

KOMUNIKACJA PACJENT– –PERSONEL MEDYCZNY W PSYCHODERMATOLOGII

Jarostaw Dudek, Agata Bechtold, Anna Zalewska-Janowska

6.1. WPŁYW KOMUNIKACJI INTERPERSONALNEJ NA BUDOWANIE RELACJI I PRZEBIEG PROCESU LECZENIA

We wstępie do niniejszego rozdziału chcielibyśmy przytoczyć pewien krótki przykład z doświadczenia w codziennej pracy. Do poradni dermatologicznej z pilnym skierowaniem zgłosiła się 30-letnia pacjentka, chorująca od 11 lat na atopowe zapalenie skóry. Zgodnie z kryteriami medycznymi nie wymagała natychmiastowej konsultacji. Miała wyznaczony termin pierwszej wizyty za kilka miesięcy i jednocześnie pozostawała pod opieką innej poradni dermatologicznej. W momencie wejścia do gabinetu była pod wpływem silnych emocji, miała łzy w oczach. Błagalnym tonem prosiła o możliwość odbycia wizyty w dniu zgłoszenia się do poradni. Twierdziła, że stosowała już wszystkie dostępne leki, a lekarz jedynie pyta ją: „co pani wypisać?”. Nadmieniła ponadto, że słyszała, iż „w tutejszej poradni lekarze mają zacięcie medyczne”. Pacjentce wyznaczono termin dodatkowy kilka dni po zgłoszeniu się ze skierowaniem. Mimo silnych emocji towarzyszących kobiecie na początku wizyty (poczucie bezradności, lęk, smutek, złość), w trakcie gromadzenia wywiadu stopniowo uspokajała się. Rozmowa ujawniła, że zaostrzenie zmian chorobowych nastąpiło po włączeniu, a następnie odstawieniu miejscowych leków sterydowych o zbyt dużej sile działania, zastosowanych na skórę twarzy.

Ostatecznie zalecone leczenie nie odbiegało znacząco od dotychczas stosowanego, jednak, co istotne – pacjentka wyszła uspokojona i usatysfakcjonowana przebiegiem konsultacji. Podczas wizyty kontrolnej, która miała miejsce kilka miesięcy po pierwszym spotkaniu, nie tylko zaobserwowano większe zaangażowanie pacjentki w proces leczenia i gotowość do skrupulatnego realizowania zaleceń lekarskich, ale przede wszystkim znaczącą poprawę w zakresie skóry.

Dlaczego opisana sytuacja miała miejsce i co spowodowało poprawę? Trudno wskazać jedną przyczynę, ale najważniejszą niewątpliwie jest zmiana charakteru komunikacji pacjent–lekarz – z dotychczasowej nieefektywnej na bardziej skuteczną. Po pierwsze pacjentka potrzebowała zrozumienia przez lekarza towarzyszących jej uczuć. Po drugie kluczową rolę w trakcie porady odegrało umożliwienie chorej swobodnego wypowiedzenia się na temat stosowanego leczenia. Wreszcie kobieta wymagała dokładnego wytłumaczenia specyfiki choroby i leczenia dermatologicznego, w taki sposób, by poruszane zagadnienia były dla niej zrozumiałe.

Powyższy przykład pokazuje, że komunikacja w relacji lekarz–pacjent, czy patrząc szerzej w relacji pacjent–personel medyczny, ma kluczowe znaczenie. Kiedy chorzy przychodzą do gabinetu lub są przyjmowani na oddział, oprócz *stricte* medycznej opieki i rozpoczęcia leczenia, potrzebują także troski o ich emocje i uczucia. Chcą wiedzieć, jaki jest plan postępowania, jakich efektów mogą oczekiwać, jakie są możliwe działania niepożądane proponowanego leczenia. Istotną rolę odgrywa stworzenie przestrzeni do swobodnego zadawania pytań, bez odczuwania skrępowania; bardzo często chorzy potrzebują także podzielić się swoim lękiem czy smutkiem. Nie jest to równoznaczne z prowadzeniem wielogodzinnych sesji terapeutycznych – nikt nie oczekuje tego od lekarzy. Ważna jest natomiast świadomość potrzeb pacjentów oraz próba zbudowania pozytywnej relacji dzięki wykorzystaniu dostępnych narzędzi komunikacji interpersonalnej. To podejście prowadzi nie tylko do poprawy dobrostanu psychicznego chorych, ale także pozwala zadbać o komfort pracy personelu medycznego. Jednak najważniejszą zaletą skutecznej komunikacji oraz jej roli w budowaniu relacji pacjent–personel medyczny, jest pozytywny wpływ na poprawę skuteczności diagnozy i całej terapii. O wadze odpowiedniego podejścia do chorych wspomina Maria Bujnowska-Fedak, która podkreśla szczególną rolę poznania i zrozumienia pacjentów w sytuacji, gdy nie można jednoznacznie znaleźć anatomopatologicznej przyczyny pojawiających się objawów.

