

Joanna Surmacka, Marek Motyka

Zakład Psychologii Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, Kraków

P

roblemy w komunikacji klinicznej z pacjentem hospitalizowanym

Problems in clinical communication problems involving hospitalised patients

STRESZCZENIE

Wstęp. Przyjęcie roli chorego oraz konieczność hospitalizacji, zwłaszcza jeśli pojawia się niespodziewanie, powoduje silny stres. Jego redukcja wymaga szczególnych starań ze strony lekarzy i pielęgniarek. Biorąc pod uwagę liczne źródła frustracji i stresu towarzyszących chorobie i hospitalizacji, a także ich związek z jakością opieki medycznej, postanowiono prześledzić główne rodzaje problemów pojawiających się w obszarze komunikacji klinicznej, na jakie skarżą się pacjenci.

Cel pracy. Charakterystyka najczęstszych problemów występujących w obszarze komunikowania się chorych z personelem medycznym szpitala.

Materiał i metody. W analizie wykorzystano 50 opisów z listów nadesłanych do redakcji jednego z popularnych magazynów, która zaprosiła czytelników do podzielenia się swymi doświadczeniami z pobytu w szpitalu. Jako metodę badań wykorzystano analizę dokumentów.

Wyniki: Zdecydowana większość wymienianych problemów wiązała się z szeroko rozumianą komunikacją w kontaktach z personelem szpitala. Najwięcej osób wskazywało na urazowo przeżywane doświadczenia związane ze sposobem przekazywania im informacji przez personel medyczny (ok. 80% opisów), ograniczanie się personelu do wykonania przy pacjencie czynności instrumentalnych bez podejmowania prób nawiązania relacji terapeutycznej (ok. 50% opisów), problem lekceważenia doświadczanych przez pacjentów lęków i obaw (36%) oraz problem braku poszanowania intymności w trakcie wykonywania czynności higienicznych lub w trakcie badań lekarskich (28%).

Wnioski. Terapeutyczna komunikacja z pacjentem jest wciąż deficytowym towarem opieki szpitalnej i w większym stopniu postulatem niż rzeczywistym fragmentem tej opieki.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (3): 386–391

Słowa kluczowe: stres hospitalizacji; komunikacja urazowa; komunikacja terapeutyczna

ABSTRACT

Introduction. Assuming the role of a patient and dealing with the realities of hospitalisation is stressful, especially when unexpected. Stress mitigation requires special attention on part of doctors and nurses. Given the numerous sources of frustration and stress related to illness and hospitalisation, as well as their connection to healthcare quality, we decided to study the most common types of clinical communication problems, as indicated by patients.

Aim of the study. To define the most common problems in clinical communication between patients and medical personnel.

Material and methods. The analysis was based on 50 letters to the editor of one of the popular journals, which asked its readers to share their hospital experiences. The applied method was diagnostic document analysis.

Results. The vast majority of problems concerned broadly understood communication with the staff. Most respondents mentioned traumatic experiences connected to receiving information from the hospital's personnel (80%), described staff acting instrumentally without even trying to establish a therapeutic relationship (50%), had their fears and anxieties ignored

Adres do korespondencji: dr hab. Marek Motyka, Zakład Psychologii Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, ul. Kopernika 25, 31-005 Kraków, tel. kom.: 509 632 413, e-mail: marek.motyka@uj.edu.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0063

or belittled (36%) and felt that their intimacy was not respected during physical examinations or hygiene procedures (28%).

Conclusions. Therapeutic communication with the patient is still extremely rare in hospitals, becoming an aspiration rather than an actual component of care.

Nursing Topics 2015; 23 (3): 386–391

Key words: hospitalisation stress; trauma communication; therapeutic communication

