

*dr hab. inż. Zofia Wyszowska, prof. UTP*¹ 

Katedra Organizacji i Zarządzania, Wydział Zarządzania
Uniwersytet Technologiczno-Przyrodniczy

*dr Katarzyna Białczyk*² 

Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

*mgr Tomasz Michalski*³ 

Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Komunikacja pomiędzy lekarzem i pacjentem u chorych na nowotwory

WSTĘP

Choroby nowotworowe są jednym z największych problemów współczesnej medycyny i najczęstszą przyczyną przedwczesnej umieralności na całym świecie. Do najczęstszych nowotworów u osób dorosłych występujących w Polsce u mężczyzn zalicza się nowotwory płuc, jelita grubego i odbytnicy oraz prostaty, a wśród najczęściej diagnozowanych nowotworów u kobiet wymienia się nowotwory piersi, płuc, jelita grubego i odbytnicy (Wojtyniak i in., 2012, s. 55–56).

Leczenie choroby nowotworowej jest długotrwałym procesem, a samo jej rozpoznanie jest dla pacjenta dużym stresem. W wymiarze somatycznym choroba nowotworowa wiąże się z wieloma dolegliwościami fizycznymi oraz skutkami leczenia chemicznego i radiologicznego (Kuty-Pachecka, Stefańska, 2014, s. 156–163).

Dla pacjenta proces terapeutyczny choroby nowotworowej jest wielkim wyzwaniem. Często powoduje zaburzenia psychiczne, w tym najczęściej lękowe

¹ Adres korespondencyjny: Uniwersytet Technologiczno-Przyrodniczy, Wydział Zarządzania, Katedra Organizacji i Zarządzania, ul. Fordońska 430, 85-790 Bydgoszcz; e-mail: Zofia.Wyszowska@utp.edu.pl. ORCID: 0000-0002-0919-2251.

² ORCID: 0000-0002-2233-1498.

³ ORCID: 0000-0002-7497-4532.

i depresyjne, wymaga radzenia sobie z trudną sytuacją neuropsychologiczną będącą skutkiem leczenia na przykład poprzez radioterapię czy ingerencję chirurgiczną (Kowalczyk, Samardakiewicz, 1998, s. 78–80). Dodatkowymi ważnymi problemami, z którymi muszą sobie poradzić chorzy, jest zmiana roli społecznej i często występująca zmiana wyglądu zewnętrznego (Widera, 2007, s. 78).

Prowadzenie skutecznego procesu terapeutycznego w znacznym stopniu uzależnione jest od komunikacji zachodzącej pomiędzy lekarzem i pacjentem. Z uwagi na fakt, że pacjenci nie są w stanie ocenić kompetencji lekarza, to w ocenie komunikacji z lekarzem uwzględnia się na przykład zadowolenie z wyników leczenia, umiejętność słuchania, odczuwanie troski o zdrowie (Williams, Weinmen, Dale, 1998, s. 480–492). Prowadzona współpraca lekarza z chorym w taki sposób, by proces komunikacji zachodzący podczas wizyt lekarskich pacjent oceniał jako satysfakcjonujący, może istotnie zwiększyć motywację pacjenta do akceptacji zaproponowanych metod leczenia i podjęcia decyzji ich stosowania (Zembala, 2015, s. 48).

W każdej działalności gospodarczej zagadnienie komunikacji międzyludzkiej staje się coraz ważniejsze, gdyż w dużym stopniu decyduje o osiągniętej efektywności ekonomicznej. Zarządzanie relacjami w sektorze zdrowia na wszystkich poziomach struktury, a szczególnie na poziomie lekarza i pacjenta, jest ważnym czynnikiem ewentualnego zmniejszania kosztów systemu i zwiększania jego efektywności, a także wzrostu efektywności społecznej.

Celem pracy była ocena komunikacji lekarza z pacjentem i wskazanie obszarów wymagających pogłębienia analiz lub wprowadzenia zmian w postępowaniu z chorymi onkologicznie na płaszczyźnie komunikacji lekarza i pacjenta. W artykule przedstawiono wybrane teoretyczne modele relacji lekarz – pacjent i dokonano charakterystyki relacji lekarz – pacjent w grupie pacjentów z chorobą nowotworową. Zwrócono uwagę na wybrane aspekty dehumanizacji pacjenta powodowane nowoczesną obsługą chorych, oceniano uprzejmość i zachowanie lekarzy, zrozumienie zaleceń lekarskich, otrzymanie wsparcia psychicznego, wskazano obszary wymagające poprawienia komunikacji.

KOMUNIKACJA KLINICZNA I MODELE LEKARZ – PACJENT

Holistyczne podejście do wyjaśnienia choroby i terapii wprowadzone pod koniec XX wieku zwróciło uwagę na uwarunkowania psychospołeczne i emocje pacjenta i pokazało, że proces leczenia wymaga, dostrzeżenia wielu sfer związanych z istnieniem człowieka. To wieloobszarowe uwzględnienie problemów chorego jest ważnym wyzwaniem dla lekarzy i wymaga, poza wiedzą medyczną, wiedzą z zakresu komunikacji z chorym (Nowina, Konopka, 2016, s. 8). W komunikacji klinicznej zachodzącej pomiędzy chorym i lekarzem, a także psychologiem, szczególną rolę pełni zrozumienie oparte na empatii (Griffin, 2003, s. 66).

