




DAWID PLUTECKI

Collegium Medicum, University of Jan Kochanowski in Kielce

 <https://orcid.org/0000-0002-4485-9250>

Doctor-patient communication in the opinion of medical students

In every conversation there is the problem
of finding a common language

– Antoni Kępiński

ABSTRACT: Interpersonal communication in medicine is a very important topic that requires constant development and training of health care physicians. The article is a report from a study the aim of which was to find out the opinions of medical students from Polish universities on this subject. The study involved 56 female students and 38 students who answered questions about: communication techniques in the doctor-patient relationship, protocols for passing on unsuccessful information, concerns related to contact with a given patient, communication barriers, the impact of the COVID-19 pandemic on interpersonal communication, departments with which the greatest communication problems are associated, the usefulness of optional classes during the education of students in the field of medicine. The conclusions were presented in the discussion, along with the possibilities of solving potential communication problems in the patient-doctor relationship.

KEYWORDS: interpersonal communication, doctor, patient

Komunikacja lekarza z pacjentem w opinii studentów kierunku lekarskiego

STRESZCZENIE: Komunikacja interpersonalna w leczeniu jest bardzo ważnym tematem, wymagającym trwałego rozwoju i doksztalcania lekarzy ochrony zdrowia. Artykuł jest raportem z badania, którego celem było poznanie opinii studentów kierunku lekarskiego z polskich uczelni akademickich na ten temat. W badaniu wzięło udział 56 studentek i 38 studentów, którzy odpowiadali na pytania dotyczące: technik komunikacyjnych w relacji lekarz – pacjent, protokołów przekazania niepomysłnej informacji, obaw związanych z kontaktem z danym pacjentem, barier komunikacyjnych, wpływu pandemii COVID-19 na komunikację interpersonalną, oddziałów, z którymi są związane największe problemy komunikacyjne, użyteczności zajęć fakultatywnych podczas kształcenia studentów na kierunku lekarskim. Wnioski zostały przedstawione w dyskusji, wraz z możliwościami rozwiązywania potencjalnych problemów komunikacyjnych w relacji pacjent – lekarz.

SŁOWA KLUCZOWE: komunikacja interpersonalna, lekarz, pacjent

The problems of communication between the doctor and the patient

Functioning in social life requires every human being to communicate, that is, to master a natural skill that allows them to understand, formulate thoughts, and interact with their environment. Communication interpersonally is an exchange of information between people by sending and receiving appropriate messages. A necessary condition for communication to occur is a common code, understood by both the sender and the receiver. During the transmission of the encoded information, the message may be disturbed and modified at the level of response and feedback after the message has been decoded by the recipient. This is why the relations between intrapersonal communication and interpersonal communication are so important. Throughout the development of human civilisation, man has developed more and more perfect formulas, thanks to which it has become possible to exchange experiences and establish contacts through communication with another person. Currently, according to the assumptions of the contextual-pragmatic theory, the effectiveness of communication depends not only on factors related to the developmental age, but also on such conditions as the task-related, interpersonal, cultural and linguistic contexts (Nęcki, 2007, p. 109). Every message consists of linguistic (words) and non-linguistic (gestures) components. The final meaning of the spoken message is given by non-verbal communication codes.

Because of the themes described, it is impossible to be indifferent between the patient-doctor communication. According to Section 1 of Article 12 of the medical Code of ethics, “A doctor should treat patients kindly and courteously, respecting their personal dignity, right to intimacy and privacy”. Also important in this respect is the Section 2 of this Article, “The relationship between the patient and the doctor should be based on mutual trust [...]”. Conversation with the patient, and the communication of the diagnosis are the initial tasks, which are an invitation to build contact with another person. The patient should always come on first place, the most important for the doctor and the medical staff, and not just a disease case. In the same way, the fact of the relatively short – by necessity – time allocated to the patient, or even when the consultation takes place over the telephone, this should not be an excuse for failing to approach the patient properly, for ignoring them or not answering their questions. Nowadays, patients are more and more aware of their rights, they also have a greater amount of medical knowledge thanks to the universal access to information via, for example, websites, doctors’ blogs or films explaining the aetiology of a given disease and possible therapeutic activities. Moreover, some patients have become more assertive, have more remarks concerning the doctor, write complaints and want the health service to serve their interests because they pay for it. The doctor should

look at the patient holistically and not only treat their somatic diseases, but also take care of their mental state. Despite having many responsibilities, the doctor should also continue with their education on this issue so as to adapt to the needs of each patient. In 2018, the patient ombudsman and the president of the Chamber of Physicians and Dentists approached the rectors of medical universities with a proposal to increase the amount of time allocated to practical teaching on effective communication with patients. This is further evidence of how important it is to learn how doctors should communicate with patients. This is a social and ethical problem. The diagnosis and prognosis are not always favourable for the patient, and their family and relatives; nevertheless, the doctor must remain objective and professional, and give them adequate time to get used to the message, and the content of the message must be comprehensible to the patient (Kępiński, 2014, pp. 40–46). According to Section 2 of article 13 of the medical Code of ethics, “Any information given to the patient should be formulated in a way that is understandable to them.”

One of the contemporary advocates of the importance of patient-doctor communication among the medical community and students is Stanisław Głuszek who in his monograph entitled “A Record of Dying” presents ethical and moral dilemmas and problems in the daily work of a physician, the author also presented the human drama accompanying the patient shortly before death (Głuszek, 2011, pp. 17–41). It is worth reminding that attention was paid to this issue already in ancient India. Sushruta Samhita, an ancient Sanskrit text on medicine and surgery from around the 6th century BC emphasised the importance of proper communication with the patient in the context of medical ethics. “Devote yourself wholly to healing the patient even if you lose your life in the process. Never harm the patient, not even in your thoughts. Always try to improve your knowledge [...] The doctor must pay attention to his good attire, and must behave properly. You must never talk to the patient about his possible death if by doing so you harm the patient or someone else” (Thorwald, 2021, pp. 161–200). This text is clearly similar to the Hippocratic Oath, so well-known among the public.¹

The problem of doctor-patient communication is addressed in numerous empirical studies. Antonina Ostrowska proved in her research that constructive explanation of the cause of the illness and the way of its treatment is important for 68%² of patients (Ostrowska, 2009, pp. 236–250). The author stressed that nowadays, amidst the throngs of patients and a small number of doctors, it is sometimes forgotten that most patients want to feel important to the doctor and entrust their lives to them. The patient’s autonomy and will should always be respected, and the good of the patient should be paramount.

1 Historians argue to this day about which texts came earlier.

2 All percentages are rounded to the nearest whole number.

Research by Agnieszka Sulkowska, Stanisław Milewski and Katarzyna Kaczorowska-Bray (2018, pp. 36–55) also yields interesting conclusions. The authors conducted narrative interviews among 52 patients, 32 women and 20 men, who were all chronically ill and have been hospitalised multiple times. The analysis shows that 40% of the respondents stated that a “good conversation” builds mutual trust and helps with the healing process. Furthermore, 65% of the respondents considered time adequately devoted to them as a sign of respect towards the patient, while the rest of the patients mentioned the doctor’s high level of factual knowledge and empathetic approach to the patient as the basis of communication. In addition, 48% of patients believe that it is possible for the doctor and the patient to choose the most convenient treatment method together, in a friendly atmosphere. For all patients, when communicating the so-called “bad news”, the most important thing is to leave the patient with “some hope” so that they have further motivation to live, and to present a plan for further management of the disease. All the respondents stressed that doctors should have optional classes in the subject “communication with the patient” during their medical studies. Another author, Jack Pun, conducted a study with a group of 50 Chinese sixth-year students attending a medical school in Hong Kong and distinguished 6 patterns, or discourse strategies of conveying news to the patient that were used by the students. These patterns were as follows: placing great emphasis on patients’ emotional needs, showing insufficient concern for patients’ emotional needs, prioritising a preferred treatment plan rather than respecting patients’ families’ needs, acknowledging concerns about patients’ physical discomfort and their dying wishes, breaking bad news directly to patients, and satisfying patients’ expectations concerning their family. Additionally, some students showed poor sensitivity to non-verbal cues such as tone of voice, gestures and body language (Pun, 2021).

