

Prof. dr hab. Antonina Ostrowska

Lekarze i ich starsi pacjenci. Zaburzenia komunikacji



Warszawa, 2018

Lekarze i ich starsi pacjenci. Zaburzenia komunikacji

1. Wprowadzenie

Komunikowanie się jest podstawą relacji międzyludzkich; pomaga w utrzymaniu więzi społecznych, okazywaniu uczuć, zapewnia otrzymywanie informacji niezbędnych dla funkcjonowania w środowisku społecznym. Jest istotnym aspektem zaspakajania różnorodnych potrzeb, także w kontaktach z instytucjami udzielającymi pomocy – z przedstawicielami instytucji medycznych, pomocy społecznej, czy wszelkich innych instytucji, nastawionych na świadczenie usług dla obywateli. Właściwa komunikacja między lekarzem a pacjentem jest sprawą kluczową dla efektów leczenia. Właściwe relacje między nimi, wzajemny szacunek, zaufanie jakie pacjent pokłada w lekarzu, odgrywają doniosłą rolę w procesie terapeutycznym i są istotne zarówno dla diagnostyki, wyboru i przebiegu terapii, zaufania pacjentów jak i stosowania się przez nich do zaleceń.

O właściwych relacjach między pacjentami, a lekarzami napisano wiele. Ich określenie znajduje się też w wielu oficjalnych dokumentach, omawiających zasady wykonywania zawodu lekarza. Piszemy więc o potrzebie traktowania pacjenta z godnością i szacunkiem, o konieczności zapewnienia właściwej atmosfery w czasie badań i doniosłości szeregu innych działań wskazujących na uznanie autonomii pacjenta jako osoby. Po stronie pacjenta, gwarantem właściwych relacji ma być Karta Praw Pacjenta, wywieszana na ścianach wielu przychodni, której celem jest uświadomienie pacjentowi jego praw odnoszących się do procesu leczenia i postępowania lekarza.

Wszystkie te dokumenty, zawierające skądinąd słuszne i uniwersalne przesłania, są na ogół dość ogólnikowe i nie zawsze łatwo przekładają się na zwyczajne, codzienne sytuacje, jakie w swojej praktyce napotyka lekarz. Łatwo jednak zauważyć, że wśród podstaw wszystkich tych kwalifikacji lekarza znajduje się

właściwa komunikacja – umiejętność budowania relacji z pacjentem. Grupą szczególnie wrażliwą na problemy właściwej komunikacji są pacjenci starsi wiekiem, często posiadający liczne, współwystępujące ze sobą dolegliwości, a jednocześnie ograniczenia komunikacyjne – gorsze widzenie, niedosłuch, trudności w wysławianiu się i w formułowaniu spójnych wypowiedzi. Problem ten zwłaszcza dotyczy osób dotkniętych demencją.

Efektywna komunikacja jest szczególnie ważna w sytuacjach, gdy potrzebna jest pomoc innych ludzi w zaspakajaniu podstawowych potrzeb starszych osób. Brak właściwych relacji, problemy komunikacyjne są często przyczyną ich społecznej izolacji. Nie leżą one wyłącznie po stronie ludzi starych i ich ograniczeń, a wynikają nierzadko z niezrozumienia ich możliwości i ograniczeń, ignorowania ich problemów. Z wiekiem zmieniają się bowiem zarówno potrzeby, sposoby ich zaspakajania, a także hierarchie ich ważności. Wśród nich, oprócz fizycznego i psychicznego bezpieczeństwa badacze¹ podkreślają wagę potrzeby przynależności, użyteczności i uznania. Jednocześnie istniejące stereotypy na temat możliwości ludzi starszych odmawiają im prawa do uczestnictwa w wielu aktywnościach i sferach życia, postrzegając ich jako jednostki totalnie niezdolne do funkcjonowania w ramach systemów tworzonych z myślą o ludziach młodszych i sprawniejszych. Dominujący w Polsce wizerunek człowieka starego, łączy się raczej z niedołążnością lub w każdym razie nieprzydatnością, z chorobą, deprywacją, ubytkami sprawności fizycznej i intelektualnej, nieatrakcyjnym ciałem, zapotrzebowaniem na opiekę i życiem ze skromnej emerytury.

