnie służy jej efektom. Istotny jest czas na początku spotkania, kiedy pacjent może swobodnie

zwerbalizować swój problem. Po zebraniu wywiadu, przekazaniu zaleceń terapeutycznych i wspólnym ustaleniu planu dalszego działania, bardzo istotne jest umożliwienie, a nawet zachęcenie pacjenta do zadawania pytań. To ułatwi lekarzowi zorientowanie się czy i jak chory zrozumiał przekazane mu informacje. Jest to istotne, gdyż jak wynika z badań pacjenci nie potrafią spamiętać 56% wskazówek i zaleceń oraz 48% informacji dotyczących terapii (Ley i Spelman, 1965 za: Bishop, 2007). Przekazując zaś informacje pacjentowi należy konstruować swą wypowiedź biorąc pod uwagę, że najczęściej zapominanym typem informacji są zalecenia i rady, a inteligencja i wiek pacjenta zdają się mieć niewielki wpływ na ilość zapamiętanych informacji (DiMatteo i DiNicola, 1982 za: Bishop, 2007).

Podczas całego procesu nawiązywania, prowadzenia i zamykania kontaktu z pacjentem, ważne aby zadbać o (Hebanowski, 1999):

- własne intencje,
- skupioną uwagę,
- zrozumiałą komunikację,
- spójność komunikacji,
- cierpliwość,
- aktywne słuchanie,
- indywidualne podejście do pacjenta.

Jak wynika z badań, największe zaufanie przejawiają pacjenci wobec lekarza, który poświęca im wystarczającą uwagę, traktuje jak osoby ludzkie, a nie obiekty terapii oraz wykazuje oddanie i chęć pomocy w radzeniu sobie z chorobą (Ben-Sira, 1980 za: Bishop, 2007). Oczywiście struktura rozmowy musi zostać wypełniona przez określone komunikaty werbalne.

Komunikacja werbalna

Informowanie o stanie zdrowia pacjenta jest nierozdzielnie związane z pracą lekarza. Często pojawiającym się problemem w relacji lekarz-pacjent jest nieprzestrzeganie lub błędne przestrzeganie zaleceń lekarskich. Jedną z przyczyn jest brak zrozumienia przez chorego podanych informacji. Drugą przyczyną jest silny lęk u pacjentów (Gillium i Barsky, 1974 za: Heszen-Klemens, 1983). Stres wynikający z choroby, pobytu w szpitalu, trudnych zabiegów leczniczych czy złych rokowań może zaburzać procesy pamięciowe i mechanizmy uczenia się u pacjenta (Mandler, 1975 za: Bishop, 2007). Lęk u chorych jest też często skutkiem:

- braku informacji na temat diagnozy, rokowania lub przebiegu leczenia,
- informacji niezrozumiałych lub niespójnych,
- informacji nadmiernie obciążających.

Niedostateczne informowanie jest jedną z najczęstszych skarg pacjentów. Tymczasem właśnie udzielanie informacji w szpitalu na temat spodziewanych bodźców może w istotnej mierze np. zredukować napięcie związane z zabiegami chemioterapii (Love, Nerenz i Leventhal, 1983 za: Bishop, 2007) i bólami porodowymi (Leventhal, Shacham i Easterling, 1989 za: Bishop, 2007).

Na jakie więc elementy w procesie komunikacji należy zwró-

cić uwagę aby była ona skuteczna? Wypowiedzi lekarza powinny być przede wszystkim jasne i zrozumiałe dla pacjenta, spójne i zwarte (Heszen-Klemens, 1983). Ważne informacje powinny być podawane na początku oraz odpowiednio podkreślone na końcu rozmowy (Ley i in., 1973 za: Heszen-Klemens, 1983). Sprawdzenie przez lekarza jak pacjent zrozumiał wszystkie istotne informacje powinno być niezbędnym elementem każdej rozmowy. Współpracę z pacjentem może poprawiać również technika pisemnych zaleceń terapeutycznych (Morris i Halperin, 1979).

