

Zachowania dehumanizujące pacjentów z perspektywy pracowników medycznych w oparciu o skalę behawioralnych wskaźników

Alicja Głębocka*

Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Frycza Modrzewskiego

Ewa Wilczek-Ruzyczka

Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Frycza Modrzewskiego

BEHAVIORS DEHUMANIZING PATIENTS FROM THE PERSPECTIVE OF MEDICAL STAFF BASED ON A SCALE OF BEHAVIORAL INDICATORS

Depersonalization is one of the components of a burnout syndrome. A low level of life achievements satisfaction, emotional exhaustion and dehumanization are relatively often observed among medical staff. Burnout has negative influence on the quality of medical service and well-being of patients. The aim of the presented study was to analyze evaluation of behavioral indicators of dehumanization made by nurses. It was assumed that dehumanization could not only result from inherent-personal, social and institutional features, but that it can be caused by lack of knowledge about depersonalization. The Scale of Behavioral Indicators of Patient's Dehumanization by Głębocka and Ruzyczka was used, and 100 participants took part in the survey. The comparison between nurses versus control group indicated no significant differences for the patient dehumanization indicator and significant differences for the latent one. Nurses were more critical in their evaluation, but they considered the latent dehumanization behaviors to occur very seldom. Generally participants could identify the behaviors adequately but they perceived the negative ones as more likely than the positive. Occupation was the significant predictor of the evaluation of dehumanizing behavior but the knowledge of burnout had a crucial importance.

Key words: dehumanization, burnout syndrome, nurses, medical care system

WPROWADZENIE

DEHUMANIZACJA PACJENTÓW

Wypalenie zawodowe jest obecnie przedmiotem zainteresowań specjalistów różnych dziedzin nauki, głównie za sprawą konsekwencji, jakie ze sobą niesie zarówno w odniesieniu do pracowników służby zdrowia jak i pacjentów. Zjawisko to dotyczy m.in. pielęgniarek zmagających się z chronicznym zmęczeniem, niezadowolaniem z pracy i ciągłym stresem (Trifiletti, Di Bernardo, Falvo i Capozza, 2014). Jednym z czołowych badaczy tej problematyki jest Christina Maslach, którą do tworzenia teorii wyjaśniającej mechanizm wypalenia zawodowego zainspirowała analiza doświadczeń emocjonalnych w zawodach medycznych, takich jak: „zdystansowana troska” – idealne połączenie współczucia z dystansem emocjonalnym, oraz „obronna dehumanizacja” – polegająca na samoobronie przed obezwładniającymi emocjami

poprzez traktowanie innych jak przedmioty. Przejawem takich postaw jest chociażby określanie pacjenta przez lekarza nie jako osobę, lecz jako jednostkę chorobową, np.: rak jelita grubego (Maslach i Leiter, 2011). Zjawiska „zdystansowanej troski” i „obronnej dehumanizacji” przyczyniły się do postawienia pytań, czy i jak pracownicy medyczni stosują je w codziennej praktyce. Okazało się, że doświadczenia emocjonalne mają wpływ na sprawowanie opieki zdrowotnej, a „zdystansowana troska” jest niezwykle trudna w praktyce – u niektórych lekarzy, pielęgniarek zamiast dystansu emocjonalnego i troski pojawia się niechęć, a nawet pogarda – dehumanizacja pacjenta.

Przedmiotowe traktowanie pacjentów (depersonalizacja) to jeden z trzech elementów składających się na wypalenie zawodowe – określane też jako dystansowanie się, wycofywanie się z kontaktów albo uciekanie się w zdystansowaną (zobiektywizowaną) troskę. Efektem takich zachowań jest bezosobowa interakcja polegająca na odczłowieczaniu innych osób, z którymi wchodzi się w kontakty zawodowe, towarzyskie czy rodzinne (Zimbardo, 2007). Dominujący w obrazie klinicznym wypalonych zawodowo pracowników cynizm wywołuje chłodną postawę zdystansowania wobec pracy oraz współpracowników jak

