

**Jolanta Rab-Przybyłowicz,
Aleksandra Sibilska**

**Istota komunikacji międzyludzkiej w
sektorze usług medycznych**

Ekonomiczne Problemy Usług nr 42, 178-186

2009

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Jolanta Rab-Przybyłowicz, Aleksandra Sibilska¹

ISTOTA KOMUNIKACJI MIĘDZYLUDZKIEJ W SEKTORZE USŁUG MEDYCZNYCH

Streszczenie

Etyczny charakter świadczenia usług zdrowotnych sprawia, że bezpośrednie kontakty medycznych grup zawodowych z pacjentem i jego rodziną wiążą się z koniecznością posiadania oraz ciągłego doskonalenia odpowiednich umiejętności komunikacyjnych. Satisfakcjonująca komunikacja interpersonalna prowadzi do wytworzenia i umacniania zaufania między pacjentem, leczącym go lekarzem i pozostałym personelem medycznym. Prawidłowe komunikowanie się jest bardzo ważne w rozbudzaniu nadziei i zainteresowania pacjenta możliwościami uczestniczenia w leczeniu, pokonywaniu bezradności, pobudzaniu do aktywności czy przejmowaniu odpowiedzialności za własne zdrowie. Celem opracowania jest pokazanie istoty, znaczenia i specyfiki komunikacji międzyludzkiej w sektorze usług medycznych w przypadku obsługi nie tylko polskich, ale i zagranicznych pacjentów.

Wstęp

Sektor usług medycznych należy do jednej z najbardziej unikatowych gałęzi gospodarki, w której w procesie świadczenia usług za cel nadrzędny przyjmuje się dobro pacjenta i bierze odpowiedzialność za jego zdrowie i życie. Etyczny charakter świadczenia tych usług, sprawia, że bezpośrednie kontakty medycznych grup zawodowych z pacjentem i jego rodziną wiążą się z koniecznością posiadania i ciągłego doskonalenia odpowiednich umiejętności komunikacyjnych. Każdy kontakt personelu medycznego z pacjentem powinien być efektywny, celowy i terapeutyczny. Sposoby komunikowania się mogą być modyfikowane przez uczestników w zależności od oczekiwanych rezultatów. Prawidłowe komunikowanie się jest bardzo ważne w rozbudzaniu nadziei i zainteresowania pacjenta możliwościami uczestniczenia w leczeniu, pokonywaniu bezradności, pobudzaniu do aktywności czy przejmowaniu odpowiedzialności za własne zdrowie. Celem opracowania jest pokazanie istoty, znaczenia i specyfiki komunikacji międzyludzkiej w sektorze usług medycznych w przypadku obsługi zarówno polskich, jak i zagranicznych pacjentów.

Istota komunikacji

Komunikowanie się z otoczeniem jest jednym z najważniejszych aspektów życia człowieka. Jest ono procesem złożonym polegającym na przekazywaniu wiadomości pomiędzy ludźmi za pomocą słowa mówionego, pisanego (listów, książek, prasy) oraz

¹ Jolanta Rab-Przybyłowicz – mgr, doktorantka w Katedrze Zarządzania Turystyką, Wydział Zarządzania i Ekonomiki Usług, Uniwersytet Szczeciński.

Aleksandra Sibilska – mgr, doktorantka w Katedrze Ekonomiki Przedsiębiorstw, Wydział Zarządzania i Ekonomiki Usług, Uniwersytet Szczeciński.

obrazów (rysunków, telewizji i filmu). Komunikację można zdefiniować jako „transakcję między dwoma lub więcej stronami, polegającą na wzajemnym przekazywaniu treści za pomocą świadomie wybranych symboli o określonym znaczeniu”². Komunikacja to również proces polegający na przekazywaniu informacji od jednej osoby do drugiej w taki sposób, aby wiadomość otrzymana miała możliwie zbliżone znaczenie do wiadomości zamierzonej³. Pełny proces komunikowania się powinien przebiegać w dwóch kierunkach. Z jednej strony nadawca przekazuje swój komunikat, z drugiej odbiorca reaguje w taki sposób, że zwrótnie przesyła wiadomość nadawcy. Właściwie prowadzona staje się platformą nowoczesnego zarządzania, ponieważ wzbudza zaufanie i przeciwdziała izolacji, porządkuje działania, ale też daje im głębszy sens⁴.