Ponadto należy unikać tzw. barier w komunikacji (Gordon, 1999):

- ganienia, upominania, grożenia (może wywołać niechęć, poczucie winy i opór pacjenta),
- ignorowania i przerywania (w efekcie pacjent czuje, że jego problem jest mało ważny, a sam czuje się odrzucony i niezrozumiany),
- osądzania, obwiniania (sprawia, że pacjent czuje się zaatakowany),
- moralizowania (może wywołać irytację, gniew),
- nadmiernego wypytywania (zabiera „przestrzeń” do swobodnej wypowiedzi pacjenta, może osłabić poczucie współodpowiedzialności chorego za efekty terapii),
- nakazywania (może nasilić u pa-

cjenta bezradność, niepewność i lęk),

- nieadekwatnego lub „płytkiego” pocieszania (może sprawić, że pacjent poczuje się niezrozumiany a jego problem i emocje zignorowane).

Skuteczne słuchanie

Rodzajem słuchania, które wybitnie sprzyja nawiązaniu dobrej relacji z pacjentem, jest aktywne słuchanie. Wymaga ono zaangażowania i umiejętności.

Pisząc o swoich doświadczeniach w komunikowaniu się Carl Rogers (amerykański psycholog i psychoterapeuta, jeden z głównych przedstawicieli psychologii humanistycznej, twórca psychoterapii zorientowanej na klienta) podkreśla, że w komunikacji międzyludzkiej ważne jest słyszenie drugiej osoby, tj. twórcze, czynne, wrażliwe, uważne, pełne empatii i nieosadzające słuchanie. Dla niego oznacza to, iż słyszy nie tylko słowa tej osoby ale i jej własne i osobiste znaczenie (Rogers, 2009).

Aktywne słuchanie spełnia trzy zasadnicze funkcje (Gordon, 1999):

- potwierdza zrozumienie przez słuchającego,
- przekazuje empatię i akceptację,
- pozwala rozwinąć wypowiedź.

Pomaga w:

- pełnym zrozumieniu intencji, odczuć i postawy pacjenta - stworzeniu poczucia bezpieczeństwa, co sprzyja zmniejszeniu nadmiernego stresu i wytworzeniu w rozmówcy tzw. postawy otwartej,
- nawiązaniu współpracy z rozmówcą,

– podniesieniu wagi rozmowy.

Warto pamiętać aby:

- w formie werbalnej i niewerbalnej przez cały czas trwania rozmowy wyrażać swoje zaangażowanie i podkreślać jej znaczenie,
- stworzyć rozmówcy tzw. „przestrzeń”
 - możliwość wypowiedzenia swoich odczuć i myśli,
- nawiązać głębszą relację – niejednokrotnie terapeutyczną - z rozmówcą w tempie i sposobie jemu odpowiadającym,
- nie przerywać wypowiedzi rozmówcy; nie zmieniać tematu rozmowy; nie ponaglać,
- ustosunkować się do wypowiedzi rozmówcy w sposób nieoceniający,
- wykorzystywać tzw. „parafrazowanie” – podkreślenie w swojej wypowiedzi tego, co w przekazie ze strony rozmówcy miało dla niego szczególną wagę,
- nie obawiać się milczenia w trakcie rozmowy – czasem uważna obecność znaczy więcej niż słowa (Hebanowski, 1999).

Komunikacja niewerbalna

Dla porozumienia się istotne jest nie tylko to, co mówimy, ale również jak mówimy.

Kolejnym ważnym obszarem badań nad relacją lekarz-pacjent są umiejętności personelu medycznego w zakresie komunikacji niewerbalnej oraz rozumienia ekspresji mimicznej, tonu głosu oraz mowy ciała jako

wskazówek emocjonalnego stanu pacjenta. Już w czasach historycznych lekarze i uzdrowiciele opierali swą diagnozę przede wszystkim na obserwacji pacjenta. Także pacjenci wyciągają wnioski na temat oceny i rokowania danej choroby nie tylko ze słów lekarza. Lekarze, którzy wykazują wrażliwość na mowę ciała i postawę pacjentów wyrażające ich emocje, są oceniani przez nich lepiej od tych, którzy wykazują się mniejszą wrażliwością. Co więcej, lekarze, którzy sami potrafią wyrażać odpowiednio swoje emocje poprzez mowę ciała również są oceniani wyżej przez pacjentów pod względem jakości relacji (DiMatteo, Taranta, Friedman, Prince, 1980).