Wstęp

Przyjęcie roli chorego oraz konieczność hospitalizacji, zwłaszcza nagła, niespodziewana jest źródłem silnego stresu. Choroba często uniemożliwia realizację bieżących planów, nierzadko jest przyczyną niespodziewanych zmian w życiu chorego. Sytuacje tego typu wywołują silną frustrację chorego, nierzadko są one źródłem egzystencjalnego kryzysu. Stan lęku niewątpliwie potęguje się również, a może zwłaszcza wtedy, kiedy pacjentowi zagraża utrata częściowej, a nawet całkowitej samodzielności w różnych aspektach życia i funkcjonowania codziennego. W przypadku choroby i utraty samodzielności pacjent czuje silny dyskomfort z powodu konieczności uzależnienia swojej osoby (na jakiś czas czy też na stałe) od działań innych, często zupełnie obcych mu osób (lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów). Podczas hospitalizacji pacjent zderza się ponadto z wieloma innymi czynnikami, których nie jest w stanie kontrolować, a niewątpliwie większość z nich wzbudza wiele negatywnych emocji. Należy zwrócić uwagę, że procesy leczenia i pielęgnowania często łączą się z naruszaniem granic intymności oraz z fizycznym cierpieniem. Co więcej, w trakcie pobytu w szpitalu pacjent narażony jest na deficyt wielu potrzeb, cierpi i bywa świadkiem cierpienia innych pacjentów, co jeszcze bardziej potęguje jego negatywne uczucia. Wpływa to niekorzystnie na adaptację pacjenta do warunków szpitalnych, niepomysłnie odbijając się na jego postawie wobec choroby i leczenia, w tym stosowania się do zaleceń lekarskich [1–4].

W obliczu poruszonych kwestii chory często odczuwa bezsilność, bezradność i nieufność wobec nieznannej, a zarazem zagrażającej sytuacji. Lęk związany z chorobą i hospitalizacją sprawia, że większość bodźców dopływających do świadomości chorego, łatwo interpretowana jest przez niego jako informacje niekorzystne i zagrażające. Wiele z bodźców odbieranych w murach szpitala odczuwane są przez chorego jako silniejsze, trudniejsze i bardziej bolesne niż są one w rzeczywistości. W efekcie trudno pacjentowi oswoić się z myślą, że przebywa w bezpiecznym i przyjaznym środowisku.

Z powyższych przesłanek wynika, że zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa wymaga szczególnych działań ze strony lekarzy i pielęgniarek,

których celem jest redukcja stresu szpitalnego [5–7]. Działania te to przede wszystkim komunikowanie się z pacjentami w sposób terapeutyczny [1–4, 8–10].

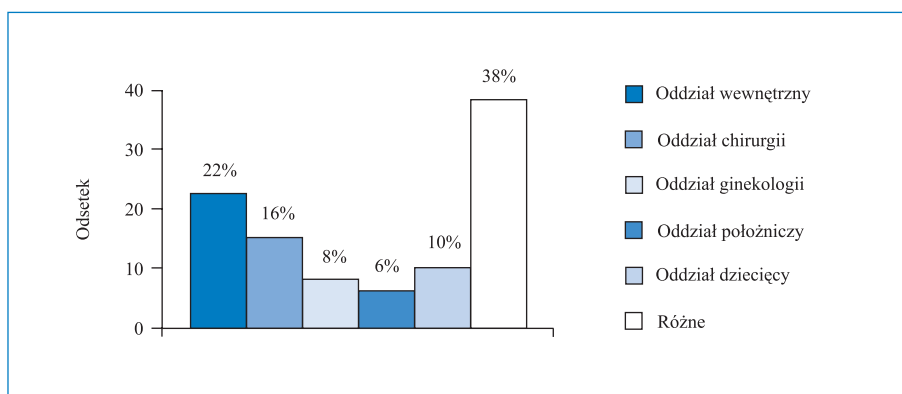
Terapeutycznie oddziałujący sposób komunikacji nie jest łatwo uzyskać. Wymaga to między innymi dobrego rozeznania w psychologicznej sytuacji pacjenta, zależnej nie tylko od obiektywnej sytuacji, ale przede wszystkim od posiadanych przez niego wyobrażeń na temat swojej choroby [5, 9] oraz od stopnia zaspokojenia jego podstawowych, psychospołecznych potrzeb. Jeśli opiekujące się pacjentem osoby nie znają obrazu choroby, jaki funkcjonuje w jego świadomości, a ważne dla niego potrzeby pozostają niezauważone lub są ignorowane, wówczas w komunikacji pojawiają się błędy i trudno jest uzyskać wzajemne porozumienie [1, 3, 5, 10]. Łatwo wtedy dochodzi do pojawienia się u pacjenta urazowych przeżyć, utrudniających poważnie proces leczenia i pielęgnowania.

Biorąc pod uwagę liczne źródła frustracji i stresu towarzyszących chorobie i hospitalizacji oraz koniecznym nieraz do zastosowania, inwazyjnym metodom diagnozy i leczenia, a także ich związek z jakością opieki medycznej, postanowiono prześledzić główne rodzaje problemów pojawiających się w obszarze komunikowania się z chorym hospitalizowanym. Obszar stanowi kluczowy, a zarazem bardzo delikatny i wrażliwy na zakłócenia, element leczenia i pielęgnowania.