Another group of authors addressed the issue of optional classes on correct physician-patient communication (Villela et al., 2020). In this study, carried out at the Midwestern school of medicine, 30 students from this university participated in a course that lasted one term (four hours a week) and covered topics such as using the SPIKES³ protocol, dealing with multiple stressful situations, and breaking bad news (Jarosz, 2013, pp. 225–229). The results of this study were as follows:

- 30% of the students were aware of the importance of communicating bad news in medicine, and of the existence of specific protocols. The results for

³ This is an example of a protocol for breaking bad news to a patient. Each letter of the word SPIKES stands for the consecutive stage in the conversation with the patient: setting – appropriate setting; perception – recognition of the current state of the patient’s knowledge; invitation – invitation to conversation; knowledge – breaking the news; emotions and empathy; strategy and summary – plan of action and summary.

the group after the course indicated that 90% of the participants recognised the importance of communicating bad news and stated that they were able to apply the protocols in their clinical training situations;

- 90% of the students said that they had never been trained in delivering bad news and felt that this was an important gap in the medical curriculum. The most valued teaching strategies were role-playing and the use of the SPIKES protocol;
- 80% students admitted that they realised how important it is to tell the truth to the patient and develop empathy in order to ensure good professional performance;
- 76% of the students realised the need to improve in the terms of body language, gestures and other verbal and non-verbal communication codes.

Katarzyna Mendyk, Monika Kowalik, Bartosz Kuczyński and Joanna Nurzyńska-Flak surveyed 327 fifth- and sixth-year students and doctors in training from Polish medical academic centres. The empirical analysis suggests that the course of a conversation is most often influenced by the patient's beliefs and perceptions (40% of respondents indicated this factor), emotions (21%) and expectations of the patient towards the physician (16%). As many as 98% of respondents found the ability to establish communication important in the work of physicians, but 89% stressed that a person could develop this ability by themselves. Most of the respondents assessed their own skills as good or average. Nearly half of the respondents believed that classes on communication with patients are inadequately taught at the university in relation to the reality of professional work. Most people felt that it was important to inform the patient about their current state of health and tell them the truth (Mendyk, Kowalik, Kuczynski & Nurzyńska-Flak, 2016, pp. 267–277).

An important aspect of doctor-patient communication is personal distance, i.e. the culturally defined distance people maintain from others. Edward Hall described four types of distance, highlighting each of them into a closer and a further phase. These are intimate, personal, social and public distance zones. During an conversation or examination, the doctor most often exceeds the limits defined by the last three distances. Social distance (1.20–3.60 m) concerns strangers or acquaintances with whom a given person does not have a closer relationship, but an individual distance (0.45–1.20 m) and an intimate distance (up to 0.45 m) they designate zones to which only the closest people are admitted (Hall, 2001, pp. 145–162). It is worth taking these conditions into account in medical practice.

Aim of research and study group

The aim of the study was to learn the opinions of medical students on doctor-patient communication. Thus far, such studies have rarely been conducted in Poland, and students constitute the appropriate group as they observe what Polish health care looks like and try, with youthful enthusiasm, to improve it and not to make the mistakes of their predecessors. Particular interest in this problem is due to the growing interest in doctor-patient communication and the increasing number of lawsuits brought against Polish doctors in which it is emphasised that doctors often fail to reach out to their patients and to find a common language with them when talking about the planned treatment (Tymiński & Serocka, 2018, pp. 32–39).

The study presented involved 94 medical students, specifically 56 women (representing 60% of the respondents) and 38 men (representing 40% of the respondents). Study participants were students: Medical University of Warsaw (7 people, which is 7% of the group; 5 women and 2 men), Jan Kochanowski University of Kielce (18 people which is 19%; 8 women and 10 men), Jagiellonian University of Krakow (47 people, which is 50%; 30 women and 17 men), Medical University of Silesia in Katowice (17 people, which is 18%; 9 women and 8 men) and Nicolaus Copernicus University in Toruń (5 people, which is 4%; 4 women and 1 man). The empirical analysis showed that 33 people (i.e. 35% of the respondents) lived in a city with more than 500,000 inhabitants; 16 people (17%) lived in a city with a population between 100,000 and 500,000 inhabitants; 14 people (15%) lived in a city with a population between 25,000 and 100,000 inhabitants, while 31 people (33%) lived in a village or town with less than 25,000 inhabitants. Moreover, 74 respondents (i.e. 79% of the group) were single, 18 respondents (19%) were in an informal relationship, and only 2 people (2%) were married. Everybody was informed about the purpose of the study and assured that the results of the study would be used exclusively for research purposes, and agreed to participate in the study.

The method used was a diagnostic survey. The research tool that was used was a survey questionnaire developed in advance and made available through an online platform from June to August 2021. The survey questionnaire could only be completed once, and it consisted of open-ended, closed-ended, single-choice and multiple-choice questions, with the option of adding one's own suggestions on particular issues. It was the sex of the respondents that was assumed as the differentiating variable.

Analysis of survey results

An important aspect of the study was to find out about students' familiarity with some well-known protocols for communicating information to the patient. Students had a choice of four protocols, i.e. SPIKES, EMPATIA⁴, SBAR⁵ and RSVP⁶. According to the answers given, 31 female students (representing 38% of women's responses) and 15 male students (representing 21% of men's responses) were not familiar with any of the protocols listed. The SPIKES protocol was known to 20 female (25%) and 23 male students (33%). The EMPATIA protocol was ticked by 16 female (20%) and 15 male students (21%). The SBAR description was indicated by 6 students (7%) and 9 students (13%), and RSVP – 8 students (10%) and also 8 students (11%). Both methods involve standardising the form in which key information is communicated within a communication framework that is expected by all the staff and well-known to them. By using an easy-to-remember and patient-centred form of communication, members of the health care team significantly increase the level of patient safety, especially in critical and life-threatening situations.

The next question in the questionnaire was to find out which patient students are most afraid of having contact with while working in the profession. Both women and men most often indicated an aggressive patient, 31 female students (55%) and 18 male students (47%), respectively. Female students then selected the following patients: oncological (6 female students, i.e. 11% female students participating in the study), psychiatric (5 female students – 9%), paediatric (4 female students – 7%), geriatric (3 female students – 5%) and with a disability (2 female students – 4%). One of the students (2%) selected teenage patients, chronically ill and pregnant women. The answers: foreign patient, and neurological patient, were also added by 1 respondent (2%) in each case. Male students, on the other hand, chose differently: psychiatric patient (9 students, which constitutes 24% of the student group), paediatric patient (5 students; 13%), geriatric

4 The tool was designed by D.r. Katarzyna Jankowska. The name is formed from the first letters of the terms in Polish, in turn: "emotions", "place and people", "patient's perspective", "adequate language", "message content", "additional information", "annotations in documentation" (Komunikacja w opiece medycznej – materiały szkoleniowe).

5 The name SBAR also refers to the following stages: situation – situation, problem; background – background; assessment – evaluation, analysis of possible options; recommendation – recommendation, action

6 It concerns the transfer of information about a patient to another doctor and includes the following stages: reason – reason for the conversation; story – patient history; vital signs – vital signs of the patient; plan – your plan for further treatment of the patient.

patient (3 students; 8%), and oncological patient (2 students; 5%); at the same time, 1 student (3%) stressed that he was not afraid of contacts with any patient.

The next task was to indicate the most important barriers to communication in the doctor-patient relationship. The students were unanimous in most cases as they considered that judging (36 female students, i.e. 26% and 24 male students, i.e. 27%), pressuring (29 female students – 21% and 20 male students – 23%), generalising (27 female students – 20% and 18 male students – 20%) and giving double messages (30 female students – 22% and 9 male students – 10%) are often used and at the same time pejorative methods of talking to the patient about their disease, treatment and way of life. Less popular options were: excessive praising of the patient (7 female students – 5% and 5 male students – 6%) and using informal forms of address (1 female student; 1% and 1 male student; 1%). The students extended the proposed selection of communication barriers to the following: a paternalistic approach, lack of time and the use of incomprehensible medical jargon, lack of medical knowledge of the patient, difficulties with speaking and hearing of the patient (one answer, which is 2% for each of them).

