

# Aleksandra Hulewska, Michał Ziarko

---

## Style komunikacji lekarz - pacjent a motywacja chorego do przestrzegania zaleceń zdrowotnych

---

Studia Psychologica nr 13 (2), 33-44

---

2013

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](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

ALEKSANDRA HULEWSKA<sup>1</sup>  
Zakład Nauk Humanistycznych  
Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu  
MICHAŁ ZIARKO<sup>2</sup>  
Instytut Psychologii  
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

## **STYLE KOMUNIKACJI LEKARZ – PACJENT A MOTYWACJA CHOREGO DO PRZESTRZEGANIA ZALECEŃ ZDROWOTNYCH**

**Physician – patient communication style and the patient’s motivation to comply  
with the health care recommendations**

### **ABSTRACT**

An increasing number of researchers indicate that communications between doctors and patients significantly affect the process of treatment. The aim of the present study was to investigate the effects of the type of physicians’ communication style on the patient’s motivation to compliance with the medical recommendations following the end of hospitalization. Thirty hospitalized patients took part in the study. They were asked to fill out questionnaires measuring the following groups of variables: doctor – patient communication style, level of positive and negative affect experienced during hospitalization, level of confidence in physicians, the assessment of medical services quality, and level of motivation to compliance with doctors’ recommendations after leaving hospital. Data were analyzed by means of correlation coefficient and regression analysis. The obtained results suggest that the level motivation to compliance with doctors’ recommendations is correlated with two communication styles named as: (1) personal-nonmedical ( $r = 0,51; p < 0,01$ ) and (2) personal-medical ( $r = 0,40; p < 0,05$ ). Besides, the results indicated that the motivation to comply with the recommendations is importantly linked to factors such as: trusting doctors ( $r = 0,50; p < 0,01$ ) and satisfaction with medical services ( $r = 0,45; p < 0,05$ ). The regression analysis showed that the level of motivation to compliance with doctors’ recommendations after leaving hospital depends on personal-nonmedical style of communication ( $\beta = 0,51; t = 3,11; p < 0,01$ ) in 25% ( $R^2 = 0,26; F = 9,66; p < 0,01$ ). The results suggest that patients’ motivation to follow the

---

<sup>1</sup> Adres do korespondencji: a.hulewska@aleksandrahulewska.pl

<sup>2</sup> Adres do korespondencji: ziarko@amu.edu.pl

doctors' recommendations is the highest when the physician communicates with them in the personal-nonmedical style. The research also demonstrated that physicians need to develop their communication skills, especially their nonmedical aspect.

Key words: doctor – patient communication styles, motivation to compliance with doctors' recommendations, hospitalization.

### WPROWADZENIE

W ostatnich dziesięcioleciach komunikacja pomiędzy lekarzem a pacjentem stała się przedmiotem zainteresowania szerokiego grona badaczy, także z Polski. Są to reprezentanci nie tylko nauk medycznych, ale również psychologowie, socjologowie, a także – m.in. z powodu dynamicznego rozwoju prywatnych placówek ochrony zdrowia w naszym kraju - specjaliści z zakresu marketingu i public relations (por. Ziarko, Hulewska, 2012). Sposób, w jaki lekarz komunikuje się z pacjentem, z perspektywy psychologii zdrowia stanowi czynnik istotnie wpływający na samopoczucie chorego, zarówno w aspekcie psychicznym, jak i fizycznym (Bishop, 2007). Już wiele lat temu Rodin i Janis (1979) zwrócili uwagę na fakt, że leczenie jest w pewnym sensie sztuką perswazji. Jego skuteczność zależy bowiem od tego, czy lekarzowi uda się wpłynąć na zmianę zachowań, postaw i przekonań swojego pacjenta. To z kolei rodzi potrzebę poszukiwania takich stylów komunikowania się klinicystów z chorymi, które – niwelując bariery w kontakcie – zwiększą efektywność terapii oraz poziom motywacji pacjenta do zachowania zdrowia.

