

<http://dx.doi.org/10.16926/sn.2023.19.03>

Received: 02.06.2023

Accepted: 21.09.2023

DOROTA GONIGROSZEK

<https://orcid.org/0000-0001-7111-4126>

(Akademia Piotrkowska, Piotrków Trybunalski)

e-mail: dorota.gonigroszek@interia.pl

BARIERY KOMUNIKACYJNE DOŚWIADCZANE PRZEZ PIELEŃNIARKI – WYNIKI BADANIA ANKIETOWEGO

Jak cytować [how to cite]: Gonigroszek, D. (2023). Bariery komunikacyjne doświadczane przez pielęgniarki – wyniki badania ankiетowego. *Studia Neofilologiczne. Rozprawy Językoznawcze*, 19, 49–61.

Communication Barriers Experienced by Nurses – Survey Results

Abstract

The article presents the results of a survey conducted among 132 nurses. The survey focused on problems experienced when communicating with patients. In addition, respondents answered questions about their interpersonal communication background, educational needs, and the work experience. In the theoretical part of the article, the duties of nurses, the communication process including interpersonal medical communication, common barriers to communication are presented. According to the obtained results, nurses struggle with serious communication problems. They often experience verbal aggression from patients. In addition, most of the respondents feel the need for education in medical communication.

Keywords: interpersonal communication, communication barriers, nurses, verbal aggression.

Abstrakt

Niniejszy artykuł przedstawia wyniki badania ankietowanego przeprowadzonego w grupie 132 pielęgniarek i pielęgniarzy. Badanie dotyczyło problemów doświadczanych podczas komunikacji z pacjentem. Dodatkowo respondenci odpowiadali na pytania o ich przygotowanie z zakresu komunikacji interpersonalnej, o potrzeby edukacyjne i staż pracy. W części teoretycznej artykułu przedstawiono obowiązki pielęgniarek, proces komunikacji z uwzględnienie-

niem interpersonalnej komunikacji medycznej, powszechne bariery utrudniające komunikację. Jak wynika z przeprowadzonego badania, pielęgniarki zmagają się z poważnymi problemami komunikacyjnymi. Często doświadczają agresji słownej ze strony pacjentów. Dodatkowo większość z respondentów odczuwa potrzebę kształcenia się w zakresie komunikacji medycznej.

Słowa kluczowe: komunikacja interpersonalna, bariery komunikacyjne, pielęgniarki, agresja werbalna.

1. Wstęp

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie wyników badania ankietowanego przeprowadzonego w grupie 132 pielęgniarek i pielęgniarzy, dotyczącego zarówno przygotowania tych pracowników medycznych w zakresie komunikacji z pacjentem, jak i problemów, jakich w tym obszarze doświadczają. Prezentację wyników badania poprzedza krótki wstęp teoretyczny na temat obowiązków pielęgniarek, a także komunikacji medycznej i barier, które mogą ją zakłócić.

Rozwój nauk medycznych w XX i XXI wieku cechuje niezwykła dynamika. Opracowano wiele bardzo zaawansowanych metod diagnostycznych i terapeutycznych. Mimo posiadanych możliwości wykrycia i określenia schorzenia w oparciu o badania laboratoryjne czy obrazowe, pierwszym etapem diagnostyki jest rozmowa z pacjentem. Thomas Gordon (1999: 17) twierdzi, że:

nawet mimo wprost niewiarygodnego postępu naukowego i technicznego, z którego korzystają pracownicy służby zdrowia, za główny trzon postępowania klinicznego w dziedzinie diagnozowania, leczenia pacjentów i opieki nad nimi nadal uważa się komunikację interpersonalną. Co więcej, zadowolenie pacjentów ze sposobu leczenia jest w dużej mierze uwarunkowane jakością owej komunikacji.

Skutecznego komunikowania można się nauczyć. Prawie każdy ostatnio wydany akademicki podręcznik skierowany do studentów pielęgniarstwa zawiera treści dotyczące komunikacji, w programach studiów uwzględniono przedmioty z zakresu komunikacji interpersonalnej, różne organizacje czy firmy szkoleniowe oferują kursy z tego obszaru. Czy jednak pielęgniarki i pielęgniarze faktycznie czują się przygotowani do efektywnego komunikowania się z pacjentem, rodziną pacjenta i innymi członkami zespołu medycznego? Przeprowadzona ankieta miała na celu uzyskanie odpowiedzi na to pytanie.

