

Rola i znaczenie komunikacji w relacji lekarz – pacjent – rodzina

Anna Włoszczak-Szubzda^{1,2}, Mirosław J. Jarosz^{1,2}

¹ Zakład Informatyki i Statystyki Zdrowia, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

² Wydział Pedagogiki i Psychologii, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

Włoszczak-Szubzda A, Jarosz MJ. Rola i znaczenie komunikacji w relacji lekarz – pacjent – rodzina. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(3): 206-211.

Streszczenie

Cel: Celem głównym pracy jest przedstawienie roli i znaczenia komunikacji interpersonalnej w relacji lekarz – pacjent – rodzina. Praca prezentuje aspekty, znaczenie i korzyści wynikające z właściwego przebiegu komunikacji oraz wskazuje błędy i płynące z nich straty, tak dla zdrowia pacjenta, jak i dla przyszłych kontaktów członków rodziny z lekarzem.

Materiał i metoda: Zastosowaną metodą badawczą była krytyczna analiza treści oraz synteza własnych doświadczeń praktycznych. Analizą objęto publikacje indeksowane w bazach piśmiennictwa medycznego, psychologicznego i społecznego, wyszukiwane według następujących słów kluczowych: lekarz, pacjent, rodzina, komunikacja interpersonalna. Własne doświadczenia dotyczą szkolenia profesjonalistów medycznych w zakresie komunikacji interpersonalnej, a także prowadzonych od 2007 roku badań z zakresu kompetencji interpersonalnych personelu medycznego.

Wnioski: Aby zrozumieć specyfikę relacji w trójce lekarz – pacjent – rodzina poza biomedycznym wymiarem choroby, należy dostrzec jej wymiar psychologiczny, dotyczący m.in. dyskomfortu psychicznego, złego samopoczucia, poczucia godności (a właściwie jego braku), poczucia bezpieczeństwa. Nie mniej ważny jest także wymiar społeczny i kulturowy, a w tym społeczna rola „chorego”, choroba jako płaszczyzna konfliktu w rodzinie, choroba jako dewiacja itp. Wszystkie wymiary przenikają się wzajemnie i wzajemnie się warunkują.

Od momentu przyjęcia przez człowieka roli „chorego” duży wpływ ma jego otoczenie (rodzina), wywierające nacisk na chorego, aby zachowywał się zgodnie z tą rolą. Czasami chory oraz otoczenie interpretują jego stan jako niewymagający profesjonalnej pomocy i skupiają się na samoleczeniu. Zwykle jednak kolejnym krokiem jest decyzja, czy przyjąć rolę „pacjenta” i zwrócić się do lekarza. To, czy chory zechce podjąć się roli „pacjenta”, zależy w dużej mierze od wcześniejszych doświadczeń dotyczących kontaktów ze służbą zdrowia, jego i jego bliskich. Przy czym doświadczenia te dotyczą nie tylko skuteczności terapii, ale przede wszystkim spełniania oczekiwań dotyczących komunikacji, informacji, szacunku, poczucia bezpieczeństwa. Czego zatem rodzina w całości i poszczególni jej członkowie oczekują od lekarza rodzinnego? Poza oczekiwaniem od lekarza fachowej wiedzy medycznej i doświadczenia, pacjent i jego rodzina liczą na zrozumienie, wsparcie, zwracanie uwagi na emocje, akceptację i nieosądzenie. Zatem lekarz musi posiadać umiejętność komunikowania się i budowania specyficznej relacji z pacjentem, musi też znać zasady funkcjonowania rodziny, aby bazując na empatii, czyli rozumieniu sfery emocjonalnej, skutecznie realizować opiekę w wymiarze biomedycznym.

Słowa kluczowe

lekarz, pacjent, rodzinna, komunikacja interpersonalna

WPROWADZENIE

Współcześnie, aby zrozumieć zjawisko choroby, należy wziąć pod uwagę jej wieloaspektowość: socjokulturowy wymiar choroby, społeczną rolę „chorego”, chorobę jako płaszczyznę konfliktu w rodzinie, chorobę jako dewiację itp. Ważny jest też aspekt psychologiczny, dotyczący m.in. dyskomfortu psychicznego, złego samopoczucia, poczucia godności (a właściwie braku poczucia godności), poczucia bezpieczeństwa itd. oraz aspekt biomedyczny, w którym chorobę można sprowadzić do możliwych do zdiagnozowania zmian patologicznych. Wszystkie wymiary przenikają się wzajemnie i wzajemnie się warunkują [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10].

W socjologii medycyny rola chorego przedstawiana jest jako proces zdarzeń:

1. Poznawanie dolegliwości i objawów.
2. Przyjęcie roli „chorego”.
3. Kontakt ze służbą zdrowia.
4. Przyjęcie roli „pacjenta” [11].

