

ZAKAZ CZY NAKAZ? SKUTECZNY PRZEKAZ ZALECEŃ ZDROWOTNYCH

BOŻENA GULLA

Uniwersytet Jagielloński
Instytut Psychologii Stosowanej

ABSTRACT

Prohibition or prescription? An effective message of health recommendations

The presentation will be dedicated to a particular form of communication on health aspects, related to the way of conveying health recommendations by a specialist doctor to a sick person, which determines the patient's participation in the process of treatment. The doctor-patient dialogue is dependent on individual predisposition of both the physician (e.g. emotional intelligence) and the patient (e.g. coping strategies, anxiety level, point or interval strategies, dependency-autonomy dimension, and preferences and competencies developed during disease). The importance of verbal and nonverbal communication in the doctor-patient relationship, particularly, the efficacy of different forms of communication, such as denied versus direct, controlled by the patient versus taken automatically, will be discussed. Typical communication errors and recommendations allowing to avoid errors, will be indicated. As an example of a particularly difficult situation, placing high requirements in terms of communication skills, the talk/conversation with the family of the deceased – a potential donor for organ transplantation, will be presented.

Key words: communication, disease, doctor, patient

Wprowadzenie

Komunikowanie o zdrowiu stanowi szeroki problem, dotyczy bowiem każdego – zarówno ludzi chorych, zainteresowanych wyleczeniem własnej choroby, ludzi zagrożonych chorobą, próbujących powstrzymać jej rozwój, jak i ludzi w pełni

✉ Adres do korespondencji: Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii Stosowanej, Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej, ul. Prof. St. Łojasiewicza 4, 30-348 Kraków

zdrowych, dbających o utrzymanie tego stanu. Komunikaty dotyczące zdrowia i choroby pochodzą od specjalistów – lekarzy, dietetyków, rehabilitantów, psychologów, trenerów fitness i innych, ale także od osób niemających specjalistycznej wiedzy oraz tych posiadających własne doświadczenia związane z problemami zdrowotnymi, a kierowane są zarówno do poszczególnych pacjentów, jak i do osób należących do określonej grupy wiekowej czy zawodowej, do rodzin oraz do szerokiego społeczeństwa. Ich źródłem może być osobisty przekaz, wówczas komunikacja przybiera zwykle formę dialogu, ale także przekaz za pośrednictwem mediów (popularny obecnie „dr Google”, udzielający pierwszych informacji dotyczących niepokojących symptomów). Nie należy zapominać o postaci komunikowania umożliwiającej porozumienie specjalistów ochrony zdrowia, o profesjonalnym, sformalizowanym charakterze, opartej na klasyfikacjach chorób i zaburzeń, ujętych w pisemnej, opublikowanej formie. Komunikowanie o zdrowiu stanowi również ważny wątek w prezentowaniu programów działania przez polityków czy władze lokalne. W niniejszej pracy zostanie omówiona szczególnie forma komunikowania dotyczącego zdrowia, związana z przekazywaniem zaleceń zdrowotnych przez specjalistę – lekarza osobie chorej, będąca ważnym czynnikiem warunkującym współdziałanie chorego w procesie leczenia.

Zarys przeżyć towarzyszących komunikującym się stronom

Sytuacja psychospołeczna chorego w różnych fazach diagnozowania i leczenia jest zmienna. Początkowy okres wiąże się z dokonywaniem samooceny własnego zdrowia, podjęciem decyzji o udaniu się do lekarza, potem następuje wykonywanie badań i przyjęcie postawionej diagnozy, dalej kontynuowanie leczenia, podejmowanie ważnych decyzji dotyczących leczenia, takich jak poddanie się badaniom inwazyjnym czy operacji. W trakcie leczenia zdarzają się sytuacje szczególnie obciążające, jak brak poprawy, amputacje, a w chorobach o niepomyślnym rokowaniu w końcu nadchodzi faza terminalna wraz z leczeniem paliatywnym. Chory odczuwa silne emocje, przede wszystkim lęku, gniewu, żalu, poczucia krzywdy. Utrzymuje się jednak nadzieja na wyzdrowienie, u niektórych osób jest to możliwe tylko wskutek uruchomienia mechanizmów obronnych. Zmienia się sytuacja życiowa chorego, a uczenie się roli pacjenta stawia przed nim wiele wymagań. Choroba bywa przeżywana przez chorego jako kryzys psychologiczny (Słowik 1997, s. 108), ze wszystkimi tego konsekwencjami psychologicznymi – poczuciem zagrożenia, bezradnością, niezdolnością do podejmowania konstruktywnych działań zaradczych.

Sytuacja lekarza jest zależna od jego indywidualnych cech, wykształcenia i doświadczenia. Rola zawodowa jest związana z dużą odpowiedzialnością, koniecznością podejmowania szybkich i trafnych decyzji, kontaktem z cierpieniem, nieuchronnymi porażkami w leczeniu, a dodatkowo jest to profesja wymagająca ciągłego doksztalcania się i silnie zhierarchizowana. Lekarze bronią się w różny

sposób przed trudnymi doświadczeniami emocjonalnymi (cynizm, czarny humor, przedmiotowe traktowanie pacjentów, rutynizacja działań, zubożenie i utrata wrażliwości). W kontakcie z chorym łatwiejsze bywa posłużenie się standardową formułą, pozwalającą na zdystansowanie się do chorego, potraktowanie go jako kolejnego przypadku, niż wejście w świat jego przeżyć. Znajdowanie oparcia w autorytecie medycyny jako nauki (przez odwoływanie się do medycznych terminów, podkreślanie statusu i autorytetu zawodu lekarza) może stanowić inny sposób obrony, zwłaszcza w sytuacjach trudnych, budzących poczucie bezsilności i bezradności. Studia medyczne przekazują stosunkowo wąski zakres wiedzy psychologicznej i kładą nacisk raczej na szczegółową wiedzę niż holistyczne, humanistyczne podejście do chorego, toteż mimo że staje się ono podstawową regułą obowiązującą w zawodzie lekarza, traktowanie chorego jako osoby pozostaje raczej ogólną ideą, nie przekładając się na praktyczne umiejętności wykorzystywane w codziennym postępowaniu. Utrudniają to także ograniczenia czasowe, finansowe i inne, obecne w zawodzie lekarza.

Komunikowanie zaleceń zdrowotnych oznacza napotkanie w sytuacji porady medycznej wszystkich powyższych problemów i trudności zarówno przez pacjenta, jak i lekarza. Skądinąd, efektywność porozumienia między lekarzem a pacjentem warunkuje realizację zadań, od których zależy rozwiązywanie problemów zdrowotnych pacjenta (Stangierska, Horst-Sikorska 2007, s. 58). Korzyści dla procesu leczenia wynikające z prawidłowej komunikacji dotyczą – po stronie lekarza – usprawnienia przebiegu wizyty, uzyskania od pacjenta wiarygodnego opisu objawów, nawiązania i kontynuowania współpracy oraz zmniejszają ryzyko wypalenia zawodowego, a po stronie pacjenta – ułatwiają dostosowanie do zaleceń i wzbudzają pozytywne emocje, pomocne w odzyskiwaniu zdrowia.