Also important in the context of the analysis was the students' opinion concerning doctor-patient communication in relation to the current COVID-19 virus pandemic. As many as 46 female students (82%) and 29 male students (76%) considered that the pandemic has a negative impact on conversation, building mutual trust and doctor-patient relations. Only 1 female student (2%) and 4 male students (11%) recognized that the pandemic had no effect on communication. In contrast, an indifferent attitude was revealed by 9 female students (16%) and 5 male students (13%), respectively.

The doctor should be professionally prepared to admit each patient. Therefore, the next question concerned the knowledge of the communication toolkit for communicating with a person with hearing impairment. Only 11 female (20%) and 3 male (8%) students in the survey knew this form of communication with a deaf or hard of hearing person. The rest of the respondents answered negative.

A various of techniques for proper communication are mentioned in the literature. This question was specifically about the most important techniques that students would use in their future work. It was agreed that the most important conversation methods are: active listening (49 female students, accounting for 19% of responses and 36 male students, accounting for 19% of responses), appropriate language and pace of speech (47 female students – 18% and 33 male students – 18%), appropriate formulation of questions (43 female students – 16% and 32 male students – 17%), using confidence-building messages (35 female students – 13% and male students – 14%), carrying on a conversation (27 female students – 10% and 23 male students – 12%), and explaining (27 female students – 10% and 19 male students – 10%). Less popular responses were the use of paraphrasing (18 female students – 7% and 13 male students – 7%) and of motivational dialogue by the

doctor (17 female students – 6% and 4 male students – 2%). 1 female student (less than 0,5%) added that good manners, understanding and dispelling any doubts were also effective techniques.

In the next question, the respondents were to decide whether, in their opinion, communication with the patient in the polish health care practice is at an appropriate, satisfactory level. 46 female students (82%) and 29 male students (76%) pointed out that this issue needs changes in this regard. The rest of the respondents stated that they were satisfied with the way the doctor talks to the patient. The next question complements the previous one by asking which hospital departments have the greatest deficiencies with regard to proper doctor-patient communication. Exactly half of the female (50%) and male (50%) students pointed out the hospital emergency department. 7 female students (12%) and 6 male students (16%) considered primary health care department. It is worth noting that as many as 10 female students (18%) and 7 male students (18%) considered that communication problems occur in every hospital department while 4 female students (7%) and 2 male students (5%) decided to abstain from voting considering that, unfortunately, they did not have enough knowledge on the above subject. Less frequently selected answers were: gynaecology and obstetrics (3 female students – 5% and 1 male student – 3%) and general and oncological surgery (1 female student – 2% and 2 male students – 5%), intensive care unit (2 students – 4%), geriatric unit (1 student – 2%); 1 student added the answer: endocrinology department (3%).

The penultimate question concerned the non-verbal form of interpersonal communication. The most popular answer among 19 female students (34%) and 17 male students (45%) was non-verbal aspects of speech such as correct accentuation, tone of voice and speed of speech. Frequently indicated were also facial expressions and gestures (16 female students, representing 29% and 9 male students, representing 24%) and eye contact, selected by 15 female students (27%) and 7 male students (18%). Only 1 female student (2%) considered bridging the social gap as an equally important element of communication. Single answers among male students (3%) were: dress, touch contact and bridging the social gap. 2 students (5%) and 5 female students (9%) had a different opinion, who answered that the physician's body posture was the most important.

At the end, the students were asked about the usefulness of optional classes on correct communication with the patient at medical universities. In this question, the respondents were almost completely agreement because as many as 53 female students (95%) and 34 male students (89%) found such classes useful in the medical profession. The rest of the respondents found such classes useless, i.e. 3 female students (5%) and 4 male students (11%).

Discussion and summary

The findings compiled show that students are aware of the problems arising from physician-patient communication. The empirical analysis has shown that they have limited knowledge of the protocols for breaking bad news and communication within hospital settings. It should be emphasised that universities, hospitals and other health institutions should educate students also in this area. According to Article 78 of the medical Code of ethics, “Doctors who teach students or train doctors should by their conduct set an example worthy of emulation for students and young doctors being under their care”. Available, these toolkits schematically facilitate, improve and, most importantly, increase patient safety, both mental and somatic. In the same way, being familiar with the toolkit for communicating with deaf or hard of hearing patients makes it possible to find out more quickly about the their diseases, patient’s allergies, past by him operations, medications taken (Karta komunikacji z osobą głuchą w POZ; Karta komunikacji z osobą głuchą – wersja SOR). This form of communication is also more convenient for these patients. Communication in the patient-doctor relationship is not carried out in an appropriate manner and requires improvement on the part of doctors. The current COVID-19 pandemic certainly does not improve this situation; therefore, it is necessary to promote this topic and recommend appropriate changes in medical attitudes.

It is worth noting that the respondents coped very well with the question concerning communication techniques with patients, both in the context of verbal and non-verbal communication. This knowledge should be expanded and translated into daily routine in the work of doctors. The respondents notice communication problems in multiple hospital departments. Some of them think that the problem concerns each of the hospital units organising help for the patient. Male and female students are aware of the mistakes doctors make. This is optimistic news, because it allows you to hope that they will avoid making similar mistakes in their professional work. Optional classes on communication with patients are necessary in the opinion of the students and importantly useful for their later work with patients in hospital setting. Students’ theoretical knowledge should be used in a practice during communicating with another person.

The survey has shown that the COVID-19 pandemic can only exacerbate the communication problem in the doctor-patient relationship. Negative effects of the ongoing pandemic include a higher percentage of consultations over the telephone instead of outpatient visits, wearing masks (admittedly, they reduce transmission of the virus, but they affect the non-verbal aspects of speech, etc.), maintaining a social distance of at least 2 m, and patients’ fear of going to the doctor. Unfor-

tunately, it is currently difficult to set a date for the end of the pandemic, and the problem is getting worse.

Female and university students have concerns about contact with patients with various mental and somatic dysfunctions, with disabilities, as well as children and elderly patients. This concern may be due to the lack of experience. During their six years of study at Faculties of Medicine, students rarely come into contact with aggressive patients from narcotic drugs so they fear for their lives and comfort at work. It is worth noting that aggressive patients constitute a small group of all patients admitted to hospitals; nevertheless, doctors must be prepared to work with every patient. It must be emphasized once again, that the respondents show vast knowledge of possible communication techniques. Therefore, it is necessary to support the development of students in this area, so that they are confident in their skills and are able to use them while working with the patient. Each patient is different and requires an individual approach both therapeutically and in terms of establishing a contact.

It is worth emphasising that communication problems at an emergency department may result from long waiting times, the patient's growing pain and impatience, the overcrowding, staff shortages and the stressful workplace for doctors. The high number of answers related to communication problems in primary health care is surprising. It should be emphasised once again that the patient always requires respect, appropriate treatment and adequate care. It is necessary to strive to improve the functioning of each of the hospital departments in order to improve Polish health care and to make patients feel safe. The doctor should refrain from judging, pressuring, joking and giving double messages in contact with the patient. The patient must feel important, must feel free to form a relationship with the doctor. Then the shared trust towards each other and the doctor's knowledge will support the treatment and convalescence of the patient.

In order to improve the period during which students get ready to enter the reality of the health service setting, it is necessary to extend or add an optional course on proper communication with the patient at some universities. Moreover, extra courses on such topics will facilitate later work in the medical profession, and will be beneficial to patients. This is not easy due to the large number of obligatory subjects during medical studies in Poland. However, efforts should be made in order to improve medical students' communication skills for the sake and safety of the patients. Classes on this subject can solve many of these problems.

The medical community should strive to improve the opinions of all social groups regarding health care. A higher level of knowledge about the doctor's work and its substantive evaluation will improve and facilitate this work. Moreover, in such a situation, patients will feel safer and will visit a doctor more often, which will improve prevention and early diagnosis of diseases.