Z obrazem tym łączy się syndrom kulturowego opóźnienia, nie nadążania za „postępem” i nowoczesną dynamiką życia. Wyraża się to w nieumiejętności osób z „poprzedniej epoki” w dokonywaniu wyborów, orientacji w natłoku informacji, korzystaniu z nowych technologii, czy nawet trudnościach w dochodzeniu do swoich praw w kierujących się skomplikowanymi przepisami urzędach. Ich sposoby życia, praktyki i nawyki okazują się niefunkcjonalne, a im samym daje się często do zrozumienia, że nie pasują do współczesnego świata. Dodatkowe utrudnienie stanowi pogarszająca się na ogół sytuacja materialna i zdrowotna, związana z przechodzeniem na rentę lub emeryturę, co nie sprzyja modernizacji swojego życia i dotrzymywania kroku „młodemu”. Wiele z tych problemów jest jednak wynikiem barier komunikacyjnych, utrudniających starszym osobom opanowanie otaczającej ich przestrzeni społecznej i fizycznej. Dotyczy to także ich relacji z lekarzami.

Z badań socjologicznych na temat relacji pacjent – lekarz wyłania się generalny obraz świadczący o braku satysfakcji polskich pacjentów z ich kontaktów z lekarzami.

¹ Synak 1982.

Pojawiają się tu uwagi dotyczące nadmiernego pośpiechu, powierzchownego badania, koncentracji wyłącznie na problemie medycznym, braku zainteresowania osobą pacjenta, niewystarczającym udzielaniu informacji, używania specjalistycznej, niezrozumiałej terminologii, a także innych zastrzeżeń, wskazujących na brak właściwej komunikacji. Często dotyczy to osób starszych wiekiem, w przypadku których zarówno ich wielochorobowość, jak i pojawiające się trudności komunikacyjne stanowią dodatkową przeszkodę. Istotną kwestią, na którą zwracają uwagę ci pacjenci, są także nierealistyczne z ich punktu widzenia zalecenia wymagające ograniczeń, którym trudno sprostać, czy też koszty finansowe (np. leków), przekraczające ich możliwości. W efekcie tego nie stosują się do zaleceń terapeutycznych lub je modyfikują w stopniu, który pogarsza efekty leczenia.

Wyjaśnieniem przyczyn ograniczonej komunikacji leżących po stronie lekarzy służy często brak czasu, zbyt duża liczba pacjentów, a zbyt mała lekarzy, nieodpowiednie warunki lokalowe, czy niewłaściwa organizacja pracy, które sprawiają, że koncentrują się oni na instrumentalnych, techniczno–medycznych aspektach pomocy, traktowanych jako najważniejsze cele ich profesji. Te niewątpliwe utrudnienia w realizacji praktyki lekarskiej nie mogą jednak usprawiedliwiać niezrozumiałego języka, ignorowania lęków czy zażenowania pacjenta, zdawkowych pocieszeń, moralizowania czy ostentacyjnego spoglądania na zegarek. Niemal wszyscy lekarze zgadzają się ze stwierdzeniem, że ich zawód jest zawodem szczególnym, wymagającym nie tylko wiedzy fachowej i sumienności ale także empatii, życzliwości, zaangażowania². Czy jednak zawsze potrafią te uczucia okazać pacjentowi?

Lekarze w Polsce w toku studiów nie są uczeni (lub też w bardzo małym zakresie) komunikacji z pacjentem. Niektórzy wiedzę tę zdobywają w toku własnych doświadczeń zawodowych, ale nie jest to przypadek wszystkich. Nie zawsze więc lekarze potrafią wyjść naprzeciw oczekiwaniom pacjentów, a i sami także mają często poczucie niepełnego kontaktu z chorym, braku łączności zapewniającej nie tylko dobre relacje terapeutyczne, ale i satysfakcję z właściwie pełnionej powinności lekarza.