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Alicja Głębocka, Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Frycza Modrzewskiego, ul. Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków. aglebocka@afm.edu.pl

i spadek zaangażowania w pracę. Jest swego rodzaju próbą samoobrony przed wyczerpaniem i rozczarowaniem. Początkowy entuzjazm, zapal do pracy i perspektywa sukcesu ustępują miejsca negatywnym postawom, co uwzględnia procesualny model wypalenia, a depersonalizacja pojawia się w wyniku wyczerpania emocjonalnego, które z kolei spowodowane jest dużymi wymaganiami środowiska, charakteryzującego się silnie angażującymi emocjonalnie relacjami z odbiorcami opieki (Maslach i Leiter, 2011). Podatność na wypalenie zawodowe ma także związek z emocjami, jakie rodzą się wobec pacjentów. Jeśli należą one do kategorii typowo ludzkich (żał, wstyd, smutek, nadzieja, podziw), stają się predyktorem wypalenia zawodowego wśród pracowników medycznych, zwłaszcza tych, którzy mają stały, bezpośredni kontakt z cierpiącym, terminalnie chorym pacjentem. Odczuwanie emocji podstawowych rozumianych jako typowo zwierzęce (lęk, złość, niepokój, irytacja, wrogość) korzystnie redukuje syndromy wypalenia zawodowego, podnosząc poczucie własnej skuteczności oraz zaangażowanie w pracę wśród pracowników służby zdrowia (Vaes i Muratore, 2013).

Większość badaczy wypalenia przypisuje określoną funkcję depersonalizacji, która różni się od przyczynowej roli obu pozostałych wymiarów. Traktowana jest często, jako strategia radzenia sobie w celu zmniejszenia uczucia wypalenia (Wilczek-Rużyczka, 2014). Pogląd ten opiera się zasadniczo na teorii zachowania zasobów Hobfolla (1998) (*COR – Theory of conservation of resources*), która zakłada, że depersonalizacja jest nie tylko behawioralnym przejawem wypalenia, lecz obejmuje również strategię utraty kontroli stosowanej w celu zapobieżenia dalszego spadku ograniczonych już zasobów. Teoria ta przewiduje, że w krótkim czasie takie zachowanie może poprawić zdolność radzenia sobie pracownika do utrzymywania odpowiedniego sposobu wydajności w sytuacjach stresowych. Jednak w dłuższej perspektywie depersonalizacja może zmniejszyć dostęp do wsparcia społecznego, następnie powodować izolację, dodatkowo zmniejszając zasoby osobiste (Diestel i Schmidt, 2010). Hobfoll odniósł się do takich sytuacji, wprowadzając pojęcie „spirali strat” (*loss spiral*) rozumiane jako powtarzalny spadek zasobów spowodowany dysfunkcjonalnymi sposobami radzenia sobie ze stresem (Diestel i Schmidt, 2010).

W zawodzie pielęgniarskim wypalenie jest powiązane ze wzrostem liczby zadań przypadających na pielęgniarkę oraz ze spadkiem możliwości podejmowania decyzji w toku pracy. Oba powyższe czynniki, oraz spadek informacji zwrotnych od podopiecznych, powodują wzrost tendencji do dehumanizacji i zubożenie wobec problemów pacjentów, mniejsze zaangażowanie i skuteczność, a także większą skłonność do konfliktów i zwiększonego ryzyka popełnienia błędu, jak również wypadków w pracy. Jedną z możliwości zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia wypalenia zawodowego u pielęgniarek jest zapewnienie im odpowiedniego wsparcia społecznego, możliwości wymiany doświadczeń i refleksji oraz

tworzenie optymalnych warunków pracy (Lee i Akhtar, 2011, s. 227-245).