Kompetencje z zakresu komunikacji klinicznej, to głównie kompetencje społeczne opierające się na umiejętnościach komunikowania interpersonalnego, gdzie oczekiwana jest skuteczność nawiązania kontaktu z chorym i jego rodziną (Laskowski, 2010, s. 46). Rozmowa jest najbardziej podstawowym sposobem komunikowania się ludzi (Załaźnińska, 2006, s. 7).

Komunikacja ma charakter interakcyjny, może przybierać formę werbalną i niewerbalną. Formy te pełnią odmienną ważność, ale uzupełniają się (Stewart, 2014, s. 41). Komunikowanie werbalne korzysta z języka i jest najbardziej pierwotną formą kontaktów zachodzących między ludźmi, może występować w formie ustnej lub pisemnej. Forma ustna jest metodą szybką, powszechnie stosowaną w relacjach lekarz – pacjent i działa bezpośrednio między nadawcą i odbiorcą. Forma pisemna jest formą trwałą i sformalizowaną (Nęcki, 2000, s. 121). W komunikowaniu niewerbalnym w porozumiewaniu nie korzysta się z języka, ale z sygnałów takich jak gesty, wygląd, mowa ciała. Rola ciała, a głównie język ciała, w relacjach międzyludzkich pełni ważną rolę, gdyż język ciała oddziałuje na zmysł wzroku, a układ wzrokowy dostarcza około 80% informacji (Wróbel, 2005, s. 103).

W kwestii rozwoju i kształtowania się relacji lekarz – pacjent można wskazać trzy ważne okresy. Pierwszy z nich dotyczy tradycji hipokratesowej zwieńczonej przysięgą (Baker, 2002, s. 447). Okres drugi obejmuje zmiany w organizacji medycyny, które były konsekwencją zapoczątkowanej w połowie XVIII wieku rewolucji przemysłowej (Veatch, 2006, s. 585–600). Okres trzeci nazywany jest rewolucją bioetyczną, rozpoczął się po drugiej wojnie światowej i trwa, cechuje się dynamicznym wprowadzaniem zmian (Giubilini i in., 2016, s. 129).

W koncepcji bioetycznej występuje silne akcentowanie autonomii pacjenta, co prowadzi do kształtowania nowej generacji modeli relacji lekarz – pacjent z serii modeli konsumerskich, gdzie lekarz jest usługodawcą, a pacjent pełni rolę usługobiorcy, czyli klienta. W obszarze modeli bioetycznych wymienia się także podejście nazywane inżynierskim, radykalnym, antypaternalistycznym. Są zwolennicy i przeciwnicy budowania kolejnych propozycji modeli komunikacji, i nadal poszukuje się modelu wzorcowego opisującego relacje lekarz – pacjent. Taki model nie występuje, a istniejące podlegają ciągłym zmianom, które są wywoływane poprzez nowe rozważania etyczne i coraz to nowsze osiągnięcia medyczne i bioetyczne (Szewczyk, 2009, s. 17).

W koncepcjach modeli relacji lekarz – pacjent podkreśla się znaczenie przedmiotu terapii, przedmiotem może być choroba lub pacjent. Zwraca się uwagę na postawę lekarza, którą można uznać jako dominującą, partnerską, wspierającą, ekspercką, komunikatywną czy współpracującą oraz postawę pacjenta, która może być bierna, roszczeniowa czy aktywna.

Poza postawą lekarza i pacjenta ważna jest także pełniona w procesie leczenia rola zarówno lekarza, jak i pacjenta. W pełnionej roli przez lekarza można go postrzegać jako eksperta, który autorytatywnie ustala prowadzenie leczenia, przejmuje pełne kierowanie, zachowuje wiedzę dla siebie, nie dzieli się wiedzą z pacjentem,

bądź pacjent może oceniać, że lekarz jest edukatorem, jest otwarty na dialog i współpracę. Rola pacjenta przejawiająca się w jego aktywności do procesu zdrowienia może sprowadzać się do pełnej gotowości do podporządkowania się wymaganiom lekarza i posłusznego poddania się leczeniu lub pacjent może zdecydować się na aktywne poszukiwanie wiedzy i świadomy wybór alternatywnych form pomocy korzystając z dialogu i współpracy z lekarzem (Gałuszka, 2012, s. 125).

Pacjenci, szczególnie z chorobami nowotworowymi, coraz częściej korzystają z nowoczesnych źródeł informacji, docierają do portali medycznych i stron prowadzonych przez lekarzy i są gotowi do prowadzenia dialogu w relacji lekarz – pacjent (Fryc i in., 2018, s. 290).

