

KATARZYNA NOWACZYK¹, MICHAŁ-GORAN STANISIĆ², TERESA RZEPA³

Staż pracy i płeć lekarza a efektywność komunikowania się z pacjentem

Influence of the work experience and the gender of the doctor on the effectiveness of communicating with the patient

¹Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Poznaniu

²Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyń, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

³SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wydział Zamiejscowy w Poznaniu

KEYWORDS

patient, doctor, job seniority, gender, effectiveness of communication

SUMMARY

Introduction. A growing number of reports about medical errors, where among the causes include not only work overload and stress of responsibility for the life and health of the patient, but also factors related to communication doctor-patient. Topic doctor-patient communication is rarely discussed in medical journals. It is usually a subject of research in psychological society.

Aim. The aim of the study was to determine the correlation between the job seniority and the sex of the doctor and the effectiveness of doctor-patient communication.

Material and methods. 192 patients were included to the study. The subjects had appointments with six doctors specializing in surgery. The patients met with three male and three female doctors, each of whom had a different, controlled job seniority.

Results. The statistical analysis indicated that both job seniority and the sex of the doctor have a profound influence on effective communication with the patient. Maximal effectiveness of doctor-patient was found among young doctors ($M = 6.84$; $SD = 1.43$), follow by doctors with average professional experience ($M = 6.91$; $SD = 1.56$), and with least skills of doctors with highest job seniority ($M = 8.30$; $SD = 2.29$). The difference was found statistically significant ($p = 0.0001$).

Conclusions. The data obtained can be the basis for formulating further questions about the causes of loss or decline in interest in the development of communication skills of doctors with patients.

WSTĘP

Komunikacja między lekarzem a pacjentem to problem na tyle trudny, na ile bardzo istotny. Coraz częściej słychać bowiem o lekarskich błędach i pomyłkach, a wśród ich przyczyn wymienia się nie tylko przeciążenie pracą i stres spowodowany odpowiedzialnością za życie i zdrowie pacjenta, lecz również czynniki związane z komunikacją lekarz-pacjent.

Komunikacja lekarza z pacjentem powinna być realizowana na zasadzie rzetelnej wymiany informacji oraz tworzenia relacji opartej na życzliwości, zaufaniu i kulturze osobistej (1). Wyjątkową rolę odgrywają w tym wypadku takie czynniki, jak: wiek, płeć, doświadczenie zawodowe i osobowość lekarza. Jeśli ponadto lekarz komunikuje się szczerze i otwarcie, to u zmotywowanego tym pacjenta wzrasta nadzieja na wyzdrowienie.

CEL PRACY

Spośród wskazywanych w literaturze czynników wpływających na efektywność komunikacji lekarz-pacjent wybrano płeć i staż pracy lekarza. Sformułowano dwie hipotezy: 1) im dłuższy staż pracy, tym niższa efektywność komunikowania się lekarza z pacjentem; 2) płeć lekarza nie ma wpływu na efektywność komunikacji z pacjentem.

MATERIAŁ I METODY

W celu zweryfikowania powyższych założeń skonstruowano prostą ankietę, zawierającą 6 następujących pytań: „Czy lekarz słuchał uważnie tego, co mówił pacjent?“, „Czy pacjent uzyskał zrozumiałe informacje dotyczące swego stanu zdrowia?“, „Czy lekarz zachowywał się w sposób życzliwy?“, „Czy lekarz poświęcił pacjentowi wystarczającą ilość czasu?“, „Czy lekarz spełnił oczekiwania pacjenta dotyczące

wizyty?”, „Jak ogólnie pacjent ocenia przebytą wizytę (od 1 – „bardzo pozytywnie” do 5 – „bardzo negatywnie”)?”. Efektywność komunikacji z lekarzem oceniano na podstawie sumy uzyskanych punktów (skala od 1 – „zdecydowanie tak” do 5 – „zdecydowanie nie”). Im więcej punktów, tym niżej pacjent ocenił efektywność komunikacji z lekarzem.