Doskonałą analizę przyczyn dehumanizacji wśród pracowników służby zdrowia przeprowadzili Haque i Waytz (2012), wskazując na: 1) brak podejścia do pacjenta jako do indywidualnej jednostki, traktowanie jednostki jak pozbawionego indywidualnych cech członka grupy; 2) pojmowanie pacjenta jak kogoś o ograniczonych możliwościach, niezdolnego do planowania i działania; 3) traktowanie pacjenta jako jednostki chorobowej, nie jak człowieka, który zachorował, oraz przekonanie, że lekarz ma władzę i sprawuje kontrolę; 4) pojmowanie organizmu ludzkiego jako mechanicznego systemu złożonego z części i układów; 5) redukcję empatii potwierdzoną niską aktywnością struktur mózgowych odpowiedzialnych za przeżywanie empatii, przy dużej aktywności struktur odpowiedzialnych za kontrolę i samoregulację; 6) przekonanie, że w pewnych sytuacjach uzasadnione jest zaniechanie stosowania obowiązujących standardów etycznych polegające na przykład na niehumanitarnym traktowaniu pacjentów.

Ustalenie behawioralnych wskaźników depersonalizacji oraz zbadanie ich postrzegania i wartościowania przez pracowników medycznych, a w następstwie stworzenie programu redukcji zachowań dehumanizujących pacjentów jest głównym celem prowadzonych badań. Wśród najważniejszych przejawów dehumanizacji wymienia się: ocenianie, krytykowanie, wyśmiewanie, lekceważenie, stygmatyzowanie i pozbawienia pacjentów prawa decydowania o sobie. Sheela Raja, Memoona Hasnain, Tracy Vadakumchery, Judy Hamad, Raveena Shah i Michelle Hoersch (2015) są zdania, że dehumanizacja jest ściśle związana z koncepcją instytucjonalizacji definiowaną jako system zasad, przekonań oraz norm, które mogą regulować zachowania ludzi w relacjach społecznych. W tym ujęciu o zastosowanym wobec pacjentów leczeniu decydują względy kliniczne i ekonomiczne z pominięciem czynników społeczno-psychologicznych, jak nawyki żywieniowe czy bezpieczeństwo pracy. W ten sposób osoby z grup marginalizowanych narażone są na wysokie ryzyko zachorowania bez możliwości skutecznego radzenia sobie z chorobą. Obok wskazanych już wcześniej przyczyn dehumanizacji kolejną, równie istotną z punktu widzenia pacjentów, może być brak wiedzy lub nieadekwatna ocena zachowań, które współczesna psychologia uznaje za przejaw przedmiotowego traktowania pacjenta. Wciąż bowiem w świadomości wielu osób dominuje tradycyjny model relacji lekarz/pielęgniarka – pacjent, zgodnie z którym pacjent nie ma żadnej wiedzy medycznej, nie jest więc dla pracowników medycznych partnerem. To, co może on zrobić, to tylko uważnie słuchać i całkowicie dostosować się do zaleceń lekarskich. W tym ujęciu lekarz i pielęgniarka są autorytetami, a pacjent osobą uległą, podporządkowaną i posłuszną. Oczekiwania indywidualnego podejścia do leczenia, włączania pacjentów w procesy decyzyjne odnośnie terapii, uwzględniania ich preferencji i przyzwyczajęń są przez większość pracowników medycznych, ale także przez

większość pacjentów, oceniane jako postawy niedojrzałe i roszczeniowe – typowe dla agresywnych, bądź depresyjnych i lękowych pacjentów. Nie jest też rzadkością, że takich „nieposłusznych” pacjentów po prostu się stygmatyzuje. Jak pisze Klara Klinger (2013), w niektórych palcówkach służby zdrowia działa system opiniowania pacjentów. Jednym z nich jest system kolorowych kropek, które stawia się w kartach leczenia. Każdy kolor coś oznacza, np. czerwony – awanturnik. Konfabulant, histeryk, trudny w kontakcie – to niektóre z określeń, które pojawiały się obok nazwiska pacjenta (w karcie leczenia). Były też i praktyczne informacje, choćby takie, że pacjent często się spóźnia, nie odwołuje wizyt, jest roszczeniowy. Pozytywnych informacji właściwie nikt nie wpisywał. Poza jedną – oznaczeniem VIP. O tak oznaczonych pacjentach lekarze wiedzieli, że muszą być dla nich mili, nie mogą się spóźniać i odwoływać wizyt (Klinger, 2013).