Z definicji roli lekarza i pacjenta wynika pewna asymetria i przewaga tego pierwszego nad drugim. To pacjent potrzebuje wiedzy, umiejętności lekarza i możliwości przyniesienia ulgi w jego cierpieniu, a nie odwrotnie. Dystans ten uwidacznia się szczególnie wyraźnie, gdy pacjent jest niezamożny i słabo wykształcony, gdy nie zna nawet budowy swojego ciała i funkcji narządów wewnętrznych, a nawet prosta terminologia medyczna stanowi dla niego zaporę nie

² Ostrowska 2017.

do przebycia. Trudności komunikacyjne pojawiają się także wtedy, gdy pacjentem jest osoba w bardzo zaawansowanym wieku, a problem narasta wraz ze starzeniem się społeczeństwa. Próbując sobie poradzić z tą sytuacją i ułatwić kontakt z osobą o nienajlepszej pamięci czy zdolności pojmowania, lekarze niejednokrotnie używają stwierdzeń naprowadzających, narzucając w ten sposób swoją interpretację problemu. Nadużywają też kategoriicznych pytań wymagających jedynie odpowiedzi tak lub nie, a dla dodania odwagi ignorują lęk lub zawstydzają tych, którzy tego lęku nie umieją opanować. Pacjenci ci na ogół nie potrafią zwerbalizować swoich problemów i niepokojów a ponadto są bezradni w poruszaniu się po skomplikowanych strukturach instytucji opieki zdrowotnej. Osiągnięcie właściwego poziomu komunikacji i zrozumienia jest wówczas trudniejsze, ale i szczególnie ważne. W takich przypadkach lekarz może odczytać wiele sygnałów płynących od pacjenta na poziomie niewerbalnym, interpretując jego zachowanie, mowę ciała, gesty, mimikę, ton wypowiedzi. Do tych ostatnich lekarze często nie przywiązują zbyt dużo uwagi, koncentrując się na rozmowie i badaniu fizykalnym³. Jednak ważnych informacji na temat stanu pacjenta dostarcza także postura i pozycja jego ciała, mimika i wyraz twarzy, sam sposób mówienia czy barwa głosu. Wszystkie te zachowania zawierają w sobie emocje, które często są trudne do wyrażenia w kontakcie słownym. Nawet pacjent milczący swoją postawą i wyrazem twarzy może sygnalizować zaniepokojenie, smutek, lęk czy przeciwnie spokój, zadowolenie, uczucie ulgi. Są to sygnały warte wykorzystania w kontakcie z nim do wyrażenia troski, zainteresowania jego stanem.

2. Podstawy i problemy dobrej komunikacji z pacjentem

Lekarz patrzy na problem chorego z perspektywy profesjonalnej i instytucjonalnej. Odwołuje się do wiedzy, wykorzystuje rozumowanie, w którym stara się obiektywizować fakty, co ma sprzyjać postawieniu trafnej diagnozy i zaplanowaniu właściwego leczenia. Musi również uwzględniać biurokratyczne i organizacyjne wymogi instytucji, a także pamiętać, by czas podzielić między wielu chorych. Jednak dobra komunikacja niekoniecznie musi wydłużać przebieg wizyty. Przeciwnie, minimalizuje nieporozumienia, niedomówienia, niezrozumienie przez pacjenta tego, co mówił lekarz, zwiększa efektywność leczenia poprzez lepsze zrozumienie potrzeby określonego leczenia, zwiększa odsetek chorych, którzy zapamiętują i przestrzegają zaleceń. Pacjent, którego leczenie było skuteczne, nie będzie musiał wielokrotnie wracać do lekarza, zmniejszy się zatem liczba wizyt⁴.

³ Doroszevska 2017

⁴ ibidem

Współczesny, partnerski model relacji lekarz – pacjent nakłada na lekarza obowiązek uwzględnienia perspektywy pacjenta. Lekarz musi dobrze poznać tę perspektywę, żeby zrozumieć, czym dla pacjenta jest jego choroba, jakie problemy i ograniczenia niesie. Warto podkreślić, że sytuacja pacjentów jest zróżnicowana nie tylko ze względu na problem medyczny i ich wiek, ale też z powodu ich różnej pozycji socjoekonomicznej. Należy to uwzględnić w trakcie porozumiewania się z chorym w zależności, na przykład od poziomu wykształcenia. Uwzględnienie indywidualnej sytuacji pacjenta i zrozumienie, co dla chorego oznacza jego choroba, daje podstawę do porozumienia gwarantującego większą efektywność leczenia i satysfakcję pacjenta. Celem komunikacji jest osiągnięcie partnerstwa, uczynienie problemu pacjenta, widzianego jego oczami, wspólnym problemem.