W kształtowaniu komunikacji w relacjach lekarz – pacjent wyzwaniem są także pacjenci z ruchu migracyjnego (Migge, Gilmartin, 2011, s. 1146). Zetknięcie się lekarza z odmienną kulturą komunikacyjną związaną z ochroną zdrowia, odmienne preferencje tej grupy pacjentów i inne zachowania prozdrowotne mogą być przyczyną nieporozumień na tle językowym, kulturowym i komunikacyjnym (Kielkiewicz-Janowiak, Zabielska, 2017, s. 35).

Konsekwencje niesatysfakcjonującej komunikacji klinicznej powodowane najczęściej brakiem wiedzy, również często nadmiernym podporządkowaniem pacjenta lekarzowi i dominującą postawą lekarza nad pacjentem, skutkują dłuższym procesem leczenia i generowaniem zbędnych kosztów (Czerska, 2016, s. 38).

W procesie przekazywania informacji współuczestniczą trzy czynniki, czyli nadawca, odbiorca i kod, czyli sposób przekazywania informacji. Dla prowadzenia lepszej komunikacji w relacjach lekarz – pacjent niezbędne jest rozpoznawanie niedociągnięć ze strony lekarzy i naprawianie ich. Konieczne dla realizowania tego zadania są systematycznie gromadzone informacje dotyczące opinii pacjentów o komunikacji i analizowanie ich (Stangierska, Horst-Sikorska, 2007, s. 59).

KLASYCZNE MODELE RELACJI LEKARZ – PACJENT

W opiece zdrowotnej funkcjonują trzy klasyczne modele relacji zachodzących pomiędzy lekarzem i pacjentem. Jest to model paternalistyczny, partnerski oraz systemowo-partnerski. W każdym z tych modeli inaczej postrzega się chorobę i pacjenta, i w każdym z nich można dostrzec zalety i wady oraz nieco inne korzyści zarówno dla pacjenta, jak i lekarza.

W modelu paternalistycznym choroba traktowana jest jako aspekt biologiczny, a człowiek postrzegany jest jak maszyna, czy urządzenie techniczne, gdzie lekarz poprzez działanie może naprawić popsute mechanizmy. W założeniach tego modelu występuje dominacja lekarza, pacjent podporządkowuje się lekarzowi, lekarz podejmuje decyzje autorytatywnie, ma prawo do ingerowania we właściwości fizyczne i psychiczne osoby, a wspiera go w tych działaniach autorytet, wiedza, legitymizacja społeczna. Wyróżnia się jeszcze natężenie paternalizmu

i może ono być umiarkowane lub radykalne (Jarosz i in., 2012, s. 212–218). Wobec niektórych chorych stosowanie paternalistycznego zachowania lekarzy jest uzasadnione, na przykład dla chronienia jednostki przed samookaleczającą się krzywdą (Feinberg, 1971, s. 105–124). Jednak w XIX wieku rozpoczęła się powszechna krytyka tego modelu (Kęsy, 2012, s. 167–158).

Rozwój technologii medycznych i wzrost wiedzy w społeczeństwie, to podstawowe czynniki, które wpłynęły na rozwój takiego modelu komunikacji, w którym uwzględnia się aspekt choroby na poziomie biologicznym, psychicznym i społecznym przy partnerskiej relacji zachodzącej pomiędzy lekarzem i pacjentem (Szasz i in., 1956, s. 585–592). Model taki nazwano partnerskim (Williams, Calnan, 1991, s. 237–242).

W modelu systemowo-partnerskim tworzone są relacje partnerskie pomiędzy lekarzem, pacjentem i jego rodziną. W tym systemie współdziałają czynniki medyczne, rodzinne, społeczne i środowiskowe. Stosowanie tego modelu wymaga od lekarza oprócz wiedzy specjalistycznej również wiedzy z zakresu nauki o komunikacji z rodziną (Kuczyńska, 2001, s. 201–212).

Uwzględniając rolę lekarza i jego postawę w procesie leczenia można wyróżnić w budowaniu relacji z chorym podejście somatyczne lub ogólne. W podejściu somatycznym lekarz głównie skupia się na chorobie i leczeniu, natomiast w podejściu ogólnym lekarz korzysta nie tylko z wiedzy medycznej, ale także uwzględnia informacje dotyczące sytuacji życiowej pacjenta.

Generalnie w modelach obserwuje się ewolucję w kierunku poszerzania autonomii pacjenta (Emanuel, 1992, s. 221–226; Veatch, 1991, s. 150–156).

