

dr hab. Ewa Czaplewska  
prof. nadzw.  
Uniwersytet Gdański

**Recenzja rozprawy doktorskiej mgr Kamili Talaśki**  
**pt. "Psycholingwistyczne aspekty komunikacji lekarz — pacjent",**  
napisanej pod kierunkiem naukowym prof. dra hab. Edwarda Łuczyńskiego  
na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu Gdańskiego

Przedstawiona do recenzji rozprawa doktorska liczy 438 stron, z czego 366 stron to tekst główny, reszta natomiast obejmuje streszczenia w języku polskim i angielskim, spis treści, bibliografię, spis rysunków, spis tabel, spis wykresów oraz załączniki.

Rozprawa poświęcona jest zagadnieniu bezpośredniej komunikacji między lekarzem a pacjentem w trakcie konsultacji medycznej. Celem pracy było "przede wszystkim zbadanie, jak omawiany typ komunikacji postrzegany jest przez pacjentów, a jak widzą go lekarze oraz próba zidentyfikowania, jakie czynniki i w jakim stopniu wywierają na niego wpływ" (s.3). Doktorantkę interesuje "poznanie najważniejszych cech komunikacji lekarz – pacjent oraz określenie, jakie czynniki ją warunkują" (s.154), a także to "jak jest ona widziana z perspektywy lekarza i pacjenta" (s.154).

Podjęta w pracy tematyka jest ważna zarówno z teoretycznego, jak i z praktycznego punktu widzenia. Poszukiwanie czynników efektywnej komunikacji w sytuacji ewidentnej nierówności interpersonalnej jaką wciąż jeszcze w Polsce stanowi sytuacja komunikacji lekarza z pacjentem jest interesującym tematem badawczym. Z drugiej strony - znalezienie takich czynników może przyczynić się do realnego polepszenia procesu leczenia, w którym aspekt komunikacji jest niezwykle istotny.

Pomimo tego, że jak zaznacza Autorka: "Literatura przedmiotu poświęcona problemom komunikacji *lekarz – pacjent* jest stosunkowo bogata" (s.12) (np. Ostrowska, 2001; Dąbrowska, 2008, Boniecka, 2013, Janczukowicz, 2014; Ołtarzewska, 2014; Sobierajski, 2015), to jednak warto było podjąć nowe badania na ten temat, ponieważ wciąż jeszcze wpływ komunikacji nie tylko na proces diagnozy, ale i leczenia, jest przez samych lekarzy marginalizowany, niedoceniany (Synowiec-Piłat, Olchowska-Kotala, 2012), a w Polsce ciągle dominuje tradycyjny model opieki lekarskiej, w którym to lekarz jednoosobowo podejmuje decyzje (Dąbrowska, 2008). Jednocześnie, wzrastająca w ciągu ostatnich lat liczba skarg składanych na lekarzy, dotyczących nie tylko błędów w zakresie diagnozy czy sposobów leczenia, ale także podnoszących kwestie komunikacji z pacjentem

(NIL, 2013), wskazuje, że aspekty związane z relacją *lekarz-pacjent* są niezwykle istotne, szczególnie dla tych drugich.

Przedstawioną do oceny pracę charakteryzuje przejrzysty i poprawny układ. Treści o charakterze teoretycznym i metodologicznym są zrównoważone. Rozprawa składa się z dwóch wyraźnie wyodrębnionych części. W pierwszej Autorka przywołuje informacje dotyczące specyfiki komunikacji *lekarz-pacjent*, omawia czynniki warunkujące jakość tej relacji w oparciu o istniejącą literaturę przedmiotu. Część druga to omówienia założeń metodologicznych pracy, przedstawienie wyników badań własnych oraz podsumowanie i wnioski do dalszych badań.

W rozdziale pierwszym, obejmującym w zasadzie całą część teoretyczną rozprawy, Doktorantka zamieszcza informacje dotyczące teoretycznych podstaw komunikowania się oraz specyfiki kontaktu *lekarz – pacjent*. Omawia w nim także m. in. modele relacji występujących między lekarzem i pacjentem, różne typy pacjentów, prawne i etyczne aspekty komunikowania się lekarzy z pacjentami oraz czynniki lingwistyczne i pozalingwistyczne warunkujące skuteczne porozumiewanie się w trakcie konsultacji lekarskiej.

Uważna analiza treści pierwszego rozdziału prowadzi do wniosku, że mgr Kamila Talaśka bardzo dobrze zna literaturę przedmiotu, zarówno polską jak i zagraniczną. Już sama liczba publikacji zawartych w *Bibliografii* na ponad trzydziestu stronach i, co istotne, wykorzystanych w odpowiedni sposób w pracy, świadczy o poważnym potraktowaniu tematu przez Doktorantkę.