Wiele dotychczasowych badań nad komunikacją lekarz – pacjent dotyczyło wpływu czynników socjodemograficznych, jak np. wiek i płeć, na przebieg konsultacji medycznych i ich rezultaty (por. Lyons, Chamberlain, 2005). I tak okazuje się, że kobiety – pacjentki wykazują tendencję do poszukiwania większej ilości informacji niż mężczyźni, a starsi pacjenci są bardziej zadowoleni z kontaktów z pracownikami służby zdrowia niż osoby młodsze (Roter, Hall, 1992). Metaanalizy wyników badań nad związkiem między płcią lekarza a jego stylem komunikowania się dowiodły z kolei, że w porównaniu z lekarzami płci męskiej kobiety klinicystki spędzają więcej czasu z pacjentami, częściej rozmawiają na tematy o charakterze emocjonalnym i psychospołecznym, a także częściej prezentują także pozytywne – werbalne i niewerbalne – postawy; co jest zgodne ze stereotypem kobiecości (Hall, Roter, 2003). Inna grupa badań dotyczyła kwestii rozkładu odpowiedzialności za jakość komunikacji w procesie leczenia. Wyniki pokazały, że w większości interakcji pomiędzy pracownikami służby zdrowia a pacjentami, odpowiedzialność za zapewnienie optymalnej komunikacji przypisuje się tym pierwszym, a uzyskany efekt wyjaśnia wpływem przepisu roli zawodowej lekarza na zachowanie klinicystów oraz na formułowane wobec nich oczekiwania pacjentów (Winfield, 1992). Badacze próbowali także określić czynniki motywujące lekarza do osiągnięcia porozumienia z pacjentami na drodze skutecznej komunikacji. Poza wymaganiami wynikającymi z roli zawodowej istotne okazały się takie zmienne, jak umiejętności nabyte przez lekarzy w procesie kształcenia formalnego i nieformalnego, a także wysokość wynagrodzenia za pracę (Hall, 2003). Prowadzono wreszcie studia nad czynnikami kontekstowymi mającymi wpływ na jakość komunikacji między leka-

rzem a pacjentem. Ich rezultaty wskazują na istotność takich zmiennych, jak ilość dostępnego czasu, a także przebieg dotychczasowych interakcji między lekarzem i pacjentem (Bensing, Dulmen, Tates, 2003; Roter, Hall, 1992).

Skuteczna komunikacja między lekarzem a pacjentem jest istotna we wszystkich formach leczenia (Salmon, 2002). Należy jednak podkreślić, że nabiera ona szczególnego znaczenia podczas kuracji prowadzonej w warunkach szpitalnych. Szpital jest bowiem miejscem, w którym przez stosunkowo długi okres czasu pacjenci są narażeni na dużą liczbę stresorów. Jak wynika z badań Van der Ploega, podstawowe źródła stresu w środowisku szpitalnym stanowią m.in. zabiegi operacyjne, ból, interakcje z personelem medycznym (w szczególności z lekarzami), badanie fizykalne, przyjmowanie leków oraz skutki uboczne zażywanych medykamentów (Van der Ploeg, za: Tobiasz-Adamczyk, 2007). Co ciekawe, czynniki związane z komunikacją między lekarzem a pacjentem okazują się jednymi z najbardziej stresogennych, zaraz po bólu, który zajmuje najwyższą pozycję w hierarchii stresorów.

Dokonując przeglądu rozmaitych ujęć procesów komunikacyjnych zachodzących między ludźmi (por. Griffin, 2003; Nęcki, 1996; Krzemiński, 2000) warto zwrócić uwagę na podejście interakcyjne Watzlawicka (1978). Sformułował on szereg tez odnoszących się do reguł rządzących komunikacją interpersonalną. W świetle jednej z nich komunikacja zachodzi w każdej sytuacji społecznej, niezależnie od tego, czy jest intencjonalna, czy też nie. Co za tym idzie – w każdej sytuacji społecznej ludzie wywierają na siebie wzajemny wpływ (por. Griffin, 2003). W świetle innej tezy komunikacja zawsze przyjmuje jedną z dwóch następujących form: symetryczną bądź komplementarną. Komunikacja symetryczna zachodzi wówczas, gdy mamy do czynienia z równowagą władzy pomiędzy partnerami interakcji. Brak tego rodzaju równowagi jest przejawem komunikacji komplementarnej, w której jedna ze stron sprawuje kontrolę nad przebiegiem rozmowy (m.in. poprzez nakazywanie, instruowanie, monopolizowanie konwersacji, przerywanie, zmienianie tematu etc.) (por. Griffin, 2003). Warto także przytoczyć tezę, w myśl której każdy komunikat zawiera aspekt treści oraz aspekt relacji. Pierwszy z nich dotyczy tego, co zostało powiedziane, natomiast drugi – określa sposób, w jaki dane treści zostały przekazane, tym samym definiując relację (wzajemna percepcja, emocje i postawy), która łączy partnerów interakcji. Reasumując, ta sama treść może być przekazywana w różny sposób, wyrażając np. sympatię bądź antypatię, chęć zbliżenia się bądź zachowania dystansu itd. Aspekt relacji nadaje zatem kontekst przekazywanym treściom, pozwala je odpowiednio określić i zakwalifikować. Zdaniem Watzlawicka komunikaty relacyjne są najistotniejszym elementem każdej interakcji, czy to zdrowej, czy patologicznej, a przeniesienie uwagi rozmówców z aspektu treściowego na relacyjny stanowi podstawowe narzędzie służące niwelowaniu barier w procesie komunikowania (por. Griffin, 2003).