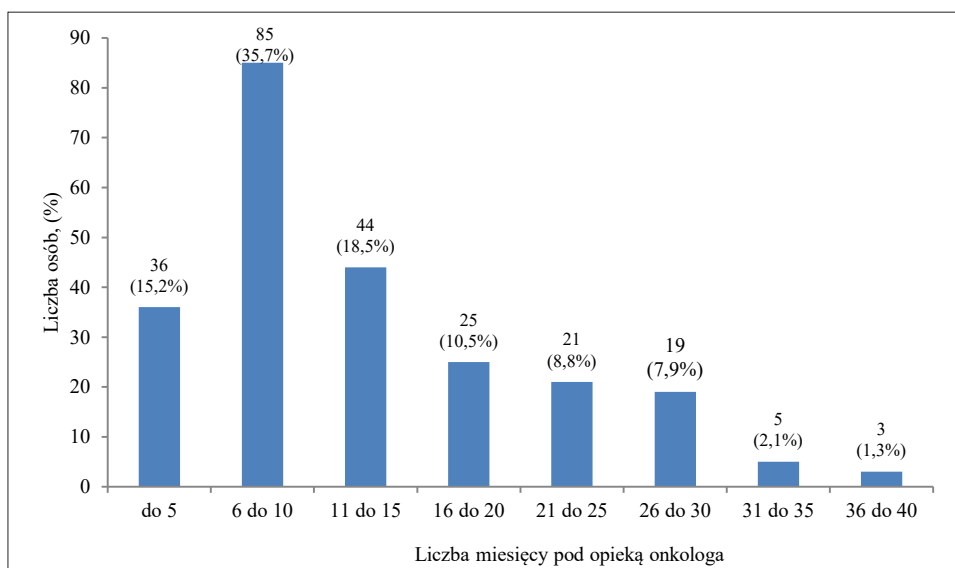
WYNIKI BADAŃ

Dla zrealizowania celu pracy opracowano kwestionariusz ankiety. Kwestionariusze anonimowo wypełniały osoby z chorobą nowotworową, które leczyły się w szpitalu specjalistycznym w województwie pomorskim. Kwestionariusze były dostępne dla pacjentów na terenie szpitala przed specjalistycznymi gabinetami lekarskimi. Pacjenci, którzy wypełnili kwestionariusze, wkładali je do nieoznaczonych kopert i umieszczali w specjalnie do tego celu przygotowanej skrzynce. Respondenci wypełniali kwestionariusze przez okres kolejnych trzech miesięcy, był to sierpień, wrzesień i październik 2018 roku. W obliczeniach uwzględniono 238 poprawnie wypełnionych kwestionariuszy. Ankiety wypełnione niekompletnie odrzucono. Bazę danych założono w programie Excel. Cele szczegółowe dotyczyły oceny uprzejmości i zachowania lekarza, zadowolenia i satysfakcji z przekazywanych informacji, zrozumienia zaleceń i terminów stosowanych przez lekarza, wsparcia psychicznego, podmiotowości pacjenta.

Struktura wieku chorych pokazała, że najwięcej osób znajdowało się w przedziale 66–70 lat (20,6%), następnie 56–60 lat (16,4%) i w wieku 61–65 lat (13,5%).

Te trzy grupy wiekowe łącznie stanowiły 50,5% badanych. Kolejne miejsca w tej strukturze zajmowali chorzy w wieku 71–75 lat (12,2%) i w wieku 51–55 lat (10,1%). Udział osób najstarszych powyżej 81 lat (2,9%) i najmłodszych 25–30 lat (2,9%) był taki sam. Większy udział w strukturze płci w badanej grupie miały kobiety (55%). Respondenci w większości byli mieszkańcami miast (58,8%).

Największa grupa respondentów pozostawała pod opieką poradni onkologicznej od 6 do 10 miesięcy (35,7%). Druga co do wielkości grupa pacjentów (18,5%) była pod opieką onkologa dłużej i wskazała przedział czasowy od 11 do 15 miesięcy. Niewielka grupa chorych leczyła się dłużej niż 30 miesięcy (3,4%). Czas przebywania pod opieką lekarzy onkologów krótszy niż 5 miesięcy wskazała niemal co siódma osoba (15,2%) (rys. 1).



Rys. 1. Liczba miesięcy pozostawiania chorych pod opieką poradni onkologicznej

Źródło: opracowanie na podstawie danych uzyskanych od respondentów.

Dla respondentów głównym źródłem informacji o sposobie leczenia jest lekarz (48,3%). Znaczna grupa chorych poszukuje informacji o swoich dolegliwościach i sposobach leczenia w Internecie (33,2%). Z różnych broszurek i ulotek korzysta 13% respondentów, a 5,5% osób jako źródło informacji wskazało osoby z rodziny i przyjaciół.

Największa grupa chorych (63,9%) w swoich odpowiedziach w kwestionariuszach zaznaczyła, że chociaż rozumie większość informacji przekazywanych przez lekarza, to niektóre słowa i sformułowania nie są zrozumiałe. Satysfakcjonujące jest to, że ponad czwarta część respondentów (26,5%) uważa, iż wszystkie informacje przekazywane są w sposób zrozumiały i przystępny. Niepokój budzi to, że niemal

co dziesiąta osoba (9,6%) nie rozumie informacji i zaleceń, które przekazuje lekarz.

Dla większości respondentów czas trwania wizyt lekarskich jest odpowiedni i satysfakcjonujący (75,6%), prawie co piąta osoba uznała, że czas trwania wizyty lekarskiej jest zbyt krótki (19,8%), a w opiniach 4,6% badanych wizyty lekarskie trwają za długo.

