

Antonina Doroszevska

Perspektywa pacjenta w komunikacji medycznej. Praktyka i dydaktyka



WARSZAWSKI
UNIwersYTET
MEDYCZNY

Antonina Doroszevska

Perspektywa pacjenta
w komunikacji medycznej.
Praktyka i dydaktyka



WARSZAWSKI
UNIwersYTET
MEDYCZNY

Warszawa 2025

Recenzenci:

Prof. dr hab. n. med. Piotr Zaborowski
Prof. dr hab. n. med. Tomasz Pasierski

Wydano za zgodą Uczelniej Rady ds. Kształcenia WUM

ISBN 978-83-7637-652-3

Redakcja językowa: Joanna Maź
Korekta: Marta Kamińska
Skład i łamanie: Roman Sergej

Wydrukowano w Sekcji Druków Uczelnianych
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Zam. 10231/S4/2025 nakład: 150 egz. tel. (22) 57 20 329
e-mail: wydawnictwo@wum.edu.pl
www.drukiuczelniane.wum.edu.pl

Spis treści

1. Przedmowa.....	7
2. Kontekst – perspektywa pacjenta w obliczu przemian społecznych i kształcenia medycznego	11
3. Pacjent we współczesnej opiece medycznej	16
4. Znaczenie perspektywy pacjenta w praktyce medycznej	25
5. Znaczenie perspektywy pacjenta. Cel książki.....	31
6. Perspektywa pacjenta w kształceniu kompetencji komunikacyjnych personelu medycznego	33
6.1. Perspektywa pacjenta w modelach nauczania komunikacji i w wytycznych dotyczących nauczania komunikacji.....	33
6.2. Skale do oceny umiejętności komunikacji	39
6.3. Perspektywa pacjenta w consensusach dotyczących nauczania komunikacji.....	40
6.4. Perspektywa pacjenta w polskich wytycznych dotyczących kształcenia w zakresie kompetencji komunikacyjnych	42
7. Czym jest perspektywa pacjenta? Podstawy protokołu PERSPECTIVE	47
8. Interdyscyplinarne korzenie perspektywy pacjenta.....	59
8.1. Perspektywa pacjenta – zagadnienia językowe	59
8.2. Perspektywa pacjenta w socjologii zdrowia i medycyny	66
8.3. Perspektywa pacjenta – aspekty etyczne.....	75
9. Perspektywa pacjenta w kształceniu medycznym. Wyniki badań własnych	80
9.1. Materiał i metody.....	81
9.2. Charakterystyka badanej próby	84
9.2.1. Porównanie podgrup z pozytywnym i negatywnym nastawieniem wobec nauki komunikacji	85
9.2.2. Porównanie podgrup z wysokim i niskim poziomem empatii	86
9.2.3. Nastawienie wobec nauki komunikacji wśród badanych studentów	87
Wyniki ogólnej skali Communication Skills Attitude Scale	87
Wyniki podskali PAS	89
Wyniki podskali NAS.....	91
Postawy wobec nauki komunikacji u studentów kierunków medycznych – dyskusja	93
9.2.4. Poziom empatii badanych studentów	95

Poziom empatii w podziale na lata studiów	97
Poziom empatii w zależności od płci badanych	99
Poziom empatii w zależności od stanu zdrowia badanych	100
Wyniki podskali Perspective taking	100
Wyniki podskali Compassionate care	103
Wyniki podskali Walking in patient's shoes.....	105
Zmiana poziomu empatii między II a VI rokiem kierunku lekarskiego	106
Poziom empatii u studentów kierunków medycznych – dyskusja	107
9.3. Nastawienie wobec nauki komunikacji i poziom empatii a motywacja wyboru studiów	111
9.4. Perspektywa pacjenta w opinii badanych	113
9.5. Opinie o znaczeniu perspektywy pacjenta w praktyce medycznej	115
9.5.1. Opinie o znaczeniu perspektywy pacjenta w zależności od nastawienia wobec komunikacji.....	119
9.5.2. Opinie o znaczeniu perspektywy pacjenta w zależności od poziomu empatii	123
9.5.3. Zmiana opinii o znaczeniu perspektywy pacjenta na II i VI roku	127
10. Perspektywa pacjenta w procesie komunikacji personelu medycznego z pacjentem.....	131
10.1. Protokół PERSPECTIVE	133
10.2. Komunikacja – jak poznawać i uwzględniać perspektywę pacjenta, wykorzystując protokół PERSPECTIVE	141
10.2.1. Poznanie perspektywy pacjenta.....	141
10.2.2. Uwzględnienie perspektywy pacjenta	144
10.3. Umiejętności komunikacyjne studentów kierunków medycznych na przykładzie wyników badań własnych.....	162
10.3.1. Znaczenie perspektywy pacjenta na różnych etapach konsultacji	162
10.3.2. Opinia badanych o umiejętnościach ważnych, by poznać perspektywę pacjenta	166
10.3.3. Samoocena umiejętności komunikacyjnych wśród badanych	170
10.3.4. Umiejętności komunikacji służące poznawaniu perspektywy pacjenta – porównanie badanych studentów na II i VI roku	178
10.3.5. Samoocena umiejętności komunikacji w zależności od nastawienia wobec nauki komunikacji i poziomu empatii	181
10.3.6. Samoocena umiejętności komunikacji – dyskusja	183
11. Podsumowanie i wnioski dla dydaktyków, nauczania i organizacji systemu ochrony zdrowia	186
12. ANEKS 1. Szczegółowe wyniki badań własnych	196
12.1. Motywacje wyboru studiów.....	196

12.2. Wybór specjalizacji w przyszłości	200
13. ANEKS 2. Ograniczenia badania	204
14. ANEKS 3. Szczegółowy opis analiz statystycznych	205
14.1. Analiza ogólnej skali Communication Skills Attitude Scale	205
14.2. Analiza podskali PAS.....	205
14.3. Analiza podskali NAS.....	205
14.4. Analiza JSE – skali ogólnej i podskal Perspective taking, Compassionate care, Walking in patient's shoes	206
14.5. Analiza opinii badanych o znaczeniu perspektywy pacjenta w praktyce medycznej.....	206
15. Wykaz skrótów	208
16. Spis tabel.....	209
17. Spis rycin	211
18. Piśmiennictwo.....	212

To, co ma do powiedzenia lekarzowi pacjent o swojej chorobie i swojej sytuacji życiowej, jest równie ważne, a niekiedy nawet ważniejsze niż wyniki wszelkich badań i testów klinicznych.

Zbigniew Szawarski¹

1. Przedmowa

Komunikacja to proces interakcji między ludźmi. Komunikacja pacjenta z lekarzem, pielęgniarką, ratownikiem medycznym ma szczególny charakter. Z jednej strony jest osoba, która potrzebuje pomocy, z drugiej – osoba niosąca pomoc. Aby wiedzieć, jak pomóc, trzeba wiedzieć, czego dany człowiek w określonej sytuacji potrzebuje. Za każdym razem potrzeby mają unikalny charakter. Zależą nie tylko od stanu zdrowia, ale też od wielu elementów codziennego funkcjonowania człowieka. Proces komunikacji służy temu, aby pracownik ochrony zdrowia poznał te potrzeby i rozumiejąc je, potrafił ustalić, często wspólnie z chorym, postępowanie dla danego pacjenta. I mimo że często uwaga jest skupiona na diagnozie, zaleceniach, efekcie terapeutycznym, proponuję, by zatrzymać się nad perspektywą pacjenta. Nie można bowiem komuś w pełni pomóc, nie wiedząc, jakiej pomocy potrzebuje. Jest to więc książka o pacjentach i o komunikacji, która jest obecna w prawie każdym kontakcie personelu medycznego z chorym.

Ta książka powstawała przez wiele lat, w trakcie których prowadziłam zajęcia z komunikacji medycznej dla studentów różnych kierunków medycznych. Wielokrotnie zastanawiałam się, co jest najważniejszym celem tego kształcenia. I chyba najlepszą odpowiedzią jest to, że robimy to dla pacjentów, aby otrzymywali lepszą pomoc

¹ *Mądrość i sztuka leczenia*, s. 65.

medyczną, ale też po to, aby w sytuacji, w której potrzebują pomocy, czuli, że spotykają troskliwych lekarzy, pielęgniarki, ratowników medycznych czy przedstawicieli innych zawodów medycznych. Nie raz na zajęciach toczyły się rozmowy o tym, co zrobić, aby dowiedzieć się, jak pacjent widzi swoją sytuację i czego oczekuje. Stwierdzenie, że ważne jest, aby lekarz rozumiał pacjenta, wydaje się truizmem. Mimo że termin „perspektywa pacjenta” niejednokrotnie pojawia się w publikacjach, w tym artykułach i podręcznikach, dyskusjach o komunikacji, to jednak nierzadko jest on rozumiany w różny sposób, a ponadto, w moim odczuciu, jest często zbyt powierzchownie definiowany. A przecież perspektywa pacjenta to sedno opieki medycznej.

Przez lata pracy nad książką spotkałam wiele osób, które pozwoliły mi pogłębiać moje rozumienie znaczenia komunikacji medycznej oraz rozwijać koncepcję całościowego spojrzenia na perspektywę pacjenta i jej znaczenie w procesie komunikacji. Za te inspiracje wszystkim bardzo dziękuję. Przede wszystkim dziękuję moim Rodzicom, którym dedykuję tę książkę, którzy nauczyli mnie, że należy skupiać się na sprawach ważnych i że poszukiwanie prawdy to proces długi, wymagający zaangażowania, wysiłku i pokory. Gdy na początku XXI w. mój Tata mówił o potrzebie zwrócenia uwagi na proces komunikacji personelu medycznego z pacjentami, spotykał się nierzadko ze zdziwieniem. Ucieszyłbyś się, Tato, gdybyś wiedział, że dziś studenci mają obowiązkowe zajęcia z komunikacji, uczestnicy kursów organizowanych przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, w którym pracowałeś przez tyle lat, też mają szkolenia z komunikacji, w ośrodkach akademickich są zakłady komunikacji, o komunikacji mówi się podczas wielu konferencji naukowych i pojawia się coraz więcej publikacji dotyczących rozmowy pracowników ochrony zdrowia z pacjentami. Dbamy o to, by nie traktować kształcenia z zakresu komunikacji jak nauki technikaliów, ale by rozwijać postawy i umiejętności pozwalające budować relację z pacjentami, mając na uwadze znaczenie tej relacji zarówno dla chorych, jak i przedstawicieli systemu ochrony zdrowia, który ma dbać o dobro chorego człowieka.

Spotkałam na swojej drodze wyjątkowe osoby – dr. Janusza Medera, prof. Jerzego Majkowskiego, prof. Tadeusza Parnowskiego, prof. Tomasza Pasierskiego, prof. Włodzimierza Piątkowskiego, prof. Zbigniewa Szawarskiego, prof. Jana Tatonia. Dziękuję im za inspirację do rozwijania zainteresowań związanych z komunikacją, pokazywanie właściwego kierunku i odkrywanie przede mną istoty kontaktu personelu medycznego z pacjentami. Dziękuję prof. Piotrowi Zaborowskiemu, który będąc prorektorem Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, otworzył drzwi dla pierwszych,

wtedy jeszcze fakultatywnych, zajęć z komunikacji medycznej. Pan Profesor widzi potrzebę działań w tym zakresie z punktu widzenia zmian społecznych oraz technologicznych, które dzieją się na naszych oczach, a także niezmiennych potrzeb człowieka – troski, zrozumienia, opieki. Dziękuję Panu Profesorowi za ten mocny głos i jednocześnie wiarę, że potrafię napisać o perspektywie pacjenta, pokazując zarówno jej naukowe, jak i ludzkie oblicze. Dziękuję prof. Barbarze Górnickiej i prof. Markowi Kulusowi za to, że dali mi szansę, by rozwijać kształcenie z komunikacji medycznej studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Traktuję to jako zobowiązanie, aby robić to jak najlepiej.

Mam w swoim otoczeniu osoby, nie tylko w Studium Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ale i przyjaciół z uniwersytetów medycznych z całej Polski, z którymi wspólnie działamy w obszarze komunikacji. Wiele się od nich nauczyłam. Dzięki nim rozwijam się, staram się rozumieć, co należy robić, aby komunikacja była postrzegana jako sposób kształtowania prawdziwych relacji w wyjątkowej sytuacji, w której znajduje się chory. Dziękuję Martynie Borowczyk, Patrycji Marciniak-Stępak, Marii Nowinie Konopce, Agacie Stalmach-Przygodzie, Marcinowi Kaczorowi i Łukaszowi Małeckiemu.

Dziękuję moim współpracownikom ze Studium Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, z którymi na co dzień mogę dzielić się pasją do komunikacji i którzy angażują się w liczne działania, nie oglądając się na wysiłek, ale dlatego, że są ważne i że dzięki temu rozwijamy jakość kształcenia w zakresie komunikacji medycznej. Z takimi osobami jak Wy współpraca to przyjemność i ogromna satysfakcja.

Te lata pracy nad publikacją to dzień za dniem, godzina za godziną, gdy obok mnie byli moi Bliscy. Dziękuję Wam, że towarzyszyliście mi w procesie powstawania tej książki, pomagaliście, dopingowaliście, rozumieliście, że czasem mnie całkiem zajmowała, ale też pozwalaliście zapomnieć o pisaniu, żeby potem wrócić do tego z nowym zapalem i spojrzeniem.

Antonina Doroszevska

Warszawa, październik 2024 r.

2. Kontekst – perspektywa pacjenta w obliczu przemian społecznych i kształcenia medycznego

Coraz więcej wiemy o tym, że wyniki leczenia chorych zależą nie tylko od wiedzy i doświadczenia pracownika ochrony zdrowia, rozwoju wiedzy medycznej, umożliwiającej określoną diagnostykę, leczenie czy opiekę, ale też od tego, na ile pacjenci, a właściwie zwykli ludzie, będą dbać o swoje zdrowie, a w sytuacji choroby stosować się do zaleceń. Ma to coraz większe znaczenie w związku z rosnącą liczbą chorób przewlekłych i wywołanych czynnikami środowiskowymi. Jednym z modeli funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, który rozwija się od kilku dekad, jest opieka skoncentrowana na pacjencie. Oprócz biomedycznych aspektów funkcjonowania i leczenia człowieka równie ważne jest uwzględnienie tego, w jaki sposób swoją sytuację widzi pacjent. Już ponad 30 lat temu Nicola Mead i Peter Bower zwracali uwagę na konieczność sprawowania holistycznej opieki, czyli takiej, która obejmuje wszystkie aspekty sytuacji pacjenta – biomedyczne, psychologiczne, społeczne i egzystencjalne (Mead, Bower, 2000).

W ostatnich dekadach zmieniają się postawy ludzi wobec pracowników ochrony zdrowia. Zmniejsza się autorytet lekarzy, rośnie liczba osób chcących być aktywnymi partnerami w procesie terapeutycznym. Dostęp do wiedzy medycznej za sprawą Internetu stał się powszechny. Z jednej strony rośnie świadomość zdrowotna i zainteresowanie części społeczeństwa zdrowiem, z drugiej strony pogłębiają się nierówności społeczne, w tym te w obszarze zdrowia, związane m.in. z nierównym dostępem do opieki zdrowotnej. Wynikają one ze zróżnicowanego statusu społeczno-ekonomicznego. Ostatnie dekady to także milowe odkrycia związane z postępem wiedzy medycznej i rozwojem technologii, umożliwiające lepszą diagnostykę i leczenie. Jednak nawet najbardziej nowoczesna wiedza medyczna poparta najnowszą technologią nie wystarczy, by dobrze leczyć chorego. Podstawą procesu leczenia jest kontakt lekarza z pacjentem. W związku z tym, że zagadnienia dotyczące perspektywy pacjenta i komunikacji, o których piszę w tej książce,

dotyczą nie tylko lekarzy, można to ująć szerzej, stwierdzając, że fundamentem opieki medycznej jest kontakt pacjenta z pracownikiem ochrony zdrowia.

Powyższe procesy wiążą się z koniecznością zmian w obszarze kształcenia medycznego. W ostatnich latach tym zmian jest bardzo dużo. Nie jest moim celem szczegółowe opisanie wszystkich. Zwracam uwagę na jeden aspekt. Przygotowanie lekarza, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego czy innego pracownika ochrony zdrowia do opieki skoncentrowanej na osobie wymaga nie tylko wiedzy medycznej, umiejętności technicznych, ale też wiedzy i kompetencji z zakresu nauk społecznych i kognitywnych, które umożliwiają pracownikom ochrony zdrowia zrozumienie, dlaczego pacjenci zachowują się w określony sposób, oraz zauważenie, jakie mają potrzeby. Te kompetencje pozwalają nawiązać nie tylko powierzchowny kontakt z chorym, ale też porozumienie, dzięki któremu pacjent poczuje się otoczony troską, zrozumiany i zauważony. Jak pisali wspomniani już wcześniej Mead i Bower, sprawowanie holistycznej opieki, w której ważne jest to, jak swoją sytuację widzi pacjent, rodzi pytania o kompetencje personelu medycznego do radzenia sobie z takimi wieloaspektowymi problemami (Mead, Bower, 2000).

Od kilkunastu lat w programach kształcenia na kierunkach medycznych w Polsce, oprócz dotychczas obecnych przedmiotów z nauk społecznych i humanistycznych, takich jak psychologia, socjologia, filozofia i etyka, pojawiają się zajęcia z komunikacji medycznej. Tematyka ta coraz częściej wyłania się jako odrębny, obowiązkowy przedmiot, mimo że wcześniej elementy wiedzy o relacji i komunikacji były omawiane podczas zajęć z innych przedmiotów. Dlaczego tak się dzieje? Przyczyn na pewno jest wiele. W Polsce ta stosunkowo nowa sytuacja budzi czasem zdziwienie, warto jednak zwrócić uwagę, że od lat 90. ubiegłego wieku powstawały modele kształcenia kompetencji komunikacyjnych stanowiące podstawę do budowania programów nauczania. A zajęcia z komunikacji od dekad są obecne w programach nauczania na wielu uczelniach medycznych Europy Zachodniej czy Ameryki Północnej. Potrzeba holistycznego podejścia do pacjenta², skupienia na jego potrzebach, zaangażowania chorego, aby nie tylko rozumiał, co się z nim dzieje, ale był też aktywny w procesie leczenia, „wymaga przekroczenia granic jednej dziedziny wiedzy i sięgnięcia po zasoby (narzędzia, teorie, doświadczenia) innych

² Piszę w książce o pacjentach, chorych, lekarzach, pracownikach ochrony zdrowia, specjalistach, pielęgniarkach. Za każdym razem mam jednak na myśli wszystkie osoby bez względu na to, z jaką płcią się identyfikują.

dziedzin, a nawet szczegółowych dyscyplin naukowych. (...) Celem tego wyjścia poza jedną dziedzinę wiedzy jest wypracowanie holistycznego podejścia do pacjenta, aby wspierać medycynę w skutecznym leczeniu, profilaktyce i opiece nad chorym. Podobnie jak inne obszary praktyki medycznej, także dobra komunikacja wymaga od profesjonalisty z jednej strony wykraczania poza wiedzę szczegółową dotyczącą określonego przypadku klinicznego, a z drugiej – ciekawości, autentycznego zainteresowania pacjentem jako jednostką aktywną w życiu osobistym, zawodowym, czasem też publicznym, przeżywającą określone emocje i mającą określone potrzeby” (Chojnacka-Kuraś et al., 2023)³.

Literatura dotycząca kompetencji psychospołecznych, w tym komunikacyjnych, pracowników ochrony zdrowia, jest coraz bogatsza⁴. Narracje pacjentów poznajemy za sprawą licznych książek, blogów czy podcastów. W tej książce opisuję doświadczenia pacjentów jako jedno z kluczowych pojęć w komunikacji medycznej widzianej jako interdyscyplinarna dziedzina. W rozdziale o strukturze komunikacji medycznej, napisanym wspólnie z Martą Chojnacką-Kuraś i Aldoną Katarzyną Jankowską, wskazałyśmy interdyscyplinarne źródła komunikacji, która czerpie z nauk medycznych i o zdrowiu, społecznych, humanistycznych, a także ze sztuki (Chojnacka-Kuraś et al., 2023)⁵. W tej książce przedstawiam interdyscyplinarne podstawy perspektywy pacjenta. Mam przekonanie, że perspektywa pacjenta to jedno z kluczowych pojęć we współczesnej opiece medycznej. Z tego względu niezwykle ważne jest pełne zrozumienie perspektywy pacjenta, a to wymaga dostrzeżenia różnych elementów związanych z przekonaniami, które często są uzależnione

³ s. 15-16.

⁴ Nie sposób wymienić wszystkich prac z tego obszaru, dlatego przywołuję jedynie wybrane książki (dostępne po polsku), które często są wykorzystywane jako podręczniki do nauczania komunikacji.

1. Barański J., Waszyński E., Steciwko A. (2000), *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław.
2. Doroszewski J., Kulus M., Markowski A. red. (2014), *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, Wolters Kluwer, Warszawa.
3. Mastalerz-Migas A., Jankowska A.K., Barański J. (2021), *Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej*, Edra Urban & Partner, Wrocław.
4. Nowina Konopka M. (2016), *Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka*, Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej UJ, Kraków.
5. Nowina Konopka M., Faleszko W., Małecki Ł. (2018), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, Medycyna Praktyczna, Kraków.
6. Ostrowska A. red. (2020), *Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*, Fundacja Polska Liga Walki z Rakiem, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa.
7. Silverman J., Kurtz S., Draper J. (2018), *Umiejętności komunikowania się z pacjentami*, Medycyna Praktyczna, Kraków.

⁵ s. 19.

od statusu społeczno-ekonomicznego, emocjami, wartościami, doświadczeniami. Dlatego proponuję w tej książce szczegółowy opis elementów składających się na pojęcie perspektywy pacjenta oraz wskazujących na czynniki, które ją kształtują. Poza szczegółowym opisem, czym jest perspektywa pacjenta, przedstawiam to pojęcie z trzech perspektyw – jako obszar badań, przedmiot nauczania oraz zagadnienie związane z praktyką medyczną, w szczególności z procesem komunikacji. W związku z tym ostatnim analizuję umiejętności komunikacji, które ułatwiają poznanie perspektywy pacjenta. Badając perspektywę pacjenta, można skupić się na przykład jedynie na emocjach towarzyszących pacjentom w określonych sytuacjach (byłyby to psychologiczne aspekty perspektywy pacjenta) albo na wpływie osób ważnych dla pacjenta, które w kwestiach zdrowotnych są dla danej osoby autorytetem, i na zagadnieniach związanych z postawami wobec zdrowia i zachowaniami zdrowotnymi (to przykład zwrócenia uwagi na aspekty socjologiczne). W praktyce pracownik ochrony zdrowia powinien uwzględnić wszystkie te elementy. Nie wystarczy, że porozmawia tylko o objawach dających się ująć w kategoriach medycznych. Jeśli pacjent przychodzi w związku z np. brakiem możliwości zapewnienia opieki osobie starszej, nie sposób skupić się tylko na sytuacji rodzinnej. Celem jest poznanie wszystkich wymiarów problemu pacjenta. Wymaga to zarówno wiedzy medycznej, jak i wiedzy z innych dziedzin, takich jak np. socjologia, psychologia, etyka. Niezbędne są również umiejętności komunikacji pozwalające na stworzenie relacji z chorym i poprowadzenie rozmowy w taki sposób, aby poznać wszystkie obszary, na które wpływa sytuacja zdrowotna pacjenta. Z tego względu badając perspektywę pacjenta na gruncie komunikacji medycznej, należy uwzględniać elementy pochodzące z różnych dziedzin, a także zwrócić uwagę na umiejętności potrzebne do poznania i uwzględnienia tej perspektywy.

Z. Szawarski tak pisał o znaczeniu omawianej w tej książce perspektywy pacjenta w leczeniu chorego i komunikacji z nim, wskazując na cele tego porozumienia. „To, co ma do powiedzenia lekarzowi pacjent o swojej chorobie i sytuacji życiowej jest równie ważne, a niekiedy nawet ważniejsze niż wyniki wszelkich badań i testów klinicznych. Ciało pacjenta jest bowiem usytuowane w konkretnym świecie. Jest ono wystawione na działanie wszelkiego rodzaju patologicznych impulsów fizycznych i psychicznych, których efekty mają charakter kumulatywny i prędzej czy później muszą przejawiać się w postaci choroby. Z drugiej zaś strony to sam pacjent, niewłaściwie używając swojego ciała, ponosi

odpowiedzialność za swą chorobę. Ograniczenie się wyłącznie do osłuchiwania i leczenia uszkodzonego ludzkiego biomechanizmu jest, w myśl tej koncepcji, leczeniem objawowym. Choroba nie mieszka bowiem tylko w ciele człowieka – choroba wypełnia cały subiektywnie przeżywany świat człowieka, ze wszystkimi jego pragnieniami, dążeniami, marzeniami, i w tym sensie musi być traktowana w sposób całościowy. Dopóki lekarz nie zacznie słyszeć i leczyć chorego człowieka w całej jego integralności, dopóty pozostanie mniej lub bardziej wykwalifikowanym i sprawnym biomechanikiem” (Szawarski, 2005)⁶. W słowach tych Z. Szawarski wskazał na znaczenie oczekiwań, celów i wartości, które są ważnymi elementami perspektywy pacjenta, a także relacji chorego z personelem medycznym, o których będę pisać w tej książce.

⁶ s. 65.

3. Pacjent we współczesnej opiece medycznej

Na przestrzeni dekad pojawiały się różne modele relacji lekarzy z pacjentami. Zagadnieniem tym zajmowali się różni badacze, m.in. Talcott Parsons (Parsons, 2009)⁷, Thomas Szasz i Marc Hollender (Szasz, Hollender, 1956), Barbara Jacennik (Jacennik et al., 2012)⁸, Mirosław Jarosz, Zofia Kawczyńska-Butrym, Anna Włoszczak-Szubzda (Jarosz et al., 2012), Anna Zembala (Zembala, 2015) oraz Maria Nowina Konopka. Ze względu na to, że M. Nowina Konopka opisała te modele w ujęciu komunikologicznym, odwołam się do podziału przedstawionego w jej książce *Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka* (Nowina Konopka, 2016)⁹.

W modelu autorytarnym lekarz zbiera informacje niezbędne z punktu widzenia postępowania lekarskiego. Jak pisali M. Jarosz i in., „przyjmuje się, że kliniczna wiedza medyczna i doświadczenie zawodowe są wystarczającym profesjonalnym gwarantem zapewniającym pacjentowi poczucie bezpieczeństwa i właściwą relację z lekarzem oraz pożądany efekt leczenia. Nie dostrzega się w nim (poza pewnymi elementami psychologii klinicznej) szczególnej potrzeby dodatkowego kształcenia lekarza w zakresie jego interpersonalnych relacji z osobą chorą, a tym bardziej z jej rodziną” (Jarosz et al., 2012). Proces komunikacji koncentruje się zatem na treściach istotnych z punktu widzenia lekarza, który „wie lepiej” ze względu na swoją medyczną wiedzę i doświadczenie.

W modelu paternalistycznym rola pacjenta jest także drugoplanowa, bierna i podporządkowana. Lekarz leczy pacjenta i opiekuje się nim, biorąc jednak pod uwagę głównie medyczne aspekty tego postępowania. Perspektywa pacjenta jest więc w tym modelu istotna, jeśli będzie pomagać w sformułowaniu diagnozy. Uwzględnianie perspektywy pacjenta w trakcie ustalania planu postępowania nie jest konieczne ze względu na dominującą pozycję lekarza, który jest przewodnikiem po leczeniu chorego.

⁷ s. 332-227.

⁸ s. 149.

⁹ s. 70.

W dwóch kolejnych modelach perspektywa pacjenta ma większe znaczenie, są to bowiem modele opisujące relację lekarz – pacjent w sposób bardziej symetryczny. W tych podejściach pacjent i lekarz współpracują ze sobą w coraz większym stopniu. W modelu kooperacyjnym lekarz pełni funkcję doradczą, a w modelu partnerskim jest zaangażowanym, empatycznym partnerem. Elementy partnerstwa wymagają poznania i uwzględnienia perspektywy pacjenta na każdym etapie konsultacji. W największym stopniu będzie to widoczne w modelu partnerskim, który dodatkowo kładzie nacisk na rozpoznanie emocji i nastawienia pacjentów. W związku z tym w wywiadzie zostaną uwzględnione przekonania czy obawy, z którymi pacjent zgłasza się do lekarza. Ustalając plan postępowania i formułując zalecenia, lekarz uzgodni je z pacjentem, który będzie mógł przedstawić swoją perspektywę, m.in. nastawienie wobec proponowanej terapii, przekonanie o możliwości jej stosowania w kontekście codziennego funkcjonowania chorego. Lekarz dowie się, czy pacjent ma możliwość, by przestrzegać zaleceń, a jeśli elementy perspektywy pacjenta będą utrudniały lub uniemożliwiały ich stosowanie, to wspólnie z chorym będzie poszukiwał rozwiązań umożliwiających działanie na rzecz zdrowia. W tabeli 1 przedstawiłam znaczenie perspektywy pacjentów w wybranych modelach relacji lekarz – pacjent.

Tab. 1. Znaczenie perspektywy pacjenta w modelach relacji lekarz – pacjent

Model	Cechy komunikacji lekarza (wskazane przez M. Nowinę Konopkę)	Znaczenie perspektywy pacjenta (PP) w komunikacji
autorytarny	Duży dystans, komunikacja jednokierunkowa, bariera w kontaktach z rodziną, zahamowania w relacjach z pacjentem	PP ¹⁰ nieistotna
paternalistyczny	Komunikacja dwukierunkowa bez wyraźnego dystansu emocjonalnego, biorąca pod uwagę kwestie rodzinne pacjenta	PP istotna, jeśli pomoże lekarzowi ustalić prawidłową diagnozę. Nieistotna z punktu widzenia formułowania planu postępowania terapeutycznego.

¹⁰ Ze względu na przejrzystość tekstu na rycinach, w tabelach zamiast pisać „perspektywa pacjenta” używam skrótu PP.

Model	Cechy komunikacji lekarza (wskazane przez M. Nowinę Konopkę)	Znaczenie perspektywy pacjenta (PP) w komunikacji
kooperacyjny	Dobra komunikacja w relacjach z pacjentem i jego rodziną, adekwatny dystans emocjonalny, biorący pod uwagę model rodziny i role jego członków	PP istotna. Lekarz dąży do poznania perspektywy pacjenta, aby sformułować adekwatny dla danego chorego plan postępowania terapeutycznego.
partnerski	Adekwatne zaangażowanie emocjonalne, doradztwo pozamedyczne, pełny kontakt z pacjentem i jego rodziną	PP kluczowa. Lekarz dąży do poznania perspektywy pacjenta na etapie diagnozy, którą stara się zrozumieć w kontekście objawów somatycznych oraz perspektywy pacjenta. Lekarz ustala plan postępowania terapeutycznego, uwzględniając perspektywę pacjenta.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Nowina Konopka, 2016, s. 70.

Powyższe modele były opisywane głównie przez socjologów. Równocześnie rozpowszechniało się podejście opieki skoncentrowanej na pacjencie (ang. *patient centered care*, PCC), które zaproponowała lekarka Enida Balint prowadząca wspólnie z mężem, Michaeliem Balintem, badania relacji między lekarzami a pacjentami. Termin ten po raz pierwszy został użyty w 1957 r. przez M. Balinta w książce *The doctor, his patient and the illness*. Model ten w centrum zainteresowania pracownika ochrony zdrowia stawia pacjentów wraz z ich doświadczeniami, indywidualnymi potrzebami, wartościami oraz oczekiwaniami (Chiang, 2020). The National Academy of Medicine w 2001 r. uznała opiekę skoncentrowaną na pacjencie za kluczowy element jakości opieki, podkreślając jednocześnie znaczenie włączania perspektywy pacjenta w definiowaniu jakości (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2001).

Moira Stewart i in. w książce *Patient-centred medicine: transforming the clinical method* opisała cztery oddziałujące na siebie elementy podejścia skupionego na pacjencie. Należą do nich:

1. Poznanie stanu zdrowia (ang. *exploring*), choroby (ang. *disease*) i doświadczenia choroby (ang. *illness*):
 - ✓ wyjątkowe (ang. *unique*) spostrzeżenia i doświadczenia związane ze zdrowiem,
 - ✓ historia medyczna, stan fizyczny, wyniki badań (ang. *history, physical, lab*),

- ✓ wymiary doświadczenia choroby (uczucia, myśli, wpływ na funkcjonowanie i oczekiwania).
- 2. Zrozumienie całej osoby:
 - ✓ osoba (np. historia życia, sprawy osobiste i rozwojowe, ang. *personal and developmental issues*),
 - ✓ kontekst (np. rodzina, zatrudnienie, wsparcie społeczne, kultura, społeczność, ekosystem).
- 3. Znalezienie wspólnej płaszczyzny:
 - ✓ problemy i priorytety,
 - ✓ cele leczenia i branie/przyjmowanie leków (ang. *goals of treatment and management*),
 - ✓ role pacjenta i klinicysty.
- 4. Wzmacnianie relacji pacjent – klinicysta:
 - ✓ współczucie i empatia,
 - ✓ siła (ang. *power*),
 - ✓ leczenie i nadzieja,
 - ✓ samoświadomość i wiedza praktyczna.
- 5. Przeniesienie i przeciwprzeniesienie (Stewart Moira et al., 2014).

W XXI w. coraz częściej zaczęło się pojawiać pojęcie opieki skoncentrowanej na osobie¹¹ (ang. *person centered care*). Podobnie jak w wyżej opisanym podejściu, założeniem jest skupienie się pracowników ochrony zdrowia na osobie pacjenta z uwzględnieniem wielu wymiarów – biologicznego, społecznego, psychologicznego, kulturowego i duchowego. Odnosi się ono zarówno do sposobu bycia, jak i działania pacjenta jako osoby. Zgodnie z tym podejściem ważne jest zarówno odpowiednie traktowanie pacjentów, jak i postawy pracowników ochrony zdrowia oraz sposób, w jaki są oni traktowani przez innych (np. osoby zarządzające placówkami ochrony zdrowia) (McCormack et al., 2021)¹². Opieka skoncentrowana na osobie to koncepcja opracowana tak, aby w mniejszym stopniu skupiać się na roli chorego,

¹¹ W literaturze przedmiotu w różny sposób tłumaczy się nazwy tych podejść. *Patient/person centered care* tłumaczy się jako opiekę skoncentrowaną, skupioną, zorientowaną na pacjencie/osobie. Co więcej, niektórzy autorzy wskazują także na różnicę między opieką zorientowaną na osobie i na osobę (por. Sak-Dankosky, N. (2024). Idea opieki zorientowanej na osobę. In N. Sak-Dankosky & L. Serafin (Eds.), *Opieka zorientowana na osobę. Person centered care* (pp. 1-29). PZWL. Te kwestie terminologiczne wykraczają jednak poza ramy tej pracy.

¹² s. 19.

a bardziej na indywidualnej sytuacji osoby chorej lub z niepełnosprawnością (Lambert et al., 1997).

Maria Santana i in. opisali model wdrażania opieki skoncentrowanej na osobie. Wyróżnili trzy kluczowe obszary – strukturę, proces i wyniki. W pierwszym znajdują się elementy związane z systemem opieki zdrowotnej odnoszące się do kultury organizacyjnej – tworzenia środowiska sprzyjającego rozwojowi PCC. Proces obejmuje domeny związane z interakcją pacjentów i pracowników ochrony zdrowia. Trzeci element modelu – wyniki – odnosi się do dostępu do opieki i wyników zgłaszanych przez pacjentów (Santana et al., 2018). Z punktu widzenia omawianych w tej książce zagadnień najważniejsze są kwestie wskazane w obszarze nazwanym procesem. Znajduje się tam bowiem domena określona jako „pielęgnowanie komunikacji” (ang. *cultivating communication*). Składają się na nią trzy elementy:

- 1) słuchanie,
- 2) współdzielenie informacji,
- 3) omówienie planu opieki z pacjentami.

Każdy z tych elementów wiąże się z określonymi umiejętnościami komunikacyjnymi. Na słuchanie składają się:

- ✓ zbieranie informacji z wykorzystaniem aktywnego słuchania,
- ✓ zadawanie pytań o to, co pacjent chce omówić (obawy, przekonania, rozumienie),
- ✓ zachowania niewerbalne (kontakt wzrokowy, słuchanie z uwagą, elementy związane z bliskością i dotykiem, potakiwanie).

Składowymi współdzielenia informacji są:

- ✓ przekazywanie pacjentom wszystkich informacji niezbędnych do podejmowania świadomych decyzji dotyczących ich diagnozy i planu leczenia,
- ✓ dzielenie się informacjami na temat stanu pacjenta i omawianie tego, jaki wpływ ma chory na ten stan.

Omawiając z pacjentami plan opieki, należy pamiętać o:

- ✓ reagowaniu na potrzeby pacjentów i opiekunów,
- ✓ formułowaniu celu i dalszego postępowania wraz z możliwymi efektami i działaniami niepożądanymi lub skutkami ubocznymi,
- ✓ budowaniu zdolności pacjentów do odpowiedzialności za własne życie i samoopieki,

- ✓ zauważeniu i omówieniu niepewności,
- ✓ dążeniu do wspólnego rozumienia sytuacji zdrowotnej pacjenta (Santana et al., 2018).

Brytyjski think tank Health Foundation w 2016 r. wydał przewodnik *Person-centred care made simple. What everyone should know about person-centred care*. Autorzy określili w nim cztery zasady opieki skoncentrowanej na osobie:

- 1) zapewnienie ludziom godności, współczucia i szacunku,
- 2) oferowanie skoordynowanej opieki, wsparcia lub leczenia,
- 3) oferowanie spersonalizowanej opieki, wsparcia lub leczenia,
- 4) wspieranie ludzi w rozpoznawaniu i rozwijaniu ich mocnych stron oraz umiejętności prowadzenia niezależnego i satysfakcjonującego życia (Health Foundation, 2016).

Zgodnie z tym modelem należy dążyć do tego, aby poznać możliwości i potencjał ludzi, by wspierać ich w działaniach na rzecz zdrowia (Health Foundation, 2016).

Istnieje bogata literatura opisująca modele opieki skoncentrowanej na pacjencie i na osobie. Różnice między tymi podejściami zostały opisane niżej i przedstawione na rycinie 1. Dokładne opisanie i porównanie obu tych podejść wykracza poza ramy tej książki. Na pewno w obu perspektywa pacjenta ma kluczowe znaczenie. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na kilka ogólnych uwag, które pozwolą porównać te dwa podejścia. Wyniki analizy Jakoba Håkanssona Eklunda i in. wykazały, że oba podejścia są podobne, jednak różnią się na głębszym poziomie celami. W obu są istotne kwestie, takie jak: empatia, szacunek, zaangażowanie, relacja, komunikacja, wspólne podejmowanie decyzji, holistyczne i zindywidualizowane podejście oraz skoordynowana opieka. Celem opieki skoncentrowanej na osobie jest głębokie, pełne sensu życie, natomiast opieki skoncentrowanej na pacjencie – życie zapewniające sprawność (Håkansson Eklund et al., 2019). W artykule porównującym oba podejścia J. Håkansson Eklund i in. podkreślili, że w opiece skoncentrowanej na pacjencie perspektywa holistyczna ma charakter addytywny. Zazwyczaj oznacza to, że korzyści płynące z uwzględnienia wymiaru psychologicznego i społecznego są uznawane za dodatek do wymiaru biologicznego. Natomiast w opiece skoncentrowanej na osobie holistyczne podejście podkreśla współzależność między wymiarami, a nie ich addytywność (Håkansson Eklund et al., 2019). W związku z tym uznaje się, że brak holistycznej opieki stanowi poważną wadę. Na przykład według

Stephanie Morgan i Lindy Yoder opieka, która koncentruje się na chorobie biologicznej, nie uwzględnia wpływu psychologicznego lub społecznego, utrudnia leczenie i przyczynia się do słabych wyników (Morgan, Yoder, 2012).



Ryc. 1. Zależności między wymiarami funkcjonowania człowieka w modelu opieki skoncentrowanej na pacjencie i na osobie

Źródło: opracowanie własne.

Różnice między opieką skoncentrowaną na pacjencie oraz na osobie trafnie uchwycili Håkansson Eklund i in., opisując, czym jest empatia w każdym z tych pojęć. Według nich w opiece skoncentrowanej na pacjencie empatia oznacza rozpoznanie uczuć pacjenta. Natomiast w opiece skoncentrowanej na osobie, której celem jest dążenie do tego, by chory wiódł pełne sensu życie, empatia to spojrzenie nie tylko na uczucia w danej chwili (np. strach, radość czy smutek), ale także zauważenie perspektywy tej osoby, zrozumienie celów nadających jej życiu sens (Håkansson Eklund et al., 2019). Myśląc o sposobie widzenia sytuacji chorego, opisywana tu różnica między opieką skoncentrowaną na pacjencie i na osobie ma kluczowe znaczenie. W pierwszym podejściu pacjent jest widziany z perspektywy funkcjonowania w systemie ochrony zdrowia. W drugim chory jest widziany jako osoba, która ma swoje miejsce i zadania do realizacji w społeczeństwie.

Perspektywa pacjenta w modelach opieki skoncentrowanej na pacjencie i na osobie jest kluczowa. W tym ujęciu stanowi ona przedmiot komunikacji, a jej poznanie i uwzględnienie jest efektem tego procesu. Podkreśliłabym jeszcze znaczenie postaw, które znajdują odzwierciedlenie w sposobie rozmowy oraz podczas całej opieki nad pacjentem. „Skupienie na potrzebach pacjenta personel medyczny okazuje przede wszystkim swoją postawą. Ciekawością, otwartością, życzliwością, dążeniem, by dać pacjentowi poczucie, że jest bezpieczny, bo znajduje się pod dobrą opieką osób, którym może zaufać. Niezwykle istotnym aspektem takiej postawy

jest empatia” (Drozdowska, Doroszevska, 2024)¹³. Do postaw pomagających realizować postulaty opieki skoncentrowanej na osobie należy również posiadanie przez personel medyczny własnych zasobów, które pozwalają dostrzec swoje ograniczenia, zauważyć emocje pojawiające się w odpowiedzi na niektóre zachowania chorych, a także umożliwiają podjęcie decyzji o poszukaniu pomocy dla samego siebie (Drozdowska, Doroszevska, 2024).

Oba te modele w mniejszym stopniu opisują relacje personelu medycznego z pacjentami na osiach dominacja – podległość i symetryczność – asymetryczność, co było charakterystyczne w socjologicznych modelach opisanych na początku tego rozdziału. Pacjent – osoba potrzebująca opieki medycznej – stała się centralną postacią, a jego potrzeby i perspektywa stanowią zarówno punkt wyjścia, jak i cel tej opieki. Takie ujęcie wskazuje na znaczenie komunikacji, dzięki której pracownicy ochrony zdrowia mogą rozpoznać, co jest ważne w sprawowaniu opieki nad danym chorym. Termin „komunikacja skoncentrowana na pacjencie” pojawił się w kontekście wspomnianego wyżej stanowiska Institute of Medicine Stanów Zjednoczonych, że opieka medyczna powinna być bardziej skupiona na pacjencie, to znaczy odpowiadać na potrzeby i perspektywę chorego, a przy podejmowaniu decyzji uwzględniać wartości ważne dla pacjenta (King, Hoppe, 2013; Nowina Konopka, 2023). W związku z tym istotne są kompetencje komunikacyjne pracowników ochrony zdrowia. O komunikacji mającej na celu poznanie i uwzględnienie perspektywy pacjenta mowa w rozdziale „Perspektywa pacjenta w procesie komunikacji personelu medycznego z pacjentem”.

Kolejnym modelem relacji lekarzy z pacjentami, który podkreśla znaczenie zaangażowania pacjenta, poznania jego potrzeb, oczekiwań i wartości, ściśle związanym z rozpowszechnianiem się opieki skupionej na pacjencie, jest model wspólnego podejmowania decyzji (ang. *shared decision making*). Opisuje go szczegółowo Glyn Elwyn, lekarz i badacz obecnie pracujący w The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice w Dartmouth College w Stanach Zjednoczonych. Wspólnie z innymi autorami artykułu na temat wykorzystania tego podejścia przez lekarzy zatrudnionych przez NHS w Wielkiej Brytanii G. Elwyn definiuje je jako wspólne podejmowanie decyzji przez lekarzy i pacjentów, przy wykorzystaniu dostępnych dowodów naukowych. Pacjenci są zachęceni do zastanowienia się nad dostępnymi badaniami diagnostycznymi, leczeniem lub możliwościami postępowania oraz

¹³ s. 67.

prawdopodobnymi korzyściami i stratami związanymi z wyborem określonego postępowania. Ważne, aby pacjenci mieli możliwość powiedzieć o swoich preferencjach, a lekarze pomogli w wyborze najlepszego dla danej osoby sposobu postępowania. Wspólne podejmowanie decyzji uwzględnia autonomię pacjenta i promuje jego zaangażowanie (Elwyn et al., 2010). Celem tego modelu jest nadanie podmiotowości rozumianej jako zdolność jednostek do niezależnego działania i dokonywania własnych wyborów. Odbywa się to poprzez zbieranie informacji i wspieranie procesu podejmowania decyzji. Jak pisał G. Elwyn i in., ważne jest nie tylko przekazanie pewnych, sprawdzonych informacji, ale także dowiedzenie się, co pacjent już wie, czy ta wiedza jest poprawna i adekwatna do jego sytuacji. Należy pamiętać, że ludzie mają różne preferencje dotyczące procesu leczenia i sposobu osiągnięcia określonego wyniku postępowania terapeutycznego. Niewystarczająco poinformowany pacjent nie może stwierdzić, co jest dla niego ważne, i podjąć świadomej decyzji (Elwyn et al., 2012). Lekarz wspiera proces podejmowania decyzji za pomocą trzech elementów rozmowy:

- ✓ rozmowy o wyborze (ang. *choice talk*) – sprawdzenie, czy pacjent wie, że są dostępne inne możliwości;
- ✓ rozmowy o opcjach (ang. *option talk*) – przekazywanie bardziej szczegółowych informacji o dostępnych możliwościach;
- ✓ rozmowy o decyzji (ang. *decision talk*) – wspieranie pacjentów w rozważaniu, co jest dla nich najbardziej istotne i decydowaniu o najlepszym wyborze (Elwyn et al., 2012).

4. Znaczenie perspektywy pacjenta w praktyce medycznej

W modelu opieki skoncentrowanej na osobie perspektywa pacjenta staje się centralnym pojęciem. Warto zastanowić się w związku z tym, jakie znaczenie, zarówno z punktu widzenia chorego, jak i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ma jej poznanie.

Trafne rozpoznanie i skuteczność planu terapeutycznego zależy od poznania i uwzględnienia perspektywy pacjenta. Wyniki wielu badań potwierdzają, że przekłada się to na doświadczenia i satysfakcję pacjentów, lepszą współpracę na linii personel medyczny – pacjent oraz większą skuteczność działań na rzecz zdrowia. W literaturze zostały opisane wyniki licznych badań wskazujących na wpływ komunikacji na wiele obszarów, takich jak np. przestrzeganie zaleceń, satysfakcja z opieki, czy liczba skarg. Jak pisali autorzy konsensusu z Glasgow opublikowanego w 2024 r., którego celem jest wzmacnianie znaczenia humanistycznego podejścia w opiece zdrowotnej, skuteczna komunikacja nie jest „miłym dodatkiem (ang. *nice to have appendage*), ale ma fundamentalne znaczenie dla budowania zaufania i kształtowania bezpiecznej, sprawiedliwej i efektywnej opieki skoncentrowanej na osobie” (Makoul et al., 2024). Poniżej przytoczę wybrane publikacje, które opisują wpływ opieki skoncentrowanej na pacjencie na efekty leczenia.

Zrozumienie przez świadczeniodawców opieki zdrowotnej przekonań, wartości i preferencji ich pacjentów jest ważną cechą opieki skupionej na pacjencie (Street, Haidet, 2011) (Epstein, Peters, 2009). Dlaczego to poznanie perspektywy pacjenta ma takie znaczenie? Wyniki badań pokazują, że opieka skupiona na pacjencie zwiększa jakość oraz efektywność opieki zdrowotnej (Hibbard et al., 2013); (Walsh et al., 2014), przyczynia się do większej satysfakcji pacjenta, sprzyja lepszemu przestrzeganiu zaleceń (Chatterjee et al., 2015), poprawia stan wiedzy pacjenta na temat choroby i zachowań zdrowotnych (Zill et al., 2013) (Doyle et al., 2013) oraz powoduje, że ludzie rzadziej korzystają z opieki zdrowotnej (Zill et al., 2013). Ten rodzaj opieki jest powiązany także z wieloma korzyściami z punktu widzenia

zdrowia, takimi jak zmniejszenie lęku i niepewności pacjenta (Dudas et al., 2013), lepsze łagodzenie bólu (Olsson et al., 2007), zmniejszenie powikłań po operacji (Olsson et al., 2006), skrócenie czasu pobytu w szpitalu (Olsson et al., 2006) (Ekman et al., 2012), czy zwiększenie oszczędności (Ekman et al., 2015) (Olsson et al., 2009). Paula Chatterjee i Thomas Tsai o znaczeniu perspektywy pacjenta napisali w następujący sposób: zwracanie uwagi na doświadczenia pacjentów to nie tylko dobra polityka – to dobra medycyna (Chatterjee et al., 2015).

Przekonania pacjenta na temat zdrowia (np. przyczyna choroby, możliwość kontrolowania choroby, wartość różnych metod leczenia) mają wpływ na to, jakie zachowania zdrowotne podejmie chory, czyli czy będzie przestrzegał zaleceń, korzystał z usług opieki zdrowotnej, czy styl życia dostosuje do swojej sytuacji zdrowotnej (Fishbein, Cappella, 2006). Znając przekonania pacjentów na temat zdrowia, personel medyczny może lepiej zidentyfikować rozbieżności między tym, jak pacjent postrzega swoją sytuację zdrowotną, a jak widzi ją profesjonalista (Collins, Street, 2009). Pomaga to podjąć decyzję o sposobie leczenia, bardziej odpowiadającą oczekiwaniom i potrzebom pacjenta (Elwyn et al., 2000). Warto też podkreślić, że umiejętność postrzegania i rozumienia przekonań pacjentów przez pracowników ochrony zdrowia jest również ważnym aspektem współczucia (Hojat et al., 2002). To wszystko wpływa na wysoką jakość opieki i skuteczność komunikacji (Epstein et al., 2007).

W opiece skupionej na pacjencie kluczowe znaczenie ma komunikacja. Istnieje bogata literatura wskazująca na korzyści związane z posługiwaniem się umiejętnościami komunikacji przez personel medyczny. Nie sposób przytoczyć wszystkich prac, które opisują to zagadnienie. Zwrócę uwagę na wnioski, które w publikacjach pojawiają się najczęściej. Komunikacja jest podstawowym narzędziem służącym do sprawowania opieki zorientowanej na pacjenta i uwzględniania perspektywy pacjenta. Jan Doroszewski pisał, że „dobra komunikacja lekarza z pacjentem to najważniejsze narzędzie wzajemnego porozumienia, niezbędnego, aby proces leczenia był obopólną współpracą” (Doroszewski, 2014)¹⁴. Odpowiednia komunikacja zwiększa satysfakcję pacjenta (Burgener, 2017; Jahan, Siddiqui, 2019), sprzyja zrozumieniu przez chorego stanu zdrowia, przyczynia się do lepszego przestrzegania zaleceń, w konsekwencji poprawia wyniki opieki (Jahan, Siddiqui, 2019).

¹⁴ S. 13.

Badacze już ponad 20 lat temu wykazywali, że czynnikiem, który najsilniej koreluje z przestrzeganiem zaleceń, są przekonania pacjenta oparte na wiedzy i doświadczeniu, a także przekonaniach rodziny i przyjaciół. Związek między umiejętnościami komunikacyjnymi lekarzy a sytuacją pacjentów, m.in. większą satysfakcją pacjenta, zrozumieniem i przestrzeganiem terapii wykazali także Janice Robinson i in. (Robinson et al., 2008) oraz Ann King i Ruth Hoppe (King, Hoppe, 2013). W ostatnich latach potwierdziły to badania Davida Martina i in. przeprowadzone wśród pacjentów z nowotworem trzustki. Badacze ci wykazali, że wysoki poziom pozytywnych doświadczeń pacjentów wiąże się z wyższym poziomem przestrzegania zaleceń i lepszymi wynikami leczenia (Moens et al., 2022).

Ann King i Ruth Hoppe opublikowały pracę mającą charakter przeglądu narracyjnego, którego celem było podsumowanie prac opisujących komunikację lekarz – pacjent wspierającą dobre umiejętności komunikacyjne. Wyniki wskazują na liczne dowody potwierdzające związek między zachowaniami komunikacyjnymi lekarza a pozytywnymi wynikami leczenia. Sprzyjają temu dobre wspomnienia kontaktu z pracownikiem ochrony zdrowia, zrozumienie przez pacjenta swojej sytuacji, proponowanych zaleceń. Według autorek istnieje zgoda co do tego, co jest „najlepszą praktyką” w obszarze komunikacji lekarza. Są to: wzmacnianie relacji, zbieranie informacji, przekazywanie informacji, podejmowanie decyzji, reagowanie na emocje oraz stwarzanie możliwości podejmowania działań związanych z chorobą i leczeniem (King, Hoppe, 2013). Ponadto zrozumienie perspektywy pacjenta pozwala lekarzowi zaproponować opcje leczenia zgodne z potrzebami i wartościami pacjenta. Kluczowymi elementami tego podejścia jest odpowiednia komunikacja, wspólne podejmowanie decyzji oraz wsparcie w samodzielnym zarządzaniu kwestiami związanymi ze zdrowiem (Robinson et al., 2008).

Analizując wyniki różnych badań, Barbara Maatouk-Bürmann i in. wskazali, że poznanie perspektywy pacjenta to jedna z kilku kluczowych cech skutecznej komunikacji. Poza tym to też tworzenie trwałych relacji, werbalizowanie doświadczeń emocjonalnych, empatia, wspólne znajdowanie rozwiązań i opracowywanie planu postępowania (Maatouk-Bürmann et al., 2016). Motywacją do wykorzystania narracji pacjentów w opiece zdrowotnej jest przekonanie, że wiedza o ludziach wykraczająca poza to, jak funkcjonuje ciało, jest ważna zarówno, by sformułować odpowiednią diagnozę i plan leczenia, jak i aby uniknąć postępowania z chorym negatywnie wpływającego na inne aspekty (np. zdrowie długoterminowe, dobrostan psychiczny

czy autonomia) (Munthe et al., 2012). Peter Tate pisał, że bez znajomości punktu widzenia pacjenta i tego, co jest dla niego ważne, konsultacja jest w najlepszym razie nieoptymalna, w najgorszym – marnotrawiona (Tate, 2005).

Martin von Fragstein i in. w artykule opisującym brytyjski consensus dotyczący programów nauczania z komunikacji w kształceniu przeddyplomowym (o którym będzie mowa w dalszej części książki) podkreślali, że ważnym celem kształcenia jest dążenie do tego, by studenci zrozumieli, że skuteczna komunikacja stanowi część zintegrowanego podejścia w opiece zdrowotnej i że jest równie ważna dla dobrej praktyki jak wiedza kliniczna i umiejętności praktyczne (von Fragstein et al., 2008). Można tu też przytoczyć słowa Władysława Biegańskiego, który pisał, że „kto z lekarzy ma współczucie dla chorych i wiedzę, ten może być pewny powodzenia w praktyce. Wiedza bez współczucia rzadko daje powodzenie, częściej współczucie z odrobiną wiedzy” (Biegański, 1957)¹⁵.

Jak pisali Maria Santana i in. w pracy przedstawiającej model praktyki opieki skoncentrowanej na pacjencie, wnioski z badań wskazują, że gdy wartości, potrzeby i preferencje pacjenta są włączone do praktyki, to komunikacja umożliwia pacjentom bycie aktywnymi uczestnikami własnej opieki (Santana et al., 2018).

Coraz częściej perspektywa pacjenta jest wykorzystywana do oceny jakości przebiegu leczenia i opieki. Służą do tego wskaźniki doświadczenia zgłaszane przez pacjentów (ang. *patient-reported experience measures*, PREMs) (Rotenstein et al., 2017). Pozwalają opisać, co wydarzyło się w trakcie opieki i jak to zostało odebrane przez pacjenta (Martin et al., 2022)¹⁶. To kolejny obszar działań, bardziej systemowy, który zwraca uwagę na znaczenie perspektywy pacjenta, dowodząc tym samym, że odgrywa ona coraz większą rolę na różnych poziomach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Powyżej była mowa o znaczeniu opieki skupionej na pacjencie, korzyściach z umiejętności komunikacji stosowanej przez personel medyczny w trakcie rozmów z pacjentami, krótko mówiąc – o lepszej opiece zdrowotnej, gdy uwzględniana jest

¹⁵ s. 70.

¹⁶ W badaniach często jest wykorzystywany wskaźnik wyników zgłaszanych przez pacjentów (ang. *patient-reported outcome measures*, PROMs). Ich celem jest pomiar stanu zdrowia i satysfakcji pacjenta. Wskazują, w jakim stopniu zostały spełnione oczekiwania pacjentów. Krytycy tej metody pomiaru wskazują na to, że może w zbyt dużym stopniu wiązać się z wcześniejszymi doświadczeniami z opieką zdrowotną Bull, C., Byrnes, J., Hettiarachchi, R., Downes, M. (2019). A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. *Health Serv Res*, 54(5), 1023-1035. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13187>.

perspektywa pacjenta. W tym miejscu zwrócę uwagę na jeszcze kilka kwestii. W pierwszej kolejności wyróżnię aspekt humanistyczny. Jak pisali Marcin Moskalewicz i Jan Zamojski, „jako nauka o człowieku medycyna jest bez wątpienia humanistyką. (...) Nauki medyczne są najbardziej humanistycznymi z nauk ścisłych i najbardziej ścisłymi z nauk o człowieku” (Moskalewicz, Zamojski, 2017)¹⁷. Perspektywa pacjenta, ujmując to na razie bardzo ogólnie, odnosi się do codziennego funkcjonowania jednostki, do tego co myśli, czuje, jakie ma doświadczenia czy przekonania. Umieszczenie perspektywy pacjenta w centrum komunikacji oznacza skupienie się na tym, co ludzkie, na pomocy pacjentowi jako człowiekowi we wszystkich wymiarach jego funkcjonowania. Pozwoli to realizować działania zmierzające do zdrowia rozumianego holistycznie, jak proponuje WHO, czyli jako dobrostan biopsychospołeczny. Z tym wiąże się kolejny aspekt omawianych tu zagadnień – aspekt etyczny. Dążenie do poznania i uwzględnienia perspektywy pacjenta w procesie postępowania terapeutycznego oznacza uznanie znaczenia subiektywnej sytuacji i wyborów pacjenta jako kluczowych dla osób sprawujących opiekę. Dzięki temu pacjent jest traktowany podmiotowo, a pracownicy ochrony zdrowia realizują jedno z fundamentalnych zadań, jakim jest otoczenie chorego opieką i troską. Kolejnym aspektem, o którym należy pamiętać, mimo że nie omawiam go w tej książce szczegółowo, są kwestie prawne. Ich powiązanie z zagadnieniami perspektywy pacjenta pokażę na przykładzie. Lekarz ma za zadanie przekazać pacjentowi informację np. o rozpoznaniu przewlekłej choroby, zakończeniu możliwości leczenia czy śmierci bliskiej osoby. Istnieją protokoły, które strukturyzują przebieg tej rozmowy i podkreślają istotne elementy tego typu rozmów, takie jak np. SPIKES (Baile et al., 2000) lub EMPATIA (Witt, Jankowska, 2018). Autorzy pierwszego narzędzia zwrócili m.in. uwagę na to, aby zapytać chorego o to, czy chciałby, aby podczas rozmowy była obecna bliska osoba. Niektórym osobom może bardzo zależeć na tym, aby podczas rozmowy o trudnych sprawach ktoś im towarzyszył. Jednocześnie nie zawsze wiedzą, że dana rozmowa będzie dotyczyła tak poważnych kwestii lub że mogą zdecydować o tym, by w rozmowie uczestniczył ktoś bliski. Lekarz, nie zadając pytania o obecność kogoś bliskiego, nie poznając związanej z tym perspektywy pacjenta, odbiera *de facto* pacjentowi prawo decydowania o obecności osoby bliskiej. Rozmowa w oparciu o protokoły komunikacyjne nie daje gwarancji braku roszczeń, pozwala jednak zwrócić

¹⁷ s. 1.

uwagę na ważne elementy stanowiące kontekst takiej rozmowy (np. odpowiednie miejsce) oraz takie, na które warto zwrócić uwagę, aby zadbać o pacjenta otrzymującego trudne informacje. Z jednej strony protokoły pomagają zadbać o pacjenta, a z drugiej wskazują na elementy ważne z prawnego punktu widzenia, takie jak np. prawo do obecności osoby bliskiej, prawo do informacji czy prawo do prywatności i intymności.

Uwzględnienie perspektywy pacjenta pozwala poznać szczególne potrzeby związane zarówno ze stanem zdrowia, jak i z funkcjonowaniem chorego w jego otoczeniu rodzinno-zawodowym oraz społecznym. Choroba bywa źródłem nierówności społecznych, a nawet dyskryminacji. Widząc pacjenta w kontekście jego codziennych relacji, zadań, obowiązków czy potrzeb, pracownik ochrony zdrowia ma szansę ograniczyć wpływ sytuacji zdrowotnej na sytuację społeczną pacjenta. Na koniec rozważań dotyczących znaczenia perspektywy pacjenta w praktyce medycznej warto jeszcze zwrócić uwagę na aspekt rozwijających się technologii, które z każdym rokiem znajdują coraz szersze zastosowanie w medycynie. Wspomagają one lekarzy nie tylko w diagnostyce i leczeniu, ale też w kontaktach z chorymi. Dają coraz więcej możliwości, z których na pewno skorzystają pacjenci. Diagnoza będzie bardziej precyzyjna, szybciej sformułowana, a leczenie i opieka okażą się możliwe w różnych sytuacjach, w których dotychczas możliwości pomocy były ograniczone. Postęp technologiczny jest na pewno sukcesem medycyny, lekarzy i przedstawicieli innych profesji. Aby jednak był w takim samym stopniu sukcesem pacjentów, nowoczesne metody diagnostyki i leczenia powinny uwzględniać subiektywne potrzeby pacjentów. W codziennych rozmowach, których ogólnym celem jest diagnostyka, leczenie, opieka czy rehabilitacja, centralnym punktem powinna być zatem perspektywa pacjenta, której poznanie umożliwi personelowi medycznemu spojrzenie na historię danego chorego w szerszym kontekście.

5. Znaczenie perspektywy pacjenta. Cel książki

Opieka skupiona na osobie i na pacjencie jest uznawana obecnie za standard relacji personelu medycznego z pacjentami. Angela Coulter i John Oldham zadają pytanie, co jest potrzebne, aby stała się codziennością. Odpowiadając na nie, wskazują na kilka elementów. Po pierwsze, model ten powinien być wdrożony na wszystkich poziomach systemu opieki zdrowotnej, od polityki rządu po sprawowanie opieki przez poszczególnych lekarzy. Autorzy artykułu *Person-centred care: what is it and how do we get there?* zwracają uwagę na to, że inicjatywy promujące lepszą integrację opieki nad chorym powinny rozpoczynać się od zrozumienia perspektywy pacjenta i koncentrować się na spersonalizowanym planowaniu i koordynacji opieki, a nie na integracji organizacyjnej. Dodają, że do pomocy przy projektowaniu tych systemów należy zaprosić pacjentów. Podkreślają także, że istotną rolę odgrywa szkolenie profesjonalistów. Kluczowym elementem kształcenia przed- i podyplomowego dla wszystkich zawodów medycznych powinien być sposób budowania relacji z pacjentami i uzgadniania planu postępowania terapeutycznego (Coulter A, 2015). W książce tej dążę do zrozumienia i szczegółowego opisanie, czym jest perspektywa pacjenta, jak również analizuję, w jaki sposób kształcenie medyczne modeluje postawy i rozwija umiejętności, dzięki którym pracownicy ochrony zdrowia skupiają się na osobie chorej i uwzględniają nie tylko biomedyczne, ale także psychospołeczne oraz duchowe aspekty jej funkcjonowania. Mam przekonanie, że wielowymiarowe i szczegółowe opisanie, czym jest perspektywa pacjenta, może wpłynąć na uwzględnienie w decyzjach systemowych (zarówno na poziomie ogólnych, jak i szczegółowych rozwiązań) wielu obszarów funkcjonowania chorych. Zrozumienie potrzeb pacjentów pozwoli lepiej te potrzeby zaspokajać. Dzięki temu poprawi się jakość opieki zdrowotnej.

Głównymi celami tej książki są:

- 1) scharakteryzowanie pojęcia „perspektywa pacjenta” poprzez szczegółowe opisanie elementów, które się na nią składają;
- 2) opisanie postaw i umiejętności komunikacji umożliwiających poznanie i uwzględnienie perspektywy pacjenta przez pracowników ochrony zdrowia;
- 3) analiza czynników, które wpływają na rozwijanie u studentów kierunków medycznych postaw i umiejętności służących poznaniu perspektywy pacjenta.

W związku z tym, że perspektywa pacjenta pojawia się często w literaturze dotyczącej opieki zdrowotnej oraz kształtowania kompetencji komunikacyjnych studentów kierunków medycznych, w pierwszej kolejności omawiam opisane już w piśmiennictwie kwestie, aby rozwinąć je i ukazać elementy, które, moim zdaniem, należy uwzględnić, definiując to pojęcie. Jest ono zakotwiczone w modelach opisujących umiejętności komunikacji i ich kształcenie oraz stanowi element protokołów komunikacyjnych. Modele są podstawą do budowania programów nauczania, a protokoły – narzędziami wykorzystywanymi do nauki określonych umiejętności. Protokoły mogą być też używane w praktyce. Wtedy pomagają ustrukturyzować rozmowę. Kształcenie to nie tylko proces zdobywania wiedzy czy nabywania umiejętności, ale też weryfikacja zdobytych efektów uczenia. W przypadku komunikacji najważniejsza jest ocena umiejętności, gdyż w praktyce medycznej to one mają kluczowe znaczenie. W związku z tym należy zaznaczyć, że perspektywa pacjenta to nie tylko element nauczania studentów kierunków medycznych, ale umiejętność jej poznania i uwzględnienia powinna być sprawdzana w procesie oceniania umiejętności nabywanych w procesie kształcenia przed- i podyplomowego.

Refleksję dotyczącą kształcenia medycznego opieram przede wszystkim na wynikach badań własnych, w których udział wzięło 1651 studentów różnych lat i kierunków studiów medycznych. Wyniki te pozwalają poznać opinie studentów o znaczeniu perspektywy pacjenta w praktyce medycznej oraz zweryfikować hipotezy dotyczące wpływu wybranych postaw na postrzeganie perspektywy pacjenta. Perspektywa pacjenta jest poznawana przez pracowników ochrony zdrowia w procesie komunikacji. Dlatego w rozdziale „Perspektywa pacjenta w procesie komunikacji personelu medycznego z pacjentem” opisałam umiejętności i elementy komunikacji, które umożliwiają personelowi medycznemu poznanie i uwzględnienie perspektywy pacjenta.

6. Perspektywa pacjenta w kształceniu kompetencji komunikacyjnych personelu medycznego

6.1. Perspektywa pacjenta w modelach nauczania komunikacji i w wytycznych dotyczących nauczania komunikacji

Programy nauczania komunikacji medycznej są zwykle oparte na modelach, które wskazują na główne cele i strukturę tego kształcenia. W związku z tym, że nauczanie komunikacji na kierunkach medycznych ma długą tradycję na uczelniach zagranicznych, w tym miejscu opiszę wybrane modele, do których najczęściej odwołują się osoby odpowiedzialne za organizację tego nauczania zarówno na poziomie krajowym jak i w poszczególnych ośrodkach akademickich. W tej części przyjrę się tym modelom i przeanalizuję treści dotyczące perspektywy pacjenta, które się w nich pojawiają. W pierwszej kolejności zacznę od modeli Calgary – Cambridge, SEGUE, Kalamazoo Consensus, Four Habits, Maastricht Maas Global ze względu na to, że jest o nich mowa w Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia, które jest punktem odniesienia dla budowania programów nauczania na regulowanych kierunkach medycznych, takich jak lekarski, lekarsko-stomatologiczny, pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo medyczne, farmacja czy fizjoterapia (Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, 2019).

Calgary Cambridge

Model Calgary – Cambridge to jeden z najbardziej znanych i rozpowszechnionych modeli kształcenia kompetencji komunikacyjnych. Stworzyli go w latach 90. ubiegłego wieku badacze z Kanady i Wielkiej Brytanii Suzanne Kurtz i Jonathan Silverman (Kurtz, Silverman, 1996). Autorzy tego modelu wskazali na potrzebę rozwijania zarówno postaw, jak i szczegółowych umiejętności komunikacji. Opisali także strukturę konsultacji, na którą składa się inicjowanie rozmowy, zbieranie informacji, badanie fizykalne, wyjaśnianie i planowanie oraz zamykanie konsultacji. Ta prosta struktura

została uzupełniona o opis głównych celów rozmowy i umiejętności na poszczególnych etapach konsultacji. W książce, którą można traktować jako podręcznik do nauki umiejętności komunikacyjnych, autorzy odnieśli się do perspektywy pacjenta dwukrotnie. Po raz pierwszy – opisując działania, które powinien zrealizować lekarz podczas zbierania informacji. W tej części znalazł się opis dodatkowych umiejętności pomagających poznać perspektywę pacjenta:

„Z zaangażowaniem ustala i odpowiednio eksploruje:

- ✓ wyobrażenia pacjenta (np. przekonania dotyczące przyczyn dolegliwości)
- ✓ obawy pacjenta (np. zmartwienia dotyczące każdego problemu)
- ✓ oczekiwania pacjenta (np. cele leczenia, jakiej pomocy oczekuje względem każdego zgłoszonego problemu),
- ✓ skutki (w jakim stopniu każdy z problemów wpływa na życie pacjenta).

Zachęca pacjenta do wyrażania swoich uczuć” (Silverman et al., 2018)¹⁸.

Po raz drugi – w wytycznych Calgary – Cambridge wprost o perspektywie pacjenta jest mowa w części poświęconej umiejętnościom związanym z wyjaśnianiem i planowaniem. Znajduje się tu bowiem część „osiąganie porozumienia: uwzględnienie perspektywy pacjenta”. Umiejętności mające to umożliwić to:

- ✓ dostosowanie wyjaśnienia do perspektywy pacjenta, do wcześniej wyrażonych przez pacjenta wyobrażeń, obaw i oczekiwań,
- ✓ stworzenie możliwości udziału oraz zachęcenie pacjenta do aktywnego udziału poprzez pytania, wyrażanie wątpliwości,
- ✓ zauważanie werbalnych i niewerbalnych sygnałów i odpowiednie na nie zareagowanie,
- ✓ poznanie przekonań, reakcji i uczuć pacjenta dotyczących przekazanych informacji (Silverman et al., 2018)¹⁹.

Przytoczone wyżej fragmenty to nie jedyne miejsca, w których autorzy modelu Calgary – Cambridge wskazują na potrzebę poznania i uwzględnienia perspektywy pacjenta. Cały ten model zakłada, że potrzeby pacjenta powinny stanowić centralny punkt opieki lekarskiej. Wystarczy przyjrzeć się umiejętnościom wskazanym jako niezbędne podczas zbierania informacji, wśród których bardzo wiele odnosi się do perspektywy pacjenta. Są to: narracja pacjenta, zadawanie pytań metodą lejka (od pytań otwartych do zamkniętych), uważne słuchanie, zachęcanie pacjenta

¹⁸ s. 68.

¹⁹ s. 71.

do udzielania odpowiedzi (poprzez np. parafrazowanie, operowanie ciszą), wychwytywanie wskazówek dawanych przez pacjenta, klaryfikacje, tworzenie ram czasowych, podsumowania w trakcie rozmowy, używanie adekwatnego języka i dodatkowe umiejętności służące zrozumieniu perspektywy pacjenta (Kurtz et al., 2003).

SEGUE

Podczas gdy w Europie i Kanadzie powstawał i rozpowszechniał się model Calgary – Cambridge, w Stanach Zjednoczonych w podobnym czasie (lata 90. ubiegłego wieku) zaczął być stosowany także model „SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills”. Składał się on z pięciu głównych elementów, wśród których jeden to perspektywa pacjenta:

- ✓ przygotowanie sceny (ang. *set the stage*),
- ✓ pozyskanie informacji (ang. *elicit information*),
- ✓ dawanie informacji (ang. *give information*),
- ✓ zrozumienie perspektywy pacjenta (ang. *understand the patient's perspective*),
- ✓ zakończenie spotkania (ang. *end the encounter*) (Makoul, 2001a).