Przyjmując, że komunikacja lekarza z pacjentem rządzi się tymi samymi prawami co każda inna interakcja, w niniejszym opracowaniu przyjęto, że zawsze przebiega ona na dwóch wyróżnionych przez Watzlawicka płaszczyznach: rzeczowej i relacyjnej. Treści, jakie są nadawane i odbierane w trakcie konsultacji, mogą z jednej strony dotyczyć kwestii ściśle medycznych (związanych z procedurami diagnostycznymi czy leczniczymi), a z drugiej – pozamedycznych (odnoszących się np.

do nastroju pacjenta, bieżących wydarzeń społeczno-kulturowych etc.). Analiza literatury oraz wyników badań na temat typów relacji między lekarzem a pacjentem (por. Ziarko, Hulewska, 2012) upoważnia z kolei do sformułowania założenia, że aspekt relacyjny przyjmuje jedną z dwóch najpowszechniej stosowanych przez lekarzy form, tj. paternalistyczną/przedmiotową oraz partnerską/podmiotową. Biorąc pod uwagę powyższe, można mówić o następujących stylach komunikowania się lekarza z pacjentem: przedmiotowo-medycznym, przedmiotowo-pozamedycznym, podmiotowo-medycznym, podmiotowo-pozamedycznym. Style te są stosowane przez klinicystów w różnorodnych kontekstach sytuacyjnych (np. podczas badań diagnostycznych, wdrażania procedur leczniczych, spontanicznych/niezaplanowanych interakcji z chorymi itp.) oraz w rozmaitych celach (m.in. uzyskanie informacji o samopoczuciu chorego, udzielenie pacjentowi wsparcia przed operacją, przekazanie pacjentowi wiedzy na temat czekającej go rekonwalescencji itd.).

Jednym z kluczowych celów, które lekarz realizuje komunikując się z chorym, jest poinformowanie pacjenta o zaleceniach zdrowotnych oraz zmotywowanie go do ich przestrzegania (Salmon, 2002). Przestrzeganie zaleceń lekarskich jest warunkiem decydującym o skuteczności podejmowanego leczenia i niezbędnym do utrzymania zdrowia w okresie pochorobowym. To, czy chory się do nich zastosuje, czy też nie zależy od szeregu czynników wewnętrznych. Mogą być one analizowane w oparciu o siatkę pojęciową pochodzącą z różnych koncepcji teoretycznych. Wiele badań prowadzonych jest z wykorzystaniem konstruktów zaczerpniętych z teorii społeczno-poznawczej Bandury (1986) oraz teorii samodeterminacji Deci i Ryan (1985) (*self-determination theory*). Koncepcje te pozwalają przewidywać przebieg procesu formowania się intencji wykonywania zachowań zdrowotnych lub celów zdrowotnych. Jak wskazują wyniki badań użytecznymi pojęciami wywodzącymi się z teorii społeczno-poznawczej są: poczucie własnej skuteczności oraz oczekiwania dotyczące wyników działania. Zakłada się, że zmienne te odgrywają kluczową rolę w fazie inicjowania działania (Schwarzer, Renner, 2000). Przyjmuje się również, że dla utrzymywania rozpoczętego już zachowania niezbędna jest zdolność do ewaluacji własnych działań. Ewaluacja ta polega na monitorowaniu tego, co się robi oraz dokonywaniu refleksji nad własną aktywnością (Archer, 2010). Można przyjąć, że w teorii społeczno – poznawczej poszukuje się czynników sprzyjających formowaniu się celów zdrowotnych. Z kolei w *self-determination theory* nacisk położony jest na genezę motywacji. Podstawowy problem dotyczy tego, czy motywacja do konkretnego działania ma charakter zewnętrzny czy też wewnętrzny i w jaki sposób pochodzenie motywacji przełoży się na trwałość późniejszego zachowania. Przyjmuje się, że autonomiczna motywacja wewnętrzna (*autonomous motivation*) jest czynnikiem w największym stopniu ułatwiającym rozpoczęcie zachowania i zakończenie go z sukcesem (Deci, Ryan, 1991). Użyteczność tych konstruktów została między innymi sprawdzona w badaniach poświęconych utrzymywaniu zachowań związanych z prozdrowotną dietą (Senécal, Nouwen, White, 2000; Nouwen, Ford, Balan, Twisk, Ruggiero, White, 2011), czy też monitorowaniu stężenia glukozy we krwi wśród cukrzyków (Julien, Senécal, Guay, 2009).

To, w jakim stopniu pacjent zastosuje się do otrzymanych od lekarza zaleceń, zależy w dużej mierze od umiejętności komunikacyjnych klinicysty. Jak wskazują

badania, wielu z pacjentów nie przestrzega jednak zaleceń lekarskich. Heszen-Niejodek (1992) zaobserwowała, że 50% pacjentów nie zmienia różnych elementów stylu życia pod wpływem sugestii lekarza a 10 do 40% spośród nich nie przestrzega zaleceń związanych z udziałem w leczeniu. Przyczyn tego stanu rzeczy można upatrywać w niedostatecznej motywacji pacjentów do kierowania się zaleceniami lekarskimi w trakcie leczenia. Z tej perspektywy zasadne wydaje się postawienie pytania o czynniki sprzyjające wzbudzeniu podmiotowej motywacji do uczestnictwa w procesie leczenia. Jej źródła można upatrywać zarówno w cechach relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, jaki i w sposobie przeżywania przez pacjenta sytuacji choroby i bycia hospitalizowanym.

