

# Co leży u podłoża złej współpracy lekarz–pacjent? — spojrzenie psychologa

Anna Ratajska<sup>1</sup>, Aldona Kubica<sup>2</sup>

<sup>1</sup>II Katedra Kardiologii *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

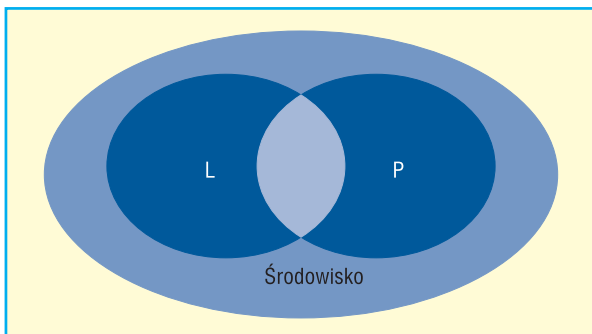
<sup>2</sup>Katedra i Zakład Promocji Zdrowia *Collegium Medicum* w Bydgoszczy,  
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

## Streszczenie

*W pracy przedstawiono relację lekarz–pacjent w kategoriach interakcji zachodzących w specyficznym środowisku, jakim są instytucje służby zdrowia. Określono, na czym polega rola chorego, a także jakie są konsekwencje paternalistycznej relacji między lekarzem a chorym. Następnie zaproponowano sposób postępowania w sytuacjach zakłócenia porozumiewania się lekarza z pacjentem. W końcowej części pracy podkreślono konieczność edukowania pacjenta oraz odpowiedniego przekazywania mu ważnych informacji.* (Folia Cardiologica Excerpta 2010; 5, 2: 84–87)

**Słowa kluczowe: współpraca lekarz–pacjent, rola chorego, edukowanie pacjenta**

Istnieje wiele czynników wpływających na skuteczność terapii zalecanej pacjentom. Z psychologicznego punktu widzenia bardzo ważne jest, aby współpracę między lekarzem a pacjentem ujmować w kategoriach interakcji, czyli wzajemnego oddziaływania na siebie zaangażowanych osób. Rzadko zdarza się, aby podczas tej współpracy, bardzo przecież wyjątkowej, tylko jedna ze stron wpływała na drugą (ryc. 1).



**Rycina 1.** Interakcja między lekarzem (L) a pacjentem (P)

Zarówno lekarz, jak i pacjent wnoszą w tę specyficzną relację własne cechy indywidualne, jak: osobowość, temperament, doświadczenia życiowe oraz kompetencje zawodowe [1]. O ile profesjonalizm pacjenta nie ma tu istotnego znaczenia, chociaż może wpływać na jakość omawianej relacji, o tyle kluczowe są tak zwane miękkie kompetencje lekarza. Kompetencje te, zaliczane do grupy kompetencji społecznych, dotyczą umiejętności budowania właściwych relacji w miejscu pracy. Najczęściej dzieli się je na umiejętności zarządzania sobą oraz umiejętności interpersonalne. Do kompetencji miękkich zalicza się: umiejętność motywowania samego siebie oraz innych ludzi, planowania i realizowania własnych zamierzeń, skutecznego komunikowania się z innymi, współpracy, przekonywania innych ludzi i inspirowania do działania, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania konfliktów, budowania dobrych relacji z innymi oraz zarządzania zespołami ludzkimi.

Środowisko, w którym odbywa się spotkanie chorego z lekarzem, czyli poradnia, przychodnia lub oddział szpitalny, narzuca sposób kształtowania re-

**Adres do korespondencji:** Dr n. hum. Anna Ratajska, II Katedra Kardiologii, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, UM Szpital Uniwersytecki nr 2, ul. Ujejskiego 75, 85–168 Bydgoszcz, tel./faks: (52) 365 56 53, e-mail: wsinkiewicz@cm.umk.pl