Autorka szczegółowo charakteryzuje wybrane typy pacjentów tj. pacjent pediatryczny, pacjent w podeszłym wieku, pacjent "trudny", pacjent z zaburzeniami psychicznymi, pacjent doktora Google'a i inne (s.38- 60). Doktorantka wyczerpująco opisuje różne aspekty komunikacji niewerbalnej i parawerbalnej tj. proksemika, kontakt wzrokowy, postawa, mimika, gesty, czy dotyk (s.100-114). Omawia wybrane czynniki warunkujące jakość komunikacji *lekarz-pacjent*. Wydaje się, że mgr Kamila Talaśka nie pominęła żadnej dostępnej na polskim rynku pozycji, która odnosiłaby się do relacji *lekarz-pacjent*. Jest to niewątpliwie ogromna zaleta, która świadczy o erudycji i pracowitości Doktorantki.

Rozdział drugi recenzowanej pracy pt. *Metodologia badań własnych*, zawiera informacje na temat celu i założeń badań, narzędzi badawczych, respondentów badań ankietowych oraz opis materiału źródłowego pozyskanego z portalu "ZnanyLekarz.pl". Rozdział ten jest napisany odpowiednio do formy pracy, informacje na temat metodologii są wyczerpujące. Zastanawia mnie jedynie, dlaczego Autorka napisała iż: "Specyfika podjętej tematyki wpłynęła na wybór podejścia jakościowego w prowadzonym badaniu" (s.154),

i dalej: "Doboru próby nie można traktować jako w pełni reprezentatywnego, jednak nie jest to założeniem badań jakościowych (Pilch, Bauman, 2001, s. 281)" (s.155), jeśli w dalszej części pracy pisze: "starano się wszędzie tam, gdzie było to możliwe, wprowadzić elementy analizy ilościowej" (s. 157) i rzeczywiście, co akurat oceniam pozytywnie, analizuje wyniki swych badań zarówno pod kątem jakościowym jak i ilościowym.

Na użytek badań własnych Doktorantka skonstruowała dwa kwestionariusze ankiet, przy czym oba zawierały zarówno pytania zamknięte, jak i otwarte. Jak słusznie podkreśla Autorka: "Pytania otwarte są trudniejsze dla respondenta, gdyż „wymagają z jego strony znacznie większego wysiłku intelektualnego na sformułowanie odpowiedzi niż pytania zamknięte (Sztumski, 2005, s. 179). Pozwalają one jednak na pogłębienie zebranych informacji. Sprawiają także, że ankieta zbliżona jest do pisemnego wywiadu" (s.156)..

Należy podkreślić, że decyzja o zastosowaniu pytań otwartych świadczy zarówno o pracowitości Doktorantki, jak i o jej dążeniu do prawdy naukowej, bowiem analiza pytań otwartych wymaga także od badacza znacznie więcej czasu i wysiłku intelektualnego niż opracowanie odpowiedzi pozyskanych jedynie z kafeterii w formie skali.

Doktorantka dobrze dobrała respondentów-lekarzy do swych badań. Wśród 50 osób badanych znaleźli się w zasadzie przedstawiciele większości specjalności, przy największej reprezentacji lekarzy rodzinnych. Rozpiętość wieku badanych lekarzy wynosi od 27 do 68 lat. Staż pracy: od 31 do powyżej 40 lat. Jak rozumiem, był to dobór losowy. Z kolei, wśród 190 badanych pacjentów znalazło się 120 kobiet i 70 mężczyzn. Dysproporcja ta, jak pisze Autorka (s.160), była spowodowana niskim odsetkiem zwracalności ankiet rozdanych mężczyznom, niezależnie od wieku. Wiek respondentów zawiera się w granicach od 19 do 74 lat. Najlicniejszą grupę pacjentów stanowiły osoby z wykształceniem wyższym (48,42%) oraz średnim (34,21%). Osoby z wykształceniem zawodowym stanowiły 15,26% ankietowanych pacjentów, a z gimnazjalnym zaledwie 1,58%. Najmniej liczna grupa respondentów (0,53%) to osoby, które ukończyły jedynie szkołę podstawową. "Jest to rozkład zbliżony do danych przedstawionych przez GUS (2016, s. 164)" (s.161). Jak rozumiem, był to zatem dobór kwotowy.

W dalszej części pracy znajdujemy opis materiału źródłowego pozyskanego z portalu „ZnanyLekarz.pl”. O dojrzałości Doktorantki świadczy fakt, że jest świadoma artefaktów, które mogą wystąpić w sytuacji specyficznego zbierania materiału do badań. Pisze bowiem mgr Talaśka: "Z pewnością istnieją pewne ograniczenia zebranego w ten sposób materiału. Można podać w wątpliwość wiarygodność/autentyczność przedstawianych na portalu opinii. Dotyczy to w równym stopniu opinii pozytywnych, które mogą być sfabrykowane przez

samych lekarzy bądź na ich polecenie, jak i negatywnych, za których autorstwem może stać zawistna konkurencja" (s.165).