Badaniem objęto 192 pacjentów, spośród których po 32 osoby odbyły wizyty u sześciu lekarzy chirurgów. Dobór lekarzy był celowy: 3 osoby były płci żeńskiej i 3 męskiej, a w każdej trójce staż pracy wynosił odpowiednio: 5-10 lat, 11-15 lat i 16-20 lat.

Analizie statystycznej poddano wyniki wszystkich osób badanych. Za pomocą testu Shapiro-Wilka sprawdzono rozkład wyników, po czym do porównań wykorzystano testy nieparametryczne, tj. test Manna-Whitneya, Kruskala-Walisa oraz test wielokrotnych porównań.

WYNIKI

Pierwsza hipoteza zakładała, że im dłuższy staż pracy lekarza, tym niższa efektywność komunikacji z pacjentem. Ta hipoteza została zweryfikowana pozytywnie. Największą efektywność komunikacji z pacjentem wykazali lekarze z najkrótszym stażem pracy ($M = 6,84$; $SD = 1,43$), następnie lekarze ze średnim ($M = 6,91$; $SD = 1,56$) i z najdłuższym stażem pracy ($M = 8,30$; $SD = 2,29$). Ustalono, że pomiędzy efektywnością komunikowania się a stażem pracy lekarza zachodzą statystycznie istotne różnice ($p = 0,0001$) (tab. 1).

Ponadto wykazano statystycznie istotne różnice pomiędzy efektywnością komunikowania się lekarzy z najkrótszym i najdłuższym stażem pracy ($p = 0,0001$) oraz ze średnim i najdłuższym stażem pracy ($p = 0,0003$).

Druga hipoteza zakładała, że płeć lekarza nie ma wpływu na efektywność komunikacji z pacjentem. Ta hipoteza została zweryfikowana negatywnie, gdyż ustalono, że płeć lekarza w statystycznie istotny sposób różnicuje badaną zmienną ($p < 0,0002$). Średnia efektywność komunikowania się z lekarzem płci żeńskiej wynosiła $M = 7,81$ ($SD = 2,09$),

natomiast z lekarzem płci męskiej – $M = 6,89$ ($SD = 1,6$). Pacjenci byli zatem bardziej usatysfakcjonowani z komunikacji z mężczyzną (tab. 2).

Ponadto sprawdzono efektywność komunikacji z pacjentem w poszczególnych grupach stażowych, z jednoczesnym uwzględnieniem płci lekarza (tab. 3). Efektywność komunikowania się z pacjentem najniżej oceniono w odniesieniu do lekarek z najdłuższym stażem pracy ($M = 8,22$; $SD = 2,60$), następnie ze średnim stażem pracy ($M = 7,69$; $SD = 1,86$), a najwyżej – z najkrótszym stażem pracy ($M = 7,53$; $SD = 1,72$). Również najniżej oceniono efektywność komunikowania się lekarzy z najdłuższym stażem pracy ($M = 8,38$; $SD = 1,98$), następnie z najkrótszym stażem pracy ($M = 6,16$; $SD = 0,45$), a najwyżej – ze średnim stażem pracy ($M = 6,13$; $SD = 0,49$).

Wśród kobiet lekarzy nie wykazano statystycznie istotnej różnicy pomiędzy efektywnością komunikowania się z pacjentami a stażem pracy ($p < 0,6442$). Wśród mężczyzn wykazano natomiast różnicę pomiędzy tymi zmiennymi ($p < 0,0001$) i stwierdzono, że różnice zachodzą pomiędzy lekarzami z najkrótszym i najdłuższym stażem ($p < 0,0001$) oraz z najdłuższym i średnim stażem pracy ($p < 0,0001$).

Wykazano również statystycznie istotne różnice pomiędzy efektywnością komunikowania się lekarek i lekarzy z najkrótszym ($p < 0,0007$) oraz ze średnim stażem pracy ($p < 0,0001$). Nie wykazano natomiast różnicy w efektywności komunikowania się lekarzy obu płci z najdłuższym stażem pracy ($p < 0,5089$).