Kalamazoo Consensus

W 1999 r. 21 specjalistów z różnych uczelni medycznych, odpowiadających za program nauczania na specjalizacjach i w kształceniu podyplomowym, spotkało się w Kalamazoo w stanie Michigan w Stanach Zjednoczonych na konferencji „Bayer–Fetzer Conference on Physician–Patient Communication in Medical Education”. Celem tego spotkania było ustalenie zestawu podstawowych elementów komunikacji lekarz – pacjent. Uczestnicy byli przedstawicielami środowisk, w których powstały uznane w tamtym czasie modele komunikacji lekarz – pacjent, takich jak „Bayer Institute for Health Care Communication E4 Model”, „Three function model”, „The Calgary – Cambridge Referenced Observation Guide”, „Patient-centered clinical method” i wspomniany wyżej „SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills”. Opisując proces tworzenia tego konsensusu, Gregory Makoul podkreślił, że zebrani specjaliści podzielali opinię, iż celem kontaktu lekarza z chorym powinna być relacja skupiona na pacjencie. Wymaga to od lekarza poznania historii opowiedzianej przez pacjenta, a także świadomości, iż pomysły, uczucia i wartości, zarówno pacjenta, jak i lekarza, wpływają na tę relację. Takie rozumienie relacji

zakłada partnerstwo i aktywny udział pacjentów w podejmowaniu decyzji. Consensus ten opisuje sześć głównych elementów relacji lekarz – pacjent:

- ✓ rozpoczęcie rozmowy (ang. *open the discussion*),
- ✓ zbieranie informacji (ang. *gather information*),
- ✓ zrozumienie perspektywy pacjenta (ang. *understand the patient's perspective*),
- ✓ dzielenie informacji (ang. *share information*),
- ✓ osiągnięcie porozumienia dotyczącego problemów i planów (ang. *reach agreement on problems and plans*),
- ✓ zadbanie o zakończenie rozmowy (ang. *provide closure*) (Makoul, 2001 b).

The Four Habits Model

The Four Habits Model, opisany w 2001 r. przez Richarda Frankela i Terry Stein, ma na celu nawiązywanie „sojuszu terapeutycznego”, szybkie budowanie zaufania, skuteczną wymianę informacji, okazywanie troski i zwiększenie prawdopodobieństwa, że pacjent będzie przestrzegał zaleceń oraz że postępowanie terapeutyczne przyniesie pozytywne rezultaty zdrowotne. Cele te, według autorów, są możliwe do osiągnięcia, jeśli profesjonalista posłuży się modelem, który opisuje cztery kluczowe elementy wizyty lekarskiej. Są to:

- ✓ zainwestowanie w początek (ang. *invest in the beginning*),
- ✓ uzyskanie perspektywy pacjenta (ang. *elicit the patient's perspective*),
- ✓ okazanie empatii (ang. *demonstrate empathy*),
- ✓ zainwestowanie w koniec (ang. *invest in the end*).

Umiejętności i techniki, które mają, według autorów tego modelu, sprzyjać poznaniu perspektywy pacjenta, to:

- ✓ pytania o przekonania pacjenta,
- ✓ rozpoznanie szczególnych potrzeb, w tym m.in. celu, który chce osiągnąć zgłaszający się na wizytę pacjent,
- ✓ eksploracja, w jaki sposób stan zdrowia wpływa na życie pacjenta (Frankel, Stein, 2001).

Maastricht Maas Global

Maas to holenderska nazwa rzeki, nad którą leży Maastricht, ale dla osób zajmujących się komunikacją medyczną to przede wszystkim akronim holenderskiego

narzędzia do oceny umiejętności komunikacyjnych lekarzy, które w Holandii było wykorzystywane od 1992 r. Składa się ono z trzech sekcji:

- ✓ umiejętności komunikacji na każdym etapie konsultacji,
- ✓ ogólne umiejętności komunikacji,
- ✓ aspekty medyczne.

Każda z tych sekcji jest podzielona na części. W dwóch pierwszych można znaleźć elementy odnoszące się do perspektywy pacjenta. W pierwszej części znajduje się prośba o pomoc (ang. *request for help*). Autorzy tego narzędzia doprecyzowali, że chodzi o nazwanie prośby, życzeń, oczekiwań lub powodów, które skłoniły pacjenta do wizyty. W drugiej części, opisującej ogólne umiejętności komunikacji, w pierwszej kolejności jest wymieniona eksploracja tych próśb, życzeń lub oczekiwań, a także rozpoznanie reakcji pacjenta na przekazywane informacje, reagowanie na niewerbalne zachowania i wskazówki. W drugiej kolejności zostały opisane umiejętności związane z pytaniami o emocje i z ich rozpoznawaniem. Trzecim elementem tej części jest przekazywanie informacji. Wśród różnych umiejętności pojawia się też sprawdzenie, czy pacjent zrozumiał, o czym była mowa (J. v. Thiel et al., 2000).

REDE Model

W drugiej dekadzie XXI w. został opublikowany kolejny model komunikacji, który można wykorzystać jako ramę dla nauczania i ewaluacji procesu nabywania kompetencji komunikacyjnych. Twórcy tego modelu, pracownicy Cleveland Clinic w Stanach Zjednoczonych, podkreślili, że mają przekonanie, że istotnym czynnikiem wpływającym na efekt terapeutyczny są relacje. Autorzy tego modelu prowadzili szkolenia z komunikacji dla doświadczonych klinicystów i obserwacje z tych szkoleń stały u podstaw stworzenia modelu REDE. Duży nacisk w tym modelu został położony na budowanie relacji, doświadczenia bowiem wskazywały, że praktycy nie doceniają znaczenia relacji z pacjentami. Model ten składa się z trzech głównych części:

- ✓ nawiązanie kontaktu (ang. *establishment*),
- ✓ rozwój (ang. *development*),
- ✓ zaangażowanie (ang. *engagement*).

Rozpoznanie perspektywy pacjenta zostało w tym modelu wyszczególnione jako element drugiej części. Autorzy zaproponowali, by używać do tego akronimu VIEW:

- ✓ istotne działania (ang. *vital activities*),
- ✓ pomysły (ang. *ideas*),

- ✓ oczekiwania (ang. *expectations*),
- ✓ obawy (ang. *worries*).

W celu rozpoznania poszczególnych elementów perspektywy pacjenta autorzy modelu REDE proponują zadanie następujących pytań: *W jaki sposób to, o czym rozmawiamy (objawy, dolegliwości), przeszkadza pani/panu w codziennym życiu? Jak to wpływa na pani/pana funkcjonowanie? Jak pani/pan myśli, co jest nie tak, co się z panią/panem dzieje? Co chciałaby/chciałby pani/pan, żebyśmy dziś dla pani/pana zrobiła/zrobił? O co się pani/pan najbardziej martwi?* (Windover et al., 2014).

CanMEDS model

W tym miejscu przedstawię jeszcze model CanMEDS, który wskazuje, jakie kompetencje powinien mieć lekarz, aby skutecznie zaspokajać potrzeby zdrowotne. Autorzy tego modelu wskazali na siedem kluczowych ról lekarzy – ekspert medyczny, komunikator, współpracownik, lider, adwokat zdrowia, badacz i profesjonalista (Frank et. al., 2015). Szczegółowy opis zadań komunikatora wskazuje m.in. na poznawanie perspektywy pacjenta, jego obaw, przekonań o chorobie, emocji wywoływanych przez chorobę oraz oczekiwań wobec systemu ochrony zdrowia i pracowników ochrony zdrowia. Lekarz ma zadanie zintegrować tę wiedzę i zrozumieć pacjenta, uwzględniając jego status społeczno-ekonomiczny, historię medyczną, rodzinę, etap życia, sytuację życiową, środowisko pracy lub nauki oraz inne istotne kwestie psychologiczne i społeczne. Jedną z głównych kompetencji lekarza w tym modelu to wydobywanie i syntetyzowanie dokładnych i istotnych informacji z uwzględnieniem perspektywy pacjentów i ich rodzin (Neville A., 2015). Warto dodać, że model ten stanowi często podstawę do opisu sylwetki absolwenta uczelni medycznych w Ameryce Północnej.

ICE

Akronim ICE jest wykorzystywany zarówno na różnych uniwersytetach medycznych, jak i w praktyce. Składa się on z pierwszych liter angielskich słów: przekonania (ang. *ideas*), obawy (ang. *concerns*) i oczekiwania (ang. *expectations*) (Matthys et. al., 2009). Model ten jest pozytywnie oceniany ze względu na to, że łatwo go zapamiętać, a także dlatego, że uwzględnia najważniejsze elementy perspektywy pacjenta. W 2023 r. ukazał się artykuł, którego autor – Ged Murtagh – przedstawia zagrożenia związane z wykorzystaniem tego modelu w praktyce, w szczególności

w procesie kształcenia umiejętności komunikacji. Zwraca uwagę na to, że ICE jest akronimem, co w nauczaniu często jest punktem odniesienia do tworzenia list kontrolnych (np. SBAR), które nie służą do rozwijania umiejętności budowania relacji. H. Murtagh zwraca uwagę, że jeśli wykorzysta się pytania odnoszące się do elementów akronimu ICE w nieodpowiedni, techniczny sposób, to może mieć to negatywny wpływ na przebieg rozmowy. Autor artykułu „A critical look at ideas, concerns and expectations in clinical communication” podkreśla, że ważny jest sposób zadawania pytań o przekonania, obawy i oczekiwania, w odpowiedni sposób odnoszący się do kontekstu rozmowy. Kluczowe jest, aby pracownik ochrony zdrowia był ciekawy perspektywy pacjenta i aby z tej ciekawości wynikały pytania, a nie, aby dążył do wykazania się określoną umiejętnością i „odhaczał” pytania o kolejne zagadnienia (Murtagh, 2023).

6.2. Skale do oceny umiejętności komunikacji²⁰

Uwzględnienie komunikacji w programach nauczania oznacza zarówno prowadzenie zajęć mających na celu rozwijanie umiejętności komunikacji, jak i sprawdzanie, czy studenci zdobyli te umiejętności. Opisane powyżej modele nauczania komunikacji stanowią często punkt wyjścia do budowy narzędzi mających na celu ocenę tych umiejętności. Narzędzia te niejednokrotnie mają formę list kontrolnych, których punkty odnoszą się do konkretnych umiejętności lub elementów postaw. Calgary – Cambridge Global Consultation Rating Scale składa się z 37 punktów. Dwa elementy na zaproponowanej przez autorów liście kontrolnej bezpośrednio sprawdzają umiejętność poznania perspektywy pacjenta. Są to: wykazuje aktywność w określeniu perspektywy pacjenta (pomysły, obawy, oczekiwania, uczucia, wpływ na funkcjonowanie) oraz odpowiednio i z wyczuciem reaguje na perspektywę pacjenta i dalej ją eksploruje (Burt et al., 2017).

Inna skala, także służąca do oceny umiejętności komunikacji studentów – Liverpool Communication Skills Assessment Scale – również zawiera punkty mające na celu sprawdzenie, czy egzaminowany student rozpozna potrzeby, uczucia i obawy pacjenta (Humphris, Kaney, 2001).

²⁰ W tym miejscu omawiam tylko skale używane do oceny umiejętności komunikacji studentów. Jest cały szereg innych narzędzi wykorzystywanych w kształceniu podyplomowym.

W 2006 r. pojawiło się zwalidowane narzędzie do oceny komunikacji, które powstało na bazie modelu Four Habits – The Four Habits Coding Scheme. W 23-punktowej skali trzy punkty odnoszą się do perspektywy pacjenta – zrozumienie problemu pacjenta, poznanie celów wizyty i wpływu na życie (Krupat et al., 2006).

Ponadto niektóre programy nauczania komunikacji zawierają także ocenę dokonaną przez pacjenta lub standaryzowanego pacjenta. Takie rozwiązanie opisywali m.in. Elisabeth Rider i in., dzieląc się doświadczeniem z Harvard Medical School. W stworzonym w pierwszej dekadzie XXI w. modelu kształcenia oceny umiejętności komunikacyjnych zaadaptowali narzędzie do oceny satysfakcji pacjentów wykorzystywane przez American Board of Internal Medicine. Wypełniają je standaryzowani pacjenci (SP) na różnych latach studiów, na których odbywa się ocena umiejętności komunikacyjnych. Sześć pytań, na które SP ma udzielić odpowiedzi, używając skali od źle do doskonale, dotyczy takich kwestii, jak: przywitanie się, podmiotowe traktowanie, stworzenie przestrzeni na opowiedzenie o swojej perspektywie, zainteresowanie chorym jako osobą, zachęcanie do zadawania pytań, czy używanie zrozumiałego języka (Rider et al., 2006).

6.3. Perspektywa pacjenta w konsensusach dotyczących nauczania komunikacji

Podstawą do budowania programów nauczania są modele, które wyznaczają ramy i ogólne cele kształcenia, o których była mowa powyżej, oraz konsensusy opisujące treści kształcenia, które powinny być uwzględnione podczas zajęć.

W opublikowanym w 2023 r. duńskim konsensusie uwzględnienie perspektywy pacjenta znajduje się na pierwszym miejscu w grupie 14 podstawowych umiejętności i technik (Engel et al., 2022). Uwzględnienie perspektywy pacjenta to także jedna z pięciu głównych kategorii umiejętności, które powinny być nauczane podczas kursu z zakresu komunikacji (Engel et al., 2022)²¹. Perspektywa pacjenta jest elementem

²¹ Pozostałe umiejętności w tej grupie to szacunek podczas interakcji z pacjentami, używanie języka zrozumiałego dla pacjentów, aktywne słuchanie, potwierdzenie rozumienia pacjenta, komunikacja niewerbalna, odpowiednie zadawanie pytań otwartych i zamkniętych, ustanowienie partnerstwa w relacjach z pacjentami, podsumowywanie, poznawanie historii pacjentów z perspektywy jego społecznego funkcjonowania, dzielenie informacji na mniejsze części, uzyskiwanie świadomej zgody, drogowskazy (użycie zwrotów, które wyraźnie wskazują przejścia w interakcji), osobiste i społeczne korzyści oraz następstwa skutecznej komunikacji (np. wyniki i zadowolenie pacjentów). Warto dodać, że eksperci z Danii wyróżnili pięć głównych kategorii umiejętności kluczowych w programie nauczania z zakresu komunikacji. Oprócz uwzględniania perspektywy pacjenta i reagowania na jego potrzeby do podstawowych umiejętności i technik duńscy badacze zaliczyli: nawiązywanie kontaktu, fazy i strukturę konsultacji, cechy osobiste i umiejętności studenta oraz specyficzne, wymagające grupy pacjentów i sytuacje zależne od kontekstu.

uwzględnionym w większości wcześniejszych wytycznych dotyczących nauczania komunikacji, takich jak Toronto consensus statement (Simpson Michael et al., 1991), model z Maastricht (J. Thiel et al., 2000), Kalamazoo consensus (Makoul, 2001 b), model kompetencji lekarza opisany przez kanadyjski Royal College of Physicians and Surgeons (Frank JR, 2005), consensus z Wielkiej Brytanii z 2008 r. (von Fragstein et al., 2008), consensus z Bazylei opublikowany w 2010 r., opisujący kompetencje społeczne i komunikacyjne ważne w edukacji medycznej w krajach niemieckojęzycznych (Kießling et al., 2010). W 2013 r. został opublikowany europejski consensus wskazujący na ważne cele nauczania w zakresie komunikacji. Dokument ten wskazuje na trzy kluczowe kategorie celów i treści kształcenia, takie jak komunikacja z pacjentami, intra- i interpersonalna komunikacja oraz komunikacja w zespołach terapeutycznych. W kilku miejscach tego dokumentu wprost jest mowa o perspektywie pacjenta. Zgodnie z tym dokumentem student powinien potrafić:

- ✓ zachęcić pacjenta do wyrażania własnych opinii, obaw, oczekiwań i uczuć oraz akceptować pacjenta spojrzenie i uczucia;
- ✓ identyfikować oczekiwania pacjenta wobec pracowników ochrony zdrowia;
- ✓ dostosowywać własną komunikację do aktualnych potrzeb i obaw pacjenta, w tym rozpoznawać potrzeby i możliwości pacjenta (np. autonomię, informacje, prawdę, odpowiedzialność) i dostosowywać plan działania do zasobów i mocnych stron pacjenta. W opiece student powinien brać pod uwagę somatyczne, psychiczne, społeczne, płciowe, kulturowe, etyczne i duchowe aspekty oraz dostrzegać rozbieżności między wartościami i normami własnymi i pacjenta;
- ✓ reagować na przekonania zdrowotne i teorie dotyczące choroby, porównywać je i integrować z własną wiedzą jako pracownika ochrony zdrowia;
- ✓ pytać o poziom wiedzy pacjenta na temat choroby (Bachmann et al., 2013).

Warto zwrócić uwagę, że w ciągu ostatnich kilkunastu lat w Wielkiej Brytanii powstały dwa consensusy dotyczące treści kształcenia z zakresu kompetencji komunikacyjnych. Pierwszy został opublikowany w 2008 r., drugi dziesięć lat później. Autorzy pierwszego consensusu przedstawili go w postaci koła, podkreślając w taki graficzny sposób, że nauczanie komunikacji powinno mieć charakter spiralny, nie liniowy (von Fragstein et al., 2008). Lorraine M. Noble i in., autorzy drugiego dokumentu, piszą, że w porównaniu z np. genetyką może wydawać się, że nauczanie

komunikacji nie zmienia się tak dynamicznie, gdyż dotyczy niezmiennych interakcji międzyludzkich. Podkreślają jednak, że zmienia się opieka medyczna i oczekiwania wobec niej, a komunikacja musi za tym podążać i dlatego należy modyfikować program nauczania, aby dobrze przygotować studentów do przyszłej pracy. Zwracają także uwagę na to, że relacja między lekarzem a pacjentem zawsze była przedmiotem nauczania komunikacji. W sposób szczególny podkreślono w tym dokumencie znaczenie opieki skoncentrowanej na pacjencie i wspierania autonomii chorego (Noble et al., 2018).

W 2024 r. w czasopiśmie „Patient Education and Counseling” ukazał się artykuł *Reinforcing the humanity in healthcare: The Glasgow Consensus Statement on effective communication in clinical encounters*. Specjaliści od komunikacji z 11 krajów, odnosząc się do wcześniejszych wytycznych, stworzyli konsensus, który ma opisać ramy efektywnej komunikacji, uwzględniając współczesne wyzwania systemów ochrony zdrowia, oraz wzmacniać humanistyczne podejście w opiece zdrowotnej. Głównym celem komunikacji jest zapewnienie opieki skoncentrowanej na osobie. Autorzy konsensusu piszą o trzech kluczowych zadaniach współczesnej praktyki medycznej niezależnych od kraju, zawodu medycznego czy kontekstu klinicznego. Należą do nich: nawiązanie ludzkiego kontaktu (ang. *connect as humans*), zrozumienie perspektywy pacjenta oraz adekwatna reakcja (ang. *be responsive*). W tym modelu nadrzędne jest uwzględnienie punktu widzenia pacjenta jako odbiorcy opieki. Stosowanie konkretnych umiejętności komunikacji to nie „odhaczanie” punktów na liście kontrolnej. Autorzy konsensusu z Glasgow wyraźnie podkreślają, że komunikacja ma być autentyczna i służyć do budowania wzmacniającego pacjenta sojuszu terapeutycznego (Makoul et al., 2024).

6.4. Perspektywa pacjenta w polskich wytycznych dotyczących kształcenia w zakresie kompetencji komunikacyjnych

Kształcenie na kierunkach medycznych, takich jak: lekarski, lekarsko-dentystyczny, pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo medyczne, farmacja, analityka medyczne i fizjoterapia jest w Polsce uregulowane w Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Oznacza to, że programy kształcenia muszą umożliwić studentom osiągnięcie określonych w tym akcie prawnym efektów uczenia z zakresu wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych. Aby zilustrować, na ile treści dotyczące perspektywy pacjenta są uwzględnione w formalnie sformułowanych efektach uczenia,

poniżej wymieniam efekty na kierunkach lekarskim i lekarsko-stomatologicznym, wymienione w rozporządzeniu, które ujmują kwestie dotyczące perspektywy pacjenta.

Efekty uczenia²² odnoszące się do perspektywy pacjenta na kierunku lekarskim²³:

W zakresie umiejętności – absolwent potrafi:

- ✓ D.U10. stosować adekwatnie do sytuacji pytania otwarte, zamknięte, parafrazę, klaryfikację, podsumowania wewnętrzne i końcowe, sygnalizowanie, aktywne słuchanie (np. wychwytywanie i rozpoznawanie sygnałów wysyłanych przez rozmówcę, techniki werbalne i niewerbalne) i facylitacje (zachęcanie rozmówcy do wypowiedzi);
- ✓ D.U11. dostosować sposób komunikacji werbalnej do potrzeb pacjenta, wyrażając się w sposób zrozumiały i unikając żargonu medycznego;
- ✓ D.U13. nawiązać z pacjentem i osobą towarzyszącą pacjentowi kontakt służący budowaniu właściwej relacji (np. Model 4 nawyków – 4 Habits Model: Zainwestuj w początek (Invest in the beginning), Wykaż empatię (Demonstrate empathy), Rozpoznaj perspektywę pacjenta (Elicit the patient's perspective), Zainwestuj w koniec (Invest in the end));
- ✓ D.U14. spojrzeć na sytuację z perspektywy pacjenta, budując odpowiedni kontekst rozmowy i używając metody elicytacji, a następnie uwzględnić ją w budowaniu komunikatów werbalnych;
- ✓ E.U1. zebrać wywiad z dorosłym, w tym osobą starszą, wykorzystując umiejętności dotyczące treści, procesu i percepcji komunikowania się, z uwzględnieniem perspektywy biomedycznej i perspektywy pacjenta;
- ✓ E.U2. zebrać wywiad z dzieckiem i jego opiekunami, wykorzystując umiejętności dotyczące treści, procesu i percepcji komunikowania się, z uwzględnieniem perspektywy biomedycznej i perspektywy pacjenta;
- ✓ E.U25. przekazywać pacjentowi informacje, dostosowując ich ilość i treść do potrzeb i możliwości pacjenta, oraz uzupełniać informacje werbalne modelami i informacją pisemną, w tym wykresami i instrukcjami oraz odpowiednio je stosować;

²² W tekście nie przedstawiono efektów z części H Praktyczne nauczanie kliniczne na VI roku studiów ze względu na to, że powtarzają się one z tymi wymienionymi w pozostałych częściach rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

²³ Standardy kształcenia obowiązujące od roku akademickiego 2024/2025.

- ✓ E.U26. podejmować wspólnie z pacjentem decyzje diagnostyczno-terapeutyczne (oceniać stopień zaangażowania pacjenta, jego potrzeby i możliwości w tym zakresie, zachęcać pacjenta do brania aktywnego udziału w procesie podejmowania decyzji, omawiać zalety, wady, spodziewane rezultaty i konsekwencje wynikające z decyzji) i uzyskiwać świadomą zgodę pacjenta;
- ✓ F.U21. przekazywać niepomysłne wiadomości z wykorzystaniem wybranego protokołu, np.:
 - SPIKES: S (Setting – właściwe otoczenie), P (Perception – poznanie stanu wiedzy współrozmówcy), I (Invitation/Information – zaproszenie do rozmowy/informowanie), K (Knowledge – przekazanie niepomyslniej informacji), E (Emotions and empathy – emocje i empatia), S (Strategy and summary – plan działania i podsumowanie),
 - EMPATIA: E (Emocje), M (Miejsce), P (Perspektywa pacjenta), A (Adekwatny język), T (Treść wiadomości), I (Informacje dodatkowe), A (Adnotacja w dokumentacji) (Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, 2019).

Efekty uczenia²⁴ odnoszące się do perspektywy pacjenta na kierunku lekarsko-dentystycznym²⁵:

W zakresie umiejętności – absolwent potrafi:

- ✓ D.U1. uwzględniać w procesie postępowania terapeutycznego subiektywne potrzeby i oczekiwania pacjenta wynikające z uwarunkowań społeczno-kulturowych;
- ✓ D.U3. stosować adekwatnie do sytuacji pytania otwarte, zamknięte, parafrazę, klaryfikację, podsumowania wewnętrzne i końcowe, sygnalizowanie, aktywne słuchanie (np. wychwytywanie i rozpoznawanie sygnałów wysyłanych przez rozmówcę, techniki werbalne i niewerbalne) i facylitację (zachęcanie rozmówcy do wypowiedzi);
- ✓ D.U4. dostosować sposób komunikacji werbalnej do potrzeb pacjenta, wyrażając się w sposób zrozumiały i unikając żargonu medycznego;

²⁴ W tekście nie przedstawiono efektów z części H Praktyczne nauczanie kliniczne na VI roku studiów ze względu na to, że powtarzają się one z tymi wymienionymi w pozostałych częściach rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

²⁵ Standardy kształcenia obowiązujące od roku akademickiego 2024/2025.

- ✓ D.U7. spojrzeć na sytuację z perspektywy pacjenta, budując odpowiedni kontekst rozmowy i używając metody elicytacji, a następnie uwzględnić ją w budowaniu komunikatów werbalnych;
- ✓ F.U2. przekazywać pacjentowi informacje, dostosowując ich liczbę i treść do potrzeb i możliwości pacjenta, uzupełniać informacje werbalne modelami i informacją pisemną, w tym wykresami i instrukcjami, oraz odpowiednio je stosować;
- ✓ F.U3. podejmować wspólnie z pacjentem decyzje diagnostyczno-terapeutyczne, w tym oceniać stopień zaangażowania pacjenta, jego potrzeby i możliwości w tym zakresie, zachęcać pacjenta do brania aktywnego udziału w procesie podejmowania decyzji, omawiać zalety i wady, spodziewane wyniki odległe i konsekwencje wynikające z tych decyzji oraz uzyskiwać świadomą zgodę pacjenta.

Analiza treści tych efektów uczenia prowadzi do wniosku, że kształcenie w zakresie komunikacji powinno być oparte na założeniach modelu opieki skoncentrowanej na pacjencie. Zarówno na etapie zbierania informacji, jak i ich przekazywania oraz uzgadniania planu postępowania terapeutycznego, studenci mają poznawać i uwzględniać perspektywę pacjenta. Budowane na tej podstawie programy nauczania mają stawiać na równi znaczenie biomedycznego podejścia z perspektywą niespecjalisty, którym zwykle jest pacjent. Warto zaznaczyć, że kwestie związane z komunikacją i perspektywą pacjenta są mocno rozbudowane w standardach kształcenia z 2023 r. w porównaniu ze standardami obowiązującymi od 2019 r. Widać, że w instytucjonalnych ramach kształcenia medycznego coraz więcej uwagi poświęcono zagadnieniom potrzeb pacjentów, które wynikają nie tylko z ich medycznej kondycji, ale też z sytuacji psycho-społecznej. Zbudowane na takiej podstawie programy nauczania powinny lepiej niż dotychczas rozwijać kompetencje społeczne, w tym komunikacyjne, absolwentów kierunków medycznych.

Na znaczenie perspektywy pacjenta zwrócili także uwagę autorzy Rekomendacji Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej dotyczących kształcenia kompetencji komunikacyjnych na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Opisując sylwetkę absolwenta, wskazali, że taka osoba powinna umieć rozpoznawać perspektywę pacjenta (przekonania na temat choroby, oczekiwania, obawy), efektywnie łączyć ją z perspektywą biomedyczną na etapie zbierania wywiadu i przekazywania informacji. W treściach kształcenia, które warto uwzględnić

w programie nauczania komunikacji, perspektywa pacjenta została wyróżniona jako oddzielny punkt, obejmujący takie zagadnienia, jak:

- ✓ „rozpoznanie perspektywy pacjenta (przekonań, oczekiwań, obaw, emocji),
- ✓ uwarunkowania społeczno-ekonomiczne pacjenta,
- ✓ uwzględnienie perspektywy pacjenta w planowaniu postępowania diagnostycznego i terapeutycznego” (Borowczyk M., 2020).

Warto jeszcze zwrócić także uwagę na to, że w 2022 r. do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (ZSK) została wpisana kwalifikacja „Komunikacja z pacjentem i jego bliskimi”. Wśród wskazanych do walidacji efektów uczenia są cztery, które bezpośrednio odnoszą się do perspektywy pacjenta:

- ✓ „poznaje perspektywę pacjenta (tj. wiedzę, przekonania, obawy, oczekiwania) związaną z przekazywanymi informacjami,
- ✓ odwołuje się do perspektywy pacjenta (tzn. wiedzy, przekonań, obaw i oczekiwań) w trakcie przekazywania informacji (...),
- ✓ stosuje techniki mające na celu zmniejszenie niepokoju i wyciszenie zachowań agresywnych pacjenta i rodziny, odnosząc się do perspektywy pacjenta i jego bliskich,
- ✓ rozmawia z pacjentem na temat jego oczekiwań, uwzględniając perspektywę pacjenta”²⁶.

Wprowadzenie powyższej kwalifikacji do ZSK jest jednym z elementów wzmacniających ramy instytucjonalne kształcenia pracowników ochrony zdrowia umiejętności komunikacji.

Powyżej opisane elementy systemu kształcenia medycznego wskazują na to, że zdobywane umiejętności i kompetencje uwzględniają kwestie związane z perspektywą pacjenta i że w ostatnich latach obserwujemy działania, które mocniej zakotwiczą te zagadnienia w programach kształcenia.

²⁶ Szczegółowy opis kwalifikacji, w tym charakterystyka kwalifikacji i informacje o niej, syntetyczna charakterystyka efektów uczenia się, zestawy efektów uczenia się zob. https://kwalifikacje.gov.pl/k?id_kw=13915.

7. Czym jest perspektywa pacjenta?

Podstawy protokołu PERSPECTIVE

Perspektywa pacjenta często pojawia się w modelach i protokołach komunikacyjnych, wytycznych i efektach uczenia, które odnoszą się do zagadnień związanych z kształceniem na kierunkach medycznych. Była o tym mowa powyżej. Niektórzy autorzy opisują, jak rozumieją to pojęcie, inni używają go bez szczegółowego objaśniania. W tej części przyjrzę się, w jaki sposób pojęcie to jest definiowane, a następnie zaproponuję własne ujęcie uwzględniające wszystkie, moim zdaniem, składowe tego pojęcia.

W literaturze można znaleźć stwierdzenia, że mimo iż w wielu pracach podkreśla się wartość perspektywy pacjenta, to samo pojęcie jest niejasne, nie ma także zgody co do dokładnego opisu, jakie aspekty perspektywy pacjenta należy uwzględnić podczas konsultacji (Zanini et al., 2014). Przegląd literatury, zarówno polskojęzycznej, jak i anglojęzycznej, który znajduje się niżej, potwierdza, że wielu autorów używa terminu „perspektywa pacjenta”, ale zakres znaczeniowy tego pojęcia jest określany w różny sposób.

W literaturze perspektywa pacjenta jest definiowana jako postrzegany przez chorego wpływ stanu zdrowia na własne życie (Arnold et al., 2008), oczekiwania wobec przebiegu konsultacji lub odnoszące się do postawy lekarza (Deledda et al., 2013), a także jako priorytety dotyczące wyników leczenia (Cheraghi-Sohi et al., 2008). Alan Morse w artykule o znaczeniu perspektywy pacjentów w zapewnieniu opieki okulistycznej przyjął, że pojęcie to odnosi się do wiedzy i przekonań chorego wpływających na jego chęć, by zaangażować się w proces leczenia. Podkreślał, że poglądy pacjentów są ważne i realistyczne tylko wtedy, gdy są oni w pełni poinformowani (Morse, 2021). To poinformowanie jest kluczowe dla modelu wspólnego podejmowania decyzji, o którym pisałam powyżej.

Ray Fitzpatrick w książce pod redakcją Grahama Scamblera *Sociology as applied to medicine* podrozdział o tytule *The patient's perspective* poświęcił przede

wszystkim opisowi kwestii związanych z satysfakcją pacjenta (Fitzpartrick, 1997)²⁷, która jest tylko jednym z wielu elementów perspektywy pacjenta.

Jednak w zasadzie tylko w książce S. Kurtz, J. Silvermana i J. Draper perspektywa pacjenta jest w miarę całościowo zdefiniowana. Tę definicję traktuję zatem jako punkt wyjścia dla moich rozważań. Autorzy najbardziej rozpowszechnionego modelu nauczania komunikacji – Calgary – Cambridge – definiowali ją jako:

- ✓ przekonania (ang. *ideas*),
- ✓ obawy (ang. *concerns*),
- ✓ oczekiwania (ang. *expectations*),
- ✓ wpływ na życie (ang. *influence on functioning*) (Kurtz et al., 2006)²⁸.

Są to na pewno kluczowe aspekty perspektywy pacjenta. Poniżej opiszę szczegółowo elementy, które składają się na perspektywę pacjenta. W pierwszej kolejności scharakteryzuję te wymienione przez S. Kurtz, J. Silvermana i J. Draper, następnie inne, które, moim zdaniem, należy uwzględnić, by całościowo ująć zagadnienie, jakim jest perspektywa pacjenta.

Wiedza pacjenta i opisane wyżej elementy wpływają na **przekonania dotyczące zdrowia, czyli to, co pacjent myśli o swojej sytuacji**. Będą one decydowały o tym, jak chory interpretuje swój stan i co w związku z tym robi. Ponadto personel medyczny kształtuje przekonania pacjenta. To lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny może przekazać pacjentowi informacje w taki sposób, aby chory rozumiał, co się z nimi dzieje, dlaczego zalecane jest określone postępowanie. To przebieg rozmowy może zdecydować o tym, jakie postępowanie terapeutyczne pacjent wybierze i czy będzie konsekwentny w przestrzeganiu zaleceń. Pisząc o przekonaniach, warto dodać, że są to również przekonania zdrowotne, w tym przekonania fatalistyczne. Do przekonań należy też zaliczyć stereotypy, mity czy uprzedzenia, w które wierzy pacjent. Część kobiet na przykład nie decyduje się na wykonanie cytologii, ponieważ w niektórych środowiskach powszechna jest opinia, że to bolesne badanie. Pacjent nie zgłosi się na konsultację lekarską, jeśli będzie obawiał się dyskryminacji w związku ze zdiagnozowaną chorobą albo swoją sytuacją życiową.

Autorzy modelu Calgary – Cambridge uznawali, że **oczekiwania** to są cele oraz to, jakiej pomocy pacjent oczekuje w związku z danym problemem (Kurtz et al., 2006)²⁹.

²⁷ s. 285-287.

²⁸ s. 45.

²⁹ s. 45.

Przegląd literatury prowadzi do wniosku, że pojęcie oczekiwania można rozumieć w różny sposób. W literaturze anglojęzycznej w tym kontekście rozróżnia się dwa terminy – pragnienia (ang. *desires*), czyli to, czego chorzy chcą, zgłaszając się na wizytę, i oczekiwania (ang. *expectations*), czyli przewidywania dotyczące tego, co się podczas wizyty wydarzy. W związku z tym, że pacjenci nie zawsze komunikują personelowi medycznemu to, czego chcą, w kontekście wyrażanych pragnień i życzeń ukuto ponadto pojęcie prośby (ang. *request*) (Uhlmann et al., 1984). Jak pisała Hanne Thorsen i in., zarówno powody wizyty u lekarza, jak i oczekiwania z nią związane, mogą być różne w zależności od pacjenta. Oczekiwania mogą dotyczyć tego, co według pacjentów wydarzy się podczas wizyty, co powinno się wydarzyć albo tego, co mają nadzieję, że się wydarzy (Thorsen et al., 2001). Joseph Levenstein i in. zdefiniowali oczekiwania pacjenta jako podany przez osobę powód wizyty, który często wiąże się z objawem lub obawą, które są powodem zgłoszenia się do lekarza (Levenstein et al., 1986).

W związku z powyższymi rozważaniami proponuję, aby przyjąć, że w perspektywie pacjenta oczekiwania odnoszą się do kilku elementów:

1. **Przewidywań**, czyli tego, co pacjent zakłada, że wydarzy się podczas wizyty, np. że chory zostanie wysłuchany i zbadany przez lekarza i dowie się, co mu jest (czyli co pacjent myśli),
2. **Efektu, celu**, czyli tego, co w opinii chorego będzie efektem tej wizyty, jaki jest cel konsultacji z punktu widzenia pacjenta, np. pogląd, że lekarz powinien wystawić skierowanie na określone badania lub wypisać receptę na określony lek (czyli co pacjent oczekuje),
3. **Potrzeb**, które mogą dotyczyć przebiegu kontaktu, jak również efektu, celu konsultacji, np. potrzeba bycia wysłuchanym i uzyskania zrozumiałych informacji, co się z chorym dzieje, lub potrzeba rozwiania obaw i uspokojenia (czyli czego pacjent potrzebuje).

Wszystkie te elementy powinny być przez personel medyczny rozpoznane podczas rozmowy z chorym. W sytuacji idealnej pacjent będzie zakładał, że jego potrzeba zostanie uwzględniona i cel zrealizowany. Przekonanie chorego, czy tak się stanie, i związane z nim nastawienie do personelu medycznego, wiąże się z zaufaniem. Jeśli chory ufa lekarzowi, będzie przekonany, że te trzy elementy zostaną uwzględnione. Przy ograniczonym zaufaniu pacjent może przewidywać, że podczas konsultacji pracownik ochrony zdrowia nie odniesie się do jego potrzeb, nie dowie się,

co jest ważne dla chorego. Jeśli pacjent będzie niepewny, czy wizyta potoczy się zgodnie z oczekiwaniami, może się tak zdarzyć, że pacjent uzna, że określone zachowanie czy postawa podczas rozmowy zwiększy prawdopodobieństwo zaspokojenia potrzeby czy realizacji celu. Mam tu na myśli na przykład taką sytuację, gdy chory jest pewien, że powinien otrzymać skierowanie na badanie lub receptę na określone leki, ale przewiduje, że lekarz nie będzie chciał tak postąpić. Taka sytuacja może wpływać na zachowanie pacjenta, który od początku wizyty będzie starał się zrealizować swój cel i osiągnąć zamierzony efekt. W takiej sytuacji pacjenci mogą zdecydować się na różne metody działania. Niektórzy uznają, że należy robić to w sposób agresywny i wymuszać na pracownikach ochrony zdrowia działania umożliwiające osiągnięcie zamierzonego efektu. Dlatego z perspektywy komunikacji kluczowe jest skupienie się nie na agresywnym zachowaniu pacjenta, ale na oczekiwaniach, które stoją za takim zachowaniem. Agresja w takiej sytuacji jest często metodą realizacji celu, który pacjent uznaje za ważny z jego punktu widzenia. Głównym zadaniem personelu medycznego będzie więc rozpoznanie tych oczekiwań.

W modelu Calgary – Cambridge jest mowa także o **obawach**. Obawy wiążą się z niepokojem, strachem czy lękiem chorego i są one ważnym elementem perspektywy pacjenta, ale proponuję spojrzeć szerzej i wskazać **emocje** jako element perspektywy pacjenta. Pacjenci mogą przeżywać bardzo różne emocje w związku ze swoją sytuacją zdrowotną. Ważne, aby pracownik ochrony zdrowia podczas rozmowy rozpoznał emocje przeżywane przez pacjenta. Emocje niekiedy można zauważyć, obserwując niewerbalne zachowania chorego (np. nieutrzymywanie kontaktu wzrokowego, zaciskanie pięści, zamknięta postawa ciała). Czasem emocje uzewnętrzniają się w sposobie mówienia pacjenta (np. podniesiony głos, szybkie tempo mowy). Bywa jednak i tak, że chory stara się nie okazywać emocji. Wtedy warto o nie zapytać, bo zwykle jest tak, że problem zdrowotny wywołuje jakieś emocje, gdyż rodzi ryzyko, że utrudni dotychczasowe funkcjonowanie człowieka (przejściowo lub na stałe, w jednym obszarze albo w wielu). Rozpoznanie emocji przez pracowników ochrony zdrowia jest ważne ze względu na to, że pozwala lepiej zrozumieć, w jaki sposób dany problem zdrowotny dotyka chorego. Ponadto czasem poznanie stanu emocjonalnego pacjenta będzie ważne, aby skierować go do psychologa, który pomoże w sytuacji, gdy emocje utrudniają funkcjonowanie. Celem rozmowy o emocjach będzie zatem lepsze zrozumienie pacjenta lub rozpoznanie,

że chory wymaga pomocy innego specjalisty, do którego personel medyczny może, a w niektórych sytuacjach powinien, skierować.

Źródła emocji są różne. Może je wywołać zauważenie jakiegoś objawu, doświadczenie określonej dolegliwości (np. bólu). Wiąże się to zwykle z przekonaniami (o których była mowa powyżej) na temat przyczyn lub skutków określonych doznań. Jeśli chory uznaje, że doświadczane objawy mogą świadczyć o poważnej chorobie, wywoła to u niego strach. Emocje mogą pojawić się także na myśl o potrzebie kontaktu z personelem medycznym. Jeśli na przykład ktoś dochodzi do wniosku, że musi zapisać się po raz kolejny na wizytę, bo mimo przestrzegania zaleceń objawy nie ustępują, i uzna, że to dlatego, że lekarz przepisał niewłaściwe leczenie, może to wywołać złość, irytację lub agresję chorego. Innym przykładem jest pacjent mający dolegliwości w miejscu intymnym i który na myśl o potrzebie kontaktu ze specjalistą odczuwa wstyd, więc najpierw próbuje złagodzić dolegliwości domowymi sposobami, potem sprawdza w Internecie, co jest w takiej sytuacji zalecane, lub kupuje w aptece środki dostępne bez recepty i dopiero, gdy to wszystko nie pomaga, zapisuje się na konsultację.

Perspektywa pacjenta to również emocje, które odczuwa chory podczas rozmowy z pracownikiem ochrony zdrowia. Wpływa na nie przebieg rozmowy. Specjalista może uspokoić chorego, który denerwuje się swoim stanem zdrowia, może też wzbudzić poczucie lęku, niepewności, a także agresję.

Podsumowując, emocje w perspektywie pacjenta to:

- ✓ emocje wywołane stanem zdrowia (objawami) i ich interpretacją (np. ten ból to na pewno coś poważnego),
- ✓ emocje wywołane przebiegiem rozmowy z pracownikiem ochrony zdrowia (np. spokój w związku z tym, że chory czuje się wysłuchany, złość, gdy uzna, że lekarz nie chce zrobić tego, co pacjent uważa w danej sytuacji za najlepsze ze swojego punktu widzenia).

Kolejnym elementem perspektywy pacjenta, na który zwrócili uwagę twórcy modelu Calgary – Cambridge, jest **wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie jednostki**. Zdarza się, że choroba nie daje silnych objawów, ma dobre rokowania, a w sposób znaczący wpływa na codzienne życie pacjenta. Jako przykład wyobraźmy sobie nastoletniego chłopca, który od jakiegoś czasu skarży się na niezbyt silny, powracający ból kolana. Lekarz diagnozuje u niego chorobę Osgooda-Schlattera. Z punktu widzenia lekarza choroba nie zagraża życiu chłopca, ryzyko niepełnosprawności

jest nieduże, leczenie głównie objawowe, niebolesne, związane przede wszystkim z ograniczeniem do minimum aktywności fizycznej, rokowanie dobre – chłopiec w ciągu kilku lat będzie zdrowy. Rozpoznanie perspektywy pacjenta i dowiedzenie się, w jaki sposób diagnoza tej choroby wpływa na funkcjonowanie chłopca, pozwoli dowiedzieć się, że dziecko od kilku lat intensywnie trenuje piłkę nożną, jest dobrze zapowiadającym się zawodnikiem klubu sportowego i marzy o karierze piłkarza. W tej sytuacji rozpoznana właśnie jałowa martwica guzowatości piszczeli oznacza, że chłopiec powinien przestać trenować, zmienić zasadniczo swój tryb życia na kilka miesięcy, nawet kilka lat, nie myśleć o sporcie i nie wiązać z nim swojej przyszłości zawodowej.

Przedstawiłam powyżej elementy perspektywy pacjenta, które wymieniają twórcy modelu Calgary – Cambridge. Część z nich – oczekiwania i obawy – rozszerzyłam o aspekty, które należy mieć na uwadze, dążąc do pełnego poznania perspektywy pacjenta. Poniżej wymienię jeszcze inne kwestie, które, moim zdaniem, są ważnymi elementami perspektywy pacjenta. Zacznę od **osób bliskich i znaczących**. Są one zwykle dla chorych najważniejszym źródłem wsparcia społecznego. Liczne badania pokazują, że wsparcie społeczne stanowi istotny czynnik wpływający na stan zdrowia. Sytuacja osobista może też oddziaływać na motywację pacjenta do stosowania się do reżimu związanego z postępowaniem terapeutycznym. Osoby bliskie stanowią także grupę odniesienia dla oceny własnej sytuacji, są źródłem wiedzy wpływającej na przekonania, co się z chorym dzieje lub będzie działo, dlatego wpływają na perspektywę pacjenta, o czym będę pisać poniżej.

Kolejnym elementem perspektywy pacjenta są także **wcześniejsze doświadczenia pacjenta** związane po pierwsze z daną dolegliwością czy stanem zdrowia, po drugie związane z zetknięciem się z systemem ochrony zdrowia lub personelem medycznym. Te pierwsze to są działania, które chory podjął w związku ze swoją dolegliwością. Chorzy nierzadko zanim skontaktują się ze specjalistą, szukają na własną rękę sposobów radzenia sobie z problemami zdrowotnymi. Jeśli w trakcie wizyty w placówce ochrony zdrowia chory czuł się kiedyś zagubiony, zignorowany, ma poczucie, że nie otrzymał pomocy, której oczekiwał, będzie zniechęcony lub źle nastawiony do kolejnego kontaktu. Jeśli to doświadczenie było satysfakcjonujące, czyli pacjent uznaje, że otrzymał pomoc, czuł się zaopiekowany, to gotowość do kolejnej wizyty będzie większa, a nastawienie bardziej pozytywne.

Na perspektywę pacjenta składają się również **kompetencje zdrowotne** pacjenta, czyli możliwości tej osoby, by uzyskać dostęp do informacji o zdrowiu, zrozumieć je i wykorzystać. Wpływ na to ma wiele kwestii, takich jak wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, status na rynku pracy, a także zdolności poznawcze. W tym miejscu zwrócę też uwagę na znaczenie sytuacji finansowej chorego. Decyzje dotyczące zdrowia mogą zależeć od tego, czy wiążą się z wydatkami. Na przykład konieczność opłacenia wizyty, koszty dojazdu do placówki ochrony zdrowia czy opieki nad podopiecznym, którą trzeba zorganizować na czas konsultacji, mogą być powodem niezgłaszania się na wizytę. Wydatki związane z proponowanym postępowaniem terapeutycznym – mam tu na myśli nie tylko koszty leków czy dodatkowych badań, ale też np. stracony dochód lub cenę niezbędnego sprzętu specjalistycznego – mogą stać się czynnikiem decydującym o gotowości pacjenta do realizowania zaleceń, odłożenia tej decyzji lub nawet rezygnacji z niej. Dlatego tak ważne jest, aby rozpoznać możliwości finansowe pacjenta.

Na gotowość pacjenta do konsultacji swojego stanu zdrowia ze specjalistą, na przestrzeganie zaleceń, nastawienie wobec konsultacji będą wpływały również **postawy chorego wobec systemu ochrony zdrowia i przedstawicieli zawodów medycznych**. Mam tu na myśli takie kwestie, jak poważanie, autorytet i zaufanie do pracowników ochrony zdrowia. Ich źródła biorą się m.in. z wcześniejszych doświadczeń. Jeśli więc wspomnienie ostatniej wizyty jest przykre, zaufanie czy szacunek do danego lekarza czy pielęgniarki obniżą się i mogą zostać uogólnione na wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych.

Na koniec opisywania elementów perspektywy pacjenta wskażę na **wartości**. Co jest ważniejsze, czy długość życia, aby doczekać wnuka, czy jakość życia, aby uniknąć cierpienia? Czy dla chorego kluczowa jest sprawność, aby móc opiekować się dziećmi, czy brak objawów, który umożliwi powrót do pracy? Czy obawy związane ze stanem zdrowia chory interpretuje jako zagrożenie życia, czy może pozycji społecznej? Wartości będą wskazywały, co jest dla pacjenta najważniejsze i jak postrzega cel wizyty lub całego postępowania terapeutycznego, jakie decyzje dotyczące postępowania będzie uważał za najlepsze. Wartości będą zatem u podstaw przekonań i potrzeb chorego, nierzadko są decydujące dla celów pacjenta i stoją u podstaw podejmowanych przez niego decyzji.

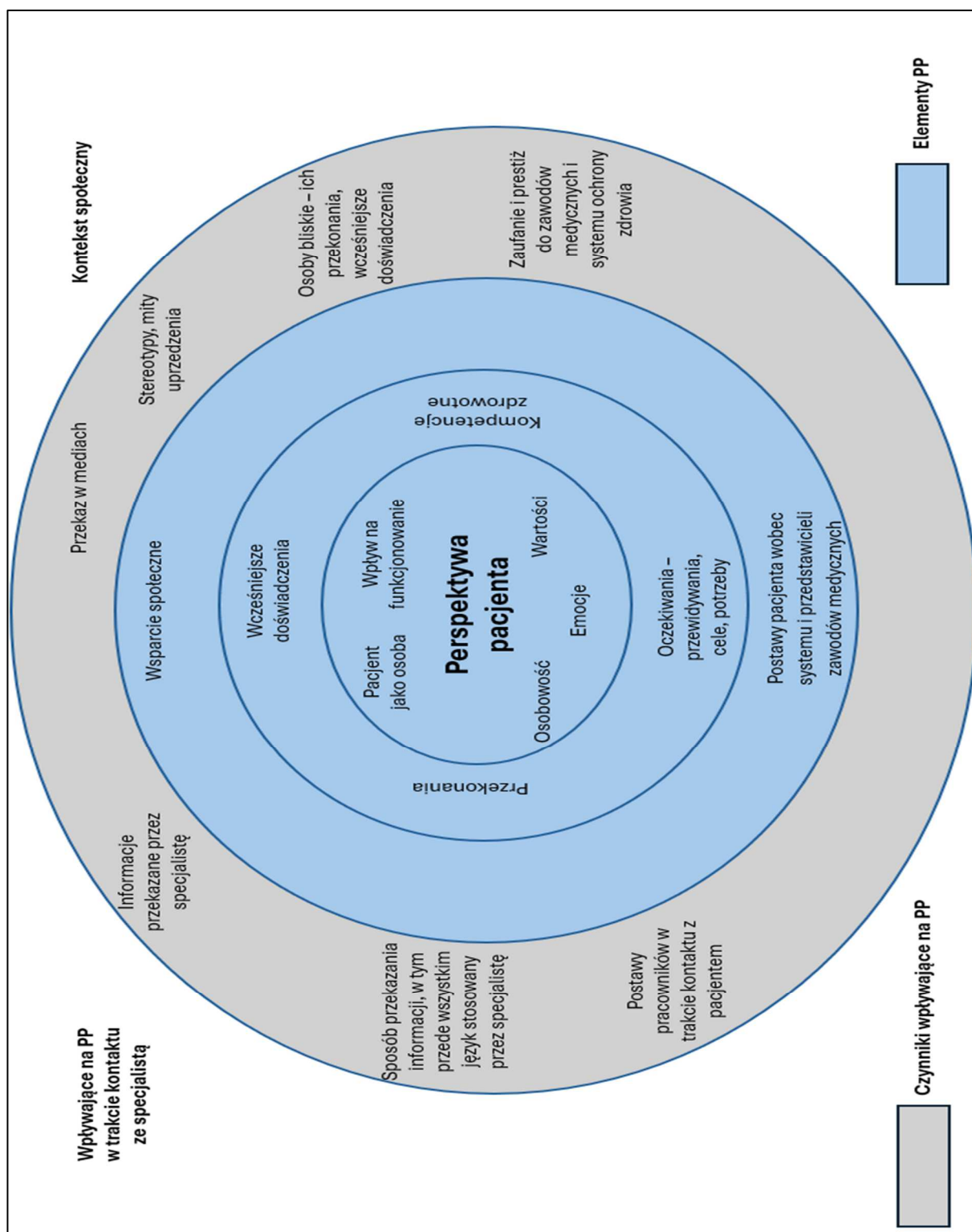
W kontekście rozważań o perspektywie pacjenta i jej poznawaniu, zainteresowaniu nią przez personel medyczny warto odwołać się do słów Francisa Peabody'ego,

znanego amerykańskiego lekarza, który prawie sto lat temu, w 1927 r., mówił do studentów medycyny na Harvardzie: „czas, współczucie i zrozumienie muszą być niezwykle dozowane, ale nagrodą jest znalezienie tej osobistej więzi, która stanowi największą satysfakcję z bycia lekarzem” [tłum. A.D.] (Peabody, 1984). Warto też przytoczyć refleksje, które w kontekście tej wypowiedzi przedstawił John Willis Hurst, uznany amerykański kardiolog, redaktor jednego z najbardziej znanych na całym świecie podręczników – *Hurst's Heart*. Pisał, że nie ma śmiałości dodawać czegoś do słów F. Peabody'ego, ale chciałby podkreślić ich znaczenie, zadając dwa pytania:

1. Czy dla pacjentów jest istotne, by wiedzieć, że ich lekarze troszczą się o nich?
2. Co robią troskliwi lekarze, by pokazać pacjentom, że się o nich troszczą?

W 2011 r., gdy J.W. Hurst miał 90 lat, napisał artykuł *Dr Francis W. Peabody, We need You*. W artykule tym rozważał odpowiedzi na te pytania ze stażystami i rezydentami. Jego rozmówcy doszli do wniosku, że jeśli pacjenci wiedzą, że lekarz się o nich troszczy, to rodzi się więź oparta na zaufaniu, która sprawia, że chorzy lepiej przestrzegają zaleceń, a to sprawia, że ich stan zdrowia ulega poprawie. Jeden z rezydentów, których wypowiedzi przytaczał J.W. Hurst, mówił, że jeśli lekarz jest jak przesłuchujący prawnik i nie zwraca uwagi na odpowiedzi pacjenta, będzie słabym diagnostą, ponieważ historia choroby pacjenta jest często najlepszym narzędziem diagnostycznym lekarza. Pacjenci powinni wiedzieć, że lekarz troszczy się o nich jako o osoby (Hurst, 2011).

Na funkcjonowanie człowieka wpływa bardzo wiele aspektów, które opisałam powyżej, i wszystkie je należy uwzględnić, dążąc do pełnego poznania perspektywy pacjenta. Dlatego mam przekonanie, że na perspektywę pacjenta należy patrzeć w taki wielowymiarowy sposób, który graficznie przedstawiłam na rycinie 2.



Ryc. 2. Elementy perspektywy pacjenta oraz czynniki wpływające na perspektywę pacjenta

Źródło: opracowanie własne.

Poza elementami perspektywy pacjenta należy także zwrócić uwagę na czynniki, które wpływają na perspektywę pacjenta. Można je podzielić na dwie

kategorie: a) związane z kontekstem społecznym, w którym żyje pacjent oraz b) wpływające na perspektywę pacjenta w trakcie kontaktu chorego ze specjalistą.

Do pierwszej kategorii należy zaliczyć takie czynniki, jak:

- ✓ treść przekazów medialnych, wiadomości publikowanych w Internecie, ale także perypetie zdrowotne bohaterów seriali, zachowania przedstawionych w filmach przedstawicieli zawodów medycznych, a nawet wątki związane z medycyną prezentowane w reklamach. Postawy społeczne są kształtowane przez przekaz medialny i treść debaty publicznej, które – jeśli opisują system ochrony zdrowia lub jego przedstawicieli przez pryzmat błędów medycznych, kolejek, trudności w zapisaniu się na wizytę – ograniczają zaufanie do systemu, mogą zmniejszać gotowość do konsultacji medycznych lub rodzić przekonanie, że postawa roszczeniowa jest niezbędna, by otrzymać pomoc;
- ✓ powszechne w środowisku, w którym funkcjonuje pacjent, stereotypy, uprzedzenia, mity dotyczące zdrowia i chorób. Na przykład, przekonanie, że „chemia zabija szybciej niż rak” może zniechęcać do podjęcia leczenia onkologicznego;
- ✓ zaufanie do pracowników ochrony zdrowia i całego systemu, prestiż, autorytet zawodów medycznych powszechne w środowisku, w którym funkcjonuje chory;
- ✓ przekonania, wiedza, wcześniejsze doświadczenia osób bliskich, na podstawie których doradzają oni pacjentowi, co ma zrobić, lub które stanowią podstawę do interpretacji sytuacji pacjenta. Bliscy stanowią punkt odniesienia, niejako lustro dla oceny sytuacji przez pacjenta. Często się zdarza, że wpływają na decyzje związane ze stanem zdrowia. Jeśli na przykład osoba bliska uważała, że chory powinien otrzymać skierowanie na rezonans, a lekarz nie wydał takiego skierowania, może wpłynąć na ocenę tego lekarza i satysfakcję z opieki. Gdy bliscy postrzegają określony objaw jako wstydlivy, chory może tę dolegliwość potraktować w taki sam sposób i nikomu o niej nie powiedzieć, nie konsultować się też ze specjalistą. Na perspektywę pacjenta będzie się w związku z tym składać definicja objawu czy choroby formułowana przez osoby bliskie. Znaczenie mogą również mieć wcześniejsze doświadczenia osób bliskich i znaczących w związku z taką samą lub podobną dolegliwością. Jeśli pacjent przypomni sobie, że bliska osoba miała podobny ból brzucha, a potem zdiagnozowano u niej ciężkie zapalenie trzustki i szybko zmarła, może bardzo się przestraszyć i natychmiast pojechać do szpitala. Może też nalegać, żeby go

szybko przyjąć na oddział. Osoby bliskie i znaczące mogą mieć jednoznaczną opinię, co należy zrobić w danej sytuacji i na tej podstawie chory może formułować własne oczekiwania związane z konsultacją. Stąd mogą się brać prośby takie jak na przykład „ja potrzebuję antybiotyk”, „proszę mi wypisać skierowanie na...”. Bliscy czerpią wiedzę z różnych źródeł i na tej podstawie podpowiadają pacjentowi, co powinien zrobić. Mogą więc na przykład zachęcać, by jak najszybciej zapisać się na wizytę lub bagatelizować objawy. Znaczenie osób bliskich uwidacznia się także w trakcie konsultacji, podczas których są obecni. Ich odbiór przebiegu rozmowy kształtuje przekonania chorego na temat zarówno wizyty, jak i stanu jego zdrowia.

Na drugą kategorię czynników kształtujących perspektywę pacjenta mają wpływ pracownicy ochrony zdrowia podczas kontaktu z pacjentem. Do tych czynników zaliczam:

- ✓ informacje przekazane przez personel medyczny, dzięki którym pacjent może zobaczyć swoją sytuację z medycznego punktu widzenia;
- ✓ język, którym posługuje się personel medyczny, i jeśli jest dla pacjenta zrozumiały, to pozwala lepiej rozumieć jego sytuację. Znaczenie ma też dobór słów, które mogą uspokajać, dawać poczucie zrozumienia i bezpieczeństwa, ale też mogą wywoływać niepokój, poczucie winy, niepewność;
- ✓ postawy personelu medycznego, które pacjent odczytuje, obserwując komunikację niewerbalną oraz odbierając werbalne komunikaty. Reakcją na określoną postawę może być np. wzrost poziomu zaufania, czy zwiększenie poczucia satysfakcji z opieki.

Na koniec tej części opiszę jeszcze krótko inne pojęcie, które wiąże się z perspektywą pacjenta i przez wielu autorów bywa nawet zamiennie używane. Jest nim termin „doświadczenie pacjenta” (ang. *patient experience*). The Beryl Institute, społeczność zrzeszająca pracowników ochrony zdrowia, definiuje doświadczenie pacjenta jako sumę wszystkich interakcji, ukształtowanych przez kulturę organizacji, które wpływają na spostrzeżenia pacjentów podczas całego kontinuum opieki. Autorzy tej definicji wymieniają cztery zagadnienia kluczowe dla zrozumienia doświadczenia pacjentów, tj. osobiste interakcje, kulturę organizacji, spostrzeżenia chorych i ich rodzin oraz ciągłość opieki (The Beryl Institute, 2020). Suzanne Shale wymieniła trzy aspekty doświadczenia pacjenta, tj. fizjologiczne doświadczenia choroby, obsługę klienta oraz doświadczenie związane z przeżywaniem choroby (Shale, 2013).

W artykule *Understanding the patient experience: A Conceptual Framework* Patrick Oben w 2020 r. pisał, że doświadczenie pacjenta to w istocie ludzkie doświadczenie odnoszące się do opieki zdrowotnej. System ochrony zdrowotnej istnieje po to, aby opiekować się pacjentami, tj. doradzać im w kwestiach somatycznych, psychologicznych (psychicznych i emocjonalnych), społecznych i duchowych (Oben, 2020).

Praktyczne wykorzystanie opisanego powyżej modelu perspektywy pacjenta zostanie opisane w rozdziale „Perspektywa pacjenta w procesie komunikacji personelu medycznego z pacjentem”. Pokażę w nim, w jaki sposób elementy perspektywy pacjenta uwzględniać podczas komunikacji i jakie umiejętności są szczególnie przydatne w procesie poznawania i uwzględniania perspektywy pacjenta.

8. Interdyscyplinarne korzenie perspektywy pacjenta

8.1. Perspektywa pacjenta – zagadnienia językowe

Duża część komunikacji personelu medycznego z pacjentami to językowa komunikacja werbalna. Podczas rozmowy dochodzi do wymiany komunikatów formułowanych zarówno przez pacjentów, jak i przez personel medyczny. Obie strony interakcji mogą posługiwać się innym językiem. Mam tu na myśli nie tylko sytuacje, gdy pracownika ochrony zdrowia i pacjenta dzieli bariera językowa. Pacjenci często używają określeń z języka potocznego, czasem regionalizmów. Personel medyczny natomiast zna i nierzadko wykorzystuje specjalistyczną terminologię języka medycznego. Język jest podstawowym nośnikiem informacji pozwalających lekarzowi, pielęgniarce czy ratownikowi poznać perspektywę pacjenta. W tym sensie proces komunikacji to również dążenie do uzgadniania znaczeń, uspołniania rozumienia terminów i określeń stosowanych zarówno przez chorego, jak i profesjonalistę.

Słowo w rozmowie pracowników ochrony zdrowia z pacjentami ma duże znaczenie. Chorzy często pamiętają słowa wypowiedziane przez personel medyczny, które nierzadko są nośnikami informacji wpływającej zasadniczo na ich życie. Słowa też wywołują określone reakcje emocjonalne. Lekarze rozumieją znaczenie tych słów. Pisał o nich Andrzej Szczeklik: „Chory przychodzi ze swym bólem, cierpieniem, wołaniem o pomoc. A lekarz, nie bacząc na lęk chorego (i swój własny), wiedząc, jak mało wie (zawsze mało), mówi: Stanę przy tobie. Razem spojrzymy niebezpieczeństwu w twarz. I wtedy opadają wątpliwości, w jakie myślenie nasza stroiła duszę przez wieki. Kore – dziewczynka pokazuje się nam w źrenicy chorego. Staje w blasku, jasna i wyrazista, w tej krótkiej chwili, gdy słyszy nasze przesłanie: Będę z Tobą. Nie opuszczę cię. Nie zostaniesz sam” (Szczeklik, 2007). Prawie 30 lat wcześniej tak pisał Józef Bogusz: „Mimo fascynujących, nowoczesnych urządzeń technicznych lekarze i pielęgniarki nie powinni zapominać o tym, że zawsze mają do czynienia z żywym człowiekiem, niezwykle wrażliwym, niespokojnym, mniej lub więcej wystraszoną. I dlatego tak wielką rolę ma słowo

mówione, rozmowa z chorym. Nie chodzi tu bynajmniej o wielkie czy liczne słowa. Niekiedy nawet ważniejsze jest samo wysłuchanie chorego i wypowiedzenie paru tylko słów, zawsze jednak uspokajających” (Bogusz, 1979).

Za pomocą języka przekazywane są informacje, które wywołują u odbiorcy określone reakcje emocjonalne. Niektóre z nich są zamierzone przez nadawcę inne – nie. Celem komunikacji może być nie tylko przekazanie informacji, ale także wywołanie reakcji emocjonalnej oraz wpłynięcie na decyzję odbiorcy dotyczącą określonego zachowania (Doroszewski, 2006). Renata Grzegorczykowa nazywa to terapeutyczną funkcją kontaktu językowego (Grzegorczykowa, 2006). Językoznawcy wyróżniają też inne funkcje języka, a mianowicie:

- ✓ ekspresywną – okazywanie emocji przez nadawcę,
- ✓ apelatywną inaczej impresywną, zorientowaną na odbiorcę – dążenie nadawcy, by wypowiedź wpłynęła w określony sposób na odbiorcę; w tym celu nadawca pyta, zaleca, prosi, radzi, rozkazuje itp.,
- ✓ fatyczną, służącą podtrzymywaniu więzi,
- ✓ performatywną, mającą na celu stworzenie nowego stanu w rzeczywistości (np. akty prawne czy zwolnienie lekarskie, ale też powiedzenie „obiecuje!”, które rodzi pewne zobowiązanie),
- ✓ kreatywną – wypowiedzi służące formułowaniu myśli, mające na celu budowanie myśli czy przekonań, tworzenie świata mentalnego nadawcy,
- ✓ perswazyjną – narzucanie odbiorcy wykreowanego świata pojęciowego (Grzegorczykowa, 2006).

Wszystkie te funkcje są wykorzystywane podczas rozmowy personelu medycznego z pacjentem w różnym zakresie w zależności od sytuacji. Inaczej przebiega komunikacja na SOR podczas przyjęcia pacjenta w ciężkim stanie, inaczej w gabinecie lekarza przekazującego informacje o zdiagnozowanej właśnie poważnej chorobie, jeszcze inny ma charakter rozmowa położnej z pacjentką podczas rozpoczynającego się porodu czy pielęgniarki, która objaśnia, co robi, wykonując czynności pielęgnacyjne, np. zmianę opatrunku. Ze względu na to, że język wywołuje określone emocje, wpływa na postrzeganie nadawcy komunikatu, w tym rozumienie intencji, buduje relację między rozmówcami, bardzo ważna jest konieczność uwrażliwiania pracowników ochrony zdrowia na kwestie językowe oraz kształtowania umiejętności komunikacji z uwzględnieniem zagadnień, takich jak prosty język,

grzeczność językowa czy formułowanie wypowiedzi niezawierających specjalistycznych terminów, zwykle niezrozumiałych dla pacjenta.

Z perspektywy komunikacji medycznej kluczowe znaczenie, obok funkcji języka, ma fakt, że język kształtuje postawy. To, jak mówi pacjent, może wpływać na postawy personelu medycznego wobec chorego. Słownictwo, którym posługują się medycy, sprawia, że u pacjentów obserwuje się określone reakcje i oczekiwania. Język jako nośnik informacji, nie tylko treści, ale też intencji, emocji, oczekiwań, obaw, daje odbiorcy komunikatu sygnał o nastawieniu nadawcy. Można to zauważyć w codziennych rozmowach personelu medycznego z pacjentami. Dlaczego czasem pacjent staje się nerwowy lub agresywny podczas rozmowy? Jednym z powodów może być poczucie zagubienia czy bezradności wywołane zbyt specjalistycznym językiem stosowanym przez personel medyczny, który uniemożliwia choremu zrozumienie sytuacji, w której się znajduje.

Nastawienia i relacje międzyludzkie są kształtowane m.in. poprzez język, który sprawia, że w określony sposób interpretujemy dane zjawisko czy osobę. Język „jest nie tylko narzędziem komunikacji i opisywania świata, ale też narzędziem kształtującym postrzeganie rzeczywistości. I nie jest to narzędzie bezstronne. Słowa tylko pozornie opisują obiekty czy zdarzenia, w rzeczywistości służą raczej do wyrażania naszej perspektywy i stosunku do tego, co opisujemy. Gdy wybieramy jakieś słowo, jednocześnie wybieramy sposób oglądania, rozumienia i działania wobec nazwanego obiektu, a także wpływamy na to, jak będą go widzieć inni” (Doroszewska et al., 2021). Ten punkt widzenia wskazuje na szerszy aspekt wpływu języka na rzeczywistość. Sposób formułowania komunikatów, m.in. dotyczących problemów zdrowotnych, kształtuje postawy społeczeństwa wobec danej choroby, a także stosunek do osób nią dotkniętych. Widać to na przykładzie chorób psychicznych. „W języku funkcjonuje wiele pejoratywnych określeń osób z zaburzeniami psychicznymi. (...) Są to słowa i wyrażenia potoczne, lekceważące, które stygmatyzują osoby z zaburzeniami psychicznymi (Doroszewska et al., 2021). Z tego względu coraz częściej są formułowane zalecenia dotyczące języka skoncentrowanego na osobie, którym powinni posługiwać się pracownicy ochrony zdrowia.

Przykładem zrozumienia problemu i przejawem omawianych przemian jest m.in. zmiana, która pojawiła się w 2013 r. w DSM-5. W tej edycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego pojawiło się pojęcie „zaburzenia związane z substancjami i uzależnieniami” (ang. *substance-related*

and addictive disorders). Zastąpiło to pojęcia „uzależnienie” (ang. *dependence*) i „nadużywanie” (ang. *abuse*), które opisują chorych jako osoby odpowiedzialne za pojawienie się problemu medycznego (Hasin et al., 2013). Wprowadzone w DSM-5 określenie opisuje przyczynę zaburzeń, nie osobę. W ten sposób pomaga zauważyć pacjenta w szerszym kontekście i ogranicza postrzeganie pacjenta wyłącznie przez pryzmat jego zaburzenia. Odpowiednia terminologia może zachęcać do skoncentrowanego na osobie ujęcia choroby, które kładzie nacisk na potrzebę wsparcia i opieki, którą mają osoby dotknięte chorobą. Dobór odpowiedniego słownictwa ułatwia także zrozumienie – co potwierdzają wyniki wielu badań – że w większości przypadków choroby psychiczne i zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych można leczyć lub kontrolować, a ludzie mogą mieć nadzieję na powrót do zdrowia (Volkow et al., 2021).

Opisywane tu zalecenia dotyczą nie tylko słownictwa używanego w kontekście zaburzeń psychicznych. W ostatnim czasie wiele się mówi o języku inkluzywnym. Umiejętność stosowania terminów włączających i niewykluczających jest ważnym elementem kompetencji pracowników ochrony zdrowia. Warto, by personel medyczny usłyszał, jak pacjent mówi o sobie, czy używa np. określenia „osoba niepełnosprawna” czy „osoba z niepełnosprawnością”, czy o osobie bliskiej mówi „żona” czy „partnerka”. W rozmowie z pacjentem należy użyć tego określenia, które stosował chory. Jeśli położna słyszy, że kobieta swoje nowo narodzone dziecko nazywa Józiem, to warto, aby w ten sam sposób zwracała się do dziecka. Gdy pacjentka mówi o swojej partnerce, to pielęgniarka używająca inkluzywnego języka też użyje słowa „partnerka”, mówiąc o osobie bliskiej. W sytuacji, gdy nastolatek sygnalizuje, że woli, aby zwracać się do niego per Ania (mimo że wygląd wskazuje, że jest chłopcem i w dokumentacji jest informacja, że ma na imię Mateusz), to warto, aby lekarz uszanował tę prośbę. Jeśli głównymi opiekunami dziecka jest dwóch mężczyzn, w rozmowie można mówić o ojcach, rodzicach. W rozmowie z pacjentem na temat problemów z erekcją, inkluzywność będzie przejawiała się w pytaniu o osobę, z którą współżyje, bez wstępnego założenia, że tą osobą jest żona. W ten sposób okazuje się szacunek dla wartości ważnych dla pacjenta. Będzie to uwzględnienie perspektywy pacjenta ujawniające się na płaszczyźnie języka używanego przez pracownika ochrony zdrowia.

Na potrzebę stosowania niestygmatyzującego, inkluzywnego słownictwa zwracają uwagę liczne organizacje. Należą do nich m.in. amerykańskie Narodowe Instytuty Zdrowia (ang. *National Institutes of Health*), które zalecają używanie języka

skoncentrowanego na osobie (ang. *person-first language*). Zgodnie z tym założeniem będziemy mówić o osobie z cukrzycą (nie o diabetyku), osobie z chorobą otyłościową (nie o otyłym pacjencie). Ma to na celu zwrócenie uwagi na osobę, nie na chorobę czy niepełnosprawność. Takie sformułowania zmniejszają ryzyko stygmatyzacji czy etykietowania (National Institutes of Health) (Bąk-Sosnowska et al., 2022). Kwestie te często są też podnoszone w dyskusji o uzależnieniach. Eksperci zalecają unikanie określeń, takich jak „uzależniony”, „osoba nadużywająca substancji lub narkotyków”, „osoba uzależniona” czy „alkoholik”. Mówiąc o ludziach w takich sytuacjach w sposób niestygmatyzujący, sugeruje się używanie sformułowań, takich jak „osoba z zaburzeniami związanymi z używaniem substancji”, „osoba z uzależnieniem”, „osoba z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu” (National Institute on Drug Abuse, 2021). Centers for Disease Control and Prevention zwraca także uwagę na słownictwo wykorzystywane do opisu grup ludzi. Zaleca, by unikać określeń, takich jak „grupy potrzebujące, marginalizowane, zagrożone” czy „wysokiego ryzyka”. Do opisu tych grup można wykorzystać określenia, takie jak „grupy marginalizowane” społecznie/ekonomicznie, „grupy, które zostały zmarginalizowane”, „grupy doświadczające niekorzystnej sytuacji z powodu...”, „grupy z wyższym ryzykiem” (np. pojawienia się ubóstwa). Instytucja ta formułuje również zalecenia, by mówiąc o ludziach lub grupach, unikać słów, które wiążą się z przemocą, takich jak „cel”, „walka”, a także by uważać na niezamierzone obwinianie. W związku z tym lepiej powiedzieć „osoby niezaszczepione”, „osoby z ograniczonym dostępem” (np. do opieki zdrowotnej) niż „osoby odmawiające szczepienia” czy „osoby niekorzystające” (np. z opieki zdrowotnej) (Centers for Disease Control and Prevention, 2024). W 2019 r. w „The Journal of the American Medical Association” opublikowano artykuł, w którym przedstawiono wyniki analizy języka służącego do opisu chorych na przestrzeni 40 lat (od stycznia 1976 r. do grudnia 2015 r.). Badaniem objęto 302 293 tytuły publikacji wyszukanych w bazie PubMed, które pochodziły z czasopism, takich jak „Journal of the American Medical Association”, „The Lancet”, „Annals of Internal Medicine”, „The British Medical Journal”, „The New England Journal of Medicine”. Autorzy, badając zmiany języka, chcieli opisać zmieniającą się kulturę medycyny klinicznej. Definicję kultury przyjęli od Josepha Betancourta. Definiował on to pojęcie jako zintegrowany wzorzec wyuczonych przekonań i zachowań, które mogą być dzielone między grupami i zawierają myśli, style komunikowania się, sposoby interakcji, sposoby widzenia ról i relacji, wartości, praktyki i zwyczaje (Betancourt, 2003).