Biorąc pod uwagę powyższe, poza kluczową zmienną (styl komunikowania się lekarza z pacjentem) w badaniach uwzględniono także kilka innych zmiennych niezależnych, tj. poziom emocji pozytywnych i negatywnych odczuwanych przez chorego podczas pobytu w szpitalu, poziom zaufania do lekarzy, a wreszcie – poziom zadowolenia z usług medycznych świadczonych przez daną placówkę ochrony zdrowia. Stan emocjonalny, w jakim znajduje się chory, jest ważną determinantą zachowań zdrowotnych. Przykładowo, badania Leventhala (za: Bishop, 2007) dowiodły, że u osób o wyższym poziomie napięcia emocjonalnego prawdopodobieństwo angażowania się w pozytywne zachowania zdrowotne jest znacznie mniejsze niż u osób o ustabilizowanym życiu emocjonalnym. Wśród badaczy panuje także zgoda na temat ujemnego wpływu długotrwałego stresu na tempo powrotu do zdrowia. Wskazuje się przynajmniej dwa zjawiska odpowiedzialne za ten proces. Po pierwsze, stwierdza się, że bycie poddawany działaniu stresorów chronicznych (a takim jest niewątpliwie sytuacja choroby przewlekłej) odbija się negatywnie na funkcjonowaniu układu odpornościowego (Stephoe, Ayers, 2005). Po drugie, zwraca się uwagę na fakt, że stres oddziałuje na indywidualne wzorce zachowania, często utrudniając wprowadzenie korzystnych prozdrowotnych zmian w stylu życia (Ogden, 2007). Projektując badania przyjęto zatem, że emocje doświadczane przez pacjenta w trakcie pobytu w szpitalu będą miały związek z poziomem motywacji do realizacji zaleceń lekarza po wypisie.

Kolejnym czynnikiem, który wzięto pod uwagę, było zaufanie, jakim pacjenci obdarzają personel medyczny. Zmienna ta wydaje się ważna przede wszystkim dlatego, że leczenie należy do tzw. usług profesjonalnych. Ich kluczowymi właściwościami są: wiedza specjalistyczna oraz wysokie kwalifikacje wykonujących je osób (Stewart, Hope, Muhlemann, 1998), ograniczona kontrola jakości, która często zależy od subiektywnych oczekiwań i ocen pacjentów (Drapińska, 1999), a także niepewność „zakupu” (Krot, 2008). Ostatni z wymienionych czynników jest efektem trudności w dokonaniu trafnej i rzetelnej oceny jakości usługi medycznej z powodu braku (lub niewystarczającej ilości) odpowiedniej wiedzy u klientów/pacjentów (Krot, 2008). Odwołując się do modelu centralnej i peryferycznej strategii perswazji, można powiedzieć, że z uwagi na fakt, że niewielu klientów/pacjentów jest w stanie wybrać usługodawcę na podstawie kryteriów merytorycznych (centralnych), w procesie podejmowaniu decyzji o zastosowaniu bądź niezastosowaniu się do zaleceń lekarza najważniejsze stają się kwestie peryferyczne, czyli m.in. związane z osobą nadawcy przekazu (Tokarz, 2006, s. 230). Powyższe założenie pozostaje w zgodzie z poglądami reprezentowanymi przez licznych autorów, zdaniem

których w sferze usług medycznych czynnikiem peryferycznym istotnie wpływającym na decyzję o skorzystaniu z oferty danej placówki jest osoba usługodawcy (tj. przede wszystkim lekarza). Poza zmienną określoną jako zaufanie do personelu medycznego uznano, że również inne czynniki peryferyczne mogą wzbudzać motywację do przestrzegania zaleceń klinicysty. Biorąc pod uwagę wyniki wspomnianych badań nad poziomem stresu wyzwalanego u chorych przez poszczególne aspekty środowiska szpitalnego przyjęto, że będą to czynniki związane z kontekstem sytuacyjnym, w jakim znajduje się pacjent, a konkretnie z dokonywaną przez pacjenta oceną jakości usług medycznych świadczonych przez daną placówkę ochrony zdrowia (Krot, 2008; Tobiasz-Adamczyk, 2007).

W kontekście przeprowadzonej analizy literatury postawiono pytanie: czy, a jeżeli tak, to który z wyróżnionych stylów komunikowania się lekarza z chorym zwiększa motywację pacjenta do przestrzegania zaleceń zdrowotnych po wypisie ze szpitala? Interesowano się również tym, jakie inne czynniki związane z percepcją sytuacji hospitalizacji sprzyjają wzbudzeniu silnej motywacji do przestrzegania zaleceń lekarskich?