SYTUACJA POLSKIEJ SŁUŻBY ZDROWIA

Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (*Euro Health Consumer Index*) z roku 2014 ujawnia, że polska służba zdrowia należy do najsłabiej funkcjonujących w Europie. Na 37 przebadanych krajów Polska zajęła 31 miejsce, uzyskując 511 punktów na 1000 możliwych. Najwięcej, bo 898 punktów przyznano służbie zdrowia w Holandii, następnie Szwajcarii, Norwegii i Finlandii. Gorzej od polskiej oceniono tylko służbę zdrowia na Litwie oraz w krajach byłej Jugosławii. Dla porównania czeska opieka medyczna zyskała o ponad 200 punktów więcej niż polska. Polska, jako jeden z nielicznych krajów objętych EHCI, miała w 2014 roku wynik gorszy niż w 2013. W zaleceniach EHCI czytamy: „Od wielu lat dziwi nas brak skupienia polskiej polityki na opiece zdrowotnej i ewidentna bezradność w kwestii poprawy fatalnych warunków – podaje dr Björnberg. Trudno tłumaczyć słabe wyniki Polski kryzysem ekonomicznym, gdyż polska gospodarka jest w dobrej kondycji. Nie brakuje też przykładów do naśladowania wśród sąsiadów, żeby wymienić tylko Estonię, Łotwę i Czechy. Polska musi wziąć się w garść i zająć takimi kwestiami jak niebezpiecznie długi okres oczekiwania na leczenie raka, zakażenia wewnątrzszpitalne, przywrócenie sprawiedliwości w służbie zdrowia”.

Choć zdaniem wielu ekspertów polska gospodarka rozwija się dobrze, to obiektywny wskaźnik jakości życia – PKB per capita wg parytetu siły nabywczej, był w Polsce w 2013 roku prawie dwa razy niższy niż u naszych sąsiadów Niemców. OECD podaje zaś, że trudniej niż w Polsce żyje się tylko w Meksyku i w Turcji. Ze wszystkich wskaźników jakości życia najlepiej wypada w Polsce jakość kształcenia, która należy do najlepszych wśród krajów członkowskich – 9.6 punktów. Fatalnie oceniono w zasadzie wszystkie pozostałe wskaźniki: wynagrodzenia – 1.5, jakość służby zdrowia – 2.8, czystość środowiska – 2.9, zaangażowanie społeczne – 1.3 i dostępność mieszkań – .3 (Żurawik, 2014).

Problemem polskiej służby zdrowia jest nie tylko zła organizacja, długie kolejki do lekarzy (Polska ma naj-

mniej lekarzy w przeliczeniu na liczbę mieszkańców w całej UE) oraz ograniczony dostęp do nowoczesnych metod leczenia, ale także jakość relacji interpersonalnych personelu medycznego z pacjentami. Często dochodzi do naruszania praw pacjentów poprzez ich przedmiotowe traktowanie. Stąd, zdaniem niektórych naukowców, pacjenci szukają psychicznego wsparcia i zrozumienia u uzdrowiaczy, których jest w Polsce 120 tys., czyli prawie tyle samo ile lekarzy – dane Naczelnej Izby Lekarskiej za 2014 rok pokazują, że w kraju praktykuje ich 126 596.