2. Obowiązki i zadania pielęgniarki

Na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia zamieszczono następujący opis obowiązków pielęgniarki/pielęgniarsza:

Pielęgniarka kompleksowo zajmuje się pacjentami w zakresie opieki medycznej: podaje leki, robi zastrzyki, wykonuje proste zabiegi medyczne i zalecenia lekarskie. Pomaga pacjentom np. w zakresie higieny osobistej. Asystuje lekarzom podczas operacji. Jest w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, który często wymaga nie tylko pomocy i opieki medycznej, ale i życzliwej rozmowy. Udziela mu wyjaśnień, podnosi na duchu, udziela wskazówek dotyczących zmiany trybu życia na zdrowszy¹.

Pielęgniarka może także w pewnym zakresie diagnozować pacjenta, przekazywać zalecenia dotyczące terapii, wystawiać skierowania na badania diagnostyczne, wystawiać recepty na określone leki. Dodatkowo ze strony ministerialnej dowiadujemy się, że:

Pielęgniarka/pielęgniarz jest zobowiązany do:

- a) wykonywania zawodu z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, z poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo i na podstawie aktualnej wiedzy medycznej;
- b) udzielania pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka mogłaby spowodować nagłe zagrożenie zdrowia;
- c) wykonywania zaleceń lekarskich zapisanych w dokumentacji medycznej;
- d) informowania pacjenta o jego prawach;
- e) informowania pacjenta (lub jego przedstawiciela albo osobę wskazaną przez pacjenta) o jego stanie zdrowia, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej;
- f) zachowywania w tajemnicy informacji dotyczących pacjenta;
- g) prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej;
- h) przestrzegania kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki;
- i) udzielenia pomocy medycznej;
- j) respektowania praw pacjenta;
- k) prowadzenia dokumentacji medycznej.

Pielęgniarki/pielęgniarze pracują w szpitalach, punktach pobrań, przychodniach podstawowej opieki zdrowotnej i przychodniach specjalistycznych, szkolnych gabinetach profilaktyki zdrowotnej, zakładach opiekuńczo-leczniczych, domach opieki, w domu chorego.

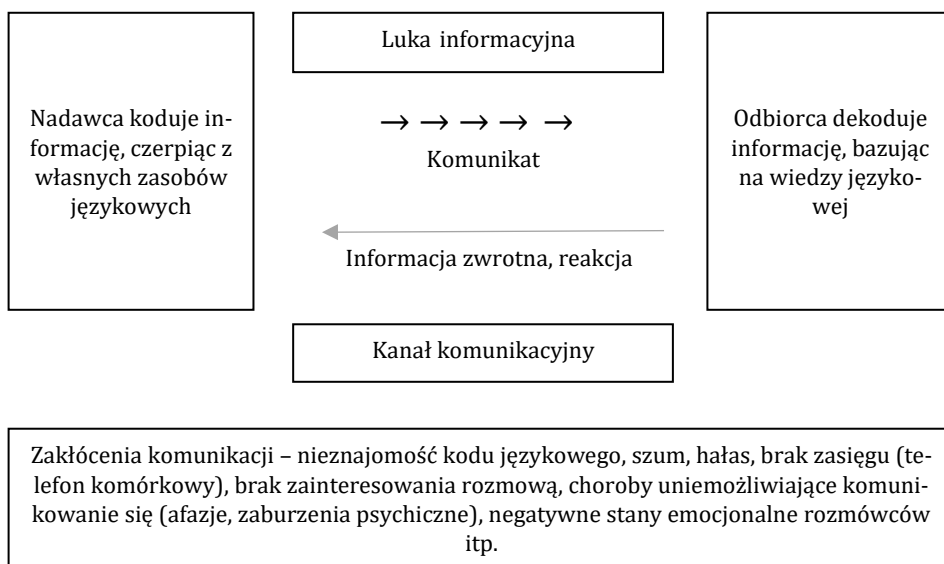
Tak szeroki zakres obowiązków i możliwych kontaktów z pacjentem w różnych obszarach opieki zdrowotnej wymaga od pielęgniarek bardzo dobrych umiejętności komunikacyjnych podczas interakcji z pacjentem, jego rodziną i członkami zespołu medycznego.

3. Medyczna komunikacja interpersonalna

Słownik psychologiczny definiuje komunikację interpersonalną jako „przepływ informacji między nadawcą a odbiorcą” (Szewczuk, 1979: 120).

¹ <https://pacjent.gov.pl/> [dostęp: 19.06.23].

Podczas aktu komunikacyjnego określona treść jest przekazywana za pośrednictwem wybranego kanału komunikacyjnego od nadawcy do odbiorcy. Nadawca koduje informację, używając znanego mu języka, a odbiorca ją odczytuje (dekoduje), bazując na zapisanym w jego umyśle systemie leksykalnym i gramatycznym. Treść ta powinna w jakiś sposób oddziaływać na odbiorcę, prowadząc do zmiany jego postawy, sposobu zachowania. Może też przekształcać jego stan wiedzy i świadomości. Podczas wymiany komunikatów mogą pojawić się problemy wynikające zarówno ze specyfiki kanału (szum, hałas), jak i leżące po stronie rozmówców (różnice w kodach językowych, brak chęci porozumienia się, niewłaściwe techniki komunikacji zrażające rozmówcę). Generalnie, by mówić o prawdziwej komunikacji, musi istnieć różnica w znajomości faktów czy posiadanej wiedzy między interlokutorami. Przekazujemy komuś coś, o czym nie wie, a jednocześnie wykazuje zainteresowanie tą informacją.