Celem analizy było także sprawdzenie, czy na przestrzeni czasu zmieniła się częstotliwość stosowania języka skoncentrowanego na pacjencie. Badacze zaobserwowali, że na przestrzeni czterech dekad wzrósł odsetek tytułów, w których używano określeń zgodnych z założeniami języka skoncentrowanego na pacjencie. Zmniejszyła się m.in. liczba artykułów, w których pisano o starszych, diabetykach, częściej natomiast pisano o starszych pacjentach czy pacjentach z cukrzycą. Autorzy analizy doszli do wniosku, że widoczna jest tendencja do oddzielania osoby od choroby (Chen et al., 2019), czyli używania zasady *person-first language*.

Z punktu widzenia analizy językowych aspektów perspektywy pacjenta warto odwołać się do prac opisujących językowy obraz świata. Pojęcie to definiowało wielu polskich językoznawców, m.in. R. Grzegorczykowa (Grzegorczykowa, 1999) i Ryszard Tokarski (Tokarski, 1993). Wśród językoznawców nie ma zgody co do ostatecznej definicji tego pojęcia. Rozważaniom związanym z perspektywą pacjenta najbliższa jest definicja zaproponowana przez Jerzego Bartmińskiego, który pisał, że językowy obraz świata to „zawarta w języku, różnie zwerbalizowana interpretacja rzeczywistości dająca się ująć w postaci zespołu sądów o świecie. Mogą to być sądy «utrwalone», czyli mające oparcie w samej materii języka, a więc w gramatyce, słownictwie, w kliszowanych tekstach (np. przysłowia), ale także sądy presuponowane, tj. implikowane przez formy językowe, utrwalone na poziomie społecznej wiedzy, przekonań, mitów i rytuałów” (Bartminski, 2009)³⁰. Pojęcie językowego obrazu świata jest przydatne w analizie perspektywy pacjenta, gdyż – jak pisał J. Bartmiński – „pozwala poprzez analizę danych językowych docierać do sposobów postrzegania i konceptualizacji świata przez człowieka, do psychospołecznych mechanizmów kategoryzacji zjawisk, a więc poznawać mentalność mówiących” (Bartminski, 2009)³¹.

Komunikując się z pracownikiem ochrony zdrowia, pacjent używa słów mających dla niego określone znaczenie, przywołujących pojęcia tworzone w umyśle. Jak pisał Bogusław Skowronek, niezwykle ważna jest konceptualizacja świata, czyli to, co ludzie mają na myśli, to, o czym myślą, używając danego słowa (Skowronek, 2022). Uwypuklenie znaczenia konceptualizacji zwraca uwagę na to, że nie wystarczy usłyszeć słowa, które pacjent wypowiada. Należy zrozumieć, jakie one mają dla chorego znaczenie, z jakimi wiążą się myślami i uczuciami. To dopiero pozwoli poznać perspektywę pacjenta.

³⁰ s. 12.

³¹ s. 15.

Opisując termin „perspektywa pacjenta” w odniesieniu do językoznawczych koncepcji, można przytoczyć koncepcję Charlesa Fillmore’a, który pisał, że użytkownicy języka rozumieją wyrażenia językowe, odnosząc się do swojej wiedzy o świecie budowanej na podstawie doświadczeń życia w społeczeństwie, wierzeń, przekonań, kulturowo oraz społecznie utrwalonych standardów i wzorów postępowania w określonych sytuacjach (Fillmore, 1982). Marta Chojnacka-Kuraś wyjaśnia podejście tego autora w następujący sposób: „Ta uschematyzowana wiedza stanowi ramę interpretacyjną (określaną inaczej jako siatka pojęciowa lub baza konceptualna) związaną z daną jednostką leksykalną bądź grupą wyrażen” (Chojnacka-Kuraś, 2016). Ch. Fillmore pisał, że „posługując się terminem «rama», mam na myśli pewien system pojęć powiązanych ze sobą w taki sposób, że rozumienie jednego z nich wiąże się z rozumieniem całościowej struktury, do której dany składnik pojęciowy należy; gdy zatem jeden obiekt pojęciowy wprowadzony został do tekstu czy do konwersacji, to wszystkie inne automatycznie stają się dostępne” (tłum. za: Tokarski, 2006)³². Zgodnie z założeniami teorii ramowej użycie danej jednostki leksykalnej w tekście aktywuje w świadomości odbiorcy ramę pojęciową, z którą nazywane pojęcie jest związane (Grzegorzczak, 2004). Tak dzieje się np., gdy lekarz użyje słowa „rak”. Uruchamia ono u pacjenta szereg skojarzeń (rak to wyrok, ciężkie leczenie). W praktyce ważne jest, aby lekarz miał świadomość albo dowiedział się, w jaki sposób określone pojęcia rozumie pacjent i dążył do wspólnego rozumienia danej sytuacji uwzględniającej skojarzenia, które ma chory, ale także wiedzę medyczną i wynikające z niej wnioski, odnoszącej się do sytuacji pacjenta.

Rozważając proces komunikacji między personelem medycznym a pacjentem z uwzględnieniem pojęć zaczerpniętych z językoznawstwa, warto odwołać się do założeń gramatyki kognitywnej Ronalda Langackera, zgodnie z którą na znaczenie wyrażen językowych składają się dwa elementy – treść pojęciowa i obrazowanie (Langacker, 1995)³³. Z perspektywy opisywanych w tej książce zagadnień szczególnie istotne jest drugie pojęcie. Renata Przybylska opisuje obrazowanie jako „naturalną zdolność człowieka do «portretowania» tego samego zdarzenia (sceny, sytuacji) przy pomocy różnych dostępnych, alternatywnych środków” (Przybylska, 2002)³⁴. Idąc za zaproponowanym przez R. Przybylską rozumieniem pojęcia „obrazowanie”,

³² S. 38.

³³ s. 164.

³⁴ s. 24.

można stwierdzić, że ta zdolność będzie się wyrażała w sposobie opisywania przez pacjenta swojej perspektywy. Umiejętność „obrazowania” nie zmieni perspektywy pacjenta. Nie wpłynie zatem na to, co pacjent myśli, jakie ma doświadczenia, odczucia czy oczekiwania. Może wpłynąć na sposób, w jaki pacjent będzie ją przedstawiał. Z jednej strony może zatem ułatwiać proces komunikacji (np. jeśli chory potrafi precyzyjnie, zwięźle opisać swoje odczucia czy sytuację), z drugiej może ten proces utrudniać (np. jeśli pacjent nie będzie umiał opisać, co się z nim dzieje, będzie używał nieokreślonych wyrażań, np. czuję się nieswojo, słabo).

Podsumowując, z jednej strony język kształtuje perspektywę pacjenta, czyli to, co pacjent myśli i odczuwa w kontekście swojego stanu zdrowia, z drugiej strony poprzez język pacjent mówi personelowi medycznemu o swoich objawach, samopoczuciu, oczekiwaniach i potrzebach. I to dwustronne oddziaływanie należy uwzględnić w procesie komunikacji z pacjentami. W związku z tym jedną z kluczowych umiejętności będzie zdolność prawidłowego odkodowania komunikatów pacjentów (co dla chorego znaczą słowa, których używa, opisując swoją sytuację), a także formułowania przekazu skierowanego do chorych w taki sposób, aby to pozytywnie oddziaływało na postrzeganie przez pacjenta swojej sytuacji.

8.2. Perspektywa pacjenta w socjologii zdrowia i medycyny

W literaturze socjologicznej wiele prac opisuje przekonania pacjentów, doświadczenia, w tym obawy i emocje oraz ich wpływ na decyzje dotyczące kontaktu z systemem opieki zdrowotnej, postawy wobec personelu medycznego oraz gotowość do przestrzegania zaleceń.

Dobrym przykładem jest rozumienie i kontekst angielskich pojęć disease i illness. Zgodnie z tłumaczeniem zaproponowanym przez Magdalenę Sokołowską *disease* odnosi się do obiektywnej zmiany w funkcjonowaniu organizmu na skutek wypadku lub choroby wywołanej czynnikami biologicznymi i stanowi domenę działań lekarzy. Termin *illness*, który twórczyni polskiej socjologii medycyny przetłumaczyła jako „poczucie dyskomfortu”, określa subiektywne odczucia chorego. M. Sokołowska ogranicza poczucie dyskomfortu do „subiektywnego doświadczenia ludzkiego, charakteryzującego się bólem lub złym samopoczuciem” (Sokołowska, 1986). We współczesnych słownikach języka angielskiego terminy te są definiowane inaczej. Według Oxford Dictionary of English *illness* to zły lub niezdrowy stan ciała; stan bycia chorym (Oxford English Dictionary). *Disease* natomiast jest definiowane jako choroba

lub przypadek choroby; stan, w którym funkcja, a często też struktura ciała lub jego części, jest zaburzona lub upośledzona; także stan zaburzonej lub upośledzonej funkcji umysłowej (obecnie rzadko); szczególnie taki stan, w którym można zdefiniować charakterystyczne objawy, typowe zmiany fizjologiczne lub anatomiczne i (często) określony powód lub czynnik [tłum – A.D.] (Oxford English Dictionary). Autorzy książki *Umiejętności komunikowania się z pacjentami* piszą o *disease* w kontekście biomedycznej sytuacji pacjenta, a o *illness* jako o perspektywie pacjenta (Silverman et al., 2018). Jak pisał. Z. Szawarski, „lekarze sądzą na ogół, że rozpoznając i lecząc definiowaną w języku medycyny chorobę, usuwają zarazem źródło przeżywanych przez pacjenta dolegliwości (*illness*). Relacja pomiędzy patofizjologicznymi zmianami w ciele a samopoczuciem pacjenta jest jednak znacznie bardziej skomplikowana” (Szawarski, 2005). Poznanie i zrozumienie tych relacji jest jednym z celów komunikacji personelu medycznego z pacjentami.

Socjologowie badają postawy i zachowania zdrowotne, które warto przywołać, dążąc do opisu socjologicznych aspektów perspektywy pacjenta. Szukając w socjologii odniesień do terminów powiązanych z perspektywą pacjenta, warto przytoczyć pojęcie „postawa”. Stefan Nowak tak definiował to pojęcie: „postawą pewnego człowieka wobec pewnego przedmiotu jest ogół względnie trwałych dyspozycji do oceniania tego przedmiotu i emocjonalnego nań reagowania oraz (...) względnie trwałych przekonań o naturze i właściwościach tego przedmiotu i względnie trwałych dyspozycji do zachowania się wobec tego przedmiotu” (Nowak, 1973)³⁵. W definicji tej jest mowa o postawie wobec czegoś. To może być na przykład postawa wobec określonej choroby, przekonanie, że będzie przebiegała w ciężki sposób i wiąże się z dużym ryzykiem znacznego pogorszenia stanu zdrowia na trwałe. Perspektywa pacjenta odnosi się nie tylko do postawy wobec danego objawu, choroby czy dolegliwości, ale także do gotowości pacjenta do skorzystania z pomocy specjalisty lub do przestrzegania zaleceń. Na tę gotowość wpływają również takie elementy, jak zaufanie, zrozumienie własnej sytuacji, akceptacja wybranego postępowania terapeutycznego. Mówiąc o perspektywie pacjenta, podkreśla się także to, że wpływa ona na określone oczekiwania chorego dotyczące opieki bądź zaleceń. Opis perspektywy pacjenta będzie zatem szerszy niż opis postawy danej osoby.

³⁵ s. 23.

Perspektywa pacjenta to m.in. gotowość chorego do kontaktu z systemem opieki zdrowotnej lub przestrzegania zaleceń. W tym kontekście warto odwołać się do pojęcia *lay referral system*. Eliot Freidson definiował je następująco: proces poszukiwania pomocy obejmuje sieć potencjalnych konsultantów. Należą do niej zarówno osoby, które są członkami najbliższej rodziny (w socjologii nazywanej rodziną nuklearną), jak i inne, dalsze, starannie wybrane osoby, które nie mając wykształcenia medycznego, są autorytetami. Na końcu tej listy konsultantów znajdują się profesjonaliści. Ta sieć konsultantów jest częścią struktury lokalnej społeczności laików i często narzuca sposób poszukiwania pomocy. E. Freidson pisał, że można ją nazwać „potoczną strukturą odniesień” (ang. *lay referral structure*). W połączeniu z uwarunkowaniami kulturowymi wpływającymi na ten proces możemy mówić o nim jako o „potocznym systemie odniesień” (ang. *lay referral system*³⁶) (Freidson, 1960) (Freidson, 1988). William Cockerham pisał, że w systemie, w którym poruszają się pacjenci, funkcjonują osoby nieprofesjonalne, inaczej laicy, niespecjaliści, tacy jak członkowie rodziny, przyjaciele, sąsiedzi. Osoby te pomagają jednostce w interpretacji jej objawów chorobowych oraz w wyborze sposobu działania (Cockerham, 2007). Małgorzata Synowiec-Piłat zwraca uwagę, że potoczny system odniesień dostarcza jednostce pomoc, ale jest także sposobem na kontrolę społeczną. „Osoby wchodzące w skład systemu laickiego mogą wywierać na jednostkę chorą presję, by zgłosiła się do lekarza, poddała się badaniom diagnostycznym oraz przestrzegała zaleceń lekarskich. Ale – o czym warto pamiętać – mogą także zniechęcać, a nawet zabraniać choremu kontaktów z profesjonalistami medycznymi” (Synowiec-Piłat, 2013).

M. Synowiec-Piłat zwraca również uwagę, że E. Freidson podkreślał, że personel medyczny powinien brać pod uwagę punkt widzenia pacjenta, a przestrzegał przed uwzględnianiem tylko medycznych, instrumentalnych elementów będących domeną medycyny (Synowiec-Piłat, 2013). Jeszcze wyraźniej znaczenie nieprofesjonalnej oceny sytuacji podkreśla ona, pisząc, że „nasze zmagania z chorobą rozgrywają się

³⁶ W polskiej literaturze z zakresu socjologii medycyny termin *lay referral system* czasem jest używany bez tłumaczenia, np. Synowiec-Piłat, M. (2013). Podjęcie decyzji o korzystaniu z usług medycznych w kontekście koncepcji *lay referral system*. Przypadek chorób nowotworowych. *Acta Universitatis Lodzensis Folia Sociologica* (45), 131-145. <https://doi.org/https://www.kreatywniedlazedrowia.pl/kdz/publikacjapodjecie.pdf> W publikacjach czasem bywa tłumaczony w sposób opisowy, np. jako wiedza i doświadczenia osób znajdujących się w otoczeniu jednostki, u której pojawiają się niepokojące objawy (Tobiasz-Adamczyk, B. (2012). „Życie w ramach” wyznaczonych chorobą nowotworową – rola socjologii medycyny. *Przegląd Socjologiczny*, LXI(2), 81-118. M. Skrzypek pisał o systemie laików (Skrzypek, M. (2011). *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej*. Wydawnictwo KUL s. 99). Ja tłumaczę ten termin jako potoczny system odniesień.

w środowisku laików. Początkowo wybór strategii postępowania w chorobie zależny jest od diagnozy, którą stawia sobie człowiek na podstawie swej laickiej wiedzy oraz w zależności od sytuacji społecznej, w której się znajduje. Wiedza laicka wzbogacona zostaje w trakcie życia jednostki doświadczeniami choroby swojej, członków rodziny (tzw. rodzinna historia choroby) oraz osób z bliższego i dalszego otoczenia” (Synowiec-Piłat, 2013). Wyniki badań potwierdzają, że otoczenie jednostki wpływa na decyzje dotyczące zdrowia. Badanie Charlesa Cornforda i Hilary Cornford dotyczące wykorzystania sieci laików (ang. *lay networks*) w podstawowej opiece zdrowotnej pokazały, że 70% pacjentów konsultuje się z przyjaciółmi i rodziną, zanim umówią się na wizytę do lekarza rodzinnego (Cornford, Cornford, 1999). Wyniki innego badania pokazują, że 28,3% hospitalizowanych z powodu chorób reumatycznych deklaroowało, że pierwsze objawy choroby zauważył ktoś z ich najbliższego otoczenia. W tej grupie pacjentów 71,1% często lub bardzo często omawiało problemy zdrowotne ze swoją siecią laików, 76,1% respondentów uważało, że osoby znajdujące się w ich sieci laików mogą udzielać im trafnych porad dotyczących choroby, na którą cierpią (Dobroiu et al., 2017). Do tradycyjnych grup odniesienia w poszukiwaniu informacji o zdrowiu współcześnie dołączył Internet. W 2021 r. niemal 3/5 Polaków poszukiwało w Internecie informacji o sposobach leczenia (Centrum Badawczo-Rozwojowe BioStat, 2021). Warto także odnieść się w tym miejscu do pojęcia sieci społecznej, czyli relacji społecznych doświadczanych codziennie, które służą jako typowa ścieżka wymiany informacji, opinii i emocji. W typowej sieci społecznej znajdują się rodzina, krewni i przyjaciele (Cockerham, 2010)³⁷.

Badacze opisują również sieci dyskusyjne dotyczące zdrowia (ang. *health discussion networks*). Oddziałują one na decyzje podejmowane przez swoich członków, ich zachowania lub postawy wobec zdrowia. Ich wpływ odbywa się poprzez normy społeczne lub normatywne oddziaływanie sieci społecznych. Promowane w tych sieciach pro- lub antyzdrowotne zachowania i wzorce korzystania z opieki zdrowotnej wpływają na wskaźniki zachorowalności oraz śmiertelności (Perry, Pescosolido, 2010). Członkami tych sieci są zazwyczaj osoby z rodziny lub spoza niej, ale posiadające specjalistyczną wiedzę. Choroby przewlekłe czasem przebiegają bezobjawowo lub w sposób niejednoznaczny, co utrudnia ustalenie, czy potrzebna jest pomoc lekarska. Z tego powodu osoby nieposiadające specjalistycznej wiedzy na temat

³⁷ s. 138.

zdrowia odgrywają istotną rolę, obserwują bowiem i podpowiadają, że należy udać się do specjalisty. Po zdiagnozowaniu choroby członkowie sieci dyskusyjnych dotyczących zdrowia mogą wpływać na postępowanie chorego. Zachęcają lub zniechęcają do przestrzegania zaleceń i zmian w stylu życia, takich jak dieta i aktywność fizyczna (Abbott et al., 2012).

Opisywane wyżej koncepcje potocznego systemu odniesień, sieci laików, sieci dyskusyjnych dotyczących zdrowia wskazują na wpływ bliskich, z którymi konsultują się pacjenci lub do których porównują swoją sytuację. Może on się także przejawiać w dzieleniu się opiniami na temat kwestii związanych ze zdrowiem. Przykładem są powszechne wśród wielu osób tzw. przekonania fatalistyczne. M. Synowiec-Piłat za Paulin Straughan i Adeline Seow wskazywała na częstość występowania przekonań fatalistycznych związanych z chorobami nowotworowymi. W tym kontekście „fatalizm to pogląd, zgodnie z którym wydarzenia, z którymi mamy do czynienia, są kontrolowane przez czynniki zewnętrzne. Przekonania fatalistyczne charakteryzują się pesymizmem, bezsilnością i zagubieniem odnośnie do możliwości uniknięcia raka (Synowiec-Piłat, 2013) (Straughan, Seow, 1998). Konsekwencje takiego podejścia są poważne, obniżają na przykład gotowość do przestrzegania zaleceń ze względu na to, że chorzy z takimi przekonaniami sądzą, że korzyści związane z przestrzeganiem zaleceń są ograniczone. Towarzyszą im raczej opinie, że z chorobą i tak nic nie można zrobić albo że jest to wola Boga, której trudno się przeciwstawiać (Ramondt, Ramírez, 2017). Wpływ na przekonania fatalistyczne często ma przekaz medialny (Niederdeppe et al., 2010), a także powszechny dostęp do informacji (Viswanath et al., 2012). Dlatego wyżej pisałam, że perspektywa pacjenta jest kształtowana nie tylko przez doświadczenia i opinie własne oraz bliskich. Nie tylko przekonania fatalistyczne, ale szerzej ogólnie przekonania zdrowotne (ang. *lay health beliefs*) są przedmiotem analiz socjologicznych. Wpływają one bowiem na sposób definiowania przez chorego własnego stanu zdrowotnego, co ma znaczenie podczas interakcji z pracownikiem ochrony zdrowia. Przekonania często odnoszą się do tego, co ludzie uważają za korzystne dla zdrowia i w związku z tym są kluczowe podczas edukacji zdrowotnej i w ramach promocji zdrowia (Nettleton, 2007).

Model przekonań zdrowotnych (ang. *health beliefs model*) opisany przez Irwin Rosenstocka i Marshalla Beckera stanowi ramę teoretyczną dla wielu badań mających na celu wyjaśnienie, dlaczego ludzie, dbając o swoje zdrowie lub reagując na symptomy chorobowe, postępują w określony sposób (Becker, 1974)

(Rosenstock, 1974). Opisując ten model, Peter Conrad pisał, że pacjenci są bardziej skłonni do przestrzegania zaleceń lekarzy, gdy uważają, że choroba może mieć poważne konsekwencje dla ich zdrowia lub codziennego funkcjonowania, i nie przewidują poważnych przeszkód, takich jak skutki uboczne lub koszty. Model ten zakłada, że pacjenci działają racjonalnie, kalkulują w oparciu o ich przekonania zdrowotne. P. Conrad podkreśla, że w tym podejściu przekonania zdrowotne są najbardziej znaczącymi aspektami subiektywnego doświadczenia (Conrad, 2009).

Szukając socjologicznych źródeł perspektywy pacjenta, warto odwołać się także do Iwony Taranowicz, która szczegółowo analizując zjawisko rozbieżności między deklaracjami ludzi o wysokiej wartości zdrowia i działaniami niesprzyjającymi zachowaniu czy przywróceniu zdrowia, pisała, że „jednostka podejmuje takie działania mające jej przynieść osiągnięcie pożądanego celu, które są najbardziej efektywne na gruncie jej stanu wiedzy” (Taranowicz, 2015)³⁸. Jednocześnie badaczka zwróciła uwagę, że „wiedza i przekonania przeciętnych ludzi nie są, co oczywiste, prostym odzwierciedleniem wiedzy naukowej”. Mamy w związku z tym do czynienia z dwoma modelami racjonalności. Model racjonalności profesjonalnej „opisuje rzeczywistość modelową, wykreowaną w laboratoriach, pracowniach naukowych, opracowaniach statystycznych postrzeganą z perspektywy zbiorowej. Odnosi się do rzeczywistości takiej, jaka być powinna, by opisywane przez ekspertów zjawiska, związki między różnymi czynnikami mogły zaistnieć w kierunku korzystnym dla zdrowia” (Taranowicz, 2015)³⁹. Jednostki nie zawsze jednak opierają swoje przekonania na źródłach naukowych. I. Taranowicz podkreślała, że wiedza laika czasem jest sprzeczna z wiedzą medyczną, a opiera się na opiniach innych, często także niespecjalistów, wpływają na nią emocje i przekonania dotyczące wartości (Taranowicz, 2015)⁴⁰. Jak pisał Krzysztof Puchalski, zdrowie bywa różnie postrzegane przez laików jako wartość uroczysta, czasem jako instrumentalna (Puchalski, 1990). K. Puchalski wspólnie z Elżbietą Korzeniowską zwrócili ponadto uwagę na potoczne racjonalizacje, które często są przyczyną unikania działań na rzecz zdrowia (Puchalski, Korzeniowska, 2004). W tym miejscu warto jeszcze przytoczyć prace Thomasa Luckmanna, który pisał, że wiedzę potoczną posiada każdy człowiek. Tworzy ona „strukturę powiązanych ze sobą elementów, zwanych subiektywnym

³⁸ s. 148.

³⁹ s. 152-153.

⁴⁰ s. 153.

czy też jednostkowym zasobem wiedzy. Jest ona zdobywana w otwartym, często naiwnym nastawieniu, a nie jest efektem logicznej systematyzacji. Wiedza ta pochodzi z codziennych doświadczeń jednostki w kontaktach z otoczeniem naturalnym oraz instytucjami społecznymi” (Luckmann, 1983). Jak piszą Włodzimierz Piątkowski i Patrycja Zalewska-Blechar, „wiedza potoczna na temat zdrowia i choroby jest uznawana za ważny komponent postaw, potrzeb i zachowań zdrowotnych oraz wynikających z nich decyzji dotyczących podejmowania prób profesjonalnego leczenia lub przeciwnie np. praktykowania samolecznictwa” (Piątkowski, Zalewska-Blechar, 2023).

Perspektywa pacjenta wpływa zatem na zachowania związane ze zdrowiem, które podzielić można na zachowania zdrowotne (ang. *health behaviors*) i zachowania w chorobie (ang. *illness behaviors*). Pierwsze są definiowane jako aktywność jednostki, której celem jest podtrzymywanie lub wzmacnianie zdrowia, zapobieganie problemom ze zdrowiem lub dążenie do pozytywnego postrzegania własnego ciała. Zachowania w chorobie to działania podejmowane przez jednostkę, która czuje się chora, mające na celu ustalenie diagnozy i znalezienie pomocy dającej ulgę lub wyleczenie tej choroby (Cockerham, 2010)⁴¹. Beata Tobiasz-Adamczyk podkreślała, że „mechanizmy decydujące o przebiegu zachowań w chorobie, szczególnie w okresie dostrzeżenia objawów, ich percepcji, oceny, odwołują się do *lay referral system*, tj. do wiedzy i doświadczeń osób znajdujących się w otoczeniu jednostki, u której pojawiają się niepokojące objawy” (Tobiasz-Adamczyk, 2012)⁴². Jak pisze M. Synowiec-Piłat, „zachowania zdrowotne nie są prostą wypadkową posługiwania się przez jednostkę modelem racjonalności wypracowanym przez medycynę. Ludzie, funkcjonując w określonych środowiskach społecznych, nadają kwestiom zdrowia i choroby specyficzne interpretacje oraz znaczenia i zgodnie z nimi podejmują działania” (Synowiec-Piłat, 2015). Beata Adamczyk, Krystyna Szafraniec, Jadwiga Bajka pisały, że na decyzje podejmowane w związku z pojawieniem się choroby nowotworowej wpływa wiele elementów, wśród nich m.in. odczuwane dolegliwości i ich nasilenie, interpretacja, inne aktywności spychające kwestie zdrowotne na dalszy plan, a także emocje. Na przykład wstyd wynikający z doświadczanych objawów,

⁴¹ s. 113. Istnieje bogata literatura zarówno socjologiczna, jak i psychologiczna definiująca pojęcie zachowań zdrowotnych, a także wyróżniająca rodzaje tych zachowań. Definicje oraz klasyfikacje tych zachowań w polskiej literaturze można znaleźć m.in. w pracach I. Heszen, A. Ostrowskiej, K. Puchalskiego, B. Woynarowskiej.

⁴² s. 97.

obawa przed nieprzyjemnym badaniem często prowadzi do odwlekania konsultacji (Adamczyk et al., 1999). M. Synowiec-Piłat wskazywała, że jeśli na gruncie potocznego systemu odniesień jednostki dominuje przekonanie, że nowotwory to choroby nieuleczalne i szybko prowadzące do zgonu, może to prowadzić do bierności osoby chorej i decyzji o niepodejmowaniu inicjatywy zmierzającej ku wyleczeniu (Synowiec-Piłat, 2013).

Warto też przytoczyć słowa W. Piątkowskiego, który pisał, że pewne istotne (pomijane przez lekarzy) elementy wcześniejszego laickiego doświadczenia są wyznacznikami wzorów korzystania z usług systemu, zakładając oczywiście, że istnieje istotna „kulturowa odrębność” i niejednoznaczność pojęć „zdrowia i choroby, wyleczenia i pogorszenia samopoczucia”, osobna w obrębie medycyny, a inna w obszarze potocznego systemu odniesień (Piątkowski, 2012)⁴³.

Potoczna wiedza, niektóre doświadczenia z przedstawicielami systemu ochrony zdrowia, w tym m.in. ograniczona komunikacja, niewysłuchanie pacjenta powoduje, że niektórzy pacjenci decydują się skorzystać z pomocy różnego rodzaju uzdrowicieli. Zagadnienie to stanowi kolejny obszar socjologicznych analiz, które szukają przyczyn tego zjawiska, a także analizują przebieg konsultacji u niespecjalistów i ich wpływ na zachowania zdrowotne, kontakt z pracownikami ochrony zdrowia oraz stosowanie zaleceń lekarskich. Zwróciła na to uwagę już Magdalena Sokołowska. Jej prace, opisane szczegółowo w książce „From medicine to sociology. Health and illness in Magdalena Sokołowska's research conceptions” (Piątkowski, 2020) zapoczątkowały dalsze badania leczenia niemedycznego w Polsce, które od wielu lat prowadzi Włodzimierz Piątkowski (Piątkowski, 2008).

Poznanie wiedzy potocznej, potocznych racjonalizacji i toku myślenia niespecjalistów, a także zrozumienie wiedzy i doświadczeń wpływających na zachowania zdrowotne warto uznać za cel komunikacji personelu medycznego z pacjentami. Bez tego bowiem niemożliwe jest pełne, autentyczne zrozumienie perspektywy pacjenta. Te kwestie są też kluczowe z punktu widzenia wspólnego podejmowania decyzji. W zależności od nich bowiem pacjent może uznawać, że dane postępowanie jest dla niego bardziej korzystne niż inne, nawet jeśli jest proponowane przez lekarza. W odwołaniu do nich lekarz powinien przekazywać informacje dotyczące dostępnych możliwości postępowania. To znaczy, że dzięki ich poznaniu

⁴³ s. 23.

lekarz będzie wiedział, jaką wiedzę posiada pacjent, jakich informacji mu brakuje, które należy skorygować, gdyż są nieadekwatne w danej sytuacji lub niepoprawne z medycznego punktu widzenia.

Warto także przytoczyć opisany przez Irwina M. Rosenstocka i M. Beckera model przekonań zdrowotnych. Zgodnie z tym modelem przekonania zdrowotne są opiniami i wiedzą, którą posiada jednostka na temat zdrowia. Dotyczą one takich kwestii, jak przyczyny chorób, skuteczność leczenia, ryzyko związane z określonymi sposobami leczenia, zapobieganie chorobom czy dbanie o dobre samopoczucie. Wpływają one na zachowania zdrowotne, które zależą przede wszystkim od czterech elementów:

- ✓ postrzegana podatność na dany problem medyczny lub chorobę,
- ✓ postrzegany stan zaawansowania, nasilenie choroby,
- ✓ przekonanie o korzyściach działań związanych ze zdrowiem,
- ✓ postrzegane bariery w podejmowaniu zachowań związanych ze zdrowiem (Rosenstock, 1974) (Becker, 1974).

Rozważając naukowe podstawy składowych perspektywy pacjenta, warto również przytoczyć i ogólnie scharakteryzować koncepcję kompetencji zdrowotnych (ang. *health literacy*). Institute of Medicine definiuje to pojęcie jako stopień, w jakim jednostki są w stanie otrzymać, przetworzyć (*process*) i zrozumieć podstawowe informacje dotyczące zdrowia i usług zdrowotnych, które są potrzebne do podjęcia odpowiednich decyzji związanych ze zdrowiem (Institute of Medicine Committee on Health Literacy, 2004). Don Nutbeam definiował to pojęcie jako umiejętności poznawcze i społeczne, które determinują motywację i zdolność jednostek do uzyskiwania dostępu, zrozumienia i wykorzystania informacji w sposób, który jest korzystny z punktu widzenia promowania i utrzymywania dobrego zdrowia (Nutbeam, 2000). Badacze zwracają uwagę, że osoba z odpowiednim poziomem wiedzy na temat zdrowia potrafi wziąć odpowiedzialność za zdrowie własne, a także rodziny i społeczności (Sørensen et al., 2012). Autorzy przeglądu systematycznego analizującego modele i definicje kompetencji zdrowotnych podsumowali, że są to umiejętności sprawnego znajdowania informacji związanych ze zdrowiem, rozumienia i oceny ich oraz wykorzystania w życiu. Według Kristine Sørensen i in., w tym polskiej socjolożki Zofii Słońskiej, proces ten wymaga czterech rodzajów kompetencji:

- ✓ poszukiwania, znajdowania i uzyskiwania informacji zdrowotnych (od których zależy dostęp do informacji),

- ✓ rozumienia dostępnych informacji zdrowotnych (od których zależy zrozumienie informacji),
- ✓ interpretowania, filtrowania, oceniania i ewaluacji informacji zdrowotnych, które zostały uzyskane (od których zależy ocena przydatności informacji),
- ✓ komunikowania się i wykorzystywania informacji w celu podjęcia decyzji dotyczącej utrzymania i poprawy zdrowia (od których zależy wykorzystanie informacji do własnej sytuacji) (Sørensen et al., 2012).

8.3. Perspektywa pacjenta – aspekty etyczne

Rozważania dotyczące etyki w kontekście perspektywy pacjenta zacznę od słów Z. Szawarskiego, który połączył te kwestie z omówionymi wyżej zagadnieniami językowymi, a także wskazał, jak ważna jest komunikacja. Pisał on, że „rozmowa lekarza i pacjenta ma charakter totalny. (...) Lekarz ma moralny obowiązek właściwego użycia słowa. Słowo ma bowiem znaczenie terapeutyczne” (Szawarski, 2007)⁴⁴.

Etyczne aspekty perspektywy pacjenta to wartości ważne dla chorego w codziennym funkcjonowaniu, ale także kwestie takie jak zaufanie, czyli wartości istotne w relacji chorego z pracownikiem ochrony zdrowia. „Etyczny aspekt postępowania lekarza wiąże się m.in. z faktem, iż stosunek lekarz – pacjent jest szczególnym przypadkiem bliskiego związku między dwojgiem ludzi, oraz z tym, że pacjent ma różne prawa o charakterze ogólnoludzkim, lekarz zaś ma obowiązek jak najlepszej realizacji swych zadań zawodowych” (Doroszewski, 2006).

Jedną z ważnych składowych perspektywy pacjenta są wartości i ich hierarchia, jaką przyjmuje pacjent. Wartości dotyczą codziennego funkcjonowania pacjenta na wszystkich istotnych dla tej osoby płaszczyznach, ale też odnoszą się do kontaktu z personelem medycznym.

Piotr Zaborowski pisał, że „głównym celem kontaktu pomiędzy potrzebującym pomocy a tym, kto jej udziela, jest stworzenie wzajemnej relacji porozumienia opartej na zaufaniu. To ono jest niezbędnym podłożem do budowania nadziei, która stanowi najsilniejszy motywator działania. Bez zbudowania zaufania pacjenta i późniejszego wzmacniania tego stanu niemożliwa jest pełna współpraca między chorym a lekarzem. Środkiem do osiągnięcia zaufania jest nie tylko okazanie pacjentowi swojego zainteresowania, ale przede wszystkim wytworzenie atmosfery, w której

⁴⁴ s. 33.

nasza chęć niesienia pomocy będzie oczywista bez potrzeby mówienia o tym (Zaborowski, 2019)⁴⁵.

Zaufanie do personelu medycznego to jeden z fundamentów relacji pacjent – pracownik ochrony zdrowia. Na zaufanie pacjentów wpływa wiele czynników, z których duża część znajduje się poza gabinetami w przychodniach czy salami szpitalnymi. Należą do nich np. przekaz medialny dotyczący systemu ochrony zdrowia czy pracy personelu medycznego. Sposób, w jaki lekarz czy pielęgniarka rozmawiają z chorym, zadają pytania, słuchają odpowiedzi czy okazują zainteresowanie i zrozumienie też wpływa na to, czy pacjent zaufa specjalście. Każdy element spotkania, od przywitania po pożegnanie, gesty, słowa, postawę ciała, może wzmocnić lub naruszyć zaufanie. Pacjent nieufny z większym prawdopodobieństwem podważy opinie, sprawdzi je w innych źródłach, w mniejszym stopniu dostosuje się do zaleceń, a podczas rozmowy może zachowywać się w sposób agresywny lub konfrontacyjny. Ponadto warto pamiętać, że chorzy, często nie wprost, mówią o wartościach, które stoją u podstaw celów, oczekiwań decyzji, o czym piszę poniżej. Dlatego w komunikacji niezwykle ważne jest zaufanie, dopiero potem zachęcenie do rozmowy na temat wartości.

Wartości, takie jak zaufanie, zrozumienie, troska, akceptacja, prawda, nadzieja, ale też prywatność i poufność są kluczowe dla relacji personelu medycznego z pacjentami. Odnoszą się one do ogólnych kwestii związanych z wykonywaniem zawodu medycznego i dlatego omówienie ich wykracza poza ramy opracowania poświęconego perspektywie pacjenta. Skupię się w tej części na wartościach, które stanowią element perspektywy pacjenta.

Informacja o tym, że choroba ograniczy sprawność fizyczną i chory nie będzie mógł intensywnie uprawiać sportu, sprawi, że życie zawodowe instruktorki fitness zawiśnie na włosku. Konieczność wycięcia macicy jest końcem planów o byciu matką dla kobiety, która planowała macierzyństwo, ale dla osoby mającej dzieci może to być operacja ważna, aby zachować zdrowie i bez wpływu na życiowe cele. Rozpoznanie hierarchii wartości pacjenta pozwoli personelowi medycznemu zrozumieć, co dla chorego oznaczają informacje medyczne, o których rozmawiają, dostosować sposób komunikacji – zarówno jeśli chodzi o jej treść, jak i formę, czyli odpowiednią postawę czy umiejętności. Ta sama informacja medyczna ma różne znaczenie w zależności

⁴⁵ s. 93.

od perspektywy pacjenta. Im bardziej będzie zagrażać ważnym dla pacjenta wartościom, tym większe wzbudzi emocje i tym trudniejsze będzie ustalenie postępowania. Jednocześnie warto pamiętać o tym, że pacjenci często nie mówią wprost o wartościach. Kontaktują się z lekarzem, ponieważ coś ich boli, źle się czują, czy doznali urazu i opowiadają o swoim samopoczuciu. Dostrzeżenie w tym somatycznym odczuciu wartości, które mogą być zagrożone w związku ze stanem zdrowia, wymaga dopytania o wpływ sytuacji na funkcjonowanie, o cele ważne dla pacjenta. Wartości wyznaczają bowiem cele. Richard Kravitz, amerykański lekarz i bioetyk, rozróżnia oczekiwania jako prawdopodobieństwo, czyli co pacjent myśli, że się wydarzy, oraz oczekiwania jako wartości. Wartości, pisze R. Kravitz, są to postawy, czyli poznawcza lub emocjonalna orientacja dotycząca zdarzeń lub zjawisk. Wartości odnoszą się do tego, co pacjent chciałby, aby się wydarzyło (czyli pragnienia), co pacjent uważa, że powinno się wydarzyć (czyli konieczność), co pacjent sądzi, że mu się należy (czyli prawo do czegoś). Wartości odnoszą się też do standardów normatywnych (czyli jak powinno być) lub do ich ważności w opinii danego pacjenta (Kravitz, 1996).

Z medycznego punktu widzenia kluczowe wartości to życie, zdrowie, jakość życia, brak bólu, sprawność. „Ze stosunkiem lekarz – pacjent łączy się wiele bardzo wysokich wartości, które jednak nie są a priori identyczne ani oczywiste dla obu tych stron w ich wspólnym dążeniu do zdrowia pacjenta, przy czym skuteczne i etycznie właściwe postępowanie wymaga dobrego wzajemnego zrozumienia, uzgodnienia wielu spraw, nierzadko też kompromisów. Jest to możliwe dzięki porozumieniu lekarza z pacjentem” (Doroszewski, 2006). Zadaniem lekarza jest poznanie tych wartości i uzgodnienie wspólnego celu. Personel medyczny spotyka osoby mające bardzo różne hierarchie wartości. Każdy pacjent może inaczej widzieć cel, który chciałby osiągnąć. Dla jednej pacjentki, u której lekarz wykrył raka tarczycy, celem może być wyleczenie choroby. Inna osoba w takiej sytuacji chciałaby dodatkowo zadbać o płodność po leczeniu, gdyż bardzo chciałaby mieć dzieci.

Niekiedy może być tak, że lekarz i pacjent inaczej widzą główny cel postępowania. Na przykład leczenie choroby otyłościowej to dla lekarza przede wszystkim troska o uniknięcie powikłań tej choroby, które mogą być niebezpieczne dla zdrowia lub życia. Natomiast pacjent może chcieć zmienić masę ciała, by dobrze czuć się podczas występów publicznych. Jeśli dla chorego najważniejsze będzie życie bez bólu, które umożliwi kontakt z wnukami, to osoba ta będzie oczekiwała, że lekarz

przepisze skutecznie uśmierzające ból leki, nawet jeśli ich przyjmowanie może się wiązać z działaniami niepożądanymi. O bólu i cierpieniu pisał Z. Szawarski, zwracając uwagę, że są to dwie różne kategorie. Współczesna medycyna zwykle może uśmierzyć nawet silny ból, ale czy złagodzi to cierpienie człowieka? (Szawarski, 1999). Lekarz zwykle zada wiele pytań – gdzie boli, jaki to rodzaj bólu, kiedy się pojawia, co go nasila, a co zmniejsza. Z perspektywy pacjenta ważne jest jednak nie tylko to, aby ból minął, lecz aby lekarz pomógł żyć zgodnie z wartościami, czyli w taki sposób, jaki wybiera chory.

Niekiedy wartości na pierwszy rzut oka są różne. Matka może nie godzić się na szczepienie dziecka, ponieważ dla niej największą wartością jest jego zdrowie, a przeczytała, że szczepionki powodują ciężkie choroby. Może się wydawać, że lekarzowi w kontakcie z rodzicem, który nie decyduje się na szczepienie dziecka, trudno będzie znaleźć płaszczyznę porozumienia. Lekarza i rodzica pozornie wszystko dzieli. Właśnie rozmowa o wartościach pozwoli unaocznić, że są one tożsame – jest nim zdrowie dziecka.

Może się tak zdarzyć, że cele lekarza i pacjenta będą w konflikcie. To są sytuacje, w których różne wartości stoją u podstaw oczekiwań pacjenta oraz proponowanych przez lekarza sposobów postępowania. Na przykład pacjent chce wywiązać się z zawodowych zobowiązań i z tego względu oczekuje recepty na antybiotyk, gdyż jest przekonany, że to lek, który skutecznie zniweluje objawy rozwijającej się infekcji utrudniającej pracę. Ten chory tym razem priorytetowo traktuje wykonanie zadania niż możliwe zdrowotne komplikacje związane z leczeniem. Z perspektywy medycznej podanie antybiotyku bez wskazań nie jest dobrym rozwiązaniem. Konflikt wartości pojawia się wtedy, gdy lekarz argumentuje, że coś należy zrobić, dlatego że to będzie najlepsze z punktu widzenia celów medycznych, a pacjent wybiera inne rozwiązanie, które pozwala mu zadbać o ważne dla niego wartości. Przykładem może być mężczyzna, który nie godzi się na operację, która powinna być zrobiona jak najszybciej ze względu na to, żeby choroba nie zdołała się rozwinąć. Lekarz proponuje pacjentowi termin operacji w ciągu dwóch tygodni. Chory jednak nie chce się zgodzić ze względu na to, że w przyszłym tygodniu wyjeżdża z żoną na dawno zaplanowany, wymarzony urlop i ten czas z najbliższą osobą jest dla niego najważniejszy. W pierwszym momencie pojawia się konflikt wartości – dla lekarza to zdrowie pacjenta, w związku z tym szybka operacja, która zwiększa szanse na wyleczenie. Dla pacjenta – czas z osobą bliską i spełnienie marzeń. Jeśli lekarz

pozna tę perspektywę, zrozumie, dlaczego pacjent woli zapisać się na późniejszy termin operacji, wysłucha chorego, nie oceni jego wyborów, ma szansę wzbudzić zaufanie. Gdy zdobędzie to zaufanie, będzie mógł powiedzieć, dlaczego z medycznego punktu widzenia zrobienie operacji jak najszybciej jest ważne. To pozwoli na wymianę perspektyw, podzielenie się tym, jakimi wartościami kierują się obie strony. To będzie podstawa porozumienia, ale i wspólnego podjęcia decyzji.

To wartości często będą wpływać na decyzje podejmowane przez pacjenta. Oczekiwania związane z opieką zdrowotną i decyzje dotyczące zdrowia pacjent często podejmuje w odniesieniu do własnej hierarchii wartości. U podstaw podejmowania decyzji jest rozmowa o wartościach i uzgodnienie, czym chce kierować się pacjent lub jaki cel chciałby osiągnąć. Równocześnie warto podkreślić, o czym pisał Z. Szawarski, że „niepodobna respektować autonomii pacjenta, nie dając mu możliwości wyboru i decydowania o sobie. Pacjent nie może podjąć najlepszej jego zdaniem decyzji, jeśli nie dysponuje prawdziwą lub przynajmniej wysoce prawdopodobną wiedzą dotyczącą przebiegu choroby i możliwości jej wyleczenia” (Szawarski, 1999). Jednocześnie rozmowa o wartościach dotyka bardzo delikatnych, niekiedy nawet intymnych sfer ludzkiego funkcjonowania. Dobrze poprowadzona będzie rodziła zaufanie i zrozumienie, da poczucie bezpieczeństwa, będzie wyrazem troski i akceptacji chorego takiego, jakim jest. Przebieg rozmowy, satysfakcja z opieki, ocena jej jakości po konsultacji zależą często od tego, czy pacjent ma poczucie, że lekarz lub pielęgniarka zrozumieli, co jest dla chorego najważniejsze, tj. czy leczenie lub opieka były zgodne z wartościami. Jeśli w trakcie rozmowy pacjent będzie miał poczucie, że dla lekarza ważniejsze są procedury, niż to, co dla chorego jest istotne, pacjent może zamknąć się w sobie lub wręcz przeciwnie – stać się agresywny, zirytowany lub zły. Dobra komunikacja to działanie w trosce o fundamentalne wartości stojące u podstaw relacji personel medyczny – pacjent.

9. Perspektywa pacjenta w kształceniu medycznym.

Wyniki badań własnych

Zagadnienia dotyczące perspektywy pacjenta odnoszą także do kwestii związanych z kształceniem medycznym. Refleksje i wnioski dotyczące dydaktyki i uwzględnienia w programach nauczania perspektywy pacjenta opieram na wynikach badań własnych. W pierwszej kolejności opiszę metodologię i zakres tych badań, aby osadzić wyniki i wnioski w określonym kontekście. Badanie miało powiązać omawiane powyżej kwestie dotyczące perspektywy pacjenta i rozwijania kompetencji komunikacyjnych. Przedstawienie wyników tych badań pozwoli zrealizować jeden z celów tej książki, a mianowicie dokonanie analizy czynników wpływających na rozwijanie u studentów kierunków medycznych postaw i umiejętności służących poznaniu perspektywy pacjenta.

Główne problemy badawcze były następujące:

1. Jakie opinie na temat perspektywy pacjenta mają studenci kierunków medycznych i czy zmieniają się one w toku studiów?
2. Czy postawy wobec nauczania komunikacji, poziom empatii i doświadczenie choroby przewlekłej różnicują opinie studentów na temat perspektywy pacjenta?
3. W jaki sposób budować program nauczania na kierunkach medycznych, aby rozwijać umiejętności poznawania i uwzględniania perspektywy pacjenta?

Głównymi celami badania były:

- ✓ poznanie opinii badanych studentów na temat znaczenia perspektywy pacjenta w praktyce klinicznej,
- ✓ opisanie opinii badanych studentów na temat umiejętności komunikacyjnych pomagających poznać perspektywę pacjenta,
- ✓ scharakteryzowanie poziomu empatii oraz nastawienia wobec nauki komunikacji wśród badanych studentów,
- ✓ porównanie opinii o perspektywie pacjenta i znaczeniu komunikacji w jej poznawaniu między studentami różnych kierunków i lat studiów,

- ✓ porównanie poziomu empatii oraz nastawienia wobec nauki komunikacji między badanymi studiującymi różne kierunki i będącymi na różnych latach studiów,
- ✓ sprawdzenie, czy zmienne takie jak płeć i stan zdrowia różnicują opinie badanych o perspektywie pacjenta, a także poziom empatii oraz nastawienie wobec nauki komunikacji,
- ✓ sprawdzenie, czy poziom empatii i nastawienie wobec nauki komunikacji różnicują opinie badanych na temat znaczenia perspektywy pacjenta.

9.1. Materiał i metody

W badaniu wzięli udział studenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego studiujący na kierunku lekarskim (II, V i VI rok), pielęgniarstwie (I rok studiów licencjackich i I rok studiów magisterskich) i położnictwie (I rok studiów licencjackich i I rok studiów magisterskich). Liczebność badanej próby wyniosła 1651 studentów.

Badanie zostało zrealizowane między marcem 2020 r. a czerwcem 2021 r. (I etap badania) oraz w maju 2024 r. (II etap badania). I etap badania realizowałam w trakcie pandemii, mimo to ankiety były zbierane bezpośrednio od respondentów, podczas zajęć stacjonarnych. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Wszyscy ankietowani przed rozpoczęciem wypełniania formularzy byli informowani o celu badania, jego anonimowości oraz podpisywali zgody na udział w badaniu. Badanie było prowadzone podczas zajęć. W przypadku wszystkich badanych, poza respondentami z V roku, był to początek pierwszych ćwiczeń z komunikacji. Badani na I i na II roku (zarówno na studiach jednolitych, jak i licencjackich oraz magisterskich) przed przystąpieniem do ćwiczeń musieli zrealizować kurs e-learningowy przedstawiający teorię komunikacji medycznej. Na V roku badanie było przeprowadzone na początku zajęć niezwiązanych z komunikacją.

Należy mieć na uwadze, że realizacja badania po kursie e-learningowym z komunikacji i na początku zajęć z komunikacji mogła wpłynąć na odpowiedzi studentów. Mimo że nie zdążyli oni jeszcze uczestniczyć w zajęciach praktycznych rozwijających umiejętności komunikacji, to wiedza przedstawiona na kursie e-learningowym, a także sama obecność na zajęciach poświęconych rozwijaniu umiejętności komunikacji mogły wpłynąć na postrzeganie znaczenia tego rodzaju wiedzy i umiejętności w praktyce medycznej. Stanowi to pewne ograniczenie badania, które należy brać pod uwagę, interpretując wyniki. Ograniczeniem jest również realizacja badania wśród studentów tylko jednego uniwersytetu medycznego.

W II etapie badania wzięło udział 100 studentów, którzy podczas I etapu byli ankietowani na II roku. Ankiety zostały połączone na podstawie unikalnych kodów uzupełnianych przez badanych, aby zapewnić im anonimowość. Analiza wyników II etapu badania obejmuje porównanie odpowiedzi studentów, którzy wypełniali kwestionariusze raz na II roku, drugi raz na VI roku. Jeśli nie jest zaznaczone, to opisują wyniki I etapu badania. Wyniki porównujące odpowiedzi studentów na II i na VI roku są przedstawione oddzielnie i zawsze wyraźnie zaznaczone.

Należy podkreślić, że okres pierwszego etapu badania to czas wprowadzania obowiązkowych zajęć z komunikacji do programu kształcenia. To oznacza, że badani na V i VI roku, a także na studiach magisterskich nie mieli zajęć z komunikacji podczas pierwszych lat studiów i po raz pierwszy uczestniczyli w zajęciach z komunikacji. W drugim etapie badania respondenci na VI roku to osoby po kursie komunikacji, które miały zajęcia z komunikacji na II i III roku. Ponadto w ciągu ostatnich kilku lat zagadnienia komunikacji pracowników ochrony zdrowia z pacjentami pojawiają się coraz częściej zarówno w kontekście codziennej praktyki, jak i kształcenia medycznego. Piszę o tym dlatego, aby podkreślić, że zmienił się nie tylko program nauczania, ale także szerszy kontekst. Komunikacja stała się przedmiotem licznych publikacji, tematem dyskusji, konferencji itp.

W ramach badania respondenci mieli wypełnić trzy formularze – autorską ankietę oraz dwa standaryzowane narzędzia, tj. The Communication Skills Attitude Scale (CSAS) i The Jefferson Scale of Empathy (JSE).

The Communication Skills Attitude Scale jest dobrze znanym narzędziem do pomiaru postaw wobec uczenia się umiejętności komunikacyjnych. Powstało w Wielkiej Brytanii w 2002 r., składa się z 26 stwierdzeń, na które badany ma odpowiedzieć na 5-punktowej skali od „zdecydowanie się nie zgadzam” do „zdecydowanie się zgadzam” (Rees et al., 2002a). Stwierdzenia skali można podzielić na dwie podskale: jedna opisuje pozytywne postawy (PAS), druga negatywne (NAS). Skala została przetłumaczona na wiele języków. Istnieją dwie polskie wersje skali. Jedna zwalidowana na grupie studentów kierunku lekarskiego (Przymuszała et al., 2021), druga wśród studentów pielęgniarstwa (Panczyk et al., 2019). W badaniu wykorzystano skalę zwalidowaną przez Piotra Przymuszałę i in. Celem użycia tej skali w badaniu było scharakteryzowanie nastawienia badanych do nauki komunikacji oraz sprawdzenie, czy różnicuje ono opinie badanych studentów dotyczące perspektywy pacjenta.

The Jefferson Scale of Empathy to jedno z najczęściej używanych narzędzi do badania poziomu empatii wśród pracowników ochrony zdrowia i studentów kierunków medycznych. Skala ta została przetłumaczona na 59 języków. Polską wersję przetłumaczyła i zwalidowała w 2006 r. Joanna Kliszcz i in. (Klischcz et al., 2006). I ta skala w wersji dla studentów kierunku lekarskiego została użyta podczas badań własnych. Przed realizacją badania uzyskano zgodę z Thomas Jefferson University. Wyniki JSE można analizować, uwzględniając trzy podskale. Pierwsza to *Perspective taking*, druga *Compassionate care* i trzecia *Walking in patient's shoes*.

Analizę statystyczną wykonano za pomocą programów STATISTICA i SPSS. Z analizy wyłączono wszystkie przypadki z brakami danych. Kryterium podziału na grupy były: kierunek studiów, rok studiów, płeć i stan zdrowia. W przypadku tabel kontyngencji istotność rozkładów odpowiedzi na pytania badano testem chi-kwadrat Pearsona. Badanie różnic średnich weryfikowano testem t-Studenta dla dwóch grup niezależnych i jednoczynnikową analizą wariancji (ANOVA) dla wielu grup. Jednorodność wariancji w grupach sprawdzana była testem Levene'a. Tam, gdzie analiza wariancji potwierdziła istotność różnic średnich, w celu sprawdzenia, które różnice są odpowiedzialne za szczegółowe wyniki, wykonano testy post-hoc metodą Bonferroniego i Tukeya HSD.

W przypadku pytań, w których odpowiedzi były zbudowane na skali, jakość formularza ankiety potwierdzano badaniem rzetelności, obliczając α -Cronbacha. W przypadku pytań z autorskiej ankiety poziom rzetelności kształtował się na wysokim poziomie. W pytaniu, w którym respondenci mieli ustosunkować się do podanych stwierdzeń (ryc. 5 i 6), wyniósł 0,85, w pytaniu o samoocenę umiejętności komunikacyjnych (tab. 30) współczynnik α -Cronbacha był na poziomie 0,84. Jedynie w pytaniu dotyczącym znaczenia poszczególnych umiejętności komunikacji w celu poznania perspektywy pacjenta (ryc. 13) współczynnik ten kształtował się na stosunkowo niskim, ale dopuszczalnym poziomie 0,72. Rzetelność skal CSAS i JSE została opisana w literaturze przedmiotu. Poziom istotności przyjęto na poziomie $p < 0,05$.

Część wyników analizowano z podziałem na grupy – osoby pozytywnie i negatywnie nastawione wobec nauki komunikacji (odpowiednio wysoki CSAS i niski CSAS) oraz osoby z niskim i wysokim poziomem empatii (odpowiednio niski JSE i wysoki JSE). Wyodrębnienie grup z pozytywnym i negatywnym nastawieniem wobec komunikacji uzyskano, dzieląc przypadki według mediany wartości znormalizowanej

skali CSAS. Powstały grupy: skala $\leq$ Me (niski CSAS) oraz skala $>$ Me (wysoki CSAS). W analogiczny sposób utworzono grupy dla skali JSE i w ten sposób otrzymano dwie grupy – z wysokim i niskim poziomem empatii. Różnice między grupami sprawdzono przy użyciu testu chi-kwadrat, natomiast porównując samoocenę badanych w zakresie umiejętności komunikacyjnych, zastosowano test t-Studenta.

9.2. Charakterystyka badanej próby

W tabeli 2 przedstawiono liczbę badanych w podziale na kierunki studiów.

Tab. 2. Liczba badanych w podziale na kierunki studiów

Kierunek studiów	Liczba badanych	Odsetek
Lekarski	1019	61,7%
Pielęgniarstwo	373	22,6%
Położnictwo	259	15,7%
Ogółem	1651	100%

W badanej grupie 75,2% stanowiły kobiety i 24,8% mężczyźni. Wśród nich były osoby studiujące na kierunku lekarskim, pielęgniarstwo i położnictwo. W badanej grupie studentów (na II i na VI roku) 64% stanowiły kobiety i 36% mężczyźni.

Badani studiowali na różnych latach studiów, co przedstawia tabela 3.

Tab. 3. Liczba badanych w podziale na kierunki i lata studiów

Kierunek studiów	Rok studiów	Liczba badanych	Odsetek
Lekarski	II rok	310	18,8%
	V rok	190	11,5%
	VI rok	522	31,7%
Pielęgniarstwo	I rok lic.	190	11,5%
	I rok mgr	182	11%
Położnictwo	I rok lic.	189	11,5%
	I rok mgr	66	4%
Ogółem		1649 ⁴⁶	100%

⁴⁶ Różnice w liczebności wynikają z braków danych w ankietach.

Wśród ankietowanych na kierunku lekarskim były osoby na II, V i VI roku. Na pielęgniarstwie i położnictwie respondenci uczyli się na I roku studiów licencjackich oraz na I roku studiów magisterskich.

Wśród badanych na kierunku lekarskim 63% stanowiły kobiety i 37% mężczyźni. Na pielęgniarstwie 7,3% ankietowanych było mężczyznami, na położnictwie wszystkie respondentki były kobietami. 1/5 badanych (20,5%) deklarowała, że choruje na jakąś chorobę przewlekłą.

Przystępując do badania, zakładałam, że nastawienie wobec nauki komunikacji oraz poziom empatii mogą być zmiennymi różnicującymi opinii badanych na temat perspektywy pacjenta. Dlatego teraz, charakteryzując badaną próbę, przedstawię, jak kształtowały się te cechy w badanej grupie studentów. W pierwszej kolejności omówię wyniki uzyskane podczas pierwszego etapu badania.

9.2.1. Porównanie podgrup z pozytywnym i negatywnym nastawieniem wobec nauki komunikacji

Dla zbadania istotności różnic między pozytywnym i negatywnym nastawieniem wobec nauki komunikacji (wysoki vs niski CSAS) wykorzystano test t-Studenta dla średniej w grupie Q25 a także Q75. Analiza wyników wskazuje, że średni wynik w grupie niskich wartości CSAS wyniósł 79,9 +/- 7,5 i był istotnie niższy od średniego wyniku w grupie wysokich wartości 109,7 +/- 4,4 (przy $p=0,000$).

W tabeli 4 przedstawiono wyniki badanych w podziale na pozytywne i negatywne nastawienie do nauki komunikacji z uwzględnieniem płci respondentów, kierunku i roku studiów.

Tab. 4. Badani w podziale na pozytywne (wysoki CSAS) i negatywne (niski CSAS) nastawienie do nauki komunikacji w podziale na płeć, kierunek i rok studiów

			Niski CSAS	Wysoki CSAS
Płeć	Kobiety, $p=0,001$		43,1%	56,9%
	Mężczyźni, $p=0,000$		71,4%	28,6%
Kierunek studiów	Lekarski	Ogółem, $p=0,000$	58,8%	41,2%
		II rok, $p>0,05$	46,1%	53,9%
		V rok, $p=0,000$	73,2%	26,8%
		VI rok, $p=0,000$	62,5%	37,5%

			Niski CSAS	Wysoki CSAS
Płeć	Kobiety, p=0,001		43,1%	56,9%
	Mężczyźni, p=0,000		71,4%	28,6%
	Położnictwo	Ogółem, p=0,000	25%	75%
		I rok lic., p=0,000	21,7%	78,3%
		I rok mgr, p>0,05	32,1%	67,9%
	Pielęgniarstwo	Ogółem, p=0,037	41,9%	58,1%
		I rok lic., p>0,05	41,5%	58,5%
		I rok mgr, p>0,05	42,2%	57,8%

Mimo że wśród ogółu badanych grupy z wysokim i niskim poziomem CSAS były niemal równoliczne, to różnice między kobietami i mężczyznami oraz kierunkami i latami studiów są duże. Wśród respondentów osoby z pozytywnym nastawieniem wobec nauki komunikacji stanowiły 56,9% wśród kobiet, a wśród mężczyzn 28,6%. Na kierunku lekarskim osób z wysokim wynikiem na skali CSAS najwięcej było na II roku (53,9%), następnie na VI roku (37,5%), a najmniej na V roku (26,8%). Na położnictwie 3/4 badanych miało pozytywne nastawienie wobec nauki komunikacji, a na pielęgniarstwie odsetek ten kształtował się na poziomie 58,1%.

9.2.2. Porównanie podgrup z wysokim i niskim poziomem empatii

Dla zbadania istotności różnic między niskimi i wysokimi wynikami uzyskanymi na skali JSE wykorzystano test t-Studenta dla średniej w grupie Q25, a także Q75. Analiza wyników wskazuje, że średni wynik badanych z niskim poziomem empatii wyniósł 87,2 +/- 8,2 i był istotnie niższy od średniego wyniku w grupie wysokich wartości 119,6 +/- 4,8 (przy p=0,000).

Tabela 5 przedstawia wyniki pomiaru na The Jefferson Scale of Empathy w podziale na wysoki i niski poziom empatii oraz z uwzględnieniem płci respondentów, kierunku i roku studiów.

Tab. 5. Badani w podziale na wysoki (wysoki JSE) i niski (niski JSE) poziom empatii w podziale na płeć, kierunek i rok studiów

			Niski JSE	Wysoki JSE
Płeć	Kobiety, $p < 0,05$		44,9%	55,1%
	Mężczyźni, $p = 0,000$		66,5%	33,5%
Kierunek studiów	Lekarski, $p < 0,05$	Ogółem	55,8%	44,2%
		II rok, $p > 0,05$	49,7%	50,3%
		V rok, $p = 0,000$	76,5%	23,5%
	Położnictwo	VI rok, $p > 0,05$	52,5%	47,5%
		Ogółem, $p = 0,000$	31,1%	68,9%
		I rok lic., $p = 0,000$	28%	72%
	Pielęgniarstwo	I rok mgr, $p > 0,05$	41,4%	58,6%
		Ogółem, $p > 0,05$	49,2%	50,8%
		I rok lic., $p > 0,05$	44%	56%
		I rok mgr, $p > 0,05$	54,9%	45,1%

Ponad połowa respondentek (55,1%) miała wysoki poziom empatii, wśród badanych mężczyzn odsetek ten wyniósł 33,5%. Najwięcej osób z wysoką empatią było na położnictwie (68,9%), na pielęgniarstwie ponad połowa ankietowanych (50,8%) miała empatię na wysokim poziomie, natomiast na kierunku lekarskim 44,2% to byli respondenci z wysokim poziomem empatii.

9.2.3. Nastawienie wobec nauki komunikacji wśród badanych studentów

Wyniki ogólnej skali Communication Skills Attitude Scale

Wyniki analizy potwierdziły, że w nastawieniu do nauki komunikacji są różnice między kierunkami, co przedstawia tabela 6.

Tab. 6. Wyniki skali CSAS w podziale na kierunki i lata studiów – średnia i odchylenie standardowe

Kierunek i rok studiów	N	Średnia i odchylenie standardowe	Istotność statystyczna	
Lekarski, II rok	282	3,71+/-0,50	p<0,000	p<0,001
Lekarski, V rok	170	3,49+/-0,46		
Lekarski, VI rok	510	3,58+/-0,48		
Pielęgniarstwo I rok lic.	185	3,73+/-0,39		
Pielęgniarstwo I rok mgr	178	3,72+/-0,44		
Położnictwo I rok lic.	180	3,90+/-0,41	p<0,021	
Położnictwo I rok mgr	60	3,75+/-0,44		
Suma	1565	3,67+/-0,47		

Najbardziej pozytywne nastawienie mieli studenci położnictwa (średnia 3,85+/-0,42)⁴⁷, następnie pielęgniarstwa (3,73+/-0,41), a najniższą studenci kierunku lekarskiego (3,60+/-0,49). Testy post-hoc wskazują, że wszystkie wymienione kierunki różnią się między sobą przy porównaniach parami każdy z każdym od p=0,000 do p=0,003.

Stwierdzono także istotną różnicę między postawami wobec nauki umiejętności komunikacyjnych w zależności od płci. Średni poziom w grupie kobiet 3,72+/-0,45 jest istotnie wyższy od mężczyzn 3,51+/-0,48 (p=0,000). Wyniki różnicował również stan zdrowia badanych studentów. Ankietowani, którzy deklarowali, że chorują na jakąś chorobę przewlekłą, charakteryzują się bardziej pozytywnym nastawieniem wobec komunikacji w porównaniu do studentów zdrowych (3,73+/-0,44 w porównaniu ze zdrowymi 3,65+/-0,48 przy p=0,010).

Na podstawie analizy wyników I etapu badania można stwierdzić, że na kierunku lekarskim nastawienie wobec nauki komunikacji było mniej pozytywne pod koniec studiów. Na II roku średnia wyniosła 3,71, na V roku jest najniższa i kształtowała się na poziomie 3,49, a na VI 3,58. Różnice między II a V i VI rokiem są istotne statystycznie (wynoszą odpowiednio p<0,000 i p<0,003), natomiast różnica między V a VI rokiem nie jest istotna statystycznie. Warto zwrócić uwagę, że porównanie respondentów na II i VI roku wykazało, że na przestrzeni czterech lat studiów poprawiło się nastawienie wobec nauki komunikacji. Średni wynik CSAS na VI roku był wyższy niż na II roku (3,59+/-0,46 vs 3,48+/-0,46, p=0,036). W grupie kobiet na VI roku

⁴⁷ Wśród których były tylko kobiety.

uzyskano istotnie lepszy średni wynik na tej skali. Na II roku wyniósł on bowiem 3,50 (+/-0,49), a na VI roku 3,65 (+/-0,41, $p=0,017$). W grupie mężczyzn różnice średnich na II i na VI roku są nieistotne. Choć opisywane tu średnie na VI roku (po 4 latach nauki) wciąż były niższe w porównaniu z wynikiem badanych na II roku.

Nie zauważono istotnych statystycznie różnic między studentami pielęgniarstwa i położnictwa studiującymi na I roku na poziomie licencjatu i na I roku na studiach magisterskich.

W tym miejscu zwrócę jeszcze uwagę na korelacje, które odnotowano w grupie studentów kierunku lekarskiego, którzy brali udział w badaniu zarówno na II, jak i na VI roku, a następnie opiszę szczegółowo średnie wyniki na podskali PAS i NAS, które uzyskano w I etapie badania. Stwierdzono istotną korelację skali CSAS ($r=0,456$ przy $p=0,000$). Korelacje odnotowano także na podskali wskazującej na pozytywne nastawienie wobec nauki komunikacji – PAS ($r=0,321$ przy $p=0,001$) oraz wskazującej na negatywny stosunek do tego nauczania – NAS ($r=0,465$ przy $p=0,000$). Ponadto wśród kobiet stwierdzono istotną korelację całej skali CSAS na II i VI roku ($r=0,384$, $p=0,002$). Zaobserwowano też istotne korelacje na podskali PAS ($r=0,335$, $p=0,007$) i NAS ($r=0,447$ przy $p=0,000$). Wśród mężczyzn również odnotowano istotną korelację wyników na II i VI roku ($r=0,607$, $p=0,000$) oraz wyników na podskali NAS ($r=0,506$, $p=0,002$).

Wyniki podskali PAS

Analiza wykazała istotne różnice między kierunkami w zakresie pozytywnych postaw wobec nauki umiejętności komunikacyjnych, które zostały przedstawione w tabeli 7.

Tab. 7. Wyniki podskali PAS w podziale na kierunki studiów – średnia i odchylenie standardowe

Kierunek studiów	Średnia i odchylenie standardowe	Istotność statystyczna		
Lekarski	3,88+/-0,67	$p=0,000$		$p=0,000$
Pielęgniarstwo	4,05+/-0,58		$p=0,030$	
Położnictwo	4,18+/-0,54			

Pozytywne postawy dominują na kierunku położnictwo. Średnia ocena 4,18+/-0,54 jest istotnie wyższa od średniej na kierunku lekarskim o 0,30 pkt przy

$p=0,000$ oraz średniej na kierunku pielęgniarstwo o 0,13 pkt przy $p=0,000$. Różnica między lekarskim a pielęgniarstwem jest istotna na poziomie $p=0,000$, a między położnictwem i pielęgniarstwem są różnice na poziomie $p=0,030$.

Stwierdzono także istotne różnice między latami studiów w zakresie postaw pozytywnych wobec umiejętności komunikacyjnych (tab. 8).

Tab. 8. Wyniki podskali PAS w podziale na kierunki i lata studiów – średnia i odchylenie standardowe

Kierunek i rok studiów	Średnia i odchylenie standardowe	Istotność statystyczna
Lekarski, II rok	4,00+/-0,58	$p=0,003$
Lekarski, V rok	3,84+/-0,65	
Lekarski, VI rok	3,83+/-0,66	
Pielęgniarstwo I rok lic.	4,07+/-0,56	
Pielęgniarstwo I rok mgr	4,03+/-0,60	
Położnictwo I rok lic.	4,25+/-0,50	
Położnictwo I rok mgr	4,00+/-0,62	

Na kierunku lekarskim średnia ocena pozytywnych postaw na II roku (4,00+/-0,58) jest o 0,17 pkt wyższa od średniej na VI roku (przy $p=0,003$). Różnica między średnią studentów na II i V roku nie jest istotna statystycznie ($p=0,107$). Różnice między studentami rozpoczynającymi naukę na studiach licencjackich i magisterskich nie były istotne statystycznie zarówno na kierunku położnictwo (różnica 0,25, ale $p=0,105$), jak i pielęgniarstwo (różnica 0,04, $p=0,997$).

Analizując wyniki badanych rozpoczynających naukę na kierunku medycznym, potwierdza się, że pozytywne postawy wobec komunikacji dominują na kierunku położnictwo. Średnie pozytywne nastawienie na I roku położnictwa kształtuje się na poziomie 4,25+/-0,50 i jest o 0,25 pkt wyższe od średniego wśród studentów rozpoczynających kształcenie na kierunku lekarskim ($p=0,001$). Nie ma natomiast istotnej statystycznie różnicy między rozpoczynającymi studia na kierunku położnictwo i pielęgniarstwo (różnica 0,18, $p=0,084$).

Ponadto zaobserwowano, że średnia ocena pozytywnych postaw na V roku na kierunku lekarskim (3,84+/-0,65) jest o 0,23 pkt niższa od średniej studentów na I roku studiów licencjackich na pielęgniarstwie (przy $p=0,011$). Podobną tendencję zaobserwowano, porównując dane dla studentów VI roku. Średnia ocena pozytywnych postaw ankietowanych kończących studia lekarskie (3,83+/-0,66) jest o 0,20 pkt niższa

od średniej respondentów na I roku studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo (przy $p=0,004$) oraz o 0,24 pkt niższa od średniej studentów tego kierunku będących na I roku studiów licencjackich (przy $p=0,000$).

Kolejną zmienną różnicującą istotnie pozytywne nastawienie wobec nauki komunikacji była płeć. Wśród kobiet więcej było postaw pozytywnych (średnia na poziomie $4,04\pm 0,61$) w porównaniu z mężczyznami ($3,75\pm 0,67$, $p=0,000$). Nie zauważono natomiast związku pozytywnych postaw z deklaracją, że badany choruje na jakąś chorobę przewlekłą.

Wyniki podskali NAS

Między kierunkami zaobserwowano istotne różnice wyników skali mierzącej negatywne nastawienie wobec nauki umiejętności komunikacyjnych, które przedstawiono w tabeli 9.

Tab. 9. Wyniki podskali NAS w podziale na kierunki studiów – średnia i odchylenie standardowe

Kierunek studiów	Średnia i odchylenie standardowe	Istotność statystyczna	
Lekarski	$2,27\pm 0,64$		$p=0,000$
Położnictwo	$1,98\pm 0,57$	$p=0,001$	
Pielęgniarstwo	$2,18\pm 0,55$		

Najwięcej negatywnych postaw zaobserwowano na kierunku lekarskim (średnia $2,27\pm 0,64$). Na pielęgniarstwie średnia wyniosła $2,18\pm 0,55$. Najmniej negatywnych postaw odnotowano wśród studentek położnictwa (średnia $1,98\pm 0,57$). Różnica między położnictwem a pielęgniarstwem jest istotna na poziomie $p=0,001$, między położnictwem a kierunkiem lekarskim $p=0,000$.

Jak wynika z danych przedstawionych w tabeli 10, w badanej grupie były istotne różnice w negatywnych postawach również między latami studiów $p=0,000$.