Źle funkcjonująca służba zdrowia, trudne warunki życia, przepracowanie, które wynika chociażby z małej liczby lekarzy i pielęgniarek, wszystko to sprzyja wypaleniu zawodowemu. Badania prowadzone w Polsce nad wypaleniem zawodowym pracowników medycznych ujawniają niskie zadowolenie z pracy, niski poziom satysfakcji życiowej i relatywnie wysoki lub średni poziom depersonalizacji (Ogińska-Bulik i Kaflik-Pieróg, 2006). Są jednak badania, które nie potwierdzają nasilenia symptomów wypalenia zawodowego wśród lekarzy (Głębocka i Lisowska, 2007).

W oparciu o przyjęte założenia teoretyczne, przystępując do badań, sformułowane zostały następujące hipotezy badawcze: pielęgniarki będą prezentowały bardziej łagodne postawy wobec zachowań dehumanizujących niż osoby z grupy kontrolnej, nadto będą w większym stopniu skłonne uznawać przedstawione w badaniu historie za nieprawdziwe. Wykonywany zawód będzie predyktorem identyfikacji i oceny jawnych i ukrytych przejawów dehumanizacji pacjentów.

OPIS BADAŃ

METODA BADAWCZA

W pierwszym etapie badań prowadzone prace koncentrowały się na konstruowaniu narzędzia do badania behawioralnych wskaźników dehumanizacji pacjentów. Zastosowanie metody grup focusowych pozwoliło na zgromadzenie krótkich historyjek przedstawiających prawdziwe zdarzenia, które miały miejsce w palcówkach służby zdrowia, i które świadczyły o niewłaściwym, depersonalizującym podejściu personelu medycznego lub wręcz przeciwnie wskazywały na profesjonalne i podmiotowe traktowanie pacjentów. Podczas spotkań prowadzonych w grupie 20 dorosłych, losowo wybranych osób, zebrano 58 opisów zdarzeń. Następnie 8 studentów V roku psychologii (wszyscy przeszli pozytywnie kurs z zakresu „Wypalenia zawodowego”) Krakowskiej Akademii im. Frycza Modrzewskiego dokonało oceny każdej z historyjek pod kątem zachowań dehumanizujących pacjentów. Ostatecznie wybrano 32 opowiadania, które wykorzystano do stworzenia skali. W celu zbadania wartości psychometrycznych tworzonego narzędzia przeprowadzono badania wstępne na grupie 118 dorosłych osób. Każdy badany oceniał na siedmiostopniowej skali zachowanie pracowników medycznych w poszczególnych opowiadaniach w następujących wymiarach: dobre,

etyczne, empatyczne, stosowne, ludzkie, profesjonalne. Suma wskazań stanowiła wynik dla każdego opowiadania – im wyższa była liczba przyznanych punktów, tym bardziej pozytywna była ocena zachowania. Na bazie zebranych danych przeprowadzono Analizę Czynnika (Varimax znormalizowaną) dla ładunków czynnikowych $>.05$. Ostatecznie wyodrębnione zostały dwa czynniki. W pierwszym znalazło się 9 opowiadań w drugim 10. Procent wyjaśnianej wariancji wynosił 11.23.

W pierwszym czynniku znalazły się opowiadania, które w oczywisty, wyrazisty sposób świadczą o podmiotowej lub przedmiotowej postawie personelu medycznego, na przykład nr 5, 13 oraz 6 i 7 (patrz Tabela 2). Czynniki ten nazwano: Jawne przejawy dehumanizacji.

W drugim czynniku znalazły się opowiadania, w których przejawy dehumanizacji mają charakter ukryty, w tym między innymi twierdzenia numer 3, 4, 5, 12; czynnik ten nazwano: „Ukryte przejawy dehumanizacji”.

W II etapie przeprowadzono badania na grupie 100 kobiet: 51 pielęgniarek i 49 kobiet zatrudnionych w zawodach niemedycznych, w tym 31 pracowało w sektorze państwowym, a 18 w sektorze prywatnym. Badane miały średnio 37.82 lata, $SD=8.22$, a 96 z nich posiadało wykształcenie wyższe, 4 – wykształcenie średnie.

