



PRZEDMOWA

Ostatnie lata związane z pandemią COVID-19 postawiły przed środowiskiem medycznym nowe pytania i wyzwania, które uświadomiły nam wszystkim, że medycyna jest dziedziną z gruntu ludzką i – z tego powodu – z gruntu etyczną. Restrykcje sanitarne i masowość zdarzeń spowodowały przymus izolowania pacjentów, minimalizowania kontaktów z bliskimi oraz często uprzedmiotowienie relacji między zespołem medycznym a pacjentem. Oczywista stała się konieczność podjęcia poważnej refleksji nad sposobami funkcjonowania pracowników ochrony zdrowia, a także aksjologicznym kontekstem relacji personel medyczny – pacjent. Wydarzenia te pokazały, jak ważną rolę – w obliczu tak licznych i nowych czynników skłaniających do traktowania pacjentów jako jednostek rozliczeniowych, technicznych bądź naukowych problemów do rozwiązania – może odegrać humanizacja medycyny. Fundamentem zarówno jej idei, jak i praktyki jest troska o dobro pacjenta, rozumiana jako skuteczność diagnostyki i leczenia w kontekście uznania jego godności, praw i autonomii.

Wyrażna próba wzmocnienia związku między naukami medycznymi a humanizmem stała się fenomenem w ostatnich dziesięcioleciach XX wieku. Podjęte działania były motywowane chęcią „uczłowieczenia” medycyny w obliczu czynników „odczłowieczających”, które oderwały medycynę od jej historycznych korzeni. Czynniki te obejmują prywatyzację praktyki medycznej, rosnącą rolę biznesu i finansów w medycynie, fragmentację doświadczeń pacjentów, skrócenie czasu konsultacji, a także coraz powszechniejsze traktowanie technologii jako substytutu interakcji międzyludzkich (Thibault, 2019).

Kluczowe elementy humanistycznego podejścia w medycynie, takie jak poszanowanie godności, wyjątkowości, indywidualności i człowieczeństwa pacjenta, stanowią kwintesencję ludzkiej egzystencji – każdy pacjent jest wyjątkową osobą z własnymi wartościami, niepowtarzalnymi

oczekiwaniami i doświadczeniami życiowymi kształtującymi jego tożsamość i styl relacji z innymi. Indywidualność pacjenta może zostać zaburzona przez doświadczenie choroby. Ciężka choroba narusza poczucie godności ze względu na zmiany funkcjonalne, zmniejszenie kontroli nad własnym ciałem i codziennymi czynnościami. W odpowiedzi na te zjawiska pracownicy medyczni mogą wspierać godność pacjentów poprzez rozwijanie rozumienia tego, jak doświadczenie choroby i warunki opieki wpływają na życie pacjenta, empatyczne reagowanie, uznawanie cierpienia pacjenta, a jednocześnie podkreślanie jego zasobów. W badaniu Beach i in. (2005) wykazano, że traktowanie pacjenta z poszanowaniem jego godności wiąże się z odczuwaniem przez niego większej satysfakcji i przestrzeganiem zaleconego leczenia.

Pracownicy medyczni nieuchronnie konfrontują się z trzema podstawowymi kwestiami. Po pierwsze, codziennie mają styczność z bólem, chorobą i śmiercią w ludzkim doświadczeniu. Po drugie, muszą być przygotowani na kontakt z różnorodnymi przejawami ludzkich idei, z głęboko ludzkim dążeniem do szczęścia, przyjemności i dobrobytu, a nawet nieśmiertelności. Dlatego, jak powiedział González Quirós (2013), myśleć o medycynie to myśleć o człowieczeństwie i jego problemach, a tego nie da się zrobić, ograniczając myślenie medyczne do tego, co nauka może nam powiedzieć z całą pewnością.