Jak wynika z powyższego zestawienia, osoba chora po rozpoznaniu u siebie dolegliwości i objawów oraz samoocenie swojego stanu zdrowia i samopoczucia, może dalej pełnić role społeczne (z lepszym lub gorszym skutkiem) lub ich zaniechać (istnieje dwojaki sposób definiowania roli społecznej: „po pierwsze: rola społeczna to zespół praw i obowiązków związanych z daną pozycją. Po drugie: jest to **schemat zachowania związanego z pozycją, scenariusz pozycji**, jej element dynamiczny, zachowaniowy” [12]. Ma zatem do wyboru: nie leczyć się wcale, jeśli objawy oszacuje jako mało dotkliwe, a funkcjonowanie w rolach społecznych możliwe mimo wszystko, może też podjąć samoleczenie (zioła, reklamowane farmaceutyki dostępne bez recepty, rady bliskich i znajomych oraz rady paramedyczne), jeśli w jej przekonaniu kontakt ze służbą zdrowia jest dla niej zagrażający, lub skontaktować się z pracownikiem medycznym, który to kontakt zmienia rolę „chorego” w rolę „pacjenta”.

Adres do korespondencji: Anna Włoszczak-Szubzda, Zakład Informatyki i Statystyki Zdrowia, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie, ul. Jaczewskiego 2, 20-090 Lublin.
E-mail: a-wlos@tlen.pl

Nadesłano: 30 stycznia 2012; zaakceptowano do druku: 3 września 2012

Od momentu przyjęcia roli „chorego” pojawia się potrzeba szukania pomocy, na co duży wpływ ma otoczenie, rodzina pacjenta, wywierająca nacisk na chorego, aby zachowywał się zgodnie z tą rolą. Czasami chory i otoczenie interpretują jego stan zdrowia jako niewymagający profesjonalnej pomocy i skupiają się na samoleczeniu. Może być też tak, że bliscy i sam chory skłaniają się ku niekonwencjonalnym sposobom leczenia. To przede wszystkim chory i jego otoczenie stawiają pierwszą diagnozę, odpowiadają na pytanie – „Jestem, czy nie jestem chory i na ile jest to stan poważny?”. Kolejny krok to decyzja, czy przyjąć rolę „pacjenta” (wybór placówki medycznej, rodzaj terapii itd.). To, czy chory zechce podjąć się roli „pacjenta”, zależy w dużej mierze od dobrych lub złych doświadczeń z kontaktów z przedstawicielami medycyny, tak w przypadku samego chorego, jak i jego najbliższego otoczenia. Doświadczeń dotyczących nie tylko skuteczności terapii, ale przede wszystkim spełniania oczekiwań, wynikających z kontaktu z lekarzem (komunikacji, informacji, szacunku, poczucia bezpieczeństwa). Na koniec to rodzina ma wpływ na kontynuację terapii, przestrzeganie zaleceń i silną motywację powrotu do zdrowia u chorego występującego w roli „pacjenta” [11, 13].

Czego zatem rodzina w całości i poszczególni jej członkowie oczekują od lekarza rodzinnego?

Rodzina oczekuje przewodnika po systemie, zapewniającego ciągłość i dostępność opieki. Lekarza, który zna nie tylko ich dolegliwości, ale także zna ich jako poszczególne osoby. Liczy na zrozumienie, wsparcie, zwracanie uwagi na emocje, nieosądzanie i, co oczywiste, na monitorowanie zdrowia poszczególnych członków rodziny, wiedzę i doświadczenie [14].

W odpowiedzi na potrzeby pacjentów medycyna rodzinna definiuje zasady, wokół których powinny się skupiać działania lekarzy rodzinnych:

1. Ciągłość opieki.
2. Wszechstronność opieki.
3. Koordynacja opieki.
4. Dominacja prewencji.
5. Współpraca z rodziną, krewnymi.
6. Opieka w kontekście społeczności lokalnej.

Natomiast charakterystyczne cechy lekarza rodzinnego określa się następująco:

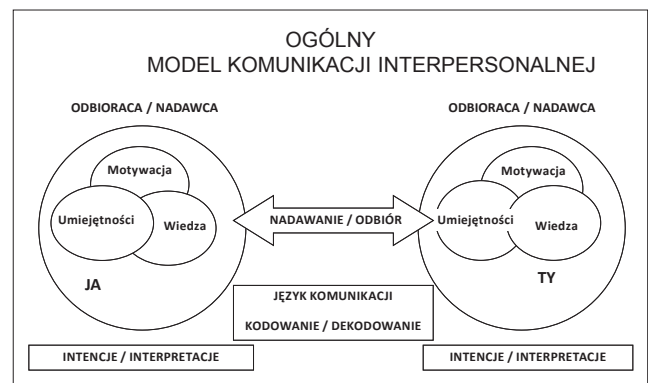
1. Udziela wszechstronnych świadczeń – zgodnie z zakresem kompetencji.
2. Zapewnia nieograniczoną dostępność do świadczeń.
3. Zajmuje się pacjentami niezależnie od wieku i płci, w chorobie i (co rzadko podejmowane w działaniach medycznych) również w zdrowiu.
4. Posiada umiejętność komunikowania się i buduje przez wiele lat specyficzną relację z pacjentem (rodzaj zawodowej więzi).
5. Zna zasady funkcjonowania rodziny, skutecznie komunikuje się z jej poszczególnymi członkami oraz sprawuje opiekę w kontekście rodziny [15].