Główne miejsce w komunikacji niewerbalnej z pacjentem zajmuje dotyk (Blondis i Jackson, 1977; Friedmann, 1979 za: Bishop, 2007). Dotyk nie jest tylko elementem badania pacjenta. Niesie on w sobie również wartość symboliczną, jaką jest zaangażowanie, troska i wsparcie.

Poprzez stosowny kontakt wzrokowy można zachęcić pacjenta do swobodnej, otwartej rozmowy ale też natarczywe przyglądanie się może wzbudzić w nim niepokój i lęk. Wyraz twarzy mówi pacjentowi o oczekiwaniach personelu, stosunku emocjonalnym; może też być źródłem wsparcia.

Aby natomiast pacjent odebrał komunikat zgodnie z intencją lekarza, istotne jest odpowiednie modulowanie tonu głosu. Udzielenie pacjentowi informacji, których oczekuje, może zredukować jego niepokój przed zabiegiem, zwłaszcza gdy informacje podawane są ciepłym, życzliwym tonem głosu (Auerbach, Martelli i Mercuri, 1983). Z kolei analiza tonu głosu jak i mimiki pacjenta

daje lekarzowi szansę na zdobycie wielu cennych informacji o jego kondycji psychofizycznej (Bishop, 2007).

- rodzina potrzebuje czuć się włączoną w przebieg leczenia ich bliskiego.

Kontakt z rodziną chorego

Każde spotkanie lekarza z rodziną chorego jest w dużym stopniu nieprzewidywalne i niepowtarzalne. Szczególnie trudne jest przekazywanie niepomyślnych informacji o stanie chorego. Kilka zasad może być w tym pomocne. Sprawą niezwykle istotną jest stworzenie warunków do rozmowy. Trzeba dowiedzieć się jaki jest poziom świadomości rodziny o stanie zdrowia chorego, a następnie stopniowo przekazywać informacje, uzależniając ich zakres od stopnia przygotowania i akceptacji sytuacji przez rodzinę chorego. Po przekazaniu niepomyślnych informacji, warto pozwolić na wyrażenie pytań lub emocji związanych z diagnozą lub planem leczenia. Na prośbę rodziny chorego, konieczne jest podjęcie kolejnej rozmowy.

Lęk, niepokój, gniew, irytacja czy wrogość odczuwana ze strony rodziny chorego jest niejednokrotnie wynikiem braku poczucia bezpieczeństwa i ogromnej niepewności odnośnie rokowań. I chociaż powściągliwość lekarzy w udzielaniu odpowiedzi na pytanie o rokowanie jest często uzasadniona, brak informacji lub informacje niezrozumiałe dla członków rodziny chorego, mogą te emocje nasilać. Stąd wynika sens i cel rozmowy z rodziną chorego:

- rodzina potrzebuje informacji o stanie zdrowia swego bliskiego,
- rodzina potrzebuje wsparcia emocjonalnego,

Podsumowanie

Jakość relacji między lekarzem a pacjentem jest czynnikiem wpływającym na poziom satysfakcji pacjentów z opieki zdrowotnej (DiMatteo, Hays, Prince, 1986). Niezależnie od tego, czy ma charakter krótkotrwały czy przewlekły, może mieć istotne implikacje w skuteczności terapii (Bishop, 2007). Istotnie wpływa na nawiązanie współpracy chorego z personelem medycznym (np. motywacja do podjęcia i kontynuowania leczenia, dotrzymywanie terminów wizyt, przestrzeganie zaleceń lekarskich) (Teutsch, 2003).

Wydaje się, iż model polegający na wypełnianiu przez pacjentów bez żadnych pytań zaleceń, dezaktualizuje się w dzisiejszych czasach. Obecnie kładzie się nacisk na dzielenie się odpowiedzialnością za decyzje i ich realizowanie – na aktywne uczestniczenie chorych w procesie leczenia. Pacjenci są zachęcani do tego, aby poszerzali swą wiedzę i zadawali pytania lekarzom oraz troszczyli się o własne zdrowie. Efektywne leczenie opiera się zatem na ścisłej współpracy między lekarzem a pacjentem i jego rodziną, a umiejętność nawiązywania przez personel medyczny profesjonalnego kontaktu werbalnego i niewerbalnego z chorym bardzo ułatwia szybki i trwały jego powrót do zdrowia.