Schemat 1

Komunikacja interpersonalna (opracowanie własne)

Co istotne, język werbalny nie jest jedyną formą komunikacji, są nimi także gesty, mimika, postawa ciała, odległość utrzymywana od rozmówcy, ton głosu, a nawet elementy ubioru czy biżuteria². Jak podkreśla Norbert Silamy (1994: 125), „komunikacja to w pierwszym rzędzie percepcja. Implikuje ona świadome lub nieświadome przekazywanie wiadomości przeznaczonej dla odbiorcy”.

² Przykładowo, obrączka noszona na palcu lub jej brak może sugerować stan cywilny interlokutora, czarny ubiór może świadczyć o żałobie, kolor żabotu noszonego przez prawnika ukazuje pełnioną funkcję – sędzia, prokurator itp.

czonych do poinformowania jednostki lub grupy odbiorców". O skuteczności komunikacji świadczy wspomniana już zmiana zachowania odbiorcy czy informacja zwrotna (*feedback*) – odpowiedź, reakcja.

Komunikacja medyczna czy interpersonalna komunikacja medyczna jest szczególnym rodzajem komunikacji zachodzącej w specyficznych warunkach – szpital, gabinet lekarski, ośrodek zdrowia itp. Uczestnikami aktu komunikacyjnego są: specjalista – osoba z wykształceniem medycznym (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, położna itd.) i pacjent lub członkowie rodziny chorego. Wysyłane i odbierane informacje/komunikaty dotyczą określonej, zawężonej tematyki (zdrowie, choroba, stan pacjenta, metody terapeutyczne, wskazówki odnośnie do postępowania). Skuteczność komunikacji w tym przypadku może decydować o zdrowiu i życiu pacjenta. Komunikacji medycznej mogą towarzyszyć silne emocje i odczucia wpływające na przebieg rozmowy.

Jan Doroszewski (2007: 46) zaproponował następującą definicję komunikacji medycznej:

[...] komunikacja między lekarzem lub pielęgniarką a pacjentem (w skrócie: komunikacja lekarz–pacjent) jest to rodzaj komunikacji interpersonalnej łączącej te osoby w trakcie bezpośredniej opieki zdrowotnej nad pacjentem, tj. leczenia, profilaktyki, rehabilitacji. Innymi słowy, jest to wymiana znaków językowych i pozajęzykowych mająca na celu doskonalenie postępowania lekarskiego oraz wzajemne zbliżenie tych osób ze szczególnym uwzględnieniem etycznych i psychologicznych aspektów opieki zdrowotnej oraz wzajemne oddziaływanie na postępowanie.

We współczesnym modelu leczenia podkreśla się rolę stanów emocjonalnych pacjenta i nawiązywania dobrych relacji. Ewa Szymańska-Świątnicka i Joanna Pietrusińska (2012: 7) zauważają, że:

Stan emocjonalny pacjenta wpływa na poprawę lub pogorszenie choroby, na przyspieszenie lub spowolnienie jej przebiegu. Dlatego tak ważną rolę odgrywa relacja, jaką pacjent utrzymuje z całym zespołem leczącym. Taka relacja powinna opierać się na dobrej współpracy zespołu terapeutycznego, pacjenta i jego rodziny. Warunkiem tego jest dobra komunikacja między nimi. Obecnie personel medyczny coraz częściej jest zobligowany do pomocy pacjentowi w zmianie jego postaw i zachowań wobec choroby.

Nicola Mead i Peter Bower (2000) dokonują rozróżnienia między tradycyjnym biomedycznym modelem podejścia do chorego a medycyną skoncentrowaną na pacjencie, którego istotą jest właśnie skuteczna komunikacja. Pacjentocentryzm uwzględnia czynniki psychiczne i społeczne, które przyczyniły się do wystąpienia choroby. Osobę chorą postrzega się w sposób holistyczny, jako człowieka z indywidualną historią życia i potrzebami. Ta sama choroba może mieć inne znaczenie dla różnych ludzi, budzić odmienne odczucia, wywoływać różne stany emocjonalne czy nastawienie psychiczne. Zgodnie z modelem skoncentrowanym na pacjencie, chorego należy włączyć

w proces leczenia poprzez podnoszenie jego świadomości na temat choroby, informowanie o wynikach, zachęcanie do poddawaniu się terapii, itp. Kolejnym elementem modelu jest zbudowanie osobistej relacji z pacjentem (przy-
mierze terapeutyczne). Osobiste cechy lekarza lub innego członka zespołu medycznego także wpływają na przebieg leczenia. Mead i Bower (2000) twierdzą, że lekarz wpływa na pacjenta, a pacjent na lekarza.