#### METODA

W prezentowanych badaniach wzięło udział 30 pacjentów hospitalizowanych w placówkach ochrony zdrowia zlokalizowanych na terenie Wrocławia<sup>32</sup>. Próbę tworzyło 12 kobiet i 18 mężczyzn w wieku pomiędzy 18 a 76 lat ( $M = 49,20$ ;  $SD = 16,01$ ). Średni wiek kobiet ( $M = 50,83$ ;  $SD = 15,68$ ) nie różnił się istotnie ( $t(27) = 0,88$ ;  $p = 0,39$ ) od wieku mężczyzn ( $M = 48,11$ ;  $SD = 16,59$ ). Pacjenci cierpieli na choroby wymagające zabiegów chirurgicznych (16 osób) i choroby neurologiczne (14 osób). Średni czas trwania choroby wynosił  $M = 4,82$  lat;  $SD = 7,88$ . Nie odnotowano różnic w długości trwania choroby pomiędzy kobietami ( $M = 3,28$ ;  $SD = 4,23$ ) a mężczyznami ( $M = 5,90$ ;  $SD = 9,65$ ) ( $t(28) = 0,45$ ;  $p = 0,65$ ).

Udział w badaniach były dobrowolny i anonimowy. Respondenci mieli za zadanie samodzielnie wypełnić zestaw kwestionariuszy. W referowanych badaniach uwzględniono narzędzia badające: (1) motywację do przestrzegania zaleceń lekarskich, (2) styl komunikowania się lekarza z pacjentem; (3) poziom emocji negatywnych i pozytywnych odczuwanych w trakcie hospitalizacji, (4) poziom zaufania do lekarzy, (5) poziom zadowolenia z usług medycznych.

Pierwsza z wymienionych skal została opracowana na potrzeby opisywanych badań. Składała się z 5 pozycji testowych mierzących poziom motywacji do przestrzegania zaleceń lekarskich po zakończeniu hospitalizacji (np. „Po wyjściu ze szpitala jestem gotów/gotowa przestrzegać zaleconej mi przez lekarza diety”). Po zapoznaniu się z każdym z zawartych w skali twierdzeń uczestnik badań miał za zadanie określić stopień, w jakim dane twierdzenie odnosiło się do jego osoby. Skala typu Likerta miała opisane krańce: 1 – w stopniu bardzo niskim, 5 – w stopniu bardzo wysokim.

Kolejna skala służyła do pomiaru stylu komunikowania się lekarza z pacjentem. Była to zmodyfikowana na użytek niniejszych badań wersja *Kwestionariu-*

<sup>3</sup> Autorzy artykułu pragną w tym miejscu podziękować Panu doktorowi Aleksandrowi Kozłowskiemu z Kliniki Chirurgii IV Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu za pomoc w organizacji badań.

*sza komunikacji interpersonalnej pomiędzy lekarzem a pacjentem* (Wolska, 2010). Kwestionariusz ten składa się z 28 twierdzeń. Opisują one cztery wyróżnione style komunikowania się lekarza z chorym: podmiotowo-medyczny, podmiotowo-pozamedyczny, przedmiotowo-medyczny, przedmiotowo-pozamedyczny. Badani mieli ustosunkować się do każdego z nich poprzez zaznaczenie wybranej pozycji na skali Likerta z opisanymi końcami: 0 – *nigdy*, 4 – *zawsze*.

*Skala pozytywnego i negatywnego afektu* (PANAS) to narzędzie składające się z 20 pozycji testowych mierzących natężenie odczuwanych emocji (Watson, Clark, Tellegen, 1988). Zadaniem osób badanych było określenie na pięciopunktowej skali (z opisanymi krańcami: 1 – *wcale lub nieznacznie*, 5 – *wyjatkowo mocno*), w jaki sposób czuli się w ciągu ostatniego tygodnia. Skala umożliwiła pomiar odczuwanego pozytywnego (np. „dumny”) oraz negatywnego (np. „niepewny”) afektu.

Do pomiaru poziomu satysfakcji pacjentów z usług medycznych świadczonych przez placówkę ochrony zdrowia wykorzystano polską wersję tzw. kwestionariusza EUROPEP (Krot, 2008). W jego skład weszło 10 twierdzeń opisujących rozmaite zadania (usługi medyczne), jakie lekarze realizują w przebiegu procesu leczenia pacjentów (np. „Czas spędzony na konsultacji z moim lekarzem”). Badani mieli ustosunkować się do każdego z twierdzeń poprzez zaznaczenie wybranego punktu na skali Likerta z opisanymi krańcami: 1 – *oceniam zdecydowanie negatywnie*, 5 – *oceniam zdecydowanie pozytywnie*.

*Skala zaufania do lekarzy* (Krot, 2008) to ośmioitemowy kwestionariusz służący do pomiaru poziomu zaufania pacjentów do personelu medycznego (np. „Lekarze wiedzą najlepiej, co dla pacjenta jest najwłaściwsze”). Osoby badane miały ustosunkować się do podanych twierdzeń na pięciopunktowej skali, gdzie 0 oznaczało: *zdecydowanie się nie zgadzam*, a 5 – *zdecydowanie się zgadzam*.