Dążąc do zrozumienia logiki pacjenta warto wskazać, że profesjonaliści zbyt często zakładają, że chorzy przyjmują naukową, zgodną z wiedzą medyczną koncepcję problemu zdrowotnego. Tymczasem pacjenci odwołują się często do wiedzy potocznej, niemedycznej. Swoją percepcję problemu opierają na doświadczeniu własnym bądź bliskich osób, czy wiedzy zaczerpniętej z niefachowych źródeł. Dlatego taką popularnością cieszą się informacje zaczerpnięte z Internetu (dr Google) i różni uzdrowiciele oraz specjaliści od medycyny niekonwencjonalnej. Tę „laicką racjonalność” powinien uwzględniać lekarz dążąc do zrozumienia pacjenta⁵. Chory rozmawia z lekarzem krótko. Po wizycie u lekarza, pacjent wraca do domu, do rodziny, znajomych. Pogląd na chorobę w dużym stopniu jest kształtowany właśnie przez to najbliższe otoczenie. Starsze osoby zwłaszcza często dyskutują z nimi sprawy swojego zdrowia, upewniają się też, czy dobrze zrozumieli zalecenia doktora. Krótka rozmowa z lekarzem nie powinna więc sprowadzać się tylko do przekazania informacji, ale upewnienie się, czy chory je zrozumiał i przekonanie go do przestrzegania zaleceń, nawet jeśli najbliżsi będą mieli inne rady na powrót do zdrowia. Dlatego rozmowa ma tak kluczowe znaczenie.

Badania dowodzą, że najważniejszymi dla pacjentów cechami lekarzy są ich zawodowe kompetencje, umiejętność włączenia chorego w proces podejmowania decyzji, a także poświęcanie pacjentowi czasu na rozmowę. Do ważnych dla pacjentów cech lekarzy można zaliczyć także: pewność swojej wiedzy i umiejętności, empatię, opiekuńczość, traktowanie pacjentów indywidualnie, umiejętność przekazywania informacji w odpowiedni sposób i zrozumiałym językiem, szacunek dla drugiej osoby, skrupulatność⁶.

⁵ Ostrowska 2015

⁶ Bendapudi i in. 2006.

Najważniejsze cechy, które powinien posiadać lekarz umiejący słuchać pacjenta opisała M. Makara-Studzińska (2012).

- ✓ Motywacja do słuchania – przekonanie, że pacjent przekazuje ważne informacje.
- ✓ Obiektywizm rozumiany jako szacunek dla sposobu myślenia pacjenta, nienarzucanie pacjentowi punktu widzenia lekarza.
- ✓ Cierpliwość – słuchanie do końca.
- ✓ Wnikliwe słuchanie – dążenie do zrozumienia intencji mówiącego.
- ✓ Umiejętność oddzielenia interpretacji wypowiedzi dokonanej przez lekarza od treści wypowiedzi pacjenta.
- ✓ Otwartość stwarzająca atmosferę swobodnego wyrażania opinii.
- ✓ Umiejętność empatycznego słuchania.
- ✓ Umiejętność okazywania akceptacji i zainteresowania.

Szczególne problemy relacji i właściwej komunikacji z pacjentem kreuje sytuacja przebywania w instytucji medycznej, a szczególnie hospitalizacji. Przestrzeń w instytucji medycznej jest dla pacjenta nowa, nieznana, obca. Nie dość, że pacjent doświadcza niepokoju i obaw związanych ze stanem zdrowia, odczuwa fizyczne dolegliwości, boi się, w jaki sposób choroba wpłynie na jego życie, znalezienie się w obcym środowisku i otoczeniu dodatkowo obniża poczucie bezpieczeństwa chorego. Może to tym bardziej utrudniać choremu odnalezienie się w instytucji medycznej, prowadzi do nieprzyjemnych sytuacji, gdy chory nie stosuje się do zasad obowiązujących w placówce. Często jeśli tak się dzieje, to z niewiedzy pacjenta, a nie chęci przeciwstawienia się regułom. Zapoznanie z infrastrukturą i obowiązującymi zasadami ułatwia odnalezienie się w szpitalnej codzienności⁷.