Skuteczność przekazu zaleceń zdrowotnych a predyspozycje indywidualne chorego

Aby zalecenia były realizowane przez chorego, muszą być przekazane w sposób dla niego zrozumiały (zależny od ogólnej inteligencji pacjenta, zawodu, jego doświadczenia w chorowaniu i tzw. tła wiedzy, czyli posiadanego zasobu wiadomości o chorobie i jej leczeniu, funkcjonowaniu placówek ochrony zdrowia i możliwościach współpracy w leczeniu). Sposób współpracy zależy ponadto od emocjonalno-motywacyjnych aspektów postawy chorego wobec własnej choroby, samoregulacji emocji, stopnia zorganizowania działania, wytrwałości i wielu innych indywidualnych dyspozycji ujawniających się w sytuacji stresu wywołanego chorobą.

Do indywidualnych predyspozycji chorego, mających istotne znaczenie dla sposobu komunikowania się z lekarzem i skuteczności przekazywanych zaleceń zdrowotnych, należy sposób radzenia sobie ze stresem. Najogólniej wyróżnia się strategie radzenia sobie o typie zbliżania się (konfrontacji) lub unikania. Tworzą

one cztery style zaradcze: o wysokim poziomie strategii zarówno konfrontacyjnych, jak i unikowych, o wysokim poziomie jedynie strategii konfrontacyjnych, o wysokim poziomie jedynie strategii unikowych i o ogólnie ubogim repertuarze jakichkolwiek strategii zaradczych (Heszen-Niejodek 2002, s. 485–487). Osoby „zblizające się” (konfrontacyjne) poszukują informacji dotyczących stresora (w tym wypadku choroby), „unikające” nie dążą do ich pozyskania, a niekiedy wręcz bronią się przed informacjami. Niedostosowanie sposobu przekazu do indywidualnego stylu radzenia sobie może w obu wypadkach (zbyt mało informacji przekazanych osobie preferującej sposoby związane ze zbliżaniem się do źródła stresu, zbyt wiele informacji przekazanych osobie unikającej) stanowić dodatkowe obciążenia dla pacjenta i utrudniać współpracę. Należy podkreślić, że sposoby zaradcze mogą ewoluować w trakcie choroby, a zwracanie przez lekarza uwagi na to, jak pacjent radzi sobie w chorobie, może również zmniejszać ryzyko stosowania sposobów antyzdrowotnych (rozładowywanie stresu przez picie alkoholu czy palenie) lub nieefektywnych (stosowanie strategii konfrontacyjnych w chorobie terminalnej).

Kolejną indywidualną zmienną po stronie pacjenta jest poziom lęku. Zależy on zarówno od ogólnej lęklivosti pacjenta (traktowanej jako cecha osobowości), jak i od przeżyć emocjonalnych związanych z chorobą. Silniejszy lęk przeżywają chorzy z obciążeniem rodzinnym (choroby i zgony w rodzinie), dotknięci wieloma stresorami równocześnie, pozbawieni pomocy i wsparcia, wyrwani przez chorobę w sposób nagły z pełnej aktywności, mający wiele niedokończonych spraw życiowych. Ponieważ silny lęk jest czynnikiem w znaczącym stopniu dezorganizującym procesy poznawcze, przekaz kierowany do tych osób musi uwzględniać elementy wsparcia i uspokajania, ale także być szczególnie klarowny i zrozumiały oraz zawierać elementy sprzyjające redukcji lęku, który – podobnie jak przewlekły stres, obniżony nastrój i napięcie emocjonalne – może w znaczącym stopniu osłabiać odporność immunologiczną organizmu (Sheridan, Radmacher 1998, s. 124) i utrudniać leczenie, wzbudzając mechanizm „błędneho koła”: lęk – osłabienie odpowiedzi immunologicznej – brak poprawy – narastanie lęku – dalsze osłabienie odporności.

Następną ważną dyspozycją pacjenta jest tzw. dymensja punktowość–przedziałowość (Wieczorkowska, Bednarczyk 2004). Osoby tzw. punktowe w wielu dziedzinach życia akceptują tylko ściśle określony stan czy rezultat. Na przykład w odniesieniu do odżywiania się oznacza to styl jedzenia, w którym jeśli nie są dostępne preferowane produkty, osoba rezygnuje z jedzenia, niczym brakujących produktów nie zastępując. Dotyczy to także większości jej wyborów życiowych w innych sferach. Natomiast osoba „przedziałowa” akceptuje szeroki zakres różnych rezultatów, w jedzeniu gotowa jest dopasowywać menu do okoliczności i nie trzyma się sztywno żadnych reguł, dokonując wyborów życiowych. Styl „przedziałowy” oznacza funkcjonowanie bardziej adaptacyjne, ale w sytuacji dostępności produktów spożywczych grozi nadwagą, w przeciwieństwie do stylu „punktowego”.

Dymensja punktowość–przedziałowość odgrywa ogromną rolę w realizacji zaleceń zdrowotnych. Skierowanie do osoby „punktowej” komunikatu o charakterze ogólnikowym („Należy unikać produktów ciężkostrawnych”) utrudni jej dostosowanie się do zaleceń i ich realizację, podczas gdy dla osoby „przedziałowej” będzie przekazem właściwym. Z kolei osoba „przedziałowa” nie będzie umiała dostosować się do bardzo ściśle rozpisanego dietetycznego menu, które będzie stanowić ograniczenie jej naturalnych tendencji, podczas gdy dla osoby „punktowej” będzie to odpowiednia forma przekazu.

Nie tylko dymensja punktowość–przedziałowość wymaga oceny w trakcie komunikowania dotyczącego zdrowia. Także wymiar zależność–autonomia może decydować o sposobie postrzegania relacji lekarz–pacjent. Pacjent akceptujący zależność nie będzie miał trudności w przyjęciu roli społecznej, w której ramach podporządkuje się lekarzowi, będzie traktował go jak niekwestionowany autorytet, bez oporów przyjmując jego zalecenia. Pacjent bardziej niezależny będzie oczekiwał stosunku partnerskiego, w którym lekarz jest doradcą, ale decyzje ostatecznie należeć będą do pacjenta. Zdarzają się chorzy, których cała linia życia wskazuje na opór przed przyjęciem pozycji zależności, czego krańcowy przykład stanowi znany autorce tego tekstu przypadek kliniczny – rezygnacji chorego z dializoterapii ze względu na potrzebę utrzymania samodzielności nawet kosztem życia i opór przed „uzależnieniem się od maszyny”. Osoby „przeciwzależne”, które przyjmują w relacjach rolę opiekuna, stanowiącego dla innych oparcie i nieujawniającego własnych słabości, bronią się przed zależnością w związku z bolesnymi przeżyciami z nią związanymi (na przykład nadmiernej ingerencji i kontroli). W sytuacji choroby dbają przede wszystkim o ochronę bliskich przed przykrymi przeżyciami, ukrywając własne negatywne emocje. Jednak ponieważ równocześnie bliscy usiłują chronić chorego, komunikacja w rodzinie staje się niejasna, zafalszowana, wskutek czego obie strony tracą najlepsze źródło wzajemnego wsparcia.