Cel

Celem badania było uzyskanie charakterystyki najczęstszych problemów występujących w obszarze komunikowania się chorych z personelem medycznym szpitala. Problemy te uznano za istotne przeszkody w zaspokajaniu podstawowych potrzeb psychospołecznych pacjentów.

W wyniku analizy jakościowej dokonano wyodrębnienia głównych problemów dających się zidentyfikować w nadesłanych opiniach, a następnie przyporządkowano je do czterech podstawowych kategorii potrzeb (tzw. potrzeb braku), wykorzystując klasyczną klasyfikację Masłowa [11], uwzględniając potrzeby biologiczne, bezpieczeństwa, pozytywnego kontaktu emocjonalnego oraz potrzeby szacunku. Z powodu trudności w identyfikacji potrzeb samorealizacji, tę kategorię (czyli tzw. potrzeby wzrostu) pominięto.



Rycina 1. Liczba dokumentów dotyczących poszczególnych oddziałów

Figure 1. The number of documents regarding different departments

Material i metody

W badaniu zastosowano metodę analizy dokumentów, jakimi były listy nadesłane do redakcji jednego z popularnych magazynów. Redakcja wyraziła zgodę, aby za pośrednictwem ich czasopisma zwrócić się do czytelników z prośbą o podzielenie się doświadczeniami z pobytu w szpitalu (jako pacjent) lub doświadczeniami hospitalizacji osób im bliskich (jako obserwator czy też osoba współuczestnicząca w procesach leczenia i pielęgnowania). Zamieszczony wcześniej apel do czytelników zawierał prośbę o podzielenie się doświadczeniami hospitalizacji, zarówno tymi negatywnymi, jak i pozytywnymi.

W analizie wykorzystano 50 opisów z 61 nadesłanych listów. Osiemnaście procent (11 listów) zostało odrzuconych z przyczyny braku związku nadesłanej treści z tematem planowanej analizy. Opisy dotyczyły pacjentów dorosłych, w różnym wieku, leczonych na różnych oddziałach szpitalnych z terenu całej Polski.

Po otrzymaniu materiału badawczego okazało się, że ich autorzy dzielili się wyłącznie negatywnymi doświadczeniami hospitalizacji. Zabrakło tych pozytywnych być może dlatego, że urazowe doświadczenia szczególnie zapadają w pamięć.

Wśród otrzymanych dokumentów 22% (11 listów) zawierały opisy doświadczeń pacjentów oddziału wewnętrznego, 16% (8 listów) napisanych przez pacjentów oddziału chirurgii, 10% (5 listów) dotyczyło oddziału dziecięcego, 8% (4 listy) oddziału ginekologii, 6% (3 listy) dotyczyła doświadczeń pacjentek oddziału położniczego. Najliczniejsza grupa 38% (19 listów) to opisy doświadczeń pacjentów oddziałów szpitalnych, w których albo brak rozróżnienia jakiego konkretnie oddziału dotyczą lub opisy dotyczą wielokrotnych hospitalizacji na kilku oddziałach, stąd nazwa kategorii różne. Dane te ilustruje rycina 1.

Wśród osób, które odpowiedziały na apel przeważały kobiety. Stanowiły 86% ogółu badanych (43 osoby). Mężczyźni stanowili 14% ogółu badanych (7 osób). Najliczniejszą grupę, stanowiły osoby w przedziale wiekowym 51–65 lat (34%). Najmniej liczną grupą były osoby w wieku ponad 66 lat (9%). W przedziale wiekowym 20–26 lat i 36–50 lat znalazła się identyczna liczba osób (po 20%) i zbliżona liczba osób w przedziale wiekowym 27–35 lat (17%). Autorami większości listów, bo aż 76% (38 osób), byli sami pacjenci. Autorami pozostałych 24% (12 osób) byli członkowie rodzin pacjentów hospitalizowanych.