Kluczowym elementem opieki medycznej nakierowanej na człowieka i człowieczeństwo jest podejście całościowe, przywoływane częściej przez pracowników ochrony zdrowia, którzy są z nim zaznajomieni bardziej niż pacjenci i ich opiekunowie. Koncepcja ta odnosi się do postrzegania pacjenta z uwzględnieniem funkcjonowania w wymiarze biopsychospołecznym oraz duchowym. Takie podejście uznaje, że umysł ma silny wpływ na ciało i że konieczne jest zapewnienie skutecznej formy opieki, czyli takiej, która zajmuje się zarówno ciałem, jak i umysłem. Już w 1996 roku grupa badawcza Światowej Organizacji Zdrowia uznała, że sposobem na holistyczne podejście do zdrowia i wspieranie spersonalizowanej medycyny jest zapewnienie pacjentom opieki zintegrowanej, w której wszystkie elementy systemu opieki zdrowotnej są komplementarne.

Humanizacja medycyny nie polega tylko na grzeczności lub „byciu miłym” (Silverman i in., 2021). Opierając się na szacunku, dbaniu o godność pacjenta i budowaniu partnerskiej relacji z nim, wymaga włączenia pacjenta w proces diagnostyki i leczenia oraz wspólnego ustalania celów i opracowywania realistycznych planów mających na celu poprawę zdrowia. Choć wywodzi się ze starożytności, humanizacja medycyny nie stoi w opozycji do postępu technologicznego w medycynie i medycyny opartej

na dowodach. Te trzy elementy muszą ze sobą współgrać, aby stworzyć medycynę uniwersalną, interdyscyplinarną i kompletną.

Warunkiem koniecznym humanizacji medycyny jest skuteczna komunikacja kliniczna. Od jej jakości zależy nie tylko zadowolenie pacjenta i to, czy będzie przestrzegał zaleceń pracowników opieki zdrowotnej, ale także to, w jakim stopniu możliwe będzie zbudowanie właściwej, autentycznej relacji z pacjentem. Warto pamiętać, że umiejętność komunikowania się pracowników opieki zdrowotnej i pacjentów to nie tylko zdolność odpowiedniego używania słów, czyli treść komunikowania się. Niezwykle ważną rolę odgrywają też umiejętności procesu komunikowania się, czyli m.in. komunikacja niewerbalna, wszystkie elementy związane z tym, jak pracownicy opieki zdrowotnej budują relację z pacjentem, czy sposób, w jaki porządkują komunikację i nadają jej strukturę. Ostatni wymiar umiejętności komunikowania się obejmuje percepcję, czyli to, co myślą i czują profesjonaliści. Odnosi się ona do decyzji, które podejmują, wnioski klinicznego (*clinical reasoning*) oraz rozwiązywania problemów (*problem solving*), ich postaw, osobistych zdolności w zakresie współodczuwania, uważności, uczciwości oraz elastyczności. Percepcja dotyczy również świadomości tego, co czują i myślą o pacjencie, chorobie i innych sprawach, które mogą ich dotyczyć; świadomości posiadanego obrazu siebie oraz pewności siebie, a także tendencyjnych zachowań czy odporności na czynniki rozpraszaające uwagę (Silverman i in., 2021).

Istotny wpływ na kształt humanizacji medycyny wywarł prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Kazimierz Imieliński, który rozpowszechnił ideę, otrzymując za to 56 doktoratów honoris causa oraz dwie nominacje do Pokojowej Nagrody Nobla. W latach 90. ubiegłego wieku powstało wiele publikacji i odbyły się kongresy tematyczne związane z humanizacją medycyny. Kontynuując dzieło prof. Imielińskiego, wraz z Ministerstwem Zdrowia i Agencją Badań Medycznych w 2022 roku zorganizowaliśmy na Uniwersytecie Warszawskim I Kongres Humanizacji Medycyny. Podstawą organizacji tego przedsięwzięcia był list intencyjny podpisany przez przedstawicieli wymienionych instytucji, w którym podkreślono potrzebę podjęcia interdyscyplinarnej współpracy mającej na celu propagowanie idei humanizmu w naukach medycznych.