Analizę wyników przeprowadzono w dwóch etapach. W etapie pierwszym obliczono proste współczynniki korelacji  $r$  Pearsona pomiędzy motywacją do przestrzegania zaleceń lekarskich a natężeniem wszystkich pozostałych zmiennych. W drugim etapie analizy, aby określić czynniki istotne dla motywowania pacjentów do przestrzegania zaleceń lekarskich, zaprojektowano równanie, w którym po stronie zmiennych zależnych umieszczono motywację do przestrzegania zaleceń lekarskich, natomiast po stronie zmiennych niezależnych – styl komunikowania się lekarza z pacjentem, poziom zaufania do lekarzy, poziom emocji negatywnych i pozytywnych odczuwanych w trakcie hospitalizacji oraz poziom zadowolenia z usług medycznych świadczonych przez placówkę ochrony zdrowia.

## WYNIKI

W Tabeli 1 przedstawiono statystyki opisowe dla zmiennych uwzględnionych w badaniu, współczynniki rzetelności poszczególnych skal oraz współczynniki korelacji pomiędzy zmiennymi. Jak widać, motywacja do przestrzegania zaleceń lekarskich w największym stopniu jest wyznaczana przez styl komunikowania się lekarza z pacjentem określony jako podmiotowo-pozamedyczny ( $r = 0,51$ ;  $p < 0,01$ ). W dalszej kolejności motywacja ta wyznaczana jest przez poziom zaufania, jakim chorzy obdarzają lekarzy ( $r = 0,50$ ;  $p < 0,01$ ), zadowolenie z usług medycznych ( $r = 0,45$ ;  $p < 0,05$ ) oraz podmiotowo-medyczny styl komunikowania się lekarza z pacjentem ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,05$ ).



Tabela. 1

Statystyki opisowe, współczynniki rzetelności  $\alpha$  Cronbacha oraz współczynniki korelacji pomiędzy mierzonymi zmiennymi

	Zakres	<i>M</i>	<i>SD</i>	$\alpha$	1	2	3	4	5	6
1. Komunikacja podmiotowo-medyczna	11 – 42	31,13	8,85	0,86						
2. Komunikacja podmiotowo-pozamedyczna	1 – 16	11,80	4,46	0,90	0,92**					
3. Motywacja do przestrzegania zaleceń lekarza	14 – 25	21,33	3,17	0,76	0,40*	0,51**				
4. Poziom zaufania do lekarzy	7 – 36	21,23	7,12	0,89	0,59**	0,62**	0,50**			
5. Poziom zadowolenia z usług medycznych	13 – 50	40,43	10,41	0,95	0,87**	0,94**	0,45*	0,55**		
6. Afekt pozytywny	11 – 42	25,13	7,04	0,67	0,22**	0,24	0,18	0,40*	0,18	
7. Afekt negatywny	10 – 44	23,73	8,73	0,80	-0,38*	-0,32	-0,14	-0,26	-0,35	0,13

Adnotacja. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Przeprowadzona analiza regresji wykazała natomiast, że czynnikiem pozwalającym przewidzieć poziom motywacji do przestrzegania zaleceń lekarza jest wysoka podmiotowość komunikacji lekarza z pacjentem w aspekcie pozamedycznym ( $\beta = 0,51$ ;  $t = 3,11$ ;  $p < 0,01$ ). Ta pojedyncza zmienna, tj. podmiotowo-pozamedyczny styl komunikowania się lekarza z pacjentem, pozwala przewidzieć około 26% wariacji motywacji do przestrzegania zaleceń lekarskich ( $R^2 = 0,26$ ;  $F = 9,66$ ;  $p < 0,01$ ).

#### DYSKUSJA

W świetle tradycyjnych podejść do komunikacji lekarza z pacjentem, proces ten ma przyjmować charakter paternalistyczny, w którym lekarz – z racji swojej pozycji i posiadanego autorytetu – wzbudza zaufanie chorego, co z kolei przekłada się na pełną akceptację decyzji klinicysty i jego zaleceń (por. Salmon, 2002; Tobiasz-Adamczyk, 2007). Ujęcia tradycyjne zakładają także, że relacja lekarz – pacjent ma być skoncentrowana na wymiarze instrumentalnym/medycznym (m.in. na wymianie informacji na temat objawów chorobowych, specjalistycznych procedur itp.). Ma to ułatwić postawienie trafnej diagnozy, a także dobór i zastosowanie odpowiednich metod leczenia.