Wyniki

W tabeli 1 zamieszczono najczęściej wymieniane problemy, jakie wyodrębniono podczas analizy zgromadzonego materiału oraz związane z nimi podstawowe potrzeby człowieka. Z danych prezentowanych w tabeli 1 wynika, że zdecydowana większość opisywanych problemów komunikacyjnych wiązała się z odczuwanym brakiem dostatecznych informacji na temat swego stanu zdrowia oraz przebiegu leczenia — 68% otrzymanych opisów (34 osoby), a jeśli uwzględnić błędy związane z przekazywaniem złych informacji, na co wskazywały niektóre opisy, to urazowo przeżywane doświadczenia związane ze sposobem przekazywania informacji przez personel medyczny dotyczyły aż ponad 80% badanych.

Duża liczba badanych osób opisywała sytuacje wskazujące na problem koncentracji personelu medycznego na wykonaniu przy pacjencie czynności instrumentalnych z pominięciem strony psychicznej, co w praktyce uniemożliwiało powstanie relacji terapeutycznej, stanowiącej podstawowe narzędzie psychoterapeutycznego wpływu na pacjenta oraz łączyło się z brakiem właściwego, psychicznego przy-

Tabela 1. Problemy pacjentów hospitalizowanych**Table 1.** The problems of hospitalized patients

L.p.	Problem	N*	%	Potrzeba			
				Biologiczna	Bezpieczeństwa	Akceptacji	Szacunku
1.	Brak informacji na temat stanu zdrowia i realizowanej opieki medyczno-pielęgniarskiej, lub informacje udzielane niechętnie albo w pośpiechu	34	68%		♦		
2.	Brak psychicznego wsparcia i troski o pacjentów — ograniczanie się do czynności instrumentalnych	25	50%		♦		
3.	Ignorowanie lęków i obaw zgłaszanych przez pacjenta	18	36%		♦	♦	♦
4.	Ograniczony kontakt pacjentów z personelem pielęgniarskim	16	32%		♦	♦	
5.	Okazywanie w kontaktach dezaprobaty i lekceważenia	14	28%		♦	♦	♦
6.	Brak poszanowania intymności podczas wykonywania czynności medyczno-opiekuńczych u pacjenta (higienicznych bądź lekarskich)	14	28%		♦	♦	♦
7.	Brak przygotowania pacjentów do przekazania im złych informacji lub pozostawianie ich samym sobie po ich przekazaniu	7	14%		♦		♦
8.	Ograniczony kontakt z lekarzem (kontakt tylko na wizycie)	6	12%		♦	♦	
9.	Zaburzenia snu spowodowane hałasem i pozostawianiem włączonych źródeł światła	6	12%	♦	♦		
10.	Ignorowanie dolegliwości bólowych zgłaszanych przez pacjentów	6	12%		♦	♦	♦
11.	Brak delikatności podczas działań pielęgnacyjnych lub leczniczych	5	10%		♦	♦	♦
12.	Obarczanie pacjenta obowiązkami należącymi do powinności personelu pielęgniarskiego	5	10%		♦		

gotowania do wykonywanych zabiegów lekarskich i pielęgniarskich (łącznie 50% badanych, tj. 25 osób).

Znaczna liczba respondentów — 36% (18 osób), opisywała sytuacje, w których pojawił się problem lekceważenia przez personel lekarski lub pielęgniarski ich lęków i obaw dotyczących choroby i hospitalizacji, a tym samym prób ich złagodzenia, na przykład poprzez okazania wsparcia. Wspomniany tu problem niewrażliwości na ich potrzeby i obawy łączy się z problemem na szczęście rzadziej podnoszonym, zastraszająco nieumiejętnego sposobu przekazywania

złych wiadomości — 7% (14 osób). Tak o nim pisze dwudziestoletnia pacjentka: „(...) Trafiłam na oddział wewnętrzny. Po kilku dniach mojego pobytu w szpitalu na salę wszedł lekarz i powiedział mi bez ogródek, że mam białaczkę i jutro zaczynamy chemioterapię. Powiedział tylko tyle i poszedł sobie. Pielęgniarka, która mu towarzyszyła też sobie poszła. Diagnoza ta była dla mnie równoznaczna z tym, że na pewno umrę. Z wrażenia nie mogłam ruszyć ani nogą ani ręką, ani nawet się odezwać. Nikt nie poświęcił mi uwagi i nikt nie próbował ze mną rozmawiać czy uspokoić, nie

mówiąc już o daniu nadziei lub pocieszeniu. Zauważyłam, że pielęgniarki tak jakby świadomie unikały rozmowy ze mną. Podłączały kroplówki, narzekając ile to mają pracy i znikaly. Nikt nie przejmował się tym, że płaczę. Tak pragnęłam, by ktoś mi powiedział, że mam szansę, że mam o co walczyć, że nie będę cierpieć, że zrobią wszystko, żeby było dobrze. Za źródło informacji służyły mi inne pacjentki. Nasłuchiwałam się takich historii, że miałam ochotę uciec ze szpitala choćbym miała przypłacić to życiem. To właśnie od nich dowiedziałam się, że wypadną mi włosy, że będę wymiotować oraz że pewnie i tak umrę...”