Prezentowany raport związany jest z realizowanym od maja 2021 do czerwca 2023 roku projektem badawczym pt. „Humanizacja procesu leczenia i komunikacja kliniczna pomiędzy pacjentem a personelem medycznym przed i w czasie pandemii COVID-19”. Raport rozpoczyna obszerna część teoretyczna nakreślająca kontekst prezentacji wyników badań empirycznych. Zasadniczą część opracowania stanowią wyniki badań ilościowych

przeprowadzonych w 2022 roku wśród pracowników jednostek ochrony zdrowia i pacjentów. Do analiz zakwalifikowano ankiety wypełnione przez 2303 pracowników oraz 1572 pacjentów losowo wybranych 114 szpitali i poradni ze wszystkich województw. Niezależnie badaniem ankietowym objęto reprezentatywną dla populacji polskiej próbę 2050 dorosłych Polaków zarejestrowanych w panelu badawczym, z założeniem, że muszą to być osoby, które w ostatnich 24 miesiącach leczyły się z powodu stanów nagłych lub chorób przewlekłych. Przeprowadzone badania mają więc unikatowy charakter ze względu na ogólnokrajowy zasięg, uchwycenie kontekstu pandemii COVID-19 oraz możliwość porównania różnych grup zawodowych pracowników ochrony zdrowia (498 lekarzy lub lekarek, 1216 pielęgniarek lub pielęgniarzy, 166 ratowników lub ratowniczek medycznych oraz 423 przedstawicieli lub przedstawicielek innych zawodów medycznych i niemedyceńskich). Pozwalają też na porównanie różnych grup wyróżnionych ze względu na płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia oraz sytuację zawodową i rodzinną. Społeczne zróżnicowanie wielu wskaźników zostało w raporcie zasygnalizowane w odniesieniu do pacjentów.

Wstępne wyniki badań zostały zaprezentowane na I Kongresie Humanizacji Medycyny w czerwcu 2022 roku, czyli już miesiąc po zakończeniu badań. Oddawane do rąk Czytelników opracowanie zawiera dokładniejsze omówienie wyników badania ilościowego. Badanie główne poprzedzały wywiady z pracownikami medycznymi i pacjentami oraz praca nad kwestionariuszem, w tym wybór skal pomiarowych oraz adaptacja nowych narzędzi (BAT-12, PTSD-8). Wiele pytań opracowanych przez zespół na potrzeby tego projektu można uznać za prototyp nowych narzędzi badawczych. Struktura poszczególnych rozdziałów w części opracowania dotyczącej wyników badań została ujednolicona i obejmuje: tło teoretyczne, opis narzędzi, wyników oraz ich podsumowania, wskazanie na implikacje praktyczne oraz rekomendowane kierunki dalszych analiz.

W rozdziale pierwszym skoncentrowano się na definicji pojęcia humanizacji medycyny z perspektywy pracowników opieki zdrowotnej i pacjentów. Ponadto zidentyfikowano bariery dobrego komunikowania się i tworzenia dobrej relacji pacjent – pracownik opieki zdrowotnej.

Rozdział drugi zawiera charakterystykę pracy personelu jednostek ochrony zdrowia w okresie pandemii COVID-19 oraz poziomu obciążenia psychicznego związanego z pracą w tym okresie. Szczególną uwagę zwrócono na zjawisko wypalenia zawodowego oraz objawy stresu pourazowego.

Celem analiz podjętych w rozdziale trzecim tej części opracowania była ocena utrudnień w podejmowaniu leczenia przez pacjentów w okresie pandemii COVID-19 oraz wskazanie negatywnych i pozytywnych skut-

ków tego okresu. Zwrócono uwagę na typowe dla okresów kryzysowych zjawisko przewartościowania, które wyrażało się zmianą podejścia do znaczących wartości w życiu.