Powyższe dyspozycje mają charakter stały, a oprócz nich w sytuacji choroby chorzy rozwijają specyficzne dla siebie oczekiwania. Jest to przede wszystkim preferowany styl kontaktu z lekarzem (Heszen-Klemens, Jarosz 1978, s. 280). Część pacjentów, zwłaszcza krótko chorujących, młodszych, preferuje lekarzy profesjonalistów, którzy sprawnie wykonują czynności instrumentalne, warunkujące wyleczenie, podczas gdy inni pacjenci, zwłaszcza chorujący przewlekle i starsi, zwracają uwagę na aspekt relacyjny i czynności ekspresyjne lekarza, poświęcanie choremu czasu, wyrozumiałość, życzliwość, ciepło. Podobnie lekarze mogą różne aspekty własnej roli zawodowej uważać za kluczowe. Kolizja oczekiwań pacjenta i sposobu funkcjonowania lekarza może przesądzić o niepowodzeniu współpracy.

Osoby chore rozwijają również konkretne umiejętności organizacyjne i społeczne, ułatwiające im poruszanie się w placówkach ochrony zdrowia. W badaniach niewiele uwagi poświęcono kompetencjom rozwijanym przez pacjentów podczas choroby, czyniącym komunikację efektywną i kompetentną (Talen,

Grampp, Tucker, Schulz 2008). Jak ujawniły dyskusje w gronie lekarzy, z ich punktu widzenia najważniejsze dla skutecznej komunikacji są: wiedza pacjenta o własnym zdrowiu, chorobie i leczeniu, zorganizowaniu, umiejętności systematyzowania, ustalania priorytetów, prezentowania w sposób zwięzły i jasny objawów choroby oraz postawy uczciwości i wiarygodności. Realistyczne oczekiwania wobec pomocy medycznej, połączone z optymistycznym nastawieniem, przyjmowanie odpowiedzialności za własne zdrowie, zadawanie pytań przez pacjentów, poszukiwanie potrzebnych informacji, punktualność, okazywanie zaufania, akceptacji i szacunku były również oceniane jako pomocne i wartościowe. Zarówno wiedzę, jak i umiejętności chorych można intencjonalnie zwiększać poprzez uczenie, dzięki czemu pacjenci będą lepiej przygotowani do wizyty, a sama wizyta przebiegnie sprawniej.

Skuteczność przekazu zaleceń zdrowotnych a predyspozycje lekarza

Inteligencja emocjonalna lekarza stanowi ważny wyznacznik jakości komunikacji oraz jej efektywności. Popularyzację pojęcia inteligencji emocjonalnej psychologia zawdzięcza Danielowi Golemanowi (1997). Konstruktorzy i najpełniej opisali Mayer, Caruso i Salovey (1999; tzw. kompetencyjny model inteligencji emocjonalnej). Cztery podstawowe kompetencje inteligencji emocjonalnej, wyróżnione przez nich, to: percepcja emocji, dotycząca zdolności do rozpoznawania emocji swoich i innych ludzi; ułatwienie myślenia, czyli używanie emocji jako narzędzia pozwalającego na szybką, trafną ocenę sytuacji społecznych; rozumienie emocji, czyli możliwość odczytywania zawartych w emocjach informacji, dotyczących znaczenia danej sytuacji i skomplikowanych zależności; wpływ emocji na przebieg sytuacji oraz zarządzanie emocjami, czyli skuteczną samoregulację i samokontrolę emocji (Piotrowski, Gulla, Jaskułowski 2012).

Badania dowodzą, że inteligencja emocjonalna jest ważnym predyktorem powodzenia nauki w szkole medycznej (Libbrecht, Lievens, Carette, Côté 2013). Dzieje się tak przede wszystkim z powodu znacznej zdolności osób o wysokiej inteligencji emocjonalnej do skutecznego komunikowania się oraz ich znacznej wrażliwości interpersonalnej i umiejętności sprawnego regulowania własnych stanów emocjonalnych. Nie jest to jednak brane pod uwagę przy rekrutacji do szkół medycznych, stąd potrzeba rozwijania kompetencji komunikacyjnych i społecznych podczas studiów medycznych oraz później, w praktyce pracy lekarza.

Co ciekawe, lekarze są bardziej zadowoleni ze współpracy z pacjentem wcześniej przeszkolonym w zakresie umiejętności komunikacyjnych. Badania dotyczące treningu kompetencji komunikacyjnych, które prowadzili Haskard, Williams, DiMatteo, Rosenthal, White i Goldstein (2008), potwierdziły, że po przeszkoleniu lekarzy i pacjentów lekarzom było łatwiej pozyskiwać dane medyczne konieczne z punktu widzenia procesu leczenia, podobnie pacjenci byli bardziej zadowoleni ze współpracy z lekarzem, co przejawiało się m.in. w zwiększonej gotowości do

rekomendowania danego lekarza, wzroście skuteczności (w odczuciach pacjentów) porad dotyczących utraty masy ciała, ruchu fizycznego, rzucenia palenia i picia alkoholu.

Jeżeli jednak tylko jedna ze stron była trenowana w zakresie kompetencji komunikacyjnych (lekarz lub pacjent), paradoksalnie wzrastał poziom stresu lekarzy oraz zmniejszał się ich poziom satysfakcji. Dla satysfakcji pacjentów z wizyty u lekarza decydujący okazał się czynnik związany z inteligencją emocjonalną lekarzy, mianowicie ich zdolność do rozpoznawania emocji w mimice, postawie ciała i tonie głosu pacjentów (DiMatteo, Taranta 1979). Lekarze, którzy popełniali błędy komunikacyjne, otrzymywali znacząco gorsze oceny pacjentów, podczas gdy lekarze zdolni do reagowania na przekaz niewerbalny byli oceniani jako bardziej opiekuńczy, troskliwi i wrażliwi, lepiej zaspokajający potrzeby pacjentów. Inteligencja emocjonalna ułatwia przyjmowanie perspektywy pacjenta, co zwiększa empatię lekarza i umożliwia mu udzielanie pacjentowi wsparcia (Barton-Smoczyńska 2012a).