Od 2007 r. głoszona jest nowa idea włączenia pacjenta do zespołu sprawującego opiekę. Pacjent ma być centralną postacią tego zespołu. Idea ta odwołuje się do empatii, czyli rozumienia sfery emocjonalnej pacjenta oraz jego bliskich, reakcji na potrzeby i wyrażane preferencje pacjenta, co prowadzić ma do włączenia pacjenta w proces decyzyjny dotyczący rozwiązywania jego problemów zdrowotnych (z wyłączeniem szczególnych, np. nagłych, sytuacji) [16].

Spośród wymienionych cech lekarza rodzinnego, a także zasad działania medycyny rodzinnej, w tej publikacji położymy nacisk na rolę komunikacji poszczególnych członków opisywanej relacji (rodzina-pacjent-lekarz rodzinny). Omówimy jej aspekty, pokażemy znaczenie i zaznaczymy korzyści wynikające z jej właściwego przebiegu oraz wskażemy błędy i płynące z nich straty, tak dla zdrowia pacjenta, jak i dla aktualnych oraz przyszłych kontaktów objętej opieką rodziny z lekarzem rodzinnym.

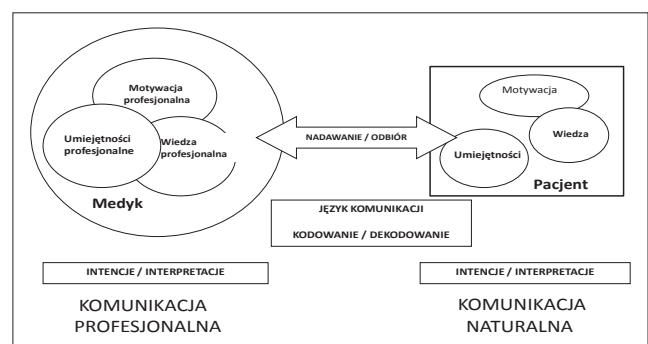
ROZWIĘCIE

Porozumiewanie się jest powszechną i podstawową formą kontaktów między ludźmi. Naukowcy zajmujący się problematyką komunikacji dowodzą, że w tym zakresie można zdobywać nie tylko wiedzę, ale też skutecznie rozwijać umiejętności. Wykazują, że trudności człowieka w przystosowaniu się, w tym przypadku do pełnionych ról pacjenta/lekarza rodzinnego, są wynikiem zaburzeń komunikacyjnych. Podkreślają ponadto, że porozumiewanie się między lekarzem rodzinnym a pacjentem i jego rodziną jest ważnym czynnikiem leczniczym [17, 18]. Na ile złożonym pokazują modele komunikacyjne.



Rycina 1. Model kompetencji komunikacyjnych. Źródło: Morreale S.P., Spitzberg B. H, Barge J.K., „Komunikacja między ludźmi, motywacja, wiedza i umiejętności”, s.88.

Powyższa rycina prezentuje podstawową relację komunikacyjną między dwiema osobami. Aby nie dochodziło do zaburzeń i błędów komunikacyjnych, obie strony dialogu muszą mieć podobną kondycję psychiczną, taki sam zasób wiedzy oraz poziom umiejętności i motywacji komunikacyjnej. Nie trzeba nikogo przekonywać, jak trudna jest do osiągnięcia taka homeostaza. Jeśli jednak nie zostanie

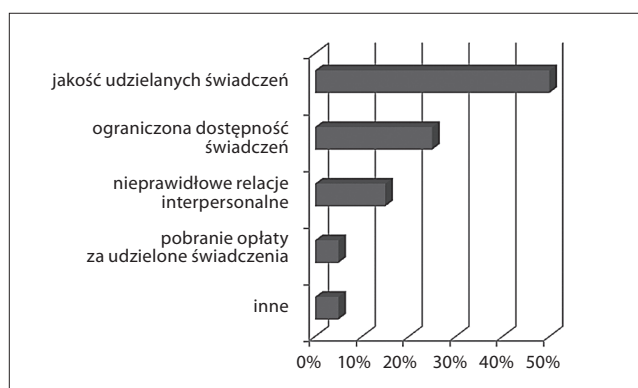


Rycina 2. Model podstawowej jednostki komunikacyjnej w relacji lekarz-pacjent. Źródło: opracowanie własne

ona osiągnięta i pojawią się zaburzenia komunikacyjne, to nie determinują one na ogół zdrowia i życia stron dialogu.