Wskaźnik rzetelności *Alfa* Cronbacha dla całego narzędzia wyniósł .82, dla I czynnika – .77, a dla drugiego – .83. Wskaźnik korelacji między czynnikami wynosi .36, $p<.05$.

REZULTATY

Przeprowadzono analizy porównawcze testem nieparametrycznym U Manna-Whitneya dla grupy pielęgniarek vs kobiety z grupy porównawczej. Wyniki przedstawia Tabela 1. Wskazania dla I czynnika nie różnicowały grup badanych. Istotnie statystycznie różnice pojawiły się dla czynnika II mierzącego ukryte przejawy dehumanizacji pacjentów. Kobiety z grupy kontrolnej mniej krytycznie oceniały opisane zachowania personelu medycznego niż pielęgniarki.

Analizy porównawcze dla poszczególnych twierdzeń pokazały, że 7 spośród 19 twierdzeń narzędzia różnicowało grupy badawcze. We wszystkich wskazaniach pielęgniarki okazały się być bardziej krytyczne w ocenie zachowań depersonalizujących pacjentów (patrz Tabela 2).

Interesującym uzupełnieniem ewaluacji historyjek były wskazania dotyczące ich prawdziwości poczynione przez badanych. Ponieważ wszystkie zdarzenia opisane w narzędziu były prawdziwe, badani mogli otrzymać w tym wymiarze 19 punktów, po jednym za każdą trafną odpowiedź: „prawda”. Tymczasem osoby z grupy kontrolnej osiągnęły średnią równą 9.57, a pielęgniarki 8.22, $p<.05$. Oznacza to, że zdaniem badanych mniej więcej połowa opisanych zdarzeń nie miała miejsca w rzeczywistości, a w przekonaniu pielęgniarek (56.38%) więcej opowiadań niż zdaniem pozostałych badanych (49.59%) było po prostu zmyślonych. Za zdecydowanie prawdziwe badani uznali w zasadzie dwie kategorie zdarzeń (patrz Tabela 2): opisujące zachowania dehumanizacyjne polegające na pytaniu o zdanie pacjenta i jednocześnie dyskredytowanie jego opinii (twierdzenie 3), rutynizowaniu opieki oraz pozbawieniu pacjentów prawa do decydowania o sobie (twierdzenie 4, 10). Jednocześnie za całkowicie nieprawdziwe badani uznają zachowania nastawione na efektywną komunikację z pacjentem oraz włączenie go w proces leczenia poprzez negocjowanie sposobów leczenia (twierdzenie 11). Za mało prawdopodobne uznane zostały zachowania świadczące o podmiotowym podejściu personelu medycznego do pacjentów (twierdzenie 6, 7, 16). Zdaniem pielęgniarek zdecydowanie nieprawdziwe jest opowiadanie, w którym lekarz świadomie zadaje pacjentowi ból fizyczny, ale prawie dwa razy więcej kobiet z grupy porównawczej było zdania, że taka sytuacja mogła mieć miejsce (twierdzenie 5).

Okazało się, że dla czynnika I (jawnej dehumanizacji) nie było żadnego związku między oceną zdarzenia a wskazaniami co do jego prawdziwości. W drugim czynniku (ukrytej dehumanizacji) wystąpiły relacje między zmiennymi ($r=.31$, $p<.05$). Czyli, im bardziej negatywnie oceniali badani zdarzenie, tym bardziej byli skłonni uznać je za zmyślone.