lacji między nimi. Odbywa się to poprzez normy obowiązujące w instytucji, w której pracuje lekarz, regulujące sposób współpracy z pacjentem i kontaktowania się z nim. Najprostszym przykładem, wyjaśniającym wpływ norm przyjętych w instytucji na relację lekarz–pacjent, jest porównanie obrazu wizyty w gabinecie lekarskim w poradni z wizytą w prywatnym gabinecie lekarskim. Można odpowiedzieć sobie na kilka zwykłych pytań. Czy zachowanie lekarza w obu sytuacjach jest takie samo? Czy uśmiecha się on z taką samą częstotliwością? Czy ma taki sam ton głosu? Czy równie wyczerpująco odpowiada na zadane pytania? Czy ma tyle samo czasu dla pacjenta? Wreszcie, czy organizacja miejsca spotkania w obu sytuacjach jest równie komfortowa? Można sądzić, że bardzo rzadko uzyskuje się pełną zgodność udzielanych odpowiedzi. I nie chodzi tutaj o to, by wywołać w lekarzu poczucie winy lub zakłopotanie zadaniem pytaniem. Ważne jest, aby lekarz zdawał sobie sprawę z tego, że normy instytucji, w której pracuje, wpływają na jego zachowanie nie tylko pozytywnie. Ponadto lekarz, chociaż nie jest to łatwe, może świadomie kształtować swoje zachowania, nie ulegając normom, których nie akceptuje.

Należy dodać, że środowisko, w którym choremu jest udzielana pomoc, w większości nie sprzyja dobrej współpracy, także z powodów organizacyjnych — lekarze często cierpią na brak czasu, spowodowany wieloma obowiązkami, często nie mają także wpływu na aranżację przestrzeni w miejscu pracy, w której spędzają kilka godzin dziennie. Wizyta jest przerywana wejściem pielęgniarki, zakłócają ją telefony lub hałasy z zewnątrz [2].

Człowiek, który czuje się chory i zwraca się z tego powodu do lekarza po pomoc, przyjmuje rolę osoby zależnej [3]. Odczuwa niepewność, strach, niepokój, a równocześnie — zgodnie ze wspomnianymi normami instytucjonalnymi — przyjmuje rolę chorego [2, 4]. Z rolą tą wiążą się określone prawa (do leczenia, badań, konsultacji, zwolnienia z pracy, ale także troski najbliższych, zwolnienia z uciążliwych prac domowych), obowiązki (konieczność poddawania się badaniom, przyjeżdżania na wizyty i przyjmowania leków) oraz powinności (poddania się reżimowi szpitalnemu, stosowania się do zaleceń lekarskich) [5]. Przysługujące pacjentowi prawa mogą być źródłem dodatkowych korzyści z choroby, jednakże nieprzestrzeganie obowiązków wiąże się z karą w postaci utraty roli chorego. Zatem tak jak każdej nowej umiejętności, taki i swojej roli pacjent uczy się podczas pobytów w szpitalu, wizyt w poradniach [6].

W rolę pacjenta w Polsce wpisany jest zwykle paternalistyczny stosunek leczącego wobec chorego, który w ostatnich latach ulega osłabieniu [7]. Jego konsekwencje zasadniczo utrudniają współpracę między lekarzem a pacjentem, są bowiem przyczyną:

- utraty zaufania do leczącego;
- bierności pacjenta;
- delegowania przez niego odpowiedzialności na pracowników służby zdrowia;
- traktowania siebie przez pacjenta jako zależnego, podległego i mniej kompetentnego.

Prowadzi to do braku partnerskich relacji między lekarzem a pacjentem i wynikającej z tego ich gorszej współpracy. Dodatkowo, podczas przeprowadzania wywiadu pojawiają się często błędy — lekarz nie uzyskuje istotnych informacji na temat pacjenta, pacjent „zamyka się” na współpracę. W efekcie może dojść do sformułowania złych hipotez lub błędnego poinformowania chorego [8].

Co zatem zrobić, by takich sytuacji było jak najmniej? Na co ma zwrócić uwagę lekarz, który zauważa, że w jego praktyce pojawiają się zakłócenia w porozumiewaniu się, ale nie z jego przyczyny? Przede wszystkim warto, by monitorował emocje, których doznaje w relacji z pacjentem. Jeśli odczuwa złość, frustrację, rozgoryczenie czy niepokój, powinien:

- przyjrzeć się interakcji, podczas której poczuł te emocje (co takiego w kontakcie z tym pacjentem spowodowało, że tak się poczułem?);
- zastanowić się nad swoją rolą w relacji lekarz–pacjent;
- pamiętać, że emocje modyfikują procesy poznawcze, w tym uwagę, pamięć, ocenianie — zatem uzyskany przez niego obraz pacjenta byłby inny, gdyby odczuwał inne emocje.

Takich umiejętności lekarze niemieccy lub angielscy nabywają podczas pracy w tak zwanych grupach Balinta [9].