Tab. 10. Wyniki podskali NAS w podziale na kierunki i lata studiów – średnia i odchylenie standardowe

Kierunek i rok studiów	Średnia i odchylenie standardowe	Istotność statystyczna	
Lekarski, II rok	2,19+/-0,65	p=0,000	
Lekarski, V rok	2,51+/-0,64		
Lekarski, VI rok	2,25+/-0,61		p=0,001
Pielęgniarstwo I rok lic.	2,21+/-0,51		
Pielęgniarstwo I rok mgr	2,16+/-0,55		
Położnictwo I rok lic.	1,96+/-0,59		
Położnictwo I rok mgr	2,04+/-0,53		

Na kierunku lekarskim najwyższy średni wynik postaw negatywnych zanotowano na V roku (2,51+/-0,64) i jest on istotnie statystycznie wyższy w porównaniu ze studentami na II roku (2,19+/-0,65, p=0,000). Natomiast na VI roku zaobserwowano istotnie mniej postaw negatywnych niż na V roku (2,25+/-0,61 vs 2,51+/-0,64, p=0,001). Więcej negatywnych postaw wobec nauki komunikacji na V roku może wynikać z tego, że badanie w tej grupie było realizowane podczas zajęć innych niż zajęcia z komunikacji, a w pozostałych grupach respondentów kwestionariusze zbierano na początku zajęć z komunikacji. Na pielęgniarstwie i położnictwie odnotowana różnica między studentami rozpoczynającymi studia na studiach licencjackich i magisterskich jest nieistotna statystycznie.

Wyniki analizy wskazują także na istotne różnice między studentami I roku studiów licencjackich na położnictwie w porównaniu ze studentami II (p=0,008), V (p=0,000) i VI roku (p=0,000) na kierunku lekarskim. Istotnie statystycznie mniej postaw negatywnych jest również wśród studentów położnictwa rozpoczynających studia licencjackie w porównaniu ze studentami I roku licencjatu na kierunku pielęgniarstwo (p=0,002) i ze studiującymi na I roku studiów magisterskich (p=0,035).

Mniej postaw negatywnych było w grupie badanych kobiet (średnia 2,16+/-0,58) w porównaniu z mężczyznami (średnia 2,38+/-0,66, p=0,000). Zmienną, która także różnicowała wyniki na podskali mierzącej negatywne postawy wobec komunikacji, było doświadczenie choroby przewlekłej. Stwierdzono średnio niższy poziom negatywnych nastawień w grupie studentów z chorobą przewlekłą (średnia 2,11+/-0,57, p=0,001) w porównaniu ze studentami zdrowymi (średnia 2,23+/-0,62, p=0,001).

Postawy wobec nauki komunikacji u studentów kierunków medycznych – dyskusja

Podsumowując, można stwierdzić, że najlepsze nastawienie wobec nauki komunikacji w badanej grupie miały studentki położnictwa, następnie studenci pielęgniarstwa i kierunku lekarskiego. Bardziej pozytywnie do komunikacji są nastawione kobiety, studenci rozpoczynający kształcenie medyczne oraz osoby, które deklarowały, że chorują przewlekłe. Różnice między kierunkami mogą wynikać z tego, że na pielęgniarstwie i położnictwie wśród badanych przeważały kobiety w znacznie większym stopniu niż na lekarskim. Wyniki wielu badań wskazują na to, że kobiety, o czym będzie mowa poniżej, mają bardziej pozytywne nastawienie wobec nauki komunikacji.

Czy studenci badani na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym są lepiej nastawieni wobec nauki komunikacji niż ich rówieśnicy na innych uczelniach? Niemieccy badacze, którzy pracowali nad walidacją niemieckiej wersji skali CSAS, także odnotowali więcej negatywnych postaw wśród respondentów na późniejszych latach studiów (Busch et al., 2015). Spadek pozytywnego nastawienia wobec nauki komunikacji w trakcie studiów odnotowali również inni badacze. Zaobserwowały go badaczki z Aberdeen, których badanie potwierdziło, że studenci I roku byli bardziej pozytywnie nastawieni wobec komunikacji w porównaniu ze studentami II i III roku (Cleland et al., 2005). Badacze z Hiszpanii także zanotowali więcej negatywnych postaw wobec komunikacji wśród badanych rezydentów w porównaniu ze studentami (Molinuevo et al., 2016). W innym hiszpańskim badaniu więcej studentów nastawionych negatywnie wobec komunikacji odnotowano wśród studentów na IV roku studiów w porównaniu z I rokiem (Ruiz-Moral et al., 2021). Są także badania, które nie potwierdzają różnicy w nastawieniu do komunikacji między studentami wyższych i niższych lat studiów. W jednym z takich badań Kevin Wright i in. zaobserwowali natomiast, że studenci na IV roku w porównaniu z osobami z I roku mają większe poczucie pewności w komunikowaniu się z pacjentami (Wright et al., 2006). Wyniki badań własnych również nie pozwalają na sformułowanie jednoznacznych wniosków na temat zmian postaw do nauki komunikacji w trakcie studiów. W grupie respondentów, którzy dwukrotnie wypełniali CSAS, okazało się, że po czterech latach nauki średnia uzyskana na skali CSAS wzrosła. Mimo to jednocześnie jest ona niższa w porównaniu ze średnią w całej grupie badanej na II roku.

W jakim stopniu średnie wyniki uzyskane w grupie studentów WUM różniły się od wyników uzyskanych w innych badaniach? Porównując wyniki badań przeprowadzonych w Aberdeen z własnymi, należy stwierdzić, że badani w Wielkiej Brytanii byli nieznacznie lepiej nastawieni wobec nauki komunikacji. Wynik studentów I roku na podskali PAS wyniósł tam 4,14 (+/-0,46) w porównaniu z 4,00 (+/-0,58) wśród badanych na WUM, a na podskali NAS 1,86 (+/-0,42) w porównaniu z 2,19 (+/-0,65) na WUM (Rees, Sheard, 2002). Wyniki badania przeprowadzonego w Norwegii wskazują, że tamtejsi studenci także mają lepsze nastawienie do kształtowania umiejętności komunikacji. Średni wynik badanych przez Tore'a Gude'a i in. wyniósł 4,62 (+/-0,47) w przypadku studentów z uczelni, w których jest zintegrowane curriculum, i 4,33 (+/-0,66) w grupie studentów uczących się w sposób tradycyjny, czyli podczas różnych przedmiotów⁴⁸. W tym badaniu potwierdziła się obserwacja, o której pisałam powyżej, że płeć różnicuje postawy wobec nauki komunikacji i kobiety są do tego tematu bardziej pozytywnie nastawione niż mężczyźni. W niemieckim badaniu zaobserwowano też podobną tendencję – kobiety były lepiej nastawione wobec nauki komunikacji. Na podskali PAS badane studentki miały średni wynik 3,12, a studenci 2,80. (Busch et al., 2015). W moim badaniu również kobiety otrzymały wyższy wynik na podskali PAS niż mężczyźni. Warto jednak zwrócić uwagę, że był on wyższy niż w badaniu w Niemczech. Średnie wyniosły 4,04 (+/-0,61) dla kobiet i 3,75 (+/-0,67) dla mężczyzn. Autorzy badania z Norwegii pytają: „Are there gender-related aspects of communication training that have not been adequately addressed?” (Gude et al., 2020). Bardziej pozytywne nastawienie kobiet wobec nauki komunikacji opisywało wielu badaczy, m.in. w 1997 r. Vera Batenburg i J. Smal (Batenburg, Smal, 1997), w 1999 r. Knut Aspegren, który w przeglądzie literatury opisał cztery badania potwierdzające tę zależność (Aspegren, 1999), w 2001 r. David Kaufman i in. (Kaufman et al., 2001), w 2002 r. Charlotte Rees i Charlotte Sheard opisujący wyniki badania przeprowadzonego w Nottingham i Leicester (Rees, Sheard, 2002), w 2005 r. Jennifer Cleland i in., którzy opisali wyniki badania przeprowadzonego w Aberdeen (Cleland et al., 2005), w 2006 r. Kevin Wright z Uniwersytetu w Oklahomie (Wright et al., 2006), a także Henriette Löffler-Stastka i in., którzy prowadzili badania

⁴⁸ Różnice między wynikami studentów uczących się na uczelniach mających w różny sposób zbudowany program nauczania autorzy tłumaczą tym, że na odpowiedzi studentów z uczelni, w których jest program zbudowany modułowo, wpłynęły odpowiedzi kobiet, które wskazują na to, że są one bardziej usatysfakcjonowane zintegrowanym curriculum.

w Wiedniu (Löffler-Stastka et al., 2016). Tę tendencję potwierdziły też badania przeprowadzone w Hiszpanii (Ruiz-Moral et al., 2021).

Mniej pozytywnych postaw wobec nauki komunikacji w badaniach w Polsce niż za granicą może wynikać z tego, że kształcenie w tym zakresie w Polsce ma wciąż stosunkowo krótką tradycję, co może rodzić wątpliwości studentów dotyczące zasadności tego kształcenia. W krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej kształcenie to jest znacznie mocniej ugruntowane w tradycji kształcenia medycznego. Warto jednak zwrócić na wyniki badania przeprowadzonego w 2015 r. wśród 327 studentów V i VI roku kierunku lekarskiego oraz stażystów, którego celem było poznanie ich opinii na temat roli komunikacji w przyszłej pracy. Prawie wszyscy badani (98%) uznali, że umiejętność komunikacji jest istotna, 89% deklaroowało, że można się tej umiejętności nauczyć (Mendyk et al., 2016). Świadomość dotycząca rozwijania kompetencji komunikacyjnych rośnie w Polsce z każdym rokiem wraz ze zmianami standardów kształcenia, z rozwojem zajęć z tego zakresu oraz wprowadzaniem oceniania umiejętności komunikacji.

9.2.4. Poziom empatii badanych studentów

Jedna z hipotez badawczych zakładała, że poziom empatii różnicuje opinie na temat znaczenia perspektywy pacjenta w praktyce medycznej. Takie wnioski formułują badacze z całego świata. Wyniki przeglądu systematycznego, w którym poddano analizie 470 artykułów w publikacjach anglojęzycznych dotyczących tej tematyki opublikowanych w latach 1971–2001, potwierdzają, że większa empatia wiąże się z lepszymi wynikami klinicznymi i doświadczeniami związanymi z opieką nad pacjentem (Nembhard et al., 2023). Jednocześnie wnioski z badań wskazują na to, że odpowiednie interwencje edukacyjne pozwalają rozwijać empatię (Teófilo et al., 2019); (Elayyan et al., 2018). Autorzy systematycznego przeglądu literatury poświęconej metodom kształcenia rozwijającym empatię na kierunkach medycznych wykazali, że stosowanie takich metod jak np. narracje pacjentów lub wywiady z nimi, metody kreatywne, treningi umiejętności komunikacyjnych i interprofesjonalnych skutecznie wpływa na poziom empatii studentów i jest przez nich dobrze odbierane (Batt-Rawden et al., 2013). Istnieje dość bogata literatura wskazująca na medycynę narracyjną jako efektywną metodę rozwijania empatii u studentów kierunków medycznych (Charon, 2001); (DasGupta, Charon, 2004); (Childress et al., 2022).

Zakładając, że jednym z celów kształcenia powinno być nauczanie umiejętności poznawania i uwzględniania perspektywy pacjenta, zasadne było zbadanie poziomu empatii i sprawdzenie, czy jest to zmienna różnicująca opinie na temat perspektywy pacjenta.

Skala główna zawiera 20 pozycji. Analizie poddano także wyróżnione przez autorów The Jefferson Scale of Empathy podskale – zawierającą 10 pozycji określanych w literaturze mianem *Perspective taking*, składającą się z 8 pozycji nazywaną *Compassionate care* i liczącą dwie pozycje *Walking in patient's shoes*. Skala JSE jest 7-punktowa, 1 oznacza najniższy poziom empatii a 7 – najwyższy. Podskala *Perspective taking* sprawdza zdolność do postrzegania sytuacji z punktu widzenia pacjenta i bada empatię poznawczą. Podskala *Compassionate care* odnosi się do emocjonalnych aspektów empatii i gotowości do wsparcia pacjenta. Podskala *Walking in patient's shoes* odzwierciedla zdolność do wyobrażenia sobie doświadczenia przeżywanego przez pacjenta.

W tej części przedstawię wyniki badania na skali JSE i na poszczególnych podskalach. Następnie opiszę zależności między poziomem empatii a opiniami o perspektywie pacjenta. Analizie poddano 1535 kwestionariuszy JSE niezawierających braków danych z pierwszego etapu badania oraz 100 z drugiego etapu, czyli badania 100-osobowej grupy studentów, którzy uczestniczyli w badaniu najpierw na II, a potem na VI roku. W pierwszej kolejności opiszę poziom empatii studentów, którzy brali udział w I etapie badania. Na koniec tej części przedstawię, jak zmieniły się wyniki JSE w grupie studentów badanych dwukrotnie.

W tabeli 11 przedstawiono wyniki JSE w podziale na kierunki studiów.

Tab. 11. Podstawowe statystyki JSE w podziale na kierunki studiów

Kierunek	N	Średnia skali JSE i odchylenie standardowe	Istotność statystyczna	
Lekarski	918	5,15+/-0,68	p=0,000	
Położnictwo	250	5,41+/-0,58		p=0,001
Pielęgniarstwo	367	5,22+/-0,64		

Analiza wykazała istotne różnice w poziomie empatii między kierunkami studiów ($p=0,000$). Najwyższy poziom empatii odnotowano wśród studentek położnictwa (5,41+/-0,58). Jest to wartość o 0,26 większa niż na kierunku lekarskim ($p=0,000$) i o 0,19 większa od kierunku pielęgniarstwa ($p=0,001$). Różnica między kierunkami

lekarskim i pielęgniarstwie nie jest istotna statystycznie ($p=0,229$). Warto zwrócić uwagę, że wśród badanych na kierunku lekarskim odnotowano najniższy poziom empatii $-5,15 \pm 0,68$.

Poziom empatii w podziale na lata studiów

Na podstawie analizy wariancji stwierdzono istotne różnice w poziomie empatii między latami studiów ($p=0,000$). Zostały one przedstawione w tabeli 12.

Tab. 12. Podstawowe statystyki JSE w podziale na lata studiów

Kierunek studiów	Rok studiów	Liczba badanych	Średnia i odchylenie standardowe
Lekarski	II rok	263	$5,22 \pm 0,74$
	V rok	148	$4,92 \pm 0,69$
	VI rok	507	$5,18 \pm 0,62$
Pielęgniarstwo	I rok lic.	188	$5,26 \pm 0,64$
	I rok mgr	179	$5,17 \pm 0,63$
Położnictwo	I rok lic.	185	$5,46 \pm 0,54$
	I rok mgr	65	$5,26 \pm 0,66$

Najwyższy poziom empatii zaobserwowano wśród studentek rozpoczynających studia na położnictwie (I rok lic.; $5,46 \pm 0,54$). Wynik na skali JSE jest o 0,20 wyższy od wyniku studentów pielęgniarstwa rozpoczynających studia ($p=0,040$) i o 0,24 wyższy od poziomu empatii zaobserwowanego wśród studentów kierunku lekarskiego będących na II roku ($p=0,002$). Ponadto wśród badanych na kierunku lekarskim odnotowano największe odchylenie standardowe wyników ($\pm 0,74$).

Warto zwrócić uwagę, że najwyższy poziom empatii w całej badanej grupie mają studentki I roku położnictwa. Jest on wyższy od studentów V i VI roku lekarskiego (odpowiednio o 0,54 i 0,28, $p=0,000$), także od studentów I roku pielęgniarstwa rozpoczynających studia magisterskie (o 0,29, $p=0,000$).

Analiza wyników wykazała, że wśród studentów kierunku lekarskiego poziom empatii był różny w zależności od roku studiów. Na początku studiów wynosił $5,22 \pm 0,74$, w grupie respondentów na V roku obniżył się do $4,92 \pm 0,69$ (różnica istotna statystycznie, $p=0,000$) i wzrósł w grupie ankietowanych na VI roku do $5,18 \pm 0,62$ (różnica 0,26, $p=0,000$). Nie stwierdzono natomiast istotnej statystycznie różnicy między poziomem empatii studentów II i VI roku studiów. Na różnicę między wynikami studentów na V i VI roku może wpływać fakt, że na VI roku badanie było

realizowane na początku zajęć z komunikacji. Być może też studenci na V roku zapamiętują przede wszystkim treści realizowane w ramach przedmiotów, które koncentrują się na technicznych aspektach zawodu lekarza. Na WUM na V roku studenci mają m.in. ortopedię, medycynę sądową i prawo medyczne, chirurgię, farmakologię kliniczną. W związku z tym to na tych przedmiotach się koncentrują, a kwestie związane z postrzeganiem pacjenta schodzą, być może, na dalszy plan.

Wśród studentów pielęgniarstwa zaobserwowano wyższy poziom empatii na I roku licencjatu niż na I roku studiów magisterskich ($5,26 \pm 0,64$ vs $5,17 \pm 0,63$), jednak różnica ta nie była istotna statystycznie. Podobną tendencję zaobserwowano u studentów położnictwa. Wśród badanych rozpoczynających studia na tym kierunku średni poziom empatii wyniósł $5,46 \pm 0,54$, natomiast na I roku studiów magisterskich był niższy o 0,2 i wyniósł $5,26 \pm 0,66$ ($p=0,013$).

Wyniki analizy wskazują, że jest istotna różnica w poziomie empatii między studentkami na I roku licencjatu a I rokiem studiów magisterskich. Średni poziom empatii studentek I roku jest wyższy w porównaniu z osobami rozpoczynającymi studia magisterskie ($5,46 \pm 0,54$ vs $5,26 \pm 0,66$, $p=0,013$).

W tabeli 13 przedstawiono istotność różnic między poszczególnymi kierunkami i latami. Wartości opisują wyniki I etapu badania.

Tab. 13. Istotność różnic średnich poziomu empatii wśród studentów różnych kierunków i lat studiów (na czerwono zaznaczono różnice istotne statystycznie na poziomie $p < 0,005$)

	Lekarski II rok M=5,22	Lekarski V rok M=4,92	Lekarski VI rok M=5,18	Pielęgniarstwo I rok lic. M=5,26	Pielęgniarstwo I rok mgr M=5,17	Położnictwo I rok lic. M=5,46	Położnictwo I rok mgr M=5,26
Lekarski II rok		0,001	0,995	0,996	0,992	0,005	1,000
Lekarski V rok	0,001		0,009	0,000	0,015	0,000	0,046
Lekarski VI rok	0,995	0,009		0,907	1,000	0,001	0,995
Pielęgniarstwo I rok lic.	0,996	0,000	0,907		0,849	0,041	1,000
Pielęgniarstwo I rok mgr	0,992	0,015	1,000	0,849		0,000	0,988
Położnictwo I rok lic.	0,005	0,000	0,001	0,041	0,000		0,013
Położnictwo I rok mgr	1,000	0,046	0,995	1,000	0,988	0,013	

Poziom empatii w zależności od płci badanych

Badane kobiety miały wyższy poziom empatii (średnia 5,27 $\pm$ 0,63) od mężczyzn (średnia 5,03 $\pm$ 0,71; $p=0,000$). Podobną tendencję zaobserwowano także, analizując wyniki uzyskane w podskalach JSE. Stwierdzono istotną różnicę pomiędzy płciami na podskali *Perspective taking*. Wynik kobiet wyniósł 5,42 $\pm$ 0,85 i jest istotnie wyższy od wyniku mężczyzn 5,17 $\pm$ 0,92 $p=0,000$. Na podskali *Compassionate care* kobiety uzyskały wynik 5,41 $\pm$ 0,79, a mężczyźni 5,19 $\pm$ 0,89 ($p=0,000$). Natomiast na podskali *Walking in patient's shoes* wynik kobiet wyniósł 3,92 $\pm$ 1,20 i jest istotnie wyższy od wyniku mężczyzn 3,63 $\pm$ 1,25 ($p=0,000$).

Analizując wyniki tylko dla kierunku lekarskiego, również zaobserwowano różnice między kobietami a mężczyznami. Analiza wyników podskali *Perspective taking* wykazała, że badane studentki kierunku lekarskiego uzyskały istotnie wyższy średni wynik (5,29 $\pm$ 0,88) w porównaniu ze studentami (5,16 $\pm$ 0,92; $p=0,030$). Ponadto stwierdzono istotne różnice między płciami w zakresie podskali *Compassionate care*. Średni wynik kobiet 5,48 $\pm$ 0,76 jest istotnie wyższy od średniego wyniku mężczyzn 5,22 $\pm$ 0,90 ($p=0,000$). Studentki uzyskały wyższy wynik także na podskali *Walking in patient's shoes* w porównaniu ze studentami (3,86 $\pm$ 1,23 vs 3,64 $\pm$ 1,25; $p=0,009$).

Ponadto analizie poddano wyniki uzyskane przez kobiety i mężczyzn studiujących na kierunku lekarskim na poszczególnych latach. Na II roku poziom empatii u kobiet kształtował się na poziomie 5,30 $\pm$ 0,68 i był istotnie wyższy niż u mężczyzn (5,08 $\pm$ 0,82; $p=0,024$). Ponadto stwierdzono istotną różnicę w zależności od płci, analizując wyniki podskali *Compassionate care*. Wynik kobiet wyniósł 5,48 $\pm$ 0,84 i jest istotnie wyższy od wyniku mężczyzn 5,19 $\pm$ 0,98; $p=0,014$. W podskalach *Perspective taking* i *Walking in patient's shoes* nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic.

Analiza wyników badanych kończących studia na kierunku lekarskim wykazała, że istnieje istotna różnica w zależności od płci w poziomie empatii. Wynik pełnej skali dla kobiet ankietowanych na VI roku wyniósł 5,25 $\pm$ 0,60 i był istotnie wyższy od wyniku mężczyzn 5,07 $\pm$ 0,64 ($p=0,002$). Wyższe wyniki u kobiet odnotowano także na podskalach *Compassionate care* i *Walking in patient's shoes*. Na pierwszej z wymienionych podskal wynik kobiet wyniósł 5,54 $\pm$ 0,69 i był istotnie wyższy od wyniku mężczyzn 3,54 $\pm$ 1,29 ($p=0,002$), na drugiej u kobiet odnotowano wynik 5,07 $\pm$ 0,64 istotnie wyższy od wyniku mężczyzn 3,88 $\pm$ 1,23 ($p=0,004$).

Należy też zwrócić uwagę, że wśród studentek kierunku lekarskiego nie stwierdzono istotnych różnic w empatii pomiędzy II a VI rokiem dla pełnej skali oraz wszystkich podskali. Odnotowano jednak istotną różnicę między respondentkami z II i V roku. Na początku kształcenia średni wynik na ogólnej skali u kobiet wyniósł $5,30 \pm 0,68$ i był wyższy o 0,31 w porównaniu z wynikiem uzyskanym przez ankietowane na V roku ($p=0,022$). Różnica między latami studiów odnotowana wśród badanych na kierunku lekarskim mężczyzn nie była istotna statystycznie.

Poziom empatii w zależności od stanu zdrowia badanych

Uzyskane wyniki potwierdziły, że studentów deklarujących, iż mają chorobę przewlekłą, charakteryzuje wyższy poziom empatii (średnia $5,32 \pm 0,60$) w porównaniu ze zdrowymi studentami (średnia $5,18 \pm 0,67$; $p=0,000$). Różnice zaobserwowano także w wynikach uzyskanych przez badanych na podskali *Patient perspective*. U ankietowanych, którzy deklarowali, że zdiagnozowano u nich chorobę przewlekłą, odnotowano istotnie wyższy średni wynik na omawianej podskali ($5,46 \pm 0,81$) w porównaniu z osobami zdrowymi ($5,34 \pm 0,89$, $p=0,024$). Podobna zależność pojawiła się w odpowiedziach na podskali *Compassionate care*. Osoby chore uzyskały wyższy przeciętny wynik $5,51 \pm 0,78$ w porównaniu ze zdrowymi $5,32 \pm 0,82$ ($p=0,000$). Stan zdrowia nie różnicował istotnie wyników uzyskanych przez respondentów na skali *Walking in patient's shoes*.

Wyniki podskali Perspective taking

Na podskalę *Perspective taking* składają się następujące stwierdzenia:

- ✓ pacjenci czują się lepiej, gdy lekarze rozumieją ich uczucia,
- ✓ rozumienie mowy ciała jest tak samo ważne jak komunikacja werbalna w relacji lekarz – pacjent,
- ✓ poczucie humoru lekarza przyczynia się do poprawy wyników leczenia,
- ✓ lekarze powinni starać się „wejść” w sytuację pacjentów, kiedy sprawują nad nimi opiekę,
- ✓ pacjenci cenią sobie zrozumienie lekarza dla swoich uczuć, które samo w sobie jest terapeutyczne,
- ✓ lekarze powinni spróbować zrozumieć, co dzieje się w umysłach ich pacjentów poprzez zwracanie uwagi na wskazówki niewerbalne oraz mowę ciała,

- ✓ empatia to umiejętność terapeutyczna, bez której możliwość osiągnięcia sukcesu przez lekarza jest ograniczona,
- ✓ zrozumienie przez lekarza emocjonalnego stanu pacjentów i ich rodzin jest ważnym komponentem relacji lekarz – pacjent,
- ✓ lekarze powinni postarać się myśleć tak jak ich pacjenci, aby zapewnić im lepszą opiekę,
- ✓ wierzę, że empatia jest ważnym czynnikiem terapeutycznym w postępowaniu medycznym.

Tabela 14 przedstawia wyniki podskali *Perspective taking* w podziale na kierunki studiów.

Tab. 14. Wyniki podskali *Perspective taking* w podziale na kierunki studiów

Kierunek	N	Średnia i odchylenie standardowe	Istotność statystyczna
Lekarski	918	5,24+/-0,90	p=0,000
Położnictwo	253	5,63+/-0,73	
Pielęgniarstwo	367	5,48+/-0,84	Różnica istotna statystycznie między pielęgniarstwem i kierunkiem lekarskim p=0,000

Stwierdzono istotne różnice wyników na skali *Perspective taking* między badanymi studiującymi na różnych kierunkach studiów. Najwyższy poziom empatii na omawianej podskali uzyskały studentki położnictwa 5,63+/-0,73. Wynik ten jest wyższy od uzyskanego na kierunku lekarskim o 0,39 (p=0,000) i o 0,15 w porównaniu z pielęgniarstwem (ta różnica nie jest istotna statystycznie). Jednocześnie wśród studentów pielęgniarstwa odnotowano wyższy o 0,24 wynik w porównaniu ze studentami lekarskiego (p=0,000).

W tabeli 15 przedstawiono wyniki podskali *Perspective taking* w podziale na kierunki i lata studiów.

Tab. 15. Wyniki podskali *Perspective taking* w podziale na kierunki i lata studiów

Kierunek studiów	Rok studiów	Liczba badanych	Średnia i odchylenie standardowe
Lekarski	II rok	263	5,36+/-0,93
	V rok	148	4,98+/-0,98
	VI rok	507	5,26+/-0,84
Pielęgniarstwo	I rok lic.	188	5,58+/-0,80
	I rok mgr	179	5,38+/-0,87
Położnictwo	I rok lic.	185	5,66+/-0,71
	I rok mgr	65	5,53+/-0,77

Porównując wyniki badanych rozpoczynających studia, można zauważyć, że studentki położnictwa na I roku licencjatu mają wyższy o 0,30 wynik od studentów II roku lekarskiego (5,66+/-0,71 vs 5,36 +/-0,93; $p=0,013$). Ponadto badane studentki I roku położnictwa osiągnęły istotnie wyższy wynik na podskali *Perspective taking* w porównaniu z badanymi studentami lekarskiego na wszystkich latach studiów. Był on wyższy o 0,68 od uzyskanego przez studentów V roku (5,66+/-0,71 vs 4,98+/-0,98, $p=0,000$) i o 0,40 w porównaniu z badanymi na VI roku (5,66+/-0,71 vs 5,26+/-0,84, $p=0,000$). Istotna różnica w wysokości 0,28 punktu pojawiła się także między studentkami rozpoczynającymi studia na położnictwie a studiującymi na I roku pielęgniarstwa na poziomie magisterskim (5,66+/-0,71 vs 5,38+/-0,87, $p=0,031$). W przypadku studentów lekarskiego można zauważyć istotną różnicę między studentami rozpoczynającymi studia a będącymi na V roku. Poziom empatii na podskali *Perspective taking* jest niższy na V roku o 0,38 (5,36+/-0,93 vs 4,98+/-0,98; $p=0,002$). W tej grupie respondentów odnotowano także niższy poziom empatii na omawianej podskali w porównaniu z badanymi na I roku pielęgniarstwach studiów magisterskich (4,98+/-0,98 vs 5,38+/-0,87, $p=0,001$). Istotność różnic wyników na podskali *Perspective taking* między studentami różnych kierunków i lat studiów przedstawia tabela 16.

Tab. 16. Istotność różnic średnich poziomu empatii na podskali *Perspective taking* wśród studentów różnych kierunków i lat studiów (na czerwono zaznaczono różnice istotne statystycznie na poziomie $p<0,005$)

	Lekarski II rok M=5,36	Lekarski V rok M=4,98	Lekarski VI rok M=5,26	Pielęgniarstwo I rok lic. M=5,58	Pielęgniarstwo I rok mgr M=5,38	Położnictwo I rok lic. M=5,66	Położnictwo I rok mgr M=5,53
Lekarski II rok		0,002	0,791	0,175	1,000	0,013	0,924
Lekarski V rok	0,002		0,080	0,000	0,001	0,000	0,005
Lekarski VI rok	0,791	0,080		0,005	0,808	0,000	0,534
Pielęgniarstwo I rok lic.	0,175	0,000	0,005		0,306	0,965	1,000
Pielęgniarstwo I rok mgr	1,000	0,001	0,808	0,306		0,031	0,958
Położnictwo I rok lic.	0,013	0,000	0,000	0,965	0,031		0,974
Położnictwo I rok mgr	0,924	0,005	0,534	1,000	0,958	0,974	

Wyniki podskali *Compassionate care*

Na podskali *Compassionate care* znajdują się następujące stwierdzenia:

- ✓ zrozumienie przez lekarza uczuć pacjentów oraz uczuć ich rodzin nie wpływa na postępowanie medyczne niezabiegowe i/lub zabiegowe,
- ✓ zwracanie uwagi na emocje pacjentów nie jest ważne przy zbieraniu wywiadu,
- ✓ przywiązywanie wagi do osobistych doświadczeń pacjentów nie wpływa na wyniki leczenia,
- ✓ choroby pacjentów mogą być leczone tylko poprzez działanie medyczne niezabiegowe i/lub zabiegowe, zatem więzi emocjonalne pomiędzy lekarzami a ich pacjentami nie mają znaczącego wpływu na to działanie,
- ✓ pytanie pacjentów o to, co dzieje się w ich życiu osobistym, nie pomaga w zrozumieniu skarg fizycznych,
- ✓ wierzę, że emocje nie mają znaczenia w leczeniu choroby somatycznej,
- ✓ lekarze nie powinni pozwalać sobie na to, aby wpływały na nich silne osobiste więzi między pacjentami i ich rodzinami,
- ✓ nie sprawia mi przyjemności czytanie literatury niemedycznej czy humanistycznej.

Analizując wyniki na podskali *Compassionate care*, należy mieć na uwadze, że ta skala jest odwrócona, co oznacza, że im większa wartość, tym bardziej ankietowani nie zgadzali się z podanymi stwierdzeniami.

W tabeli 17 przedstawiono wyniki podskali *Compassionate care* w podziale na kierunki studiów.

Tab. 17. Wyniki podskali *Compassionate care* w podziale na kierunki studiów badanych

Kierunek	N	Średnia i odchylenie standardowe	Istotność statystyczna	
Lekarski	918	5,38+/-0,83	p=0,000	p=0,001
Pielęgniarstwo	367	5,21+/-0,80		
Położnictwo	250	5,50+/-0,79		

Analiza wykazała istotne różnice średnich wartości skali na badanych kierunkach. Najczęściej dezaprobatę dla pozycji podskali wyrażali studenci położnictwa ze średnią 5,50+/-0,79, następnie ankietowani na kierunku lekarskim ze średnią 5,38+/-0,83, a na końcu z pielęgniarstwa 5,21+/-0,80. Różnica średnich pomiędzy położnictwem a kierunkiem lekarskim wynosząca 0,12 nie jest istotna statystycznie, natomiast między położnictwem a pielęgniarstwem wynosi 0,29 przy p=0,000. Różnica średnich między kierunkiem lekarskim a pielęgniarstwem w wysokości 0,17 jest istotna przy p=0,001.

Różnice między kierunkami i latami studiów przedstawiono w tabeli 18.

Tab. 18. Wyniki podskali *Compassionate care* w podziale na kierunki i lata studiów

Kierunek studiów	Rok studiów	Liczba badanych	Średnia i odchylenie standardowe
Lekarski	II rok	263	5,38+/-0,90
	V rok	148	5,15+/-0,90
	VI rok	507	5,45+/-0,75
Pielęgniarstwo	I rok lic.	188	5,19+/-0,81
	I rok mgr	179	5,22+/-0,79
Położnictwo	I rok lic.	185	5,57+/-0,71
	I rok mgr	65	5,30+/-0,95

Analiza różnic między kierunkami i latami studiów wykazała, że najczęściej nie zgadzali się z tezami podskali *Compassionate care* ankietowani na I roku studiów

położniczych ze średnią w wysokości 5,57+/-0,71. Średnia ta istotnie różniła się od średniej studentów V roku kierunku lekarskiego (różnica 0,42, p=0,000) oraz respondentów z pielęgniarstwa studiujących zarówno na I roku studiów licencjackich (różnica 0,38, p=0,000), jak i na I roku studiów magisterskich (różnica 0,35, p=0,001). Istotne różnice odnotowano także między ankietowanymi V i VI roku kierunku lekarskiego. Brak zgody na stwierdzenia podane na omawianej skali pojawiał się częściej wśród respondentów kończących studia lekarskie (różnica 0,30, p=0,001). Badani z tej grupy wykazywali więcej dezaprobaty dla stwierdzeń podanych na skali *Compassionate care* niż ankietowani na pielęgniarstwie – o 0,26 w porównaniu z respondentami na I roku studiów licencjackich (p=0,019) i o 0,23 w porównaniu z I rokiem studiów magisterskich (p=0,003).

Wyniki podskali *Walking in patient's shoes*

Na podskali *Walking in patient's shoes* znajdują się następujące stwierdzenia:

- ✓ lekarzowi trudno jest spojrzeć na sytuację z perspektywy pacjenta,
- ✓ ponieważ ludzie są różni, trudno jest spojrzeć na sytuację z perspektywy pacjenta.

Stwierdzono istotne różnice między kierunkami w wynikach na podskali *Walking in patient's shoes*, które przedstawiono w tabeli 19.

Tab. 19. Wyniki podskali *Walking in patient's shoes* w podziale na kierunki studiów badanych

Kierunek	N	Średnia i odchylenie standardowe
Lekarski	918	3,78+/-1,24
Pielęgniarstwo	367	3,94+/-1,18
Położnictwo	250	3,98+/-1,16

Najwyższy średni wynik uzyskali ankietowani z położnictwa 3,98+/-1,16⁴⁹. Był on o 0,04 wyższy niż studentów pielęgniarstwa i o 0,20 wyższy niż respondentów z kierunku lekarskiego. Testy post-hoc nie rozstrzygały jednoznacznie, które kierunki różnią się istotnie na przyjętym poziomie istotności 0,05⁵⁰.

⁴⁹ Wyniki uzyskane na tej skali także należy interpretować odwrotnie ze względu na odwrócenie skali.

⁵⁰ Najbardziej widoczna jest różnica między położnictwem a kierunkiem lekarskim przy p=0,052, ale przekracza on nieznacznie przyjęty ogólnie poziom istotności.

Poza opisanymi wyżej różnicami analiza wyników podskali *Walking in patient's shoes* wykazała, że istniały różnice między badanymi w zależności od roku, na którym studiowali badani (choć tylko jedna różnica była istotna statystycznie). Różnice te przedstawiono w tabeli 20.

Tab. 20. Wyniki podskali *Walking in patient's shoes* w podziale na kierunki i lata studiów

Kierunek studiów	Rok studiów	Liczba badanych	Średnia i odchylenie standardowe
Lekarski	II rok	263	3,88+/-1,24
	V rok	148	3,70+/-1,19
	VI rok	507	3,75+/-1,26
Pielęgniarstwo	I rok lic.	188	3,96+/-1,25
	I rok mgr	179	3,93+/-1,11
Położnictwo	I rok lic.	185	4,06+/-1,14
	I rok mgr	65	3,75+/-1,26

Między badanymi na I roku studiów licencjackich z położnictwa i VI roku kierunku lekarskiego różnica w wysokości 0,31 punktu wykazała wyższy wynik uzyskany na podskali *Walking in patient's shoes* przez studentki I roku położnictwa (4,06+/-1,14 vs 3,75+/-1,26, $p=0,041$).

Zmiana poziomu empatii między II a VI rokiem kierunku lekarskiego

Wyniki analizy wskazały zarówno na korelację ($r=0,478$ $p=0,000$), jak i różnice średnich, które nastąpiły na przestrzeni 4 lat studiów. W grupie, która uczestniczyła w badaniu na początku i pod koniec studiów, średni wynik znormalizowanej pełnej skali na VI roku jest istotnie wyższy w porównaniu z II rokiem (5,30+/-0,62 vs 5,07+/-0,60, $p=0,000$). Podobną tendencję zaobserwowano wśród kobiet. Skala JSE na II roku jest istotnie skorelowana z VI rokiem ($r=0,485$ $p=0,000$), a średni wynik na VI roku jest istotnie wyższy w porównaniu z II rokiem (5,35+/-0,58 vs 5,10+/-0,60, $p=0,002$). Wśród mężczyzn także zaobserwowano istotną korelację między II a VI rokiem ($r=0,458$ $p=0,005$), ale nie odnotowano natomiast istotnej różnicy w średnich wynikach skali JSE.

Poziom empatii u studentów kierunków medycznych – dyskusja

Podsumowując wyniki analizy poziomu empatii w badanej próbie, można stwierdzić, że najwyższy poziom empatii odnotowano u studentek położnictwa, następnie pielęgniarstwa i kierunku lekarskiego. Wyniki różnicowała także płeć badanych – u kobiet zaobserwowany poziom empatii był wyższy niż wśród ankietowanych mężczyzn (z tego też może wynikać wyższy poziom empatii na położnictwie, gdyż w tej grupie były tylko kobiety). Empatia była wyższa u studentów rozpoczynających kształcenie niż u tych na ostatnich latach studiów. Choć jednocześnie w grupie studentów, którzy w czasie studiów uczestniczyli w zajęciach z komunikacji i brali udział w badaniu najpierw na II roku, potem na VI roku, poziom empatii wzrósł. Przyjrzyj się teraz wynikom innych badań, w pierwszej kolejności pokazujących różnice w poziomie empatii między kobietami a mężczyznami, a w drugiej kolejności między studentami rozpoczynającymi naukę i kończącymi ją.

W artykule przedstawiającym wyniki badania przeprowadzonego na przełomie 2017 i 2018 r. na próbie 536 studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego Krzysztof Sobczak wraz z Błażem Popowiczem opisali, że najwyższą empatią charakteryzowali się studenci pielęgniarstwa i położnictwa, następnie fizjoterapii, lekarskiego i na ostatnim miejscu badani z farmacji⁵¹ (Sobczak, Popowicz, 2019). Warto zauważyć, że różnice w poziomie empatii są zauważane między kobietami i mężczyznami w całej populacji, nie tylko u studentów kierunków medycznych (Christov-Moore et al., 2014). Podobną tendencję zaobserwowali Agata Zdun-Ryżewska, Krzysztof Sobczak i Agata Rudnik w badaniu przeprowadzonym w latach 2019–2020 porównującym studentów kierunku lekarskiego ze studentami nauk społecznych. Badane kobiety wykazywały się wyższymi wynikami w teście empatii niż mężczyźni (Zdun-Ryżewska et al., 2022).

Badania prowadzone w latach 2018–2021 w Republice Południowej Afryki, w których została wykorzystana skala JSE, potwierdziły, że wyższe wyniki na skali empatii osiągają kobiety niż mężczyźni. Natomiast różnice na poszczególnych latach studiów kształtowały się w taki sposób, że między III a IV rokiem badacze odnotowali

⁵¹ W tym badaniu został wykorzystany kwestionariusz The Empathy Quotient, opracowany i sprawdzony pod względem psychometrycznym w polskiej wersji przez Kamilę Jankowiak-Siudę i in. (Jankowiak-Siuda, K., Kantor-Martynuska, J., Siwy-Hudowska, A., Śmieja, M., Dobrowicz-Konkol, M., Zarski, W., Siedler, A. (2017). Psychometric properties of the Polish adaptation of short form of the Empathy Quotient (EQ-Short). *Psychiatr Pol*, 51(4), 719-734. <https://doi.org/10.12740/pp/64270>.

istotny wzrost poziomu empatii, a następnie istotny spadek między IV a VI rokiem studiów (Archer, Turner, 2023). O wyższej empatii u studentek medycyny w porównaniu ze studentami pisali także Katherine Berg i in. (Berg et al., 2011). Wyniki opublikowanego w 2020 r. przeglądu systematycznego badającego poziom empatii studentów medycyny na różnych latach edukacji, który obejmował 30 badań opublikowanych między lutym 2010 r. a marcem 2019 r., wykazały, że w 14 badaniach odnotowano znacząco niższy poziom empatii wśród studentów na późniejszych latach studiów. W pozostałych 16 badaniach zidentyfikowano zarówno wyższe, mieszane, jak i niezmiennione poziomy (Andersen et al., 2020). Kwestię tę szczegółowo badał Mohammadreza Hojat, twórca kilku narzędzi wykorzystywanych w edukacji medycznej, w tym m.in. The Jefferson Scale of Empathy. Od 20 lat publikuje on prace, w których powtarza się tendencja, którą zaobserwowałam także w moich badaniach, że u kobiet obserwuje się wyższy poziom empatii niż u mężczyzn. W badaniach prowadzonych przez M. Hojata empatia obniża się na przestrzeni lat studiów medycznych. Pierwsze badanie na ten temat opublikował w 2004 r. (Hojat et al., 2004), drugie w 2009 r. (Hojat et al., 2009), trzecie w 2020 r. (Hojat et al., 2020). Ostatnie badanie obejmowało reprezentatywną dla Stanów Zjednoczonych próbę studentów z uniwersytetów dających dyplom lekarza medycyny osteopatycznej (ang. *doctor of osteopathic medicine*). W badaniu tym wzięło udział 10751 studentów. Należy zaznaczyć, że programy nauczania w tego typu uniwersytetach są podobne do tych kształcących lekarzy medycyny (ang. *doctor of medicine*), a po ukończeniu tego rodzaju szkoły absolwent może pracować jako lekarz⁵². Autorzy artykułu przedstawiającego wyniki tego badania odnotowali wyższą empatię u kobiet niż u mężczyzn. Różnice w poziomie empatii między płciami zostały szczegółowo opisane przez M. Hojata w rozdziale *Empathy and gender. Are men and women complementary or opposite sexes?* w książce *Empathy in health professions education and patient care* (Hojat, 2016). Autorzy przeglądu badań dotyczących poziomu empatii wśród studentów medycyny, o którym pisałam wyżej, wskazywali, że w 18 analizowanych badaniach kobiety miały wyższe wyniki pomiaru empatii niż mężczyźni (Andersen et al., 2020).

Badacze zastanawiają się, jak wytłumaczyć różnice między kobietami a mężczyznami obserwowane zarówno w nastawieniu wobec nauki komunikacji,

⁵² Obecnie około 1/4 studentów medycyny kształci się w tego rodzaju szkołach medycznych (Brendan, M. (2023). DO vs. MD: How much does the medical school degree type matter? Retrieved 11.02.2024, from <https://www.ama-assn.org/medical-students/preparing-medical-school/do-vs-md-how-much-does-medical-school-degree-type-matter>

jak i poziomie empatii. Istnienie tych różnic nie tylko wśród studentów, ale też praktykujących lekarzy potwierdziły wyniki obszernego przeglądu badań, w którym analizie poddano publikacje z lat 1967–2001. Autorzy stwierdzili, że wizyty lekarskie u kobiet lekarek były średnio o dwie minuty (10%) dłuższe niż u lekarzy mężczyzn, że lekarki komunikowały się w sposób bardziej skoncentrowany na pacjencie. Przejawiało się to w częstszym stosowaniu metod aktywnego słuchania, poruszaniu tematu emocji, udzielaniu porad odnoszących się do kwestii psychospołecznych (Roter, Hall, 2004). Jedną z hipotez dotyczących przyczyn mówi o różnicach w socjalizacji, które wpływają na to, że kobiety są bardziej zorientowane na drugą osobę i wrażliwe na emocjonalne aspekty funkcjonowania jednostek (Alotaibi, Alsaedi, 2016). Na większą wrażliwość na sygnały emocjonalne zwracali także uwagę Klea Bertakis i in. (Bertakis et al., 1995). Inne wyjaśnienia odnoszą się do większego zainteresowania kobiet życiem rodzinnym i społecznym pacjenta, co pomaga kobietom lepiej rozumieć chorych i być bardziej empatycznymi (Andersen et al., 2020).

W wyniku porównania dwóch różnych grup respondentów biorących udział w badaniu własnym na II i VI roku, okazało się, że empatia jest wyższa u badanych na początku studiów. W kontekście tych wyników warto przytoczyć konkluzje opisane w artykule opublikowanym w 2020 r. przez M. Hojata i in., którzy stwierdzają, że poziom empatii wśród studentów studiujących na latach klinicznych (III i IV rok) jest niższy niż na pierwszych dwóch latach kształcenia (choć należy podkreślić, że ta różnica była nieistotna statystycznie). Według badaczy z Thomas Jefferson University erozja empatii pojawia się w czasie, gdy studenci zaczynają mieć więcej zajęć klinicznych i kontaktu z pacjentami (Hojat et al., 2020). M. Hojat napisał nawet artykuł o tytule *The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School*, w którym opisywał spadek empatii na III roku studiów (Hojat et al., 2009). Istnieje wiele publikacji zwracających uwagę na to, co dzieje się z postawami wśród studentów III roku. Susan Rosenthal i in. nie potwierdzili natomiast spadku empatii na III roku i w swoim artykule sformułowali konkluzję, że odpowiednie działania edukacyjne mogą utrzymać empatię studentów na początkowym poziomie (Rosenthal et al., 2011). Warto brać pod uwagę te obserwacje dotyczące tego, co dzieje się na III roku m.in. ze względu na to, że w wielu programach nauczania III rok jest istotny z punktu widzenia kształcenia kompetencji komunikacyjnych. Na niektórych uczelniach na tym roku studenci *de facto* kończą zajęcia poświęcone komunikacji,

na innych zaś na III roku zostają wprowadzone metody symulacji dające możliwość rozpoznawania umiejętności okazywania empatii podczas praktycznych zajęć, niekiedy III rok to dopiero początek kształcenia z zakresu komunikacji.

Spadek empatii na późniejszych latach studiów odnotowują badacze z całego świata. Opisywali ją autorzy przeglądu systematycznego obejmującego 18 badań, których wyniki opublikowano w latach 1990–2010 (Neumann et al., 2011). O tej tendencji obecnej wśród studentów medycyny również w Indiach pisali Ahmad Ozair i in. (Ozair et al., 2021). Spadek empatii wśród studentów IV roku w porównaniu z I rokiem odnotowali także badacze z New York Medical College (Dinoff et al., 2023).

Przeciwną tendencję, wzrost empatii, zauważyli natomiast Hotomi Kataoka i in., którzy przeprowadzili badanie na studentach medycyny w Japonii. Wskazali na możliwe powody różnic między wynikami uzyskanymi w Japonii i Stanach Zjednoczonych. Jedną z nich może być koncentracja na nauce przedmiotów ścisłych przez uczniów, którzy chcą się dostać na medycynę, gdyż egzamin wstępny w Japonii jest zorientowany na przedmioty ścisłe. Na początku studiów medycznych studenci mają natomiast zajęcia, które koncentrują się na aspektach humanistycznych zawodu lekarza, na kwestiach bioetycznych, umiejętnościach komunikacyjnych, co może sprzyjać rozwojowi empatii na pierwszych latach. Według japońskich badaczy stres przeżywany przez amerykańskich studentów związany z koniecznością zdawania w trakcie studiów egzaminów United States Medical Licensing Examination może sprawiać, że skupiają się oni w większym stopniu na przygotowaniu do tych egzaminów, które mają charakter testowy. Może to ograniczać rozwój empatii (Kataoka et al., 2009). Porównanie wyników badań własnych studentów na II i VI roku wskazuje na wzrost empatii. Czynniki wpływające na tę zmianę może być wiele. Na VI roku badanie było realizowane w trakcie ostatniego bloku zajęć praktycznych, w klinikach, a ponadto na początku zajęć z komunikacji, które studenci realizują w centrum symulacji medycznych. Być może ten kontekst wpłynął na wyniki. Nie można też wykluczyć, że program kształcenia sprzyja rozwojowi empatii. Potwierdzenie jednak wymagałoby bardziej szczegółowych badań i analiz.

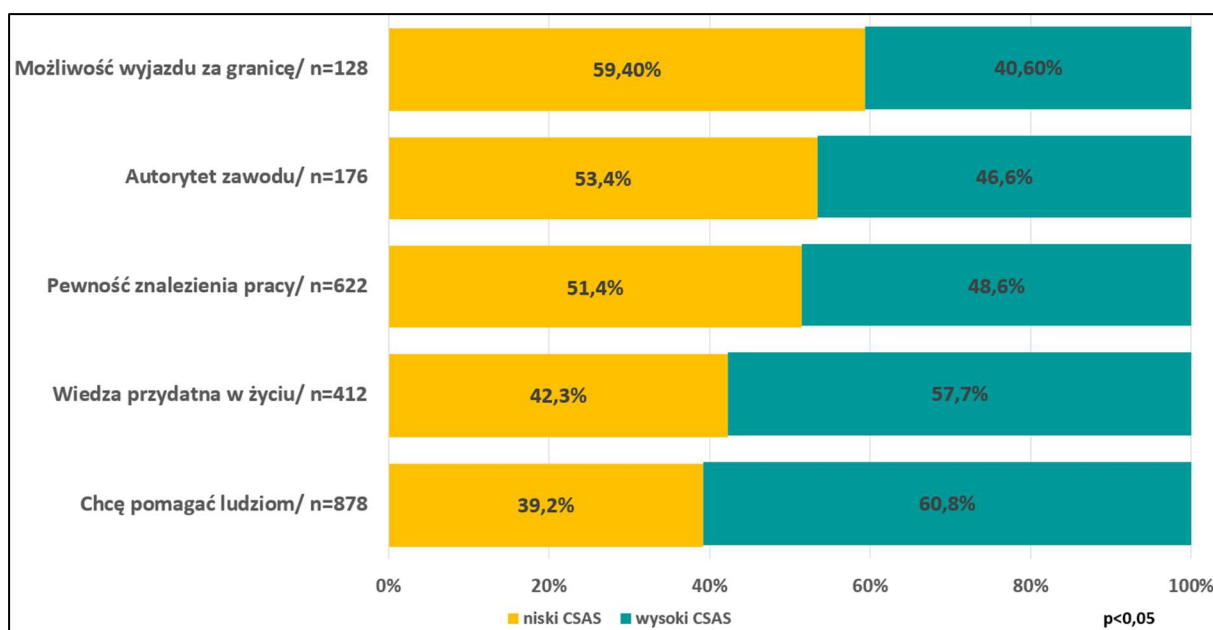
Warto zwrócić uwagę na liczne publikacje, które opisują zmiany poziomu empatii wśród studentów pielęgniarstwa. W literaturze są opisane wyniki badań opisujących zarówno spadek empatii (Ferri et al., 2015); (Nunes et al., 2011), jak i jej wzrost (Håkansson Eklund et al., 2019). Analiza wyników badań własnych nie pozwala jednoznacznie stwierdzić, czy poziom empatii zmniejszył się między studentami I roku

studiów licencjackich i magisterskich. Wartości średnie są wyższe na samym początku studiów, ale różnica jest nieistotna statystycznie.

Na koniec przytoczę jeszcze wyniki opublikowane w dwóch artykułach przedstawiających badania przeprowadzone na polskich uczelniach medycznych. Jedno zrealizowano na Śląskim Uniwersytecie Medycznym, w grupie 100 studentów kierunku lekarsko-dentystycznego. W tej grupie znaleźli się studenci od I do V roku studiów. Analiza wyników badania pokazała, że poziom empatii w tej grupie rósł od I roku. Najwyższy poziom odnotowano u ankietowanych na IV roku. Na V roku badacze zaobserwowali natomiast spadek empatii. Według autorów badania zmiany te mogą być spowodowane tym, że na IV roku jest znacznie więcej zajęć klinicznych, które pozwalają studentom zauważyć potrzeby pacjentów, natomiast na V roku, aby ukończyć studia, studenci muszą wykonać wiele procedur. Być może ten techniczny charakter zaliczeń na V roku wpływa na obniżenie empatii (Mocny-Pachońska et al., 2020). Drugim badaniem zostali objęci studenci kierunków lekarskiego, pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapii, psychologii, socjologii i pedagogiki Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i Uniwersytetu Gdańskiego. W sumie analizie poddano 1701 kwestionariuszy. Badacze także zaobserwowali spadek poziomu empatii po III roku studiów na kierunkach medycznych. Analizując wyniki, doszli jednak do wniosku, że nie należy tego łączyć z początkiem zajęć w klinikach, bowiem spadek empatii na tym etapie kształcenia odnotowali nie tylko wśród studentów kierunków lekarskiego, pielęgniarstwa i fizjoterapii, ale także wśród studentów socjologii i psychologii (Sobczak et al., 2021).

9.3. Nastawienie wobec nauki komunikacji i poziom empatii a motyw wyboru studiów

Jednym z celów badania było sprawdzenie czy motyw wyboru studiów różniły się w zależności od nastawienia wobec nauki komunikacji oraz poziomu empatii. Wyniki zostały przedstawione na rycinach 3 i 4.

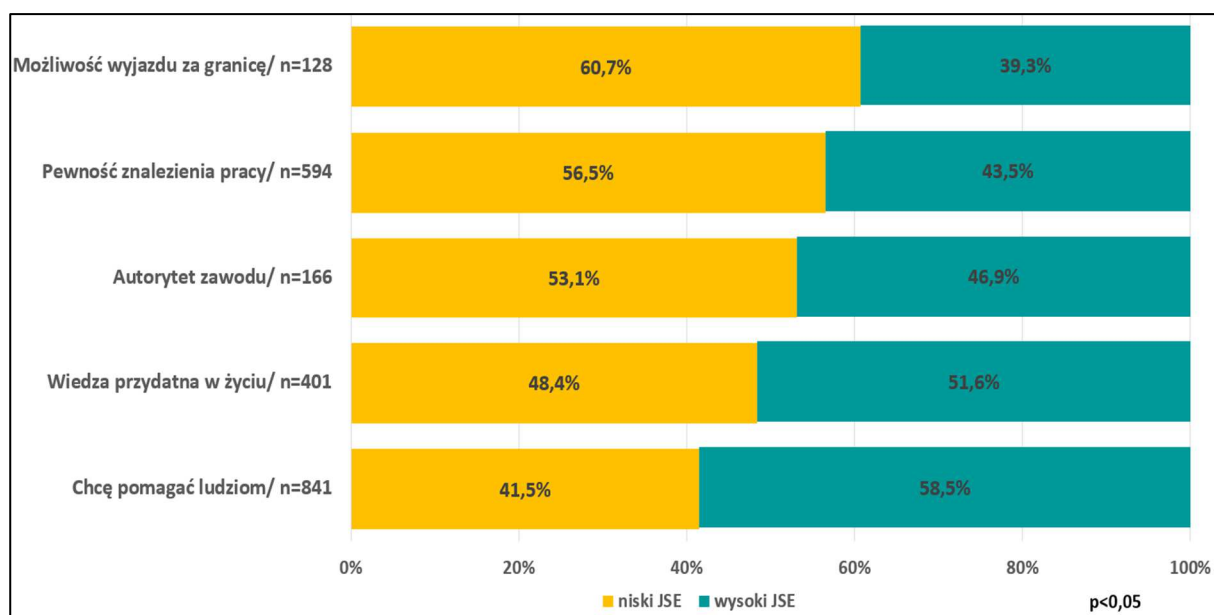


Ryc. 3. Motywy wyboru studiów a nastawienie wobec nauki komunikacji⁵³

Warto zwrócić uwagę, że istnieją różnice w deklaracjach dotyczących motywów wyboru studiów medycznych w zależności od nastawienia wobec komunikacji oraz poziomu empatii⁵⁴. Badani z wysokim wynikiem na skali CSAS częściej deklarowali, że wybrali dany kierunek studiów, aby pomagać ludziom (60,8%) oraz zdobyć wiedzę przydatną w życiu (57,7%). Natomiast wśród respondentów z niskim wynikiem na skali CSAS przeważały motywy takie jak możliwość wyjazdu za granicę (59,4%), autorytet zawodu (53,4%) oraz pewność znalezienia pracy (51,4%).

⁵³ Na rycinie przedstawiono tylko te odpowiedzi, w których różnice między wysoki/niski CSAS były istotne statystycznie.

⁵⁴ Szczegółowe wyniki dotyczące motywów wyboru studiów w badanej grupie zostały opisane w Aneksie nr 1. Pytanie o motywy wyboru studiów znalazło się w autorskiej ankiecie.



Ryc. 4. Motywy wyboru studiów a poziom empatii⁵⁵

Respondenci z wysoką empatią częściej wskazywali, że wybrali studia medyczne, aby pomagać ludziom (58,5%) i zdobyć wiedzę przydatną w życiu (51,6%). Najczęstszym powodem wyboru studiów przez ankietowanych z niskim poziomem empatii była możliwość wyjazdu za granicę (60,7%), pewność znalezienia pracy (56,5%) oraz autorytet zawodu (53,1%).

Podsumowując, można zauważyć, że osoby pozytywnie nastawione wobec nauki komunikacji oraz mające wysoki poziom empatii częściej mają motywację o charakterze wewnętrznym – chcą być lekarzami, pielęgniarkami, położnymi, żeby pomagać ludziom, a także liczą na to, że na studiach zdobędą wiedzę, która im się w życiu przyda. Osoby z negatywnym nastawieniem wobec nauki komunikacji i niskim poziomem empatii częściej motywowane są zewnętrznymi zachętami, takimi jak praca za granicą, autorytet osób wykonujących zawód medyczny czy pewność zatrudnienia.

9.4. Perspektywa pacjenta w opinii badanych

Kolejne zagadnienia, które przedstawiam poniżej, dotyczące opinii badanych o perspektywie pacjenta i jej znaczeniu w praktyce medycznej opisuję na podstawie odpowiedzi respondentów na pytania autorskiej ankiety. Znalazły się w niej różne elementy, spośród których badani mieli wskazać, które składają się na perspektywę

⁵⁵ Na rycinie przedstawiono tylko te odpowiedzi, w których różnice między wysoki/niski JSE były istotne statystycznie.

pacjenta. W tabeli 21 znajdują się odpowiedzi respondentów w podziale na kierunki studiów na pytanie, który z podanych elementów jest składową perspektywy pacjenta. Na końcu znajduje się stwierdzenie, że perspektywa pacjenta to posiadanie wśród bliskich lub znajomych osoby wykonującej zawód medyczny. To nie jest element perspektywy pacjenta, ale znalazł się w ankiecie ze względu na to, że przeprowadzając wstępne, pilotażowe badanie na temat tego, jak pracownicy ochrony zdrowia rozumieją termin „perspektywa pacjenta”, taka odpowiedź często się pojawiała. Chciałam więc zweryfikować, czy opinia ta jest powszechna także wśród studentów kierunków medycznych. Prawie wszystkie różnice między ankietowanymi są istotne statystycznie.

Tab. 21. Perspektywa pacjenta w opinii badanych w podziale na kierunek studiów (odpowiedzi potwierdzające, że dany element jest perspektywą pacjenta)

	Lekarski n=1019	Pielęgniarstwo =373	Położnictwo =259
Emocje , które odczuwa pacjent w związku ze swoim stanem zdrowia (p=0,820)	87,5%	86,3%	87,6%
Dotychczasowe doświadczenia pacjenta związane ze zdrowiem, leczeniem (p=0,018)	86,6%	80,4%	84,2%
Ogólna wiedza pacjenta (nieposiadającego medycznego wykształcenia) na tematy medyczne (p=0,000)	84,3%	69,7%	72,6%
Doświadczenia związane ze zdrowiem, leczeniem bliskich, znajomych pacjenta (p=0,001)	77,8%	68,4%	72,2%
Sytuacja finansowa pacjenta (p=0,000)	73,1%	41,3%	56,0%
Przekonania pacjenta o wpływie choroby na jego dotychczasowe funkcjonowanie (w pracy, w rodzinie) (p=0,000)	72,9%	64,9%	55,2%
Przekonania pacjenta o leczeniu, które jest najlepsze w jego sytuacji (p=0,000)	70,0%	44,0%	50,6%
Sytuacja rodzinna pacjenta (p=0,000)	67,8%	43,7%	58,3%
Wiedza o zdrowiu, leczeniu zdobyta od osób znanych (np. celebryci, politycy) (p=0,000)	61,3%	39,9%	44,4%
Zawód wykonywany przez pacjenta (p=0,000)	56,9%	29,2%	40,9%

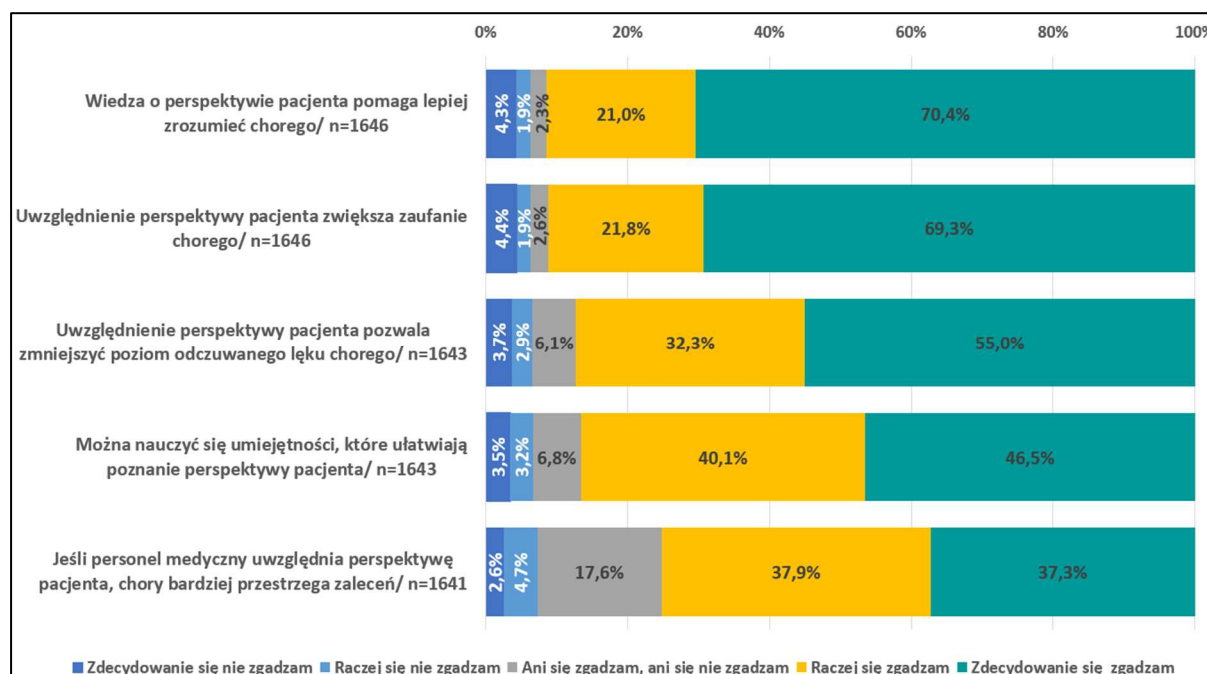
	Lekarski n=1019	Pielęgniarstwo =373	Położnictwo =259
Szczegółowa wiedza pacjenta na temat tego, co mu dolega (p=0,000)	51,5%	29,8%	35,5%
Wymagania pacjenta wobec opieki (p=0,000)	66,7%	46,9%	64,7%
Osoba wykonująca zawód medyczny w rodzinie/wśród bliskich znajomych (p=0,000)	46,1%	30,8%	31,7%

W opinii wszystkich badanych, bez względu na kierunek studiów, perspektywa pacjenta to przede wszystkim emocje odczuwane przez pacjenta, dotychczasowe doświadczenia związane ze zdrowiem albo leczeniem własnym lub bliskich, a także ogólna wiedza pacjenta dotycząca kwestii medycznych oraz doświadczenia. Istotne, że większość badanych, mając do wyboru elementy perspektywy pacjenta, prawidłowo je identyfikowała. W opinii 3/4 badanych z kierunku lekarskiego elementem perspektywy pacjenta jest także sytuacja finansowa (73,1%) oraz przekonania pacjenta dotyczące wpływu choroby na codzienne funkcjonowanie (72,9%). Generalnie można zauważyć, że badani na kierunku lekarskim wskazywali, że większość podanych w ankiecie elementów składa się na perspektywę pacjenta. W mniejszym stopniu elementy te były łączone z perspektywą pacjenta przez respondentów na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo. Na pielęgniarstwie 2/3 ankietowanych zgodziło się z tym, że przekonania pacjenta o wpływie choroby na funkcjonowanie stanowią element perspektywy pacjenta (64,9%), a na położnictwie ponad połowa badanych uznała, że do perspektywy pacjenta można zaliczyć sytuację rodzinną (58,3%) i finansową (56%) pacjenta, opinie o tym, jak choroba wpływa na codzienność (55,2%) oraz jakie leczenie jest najbardziej odpowiednie (50,6%). Pozostałe elementy perspektywy pacjenta były wskazywane przez mniej niż połowę badanych z pielęgniarstwa i położnictwa.

9.5. Opinie o znaczeniu perspektywy pacjenta w praktyce medycznej

Opinie o znaczeniu perspektywy pacjenta w praktyce medycznej były sprawdzane za pomocą pytań w autorskiej ankiecie. Respondenci mieli wskazać, w jakim stopniu zgadzają się z podanymi w formularzu stwierdzeniami, w którym wykorzystano pięciopunktową skalę. Ankietowani mogli wybrać odpowiedzi od 1 – zdecydowanie się nie zgadzam, do 5 – zdecydowanie się zgadzam.

Analizując odpowiedzi respondentów na temat znaczenia perspektywy pacjenta w praktyce medycznej, można stwierdzić, że większość badanych rozumiała, czemu ma służyć poznanie perspektywy pacjenta⁵⁶. Szczegółowo odpowiedzi zostały przedstawione na rycinie 5.

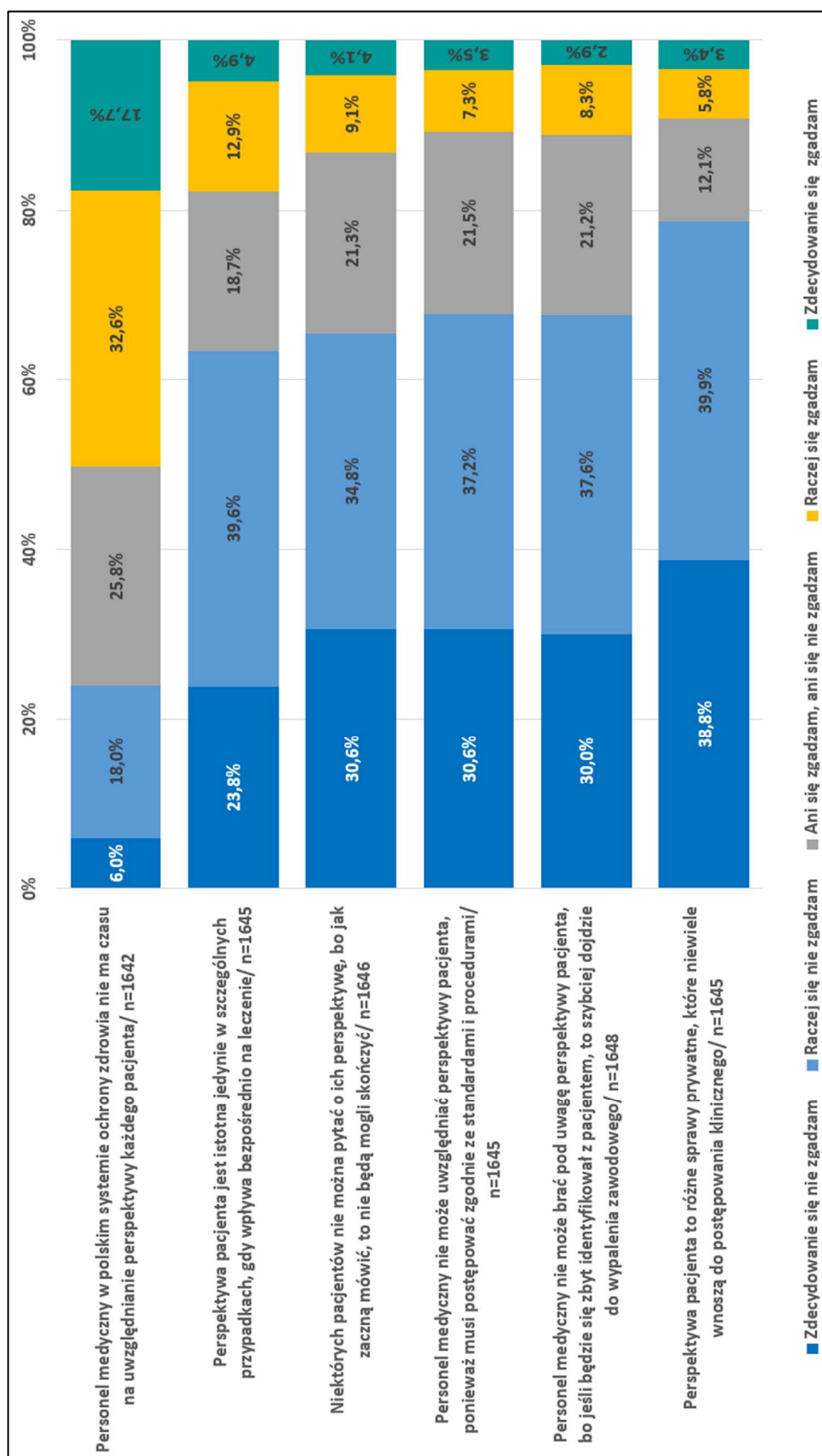


Ryc. 5. Opinie badanych o znaczeniu perspektywy pacjenta

Zdecydowana większość ankietowanych zgodziła się ze stwierdzeniami, że wiedza o perspektywie pacjenta pomaga lepiej zrozumieć chorego (91,4% odpowiedzi zdecydowanie i raczej się zgadzam), uwzględnienie perspektywy pacjenta zwiększa zaufanie chorego (91,1% odpowiedzi zdecydowanie i raczej się zgadzam) i pozwala zmniejszyć poziom odczuwanego lęku chorego (87,3% odpowiedzi zdecydowanie i raczej się zgadzam). W opinii 3/4 ankietowanych uwzględnienie perspektywy pacjenta wpływa na to, że chory lepiej przestrzega zaleceń (75,2% odpowiedzi zdecydowanie i raczej się zgadzam). Ponadto 86,6% badanych uznało, że można nauczyć się umiejętności, które ułatwiają poznanie perspektywy pacjenta.

Badani byli proszeni także o wskazanie, na ile zgadzają się ze stwierdzeniami, które przedstawiają perspektywę pacjenta jako nieistotną lub przeszkadzającą w codziennej praktyce medycznej. Szczegółowe odpowiedzi znajdują się na rycinie 6.

⁵⁶ Rzetelność skali, który była wykorzystana do sprawdzenia, w jakim stopniu badani zgadzają się z podanymi stwierdzeniami, była wysoka. Współczynnik Alfa Cronbacha tej skali wynosi 0,89.



Ryc. 6. Stopień zgody badanych ze stwierdzeniami wskazującymi na to, że perspektywa pacjenta nie ma znaczenia lub może utrudniać pracę

Ponad połowa ankietowanych uznała, że personel medyczny w polskim systemie ochrony zdrowia nie ma czasu na uwzględnianie perspektywy każdego pacjenta (50,3% odpowiedzi zdecydowanie i raczej się zgadzam). Z pozostałymi stwierdzeniami zgodziła się mniej niż 1/5 respondentów. Należy jednak zwrócić uwagę na to, że wśród studentów kierunków medycznych 17,8% zgadza się ze stwierdzeniem, że perspektywa pacjenta jest istotna jedynie w szczególnych przypadkach, gdy może wpłynąć na leczenie, a 13,2% uznaje, że niektórych pacjentów nie można pytać o ich perspektywę, bo jak zaczną mówić, to nie będą mogli skończyć (ponadto 1/5 badanych – 21,3% – nie potrafiła stwierdzić, czy zgadza się czy nie z tym stwierdzeniem). Co dziesiąty respondent wskazał, że personel medyczny nie może brać pod uwagę perspektywy pacjenta, bo jeśli będzie się zbyt identyfikował z pacjentem, to szybciej doświadczy wypalenia zawodowego (11,2%), oraz że personel medyczny nie może uwzględniać perspektywy pacjenta, ponieważ musi postępować zgodnie ze standardami i procedurami (10,8%), a także że perspektywa pacjenta to różne sprawy prywatne, które niewiele wnoszą do postępowania klinicznego (9,2%).