Co drugi respondent twierdzi, że przeznaczony czas na wizytę u lekarza jest wystarczający i zawsze zdąży powiedzieć lekarzowi o wszystkich swoich problemach (50,4%). Co dwunasty chory zaznaczył, że nigdy nie zdąży powiedzieć o swoich problemach medycznych (8%). Druga co do wielkości grupa wypowiadających się podkreśliła, że zawsze zdąży powiedzieć o większości swoich problemów (29,8%). Niemal co dziesiąta osoba twierdzi, że tylko niekiedy zdąży powiedzieć tylko o niektórych problemach (11,8%).

Tabela 1. Uprzejmość i zachowanie lekarza podczas wizyt lekarskich (N=238)

Uprzejmość		%
1.	Lekarz zawsze jest uprzejmy.	27,3
2.	Lekarz przeważnie jest uprzejmy.	50,4
3.	Lekarz rzadko jest uprzejmy.	14,3
4.	Lekarz nigdy nie jest uprzejmy.	8,0
Razem		100,0
Zachowanie i rozmowa		
1.	Lekarz ciągle patrzy w monitor komputera.	16,8
2.	Lekarz mówi zbyt długimi zdaniami.	10,9
3.	Lekarz spieszy się i mówi zbyt szybko.	13,1
4.	Lekarz używa pojedynczych słów, krótkich zdań.	59,2
Razem		100,0

Źródło: opracowanie na podstawie informacji uzyskanych od respondentów.

Uzyskane dane od pacjentów informują, że lekarze podczas spotkań na wizytach są przeważnie (50,4%) lub zawsze uprzejmi (27,3%). Łącznie te dwa warianty odpowiedzi zaznaczyło 77,7% respondentów. Jednak wskazanie przez respondentów pozostałych dwóch wariantów odpowiedzi jest niepokojące. W odczuciach pacjentów zdarza się, że lekarze, chociaż rzadko, to jednak są nieuprzejmi (14,3%) lub nawet według opinii co dwunastego pacjenta lekarze są zawsze nieuprzejmi (8%).

Respondenci zwrócili uwagę na to, że lekarze używają bardzo krótkich zdań, często pojedynczych słów, co nie zawsze niesie ze sobą wystarczającą informację dla chorych dla wydawanych poleceń czy zrozumienia procesu leczenia (59,2%). Według opinii co dziesiątego respondenta lekarz mówi zbyt długimi zdaniami (10,9%). Co szósty pacjent podkreślił, że lekarz ciągle jest zapatrzony w monitor komputera (16,8%), a zdaniem prawie co ósmego pacjenta lekarz spieszy się i mówi zbyt szybko (13,1%) (tabela 1).

Tabela 2. Zadowolenie z przekazywanych informacji i zrozumienie zaleceń (N=238)

Zadowolenie i satysfakcja z przekazywanych informacji przez lekarza		%
1.	Pacjent jest w pełni usatysfakcjonowany i całkowicie zadowolony, ponieważ lekarz odpowiada na wszystkie zadane pytania.	22,7
2.	Pacjent nie jest całkowicie usatysfakcjonowany, ale zadowolony, gdyż lekarz odpowiada na większość zadawanych pytań.	27,7
3.	Pacjent nie jest zadowolony, gdyż lekarz odpowiada tylko na niektóre zadawane pytania.	42,5
4.	Pacjent jest całkowicie niezadowolony i całkowicie nieusatysfakcjonowany, gdyż lekarz nie odpowiada na żadne zadawane pytanie.	7,1
Razem		100,0
Zrozumienie zaleceń lekarskich		
1.	Pacjent rozumie wszystkie zalecenia i wie, w jaki sposób je wykonać.	33,2
2.	Pacjent rozumie większość zaleceń i umie je samodzielnie wykonać.	51,7
3.	Pacjent rozumie tylko niektóre zalecenia i nie wszystko rozumie w zakresie ich wykonywania.	10,1
4.	Pacjent nie rozumie zaleceń i ich nie wykonuje.	5,0
Razem		100,0

Źródło: opracowanie na podstawie informacji uzyskanych od respondentów.

Największa grupa respondentów (42,5%) stwierdziła, że nie jest zadowolona z wizyty u lekarza, a głównym powodem niezadowolenia jest to, że lekarz odpowiada tylko na niektóre pytania. Drugą co do wielkości grupą respondentów są ci, którzy twierdzą, że lekarz odpowiada na większość pytań, co powoduje, że generalnie są usatysfakcjonowani, jednak uważają, że nie jest to satysfakcja pełna (27,7%). Grupa respondentów w pełni usatysfakcjonowanych z wizyty u lekarza onkologa i oceniająca, że lekarz udziela odpowiedzi wyczerpujących na wszystkie zadawane pytania zajęła trzecią pozycję (22,7%). Najmniej liczna grupa respondentów była bardzo krytyczna i zaznaczyła, że ze sposobu prowadzenia wizyty lekarskiej jest całkowicie niezadowolona (7,1%).