References

- DROP, K., & DROP, B. (2016). Physician-patient communication in healthcare facilities. *Zeszyty Naukowe KUL*, 59(3), 109–123.
- GŁUSZEK, S. (2011). *Zapis umierania. Refleksje lekarza o śmierci i umieraniu*. Warszawa: Primavera.
- GORDON, T. (1999). *Pacjent jako partner*. Transl. T. SZAFRAŃSKI. Warszawa: Pax.
- HALL, E. (2001). *Ukryty wymiar*. Transl. T. HOŁÓWKA. Warszawa: Muza.
- JAROSZ, M. (2013). Przekazywanie niepomysłnych informacji w praktyce klinicznej. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 9(6), 225–229.
- Karta komunikacji z osobą głuchą w POZ. https://www.mp.pl/pacjent/pierwsza_pomoc/show.html?id=222722 [access: 16.03.2021].
- Karta komunikacji z osobą głuchą – wersja SOR. <https://www.mp.pl/ratownictwo/pacjent-gluchy/218299,pobierz-karte-komunikacji-z-osoba-glucha> [access: 15.03.2021].
- KĘPIŃSKI, A. (2014). *Poznanie chorego*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kodeks etyki lekarskiej* (2017). Warszawa: Naczelna Izba Lekarska.
- Komunikacja w opiece medycznej – materiały szkoleniowe. <https://komunikacjamedyczna.pl/edukacja-materialy-szkoleniowe/> [dostęp: 16.03.2021].
- MENDYK, K., KOWALIK, M., KUCZYŃSKI, B., & NURZYŃSKA-FLAK, J. (2016). Wybrane aspekty komunikacji lekarza z pacjentem: opinia studentów medycyny i lekarzy stażystów. In: D. ŻOŁNIERCZUK-KIELISZEK, M. JANISZEWSKA (eds.), *Zdrowie, psychologia, społeczeństwo – przegląd wybranych zagadnień* (p. 267–277). Lublin: Tygiel.
- NĘCKI, Z. (2007). *Komunikacja międzyludzka*. Kluczbork: Antykwa.
- OSTROWSKA, A. (2009). Modele relacji lekarz – pacjent. In: OSTROWSKA, A. (ed.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy* (p. 236–250). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- PUN, J. (2021). A study of Chinese medical students' communication pattern in delivering bad news: an ethnographic discourse analysis approach. *BMC Medical Education*, 21(286). <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02724-6>.
- SULKOWSKA, A., MILEWSKI, S., & KACZOROWSKA-BRAY, K. (2018). Komunikacja lekarz–pacjent w opinii pacjentów. *Logopedia Silesiana*, 7, 36–55. <https://doi.org/10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.03>.
- THORWALD, J. (2021). *Dawna medycyna, jej tajemnice i potęga – Egipt, Babilonia, Indie, Chiny, Meksyk, Peru*. Tłum. A. BANDURSKI, J. SZCHANIECKA. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- TYMIŃSKI, R., & SEROCKA, M. (2018). Kto i ile płaci za błędy medyczne? Analiza linii orzecniczej wydziałów cywilnych sądów powszechnych w sprawach o błąd medyczny. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, 3(1), 32–39.
- VILLELA, E.F.M., et al. (2020). Effects on medical students of longitudinal small-group learning about breaking bad news. *The Permanente Journal*, 24(2). <https://doi.org/10.7812/TPP/19.157>.



DAWID PLUTECKI

Collegium Medicum, Uniwersytet im. Jana Kochanowskiego w Kielcach

<https://orcid.org/0000-0002-4485-9250>

Komunikacja lekarza z pacjentem w opinii studentów kierunku lekarskiego

W każdej rozmowie istnieje problem
znalezienia wspólnego języka

– Antoni Kępiński

On patient-doctor communication as perceived by medical students

ABSTRACT: Interpersonal communication in medicine is a very important topic that requires constant development and training of health care physicians. The article is a report from a study the aim of which was to find out the opinions of medical students from Polish universities on this subject. The study involved 56 female students and 38 students who answered questions about: communication techniques in the doctor-patient relationship, protocols for passing on unsuccessful information, concerns related to contact with a given patient, communication barriers, the impact of the COVID-19 pandemic on interpersonal communication, departments with which the greatest communication problems are associated, the usefulness of optional classes during the education of students in the field of medicine. The conclusions were presented in the discussion, along with the possibilities of solving potential communication problems in the patient-doctor relationship.

KEYWORDS: interpersonal communication, doctor, patient

STRESZCZENIE: Komunikacja interpersonalna w leczeniu jest bardzo ważnym tematem, wymagającym trwałego rozwoju i doksztalcania lekarzy ochrony zdrowia. Artykuł jest raportem z badania, którego celem było poznanie opinii studentów kierunku lekarskiego z polskich uczelni akademickich na ten temat. W badaniu wzięło udział 56 studentek i 38 studentów, którzy odpowiadali na pytania dotyczące: technik komunikacyjnych w relacji lekarz-pacjent, protokołów przekazania niepomyślniej informacji, obaw związanych z kontaktem z danym pacjentem, barier komunikacyjnych, wpływu pandemii COVID-19 na komunikację interpersonalną, oddziałów, z którymi są związane największe problemy komunikacyjne, użyteczności zajęć fakultatywnych podczas kształcenia studentów na kierunku lekarskim. Wnioski zostały przedstawione w dyskusji, wraz z możliwościami rozwiązania potencjalnych problemów komunikacyjnych w relacji pacjent – lekarz.

SŁOWA KLUCZOWE: komunikacja interpersonalna, lekarz, pacjent

Problematyka komunikacji lekarza z pacjentem

Funkcjonowanie w życiu społecznym wymaga od każdego człowieka komunikowania się, czyli opanowania naturalnej umiejętności, która pozwoli mu na rozumienie, formułowanie myśli i oddziaływanie na środowisko. Komunikacja interpersonalna jest to wymiana informacji między ludźmi, polegająca na nadawaniu i odbieraniu odpowiedniego komunikatu. Niezbędnym warunkiem do zaistnienia komunikacji jest wspólny kod, rozumiany zarówno przez nadawcę, jak i przez odbiorcę. W trakcie przekazania kodowanej informacji może dojść do zakłóceń oraz modyfikacji komunikatu na poziomie reakcji i informacji zwrotnej po zdekodowaniu wiadomości przez odbiorcę. Dlatego tak ważne są zależności między komunikacją wewnątrzsobową a komunikacją międzyludzką. Na przestrzeni rozwoju ludzkiej cywilizacji człowiek wypracował coraz doskonalsze formuły, dzięki którym stały się możliwe wymiana doświadczeń i nawiązywanie kontaktów poprzez komunikację z drugą osobą. Obecnie, zgodnie z założeniami teorii kontekstowo-pragmatycznej, efektywność komunikowania się zależy nie tylko od czynników związanych z wiekiem rozwojowym, ale również od takich uwarunkowań, jak kontekst zadaniowy, interpersonalny, kulturowy i lingwistyczny (Nęcki, 2007, s. 109). Każdy komunikat składa się z elementów językowych (słów) i niejęzykowych (gestów). Ostateczne znaczenie wypowiedzianej treści wiadomości nadają kody komunikacji niewerbalnej.

Ze względu na opisane wątki nie sposób przejść obojętnie obok komunikacji między pacjentem a lekarzem. Zgodnie z podpunktem 1 artykułu 12 Kodeksu etyki lekarskiej: „Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności”. Również ważny w tej kwestii jest 2 podpunkt tego artykułu: „Relacje między pacjentem, a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu [...]”. Rozmowa z pacjentem, przekazanie diagnozy stanowią wstępne zadania, które są zaproszeniem do budowania kontaktu z drugim człowiekiem. Pacjent powinien być zawsze stawiany na pierwszym miejscu, najważniejszy dla lekarza i personelu medycznego, a nie jedynie postrzegany przez pryzmat jednostki chorobowej. Podobnie fakt stosunkowo krótkiego – z konieczności – czasu przeznaczonego dla pacjenta w trakcie konsultacji, teleporady lub wizyty w gabinecie nie powinien być usprawiedliwieniem braku odpowiedniego podejścia do chorego, lekceważenia go lub nieudzielenia odpowiedzi na jego pytania. Współcześnie pacjenci są coraz bardziej świadomi swoich praw, mają też większy zasób wiedzy medycznej dzięki powszechnemu dostępowi do informacji za pośrednictwem np. stron internetowych, blogów lekarzy czy filmów wyjaśniających etiologię danej choroby i możliwe działania lecznicze. Co więcej część pacjentów stała się bardziej asertywna, zgłasza więcej uwag wobec lekarza, pisze skargi i chce, by służba zdrowia służyła ich interesom, bo

za nią płacą. Lekarz powinien holistycznie spojrzeć na pacjenta i nie tylko leczyć jego choroby somatyczne, ale też dbać o jego kondycję psychiczną. Pomimo wielu obowiązków powinien doksztalać się także w tej kwestii tak, by dopasować się do potrzeb każdego chorego. W 2018 roku rzecznik praw pacjenta i prezes Naczelnej Izby Lekarskiej wystąpili do rektorów wyższych uczelni medycznych z propozycją zwiększenia liczby godzin nauczania praktycznego w zakresie skutecznej komunikacji z pacjentem. To kolejny dowód na to, jak ważne jest kształcenie lekarzy w zakresie porozumiewania się z pacjentami. Jest to problem społeczny i etyczny. Nie zawsze postawiona diagnoza i rokowania są pomyślne dla pacjenta, jego rodziny i bliskich, niemniej jednak lekarz musi zachować obiektywizm, profesjonalizm i dać odpowiedni czas na oswojenie się z informacją, a treść tejże musi być zrozumiała dla chorego (Kępiński, 201, s. 40–46). Zgodnie z podpunktem 2 artykułu 13 Kodeksu etyki lekarskiej: „Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały”.