Komunikacja interpersonalna według Z. Nęckiego jest próbą podejmowaną w określonym kontekście wymiany werbalnych, wokalnych i niewerbalnych sygnałów (symboli) w celu osiągnięcia lepszego poziomu współdziałania⁵. W komunikacji interpersonalnej wyróżnia się dwa zasadnicze style: werbalny i niewerbalny. Komunikacja werbalna, inaczej nazywana słowną, jest używaniem słownych, sformułowanych w zdania przekazów. Komunikacja niewerbalna, inaczej nazywana bezsłowną, wykorzystuje gesty, mimikę, tzw. mowę ciała. Komunikacja to proces, który zachodzi nieustannie, bowiem przez cały czas swoją postawą ciała, mimiką, gestykulacją, także słowami przekazujemy jakieś informacje. Aby można było mówić o istnieniu komunikacji muszą istnieć trzy ogniwa: nadawca, czyli osoba, która przesyła określoną informację; odbiorca, czyli osoba, do której dana informacja jest kierowana oraz określony kod, czyli sposób przekazu tej informacji obraz, gest, słowo itp.⁶.

Komunikację interpersonalną powinno się traktować jako jedną z kluczowych umiejętności profesjonalistów medycznych. W dużej mierze dotyczy ona również drugiej strony – relacji pacjenta. Depersonalizacja współczesnej opieki zdrowotnej, przejawiająca się w utożsamianiu pojedynczego pacjenta z „przypadkiem chorobowym” sprawia, że zadaniem chorego jest zainteresowanie profesjonalisty swoją osobą, poprzez umiejętne przedstawienie swoich dolegliwości. Podczas interakcji zarówno lekarz, jak i pacjent, oddziałują na siebie, wysyłając sygnały werbalne i niewerbalne. Pod ich wpływem obie strony modyfikują wzajemne zachowania. Obopólnie satysfakcjonująca komunikacja przynosi wiele korzystnych efektów wykraczających poza kategorie medyczne, obejmując również ekonomiczne i psychologiczne⁷. Taki rodzaj komunikacji interpersonalnej można określić jako terapeutyczny. Służą temu umiejętności odczytywania komunikatów, prowadzenia rozmowy, przekonywania, słuchania, budzenia zaufania i zapewnienia atmosfery poufności, udzielania wsparcia.

Proces komunikacji można scharakteryzować za pomocą następujących pytań⁸: kto mówi, co mówi, w jaki sposób, do kogo, z jakim skutkiem. Głównym moderatorem komunikacji interpersonalnej jest przedstawiciel usługodawcy. Zniekształcenia

² J. Blythe: *Komunikacja marketingowa*. PWE, Warszawa 2002, s. 13-14.

³ R. W. Griffin: *Podstawy zarządzania organizacjami*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 554.

⁴ B. Rozwadowska: *Public relations. Teoria, praktyka, perspektywy*. Wyd. Studio EMKA, Warszawa 2002, s. 120.

⁵ Z. Nęcki: *Komunikacja międzyludzka*. Wyd. Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 1996, s. 109.

⁶ B. Rozwadowska: *op. cit.*, s. 124-126.

⁷ I. Rudawska: *Opieka zdrowotna, aspekty rynkowe i marketingowe*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 138.

⁸ C. Sikorski: *Zachowania ludzi w organizacji*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 196.

przekazywanych komunikatów mogą wynikać z wielu przyczyn. Największe przeszkody dobrego komunikowania się to⁹:

- używanie słów niezrozumiałych dla partnera,
- brak koncentracji partnerów,
- złe warunki komunikowania się,
- cechy nadawcy i odbiorcy,
- brak czasu nadawcy na przygotowanie się.

W komunikacji międzyludzkiej bardzo łatwo jest popełnić podstawowe uchybienia, które niwelują osiągnięcie zamierzonego rezultatu. Najczęstszymi błędami popełnianymi w komunikacji są¹⁰:

1. Subiektywne wnioski. Odmienne znaczenie przypisywane przez odbiorcę danemu komunikatowi¹¹.
2. Zniekształcenie sensu. Zmiany przekazu na skutek zewnętrznych i wewnętrznych zakłóceń, występujących w czasie procesu komunikacji¹².
3. Przerwanie komunikacji. Ustanie przekazu w wyniku splotu okoliczności i niewłaściwego sformułowania (niekiedy świadome) treści przekazu¹³.
4. Dezorientacja odbiorcy. Stan spowodowany często wieloznaczną treścią przekazu¹⁴.
5. Konflikt. Powodem konfliktu między nadawcą a odbiorcą są różnice w sposobie percepcji i interpretacji przekazów¹⁵.
6. Nieporozumienie. Niejasność spowodowana posługiwaniem się przez nadawcę i odbiorcę odmiennymi kodami znaczeniowymi, właściwymi dla ich kultur (najczęściej przyczyną są różnice językowe)¹⁶.
7. Mała elastyczność zachowania odbiorcy komunikatu. Brak umiejętności przystosowania się do zmian¹⁷.