Tabela 1

Nieparametryczne analizy porównawcze dla Skali Behawioralnych Wskaźników Dehumanizacji Pacjentów w grupie pielęgniarek oraz kobiet wykonujących zawody niemedyczne

Zmienna	Test U Manna-Whitneya względem zmiennej: grupa zawodowa							Średnie pielęgniarki	Średnie zawody niemedyczne	2*1 str dokł. p
	Sum. rang pielęg.	Sum. rang zawody niemed.	U	Z	p	Z popraw.	p			
Jawne przejawy dehumanizacji (Czynnik I)	2187.50	2 227.50	1011.50	.695	.48	.690	.48	3.78	3.70	.48
Ukryte przejawy dehumanizacji (Czynnik II)	2013.50	2 451.50	788.50	2.372	.01*	2.373	.01	1.98	1.74	.01

* $p<.05$

Tabela 2

Skala behawioralnych wskaźników dehumanizacji pacjentów. Wyniki średnie dla grup oraz procent odpowiedzi oceniających historijki jako prawdziwe

Wyszczególnienie	Pielęgniarki		Kobiety z grupy porównawczej	
	% odpowiedzi „prawda”	M	% odpowiedzi „prawda”	M
1 Do chorego na raka przychodzi na salę lekarz. W obecności innych pacjentów informuje: „dalsze leczenie nie ma sensu i trzeba będzie przenieść pana do hospicjum.”	62.75	1.25	52.08	1.32
2 Dziecko na fotelu dentystycznym, Dentystka boruje, krzycząc: „Nie ruszaj się, bo ci język rozharatam!”	37.25	1.26	55.10	1.51*
3 <i>Lekarz bada pacjenta, Pyta: „Boli?”; Pacjent odpowiada, że tak, na to lekarz: „tam nie ma co boleć.”</i>	80.39	1.70	85.71	2.20*
4 <i>Pacjentka wieczorem rozmawia przez telefon w szpitalnej świetlicy. Przychodzi pielęgniarka i mówi: „Proszę natychmiast kończyć tę rozmowę i iść spać. Jest już po 22.00”.</i>	74.51	3.17	82.98	4.06*
5 Pacjentka przychodzi do chirurga usunąć początki martwicy z łydki, Lekarz bada ją, sprawiac jej ból. Następnie spokojnie stwierdza, że podczas zabiegu to dopiero będzie boleć, i wykonuje go bez znieczulenia.	19.61	1.14	32.65	1.48-
6 Lekarz onkolog przyjeżdża do domu ciężko chorego pacjenta. Po badaniu informuje rodzinę, że najlepszą opiekę może zapewnić hospicjum. Podaje adresy, doradza, a na koniec nie bierze wynagrodzenia za prywatną wizytę.**	29.41	6.14	12.24	5.60
7 Lekarz sam proponuje skierowanie na badania kontrolne i zachęca pacjenta, aby zrobił je jak najszybciej.**	13.73	6.87	10.20	6.14
8 <i>Pacjentka zgłasza się do chirurga. Po zabiegu dopytuje, jak powinna zmieniać opatrunki. Lekarz na to: „to już czwarte pytanie”.</i>	35.29	1.55	51.02	1.68
9 <i>Pacjentka zgłasza się na kontrolę skręconej kostki. Od trzech tygodni ma założony gips i informuje lekarza, że noga coraz bardziej sinieje. Lekarz ogląda nogę i mówi: „No to amputujemy”.</i>	23.53	1.34	55.10	1.55*
10 <i>Podczas badania w gabinecie ginekologicznym pacjentka widzi, że do pokoju wchodzi czterech stażystów.</i>	84.00	1.76	79.59	2.20*
11 Lekarz tłumaczy pacjentowi objawy choroby, wyjaśnia i upewnia się, że pacjent zrozumiał, jaka jest diagnoza i jak będzie wyglądało leczenie. Następnie pyta, czy bardziej odpowiada mu leczenie doustne, czy zastrzyki? **	6.00	6.07	18.37	5.86
12 <i>Na fotelu dentystycznym siedzi przerażona i płacząca pacjentka, a stomatolog wraz ze stażystką rozmawiają o planach na wieczór.</i>	50.00	1.38	75.51	1.88*
13 Oddział onkologiczny, Pielęgniarka wychodzi na korytarz i mówi do pacjentów: „Z przerzutami na prawo, a bez przerzutów na lewo.”	12.00	1.08	22.92	1.21
14 Pacjent z rozciętą, krwawiącą ręką został poproszony przez lekarza do pokoju zabiegowego, po czym lekarz udał się na rozmowę z pielęgniarką i wrócił za pół godziny.	56.00	1.30	61.22	1.46
15 Przychodzi pacjentka do chirurga z bólem kolana, Chirurg po badaniu stwierdza, że nie wie, co jej jest, ale przepisze jakieś leki i dodaje: „Przepisuję pani leki, jeśli pomogą to dobrze, jeżeli nie, proszę wybrać się do innego lekarza.”	36.00	1.97	44.90	1.61
16 Rodzice ciężko chorego dziecka przychodzą na konsultację do lekarza, który leczy ich córkę. Rodzice chcą mu wręczyć pieniądze. Lekarz na to: „Proszę zatrzymać je dla siebie i dla dziecka – na pewno wam się przydadzą, nie miałbym sumienia wziąć od swoich pacjentów czegokolwiek.**	18.00	6.65	18.37	6.11
17 Uczulona na białko pacjentka dostaje na obiad w szpitalu makaron z białym serem. Zgłasza pielęgniarsce, że jest uczulona na białko. Pielęgniarka odpowiada: „ Niech Pani zje sam makaron.”	70.00	1.95	71.30	1.96
18 Lekarz wita się z pacjentem i przedstawia z imienia i nazwiska.**	83.67	6.01	65.31	5.79
19 Wieczorem na oddział szpitalny przychodzi pielęgniarka, aby zgasić w sali światło, Pacjent informuje ją, że jego niepełnosprawny sąsiad musi mieć zaświeconą lampę, ponieważ w ciemności doznaje ataków paniki. Pielęgniarka na to: „jest godzina 22.00 i światło musi być zgaszone.”	36.73	1.67	63.27	1.80
	Razem	43.62	50.41	