W rozdziale 3 *Komunikacja lekarz – pacjent w świetle badań ankietowych*, Autorka przedstawia wyniki swoich badań oraz dokonuje ich interpretacji.

Prezentując wyniki sondażu przeprowadzonego za pomocą kwestionariusza ankiety, mgr Kamila Talaśka omawia wiele aspektów werbalnych i pozawerbalnych komunikacji *lekarz-pacjent*, tj. sposoby językowego wyrażania szacunku lub jego braku, poruszanie tematów niemedycezych w rozmowach lekarza z pacjentami, przekazywanie niepomyślnych informacji, sposoby rozpoczynania rozmowy przez lekarza itd.

W rozdziale tym Doktorantka dokonuje niezwykle szczegółowej analizy odpowiedzi każdego z pytań. Treść ilustruje licznymi wykresami i tabelami. Podaje wiele przykładów wypowiedzi pacjentów i lekarzy.

W analizie opisu idealnej konsultacji lekarskiej wyłaniającego się z wypowiedzi badanych pacjentów w podrozdziale 3.1.5 *Modelowa/ idealna konsultacja lekarska* (s. 214), Doktorantka opiera się na ramach oczekiwań pacjentów związanych z wizytą u lekarzy rodzinnych opracowanych przez L. Marcinowicz i in. (2010, s. 32), co pokazuje, że mgr Kamila Talaśka potrafi nie tylko przedstawić wyniki swoich badań w sposób spójny i uporządkowany, ale także osadzić je w istniejących w literaturze rozważaniach teoretycznych. Dlatego też, chciałabym zachęcić Autorkę do odważniejszych komentarzy i interpretacji prezentowanych wyników. Np. jestem ciekawa, jak, w kontekście prowadzonych przez siebie badań mgr Talaśka skomentowałaby fakt, że w rozważaniach na temat cech dobrego lekarza, umiejętność nawiązywania kontaktu z pacjentem znalazła się dopiero na trzeciej pozycji (po kompetencjach zawodowych i doświadczeniu klinicznym) (s. 218). Interesuje mnie także, czy Doktorantka znajduje jakieś wytłumaczenie dla faktu o którym pisze na s. 186: "Uzyskane przeze mnie wyniki są zdecydowanie wyższe od tych zaprezentowanych w raporcie CBOS-u (Sitek, Turkiewicz, 2016, s.13), według których 69,5% respondentów zadeklarowała, że lekarze udzielają pacjentom zrozumiałych wyjaśnień".

Rozdział 3.2 *Komunikacja lekarz – pacjent z punktu widzenia lekarzy*, to omówienie kolejnych wyników badań ankietowych na temat dobrej komunikacji, tym razem z punktu widzenia lekarza. Także i ta część pracy obfituje we wnikliwe analizy Autorki, zilustrowane licznymi wykresami i tabelami.

Pod koniec rozdziału trzeciego mgr Kamila Talaśka dokonuje podsumowania swoich badań kwestionariuszowych. Na podkreślenie zasługuje fakt, że mimo, iż obie ankiety - skierowana do pacjentów i uzupełniana przez lekarzy, różniły się w swojej strukturze

i możliwościach odpowiedzi, to jednak Doktorantka z powodzeniem dokonała analizy porównawczej wyników obu badanych grup. Wskazała na pola, w których przekonania obu badanych grup są zbieżne i takie, w których widoczne są pewne różnice.

Jak wykazała Autorka "nie ma drastycznych różnic w opiniach lekarzy i pacjentów związanych z procesem komunikacji między nimi" (s. 262). U obu grup na czołowych miejscach znalazło się okazywanie zainteresowania pacjentem, utrzymywanie kontaktu wzrokowego, wstanie zza biurka, stosowanie odpowiednich form grzecznościowych.

Pewne rozbieżności w postrzeganiu i stosowaniu komunikacji pozawerbalnej przez obie badane grupy są jednak widoczne, szczególnie w aspekcie niewerbalnym. Lekarze np. deklarowali częste korzystanie z dotyku jako środka komunikacji, który za to stosunkowo rzadko występował w wypowiedziach pacjentów jako istotny środek pozawerbalnego porozumiewania się z lekarzem, co jest, moim zdaniem, ciekawym wynikiem.

Rozdział 4, to analiza 1800 opinii wyekscerpowanych z portalu "ZnanyLekarz.pl". Ze zrozumiałych powodów były to jedynie wypowiedzi pacjentów. Lekarze zapewne stosunkowo rzadko wypowiadają się na temat swoich pacjentów za pośrednictwem Internetu.