Bardzo ważnym elementem skutecznej komunikacji między ludźmi jest aktywne słuchanie, którego celem jest nie tylko odebranie informacji, ale też nadanie jej znaczenia i wysłanie informacji zwrotnej. Równie ważne w komunikacji z chorym jest bowiem zebranie informacji na temat objawów i samopoczucia pacjenta, jak i zrozumienie jego sytuacji, tak jak on ją postrzega. Rozpoznanie tego co pacjent sygnalizuje pozwala postawić trafną diagnozę i zaplanować terapię uwzględniającą indywidualną sytuację. Także sam sposób przekazania informacji o diagnozie może mieć kluczowe znaczenie dla przebiegu leczenia i samopoczucia. Pacjent powinien nie tylko usłyszeć, co mu dolega, ale też zrozumieć, co ta diagnoza oznacza, co źle funkcjonuje w jego organizmie, dlaczego zalecone leczenie powinno pomóc, a także jakie mogą być skutki uboczne. To wszystko powinno być powiedziane w sposób przystępny i zrozumiały dla chorego.

⁷ Doroszevska 2017

Ważne jest też, aby chory miał poczucie że uczestniczy w podejmowaniu decyzji dotyczącej terapii. Skuteczność zaleconego leczenia zależy bowiem w dużej mierze od tego, czy pacjent je zaakceptuje, czy zapamięta zalecenia oraz czy będzie w stanie je przestrzegać. Trudności w zapamiętaniu zaleceń zwykle biorą się z niezrozumienia tego, co mówił lekarz. Stąd tak ważne jest unikanie fachowego słownictwa i komunikowanie zrozumiałym dla pacjenta językiem. Ostatecznie bowiem, zwłaszcza w przypadku chorób przewlekłych leczonych ambulatoryjnie, które są domeną przede wszystkim ludzi starszych – to od chorego zależy, czy zastosuje się on do zaleceń, a w konsekwencji czy jego leczenie będzie skuteczne. Dlatego lekarz powinien uważnie słuchać pacjenta i uwzględniać jego percepcję problemu, nie dając mu odczuć, że jego autonomia jest ograniczona. Zadaniem lekarza jest pomoc, wsparcie, doradzenie, nie narzucanie, osądzanie, wyrokowanie. W takim podejściu lekarz jest partnerem chorego.

3. Komunikacja lekarz – pacjent z demencją

Specyfika komunikowania się z osobami starszymi nie doczekała się jeszcze zbyt wielu opracowań. Stereotypowo, często bariery efektywnej komunikacji są upatrywane w zmianach o charakterze demencyjnym. Jednak wiele barier psychicznych i społecznych ma źródło w biologicznych zmianach w obrębie starzejącego się organizmu, które nie mają charakteru chorobowego. Także w normalnym procesie starzenia się dokonują się zmiany w psychice i w systemie nerwowym. Pamięć zawodzi, występują trudności z uczeniem się rzeczy nowych i nie muszą to być zmiany patologiczne, lecz – jak twierdzą niektórzy badacze – są zaprogramowane genetycznie. Oczywiście, istnieją w tym względzie duże różnice indywidualne.

Istnieje wiele kryteriów, które pozwalają odróżnić osłabienie funkcji poznawczych, które można uznać za fizjologiczne i naturalne dla procesu starzenia się, od zmian o charakterze patologicznym. O kryteriach tych powinni wypowiadać się kompetentnie raczej lekarze psychiatrzy niż socjologowie, czy specjaliści od komunikacji. Niewątpliwie istotna jest specyfika i poziom zaburzeń. W literaturze przedmiotu jako kryterium różnicujące, odnoszące się bezpośrednio do komunikacji⁸, wymienia się inteligencję werbalną oraz funkcje językowe (nazywania, rozumienia, liczenia i szybkość mowy). Zespoły otępienne nie wpływają na obniżenie czy pogorszenie tych funkcji. Jednak negatywny wpływ na jakość komunikacji mają zmiany dotyczące słuchu i wzroku, których pogorszenie ogranicza możliwości relacji społecznych, a brak cierpliwości ewentualnych partnerów relacji zniechęca do jej

⁸ Steuden 2011.