Zasadniczym czynnikiem oceny kompetencji lekarza okazuje się jego komunikatywność: udzielanie informacji, tłumaczenie sensu podejmowanych działań, zainteresowania osobą pacjenta (Barton-Smoczyńska 2011a). Szkolenie lekarzy w zakresie kompetencji komunikacyjnych budzi jednak zwykle opór zainteresowanych (Barton-Smoczyńska 2011c). „Dlaczego mam poświęcać czas na analizę kontaktu z pacjentem – za błąd w leczeniu prokurator pociągnie mnie do odpowiedzialności, a za błędy w kontakcie – nie” – te słowa jednego ze studentów medycyny, usłyszane przez niżej podpisaną na zajęciach z psychologii, obrazują krańcowo negatywną postawę.

Skuteczność przekazu zaleceń zdrowotnych a przebieg dialogu

Cel komunikacji

Pełny i spójny przekaz informacji o chorobie oraz zaleceń medycznych umożliwia wytworzenie takiej postawy pacjenta wobec jego choroby, która będzie sprzyjać powodzeniu leczenia. Obejmuje ona obraz choroby, na tyle urealniony, aby nie zawierał fałszywych, często przerażających treści i aby skłaniał pacjenta do współpracy. Poza warstwę poznawczą postawa wobec choroby zawiera warstwę emocjonalną i behawioralną. Kształtowanie pożądanego podejścia odważnego optymizmu i wytrwałego kontynuowania zainicjowanych działań zdrowotnych wymaga oddziaływania motywującego ze strony lekarza.

Komunikowanie ze strony lekarza obejmuje zatem znacznie więcej niż tylko informowanie i przekaz zaleceń zdrowotnych. Istotną częścią komunikacji między lekarzem a pacjentem jest wymiana emocjonalna (Barton-Smoczyńska 2011b). Buduje ona przede wszystkim sprzyjający klimat emocjonalny. Komunikatorem o charakterze aktów dyrektywnych towarzyszą inne, o charakterze ekspre-

syjnym, które powinny stanowić przekaz własnych uczuć w zakresie, który może być krzepiący i mobilizujący dla pacjenta. Komunikowanie ze strony pacjenta ma na celu zarówno uzyskanie fachowych informacji o swoim zdrowiu, jak i profesjonalnych porad, sprzyjających jego utrzymaniu lub odzyskaniu, ale służy także redukcji niepokoju i lęku oraz zyskaniu poczucia bezpieczeństwa i oparcia podczas choroby.

Sfery komunikacji

Część komunikowania skupiona na przekazie informacji może być bardziej skuteczna dzięki wykorzystaniu formy przekazu zarówno o charakterze werbalnym, jak i niewerbalnym. Spójność komunikatów werbalnych i niewerbalnych zwiększa ich wiarygodność i sprzyja zaakceptowaniu przekazywanych treści.

W sferze werbalnej zrozumiałość i prostota przekazu są warunkiem jego prawidłowego odbioru przez osobę znajdującą się w silnym stresie. Dostosowanie języka przekazu do możliwości pacjenta, nienadużywanie specjalistycznego żargonu medycznego to podstawa porozumienia. Komunikacji werbalnej zawsze towarzyszą niewerbalne aspekty, które mogą zwiększać jej skuteczność lub ją utrudniać. Komunikacja niewerbalna przebiega w dużym stopniu nieświadomie (Pease, Pease 2007, s. 11). Stanowi znaczącą część przekazu, która w sytuacji wątpliwości co do prawdziwości przekazu decyduje o ocenie intencji nadawcy. Obejmuje mimikę, postawę ciała, gesty, dotyk, odległość (dystans komunikacyjny), wygląd, ton głosu. Okazywanie troski, zainteresowania, aktywne słuchanie, bezpośredniość, nie muszą przedłużać kontaktu i mogą stanowić element konkretnej, stanowczej i profesjonalnej, ale nie odhumanizowanej formy spotkania z pacjentem. Odczytywanie niezwerbalizowanych treści, przekazywanych jedynie za pośrednictwem języka ciała przez pacjenta, pozwala go lepiej zrozumieć. Powszechna mała świadomość własnej mowy ciała oraz rzadkie intencjonalne wykorzystywanie tego kanału komunikacji mogą zostać zmienione za pośrednictwem różnego rodzaju treningów, poszerzających możliwości komunikacyjne lekarza.

Treść komunikacji

Powszechną formą przekazu zaleceń medycznych jest odwoływanie się do negatywnych skutków zaniedbania własnego stanu zdrowia. Motywowanie negatywne wydaje się często lekarzom jedynym sposobem poprawy współpracy ze strony chorego. Groźenie przykrymi konsekwencjami, katastrofizm, straszenie za pośrednictwem wizualnych pomocy, pokazujących zaawansowany przebieg choroby, jest standardowym postępowaniem.

Jednak wzbudzanie lęku to sposób mało skuteczny, działający krótkotrwale. Zamiast: „Jeśli nie zgodzi się Pan na zabieg, Pana stan się poważnie pogorszy”, można powiedzieć: „Zabieg przywróci Panu sprawność”. Warto pokazywać cho-

remu nie tylko negatywne konsekwencje nieprawidłowej współpracy, ale również pozytywne skutki współdziałania w procesie leczenia, skupiać się na osiągnięciu lepszej kondycji, wiązać emocjonalnie pacjenta, starać się być dla niego autorytetem i pozytywnym przykładem, okazywać radość z jego sukcesów.

Chory powinien czuć, że razem z lekarzem realizuje wspólne działanie, a lekarzowi poczucie sukcesu i satysfakcję daje poprawa jego stanu zdrowia. Należy stale podtrzymywać motywację chorego do realizacji zaleceń i starać się rozpoznawać indywidualne przyczyny niewystarczającej motywacji oraz stosowane przez niego nieświadome mechanizmy emocjonalno-poznawcze (które skutkują m.in. obronnością percepcyjną, zaprzeczaniem, wyparciem, myśleniem życzeniowym i zafałszowującymi rzeczywistość reinterpretacjami).

Kontakt nasycony zaufaniem i indywidualnym traktowaniem sprawia, że pacjent czuje się osobą, a nie nic nieznaczącym przypadkiem. Warto pamiętać, w jak trudnej jest sytuacji, jak wielu rolom i oczekiwaniom stara się równolegle sprostać, z jaką mnogością informacji i przekazów, niekiedy wzajemnie sprzecznych, musi się uporać, by podjąć decyzje o szczególnej wadze, dotyczące własnego zdrowia i życia. Wsparcie udzielane przez lekarza zachęca do podjęcia wysiłku i zwiększa poczucie bezpieczeństwa chorego.