Gordon i Edwards, analizując literaturę fachową stworzyli listę korzyści, które może odnieść personel medyczny z wysokiej jakości komunikacji z pacjentami. Poniżej niektóre z nich:

- zwiększone zaufanie pacjentów w stosunku do personelu medycznego;
- stawianie trafnych diagnoz dzięki uzyskiwaniu dokładniejszych danych;

- zmniejszenie bariery psychicznej u niektórych pacjentów wobec terapii i personelu medycznego;
- skuteczniejsza pomoc pacjentom w zaakceptowaniu pogorszenia stanu ich zdrowia;
- bardziej efektywne radzenie sobie z wymagającymi i roszczeniowymi pacjentami;
- poprawa satysfakcji pacjentów z porad lekarskich;
- mniejsze ryzyko oskarżeń o błędy medyczne;
- zwiększona motywacja pacjentów do rzetelnego wypełniania zaleceń lekarskich.

Skuteczna komunikacja interpersonalna zajmuje szczególne miejsce w pracy z pacjentami z problemami dermatologicznymi. Wśród chorób skóry występuje wiele schorzeń o psychogennym podłożu oraz takich, które silnie wpływają na stan psychiczny chorego. Badacze Bewley i Mohandas zwracają uwagę, jak ważne, w kontakcie z pacjentami psychodermatologicznymi, jest wspieranie pozytywnych relacji oraz zrozumienie emocji towarzyszących stanowi, w jakim znajduje się chory.

6.2. NAJWAŻNIEJSZE NARZĘDZIA I TECHNIKI SKUTECZNEJ KOMUNIKACJI INTERPERSONALNEJ

Istnieje wiele technik i narzędzi pozwalających pozytywnie wpłynąć na kontakt między pacjentem a lekarzem. W niniejszym rozdziale skoncentrowano się na tych, które postrzegane są jako podstawowe w kontekście budowania i wzmacniania relacji pacjent–personel medyczny.

Rola pytań w psychodermatologii

Wywiad lekarski – a więc pytania do pacjenta – to najistotniejszy element każdej porady specjalistycznej. Podczas pierwszego spotkania odgrywa wręcz kluczową rolę, ponieważ prowadzi do rozpoznania problemu i umożliwia postawienie diagnozy.

W komunikacji interpersonalnej pytania można podzielić m.in. na zamknięte i otwarte. Każdy z tych typów pełni odmienną rolę i sprawdza się w innych sytuacjach.

Pytania zamknięte pozwalają na uzyskanie jednoznacznych odpowiedzi – twierdzących lub przeczących. Warto je stosować wtedy, gdy istnieje potrzeba:

- zaakceptowania wspólnych ustaleń, („Czyli zgadza się Pani na dalsze uczestnictwo w badaniach?“);

- uzyskania podstawowych informacji, które pomogą podjąć odpowiednie kroki w sytuacjach nagłych (wywiad w ratownictwie medycznym);
- uzyskania krótkiej i konkretnej odpowiedzi („Czy po zastosowaniu żelu X ten objaw znowu się pojawił?”);
- zweryfikowania czy wypowiedź pacjenta została dobrze zrozumiana przez lekarza („Czy dobrze zrozumiałam, że uczucie pieczenia nasila się podczas przebywania na słońcu?”);
- zawężenia zakresu informacji przekazywanych przez pacjenta wielomównego (położenie większego nacisku na pytania zamknięte może ograniczyć liczbę wypowiedzi nieistotnych z punktu widzenia procesu diagnostycznego i terapeutycznego);
- zachęcenia do wypowiedzi pacjenta nieśmiałego (pytania te mogą zwiększyć jego komfort i otworzyć drogę do pogłębienia wywiadu pytaniami otwartymi).