4. Bariery w komunikacji z pacjentem

Bariery komunikacyjne mogą mieć różne przyczyny. Generalnie jednak dzieli się je na semantyczne, psychologiczne oraz fizyczno-środowiskowe. Problemy natury semantycznej wynikają z użycia przez personel medyczny języka specjalistycznego, terminologii nieznannej pacjentowi. Pacjent nie rozumie wypowiedzi, znaczenia terminów lub rozumie je w sposób odmienny od zamierzonego. Bariery psychologiczne pojawiają się, kiedy rozmówca/rozmówcy są zmęczeni, negatywnie nastawieni do siebie, nie słuchają wypowiedzi (nieumiejętność słuchania). Natomiast przyczyny fizyczne i środowiskowe są powiązane z miejscem, w którym odbywa się rozmowa (korytarz, przechodzący ludzie, dzwoniący telefon, równoległe rozmowy z innymi pacjentami lub pracownikami zespołu medycznego).

Nadmierne użycie lub wręcz celowe nadużycie przez specjalistę terminologii medycznej może także przyczynić się do poważnego zakłócenia procesu komunikacji. Oczywiście nie można całkowicie uniknąć stosowania terminów specjalistycznych, będących przecież nośnikiem znaczenia w obszarze nauk medycznych. Jednak można minimalizować problemy ze zrozumieniem treści komunikatu, wyjaśniając znaczenie użytych sformułowań i parafrazując własne wypowiedzi. Należy wspomnieć również o zjawisku „przekleństwa wiedzy” – specjalista posiada rozległą wiedzę z danego obszaru, operuje terminologią fachową i nawet nie zdaje sobie sprawy z faktu, że oczywiste dla niego wyrażenia nie są zrozumiałe dla innych osób.

Co należy podkreślić, w konsekwencji zakłóconej komunikacji pacjent-specjalista można popełnić błąd jatrogenny³. Użycie niezrozumiałego języka, nieprecyzyjnych komunikatów może powodować stres u pacjenta, który i tak nie czuje się komfortowo z powodu choroby. Nieinformowanie pacjenta na temat jego stanu lub na temat dalszego postępowania, np. po opuszczeniu szpitala, także może prowadzić do pogorszenia stanu chorego. Dodatkowo

³ Jatrogenia to działania bądź zachowania lekarza (w szerszym rozumieniu także innego pracownika medycznego) mające wpływ na stan fizyczny lub psychiczny pacjenta. W momencie, kiedy działania te bądź decyzje są dla chorego szkodliwe, mamy do czynienia z błędem jatrogennym. Natomiast jeśli w konsekwencji tegoż błędu pojawi się choroba, nazywana jest ona chorobą jatrogenną.

przypisywanie pacjentowi winy za jego stan, moralizowanie czy rozkazywanie jest szkodliwą praktyką komunikacyjną (por. Makara-Studzińska, 2012; Kozyra 2019).

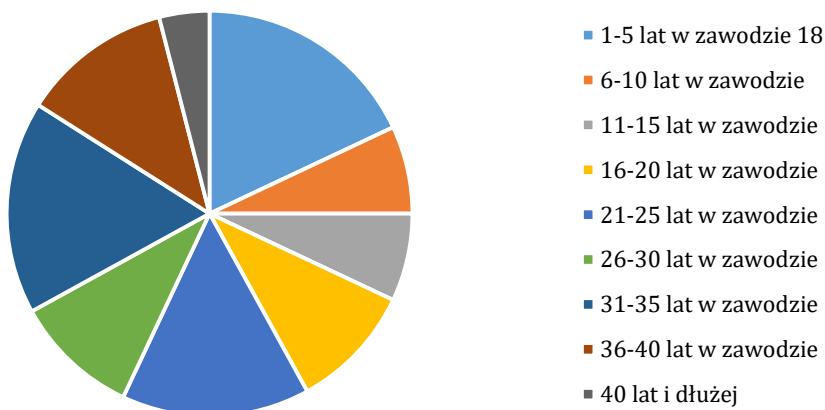
5. Wyniki badania ankietowego

Badanie zostało przeprowadzone dzięki pomocy Ogólnopolskiego Portalu Pielęgniarek i Położnych. Na stronie portalu na Facebooku udostępniono link do ankiety. Zgromadzono odpowiedzi od 132 respondentów. Ankieta obejmowała 5 pytań:

1. Od ilu lat pracuje Pani/Pan jako pielęgniarka/pielęgniarz?
2. Czy na studiach/w liceum pielęgniarskim miał(a) Pan/Pani przedmiot dotyczący komunikacji z pacjentem?
3. Czy odczuwa Pani/Pan potrzebę kształcenia w zakresie skutecznej komunikacji z pacjentem?
4. Jakich problemów z porozumiewaniem się z pacjentami Pani/Pan doświadcza?
5. Czy doświadczył(a) Pan/Pani agresji słownej ze strony pacjenta? W jakich sytuacjach?