Zachowania nadawców jak i odbiorców biorących udział w procesie komunikacji nie są automatyczne, dlatego treść i forma komunikacji powinny uwzględniać indywidualne różnice między ludźmi. Podsumowując błędy komunikacyjne i sposoby zapobiegania im przez nadawców komunikatów nasuwa się kilka uwag¹⁸:

1. Większość komunikatów przekazywana jest w formie niewerbalnej.
2. Czynniki wpływające na decyzję konsumenta pozostają poza kontrolą specjalistów ds. marketingu.

⁹ Podstawy kompleksowego zarządzania jakością, Red. J. Łańcucki. Wyd. Akademii Ekonomicznej, Poznań 2006, s. 35-36.

¹⁰ J. Blythe: *op.cit.*, s. 36-37.

¹¹ Komunikat powinien być jaszczyzną porozumienia pomiędzy jego nadawcą a odbiorcą. Nadawca musi wykorzystywać do tego całe swoje doświadczenie i wyczuwać oczekiwania odbiorcy oraz formułować komunikaty o jednoznacznej treści, bez podtekstów czy dopowiedzeń.

¹² Komunikacja powinna przebiegać bez zakłóceń, nadawca powinien zwrócić uwagę, czy uwaga odbiorcy nie została czymś rozproszona oraz czy na jego nastrój nie mają wpływu jego np. etniczne uprzedzenia, bądź czy zniekształcenie sensu nie jest celową próbą manipulacji nadawcy.

¹³ Nadawca powinien próbować osiągnąć kompromis w porozumieniu z odbiorcą, próbować podtrzymywać dialog. Nadawcy komunikatów powinni być starannie dobierani pod kątem doświadczenia i umiejętności komunikacji z danym odbiorcą (retoryka).

¹⁴ Nadawca komunikatu powinien jasno i precyzyjnie przekazywać treść nie wywołując zbędnego chaosu.

¹⁵ Nadawca komunikatu powinien dążyć do zaciśnięcia emocjonalnych więzi z jego odbiorcą, podjąć próbę wypracowania wspólnego punktu widzenia i unikać sytuacji konfliktowych.

¹⁶ Nadawca dzięki swojemu doświadczeniu powinien wyciągać wnioski na podstawie obserwacji odbiorcy i prowadzić do właściwego zrozumienia podejmując różne rozwiązania, zachować płynność komunikacji, aby podtrzymać dialog prowadzący do porozumienia oraz wykazywać gotowość do współpracy w celu wyeliminowania nieporozumień.

¹⁷ Nadawca może podjąć próbę wysłania kolejnego komunikatu w celu podtrzymania rwącej się więzi z odbiorcą.

¹⁸ J. Blythe: *op.cit.*, s. 37.

3. Zachowanie konsumenta kształtuje się pod wpływem potrzeb, a nie działań marketingowych.
4. Etnocentryzm jest najczęstszym powodem niezrozumienia komunikatu.
5. Błędy w komunikacji między nadawcą a odbiorcą mają wiele przyczyn; ryzyko będzie tym mniejsze, im silniejsza będzie motywacja do wzajemnego porozumienia.

Specyfika usług medycznych czyli jak sprzedać niewidzialne

W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele definicji określających pojęcie usług. Jedną z pierwszych sformułował F. Wiśniewski, według którego „usługi stanowią czynności wytwarzające wartości użytkowe, które służą zaspokojeniu potrzeb ludzkich w sposób bezpośredni lub pośredni, lecz nie znajdują odzwierciedlenia w wytwarzaniu nowych dóbr materialnych¹⁹. Inną definicję prezentuje K. Rogoziński według którego: „... usługa to podejmowane na zlecenie, świadczenie pracy i korzyści mające na celu wzbogacenie walorów osobistych lub wolumentu wartości użytkowych, jakimi usługobiorca dysponuje”²⁰. W ustawodawstwie polskim usługa zdrowotna określana jest mianem świadczenia zdrowotnego, którym jest każde, wykonane zawodowo postępowanie, służące zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia²¹.