Jednym ze współczesnych rzeczników problematyki komunikacji pacjent – lekarz wśród społeczeństwa lekarskiego i studentów jest Stanisław Głuszek, który w monografii *Zapis umierania* przedstawia dylematy i problemy etyczno-moralne w codziennej pracy lekarza, a także dramat ludzki towarzyszący pacjentowi na niedługo przed śmiercią (Głuszek, 2011, s. 17–41). Warto przypomnieć, że już w starożytnych Indiach zwrócono uwagę na to zagadnienie. W sanskryckim traktacie Suśruta-Samhita z około VI wieku p.n.e. podkreślano znaczenie odpowiedniej komunikacji z pacjentem w kontekście etyki lekarskiej. „Poświęć się całkowicie pomocy choremu, nawet jeśli przy tym stracisz swoje życie. Nigdy nie szkodź choremu, nawet w myślach. Staraj się zawsze doskonalić swoją wiedzę [...]. Lekarz ma zwracać uwagę na swój dobry strój i ma właściwie się zachowywać. Choremu nie wolno mówić o możliwej jego śmierci, jeśli tym zaszkodzi się choremu albo komuś innemu” (za: Thorwald, 2021, s. 161–200). Tekst ten jest wyraźnie podobny do, znanej powszechnie, przysięgi Hipokratesa¹.

W licznych opracowaniach empirycznych autorzy poruszają problem komunikacji lekarza z pacjentem. Antonina Ostrowska w badaniach dowiodła, że konstruktywne wyjaśnianie przyczyny choroby i sposobu jej leczenia jest ważne dla 68%² pacjentów (Ostrowska, 2009, s. 236–250). Autorka zaakcentowała, że obecnie, w sytuacji rosnącej liczby pacjentów, a małej liczby lekarzy, niekiedy zapomina się, że większość pacjentów chce się czuć ważna dla lekarza i powierza mu swoje życie. Należy zawsze szanować autonomię i wolę pacjenta, kierując się oczywiście wyłącznie dobrem.

Z badań Agnieszki Sulkowski, Stanisława Milewskiego i Katarzyny Kaczorowskiej-Bray (2018, s. 36–55) również wynikają ciekawe wnioski. Autorzy prze-

1 Historycy do dziś się spierają, który z tekstów powstał wcześniej.

2 Wszystkie wartości procentowe podano w zaokrągleniu do liczb całkowitych.

przewadzili wywiad narracyjny wśród 52 pacjentów: 32 kobiet i 20 mężczyzn, będących osobami przewlekle chorymi, wielokrotnie hospitalizowanymi. Z analizy tej wynika, że 40% badanych stwierdziło, że „dobra rozmowa” buduje wzajemne zaufanie i poprawia proces leczenia. Ponadto 65% respondentów uznało odpowiednio poświęcony czas dla nich jako przejaw szacunku względem pacjenta, natomiast reszta wymieniała wysoki poziom wiedzy merytorycznej lekarza oraz empatyczne traktowanie pacjenta jako podstawę komunikacji. Dodatkowo 48% pacjentów wskazało, że w życzliwej atmosferze można wybrać razem z lekarzem najdogodniejszą dla chorego metodę leczenia. Dla wszystkich pacjentów podczas przekazania tzw. złych wiadomości najważniejsze jest pozostawienie pacjentowi „jakieś nadziei”, aby miał dalszą motywację do życia, oraz przedstawienie mu planu dalszego postępowania z chorobą. Wszyscy respondenci akcentowali, że lekarze w trakcie studiów medycznych powinni mieć zajęcia fakultatywne z przedmiotu: komunikacja z pacjentem. Inny autor, Jack Pun, na podstawie badań dotyczących grupy 50 chińskich studentów szóstego roku uczęszczających do szkoły medycznej w Hongkongu, wyróżnił 6 wzorców przekazywania niepomyślnej wiadomości pacjentowi, którymi posługiwali się studenci. Były to następujące wzorce: położenie dużego nacisku na potrzeby emocjonalne pacjentów, wykazywanie niedostatecznej troski o potrzeby emocjonalne pacjentów, nadanie priorytetu preferowanemu planowi leczenia zamiast respektowania potrzeb rodzin pacjentów, przyznanie się do obaw związanych z fizycznym dyskomfortem i życzeniami umierających pacjentów, bezpośrednie ujawnianie złych wiadomości pacjentom oraz zaspokojenie rodzinnych oczekiwań pacjentów. Dodatkowo niektórzy studenci wykazywali słabą wrażliwość na sygnały niewerbalne, takie jak ton wypowiedzi, manieri i postawa ciała (Pun, 2021).

Kolejna grupa autorów zajęła się zajęciami fakultatywnymi dotyczącymi prawidłowej komunikacji lekarza z pacjentem (Villela et al., 2020). W badaniu, realizowanym w szkole medycznej w Midwestern, uczestniczyło 30 studentów, którzy brali udział w kursie trwającym przez jeden semestr (po 4 godziny tygodniowo) i obejmującym tematykę: posługiwania się protokołem SPIKES³, radzenia sobie z wieloma sytuacjami stresowymi, przekazywania niekorzystnej informacji (Jarosz, 2013, s. 225–229). Wyniki tego badania były następujące:

- 30% studentów było świadomych znaczenia przekazywania złych wiadomości w medycynie i istnienia specjalnych protokołów. Wyniki grupy po kursie wskazały, że 90% uczestników dostrzegło znaczenie przekazywania

3 Jest to przykład protokołu przekazania niepomyślnej wiadomości pacjentowi. Każda z liter słowa SPIKES oznacza kolejny etap rozmowy z pacjentem: *setting* – stosowne otoczenie; *perception* – poznanie aktualnego stanu wiedzy chorego; *invitation* – zaproszenie do rozmowy; *knowledge* – przekazanie wiadomości; *emotions and empathy* – emocje i empatia; *strategy and summary* – plan działania i podsumowanie.

złych wiadomości i uznało, że byłoby w stanie zastosować protokoły w swoich sytuacjach szkolenia klinicznego.

- 90% studentów stwierdziło, że nigdy nie zostało przeszkolonych w przekazywaniu złych wiadomości, i uważało, że jest to istotna luka w programie nauczania medycyny. Najbardziej cenionymi strategiami nauczania były odgrywanie ról oraz korzystanie z protokołu SPIKES.
- 80% studentów przyznało, że zdaje sobie sprawę, jak ważne jest mówienie prawdy wobec pacjenta i rozwijanie empatii w celu osiągnięcia dobrych wyników zawodowych.
- 76% studentów zdawała sobie sprawę z potrzeby poprawy w zakresie postawy ciała, gestów i innych kodów komunikacji werbalnej i niewerbalnej.

Katarzyna Mendyk, Monika Kowalik, Bartosz Kuczyński i Joanna Nurzyńska-Flak ankietowali 327 studentów piątego i szóstego roku oraz lekarzy stażystów z polskich medycznych ośrodków akademickich. Z analizy empirycznej wynika, że na przebieg rozmowy najczęściej mają wpływ: przekonania i wyobrażenia pacjenta (40% ankietowanych wskazało ten czynnik), emocje (21%) i oczekiwania chorego wobec lekarza (16%). Aż 98% ankietowanych zauważyło, że umiejętność nawiązania komunikacji jest istotna w pracy lekarza, a 89% podkreśliło, że umiejętność tę da się wypracować samemu. Większość badanych określiła swoje umiejętności w tym zakresie na poziomie dobrym lub średnim. Blisko połowa ankietowanych uważała, że zajęcia na uczelni z komunikacji z pacjentem są prowadzone nieodpowiednio, w oderwaniu od rzeczywistości pracy zawodowej. Większość osób uznała, że należy informować pacjenta o jego obecnym stanie zdrowia i mówić mu prawdę (Mendyk, Kowalik, Kuczyński, Nurzyńska-Flak, 2016, s. 267–277).