Akt komunikacji w relacji lekarz-pacjent, co wynika z samej natury choroby postrzeganej jako brak równowagi fizycznej i psychicznej, nie zakłada, że obie strony relacji będą tak samo przygotowane (wiedza i umiejętności komunikacyjne) i tak samo zmotywowane do komunikacji. To na barki personelu medycznego spada ciężar odpowiedzialności za każdy z zakresów komunikacyjnych (motywacja, wiedza i umiejętności). Z definicji profesjonalizmu w zawodzie medycznym, wynika nie tylko obowiązek posiadania odpowiedniej wiedzy komunikacyjnej, umiejętności oraz motywacji do komunikacji, ale także imperatyw stałego kształcenia się w tym zakresie [8, 18].

Jak jest to realizowane w praktyce, pokazuje poniższa rycina.



Rycina 3. Zestawienie przyczyn składanych przez pacjenta skarg do NFZ. Źródło: zestawienia statystyczne NFZ Lublin z 2011 roku

Z analizy skarg i wniosków, które wpłynęły do Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w II kwartale 2011 r. wynika, że 50% składanych skarg dotyczyło jakości świadczeń medycznych (tu również mieszczą się problemy interpersonalne), 25% ograniczenia dostępności, 15% to zidentyfikowane nieprawidłowe relacje interpersonalne, a 7% skarg to tzw. inne problemy. Błędy komunikacyjne zobrazowane są tu oceną jakości udzielanych świadczeń (50%), mieszczą się też w innych problemach (10%) dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych. Zatem 75% składanych skarg pokazuje satysfakcję pacjenta z relacji medyk-pacjent. Satysfakcja pacjentów od wielu lat oscyluje na podobnym poziomie [19, 20] i jest odzwierciedleniem wiedzy i umiejętności komunikacyjnych personelu medycznego oraz poziomu motywacji do właściwego (biorącego pod uwagę komunikację) obcowania z pacjentami i ich bliskimi [21, 22, 23].

Do zaprezentowanych uwarunkowań trudności komunikacyjnych dodać należy dynamikę rodziny jako grupy i jej specyfikę komunikacyjną, biorąc pod uwagę zdrowie rodziny.

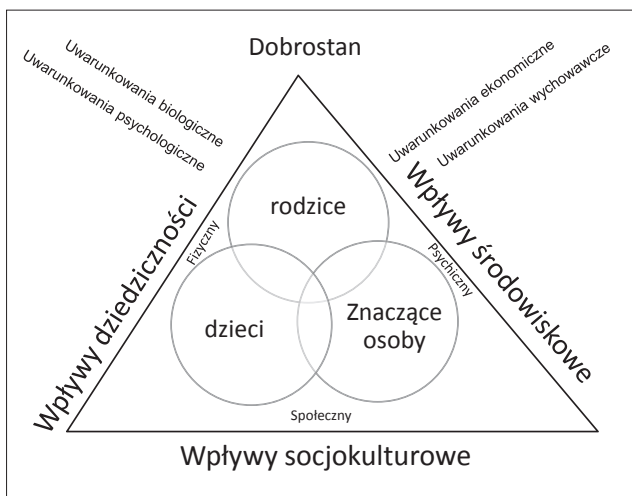
Zdrowie rodziny zależy od kompleksu czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Są to czynniki:

1. Biologiczne

- genetycznie zdrowe potomstwo,
- zabezpieczenie płodności,
- opieka okołoporodowa,
- ochrona w okresie rozwoju dzieci,
- dostępność pożywienia,

- ochrona i leczenie w sytuacjach zagrożenia,
 - opieka i ochrona starszych członków rodziny.
- Psychologiczne
 - zdrowie emocjonalne członków rodziny,
 - wzajemna miłość i szacunek członków rodziny,
 - umiejętność tolerowania i adaptacji (sytuacje stresowe, kryzysy w tym zdrowotne),
 - wzajemne niesienie pomocy,
 - umiejętność nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi.
 - Socjokulturowe
 - przekazanie wzorców kulturowych, tradycji społecznych i religijnych,
 - zaspokojenie potrzeb społecznych dzieci w różnym wieku,
 - wzorce norm zachowania (np. przyjmowanie roli pacjenta) i sposoby ich manifestowania.
 - Ekonomiczne
 - możliwości finansowe niezbędne do utrzymania rodziny,
 - zaspokajanie potrzeb materialnych członków rodziny,
 - wzajemna pomoc finansowa.
 - Wychowawcze
 - wiedza i umiejętności rodzicielskie,
 - kształtowanie dzieci do roli dorosłego człowieka,
 - zapewnienie maksymalnie pełnego wachlarza możliwości rozwojowych członkom rodziny (fizycznych, psychicznych, intelektualnych) [24].