Niewidzialność i nienamacalność to cechy, które charakteryzują (nie tylko) usługi medyczne. Aby zaproponować pacjentowi zakup danej usługi, należy dobrze poznać jej specyfikę. Do podstawowych cech usług medycznych należą²²:

- niematerialność – usługa medyczna nie jest wytwarzanym dobrem materialnym, aby zaproponować kupno usługi musimy ją urealnić, czyli określić miejsce, wygląd,
- ludzie – kompetentny, życzliwy i opiekujący się pacjentem personel medyczny;
- wyposażenie – nowoczesny sprzęt medyczny i diagnostyczny,
- różnorodność – usługi medyczne są niejednolite, niestandardowe i bardzo urozmaicone,
- materiały informacyjne – powinny sugerować efektywność leczenia i profesjonalizm personelu,
- cena.

Różnorodność usług medycznych wynika z faktu, że są one świadczone przez ludzi – lekarzy, pielęgniarki i pozostały personel medyczny, których kwalifikacje mają wpływ na jakość świadczonych usług oraz dotyczą różnorodnych stanów początkowych – zaawansowanie choroby, wiek i stan fizyczny pacjenta. Ten sam lekarz wykonujący u dwóch pacjentów tę samą usługę – świadczenie medyczne, może poświęcić na wykonywanie wszystkich składowych usługi różną ilość czasu, wykorzystać inną ilość materiałów i leków, a w ostateczności zaobserwować różne efekty swojej pracy. Aby dążyć do ograniczenia różnorodności usług, usługodawcy medycy powinni²³:

¹⁹ F. Wiśniewski: *Pojęcie i podział usług*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny, Socjologiczny” 1965, nr 2, s. 4.

²⁰ K. Rogoziński: *Usługi rynkowe*. Wyd. Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2000, s. 14.

²¹ *Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej*. Dz.U. z 1991., nr 91, poz. 408, art. 3.

²² B. Nowotarska-Romaniak: *Marketing usług zdrowotnych. Koncepcja i stosowanie*. Wyd. Wolters Kulwer, Kraków 2008, s. 128.

²³ *Ibidem*, s. 130.

- a) podnosić systematycznie swoje kwalifikacje, by świadczenia przez nich wykonywane były coraz wyższej jakości,
- b) określić profil pacjenta i sprawdzić, jakie są w tym względzie jego oczekiwania,
- c) edukować pacjentów w zakresie profilaktyki zdrowia i zapobiegania chorobom.

Nierozdzielność usług wynika z tego, iż świadczenia medyczne dostarczane przez usługodawcę są jednocześnie konsumowane przez pacjenta – klienta. Obecność pacjenta jest niezbędna w realizacji usługi. Dlatego konieczne jest poznanie potrzeb pacjenta i oczekiwań, by zaoferować usługę zgodnie z nimi oraz wykonać ją zgodnie z jego potrzebami zdrowotnymi. Pacjent oceniając usługę będzie brał pod uwagę nie tylko efekt końcowy: poprawę zdrowia, całkowite wyleczenie, poprawę wyglądu, ale także miejsce, w którym była/będzie świadczona, atmosferę, nastrój i nastawienie personelu włączonego w proces leczenia – usługi.

Nietrwłość usługi medycznej polega na niemożliwości jej magazynowania. W związku z tym ważne jest, by prawidłowo ją zaplanować, zgodnie z zapotrzebowaniem. Niemożność nabycia prawa własności usługi medycznej wiąże się z tym, iż na rynku usług medycznych może być wielu jej oferentów. Pacjent ma więc możliwość wyboru najlepszej. Usługa medyczna jest specyficzną usługą, gdyż jej wykonanie wpływa na zdrowie i życie ludzkie. Dlatego przystępując do projektowania działań marketingowych w placówkach opieki zdrowotnej, należy podkreślić wyjątkowość usług zdrowotnych i ich wpływ na przedmiot projektowania. Wśród najbardziej specyficznych cech usługi zdrowotnej mających wpływ na kształtowanie działań marketingowych należy wymienić²⁴:

- a) złożony pod względem psychologicznym proces, który odbywa się na oczach klientów,
- b) towarzyszący pacjentom stres,
- c) usługa zdrowotna wymaga stałej interakcji lekarza z pacjentem, w związku z tym postawa lekarza wobec chorego ma zasadnicze znaczenie w kreowaniu wizerunku placówki medycznej,
- d) świadczenie usług zdrowotnych opiera się na fachowej wiedzy, a pacjent nie zawsze rozumie nazwy wymieniane przez lekarza do niego; dlatego wymaga się od lekarza dobrej komunikacji z pacjentem i poświęcenia mu możliwie dużej uwagi, co powoduje budowanie zaufania do lekarza i placówki,
- e) lekarz nie zawsze może w pełni usatysfakcjonować swoich pacjentów,
- f) lekarze/pielęgniarki mają małą możliwość różnicowania oferowanych przez siebie usług, oddziałują więc na pacjenta jakością oferowanej usługi.

Specyfika usług zdrowotnych polega również na tym, że są one nieuchwytnie i połączone z brakiem pełnej gwarancji ich skuteczności. Pacjent nie ma pewności, że po zastosowanej terapii przez lekarza zostanie wyleczony, a z drugiej strony nie jest również świadomy skutków zaniechania leczenia. Dlatego lekarz powinien:

- uświadamiać pacjentów przedstawiając im korzyści z danej usługi i problemów, jakie mogą się pojawić w wyniku zaniechania leczenia,
- edukować pacjentów w zakresie szeroko pojętej profilaktyki zdrowotnej,

²⁴ J. Holub: *Kierunki rozwoju marketingu na rynku usług medycznych*. „Przegląd Organizacji” 2001, nr 6, s. 36.

- tworzyć pozytywny wizerunek placówki opieki zdrowotnej, by zachęcić potencjalnego pacjenta do korzystania z usług,
- opierać swoje relacje z pacjentem na zaufaniu.

Cechą specyficzną produktów opieki zdrowotnej jest wymagany kontakt z nabywcą w procesie świadczenia²⁵. Powodzenie leczenia nie zależy wyłącznie od samego lekarza, jego profesjonalizmu i zapewnionej jakości technicznej oraz funkcjonalnej w procesie leczenia, ale również od pacjenta, który może w istotny sposób przyczynić się do niepowodzenia, działając niejako na własną szkodę, oraz od tzw. unikatowości fizjologicznej pacjentów²⁶.

Komunikacja interpersonalna – relacje lekarz-pacjent

Wyniki badań empirycznych potwierdzają, że znaczna część efektu leczenia jest skutkiem konstruktywnej komunikacji między lekarzem a pacjentem. Tym samym jakość komunikacji w relacji pacjent-lekarz, przejawiająca się m.in. sprecyzowaniem potrzeb (w tym potrzeby informacji o własnym stanie zdrowia) przez pacjenta lub jego udziałem w definiowaniu i rozwiązywaniu problemu przekłada się na liczbę zleczonych badań diagnostycznych, częstotliwości wizyt czy długość hospitalizacji, a więc oddziałuje na sferę ekonomiczną placówki²⁷. Lekarz z racji swej wiedzy, prestiżu zawodowego i miejsca w hierarchii organizacji jest odpowiedzialny za skuteczną komunikację. Pacjent, wybierając danego specjalistę, powierza mu swoje zdrowie, oczekuje zatem zapewnień co do słuszności dokonanego wyboru. W sytuacjach wykluczających swobodę decydowania niepokój pacjenta wzrasta, powodując stan napięcia emocjonalnego – stres. Tym większą wtedy rolę odgrywa komunikacja, gdyż prócz roli przekonującej pełni również funkcję kreatora zaufania do usługodawcy.

W kontaktach z pacjentem lekarz wykorzystuje dwa kanały oddziaływania. Są to czynności instrumentalne, czyli te, które są ściśle związane z leczeniem i czynności ekspresywne, tzn. zaspakajające potrzeby psychologiczne pacjenta. Niekiedy obie te funkcje wyrażają się jednakowo, np. w postaci przekazywania informacji, które mogą mieć charakter albo instrumentalny albo ekspresywny. Jeżeli lekarz pociesza chorego, uspokaja go, to można te czynności zaliczyć do ekspresywnych, a jeżeli mówi o dolegliwościach związanych z chorobą, daje zalecenia jak postępować, przepisuje kurację, jest to czynność instrumentalna²⁸. Interakcje pacjent-usługodawca wykraczają daleko poza związek lekarz-pacjent, obejmując również relacje, w których bierze udział pozostały personel medyczny i niemedyczny.