Pozytywnie należy ocenić to, że co trzeci pacjent rozumie wszystkie zalecenia przekazywane przez lekarza i wie, w jaki sposób należy je prawidłowo wykonywać (33,2%). Ponad połowa respondentów rozumie większość zaleceń wypowiadanych przez lekarzy i zaznacza, że umie je wykonywać (51,7%). Jednakże co dziesiąty respondent zrozumienie zaleceń lekarskich ocenia w sposób niezadowalający. Ta grupa respondentów (10,1%), zaznaczyła, że nie rozumie wszystkich zaleceń, lecz tylko niektóre z nich i w zakresie sposobu wykonywania zaleceń również nie wszystko rozumie. Co dwudziesty chory ocenił zrozumienie zaleceń i zrozumienie sposobu ich wykonywania bardzo krytycznie (5%) (tabela 2).

Dla pacjentów ważne jest zrozumienie wszystkich słów i terminów medycznych, które są wypowiadane przez lekarza. Analiza zebranych wypowiedzi od respondentów pokazała, że niektórzy lekarze używają słów niezrozumiałych

(33,6%). Co ósmy respondent zaznaczył, że lekarze nie stosują niezrozumiałych słów (12,6%), a w opinii ponad połowy badanych (53,8%) taka sytuacja występuje rzadko. Miejscem prowadzenia rozmowy z pacjentem jest gabinet lekarski (95,8%) (tabela 3).

Tabela 3. Zrozumienie terminów używanych przez lekarza i miejsce przekazywanych pacjentowi informacji (N=238)

Wypowiadanie przez lekarza niezrozumiałych dla pacjenta pojęć medycznych		%
1.	Lekarz często używa takich słów.	33,6
2.	Lekarz rzadko używa takich słów.	53,8
3.	Lekarz nie używa niezrozumiałych słów.	12,6
Razem		100,0
Miejsce rozmowy i przekazywania informacji		
1.	Rozmowa odbywa się zawsze w gabinecie lekarskim.	95,8
2.	Rozmowa odbywa się czasem w gabinecie, a czasem na korytarzu.	4,2
3.	Rozmowa odbywa się tylko na korytarzu.	–
Razem		100,0

Źródło: opracowanie na podstawie informacji uzyskanych od respondentów.

Tabela 4. Wiedza na temat leczenia, wsparcie psychiczne oraz sugestie dotyczące zmian w komunikacji (N=238)

Zadowolenie z wiedzy na temat dalszego leczenia		
1.	Wiem dokładnie, jak będzie wyglądało dalsze leczenie.	43,7
2.	Mam pewne wątpliwości z uzyskanych informacji na temat dalszego leczenia.	45,8
3.	Mam bardzo dużo wątpliwości i w rezultacie nie wiem, jak będzie wyglądało dalsze leczenie.	10,5
Razem		100,0
Otrzymanie wsparcia psychicznego od lekarza onkologa		
1.	Podczas każdej wizyty lekarskiej otrzymuję bardzo duże i satysfakcjonujące wsparcie psychiczne, co bardzo mi pomaga w chorobie.	51,3
2.	Otrzymuję wystarczające wsparcie.	38,6
3.	Nie otrzymuję wsparcia.	10,1
Razem		100
Opinie o wprowadzeniu zmian w komunikacji		
1.	Komunikacja jest prowadzona prawidłowo i nie wymaga zmian.	50,0
2.	Brakuje indywidualnego, podmiotowego podejścia do pacjenta.	30,6
3.	Lekarz nie powinien traktować chorego jako kolejny przypadek medyczny i statystyczny.	19,4
Razem		100,0

Źródło: opracowanie na podstawie informacji uzyskanych od respondentów.

Co dziesiąty pacjent z grupy ankietowanych (10,5%) stwierdził, że po zakończonej wizycie lekarskiej ma dużo wątpliwości i nie wie, jak będzie wyglądało dalsze jego leczenie. Pełną satysfakcję dotyczącą przebiegu rozmowy z lekarzem wyraziła grupa pacjentów licząca 43,7% wypowiedających się. Pewne wątpliwości dotyczące wiedzy na temat dalszego leczenia posiada grupa respondentów licząca 45,8%.

Analiza wypowiedzi respondentów pozwoliła stwierdzić, że prawie 90% pacjentów podczas wizyty lekarskiej u onkologa otrzymuje wsparcie psychiczne, w tym ponad połowa respondentów zaznaczyła, że otrzymuje wsparcie bardzo duże (51,3%), a w opinii 38,6% respondentów uzyskiwane wsparcie jest wystarczające. Jednak co dziesiąty pacjent (10,1%) twierdzi, że wsparcia nie otrzymuje.

Połowa respondentów uważa, że nie ma potrzeby zmian w prowadzeniu komunikacji zachodzącej podczas wizyt lekarskich między lekarzem i pacjentem (50%). Na brak podmiotowego traktowania pacjenta wskazało 30,6% badanych, a w opinii 19,4% ankietowanych chorzy traktowani są jak kolejne przypadki statystyczne (tabela 4).