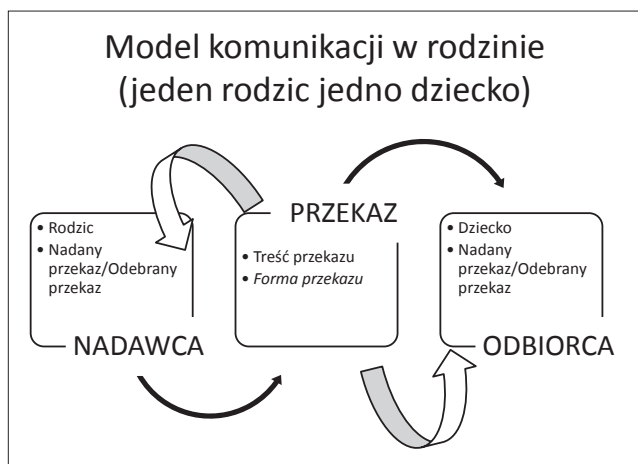
Ta złożona forma oddziaływań wewnętrznych i zewnętrznych na zdrowie rodziny „opieczona jest” siecią komunikacyjną. Zatem w każdym zakresie i w każdej relacji (mąż – żona, rodzice – dzieci itd.) budowane są zasoby rodzinne, indywidualne dla każdej z rodzin. Sieć powiązań prezentują poniższe ryciny.



Rycina 4. Schemat wymiarów zdrowia rodziny. Źródło: Opracowanie własne

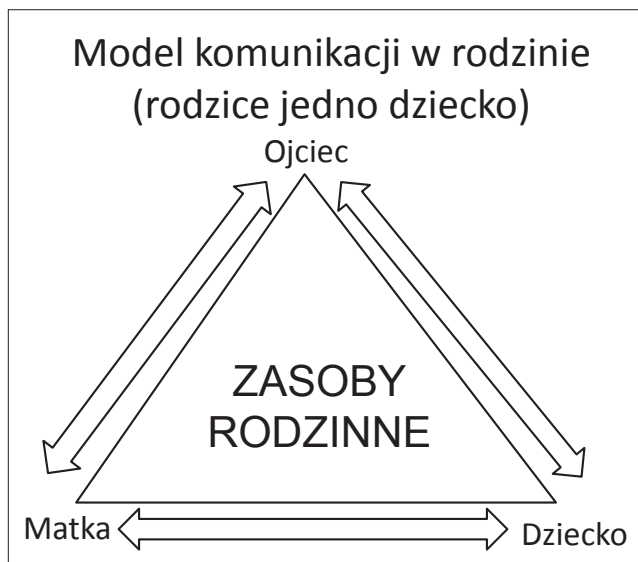
Już pojedyncze ogniwo rodzinnej komunikacji rodzic-dziecko ma dość skomplikowany przebieg. Wraz ze wzrostem liczby członków rodziny wzrasta możliwość zaburzeń komunikacyjnych (wywołujących konflikty i kryzysy), ale jednocześnie potęgują się zasoby rodzinne pozwalające konfliktom i kryzysom przetrwać.

Przed tak skomplikowaną siecią komunikacyjną i tak bogatymi zasobami emocjonalno-społeczno-ekonomiczno-kulturowymi staje lekarz rodzinny. Z pozoru powinien w takiej relacji obowiązywać przedstawiany już model zawo-



Rycina 5. Prawidłowe ogniwo modelu komunikacji w rodzinie. Źródło: opracowanie własne

dowej komunikacji medycznej, niełatwy do realizacji z uwagi na brak równowagi między poszczególnymi elementami komunikacyjnymi po obu stronach. Model ten obowiązuje, ale tylko wtedy (choć i w tym przypadku trzeba brać pod uwagę znaczenie rodziny pacjenta), kiedy lekarz (medyk) nie reprezentuje zawodowo medycyny rodzinnej. W przypadku lekarza rodzinnego mamy do czynienia z sytuacją przedstawioną na poniższej rycinie.