Wraz ze zmianą szczebla opieki zdrowotnej, na którym zachodzi badana relacja, zmienia się częstotliwość i intensywność kontaktów pacjenta z innymi pracownikami placówki medycznej. Następuje w związku z tym wzrost roli komunikacji interpersonalnej. Pojawiające się w tych relacjach wrażenia i emocje mają największy udział w kształtowaniu satysfakcji klienta. Pacjent w trakcie leczenia kontaktuje się z licznymi reprezentantami placówki medycznej. Intensywność kontaktów z kolei

²⁵ Specyfika produktów opieki zdrowotnej polega nie tylko na kontakcie z konsumentem, ale również na ingerencji w jego organizm (zastrzyk, operacja). Jest to bardzo istotny element charakteryzujący usługę medyczną, gdyż wyostrza wrażliwość pacjenta (ryzyko, strach przed bólem, burzenie intymności, ujawnienie słabości pacjenta), oraz wpływa na wymagania co do sposobu zachowania się lekarza i personelu pomocniczego.

²⁶ *Współczesna ekonomika usług*. Red. S. Flejterski, A. Panasiuk, J. Perenc, G. Rosa. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2005, s. 417-418.

²⁷ I. Rudawska: *op.cit.*, s. 73.

²⁸ *Relacje lekarz-pacjent*. http://www.emedyk.pl/arttykul.php?idartykul_rodzaj=11&idartykul=496 (09.06.2009).

podyktowana jest stopniem zaawansowania choroby i długością jej trwania. W związku z tym wyróżnikiem relacji usługowych jest nie tyle osoba, co osobowość pracownika medycznego świadczeniodawcy. Wraz z przejściem pacjenta do stacjonarnej opieki zdrowotnej wzrasta rola personelu pielęgniarskiego i pomocniczego, któremu należy przypisać rolę ekspresywną. Polega ona na okazywaniu życzliwości, zainteresowania, empatii, troskliwości. Dziś już nie trzeba przekonywać menedżerów placówek zdrowotnych jak i personelu medycznego do tego, że zapewnienie klientowi/pacjentowi natychmiastowej i opartej na rzetelnej wiedzy opieki zdrowotnej, warunkuje sukces. O znaczeniu jakości komunikacji pomiędzy pacjentem a placówką medyczną świadczą podejmowane działania, takie jak regularne szkolenia pracowników z zakresu umiejętności komunikacyjnych. Nieuwzględnienie lub niedocenywanie tego elementu oznacza pozbawienie tej relacji podstawowego jej wymiaru w skali mikro, jakim jest kontakt międzyludzki.

Rola komunikacji międzyludzkiej w rozwoju turystyki medycznej

Turystyka medyczna jest jedną z niszowych, ale jednocześnie najbardziej dynamicznie rozwijających się gałęzi turystyki. Jej pojęcie pojawiło się w literaturze przedmiotu w ostatnich latach jako określenie wyjazdów poza granice swojego kraju, gdzie głównym motywem jest pobyt w gabinecie, klinice lub szpitalu w celu poprawy zdrowia bądź urody pod opieką lekarza specjalisty. Turystyka medyczna jest traktowana jako część turystyki zdrowotnej, bowiem w swojej definicji, dotyczy fizycznej poprawy zdrowia w czasie wolnym od pracy. Jeszcze na początku lat 90. XX w. zjawisko to było marginalizowane, lecz w ciągu kilkunastu lat stało się znaczącym ekonomicznie przedsięwzięciem, w które są zaangażowane firmy turystyczne, farmaceutyczne oraz prywatne kliniki medyczne w wielu regionach świata²⁹.