Wszystkie pytania miały formę otwartą i umożliwiały udzielenie dłuższej, opisowej odpowiedzi.

Struktura grupy respondentów analizowana pod kątem stażu pracy w zawodzie pielęgniarki lub pielęgniarza przedstawia się następująco: osoby wykonujące pracę od roku do 5 lat: 18%, od 6 do 10 lat – 7%, 11–15 lat – 7%, 16–20 lat – 10%, 21–25 lat – 15%, 26–30 lat – 10%, 31–35 – 17%, 36–40 lat – 12%, 40 lat i dłużej – 4%.



Wykres 1
Staż pracy ankietowanych

Jak widać, ankietę wypełniły osoby zarówno dopiero wdrażające się do pracy, jak i doświadczone pielęgniarki o długoletnim stażu pracy.

Zdecydowana większość (66%) respondentów nie miała przedmiotu dotyczącego komunikacji z pacjentem (liceum pielęgniarstwa, studia). Istotne są dwa komentarze ankietowanych: *Była psychologia i socjologia, ale zajęcia w ogóle nie poruszyły tematu, jak komunikować się z pacjentem lub jego rodziną, Były takie zajęcia, ale bardzo teoretyczne. Powinny być scenki, praktyczne zajęcia w szpitalu* (zapis oryginalny).

Aż 67% respondentów odczuwa potrzebę kształcenia z zakresu komunikacji z pacjentem. Natomiast najczęściej wymieniane doświadczane problemy/bariery komunikacyjne to:

- brak zrozumienia poleceń;
- brak chęci zrozumienia;
- agresja słowna;
- bariera językowa (pacjent obcojęzyczny);
- niestosowanie się do poleceń;
- wybiórcze słuchanie;
- ignorowanie;
- zadawanie pytań podczas czynności wykonywanych przez pielęgniarkę przy innym pacjencie;
- zła interpretacja poleceń;
- niegrzeczny ton głosu, brak kultury;
- wydawanie rozkazów;
- splątanie, pacjent pobudzony;
- pacjent z zaburzeniami psychicznymi, demencja;
- obecność rurki intubacyjnej.

Ostatnią z wymienionych barier komunikacyjnych można przypisać chorobie, doświadczanym zaburzeniom bądź fizycznej niemożności artykulacji dźwięków (intubacja).

Pielęgniarki/pielęgniarze skarżą się na bardzo powszechną agresję słowną ze strony pacjentów. Jedynie 2% ankietowanych nie spotkało się z tym problemem. Respondenci podawali przykłady agresywnych reakcji pacjentów. W części przypadków agresja słowna była odpowiedzią na wykonywane czynności pielęgniarstwa, które zwykle są bolesne lub nieprzyjemne (zakładanie cewnika, zmiana pozycji ciała, wkłucie, zapinanie pasów, itp.). W ankietach zostały również wspomniane schorzenia lub stany pacjenta, podczas których chory wyrażał agresję słowną (delirium, pacjent geriatryczny, choroba psychiczna, osoby upojone alkoholem, po zażyciu dopalaczy i narkotyków). Inne wymieniane przykłady niewłaściwych zachowań werbalnych lub sytuacji powiązanych z agresją słowną: *Traktowanie pielęgniarek jak służące, Oczekiwanie, że coś będzie zrobione tu i teraz, Tak, wielokrotnie w sytuacji, gdy lekarz nie wywiązywał się z obietnic, w sytuacji, gdy*