W komunikacji pacjent – lekarz istotne znaczenie ma dystans personalny, czyli kulturowo określona odległość, jaką ludzie zachowują w stosunku do drugich. Edward Hall opisał cztery typy takiego dystansu, wyróżniając w każdym z nich fazę bliższą i dalszą. Są to dystanse: intymny, indywidualny, społeczny i publiczny. Lekarz podczas rozmowy lub badania najczęściej przekracza granice określone przez trzy ostatnie dystanse. Dystans społeczny (1,20–3,60 m) dotyczy bowiem osób obcych lub znajomych, z którymi danego człowieka nie łączy bliższa relacja, a dystans indywidualny (0,45–1,20 m) i intymny (do 0,45 m) wyznaczają strefy, do których są dopuszczane tylko osoby najbliższe (Hall, 2001, s. 145–162). Warto, by te uwarunkowania były uwzględniane w lekarskiej praktyce.

Cel badań i grupa badawcza

Celem badań było poznanie opinii studentów kierunku lekarskiego na temat komunikacji pacjent – lekarz. Dotychczas w Polsce takich badań przeprowadzono niewiele, a studenci stanowią odpowiednią grupę, która obserwuje, jak wygląda polska ochrona zdrowia, i stara się z młodzieńczym zapałem usprawnić ją i nie popełniać błędów poprzedników. Szczególne zainteresowanie tym problemem wiąże się ze wzrostem uwagi poświęcanej komunikacji lekarza z pacjentem oraz z coraz większą liczbą pozwów, które są kierowane przeciwko polskim lekarzom i w których podkreśla się brak odpowiedniego kontaktu z pacjentem, uniemożliwiający znalezienie wspólnego języka i uzgodnienie planowanego sposobu leczenia (Tymiński, Serocka, 2018, s. 32–39).

W prezentowanym badaniu wzięło udział 94 studentów kierunku lekarskiego, w tym 56 kobiet (co stanowi 60% ankietowanych) i 38 mężczyzn (co stanowi 40% ankietowanych). Uczestnicy badania byli studentami: Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (7 osób, co stanowi 7%, w tym 5 kobiet i 2 mężczyzn), Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach (18 osób, tj. 19%, w tym 8 kobiet i 10 mężczyzn), Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (47 osób, tj. 50%, w tym 30 kobiet i 17 mężczyzn), Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (17 osób, tj. 18%, w tym 9 kobiet i 8 mężczyzn) oraz Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu (5 osób, tj. 4%, w tym 4 kobiety i 1 mężczyzna). Analiza empiryczna wykazała, że 33 osoby mieszkały w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców (co stanowi 35% osób ankietowanych), 16 osób – w mieście od 100 tys. do 500 tys. mieszkańców (17%), 14 osób – w mieście od 25 tys. do 100 tys. mieszkańców (15%), natomiast 31 osób mieszkała na wsi lub w mieście poniżej 25 tys. mieszkańców (33%). Ponadto 74 ankietowanych było stanu wolnego (co stanowi 79% osób ankietowanych), 18 opiniodawców było w związku nieformalnym (19%), a 2 osoby – w związku małżeńskim (2%). Wszystkie osoby zostały poinformowane o celu badania, otrzymały zapewnienie o wykorzystaniu zebranych danych wyłącznie do celów naukowych i wyraziły zgodę na uczestniczenie w badaniu.

Jako metodę wykorzystano sondaż diagnostyczny. Narzędziem badawczym, którym się posłużono, był kwestionariusz ankiety, opracowany wcześniej i udostępniony za pomocą platformy internetowej od czerwca do sierpnia 2021 roku. Kwestionariusz ankiety można było wypełnić jedynie raz, a pytania miały formę odpowiedzi otwartych, zamkniętych, jednokrotnego wyboru lub wielokrotnego wyboru z możliwością dopisywania własnych sugestii na dane zagadnienie. Za zmienną różnicującą uznano płeć ankietowanych.

Analiza wyników badań

W realizowanych badaniach istotne znaczenie miało poznanie wiedzy studentów na temat znanych protokołów przekazywania informacji pacjentowi. Studenci mieli do wyboru cztery protokoły: SPIKES, EMPATIA⁴, SBAR⁵ i RSVP⁶. Zgodnie z udzielonymi odpowiedziami, 31 studentek (co stanowi 38% odpowiedzi kobiet) oraz 15 studentów (co stanowi 21% odpowiedzi mężczyzn) wskazało, że nie zna żadnego z wymienionych protokołów. Protokół SPIKES znało 20 studentek (25%) i 23 studentów (33%). Protokół EMPATIA zaznaczyło 16 studentek (20%) i 15 studentów (21%). Deskrypcję SBAR wskazało 6 studentek (7%) i 9 studentów (13%), a RSVP – 8 studentek (10%) i również 8 studentów (11%). Obie metody polegają na standaryzacji formy przekazu najważniejszych informacji w ramach oczekiwanych i znanych całemu personelowi ram komunikacyjnych. Członkowie zespołu opieki zdrowotnej, stosując łatwą do zapamiętania i ukierunkowaną na pacjenta formę przekazu, istotnie zwiększają poziom bezpieczeństwa chorego, zwłaszcza w sytuacjach krytycznych i zagrożenia życia.

Kolejne pytanie zawarte w kwestionariuszu ankiety miało na celu poznanie, z jakim pacjentem studenci najbardziej obawiają się mieć kontakt podczas pracy w zawodzie. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni wskazywali najczęściej pacjenta agresywnego, odpowiednio 31 studentek (55%) i 18 studentów (47%). Studentki następnie wybierały pacjentów: onkologicznych (6 studentek, co stanowi 11% studentek biorących udział w badaniu), psychiatrycznych (5 studentek – 9%), pediatrycznych (4 studentki – 7%), geriatrycznych (3 studentki – 5%) i z niepełnosprawnością (2 studentki – 4%). Po jednej ze studentek (2%) zaznaczyło pacjentów nastoletnich, przewlekle chorych i kobiety w ciąży. Dopisane zostały odpowiedzi: pacjent z innego kraju i pacjent neurologiczny, także przez 1 ankietowaną (2%) w każdym z przypadków. Studenci natomiast wybierali inaczej: pacjent psychiatryczny (9 studentów, co stanowi 24% grupy studentów), pediatryczny (5 studentów – 13%), geriatryczny (3 studentów – 8%), onkologiczny (2 studentów – 5%); 1 student (3%) podkreślił, że nie obawia się kontaktu z żadnym pacjentem.

4 Narzędzie autorstwa dr nauk med. Katarzyny Jankowskiej. Nazwa jest utworzona od pierwszych liter pojęć, kolejno: „emocje”, „miejsce i osoby”, „perspektywa pacjenta”, „adekwatny język”, „treść wiadomości”, „informacje dodatkowe”, „adnotacje w dokumentacji” (Komunikacja w opiece medycznej – materiały szkoleniowe).

5 Nazwa SBAR także odnosi się do kolejnych etapów: *situation* – sytuacja, problem; *background* – tło; *assessment* – ocena, analiza możliwych opcji; *recomendation* – rekomendacja, działanie.

6 Dotyczy przekazania informacji o pacjencie innemu lekarzowi, obejmuje etapy: *reason* – powód rozmowy; *story* – historia pacjenta; *vital signs* – parametry życiowe pacjenta; *plan* – twój plan na dalsze leczenie pacjenta.