Współcześnie turystyka jest najpopularniejszą, chociaż dość powierzchowną formą kontaktów międzykulturowych. Stwarza okazje do spotkania i poznania ludzi, którzy inaczej nigdy by się ze sobą nie zetknęli. Przelamuje barierę izolacji między różnymi grupami kulturowymi i uświadamia, że są osoby, którzy zachowują się i myślą w inny sposób³⁰. Bezpośredni kontakt ułatwia dialog, wzajemne zrozumienie i akceptację różnic kulturowych, uczy tolerancji, usuwa uprzedzenia i koryguje stereotypy wytwarzane przez środki masowego przekazu. To pozwala przelamać istniejące bariery (kulturowe, społeczne, religijne, rasowe), i może być istotnym czynnikiem zmian zarówno wśród turystów, jak i w odwiedzanych środowiskach. Skutki tego kontaktu zależą od jego charakteru (bezpośredni-pośredni), czasu trwania (długi-krótki) oraz dystansu kulturowego, jaki dzieli gości i gospodarzy³¹. Znajomość różnic kulturowych nie tylko ułatwia kontakty w turystyce, zwłaszcza zagranicznej, ale jest również potrzebna do pracy w obsłudze turystów. W turystyce spotyka się się najczęściej z różnicami kulturowymi w komunikacji, jaka nawiązuje się pomiędzy przyjezdnymi (gośćmi) a miejscowymi (gospodarzami). Odzwierciedlają się one w różnym znaczeniu symboli i gestów, w odmiennych sposobach wyrażania uczuć i emocji, w stosunku do czasu i przestrzeni, w jakiej odbywa się komunikacja. Aby uniknąć nieporozumień,

²⁹ *Turystyka*. Red. W. Kurek. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 289.

³⁰ G. Hofstede, G.J. Hofstede: *Kultury i organizacje*. PWE, Warszawa 2007, s. 345.

³¹ R. Winiarski, J. Zdebski: *Psychologia turystyki*. Wyd. Akademickie Profesjonalne, Warszawa 2008, s. 81.

osoby reprezentujące odmienne kultury, muszą być świadome różnic występujących w procesie przekazywania informacji³². W komunikacji werbalnej np. istotną przeszkodą może być tzw. kontekst, czyli poziom wykorzystania w czasie rozmowy różnego rodzaju symboli i przenośni posiadających określone znaczenie dla rozmówcy. Dlatego turyści wychowani w kulturach nisko kontekstowych (Niemcy, Austriacy, Skandynawowie, Australijczycy, Brytyjczycy), którzy w komunikacji nie stosują tego rodzaju znaków i figur stylistycznych, a ich przekaz słowny jest bezpośredni i precyzyjny, mogą mieć problemy ze zrozumieniem przekazu werbalnego osób pochodzących z kultur wysokiego kontekstu (kultury dalekowschodnie, kraje arabskie, śródziemnomorskie i latynoamerykańskie). Komunikowanie w wysokim kontekście jest oparte w dużym stopniu na intuicji, zaś w kontekście niskim jest wyrażone w słowach i jednoznacznych gestach³³. Największą wadą komunikacji niewerbalnej jest brak kulturowego uniwersalizmu. Większość gestów jest zrozumiała tylko w obrębie tej samej kultury i nawet w kulturach bardzo zbliżonych może znaczyć zupełnie co innego. Nic więc dziwnego, że w czasie komunikowania się dochodzi często do nieporozumień czy wręcz odrzucenia wszystkich informacji³⁴.

Rozwój nowoczesnych technologii pozwala na przełamanie istniejących barier cywilizacyjny czy językowych, umożliwia zindywidualizowany dialog pomiędzy pacjentem potrzebującym porady a lekarzem czy innym członkiem personelu medycznego³⁵.

Dużą rolę w turystyce medycznej odgrywają pośrednicy – pracownicy biur podróży, szpitali, klinik czy gabinetów medycznych, którzy nie tylko pozyskują klientów ale przede wszystkim prowadzą z nimi dialog. W procesie komunikacyjnym (często trwającym nawet kilka miesięcy) udzielają odpowiedzi na wiele pytań dotyczących wykształcenia lekarzy, ich kompetencji i kwalifikacji, technik czy sposobów wykonywania zabiegu/operacji, certyfikatów jakościowych itp. Ponadto bardzo często to właśnie w kontaktach z pośrednikiem klient/pacjent po raz pierwszy dowiaduje się o zagrożeniach wynikających z wykonania zabiegu i długości rekonwalescencji. Pośrednicy rezerwują hotele, organizują transfery z lotniska oraz czas wolny klientom. To właśnie dzięki ich empatii i umiejętności właściwego odczytania oraz zrozumienia znaków, gestów czy słów, klient otrzyma oczekiwany serwis, a po wykonaniu usługi usatysfakcjonowany wróci do kraju.