Warto pamiętać, że zadawanie pytań zamkniętych w sytuacjach innych niż opisane powyżej zazwyczaj utrudnia komunikację. Nieodpowiednie ich użycie może ograniczać pacjentom możliwość wypowiedzi, zmniejszać chęć do przekazywania informacji personelowi medycznemu, sprawiać że chorzy mogą pominąć pewne informacje. Ponadto ich wadą jest długi czas konieczny do uzyskania pełnej informacji na dany temat. Taki system zadawania pytań może również sprawić, że lekarz podczas wywiadu nadmiernie skoncentruje się na wybranych informacjach, pomijając szerszą perspektywę, którą mógłby ujawnić pacjent, swobodnie się wypowiadając.

Zgodnie z myślą Łampiki i Barańskiego „Pytania otwarte zachęcają rozmówcę do udzielenia pełnej odpowiedzi, ponieważ nie można na nie odpowiedzieć *tak* albo *nie*. Umożliwiają one pacjentowi swobodne opisanie sytuacji zdrowotnej, w której się znajduje, a także opowiedzenie o swoich dolegliwościach i niepokojach”. Dzięki nim pacjenci chętniej się wypowiadają, mają poczucie bycia wysłuchanymi i są bardziej usatysfakcjonowani kontaktem z lekarzem. Taka forma komunikacji zmniejsza ryzyko pominięcia faktów istotnych dla procesu leczenia. W zależności od sytuacji może także znacznie skrócić czas potrzebny do ustalenia informacji niezbędnych do postawienia diagnozy, czy ustalenia planu terapeutycznego. Pytania otwarte dają możliwość zdobycia znacznie szerszych informacji niż ma to miejsce w przypadku pytań zamkniętych.

Oczywiście istnieje ryzyko stawiania zbyt wielu pytań otwartych. Według Stanisława Górskiego należy zwrócić uwagę przede wszystkim na dwa rodzaje zagrożeń, płynące z nadużywania tego typu pytań. Po pierwsze, mogą spowodować pojawienie się dodatkowych tematów, które nie są istotne dla wizyty. Po drugie, poprzez zwiększoną ilość informacji, często w nieoczekiwanej kolejności, trudniej jest porządkować i notować przydatne lekarzowi dane.

Pytania otwarte tworzy się w taki sposób, by nie ograniczać rozmówcy i dać możliwość powiedzenia o faktach, ale także o emocjach oraz interpretacjach. John Whitmore, opisując najbardziej efektywne pytania, zwrócił uwagę na słowa, od których się one najczęściej zaczynają.

Wśród nich pojawiły się:

- Co – Co stało się po tym, jak pan odstawił przepisany lek?
- Kiedy – Kiedy miała pani kontakt z tą substancją?
- Kto – Kto może panu pomóc w realizacji recepty?

Korzystanie z pytań otwartych może się wydać dosyć trudne, gdyż trzeba je budować bardziej świadomie niż pytania zamknięte, aczkolwiek po przyzwyczajeniu się do tej formy komunikacji przestaje ona sprawiać takie wrażenie i okazuje się być najbardziej naturalnym sposobem uzyskiwania informacji od pacjentów.

Należy pamiętać, że zarówno pytania zamknięte, jak i otwarte mają ważne miejsce w komunikacji pacjent–personel medyczny. Choć w klasycznej rozmowie przeważać powinny te drugie, nie należy dążyć do całkowitego unikania pierwszych.

Istnieją jednak pytania, których powinno się unikać w każdej sytuacji rozmowy z chorymi – pytania sugerujące. Są one specyficznym rodzajem pytań zamkniętych, jednak ze względu na ich potencjalną szkodliwość, warto opisać je osobno. Pytania sugerujące sprawiają, poprzez swą konstrukcję, że pacjenci mogą udzielać zafałszowanych lub nawet nieprawdziwych informacji. Taka sytuacja w relacji pacjent–personel medyczny jest wyjątkowo niebezpieczna.

Poniżej przykłady pytań sugerujących:

- Przyjmuje pan leki regularnie, tak?
- Ból prawej ręki jest już słabszy, prawda?
- W przypadku tej terapii normą jest, że pacjenci zgłaszają większą senność i dolegliwości ze strony układu pokarmowego. Pan zapewne, też ma takie objawy, nieprawdaz?