Przytoczony opis sytuacji zawarty w liście do redakcji ilustruje przede wszystkim problem braku umiejętności przekazania informacji na temat choroby i leczenia w sposób terapeutycznie właściwy, jak również problem braku umiejętności udzielenia psychicznego wsparcia pacjentom przeżywającym silne emocje i ucieczkowego pozostawiania ich „samym sobie”. Pacjentka nie otrzymała tak potrzebnego psychicznego wsparcia ze strony lekarza i pielęgniarek, choć było to w sposób oczywisty niezbędne w opisanym przypadku. Natomiast wysoce nieprofesjonalnymi informatorami stali się dla niej inni pacjenci, co prowadziło jedynie do eskalacji odczuwanego przez chorą lęku.

Wśród innych problemów pojawiających się w nadesłanych opisach zwraca jeszcze uwagę problem braku poszanowania intymności w trakcie wykonywania czynności higienicznych lub w trakcie badań lekarskich. Sygnalizowało go 28% opisów (14 osób). O problemie braku poszanowania intymności, tak pisze jeden z pacjentów: „Niedawno byłem w szpitalu po wypadku. Spadłem z pewnej wysokości i połamane się. Noga na wyciągu, ręka w gipsie, wstrząśnienie mózgu. Nie muszę specjalnie udowadniać, że byłem niesamodzielny. Żona nie mogła codziennie przyjeżdżać. Mieszkamy daleko (70 km) od szpitala. Zresztą opiekujemy się wnukami. Zdany więc byłem na siebie no i na personel. Nie powiem, gdy zadzwoniłem dzwonkiem zawsze ktoś przyszedł i pytał co się dzieje. Ale powiem szczerze, że unikałem tego jak ognia. Jakbym mógł sam pokuśtykałbym do łazienki. Właśnie z tą „potrzebą”, miałem najwięcej przykrości. Kiedy musiałem skorzystać z basenu, a już nie daj Boże wymagałem mycia, czułem się bardzo niezręcznie i niegodnie. Toaleta pozostawiała wiele do życzenia pod względem poszanowania intymności. Nie dość, że było mi wstyd, to jeszcze szarpanie wyciągu, niedelikatność, pośpiech i przykre uwagi...”

Wśród rzadziej pojawiających się sytuacji urazowych powtarza się problem obarczania pacjenta, a także jego rodziny obowiązkami, należącymi do obowiązków personelu pielęgniarskiego, jak na przykład dbanie o bezpieczeństwo pacjenta. Łączy się to nieraz z silnym stresem dla chorych oraz ich

najbliższych — 10% opisów (5 osób). Ilustracją tego problemu może być poniższy fragment jednego z listów: „Mam 41 lat. Leżałam na oddziale ginekologii. Lekarz zlecił wykonanie penicyliny. Przyszła pielęgniarka i wykonała zastrzyk. Powiedziała mi, że gdy coś się będzie działo mam krzyczeć. Uśmiechnęłam się tylko, a ona odeszła. Nawet do głowy mi nie przyszło (jej chyba tak naprawdę też nie), że za chwilę rzeczywiście może się coś niepokojącego zdarzyć. Na sali leżałam sama. Pociemniało mi w oczach i poczułam zawroty głowy, szum w uszach. To wszystko działo się tak szybko. Zanim zrobiłam coś konkretnego chyba straciłam świadomość. Po fakcie, kiedy odzyskałam przytomność pielęgniarki miały do mnie pretensje, że nie wołałam o pomoc. Czułam i nadal czuję do nich żal... Leżałam w sali sama. Byłam bardzo słaba i obolała. Zresztą próbowałam wezwać pielęgniarkę tylko, że nie mogłam dostać dzwonka, bo mi go pielęgniarka wcześniej nie podała, a o krzyczeniu nie było mowy, bo głos wiązał mi w gardle. Chyba nikogo nie powinno dziwić, że straciłam zaufanie do personelu pielęgniarskiego tego oddziału. Zawsze wydawało mi się, że w szpitalu chory może czuć się bezpiecznie, okazało się, że jednak nie, bo do obowiązków chorego zaczyna należeć czuwanie nad własnym zdrowiem i życiem...”