DYSKUSJA

Ustalono, że najwyższą efektywność komunikowania się z pacjentem wykazali lekarze z najkrótszym stażem pracy, następnie lekarze ze średnim i z najdłuższym stażem pracy. Ustalono również, że najniższą efektywność komunikowania się z pacjentem odnotowano w przypadku lekarek z najdłuższym, następnie ze średnim i najwyższą – z najkrótszym stażem pracy. Pod tym względem również najniżej oceniono

Tab. 1. Różnice pomiędzy stażem pracy lekarza a efektywnością komunikowania się z pacjentem

Staż pracy	N	M	Me	Min.	Max.	SD	p
Najdłuższy	64	8,30	8,00	6,00	18,00	2,29	0,0001*
Średni	64	6,91	6,00	6,00	13,00	1,56	
Najkrótszy	64	6,84	6,00	6,00	12,00	1,43	

* $p < 0,001$

Tab. 2. Różnice pomiędzy płcią lekarza a efektywnością komunikowania się z pacjentem

Płeć	N	M	Me	Min.	Max.	SD	p
Kobiety	96	7,81	7,00	6,00	18,00	2,09	0,0002*
Mężczyźni	96	6,89	6,00	6,00	14,00	1,60	

* $p < 0,001$

Tab. 3. Efektywność komunikowania się z pacjentem w poszczególnych grupach stażowych, z uwzględnieniem płci lekarza

Płeć	Staż pracy	N	M	Me	Min.	Max.	SD	p
Kobiety	najdłuższy	32	8,22	8,00	6,00	18,00	2,60	0,6442
	średni*	32	7,69	7,00	6,00	13,00	1,86	
	najkrótszy*	32	7,53	7,00	6,00	12,00	1,72	
Mężczyźni	najdłuższy	32	8,38	8,00	6,00	14,00	1,98	0,0001**
	średni*	32	6,13	6,00	6,00	8,00	0,49	
	najkrótszy*	32	6,16	6,00	6,00	8,00	0,45	

*staż pracy, dla którego wykazano różnicę pomiędzy efektywnością komunikowania się kobiet a efektywnością komunikowania się mężczyzn

** $p < 0,001$

mężczyzn z najdłuższym, a najwyżej – ze średnim stażem pracy. Pomiedzy nimi uplasowała się grupa lekarzy z najkrótszym stażem pracy.

Uzyskane wyniki potwierdzają rezultaty badania przeprowadzonego wśród studentów medycyny i personelu medycznego (2). Najwyższe wartości w zakresie odpowiedzialności zawodowej i umiejętności komunikacyjnych (otwartość, asertywność i potrzeba rozwoju) stwierdzono bowiem w najmłodszej grupie wiekowej, tj. od 18 do 25 lat. Wśród osób należących do średniej grupy wiekowej (26-35 lat) wszystkie te wskaźniki były na niższym poziomie. Badani z najstarszej grupy wiekowej (36 lat i powyżej) najczęściej przeszacowywali swoje możliwości, wykazując silny rozdźwięk między „Ja-idealnym” i „Ja-realnym”. W innych badaniach ustalono (3), że wśród studentów medycyny poziom empatii obniża się z każdym rokiem studiów. Podczas kolejnych lat pracy u lekarzy dochodzi do jeszcze większego spadku empatii.

Te negatywne zjawiska mogą mieć kilka przyczyn, spośród których za najważniejszą należy uznać syndrom wypalenia zawodowego (4). Obciążenia w tym zawodzie są bowiem bardzo poważne i wiążą się z poczuciem odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów, z koniecznością wchodzenia w stresujące relacje oraz ze świadomością wymagań stawianych zarówno przez przełożonych, jak i przez społeczeństwo (5). Kluczową rolę w powstawaniu syndromu wypalenia zawodowego wśród lekarzy odgrywa ilość i częstotliwość kontaktów z pacjentami. Im wyższe wartości osiągają te parametry, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia objawów wypalenia zawodowego. Być może właśnie dlatego lekarze z najdłuższym stażem pracy przejawiają najniższą efektywność komunikacji z pacjentem.