Ponadto na podstawie wyników analizy można stwierdzić, że nie ma istotnej różnicy pomiędzy odpowiedziami badanych studiujących na różnych kierunkach. Przeprowadzono również analizy w celu sprawdzenia, czy są różnice między respondentami studiującymi na różnych latach. Zgodność ze stwierdzeniami wśród ankietowanych rozpoczynających studia położnicze wyniosła $4,03 \pm 0,67$ i była istotnie wyższa od zgodności odnotowanej wśród respondentów na V roku kierunku lekarskiego ($3,81 \pm 0,60$). Jednocześnie wynik badanych na V roku był niższy niż na VI roku ($3,99 \pm 0,69$)⁵⁷.

Porównanie odpowiedzi studentów na II i VI roku wskazuje, że respondenci na VI roku rzadziej zgadzali się ze stwierdzeniami (analiza wykazała słabe istotne korelacje):

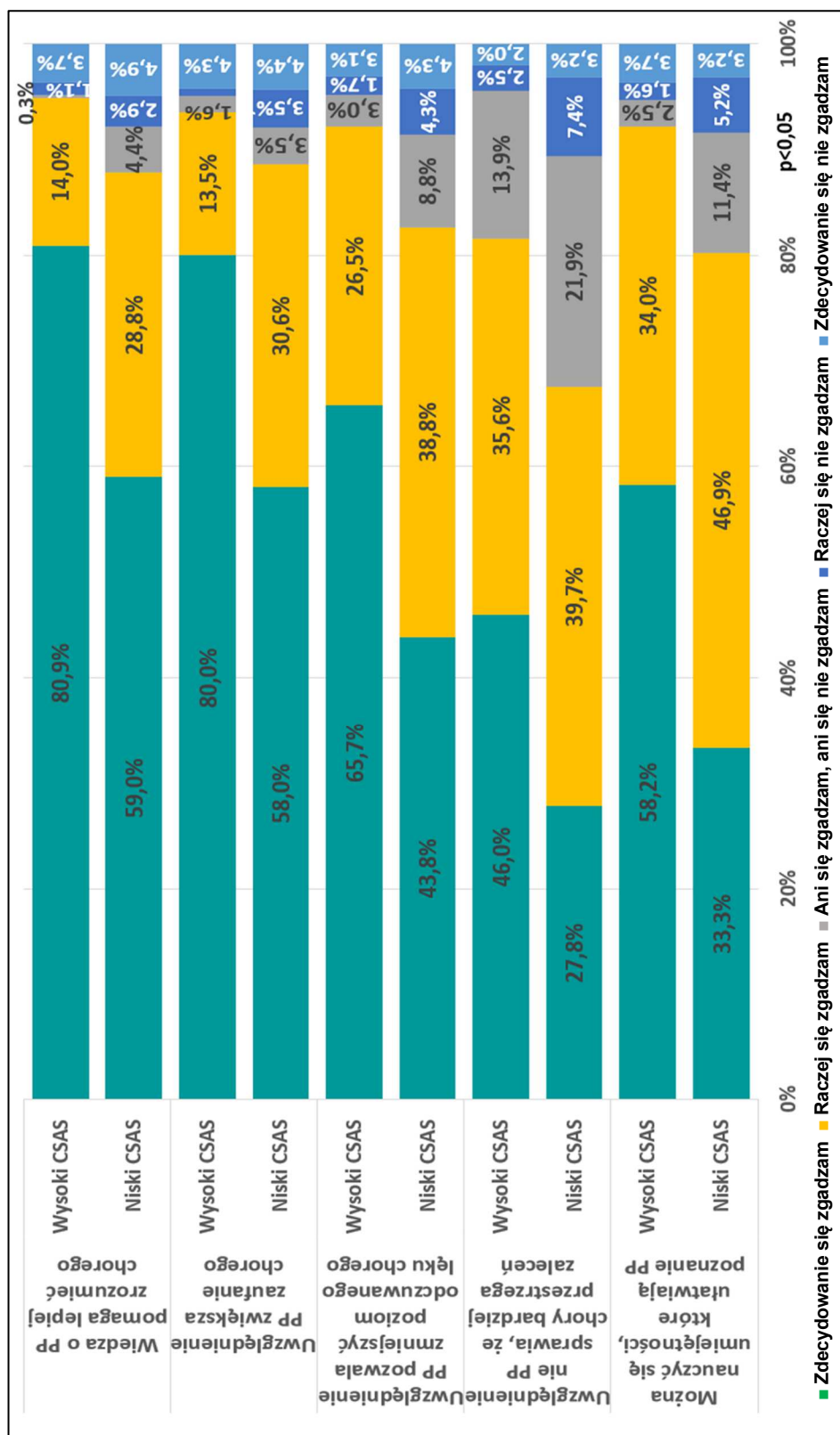
- ✓ lekarz w polskim systemie ochrony zdrowia nie ma czasu na uwzględnianie perspektywy każdego pacjenta ($r=0,24$ $p=0,016$),
- ✓ lekarz nie może brać pod uwagę perspektywy pacjenta, bo jeśli będzie się zbyt identyfikował z pacjentem, to szybciej dojdzie do wypalenia zawodowego ($r=0,269$ $p=0,007$),

⁵⁷ Nie można wykazać, że pozostałe różnice są istotne statystycznie. Nie było też istotnych różnic między respondentkami i respondentami, a także między badanymi deklarującymi, że chorują na chorobę przewlekłą, oraz zdrowymi.

- ✓ perspektywa pacjenta jest istotna jedynie w szczególnych przypadkach, kiedy pewne fakty z życia pacjenta mogą mieć bezpośredni wpływ na leczenie ($r=0,221$ $p=0,027$),
- ✓ perspektywa pacjenta to różne sprawy prywatne, które niewiele wnoszą do postępowania klinicznego ($r=0,259$ $p=0,009$).

9.5.1. Opinie o znaczeniu perspektywy pacjenta w zależności od nastawienia wobec komunikacji

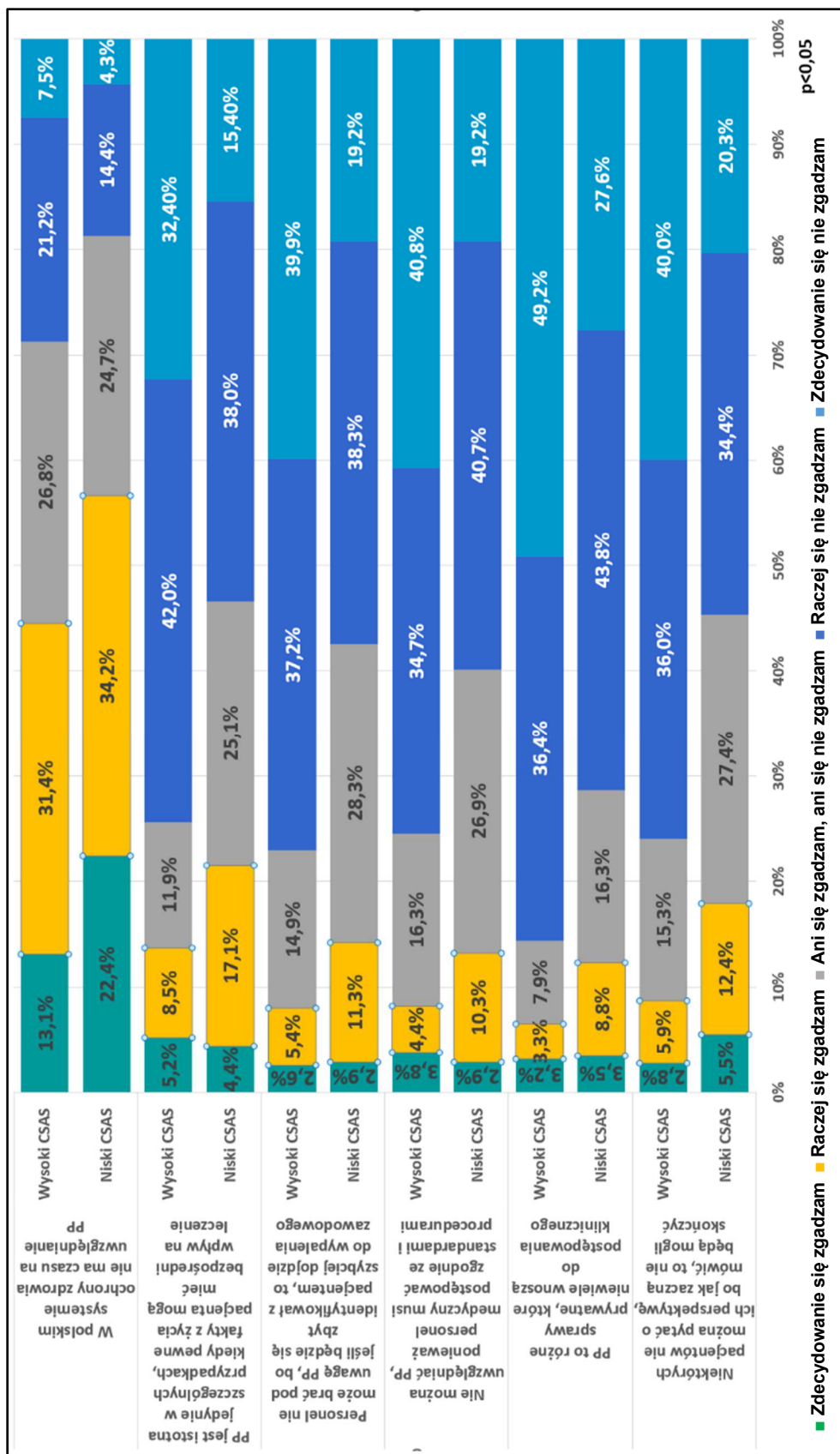
Nastawienie wobec komunikacji różnicowało opinie badanych na temat znaczenia perspektywy pacjenta w praktyce medycznej. Szczegółowo wyniki przedstawiono na rycinie 7.



Ryc. 7. Opinie badanych na temat znaczenia perspektywy pacjenta w relacji z chorym w zależności od nastawienia wobec nauki komunikacji (różnice istotne statystycznie na poziomie $p<0,05$)

Ze stwierdzeniem, że wiedza o perspektywie pacjenta pomaga lepiej zrozumieć chorego, zdecydowanie zgadzało się 80,9% ankietowanych pozytywnie i 59% negatywnie nastawionych wobec nauki komunikacji (różnica wyniosła 21,9 punktów procentowych). Ankietowani pozytywnie nastawieni wobec nauki komunikacji o 22 punkty procentowe częściej zgadzali się ze stwierdzeniem, że uwzględnienie perspektywy pacjenta zwiększa zaufanie chorego (odpowiedź „zdecydowanie się zgadzam” wskazało 80% ankietowanych z wysokim wynikiem CSAS i 58% z niskim). Ponad 2/3 badanych (65,7%) pozytywnie nastawionych wobec komunikacji zdecydowanie zgodziło się ze stwierdzeniem, że uwzględnienie perspektywy pacjenta pozwala zmniejszyć poziom odczuwanego przez chorego lęku (wśród osób negatywnie nastawionych odsetek ten był o 21,9 punktu procentowego niższy i wynosił 43,8%). Przekonanie o tym, że uwzględnienie perspektywy pacjenta wpływa na przestrzeganie zaleceń też było różne w zależności od wyniku na skali CSAS. Zdecydowanie zgodziło się z tym 46% respondentów z wysokim wynikiem i 27,8% z niskim. Największa rozbieżność w opiniach między badanymi z wysokimi i niskim poziomem CSAS pojawiła się w kontekście opinii na temat tego, czy można nauczyć się umiejętności, które ułatwiają poznanie perspektywy pacjenta. Różnica wyniosła 24,9 punktu procentowego. Z tym stwierdzeniem zgodziła się ponad połowa (58,2%) pozytywnie nastawionych wobec nauki komunikacji i 1/3 (33,3%) z negatywnym nastawieniem.

Duże różnice zaobserwowano między wynikiem CSAS a opiniami na temat możliwości odniesienia się do perspektywy pacjenta w pracy w polskim systemie ochrony zdrowia. Szczegółowe wyniki zostały przedstawione na rycinie 8.

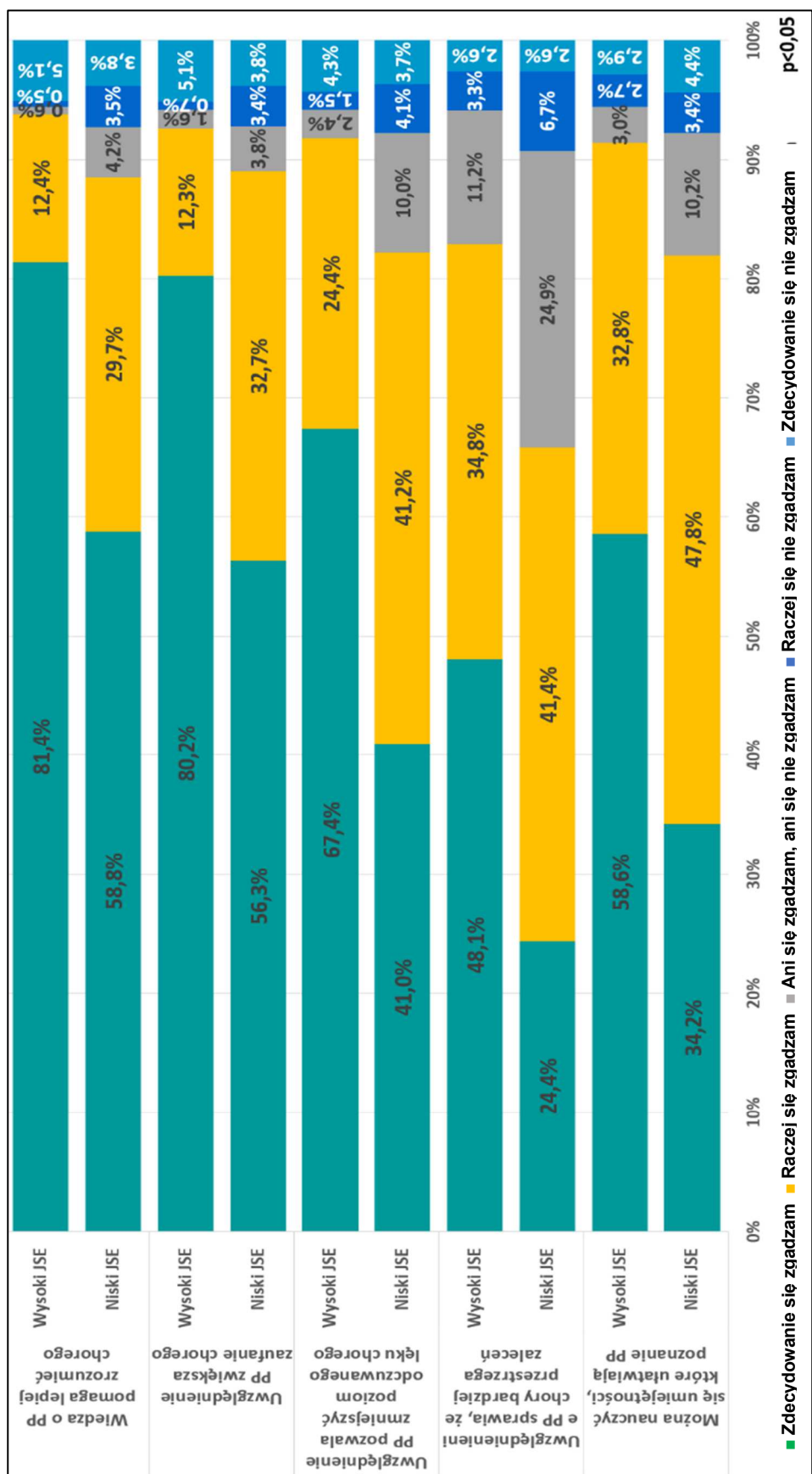


Ryc. 8. Opinie badanych na temat znaczenia perspektywy pacjenta w pracy w polskim systemie ochrony zdrowia w zależności od nastawienia wobec nauki komunikacji (różnice istotne statystycznie na poziomie $p < 0,05$)

W tym miejscu opiszę, w jaki sposób odpowiadały osoby z wysokim i niskim wynikiem na skali CSAS, sumując odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam” i „raczej się zgadzam”. Ponad połowa respondentów (56,6%) z negatywnym nastawieniem wobec komunikacji uznała, że w polskim systemie ochrony zdrowia nie ma czasu na uwzględnianie perspektywy pacjenta (zgodziło się z tym 44,5% ankietowanych z pozytywnym nastawieniem). Przekonanie o tym, że perspektywa pacjenta jest istotna tylko w niektórych sytuacjach, podzielało 21,5% badanych z niskim wynikiem na skali CSAS i 13,7% z wysokim. Obawę o to, że pacjenci zapytani o ich perspektywę będą zbyt długo mówić, podzielało 17,9% ankietowanych, którzy na skali CSAS uzyskali niski wynik i 8,7% z wysokim wynikiem. W opinii 14,2% respondentów negatywnie oceniających potrzebę nauki komunikacji poznawanie perspektywy pacjenta może sprawić, że personel będzie się z chorym identyfikował, a to prowadzi do wypalenia zawodowego. Jednocześnie uważa tak 8% badanych z grupy osób uznających, że komunikacji warto się uczyć. Ze stwierdzeniem, że perspektywy pacjenta nie można uwzględniać ze względu na to, że trzeba postępować zgodnie z procedurami, zgodziło się 13,2% respondentów z niskim wynikiem na skali CSAS i 8,2% z wysokim. Ponadto 12,3% ankietowanych negatywnie nastawionych do komunikacji uznało, że perspektywa pacjenta to prywatne sprawy niewiele wnoszące do postępowania klinicznego (taką opinię podzieliło 6,5% studentów pozytywnie nastawionych do nauki komunikacji).

9.5.2. Opinie o znaczeniu perspektywy pacjenta w zależności od poziomu empatii

Poziom empatii także różnicował odpowiedzi badanych na pytanie dotyczące znaczenia perspektywy pacjenta. Szczegółowe wyniki zostały przedstawione na rycinie 9.



Ryc. 9. Opinie badanych na temat znaczenia perspektywy pacjenta w relacji z chorym w podziale na poziom empatii (różnice istotne statystycznie na poziomie $p<0,005$)

Respondenci z wysokim poziomem empatii istotnie częściej zgadzali się ze stwierdzeniami, że:

- ✓ wiedza o perspektywie pacjenta pomaga lepiej zrozumieć chorego (odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam” 81,4% vs 58,8% wśród osób z niskim poziomem empatii),
- ✓ uwzględnienie perspektywy pacjenta zwiększa zaufanie chorego (80,2% vs 56,3%),
- ✓ uwzględnienie perspektywy pacjenta pozwala zmniejszyć poziom odczuwanego lęku chorego (67,4% vs 41%),
- ✓ uwzględnienie perspektywy pacjenta sprawia, że chory bardziej przestrzega zaleceń (48,1% vs 24,4%),
- ✓ można nauczyć się umiejętności, które ułatwią poznanie perspektywy pacjenta (58,6% vs 34,2%).

Opisane powyżej różnice między osobami z wysokim i niskim poziomem empatii ukształtowały się odwrotnie w przypadku stwierdzeń, które wskazywały na ograniczenia systemowe uniemożliwiające poznawanie perspektywy pacjenta. Widać to zwłaszcza, porównując odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam” i „raczej się zgadzam”. Szczegółowo wyniki te przedstawiono na rycinie 10.

Osoby z niskim poziomem empatii częściej zgadzały się ze stwierdzeniami:

- ✓ w polskim systemie ochrony zdrowia nie ma czasu na uwzględnienie perspektywy pacjenta (odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam” i „raczej się zgadzam” 52,2% badanych z niskim poziomem empatii vs 47,7% wśród osób z wysokim poziomem empatii),
- ✓ perspektywa pacjenta to różne sprawy prywatne, które niewiele wnoszą do postępowania klinicznego (10,5% vs 7,8%),
- ✓ niektórych pacjentów nie można pytać o ich perspektywę, bo jak zaczną mówić, to nie będą mogli skończyć (17,6% vs 8%),
- ✓ personel medyczny nie jest w stanie brać pod uwagę perspektywy pacjenta, bo jeśli będzie się zbyt identyfikował z pacjentem, to szybciej dojdzie do wypalenia zawodowego (14,7% vs 7,9%),
- ✓ perspektywa pacjenta jest istotna jedynie w szczególnych przypadkach, kiedy pewne fakty z życia pacjenta mogą mieć bezpośredni wpływ na leczenie (21,5% vs 13,4%),
- ✓ nie można uwzględniać perspektywy pacjenta, ponieważ personel medyczny musi postępować zgodnie z procedurami i standardami (13% vs 7,7%).

Powyższe analizy pokazują, że nastawienie wobec nauki komunikacji oraz poziom empatii istotnie różnicują opinie o znaczeniu perspektywy pacjenta w opiece zdrowotnej. Wyniki te warto wziąć pod uwagę w kontekście kształcenia kompetencji komunikacyjnych.

9.5.3. Zmiana opinii o znaczeniu perspektywy pacjenta na II i VI roku

W tym miejscu opiszę wyniki II etapu badania, w którym analizowałam odpowiedzi badanych, którzy w I etapie byli na II roku kierunku lekarskiego, a w II etapie na VI roku. Wyniki te pozwolą przyjrzeć się, jak zmieniły się opinie badanych na temat perspektywy pacjenta na przestrzeni 4 lat studiów. Tabela 22 przedstawia, jak zmieniła się wiedza badanych o elementach perspektywy pacjenta.

Tab. 22. Perspektywa pacjenta w opinii badanych na II i VI roku kierunku lekarskiego (odpowiedzi potwierdzające, że dany element jest perspektywą pacjenta)

	Lekarski II rok	Lekarski VI rok
Emocje , które odczuwa pacjent w związku ze swoim stanem zdrowia (p=0,000)	79%	96%
Dotychczasowe doświadczenia pacjenta związane ze zdrowiem, leczeniem (p=0,000)	76%	95%
Ogólna wiedza pacjenta (nieposiadającego medycznego wykształcenia) na tematy medyczne (p=0,023)	78%	90%
Doświadczenia związane ze zdrowiem, leczeniem bliskich, znajomych pacjenta (p=0,000)	66%	88%
Przekonania pacjenta o wpływie choroby na jego dotychczasowe funkcjonowanie (w pracy, w rodzinie) (p=0,000)	59%	87%
Sytuacja finansowa pacjenta (p=0,000)	58%	77%
Sytuacja rodzinna pacjenta (p=0,000)	54%	73%
Wiedza o zdrowiu, leczeniu zdobyta od osób znanych (np. celebryci, politycy) (p=0,004)	48%	68%
Zawód wykonywany przez pacjenta (p=0,000)	36%	54%
Szczegółowa wiedza pacjenta na temat tego, co mu dolega (p=0,034)	35%	48%
Wymagania pacjenta wobec opieki	różnice nieistotne statystycznie	
Osoba wykonująca zawód medyczny w rodzinie/wśród bliskich znajomych	różnice nieistotne statystycznie	
Przekonania pacjenta o leczeniu, które jest najlepsze w jego sytuacji	różnice nieistotne statystycznie	

Analiza wyników wskazuje, że na przestrzeni 4 lat studiów istotnie wzrosła znajomość elementów perspektywy pacjenta. Ponad 2/3 respondentów rozpoznało 8 spośród 11 składowych perspektywy pacjenta. Na podstawie tych wyników można stwierdzić, że na początkowych latach studenci różnych kierunków nie identyfikują jednoznacznie wszystkich elementów perspektywy pacjenta. Znajomość tych zagadnień na kierunku lekarskim poprawia się na przestrzeni kolejnych lat studiów. Poniżej piszę o tym, na ile, według studentów, perspektywa pacjenta jest ważna w pracy w zawodzie medycznym.

Porównanie wyników wskazuje na to, że respondenci na VI roku stali się bardziej otwarci na perspektywę pacjenta, co przedstawia tabela 23.

Tab. 23. Zmiana opinii badanych na temat znaczenia perspektywy pacjenta w praktyce między II a VI rokiem kierunku lekarskiego (różnice istotne statystycznie na $<0,05$)

	Średnia i odchylenie standardowe	
	II rok	VI rok
Perspektywa pacjenta jest istotna jedynie w szczególnych przypadkach, gdy wpływa bezpośrednio na leczenie, $p=0,000$	2,75 $\pm$ 1,16	2,17 $\pm$ 1,23
Lekarz nie może brać pod uwagę perspektywy pacjenta, bo jeśli będzie się zbyt identyfikował z pacjentem, to szybciej dojdzie do wypalenia zawodowego, $p=0,018$	2,46 $\pm$ 1,15	2,12 $\pm$ 1,19
Perspektywa pacjenta to różne sprawy prywatne, które niewiele wnoszą do postępowania klinicznego, $p=0,022$	2,19 $\pm$ 1,13	1,87 $\pm$ 1,12
Personel medyczny nie może uwzględniać perspektywy pacjenta, ponieważ musi postępować zgodnie ze standardami i procedurami, $p=0,002$	2,57 $\pm$ 1,14	2,10 $\pm$ 1,11

Na przestrzeni 4 lat nastąpił spadek osób zgadzających się ze stwierdzeniami, że lekarz nie może uwzględniać perspektywy pacjenta ze względu na obowiązujące procedury lub ryzyko wypalenia zawodowego. Po 4 latach nauki mniej było także osób, które uważały, że perspektywa pacjenta jest istotna jedynie w szczególnych przypadkach, kiedy pewne fakty z życia pacjenta mogą mieć bezpośredni wpływ na leczenie lub że perspektywa pacjenta to różne sprawy prywatne, które niewiele wnoszą do postępowania klinicznego. Badani studenci kończąc studia, rzadziej zgadzają się ze stwierdzeniami umniejszającymi, a nawet podważającymi znaczenie perspektywy pacjenta w praktyce medycznej.

Podczas 4 lat studiów pojawiły się istotne różnice opinii o perspektywie pacjenta w zależności od płci. Ciekawe, że w przypadku badanych kobiet zmian opinii na przestrzeni 4 lat studiów jest niewiele⁵⁸, natomiast opinie badanych mężczyzn zmieniły się znacząco. Kończąc naukę na studiach, badani mężczyźni częściej sądzili, że można nauczyć się umiejętności, które ułatwiają poznanie perspektywy pacjenta. W tej grupie respondentów stwierdzono wiele istotnych korelacji wyników obecnych

⁵⁸ W grupie kobiet stwierdzono jedynie istotną słabą korelację w przypadku stwierdzenia, że perspektywa pacjenta to różne sprawy prywatne, które niewiele wnoszą do postępowania klinicznego ($r=0,249$ $p=0,047$). Ponadto badane studentki na VI roku rzadziej uważały, że lekarz nie może uwzględniać perspektywy pacjenta, ponieważ musi postępować zgodnie ze standardami i procedurami (średnia ocena na II roku 2,64 $\pm$ 1,17 obniżyła się na VI roku do poziomu 2,13 $\pm$ 1,21, $p=0,019$) oraz że perspektywa pacjenta jest istotna jedynie w szczególnych przypadkach, kiedy pewne fakty z życia pacjenta mogą mieć bezpośredni wpływ na leczenie (średnia ocena na II roku 2,77 $\pm$ 1,15 obniżyła się na VI roku 2,22 $\pm$ 1,39, $p=0,008$).

z poprzednimi, niektóre silne i bardzo silne. Przy stwierdzeniu, że można nauczyć się umiejętności, które ułatwiają poznanie perspektywy pacjenta, pojawiła się zarówno korelacja, jak i wzrosła średnia, wskazująca na to, że ankietowani mężczyźni na VI roku częściej zgadzali się z tym stwierdzeniem (4,33 vs 4,00, $r=0,499$ $p=0,002$).

Korelacje pojawiły się także przy innych stwierdzeniach:

- ✓ lekarz w polskim systemie ochrony zdrowia nie ma czasu na uwzględnianie perspektywy każdego pacjenta ($r=0,593$ $p=0,000$),
- ✓ lekarz nie może uwzględniać perspektywy pacjenta, ponieważ musi postępować zgodnie ze standardami i procedurami ($r=0,661$ $p=0,000$),
- ✓ lekarz nie może brać pod uwagę perspektywy pacjenta, bo jeśli będzie się zbyt identyfikował z pacjentem, to szybciej dojdzie do wypalenia zawodowego ($r=0,475$ $p=0,003$)⁵⁹.

Podsumowując, należy stwierdzić, że na przestrzeni 4 lat studiów respondenci stali się bardziej otwarci na perspektywę pacjenta oraz lepiej rozumieli, czym jest i jakie ma znaczenie w praktyce lekarskiej.

⁵⁹ Poza opisanymi korelacjami odnotowano także istotne statystycznie różnice, które wskazują, że respondenci w toku studiów docenili znaczenie perspektywy pacjenta:

- w przypadku stwierdzenia „lekarz nie może uwzględniać perspektywy pacjenta, ponieważ musi postępować zgodnie ze standardami i procedurami” średni wynik obniżył się z 2,44 $\pm$ 1,08 do poziomu 2,06 $\pm$ 0,92 ($p=0,009$),
- w przypadku stwierdzenia „perspektywa pacjenta jest istotna jedynie w szczególnych przypadkach, kiedy pewne fakty z życia pacjenta mogą mieć bezpośredni wpływ na leczenie” średni wynik obniżył się z 2,72 $\pm$ 1,19 do poziomu 2,08 $\pm$ 0,91 ($p=0,009$),
- w przypadku stwierdzenia „perspektywa pacjenta to różne sprawy prywatne, które niewiele wnoszą do postępowania klinicznego” średni wynik obniżył się z 2,22 $\pm$ 1,05 do poziomu 1,75 $\pm$ 0,77 ($p=0,013$).

10. Perspektywa pacjenta w procesie komunikacji personelu medycznego z pacjentem

Przedstawiony wyżej model opisujący elementy perspektywy pacjenta zwraca uwagę na wielowymiarowość tego zagadnienia oraz kładzie nacisk na znaczenie kompetencji komunikacyjnych personelu medycznego. Umożliwiają one z jednej strony poznanie tej perspektywy, z drugiej ją kształtują. Zrozumienie, co jest ważne dla pacjenta, co myśli o swoim stanie zdrowia, jakie ma w związku z tym oczekiwania, pozwala uwzględnić te elementy w planowaniu postępowania terapeutycznego oraz sprawowaniu opieki. W tym podejściu perspektywa pacjenta odnosi się do tego, jakie chory ma przekonania na początku wizyty, jak również stanowi przedmiot rozmowy personelu medycznego z chorym. Widząc problemy zdrowia holistycznie, zakładając, że leczenie i opieka zdrowotna to nie tylko leczenie objawów, ale leczenie człowieka z uwzględnieniem wielu aspektów jego funkcjonowania, przyjmując, że kontakt personelu medycznego z pacjentem wpływa na jego perspektywę, można uznać, że istnieją dwa główne cele komunikacji (w kontekście omawianego zagadnienia):

- 1) poznanie perspektywy pacjenta – rozmowa o perspektywie pacjenta jest częścią wywiadu,
- 2) uwzględnienie perspektywy pacjenta podczas rozmowy, w szczególności w związku z wyborem i planowaniem postępowania terapeutycznego oraz formułowaniem zaleceń – perspektywa pacjenta jest kluczowym punktem odniesienia w procesie wspólnego podejmowania decyzji.

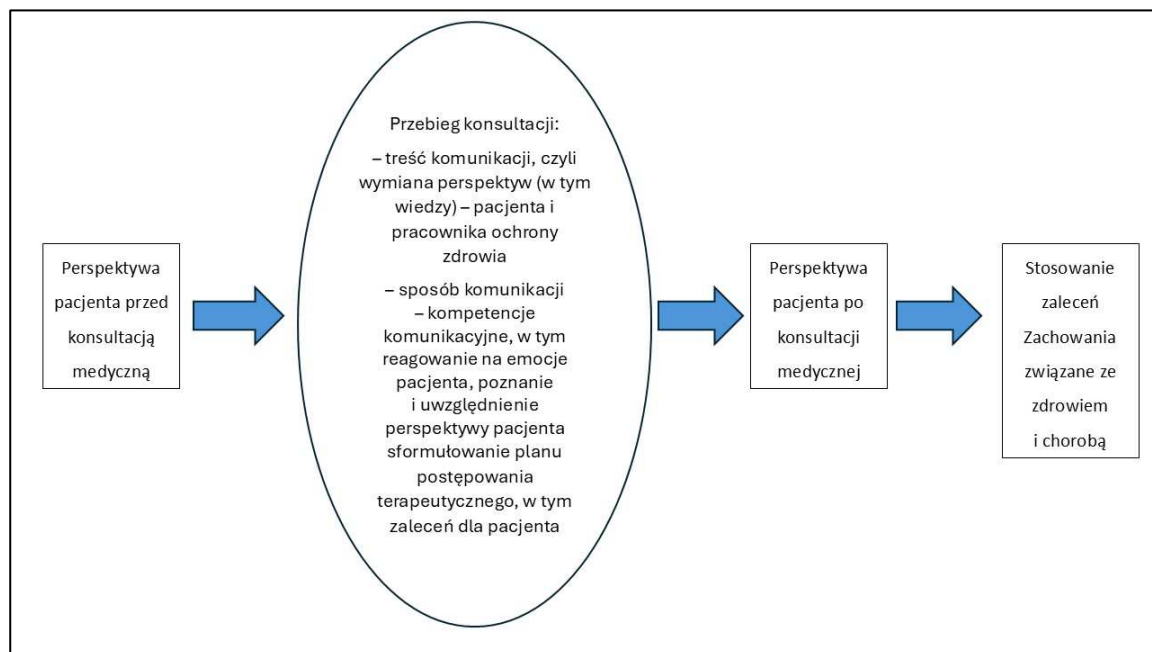
Realizacja tych dwóch celów wymaga odniesienia się do perspektywy pacjenta na różnych etapach rozmów personelu medycznego z chorymi. W dalszej części tego rozdziału opiszę umiejętności komunikacji przydatne w poznawaniu i uwzględnianiu perspektywy pacjenta. Zanim do tego przejdę, omówię jeszcze kilka ogólnych kwestii, żeby pokazać znaczenie perspektywy pacjenta w całym procesie komunikacji.

Gregory Makoul i in. w konsensusie z Glasgow podkreślali, że efektywna komunikacja oznacza umiejętność zastosowania różnego podejścia w zależności

od pacjenta i jego sytuacji. Dużo o tym piszę w tej książce. Chorzy mogą mieć różne potrzeby, cele, oczekiwania, ograniczenia i kompetencje. Zaspokajanie potrzeb każdego pacjenta zarówno w kontekście sytuacji klinicznej, jak i codziennego funkcjonowania, stanowi podstawę opieki skoncentrowanej na osobie (Makoul et al., 2024).

Komunikacja odgrywa ogromną rolę w procesie leczenia i opieki nad pacjentami. Dostępne metody diagnostyczne, lecznicze, opiekuńcze czy rehabilitacyjne umożliwiają proces terapeutyczny, w którym nieodzownym elementem jest rozmowa między personelem medycznym a pacjentem. Ta rozmowa ma szczególny charakter, gdyż dotyczy najbardziej osobistego, intymnego i najważniejszego tematu, jakim jest zdrowie i życie człowieka. Mimo że odbywa się między dwiema osobami (czasem trzema, jeśli choremu ktoś towarzyszy), ma miejsce w określonej sytuacji, to jej skutki są dalekosiężne (często rozłożone w czasie i dotykające nie tylko chorego, ale i bliskich czy współpracowników), a jej początek zaczyna się zwykle przed fizycznym spotkaniem. Chory najpierw rozważa, czy konsultacja jest potrzebna, potem formułuje (w myślach lub dyskusjach z innymi) oczekiwania związane z jej przebiegiem oraz efektem, i z tym nastawieniem pacjenta rozpoczyna się rozmowa. Tak na to patrząc, każda rozmowa ma inny początek związany z tym, co działo się, co myślał lub czuł chory przed kontaktem z personelem medycznym. To właśnie elementy perspektywy pacjenta, nie tylko sytuacja medyczna, wpływają na tę wyjątkowość każdej rozmowy. Jednocześnie jej przebieg wpływa na życie nie tylko chorego, ale i jego bliskich jeszcze długo po jej zakończeniu. Czasem ten wpływ trwa latami, gdy pacjenci pamiętają każde słowo lekarza, który przekazywał im informację o diagnozie, albo gdy regularnie biorą przepisane tabletki, rozumiejąc, że od tego zależy ich dalsze życie i zdrowie. Widzimy tu zatem, że perspektywa pacjenta ma znaczenie, zanim dojdzie do kontaktu chorego z personelem medycznym i może decydować o początkowym nastawieniu do rozmowy i specjalisty. Przebieg konsultacji kształtuje w pewnym stopniu perspektywę pacjenta i w ten sposób oddziałuje na zachowania chorego (ryc. 11). Jeśli bowiem lekarz np. przekaze pacjentowi informacje, które pozwolą zrozumieć, dlaczego restrykcyjna dieta jest konieczna, wpłynie to na przestrzeganie zasad tej diety. Pracownik ochrony zdrowia może uspokoić zdenerwowanego pacjenta, tłumacząc na przykład, dlaczego w jego przypadku nie ma możliwości zlecenia określonych badań, a może też przestraszyć, jeśli w nieodpowiedni sposób będzie przedstawiał korzyści z działań mających na celu

zmianę diety. Sposób komunikacji wpływa zatem nie tylko na wiedzę pacjenta, ale także na jego emocje. Z podanych tu powodów perspektywa pacjenta ma również znaczenie w trakcie komunikacji personelu medycznego z pacjentem. Jak pisał William Osler, „dobry lekarz leczy chorobę; wielki lekarz leczy pacjenta, który ma chorobę”.

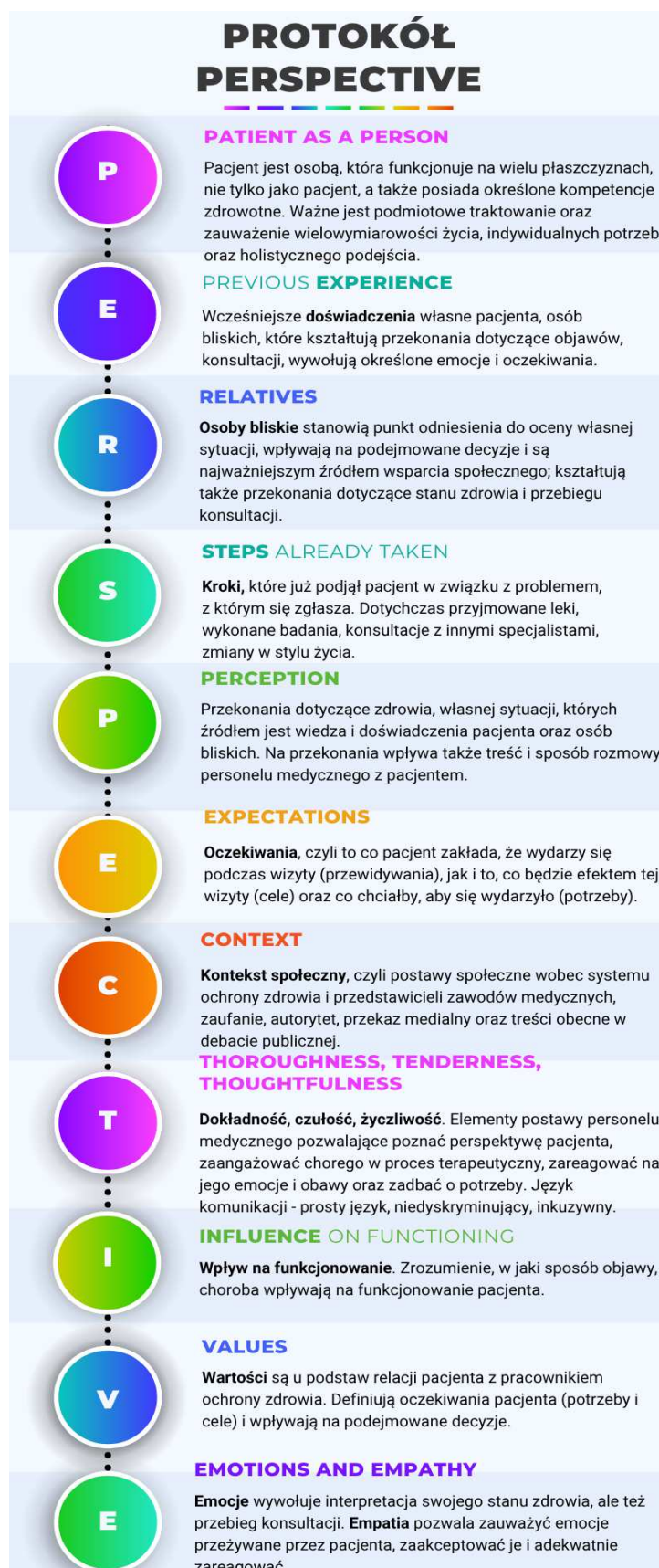


Ryc. 11. Perspektywa przed konsultacją medyczną, w trakcie i po konsultacji

Źródło: opracowanie własne.

10.1. Protokół PERSPECTIVE

Odnosząc się do przedstawionego w rozdziale 6 modelu perspektywy pacjenta, mając na względzie możliwość wykorzystania tych rozważań zarówno w procesie kształcenia medycznego, jak i w praktyce medycznej, proponuję **protokół PERSPECTIVE** (ryc. 12).



Ryc. 12. Protokół komunikacji mającej na celu budowanie relacji i uwzględnienie perspektywy pacjenta

Źródło: opracowanie własne.

Mam przekonanie, że protokół PERSPECTIVE może być pomocny w zapamiętaniu, jakie elementy składają się na perspektywę pacjenta, a także w ustrukturyzowaniu rozmowy, tak by perspektywa pacjenta mogła być przez pracownika ochrony zdrowia poznana i uwzględniona. Protokół ten może być zatem stosowany zarówno w dydaktyce, jak i praktyce medycznej. W protokole opisałam elementy odnoszące się do:

- ✓ treści rozmowy,
- ✓ sposobu prowadzenia tej rozmowy,
- ✓ postaw personelu medycznego.

Te trzy elementy stanowią fundament dobrej relacji i komunikacji pracowników ochrony zdrowia z pacjentami.

Poniżej opisuję poszczególne elementy protokołu PERSPECTIVE.

P – patient as a person. Ten punkt odnosi się do ogólnych założeń będących u podstaw budowania relacji z pacjentami i sposobu komunikacji, a także celów opieki medycznej. Należy unikać redukcjonistycznego podejścia, w którym pacjent jest postrzegany wyłącznie przez pryzmat swojej choroby. Pacjent jest osobą, która funkcjonuje na wielu płaszczyznach, nie tylko związanej ze stanem zdrowia. Nawet podczas leczenia pacjenci żyją w związkach, utrzymują relacje rodzinne czy przyjacielskie, czasem są aktywni na polu zawodowym. Mają też różne kompetencje zdrowotne, których brak może utrudniać możliwość uzyskania pomocy medycznej. Perspektywa pacjenta podkreśla wielowymiarowość ludzkiego życia, konieczność zrozumienia indywidualnej sytuacji oraz holistycznego podejścia.

E – previous experience. Wcześniejsze **doświadczenia** własne pacjenta lub osób bliskich kształtują przekonania dotyczące objawów, konsultacji, wywołują określone emocje i oczekiwania. Ich poznanie może pozwolić personelowi medycznemu zrozumieć, dlaczego pacjent zachowuje się w określony sposób. Niektórzy nie chcą zgodzić się na hospitalizację, gdyż mają przekonanie, że w szpitalu to ludzie umierają. Albo nie decydują się na chemioterapię, gdyż uznają, że „chemia zabije mnie szybciej niż rak”. To są przekonania, które mogą brać się z doświadczeń bliskich, którzy umarli w szpitalu lub podczas podawania chemioterapii.

R – relatives. Osoby bliskie stanowią punkt odniesienia do oceny własnej sytuacji, wpływają na podejmowane decyzje, są najważniejszym źródłem wsparcia społecznego, kształtują także przekonania dotyczące stanu zdrowia i przebiegu konsultacji.

S – steps already taken. Kroki podjęte przez pacjenta w związku z problemem, z którym się zgłasza. Pacjenci często szukają pomocy medycznej po jakimś czasie od wystąpienia lub nasilenia objawów. Zanim porozmawiają z lekarzem, pielęgniarką czy innym specjalistą, szukają informacji na własną rękę (np. w Internecie), konsultują się z innymi osobami, które według chorego mogą wiedzieć, co należy w danej sytuacji robić. Pacjenci często kupują leki dostępne bez recepty czy stosują inne metody, które łagodzą ich dolegliwości. Dowiedzenie się o tych działaniach ma dwa cele:

- ✓ informacja o długości trwania objawów oraz o tym, co wpływa na ich łagodzenie, może mieć istotną wartość diagnostyczną. Może się okazać, że podejmowane działania były w danej sytuacji zasadne z medycznego punktu widzenia i byłyby pierwszym wyborem formułowanych zaleceń. Jeśli okazuje się, że są nieskuteczne, to należy zaproponować pacjentowi inne postępowanie;
- ✓ może być tak, że pacjent stosuje metody, które mogą niekorzystnie wpływać na stan zdrowia, np. stosuje zioła, która mogą wchodzić w interakcje z lekami, które pacjent bierze. W takiej sytuacji niezbędna jest rozmowa o tym, wyjaśnienie i ustalenie przebiegu dalszego leczenia.

P – perception. Przekonania pacjenta dotyczące zdrowia i własnej sytuacji. Ich źródłem jest wiedza i doświadczenie pacjenta oraz osób bliskich. Wpływa na nie także treść i sposób rozmowy personelu medycznego z pacjentem. Przekonania pacjenta mogą wpływać na decyzję o zapisaniu się na wizytę, o tym, czy warto przestrzegać zaleceń czy wykonać badania profilaktyczne. Niektóre zachowania pacjentów w kontakcie z personelem medycznym wynikają właśnie z określonych przekonań. Na przykład pacjent może mówić w sposób stanowczy, nawet agresywny, jeśli ma przekonanie, że to jest konieczne, aby otrzymać odpowiednią w jego opinii pomoc. Nie można zapomnieć o tym, że przekonania wpływają na wybory i decyzje pacjentów. Jeśli chory będzie sądził, że proponowane leczenie uniemożliwi mu realizację ważnych celów, może zdecydować o wyborze mniej skutecznego postępowania. Na przykład pacjent, który jest przekonany, że nie będzie mógł zostać ojcem po operacji wycięcia jądra, może nie zdecydować się na chirurgiczne leczenie raka jądra, tylko wybrać inne leczenie, które będzie mniej skuteczne. Rozpoznanie przekonań pacjenta jest zatem kluczowe, aby przekazać choremu informacje, które pozwolą podjąć świadomą zgodę.

E – expectations. Oczekiwania, czyli to, co pacjent zakłada, że wydarzy się podczas wizyty (przewidywania), jak również to, co w opinii chorego będzie efektem tej wizyty,

i jaki jest cel konsultacji z punktu widzenia pacjenta oraz potrzeba związana z kontaktem z personelem medycznym. Część pacjentów od początku rozmowy wprost mówi o swoich potrzebach i formułuje oczekiwania. Niektórzy jednak nie mówią o tym otwarcie, a zadaniem specjalisty jest rozpoznanie tych oczekiwań i adekwatne zareagowanie na nie.

C – context. Kontekst społeczny, czyli postawy społeczne wobec systemu ochrony zdrowia i przedstawicieli zawodów medycznych, zaufanie, autorytet, przekaz medialny oraz treści obecne w debacie publicznej. W relacji z personelem medycznym wpływ tego elementu perspektywy pacjenta przejawia się najczęściej w postawach wobec personelu medycznego lub oczekiwaniach. Chory, który nie ma zaufania do lekarzy, będzie podważał to, co od nich usłyszy. Pacjent podejrzewający brak kompetencji personelu medycznego ze względu na to, że np. usłyszał o błędzie medycznym w telewizji, może zachowywać się w sposób agresywny.

T – thoroughness, tenderness, thoughtfulness. Dokładność, czułość, życzliwość. Elementy postawy personelu medycznego pozwalające poznać perspektywę pacjenta, zaangażować chorego w proces terapeutyczny i zareagować na jego emocje i obawy oraz zadbać o potrzeby. Sposób komunikacji pokazuje pacjentom postawy personelu medycznego. Zazwyczaj obserwując postawy, pacjenci mają poczucie, że są otoczeni troską lub przeciwnie – że zostali zignorowani. Na podstawie słów, tonu głosu, gestów czy postawy ciała, chory może wyciągnąć wnioski dotyczące tego, w jaki sposób personel medyczny wykonuje zadania. Postawy uzewnętrzniają się w komunikacji niewerbalnej, ale też na płaszczyźnie językowej. Ważne, aby używać języka, który będzie podkreślał podmiotowość pacjenta, a równocześnie stanie się wyrazem akceptacji dla wyborów danej osoby. W związku z tym warto, by stosowali język prosty, niedyskryminujący i inkluzywny. Kwestie związane z językiem mają też znaczenie, gdyż, z jednej strony, dobierając odpowiedni język, pracownicy ochrony zdrowia ukazują nie tylko postawę akceptacji, ale też zaangażowanie i empatię. Z drugiej strony, pacjenci opisują swoją sytuację, stosując język potoczny. Język jest nośnikiem nie tylko treści, ale też postaw, i jednocześnie wpływa na przekonania i emocje pacjenta.

I – influence on functioning. Wpływ na funkcjonowanie. Zrozumienie, w jaki sposób objawy, stan zdrowia wpływają na funkcjonowanie pacjenta. Ta sama choroba dla jednego pacjenta może być niewielką uciążliwością, a dla innego – barierą

uniemożliwiającą realizację najważniejszych życiowych zadań. Wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie będzie wpływał na oczekiwania.

V – values. Wartości. Kontakt pacjenta z pracownikiem ochrony zdrowia to kontakt osoby potrzebującej pomocy z osobą mogącą jej udzielić. U podstaw tej relacji są wartości, np. zaufanie, które sprawia, że chory liczy, że otrzyma odpowiednią pomoc od lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego czy innej osoby wykonującej zawód medyczny, którą spotyka. Równocześnie istotne jest, aby zrozumieć, jakie wartości są ważne dla pacjenta. One mogą definiować oczekiwania (zwłaszcza potrzeby i cele), a także wpływać na podejmowane decyzje. To ze względu na najbliższych chory może nie decydować się na pilne wykonanie operacji, bo ważniejsze będzie dla niego uczestniczenie w ślubie syna.

E – emotions and empathy. Pacjent odczuwa różne **emocje**, w tym obawy w związku z tym, co myśli o swojej sytuacji, czego się spodziewa, na co ma nadzieję, jaki chciałby osiągnąć cel postępowania terapeutycznego. Emocje mogą dotyczyć też tego, jak będzie przebiegać wizyta, badanie, zabieg, co będzie się działo z chorym w związku z objawami i stanem zdrowia. Emocje wywołuje również kontakt z placówką ochrony zdrowia oraz przebieg rozmowy z personelem medycznym. Za pomocą komunikacji pracownicy ochrony zdrowia mogą dowiedzieć się, jakie emocje przeżywa pacjent, ale także wpłynąć na te emocje, np. przekazując informacje, które uspokoją pacjenta. Empatia personelu medycznego pozwala zauważyć emocje przeżywane przez pacjenta, zaakceptować je i adekwatnie zareagować. Empatię okazuje się poprzez komunikację, stosując np. odzwierciedlenia emocji czy milcząc, aby dać pacjentowi czas. Należy podkreślić, że empatia powinna odnosić się nie tylko do doświadczeń i emocji pacjenta. Empatyczni pracownicy ochrony zdrowia wykazują się także empatią wobec własnych uczuć i emocji oraz odpowiednio na nie reagują, dbając o własny dobrostan.

W tabeli 24 przedstawiłam poszczególne elementy protokołu PERSPECTIVE oraz ich odniesienie do umiejętności komunikacji, o których będzie mowa poniżej, lub do postaw.

Tab. 24. Elementy protokołu PERSPECTIVE oraz ich odniesienie do postaw lub umiejętności komunikacji pracowników ochrony zdrowia

Elementy protokołu PERSPECTIVE		Postawy i umiejętności komunikacji
P – patient as a person	Uwzględnienie w rozmowie oraz planie postępowania biopsychospołecznych i duchowych wymiarów funkcjonowania pacjenta.	Postawa
E – previous experience	Dążenie do poznania doświadczeń pacjenta lub jego bliskich związanych ze zdrowiem i opieką medyczną.	Umiejętności komunikacji
R – relatives	Rozpoznanie, czy pacjent ma w swoim otoczeniu osoby bliskie, które mogą stanowić źródło wsparcia społecznego dla chorego.	Umiejętności komunikacji
S – steps already taken	Pytania dotyczące dotychczasowych działań podejmowanych przez pacjenta w związku z wystąpieniem objawów.	Umiejętności komunikacji
P – perception	Pytania dotyczące opinii pacjenta na temat zdrowia, objawów czy sytuacji, w której się znalazł.	Umiejętności komunikacji
E – expectations	Rozmowa na temat: – przewidywań chorego (co pacjent zakłada, że się wydarzy podczas wizyty), – celu konsultacji (co w opinii chorego będzie efektem wizyty), – potrzeby będące u podstaw decyzji o kontakcie z personelem medycznym.	Umiejętności komunikacji
C – context	Świadomość personelu medycznego dotycząca znaczenia postaw społecznych wobec systemu ochrony zdrowia na oczekiwania i przyczyny niektórych zachowań pacjentów.	Postawa

Elementy protokołu PERSPECTIVE		Postawy i umiejętności komunikacji
T – thoroughness, tenderness, thoughtfulness	Postawa pracowników ochrony zdrowia pozwalająca poznać perspektywę pacjenta, zaangażować chorego w proces terapeutyczny i zareagować na jego emocje i obawy oraz zadbać o potrzeby.	Postawa
I – influence on functioning	Pytania pozwalające zrozumieć, jak stan zdrowia wpływa na codzienne funkcjonowanie chorego, realizację ważnych dla tej osoby celów i odniesienie się do tego na etapie ustalania postępowania i omawiania zaleceń.	Umiejętności komunikacji
V – values	Rozmowa na temat wartości, którymi w życiu kieruje się pacjent.	Umiejętności komunikacji
E – emotions and empathy	Postawa pracowników ochrony zdrowia, która daje przestrzeń na emocje pacjenta, a także przejawia się dbaniem o własny dobrostan.	Postawa i umiejętności komunikacji

Źródło: opracowanie własne.

Protokół PERSPECTIVE może być wykorzystany w procesie kształcenia i stanowić podstawę dla treści nauczania dotyczącego perspektywy pacjenta. Elementy protokołu mogą być także oceniane podczas weryfikacji umiejętności poznawania i uwzględniania perspektywy pacjenta. Protokół może być również narzędziem wykorzystywanym w praktyce rozmów z pacjentami, zarówno w trakcie zbierania wywiadu, jak i wybierania adekwatnego do sytuacji chorego postępowania terapeutycznego, przekazywania trudnych informacji czy też podczas prób zrozumienia emocji pacjenta wyrażającego np. złość czy rozczarowanie, a także w trakcie procesu podejmowania decyzji i uzgadniania zaleceń. Można założyć, że podczas jednej rozmowy pracownik ochrony zdrowia nie zawsze ma możliwość poznania wszystkich składowych perspektywy pacjenta. Czasem wymaga to kilku rozmów, a niekiedy tylko wybrane elementy są niezbędne, aby odpowiednio zaopiekować się pacjentem. Warto jednak mieć świadomość perspektywy pacjenta

w całości i brać pod uwagę, że każdy z tych elementów może wpływać na oczekiwania czy zachowania chorego. Profesjonalista podczas rozmowy powinien podjąć decyzję, które elementy perspektywy pacjenta należy poznać i uwzględnić.

Należy podkreślić, że w toku rozmowy może się okazać, że specjalista dowiaduje się o problemach pacjenta, które wykraczają poza zakres działania lekarza, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego czy dietetyka. Mam tu na myśli na przykład problemy w relacjach osobistych, w pracy, trudności finansowe. Nawet jeśli rozwiązanie trudności czy problemów nie leży w gestii pracownika ochrony zdrowia, to poznanie perspektywy pacjenta może ułatwić zrozumienie motywacji, decyzji czy wyborów. W niektórych sytuacjach zasadne okaże się skierowanie pacjenta np. do psychologa lub sugestii, by poszukał pomocy innego specjalisty. To też stanowi formę pomocy.

10.2. Komunikacja – jak poznawać i uwzględniać perspektywę pacjenta, wykorzystując protokół PERSPECTIVE

10.2.1. Poznanie perspektywy pacjenta

Dążenie do poznania i uwzględnienia perspektywy pacjenta wpływa na sposób prowadzenia rozmowy z chorym. Można byłoby powiedzieć, że wszystkie elementy komunikacji powinny uwzględniać tę perspektywę. W tym miejscu wskażę jednak na wybrane umiejętności, które mają kluczowe znaczenie dla poznania i zrozumienia perspektywy pacjenta.

Jednym z pierwszych zdań, które pada w rozmowie z chorym, jest pytanie o to, jak pacjent się czuje, co sprawiło, że zgłosił się na konsultację. Pytania odgrywają bardzo ważną rolę w dążeniu do rozpoznania perspektywy pacjenta. Warto podkreślić, że to istotny element komunikacji nie tylko na etapie zbierania wywiadu, ale także później.

Dwa główne rodzaje pytań – otwarte i zamknięte – mają kluczowe znaczenie w trakcie wywiadu. Pytania otwarte (np. *Jak mogę pani pomóc?*) pozwalają rozpoznać problem, z którym zgłasza się chory, zobaczyć sytuację oczami pacjenta. Istotne jest nie tylko zidentyfikowanie samego problemu zdrowotnego, ale też jego kontekstu, czyli zadanie pytań o to, jaki wpływ ma dana sytuacja zdrowotna na funkcjonowanie chorego, w jakich sytuacjach dnia codziennego określone objawy pojawiają się, nasilają się, zmniejszają, co dana osoba robiła w związku z pojawieniem się tych

objawów czy dolegliwości, a także czy czytała o nich, konsultowała je z kimś czy jak je definiuje. To szczegółowe pytania o perspektywę pacjenta, o których będzie mowa poniżej.

Pytania zamknięte natomiast pozwalają uzyskać konkretne informacje. Są przydatne, by doprecyzować czy dowiedzieć się o konkretne kwestie (np. *Czy miała pani wcześniej jakieś zabiegi chirurgiczne? Czy choruje pani na coś przewlekłe?*).

Jednym z typów pytań otwartych są pytania pogłębiające, dzięki którym specjalista dowie się więcej na temat objawów, dolegliwości chorego lub związanych z nimi doświadczeń, obaw czy przekonań (np. *W jakich jeszcze sytuacjach pojawia się ten ból?*).

Inny rodzaj pytań, na który warto zwrócić uwagę, to pytania tzw. przesiewowe (inaczej screeningowe). Pacjenci często odpowiadają na pytania, ale nawet w odpowiedzi na pytania otwarte nie zawsze mówią o wszystkim, co wiąże się z treścią pytania. Dzieje się tak z wielu powodów. Nie zawsze o wszystkim pamiętają, mogą nie zdawać sobie sprawy, czego dokładnie dotyczy pytanie, czasem uznają niektóre informacje za nieistotne z punktu widzenia medycznego, a niekiedy nie chcą o czymś powiedzieć, ponieważ uznają to za wstydlive lub po prostu nie chcą przyznać się do czegoś (np. do zachowań antyzdrowotnych, nieprzestrzegania zaleceń). W takich sytuacjach mogą być przydatne pytania przesiewowe, takie jak np. *Czy jest coś jeszcze, czego się pani obawia? Czy zauważyła pani jeszcze inne objawy, które pojawiły się w ostatnim czasie? Czy bierze pani jeszcze inne leki poza tymi, o których rozmawialiśmy?*

Jednym z elementów perspektywy pacjenta, który wskazałam w protokole PERSPECTIVE, są przekonania chorego. Stanowią zwykle podstawę do interpretacji swoich objawów, ich przyczyn, a także opinii na temat proponowanego postępowania. W związku z tym istotne będą również pytania o przekonania, takie jak np. *Co według pani spowodowało, że stan pani zdrowia się pogorszył? Jak pan myśli, co może być przyczyną dolegliwości, o których rozmawiamy? Co pani sądzi o proponowanym leczeniu?*

Zrozumienie sytuacji, w której znajduje się chory doświadczający określonych dolegliwości, będzie pełniejsze, jeśli pracownik ochrony zdrowia zada pytanie o wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie danej osoby w życiu codziennym. To także jeden z elementów perspektywy pacjenta, na który zwracali uwagę twórcy modelu Calgary – Cambridge i który znalazł się też w protokole PERSPECTIVE. Ten rodzaj pytań

pozwole lepiej zrozumieć, co choroba oznacza dla pacjenta poza fizycznymi odczuciami, jak wpływa na realizację zdań, które są ważne dla człowieka, czy na ile chory może potrzebować pomocy w codziennym funkcjonowaniu (np. *W jaki sposób ból wpływa na możliwość poruszania się? Na ile będzie mogła pani opiekować się dziećmi, mając przez kilka miesięcy unieruchomiony bark? Leczenie, o którym rozmawialiśmy, wymaga, aby regularnie przychodziła pani do szpitala na podanie leku. Jak wpłynie to na pani codzienne życie?*). Zrozumienie, jaki wpływ mają objawy na codziennie funkcjonowanie pacjenta, może też pomóc na etapie rozmowy o zaleceniach. Wtedy lekarz może np. pokazać, że zalecane leki czy zmiany w sposobie odżywiania przyczynią się do ograniczenia dolegliwości i poprawy samopoczucia (np. *Mówiła pani o tym, że wchodząc po schodach do mieszkania na drugim piętrze, ma pani zadyszkę. Dzięki redukcji masy ciała będzie pani łatwiej pokonywać stopnie i aktywność fizyczna nie będzie wiązała się z trudnościami z oddychaniem*). Takie ujęcie, w którym lekarz łączy zalecenia z tym, jak objawy wpływają na funkcjonowanie pacjenta, będzie bardziej motywowało chorego, by je uwzględnić.

W protokole PERSPECTIVE są wskazane kroki podjęte przez pacjenta w związku z problemem, z którym się zgłasza. Nierzadko od momentu zauważenia objawów do zwrócenia się o pomoc mija wiele tygodni, miesięcy, a nawet lat. W tym czasie pacjenci stosują różne metody, które mają zmniejszać dolegliwości lub, w ich przekonaniu, usuwać przyczynę. Stosują tzw. samoleczenie. Zanim specjalista sformułuje postępowanie, warto dowiedzieć się, co pacjent już robił w związku z problemem, z którym się zgłasza. Służą temu pytania o kroki lub działania, które chory już przedsięwziął (np. *Jak dotychczas radziła pani sobie z tym bólem? Jakie metody stosował pan, aby zmniejszyć uciążliwość kaszlu, o którym pan mówi? Co pomagało pani na te nudności? Gdzie szukała pani porady, co robić w takiej sytuacji?*). Zalecenia wiążą się zwykle z koniecznością brania leków, wykonania badań czy zmianą stylu życia. Zanim szczegółowo omówi się te kwestie, warto zadać pytanie o to, czy pacjent wcześniej brał dane leki (np. *Czy kiedyś przyjmowała pani te leki?*) lub czy podejmował próby zmiany stylu życia (np. *Czy kiedyś próbował pan rzucić palenie?*). Dopytanie o to, co pacjent robił w związku ze swoimi dolegliwościami, może wydobyć na światło dzienne niemedyczne sposoby (polecane przez różnych uzdrowicieli) stosowane przez pacjenta, o których chorzy często nie mówią sami z siebie, wstydząc się lub obawiając negatywnej oceny specjalisty.

10.2.2. Uwzględnienie perspektywy pacjenta

Ważnym elementem perspektywy pacjenta opisanym w protokole PERSPECTIVE są przekonania (por. także Silverman et al., 2018). Etap przekazywania informacji warto rozpocząć od pytania o stan wiedzy pacjenta (która jest związana z przekonaniami), np. *Co pan wie na temat ...* (nazwa choroby, badania, sposobu leczenia)?⁶⁰. Pozwoli to dostosować zakres przekazywanych informacji do dotychczasowej wiedzy pacjenta, a także dopasować język tak, aby chory lepiej rozumiał. Jeśli pacjent dużo wie na dany temat, gdyż np. czytał o tym lub ktoś bliski ma podobne doświadczenia, to wystarczy, że specjalista uzupełni tę wiedzę o kwestie, o których chory nie wie lub są ważne ze względu na indywidualną sytuację danej osoby (przykład 2a). Może się okazać, że chory deklaruje, że zna daną chorobę, wie, czym jest określone badanie, ale ta wiedza jest nieadekwatna do sytuacji danej osoby lub niepoprawna (przykład 2b). Dlatego ważne jest, by zadawać nie tylko pytanie zamknięte: *Czy coś pan wie o* (nazwa choroby, badania, sposobu leczenia)? (przykład 1), ale pytanie otwarte: *Co pan wie o ...* (nazwa choroby, badania, sposobu leczenia)? Pozwoli ono bowiem sprawdzić, czy wiedza, którą posiada pacjent, jest poprawna i można ją odnieść do sytuacji danej osoby.

Przykład 1

L: Czy wie pani, co to jest elektroencefalografia, w skrócie EEG?

P: Tak, wiem.

Po takiej odpowiedzi pacjenta nie można stwierdzić, co pacjent wie. Część pacjentów nie będzie chciała przyznać się do niewiedzy i wtedy, na tak zadane pytanie, odpowiedzą twierdząco, aby nie stawiać się w złym świetle, jako osoba, która nie jest odpowiednio przygotowana czy wykształcona.

⁶⁰ W podręcznikach do komunikacji medycznej ten rodzaj pytań też jest opisywany. J. Silverman, S. Kurtz, J. Draper pisali o tym, że warto ocenić dotychczasowy stan wiedzy pacjenta (Silverman, J., Kurtz, S., Draper, J. (2018). *Umiejętności komunikowania się z pacjentami* Medycyna Praktyczna, s. 263). A. Stalmach-Przygoda zwracała uwagę na to, że przekazywanie informacji warto zacząć od ustalenia „punktu startowego”, czyli co pacjent wie o swojej sytuacji (Stalmach-Przygoda, A. (2018). Wyjaśnianie i planowanie. In M. Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki (Eds.), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*. Medycyna Praktyczna, s. 99-114.

Przykład 2a

L: Czy słyszała pani o takim badaniu jak EEG, czyli elektroencefalografia?

P: Tak.

L: Proszę powiedzieć, co pani wie na temat tego badania.

P: Przyczepia się takie elektrody do głowy i bada się sygnały elektryczne z mózgu. To badanie, które pomaga w diagnozowaniu np. padaczki.

Przykład 2b

L: Czy słyszała Pani o takim badaniu jak EEG, czyli elektroencefalografia?

P: Tak.

L: Proszę powiedzieć, co pani wie na temat tego badania.

P: To jest takie badanie serca. Miałam to chyba kiedyś. Pani przyczepiła mi coś do klatki piersiowej i do nóg, ja musiałam leżeć.

W powyższym przykładzie, dzięki pytaniu o to, co pacjent wie na temat określonego badania, lekarz dowiedział się, że pacjent myli to badanie z innym, mimo że deklaruje, że je zna.

Uwzględnienie perspektywy pacjenta jest ważne na etapie ustalania planu postępowania terapeutycznego. Nie zawsze pacjent sam z siebie powie o wątpliwościach dotyczących proponowanego postępowania, a od tego, co pacjent sądzi o proponowanych zaleceniach, zależy, czy je wdroży i będzie w tym konsekwentny. Częstym złudzeniem osób mówiących jest przekonanie, że jeśli ktoś słucha i nie zgłasza sprzeciwu, to oznacza, że się zgadza z rozmówcą. Z tego względu wyróżnić należy pytania o nastawienie chorego. Nawet jeśli cały plan postępowania terapeutycznego został przedstawiony i wyjaśniony w sposób zrozumiały, nie wiadomo, jak pacjent go postrzega, dopóki nie zada się pytania takiego jak np. *Co pani myśli o tych zaleceniach, o których rozmawiamy? W jakim stopniu będzie pani mogła stosować zalecenia, o których rozmawialiśmy?*

Nieodzownym elementem perspektywy pacjenta, opisanym także w protokole PERSPECTIVE, są emocje. W związku z tym należy wymienić również pytania ich dotyczące, czyli pytania o emocje chorego, np. *Co pani czuje w związku*

z informacjami, które pani przekazałam? Jakie ma pani obawy dotyczące zabiegu, o którym rozmawialiśmy?

Punktem wyjścia do rozmowy o tym, jak będzie wyglądało życie chorego w związku z zalecanym postępowaniem, są pytania o sposób włączenia zaleceń do codziennego funkcjonowania (np. *W jaki sposób będzie pani stosować się do tych zaleceń? Od czego zacznie pani zmiany w diecie, które są istotne z punktu widzenia leczenia cukrzycy?*). Jeśli pacjent będzie wiedział, w jaki sposób na co dzień stosować się do zaleceń, na pewno wpłynie to pozytywnie na wynik postępowania terapeutycznego. Jednym z tematów tej rozmowy powinno być też pytanie o trudności, które pacjent widzi w związku ze stosowaniem się do zaleceń. Należy założyć, że takie trudności mogą się pojawić, zwłaszcza jeśli postępowanie wymaga trwałej zmiany. Wyobraźmy sobie pacjenta, który nie brał dotychczas leków, a powinien codziennie połykać tabletkę, lub osobę, która nie zwracała uwagi na to, co jadła, a powinna zacząć jeść produkty o niskim indeksie glikemicznym. Uwzględnienie w codziennym życiu tych zaleceń nie zawsze przychodzi łatwo. Wymaga to zmiany nawyków. Należy zakładać, że zastosowanie się do takich zaleceń będzie się wiązało z trudnościami, i o nich też należy porozmawiać. Pozwoli to pacjentowi przygotować się na ich pojawienie się i może zapobiec decyzji o zaprzestaniu stosowania zaleceń ze względu na trudności, które się z tym wiążą⁶¹.

Protokół PERSPECTIVE uwzględnia również obecność osób bliskich, które z jednej strony stanowią wsparcie społeczne, z drugiej wpływają na perspektywę pacjenta, dzieląc się swoimi przekonaniem czy doświadczeniem. Pytania o osoby bliskie są istotne w szczególności w związku z możliwością otrzymywania pomocy i wsparcia. Jeśli stan zdrowia uniemożliwia choremu funkcjonowanie, a leczenie wiąże się z koniecznością pomocy innej osoby, te pytania są niezbędne, aby sprawdzić, czy chory będzie mógł stosować się do zaleceń. Przykładem może być pacjentka, której lekarz dermatolog zalecił codzienne stosowanie maści bezpośrednio na zmiany znajdujące się na plecach. Samotnie mieszkająca pacjentka, nawet jeśli jest osobą sprawną fizycznie, nie będzie w stanie smarować całych pleców każdego dnia. Zalecając niesamodzielnie funkcjonującemu choremu regularne zastrzyki, warto zapytać, czy jest ktoś, kto mógłby go odwiedzać, a jeśli nie, to rozważyć, czy nie należały

⁶¹ Rozmowa na ten temat to jeden z elementów dialogu motywującego szczegółowo opisanego przez Williama Millera i Stephena Rollnicka (Miller, Rollnick, 2014).

dodatkowo porozumieć się z pielęgniarką, która w ramach wizyt domowych mogłaby wykonywać te wstrzyknięcia.

Są też inne umiejętności komunikacji, które pozwalają lepiej poznać perspektywę pacjenta. Czasem warto zachęcić pacjenta, aby rozwinął to, o czym mówił lub spróbować upewnić się, że dobrze zrozumiało się przekaz chorego. Do tego mogą służyć parafrazy, o których tak pisał Marshall Rosenberg: „Kiedy już skoncentrujemy uwagę i usłyszymy, co rozmówca spostrzegł, co czuje, czego potrzebuje i o co prosi w nadziei, że spełnienie tej prośby wzbogaci jego życie, możemy zechcieć nadać mu sygnał zwrotny, powtarzając własnymi słowami jego wypowiedź zgodnie z tym jak ją zrozumieliśmy. (...) Jeśli dokładnie odebraliśmy komunikat, to powtarzając go własnymi słowami, upewniamy rozmówcę, że nie zaszło żadne nieporozumienie. Jeśli natomiast po drodze coś przekreścimy, rozmówca będzie miał okazję skorygować błąd. Odsyłanie komunikatu do nadawcy w formie parafrazy ma również tę zaletę, że daje czas do namysłu: nasz rozmówca może jeszcze raz zastanowić się nad tym, co przed chwilą powiedział, i głębiej spojrzeć w siebie” (Rosenberg, 2003)⁶². Parafrazy mogą być szczególnie przydatne, gdy chcemy lepiej zrozumieć sytuację pacjenta lub gdy pacjent jest osobą małomówną i chcemy zachęcić go do dalszej wypowiedzi (np. *Jeśli dobrze zrozumiałam, to mówiła pani o tym, że nogi panią bolą szczególnie wieczorem i to jest taki ciągnący ból. Objawy pojawiły się u pana mniej więcej pół roku temu, niedługo po tym, jak przeszedł pan na emeryturę i zaczął więcej czasu spędzać przed komputerem*).