Stosunkowo niewielka grupa respondentów, pisząc o swych negatywnych doświadczeniach hospitalizacji, wymienia niekorzystnie wpływające na samopoczucie, czynniki pozaosobowe środowiska szpitala, takie jak: hałas czy ostre źródła światła (12% opisów — 6 osób).

Analiza danych zawartych w tabeli 1 wyraźnie wskazuje, że we wszystkich przypadkach wymienionych wyżej problemów, u pacjentów występowało zachwianie poczucia bezpieczeństwa. Obok niezaspokojonej potrzeby bezpieczeństwa, wymienione czynniki urazowe często łączyły się także (kolejno) z niezaspokojeniem potrzeb akceptacji (kontakt emocjonalnego) oraz potrzeb szacunku i godności (poczucia własnej wartości).

Problemy związane z brakiem zaspokojenia potrzeb biologicznych w prezentowanym materiale opisów pojawiały się stosunkowo rzadko, co zdaje się wskazywać na zdecydowanie wyższy poziom opieki sprawowanej przez pielęgniarki i lekarzy w obszarze instrumentalno-medycznym w porównaniu z obszarem psychologiczno-komunikacyjnym, wykazujący w opowiadaniach zdecydowanie więcej deficytów.

Dyskusja i wnioski

W opracowaniu zaprezentowano zestawienie głównych problemów komunikacyjnych sygnalizowanych przez hospitalizowanych pacjentów. Ważnym spostrzeżeniem wynikającym z przeprowadzonej analizy wydaje się to, że zdecydowana większość respondentów, niezadowolonych z opieki medycznej

jaką otrzymali w szpitalu, wskazywała wyraźnie na zakłócenia występujące w procesie komunikowania się z personelem medycznym.

Ponadto, co bardzo istotne, wszyscy odczuwali zachwianie poczucia bezpieczeństwa. Potrzeba bezpieczeństwa okazała się więc najbardziej aktywną potrzebą hospitalizowanych pacjentów, uruchamianą przez błędy w komunikacji pacjent–personel medyczny. Wprawdzie dominujące znaczenie potrzeby bezpieczeństwa w przypadku choroby i hospitalizacji jest do pewnego stopnia oczywiste, gdyż już samo pojawienie się choroby powoduje frustrację tej potrzeby, to jednak wypowiedzi pacjentów i osób z ich rodzin wskazujące na urazowy charakter wielu zachowań „białego personelu”, podobnie jak na brak właściwie okazywanego wsparcia ze strony lekarzy i pielęgniarek, świadczą o istotnych deficytach klinicznej komunikacji z chorym, pojawiających się często podczas hospitalizacji.

Spostrzeżenie to potwierdzają stosunkowo liczne badania zarówno polskie [12–15], jak i zagraniczne [16, 17]. Wśród powszechnie spotykanych usterek psychologicznego aspektu opieki należy wymienić wysoki odsetek pacjentów niezadowolonych z informacji o stanie zdrowia i leczeniu jakie otrzymują od lekarzy [14, 15], jak również wysoki odsetek pacjentów niezadowolonych z tego, że nie zostali dostatecznie wysłuchani [9, 16]. Uzyskane dane są również zgodne z wynikami badań wskazującymi na przeciętny poziom kompetencji społecznych prezentowanych przez lekarzy, pielęgniarki i położne [18], podczas gdy charakter pracy wymienionych grup zawodowych wymaga zdecydowanie wysokiego poziomu tego rodzaju kompetencji.

Należy zaznaczyć, że prezentowane przez autorów artykułu badanie dotyczyło doświadczeń pacjentów związanych całościowo z opieką szpitalną i środowiskiem szpitala, a więc nie było ukierunkowane na identyfikowanie błędów leżących po stronie określonej grupy personelu medycznego. W praktyce bowiem urazowe doświadczenia pacjenta powstałe w kontakcie z konkretnym lekarzem, czy z konkretną pielęgniarką, zwykle rzutują na jego stosunek do całości przebytego leczenia i otrzymanej opieki [14, 19–21].