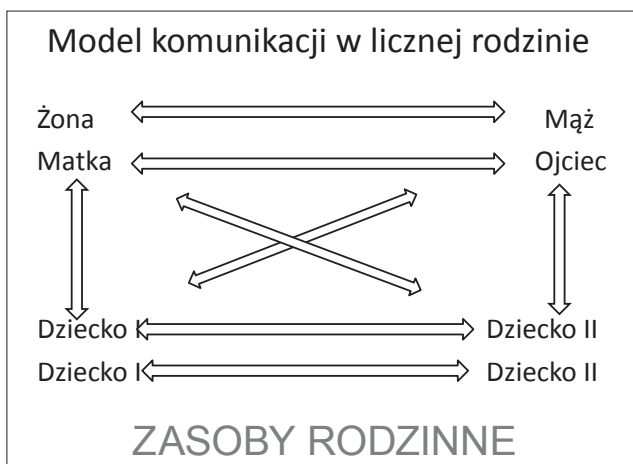


Rycina 6. Model komunikacji w rodzinie – trzyskładnikowy. Źródło: opracowanie własne

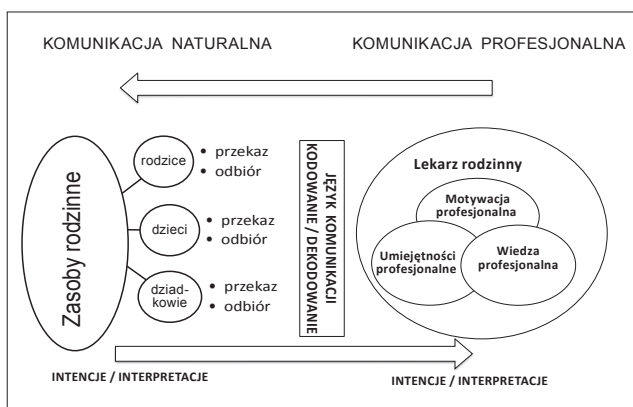
Elementem kluczowym w komunikacji lekarza rodzinnego z pacjentem jest każdorazowe docieranie do zasobów rodzinnych (biologicznych, psychologicznych itd.), niezależnie od tego, który z członków rodziny jest podmiotem tej relacji.

Dlaczego lekarz rodzinny, obarczony licznymi obowiązkami, ma podejmować się jeszcze tak trudnego zadania, jak docieranie komunikacyjne nie tylko do pacjenta, ale też do jego bliskich? Ponieważ dobra komunikacja jest narzędziem w terapii i przynosi liczne korzyści, a zła powoduje błędy jatrogenne.

Błędy jatrogenne definiowane są między innymi w następujący sposób: „są to tego rodzaju sposoby zachowań lekarza lub innego pracownika służby zdrowia, które wpływają



Rycina 7. Model komunikacji w licznej rodzinie, Źródło: opracowanie własne



Rycina 8. Model komunikacji zawodowej medycznej lekarza rodzinnego z pacjentem. Źródło: opracowanie własne

szkodliwie na stan zdrowia pacjenta” [25]. Dwa podstawowe rodzaje błędów jatrogennych to:

1. Błędy w sztuce lekarskiej.
2. Niewłaściwe oddziaływanie na pacjenta w sensie psychologicznym:
 - a) pogarszanie jego stanu psychicznego,
 - b) w konsekwencji zaostrzenie objawów somatycznych.

Głównymi błędami jatrogennymi spowodowanymi niewłaściwą komunikacją są:

1. Brak informacji o terapii.
2. Zbyt ogólna informacja.
3. Niezrozumiała informacja.
4. Informacje wywołujące lub potęgujące lęki.
5. Nadmierna medykalizacja języka komunikacji z pacjentem („medomowa”).
6. Niewłaściwa postawa lekarza:
 - a) przesycona emocjonalnością,
 - b) zniecierpliwienie wobec pacjenta,
 - c) ośmieszanie przekonań pacjenta,
 - d) postawy egocentryczne,
 - e) niewłaściwe wzorce osobowe funkcjonujące w środowisku zawodowym,
 - f) postawa lekarza wywołująca u pacjenta agresję lub nadmierną uległość.
7. Omawianie stanu zdrowia małoletnich w ich obecności.
8. Omawianie stanu zdrowia starszych członków rodziny nie z nimi a w ich obecności [25].

Dla porównania przyjrzyjmy się teraz, jakie korzyści niesie ze sobą prawidłowa komunikacja.

Korzyści dla lekarza płynące z prawidłowej komunikacji lekarz rodzinny – pacjent – rodzina pacjenta:

1. Spadek napięcia emocjonalnego u pacjenta, co pozwala na dalszą komunikację i wymianę informacji.
2. Uzyskiwanie dokładnych danych, co pozwala skutecznie rozpoznać chorobę (np. historii dolegliwości z przekazu rodzinnego).
3. Zmniejsza się opór pacjenta wobec terapii i lekarza.
4. Zwiększa się zaufanie pacjenta wobec lekarza, można pacjenta nakłonić do różnych sposobów terapii..
5. Wzrasta aktywność pacjenta w terapii, nie trzeba go kontrolować, sam dba o swoje dobro, a wspomaga go w tym rodzina.
6. Wzrasta satysfakcja z wykonywanego zawodu.
7. Podnosi się poziom satysfakcji pacjenta, a co za tym idzie maleje liczba skarg na poszczególnych lekarzy i ogólnie na służbę zdrowia. Pacjenci częściej są wdzięczni niż agresywni.
8. Podnosi się samoocena lekarza.