Wyniki zaprezentowanych badań pokazują, że pacjenci są w najwyższym stopniu zmotywowani do przestrzegania zaleceń zdrowotnych wtedy, gdy lekarz komunikuje się z nimi w stylu podmiotowo-pozamedycznym. W sytuacjach, w których zachodzi konieczność poruszenia w rozmowie kwestii specjalistycznych, a jest to nieuniknione biorąc pod uwagę powody przyjęcia do szpitala, pacjenci preferują podejście określone mianem podmiotowo-medycznego. Jednocześnie uzyskane w badaniach rezultaty dowodzą, że lekarze stosujący dwa pozostałe style komunikowania się z chorymi, tj.: przedmiotowo-medyczny oraz przedmiotowo-pozamedyczny, są nieskuteczni w motywowaniu swoich pacjentów do przestrzegania zaleceń zdrowotnych po zakończeniu okresu hospitalizacji. Przedmiotowy styl komunikacyjny lekarza stanowi najprawdopodobniej jedną z zasadniczych barier w interakcji z chorym, która z założenia ma służyć nawiązaniu współpracy służącej powrotowi do zdrowia. Poza komunikacją, ważnymi wyznacznikami motywacji do przestrzegania zaleceń okazały się jeszcze dwie spośród wszystkich wyróżnionych zmiennych, tj. zaufanie, jakim chorzy obdarzają lekarzy, oraz zadowolenie z usług medycznych.

Jak można tłumaczyć ujawnione zależności? Przede wszystkim wyniki badań zdają się potwierdzać podstawową tezę podejścia interakcyjnego, że główną rolę w procesie komunikacji pełni jej aspekt relacyjny: „Jakaś piąta część całej komunikacji ludzkiej służy dla wymiany informacji, podczas gdy cała reszta dotyczy nie kończącego się procesu definiowania, potwierdzania, negocjowania i redefinicji naszych relacji z innymi” (Watzlawick, za: Nęcki, 1996, s. 28). Im zatem bardziej lekarz dba o nawiązanie z pacjentem dobrej relacji, tym większe jest prawdopodobieństwo, że chory będzie stosował się do jego zaleceń.

Rezultaty badań można także wyjaśniać odwołując się do popularnej w ostatnich latach teorii interakcji społecznych (por. Tobiasz-Adamczyk, 2002). Zakłada ona, że pacjenci zwracają się do lekarza z dwóch powodów: (1) dla uzyskania porady, w jaki sposób wrócić do zdrowia; (2) w celu obniżenia napięcia i niepokoju wywołanych chorobą. Na pierwszą grupę potrzeb lekarz odpowiada przekazaniem

informacji o charakterze medycznym (diagnoza, zalecenia itp.), na drugą – zachowaniami o charakterze społeczno-emocjonalnym takimi, jak: okazywanie choremu zainteresowania, podtrzymywanie zaufania, udzielanie wsparcia itp. Ponieważ socjoemocjonalne zachowania lekarzy są zwykle odbiciem obowiązujących w danej kulturze wzorców reagowania, są dla pacjenta łatwe do odczytania i zrozumienia. Z kolei przekazywane przez lekarza informacje o charakterze merytorycznym, ze względu na ich wysoce specjalistyczny charakter, są o wiele trudniejsze; szczególnie dla pacjentów o niskim poziomie zdolności poznawczych, a także niewykształconych. Reasumując, w świetle teorii interakcji społecznych chorzy rozpoznają i reagują przede wszystkim na tzw. socjoemocjonalne zachowania lekarzy z tego względu, że jest im trudno zrozumieć związek między instrumentalną aktywnością klinicysty a proponowanym przez niego sposobem leczenia.

Warto podkreślić, że ujawnione w badaniach prawidłowości korespondują z wynikami studiów empirycznych nad wyznacznikami oceny kompetencji lekarzy (Ben-Sira, za: Bishop, 2007). Okazuje się, że szacując poziom fachowości klinycystów pacjenci kierują się przede wszystkim emocjonalną satysfakcją doświadczaną w kontakcie, w mniejszym zaś stopniu czynnikami natury merytorycznej, co jest zgodne z założeniami wspomnianej wyżej teorii interakcji społecznych.

Wracając do sformułowanej przez Rodina i Janisa (1979) tezy, w myśl której leczenie jest specyficzną formą perswazji, należy przyjąć, że jednym z zasadniczych celów każdego lekarza jest znalezienie i stosowanie takich strategii komunikowania się z pacjentem, które zmaksymalizują motywację chorego do realizacji zaleceń zdrowotnych, i jednocześnie -unikanie stylów komunikacyjnych obniżających tę motywację. Uzyskane w referowanych badaniach wyniki sugerują, że chcąc skutecznie motywować pacjentów do przestrzegania zaleceń zdrowotnych lekarze powinni oddziaływać na pacjentów głównie za pośrednictwem peryferycznego toru perswazji.