Forma komunikacji

Sposób porozumiewania się lekarza z pacjentem powinien mieć postać dialogu, chociaż w praktyce często staje się jedynie monologiem lekarza. Odnoszenie się do pacjenta w pierwszej osobie, czasem używanie jego imienia, czyni konwersację bardziej osobistą i sprzyja utrzymaniu uwagi pacjenta.

Najprostsze zalecenia dla lekarza to mówić w sposób klarowny, uporządkowany, dopasowywać zakres informacji do indywidualnego zapotrzebowania pacjenta, upewniać się, że chory zrozumiał przekazywane treści przez zadawanie pytań i prośby o odtworzenie zaleceń własnymi słowami, najważniejsze zalecenia powtarzać, zapisywać, pomagać zapamiętać. Uprzedzanie o podejmowanych działaniach, zadawanie pytań otwartych, dotyczących nie tylko problemów medycznych, ale również psychologicznych, zachęcanie do przekazu zwrotnego, aktywne słuchanie i parafrazowanie wypowiedzi, to najprostsze sposoby uczynienia porozumienia efektywnym i satysfakcjonującym dla obu stron. Zwykle najlepiej zapamiętywane są informacje podawane na początku (efekt pierwszeństwa) i na końcu (efekt świeżości). Warto również dostosować sposób komunikowania – nie tylko treść, ale formę i tempo przekazu – do wieku pacjenta. Różne potrzeby i przeżycia mają chore dzieci i ich rodzice, nastolatki, osoby starsze, co warto uwzględnić w sposobie komunikowania się (Sobierajski 2014).

Przekaz werbalny ze strony lekarza może wykorzystywać dwojaki procesy – zarówno formę intencjonalną i kontrolowaną, jak i automatyczną, bezrefleksyjną (Maciuszek 2012, s. 23). Ta druga jest zwykle przez lekarza niewykorzystywana lub wykorzystywana, ale w sposób nieplanowany, przypadkowy. Jej bar-

dziej zamierzone wykorzystanie może zwiększyć skuteczność przekazu, jednak równocześnie nie może stać się sposobem manipulowania pacjentem i musi być zgodne z zasadami etycznymi. Wykorzystanie formy przekazu o charakterze intencjonalnym i kontrolowanym można usprawnić przez jasne, krótkie i klarowne komunikaty.

Nie tylko zapisywanie pacjentom przez lekarzy głównych zaleceń zwiększa poziom ich zapamiętania i zrozumienia, ale również stosowanie pisemnej formy komunikacji ze strony pacjentów ułatwia im porozumienie z lekarzem. Badania wskazały (Talen, Muller-Held, Eshleman, Stephens 2011), że pacjenci, którzy opisują w ustrukturuwany sposób własną chorobę, dolegliwości, reakcje na stosowane leki i inne problemy oraz sposób własnej reakcji na nie, odbierali sposób komunikowania się z lekarzem jako bardziej efektywny i mieli bardziej pozytywne nastawienie wobec wizyt, podobnie lekarze oceniali pacjentów jako lepiej porozumiewających się, posiadających więcej umiejętności organizacyjnych. Pacjenci dzięki formie pisemnej komunikatu byli bardziej proaktywni, wyraźniej formułowali własne potrzeby, stawiali pytania, co ogólnie ułatwiało komunikację między lekarzem a pacjentem i zwiększało satysfakcję obu stron.

Wykorzystanie formy przekazu, który pacjent przyjmuje w sposób automatyczny i bezrefleksyjny, oznacza przede wszystkim świadome stosowanie przez lekarza presupozycji (struktur lingwistycznych o charakterze stwierdzeń pośrednich). Sformułowania typu: „Gdy będzie Pan ćwiczył, proszę zwrócić uwagę na...”, zawierają ukryte założenie, iż pacjent będzie ćwiczył. Inne przykładowe zdanie: „Nie uda się Panu osiągnąć pełnego rezultatu za pierwszym powtórzeniem ćwiczenia”, zawiera założenie, że pacjent będzie próbował ćwiczyć więcej niż jeden raz. Powiedzenie: „Na pewno zastanawia się Pan nad częstotliwością ćwiczeń” zakłada, że pacjent nie tylko zamierza ćwiczyć, ale planuje robić to w jakimś określonym rytmie. Takie stwierdzenia można wykorzystać w przekazie informacji dotyczących zażywania leków, stylu życia, fizykoterapii.

Presupozycje zarówno w formie twierdzącej, jak i przeczącej mają przypisywany postulat prawdziwości, stanowią niejako wspólne, podzielane, ukryte założenie towarzyszące partnerom komunikacji. Presuponowane komunikaty są więc łatwiej akceptowane niż informacje bezpośrednie, a informacje bezpośrednie są w większym stopniu kwestionowane niż presuponowane (Maciuszek 2012, s. 160). Dlatego mogą być pomyślnie stosowane w komunikacji perswazyjnej, zmierzającej do wywarcia określonego wpływu na odbiorcę komunikatów (tamże).

W relacji lekarz–pacjent szczególnie godne polecenia jest stosowanie presupozycji w formie alternatyw, w których obie wersje postępowania są zgodne z intencjami lekarza. Pytanie: „Czy woli Pani tabletki do stosowania po posiłkach, trzy razy dziennie, czy takie o przedłużonym działaniu, które wystarczy zażywać jednorazowo wieczorem?”, zawiera założenie, że pacjentka będzie zażywać leki. Pytanie: „Zapisać Panią na badanie kontrolne za dwa czy trzy tygodnie?”, zakłada, że pacjentka będzie dokonywać takich badań, co jest zgodne z intencją

lekarza. Dodatkowo podsuwanie pacjentowi alternatyw zwiększa jego zaangażowanie w proces leczenia, decyzyjność i poczucie wpływu na jego przebieg.

Wiele innych form komunikatów zawierających stwierdzenia pośrednie może zostać wykorzystane w komunikacji związanej z przekazem zaleceń zdrowotnych i zwiększać jego skuteczność. Pytanie: „Czy zauważył Pan poprawę wskutek stosowania ćwiczeń” zawiera ukryte założenie, że ćwiczenia przynoszą poprawę i nawet jeśli pacjent jej dotychczas nie zauważył, to niewątpliwie ona nastąpi. „Od którego badania chce Pan zacząć?” to presupozycja o porządkowym charakterze, zakładająca chęć współpracy na etapie diagnostycznym. Sformułowanie „Zdaje Pan sobie sprawę z konieczności przeprowadzenia badań” zawiera założenie o uświadomieniu sobie przez pacjenta tej konieczności. Zwiększenie intencjonalnego stosowania presupozycji przez lekarza (wykorzystujące nieświadome procesy automatycznego przetwarzania informacji przez pacjenta) może znacząco poprawić skuteczność przekazu zaleceń zdrowotnych. Warto jednak byłoby sprawdzić, jak długo i z jaką dokładnością są pamiętane presupozycje oraz jaki jest ich wpływ na realne funkcjonowanie pacjentów.