lekarz spóźniał się do pracy, wielokrotnie w pracy w SOR, szczególnie podczas gdy pacjent oczekiwał w kolejce, W czasie szybkiej pracy przy pacjencie, bo musiałam już iść robić kolejną rzecz, Czas oczekiwania – liczy się tylko on, nie zwraca uwagi na innych, bardziej potrzebujących. Każdy jest człowiekiem i czasem też potrzebujemy chwili odpoczynku – atak pacjentów i rodziny, bo nic się nie robi. Pacjent w czasie diagnozy i postępowanie wyczekujące – znów nic się nie robi, a on „cierpi”. Popisywanie się przed rodziną. Próba zastraszenia, bo „ma tu znajomości”, Próba zdyscyplinowania pacjenta, częściej mężczyźni, brak poszanowania dla mnie jako kobiety i wykształconego, profesjonalnego personelu, np. co mi tu będzie... Jak mówi lekarz to słucha. Mówienie o pielęgniarkach jako dziewczynki to przygnębia, Kiedy trzeba było nosić maseczki, Nie potrafią zrozumieć, że przychodząc do lekarza, muszą okazać się dokumentem albo że w ogóle muszą zostać zarejestrowani, na zastrzyk bez zlecenia, z dziećmi bez książeczki zdrowia, nieubezpieczeni, Od matek na oddziale pediatrycznym (zapis oryginalny). W zacytowanych wypowiedziach można doszukać się przenoszenia winy/odpowiedzialności na personel pielęgniarski za zachowanie innych (lekarz), specyfikę systemu opieki medycznej (odległe terminy, brak możliwości poświęcenia dłuższego czasu pacjentowi, obowiązek noszenia maseczek podczas pandemii koronawirusa COVID-19, konieczność okazania dokumentów itp.). Część reakcji agresywnych z pewnością wynikała z obawy o swoje zdrowie lub bliskiego (czas oczekiwania w szpitalnym oddziale ratunkowym) i doznawanego cierpienia. Pielęgniarki skarżą się także na brak szacunku i brak dostrzegania ich profesjonalizmu i wykształcenia. Innymi poważnymi zgłaszanymi problemami doświadczanymi przez personel pielęgniarski jest niestosowanie się do poleceń i zła interpretacja poleceń.

6. Omówienie i próba interpretacji wyników badania

Większość ankietowanych (66%) w trakcie studiów lub nauki w szkole pielęgniarskiej nie uczestniczyła w zajęciach z zakresu komunikacji interpersonalnej. Biorąc pod uwagę staż pracy badanych, wiele osób faktycznie mogło kształcić się w czasie, kiedy programy nauczania policealnych szkół medycznych (także liceów pielęgniarskich) lub szkół wyższych nie uwzględniały zajęć z komunikacji lub były to zajęcia jedynie fakultatywne. Prawie taka sama liczba respondentów odczuwa potrzebę doskonalenia swoich umiejętności w tym obszarze (67%). Jak można łatwo zauważyć, istnieje zbieżność między tymi wskaźnikami procentowymi. Co znamienne, opisywane bariery komunikacyjne i zachowania pacjentów odbierane przez pielęgniarki i pielęgniarzy za problematyczne w połączeniu z brakiem odpowiedniego przygotowania mogą stanowić poważny problem. W konsekwen-

cji, w odpowiedzi na potrzeby doskonalenia się kadry pielęgniarskiej podmioty zatrudniające pielęgniarki powinny umożliwiać uczestniczenie w kursach i warsztatach z zakresu medycznej komunikacji interpersonalnej lub te formy kształcenia organizować. Takie inicjatywy z pewnością przyczyniłyby się do podnoszenia jakości świadczonych usług medycznych.

Prawie wszystkie ankietowane osoby doświadczyły agresji słownej ze strony pacjenta. Jest to bardzo niepokojące zjawisko. Z jednej strony negatywne reakcje pacjentów przybierające formę agresji werbalnej poważnie zakłócają komunikację, z drugiej zaś – negatywnie wpływają na dobrostan pielęgniarek/pielęgniarzy. W wielu przypadkach opisywane zachowania czy komentarze pacjentów wynikają z ich stanu psychicznego lub choroby (demencji, upojenia alkoholowego, stanu po zażyciu środków psychoaktywnych itp.). W takich sytuacjach agresja słowna może w łatwy sposób przerodzić się w agresję fizyczną. Jest to powód, dla którego pielęgniarki bezwzględnie powinny znać zasady postępowania z pacjentem agresywnym.

Inne opisywane przypadki negatywnych reakcji werbalnych można powiązać z mocnymi przeżyciami emocjonalnymi towarzyszącymi chorobie i terapii, obawom i lękom o własne zdrowie i życie lub osoby bliskiej. Jak wyjaśnia Monika Talarowska (2022: 98):

Naturalną, bezpośrednią reakcją emocjonalną w takiej sytuacji jest odczuwanie lęku, złości, poczucia bezradności [...] a znaczna część zachowań przemocowych jest powiązana z nieprawidłowościami w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej i jego organizacją, a nie z konkretnym działaniem czy jego brakiem ze strony lekarza/pielęgniarki. Niestety to właśnie lekarze w takich przypadkach stają się obiektem wyładowania frustracji czy też okazania niezadowolenia przez pacjenta.