PODSUMOWANIE

Oczekiwania komunikacyjne pacjentów wraz z rozwojem cywilizacyjnym ulegają zmianie. Pacjenci oczekują coraz szerszego zakresu informacji, co jest efektem interdyscyplinarnego i holistycznego podejścia do pacjenta, a także skutkiem rozwoju biomedycyny i nowych technologii w leczeniu. Nowoczesność jest dużym wyzwaniem dla lekarzy, a upowszechnianie wyników badań i postęp techniczny i technologiczny sprawiają, że lekarze muszą poszerzać wiedzę, aktualizować umiejętności i kompetencje nie tylko kliniczne, ale także komunikacyjne. W profesjonalizmie lekarzy zawarte są kompetencje uwzględniające poziom satysfakcji z relacji komunikacyjnych zachodzących między lekarzem i pacjentem. Pacjenci są często nieobiektywni w ocenach, kierują się własnymi odczuciami, ale oczekują od lekarza umiejętności słuchania, zrozumiałego przekazywania informacji, czytania przekazów niewerbalnych. Codziennosc prowadzonych komunikacji przez lekarzy bez profesjonalnych umiejętności i wiedzy może znacznie obniżać komfort ich pracy, burzyć zaufanie, wydłużać proces leczenia, generować koszty.

Większość lekarzy w opiniach respondentów w zakresie komunikacji spełnia ich oczekiwania. Jednakże wśród wypowiedających się niektórzy pacjenci wskazali na brak dobrej komunikacji z lekarzem. Ta grupa lekarzy, o których respondenci wypowiedzieli się negatywnie, może poprzez nieprawidłową komunikację niszczyć relacje zamiast je umacniać i wymaga od lekarzy samodoskonalenia. Każdy z pacjentów posiada własny kontekst poznawczy i sposób myślenia, a okoliczności towarzyszące wizycie lekarskiej, czyli nasilone emocje, dezorganizują uwagę, pamięć i racjonalne myślenie, czyli procesy poznawcze. Takie uwarunkowania komunikacji zachodzącej pomiędzy lekarzem i pacjentem podpowiadają, że od lekarzy oczekuje się ustawicznego poszerzania wiedzy z zakresu komunikacji.

BIBLIOGRAFIA

- Baker, R. B. (2002). Bioethics and history. *Journal of Medicine and Philosophy*, 27(4), 447–474. DOI: 10.1076/jmep.27.4.447.8606.
- Czerska, I. (2016). Relacje lekarz – pacjent a wybrane teoretyczne modele relacji w kontekście dehumanizacji medycyny. *Handel Wewnętrzny*, 5, 37–45.
- Emanuel, E. J., Emanuel, L. L. (1992). Four models of physician – patient relationship. *Journal American Association*, 267(16), 2221–2226. DOI: 10.1001/jama.267.16.2221.
- Feinberg, J. (1971). Legal paternalism. *Canadian Journal of Philosophy*, 1(1), 105–124. DOI: 10.1080/00455091.1971.10716012.
- Fryc, A., Krassowska, M., Szymik, D., Hamoud, M., Patela, K. (2018). Rola internetu w relacji lekarz – pacjent zbadana w wybranych grupach wiekowych. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 8(4), 285–296. DOI: 10.17219/pzp/86410.
- Gałaszka, M. (2012). Nowe zjawiska w relacji lekarz – pacjent w kontekście rozwoju internetu. *Przegląd Socjologiczny*, 61(2), 118–150.
- Giubilini, A., Milnes, S., Savulescu, J. (2016). The Medical Ethics Curriculum in Medical Schools: Present and Future. *Journal of Clinical Ethics*, 27(2), 129–145.
- Griffin, E. (2003). *Podstawy komunikacji społecznej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Jarosz, M. J., Kawczyńska-Butrym, Z., Włoszczak-Szubzda, A. (2012). Modele komunikacyjne relacji lekarz – pacjent – rodzina. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 3(18), 212–218.
- Kęsy, M. (2012). *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
- Kielkiewicz-Janowiak, A., Zabielska, M. (2017). Lekarz i pacjent na emigracji: odmienne kultury komunikacji w ochronie zdrowia w Polsce i w Wielkiej Brytanii. *Sztuka Leczenia*, 1, 33–41.
- Kowalczyk, J. R., Samardakiewicz, M. (1998). *Dziecko z chorobą nowotworową*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kuczyńska, A. (2001). Modele kontaktu lekarza z pacjentem. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia* (s. 201–212). Wrocław: Uniwersytet Wrocławski.
- Kuty-Pachecka, M., Stefańska, K. (2014). Zaburzenia psychiczne u dzieci z rozpoznaną chorobą nowotworową. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 14(2), 156–163. DOI: 10.15557/PiPk.2014.0024.
- Laskowski, W. (2010). O komunikacji twarzą w twarz w perspektywie somatycznej. *Investigationes Linguisticae*, XXII, 42–78. DOI: 10.14746/il.2010.22.3.
- Migge, B., Gilmartin, M. (2011). Migrants and healthcare: Investigating patient mobility among migrants in Ireland. *Health & Place*, 17, 1144–1149. DOI: 10.1016/j.healthplace.2011.05.002.
- Nęcki, Z. (2000). *Komunikacja międzyludzka*. Kraków: Oficyna Wydawnicza ANTYKWA.
- Nowina-Konopka, M., (2016). *Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
- Widera, A. (2007). Psychologiczne aspekty pacjenta z chorobą nowotworową. W: B. Bętkowska-Korpala, J. Gierowski (red.), *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie* (s. 67–82). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Williams, S., Calnan, M. (1991). Key determinants of consumer satisfaction with general practice. *Fam Pract*, 8(3), 237–244. DOI: 10.1093/fampra/8.3.237.
- Williams, S., Weinmen, J., Dale, J. (1998). Doctor Patient Communication and Patient Satisfaction. *Family Practice*, 15(5), 480–492. DOI: 10.1093/fampra/15.5.480.
- Wojtyniak, B., Goryński, P., Moskalewicz, B. (2013). Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Nowotwory. *Journal of Oncology*, 63(3), 1–269. DOI: 10.5603/NJO.2013.0010.
- Wróbel, M. (2005). Uwaga, zaraźliwy nastrój. *Charaktery*, 8, 21–22.
- Stewart, J. (2014). *Mosty zamiast murów*. Warszawa: PWN.
- Szasz, T. S., Marc, M. D., Hollender, H. (1956). A Contribution to the Philosophy of medicine The Basic Models of the Doctor – Patient Relationship. *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, 97(5), 585–592. DOI: 10.1001/archinte.1956.00250230079008.
- Szewczyk, K. (2009). O bezsensie i potrzebie konstruowania modeli relacji lekarz – pacjent. *Krytyka Lekarska*, 2–3, 17–38.
- Stangierska, I., Horst-Sikorska, W. (2007). Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 1(1), 58–68.
- Żalazińska, A. (2006). *Niewerbalna struktura dialogu*. Kraków: Universitas.
- Zembala, A. (2015). Modele komunikacyjne w relacjach lekarz – pacjent. *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ. Nauki Ścisłe*, 11(2), 35–50.
- Veatch, R. M. (1991). *The Patient-Physician Relation: The Patient as Partner*. Bloomington: Indiana University Press.
- Veatch, R. M. (2006). How Philosophy of Medicine Has Changed Medical Ethics. *Journal of Medicine and Philosophy*, 31(6), 585–600. DOI: 10.1080/03605310601009315.