W świetle metaanalizy (6), czas przeznaczony na kontakt z pacjentem różni się w zależności od państwa i wynosi od 7,5 minuty w Niemczech do 18 minut w USA (różnica wynika głównie z ilości wypełnianej dokumentacji). W polskich realiach niedoboru lekarzy, czas wizyty jest jeszcze krótszy. Podczas wizyty należy zebrać wywiad, rozebrać pacjenta do badania, zbadać go, zaplanować leczenie, wypisać recepty i – przede wszystkim – wypełnić dokumentację medyczną

oraz formularze narzucone przez płatnika. Im dłuższy staż pracy ma lekarz, tym więcej pacjentów znajduje się pod jego opieką, co wymusza skrócenie czasu wizyt. W takiej sytuacji, lekarz „wypalony” swoistą powtarzalnością w zakresie komunikacji z pacjentem jest wręcz skazany na niższą ocenę jej efektywności.

Niezależnie od systemu opieki zdrowotnej i uwarunkowań kulturowych, postrzeganie komunikacji lekarz-pacjent i czasu przeznaczonego na wizytę będzie różne u lekarza i pacjenta. Pacjent zazwyczaj nie doszacowuje czasu trwania wizyty, a lekarz przeszacowuje ten czas (7). Pozornie bulwersujące fakty, takie jak przeciętne przerywanie pacjentowi jego wypowiedzi już po 23 sekundach, paradoksalnie nie upośledzają zrozumienia pacjenta przez lekarza. Ustalono bowiem, że – przy odpowiednim przeszkoleniu – do zrozumienia problemu pacjenta wystarczy lekarzowi od 30 sekund do 5 minut (8). Ustalono również, że skrócenie tego czasu nie wpływa na jakość leczenia, chociaż powoduje, że pacjent gorzej przyswaja komunikaty na temat kolejnych kroków terapeutycznych. Odnotowano (9), że po wyjściu z gabinetu lekarskiego 50% pacjentów nie potrafiło powiedzieć, jak należy przyjmować zaleczone leki albo myliło te zalecenia. Jednakże ten wynik może również dobrze świadczyć o wadliwej komunikacji lekarza z pacjentem, podyktowanej presją czasu oraz przeciążeniem obowiązkami.

Dlatego poza poprawą w zakresie komunikacji niezbędne jest zmniejszenie obciążenia pracą. Dla przykładu, w Polsce lekarz rodzinny ma pod swoją opieką 3000 pacjentów. Na lekarza podstawowej opieki medycznej w USA przypada przeciętnie 2400 pacjentów. Jeśli założyć, że każdy z 3000 pacjentów trzy razy w roku odwiedzi lekarza rodzinnego, to generuje 9000 wizyt rocznie. Lekarz pracuje 8 godzin przez około 210 dni, co daje ok. 10 tys. minut. Zatem, jak wskazują niedyskutowalne liczby, na jednego pacjenta przypada mu nieco więcej niż minuta. W tej sytuacji osiągnięcie zaleczonego poziomu 1400 pacjentów lub 700 w przypadku pacjentów przewlekłe chorych nie jest możliwe (10).

W rezultacie przeprowadzonych badań ustalono także, iż pacjenci byli bardziej usatysfakcjonowani z komunikowania

się z lekarzem płci męskiej. Ten wynik jest zgodny z rezultatami badania przeprowadzonego w latach 2010-2011 wśród 400 kobiet hospitalizowanych na oddziałach położniczych i patologii ciąży (11). Większość respondentek (73%) wybrała mężczyznę jako preferowanego lekarza, tylko 23,5% – kobietę. Dla 3,5% badanych płeć lekarza nie miała istotnego znaczenia. W Polsce wciąż jeszcze panuje system patriarchalny, więc mężczyznom przyznaje się uprzywilejowaną pozycję, traktuje jako lepiej wykształconych i uzyskujących wyższe zarobki. W kontekście tego stereotypu, kobiety są nadal postrzegane jako te, które głównie powinny zajmować się domem i dziećmi, a nie pracować. Jeśli pełnią one jednocześnie kilka ról, w tym rolę zawodową, to przypisuje się im mniejszą dokładność, odpowiedzialność i zaangażowanie aniżeli mężczyznom pełniącym przede wszystkim role zawodowe (12).