Pytania tego typu mogą prowadzić do przynajmniej trzech sytuacji. W pierwszej, najbardziej optymistycznej, lekarz podsunął trafną sugestię i pacjent odpowiada zgodnie z prawdą *tak*. W drugiej, wskazanie było niewłaściwe i pacjent odpowiada zgodnie z prawdą *nie* – nie uległ zawartej w pytaniu sugestii. Wreszcie w trzeciej sytuacji, sugestia okazuje się niecelna, ale chory mimo tego podąża za nią i odpowiada, niezgodnie z prawdą potwierdzająco (*tak*). Prowadzi to do otrzymania przez lekarza błędnych informacji, ryzyka postawienia niewłaściwej diagnozy oraz wdrożenia nieodpowiedniego leczenia, które może się okazać szkodliwe dla chorego. Skutki tego nieporozumienia mogą być na tyle poważne, że powinno to stanowić przestrożę przed zadawaniem pytań sugerujących.

Aktywne słuchanie w komunikacji pacjent–personel medyczny

Matthew McKay i wsp. stwierdzili, iż „Słuchać to nie znaczy siedzieć nieruchomo i milczeć – to potrafi nawet zmarły. Słuchanie to proces aktywny, który wymaga naszego udziału. Pełne zrozumienie komunikacji zwykle wymaga zadawania pytań i udzielania informacji zwrotnych”. Te słowa autorów *Sztuki skutecznego porozumiewania się* odnoszą się również do komunikacji pacjent–personel medyczny.

Marta Makara-Studzińska sugeruje, że chcąc być efektywnym w odbiorze informacji, powinno się pamiętać o rzeczach takich jak: zbudowanie własnej motywacji do słuchania, obiektywizm, cierpliwość, dążenie do odnajdywania prawdziwych intencji i sensu, oddzielanie własnych interpretacji od wypowiedzi pacjentów, bycie otwartym na przedstawiane przez chorych przekonania, wrażliwość oraz okazywanie wsparcia.

Pierwszym elementem aktywnego słuchania jest kontakt wzrokowy. Jego utrzymywanie ze strony personelu medycznego daje pacjentom poczucie, że są ważni i poświęca się im uwagę. Należy jednak pamiętać, że zbyt intensywny kontakt wzrokowy może przynieść skutek odwrotny do zamierzonego i spowodować u pacjenta uczucie dyskomfortu i napięcie. Po drugie, jeżeli chory odwraca wzrok i wyraźnie źle się czuje podczas prób nawiązania kontaktu, należy z tych prób zrezygnować.

Kolejna technika, którą można wykorzystać w ramach aktywnego słuchania, to krótkie komunikaty potwierdzające, że lekarz jest zainteresowany wypowiedzią pacjenta. W skład takich komunikatów mogą wchodzić m.in. słowa i dźwięki takie, jak: „rozumiem”, „mhm”, „tak, oczywiście” czy „proszę kontynuować”. Powyższe słowa mogą zachęcić chorego do dalszej rozmowy i bardziej otwartego dzielenia się swoimi odczuciami. Co istotne, automatyczne używanie powyższych sformułowań zostanie natychmiast wychwycone przez chorego – narzędzie to należy stosować w sposób świadomy i uważny. Również zbyt częste wtrącanie tych komunikatów do rozmowy może wydawać się mało wiarygodne i powodować irytację pacjentów.

Następna technika aktywnego słuchania, o której warto pamiętać, to parafraza. Adler i wsp. definiują ją następująco: „Parafrazowanie to reakcja polegająca na tym, że słuchający powtarza własnymi słowami wypowiedź interlokutora, czyli wiadomość, którą według niego przekazał mówiący”.

Stosuje się ją m.in. w celu:

- pokazania, że personel medyczny uważnie słucha pacjenta i stara się zrozumieć całość wypowiedzi;
- sprawdzenia, czy rozumienie komunikatu jest właściwe oraz pokazania, w jaki sposób został on zrozumiany;
- uchwycenia niewypowiedzianych wprost informacji;
- podsumowania dłuższej wypowiedzi chorego.

Przykładem zastosowania parafrazy może być następujący dialog.

Pacjent: Mam przepisanych bardzo dużo leków, czasem mylę się, co rano, co wieczorem. Do tego raz jest jedna dawka, raz druga. Tak, się nie da!

Lekarz: Jeżeli dobrze zrozumiałam, chciałby pan, żeby uprościć dawkowanie i zmniejszyć liczbę oraz rodzaj leków?

Pacjent: Tak, dokładnie. Wtedy będzie mi dużo łatwiej.

Rozpoczynając parafrazę, można wykorzystać zwroty takie, jak: „Jeżeli dobrze zrozumiałem...”, „Rozumiem, że...”, „Wygłąda na to...”, „O ile dobrze wnioskuję...”.