Należy zaznaczyć, że nie każdy pacjent z taką samą otwartością będzie mówił o swoich przekonaniach, emocjach, doświadczeniach czy wartościach. Nieuwzględnienie tej perspektywy w przypadku pacjentów mniej wylewnych, bardziej zamkniętych w sobie może prowadzić nawet do nierówności w procesie leczenia czy opieki. Pytania, a czasem stwierdzenia w reakcji na komunikację niewerbalną pacjenta są ważnym elementem komunikacji. Osoby, które wstydzą się o czymś mówić, często dają niewerbalne sygnały, takie jak np. nieutrzymywanie kontaktu wzrokowego, zaciśnięte dłonie, przerwy w wypowiedzi. Warto te sygnały dostrzec i na nie zareagować, mówiąc np. *Mam wrażenie, że jest coś jeszcze, o czym chciała pani powiedzieć, jeśli coś panią niepokoi, proszę o tym powiedzieć, może to być istotne z punktu widzenia pani zdrowia, ja jestem tu po to, żeby pani pomóc*. To dodatkowe podkreślenie chęci

⁶² s. 100-101.

pomocy, zapewnienie, że dochowa się tajemnicy, może sprawić, że pacjent poczuje się bezpieczniej i dzięki temu powie o czymś, co jest dla danej osoby trudne. Mam tu na myśli taką sytuację, gdy np. pielęgniarka przekazując zalecenia dotyczące zmiany opatrunku, nie uwzględni tego, że chory nie ma możliwości, by samodzielnie opatrunek zmieniać (np. ze względu na umiejscowienie rany). Jeśli chory powie o tym sam z siebie, to prawdopodobnie pielęgniarka poszuka rozwiązań, żeby pacjent otrzymał w tym zakresie pomoc. Jeśli jednak chory o tym nie wspomni, a pielęgniarka nie dopyta, to może się okazać, że pacjent nie będzie zmieniał opatrunku tak często, jak to koniecznie, lub będzie to robił w niewłaściwy sposób. Przyjrzyjmy się, jak w praktyce mogłaby wyglądać taka sytuacja.

Pacjentka, 74-letnia Bożena od wielu lat choruje na cukrzycę. Pani Bożena ma ranę na stopie. Rana jest powierzchowna, bez cech zakażenia, bez owrzodzenia, sączenia, ropnej wydzieliny. Pielęgniarka edukuje pacjentkę, jakie działania należy podjąć. Przyjrzyjmy się fragmentowi tej rozmowy.

Pielęgniarka: Pani rana jest nieduża i odpowiednia pielęgnacja powinna sprawić, że się zagoi. W związku z tym ważne jest codzienne oczyszczanie rany. Taką ranę i okolicę rany najlepiej przemyć umiarkowaną ciepłą wodą, nie za gorącą, tak aby nie doszło do poparzeń, a następnie przemyć Octeniseptem. Po umyciu proszę osuszyć miejsce przy użyciu jałowego gazika, dotykając miejsce bez pocierania. Na ranę należy nałożyć czysty opatrunek. Zabezpieczy to ranę przed zanieczyszczeniem i bakteriami. Czynność tę należy powtarzać codziennie. Jeśli opatrunek będzie mokry lub zabrudzony, to proszę go wymienić na nowy, delikatnie go zdejmując, tak aby nie uszkodzić otaczającej skóry. Zużyty opatrunek i gaziki proszę umieścić w woreczku i od razu wyrzucić. Proszę zwrócić uwagę na to, aby przed zmianą i po zmianie opatrunku dokładnie umyć i zdezynfekować ręce. Czy ma pani jakieś pytania?

Pacjentka: Nie, wszystko jest jasne.

W powyższym przykładzie pielęgniarka przekazała informacje dotyczące pielęgnacji rany. Dodajmy jeszcze kilka informacji o pacjentce. Pani Bożena ma BMI 35 oraz problemy z kręgosłupem. Wiele czynności dnia codziennego, jak na przykład wkładanie butów czy podnoszenie czegoś z podłogi, przychodzi jej z trudem. Mieszka sama. Ma córkę, która mieszka w innym mieście i odwiedza matkę co dwa tygodnie. Zobaczmy, jak mogłaby przebiegać ta rozmowa, gdyby pielęgniarka dążyła do poznania i uwzględnienia perspektywy pacjentki.

Pielęgniarka: Pani rana jest nieduża i odpowiednia pielęgnacja powinna sprawić, że szybko się zagoi. Czy coś dotychczas już pani z nią robiła? (sprawdzenie, jakie ma pacjentka doświadczenie, ustalenie „punktu startowego”, S w protokole PERSPECTIVE – kroki podjęte przez pacjentkę).

Pacjentka: Zwykle polewam rany wodą utlenioną. Wczoraj to samo zrobiłam z tą raną.

Pielęgniarka: Dobrze, że zareagowała pani od razu, widząc, że coś nieprawidłowego dzieje się na stopie. Dokładna codzienna obserwacja stóp jest bardzo ważna, gdy choruje się na cukrzycę. Niestety woda utleniona może podrażnić uszkodzoną skórę. Taką ranę i okolicę rany najlepiej przemyć umiarkowaną ciepłą wodą, nie za gorącą, tak aby nie doszło do poparzeń i następnie przemyć Octeniseptem. Po umyciu proszę osuszyć miejsce przy użyciu jałowego gazika, dotykając miejsce bez pocierania. Na ranę należy nałożyć czysty opatrunek. Zabezpieczy to ranę przed zanieczyszczeniem i bakteriami. Czynność tę należy powtarzać codziennie. Jeśli opatrunek będzie mokry lub zabrudzony, to proszę go wymienić na nowy, delikatnie go zdejmując, tak aby nie uszkodzić otaczającej skóry. Czy ma pani jakieś pytania dotyczące zmiany opatrunku?

Pacjentka: Nie, wszystko wydaje mi się jasne.

Pielęgniarka: Dodam jeszcze, że przy zmianie opatrunku ważna jest każdorazowa obserwacja rany. Proszę zwrócić uwagę, czy nie pojawia się zaczerwienienie lub obrzęk stopy lub palców, nieprzyjemny zapach z miejsca rany lub podwyższona temperatura ciała.

Gdyby pojawiły się takie objawy, proszę od razu się z nami skontaktować (siatka bezpieczeństwa). Czy będzie pani mogła zmieniać opatrunek codziennie? (sprawdzenie, czy pacjentka będzie mogła przestrzegać zalecenia).

Pacjentka: Nie bardzo sobie to wyobrażam. Ledwo się schylam, jak mi coś upadnie. Jak mam włożyć buty przed wyjściem, to muszę usiąść na krześle. Pod prysznicem to bałabym się, że się przewrócę, jak zacznę się schylać i sprawdzać, co z moją stopą.

Pielęgniarka: To ważne, że pani mówi o tych trudnościach i obawach i o tym, jak na co dzień pani funkcjonuje (zauważenie perspektywy pacjentki, pacjent jako osoba, P w protokole PERSPECTIVE – zauważenie pacjentki w jej codziennym życiu). Widzę, że z trudnością się pani porusza. Możemy teraz wspólnie zastanowić się, jak najlepiej to zaplanować. Czy jest ktoś, kto może pani pomóc w oczyszczaniu rany i zmianie opatrunku? (sprawdzenie perspektywy pacjentki, R w protokole PERSPECTIVE, czyli zapytanie o osoby bliskie, które są źródłem wsparcia społecznego).

Pacjentka: Nie, mieszkam sama. Córką mnie odwiedza co dwa tygodnie.

Pielęgniarka: Dowiem się w rejestracji, czy jest możliwość, by przychodziła do pani pielęgniarka. Mówiła pani, że aby włożyć buty, siada pani na krześle. Może miałyby pani możliwość, by pod prysznic lub przy prysznicu wstawić stół, na którym mogłaby pani usiąść, przemyć ranę, osuszyć i nałożyć opatrunek? (uwzględnienie perspektywy pacjentki).

Pacjentka: Mam taki jeden stół, w sumie mogłabym go użyć.

Pielęgniarka. Proszę zatem spróbować z tym stołem, a ja się dowiem o pielęgniarkę domową (uwzględnienie perspektywy pacjentki przy ustalaniu planu postępowania) i wrócę do pani z tą informacją / skontaktuję się z panią. Proszę też pamiętać o tym, aby zużyty opatrunek i gaziki umieścić w woreczku i od razu wyrzucić. Proszę zwrócić uwagę na to, aby przed zmianą i po zmianie opatrunku dokładnie umyć i zdezynfekować ręce.

Ten przykładowy fragment rozmowy pokazuje, że kompetencje komunikacyjne służące poznaniu perspektywy pacjenta mogą wpływać nie tylko na gotowość i możliwość stosowania zaleceń i w efekcie ich skuteczność, ale także ograniczają nierówności wynikające ze stanu zdrowia. Poznanie perspektywy pacjentki pozwala dostosować zalecenia do jej sytuacji, zwiększa prawdopodobieństwo, że pacjentka będzie te zalecenia stosować.

Perspektywa pacjenta to też gotowość do stosowania zaleceń terapeutycznych. W związku z tym na końcu konsultacji, w ramach podsumowania, warto sprawdzić, czy dany pacjent planuje przestrzegać zaleceń. Dlatego forma podsumowania ma znaczenie. Nie wystarczy pytanie: *Czy wszystko jest zrozumiałe* lub *Czy ma pani jakieś pytania?* Dużo osób w takiej sytuacji odpowie krótko: *tak*. Czy jednak lekarz, pielęgniarka czy położna po takiej odpowiedzi mają pewność, że tak się stanie? Ludzie często odpowiedzą w ten sposób, gdy nie chcą zajmować więcej czasu, niezręcznie się czują, przyznając się, że nie wszystko zapamiętali czy zrozumieli. Co można zrobić, aby upewnić się, z jakim nastawieniem wobec postępowania terapeutycznego pacjent kończy konsultację? Można zapytać o nastawienie pacjenta i plan działania, np. *W jaki sposób będzie pani brała leki, o których rozmawialiśmy? W jaki sposób będzie pani zmieniać opatrunek? Co pani robi, aby zastąpić przetworzoną żywność innymi produktami? W jaki sposób zacznie pani ograniczać palenie? Co pan czuje, myśląc o włączeniu tych zaleceń do codziennego życia?* Jeśli pacjent odpowie na takie pytania, pracownik ochrony zdrowia zobaczy, co chory zrozumiał i zapamiętał oraz jaką ma postawę wobec planowanych działań. W ten sposób sprawdzi przekonania (P z protokołu PERSPECTIVE) i emocje (E z protokołu) po konsultacji. Była wcześniej mowa o tym, że te elementy perspektywy pacjenta mogą ulec zmianie w trakcie rozmowy z pracownikiem ochrony zdrowia.

Perspektywa pacjenta odnosi się także do tego, czy chory jest świadomy przysługujących pacjentom praw oraz czy przejawia gotowość do skorzystania z nich. Mam tu na myśli np. prawo do obecności osoby bliskiej, czy prawo do informacji. Zgodnie z art. 21 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta „na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska”⁶³. W związku z tym ważne jest, aby dowiedzieć się, czy pacjent chce, aby towarzyszył mu ktoś bliski. Ta potrzeba stanowi też element perspektywy pacjenta,

⁶³ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2024 r. poz. 581).

który należy rozpoznać. Znajduje się to m.in. w protokole SPIKES, który wskazuje najważniejsze elementy rozmowy na temat trudnych dla pacjenta informacji (Baile et al., 2000). Nie każdy pacjent wie, że ma prawo do obecności kogoś bliskiego. Nie zawsze pacjent ma świadomość, że rozmowa, która za chwilę nastąpi, będzie rozmową np. o trudnej, poważnej diagnozie czy stanie zdrowia, która wywoła u chorego silne emocje i może być momentem, w którym obecność i wsparcie kogoś bliskiego okaże się niezwykle potrzebne. W związku z tym pytanie: *Czy chciałby pan, aby podczas tej rozmowy był z panem ktoś bliski? Czy jest ktoś, kto mógłby towarzyszyć pani podczas tej rozmowy?* jest pytaniem, które daje pacjentowi prawo wyboru. Ważne, aby człowiek w tak kluczowych kwestiach, jakimi są sprawy zdrowia i życia, jeśli stan zdrowia na to pozwala, miał wybór i mógł skorzystać z prawa do tego, aby nie być samemu.

Zgodnie z art. 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta „pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia” (ust. 1); „pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami” (ust. 2). Zgodnie z ust. 4 tego artykułu „pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji, o której mowa w ust. 2”. W związku z tym na różnych etapach konsultacji należy rozpoznać, czy pacjent chce skorzystać z tego prawa, czy pracownik ochrony zdrowia ma nie udzielać mu określonych informacji. W praktyce to są pytania o chęć skorzystania z prawa do informacji, które mogą brzmieć następująco: *Jak bardzo szczegółowo chciałaby pani dowiedzieć się, jakie mechanizmy odpowiadają za pani chorobę? Czy możemy teraz porozmawiać o dostępnych metodach leczenia i możliwych skutkach ubocznych tego postępowania? Czy wolałby pan tę rozmowę przełożyć na później?*

Niejednokrotnie jest tak, że dostępne są różne metody postępowania. Każda z nich ma jednak inny przebieg i wiąże się z możliwymi powikłaniami. Powyżej była mowa o modelu wspólnego podejmowania decyzji. G. Elwyn wskazywał na trzy elementy rozmowy na temat decyzji dotyczącej postępowania związanego ze stanem zdrowia pacjenta (por. rozdz. 2) (Elwyn et al., 2012). Elementy te wiążą się

z określonymi pytaniami pozwalającymi lepiej poznać i zrozumieć perspektywę pacjenta. Sprawdzając, czy pacjent zna dostępne możliwości postępowania, warto zadać pytanie takie jak np. *Jakie metody leczenia leczenia tej choroby pan zna? Na ile jest pan zorientowany w możliwościach dotyczących leczenia?* Będzie to pytanie odnoszące się do P w protokole PERSPECTIVE, czyli rozpoznające przekonania pacjenta.

Zarysowując powyżej interdyscyplinarne korzenie perspektywy pacjenta, wskazałam m.in. na kwestie etyczne, a w protokole PERSPECTIVE jednym z elementów są wartości. Jak była mowa wcześniej, rzadko mówi się o nich wprost, choć często to właśnie z nich wypływają oczekiwania lub są podstawą podjęcia określonej decyzji. Dobrze to widać na przykładzie rozmów o dostępnych metodach postępowania. Lekarz może np. zadać pytanie: *Jeśli miałaby pani wybór, czy wolałaby pani terapię, która zadziała szybko, ale może się wiązać z licznymi skutkami ubocznymi, czy terapię długotrwałą, ale wiążącą się z mniej obciążającymi skutkami ubocznymi? Jeśli pani stan będzie się pogarszał, ból będzie się nasilał, czy wolałaby pani jak najdłużej zachować świadomość, mimo odczuwania silnego bólu, czy w pierwszej kolejności mamy zadbać o to, aby nie odczuwała pani bólu, nawet jeśli wiązałoby się to z utratą świadomości?* W związku z rozmowami o wartościach warto wspomnieć o Serious Illness Conversation Guide (SICG). Autorzy sugerują, że wskazówki zawarte w tym dokumencie – który nazywają przewodnikiem – warto uwzględnić m.in. wtedy, gdy rozmowa dotyczy celów i wartości pacjenta, a specjalista stara się dowiedzieć, jak pacjent rozumie swoją sytuację i jakie informacje o stanie zdrowia są dla niego najważniejsze. Protokół SICG składa się z następujących części:

- ✓ ustanowienie rozmowy (ang. *set up*),
- ✓ ocena, oszacowanie (ang. *assess*),
- ✓ podzielenie się (ang. *share*),
- ✓ pogłębienie (ang. *explore*),
- ✓ zamknięcie (ang. *close*).

Autorzy sugerują, by w tego typu rozmowie rozpoznawać, co pacjent wie, czego oczekuje i potrzebuje. Proponują, by użyć przykładowych stwierdzeń, takich jak: *Aby upewnić się, że dzielę się informacjami, które są dla pani pomocne, proszę mi powiedzieć, jak rozumie pani to, co teraz dzieje się z pani zdrowiem. Jeśli pana stan zdrowia miałby się pogorszyć, jakie są pana najważniejsze cele? Jakie czynności przynoszą pani radość i nadają sens? Po tej rozmowie, jakie ma pani nadzieje*

związane ze swoim zdrowiem? (Ariadne Labs: A Joint Center for Health Systems Innovation, 2023). Przewodnik po rozmowach o poważnych chorobach podkreśla znaczenie perspektywy pacjenta i zwraca uwagę na to, jak ważna jest w takich sytuacjach rozmowa o wartościach pacjenta.

Przyjrzyjmy się jeszcze innej sytuacji. Czasem pacjenci mają wiedzę i przekonania niezgodne z wiedzą medyczną i jednocześnie są bardzo do nich przywiązani. Mam tu na myśli na przykład osoby, które nie decydują się na szczepienia (swoje lub dzieci) lub korzystające z metod leczenia proponowanych przez zwolenników tzw. medycyny alternatywnej, często różnego rodzaju uzdrowicieli czy znachorów⁶⁴. Takie rozmowy to szczególne sytuacje, w których kluczowa staje się rozmowa na temat przekonań i próba nakłonienia pacjenta do zmiany zdania i podjęcia działań (np. wykonania szczepienia lub zaniechania szkodliwych dla zdrowia praktyk proponowanych przez uzdrowiciela). Można zadać pytanie, czy w takich sytuacjach perspektywa pacjenta jest całkowicie odmienna od perspektywy pracownika ochrony zdrowia, który opiera swoje decyzje terapeutyczne i zalecenia na podstawie wyników badań naukowych?

Wyobraźmy sobie, że do gabinetu lekarza pediatry przychodzi rodzic z kilkunastomiesięcznym dzieckiem. W trakcie rozmowy okazuje się, że dziecko nie było szczepione. Zobaczmy, jak mógłby wyglądać fragment tej rozmowy, w którym lekarz dąży do poznania powodów niezaszczepienia dziecka.

L: Widzę w książeczce zdrowia dziecka, że poza szczepieniem w szpitalu Wojtek nie był szczepiony. Proszę powiedzieć, z czego to wynika?

(pytanie otwarte o perspektywę pacjenta)

P: Nie jestem do szczepień przekonana.

L: Mogłaby pani powiedzieć, z czego ten brak przekonania wynika?

(pytanie pogłębiające o przekonania i emocje pacjenta)

⁶⁴ W języku angielskim używa się określenia *complementary and alternative medicine*. W. Piątkowski proponuje, by w języku polsku używać określenia „lecnictwo niemedyczne”, pisząc o tym w następujący sposób: „tak więc konsekwencją wcześniejszej charakterystyki medycyny jako wiedzy i systemu zabiegów [odwołującej się do założeń EBM – *evidence-based medicine*, przyp. A.D.] jest wyłonienie działań na rzecz zdrowia, które medycyną nie są, a wywodzą się z różnorodnych tradycji kulturowych, społecznych i odwołują się do rozmaitych doświadczeń terapeutycznych dawnej medycyny, tradycyjnego chłopskiego lecnictwa ludowego (metody znachorskie) i metod samolecznictwa” (Piątkowski, W. (2008). *Lecnictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. s. 39).

P: Dużo czytałam na ten temat i rozmawiałam ze znajomymi. Dowiedziałam się, że zdarza się, że szczepionki wywołują autyzm. Choć to podobno rzadko się zdarza.

L: Co jeszcze słyszała pani o szczepieniach? (pogłębienie perspektywy pacjenta, pytanie o przekonania, rozpoznanie wszystkich powodów, dla których dziecko nie zostało zaszczepione)

P: Dużo znajomych mi mówiło, że ich dzieci po szczepieniu źle się czuły.

L: Co dokładnie im było? (klaryfikacja mająca na celu doprecyzowanie, jakie objawy zaniepokoiły matkę)

P: Dzieci miały gorączkę i nieładnie wyglądający obrzęk w miejscu szczepienia, były niespokojne.

L: Dobrze, że mówi mi pani o tym wszystkim. Zaraz się do tego odniosę. Najpierw chciałabym zapytać, czy coś jeszcze słyszała pani lub czytała, co sprawia, że nie ma pani zaufania do szczepień? (pytanie przesiewowe).

P: Nie, chyba to wszystko.

L: Czy w związku z tym, o czym pani mówi, w ogóle nie chce pani zaszczepić swojego dziecka?

P: Na razie nie szczepię. Pomyślę o tym, jak będzie starsze, bardziej odporne. Może wtedy będzie na to lepszy czas.

L: Spróbuję podsumować to, o czym pani mówiła, aby upewnić się, że wszystko dobrze zrozumiałam. Dużo czasu poświęciła pani na znalezienie informacji na temat szczepień. Dowiedziała się pani, że po szczepieniu u niektórych dzieci występuje autyzm. Znajome mamy uprzedzały panią, że dzieci po szczepieniu były niespokojne, miały gorączkę i obrzęk w miejscu szczepienia. Uważa pani, że takie małe dzieci mogą nie być wystarczająco odporne, by radzić sobie ze szczepieniami. I dlatego nie zdecydowała się pani dotychczas na zaszczepienie swojego dziecka, ale nie wyklucza pani, że w przyszłości się na to zdecyduje (parafraza i podsumowanie). Czy tak to wygląda z pani strony?

P: Dokładnie tak.

Przebieg tej rozmowy pokazuje kilka ważnych kwestii. Po pierwsze, poznanie perspektywy pacjenta nierzadko jest procesem wieloetapowym. Nie wystarczy raz

zapytać, by poznać tę perspektywę szczegółowo. Po drugie, okazuje się, że przekonania matki na temat szczepień są oparte na starannych poszukiwaniach wiedzy na ten temat. Można oczywiście podważyć naukowo źródło, jakim jest artykuł o autyzmie lub opowieści znajomych matek, jednak z punktu widzenia laika te źródła są wiarygodne ze względu na to, że trudno jest osobie, która nie jest profesjonalistą, rozpoznać, czy artykuł zawiera potwierdzone informacje. Doświadczenia znajomych są bliższe człowiekowi niż wyniki badań naukowych, w których wzięli udział anonimowi ludzie. Mamy więc sytuację, gdy wiedza medyczna i ta, na której opiera się pacjent, są różne. A co z pozostałymi elementami perspektywy pacjenta? Słyszac to, co mówi matka, lekarz może dowiedzieć się, że zależy jej na tym, by dziecko było zdrowe, że dba o nie najlepiej jak potrafi, że zdrowie i troska o dziecko są wartościami, które kierują jej działaniami. A to są te same cele i wartości, którymi kieruje się lekarz. To oznacza, że poznanie perspektywy pacjenta pokazuje wspólne obszary, którymi często są kwestie najważniejsze i fundamentalne takie jak wartości i cele, a także obszary rozłączne wymagające wymiany informacji, uzgodnień i ustaleń. Podczas rozmowy, zwłaszcza w takich sytuacjach jak te, które tu omawiam, kluczowe jest podkreślenie tego, co łączy pacjenta i lekarza i dążenie do tego, aby w kwestiach rozłącznych obie strony posiadały tę samą wiedzę, co jest warunkiem niezbędnym do tego, aby móc spojrzeć na daną kwestię w taki sam sposób. Z perspektywy pracownika ochrony zdrowia będzie to oznaczało przekonanie pacjenta, by widział swoje zdrowie w sposób, który jest najbardziej korzystny z medycznego punktu widzenia. To z tego względu w licznych zaleceniach, jak rozmawiać z osobami, które nie decydują się na szczepienia, jest mowa o wielu elementach komunikacji mających na celu poznanie lub uwzględnienie perspektywy pacjenta. Należą do nich m.in.:

- ✓ wydobycie powodów obaw i niezdecydowania,
- ✓ przekazywanie informacji dotyczących szczepień, które odnoszą się do perspektywy pacjenta/opiekuna,
- ✓ zauważenie działań pacjenta/opiekuna mających na celu zebranie informacji na temat szczepień,
- ✓ zweryfikowanie poglądów pacjenta/ opiekuna po przekazaniu informacji,
- ✓ czas na pytania, dzielenie się wątpliwościami (WHO, 2023).

Podsumowując, poznanie perspektywy pacjenta podczas rozmowy z osobami, których poglądy odbiegają od wiedzy medycznej, pozwoli: a) poznać źródła wiedzy i wartości, którymi kieruje się pacjent, i zrozumieć jego perspektywę, b) wyznaczyć cel

rozmowy (różny w zależności od postawy pacjenta), c) dostosować rodzaj argumentacji do przekonań, obaw i celów pacjenta.

W tabeli 25 podsumowałam umiejętności komunikacji mające na celu poznanie, zrozumienie i uwzględnienie perspektywy pacjenta i wykorzystanie ich w odniesieniu do protokołu PERSPECTIVE.

Tab. 25. Pytania i inne umiejętności komunikacji mające na celu poznanie, zrozumienie i uwzględnienie perspektywy pacjenta

Pytania służące do poznania, zrozumienia i uwzględnienia perspektywy pacjenta	Przykłady	Etapy konsultacji medycznej
Cel	Poznanie perspektywy pacjenta	
Dwa główne rodzaje pytań:		Wywiad
Pytania otwarte	<i>Co sprawia, że zgłosiła się pani dzisiaj do mnie?</i> <i>Jak mogę pani pomóc?</i> <i>Czy zauważyła pani, w jakich sytuacjach pojawiają się/narastają objawy, o których pani mówi?</i>	
Pytania zamknięte	<i>Czy miała pani wcześniej jakieś zabiegi chirurgiczne?</i> <i>Czy choruje pani na coś przewlekłe?</i> <i>Czy ktoś w rodzinie chorował na astmę?</i>	
Pytanie otwarte o podjęte kroki/działania (S z protokołu PERSPECTIVE)	<i>Jak dotychczas radziła pani sobie z tym bólem?</i> <i>Co pomagało pani na te nudności?</i> <i>Gdzie szukała pani porady, co robić w takiej sytuacji?</i>	
Pytania szczegółowe:		
Pytania pogłębiające	<i>W jakich jeszcze sytuacjach pojawia się ten ból?</i>	
Parafrazy	<i>Mówiła pani o tym, że nogi bolą panią szczególnie wieczorem i to jest taki ciągnący ból.</i> <i>Objawy pojawiły się u pana mniej więcej pół roku temu, niedługo po tym, jak przeszedł pan na emeryturę i zaczął więcej czasu spędzać przed komputerem.</i>	
Pytania screeningowe, przesiewowe	<i>Czy jest coś jeszcze czego się pani obawia?</i> <i>Czy zauważyła pani jeszcze inne objawy, które pojawiły się w ostatnim czasie, czy</i>	

Pytania służące do poznania, zrozumienia i uwzględnienia perspektywy pacjenta	Przykłady	Etapy konsultacji medycznej
Cel	Poznanie perspektywy pacjenta	
Pytania o wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie (I z protokołu PERSPECTIVE) Pytania o przekonania (P z protokołu PERSPECTIVE)	<i>bierze panie jeszcze inne leki poza tymi, o których rozmawialiśmy?</i> <i>W jaki sposób ból wpływa na możliwość poruszania się?</i> <i>Na ile będzie mogła pani opiekować się dziećmi, mając przez kilka miesięcy unieruchomiony bark?</i> <i>W jaki sposób te dolegliwości, o których rozmawiamy, wpływają na pani codzienne funkcjonowanie?</i> <i>Co według pani spowodowało, że stan pani zdrowia się pogorszył?</i> <i>Jak pan myśli, co może być przyczyną dolegliwości, o których rozmawiamy?</i> <i>Jak pani myśli, z czym związane są te objawy?</i>	
Pytania w reakcji na komunikację niewerbalną pacjenta (to może odnosić się i do emocji, i do wartości)	<i>Mam wrażenie, że jest coś jeszcze, o czym chciała pani powiedzieć.</i> <i>Jeśli coś panią niepokoi, proszę o tym powiedzieć, może to być istotne z punktu widzenia pani zdrowia, ja jestem tu po to, żeby pani pomóc.</i> <i>To, co pani powie, zostanie tylko między nami, jeśli więc jest coś jeszcze o czym chciała Pani porozmawiać, proszę powiedzieć.</i>	Każdy etap konsultacji
Pytania związane ze wspólnym podejmowaniem decyzji (związane z podejmowaniem świadomej zgody) Pytania o wartości (V z protokołu PERSPECTIVE)	<i>Jakie metody leczenia tej choroby pan zna?</i> <i>Na ile jest pan zorientowany w możliwościach dotyczących leczenia?</i> <i>Jak pani rozumie ryzyka związane z tym zabiegiem?</i> <i>Jeśli miałyby pani wybór, czy wolałaby pani terapię, która zadziała szybko, ale może się wiązać z licznymi skutkami ubocznymi czy terapię długotrwałą, rzadziej wywołującą działania niepożądane?</i> <i>Jeśli pani stan będzie się pogarszał, ból będzie się nasilał, czy wolałaby pani jak najdłużej zachować świadomość, mimo</i>	Ustalanie planu postępowania

Pytania służące do poznania, zrozumienia i uwzględnienia perspektywy pacjenta	Przykłady	Etapy konsultacji medycznej
Cel	Poznanie perspektywy pacjenta	
Pytania o sposób włączenia zaleceń do codziennego funkcjonowania	<i>odczuwania silnego bólu, czy w pierwszej kolejności mamy zadbać o to, aby nie odczuwała pani bólu, nawet jeśli wiązałoby się to z utratą świadomości?</i> <i>W jaki sposób będzie pani stosować się do tych zaleceń?</i> <i>Od czego zacznie pani zmiany w diecie, które są istotne z punktu widzenia leczenia cukrzycy?</i> <i>Które z zaleceń wydają się pani trudne do realizacji w codziennym życiu?</i>	
Pytania o osoby bliskie o pomoc i wsparcie osób, na które pacjent może liczyć, ale też odnoszące się do prawa do obecności osoby bliskiej) (R z protokołu PERSPECTIVE)	<i>Czy jest ktoś, kto będzie mógł codziennie smarować pani plecy?</i> <i>Czy jest ktoś, kto może pani pomóc w oczyszczaniu rany i zmianie opatrunku?</i> <i>Czy chciałby pan, aby podczas tej rozmowy był z panem ktoś bliski?</i> <i>Czy jest ktoś, kto mógłby towarzyszyć pani podczas tej rozmowy?</i>	
Pytania o nastawienie pacjenta wobec zaleceń i planu działania (pacjent powinien otrzymać zapisane zalecenia. Warto rozmawiać o tym, co jest napisane) (E z protokołu PERSPECTIVE)	<i>Co pani sądzi o proponowanym leczeniu?</i> <i>Jak się pani czuje z informacjami, które pani przekazuję?</i> <i>Co pani myśli o tych zaleceniach, o których rozmawiamy?</i> <i>W jakim stopniu może się pani zastosować do zaleceń, o których rozmawiamy?</i> <i>W jaki sposób będzie pani brała leki, o których rozmawialiśmy?</i> <i>Co pani zrobi, aby zastąpić przetworzoną żywność innymi produktami?</i> <i>W jaki sposób zacznie pani ograniczać palenie?</i>	Podsumowanie

M. Santana i in. pisali, że aby sprawować opiekę skoncentrowaną na pacjencie, należy rozwijać umiejętności, takie jak stosowanie pytań otwartych, zachęcanie pacjentów do refleksji nad swoim stanem, bólem, objawami i innymi obszarami życia, które mogą się z tym wiązać, a także sprawdzanie reakcji pacjenta na przekazane informacje (Santana et al., 2018). A. Coulter i J. Oldham pisali, że relacja z pacjentem oparta na modelu opieki skoncentrowanej na osobie wymaga od pracowników ochrony

zdrowia doskonałych umiejętności słuchania, komunikacji i negocjacji oraz zdolności do elastycznego reagowania na indywidualne ludzkie potrzeby. Medycyna oparta na dowodach jest potrzebna pacjentom, ale opieka skoncentrowana na pacjencie nie może ograniczać się do postępowania niczym z książek kucharskich zawierających techniczne opisy, jak coś przygotować. Wytyczne i protokoły są potrzebne, ale nie mogą być ważniejsze niż kluczowe cechy najbardziej potrzebne pacjentom, takie jak troska i współczucie (Coulter, Oldham, 2016). Umiejętności są ważne, aby poznać i uwzględnić perspektywę pacjenta, lecz nie wystarczą, jeśli mają sprzyjać budowaniu porozumienia i relacji opartej na zaufaniu. Do tego niezbędne są określone postawy personelu medycznego. Dlatego zwróciłam na nieuwagę w protokole PERSPECTIVE. Wyżej opisane pytania i stwierdzenia zachęcające do szczegółowego opisanie przez pacjenta swojej perspektywy stanowią zobowiązanie, aby pracownicy ochrony zdrowia charakteryzowali się ciekawością. Ponadto w protokole PERSPECTIVE są następujące zagadnienia związane z postawami – podmiotowe traktowanie, zauważenie wielu aspektów funkcjonowania pacjenta i indywidualnych potrzeb, holistyczne podejście, empatia oraz dokładność, czułość i życzliwość. Odnoszą się one do sposobu zachowania (komunikacji niewerbalnej) i prowadzenia rozmowy.

Empatia to postawa personelu medycznego, która pozwala dostrzegać i interpretować emocje doświadczane przez pacjenta oraz rozumieć jego potrzeby, działania i przekonania (Zapała, 2018). Jak pisał M. Rosenberg za Simone Weil, „empatia wymaga jednak skupienia całej uwagi na komunikacie drugiej osoby. Ofiarujemy jej wtedy czas i przestrzeń, których potrzebuje, żeby w pełni wyrazić siebie i nabrać pewności, że została wysłuchana” (Rosenberg, 2003). Empatia umożliwia pracownikowi ochrony zdrowia lepsze zrozumienie perspektywy pacjenta, a także okazanie pacjentowi, że jego emocje są zauważone i akceptowane. Pisząc o empatii, należy również zwrócić uwagę na empatię pracowników ochrony zdrowia wobec samych siebie. Trudno być empatycznym wobec innych, nie widząc własnych potrzeb i emocji.

Dokładność, czułość i życzliwość personel medyczny może okazać poprzez zadawanie pytań, w tym zwłaszcza pogłębiających. Odzwierciedlenia emocji czy parafrazy, w których pracownik ochrony zdrowia mówi o odczuciach, które usłyszał w wypowiedzi pacjenta, to umiejętności, które pomagają choremu poczuć życzliwość, a nawet czułość. Choć tę ostatnią czasem najlepiej jest okazać poprzez gest

(np. dotknięcie ręki, podanie chusteczek) lub zachowując ciszę i okazując w ten sposób szacunek dla przeżyć pacjenta lub zrozumienie, że w pewnych sytuacjach potrzebny jest czas, aby móc rozmawiać dalej.

Co się dzieje, gdy perspektywa pacjenta nie zostaje poznana i uwzględniona przez pracownika ochrony zdrowia? Przyjrzyjmy się czterem przykładom.

1. Pani Ewa ma 57 lat, regularnie przychodzi do swojego lekarza POZ ze względu na to, że choruje na cukrzycę. Pani Ewa jakiś czas temu zauważyła krwawienia z dróg rodnych. Nie mówi o tym sama z siebie, ponieważ wstydzi się rozmawiać o sprawach intymnych. Jeśli lekarz nie zbierze szczegółowego wywiadu, mimo że pacjentka zgłasza się w związku z chorobą przewlekłą lub doraźnymi infekcjami, nie uzyska tych informacji i nie skieruje pacjentki na badania wykluczające poważne choroby, w tym raka szyjki macicy czy raka endometrium.
2. Pan Marek ma 55 lat, BMI 36 oraz guzki krwawnicze (hemoroidy). Ostatnio pacjent zauważył w stolcu ciemną krew. Mniej więcej pół roku temu pan Marek podjął działania, aby zmniejszyć masę ciała. Częściej chodzi na spacer, stara się nie jeść słodczy, za to więcej warzyw. Zgłasza się do lekarza, gdyż czuje się osłabiony. Lekarz dowiaduje się o staraniach pana Marka w związku z chorobą otyłościową, o tym, że udało się panu Markowi schudnąć w ostatnim czasie około 5 kg. Pan Marek nie mówi o ciemnej krwi w stolcu, gdyż uznał, że to na pewno związane z hemoroidami, w związku z którymi ponownie zaczął stosować maść. Lekarz rozpoznaje chorobę otyłościową i zaleca wprowadzanie zmian w stylu życia, pomijając ryzyko raka jelita grubego.
3. U pana Krzysztofa, lat 49, lekarz zdiagnozował nadciśnienie tętnicze. W związku z tym porozmawiał na temat elementów stylu życia, które wpływają na obniżenie ciśnienia oraz zalecił, by pacjent codziennie przyjmował leki. Jeśli lekarz nie dopyta, czy pacjent uważa, że może przestrzegać zaleceń, jakie ma pytania czy wątpliwości z nimi związane, nie dowie się, że pan Krzysztof obawia się, że leki na nadciśnienie spowodują zaburzenia erekcji i że w związku z tym pacjent zamierza te leki brać doraźnie, gdy poczuje, że ciśnienie mu skoczyło.

4. Pan Rafał, lat 43, usłyszał od lekarki, że trudności, które u siebie obserwuje od jakiegoś czasu, to objawy depresji. Lekarka przepisała mu leki przeciwdepresyjne i omówiła ich działanie oraz sposób przyjmowania. Gdyby lekarka nie dopytała, jak pan Rafał dotychczas radził sobie z objawami depresji, które utrudniały mu codzienne funkcjonowanie, nie dowiedziałaby się, że brał kapsułki zawierające dziurawiec i nie poinformowałaby pacjenta, że leki przeciwdepresyjne i dziurawiec nie powinny być brane jednocześnie ze względu na to, że rośnie wtedy ryzyko zespołu serotoninowego, który jest stanem potencjalnie zagrażającym życiu.

Konsekwencje niepoznania perspektywy pacjenta w powyższych sytuacjach będą bardzo poważne. Można je uogólnić i stwierdzić, że brak poznania perspektywy pacjenta prowadzi do:

- a) niepodjęcia działań umożliwiających ustalenie rozpoznania (sytuacja pani Ewy),
- b) sformułowania złej diagnozy (sytuacja pana Marka),
- c) sformułowania złych zaleceń (sytuacja pana Krzysztofa),
- d) wzrostu ryzyka pojawienia się powikłań (sytuacja pana Rafała).

Należy stwierdzić, że niepoznanie perspektywy pacjenta może prowadzić do poważnych błędów medycznych. Równocześnie powyższe przykłady pokazują, że poznanie perspektywy pacjenta zależy od kompetencji komunikacyjnych personelu medycznego, które można rozwijać i doskonalić. Z tego względu w kształceniu medycznym należy położyć nacisk na uwzględnienie tego w programach nauczania.

10.3. Umiejętności komunikacyjne studentów kierunków medycznych na przykładzie wyników badań własnych

10.3.1. Znaczenie perspektywy pacjenta na różnych etapach konsultacji

W związku z tym, że przedstawione w tej książce kwestie odnoszą zarówno do praktyki medycznej, jak i kształcenia studentów kierunków medycznych, omówię teraz kwestie związane z umiejętnościami komunikacji badanych przeze mnie studentów, o które pytałam w stworzonej przeze mnie ankiecie. Jakie umiejętności według nich są przydatne, by poznać perspektywę pacjenta? W jakim stopniu respondenci uważają, że posiadają te umiejętności? Czy nastawienie wobec nauki

komunikacji i poziom empatii wpływa na samoocenę w zakresie umiejętności komunikacji?

Powyżej była mowa o tym, jakie znaczenie ma perspektywa pacjenta na poszczególnych etapach konsultacji. Punktem odniesienia były te wymienione w modelu Calgary – Cambridge. Badani byli proszeni o uszeregowanie pięciu elementów rozmowy i wskazanie, w których, ich zdaniem, najważniejsza jest perspektywa pacjenta (1 na skali), a kiedy ma najmniejsze znaczenie (5 na skali). Etapy konsultacji, które mieli uszeregować studenci poszczególnych kierunków, zostały przedstawione w tabeli 26.

Tab. 26. Znaczenie perspektywy pacjenta na poszczególnych etapach konsultacji

Etapy konsultacji do uszeregowania przez studentów lekarskiego	Etapy konsultacji do uszeregowania przez studentów pielęgniarstwa i położnictwa
✓ zbieranie wywiadu, ✓ przekazywanie informacji o diagnozie, ✓ wspólne podejmowanie decyzji dotyczących leczenia, ✓ przekazywanie zaleceń, ✓ podsumowanie.	✓ zbieranie wywiadu, ✓ rozmowa na temat diagnozy przekazanej przez lekarza, ✓ ustalanie postępowania pielęgniarstwa/położnictwa, ✓ przekazywanie zaleceń, ✓ podsumowanie.

Podczas analizy porównywano trzy elementy, które były takie same w ankietach dla wszystkich respondentów, bez względu na kierunek studiów, tj. zbieranie wywiadu⁶⁵, przekazywanie zaleceń⁶⁶ i podsumowanie⁶⁷. Jak uszeregowali te etapy konsultacji pod względem ważności studenci na różnych kierunkach, szczegółowo przedstawiono w tabeli 27.

⁶⁵ Wyniki analizy wariancji $f=32,82$, $p=0,000$.

⁶⁶ Wyniki analizy wariancji $f=5,59$, $p=0,000$.

⁶⁷ Wyniki analizy wariancji $f=4,58$, $p=0,000$.

Tab. 27. Znaczenie perspektywy pacjenta podczas wybranych etapów konsultacji – średnia w podziale na kierunek studiów (skala od 1 do 5, gdzie 1 to jest etap, w którym perspektywa pacjenta jest najważniejsza, a 5 – najmniej ważna)

	Lekarski/ n=1002	Pielęgniarstwo/ n=373	Położnictwo/ n=256
Zbieranie wywiadu (p=0,000)	2,79+/-1,52	1,75+/-1,20	1,98+/-1,42
Przekazywanie informacji o diagnozie, rozmowa na temat diagnozy przekazanej przez lekarza ⁶⁸	2,71+/-1,19	2,49+/-1,18	2,68+/-1,21
Przekazywanie zaleceń	3,02+/-1,01	3,29+/-0,95	3,24+/-0,97
Wspólne podejmowanie decyzji dotyczących leczenia/Ustalanie postępowania pielęgniarskiego/położniczego ⁶⁹	2,15+/-1,23	2,90+/-0,99	2,71+/-1,14
Podsumowanie	4,32+/-1,08	4,59+/-0,92	4,39+/-1,04

Wyniki testów wskazują, że w zależności od kierunku różniła się średnia dla zbierania wywiadu jako elementu rozmowy, podczas którego perspektywa pacjenta ma duże znaczenie. Najważniejsze to było według studentów pielęgniarstwa (1,75+/-1,20), w drugiej kolejności dla studentów położnictwa 1,98+/-1,42. Średnia dla zbierania wywiadu wśród studentów kierunku lekarskiego wyniosła 2,79+/-1,52 i była nieznacznie wyższa niż dla przekazywania informacji o diagnozie (2,71+/-1,19). W opinii respondentów z pielęgniarstwa i położnictwa rozmowa na temat diagnozy przekazanej przez lekarza znajduje się na drugim miejscu pod względem potrzeby uwzględnienia perspektywy pacjenta. Warto zwrócić uwagę na to, że w opinii ankietowanych studentów lekarskiego perspektywa pacjenta ma największe znaczenie podczas wspólnego podejmowania decyzji (2,15+/-1,23). Natomiast według badanych z pielęgniarstwa i położnictwa ustalanie postępowania z pacjentem znalazło się na trzecim miejscu pod względem zasadności włączania perspektywy pacjenta (odpowiednio 2,90+/-0,99 i 2,71+/-1,14). Perspektywa pacjenta spośród podanych elementów rozmowy jest, w opinii badanych, najmniej ważna podczas podsumowań⁷⁰

⁶⁸ Ze względu na to, że brzmienie tej odpowiedzi w ankiecie różniło się dla studentów kierunku lekarskiego oraz pielęgniarstwa i położnictwa, nie było możliwości przeprowadzenia testów sprawdzających istotność różnic średnich.

⁶⁹ Ze względu na to, że brzmienie tej odpowiedzi w ankiecie różniło się dla studentów kierunku lekarskiego oraz pielęgniarstwa i położnictwa, nie było możliwości przeprowadzenia testów sprawdzających istotność różnic średnich.

⁷⁰ Wykonano takie same testy jak w przypadku zbierania wywiadu. Istotne różnice dotyczą tylko kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa (p=0,000).

i przekazywania zaleceń⁷¹. Zaskakujący może być fakt, że badani na kierunku lekarskim w najmniejszym stopniu uznawali, że wywiad służy także poznawaniu perspektywy pacjenta. Być może wynika to z tego, że uznają, że podczas wywiadu zbiera się przede wszystkim informacje biomedyczne. Hipotezę tę należałoby potwierdzić w kolejnym badaniu. Mniejsza waga, którą przywiązywali badani z pielęgniarstwa i położnictwa dla etapu ustalania postępowania pielęgniarckiego/położniczego, może wynikać z faktu, że badani z tych kierunków dopiero rozpoczynali kształcenie i lepiej rozumieli, na czym polega wywiad niż ustalanie postępowania.

Kolejne analizy wykazały istotną różnicę między kobietami a mężczyznami w ocenie znaczenia perspektywy pacjenta podczas zbierania wywiadu⁷² i podsumowania⁷³. Badane kobiety istotnie częściej uznawały, że perspektywa pacjenta jest istotna podczas zbierania wywiadu i rzadziej w odniesieniu do podsumowań (tab. 28).

Tab. 28. Znaczenie perspektywy pacjenta podczas wybranych etapów konsultacji – średnia w podziale na płeć (skala od 1 do 5, gdzie 1 to jest etap, w którym perspektywa pacjenta jest najważniejsza, a 5 – najmniej ważna)

	Kobiety/ n=1228	Mężczyźni/ n=398
Zbieranie wywiadu	2,31+/-1,49	2,76+/-1,53
Podsumowanie	4,43+/-1,03	4,28+/-1,09

Podczas analizy sprawdzono także, czy stan zdrowia badanych różnicuje opinie na temat znaczenia perspektywy pacjenta podczas poszczególnych etapów konsultacji. Wyniki analizy wykazały, że badani ze schorzeniami istotnie wyżej oceniają znaczenie perspektywy pacjenta podczas zbierania wywiadu w porównaniu ze zdrowymi respondentami (2,66+/-1,58 vs 2,36+/-1,49, $p=0,002$). Może to wynikać z tego, że doświadczenie choroby i bycia pacjentem uświadomiło ankietowanym, jak wiele elementów składa się na perspektywę pacjenta i dlatego mają obserwację, że nie zawsze są one poznawane przez lekarzy. Jest to jednak jedynie hipotetyczne wyjaśnienie tych różnic.

⁷¹ Wykonano takie same testy jak w przypadku zbierania wywiadu. Istotne różnice zaobserwowano pomiędzy kierunkiem lekarskim a położnictwem ($p=0,004$) i lekarskim a pielęgniarstwem ($p=0,000$).

⁷² Wyniki analizy wariancji dla zbierania wywiadu $f=26,33$, $p=0,000$.

⁷³ Wyniki analizy wariancji dla podsumowania $f=6,16$, $p=0,013$. Dla pozostałych etapów rozmowy nie odnotowano istotnych statystycznie różnic między kobietami a mężczyznami.

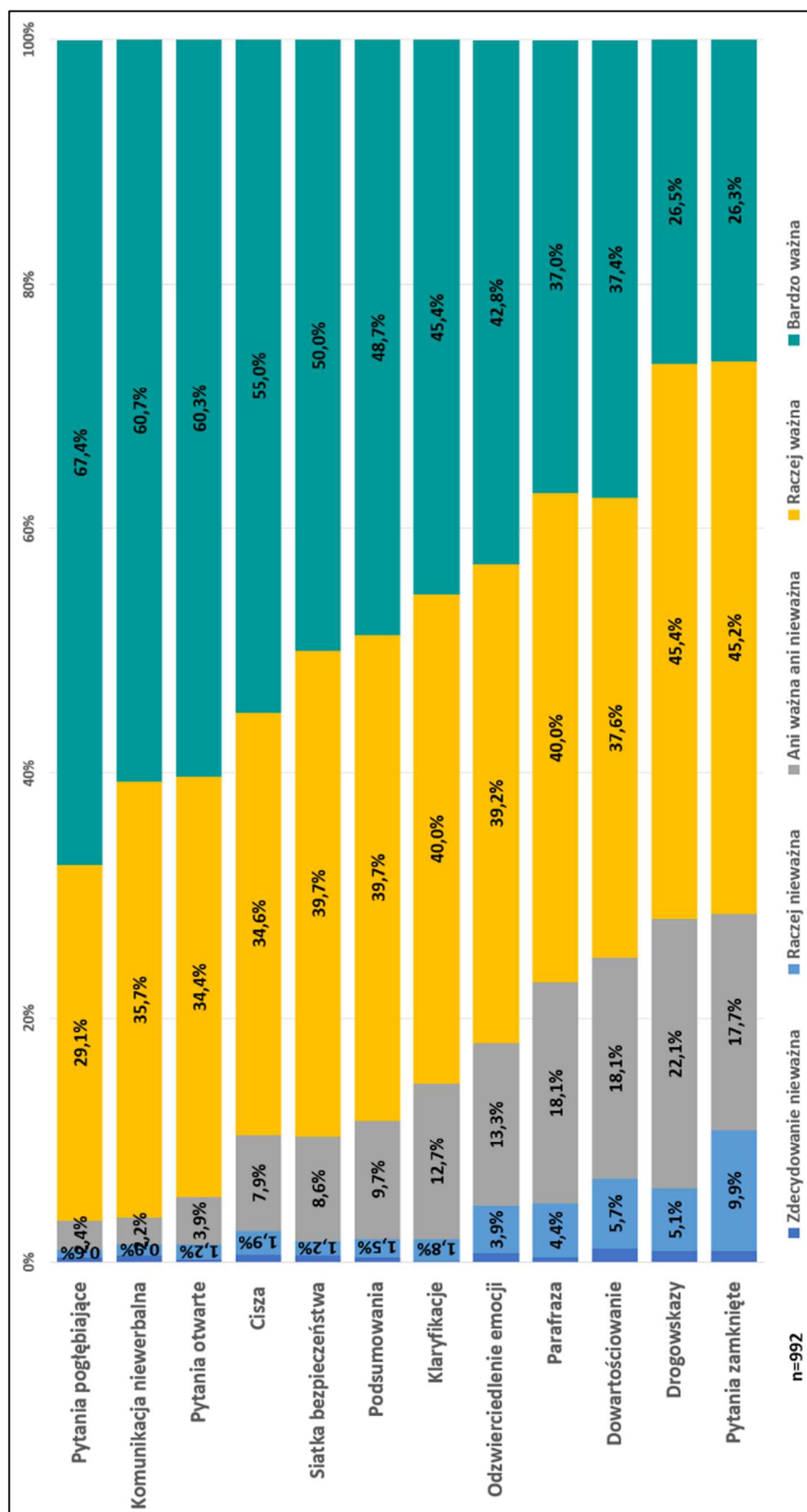
10.3.2. Opinia badanych o umiejętnościach ważnych, by poznać perspektywę pacjenta

Kolejnym celem było ustalenie, jakie umiejętności respondenci uznają za przydatne w poznawaniu i uwzględnianiu perspektywy pacjenta. Zadaniem badanych było wyrażenie opinii na temat 12 umiejętności komunikacji, takich jak:

- ✓ komunikacja niewerbalna,
- ✓ pytania zamknięte,
- ✓ pytania otwarte,
- ✓ pytania pogłębiające,
- ✓ parafrazy,
- ✓ odzwierciedlenia emocji,
- ✓ klaryfikacje,
- ✓ dowartościowania,
- ✓ drogowskazy,
- ✓ podsumowania,
- ✓ siatka bezpieczeństwa,
- ✓ cisza.

Badani mieli za zadanie stwierdzić, na ile powyższe umiejętności są przydatne w poznawaniu perspektywy pacjenta, stosując skalę od „zdecydowanie nieważne” do „bardzo ważne” w poznaniu perspektywy pacjenta⁷⁴. Wyniki przedstawiono na rycinie 13.

⁷⁴ Analiza wykazała, że rzetelność wyników mierzonych na tej skali wynosi Alfa Cronbacha 0,82.



Ryc. 13. Umiejętności komunikacyjne ważne w poznawaniu perspektywy pacjenta w opinii badanych

W opinii ponad 70% respondentów wszystkie spośród 12 podanych w ankiecie umiejętności są ważne lub bardzo ważne, by poznać perspektywę pacjenta. Co oznacza, że badani uważają, że sam sposób komunikacji ma znaczenie, a nie tylko pojedyncze umiejętności. Najważniejsze według ankietowanych są pytania pogłębiające, komunikacja niewerbalna, pytania otwarte i cisza, czyli te umiejętności, które z pewnością są potrzebne, aby móc poznać perspektywę pacjenta.

Podczas analizy wyników wyliczono średnie dla wskazań na wszystkie umiejętności uzyskane przez badanych na różnych kierunkach studiów (1 to był najniższy wynik, 5 – najwyższy). Wynosiły one 4,26+/-0,46 dla lekarskiego, 4,22+/-0,42 dla pielęgniarstwa i 4,37+/-0,49 dla położnictwa. Wykazano, że średni wynik ankietowanych na położnictwie jest istotnie wyższy od wyniku badanych na pielęgniarstwie ($p=0,004$) oraz na lekarskim ($p=0,028$). Jednocześnie wykazano, że wynik respondentów z kierunku lekarskiego nie różni się istotnie od wyniku badanych na pielęgniarstwie. Wyniki testu t-Studenta wykazały, że średni wynik uzyskany przez studentki 4,31+/-0,44 był istotnie wyższy od uzyskanego przez studentów 4,15+/-0,47 ($p=0,000$).

Dalsza analiza miała na celu sprawdzenie średnich wyników dla poszczególnych umiejętności uzyskanych przez badanych na różnych kierunkach. Szczegółowe dane zostały przedstawione w tabeli 29.

Tab. 29. Średnia i odchylenie standardowe dla wskazań na różne umiejętności ważne w poznawaniu perspektywy pacjenta w podziale na kierunki studiów badanych (skala od 1 – zdecydowanie nieważne, do 5 – bardzo ważne w poznaniu perspektywy pacjenta)⁷⁵

Umiejętność	Kierunek	Średnia i odchylenie standardowe	Umiejętność	Kierunek	Średnia i odchylenie standardowe
Pytania pogłębiające	Lekarski/ n=603	4,65+/-0,59	Odzwierciedlenie emocji	Lekarski/ n=603	4,13+/-0,86
	Pielęgniarstwo/ n=227	4,53+/-0,66		Pielęgniarstwo/ n=227	4,17+/-0,88
	Położnictwo/ n=162	4,68+/-0,59		Położnictwo/ n=162	4,47+/-0,80

⁷⁵ Pogrubiono umiejętności, dla których analiza wariancji wykazała różnice istotne statystycznie między kierunkami studiów.

Umiejętność	Kierunek	Średnia i odchylenie standardowe	Umiejętność	Kierunek	Średnia i odchylenie standardowe
Komunikacja niewerbalna	Lekarski/ n=603	4,54+/-0,63	Siatka bezpieczeństwa	Lekarski/ n=603	4,37+/-0,73
	Pielęgniarstwo/ n=227	4,58+/-0,58		Pielęgniarstwo/ n=227	4,32+/-0,77
	Położnictwo/ n=162	4,57+/-0,74		Położnictwo/ n=162	4,47+/-0,69
Pytania otwarte	Lekarski/ n=603	4,52+/-0,69	Klaryfikacje	Lekarski/ n=603	4,32+/-0,74
	Pielęgniarstwo/ n=227	4,53+/-0,57		Pielęgniarstwo/ n=227	4,15+/-0,81
	Położnictwo/ n=162	4,58+/-0,64		Położnictwo/ n=162	4,35+/-0,74
Cisza	Lekarski/ n=603	4,45+/-0,74	Drogowskazy	Lekarski/ n=603	3,94+/-0,89
	Pielęgniarstwo/ n=227	4,33+/-0,81		Pielęgniarstwo/ n=227	3,77+/-0,86
	Położnictwo/ n=162	4,41+/-0,80		Położnictwo/ n=162	4,01+/-0,83
Podsumowania	Lekarski/ n=603	4,39+/-0,73	Dowartościowanie	Lekarski/ n=603	3,90+/-0,96
	Pielęgniarstwo/ n=227	4,30+/-0,75		Pielęgniarstwo/ n=227	4,10+/-0,89
	Położnictwo/ n=162	4,25+/-0,80		Położnictwo/ n=162	4,49+/-0,77
Parafraza	Lekarski/ n=603	4,08+/-0,90	Pytania zamknięte	Lekarski/ n=603	3,88+/-0,97
	Pielęgniarstwo/ n=227	3,96+/-0,85		Pielęgniarstwo/ n=227	3,84+/-0,91
	Położnictwo/ n=162	4,31+/-0,74		Położnictwo/ n=162	3,81+/-0,92

Analiza wariancji wskazała na istotność różnic rozkładu kilku umiejętności, a mianowicie: pytań pogłębiających, parafrazy, drogowskazów, klaryfikacji, odzwierciedlenia emocji i dowartościowania. W przypadku pozostałych umiejętności nie zaobserwowano istotnych różnic między kierunkami studiów.

Najwyższe średnie wyniki uzyskały badane na położnictwie. Różnice były istotne dla:

- ✓ pytań pogłębiających w porównaniu z badanymi z pielęgniarstwa (4,68+/-0,59 vs 4,53+/-0,66, $p=0,050$),

- ✓ parafrazy w porównaniu z badanymi z pielęgniarstwa ($4,31 \pm 0,74$ vs $3,96 \pm 0,85$, $p=0,00$) i z lekarskiego ($4,31 \pm 0,74$ vs $4,08 \pm 0,90$, $p=0,007$),
- ✓ drogowskazów w porównaniu z badanymi z pielęgniarstwa ($4,01 \pm 0,83$ vs $3,77 \pm 0,86$, $p=0,020$),
- ✓ klaryfikacji w porównaniu z badanymi z pielęgniarstwa ($4,35 \pm 0,74$ vs $4,15 \pm 0,81$, $p=0,031$),
- ✓ odzwierciedlenia emocji w porównaniu z badanymi z pielęgniarstwa ($4,47 \pm 0,80$ vs $4,17 \pm 0,88$, $p=0,002$) i z lekarskiego ($4,47 \pm 0,80$ vs $4,13 \pm 0,86$, $p=0,000$),
- ✓ dowartościowania w porównaniu z badanymi z pielęgniarstwa ($4,49 \pm 0,77$ vs $4,10 \pm 0,89$, $p=0,000$) i z lekarskiego ($4,49 \pm 0,77$ vs $3,90 \pm 0,96$, $p=0,000$).

Najwyższą średnią uzyskały te umiejętności, które wyżej opisywałam jako kluczowe w poznawaniu i uwzględnianiu perspektyw pacjenta, czyli: pytania pogłębiające, komunikacja niewerbalna, pytania otwarte, cisza, podsumowania, parafrazy i odzwierciedlenia emocji. Oznacza to, że badani dobrze rozpoznawali, które umiejętności przydają się, by zrozumieć pacjenta.

Mimo że badani na kierunku położnictwo byli na I roku studiów tak samo jak badani studiujący pielęgniarstwo, to jednak wyraźnie lepiej rozpoznawali pytania pogłębiające i parafrazy jako umiejętności potrzebne do poznania perspektywy pacjenta. Respondenci z kierunku lekarskiego mieli natomiast wyższy wynik w porównaniu z respondentami z pielęgniarstwa przy wskazaniach na następujące umiejętności:

- ✓ pytania pogłębiające ($4,65 \pm 0,59$ vs $4,53 \pm 0,66$, $p=0,042$),
- ✓ klaryfikacje ($4,32 \pm 0,74$ vs $4,15 \pm 0,81$, $p=0,014$).

Badani studenci pielęgniarstwa mieli za to wyższe wyniki niż ankietowani z lekarskiego przy wskazywaniu na:

- ✓ drogowskazy jako umiejętność potrzebną, by poznać perspektywę pacjenta ($3,77 \pm 0,86$ vs $3,94 \pm 0,89$, $p=0,032$),
- ✓ dowartościowanie ($4,10 \pm 0,89$ vs $3,90 \pm 0,96$, $p=0,019$).

10.3.3. Samoocena umiejętności komunikacyjnych wśród badanych

Badanych poproszono także o stwierdzenie, na ile uważają, że potrafią wykorzystywać umiejętności komunikacji w praktyce. Mieli to zrobić, używając skali 1–5, gdzie 1 oznaczał brak tej umiejętności, a 5 – przekonanie respondenta,

że potrafi ją stosować bardzo dobrze⁷⁶. Umiejętności, o które byli pytani respondenci, to te, które powyżej opisałam jako istotne w poznawaniu i uwzględnianiu perspektywy pacjenta, tj.:

- ✓ komunikacja niewerbalna, w tym kontakt wzrokowy, przytakiwanie i pozycja ciała skierowana w stronę pacjenta,
 - ✓ pytania otwarte,
 - ✓ pytania pogłębiające (np. dlaczego? czy coś jeszcze...?),
 - ✓ parafraza,
 - ✓ cisza – danie pacjentowi czas na wypowiedzenie się, zebranie myśli, emocje,
 - ✓ odzwierciedlenie emocji,
 - ✓ podsumowania,
- oraz inne umiejętności usprawniające przebieg komunikacji, takie jak:
- ✓ drogowskazy,
 - ✓ klaryfikacje,
 - ✓ dowartościowanie,
 - ✓ siatka bezpieczeństwa,
 - ✓ pytania zamknięte.

Można zauważyć, że ogólna samoocena w zakresie umiejętności komunikacji kształtowała się na przeciętnym poziomie. Badani ocenili swoje umiejętności komunikacyjne na ocenę dość dobrą, odwołując się do ocen wystawianych na studiach. Średni wynik wyniósł bowiem między 3,51 do 3,73 (tab. 30).

Tab. 30. Średnia samoocena umiejętności komunikacyjnych w podziale na kierunki studiów

	Średnia i odchylenie standardowe
Lekarski/ n=994	3,51+/-0,60
Pielęgniarstwo/ n=369	3,60+/-0,60
Położnictwo/ n=256	3,73+/-0,51

Stwierdzono istotną różnicę pomiędzy kierunkami w ocenie własnych umiejętności wykorzystania podanych umiejętności podczas rozmowy z pacjentem

⁷⁶ Z analizy zostały wykluczone osoby, które deklarowały, że nie znają danej umiejętności. Analiza rzetelności skali zastosowanej do samooceny umiejętności wykazała jej dużą rzetelność, współczynnik α -Cronbacha wyniósł 0,84.

($f=15,58$, $p=0,000$). Wyniki analizy wykazały, że ocena własnych umiejętności rozmowy z pacjentem na kierunku lekarskim jest średnio o 0,22 pkt niższa od oceny na położnictwie ($p=0,000$) i o 0,09 pkt niższa od oceny na pielęgniarstwie ($p=0,040$). Jednocześnie ocena na położnictwie jest średnio o 0,13 pkt wyższa od samooceny na pielęgniarstwie ($p=0,014$). Podsumowując, najlepiej ocenili własne umiejętności badani na położnictwie, następnie na pielęgniarstwie i w końcu na kierunku lekarskim. Te różnice są obecne, mimo że w grupie studentów lekarskiego były też osoby kończące studia (na V i VI roku), a w grupie studentów pielęgniarstwa i położnictwa – tylko studenci I roku.

Analizie poddano także samoocenę w zakresie umiejętności studentów na różnych kierunkach studiów. Wyniki przedstawiono w tabeli 31.

Tab. 31. Średnia samoocena umiejętności komunikacyjnych badanych rozpoczynających naukę

	N	Średnia i odchylenie standardowe
Kierunek i rok studiów		
Lekarski, II rok	294	3,67+/-0,61
Pielęgniarstwo, I rok lic.	189	3,66+/-0,51
Położnictwo, I rok lic.	187	3,73+/-0,52

Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic (przy $p<0,05$) między studentami rozpoczynającymi naukę, czyli II rokiem lekarskiego i I rokiem licencjatu na pielęgniarstwie i położnictwie, a także między studentami licencjatu i studiów magisterskich na tych kierunkach.

Powyżej opisałam ogólną samoocenę, powstaje więc pytanie, które spośród swoich umiejętności komunikacji respondenci ocenili najlepiej, a które najgorzej. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 32.

Tab. 32. Średnia samoocena w zakresie umiejętności komunikacyjnych w podziale na kierunki studiów (skala od 1 do 5, gdzie 1 to ocena niedostateczna, a 5 – bardzo dobra)⁷⁷

	Ogółem	Lekarski	Pielęgniarstwo	Położnictwo
Pytania zamknięte	4,22+/-0,76	4,22+/-0,75	4,23+/-0,79	4,24+/-0,72
Komunikacja niewerbalna	4,18+/-0,79	4,10+/-0,82	4,25+/-0,77	4,38+/-0,67
Pytania pogłębiające	4,09+/-0,78	4,10+/-0,78	4,08+/-0,81	4,10+/-0,74
Pytania otwarte	4,02+/-0,79	4,01+/-0,79	4,01+/-0,73	4,07+/-0,79
Cisza	3,89+/-1,01	3,74+/-1,05	4,14+/-0,90	4,10+/-0,91
Podsumowania	3,81+/-0,86	3,78+/-0,85	3,81+/-0,88	3,89+/-0,82
Odzwierciedlenie emocji	3,59+/-0,98	3,42+/-1,01	3,82+/-0,93	3,93+/-0,78
Klaryfikacje	3,56+/-0,86	3,62+/-0,87	3,38+/-0,89	3,59+/-0,75
Parafraza	3,52+/-0,87	3,57+/-0,87	3,33+/-0,87	3,57+/-0,85
Dowartościowanie	3,47+/-1,00	3,23+/-1,01	3,72+/-0,91	4,00+/-0,78
Siatka bezpieczeństwa	3,24+/-1,00	3,15+/-1,00	3,38+/-0,96	3,38+/-0,99
Drogowskazy	3,14+/-0,92	3,13+/-0,95	3,11+/-0,87	3,20+/-0,85

Badani w I etapie studenci uznali, że najlepiej potrafią w rozmowie z pacjentem zadawać pytania zamknięte (4,22+/-0,76) oraz wykorzystywać komunikację niewerbalną (4,18+/-0,79). Ta pierwsza umiejętność w mniejszym stopniu pozwala na poznanie perspektywy pacjenta. Na pięciostopniowej skali średnio dobrą ocenę ankietowani wystawili sobie także za zdolności do zadawania pytań pogłębiających (4,09+/-0,78) i pytań otwartych (4,02+/-0,79). Badani uznali, że pozostałe umiejętności mają na średnim poziomie, między 3 a 4. Najniższą ocenę wystawili sobie w zakresie umiejętności stosowania drogowskazów (3,14+/-0,92), a także tworzenia siatki bezpieczeństwa (3,24+/-1,00).

Pytania zamknięte, jak była mowa powyżej, są stosunkowo rzadko przydatne w poznawaniu perspektywy pacjenta. Większe znaczenie mają pytania otwarte, pogłębiające, a także parafrazy, odzwierciedlenia emocji czy podsumowania oraz komunikacja niewerbalna. Cisza również jest istotna, biorąc pod uwagę, że dzięki niej personel medyczny może okazać empatię, a także dać czas pacjentowi na zastanowienie się, czy jest coś, o czym chciałby porozmawiać. Okazuje się więc, że respondenci, oceniając swoje umiejętności sprzyjające poznawaniu perspektywy

⁷⁷ Pogrubiono umiejętności, dla których stwierdzono istotne różnice między kierunkami studiów. Dla tych pozycji zostały wykonane testy post-hoc.

pacjenta, uznali, że posiadają je średnio na poziomie między 3,52 (w przypadku parafraz) a 4,18 (w przypadku komunikacji niewerbalnej). Średnia w przypadku czterech umiejętności była wyższa niż 4 (komunikacja niewerbalna, pytania zamknięte, pogłębiające i otwarte), a w przypadku ciszy, podsumowań, odzwierciedleń emocji i parafraz kształtowała się między oceną dość dobrą (3,5) a dobrą (4).

Wyniki analizy wykazały różnice między kierunkami w ocenie poszczególnych umiejętności. Szczegółowo opiszę różnice istotne statystycznie. Pod względem umiejętności wykorzystania komunikacji niewerbalnej najlepiej oceniają swoje umiejętności ankietowani z położnictwa $4,38 \pm 0,67$, następnie z pielęgniarstwa $4,25 \pm 0,77$, a najgorzej z kierunku lekarskiego $4,10 \pm 0,82$ ($p=0,000$).

Samoocena w zakresie wykorzystania parafrazy badanych studentów lekarskiego i położnictwa ukształtowała się na tym samym poziomie (3,57). Wyniki analizy wskazują, że jest to samoocena istotnie wyższa niż wśród respondentów z pielęgniarstwa (3,33; $p=0,000$ w porównaniu z lekarskim i $p=0,004$ w porównaniu z położnictwem).

Klaryfikacje to umiejętność najlepiej oceniana przez respondentów z kierunku lekarskiego ($3,62 \pm 0,87$). Nieznacznie gorzej ocenili tę umiejętność badani na położnictwie ($3,59 \pm 0,75$). Średnia samoocena tych dwóch grup ankietowanych była istotnie statystycznie wyższa w porównaniu z badanymi na pielęgniarstwie ($3,38 \pm 0,89$; $p=0,000$ z ankietowanymi z lekarskiego i $p=0,017$ z respondentami z położnictwa).

Umiejętność odzwierciedlania emocji najwyżej oceniają studenci położnictwa ($3,93 \pm 0,78$). Nieznacznie gorzej ankietowani z pielęgniarstwa ($3,82 \pm 0,93$). Samoocena tych respondentów była istotnie statystycznie wyższa niż samoocena badanych na kierunku lekarskim ($3,42 \pm 1,01$, $p=0,000$). Dowartościowanie to umiejętność, którą także najlepiej oceniają studenci położnictwa ($4,00 \pm 0,78$), następnie pielęgniarstwa ($3,72 \pm 0,91$) i najgorzej – badani na kierunku lekarskim ($3,23 \pm 1,01$, $p=0,000$ między lekarskim i położnictwem oraz pielęgniarstwem oraz $p=0,001$ między położnictwem i pielęgniarstwem).

Respondenci z pielęgniarstwa i położnictwa najlepiej oceniają umiejętność wykorzystania ciszy podczas rozmowy z pacjentem (odpowiednio $4,14 \pm 0,90$ i $4,10 \pm 0,91$) i jest to ocena istotnie wyższa niż badanych na kierunku lekarskim ($3,74 \pm 1,05$, $p=0,000$). Podobną tendencję – wyższą samoocenę respondentów na położnictwie i pielęgniarstwie, odnotowano – pytając o umiejętność tworzenia siatki

bezpieczeństwa. Średnia ocena tej umiejętności na położnictwie i pielęgniarstwie to 3,38 i jest ona istotnie statystycznie wyższa niż na lekarskim ($3,15 \pm 1,0$, $p=0,001$ w porównaniu z pielęgniarstwem i $p=0,004$ z położnictwem).

Analiza wykazała też różnice w samoocenie umiejętności komunikacyjnych między ankietowanymi na różnych etapach kształcenia medycznego. Poniżej opisuję wyniki istotne statystycznie.

Respondenci kończący studia na poziomie magisterskim (I rok studiów magisterskich) istotnie wyżej ocenili swoje umiejętności wykorzystania komunikacji niewerbalnej w kontakcie z pacjentem w porównaniu z badanymi na VI roku kierunku lekarskiego ($3,71 \pm 0,82$ vs $3,46 \pm 0,90$, $p=0,025$). Komunikacją niewerbalną można okazać empatię, a także czułość i życzliwość, czyli elementy postaw, które opisałam w protokole PERSPECTIVE.

Zaobserwowano też różnice między badanymi rozpoczynającymi studia lekarskie i pielęgniarские. Respondenci na II roku lekarskiego uznali, że lepiej potrafią wykorzystywać parafrazę w porównaniu z ankietowanymi rozpoczynającymi studia pielęgniarские ($3,71 \pm 0,82$ vs $3,31 \pm 0,80$, $p=0,000$). Podobną tendencję odnotowano w przypadku klaryfikacji. Badani na II roku uzyskali średni wynik wyższy o 0,42 w porównaniu z ankietowanymi na I roku pielęgniarstwa ($3,75 \pm 0,81$ vs $3,33 \pm 0,81$, $p=0,000$). Ta różnica może wynikać z faktu, że na kierunku lekarskim badanie było realizowane na II roku, a na pielęgniarstwie – na I roku. W związku z tym ankietowani na pielęgniarstwie mogli w większym stopniu mieć przekonanie, że nie potrafią jeszcze niczego z zakresu tematyki studiów w porównaniu do studentów II roku, którzy mieli już więcej zajęć.

Różnice między badanymi rozpoczynającymi studia pielęgniarские i będącymi na I roku studiów magisterskich odnotowano tylko w przypadku umiejętności dowartościowania. Na I roku średni wynik kształtował się na poziomie $3,92 \pm 0,91$ i był o 0,37 wyższy w porównaniu ze średnim wynikiem respondentów na I roku studiów II stopnia ($3,55 \pm 0,87$, $p=0,017$).

Poza opisanymi powyżej różnicami w samoocenie poszczególnych umiejętności między respondentami na różnych kierunkach zaobserwowano także różnice między ankietowanymi rozpoczynającymi studia na kierunku położnictwo a pozostałymi badanymi. Badani na I roku położnictwa wyżej ocenili swoje kompetencje w zakresie używania parafrazy w porównaniu z koleżankami i kolegami rozpoczynającymi studia na pielęgniarstwie ($3,63 \pm 0,85$ vs $3,31 \pm 0,80$, $p=0,007$).