Komentując uzyskany wynik, należy ponadto wziąć pod uwagę specjalizację medyczną, która może zarówno decydować o preferencji co do płci lekarza, jak i z nią po prostu się kojarzyć. W trakcie dokonywania wyboru chirurga, pacjenci

prawdopodobnie kierują się wspomnianym stereotypem na temat wyższego profesjonalizmu mężczyzn. Ale już spośród lekarzy pediatrów zapewne o wiele chętniej wybierają kobiety.

WNIOSKI

Poczynione ustalenia empiryczne mogą być podstawą do formułowania dalszych pytań o przyczyny utraty lub spadku zainteresowania rozwojem umiejętności komunikowania się lekarzy z pacjentami. Warto byłoby także zbadać, jak oceniana jest efektywność komunikacji lekarz-pacjent w odniesieniu do różnych specjalności medycznych oraz czy istnieje zależność między wyborem specjalności a płcią, jak również rozważyć, czy i na jakie dodatkowe kursy lub warsztaty zgłaszają zapotrzebowanie studenci medycyny i lekarze o różnym stażu pracy. Interesujące byłoby także sprawdzenie, w jaki sposób lekarze radzą sobie z samooceną, poczuciem własnej wartości i samokrytyką, bo przecież mają świadomość swych niedociągnięć popełnianych w komunikacji z pacjentami.

ADRES DO KORESPONDENCJI

Michał-Goran Stanisić
Klinika Chirurgii Ogólnej i Naczyń
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
ul. Długa 1/2, 61-949 Poznań
tel. +48 618-549-141
goranm@gazeta.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Doroszewski J: Komunikacja pacjenta z lekarzem – literatura, stanowiska, problemy. [W:] Kącka M (red.): Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem. Warszawska Drukarnia Naukowa PAN 2007: 41-62.
2. Wilczek-Rużyczka E: Wypalenie zawodowe a empatia u lekarzy i pielęgniarek. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.
3. Ziółkowska-Rudowicz E, Kładna A: Empatia w medycynie. Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, Szczecin 2014.
4. Maslach Ch, Leiter M: Prawda o wypaleniu zawodowym. Co robić ze stresem w organizacji (The truth about Burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014.
5. Wilczek-Rużyczka E: Wypalenie zawodowe pracowników medycznych. Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2014.
6. Mauksch LB, Dugdale DC, Dodson S, Epstein R: Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter: creating a clinical model from a literature review. *Arch Intern Med* 2008 Jul 14; 168(13): 1387-1395.
7. Ogden J, Bavalina K, Bull M et al.: "I want more time with my doctor": a quantitative study of time and the consultation. *Family Practice* 2004 Oct; 21(5): 479-483.
8. Lang F, Floyd MR, Beine KL, Buck P: Sequenced questioning to elicit the patient's perspective on illness: effects on information disclosure, patient satisfaction, and time expenditure. *Fam Med* 2002 May; 34(5): 325-330.
9. Altschuler J, Margolius D, Bodenheimer T, Grumbach K: Estimating a reasonable patient panel size for primary care physicians with team-based task delegation. *Ann Fam Med* 2012 Sep-Oct; 10(5): 396-400.
10. Ghorob A, Bodenheimer T: Sharing the care to improve access to primary care. *N Engl J Med* 2012 May 24; 366(21): 1955-1957.
11. Szymoniak K, Malinowski W, Ćwiek D, Fryc D: Oczekiwania kobiet ciężarnych wobec badań ginekologicznych w szpitalu. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2012; V(3): 150-153.
12. Leszkowicz-Baczyńska Ż: Między domem a pracą – wewnętrzne i zewnętrzne uwarunkowania zadowolenia z życia kobiet. [W:] Wachowiak A (red.): Przemiany orientacji życiowej kobiet zamężnych. Studium socjologiczne. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2002: 75-122.

nadesłano: 01.04.2016

zaakceptowano do druku: 22.04.2016