Korzyści dla pacjenta:

1. Pacjent ma poczucie dbałości o swoje potrzeby (np. wystarczająca w opinii pacjenta długość konsultacji).
2. Ma poczucie bezpieczeństwa i godności oraz poufności informacji.
3. Ma poczucie kontroli nad własnym stanem zdrowia – pełna informacja na temat choroby.
4. Poczucie bycia słuchanym i rozumianym – sprawienie, że pacjent czuje się swobodnie, mówiąc o swojej chorobie.
5. Ma poczucie relacji z lekarzem opartej na więzi – możliwość leczenia się stale u tego samego lekarza.
6. Posiada wiedzę umożliwiającą decyzyjność w terapii – m.in. informacje uzyskane od lekarza na temat prewencji chorób.

Korzyści dla rodziny pacjenta:

1. Poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego rodziny.
2. Ciągłość opieki medycznej w rodzinie.
3. Wszechstronność opieki medycznej w rodzinie.
4. Koordynacja opieki medycznej dla rodziny.
5. Dominacja prewencji w opiece medycznej nad rodziną.
6. Relacja medyczna z rodziną ma charakter długotrwały.
7. Żadna choroba w rodzinie nie istnieje dla lekarza rodzinnego samoistnie, ale w kontekście innych problemów zdrowotnych czy psychologicznych i społecznych [13, 14].

Komunikacja lekarzy rodzinnych z pacjentami i ich bliskimi to poważne zawodowe wyzwanie. Bez systemowej edukacji teoretycznej i praktyki w tym zakresie, narzędzie pracy, jakim są kompetencje komunikacyjne (motywacja do wchodzenia w relacje z pacjentem, wiedza na temat komunikacji inter- i intrapersonalnej i umiejętności z zakresu budowania relacji w ogóle), pozostanie bezużyteczne, a czasami wręcz przynoszące straty. Lekarz rodzinny to wyjątkowy specjalista medyczny, uwzględnia wieloaspektowość stanu zdrowia pacjenta, co odróżnia go w sposób znaczący od pozostałych specjalistów. Ta wieloaspektowość powinna też znaleźć swoje odzwierciedlenie w przygotowaniu zawodowym na poziomie studiów, a także wsparciu edukacyjnym w wieloletniej praktyce lekarskiej.