Przekaz zaleceń zdrowotnych może być sformułowany w postaci zakazów („Nie wolno Panu jeść tłustego mięsa”) lub nakazów („Musi Pan włączyć do diety dużo ryb morskich”). Niewątpliwie odbiór różnych form komunikatów zależy od indywidualnych dyspozycji pacjenta i postawy wobec lekarza i leczenia. Osoba o wysokim poziomie lęku może poszukiwać jednoznacznych wskazówek w postaci konkretnych zakazów i nakazów, które stosowane w praktyce zwiększają jej poczucie bezpieczeństwa, podczas gdy osoba o niskim poziomie lęku będzie zalecenia lekarza wołała traktować bardziej swobodnie, jako jedynie ogólne ukierunkowanie. Osoba buntownicza, mająca trudności w podporządkowaniu się autorytetom, łatwiej zaakceptuje polecenia wydawane w łagodnej formie propozycji („Komponując posiłki, warto wybierać raczej ryby morskie niż tłuste mięso”), a nie nakazów czy zakazów, podczas gdy osoba poszukująca oparcia, skłonna do przyjmowania w relacjach interpersonalnych pozycji zależności, zaakceptuje bardziej rygorystyczną formę nakazów i zakazów.

W aspekcie lingwistycznym badania początkowo wskazywały, że z jednej strony komunikacja zawierająca negację („nie wolno”) opóźnia czas przetwarzania i wnioskowania, jest trudniejsza w odbiorze, wiąże się z większą liczbą błędów, wymaga znacznego wysiłku poznawczego i nie dokonuje się w sposób automatyczny, z drugiej strony nowsze badania dowiodły, że przetwarzanie negacji może jednak przebiegać szybko i nieintencjonalnie (Maciuszek 2012).

Eksperymenty poświęcone tłumieniu i unikaniu wskazanych przez badacza treści można interpretować również jako dowody stałego działania uwagi poświęcanej tym treściom, aby zapobiec przedzieraniu się ich do świadomości (tamże). Traktowanie tłumienia jako odpowiednika negacji wskazuje, że komunikaty w postaci nakazów mogą być przetwarzane sprawnie, a co więcej, długotrwale objęte uwagą. Niestety, kierowanie uwagi na obiekty zaprzeczone może również wywołać efekty paradoksalne („Nie wolno palić” może skutkować stałym myśle-

niem o zapaleniu i nasileniem głodu nikotynowego). Wydaje się zatem, że obie formy komunikatów (wprost i zaprzeczone) mogą być przydatne w formułowaniu zaleceń zdrowotnych, jednak warto je dostosować zarówno do osobowości i postawy pacjenta, jak i rodzaju zmiany, którą lekarz chce swoim komunikatem wywołać w jego zachowaniu. Tu również pożądane wydają się badania nad związkiem dopasowania formy przekazu do poziomu autonomii pacjenta, trwałością zapamiętania dopasowanego przekazu i jego skutecznością w działaniu.

Uwaga poświęcona przez lekarza procesowi komunikacji może zapobiec sabotowaniu własnego przekazu („Proszę spróbować ćwiczyć przynajmniej raz w tygodniu” wskazuje na brak wiary lekarza w realizację tego zalecenia i może skutkować wątpliwościami pacjenta co do swoich możliwości wytrwałych ćwiczeń, w przeciwieństwie do sformułowania „Od dzisiaj będzie Pan ćwiczył raz w tygodniu, co przyniesie znaczącą poprawę”). Nawet kolejność treści w komunikacie może mieć znaczenie dla jego odbioru („Ćwiczenia są skuteczne, ale męczące” jest demotywuujące, podczas gdy kolejność odwrotna, „Ćwiczenia są męczące, ale skuteczne”, znacznie lepiej motywuje do współpracy). Wzbogacanie komunikacji przez jej ubarwienie metaforami („zdrowy jak rydz”, „silny jak koń”, „poczucie się Pan jak młody bóg”, czy inne, stosowane ostrożnie i z wdziękiem, absolutnie nie ironicznie i w sposób dostosowany do stylu komunikowania się pacjenta i jego poczucia humoru) może znacząco ożywić relację i sprzyjać pozytywnym emocjom. Natomiast brak uważności lub rzadkie poświęcanie uwagi własnemu sposobowi porozumiewania się może powodować, że wartościowa intencja przyniesie odwrotny do zamierzonego, niepożądany skutek.

Tempo komunikacji

Tempo przebiegu wizyty związanej z poradą medyczną ma istotne znaczenie dla komfortu odczuwanego przez pacjenta. Długotrwałe nużące oczekiwanie w poczekalni stanowi dysonans w stosunku do krótkiego czasu wizyty i jej przeładowania treściowego. Tempo komunikacji lekarz–pacjent najczęściej bywa zbyt szybkie, niedostosowane do możliwości pacjenta. Łatwiejsze może się okazać przyswojenie przez niego mniejszej liczby informacji lub rozłożenie przekazu na kilka spotkań, w wolniejszym tempie. Warto jednak uwzględnić możliwości i preferencje chorego, gdyż osoby dobrze zorganizowane, zwarte i zadaniowe oczekują wielu treści i działań w krótkim czasie, a osoby słabiej zorganizowane i skoncentrowane na przeżyciach emocjonalnych łatwiej zaakceptują przekaz uboższy w informacje, za to zawierający więcej kojących czynników.

Błędy komunikacyjne

Badania nad informowaniem dowodzą, że chory zapamiętuje jedynie niewielką część z tego, co mówił lekarz, a znacznej części jego wypowiedzi nie rozumie. Jednak jest mu trudno przyznać się do tego, czy domagać prostszych lub bar-

dziej wyczerpujących wyjaśnień. Dlatego nie zadaje pytań, udaje, że rozumie wypowiedzi lekarza, stara się zachowywać w sposób optymalizujący współpracę. W praktyce chorzy o wielu rzeczach lekarzom nie mówią (zaniedbywanie zaleceń, kolidujący z zaleceniami styl życia, samoleczenie, korzystanie z pomocy wielu lekarzy, własne modyfikacje sposobu leczenia), starają się również ukrywać własne przeżycia emocjonalne, sądząc, że są one ich prywatną sprawą, niekiedy dowodem słabości, niemającym znaczenia dla przebiegu leczenia.

Do typowych błędów w procesie komunikowania się lekarza z pacjentem zaliczyć można (Stangierska, Horst-Sikorska 2007, s. 65): nieuwzględnianie kontekstu poznawczego obu stron relacji (które znacząco się różnią, gdy myślimy o lekarzu i pacjencie, ale różnią się również, gdy porówna się pacjenta w początkowym okresie jego chorowania i wtedy, gdy ma już kilkuletnie doświadczenie w walce z chorobą), nieuwzględnianie wpływu emocji na procesy poznawcze (zwykle dezorganizującego).