Dodatkowo, jak pisze Anna Ratajska (2019: 7),

Wcześniejsze negatywne doświadczenia pacjenta w kontaktach z pracownikami opieki zdrowotnej mogą powodować negatywne nastawienie pacjenta do następnych kontaktów. W kolejną relację tego typu pacjent wchodzi wówczas z lękiem, który może być wyrażony wprost lub pośrednio. Niewyrażane wprost niepokoje i lęki mogą być „maskowane” poprzez okazywanie negatywnych emocji, zadawanie pytań w nieuprzejmy sposób, co z kolei może być odbierane przez lekarza jak konfrontacja lub atak na niego.

Z wypowiedzi ankietowanych wynika również, że czują się oni niedocenieni, narzekają na brak szacunku ze strony pacjentów (zwłaszcza kobiety pielęgniarki), a ich kompetencje są podważane. Zgodnie z danymi Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Polsce jest 236 tys. pielęgniarek i jedynie 5 tys. pielęgniarzy. Ten sfeminizowany zawód może być traktowany przez pacjentów stereotypowo – kobieta słabsza fizycznie od mężczyzny staje się łatwiejszym obiektem ataku. Dodatkowo polskie społeczeństwo prawdopodobnie nie jest świadome poziomu wymaganego wykształcenia pielęgniarek. Obecnie, by wykonywać pracę pielęgniarki, zgodnie z zarządzeniem Mi-

nistra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r., należy ukończyć przynajmniej studia pierwszego stopnia (6 semestrów, 4720 godzin zajęć). Natomiast wiele osób nadal postrzega pielęgniarkę jako osobę wykonującą podstawowe zabiegi medyczne i pielęgnacyjne. Stąd może wynikać brak należytego szacunku. Jedna z ankietowanych osób opisała sytuację, kiedy jest obwiniana za niewłaściwe zachowanie innego pracownika – lekarza. Pacjent nie wyraża swojego niezadowolenia wobec sprawcy problemu z powodu odczuwanego szacunku wobec lekarza – autorytetu, osoby, od której niejako zależy, ale przenosi swoje odczucia na pielęgniarkę, której nie traktuje tak poważnie.

Co znamienne, pacjenci przenosili też swoje negatywne odczucia wobec systemu opieki zdrowia (terminów, czasu oczekiwania na wizytę, obowiązku noszenia maseczek) na pielęgniarki, które nie mają wpływu na odcórne ustalenia. Do pewnego stopnia takie postawy wynikają z braku świadomości społecznej – pacjenci nie znają specyfiki funkcjonowania podmiotów leczniczych i całego systemu opieki zdrowotnej. Odprowadzają podatki i oczekują szybkiego, skutecznego leczenia. Rzeczywistość odbiega jednak często od oczekiwań. Zgodnie z danymi zawartymi w raporcie Komisji Europejskiej *State of Health in the EU: Companion Report 2021* liczba czynnych zawodowo lekarzy na każdy tysiąc populacji wynosi w Polsce 2,4, a liczba pielęgniarek – niecałe 6. Średnia dla Unii Europejskiej to odpowiednio: 3,9 oraz 8,4. Wydłużony czas oczekiwania na pomoc medyczną, który tak często irytuje pacjentów, można łączyć z funkcjonowaniem i strukturą systemu opieki zdrowotnej i niedoborami kadrowymi.

Innymi często zgłaszzanymi przez respondentów barierami komunikacyjnymi są: niezrozumienie poleceń, zła interpretacja poleceń oraz ignorowanie wskazówek personelu pielęgniarskiego. Problemowi nieprawidłowego rozumienia polecenia lub złej interpretacji treści przekazu można zaradzić poprzez stosowanie parafraz i pytań sprawdzających poziom zrozumienia. Są to techniki komunikacyjne, których można się nauczyć i należy je stosować. Pacjenci ignorują polecenia personelu medycznego z wielu powodów. Może być to brak zaufania, dana osoba nie jest postrzegana przez pacjenta jako autorytet, stan emocjonalny, negatywne nastawienie do procesu leczenia, brak wiary w powodzenie terapii, brak poczucia sprawstwa (pacjent chciałby mieć wpływ na przebieg leczenia), itp. Bożena Gulla, Bernadetta Izydorczyk i Rafał Kubiak (2019: 40) wspominają o tak zwanych pełnych nieufności schematach myślowych wpływających na decyzje pacjenta:

Rozwijanie w myśleniu chorego tzw. pełnych nieufności schematów myślowych („ludziom nie należy ufać”, „świat jest niebezpieczny”, „lekarz może się mylić”) oraz wynikającego z nich podejrziwego, niejednokrotnie wrogiego, emocjonalnego nastawienia do otoczenia może stymulować do czujnej obserwacji działań personelu medycznego, prób kontrolowania tych działań przez chorego (za pośrednictwem pytań, niekiedy przez oszukiwanie personelu i samodzielne decydowanie o tym, czy po-

dane leki zostaną przyjęte, ew. przyjmowanie leków dodatkowych, niezleconych, lub przez eskalację objawów, by wywrzeć pożądany wpływ na personel). Emocjonalne doświadczanie nadmiernej nieufności znajduje odzwierciedlenie w tzw. błędach myślowych pacjenta („nie mogę im zaufać”, „nie wiedzą wszystkiego o mnie”, „to mi może zrobić krzywdę”, „nie zadbają o mnie należycie”, „tylko ja znam tak naprawdę swój organizm”).