PIŚMIENNICTWO

1. Włoszczak-Szubda A, Jarosz M J. Pacjent – choroba- medyk. Znaczenie i role w komunikacji. *Med Og Nauk Zdr.* 2011;17(2): 105-110.
2. Włoszczak-Szubda A, Jarosz M J, Dziemidok P, Sak J, Patryń R, Pawlikowski J. Psychoeducation in education of dieticians for the role of healthy nutrition promoters. *Pol J Environ Stud.* 2010; 19(5A): 203-210.
3. Włoszczak-Szubda A, Jarosz M J, Głowacka M, Dzierżek J, Goniewicz M. Wpływ wieku na kompetencje komunikacyjne personelu medycznego. W: Jarosz M J, Włoszczak-Szubda A, Kowalski W, Red. *Problemy starzenia się społeczeństwa. Teoria i praktyka. Perspektywa polska i brytyjska.* Innovatio Press, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji, Lublin 2011: 61-72.
4. Włoszczak-Szubda A, Jarosz M J. Problemy komunikowania się personelu medycznego z pacjentami. *Med Og.* 2008; 14(3): 225-234.
5. Kowalska A, Włoszczak-Szubda A., Jarosz M J. Problemy komunikowania się pracowników medycznych z pacjentami głuchymi i głuchoniemymi. *Med Og Nauk Zdr.* 2011; 17(2): 96-99.
6. Jarosz M J, Włoszczak-Szubda A. Jak zostać dobrym pacjentem: zadania szkoły w przygotowaniu ucznia do roli pacjenta”. W: Gaś Z B, red. *Profesjonalna profilaktyka w szkole: nowe wyzwania.* Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie, Lublin 2011: 149-158.
7. Sak J, Jarosz M J, Mosiewicz J, Sagan D, Wiechetek M, Pawlikowski J, Włoszczak-Szubda A, Olszewska E. Postrzeganie własnej choroby a poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie osób przewlekle chorych. *Med. Og. Nauk Zdr.* 2011; 17(4): 169-173.
8. Włoszczak-Szubda A. Kompetencje komunikacyjne personelu medycznego – badanie stanu oraz ocena potrzeb edukacyjnych. *Rozprawa doktorska.* Lublin; Uniwersytet Medyczny; 2009; ss. 290.
9. Zielonka A. *Medycyna zwykła i niezwykła.* PHU „Astra”; Szczecin 1992: 17.
10. Guzek J W. *Patofizjologia człowieka w zarysie.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2002: 24-60.
11. Piątkowski W. – Choroba jako zjawisko socjologiczne. W: *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny;* oficyna wydawnicza Atut; Wrocław 2002: 24-30.
12. Szacka B., *Wprowadzenie do socjologii;* oficyna naukowa s.c.; Warszawa 2008: s.149
13. Baranowicz I. Rola społeczna chorego. W: *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny;* oficyna wydawnicza Atut; Wrocław 2002: 75-81.
14. Starfield B. Commentary on regular primary care lowers hospitalisation risk and mortality in seniors with chronic respiratory disease. *J Gen Intern Med.* 2010; 25(8): 758-9.
15. Starfield B. Family medicine should shape reform, not vice versa. *Family Practice Management* 2009; 16(4): 6-7.
16. Scherger JE. Future vision: is family medicine ready for patient-directed care?; *Family Practice Management* 2009; 41(4): 285-8.
17. Grzebiński L, Trzebińska E. Jak ludzie porozumiewają się? Instytut Wydawniczy „Nasza Księgarnia”; Warszawa 1978: 8-9.
18. Mayerscough P R, Ford M. Jak rozmawiać z pacjentem. Wydawnictwo psychologiczne; Gdańsk 2001: 13.
19. www.nfz-lublin.pl/Index_Pacjent_Skargi.asp; 04.08.2011; 10.45.
20. Motyka M. *Psychoterapia elementarna w opiece medycznej.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; Kraków 2002: 131-132.
21. Kłapa W, Ziarko E. Kształcenie w systemie base learning na Uniwersytecie w Maastricht. *Konspekt nr 5.* Pismo Akademii Pedagogicznej w Krakowie; Kraków 2000/2001.
22. Jung M, Hong M S. Positioning patient-perceived medical services to develop a marketing strategy. *Health Care Manag (Frederick)* 2012; 31(1): 52-61.
23. Qu H, Platonova E A, Kennedy K N, Shewchuk R M. Primary care patient satisfaction segmentation. *Int J Health Care Qual Assur.* 2011; 24(7): 564-76.
24. Bożkowska K, Sito A. *Zdrowie rodziny;* PZWL; Warszawa 1983: 41-42.
25. Kliszcz J. *Psychologiczne aspekty jatropatologii.* W: Barański J, Waszyński E, Steciwko A, red. *Komunikowanie się lekarza z pacjentem.* Astrum; Wrocław 2000: 74-85.

Role and importance of communication in physician-patient-family relationship

Abstract

Objective: The objective of the study was the presentation of the role and importance of communication in a physician-patient-family relationship. The report presents the aspects, importance and benefits resulting from the proper course of communication, and indicates mistakes and the resulting losses, both for health of a patient and the future contacts between family members and the physician.

Material and methods: The research method applied was a critical analysis of the contents and synthesis of own practical experiences. The analysis covered publications indexed in databases of medical, psychological and social literature according to the following key words: physician, patient, family, interpersonal communication. Own experiences concern the training of medical professionals in the area of interpersonal communication, as well as own studies which have been conducted since 2007 concerning interpersonal competences of medical staff.

Conclusions: In order to understand the specificity of the relationship within the triangle physician-patient-family, apart from the biomedical aspect of disease, its psychological dimension should be noted, concerning, among other things, psychical discomfort, poor general well-being, sense of dignity (or more precisely, the lack of), and sense of safety. The social and cultural dimensions, including the social role of a 'patient', disease as a ground for conflict in a family, disease as a deviation, etc., are equally important. All these dimensions mutually overlap and mutually condition each other. From the moment an individual assumes the role of 'a patient', his/her environment (family) exerts a great effect, imposing pressure on a patient to behave in accordance with this role. Sometimes, a patient and his/her environment interpret this state as not requiring professional assistance, and focus on self-treatment. However, usually, the subsequent step is the decision to assume the role of a 'patient', and report to a physician. Whether the patient will want to take a role of a 'patient' depends, to a great extent, on previous experiences concerning contacts with 'health services'. These experiences concern not only an efficient therapy, but primarily the satisfaction of expectations pertaining to communication, information, respect, and sense of safety. Thus, what does a family as a whole and its individual members expect from a family physician? Apart from the biomedical dimension, within which patients and their families expect knowledge and experience, they also expect understanding, support, paying attention to emotions and not judgment. Therefore, a physician must possess the skills of communication and construction of a relationship with a patient, and must know the principles of family functioning, in order to – based on empathy, i.e. understanding of the emotional sphere – efficiently provide care in the biomedical dimension.

Key words

physician, patient, family, interpersonal communication