Narzędziami, które najczęściej stosowane są w komunikacji interaktywnej to centra telefoniczne, infolinie, Internet (telefonii internetowa, komunikatory, strony internetowe, fora dyskusyjne itp.). Dzięki nim dochodzi do³⁶:

- kształtowania oczekiwań pacjentów (przez zadawanie pytań, dialog z personelem),
- podtrzymywania relacji z pacjentem (np. internetowy kontakt z lekarzem prowadzącym w okresie rekonwalescencji),
- edukacji pacjentów (artykuły o charakterze popularnonaukowym lub z zakresu określonej problematyki medycznej, wyjaśnianie skutków ubocznych terapii

³² *Ibidem*, s. 76.

³³ J. Mikulowski-Pomorski: *Jak narody porozumiewają się ze sobą w komunikacji międzykulturowej i komunikowaniu medialnym*. Wyd. Universitas. Kraków 2006, s. 293.

³⁴ J. Blythe: *op.cit.*, s. 20.

³⁵ Szerzej zagadnienie wpływu Internetu na indywidualizację kontaktów z klientami: P. Doyle: *Marketing wartości*. Wyd. Felberg SJA. Warszawa 2003, s. 370-410.

³⁶ K. Krot: *Jakość i marketing usług medycznych*. Wyd. Wolters Kluwer Business Warszawa 2008, s. 106.

- lekowej, prezentacja typowych objawów towarzyszących pewnym schorzeniom czy też procesowi leczenia),
- prowadzenia działań profilaktycznych (proponowanie diet lub ćwiczeń fizycznych w okresie rehabilitacji, propagowanie badań i akcji profilaktycznych),
 - przygotowania pacjenta do pobytu w szpitalu, zaznajomienie go z panującymi tam zwyczajami, oswojenie go z nowym miejscem (zmniejszenie poczucia wyobcowania),
 - składania skarg i zażaleń (źródło wiedzy o poziomie satysfakcji pacjentów, o uchybieniach i niedociągnięciach),
 - zdobywania szczególnej wiedzy na temat oczekiwań chorych wobec usługi i postrzeganej przez pacjentów jakości usług; pracownicy, którzy utrzymują kontakt z pacjentem (lekarze pielęgniarki, salowe) mają możliwość bezpośredniego zadawania pytań i sondowania opinii; zgromadzona wiedza przekazana jest menadżerom, którzy właściwie ją wykorzystują³⁷.

Rozwój międzynarodowej turystyki medycznej znacząco wpłynął na jej uczestników, którzy już z mniejszą rezerwą i obawą podchodzą do wizyty w szpitalu czy klinice, a zaufanie do lekarza przekłada się na postrzeganie kraju, w którym zabieg jest wykonywany³⁸. Turyści medyczni różnią się pod względem nabytych wzorców kulturowych³⁹, co ma odbicie w ich zachowaniach turystycznych. Dlatego dobra znajomość różnic kulturowych (kulturowa kompetencja) jest podstawą działalności w turystyce zwłaszcza międzynarodowej, w tym turystyce medycznej.

Podsumowanie

Satysfakcjonująca komunikacja interpersonalna prowadzi do wytworzenia i umacniania zaufania między pacjentem, leczącym go lekarzem i pozostałym personelem medycznym. Wzajemne zrozumienie jest podstawą do osiągnięcia wysokiego stopnia zaufania obydwu stron. Do tego niezbędna jest umiejętność komunikowania się, otwartość, autentyczność, akceptacja, a przede wszystkim empatia, bez której cały proces komunikacyjny nie byłby możliwy.

THE ESSENCE OF INTERPERSONAL COMMUNICATION IN THE SECTOR OF MEDICAL SERVICES

Summary

The ethic character of providing services in the scope of health care causes the phenomenon that direct contact of medical groups with patients and their families are connected with the necessity of elaborating and constant mastering appropriate communication abilities. A satisfying interpersonal communication leads to creation and strengthening of confidence between patient, doctor treating him and other medical staff. Correct communicating is really important in inciting patient's hope and interest in the possibilities of participating in treatment, overcoming helplessness, stimulating activity or taking over the responsibility for own health. The aim of the paper is to show the essence, meaning and specifics of interpersonal communication in the sector of medical services in case of servicing both Polish and foreign patients.

³⁷ *Ibidem*, s.119.

³⁸ D. Hancock: *The complete medical tourist*. John Blake London 2006 s. VIII-IX.

³⁹ R. Winiarski, J. Zdebski: *op.cit.*, s. 88.