Ważnym elementem jest skupienie się na słuchaniu, zamiast na zadawaniu pytań, szczególnie w początkowej fazie rozmowy, a w jej kolejnych etapach zadawanie głównie pytań otwartych, zamiast zamkniętych, na które pacjent może odpowiedzieć tylko: „tak” lub „nie”. Dzięki temu lekarz buduje poczucie bezpieczeństwa i daje pacjentowi poczucie bycia akceptowanym [10].

Następnym elementem służącym budowaniu dobrej relacji z pacjentem jest utrzymywanie kontaktu wzrokowego [11], jak również dbanie o spójność komunikatów werbalnych z niewerbalnymi. Jej wysoki poziom powoduje, że ufamy swemu rozmówcy, natomiast w sytuacji rozdźwięku między komunikatami słownymi a pozasłownymi pojawiają się

brak zaufania, napięcie, niepokój. Dla lekarza jest to istotne także z tego względu, że po spotkaniu z nim pacjent potrafi znacznie lepiej określić swój stan emocjonalny, postawę i stosunek do siebie niż treść przeprowadzonej rozmowy [12].

Niezwykle ważne jest edukowanie pacjenta przez lekarza, dotyczące jego problemów zdrowotnych, czyli wyjaśnianie mu w skrócie mechanizmów jego choroby lub szczegółów czekającej go operacji oraz sprawdzenie, czy dobrze zrozumiał te informacje. Warto przy tym posługiwać się szkicem lub rysunkiem, ponieważ informacje, które są odbierane za pomocą wielu zmysłów, są lepiej zapamiętywane. Pomocne jest także zapisywanie zaleceń — dzięki temu pacjent ma utrwalone informacje, które lekarz uznaje za istotne, a ponadto wielu chorych, wychodząc z takimi zaleceniami z gabinetu lekarza, podkreśla, że lekarzowi naprawdę zależy na pacjencie, że się o niego troszczy [13, 14]. Jest to tym bardziej istotne, że chorzy często zapominają 40–50% informacji, które przekazał im lekarz [15].

Istotne jest również zwrócenie uwagi na stan emocjonalny pacjenta — dostosowanie ilości i jakości przekazywanych informacji do jego stanu, zwłaszcza przy rozpoznaniu poważnej, zagrażającej życiu choroby. Bardzo często zdarza się bowiem, że lekarz przekazuje pacjentowi szokującą dla niego wiadomość o stanie zdrowia i, nie zwracając uwagi na jego stan psychiczny, kontynuuje swoją wypowiedź, przedstawiając plan leczenia i rokowanie. Tymczasem pacjent przeżywa tak silne napięcie, że jego możliwości percepcyjne są znacznie ograniczone, w związku z czym nie słucha już lekarza. Podczas kolejnej wizyty może w związku z tym zadawać pytania dotyczące podstawowych informacji. Jeżeli lekarz okaże zniecierpliwienie czy zdenerwowanie („przecież już mu to tłumaczyłem”), pacjent więcej go nie zapyta. Często są także takie sytuacje, kiedy lekarz jest przekonany, że pacjent wie wszystko na temat swojego schorzenia („przecież o nic nie pyta”), tymczasem pacjent nie jest do końca zorientowany, lecz nie pyta, gdyż:

- obawia się gniewu lekarza;
- boi się, że zadając pytania, wyrazi brak zaufania do lekarza;
- uważa, że lekarz wie, co on powinien wiedzieć, w związku z tym powinien mu powiedzieć;
- prezentuje bierny model chorowania („leczenie mnie”) [15].

Warto także zwrócić uwagę na to, by nie zstraszać pacjentów. Co prawda umiarkowany poziom lęku może być dobrym czynnikiem motywującym (prawo Yerkesa-Dodsona), jednak gdy jest zbyt

wysoki, powoduje odmowę współpracy lub postawę obronną [2, 16]. Przekazując komunikaty wzbu- dzające lęk, lekarz zawsze powinien podać jednocześnie odpowiednie informacje, przedstawić adekwatny plan działania. Postępując zgodnie z tymi wskazówkami, pacjent będzie mógł zmniejszyć odczuwany niepokój [17].

Ważnym elementem, który znacznie może poprawić współpracę między lekarzem a pacjentem, jest stosowanie przez lekarza metapoznania, czyli „myślenia o własnym myśleniu”. Jest to szczególnie umiejętność, gdyż pozwala jemu na:

- usłyszenie, że stosuje niezrozumiałą dla pacjenta medyczną terminologię („medomowa”) [18];
- zauważenie, że posługuje się językiem, którego pacjent nie rozumie;
- „przyłapanie” samego siebie na przerywaniu wypowiedzi pacjenta lub na wchodzeniu mu w słowo i kończeniu zdania za rozmówcę.