podtrzymywania w utrudnionych warunkach. Głuchota ogranicza rozumienie przekazów werbalnych, odcinając możliwości porozumiewania się, osłabienie wzroku utrudnia odbiór i tworzenia komunikatów w formie pisemnej czy obrazkowej, a także odczytywanie towarzyszącym słowom przekazów niewerbalnych (gestów, mowy ciała)⁹. U osób starszych osłabieniu ulega też selektywność i koncentracja uwagi, wydłuża się czas reakcji na bodźce. Mogą pojawić się trudności z zadawaniem właściwych pytań czy udzielaniem odpowiedzi, gubieniem wątku rozmowy, z syntetyzowaniem informacji. Obniżenie tych sprawności może generować nieadaptacyjne formy zachowań – izolację od otoczenia, poczucie niezrozumienia, lęk przed odrzuceniem, poczucie zagubienia, a także agresję. Zachowania te interpretowane przez otoczenie jako intencjonalnie aspołeczne i charakterystyczne dla demencji, prowadzą do przerwania interakcji i ich unikania; to z kolei prowadzi do frustracji i coraz głębszego zamykania się starszego człowieka w sobie¹⁰. Wszystkie te zmiany społecznie utożsamiane właśnie z demencją – nie muszą jednak mieć charakteru patologicznego. O zmianach patologicznych można natomiast mówić wtedy, gdy skutkują one utratą zdolności do samodzielnego funkcjonowania i potrzebą niezbędnego wspomaganie¹¹.

Kłopoty komunikacyjne osób z demencją uzewnętrzniające się w kontaktach z lekarzami, mogą prowadzić do swoistej bierności i wycofania pacjenta. Pacjenci niejednokrotnie nie zadają lekarzom dodatkowych pytań, nie sygnalizują wątpliwości. Ich milczenie nie zawsze oznacza zgodę. Często wstydzą się dopytać, przyznać się, że nie wszystko zrozumieli, że przekaz lekarza nie był dostatecznie klarowny, lub obawiają się zabierać lekarzowi zbyt wiele czasu. Dbając o to, by chory rozumiał i przyjął komunikat lekarza, należy także zwracać uwagę na formułowanie wypowiedzi w sposób, który nie prowadziłyby do poczucia, że lekarz traktuje go z góry, niepoważnie czy infantylnie. Rozmawiając z pacjentami, warto również unikać zbyt familiarnego zwracania się do nich, spoufalania się z nimi. Zdarza się to często w kontakcie z osobami starszymi, do których personel placówki medycznej zwraca się *per* babciu, dziadku. Taki zwrot ma zwykle na celu skrócenie dystansu w relacji, może jednak spowodować, że chory poczuje się poniżony, traktowany z góry, niepoważnie.

Partnerem lekarza w procesie leczenia jest też rodzina pacjenta – szczególnie w sytuacjach bardzo poważnej choroby, czy w przypadkach gdy stan chorego, np. na skutek zaburzenia funkcji poznawczych, znacznie utrudnia komunikację. Zasady właściwej komunikacji są jednak takie same, nawet jeżeli głównym partnerem w relacji nie jest sam pacjent, a jego opiekun. Ważne jednak, aby pacjent był obecny

⁹ Sanecka 2015.

¹⁰ Nussbaum 2000.

¹¹ Steuden 2011.

przy rozmowach i na ile to możliwe, miał poczucie, że jest traktowany podmiotowo. Ważne jest, aby kontakt ten miał pozytywne zabarwienie emocjonalne i nie był źródłem lęku. Zgodnie z istniejącym stereotypem zakłada się na ogół, że do pacjenta z poważnym otępieniem i zaburzeniami pamięci nie docierają żadne sygnały od otoczenia; w rzeczywistości jednak nie możemy być tego do końca pewni.

W relacjach z opiekunami ważne jest, na każdym etapie choroby, aby byli oni informowani o diagnozie i prognozie choroby, strategii postępowania w różnych sytuacjach i organizacji właściwej opieki, a także o dostępnym wsparciu instytucjonalnym. W zakresie opieki nad chorymi z otępieniem opiekunowie oczekują od lekarza¹²:

- aktywnego leczenia – pomocy w zakresie poprawy funkcji poznawczych i zmniejszenia zaburzeń zachowania;
- udzielania opiekunom odpowiednich instrukcji i umiejętności opanowywania zaburzeń zachowania chorego;
- nauczenie opiekuna radzenia sobie z emocjami towarzyszącymi opiece i rozumienia charakteru choroby i jej postępów;
- emocjonalnego wsparcia w sytuacji pogarszania się stanu chorego i uciążliwości opieki nad nim;
- rozumienia chorego i reakcji na jego żądania;
- informacji na temat dostępnych źródeł pomocy w opiece nad chorym – grup wsparcia, wolontariuszy, profesjonalnej pomocy instytucjonalnej (oddziały szpitalne, opiekunowie społeczni, fizykoterapeuci, domy dziennego pobytu itp.).