W samoocenie umiejętności wykorzystania odzwierciedlania emocji, dowartościowania i ciszy badani na I roku położnictwa uzyskali wyższe wyniki w porównaniu z ankietowanymi na wszystkich latach kierunku lekarskiego. Oceniając swoje umiejętności odzwierciedlania emocji, uzyskali średni wynik $3,96 \pm 0,78$ i był on istotnie wyższy od wyników II roku kierunku lekarskiego ($3,66 \pm 1,01$, $p=0,014$), V roku ($3,41 \pm 1,02$, $p=0,000$) i VI roku lekarskiego ($3,29 \pm 0,97$, $p=0,000$). Badani rozpoczynający studia położnicze średnio ocenili własną umiejętność dowartościowania na poziomie $4,02 \pm 0,78$ i był to wynik wyższy w porównaniu z ankietowanymi na II roku kierunku lekarskiego ($3,53 \pm 0,96$, $p=0,000$), V roku ($3,23 \pm 1,06$, $p=0,000$) i VI roku ($3,07 \pm 0,98$, $p=0,000$). W stosowaniu ciszy w rozmowie z pacjentem studentki I roku położnictwa średnio oceniły swoje umiejętności na poziomie $4,15 \pm 0,89$. Był to wynik o 0,15 wyższy w porównaniu z respondentami na II roku medycyny ($4,00 \pm 0,99$, $p=0,000$), o 0,51 w porównaniu z V rokiem ($3,64 \pm 1,09$, $p=0,000$) i o 0,52, porównując z VI rokiem ($3,63 \pm 1,05$, $p=0,000$). Te różnice mogą wynikać z tego, o czym pisałam wyżej, że samoocena odnosi się raczej do wyobrażenia niż praktyki. Mogą być jednak związane z tym, że badani na kierunku położnictwo wykazywali się większym poziomem empatii w porównaniu z pozostałymi respondentami (por. rozdział 8.4). Dla osób studiujących na położnictwie stosowanie umiejętności, dzięki którym w rozmowie koncentrują się na drugiej osobie, może być bardziej naturalne i dzięki temu łatwiej im wykorzystywać je w praktyce. Odwołam się do własnych obserwacji studentów podczas prowadzenia zajęć na różnych kierunkach. Jednym z ważnych celów zajęć z komunikacji jest pokazanie znaczenia perspektywy pacjenta i rozwinięcie umiejętności poznawania i uwzględniania perspektywy pacjenta. W pierwszych latach, gdy planowaliśmy zajęcia z komunikacji po tym, gdy weszły one do programu nauczania, zwróciliśmy uwagę na to, że studenci położnictwa od samego początku znacznie bardziej zauważają znaczenie perspektywy pacjenta niż studenci innych kierunków. Te same zajęcia przebiegały na tym kierunku inaczej. Studenci od pierwszych minut mówili, że perspektywa pacjenta to podstawa opieki nad kobietą, że najpierw muszą dobrze poznać tę perspektywę, a dopiero później mogą zaplanować opiekę. Takie stwierdzenia nie były oczywiste w grupach studentów innych kierunków, którzy na ten temat mieli bardziej zróżnicowane opinie. To, o czym tutaj piszę, to tylko obserwacje, ale myślę, że przedstawiane tu wyniki badań mogą je częściowo potwierdzać.

Te szczegółowo opisane wyniki mogą posłużyć do refleksji nad programem nauczania komunikacji na poszczególnych kierunkach i uwzględnić zarówno kontekst przyszłej pracy w zależności od zawodu, jak i predyspozycje osób studiujących.

Kierunek studiów to nie jedyna zmienna, która różnicowała samoocenę badanych. Wyniki analizy wariancji wykazały także różnicę w samoocenie umiejętności komunikacyjnych w zależności od płci. Szczegółowo wyniki przedstawia tabela 33.

Tab. 33. Różnice w samoocenie umiejętności komunikacyjnych między badanymi kobietami i mężczyznami

	Kobiety	Mężczyźni	Istotność (dwustronna)	Różnica średnich
Komunikacja niewerbalna	4,26+/-0,75	3,92+/-0,86	0,000	0,34
Pytania pogłębiające	4,12+/-0,78	4,01+/-0,79	0,012	0,11
Pytania otwarte	4,07+/-0,76	3,87+/-0,84	0,000	0,20
Cisza	3,93+/-1,01	3,76+/-1,03	0,012	0,11
Odzwierciedlenie emocji	3,71+/-0,95	3,23+/-0,98	0,000	0,49
Dowartościowanie	3,60+/-0,95	3,09+/-1,04	0,000	0,51
Siatka bezpieczeństwa	3,33+/-0,98	2,94+/-1,00	0,000	0,39
Klaryfikacje	3,52+/-0,86	3,67+/-0,86	0,004	-0,15
Parafraza	3,49+/-0,86	3,60+/-0,90	0,027	-0,11

Średnia ocena dokonana przez badane kobiety wyniosła 3,61+/-0,59 i była o 0,18 wyższa od samooceny ankietowanych mężczyzn – 3,43 ($f=0,15$, $t=5,25$, $p=0,000$). Wynik ten może się wiązać z tym, że wśród badanych kobiet więcej było studentek pielęgniarstwa i położnictwa, które brały udział w badaniu na I roku studiów. W innych badaniach potwierdza się obserwacja, że kobiety lepiej oceniają swoje umiejętności komunikacji. Dzieje się tak nie tylko w toku nauczania, ale także w procesie oceny, co wykazali Joachim Graf i in. badający ocenę umiejętności komunikacji dokonaną przez studentów oraz standaryzowanych pacjentów podczas egzaminu OSCE (Graf et al., 2017). W literaturze są również prace, które nie potwierdzają różnic między kobietami i mężczyznami w samoocenie umiejętności komunikacji (Roshal et al., 2021). Różnice między badanymi kobietami i mężczyznami odnotowano dla następujących umiejętności komunikacyjnych: komunikacja niewerbalna, pytania otwarte, pytania pogłębiające, parafraza, klaryfikacje, odzwierciedlenie emocji, dowartościowanie, cisza i siatka bezpieczeństwa. Respondentki i respondenci najbardziej różnili się w samoocenie umiejętności

wykorzystania dowartościowania (średni wynik badanych kobiet był o 0,51 wyższy niż badanych mężczyzn) i odzwierciedlenia emocji (różnica 0,49). Dwie umiejętności – klaryfikację i parafrazę – ankietowani mężczyźni ocenili lepiej niż ankietowane kobiety (odpowiednio 3,67+/-0,86 vs 3,52+/-0,86 i 3,60+/-0,90 vs 3,49+/-0,86). Te różnice mogą wynikać z tego, że wśród badanych kobiet są respondentki z położnictwa, które, jak była mowa powyżej, ogólnie lepiej oceniają swoje umiejętności komunikacji w porównaniu z badanymi z innych kierunków.

Kolejną zmienną, która różnicowała samoocenę niektórych umiejętności, był stan zdrowia. Wyniki analizy uwzględniające tę zmienną przedstawiono w tabeli 34.

Tab. 34. Różnice w samoocenie umiejętności komunikacyjnych w zależności od stanu zdrowia badanych

	Osoby deklarujące, że mają chorobę przewlekłą	Osoby zdrowe	Istotność (dwustronna)	Różnica średnich
Pytania zamknięte	4,33+/-0,70	4,20+/-0,77	0,007	0,13
Pytania pogłębiające	4,22+/-0,73	4,06+/-0,79	0,001	0,16
Pytania otwarte	4,10+/-0,75	4,00+/-0,80	0,029	0,11

W przypadku samooceny w zakresie umiejętności stosowania pytań otwartych, zamkniętych i pogłębiających odnotowano różnice między respondentami deklarującymi, że chorują przewlekłe a zdrowymi. Ogólna tendencja jest taka, że ankietowani z chorobami przewlekłymi oceniają swoje umiejętności lepiej niż zdrowi. Największa różnica (0,16) dotyczy pytań pogłębiających. Ten wynik może wskazywać na to, że doświadczenie własnej choroby sprzyja większemu zainteresowaniu komunikacją uwzględniającą perspektywę pacjenta, i dlatego badani z chorobami przewlekłymi uważają, że potrafią wykorzystywać umiejętności rozmowy potrzebne, aby poznać, w jakiej sytuacji jest pacjent, co wie, co przeżywa lub czego oczekuje.

10.3.4. Umiejętności komunikacji służące poznawaniu perspektywy pacjenta – porównanie badanych studentów na II i VI roku

Czy w trakcie studiów zmieniają się opinie na temat ważności umiejętności poznawania perspektywy pacjenta? Wyniki badania przeprowadzonego wśród studentów na II, a później na VI roku wskazują, że na VI roku jest więcej osób, które przyznają,

że wybrane umiejętności komunikacji są szczególnie istotne, by dobrze poznać perspektywę pacjenta. Szczegółowe wyniki zostały przedstawione w tabeli 35.

Tab. 35. Porównanie różnic opinii o znaczeniu umiejętności komunikacji w poznawaniu perspektywy pacjenta na II i VI roku

Umiejętność	Średnia, odchylenie standardowe, istotność			Korelacja i istotność ⁷⁸
	II rok	VI rok	Istotność ⁷⁹	
Komunikacja niewerbalna	4,43+/-0,63	4,63+/-0,53	p=0,007*	r=0,281, p=0,005**
Cisza	4,14+/-0,95	4,60+/-0,57	p=0,000*	r=0,409, p=0,000**
Podsumowania	4,23+/-0,82	4,51+/-0,63	p=0,000*	r=0,439, p=0,000**
Siatka bezpieczeństwa	4,08+/-0,97	4,64+/-0,53	p=0,000*	r=0,322, p=0,003**
Pytania otwarte	4,49+/-0,69	4,58+/-0,69	p=0,288	r=0,240, p=0,017**
Pytania zamknięte	3,87+/-1,09	3,91+/-1,02	p=0,191	r=0,411, p=0,000**
Dowartościowania	3,81+/-1,09	3,99+/-0,92	p=0,162	r=0,301, p=0,004**
Pytania pogłębiające	4,48+/-0,79	4,71+/-0,48	p=0,008*	r=0,149, p=0,144
Klaryfikacje	4,31+/-0,75	4,64+/-0,48	p=0,000*	r=0,191, p=0,073
Odzwierciedlenia emocji	4,07+/-0,96	4,29+/-0,72	p=0,052	r=0,195, p=0,055
Parafrazy	4,07+/-0,92	4,24+/-0,76	p=0,145	r=0,113, p=0,280
Drogowskazy	3,83+/-0,99	3,88+/-0,98	p=0,777	r=0,032, p=0,808

Umiejętnościami, które były bardziej doceniane przez respondentów na VI roku, są komunikacja niewerbalna, cisza, podsumowania, siatka bezpieczeństwa, pytania otwarte, pytania zamknięte i dowartościowania. W przypadku tych umiejętności wyniki na II i na VI roku były ze sobą skorelowane. Ponadto na VI roku ankietowani istotnie wyżej oceniali znaczenie pytań pogłębiających i klaryfikacji. Nie można wykluczyć, że jest to efekt zajęć poświęconych komunikacji, w tym zajęć praktycznych (w klinikach lub w warunkach symulowanych). Podczas tych zajęć, które odbywają się w drugiej połowie studiów, studenci mają okazję rozwijać swoje umiejętności komunikacji w różnych sytuacjach (np. konieczność przekazania informacji o niekorzystnym rokowaniu), związanych z różną perspektywą (np. przekonanie, że szczepienia należy

⁷⁸ * oznaczono różnice średnich istotne statystycznie na poziomie p<0,05.

⁷⁹ ** oznaczono istotnie skorelowane ze sobą wyniki badanych na II i VI roku.

wykonać, jak dziecko będzie starsze, a nie zgodnie z kalendarzem szczepień) lub zachowaniem (np. żądanie wystawienia skierowania na badanie diagnostyczne mimo braku podstaw medycznych). Tego typu umiejętności są zwykle rozwijane podczas zajęć z symulowanymi pacjentami. Poza tego rodzaju zajęciami studenci w drugiej połowie studiów mają wiele godzin zajęć w klinikach, podczas których spotykają pacjentów i rozmawiają z nimi, a także obserwują rozmowy prowadzone przez lekarzy. Myślę, że te doświadczenia uzmysławiają studentom, że sposób prowadzenia rozmowy wpływa na to, co lekarz dowie się o chorym, jak chory będzie się czuł i reagował na zalecenia. I z tego względu zaczynają doceniać znaczenie poszczególnych umiejętności komunikacji.

Na przestrzeni 4 lat studiów wzrosło nie tylko przekonanie o znaczeniu umiejętności komunikacji w poznawaniu perspektywy pacjenta, ale także samoocena w zakresie możliwości ich wykorzystywania w praktyce (tab. 36).

Tab. 36. Różnice średniej samooceny w zakresie umiejętności komunikacyjnych na II i VI roku na kierunku lekarskim (skala od 1 do 5, gdzie 1 to ocena niedostateczna, a 5 bardzo dobra)

Umiejętność	Średnia, odchylenie standardowe, istotność			Korelacja i istotność ⁸⁰
	II rok	VI rok	Istotność ⁸¹	
Komunikacja niewerbalna	3,95+/-0,88	4,17+/-0,71	p=0,011*	r=0,434, p=0,000**
Pytania zamknięte	3,94+/-0,91	4,40+/-0,67	p=0,000*	r=0,341, p=0,001**
Odzwierciedlenia emocji	3,59+/-1,00	3,48+/-0,86	p=0,382	r=0,212, p=0,040**
Dowartościowania	3,42+/-1,06	3,19+/-1,01	p=0,099	r=0,235, p=0,028**
Pytania otwarte	3,84+/-0,86	4,14+/-0,75	p=0,011*	r=0,029, p=0,782
Pytania pogłębiające	3,82+/-0,87	4,26+/-0,66	p=0,000*	r=0,065, p=0,533
Klaryfikacje	3,60+/-0,83	3,85+/-0,86	p=0,044*	r=0,130, p=0,232
Siatka bezpieczeństwa	3,22+/-0,97	3,85+/-0,99	p=0,000*	r=-0,160, p=0,163
Parafrazy	3,53+/-0,87	3,70+/-0,87	p=0,164	r=0,182, p=0,083
Drogowskazy	3,24+/-0,93	3,11+/-0,99	p=0,456	r=0,050, p=0,712
Cisza	3,91+/-1,04	3,83+/-0,99	p=0,509	r=0,201, p=0,052
Podsumowania	3,62+/-0,84	3,79+/-0,83	p=0,151	r=0,21, p=0,842

⁸⁰ * oznaczono różnice średnich istotne statystycznie na poziomie p<0,05.

⁸¹ ** oznaczono istotnie skorelowane ze sobą wyniki badanych na II i VI roku.

Porównując wyniki respondentów, którzy oceniali własne umiejętności komunikacji dwukrotnie – na II i VI roku, można stwierdzić, że samoocena w zakresie wybranych umiejętności na kierunku lekarskim na VI roku wzrosła w porównaniu z rokiem II. Analiza wyników wykazała silne korelacje dla umiejętności, takich jak komunikacja niewerbalna, pytania zamknięte, odzwierciedlenia emocji i dowartościowania. Ponadto w przypadku pytań otwartych, pogłębiających, klaryfikacji i siatki bezpieczeństwa odnotowano istotny wzrost średniej samooceny umiejętności.

Warto zwrócić uwagę, że porównując wyniki dwóch różnych grup badanych w I etapie – osób, które były na II i VI roku – okazuje się, że badani na VI roku gorzej oceniali swoje umiejętności komunikacji w porównaniu z ankietowanymi na II roku. Porównanie wyników uzyskanych w II etapie, czyli od osób, które były badane dwukrotnie, najpierw na II i potem na VI roku, o czym była mowa powyżej, pokazało, że samoocena wybranych umiejętności komunikacji wzrosła w ciągu 4 lat studiów. Jak wytłumaczyć te odwrotne tendencje przedstawione powyżej? Nie da się oczywiście podać pewnego wyjaśnienia, można jedynie zastanowić się, co różniło te grupy i czy mogło to wpłynąć na opisane wyniki. To, co różniło badanych na VI roku w pierwszym i drugim etapie badania, to było uczestnictwo w obowiązkowych zajęciach z komunikacji. Badani w pierwszym etapie pierwszy raz uczestniczyli w tego rodzaju zajęciach. Natomiast badani w drugim etapie mieli wcześniej zajęcia z komunikacji na II i III roku. Ponadto rozpowszechnienie nauczania w tym zakresie mogło także wpłynąć na to, że treści te były częściej poruszane podczas innych zajęć, np. w klinikach. Być może te zmiany programu nauczania wpłynęły na to, że badani, którzy mieli zajęcia z komunikacji w toku studiów, na koniec lepiej oceniali własne umiejętności komunikacji.

10.3.5. Samoocena umiejętności komunikacji w zależności od nastawienia wobec nauki komunikacji i poziomu empatii

Powyżej opisałam, jak badani oceniają swoje umiejętności komunikacji. Zwróciłam uwagę na różnice między kierunkami i latami studiów, kobietami i mężczyznami, stanem zdrowia. Powstaje pytanie, co jeszcze wpływa na różnice w samoocenie studentów. Badanych podzieliłam na dwie grupy – zgodnie z negatywnym (niski CSAS) i pozytywnym (wysoki CSAS) nastawieniem wobec nauki komunikacji. W tej części opiszę, czy ta zmienna różnicowała samoocenę studentów w zakresie umiejętności komunikacji. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 37.

Tab. 37. Średnia ocena umiejętności komunikacyjnych w podziale na wynik CSAS

Umiejętność	Niski CSAS	Wysoki CSAS
Komunikacja niewerbalna, p=0,000	4,05+/-0,81	4,30+/-0,75
Pytania zamknięte, p=0,004	4,17+/-0,78	4,29+/-0,73
Pytania pogłębiające, p=0,001	4,02+/-0,78	4,16+/-0,78
Pytania otwarte, p=0,001	3,95+/-0,80	4,09+/-0,78
Cisza, p=0,000	3,76+/-1,02	3,98+/-0,99
Podsumowania, p=0,011	3,75+/-0,85	3,86+/-0,86
Odzwierciedlenia emocji, p=0,000	3,38+/-0,98	3,79+/-0,94
Dowartościowania, p=0,000	3,28+/-1,02	3,65+/-0,95
Klaryfikacje, p=0,027	3,51+/-0,87	3,62+/-0,85
Siatka bezpieczeństwa, p=0,000	3,14+/-1,0	3,33+/-0,99
Parafrazy, p=0,126	3,48+/-0,88	3,55+/-0,87
Drogowskazy, p=0,784	3,12+/-0,93	3,13+/-0,91

Nie odnotowano istotnych różnic średnich w grupach CSAS dla parafrazy i drogowskazów. Natomiast w przypadku pozostałych umiejętności nastawienie wobec komunikacji różnicowało samoocenę badanych. Średnia samoocena umiejętności wykorzystania poszczególnych umiejętności komunikacyjnych była istotnie wyższa w grupie badanych, którzy mieli pozytywne nastawienie wobec komunikacji. Największe różnice odnotowano w samoocenie umiejętności odzwierciedlania emocji (różnica średnich – 0,41), dowartościowania (różnica średnich – 0,37), komunikacji niewerbalnej (różnica średnich 0,25) oraz stosowania ciszy podczas rozmowy z pacjentem (różnica średnich – 0,22).

Analiza wyników badań wskazuje na to, że poziom empatii także różnicował odpowiedzi badanych na pytanie o ocenę własnych umiejętności komunikacyjnych. Szczegółowe różnice zostały przedstawione w tabeli 38.

Tab. 38. Średnia ocena umiejętności komunikacyjnych w podziale na poziom empatii

Umiejętność	Niski JSE	Wysoki JSE
Komunikacja niewerbalna, p=0,000	4,05+/-0,82	4,30+/-0,74
Pytania zamknięte, p=0,000	4,16+/-0,76	4,30+/-0,73
Pytania pogłębiające, p=0,000	4,01+/-0,77	4,18+/-0,77
Parafrazy, p=0,040	3,46+/-0,88	3,55+/-0,87
Pytania otwarte, p=0,001	3,89+/-0,80	4,13+/-0,75
Cisza, p=0,000	3,76+/-0,99	3,99+/-1,01

Umiejętność	Niski JSE	Wysoki JSE
Komunikacja niewerbalna, p=0,000	4,05+/-0,82	4,30+/-0,74
Pytania zamknięte, p=0,000	4,16+/-0,76	4,30+/-0,73
Podsumowania, p=0,002	3,73+/-0,87	3,87+/-0,83
Odzwierciedlenia emocji, p=0,000	3,36+/-0,99	3,82+/-0,91
Dowartościowania, p=0,000	3,26+/-1,01	3,67+/-0,95
Klaryfikacje, p=0,015	3,50+/-0,87	3,61+/-0,86
Siatka bezpieczeństwa, p=0,000	3,14+/-1,01	3,33+/-0,99
Drogowskazy, p=0,150	3,08+/-0,94	3,16+/-0,89

Ogólnie można stwierdzić, że studenci z wyższym poziomem empatii lepiej oceniają swoje umiejętności komunikacji. Największe różnice pojawiły się w samoocenie odzwierciedlenia emocji (różnica średnich na poziomie 0,46) i dowartościowania (różnica średnich – 0,41), a także komunikacji niewerbalnej (różnica średnich – 0,25), zadawania pytań otwartych (różnica średnich – 0,24) oraz umiejętności wykorzystywania ciszy podczas rozmowy (różnica średnich – 0,23).

10.3.6. Samoocena umiejętności komunikacji – dyskusja

Deklaracje dotyczące samooceny nie są jednoznaczną informacją na temat rzeczywistych umiejętności badanych. Szczególnie mylące mogą być oceny dokonane przez osoby nieposiadające doświadczenia w danej dziedzinie i przez to przeceniające własne umiejętności (Yates et al., 2022). Wątpliwości dotyczące znaczenia samooceny formułował K. Aspegren, który wskazywał, że ten rodzaj oceny często słabo koreluje z ocenami zewnętrznymi. Podkreślał też, że część studentów zawyża lub zaniża swoje oceny, i z tego powodu ich wyniki też są zwykle mało miarodajne (Aspegren, 1999). Biorąc pod uwagę te zastrzeżenia, należy zastanowić się nad wnioskami, które można wyciągnąć z uzyskanych wyników. Będą one raczej hipotezami do dalszej weryfikacji.

Analiza wyników badań własnych wskazuje na to, że deklarowana samoocena umiejętności rozmowy z pacjentem na II roku nie różni się istotnie od oceny na VI roku⁸². Może to wynikać z tego, że studenci na początku studiów przeceniają swoje umiejętności. Badani na VI roku (to oczywiście hipoteza), mieli nie tylko zajęcia poświęcone umiejętnościom komunikacji, ale i zajęcia kliniczne, podczas których mogli sprawdzić, w jakim stopniu potrafią wykorzystać komunikację w praktyce. Być może

⁸² Gdy mierzona jest ogólna skala, widoczne są różnice dla pojedynczych umiejętności.

to doświadczenie urealniło ich samoocenę, uświadamiając im, że codzienne rozmowy z pacjentami wymagają nierzadko dużej biegłości w wykorzystaniu metod komunikacji. W tym miejscu warto przytoczyć prace Patricka Barlowa i in., którzy badając samoocenę studentów, również zwrócili uwagę na negatywną zmianę w postrzeganiu swoich kompetencji komunikacji po bloku zajęć. W przeprowadzonym przez nich badaniu 16,2% studentów oceniło swoje umiejętności komunikacji niżej niż przed blokiem zajęć. Prawie wszystkie osoby początkowo uznały, że posiadają te umiejętności „powyżej oczekiwanego poziomu”, a po zajęciach deklaracje wskazywały, że w opinii badanych umiejętności te są „na oczekiwanym poziomie”. Zastanawiając się nad tym spadkiem, autorzy artykułu *Temporal changes in medical student perceptions of their clinical skills and needs using a repeated self-assessment instrument* uznali, że badani mogli najpierw przeceniać swoje umiejętności, a zdobyte doświadczenie urealniło ich ocenę. Zwrócili też uwagę na to, że na pierwszych, przedklinicznych latach nauki kładzie się duży nacisk na kształcenie kompetencji komunikacyjnych, a zajęcia mają formę symulacji. Być może dlatego podczas kontaktów z prawdziwymi pacjentami okazuje się, że te umiejętności wciąż są niewystarczające (Barlow et al., 2021). Autorzy publikacji, którą opisuję, przytaczają też wyniki innych badań potwierdzających fakt przeceniania swoich umiejętności podczas samooceny (Isenberg et al., 2015). Wskazują również, za Aneil Malhotra i in., że zmiana w ocenach może też oznaczać prawdziwy spadek umiejętności komunikacyjnych na skutek obserwacji negatywnych wzorców podczas zajęć klinicznych (Malhotra et al., 2009).

Myśląc o samoocenie respondentów na VI roku, warto zwrócić uwagę, że są to osoby, które w najbliższych miesiącach rozpoczną staż, dlatego samoocena w zakresie umiejętności służących do poznania perspektywy pacjenta na przeciętnym poziomie powinna niepokoić z dwóch powodów. Po pierwsze, dlatego że może to oznaczać, że nie doceniają swoich umiejętności i nie mają pewności, czy potrafią rozmawiać z pacjentami, wykorzystując te umiejętności, które są podstawowymi umiejętnościami komunikacyjnymi. Może to negatywnie wpływać na ich poczucie przygotowania do zawodu, sprawczości i samodzielności. Po drugie, jeśli ich ocena jest adekwatna, uzyskane wyniki budzą obawy ze względu na to, że mogą wskazywać, że przygotowanie studentów w tym zakresie jest rzeczywiście niewystarczające. Jest jeszcze trzecia możliwość – że studenci przeceniają swoje umiejętności. Jeśli tak jest, oznacza to, że osoby kończące studia nie posiadają podstawowych umiejętności rozmowy z chorymi. Konieczne jest przeprowadzenie

badań sprawdzających umiejętności studentów, aby dowiedzieć się, jak w rzeczywistości kształtuje się przygotowanie osób kończących studia do rozmów z pacjentami.

Mając na uwadze ograniczenia związane z badaniem samooceny studentów, warto jednak zwrócić uwagę na różnice w samoocenie respondentów w zależności od nastawienia wobec komunikacji i poziomu empatii. Wyniki badania wskazują bardzo wyraźnie, że są to istotne zmienne różnicujące samoocenę studentów.

11. Podsumowanie i wnioski dla dydaktyków, nauczania i organizacji systemu ochrony zdrowia

Zagadnienia związane z perspektywą pacjenta powinny być uwzględniane nie tylko w procesie kształcenia medycznego, ale także być u podstaw rozwiązań związanych z organizacją systemu ochrony zdrowia. To oznacza konieczność stworzenia warunków umożliwiających personelowi medycznemu poznanie perspektywy pacjenta, wymaga kompetencji pracowników ochrony zdrowia, czasu, a także postaw sprzyjających budowaniu zaufania. Pierwsza kwestia jest związana z doskonaleniem zawodowym, a druga i trzecia mają charakter organizacyjny i dotyczą zarówno przestrzeni pojedynczej wizyty, jak i organizacji całego systemu, w tym m.in. sposobu komunikacji decydentów ze społeczeństwem, którzy będą pokazywać, że nadrzędną wartością jest chory wraz z jego potrzebami, odczuciami, przekonaniami dotyczącymi wszystkich obszarów funkcjonowania. Jakość opieki zdrowotnej to m.in. jej humanistyczny wymiar. Poznanie perspektywy pacjenta umożliwia m.in. wybór postępowania oraz zapewnienie odpowiedniej opieki dostosowanej do indywidualnej sytuacji i pozwala dowiedzieć się, że pacjent nie uwzględnia zaleceń. Jak była mowa powyżej, nieuwzględnienie perspektywy pacjenta może prowadzić do poważnych uchybień, a nawet błędów, takich jak niepodjęcie działań umożliwiających ustalenie rozpoznania, sformułowanie złej diagnozy lub nieodpowiednich zaleceń czy zwiększenie ryzyka pojawienia się powikłań. Zaufanie, o którym tu piszę, to nie tylko zaufanie do konkretnego lekarza, pielęgniarki czy ratownika medycznego. To zaufanie pacjenta do systemu. To przekonanie, że ten system, we wszystkich aspektach funkcjonowania, na pierwszym miejscu stawia chorego. Perspektywa pacjenta powinna mieć więc kluczowe znaczenie nie tylko w relacji i komunikacji pracownika ochrony zdrowia z pacjentem, ale także w relacji system – osoby chore, a nawet szerzej – system – społeczeństwo.

Perspektywa pacjenta to jeden z kluczowych terminów w komunikacji medycznej. Podobnie jak ta dyscyplina, pojęcie to ma interdyscyplinarny charakter

i aby opisać je całościowo, należy odwołać się do różnych dziedzin nauki. W książce tej proponuję całościowe ujęcie tego zagadnienia. Za elementy perspektywy pacjenta uważam, że należy uznać przekonania, oczekiwania (przewidywania, cele, potrzeby), emocje, wartości, wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie, osoby bliskie stanowiące źródło wsparcia społecznego, ale i grupę odniesienia dla własnej sytuacji, wcześniejsze doświadczenia, w tym działania, które chory już podjął w związku ze swoją dolegliwością, kompetencje zdrowotne, a także postawy wobec systemu i przedstawicieli zawodów medycznych. W praktyce poznanie i uwzględnienie perspektywy pacjenta wymaga interdyscyplinarnej wiedzy i umiejętności zarówno z zakresu medycyny, jak i innych nauk, takich jak psychologia, socjologia, filozofia, prawo czy językoznawstwo. Poznawanie perspektywy pacjenta odbywa się w procesie komunikacji. Powyższe podsumowanie prowadzi do wniosku, że kształcenie medyczne powinno rozwijać nie tylko wiedzę, o tym czym jest perspektywa pacjenta, ale także umiejętności, które pozwolą absolwentom kierunków medycznych poznać pacjenta oraz włączyć perspektywę chorego do planowania postępowania terapeutycznego. Zaproponowany w tej pracy protokół PERSPECTIVE może stać się istotnym narzędziem systematyzującym wiedzę na temat perspektywy pacjenta, jak również ułatwiającym jej poznanie, a poprzez to nawiązanie nie tylko porozumienia z pacjentem, lecz także uzyskanie lepszych efektów leczenia.

Mimo że w książce jest mowa o osobach studiujących na kierunkach lekarskim, pielęgniarstwie i położnictwie, wiedzę i umiejętności związane z perspektywą pacjenta należy kształtować u studentów wszystkich kierunków medycznych. W każdej specjalności medycznej poznanie perspektywy pacjenta jest tak samo ważne. Perspektywa pacjenta ma znaczenie nie tylko jako przedmiot nauczania, ale przede wszystkim element codziennej praktyki w pracy personelu medycznego. Dlatego zagadnienia tu omawiane dotyczą także kształcenia podyplomowego i ustawicznego pracowników ochrony zdrowia. Należy dążyć do rozwijania i doskonalenia umiejętności komunikacji związanych z perspektywą pacjentów zarówno wśród studentów, jak i praktyków wszystkich specjalności medycznych.

Można byłoby powiedzieć, że rozważania dotyczące perspektywy pacjenta to *de facto* nic nowego, tylko dobrze zebrany wywiad. Ma on kluczowe znaczenie dla sformułowania diagnozy. Na pewno w wywiadzie lekarz powinien dobrze rozpoznać perspektywę pacjenta albo przynajmniej te jej elementy, które mają znaczenie ze względu na sytuację zdrowotną chorego i postępowanie terapeutyczne.

Perspektywa pacjenta jest ważna także na innych etapach konsultacji. Ma znaczenie zarówno ze względów terapeutycznych i związanym z nimi bezpieczeństwem pacjenta, jak i etycznych (zadbanie o potrzeby pacjenta, zabezpieczenie jego praw) oraz organizacyjnych – uwzględnienie perspektywy pacjenta to wysoka jakość opieki zdrowotnej. W czasach, gdy coraz więcej pacjentów żyje wiele lat z chorobami przewlekłymi, długo leczy się po poważnych operacjach (np. transplantacjach), gdy ludzie żyją coraz dłużej, z wiekiem tracąc powoli sprawność, potrzeba poznania i uwzględnienia perspektywy pacjenta to nie dobra praktyka, to konieczność. Wyobraźmy sobie badanie przedmiotowe nieuwzględniające obaw pacjenta o ból w jego trakcie. Sformułowanie planu leczenia czy opieki oraz zaleceń powinno uwzględniać to, co pacjent na ten temat myśli i jakie ma nastawienie wobec przestrzegania tych zaleceń. Nikt inny nie zna pacjenta tak dobrze jak on sam siebie. Nikt poza chorym nie wie, czy możliwe będzie stosowanie ważnych ze zdrowotnego punktu widzenia wskazówek. Czy stanie się tak na chwilę, czy będzie to długotrwała zmiana. Współcześnie każdy ma niemal nieograniczony dostęp do wiedzy z zakresu medycyny. Jeśli coś będzie niezrozumiałe podczas wizyty, to chory sprawdzi, co na ten temat można znaleźć w Internecie, lub zapyta sztuczną inteligencję. W związku z tym w ramach podsumowania wizyty warto sprawdzić, co pacjent rozumiał, czy jakie ma wątpliwości. To także włączanie perspektywy pacjenta w przebieg konsultacji i plan postępowania. Tak jak lekarze często pytają na początek: *Co panią/pana do mnie sprowadza*, tak samo na koniec warto zadać pytanie: *Jak teraz, po uwzględnieniu tego, o czym mówiliśmy, będzie wyglądała pani/pana codzienność?*

Wnioski – rekrutacja i program nauczania

W Polsce system rekrutacji na studia medyczne jest oparty na wynikach matur, sprawdzających wiedzę w wybranych, ścisłych obszarach wiedzy. Badacze z Maastricht University zwracają uwagę na to, że wyniki wielu badań wskazują, że sposoby rekrutacji oparte na narzędziach kognitywnych pozwalają dobrze przewidzieć sukces edukacyjny w szczególności na pierwszych, przedklinicznych latach edukacji medycznej. Natomiast ocena kompetencji interpersonalnych jest lepszym predyktorem wyników uzyskiwanych przez studentów na późniejszych, klinicznych latach. Wyniki badania przeprowadzonego przez holenderskich badaczy wskazują, że odpowiednie powiązanie efektów uczenia oczekiwanych od absolwentów opisanych przy wykorzystaniu ramy kształcenia (np. CanMED) z metodą selekcji,

programami nauczania i metodami weryfikacji efektów uczenia może być skuteczne w tworzeniu zasad rekrutacji, która umożliwi przewidywanie wyników studentów zarówno na latach przedklinicznych, bardziej teoretycznych, jak i klinicznych. Jak piszą badacze z Maastricht, celem działań rekrutacyjnych powinno być przyjęcie na studia dobrych lekarzy, a nie dobrych studentów (Schreurs et al., 2020).

Nastawienie wobec nauki komunikacji i poziom empatii to zmienne, które różnicują studentów zarówno pod względem opinii na temat perspektywy pacjenta w praktyce medycznej, jak i znaczenia umiejętności komunikacji w kontakcie personelu medycznego z pacjentami. Wpływają one także na samoocenę w zakresie umiejętności rozmowy. Wiemy, że lepsza samoocena to większa gotowość do wykonywania danych czynności (w naszym przypadku rozmowy z pacjentami) i większa biegłość w tym zakresie⁸³. Badani pozytywnie nastawieni do nauki komunikacji i mający wysoki poziom empatii częściej deklarowali, że ich motywacja, by wybrać studia medyczne, miała charakter wewnętrzny – chcieli być lekarzami, pielęgniarkami, położnymi, żeby pomagać ludziom. Liczyli również, że na studiach zdobędą wiedzę, która przyda się im w życiu. Natomiast osoby z negatywnym nastawieniem wobec nauki komunikacji i niskim poziomem empatii częściej decydowały się na studia medyczne motywowane zewnętrznymi zachętami, takimi jak praca za granicą, autorytet osób wykonujących zawód medyczny czy pewność zatrudnienia. Jeśli wiemy, że są cechy, które w istotny sposób różnicują studentów i że można je zmieniać poprzez odpowiednie kształcenie, to czy nie powinniśmy ich weryfikować? Powstaje pytanie, kiedy – na etapie rekrutacji czy na początku studiów? Jeśli chcemy kształtować postawy skupione na pacjencie, to czy nie powinniśmy sprawdzać, jakie postawy mają kandydaci lub przynajmniej osoby rozpoczynające studia? Co zrobić, żeby perspektywa pacjenta stała się prawdziwym celem, aby pracownicy ochrony zdrowia w sposób autentyczny dążyli do jej poznania i uwzględnienia, a nie posługiwali się jedynie procedurami, w których jest o niej wzmianka? To jest kwestia kształtowania postaw. Pojawia się pytanie, w jakim stopniu w kształceniu medycznym możemy te postawy zmieniać. Czy nie jest tak, że mając jeden program nauczania dla wszystkich, nie uda nam się wpłynąć na postawy zróżnicowanej pod tym względem grupy studenckiej? Czy nie powinniśmy obserwować, jak te postawy zmieniają się podczas studiów? Warto w tym miejscu

⁸³ W przyszłych badaniach na pewno warto sprawdzić, czy cechy te różnicują nie tylko opinie i samoocenę, ale też umiejętności komunikacji wykorzystywane podczas rozmowy z pacjentami.

przyczoć wnioski z badań prowadzonych m.in. przez polskich badaczy z Gdańska, którzy pisali, że zachowanie człowieka można rozumieć nie tylko jako wynik osobistej dyspozycji (np. poziomu empatii), ale także jako interakcję między czynnikami osobistymi i sytuacyjnymi. Autorzy opublikowanego w 2022 r. artykułu pisali, że niska jakość życia może utrudniać studentom zwracanie uwagi na potrzeby innych. Na podstawie przeprowadzonych badań sformułowali wniosek, że świadomość własnego cierpienia utrudnia zauważenie, że ktoś inny potrzebuje pomocy (Zdun-Ryżewska et al., 2022). W przytaczanych tu badaniach istotnym statystycznie predyktorem empatii było zmęczenie. Im bardziej studenci czuli się zmęczeni (bez względu na przyczynę tego zmęczenia), tym mniejszą obserwowano empatię⁸⁴. Autorzy postulują, że należy podejmować działania na rzecz ograniczenia zmęczenia wśród studentów, ale też rozwijania umiejętności utrzymywania w równowadze współczucia, poczucia chęci pomocy oraz współczucia dla samego siebie (Zdun-Ryżewska et al., 2022). Autorzy badania, w którym udział wzięło 1350 studentów medycyny z 22 uniwersytetów medycznych w Brazylii także wskazują, że osoby odpowiedzialne za kształcenie medyczne powinny dążyć do poprawy jakości życia studentów. Ten wniosek formułują na podstawie wyników, które pokazują, że postrzeganie dobrostanu emocjonalnego, psychologicznego i społecznego jest pozytywnie powiązane z altruistycznymi wartościami zawodowymi studentów. Autorzy tego badania postulują, że strategie edukacyjne powinny również koncentrować się na poczuciu osobistych osiągnięć studentów, gdyż wzmacniają one empatyczne postawy (Paro et al., 2014). Ten wątek wykracza poza zakres przedstawianych tu rozważań, ale myślę, że warto zaznaczyć te zależności, aby uwzględnić je w kontekście działań związanych z kształceniem medycznym. Rozważając, co można zrobić, aby kształcenie medyczne rozwijało empatię studentów, warto więc wskazać jeszcze na działania na rzecz dobrostanu, kształtowania umiejętności radzenia sobie z trudnymi emocjonalnie sytuacjami oraz zapobiegania wypaleniu zawodowemu (Breen et al., 2014). W badaniu przeprowadzonym w Korei Południowej, w którym zbadano 2692 studentów medycyny, a do pomiaru poziomu empatii wykorzystano the Jefferson Scale of Empathy, stwierdzono, że predyktorami empatii są również stres i wsparcie społeczne. Autorzy postulowali, aby uczelnie medyczne

⁸⁴ Jednocześnie warto zauważyć, że w tym badaniu porównywano studentów kierunków medycznych ze studentami innych kierunków i okazało się, że studenci uniwersytetu medycznego byli bardziej zmęczeni.

uwzględnili działania na rzecz wzmacniania odporności na stres, rozwijania umiejętności radzenia sobie z nim, tworzenia warunków dających studentom możliwości otrzymania wsparcia społecznego (Park et al., 2015).

Wyniki badań własnych pokazują, że empatia nie tylko różnicuje opinie badanych studentów, ale także zmienia się podczas studiów. Należy w związku z tym planować i realizować działania, które mają potwierdzoną skuteczność w rozwijaniu empatii. Należą do nich m.in.:

- ✓ wczesny kontakt z pacjentami, zwłaszcza z prawdziwymi pacjentami, nie tylko standaryzowanymi. Ważne jest angażowanie pacjentów w nauczanie jeszcze na etapie przedklinicznym. Historie opowiadane przez pacjentów umożliwiają spojrzenie na proces choroby i leczenia z wielu perspektyw;
- ✓ wczesny kontakt z warunkami klinicznymi skutecznie pomaga zrozumieć społeczne i psychologiczne aspekty zdrowia;
- ✓ szkolenie klinicystów, aby byli wzorcami do naśladowania, w jaki sposób komunikować się z pacjentami i budować empatyczną relację, a także uwrażliwianie studentów na to, aby zauważali takie właśnie osoby⁸⁵;
- ✓ położenie nacisku na biopsychospołeczny model choroby, w którym przyczyny choroby mają nie tylko biologiczne podstawy. Program powinien obejmować również zagadnienia dotyczące psychologicznych i społecznych determinant zdrowia, zdrowia publicznego, współpracy interprofesjonalnej, profesjonalizmu, bezpieczeństwa pacjenta, poprawy jakości, etyki medycznej i nauk społecznych. Treści te powinny być nie tylko przedmiotem nauczania, ale i oceny;
- ✓ rozwijanie umiejętności dbania o własny dobrostan, a także zachęcanie do działań na rzecz innych, np. do wolontariatu (Howick et al., 2024).

Wyniki zarówno badań własnych, jak i wielu innych pokazują, że płeć jest czynnikiem różnicującym studentów w nastawieniu do komunikacji i postrzegania perspektywy pacjenta oraz w poziomie empatii. Autorzy badania obejmującego próbę 1027 studentów medycyny w Niemczech, którego celem była analiza różnic w umiejętnościach komunikacji między kobietami a mężczyznami w kontekście

⁸⁵ Na potrzebę zwrócenia uwagi na sposób komunikacji nauczycieli podczas zajęć klinicznych zwrócili uwagę badacze z Poznania, którzy w roku 2019/2020 badali opinie studentów VI roku na temat kształcenia w zakresie komunikacji (Przymuszała, P., Cerbin-Koczorowska, M., Marciniak-Stepak, P., Szlanga, L., Zielinska-Tomczak, L., Dabrowski, M., Marciniak, R. (2021). Communication skills learning during medical studies in Poland: opinions of final-year medical students. *Disaster and Emergency Medicine Journal*, 6(4), 172-182.

egzaminu OSCE, wprost piszą, że wyniki tego badania, ale też innych⁸⁶, potwierdzają, że istnieje potrzeba, by wdrażać rozwiązania w nauczaniu, mające na celu wyrównanie różnic między kobietami a mężczyznami (Graf et al., 2017).

Program oraz metodyka nauczania są jednakowe dla wszystkich studentów danego kierunku i roku. Co więcej, często dążymy do standaryzacji, czyli ujednolicania kształcenia we wszystkich grupach studenckich (dyskusje te często toczą się tam, gdzie studentów jest dużo i na każdym roczniku jest wiele grup). Uzyskane wyniki zachęcają do zadania pytania, czy powinniśmy wszystkich studentów uczyć tak samo. Czy też powinniśmy rozpoznawać ich postawy i w zależności od nich kłaść nacisk na różne elementy? Czy właśnie takie podejście nie jest optymalne, by zapewnić osiągnięcie efektu uczenia u każdego studenta? Czy nie należy inaczej wzmacniać empatię u osoby, u której jest ona na wysokim poziomie, a inaczej, gdy mamy do czynienia z kimś, u kogo poziom empatii jest niski?

Na początku tej książki była mowa o tym, że poznanie i uwzględnienie perspektywy pacjenta to nie cel sam w sobie, ale potrzeba będąca u podstaw założeń organizacji systemu ochrony zdrowia. W praktyce medycznej kluczowe znaczenie mają umiejętności uwzględniania perspektywy pacjenta w procesie wspólnego podejmowania decyzji, formułowania i przekazywania zaleceń, czyli kompetencja pozwalająca rozumieć znaczenie perspektywy pacjenta. W związku z tym w programie nauczania należy uwzględnić efekty uczenia, które pozwolą rozwinąć tę kompetencję. Warto, aby były one włączone w proces kształcenia w sposób spiralny, umożliwiający studentom powtarzalne doskonalenie umiejętności, ukazywanie ich z różnej perspektywy, na różnych etapach kształcenia, w odniesieniu do wiedzy i innych umiejętności, które studenci stopniowo nabywają. Zdobycie umiejętności poznania i uwzględnienia perspektywy pacjenta (w takim szerokim rozumieniu jak zaproponowane w tej książce) powinno być jednym z głównych celów wskazanych w standardach kształcenia. Należy dążyć do tego, by efekty uczenia opisane w standardach kształcenia uwzględniały opisane w tej książce elementy perspektywy pacjenta, a także umiejętności i postawy pozwalające ją poznać i uwzględnić w procesie terapeutycznym.

⁸⁶ Pavlova et al, 2014; Löffler-Stastka et al., 2016; Molinuevo et al., 2016; Cleland et al., 2005.

Wnioski – metodyka nauczania

Odnosząc się do doświadczenia w nauczaniu komunikacji, wyniki samooceny studentów rozpoczynających kształcenie należy traktować z ostrożnością. Osoby te są przed pierwszymi zajęciami w klinikach, podczas których mają kontakt z pacjentami. Jednocześnie podczas zajęć z komunikacji, które są realizowane na I roku, rzadko są prowadzone zajęcia z udziałem symulowanych pacjentów, które pozwalają studentom wstępnie zobaczyć, na ile potrafią wykorzystywać umiejętności w praktyce. Wiedza dotycząca umiejętności komunikacji jest zwykle dla studentów prosta – rozumieją oni czym są poszczególne umiejętności i potrafią je opisać. Wyzwaniem staje się wykorzystanie tych umiejętności w praktyce. Często podczas pierwszych zajęć z symulowanymi pacjentami okazuje się, że użycie umiejętności w rozmowie jest trudne. Studenci nierzadko mówią, że wiedzieli, że w danej rozmowie powinni zadawać więcej pytań otwartych, stosować parafrazy, czy w inny sposób podsumować rozmowę (najczęściej zadają po prostu pytanie, czy pacjent ma jakieś pytania). Jednocześnie sygnalizują, że nie potrafili tego zrobić w praktyce. Z tego względu samoocena badanych z pierwszych lat studiów w dużej mierze odnosi się do ich wyobrażeń, a nie do doświadczeń i praktyki rozmów z pacjentami. Wyniki wielu badań wskazują, że samoocena w toku studiów niekoniecznie ulega poprawie. Powstaje zasadnicze pytanie, czy wynika to z zaniżenia samooceny wśród studentów kończących studia czy też z rzeczywistego braku tych umiejętności. Należałoby to sprawdzić w powtarzanych co jakiś czas w toku studiów badaniach i zgodnie z wynikami zmodyfikować programy nauczania. Umiejętności, które były poddawane samoocenie w moim badaniu, to podstawowe umiejętności, niezbędne, aby rozmawiać z pacjentami, realizując najważniejsze cele tej komunikacji, które wszyscy absolwenci kierunków medycznych powinni umieć wykorzystywać bez żadnych trudności i wątpliwości. Powinniśmy dążyć do tego, aby absolwenci wszystkich kierunków medycznych biegle wykorzystywali je w kontakcie z pacjentami, ich bliskimi, ale także w rozmowach ze współpracownikami. Uzyskane wyniki dotyczące samooceny mogą stanowić punkt odniesienia dla późniejszej samooceny badanych studentów, która mogłaby zostać powtórzona po interwencjach edukacyjnych mających na celu rozwój danych umiejętności. Można byłoby wtedy sprawdzić, na ile metody te wpłynęły na poczucie lepszego przygotowania w tym zakresie. Uzyskane wyniki mogą być też punktem wyjścia do formułowania celów dydaktycznych, zakładając, że samoocena wiąże się z poczuciem pewności i sprawczości. Samoocenę można również wykorzystać jako element

doskonalenia umiejętności autorefleksji. W połączeniu z innymi metodami, takimi jak np. portfolio, może stanowić istotny sposób rozwoju umiejętności i kompetencji.

Rozwijanie umiejętności poznawania i uwzględniania perspektywy pacjenta powinno być osadzone w kontekście warunków wykonywania zawodu medycznego i pracy w instytucji będącej częścią całego systemu ochrony zdrowia. Należy je integrować z nauką innych umiejętności, a nie w podziale na przedmioty, które sztucznie dzielą obszary ludzkiego funkcjonowania. W pierwszej kolejności treści te mogą być nauczane na zajęciach z komunikacji, które łączą wiedzę z różnych dyscyplin. Następnie studenci powinni wykorzystywać umiejętności w praktyce zarówno podczas rozmów z symulowanymi, jak i prawdziwymi pacjentami. Drugim obszarem, który w większym stopniu powinien zwracać uwagę na perspektywę pacjenta, są zajęcia w klinikach. Kontakt z pacjentami, wysłuchanie, co mają do powiedzenia, to momenty, które pozwolą studentom zobaczyć, jak leczyć chorych i opiekować się nimi. Rozwijając umiejętności, na pewno warto w trakcie zajęć wykorzystać metodę symulacji medycznej, w tym symulowanych i standaryzowanych pacjentów. Przyjmując, o czym pisałam wyżej, że mamy do czynienia z kompetencją rozumienia i uwzględniania perspektywy pacjenta, należy planować kształcenie z wykorzystaniem różnych metod umożliwiających rozwój wiedzy, umiejętności i postaw⁸⁷. Jednocześnie też niezbędne jest włączenie sprawdzania stopnia opanowania tej kompetencji w procesy weryfikacji efektów uczenia. Poznanie perspektywy pacjenta, biorąc pod uwagę opisane w tej książce znaczenie i skutki jej nieuwzględnienia, jest kluczowe z punktu widzenia zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta i jakości opieki. Z tego względu kwestie związane z perspektywą pacjenta należy uwzględniać, planując np. egzamin OSCE, który staje się, zgodnie z obowiązującymi standardami kształcenia, obowiązkową formą weryfikacji efektów uczenia na kierunkach lekarskim, pielęgniarstwie, położnictwie i ratownictwie medycznym.

Na odpowiedzi badanych dotyczące znaczenia perspektywy pacjenta wpływał także stan zdrowia. Osoby deklarujące, że mają stwierdzoną przewlekłą chorobę, były bardziej pozytywnie nastawione wobec nauki komunikacji oraz charakteryzował je wyższy poziom empatii, lepiej też oceniały własne umiejętności komunikacji.

⁸⁷ W książce *Symulacja medyczna jako metoda kształtowania umiejętności nietechnicznych i kompetencji społecznych* pod redakcją A. Doroszewskiej i M. Kaczora zostały omówione zarówno treści, jak i metody kształcenia, które wspomagają rozwijanie kompetencji poznawania i uwzględniania perspektywy pacjenta (Doroszevska A., Kaczor M. (2023). *Symulacja medyczna jako metoda kształtowania umiejętności nietechnicznych i kompetencji społecznych*. Edra Urban & Partner. <https://csm.wum.edu.pl/pl/node/109>.

Respondenci, którzy deklarowali, że mają zdiagnozowaną przewlekłą chorobę, bardziej doceniali znaczenie tej perspektywy. Odnosząc te wyniki do dydaktyki, należy je potraktować jako sugestię, aby w procesie nauczania stwarzać studentom jak najwięcej możliwości doświadczania w praktyce różnych sytuacji, czyli aby w nauczaniu wykorzystywać podejście kształcenia przez doświadczenie (ang. *experiential learning*). To z jednej strony oznacza, że studenci powinni mieć możliwość rozwijania umiejętności, które będą wykorzystywali samodzielnie jako pracownicy ochrony zdrowia. Z drugiej strony warto też w procesie kształcenia stwarzać warunki, by studenci doświadczyli „bycia pacjentem”. Nie dosłownie oczywiście, ale aby metody dydaktyczne pozwalały im czasem „wejść w buty pacjenta” i zobaczyć zarówno funkcjonowanie systemu, jak i pracę przedstawicieli zawodów medycznych z perspektywy pacjenta. Im bardziej te elementy będą pozwalały studentom doświadczyć tej perspektywy, a nie tylko o niej się dowiedzieć, tym lepiej. Można tu powołać się na słowa Konfucjusza: „powiedz mi, a zapomnę, pokaż mi, a zapamiętam, pozwól mi zrobić, a zrozumiem”.

Siddhartha Mukherjee, amerykański lekarz i autor wielu książek o medycynie, pisał: „w medycynie spędzamy dużo czasu, rozkładając na czynniki pierwsze coś, co można nazwać kwestią «elementów przystających». To te, które mieszczą się w ramach normalności. Mamy szeroki katalog normalnych parametrów fizjologicznych: ciśnienia krwi, wagi, masy ciała, szybkości metabolizmu. Nawet stany patologiczne określamy za pomocą terminów zapożyczonych od normalności: mamy przeciętnego diabetyka, typowy przypadek niewydolności serca i standardową reakcję na chemioterapię” (Mukherjee, 2018).

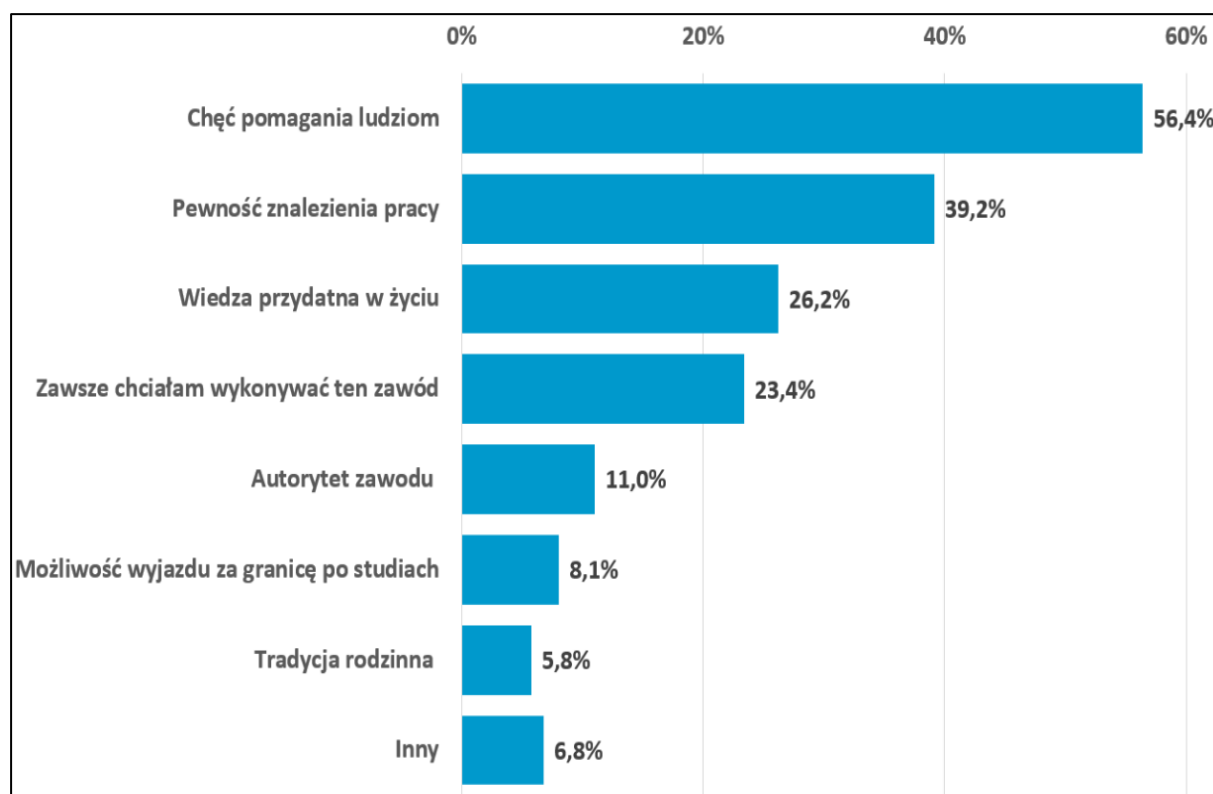
To właśnie uwzględnienie perspektywy pacjenta prowadzi do wniosku, że nie ma typowych pacjentów, typowych chorób. Każdy pacjent, każda choroba, ból, cierpienie, ale też proces zdrowienia są wyjątkowe i stanowią osobną historię, którą pracownik ochrony zdrowia najpierw powinien poznać, a później współtworzyć ją wspólnie z pacjentem, tak by była to historia pełna szacunku, zaufania, zrozumienia, życzliwości, czułości i empatii.

12. ANEKS 1.

Szczegółowe wyniki badań własnych

12.1. Motywacje wyboru studiów

Badani byli proszeni o wskazanie dwóch najważniejszych przyczyn, dla których zdecydowali się studiować na danym kierunku. Wyniki odpowiedzi na to pytanie zostały przedstawione na rycinie 14.

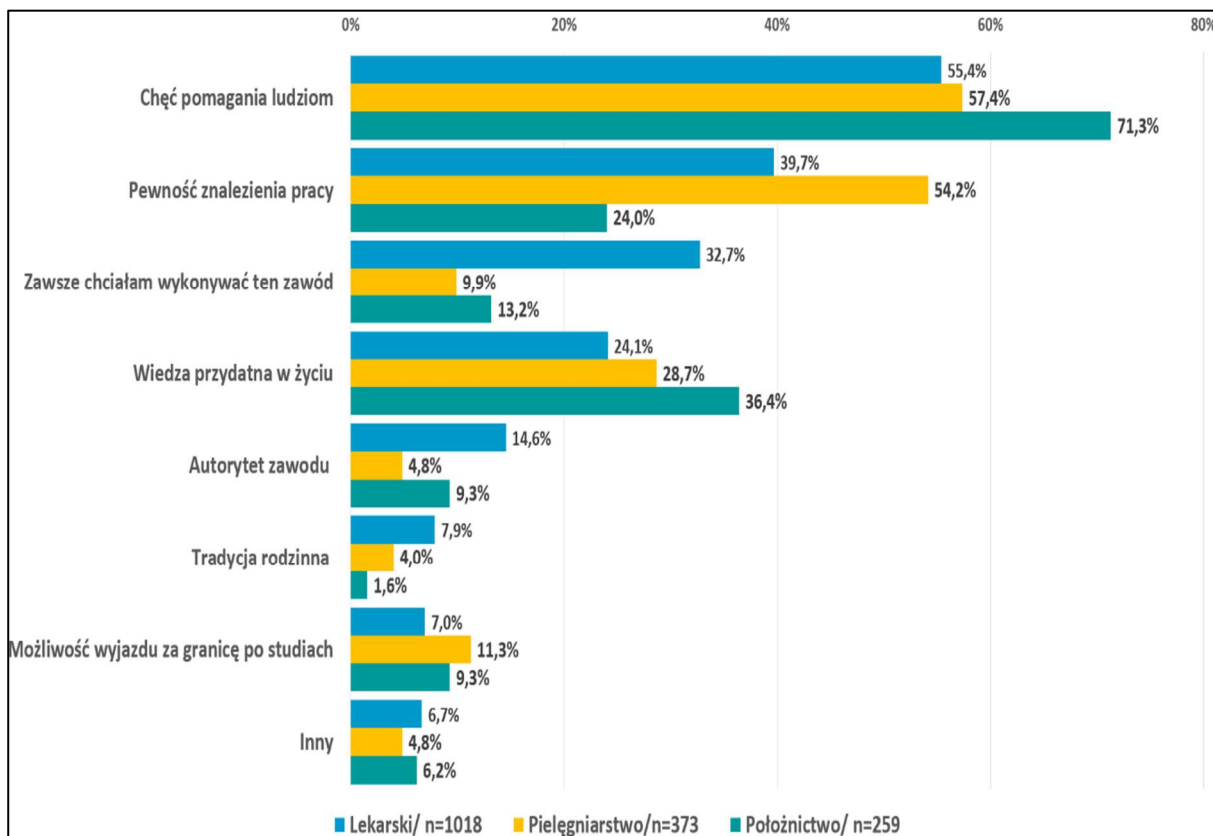


Ryc. 14. Motywy wyboru studiów (badani byli proszeni o wskazanie dwóch najważniejszych powodów)

Dwa najczęściej wskazywane powody wyboru kierunków studiów przez respondentów to chęć pomagania ludziom (56,4%) oraz pewność znalezienia pracy (39,2%). Dla 1/4 ankietowanych o wyborze studiów zdecydował fakt, że wiedza zdobyta podczas nauki będzie przydatna w życiu (26,2%). Niewiele mniej badanych

(23,4%) zadeklarowało, że zawsze chciało wykonywać zawód, do którego przygotowują się podczas studiów. Autorytet zawodu był jednym z dwóch najważniejszych powodów wyboru studiów dla 11% respondentów. Badani na kierunku lekarskim mogli ponadto wskazać odpowiedź, że wybrali studia ze względu na to, że jako lekarze w przyszłości będą dużo zarabiać. Odpowiedź tę wskazało 14% ankietowanych na tym kierunku. Respondenci, którzy wskazali odpowiedź „inny powód”, najczęściej pisali o swoich zainteresowaniach medycyną lub biologią (zadeklarowało tak 6,8% wszystkich respondentów, którzy wskazali na inny powód). Warto też zwrócić uwagę na to, że 1,9% ankietowanych napisała, że przypadkiem znaleźli się na tych studiach lub nie wiedzą, co zadecydowało o tym, że wybrali ten kierunek.

Sprawdziłam, czy odpowiedzi na pytanie o motyw wyboru studiów różnicował kierunek. Szczegółowe wyniki przedstawia rycina 15.



Ryc. 15. Motywy wyboru studiów w zależności od kierunku studiów (badani byli proszeni o wskazanie dwóch najważniejszych powodów)

Chęć pomagania ludziom była najczęściej wskazywanym powodem wyboru studiów przez wszystkich ankietowanych bez względu na kierunek. Dla ponad 1/3 studentów kierunku lekarskiego kluczowe znaczenie przy wyborze studiów miała

pewność znalezienia pracy (39,7%) oraz przekonanie, że bycie lekarzem to cel, który respondentom od zawsze towarzyszył (32,7%).

Ponad połowa badanych na kierunku pielęgniarstwo wskazywała, że jednym z dwóch najważniejszych powodów wyboru studiów była pewność znalezienia pracy (54,2%), a ponad 1/4 wskazywała, że studia dadzą im możliwość zdobycia wiedzy przydatnej w życiu (28,7%). To był drugi w kolejności powód wyboru studiów podawanych przez studentów położnictwa. Wskazała go ponad 1/3 ankietowanych na tym kierunku (36,4%). Dla 1/4 ankietowanych z tego kierunku ważna była pewność znalezienia pracy (24%).

Porównując wyniki badanych na II i na VI roku, okazuje się, że pod koniec studiów respondenci rzadziej deklarowali, że zdecydowali się na studia na kierunku lekarskim ze względu na to, że chcą pomagać ludziom (54,5% na VI roku vs 66,7% na II roku, $p=0,035$) oraz że studia umożliwią im zdobyć wiedzę przydatną w życiu (15% na VI roku vs 25,3% na II roku). Na VI roku ankietowani częściej natomiast deklarowali, że motywem wyboru studiów była pewność znalezienia pracy (48% vs 34,3%, $p=0,034$).

Motywy wyboru studiów w badanej przeze mnie grupie były podobne do tych, które wskazywali respondenci w innych badaniach. Analiza wyników ankiet przeprowadzonych w latach 2016–2017 na próbie 2388 studentów kierunków lekarskich z 14 uczelni medycznych wskazuje, że najczęściej wskazywanym powodem wyboru studiów było marzenie o byciu lekarzem – takiej odpowiedzi udzieliło 59% badanych – a także chęć niesienia pomocy (58%). Stabilność pracy zachęciła do studiowania na kierunku lekarskim 56% ankietowanych, a 48% badanych wskazywała na korzyści finansowe związane z wyborem zawodu (Pieniawska et al., 2017).

W badaniu przeprowadzonym w 2017 r. w Hiszpanii wśród 106 studentów pielęgniarstwa, którzy odpowiadali na otwarte pytanie, dlaczego rozpoczęli studia na tym kierunku, okazało się, że powody wyboru studiów były bardzo złożone. Badacze wyróżnili cztery najważniejsze kategorie, takie jak: poczucie spełnienia, powołanie, predyspozycje i chęć pomagania innym (Teresa-Morales et al., 2023).

W innych badaniach odsetek osób, które wybierają studia medyczne z powodów rodzinnych, był wyższy niż w badanej przeze mnie próbie, w której niecałe 6% (5,8%) respondentów wskazało tradycję rodzinną wśród dwóch najważniejszych powodów wyboru studiów. Wśród ankietowanych studentów pielęgniarstwa zbadanych przez Ałłę Aleksiejczuk odsetek ten wynosił 17,8% (Aleksiejczuk, 2015).

W badaniu zrealizowanym przez Karolinę Pieniawską i in. na grupie studentów kierunku lekarskiego 36,8% ankietowanych deklarowało, że ma w rodzinie osobę będącą lekarzem (Pieniawska et al., 2017).

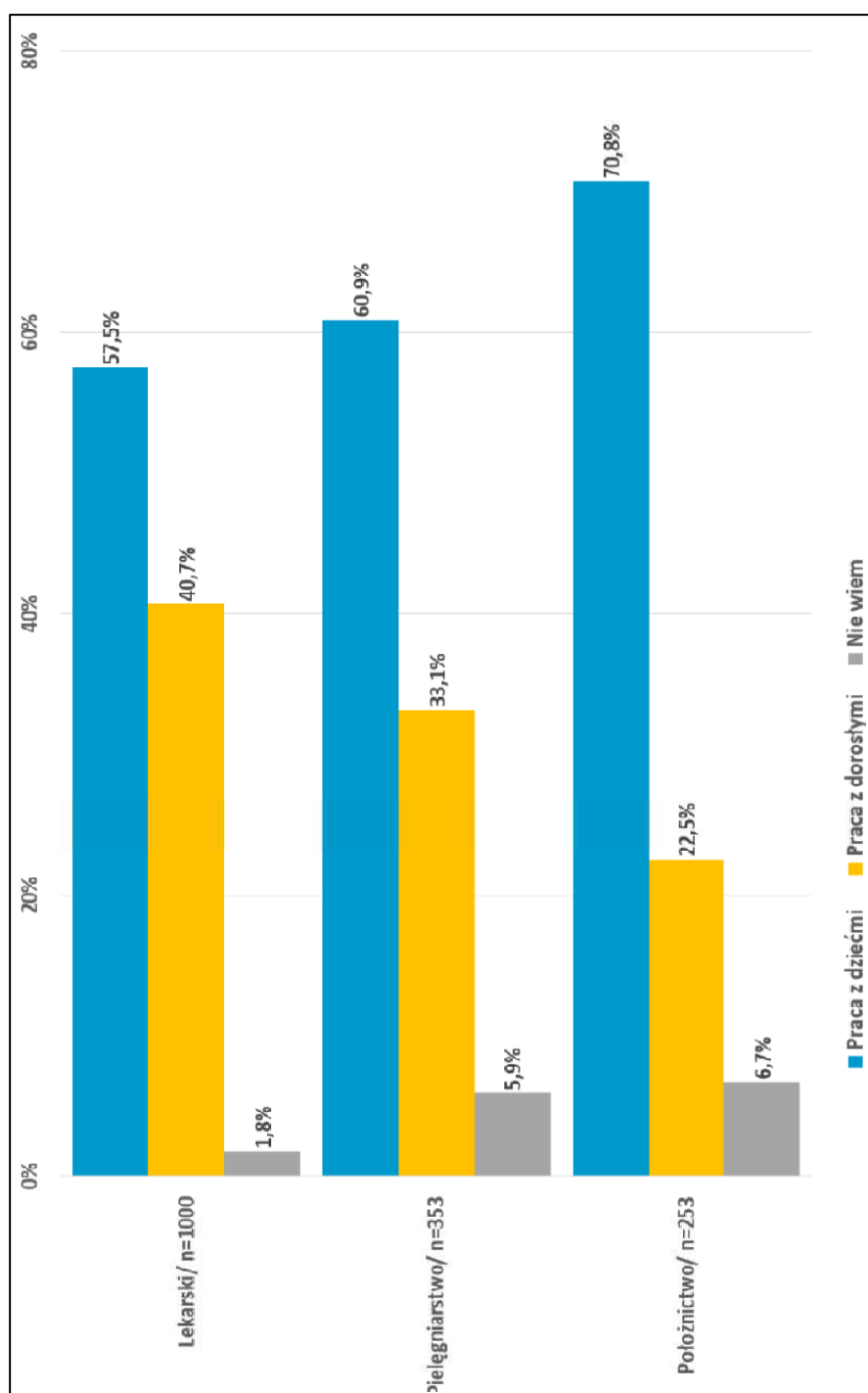
Warto też zwrócić uwagę, że wśród badanych studentów pielęgniarstwa i położnictwa znalazły się osoby, które studiują na danym kierunku ze względu na to, że nie dostały się na kierunek lekarski. Deklarowało tak 15,3% ankietowanych na pielęgniarstwie i 14,5% na położnictwie. Taka grupa osób została także odnotowana w badaniu, w którym wzięło udział 322 studentów kierunku pielęgniarstwo. Autorzy publikacji przedstawiającej wyniki tego badania pisali, że 6,8% ankietowanych wybrało pielęgniarstwo ze względu na to, że nie dostało się na inny kierunek (Rachubińska et al., 2017). To całkiem spora grupa osób. Nie jest wykluczone, że część osób, które brały udział w moim badaniu, a były na I roku studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, zdecyduje się w kolejnym roku powtórnie zdawać na kierunek lekarski i w przyszłości zostaną lekarzami lub lekarkami. Oczywiście ograniczeniem w zmianie kierunków studiów jest duża różnica w punktach, które trzeba otrzymać na maturze, aby dostać się na kierunek lekarski, w porównaniu z innymi kierunkami. Część osób może być jednak zdeterminowana i będzie poprawiać wyniki matury. Rozważając możliwe scenariusze, odwołam się do rozmów, które prowadziłam podczas zajęć ze studentami na kierunku położnictwo. Część z nich otwarcie mówiła, że dostała się na te studia przypadkiem, bo zdawała na lekarski. Jednocześnie studenci podkreślali, że teraz już nigdy nie zmieniliby kierunku studiów, gdyż okazało się, że położnictwo bardzo im się podoba.

Analiza przedstawiona w przeglądzie systematycznym uwzględniającym 24 badania z całego świata, których wyniki były publikowane w latach 2006–2016, pokazuje, że najczęściej wskazywaną motywacją wyboru studiów była chęć pracy na rzecz ludzi (w 18 na 24 badaniach), zainteresowanie medycyną (w 16 na 24 badaniach), prestiż zawodu (w 8 na 24 badaniach) oraz możliwość rozwoju zawodowego i bezpieczeństwo finansowe (w 6 z 24 badań) (Goel et al., 2018).

Można podsumować, że najważniejsze motywy wyboru studiów na kierunkach medycznych są od lat takie same. Mają one bardzo humanistyczny wymiar. W innych badaniach deklaracje dotyczące powodów wyboru studiów medycznych są zbliżone do tych, które wskazywali badani przeze mnie studenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

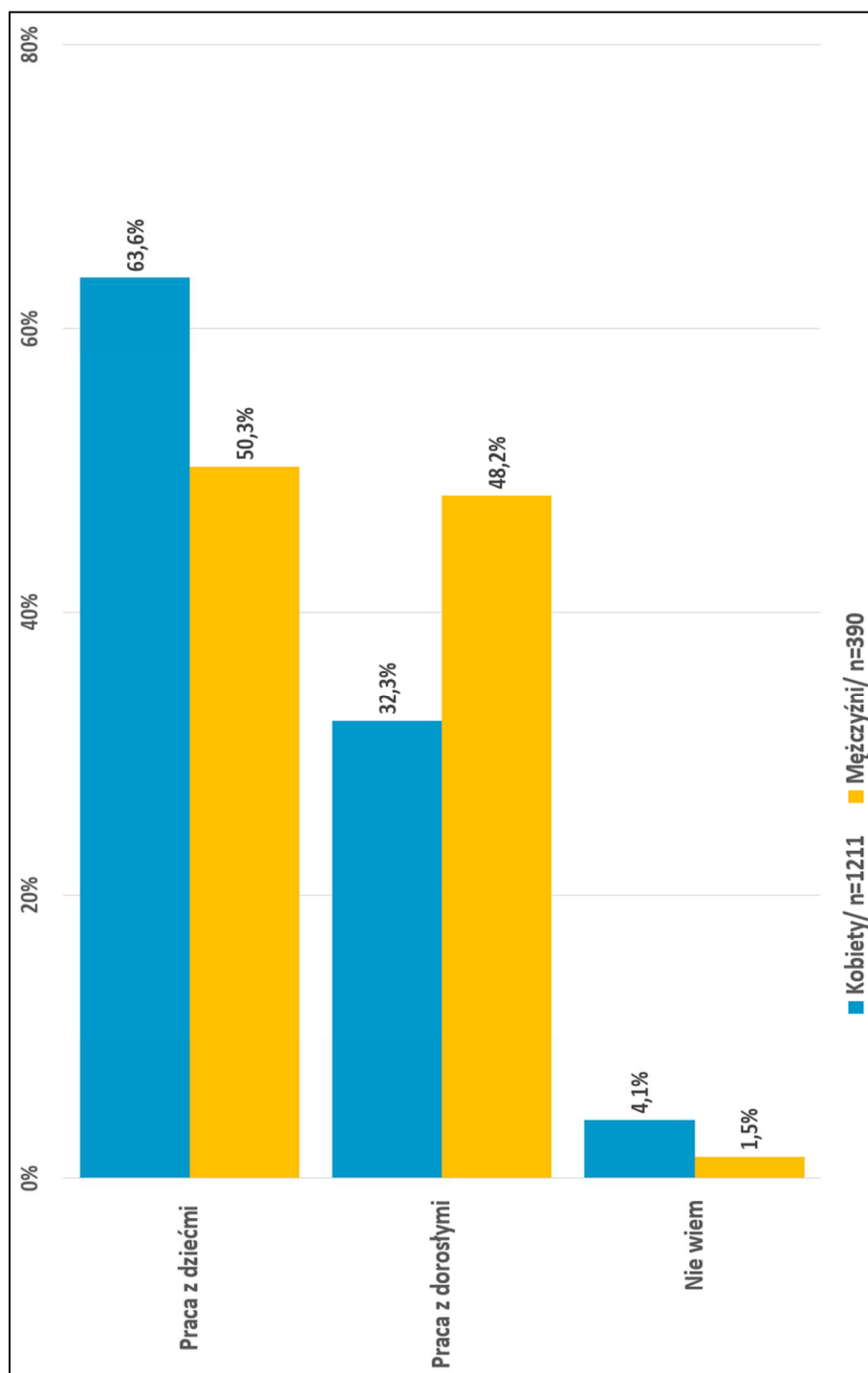
12.2. Wybór specjalizacji w przyszłości

Wśród wszystkich badanych przeważały osoby, które deklarowały, że w przyszłości chciałyby pracować z dziećmi (ryc. 16). Na podstawie wyniku testu chi-kwadrat Pearsona wiadomo, że różnice między kierunkami są znaczące statystycznie na poziomie istotności ($p=0,000$).