Choć zastosowana w badaniu metoda nie pozwala na pełną generalizację wniosków, to jednak wyniki wykonanych badań, ze względu na ich spójny charakter oraz fakt, że analizowane opisy pochodziły z różnych szpitali, zlokalizowanych ponadto w różnych rejonach Polski, jak się wydaje, można uznać za reprezentatywne dla zjawisk zachodzących w praktyce dzisiejszej opieki medycznej w Polsce.

Najważniejszym wynikiem przeprowadzonych badań jest obserwacja wskazująca, że komunikowanie się w sposób terapeutyczny, a więc odpowiadający podstawowym potrzebom emocjonalnym pacjentów jest wciąż deficytowym towarem opieki szpitalnej

i raczej pożądanym postulatem, niż rzeczywistym fragmentem tej opieki. Tymczasem warto pamiętać, że jedną z korzyści wynikających z dobrej, terapeutycznej komunikacji z pacjentem i jego rodziną jest większe bezpieczeństwo pacjenta wraz z minimalizacją ryzyka pojawienia się czynników urazowych [1–3, 14, 20]. Kolejną korzyścią są lepsze wyniki leczenia i pielęgnacji, a jeszcze inną — mniejsza liczba skarg i zażaleń oraz lepsza współpraca ze strony pacjentów wraz z dokładniejszym stosowaniem się do otrzymanych zaleceń [22].

Piśmiennictwo

1. Motyka M. Pielęgowanie a pomoc psychiczna w chorobie. CEM, Warszawa 1993.
2. Motyka M. Komunikacja terapeutyczna w opiece ogólnomedycznej. WUJ, Kraków 2011.
3. Surmacka J., Motyka M. Urazowe doświadczenia hospitalizacji. *Probl. Piel.* 2014; 22: 68–73.
4. Gordon T., Edward S. Pacjent jako partner. Pax, Warszawa 1999.
5. Jarosz M., Psychologia lekarska. PZWL, Warszawa 1978.
6. Salmon P. Psychologia w medycynie. GWP, Gdańsk 2002.
7. Steciwko A., Barański J. Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną. Elsevier. Urban & Partner, Wrocław 2012.
8. Heszen-Klemens I. Poznawcze uwarunkowania wobec własnej choroby. Wyd. Ossolineum, Wrocław 1979.
9. Korsch B., Harding C. Świadomy pacjent. Prószyński i S-ka, Warszawa 1999.
10. Mayerscough P., Ford M. Jak rozmawiać z pacjentem. GWP, Gdańsk 2001.
11. Maslow A., Teoria hierarchii potrzeb. W: Reykowski J. (red.). *Problemy osobowości i motywacji w psychologii amerykańskiej*. PWN, Warszawa 1964.
12. Motyka M., Bąk B. Psychologiczne przygotowanie do poważnych zabiegów ginekologicznych a przebieg okresu pooperacyjnego. *Piel.* XXI w. 2008; 2–3: 16–23.
13. Motyka M., Surmacka J. Zapotrzebowanie na informacje o chorobie i przebiegu leczenia w opinii hospitalizowanych pacjentów. *Piel.* XXI w. 2005; 4 (13): 103–107.
14. Pajor Z., Kaczor M., Motyka M. Sytuacje jatrogenne we współczesnym leczeniu. *Pol. Tyg Lek.* 1988; 10: 341–344.
15. Szumska M. Komunikacja z pacjentem na oddziale szpitalnym w świetle oceny lekarzy pielęgniarek i pacjentów na przykładzie sześciu polskich szpitali. *Piel. Pol.* 2005; 20: 430–434.
16. Skelton J.R. Everything you were afraid to ask about communication skills. *Br. J. Gen. Pract.* 2005; 55: 40–46.
17. Brokalaki E.I., Sotiropoulos G.C., Tsaras K., Brokalaki H. Awareness of diagnosis and information-seeking behavior of hospitalized cancer patients in Greece. *Support Care Cancer* 2005; 13: 938–942.
18. Tychmonowicz A., Kuśpit M. Social competences of health service workers. *Prog Health Sci.* 2012; 2; 1; 107.
19. Łazowski J. Paradygmaty współczesnej medycyny. *Sztuka Leczenia* 1995; 3: 67–63.
20. Motyka M. Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem. *Sztuka Leczenia* 2013; 3–4: 17–24.
21. Rutherford M.M. The value of trust of nursing. *Nurs. Economic.* 2014; 32: 6: 283–288.
22. Marek Z. Błąd medyczny. Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2007.