Następnym zadaniem ankietowanych było wskazanie najważniejszych według nich barier w komunikacji w relacji pacjent – lekarz. Studenci byli w większości przypadków zgodni, bo uznali, że: ocenianie (36 studentek, co stanowi 26%, i 24 studentów, co stanowi 27%), szantażowanie (29 studentek – 21% i 20 studentów – 23%), uogólnianie (27 studentek – 20% i 18 studentów – 20%) oraz tzw. nadawanie podwójnych komunikatów (30 studentek – 22% i 9 studentów – 10%) są często stosowanymi i jednocześnie pejoratywnymi metodami rozmowy z pacjentem dotyczącej jego choroby, sposobu leczenia, sposobu życia chorego. Rzadziej wskazywano: nadmierne chwalenie pacjenta (7 studentek – 5% i 5 studentów – 6%) oraz komunikaty typu „ty” (1 studentka – 1% i 1 student – 1%). Studenci rozszerzyli zaproponowany wybór barier w komunikacji o następujące: podejście paternalistyczne, brak czasu i używanie niezrozumiałego żargonu medycznego, brak wiedzy medycznej pacjenta, trudności pacjenta z mówieniem i słyszeniem (po jednej odpowiedzi, co stanowi 2% dla każdej z nich).

W kontekście prowadzonej analizy ważna jest opinia studentów dotycząca komunikacji lekarz – pacjent w odniesieniu do współczesnej pandemii COVID-19. Aż 46 ankietowanych studentek (82%) i 29 ankietowanych studentów (76%) uznało, że pandemia ma negatywny wpływ na rozmowę, budowanie wspólnego zaufania i relacji pacjent – lekarz. Tylko 1 studentka (2%) i 4 studentów (11%) uznali, że z pandemią nie wiążą się zmiany w zakresie komunikacji. Natomiast postawę obojętną ujawniło 9 badanych studentek (16%) i 5 studentów (13%).

Lekarz powinien być profesjonalnie przygotowany na przyjęcie każdego pacjenta. Dlatego kolejne pytanie dotyczyło znajomości karty komunikacji z osobą z uszkodzonym słuchem. Tylko 11 badanych studentek (20%) i 3 studentów (8%) wskazało, że zna tę formę komunikacji z osobą niesłyszącą lub niedosłyszącą. Reszta respondentów odpowiedziała przecząco.

W literaturze przedmiotu wymienia się różne techniki służące prawidłowej komunikacji. To pytanie dotyczyło właśnie najważniejszych technik, którymi posługiwaliby się studenci w swojej przyszłej pracy. Zgodnie uznano, że najważniejszymi metodami rozmowy są: aktywne słuchanie (49 studentek, co stanowi 19% odpowiedzi, i 36 studentów, co stanowi 19% odpowiedzi), stosowanie odpowiedniego języka i tempa wypowiedzi (47 studentek – 18% i 33 studentów – 18%), odpowiednie formułowanie pytań (43 studentek – 16% i 32 studentów – 17%), stosowanie komunikatów budujących zaufanie (35 studentek – 13% i studentów – 14%), prowadzenie rozmowy (27 studentek – 10% i 23 studentów – 12%) oraz wyjaśnianie (27 studentek – 10% i 19 studentów – 10%). Mniej popularnymi odpowiedziami było stosowanie parafraz (18 studentek – 7% i 13 studentów – 7%) oraz dialogu motywacyjnego przez lekarza (17 studentek – 6% i 4 studentów – 2%); 1 studentka (poniżej 0,5%) dodała, że kultura osobista, zrozumienie i rozwianie wszelkich wątpliwości są także efektywną techniką.

W kolejnym pytaniu respondenci mieli rozstrzygnąć, czy według nich komunikacja z pacjentem w polskiej ochronie zdrowia jest na odpowiednim, zadowalającym poziomie. 46 studentek (82%) i 29 studentów (76%) wskazało, że w tym zakresie potrzebne są zmiany. Reszta badanych uznała, że są usatysfakcjonowani ze sposobu rozmowy lekarza z pacjentem. Następne pytanie stanowiło dopełnienie poprzedniego, ponieważ respondenci wskazywali, na jakim oddziale szpitalnym widać największe braki w prawidłowej komunikacji pacjent – lekarz. Równo połowa studentek (50%) i studentów (50%) zaznaczyła szpitalny oddział ratunkowy. 7 studentek (12%) i 6 studentów (16%) wskazało również podstawową opiekę zdrowotną. Warto podkreślić, że aż 10 studentek (18%) i 7 studentów (18%) uznało, że problemy komunikacyjne występują na każdym oddziale w szpitalu, natomiast 4 studentki (7%) i 2 studentów (5%) postanowiło wstrzymać się od głosu, twierdząc, że nie mają wystarczającej wiedzy na ten temat. Rzadziej zaznaczane były odpowiedzi: oddział ginekologii i położnictwa (3 studentki – 5% i 1 student – 3%), oddział chirurgii ogólnej i onkologicznej (1 studentka – 2% i 2 studentów – 5%), oddział intensywnej opieki medycznej (2 studentki – 4%), oddział geriatryczny (1 studentka – 2%); 1 student dopisał odpowiedź: oddział endokrynologiczny (3%).

Przedostatnie pytanie dotyczyło niewerbalnej formy komunikacji międzyludzkiej. Najpopularniejszą odpowiedzią, wskazaną przez 19 studentek (34%) i 17 studentów (45%), były niewerbalne aspekty mowy, takie jak prawidłowe akcentowanie, ton głosu i szybkość mówienia. Często wybieranymi wskazaniem były: mimika twarzy i gesty (16 studentek, co stanowi 29%, i 9 studentów, co stanowi 24%) oraz kontakt wzrokowy (15 studentek – 27% i 7 studentów – 18%). Tylko 1 studentka (2%) uznała skracanie dystansu społecznego za równie ważny element komunikacji. Pojedynczymi odpowiedziami wśród studentów (3%) były: ubiór, kontakt dotykowy i skracanie dystansu społecznego. Odmiennego zdania było 2 studentów (5%) i 5 studentek (9%), którzy udzielili odpowiedzi, że to postawa ciała lekarza jest najistotniejsza.

Na koniec studenci zostali zapytani o przydatność zajęć fakultatywnych z prawidłowej komunikacji z pacjentem na uczelniach medycznych. W tym pytaniu respondenci byli niemal całkowicie zgodni, bo aż 53 studentek (95%) i 34 studentów (89%) wskazało, że zajęcia takie są przydatne w pracy w zawodzie lekarza. Reszta ankietowanych uznała takie zajęcia za nieprzydatne: 3 studentki (5%) i 4 studentów (11%).

Dyskusja i podsumowanie

Z opracowanych wyników badań wynika, że studenci są świadomi problemów wynikających z komunikowania się lekarza z pacjentem. Analiza empiryczna wykazała, że posiadają ograniczoną wiedzę na temat protokołów przekazania niepomyślniej informacji oraz komunikacji wewnątrzszpitalnej. Należy podkreślić, że uczelnie, szpitale oraz inne placówki zdrowia powinny kształcić studentów także w tym zakresie. Zgodnie z artykułem 78 Kodeksu etyki lekarskiej: „Lekarze, którzy nauczają studentów lub szkolą lekarzy, powinni swoim postępowaniem stanowić przykład godny naśladowania dla studentów i młodych lekarzy będący pod ich opieką”. Dostępne informatory służą ułatwianiu, udoskonalaniu komunikacji, a co najważniejsze pozwalają zwiększyć bezpieczeństwo pacjenta zarówno psychiczne, jak i somatyczne. Tak samo znajomość karty informacji z pacjentem niesłyszącym lub niedosłyszącym pozwala na szybsze dowiedzenie się o chorobach, alergiach pacjenta, przebytych przez niego operacjach, zażywanych lekach (Karta komunikacji z osobą głuchą w POZ; Karta komunikacji z osobą głuchą – wersja SOR;). Jest to także wygodna forma komunikacji dla takich pacjentów. Komunikacja w relacji pacjent – lekarz nie jest realizowana w odpowiedni sposób, wymaga poprawy ze strony lekarzy. Obecna pandemia COVID-19 na pewno nie poprawia tej sytuacji, w związku czym trzeba promować tę tematykę oraz rekomendować stosowne zmiany w postawie lekarskiej.