Lekarz czyni wiele założeń o wiedzy chorego, opartych na przeciętnym stanie wiedzy o zdrowiu w społeczeństwie, jednak wiedza chorego może być bardziej lub mniej bogata czy rzetelna, zgodna lub niezgodna z wiedzą profesjonalną, może również zawierać więcej elementów wyobraźniowych (na ogół nasilających lęk) niż treściowych. Niesłuchanie chorego, bagatelizowanie jego obaw, narzucanie własnej wizji leczenia bez uzgadniania z chorym, traktowanie chorego jako laika i dyletanta, podczas gdy jednak to on decyduje o własnym zdrowiu, presja czasu, stanowią błędy jatrogenne, tworzące bariery komunikacyjne w relacji lekarz–pacjent. Doświadczanie przez pacjenta w kontakcie z lekarzem negatywnych emocji może prowadzić do utrudnień we współpracy, a nawet zerwania kontaktu i zaniechania leczenia (Barton-Smoczyńska 2011a).

Sytuacje szczególnie trudne

Niektóre choroby i sposoby leczenia wiążą się ze szczególnym obciążeniem psychicznym zarówno pacjenta, jak i lekarza, co odzwierciedla się w przebiegu komunikacji. Dotyczy to m.in. chorób przewlekłych o postępującym przebiegu, w których lekarz musi przekazywać choremu niepomyślnie informacje, obserwować jego ograniczenia i trudności, w których poza łagodzeniem cierpienia nie może radykalnie pomóc. Inny rodzaj trudności wynika z faktu, iż przebieg leczenia w wielu chorobach przewlekłych bywa związany z tworzeniem się mikrośrodowiska znajdujących się pacjentów, co niekiedy utrudnia leczenie ze względu na wzajemne, czasami mylne, przekazywanie wieści o lekarzach, lekach i terapii, jak również ujemne odliczanie, gdy współpacjenci umierają.

W chorobach terminalnych lekarz na ogół stara się podtrzymywać nadzieję i nie osłabiać adaptacyjnych złudzeń pacjenta. Staje wówczas przed trudnymi decyzjami, dotyczącymi przekazywania choremu mającemu złe rokowanie informacji o jego prawdziwym stanie. Musi starać się właściwie odczytać intencje

chorego, który pyta, czy umrze, a naprawdę poszukuje zaprzeczenia lub dlatego, że faktycznie chce przed śmiercią uregulować swoje sprawy osobiste. Lekarz boryka się równocześnie z poczuciem bezradności i własnym lękiem przed śmiercią.

Szczególną trudność stanowią rozmowy z rodziną potencjalnego dawcy o pobraniu organów. Jest to sytuacja kryzysowa dla rodziny zmarłego, która nie może pogodzić się ze śmiercią bliskiej osoby, nie rozumie, co oznacza pojęcie „śmierci pnia mózgu”, podejrzewa lekarzy o błędy lub przestępcze intencje, nie jest w stanie przyjąć racjonalnych argumentów. Porozumienie z rodziną utrudnia fakt, że upływ czasu w przypadku pobrania organów do transplantacji odgrywa decydującą rolę i zmusza do dokonania próby szybkiego przekazania rodzinie informacji i uzyskania ich zgody na pobranie. Dlatego Poltransplant organizuje warsztaty zwiększające kompetencje komunikacyjne lekarzy w takich sytuacjach (Jakubowska-Winecka, Rowińska 2001). Inaczej możliwe jest, że lekarze odstąpią od zgłoszenia potencjalnego dawcy w obawie przed trudnościami, które po zgłoszeniu staną się ich udziałem.

Warsztaty komunikacyjne obejmują omówienie sytuacji psychologicznej, w jakiej znajduje się rodzina osoby zmarłej, oraz sytuacji lekarza, który stwierdził zgon pacjenta. Kolejny wątek stanowi przybliżenie lekarzom zasad prawidłowej komunikacji i typowych błędów i barier komunikacyjnych. Następnie, za pośrednictwem symulowanych scenek, proponowanych przez prowadzących lub wynikających z doświadczeń własnych lekarzy, omawia się i modyfikuje sposób porozumiewania się z rodziną potencjalnego dawcy, zwracając uwagę na werbalną i niewerbalną stronę komunikacji. Z doświadczenia autorki, współprowadzącej jedno z takich szkoleń, wynika, że w bezpiecznej atmosferze spotkania lekarze mają ogromną potrzebę rozmów o swoich problemach zawodowych i ich konsekwencjach emocjonalnych. Są też gotowi do podejmowania prób zmiany swoich nawyków komunikacyjnych i otwarcia na nowe doświadczenia, zwłaszcza gdy widzą ich praktyczne zastosowanie. Warsztaty są oceniane przez uczestniczących lekarzy jako bardzo przydatne i pomocne (tamże).

Podsumowanie

Sposób komunikowania o zdrowiu w relacji lekarz–pacjent powinien być znacząco zindywidualizowany. Aby było to możliwe, lekarze muszą posiadać większy zakres wiedzy psychologicznej, umożliwiającej rozpoznawanie predyspozycji poszczególnych chorych. Nie sprzyja temu sposób realizacji studiów medycznych. Nie pomagają również kontrakty z NFZ zmuszające do szybkich, krótkich wizyt, ani wąskie specjalizacje. Przewaga lekarza domowego, znającego pacjenta, jego rodzinę, sytuację życiową, nie budzi tu żadnych wątpliwości.

Jednak nawet w tych niekorzystnych warunkach troska o optymalne wykorzystanie spotkania z chorym i poprawę kompetencji komunikacyjnych obu stron może pozwolić na pełniejsze wykorzystanie możliwości skutecznego przekazu

zaleceń zdrowotnych. Świadome i intencjonalne stosowanie zarówno werbalnej, jak i niewerbalnej formy przekazu, rozwijanie różnorodnych technik komunikacyjnych, stałe wzbogacanie wiedzy o psychospołecznych czynnikach relacji z pacjentem to aspekty funkcjonowania lekarza równie ważne, jak rozwijanie medycznej wiedzy specjalistycznej.

Większa świadomość własnego zachowania komunikacyjnego, stałe monitorowanie sposobu porozumiewania się lekarza z pacjentami i dbałość o jego doskonalenie, przełamywanie skłonności do trzymania się stałego wzorca przekazu, mogą stać się istotnym elementem rozwoju zawodowego lekarza (Barton-Smoczyńska 2012b). Uczenie się sprawnego porozumiewania z lekarzem może zwiększać poczucie własnej skuteczności i sprawstwa u pacjenta.