Budowanie pozytywnej atmosfery, wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa, unikanie przekazu o wydźwięku imperatywnym, omawianie podejmowanych przez pielęgniarkę działań opiekuńczych (aspekty wspomnianego wcześniej modelu skoncentrowanego na pacjencie) może, do pewnego stopnia chociaż, zniwelować problem ignorowania/niestosowania się do poleceń. Musimy jednak pamiętać, że liczba pielęgniarek pracujących w polskim systemie opieki zdrowotnej jest nieadekwatna do potrzeb pacjentów. By w pełni skupić się na pacjencie jako jednostce, trzeba dysponować odpowiednią ilością czasu, a to może być niemożliwe ze względu na realia pracy personelu medycznego.

Co warto zauważyć, na żadnym poziomie polskiego systemu edukacyjnego nie wprowadzono przedmiotu z podstaw psychologii lub komunikacji interpersonalnej (takie przedmioty są obecne jedynie w programach niektórych kierunków studiów ze względu na ich specyfikę). Posiadanie kompetencji czy sprawności komunikacyjnych traktuje się jako oczywisty atrybut człowieka znającego język ojczysty. Jedna z respondentek – na przykład – stwierdziła, że także pacjenci powinni być uczeni, jak się zachowywać i reagować.

7. Wnioski

Skuteczność przekazu w trakcie aktu komunikacyjnego pielęgniarka–pacjent może decydować o przebiegu leczenia. Bariery zakłócające komunikację w tym przypadku mogą doprowadzić do popełnienia błędu lub zachwiania równowagi emocjonalnej zarówno pacjenta, jak i pielęgniarki. Z przeprowadzonego badania wynika, że zdecydowana większość ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy nie odbyła szkolenia z zakresu komunikacji z pacjentem i odczuwa potrzebę kształcenia w tym obszarze. Ankietowani zgłaszali bardzo poważny problem – praktycznie wszyscy doświadczali agresji werbalnej ze strony pacjenta. Doświadczenie zawodowe (staż) nie miało w tym przypadku znaczenia. Inny istotny problem stanowi ignorowanie poleceń lub zła interpretacja komunikatu. Biorąc pod uwagę tak istotną barierę komunikacyjną i potrzeby edukacyjne pielęgniarek należy zastanowić się nad powszechnym systemem ustawicznego doskonalenia personelu medycznego. Można nawet dojść do odważnego wniosku, iż wszyscy w edukacji szkolnej powinniśmy być edukowani, jak skutecznie komunikować się w różnych sytuacjach społecznych.

Bibliografia

- Doroszewski, J. (2014). *Komunikacja pacjenta z lekarzem – literatura, stanowiska, problemy*. W: J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski (red.), *Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem* (s. 13–22). Warszawa: Wolters Kluwer SA.
- Gordon, T. (1999). *Pacjent jako partner*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Gulla, B., Izydorczyk, B., Kubiak, R. (2019). *Godność i intymność pacjenta. Aspekty psychologiczne i prawne*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
- Kozyra, B. (2019). *Komunikacja bez barier. Jak rozumieć i być rozumianym*. Warszawa: MT Biznes.
- Makara-Studzińska, M. (2012). *Komunikacja z pacjentem*. Lublin: Wydawnictwo CZELJ.
- Mead, N., Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51(7), 1087–1110.
- Ratajska, A. (2019). *Trudny pacjent – zasady postępowania i komunikowania się. Wybrane zagadnienia dla medyków*. Warszawa: PZWL.
- Sillamy, N. (1994). *Słownik psychologii*. Poznań: Wydawnictwo Książnica.
- Szewczuk, W. (1979). *Słownik psychologiczny*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Szymańska-Świątnicka, E., Pietrusińska, J. (2012). *Jak rozmawiać z pacjentem diabetologicznym. Informacje dla pielęgniarki*. Warszawa: Polska Federacja Edukacji w Diabetologii.
- Talarowska, M. (2022). Postępowanie z pacjentem agresywnym i pobudzo-nym. *Medycyna po Dyplomie*, 32(9), 96–99.

Cytowane dokumenty

State of Health in the EU: Companion Report 2021, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2022.

Netografia

<https://pacjent.gov.pl/> (dostęp: 19.06.23).