Analiza komentarzy pozwoliła mgr Kamili Talaśce na "wyodrębnienie pewnych obszarów, na temat których pacjenci najczęściej wyrażali swoje opinie" (s.263). Wyróżnione zostały następujące obszary: 1) opinie odnoszące się do merytorycznych kwestii związanych z wizytą; 2) opinie odnoszące się do kwestii w bezpośredni sposób związanych z komunikacją; 3) opinie związane z cechami lekarza; 4) inne powtarzające się opinie. Jak rozumiem, obszary te Doktorantka wyłoniła po to, aby móc porównać wypowiedzi internautów z danymi pozyskanymi podczas badań kwestionariuszowych.

Z uznaniem odnoszę się do pracowitości i wnikliwości Doktorantki, która niezwykle szczegółowo analizuje komentarze internautów. Zastanawiam się jednakże czy, biorąc pod uwagę temat pracy i główny problem badawczy, przytaczanie tak wielu przykładów, wypowiedzi nie związanych bezpośrednio z komunikacją, a dotyczącymi np. lokalizacji gabinetu, kosztów wizyty, wydawanych skierowań (tab.17, s. 286), kwestii związanych z przepisywaniem antybiotyków (s. 340), czy odnoszących się do sposobu badania ginekologicznego (s.318) jest rzeczywiście wskazane. Rozumiem, że wszystkie te aspekty mogą stanowić kontekst komunikacyjny, ale ponieważ nie zostało to wyrażone przez Autorkę *explicite*, chciałabym poznać uzasadnienie jej decyzji.

Analiza komentarzy internetowych oraz ankiet pacjentów doprowadziła Autorkę do sformułowania wniosków zamieszczonych w *Zakończeniu*, z których za najważniejsze uważam te, które bezpośrednio odnoszą się do kwestii podobieństw i różnic w opiniach



pacjentów i lekarzy. Badania mgr Kamili Talaśki ujawniły, że w najistotniejszych kwestiach, takich jak np. sposób przekazywania złych wiadomości, zapatrywania obu badanych grup respondentów są w zasadzie spójne. Różnice między pacjentami a lekarzami uwidaczniają się w aspektach mniej istotnych np. w kwestii pozamedycznych tematów rozmów podczas konsultacji lekarskiej.

Doktorantka sformułowała odpowiednie wnioski i właściwie zinterpretowała wyniki swoich badań. W interpretowaniu wypowiedzi grupy tak jednorodnej jaką były pacjentki lekarzy ginekologów, zalecałbym jednak uwzględnienie płci, jako istotnej zmiennej, która mogła wpłynąć na ostateczny kształt wyników (zob. s. 377).

Doceniając wartość merytoryczną pracy oraz pracowitość mgr Kamili Talaśki wyrażającą się w szczegółowej i wnikliwej analizie zebranego materiału badawczego proponowałbym, aby przed oddaniem tekstu do druku, na co praca niewątpliwie zasługuje, Autorka raz jeszcze rozważyła pewne kwestie, które moim zdaniem, mogłyby ostatecznie wpłynąć na poprawę odbioru treści najistotniejszych. I chociaż Doktorantka w swej naukowej skromności, co niewątpliwie należy docenić, stwierdza: "Szczupłość zebranego materiału badawczego nie pozwala mi na zaprezentowanie uogólnionych wniosków dotyczących komunikacji lekarz – pacjent" (s. 377)", to jednak, moim zdaniem, zebrany materiał był tak obfity, a analizy przeprowadzone przez Autorkę - tak wnikliwe, że proponowałbym wręcz skrócenie pewnych kwestii (np. w tab. 9, s. 247) lub nawet rezygnację z niektórych szczegółowych opisów czy rysunków (np. s. 52, s.144-145).

Jak w każdej pracy, zdarzają się i tu drobne błędy redakcyjne czy nieliczne literówki, które należy poprawić przygotowując pracę do druku (np. na s. 362 powinno być: *liczba*; na s. 203 należy usunąć: *sposób*; zob. też: s.203, 261, 262, 376, 378).

Zaznaczam jednak, że przedstawione w recenzji uwagi merytoryczne mają jedynie charakter polemiczny i nie wpływają na moją wysoką ocenę dysertacji. Ogromna praca, jaką wykonała Doktorantka, z całą pewnością zasługuje na uznanie. Wnikliwa i szczegółowa analiza obszernego materiału badawczego dokonana przez Autorkę pozwala mi stwierdzić, że recenzowana przeze mnie rozprawa w pełni spełnia ustawowe warunki stawiane tego typu pracom, dlatego też wnioskuję o dopuszczenie mgr Kamili Talaśki do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Gdańsk, 6 listopada 2017r.



/Ewa Czaplewska/