Streszczenie

Podstawową interakcją w systemie opieki

zdrowotnej są relacje zachodzące na styku lekarz-pacjent. Umiejętność komunikowania się lekarza z chorym stanowi więc podstawę rozpoznania i leczenia choroby a niekiedy, jak w przypadku schorzeń o charakterze przewlekłym lub terminalnym, jest zasadniczą formą terapii. W artykule przypominamy zaledwie kilka najistotniejszych i niezbędnych, naszym zdaniem, zasad usprawniających werbalną i niewerbalną komunikację lekarza z chorym i jego rodziną.

Słowa kluczowe: komunikacja werbalna, komunikacja niewerbalna

Summary

The doctor-patient communication is an important component of patient care especially in the management of chronic diseases. Improvements in doctor-patient communication can have beneficial effects on health outcomes. Present paper focuses on communication skills that should be part of health care visits.

Key words: verbal communication, nonverbal communication

Bibliografia

1. Auerbach, S.M., Martelli, M.F., Mercuri, L.G. (1983). Anxiety, information, interpersonal impacts, and adjustment to a stressful health care situation. *J Pers Soc Psychol* 44, 1284-1296.
2. Ben-Sira, Z. (1980). Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: A additional dimension of interaction theory. *J Health Soc Behav*, 21, 170-180.
3. Bishop G.D. (2007). Psychologia zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
4. Blondis, M.N., Jackson, B.E. (1977). Nonverbal communication with patients. New York: Wiley.
5. DiMatteo M.R., Hays, R.D., Prince L.M. (1986). Relationship of physicians' satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload. *Health Psychol*, 5, 581-594.
6. DiMatteo, M.R., DiNicola, D.D. (1982). Achieving patient compliance: The psychology of the medical practitioner's role. New York: Pergamon.
7. DiMatteo M.R., Taranta A., Friedman H.S., Prince L.M. (1980). Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Med Care*, 18, 376-387.
8. Friedman, H.S. (1979). Nonverbal Communications between patients and medical practitioners. *J Soc Issues*, 35, 82-99.
9. Gillium, R.F., Barky, A.J. (1974). Diagnosis and management of patient noncompliance. *JAMA*, 228 (12), 1563-1567.
10. Gordon, T. (1999). Pacjent jako partner. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
11. Hebanowski, M., Kliszcz J., Trzeciak, B. (1999). Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem. Warszawa: PZWL.
12. Heszen-Klemens, I. (1983).

- Psychologia medyczna. Główne kierunki badań. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
12. Leventhal, E., Leventhal, H., Shacham, S., Easterling, D. (1989). Active coping reduces reports of pain from childbirth. *J Consult Clin Psychol*, 57, 365-371.
13. Love, R., Nerenz, D., Leventhal, H. (1983). Anticipatory nausea with cancer chemotherapy: Development through two mechanisms. *Proceedings of the American Society for Clinical Oncology*, 2, 62.
14. Ley, P., Bradshaw, D., Eaves, D., Walker, C.M. (1973). A method for increasing patients recall of information presented by doctors. *Psychol Med* 3, 217-220.
15. Ley, P., Spelman, M.S. (1965). Communication in an outpatient setting. *Br J Soc Clin Psychol*, 4, 114-116.
16. Mandler, G. (1975). *Mind and emotion*. New York: Wiley.
17. Mayerscough P.R., Ford M. (2001). *Jak rozmawiać z pacjentem*. Gdańsk: GWP.
18. Melzack R. (1999). From the gate to neuromatrix. *Pain, Supl.* 6, 121-126.
19. Morris, L.A., Halperin, J.A. (1979). Effects of written drug information on patient knowledge and compliance: a literature review. *Am J Public Health*, 69, 47-52.
20. Ociepka, A. (2006). *Komunikacja z pacjentem*. W: A. Trzcieniecka-Green (red.), *Psychologia*. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych. Kraków: Universitas.
21. Rogers, C. (2009). *Doświadczenia w komunikowaniu się*. W: J. Stewart (red), *Mosty zamiast murów* (580-588). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
22. Sheridan Ch., Radmacher, S. (1998). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: IPZ.
23. Teutsch, C. (2003). Patient-doctor communication. *Med Clin North Am*, 87, 1115-1145.