Sposób komunikowania się z chorym należy traktować jako niespecyficzny czynnik terapeutyczny (Czabała 2000), równie ważny jak medykamenty i zabiegi w procesie leczenia. Znane zasady wywierania wpływu (Cialdini 2011) wskazują, że warto zabiegać o sympatię pacjenta i starać się być dla niego autorytetem, warto angażować się osobiście w relację, gdyż zwiększa to siłę i skuteczność oddziaływania.

Bibliografia

- Barton-Smoczyńska I. (2011a). Podstawy psychologii komunikacji lekarza z pacjentem – wprowadzenie, http://www.mp.pl/komunikacja/lekarz-pacjent/podstawy_skutecznej_komunikacji/show.html?id=56168 (dostęp: 5.04.2015).
- Barton-Smoczyńska I. (2011b). Podstawy psychologii komunikacji lekarza z pacjentem. Część I, http://www.mp.pl/komunikacja/lekarz-pacjent/podstawy_skutecznej_komunikacji/show.html?id=57920 (dostęp: 5.04.2015).
- Barton-Smoczyńska I. (2012a). Podstawy psychologii komunikacji lekarza z pacjentem. Część II, http://www.mp.pl/komunikacja/lekarz-pacjent/podstawy_skutecznej_komunikacji/show.html?id=60673 (dostęp: 5.04.2012).
- Barton-Smoczyńska I. (2011c). Podstawy psychologii komunikacji lekarza z pacjentem. Część III, http://www.mp.pl/komunikacja/lekarz-pacjent/podstawy_skutecznej_komunikacji/show.html?id=60955 (dostęp: 5.04.2015).
- Barton-Smoczyńska I. (2012b). Podstawy psychologii komunikacji lekarza z pacjentem. Część IV, http://www.mp.pl/komunikacja/lekarz-pacjent/podstawy_skutecznej_komunikacji/show.html?id=63033 (dostęp: 5.04.2015).
- Barton-Smoczyńska I. (2012c). Podstawy psychologii komunikacji lekarza z pacjentem. Część V, http://www.mp.pl/komunikacja/lekarz-pacjent/podstawy_skutecznej_komunikacji/show.html?id=64703 (dostęp: 5.04.2012).
- Cialdini R.B. (2011). Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka. Gdańsk: GWP.
- Czabała J.Cz. (2000). Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- DiMatteo M.R., Taranta A. (1979). Nonverbal communication and physician-patient rapport: An empirical study. *Professional Psychology*, nr 10 (4), s. 540–547.
- Goleman D. (1997). Inteligencja emocjonalna. Poznań: Media Rodzina.

- Haskard K.B., Williams S.L., DiMatteo M.R., Rosenthal R., White M.K., Goldstein M.G. (2008). Physician and patient communication training in primary care: Effects on participation and satisfaction. *Health Psychology*, nr 27 (5), s. 513–522.
- Heszen-Niejodek I. (2002). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.). *Psychologia*. Podręcznik akademicki, t. 3 (s. 465–492). Gdańsk: GWP.
- Jakubowska-Winecka A., Rowińska D. (2001). Edukacja środowiska medycznego w dziedzinie przeszczepiania narządów. *Poltransplant, Biuletyn Informacyjny*, nr 1, s. 14–17.
- Heszen-Klemens I., Jarosz M. (1978). Stosunek lekarz–pacjent; zespół diagnostyczno-terapeutyczny. W: M. Jarosz (red.). *Psychologia lekarska* (s. 269–296). Warszawa: PZWL.
- Libbrecht N., Lievens F., Carette B., Côté S. (2013). Emotional intelligence predicts success in medical school. *Emotion*, nr 14 (1), s. 64–73.
- Maciuszek J. (2012). Automatyzmy i bezrefleksyjność w kontekście wpływu społecznego. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Mayer J.D., Caruso D.R., Salovey P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, nr 27 (4), s. 267–298.
- Pease A., Pease B. (2007). *Mowa ciała*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Piotrowski P., Gulla B., Jaskułowski M. (2012). Inteligencja emocjonalna sprawców przestępstw przeciwko mieniu. *Czasopismo Psychologiczne*, nr 17 (2), s. 219–228.
- Sheridan Ch.L., Radmacher S. (1998). Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Słowik P. (1997). Choroba somatyczna jako kryzys a możliwość rozwoju. W: D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.). *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej* (s. 99–109). Kraków: Wyd. ALL.
- Sobierajski T. (2014). Jak skutecznie rozmawiać z pacjentem?, http://www.mp.pl/komunikacja/lekarz-pacjent/podstawy_skutecznej_komunikacji/show.html?id=66891 (dostęp: 5.04.2015).
- Stangierska I., Horst-Sikorska W. (2007). Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem. *Forum Medycyny Rodzinnej*, nr 1 (1), s. 58–68.
- Talen M.R., Grampp K., Tucker A., Schultz J. (2008). What physicians want from their patients: Identifying what makes good patient communication. *Families, Systems & Health*, nr 26 (1), s. 58–67.
- Talen M.R., Muller-Held Ch.F., Eshleman K.G., Stephens L. (2011). Patients' communication with doctor: A randomized control study of a brief patient communication intervention. *Families, Systems & Health*, nr 29 (3), s. 171–183.
- Wieczorkowska G., Bednarczyk I. (2004). Zaburzenia kontroli procesu jedzenia: rola przedziałowości. *Nowiny Psychologiczne*, nr 3, s. 5–19.

STRESZCZENIE

Praca jest poświęcona szczególnej formie komunikowania dotyczącego zdrowia, związanej z przekazem zaleceń zdrowotnych przez specjalistę lekarza – osobie chorej, która warunkuje jej współdziałanie w procesie leczenia. Dialog lekarza z pacjentem jest zależny zarówno od predyspozycji indywidualnych lekarza (m.in. inteligencji emocjonalnej), jak i pacjenta (m.in. sposobu radzenia sobie ze stresem, poziomu lęku, dymensji punktowość–przedziałowość, wymiaru zależność–autonomia oraz preferencji i kompetencji rozwijanych podczas choroby). Omówione zostało znaczenie komunikacji niewerbalnej i werbalnej w relacji lekarz–pacjent, szczególnie skuteczność takich form przekazu, jak przekaz zaprzeczony *versus* bezpośredni, przekaz kontrolowany przez pacjenta *versus* przyjmowany automatycznie. Krótko wskazane zostały typowe błędy komunikacyjne i zalecenia, pozwalające na ich uniknięcie. Jako przykład

szczególnie trudnej sytuacji, stawiającej wysokie wymagania w zakresie kompetencji komunikacyjnych, przedstawiono sytuację rozmowy z rodziną zmarłego – potencjalnego dawcy narządów do celów transplantacyjnych.

Słowa kluczowe: komunikowanie, choroba, lekarz, pacjent