W rozdziale czwartym skoncentrowano się na ocenie wybranych aspektów zdrowia fizycznego i psychospołecznego obu głównych grup respondentów. Wiele uwagi poświęcono nasileniu stresu oraz zaburzeniom snu. Zasygnalizowano też znaczenie wsparcia społecznego jako czynnika redukującego poziom stresu.

W rozdziale piątym omówiono wybrane konsekwencje życia w pandemii powiązane z czynnikami behawioralnymi. Przedstawiono zmiany częstości używania w tym okresie przez pracowników ochrony zdrowia alkoholu, tytoniu, wybranych grup leków lub środków psychoaktywnych. W odniesieniu do pacjentów z próby panelowej, populacyjnej opisano zmiany masy ciała w ostatnich 3 i 12 miesiącach.

Rozdział szósty dotyczy rzadko podejmowanego w badaniach empirycznych problemu znajomości przez pacjentów ich praw gwarantowanych stosownym ustawodawstwem. Respondenci oceniali też, jak z ich perspektywy wygląda przestrzeganie w jednostkach ochrony zdrowia 11 kluczowych praw pacjenta.

Opis wyników przeprowadzonych badań zamyka rozdział siódmy, dotyczący percepcji społecznej badań klinicznych. Pacjenci z próby populacyjnej opisywali czynniki, które mogą w przyszłości sprzyjać ich decyzji o uczestniczeniu w badaniach klinicznych (lub rezygnacji z udziału w nich). Wyróżniono czynniki związane z protokołem i organizacją badań, komunikowaniem się oraz relacją z lekarzem (co silnie wiąże ten obszar tematyczny z koncepcją całego raportu), a także blok pytań na temat spodziewanych korzyści i zagrożeń.

Opisane w raporcie wyniki mogą wspomagać kształcenie w ramach modułu przedmiotów dotyczących humanizacji w medycynie na uczelniach medycznych, co powinno skutkować usprawnieniem systemu opieki nad pacjentem w momencie, gdy kolejne roczniki absolwentów wejdą na rynek pracy. Wskazana jest edukacja dwutorowa, obejmująca obecnych i przyszłych pacjentów. Godne poparcia są wszelkie inicjatywy rozwijania i kształtowania kompetencji zdrowotnych (*health literacy*), od włączenia tych zagadnień do edukacji zdrowotnej realizowanej w szkołach po nauczanie i wzmacnianie współodpowiedzialności pacjenta w procesie leczenia.

PODZIĘKOWANIA

Badania, które prezentujemy, zostały zrealizowane w latach 2020–2022. Grant na realizację projektu pochodził z Agencji Badań Medycznych.

Podziękowania kieruję do Ministra Zdrowia dr. Adama Niedzielskiego za wieloletnie wsparcie w upowszechnianiu idei humanizacji medycyny. Dziękuję pracownikom firm badawczych: Interactive Research Center oraz Research Collective, które realizowały badania w poszczególnych etapach projektu. Dziękuję także wszystkim ekspertom i ekspertkom za wsparcie przy realizacji tego projektu. Dziękuję Panu dr. hab. Rafałowi Godonowi, prof. ucz., dziekanowi Wydziału Pedagogicznego, pracownikom Sekcji Finansowej, Działowi Prawnemu, Biuru Obsługi Badań oraz Działowi Zamówień Publicznych Uniwersytetu Warszawskiego za pomoc przy wszelkich formalnościach związanych z projektem. Pragnę podziękować Pani prof. dr hab. Antoninie Ostrowskiej za bardzo wnikliwą i konstruktywną recenzję tego raportu. Wyrazy wdzięczności za współpracę przy wydaniu książki kieruję do Pań redaktorek: Małgorzaty Yamazaki, Grażyny Polkowskiej-Nowak i Magdaleny Orczykowskiej.