Znajomość technik nie zapewnia jeszcze opanowania samej umiejętności budowania dobrej współpracy z pacjentem i w najmniejszym stopniu nie gwarantuje skuteczności działania. Aby rozwinąć te kompetencje, lekarz powinien uczestniczyć w odpowiednich szkoleniach, a następnie nabierać wprawy podczas naturalnego treningu i doświadczenia działania w realnych sytuacjach, podczas których będzie miał możliwość ćwiczenia opanowanej już częściowo umiejętności.

Najlepszym podsumowaniem omawianego problemu wydają się słowa Barbary Korsch, lekarza, profesora medycyny, znanej badaczki wzajemnych oddziaływań między lekarzami a pacjentami: „Jednym ze stałych źródeł niezadowolenia pacjentów jest rozbieżność pomiędzy ich oczekiwaniami a oczekiwaniami ich medyków (...). Każda ze stron ma bardzo odmienne oczekiwania. Lekarze koncentrują się wyłącznie na fizycznych objawach niedomagań pacjentów, pozostawiając ich z odczuciem, że ich najgłębsze troski i obawy zostały zignorowane. Technologia oraz biologiczne podstawy medycyny rozwijają się tak szybko, że obecnie stanowią ważną siłę napędową praktyki medycznej, często kosztem zrozumienia pacjenta przez lekarza. A kiedy lekarz nie wykazuje dogłębnego zrozumienia dla problemu pacjenta, trudne staje się stworzenie skutecznej płaszczyzny współdziałania” [2].

## Piśmiennictwo

1. Steciwko A. Czynniki wpływające na jakość komunikowania się lekarza z pacjentem i jego rodziną lub najbliższym mu otoczeniem. W: Komunikowanie się lekarza z pacjentem. Barański J., Waszyński E., Steciwko A. red. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.

2. Korsch B.M., Harding C. Świadomy pacjent. Jak mówić, żeby lekarz Cię słuchał. Prószyński i S-ka, Warszawa 1999.
3. Mayerscough P.R., Ford M. Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
4. Szewczyk K. Troska, zaufanie i sprawiedliwość jako wartości ustanawiające w etyce medycznej. W: Komunikowanie się lekarza z pacjentem. Barański J., Waszyński E., Steciwko A. red. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
5. Parsons T. Struktura społeczna a osobowość. Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1969.
6. Kliszcz J. Empatia a relacja lekarz–pacjent. W: Komunikowanie się lekarza z pacjentem. Barański J., Waszyński E., Steciwko A. red. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
7. Orońska A. Rozmowa z nieuleczalnie chorym. W: Komunikowanie się lekarza z pacjentem. Barański J., Waszyński E., Steciwko A. red. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
8. Rogiewicz M., Buczkowski K. Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i pacjenta z lekarzem. W: Komunikowanie się lekarza z pacjentem. Barański J., Waszyński E., Steciwko A. red. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
9. Salmon P. Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
10. Gordon T., Edwards W.S. Rozmawiać z pacjentem. Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa 2009.
11. Bishop G.D. Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
12. Leder S. red. Elementy psychiatrii i psychologii medycznej w praktyce ogólnolekarskiej. Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 1987.
13. Sheridan C., Radmacher S. Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Wydawnictwo Instytutu Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1998.
14. Kuczyńska A. Oczekiwania jako czynniki kształtujące relacje lekarz–pacjent. W: Podstawy psychologii zdrowia. Dolińska-Zygmunt G. red. Wydawnictwo UW, Wrocław 2001.
15. Rogiewicz M., Buczkowski K. Komunikowanie werbalne i niewerbalne. W: Komunikowanie się lekarza z pacjentem. Barański J., Waszyński E., Steciwko A. red. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
16. Kardas P., Ratajczyk-Pakalska E. Przestrzeganie zaleceń lekarskich. W: Komunikowanie się lekarza z pacjentem. Barański J., Waszyński E., Steciwko A. red. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
17. Aronson E., Wilson T., Akert R. Psychologia społeczna. Serce i umysł. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 1997.
18. Alichniewicz A., Szczęśna A. Drugi język medykacji. W: Komunikowanie się lekarza z pacjentem. Barański J., Waszyński E., Steciwko A. red. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.