Ryc. 16. Wybór specjalizacji – wszyscy badani w podziale na kierunki studiów

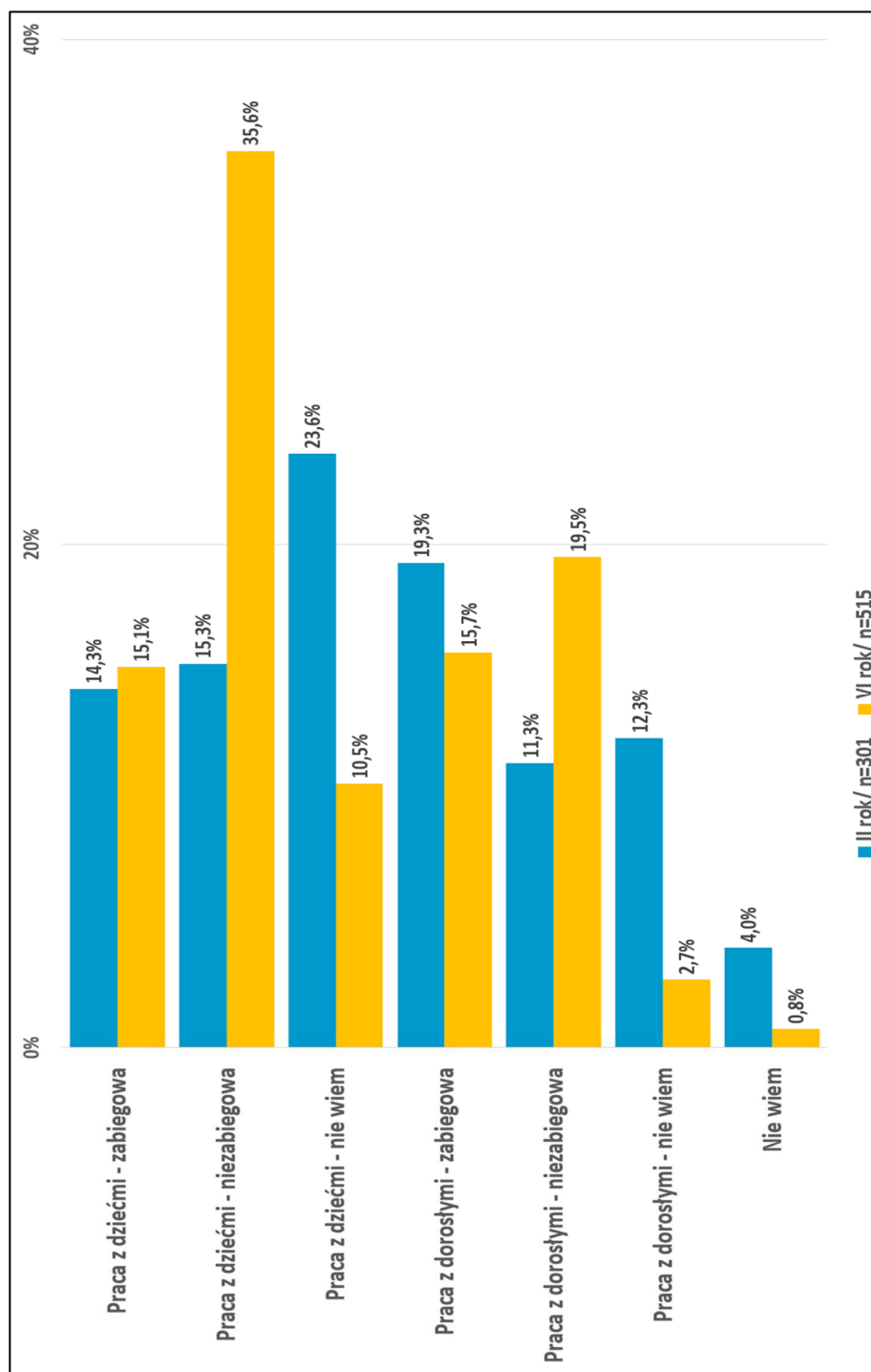
Istotne różnice w planach dotyczących specjalizacji w przyszłości są także między kobietami a mężczyznami ($p=0,000$). Zostały one przedstawione na rycinie 17.



Ryc. 17. Wybór specjalizacji – wszyscy badani w podziale na płeć

Wśród kobiet przeważa myśl o wyborze specjalizacji wiążącej się z pracą z dziećmi, wśród mężczyzn z dorosłymi. Wpływ na te wyniki ma na pewno obecność w próbie kobiet – studentek położnictwa.

Pogłębiając analizę planów w zakresie wyboru specjalizacji wśród studentów kierunku lekarskiego, można zauważyć, że na VI roku jest więcej osób, które deklarują wybór niezabiegowej specjalizacji, maleje natomiast odsetek ankieterowanych niezdecydowanych co do wyboru specjalizacji ($p=0,000$; ryc. 18).



Ryc. 18. Wybór specjalizacji – badani na II i VI roku kierunku lekarskiego

Autorzy badania przeprowadzonego w 2014 r. na próbie 560 studentów kierunku lekarskiego różnych uczelni medycznych w Polsce wskazywali, że ankietowane przez nich studentki najczęściej deklarowały, że wybiorą w przyszłości specjalizację niezabiegową (68%), 27,4% wskazywało na zabiegową. Najczęściej myślały o pediatrii, kardiologii, neurologii, endokrynologii. Natomiast ankietowani studenci także częściej interesowali się specjalizacją niezabiegową niż zabiegową (53% vs 44%). Najczęściej interesowali się anestezjologią i intensywną terapią, neurologią, chorobami wewnętrznymi, kardiologią i neurologią. Zarówno badane kobiety, jak i mężczyźni spośród specjalizacji zabiegowych najchętniej wybraliby chirurgię (Sesiuk et al., 2017).

W styczniu 2019 r. przeprowadzono badanie, w którym wzięło udział 595 osób studiujących na kierunku lekarskim różnych uczelni w Polsce. Badana grupa była prawie po równo podzielona między planami podjęcia specjalizacji zabiegowej (48%) i niezabiegowej (52%). Warto też zwrócić uwagę, że podobnie jak w moim badaniu, więcej było zainteresowanych specjalizacjami zabiegowymi na pierwszych latach studiów niż na ostatnich (Skorus et al., 2020).

13. ANEKS 2.

Ograniczenia badania

Badanie zostało przeprowadzone wśród studentów tylko jednego uniwersytetu. Jednocześnie jednak próba jest liczna ($n=1649$). Część wyników, takich jak motyw wyboru studiów medycznych, różnice w poziomie empatii między kobietami a mężczyznami, spadek empatii w ciągu kolejnych lat studiów jest porównywalna do wyników badań przeprowadzanych na innych próbach zarówno w Polsce, jak i za granicą. To oznacza, że ogólna charakterystyka badanej próby jest podobna do wyników badań prowadzonych na różnych próbach.

W badanej próbie 3/4 ankietowanych to kobiety. Może to wpływać na wyniki, gdyż kobiety mają wyższą empatię, lepsze nastawienie wobec komunikacji i lepiej oceniają swoje umiejętności komunikacji.

Wyniki badania opisują jedynie deklaracje. Na ich podstawie nie można wnioskować o umiejętnościach badanych, które w praktyce mają największe znaczenie. Z tego względu warto zaplanować badania związane z perspektywą pacjenta w taki sposób, aby sprawdzić, jakie umiejętności poznawania i uwzględnienia perspektywy pacjenta mają studenci.

Część badania była realizowana podczas zajęć z komunikacji. Mogło to wpływać na odpowiedzi badanych i bardziej pozytywne nastawienie wobec nauki komunikacji.

14. ANEKS 3.

Szczegółowy opis analiz statystycznych

14.1. Analiza ogólnej skali Communication Skills Attitude Scale

Różnice między kierunkami badano za pomocą analizy wariancji. Na podstawie testu t-Studenta stwierdzono istotną różnicę między postawami wobec nauki umiejętności komunikacyjnych w zależności od płci. W celu sprawdzenia różnic między studentami z różnych lat studiów wykonano test homogeniczności wariancji, którego wynik wskazuje na $p < 0,001$ (statystyka Levene'a 3,83). To oznacza, że wariancje są heterogeniczne.

14.2. Analiza podskali PAS

Pełna podskala opisująca pozytywne nastawienie wobec nauki komunikacji (ang. *positive attitude scale*, PAS) zawiera 13 elementów, a jej rzetelność mierzona statystyką α -Cronbacha wynosi 0,84. Istniała możliwość poprawienia jakości skali przez usunięcie niektórych pozycji. Usunięcie pozycji CSAS_22 zapewniło wzrost α -Cronbacha do poziomu 0,89, a kolejne usunięcie CSAS_18 – do poziomu 0,90. Nie było możliwości dalszej poprawy rzetelności, ale osiągnięty poziom jest bardzo wysoki i nadaje się do wiarygodnego zastosowania praktycznego.

Wykonano analizę wariancji, a następnie testy post-hoc, aby sprawdzić różnice między kierunkami i latami studiów. Wykonano test t-Studenta dla grup niezależnych, aby sprawdzić różnice między kobietami a mężczyznami. Wykonano test Levene'a, który wskazał na jednorodność wariancji.

14.3. Analiza podskali NAS

Początkowo podskala zawierała 13 pozycji i jej rzetelność wynosiła α -Cronbacha=0,71. To niski poziom rzetelności. Istniała możliwość poprawienia jakości skali do poziomu α -Cronbacha=0,75 przez usunięcie pozycji CSAS_1.

Po kolejnym przeliczeniu (już przy α -Cronbacha=0,75) pojawiła się możliwość podniesienia rzetelności do poziomu α -Cronbacha=0,77 przez usunięcie pozycji CSAS_20. Ponowne przeliczenie stworzyło możliwość kolejnej poprawki rzetelności do poziomu α -Cronbacha=0,79 przez wyeliminowanie tym razem pozycji CSAS_3. Podskala NAS po usunięciu trzech pozycji osiągnęła zamierzoną rzetelność, a dalsza poprawa nie była możliwa. Tak więc wersja skali zawierająca 10 pozycji została zastosowana do porównań.

Wykonano analizę wariancji, a następnie testy post-hoc, aby sprawdzić różnice między kierunkami i latami studiów. Na podstawie testu t-Studenta dla grup niezależnych sprawdzono różnice między kobietami a mężczyznami, a także między respondentami deklarującymi, że chorują na przewlekłą chorobę i zdrowymi.

14.4. Analiza JSE – skali ogólnej i podskal *Perspective taking*, *Compassionate care*, *Walking in patient's shoes*

Wykonano analizę wariancji, aby sprawdzić istotność różnic w poziomie empatii między kierunkami studiów oraz badanymi na różnych latach studiów. Testy post-hoc doprecyzowały relacje dwustronne.

Do sprawdzenia różnic między kobietami a mężczyznami oraz respondentami zdrowymi i chorymi wykorzystano test t-Studenta dla prób niezależnych.

Na podstawie analizy wariancji stwierdzono istotne różnice wyników na skali *Perspective taking* między badanymi studiującymi na różnych kierunkach studiów. Dokładniejszych informacji dostarczyły testy post-hoc.

Analizując wyniki podskali *Walking in patient's shoes*, należy zwrócić uwagę, że wyniki uzyskane na tej skali także należy interpretować odwrotnie ze względu na odwrócenie skali.

14.5. Analiza opinii badanych o znaczeniu perspektywy pacjenta w praktyce medycznej

W celu sprawdzenia różnic między odpowiedziami badanych studiujących na różnych kierunkach wykonano analizę wariancji. Wcześniej natomiast wykonano test Levene'a, którego wynik wynosił 2,64, $p=0,072$, co oznaczało, że nie było podstaw do odrzucenia hipotezy o jednorodności wariancji.

Przeprowadzono także analizy w celu sprawdzenia, czy są różnice między respondentami studiującymi na różnych latach. W pierwszej kolejności wykonano test Levene'a, aby sprawdzić jednorodność wariancji na wszystkich latach. Na podstawie wyniku tego testu można było stwierdzić, że wariancje są homogeniczne (wynik testu Levene'a 1,24, $p=0,284$). Analiza wariancji potwierdziła istotność różnic średnich między badanymi z różnych lat studiów ($f=3,82$, $p=0,001$). W poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie, które różnice są odpowiedzialne za taki wynik, wykonano testy post-hoc metodą Bonferroniego.

15. Wykaz skrótów

CSAS – Communication Skills Attitude Scale

OSCE – Objective Structured Clinical Examination

PAS – Positive Attitude Scale (podskala CSAS)

NAS – Negative Attitude Scale (podskala CSAS)

JSE – The Jefferson Scale of Empathy

Psychol Serv – Psychological Services

WHO – World Health Organization

ZSK – Zintegrowany System Kwalifikacji

16. Spis tabel

Tab. 1. Znaczenie perspektywy pacjenta w modelach relacji lekarz – pacjent

Tab. 2. Liczba badanych w podziale na kierunki studiów

Tab. 3. Liczba badanych w podziale na kierunki i lata studiów

Tab. 4. Badani w podziale na pozytywne (wysoki CSAS) i negatywne (niski CSAS) nastawienie do nauki komunikacji w podziale na płeć, kierunek i rok studiów

Tab. 5. Badani w podziale na wysoki (wysoki JSE) i niski (niski JSE) poziom empatii w podziale na płeć, kierunek i rok studiów

Tab. 6. Wyniki skali CSAS w podziale na kierunki i lata studiów – średnia i odchylenie standardowe

Tab. 7. Wyniki podskali PAS w podziale na kierunki studiów – średnia i odchylenie standardowe

Tab. 8. Wyniki podskali PAS w podziale na kierunki i lata studiów – średnia i odchylenie standardowe

Tab. 9. Wyniki podskali NAS w podziale na kierunki studiów – średnia i odchylenie standardowe

Tab. 10. Wyniki podskali NAS w podziale na kierunki i lata studiów – średnia i odchylenie standardowe

Tab. 11. Podstawowe statystyki JSE w podziale na kierunki studiów

Tab. 12. Podstawowe statystyki JSE w podziale na lata studiów

Tab. 13. Istotność różnic średnich poziomu empatii wśród studentów różnych kierunków i lat studiów

Tab. 14. Wyniki podskali *Perspective taking* w podziale na kierunki studiów

Tab. 15. Wyniki podskali *Perspective taking* w podziale na kierunki i lata studiów

Tab. 16. Istotność różnic średnich poziomu empatii na podskali *Perspective taking* wśród studentów różnych kierunków i lat studiów

Tab. 17. Wyniki podskali *Compassionate care* w podziale na kierunki studiów badanych

Tab. 18. Wyniki podskali *Compassionate care* w podziale na kierunki i lata studiów

Tab. 19. Wyniki podskali *Walking in patient's shoes* w podziale na kierunki studiów badanych

Tab. 20. Wyniki podskali *Walking in patient's shoes* w podziale na kierunki i lata studiów

Tab. 21. Perspektywa pacjenta w opinii badanych w podziale na kierunek studiów

Tab. 22. Perspektywa pacjenta w opinii badanych na II i VI roku kierunku lekarskiego

Tab. 23. Zmiana opinii badanych na temat znaczenia perspektywy pacjenta w praktyce między II a VI rokiem kierunku lekarskiego

Tab. 24. Elementy protokołu PERSPECTIVE oraz ich odniesienie do postaw lub umiejętności komunikacji pracowników ochrony zdrowia

Tab. 25. Pytania i inne umiejętności komunikacji mające na celu poznanie, zrozumienie i uwzględnienie perspektywy pacjenta

Tab. 26. Znaczenie perspektywy pacjenta na poszczególnych etapach konsultacji

Tab. 27. Znaczenie perspektywy pacjenta podczas wybranych etapów konsultacji – średnia w podziale na kierunek studiów

Tab. 28. Znaczenie perspektywy pacjenta podczas wybranych etapów konsultacji – średnia w podziale na płeć

Tab. 29. Średnia i odchylenie standardowe dla wskazań na różne umiejętności ważne w poznawaniu perspektywy pacjenta w podziale na kierunki studiów badanych

Tab. 30. Średnia samoocena umiejętności komunikacyjnych w podziale na kierunki studiów

Tab. 31. Średnia samoocena umiejętności komunikacyjnych badanych rozpoczynających naukę

Tab. 32. Średnia samoocena w zakresie umiejętności komunikacyjnych w podziale na kierunki studiów

Tab. 33. Różnice w samoocenie umiejętności komunikacyjnych między badanymi kobietami i mężczyznami

Tab. 34. Różnice w samoocenie umiejętności komunikacyjnych w zależności od stanu zdrowia badanych

Tab. 35. Porównanie różnic opinii o znaczeniu umiejętności komunikacji w poznawaniu perspektywy pacjenta na II i VI roku

Tab. 36. Różnice średniej samooceny w zakresie umiejętności komunikacyjnych na II i VI roku na kierunku lekarskim

Tab. 37. Średnia ocena umiejętności komunikacyjnych w podziale na wynik CSAS

Tab. 38. Średnia ocena umiejętności komunikacyjnych w podziale na poziom empatii

17. Spis rycin

Ryc. 1. Zależności między wymiarami funkcjonowania człowieka w modelu opieki skoncentrowanej na pacjencie i na osobie

Ryc. 2. Elementy perspektywy pacjenta oraz czynniki wpływające na perspektywę pacjenta

Ryc. 3. Motywy wyboru studiów a nastawienie wobec nauki komunikacji

Ryc. 4. Motywy wyboru studiów a poziom empatii

Ryc. 5. Opinie badanych o znaczeniu perspektywy pacjenta

Ryc. 6. Stopień zgody badanych ze stwierdzeniami wskazującymi na to, że perspektywa pacjenta nie ma znaczenia lub może utrudniać pracę

Ryc. 7. Opinie badanych na temat znaczenia perspektywy pacjenta w relacji z chorym w zależności od nastawienia wobec nauki komunikacji

Ryc. 8. Opinie badanych na temat znaczenia perspektywy pacjenta w pracy w polskim systemie ochrony zdrowia w zależności od nastawienia wobec nauki komunikacji

Ryc. 9. Opinie badanych na temat znaczenia perspektywy pacjenta w relacji z chorym w podziale na poziom empatii

Ryc. 10. Opinie badanych na temat znaczenia perspektywy pacjenta w pracy w polskim systemie ochrony zdrowia w podziale na poziom empatii

Ryc. 11. Perspektywa przed konsultacją medyczną, w trakcie i po konsultacji

Ryc. 12. Protokół komunikacji mającej na celu budowanie relacji i uwzględnienie perspektywy pacjenta

Ryc. 13. Umiejętności komunikacyjne ważne w poznawaniu perspektywy pacjenta w opinii badanych

Ryc. 14. Motywy wyboru studiów

Ryc. 15. Motywy wyboru studiów w zależności od kierunku studiów

Ryc. 16. Wybór specjalizacji – wszyscy badani w podziale na kierunki studiów

Ryc. 17. Wybór specjalizacji – wszyscy badani w podziale na płeć

Ryc. 18. Wybór specjalizacji – badani na II i VI roku kierunku lekarskiego

18. Piśmiennictwo

1. Abbott K.M., Bettger J.P., Hanlon A., Hirschman K.B. (2012). Factors associated with health discussion network size and composition among elderly recipients of long-term services and supports. *Health Commun*, 27(8), 784-793. <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.640975>.
2. Adamczyk B., Szafraniec K., Bajka J. (1999). *Zachowania w chorobie. Opis przebiegu z perspektywy pacjenta* Collegium Medicum UJ.
3. Aleksiejczuk A. (2015). Motywy wyboru kierunku studiów medycznych w województwie podlaskim. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 21(4), 428-434.
4. Alotaibi F.S., Alsaedi A. (2016). Attitudes of medical students toward communication skills learning in Western Saudi Arabia. *Saudi Med J*, 37(7), 791-795. <https://doi.org/10.15537/smj.2016.7.14331>.
5. Andersen F.A., Johansen A.-S.B., Søndergaard, J., Andersen C.M., Assing Hvidt E. (2020). Revisiting the trajectory of medical students' empathy, and impact of gender, specialty preferences and nationality: a systematic review. *BMC Medical Education*, 20(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1964-5>.
6. Archer E., Turner R. (2023). Changes in the empathy levels of a group of undergraduate medical students: A longitudinal study. *South African Journal of Bioethics and Law*, 16(2), 46. <https://doi.org/10.7196/SAJBL.2023.v16i2.1015>.
7. Ariadne Labs: A Joint Center for Health Systems Innovation. (2023). *Serious Illness Conversation Guide*. Brigham and Women's Hospital and the Harvard T.H. Chan School of Public Health. Retrieved 16.12.2023 from <https://www.ariadnelabs.org/wp-content/uploads/2023/05/Serious-Illness-Conversation-Guide.2023-05-18.pdf>.
8. Arnold L.M., Crofford L.J., Mease P.J., Burgess S.M., Palmer S.C., Abetz L., Martin S.A. (2008). Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Educ Couns*, 73(1), 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.06.005>.
9. Aspegren, K. (1999). BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Medical Teacher*, 21(6), 563-570. <https://doi.org/10.1080/01421599978979>.
10. Bachmann C., Abramovitch H., Barbu C.G., Cavaco A.M., Elorza R.D., Haak R., Loureiro E., Ratajska A., Silverman J., Winterburn S., Rosenbaum M. (2013). A European consensus on learning objectives for a core communication curriculum in health care professions. *Patient Educ Couns*, 93(1), 18-26. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.016>.
11. Baile W.F., Buckman R., Lenzi R., Globe, G., Beale E.A., Kudelka A.P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*, 5(4), 302-311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>.
12. Barlow P., Humble R., Shibli-Rahhal A. (2021). Temporal changes in medical student perceptions of their clinical skills and needs using a repeated self-assessment instrument. *BMC Med Educ*, 21(1), 550. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02985-1>.
13. Bartmiski J. (2009). *Językowe podstawy obrazu świata*. Lublin. Wydawnictwo UMCS.
14. Batenburg V., Smal J.A. (1997). Does a communication course influence medical students' attitudes? *Medical Teacher*, 19(4), 263-269. <https://doi.org/10.3109/01421599709034203>.
15. Batt-Rawden S.A., Chisolm M.S., Anton B., Flickinger T.E. (2013). Teaching Empathy to Medical Students: An Updated, Systematic Review. *Academic Medicine*, 88(8), 1171-1177. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318299f3e3>.

16. Bąk-Sosnowska M., Moszak M., Doroszevska A., Wyleżoł M., Ostrowska L., Bogdański P. (2022). Patient-centered care and „people-first language” as tools to prevent stigmatization of patients with obesity. *Pol Arch Intern Med*, 132(10). <https://doi.org/10.20452/pamw.16351>.
17. Becker M.H. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education and Behavior* 2(4). <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019817400200405>.
18. Berg K., Majdan J.F., Berg D., Veloski J., Hojat M. (2011). Medical Students' Self-Reported Empathy and Simulated Patients' Assessments of Student Empathy: An Analysis by Gender and Ethnicity. *Academic Medicine*, 86(8), 984-988. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182224f1f>.
19. Bertakis K.D., Helm, L.J., Callahan E.J., Azari R., Robbins J.A. (1995). The Influence of Gender on Physician Practice Style. *Medical Care*, 33(4), 407-416. https://journals.lww.com/lww-medicalcare/fulltext/1995/04000/the_influence_of_gender_on_physician_practice.7.aspx.
20. Betancourt J.R. (2003). Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Acad Med*, 78(6), 560-569. <https://doi.org/10.1097/00001888-200306000-00004>.
21. Biegański W. (1957). *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
22. Bogusz J., (1979). *Lekarz i jego chorzy*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
23. Borowczyk M., Chojnacka-Kuraś M., Doroszevska A., Jankowska A.K., Kowalski Z., Libura M., Małecki M., Stalmach-Przygoda A. (2020). Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej dotyczących kształcenia kompetencji komunikacyjnych na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym. https://www.komunikacjamedyczna.com/files/ugd/052bcf_36397e33aeb543df84373c85492b168e.pdf.
24. Breen L.J., O'Connor M., Hewitt L.Y., Lobb E.A. (2014). The „specter” of cancer: exploring secondary trauma for health professionals providing cancer support and counseling. *Psychol Serv*, 11(1), 60-67. <https://doi.org/10.1037/a0034451>.
25. Brendan M. (2023). DO vs. MD: How much does the medical school degree type matter? Retrieved 11.02.2024, from <https://www.ama-assn.org/medical-students/preparing-medical-school/do-vs-md-how-much-does-medical-school-degree-type-matter>.
26. Bull C., Byrnes, J., Hettiarachchi R., Downes M. (2019). A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. *Health Serv Res*, 54(5), 1023-1035. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13187>.
27. Burgener A.M. (2017). Enhancing Communication to Improve Patient Safety and to Increase Patient Satisfaction. *Health Care Manag (Frederick)*, 36(3), 238-243. <https://doi.org/10.1097/hcm.0000000000000165>.
28. Burt J., Campbell J., Abel G., Aboulghate A., Ahmed F., Asprey A., Barry H., Beckwith J., Benson J., Boiko O., Bower P., Calitri R., Carter M., Davey A., Elliott M.N., Elmore N., Farrington C., Haque H.W., Henley W., Lattimer V., Llanwarne N., Lloyd C., Lyratzopoulos G., Maramba I., Mounce L., Newbould J., Paddison C., Parker R., Richards S., Roberts M., Setodji C., Silverman J., Warren F., Wilson E., Wright C., Roland M. (2017). Improving patient experience in primary care: a multimethod programme of research on the measurement and improvement of patient experience. *Programme Grants for Applied Research*, 5(9). <https://doi.org/10.3310/pgfar05090>.
29. Busch, A.K., Rockenbach, K., Schmutzer, G., & Brähler, E. (2015). Do medical students like communication? Validation of the German CSAS (Communication Skills Attitude Scale). *GMS Z Med Ausbild*, 32(1), Doc11. <https://doi.org/10.3205/zma000953>.
30. Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Guiding Principles for Inclusive Communication*. Retrieved 24.10.2024 from <https://www.cdc.gov/health-communication/php/toolkit/guiding-principles.html>.
31. Centrum Badawczo-Rozwojowe BioStat. (2021). *Zdrowie Polaków – telemedycyna w 2021*. Retrieved 10.08.2023 from <https://www.biostat.com.pl/prawie-63-procent-polakow-szuka-sposobu-leczenia-w-internecie.php>.
32. Charon R. (2001). The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *Jama*, 286(15), 1897-1902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>.
33. Chatterjee P., Tsai T.C., Jha A.K. (2015). Delivering value by focusing on patient experience. *Am J Manag Care*, 21(10), 735-737.

34. Chen G.M., Pather S.R., DeLisser H.M. (2019). Trends in the Use of Common Words and Patient-Centric Language in the Titles of Medical Journals, 1976-2015. *JAMA Netw Open*, 2(3), e191083. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.1083>.
35. Cheraghi-Sohi S., Hole, A.R., Mead N., McDonald R., Whalley D., Bower P., Roland, M. (2008). What Patients Want From Primary Care Consultations: A Discrete Choice Experiment to Identify Patients' Priorities. *Annals of Family Medicine*, 6(2), 107-115. <https://doi.org/10.1370/afm.816>.
36. Chiang M. (2020). Patient-Centered Care. In P. Crawford, P. Kadetz (Eds.), *Palgrave Encyclopedia of the Health Humanities* (pp. 1-4). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-26825-1_66-1.
37. Childress A.M., Poythress E.L., Toussant R., Stolar A., Laufman L.P., Appelbaum N., Nuila, R. (2022). Using Narrative Medicine Workshops to Improve Empathy and Emotional Intelligence and Address Burnout Among Medical Students. *Academic Medicine*, 97(11S), S120. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000004863>.
38. Chojnacka-Kuraś M. (2016). *Semantyka bólu we współczesnej polszczyźnie*. Warszawa. Wydział Polonistyki UW
39. Chojnacka-Kuraś M., Doroszevska, A., Jankowska, A.K. (2023). Struktura komunikacji medycznej. In *Komunikacja medyczna - wyzwania i źródła inspiracji*. Warszawa Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, s. 10-24.
40. Christov-Moore L., Simpson E.A., Coudé G., Grigaityte K., Iacoboni M., Ferrari P.F. (2014). Empathy: gender effects in brain and behavior. *Neurosci Biobehav Rev*, 46 Pt 4(Pt 4), 604-627. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.09.001>.
41. Cleland J., Foster K., Moffat, M. (2005). Undergraduate students' attitudes to communication skills learning differ depending on year of study and gender. *Medical Teacher*, 27(3), 246-251. <https://doi.org/10.1080/01421590400029541>.
42. Cockerham W. (2007). *Medical sociology*. Prentice Hall.
43. Cockerham W. (2010). *Medical sociology*. Prentice Hall.
44. Collins D.L., Street R.L., (2009). A dialogic model of conversations about risk: coordinating perceptions and achieving quality decisions in cancer care. *Soc Sci Med*, 68(8), 1506-1512. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.016>.
45. Conrad P. (2009). *The sociology of health and illness. Critical perspective*. Worth Publishers.
46. Cornford C.S., Cornford H.M. (1999). 'I'm only here because of my family.' A study of lay referral networks. *Br J Gen Pract*, 49(445), 617-620.
47. Coulter A.E.V., Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. (2015). Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010523.pub2>.
48. Coulter A., Oldham J. (2016). Person-centred care: what is it and how do we get there? *Future Hosp J*, 3(2), 114-116. <https://doi.org/10.7861/futurehosp.3-2-114>.
49. DasGupta S., Charon R. (2004). Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy. *Acad Med*, 79(4), 351-356. <https://doi.org/10.1097/00001888-200404000-00013>.
50. Deledda G., Moretti F., Rimondini M., Zimmermann C. (2013). How patients want their doctor to communicate. A literature review on primary care patients' perspective. *Patient Educ Couns*, 90(3), 297-306. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.05.005>.
51. Dinoff A., Lynch S., Hameed A.S., Koestler J., Ferrando S.J., Klepacz L. (2023). When Did the Empathy Die? *Medical Science Educator*, 33(2), 489-497. <https://doi.org/10.1007/s40670-023-01768-1>.
52. Dobroiu M., Trandafir M., Ioan C., Vasile D., Predeteanu D., Ionescu R., Berghea F. (2017). AB1224- HPR Could we use the lay referral system to improve the early arthritis clinic efficiency? *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(Suppl 2), 1540-1540. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2017-eular.4241>.
53. Doroszevska A., Dudek D., Jabłoński M.J., Kłosińska K., Murawiec S., Sobczak, B. (2021). Wrażliwi na słowa. Wrażliwi na ludzi. Rekomendacje dotyczące języka niedyskryminującego osób z zaburzeniami psychicznymi. *Psychiatria*, 18(2), 163-167. <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/75900>.

54. Doroszevska A., Kaczor, M. (2023). *Symulacja medyczna jako metoda kształtowania umiejętności nietechnicznych i kompetencji społecznych*. Edra Urban & Partner. <https://csm.wum.edu.pl/pl/node/109>.
55. Doroszewski J. (2006). Przegląd zagadnień związanych z komunikacją lekarz – pacjent. In J. Doroszewski (Ed.), *Komunikacja lekarz – pacjent w diagnostyce i leczeniu nowotworów*. RJP PAN, s. 9-18.
56. Doroszewski J. (2014). Podstawy współczesnej komunikacji lekarskiej. In J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski (Eds.), *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*. Wolters Kluwer, s. 13-22.
57. Doyle C., Lennox L., Bell D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>.
58. Drozdowska I., Doroszevska A. (2024). Komunikacja w opiece zorientowana na osobę. In N. Sak-Dankosky, L. Serafin (Eds.), *Opieka zorientowana na osobę. Person centered care*. PZWL, s. 64-78.
59. Dudas K., Olsson L.E., Wolf A., Swedberg K., Taft C., Schaufelberger M., Ekman I. (2013). Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centred care than in usual care. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 12(6), 521-528. <https://doi.org/10.1177/1474515112472270>.
60. Ekman I., Hedman H., Swedberg K., Wallengren C. (2015). Commentary: Swedish initiative on person centred care. *BMJ*, 350, h160. <https://doi.org/10.1136/bmj.h160>.
61. Ekman I., Wolf A., Olsson L.E., Taft C., Dudas K., Schaufelberger M., Swedberg K. (2012). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *Eur Heart J*, 33(9), 1112-1119. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehr306>.
62. Elayyan M., Rankin J., Chaarani M.W. (2018). Factors affecting empathetic patient care behaviour among medical doctors and nurses: an integrative literature review. *East Mediterr Health J*, 24(3), 311-318. <https://doi.org/10.26719/2018.24.3.311>.
63. Elwyn G., Edwards A., Kinnersley P., Grol R. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract*, 50(460), 892-899.
64. Elwyn G., Frosch D., Thomson R., Joseph-Williams N., Lloyd A., Kinnersley P., Cording E., Tomson D., Dodd C., Rollnick S., Edwards A., Barry M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med*, 27(10), 1361-1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>.
65. Elwyn G., Laitner S., Coulter A., Walker E., Watson P., Thomson R. (2010). Implementing shared decision making in the NHS. *Bmj*, 341, c5146. <https://doi.org/10.1136/bmj.c5146>.
66. Engel K.G., Pedersen K., Johansen M.D., Schoennemann K.R., Kjaer L.B., Nayahangan L.J. (2022). Consensus on communication curriculum content in Danish undergraduate medical education: A Delphi study. *Med Teach*, 44(11), 1221-1227. <https://doi.org/10.1080/0142159x.2022.2072280>.
67. Epstein R.M., Hadee T., Carroll J., Meldrum S.C., Lardner J., Shields C. G. (2007). „Could this be something serious?” Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. *J Gen Intern Med*, 22(12), 1731-1739. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0416-9>.
68. Epstein R.M., Peters E. (2009). Beyond information: exploring patients' preferences. *Jama*, 302(2), 195-197. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.984>.
69. Ferri P., Guerra E., Marcheselli L., Cunico L., Di Lorenzo R. (2015). Empathy and burnout: an analytic cross-sectional study among nurses and nursing students. *Acta Biomed*, 86 Suppl 2, 104-115.
70. Filmore C. (1982). Frames Semantics. In The Linguistic Society of Korea (Ed.), *Linguistics in the Morning Calm: Selected Papers from SICOL-1981*. Hanshin Publishing Company, s. 111-137.
71. Fishbein M., Cappella J.N. (2006). The Role of Theory in Developing Effective Health Communications. *Journal of Communication*, 56(s1), S1-S17. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2006.00280.x>
72. Fitzpatrick R. (1997). Measuring Health Outcomes. In G. Scambler (Ed.), *Sociology as applied to medicine*. Saunders, s. 277-291.
73. Frank J.R., Snell L., Sherbino J. (2015). CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, <https://www.royalcollege.ca/content/dam/document/standards-and-accreditation/2015-canmeds-framework-reduced-e.pdf> (dostęp 20.04.2025).

74. Frankel R.M., Stein T. (2001). Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *J Med Pract Manage*, 16(4), 184-191.
75. Freidson E. (1960). Client Control and Medical Practice. *American Journal of Sociology*, 65, 374-382.
76. Freidson E. (1988). *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. The University of Chicago Press.
77. Goel S., Angeli F., Dhirar N., Singla N., Ruwaard, D. (2018). What motivates medical students to select medical studies: a systematic literature review. *BMC Medical Education*, 18(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1123-4>.
78. Graf J., Smolka R., Simoes E., Zipfel S., Junne F., Holderried F., Wosnik, A., Doherty A.M., Menzel K., Herrmann-Werner A. (2017). Communication skills of medical students during the OSCE: Gender-specific differences in a longitudinal trend study. *BMC Medical Education*, 17(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0913-4>.
79. Grzegorzczkova R. (1999). Pojęcie językowego obrazu świata. In J. Bartmiński (Ed.), *Językowy obraz świata*. Lublin. Instytut Filologii Polskiej UMCS, s. 39-46.
80. Grzegorzczkova R. (2004). Idee kognitywizmu jako podstawa badań porównawczych w zakresie semantyki. *Etnolingwistyka*(16), s. 75-83.
81. Grzegorzczkova R. (2006). Podstawowe funkcje języka a dialog lekarz – pacjent. In R. PAN (Ed.), *Komunikacja lekarz – pacjent w diagnostyce i leczeniu nowotworów*. RJP PAN, s. 19-26.
82. Gude T., Tyssen R., Anvik T., Grimstad H., Holen A., Baerheim A., Vaglum P., Løvseth L. (2020). Have medical students' attitudes towards clinical communication skills changed over a 12- year period? A comparative long-term study. *BMC Medical Education*, 20(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1915-1>.
83. Håkansson Eklund J., Holmström I.K., Kumlin T., Kaminsky E., Skoglund K., Högländer J., Sundler A.J., Condén E., Summer Meranius M. (2019). „Same same or different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns*, 102(1), 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029>.
84. Håkansson Eklund J., Holmström I.K., Lindqvist A.O., Lindquist, Sundler A.J., Hochwälder J., Hammar L.M. (2019). Empathy levels among nursing students: A comparative cross-sectional study. *Nurs Open*. 6(3), 983–989.
85. Hasin D.S., O'Brien C.P., Auriacombe M., Borges G., Bucholz K., Budney A., Compton W.M., Crowley T., Ling W., Petry N.M., Schuckit M., Grant B.F. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry*, 170(8), 834-851. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12060782>.
86. Health Foundation. (2016). *Person-centred care made simple*. What everyone should know about person-centred care. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/PersonCentredCareMadeSimple.pdf>.
87. Hibbard J.H., Greene J., Overton V. (2013). Patients with lower activation associated with higher costs; delivery systems should know their patients' 'scores'. *Health Aff (Millwood)*, 32(2), 216-222. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1064>.
88. Hojat M. (2016). Empathy and gender. Are men and women complementary or opposite sexes? In *Empathy in health professions education and patient care*. Springer, s. 169-187.
89. Hojat M., Gonnella J.S., Nasca T.J., Mangione S., Vergare M., Magee M. (2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry*, 159(9), 1563-1569. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1563>.
90. Hojat M., Mangione S., Nasca T.J., Rattner S., Erdmann J.B., Gonnella J.S., Magee M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ*, 38(9), 934-941. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2004.01911.x>.
91. Hojat M., Shannon S.C., DeSantis J., Speicher M.R., Bragan L., Calabrese L.H. (2020). Does Empathy Decline in the Clinical Phase of Medical Education? A Nationwide, Multi-Institutional, Cross-Sectional Study of Students at DO-Granting Medical Schools. *Acad Med*, 95(6), 911-918. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000003175>.

92. Hojat M., Vergare M.J., Maxwell K., Brainard G., Herrine S.K., Isenberg G.A., Veloski J., Gonnella J.S. (2009). The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*, 84(9), 1182-1191. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>.
93. Howick J., Slavin D., Carr S., Miall F., Ohri C., Ennion S., Gay S. (2024). Towards an empathic hidden curriculum in medical school: A roadmap. *J Eval Clin Pract*, 30(4), 525-532. <https://doi.org/10.1111/jep.13966>.
94. Humphris G.M., Kaney S. (2001). The Liverpool brief assessment system for communication skills in the making of doctors. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 6(1), 69-80. <https://doi.org/10.1023/a:1009879220949>.
95. Hurst J.W. (2011). Dr. Francis w. Peabody, we need you. *Tex Heart Inst J*, 38(4), 327-328; discussion 328-329.
96. Institute of Medicine Committee on Health Literacy. (2004). In L. Nielsen-Bohlman, A.M. Panzer, D.A. Kindig (Eds.), *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academy of Sciences. <https://doi.org/10.17226/10883>.
97. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. (2001). In *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. The National Academy of Sciences. <https://doi.org/10.17226/10027>.
98. Isenberg G.A., Roy V., Veloski J., Berg K., Yeo C. J. (2015). Evaluation of the validity of medical students' self-assessments of proficiency in clinical simulations. *J Surg Res*, 193(2), 554-559. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2014.09.036>.
99. Jacennik B., Hulewska A., Piasecka, A. (2012). *Komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu. Między psychologią a medycyną*. Vizja Press & IT.
100. Jahan F., Siddiqui H. (2019). Good Communication between Doctor-Patient Improves Health Outcome. *European Journal of Medical and Health Sciences*, 1(4). <https://doi.org/10.24018/ejmed.2019.1.4.84>.
101. Jankowiak-Siuda K., Kantor-Martynuska J., Siwy-Hudowska A., Śmieja M., Dobrołowicz-Konkol M., Zaráś-Wieczorek I., Siedler A. (2017). Psychometric properties of the Polish adaptation of short form of the Empathy Quotient (EQ-Short). *Psychiatr Pol*, 51(4), 719-734. <https://doi.org/10.12740/pp/64270>.
102. Jarosz M.J., Kawczyńska-Butrym Z., Włoszczak-Szubzda A. (2012). Communications models of physician-patient-family relationship. *Med Og Nauk Zdr.*, 18(3), 212-218. <https://www.monz.pl/Modele-komunikacyjne-relacji-lekarz-pacjent-rodzina.73303.0.2.html>.
103. Kataoka H.U., Koide N., Ochi K., Hojat M., Gonnella J.S. (2009). Measurement of Empathy Among Japanese Medical Students: Psychometrics and Score Differences by Gender and Level of Medical Education. *Academic Medicine*, 84(9), 1192-1197. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b180d4>.
104. Kaufman D.M., Laidlaw T.A., Langille D., Sargeant J., MacLeod H. (2001). Differences in medical students' attitudes and self-efficacy regarding patient-doctor communication. *Acad Med*, 76(2), 188. <https://doi.org/10.1097/00001888-200102000-00022>.
105. Kiessling C., Dieterich A., Fabry G., Hölzer H., Langewitz W., Mühlinghaus I., Pruskil S., Scheffer S., Schubert, S. (2010). Communication and social competencies in medical education in German-speaking countries: the Basel consensus statement. Results of a Delphi survey. *Patient Educ Couns*, 81(2), 259-266. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.017>.
106. King A., Hoppe R.B. (2013). „Best practice” for patient-centered communication: a narrative review. *J Grad Med Educ*, 5(3), 385-393. <https://doi.org/10.4300/jgme-d-13-00072.1>.
107. Kliszcz J., Nowicka-Sauer K., Trzeciak B., Nowak P., Sadowska A. (2006). Empathy in health care providers—validation study of the Polish version of the Jefferson Scale of Empathy. *Adv Med Sci*, 51, 219-225.
108. Kravitz R.L. (1996). Patients' expectations for medical care: an expanded formulation based on review of the literature. *Med Care Res Rev*, 53(1), 3-27. <https://doi.org/10.1177/107755879605300101>.
109. Krupat E., Frankel R., Stein T., Irish J. (2006). The Four Habits Coding Scheme: validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient Educ Couns*, 62(1), 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.04.015>.

110. Kurtz S., Silverman J., Benson J., Draper J. (2003). Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary–Cambridge Guides. *Academic Medicine*, 78(8), 802-809. https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2003/08000/marrying_content_and_process_in_clinical_method.11.aspx.
111. Kurtz S., Silverman J., Draper J. (2006). *Teaching and learning communication skills in medicine*. Radcliffe Publishing.
112. Kurtz S.M., Silverman J.D. (1996). The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ*, 30(2), 83-89. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1996.tb00724.x>.
113. Lambert B.L., Street R.L., Cegala D.J., Smith D.H., Kurtz S., Schofield T. (1997). Provider-Patient Communication, Patient-Centered Care, and the Mangle of Practice. *Health Communication*, 9(1), 27-43. https://doi.org/10.1207/s15327027hc0901_3.
114. Langacker R. (1995). *Wykłady z gramatyki kognitywnej*. Lublin. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
115. Levenstein J.H., McCracken E.C., McWhinney I.R., Stewart M.A., Brown J.B. (1986). The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*, 3(1), 24-30. <https://doi.org/10.1093/fampra/3.1.24>.
116. Löffler-Stastka H., Seitz T., Billeth S., Pastner B., Preusche I., Seidman C. (2016). Significance of gender in the attitude towards doctor-patient communication in medical students and physicians. *Wiener klinische Wochenschrift*, 128(17), 663-668. <https://doi.org/10.1007/s00508-016-1054-1>.
117. Luckmann T. (1983). Common Sense, Science and the Specialization of Knowledge. *Phenomenology and Pedagogy*(1), 61.
118. Maatouk-Bürmann B., Ringel N., Spang J., Weiss C., Möltner A., Riemann U., Langewitz W., Schultz J.H., Jünger J. (2016). Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*, 99(1), 117-124. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.012>.
119. Makoul G. (2001a). The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns*, 45(1), 23-34. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(01\)00136-7](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(01)00136-7).
120. Makoul G. (2001b). Essential Elements of Communication in Medical Encounters The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine*(4), 390-393. https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2001/04000/essential_elements_of_communication_in_medical.21.aspx.
121. Makou G., Noble L., Gulbrandsen P., van Dulmen S. (2024). Reinforcing the humanity in healthcare: The Glasgow Consensus Statement on effective communication in clinical encounters. *Patient Educ Couns*, 122, 108158. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108158>.
122. Malhotra A., Gregory I., Darvill E., Goble E., Pryce-Roberts A., Lundberg K., Konradsen S., Hafstad H. (2009). Mind the gap: Learners' perspectives on what they learn in communication compared to how they and others behave in the real world. *Patient Educ Couns*, 76(3), 385-390. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.024>.
123. Martin D., Demartines N., Hübner M. (2022). Patient Perspectives in Cancer Surgery. *J Clin Med*, 11(3). <https://doi.org/10.3390/jcm11030789>.
124. Matthys J., Elwyn G., Van Nuland M., Van Maele G., De Sutter A., De Meyere M., Deveugele M. (2009). Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. *Br J Gen Pract*. Jan;59(558):29-36. doi: 10.3399/bjgp09X394833.
125. McCormack B., McCance T., Bulley C., Brown D., Ailsa M., Suzanne, M. (2021). *Fundamentals of Person-Centred Healthcare Practice*. Wiley-Blackwell.
126. Mead N., Bower P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*, 51(7), 1087-1110. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00098-8).
127. Mendyk K., Kowalik M., Kuczyński B., Nurzyńska-Flak J. (2016). Wybrane aspekty komunikacji lekarza z pacjentem: opinia studentów medycyny i lekarzy stażystów. In D. Żolnierczuk-Kieliszek, M. Janiszewska (Eds.), *Zdrowie, psychologia, społeczeństwo – przegląd wybranych zagadnień*. Lublin. Wydawnictwo Naukowe TYGIEL sp. z o. o., s. 267-276.

128. Mocny-Pachońska K., Łanowy P., Trzcionka A., Skaba D., Tanasiewicz M. (2020). Gender related changes of empathy level among Polish dental students over the course of training. *Medicine (Baltimore)*, 99(1), e18470. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000018470>.
129. Moens K., Peeters M., Van den Bulcke M., Leys M., Horlait M. (2022). Development, Testing, and Implementation of the Belgian Patient Reported Experience Measure for Pancreatic Cancer Care (PREPARE) Project: Protocol for a Multi-Method Research Project. *JMIR Res Protoc*, 11(6), e29004. <https://doi.org/10.2196/29004>.
130. Molinuevo B., Aradilla-Herrero A., Nolla M., Clèries, X. (2016). A comparison of medical students', residents' and tutors' attitudes towards communication skills learning. *Educ Health (Abingdon)*, 29(2), 132-135. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.188755>.
131. Morgan S., Yoder L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs*, 30(1), 6-15. <https://doi.org/10.1177/0898010111412189>.
132. Morse A. (2021). The Importance of Patients' Perspectives in Providing Ophthalmic Care—Lessons From the COVID-19 Pandemic. *JAMA Ophthalmol.*, 139(5), 516–517. <https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2021.0121>.
133. Moskalewicz, M., & Zamojski, J. r. (2017). *Filozofia medycyny. Rozważania o tradycji i współczesności*. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
134. Mukherjee S. (2018). *Prawa medycyny. Zapiski z niepewnego terenu*. Warszawa. Grupa Wydawnicza Relacja
135. Munthe C., Sandman L., Cutas, D. (2012). Person Centred Care and Shared Decision Making: Implications for Ethics, Public Health and Research. *Health Care Analysis*, 20(3), 231-249. <https://doi.org/10.1007/s10728-011-0183-y>.
136. Murtagh G.M. (2023). A critical look at ideas, concerns and expectations in clinical communication. *Med Educ*. Apr;57(4):331-336. doi: 10.1111/medu.14975.
137. National Institute on Drug Abuse. (2021). *Words Matter: Preferred Language for Talking About Addiction*. National Institute on Drug Abuse. <https://nida.nih.gov/research-topics/addiction-science/words-matter-preferred-language-talking-about-addiction>.
138. National Institutes of Health. *The NIH Style Guide*. <https://www.nih.gov/nih-style-guide>.
139. Nembhard I. M., David G., Ezzeddine I., Betts D., Radin J. (2023). A systematic review of research on empathy in health care. *Health Serv Res*, 58(2), 250-263. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14016>.
140. Nettleton S. (2007). *The sociology of health and illness*. Polity Press.
141. Neumann M., Edelhäuser F., Tauschel D., Fische, M.R., Wirtz M., Woopen C., Haramati A., Scheffer C. (2011). Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996-1009. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615>.
142. Neville A.W.W., Martin D., Samson L., Feldman P., Wallace G., Jamouille O., Franois J., Lussier M-T., Dojeiji S. (2015). Communicator. Frank J.R., Snell L., Sherbino J., (Ed.), *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
143. Niederdeppe J., Fowler E.F., Goldstein K., Pribble J. (2010). Does Local Television News Coverage Cultivate Fatalistic Beliefs about Cancer Prevention? *J Commun*, 60(2), 230-253. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2009.01474.x>.
144. Noble L.M., Scott-Smith W., O'Neill B., Salisbury H. (2018). Consensus statement on an updated core communication curriculum for UK undergraduate medical education. *Patient Educ Couns*, 101(9), 1712-1719. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.04.013>.
145. Nowak S. (1973). Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych. In S. Nowak (Ed.), *Teorie postaw*. Warszawa. PWN, s. 17-88.
146. Nowina Konopka M. (2016). *Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka*. Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej UJ.
147. Nowina Konopka M. (2023). Rola ekspertów komunikacji medycznej w badaniach z zakresu human–robot interaction. In A. Doroszevska, M. Chojnacka-Kuraś, A.K. Jankowska (Eds.), *Komunikacja medyczna – wyzwania i źródła inspiracji*. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, s. 257-268.

148. Nunes P., Williams S., Sa B., Stevenson K. (2011). A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *Int J Med Educ*, 2, 12-17.
149. Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>.
150. Oben P. (2020). Understanding the Patient Experience: A Conceptual Framework. *J Patient Exp*, 7(6), 906-910. <https://doi.org/10.1177/2374373520951672>.
151. Olsson L.E., Hansson E., Ekman I., Karlsson J. (2009). A cost-effectiveness study of a patient-centred integrated care pathway. *J Adv Nurs*, 65(8), 1626-1635. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05017.x>.
152. Olsson L. E., Karlsson J., Ekman I. (2006). The integrated care pathway reduced the number of hospital days by half: a prospective comparative study of patients with acute hip fracture. *J Orthop Surg Res*, 1, 3. <https://doi.org/10.1186/1749-799x-1-3>.
153. Olsson, L.E., Karlsson, J., & Ekman, I. (2007). Effects of nursing interventions within an integrated care pathway for patients with hip fracture. *J Adv Nurs*, 58(2), 116-125. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04209.x>.
154. Oxford University Press. Illness, n. In *Oxford English dictionary*. <https://doi.org/10.1093/OED/9765802189>.
155. Ozair A., Singh K.K., Kumar P. (2021). Decline of Empathy During Medical Education. *Academic Medicine*, 96(3), 317. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000003748>.
156. Panczyk M., Iwanow L., Zarzeka A., Jaworski M., Gotlib J. (2019). Communication skills attitude scale: a translation and validation study in a sample of registered nurses in Poland. *BMJ Open*, 9(5), e028691. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028691>.
157. Park K.H., Kim D.H., Kim S.K., Yi Y.H., Jeong J.H., Chae J., Hwang J., Roh H. (2015). The relationships between empathy, stress and social support among medical students. *Int J Med Educ*, 6, 103-108. <https://doi.org/10.5116/ijme.55e6.0d44>.
158. Paro H.B., Silveira P.S., Perotta B., Gannam S., Enns S.C., Giava R.R., Bonito R.F., Martins M.A., Tempiski P.Z. (2014). Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout? *PLoS One*, 9(4), e94133. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094133>.
159. Parsons T. (2009). *System społeczny*. Warszawa. PWN.
160. Peabody F.W. (1984). Landmark article March 19, 1927: The care of the patient. By Francis W. Peabody. *Jama*, 252(6), 813-818. <https://doi.org/10.1001/jama.252.6.813>.
161. Perry B.L., Pescosolido B.A. (2010). Functional specificity in discussion networks: The influence of general and problem-specific networks on health outcomes. *Social Networks*, 32(4), 345-357. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socnet.2010.06.005>.
162. Piątkowski W. (2008). *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*. Lublin. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
163. Piątkowski W. (2012). *Beyond Medicine: Non-medical Methods of Treatment in Poland*. Peter Lang.
164. Piątkowski W. (2020). From Medicine to Sociology. Health and illness in Magdalena Sokołowska's research conceptions, *Studies in Social Sciences, philosophy and history of ideas*, vol. 27, Peter Lang, Berlin.
165. Piątkowski W., Zalewska-Blechar P. (2023). Społeczna i poznawcza tożsamość socjologii medycyny w ujęciu Eliota Freidsona. *Zeszyty Naukowe KUL*(1), 107-124. <https://czasopisma.kul.pl/index.php/znkul/article/view/13954/14329>.
166. Pieniawska K., Śmiech K., Ba, K., Pawlas K. (2017). Zawód przez zawodem – czy wypalenie może objawiać się już na studiach? Badanie populacji polskich studentów medycyny. *Medycyna Środowiskowa - Environmental Medicine*, 20(2), 22-31.
167. Przybylska R. (2002). *Polisemia przymków polskich w świetle semantyki kognitywnej*. Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych „Universitas”.

168. Przymuszała P., Cerbin-Koczorowska M., Marciniak-Stepak P., Szlanga L., Zielinska-Tomczak L., Dabrowski M., Marciniak R. (2021). Communication skills learning during medical studies in Poland: opinions of final-year medical students. *Disaster and Emergency Medicine Journal*, 6(4), 172-182. [10.5603/DEMJ.a2021.0035](https://doi.org/10.5603/DEMJ.a2021.0035).
169. Przymuszała P., Cerbin-Koczorowska M., Marciniak-Stepak P., Zielińska-Tomczak Ł., Piszczek M., Jasiński J., Marciniak R. (2021). Affective and cognitive components of students' attitudes towards communication learning - validation of the Communication Skills Attitude Scale in a cohort of Polish medical students. *BMC Med Educ*, 21(1), 190. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02626-7>.
170. Puchalski K. (1990). Świadomość potoczna a niedziałanie zdrowotne. In A. Gniazdowski (Ed.), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*, s. 331-340.
171. Puchalski K., Korzeniowska E. (2004). Rola potocznych racjonalizacji w wyjaśnianiu aktywności prozdrowotnej. In W. Piątkowski (Ed.), *Zdrowie, choroba, społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*. Wydawnictwo UMCS, s. 107-126.
172. Rachubińska K., Stanisławska M., Wieder-Huszla S., Grabowicz A., Grochans E. (2017). Motywy oraz satysfakcja z wyboru studiów na kierunku pielęgniarstwo jako determinanty poziomu empatii u studentów pielęgniarstwa. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 7(3), 207-212.
173. Ramond, S., Ramírez A.S. (2017). Fatalism and exposure to health information from the media: examining the evidence for causal influence. *Ann Int Commun Assoc*, 41(3-4), 298-320. <https://doi.org/10.1080/23808985.2017.1387502>.
174. Rees C., Sheard C., Davies S. (2002a). The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: the Communication Skills Attitude Scale (CSAS). *Med Educ*, 36(2), 141-147. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01072.x>.
175. Rees C., Sheard C. (2002b). The relationship between medical students' attitudes towards communication skills learning and their demographic and education-related characteristics. *Med Educ*, 36(11), 1017-1027. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01333.x>.
176. Rider E.A., Hinrichs M.M., Lown B.A. (2006). A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. *Med Teach*, 28(5), e127-134. <https://doi.org/10.1080/01421590600726540>.
177. Robinson J.H., Callister L.C., Berry J.A., Dearing K.A. (2008). Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract*, 20(12), 600-607. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x>.
178. Rosenberg M. (2003). *Porozumienie bez przemocy. O języku serca*. Warszawa. Jacek Santorski&Co.
179. Rosenstock I.M. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education and Behavior* 2(4). <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>.
180. Rosenthal S., Howard B., Schluskel Y.R., Herrigel D., Smolarz B.G., Gable B., Vasquez J., Grigo H., Kaufman M. (2011). Humanism at Heart: Preserving Empathy in Third-Year Medical Students. *Academic Medicine*, 86(3), 350-358. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318209897f>.
181. Roshal J.A., Chefitz D., Terregino C.A., Petrova A. (2021). Comparison of self and simulated patient assessments of first-year medical students' Interpersonal and Communication Skills (ICS) during Objective Structured Clinical Examinations (OSCE). *BMC Med Educ*, 21(1), 107. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02540-y>.
182. Rotenstein L.S., Huckman R.S., Wagle N.W. (2017). Making Patients and Doctors Happier - The Potential of Patient-Reported Outcomes. *N Engl J Med*, 377(14), 1309-1312. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1707537>.
183. Roter D.L., Hall J.A. (2004). Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. *Annu Rev Public Health*, 25, 497-519. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123134>.
184. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego. *Dz.U. 2019 poz. 1573 z późn. zm.*

185. Ruiz-Moral R, Monge Martin D., Garcia de Leonardo C., Denizon S., Cerro Pérez A., Caballero Martínez F. (2021). Medical students' attitudes towards communication skills training: a longitudinal study with one cohort. *GMS J Med Educ*, 38(6), Doc107. <https://doi.org/10.3205/zma001503>.
186. Sak-Dankosky N. (2024). Idea opieki zorientowanej na osobę. In N. Sak-Dankosky, L. Serafin (Eds.), *Opieka zorientowana na osobę. Person centered care*. Warszawa. PZWL, s. 1-29.
187. Santana M.J., Manalili K., Jolley R.J., Zelinsky S., Quan H., Lu M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expectations*, 21(2), 429-440. <https://doi.org/10.1111/hex.12640>.
188. Schreurs S., Cleutjens K., Cleland J., Oude Egbrink M.G.A. (2020). Outcomes-Based Selection Into Medical School: Predicting Excellence in Multiple Competencies During the Clinical Years. *Acad Med*, 95(9), 1411-1420. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000003279>.
189. Sesiuk A., Rzepiela L., Galas M., Jankowska, A.K. (2017). Motywy wyboru kierunku studiów i specjalizacji przez studentów medycyny. *Medyczna Wokanda*(9), 191-199.
190. Shale S. (2013). Patient experience as an indicator of clinical quality in emergency care. *Clinical Governance: An International Journal*, 18(4), 285-292. <https://doi.org/10.1108/CGIJ-03-2012-0008>.
191. Silverman J., Kurt, S., Draper J. (2018). *Umiejętności komunikowania się z pacjentami* Medycyna Praktyczna.
192. Simpson M., Buckman R., Stewart M., Maguire P., Lipkin M., Novack D., James, T. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *British Medical Journal*(303), 1385–1387. <https://doi.org/10.1136/bmj.303.6814.1385>.
193. Skorus U., Karpińska I., Kominko A., Romaniszyn M. (2020). Dlaczego polscy studenci medycyny rezygnują z podejmowania specjalizacji zabiegowych? Badanie ankietowe. *Pol Przegl Chir*, 92(2), 12-21.
194. Skowronek B. (2022). Językowy obraz świata. *Magazyn Polskiej Akademii Nauk*(4), 18-20. https://journals.pan.pl/Content/125738/PDF/18-20_Skowronek_pol.pdf.
195. Skrzypek M. (2011). *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej*. Lublin. Wydawnictwo KUL.
196. Sobczak K., Popowicz B. (2019). The analysis of the empathy factor in students of medical sciences. *Polish Annals of Medicine*, 26(2), 145-150. <https://doi.org/10.29089/2019.19.00079>.
197. Sobczak K., Zdun-Ryżewska A., Rudnik A. (2021). Intensity, dynamics and deficiencies of empathy in medical and non-medical students. *BMC Medical Education*, 21(1), 487. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02927-x>.
198. Sokołowska M. (1986). *Socjologia medycyny*. Warszawa. PZWL.
199. Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H., Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.
200. Stalmach-Przygoda A. (2018). Wyjaśnianie i planowanie. In M. Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki (Eds.), *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*. Medycyna Praktyczna, s. 93-114.
201. Stewart M., Belle Brown J., Weston W., Freeman T., Ryan B.L, McWilliam C.L, McWhinney I.R. (2014). *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. CRC Press Taylor & Francis Group.
202. Straughan P.T., Seow A. (1998). Fatalism reconceptualized: A concept to predict health screening behavior. *Journal of Gender Culture and Health*, 3, 85-100.
203. Street R.L., Haidet P. (2011). How well do doctors know their patients? Factors affecting physician understanding of patients' health beliefs. *J Gen Intern Med*, 26(1), 21-27. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1453-3>.
204. Synowiec-Piłat M. (2013). Podjęcie decyzji o korzystaniu z usług medycznych w kontekście koncepcji lay referral system. Przypadek chorób nowotworowych. *Acta Universitatis Lodzensis Folia Sociologica* (45), 131-145. <https://doi.org/https://www.kreatywniedlazdrowia.pl/kdz/publikacjapodjecie.pdf>.
205. Synowiec-Piłat M. (2015). Możliwości praktycznych zastosowań wyników badań socjomedycznych w onkologii. In A. Ostrowska, M. Skrzypek (Eds.), *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju*. Warszawa. Wydawnictwo IFiS PAN, s. 189-216.

206. Szasz T.S., Hollender M.H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med*, 97(5), 585-592. <https://doi.org/10.1001/archinte.1956.00250230079008>.
207. Szawarski Z. (1999). Cierpię, więc jestem. *Etyka*(32), 143-150.
208. Szawarski Z. (2005). *Mądrość i sztuka leczenia*. Gdańsk. słowo/obraz terytoria.
209. Szawarski Z. (2007). Terapeutyczna funkcja słowa: implikacje etyczne. In J. Doroszewski (Ed.), *Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacja lekarza z pacjentem*. RJP PAN, s. 25-34.
210. Szczeklik A., Kore (2007). O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy, Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, Kraków.
211. Taranowicz I. (2015). Między racjonalnością modelu profesjonalnego a racjonalnością laicką. In A. Ostrowska, M. Skrzypek (Eds.), *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza*. Wydawnictwo IFiS PAN, s. 131-158.
212. Tate P. (2005). Ideas, concerns and expectations. *Medicine*, 33(2), 26-27. <https://doi.org/10.1383/medc.33.2.26.58376>.
213. Teófilo T.J.S., Veras R.F.S., Silva V.A., Cunha N.M., Oliveira J.D.S., Vasconcelos S.C. (2019). Empathy in the nurse-patient relationship in geriatric care: An integrative review. *Nurs Ethics*, 26(6), 1585-1600. <https://doi.org/10.1177/0969733018787228>.
214. Teresa-Morales C., Rodríguez-Pérez M., Ramos-Pichardo J. D. (2023). Reasons for choosing and completing nursing studies among incoming and outgoing students: A qualitative study. *Nurse Educ Today*, 125, 105794. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105794>.
215. The Beryl Institute. (2020). *Defining patient experience*. <https://www.theberylinstitute.org/page/DefiningPX> (dostęp 22.02.2025).
216. Thiel J., Ram P., Dalen J. (2000). Maas-Global Manual 2000. Guidelines to the rating of communication skills and clinical skills of doctors with the Maas-Global. Maastricht University. <https://each.international/wp-content/uploads/2021/01/MAAS-Global-2000-EN1.pdf> (dostęp 22.01.2025).
217. Thorsen H., Witt K., Hollnagel H., Malterud K. (2001). The purpose of the general practice consultation from the patient's perspective--theoretical aspects. *Fam Pract*, 18(6), 638-643. <https://doi.org/10.1093/fampra/18.6.638>.
218. Tobiasz-Adamczyk B. (2012). „Życie w ramach” wyznaczonych chorobą nowotworową – rola socjologii medycyny. *Przegląd Socjologiczny*, LXI(2), 81-118.
219. Tokarski R. (1993). Słownictwo jako interpretacja świata. In J. Bartmiński (Ed). *Encyklopedia kultury polskiej XX wieku, t. 2: Współczesny język polski* (pp. 335-362). Wrocław. Wiedza o Kulturze, s. 343-370.
220. Uhlmann R.F., Inui T.S., Carter W.B. (1984). Patient requests and expectations. Definitions and clinical applications. *Med Care*, 22(7), 681-685. <https://doi.org/10.1097/00005650-198407000-00011>.
221. Viswanath K., Nagler R.H., Bigman-Galimore, C.A., McCauley M.P., Jung M., Ramanadhan S. (2012). The communications revolution and health inequalities in the 21st century: implications for cancer control. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 21(10), 1701-1708. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.Epi-12-0852>.
222. Volkow N.D., Gordon J.A., Koob G.F. (2021). Choosing appropriate language to reduce the stigma around mental illness and substance use disorders. *Neuropsychopharmacology*, 46(13), 2230-2232. <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01069-4>.
223. von Fragstein M., Silverman J., Cushing A., Quilligan S., Salisbury H., Wiskin C. (2008). UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ*, 42(11), 1100-1107. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03137.x>.
224. Walsh T., Barr P.J., Thompson R., Ozanne E., O'Neill C., Elwyn G. (2014). Undetermined impact of patient decision support interventions on healthcare costs and savings: systematic review. *Bmj*, 348, g188. <https://doi.org/10.1136/bmj.g188>.
225. WHO. (2023). *Communicating with caregivers about the Human Papillomavirus vaccination: facilitator's guide*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365916/WHO-EURO-2023-6839-46605-67665-eng.pdf?sequence=1&WHOW%20Regional%20Office%20for> (dostęp 10.04.2024).

226. Windover A.K., Boissy A., Rice T.W., Gilligan T., Velez V.J., Merlino J. (2014). The REDE Model of Healthcare Communication: Optimizing Relationship as a Therapeutic Agent. *Journal of Patient Experience*, 1(1), 8-13. <https://doi.org/10.1177/237437431400100103>.
227. Witt M., Jankowska, A.K. (2018). Breaking bad news in genetic counseling-problems and communication tools. *J Appl Genet*, 59(4), 449-452. <https://doi.org/10.1007/s13353-018-0469-y>.
228. Wright K.B., Bylund C., Ware J., Parker P., Query J.L., Baile W. (2006). Medical Student Attitudes Toward Communication Skills Training and Knowledge of Appropriate Provider-Patient Communication: A Comparison of First-Year and Fourth-Year Medical Students. *Medical Education Online*, 11(1), 4594. <https://doi.org/10.3402/meo.v11i.4594>.
229. Yates N., Gough S., Brazil V. (2022). Self-assessment: With all its limitations, why are we still measuring and teaching it? Lessons from a scoping review. *Med Teach*, 44(11), 1296-1302. <https://doi.org/10.1080/0142159x.2022.2093704>.
230. Zaborowski P. (2019). Komunikacja... i co dalej? In M. Kulus, A. Doroszevska, & M. Chojnacka-Kuraś (Eds.), *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*. Polska Akademia Nauk, s. 89-97.
231. Zanini C., Sarzi-Puttini P., Atzeni F., Di Franco M., Rubinelli S. (2014). Doctors' Insights into the Patient Perspective: A Qualitative Study in the Field of Chronic Pain. *BioMed Research International*, 2014, 514230. <https://doi.org/10.1155/2014/514230>.
232. Zapała J. (2018). Compliance, adherence i concordance w relacji między lekarzem a pacjentem jako zintegrowany model komunikacji. *Psychoonkologia*, 22(3), 102–106. <https://doi.org/10.5114/psn.2018.87893>.
233. Zdun-Ryżewska A., Sobczak K., Rudnik, A. (2022). Fatigue, Pro-Social Attitude and Quality of Life as Predictors of Empathy in Medical and Social-Oriented Students. *Int J Environ Res Public Health*, 19(23). <https://doi.org/10.3390/ijerph192315853>.
234. Zembala A. (2015). Modele komunikacyjne w relacjach lekarz – pacjent. *Zeszyty Naukowe Doktorantów UJ*(11), 35-50.
235. Zill J.M., Scholl I., Härter M., Dirmaie, J. (2013). Evaluation of dimensions and measurement scales in patient-centeredness. *Patient Prefer Adherence*, 7, 345-351. <https://doi.org/10.2147/ppa.S42759>.

Antonina Doroszevska – doktor nauk społecznych, socjolożka. Adiunktka i kierowniczka Studium Komunikacji Medycznej na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Zajmuje się komunikacją medyczną i badaniami w zakresie edukacji medycznej. Koncentruje się na kształtowaniu kompetencji komunikacyjnych studentów kierunków medycznych oraz pracowników ochrony zdrowia. Autorka programów kształcenia z zakresu komunikacji dla studentów kierunków medycznych. Jej zainteresowania naukowe obejmują zagadnienia związane z socjologicznymi uwarunkowaniami relacji pracowników ochrony zdrowia z pacjentami, perspektywą pacjenta, komunikacją personelu medycznego z pacjentami oraz w zespołach interprofesjonalnych. Zajmuje się także wpływem czynników kulturowych, społecznych i prawnych na proces komunikacji w opiece zdrowotnej. W pracy stosuje interdyscyplinarne podejście i metody dydaktyczne wspierające rozwój umiejętności niezbędnych w praktyce medycznej. Posiada doświadczenie w kształceniu z udziałem symulowanych pacjentów. Autorka licznych publikacji naukowych i wystąpień na konferencjach. Członkini Rady Języka Polskiego przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, przewodnicząca Zespołu Języka w Medycynie RJP PAN, członkini Polskiego Towarzystwa Socjologicznego i Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej.

„Monografia Pani Doktor Antoniny Doroszewskiej – wszechstronnie opisująca i analizująca nie tylko koncepcję perspektywy pacjenta, ale także Jej własne, oryginalnie zaplanowane badania ponad tysiąca przyszłych lekarzy i pielęgniarek – to pozycja unikatowa w polskim piśmiennictwie. Zawiera wyczerpujące opisy protokołów dotychczas stosowanych w nauczaniu komunikacji w wiodących uniwersytetach medycznych na świecie i szeroką, wnikliwą dyskusję wyników ich stosowania. Omawia także aspekty językowe, socjologiczne i etyczne zagadnienia. Ogromnym walorem ocenianej publikacji jest ponadto zaproponowany przez Autorkę własny model opisu tego, czym jest perspektywa pacjenta i jak w uporządkowany sposób uwzględniać wszystkie jej elementy w trakcie rozmowy z chorym. Ten protokół, o nazwie PERSPECTIVE, to nie tylko narzędzie zrozumienia opisywanego zagadnienia. To także pełny i syntetyczny model, poparty konkretnymi wskazówkami i zaleceniami, który znakomicie nadaje się do układania programów nauczania i sprawdzania umiejętności prawdziwej rozmowy z chorym i cierpiącym człowiekiem” (z recenzji prof. Piotra Zaborowskiego).

„Publikacja jako pierwsze w krajowym i nie tylko piśmiennictwie podejmuje temat perspektywy pacjenta niezwykle ważny w komunikacji medycznej, lecz również w etyce lekarskiej. Autorka dokonała bardzo wnikliwej analizy światowego piśmiennictwa. Zaproponowała z drugiej strony oryginalne podejście do problemu. Publikacja wzbudzi zainteresowanie wszystkich zajmujących się problematyką komunikacji medycznej i etyki lekarskiej i będzie pomocą dla studentów realizujących zajęcia z tych przedmiotów” (z recenzji prof. Tomasza Pasierskiego).