Streszczenie

Celem głównym pracy była ocena komunikacji lekarza z pacjentem. Cele szczegółowe dotyczyły oceny zadowolenia i satysfakcji ze sposobu komunikowania się lekarza z chorym, oceny stosowanych sposobów komunikacji, długości trwania wizyty u lekarza, zrozumiałości przekazywanych informacji chorym, kultury osobistej lekarza, podmiotowości pacjenta. Korzystano z kwestionariusza ankiety opracowanego specjalnie dla zrealizowania celów pracy. W analizie uwzględniono 238 poprawnie wypełnionych kwestionariuszy przez pacjentów z chorobą nowotworową leczonych w szpitalu specjalistycznym. Bazę danych założono w programie Excel, a obliczenia wykonano w programie Statistica.

Zbrane dane i ich analiza pokazały, że komunikacja lekarza z chorym jest bardzo ważnym aspektem procesu leczenia. Nie wszyscy respondenci są zadowoleni ze sposobu przekazywania informacji przez lekarza dotyczących dalszego procesu leczenia, co powoduje wzrost poczucia utraty bezpieczeństwa i utratę zaufania do lekarza. Większość chorych rozumie przekazywane przez lekarza zalecenia i porady, ale jest grupa respondentów, która nie rozumie wszystkich słów wypowiedzianych przez lekarza, co może prowadzić do nieprawidłowego stosowania zaleceń. Pacjenci wysoko ocenili kulturę osobistą lekarzy, ale oczekują w ich traktowaniu większej podmiotowości. Analiza zebranych wypowiedzi wskazuje, że oczekiwania pacjentów w zakresie prowadzonej komunikacji lekarz – pacjent wzrastają, co zobowiązuje lekarzy do poszerzania wiedzy z zakresu technik komunikacyjnych.

Słowa kluczowe: komunikacja, lekarz, pacjent, choroby nowotworowe.

Communication between physician and patient in cancer patients

Summary

The main goal of the study was to assess the doctor's communication with the patient. The detailed goals concerned the assessment of satisfaction with the way the physician communicates with the patient, the assessment of the communication methods used, the duration of the visit to a physician's office, understanding of the information provided to patients, the physician's personal culture, and the subjectivity of the patient. A questionnaire developed specifically for the study objectives was used. The analysis used data from 238 questionnaires completed correctly by cancer patients treated in a specialist hospital. The database was created in Excel and the analysis was performed using Statistica software.

The analysis of the data shows that the physician's communication with the patient is a very important aspect in the treatment process. Not all respondents were satisfied with the way the physician communicated information about the further treatment process, which increased the sense of security loss and undermined confidence in the physician's decisions. Most patients understood the recommendations and advice provided by the physician, but there was a group of respondents who did not understand all the words used by the physician, which may lead to the non-compliance of the patient to the treatment recommendations. Patients highly appreciated the personal culture of physicians but they expected greater subjectivity in their treatment. The analysis of statements indicated that the patients' expectations in the area of physician – patient communication are growing, which obliges physicians to broaden their knowledge in communication techniques.

Keywords: communication, physician, patient, neoplasm disease.

JEL: I10, I18, H00.