Kolejny problem, wynikający ze stereotypowych przekonań dotyczących zdolności komunikacyjnych seniorów, który warto jeszcze zasygnalizować, to istnienie specyficznych „strategii”, które stosowane są w rozmowach z nimi. Jeśli rozmówca jest przekonany, że starsza osoba ma problemy ze słuchem, zapamiętywaniem słów i przetwarzaniem języka, uzna za właściwe mówienie w sposób protekcyjny, lub nawet „dziecinny” – głośno, powoli, z wyraźną intonacją, użyciem prostych słów i nieskomplikowanych zdań. O ile takie zachowanie może być uzasadnione w stosunku do osób faktycznie cierpiących na zaawansowaną demencję, w pozostałych przypadkach jest efektem negatywnego postrzegania zdolności komunikacyjnych osób starszych w ogóle. Przekaz podlega wówczas uproszczeniu, a do starszej osoby dociera coraz mniej bodźców¹³. Inną praktyką jest wypowiedzianie się np. opiekunów w imieniu osoby starszej. Sytuacje takie często mają miejsce w kontaktach z wszelkiego rodzaju instytucjami (przedstawiciele urzędów, lekarze, pracownicy socjalni), gdzie wydaje się, że przekaz innej osoby będzie bardziej związany

¹² Parnowski 2013.

¹³ Sanecka 2015.

i kompetentny. Kwestionuje to jednak podmiotowość i możliwość kontrolowania swojego życia przez osobę starszą. W rezultacie wpływa niekorzystnie na relacje społeczne i w dalszej perspektywie ogranicza kompetencje poznawcze seniorów. Prowadzi do efektu błędnego koła: osoba starsza traci pewność siebie, unika relacji komunikacyjnych, przyzwala na sytuacje, w których inni wypowiadają się w jej imieniu – i jej zdolności do interakcji ulegają jeszcze większemu ograniczeniu.

Literatura

Bendapudi N., Berry L., Fey K., Janet T., Rayburn W., *Patients' Perspectives on Ideal Physician Behaviors*, Mayo Clinic Proceedings 2006. [za: Sanecka, A., .op.cit]

Doroszevska, A. *Ogólne zasady komunikowania się kowania się lekarza i pacjenta. Etyka komunikacji.*

Makara-Studzińska M., *Komunikacja z pacjentem*, Lublin 2012

Nussbaum, JF, Coupland J. (red). *Handbook of communication and ageing research*. Mahwah, 1995

Ostrowska, A. *Profilaktyka zdrowotna: interpretacje, definicje sytuacji, racjonalności „Studia Socjologiczne” 3, 2011.*

Ostrowska, A. *Wprowadzenie*. W: A Ostrowska (red). *Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*. Warszawa 2017

Parnowski, T. *Choroba Alzheimera*. W: A. Ostrowska (red) *Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia*, Warszawa 2015.

Sanecka, A., *Psychiczne i społeczne bariery komunikacyjne seniorów*. W: M. Synowiec-Piłat. B. Kwiatkowska, K. Borysławski (red). *Inkluzja czy ekskluzja? Człowiek stary w społeczeństwie*, Wrocław 2015.

Sobkowiak B., *Komunikowanie społeczne*, w. *Współczesne systemy komunikowania*,. Dobek-Ostrowska, Wrocław 1998.

Steuden, S. *Psychologia starzenia się i starości*. Warszaw 2011.

Prof. dr hab. Antonina Ostrowska

Instytut Filozofii i Socjologii,
Polska Akademia Nauk, Warszawa



Socjolog, kierownik Zespołu Badania Warunków Życia i Społecznych Podstaw Zdrowia IFiS PAN. Główne zainteresowania naukowe to socjologiczne aspekty zdrowia, choroby i niepełnosprawności, a także funkcjonowanie opieki zdrowotnej. Jest autorem i współautorem szeregu badań i publikacji z zakresu tej problematyki, w tym 16 książek. Ważniejsze publikacje książkowe, to: *Kultura zdrowotna społeczeństwa polskiego* (1994), *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa* (1997, 2005), *Styl życia a zdrowie* (1999), *Zróżnicowanie społeczne a zdrowie* (2009), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy* (red. 2014). *Niepełnosprawni w społeczeństwie 1993 – 2013* (2015), *Jak rozmawiać z pacjentem I? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej* (red. 2017).