Biorąc pod uwagę wszystkie powyższe ustalenia warto podkreślić konieczność nabywania przez lekarzy umiejętności komunikacyjnych umożliwiających im wyjście poza profesjonalny, ściśle medyczny kontakt z chorym. Uzyskanie od pacjenta informacji na temat jego fizycznych dolegliwości, historii przebytych chorób itp. jest oczywiście kluczowe dla postawienia trafnej diagnozy. Powiadomienie pacjenta m.in. o tym, jakiego rodzaju leki ma zażywać, jaką stosować dietę etc. stanowi, z kolei, nieodzowny element rekonwalescencji. Nie byłoby zatem wskazane całkowite wyeliminowanie z relacji lekarz – pacjent podmiotowo-medycznego stylu komunikowania się. Jednocześnie autorzy tego artykułu postulują konieczność rozwijania przez lekarzy podmiotowo-pozamedycznych kompetencji komunikacyjnych, które – w świetle przedstawionych wyników – okazują się zasadniczym czynnikiem mającym związek z motywacją pacjentów do przestrzegania zaleceń zdrowotnych po opuszczeniu szpitala.

#### BIBLIOGRAFIA

- Archer, J. C. (2010). State of the science in health professional education: Effective feedback. *Medical Education*, 44, 101–108.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and actions: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Bensing, J., van Dulmen, S., Tate, K. (2003). Communication in context: new directions in communication research. *Patient Education and Counseling*, 50, 27–32.
- Bishop, G.D. (2007). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. W: R. Diensther (red.), *Nebraska symposium on motivation: Perspectives on motivation* (s. 237–288). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Drafińska, A. (1999). Marketing i rynek usług profesjonalnych. *Marketing i Rynek*, 1, 13-14.
- Griffin, E. (2003). *Podstawy komunikacji społecznej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hall, J. A. (2003). Some observations on provider–patient communication research. *Patient Education and Counseling*, 50, 9–12.
- Hall, J. A., Roter, D. L. (2002). Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Education and Counseling*, 48, 217–24.
- Heszen-Niejodek, I (1992). *Lekarz i pacjent. Badania psychologiczne*. Kraków: Universitas.
- Julien, E., Sene'cal, C., Guay, F. (2009). Longitudinal relations among perceived autonomy support from health care practitioners, motivation, coping strategies and dietary compliance in a sample of adults with type 2 diabetes. *Journal of Health Psychology*, 14, 457–470.
- Krot, K. (2008). *Jakość i marketing usług medycznych*. Warszawa: Wolters Kluwer Sp. z o.o.
- Krzemiński, I. (2000). *Co się dzieje między ludźmi?* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe i Literackie Open, Wydawnictwo Jacek Santorski & CO.
- Lyons, A. C., Chamberlain, K. (2005). *Health psychology. A critical introduction*. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, São Paulo: Cambridge University Press.
- Nęcki, Z. (1996). *Komunikacja międzyludzka*. Kraków: Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu.
- Nouwen, A, Ford, T, Balan, A, Twisk, J., Ruggiero, L., White, D. (2011). Longitudinal motivational predictors of dietary self-care, life satisfaction and diabetes control in adults with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus. *Health Psychology*, 30, 771–779.
- Ogden, J. (2007). *Health Psychology a Textbook. Fourth Edition*. Berkshire: Open University Press McGraw-Hill House.
- Rodin, J., Janis, I. L. (1979). The social power of health care practitioners as agents of change. *Journal of Social Issues*, 35, 60-81.
- Roter, D. L., Hall, J. A. (1992). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors*. Westport, CT: Auburn House.
- Salmon, P. (2002). *Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Schwarzer, R., Renner, B. (2000). Social cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping efficacy. *Health Psychology*, 19, 487–495.

- Senécal, C., Nouwen, A., White, D. (2000). Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: Are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *Health Psychology, 19*, 452–457.
- Stephens, A., Ayers, S. (2005). Stress, Health and Illness. W: S. Sutton, A. Baum, M. Johnston (red.), *The Sage Handbook of Health Psychology* (s. 169–196). London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Stewart, H., Hope, Ch. Muhlemann, A. (1998). Professional service quality. *Journal of Retailing and Consumer Services, 5*, 4, 210.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (2007). *Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tokarz, M. (2006). *Argumentacja. Perswazja. Manipulacja*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Watson, D., Clark, L. A., Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 47*, 1063–1070.
- Watzlawick, P. (1978). *The language of change*. New York: W.W. Norton.
- Winefield, H. R. (1992). Doctor – patient communication: an interpersonal helping process. In S. Maes, H. Leventhal & M. Johnston (eds.), *International review of health psychology, 1*. (s. 167–87). Chichester: John Wiley.
- Wolska, M. (2010). Lekarz rodzinny i jego pacjenci. Wybrane aspekty komunikacji interpersonalnej. Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza. Niepublikowany maszynopis pracy magisterskiej.
- Ziarko, M. Hulewska, A. (2012). Od paternalistycznej dominacji po partnerską współpracę. Przemiany w stylach komunikowania się lekarza z pacjentem (s. 149–164). W: B. Jacennik, A. Hulewska, A. Piasecka (red.), *Komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu. Między psychologią a medycyną*. Warszawa: Vizja Press&IT.