Odzwierciedlanie uczuć to kolejna technika, która pozytywnie wpływa na jakość komunikacji w relacji pacjent–personel medyczny. Polega ono na obserwacji emocji, które ujawniają chorzy i przekazaniu informacji, że się je dostrzega. Wiedząc, że ktoś zauważył ich emocje, pacjenci mogą poczuć się bezpieczniej i otworzyć się na relację.

Przykładem zastosowania odzwierciedlania uczuć może być następujący dialog.

Lekarz: To oznacza, że przez najbliższy miesiąc powinna pani unikać słońca.

Pacjentka (spuszczając głowę): Naprawdę? Bez sensu, przecież jest lato.

Lekarz: Widzę, że zasmuciła panią informacja o konieczności wystrzegania się słońca. Jak najbardziej to rozumiem. Niestety to jest konieczne, żeby leczenie było skuteczne i bezpieczne.

Ostatnią techniką aktywnego słuchania, którą chcielibyśmy przybliżyć jest klaryfikacja. Stosuje się ją w sytuacjach, gdy wypowiedź pacjenta nie została w pełni rozumiana, wymagane są konkretne przykłady lub potrzeba rozwinięcia określonego wątku. Zwroty pomocne przy budowaniu komunikatów mających na celu klaryfikację, to m.in.: „Proszę podać mi przykład...”, „Proszę powiedzieć dokładnie, o co chodzi w...”, „Jak to się stało, że...?”, „W jaki dokładnie sposób...?”.

Przykładem zastosowania klaryfikacji może być następujący dialog.

Pacjent: Jak to się zaczyna, to mam taką dyskotekę przed oczami i zaczyna mnie wszystko boleć.

Lekarz: Proszę powiedzieć – co ma pan na myśli, mówiąc o dyskotece przed oczami i co dokładnie pana wtedy boli?

Celem aktywnego słuchania jest sprawienie, aby pacjenci poczuli się wysłuchani, co jest jedną z najważniejszych potrzeb chorego. Pozwala pokazać, że chory jest widziany przez personel medyczny nie tylko jako osoba z dolegliwością, którą należy zaopatrzyć, ale jako człowiek – ze wszystkimi jego atrybutami, bagażem doświadczeń i emocjami. Aktywne słuchanie pozwala odczuć pacjentowi, że poświęca się mu pełną uwagę. Dodatkowo sprawia, że komunikacja staje się bardziej przejrzysta i dokładna. Świadome korzystanie z tego rodzaju technik pozwala budować efektywne relacje pacjent–personel medyczny.

PIŚMIENNICTWO

1. Adler R.B., Proctor R. II, Rosenfeld L.: *Relacje interpersonalne. Proces porozumiewania się*. Rebis, Poznań 2011.
2. Bewley A., Mohandas P.: *Skin picking disorders and dermatitis artefacta*. W: *Skin and Psyche* (red. K. Nordlind, A. Zalewska-Janowska). Bentham Science Publishers – Sharjah, UAE 2016: 100–117.
3. Bujnowska-Fedak M.M.: *Wybrane sposoby komunikowania się lekarza z pacjentem*. W: *Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej* (red. A. Mastalerz-Migas, A.K. Jankowska, J. Barański). Edra Urban & Partner, Wrocław 2021: 29–39.
4. Gordon T., Sterling Edwards W.: *Rozmawiać z pacjentem: podręcznik doskonalenia umiejętności komunikacyjnych i budowania partnerskich relacji*. Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa 2009.
5. Górski S.: *Komunikacja w wywiadzie lekarskim*. W: *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy* (red. M. Nowina-Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki). Medycyna Praktyczna, Kraków 2018: 65–91.
6. Łampika K., Barański J.: *Techniki rozmowy z pacjentem*. W: *Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej* (red. A. Mastalerz-Migas, A.K. Jankowska, J. Barański). Edra Urban & Partner, Wrocław 2021: 7–11.
7. Makara-Studzińska M.: *Komunikacja z pacjentem*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012.
8. McKay M., Davis M., Fanning P.: *Sztuka skutecznego porozumiewania się*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2013.
9. Nęcki Z.: *Komunikacja międzyludzka*. Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 1996.
10. Stoltzfus T.: *Sztuka zadawania pytań w coachingu. Jak opanować najważniejszą umiejętność coacha?* Aetos Media, Wrocław 2012.
11. Whitmore J.: *Coaching. Trening efektywności*. Gruner+Jahr Polska, Warszawa 2011.