Należy zaznaczyć, że respondenci bardzo dobrze poradzi sobie z pytaniem dotyczącym technik komunikacyjnych z pacjentami, w odniesieniu do komunikacji zarówno werbalnej, jak i niewerbalnej. Ta wiedza powinna być poszerzana i znajdować odzwierciedlenie w pracy lekarza. Ankietowani widzą problemy komunikacyjne na więcej niż jednym oddziale szpitalnym. Część z nich uważa, że problem dotyczy każdej z jednostek szpitalnych organizujących pomoc dla pacjenta. Studenci i studentki są świadomi, jakie błędy popełniają lekarze. Jest to optymistyczna wiadomość, bo pozwala mieć nadzieję na to, że w pracy zawodowej unikną popełniania podobnych błędów. Zajęcia fakultatywne z komunikacji z pacjentem są w opinii studentów konieczne i, co ważne, przydatne w ich późniejszej pracy z pacjentem w szpitalu. Należy wykorzystać wiedzę teoretyczną studentów w praktyce podczas komunikacji z drugą osobą.

Badania wykazały, że pandemia COVID-19 może tylko pogłębić problem komunikacji w relacji pacjent – lekarz. Negatywnym skutkiem trwającej pandemii są: większy odsetek teleporad zamiast wizyt ambulatoryjnych, noszenie maseczek (oczywiście zmniejszają one transmisję wirusa, ale wpływają negatywnie na niewerbalne aspekty mowy itp.), utrzymywanie dystansu społecznego wynoszącego minimum 2 m, a także strach pacjentów przed pójściem do lekarza. Niestety trudno obecnie określić datę końca pandemii, a problem się pogłębia.

Studentki i studenci mają obawy dotyczące kontaktu z pacjentami z różnymi dysfunkcjami psychicznymi i somatycznymi, z niepełnosprawnością, pacjentami w wieku dziecięcym lub podeszłym. Obawy te mogą wynikać z braku doświadczenia. W trakcie sześcioletnich studiów na wydziale lekarskim studenci rzadko mają styczność z pacjentami agresywnymi, pobudzonymi środkami odurzającymi i obawiają się o swoje życie oraz komfort pracy. Warto zaznaczyć, że w skali wszystkich pacjentów przyjmowanych w szpitalu pacjenci agresywni stanowią małą grupę, niemniej jednak lekarz musi być przygotowany do pracy z każdym pacjentem. Trzeba jeszcze raz podkreślić, że ankietowani wykazują wysoką wiedzę na temat możliwych technik komunikacyjnych. Należy więc wspierać rozwój studentów w tym zakresie, aby byli pewni swoich umiejętności i potrafili je wykorzystać podczas pracy z pacjentem. Każdy chory jest inny i wymaga indywidualnego podejścia zarówno terapeutycznego, jak i w zakresie nawiązania kontaktu.

Warto podkreślić, że problemy komunikacyjne w szpitalnym oddziale ratunkowym mogą wynikać z długiego czasu oczekiwania, z narastającego bólu pacjenta i ze zniecierpliwienia, z natłoku pacjentów, z limitów kadrowych szpitala i ze stresujących dla lekarzy warunków pracy. Zaskakuje duża liczba odpowiedzi wskazujących na problemy komunikacyjne w podstawowej opiece zdrowotnej. Należy po raz kolejny zaakcentować, że pacjent wymaga zawsze szacunku, odpowiedniego traktowania oraz odpowiedniej opieki. Należy dążyć do poprawy funkcjonowania każdego z oddziałów szpitalnych, by udoskonalić polską ochronę zdrowia i aby pacjenci czuli się bezpieczni. Lekarz powinien powstrzymać się od oceniania, szantażowania, żartowania i nadawania podwójnych komunikatów w kontakcie z pacjentem. Pacjent musi czuć się ważny, musi czuć się swobodnie, aby kształtować relację z lekarzem. Wtedy też wspólne zaufanie wobec siebie i wiedza lekarska będą wspomagać leczenie i rekonwalescencję chorego.

W celu poprawy okresu wdrożeniowego studenta do rzeczywistości służby zdrowia istnieje potrzeba rozszerzenia lub dodania na niektórych uczelniach przedmiotu fakultatywnego z tematyki prawidłowej komunikacji z pacjentem. Co więcej, możliwość dodatkowych kursów o takiej tematyce ułatwi późniejszą pracę w zawodzie lekarskim i będzie korzystna dla pacjentów. Nie jest to łatwe z powodu dużej liczby przedmiotów obligatoryjnych realizowanych w trakcie trwania studiów medycznych w Polsce. Należy dążyć jednak do poprawy umiejętności komunikacyjnych studentów kierunku lekarskiego, dla dobra i bezpieczeństwa pacjentów. Zajęcia o tej tematyce mogą rozwiązać wiele ze wspomnianych problemów.

Spółeczność lekarska powinna dążyć do poprawy opinii wszystkich grup społecznych dotyczącej ochrony zdrowia. Wyższy poziom wiedzy o pracy lekarza i merytoryczna jej ocena udoskonali i ułatwią tę pracę. Co więcej, w takiej sytuacji pacjenci będą czuć się bezpieczniej i częściej będą wybierać się do lekarza, co poprawi profilaktykę i wczesne rozpoznawanie chorób.

Bibliografia

- DROP, K., DROP, B. (2016). Physician-patient communication in healthcare facilities. *Zeszyty Naukowe KUL*, 59(3), 109–123.
- GŁUSZEK, S. (2011). *Zapis umierania. Refleksje lekarza o śmierci i umieraniu*. Warszawa: Primavera.
- GORDON, T. (1999). *Pacjent jako partner*. Tłum. T. SZAFRAŃSKI. Warszawa: Pax.
- HALL, E. (2001). *Ukryty wymiar*. Tłum. T. HOŁÓWKA. Warszawa: Muza.
- JAROSZ, M. (2013). Przekazywanie niepomysłnych informacji w praktyce klinicznej. *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 9(6), 225–229.
- Karta komunikacji z osobą głuchą w POZ. https://www.mp.pl/pacjent/pierwsza_pomoc/show.html?id=222722 [dostęp: 16.03.2021].
- Karta komunikacji z osobą głuchą – wersja SOR. <https://www.mp.pl/ratownictwo/pacjent-gluchy/218299,pobierz-karte-komunikacji-z-osoba-glucha> [dostęp: 15.03.2021].
- KĘPIŃSKI, A. (2014). *Poznanie chorego*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kodeks etyki lekarskiej* (2017). Warszawa: Naczelna Izba Lekarska.
- Komunikacja w opiece medycznej – materiały szkoleniowe. <https://komunikacjamedyczna.pl/edukacja-materialy-szkoleniowe/> [dostęp: 16.03.2021].
- MENDYK, K., KOWALIK, M., KUCZYŃSKI, B., NURZYŃSKA-FLAK, J. (2016). Wybrane aspekty komunikacji lekarza z pacjentem: opinia studentów medycyny i lekarzy stażystów. W: D. ŻOŁNIERCZUK-KIELISZEK, M. JANISZEWSKA (red.), *Zdrowie, psychologia, społeczeństwo – przegląd wybranych zagadnień* (s. 267–277). Lublin: Tygiel.
- NĘCKI, Z. (2007). *Komunikacja międzyludzka*. Kluczbork: Antykwa.
- OSTROWSKA, A. (2009). Modele relacji lekarz – pacjent. W: OSTROWSKA, A. (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy* (s. 236–250). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- PUN, J. (2021). A study of Chinese medical students' communication pattern in delivering bad news: an ethnographic discourse analysis approach. *BMC Medical Education*, 21(286). <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02724-6>.
- SULKOWSKA, A., MILEWSKI, S., KACZOROWSKA-BRAY, K. (2018). Komunikacja lekarz – pacjent w opinii pacjentów. *Logopedia Silesiana*, 7, 36–55. <https://doi.org/10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.03>.
- THORWALD, J. (2021). *Dawna medycyna, jej tajemnice i potęga – Egipt, Babilonia, Indie, Chiny, Meksyk, Peru*. Tłum. A. BANDURSKI, J. SZZANIECKA. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- TYMIŃSKI, R., SEROCKA, M. (2018). Kto i ile płaci za błędy medyczne? Analiza linii orzecniczej wydziałów cywilnych sądów powszechnych w sprawach o błąd medyczny. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, 3(1), 32–39.
- VILLELA, E.F.M., et al. (2020). Effects on medical students of longitudinal small-group learning about breaking bad news. *The Permanente Journal*, 24(2). <https://doi.org/10.7812/TPP/19.157>.