Uwaga: * oznacza różnice istotne statystycznie dla $p < .05$; ** oznacza, że wyniki dla twierdzenia zostały przekodowane; „boldem” oznaczono itemy dla czynnika II – Skali

Chcąc rozstrzygnąć, jakie są predyktory Skali behawioralnych wskaźników dehumanizacji pacjentów przeprowadzono analizę regresji, która wykazała, że predyktorem czynnika I (jawnej dehumanizacji) jest praca w zawodzie medycznym, ale także zatrudnienie w prywatnym sektorze. Predyktorem czynnika II (ukrytej dehumanizacji) okazała się praca w służbie zdrowia. (Tabela 3).

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas badań, które mają charakter wstępny i przygotowawczy, udało się skonstruować metodę, której własności psychometryczne można uznać za zadowalające. Oczywiście z pełną świadomością tego, że do tej pory zbadana została jedynie trafność teoretyczna oraz wskaźniki rzetelności skali. Dalsze badania nad walidacją narzędzia są konieczne i będą prowadzone między innymi wśród lekarzy.

Tabela 3

Analiza regresji dla czynników Skali Behawioralnych Wskaźników Dehumanizacji Pacjentów

Jawna dehumanizacja Czynnik I				Ukryta Dehumanizacja Czynnik II			
$R=.277, R^2=.077, F(3,73)=2.03, p<.117$				$R=.276, R^2=.076, F(3,78)=2.15, p<.10$			
	<i>B</i>	<i>t</i> (73)	<i>p</i>		β	<i>t</i> (78)	<i>p</i>
Wiek	-.04	-.38	.70	Wiek	.09	.86	.39
Praca w zawodzie medycznym	-.71	-2.43	.01	Praca w zawodzie medycznym	.37	1.32	.18
Miejsce zatrudnienia	.68	2.34	.02	Miejsce zatrudnienia	-.57	-2.04	.04

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Celem prowadzonych badań było zbadanie elementów poznawczych postaw wobec zachowań dehumanizacyjnych w służbie zdrowia. Opracowanie narzędzia do pomiaru behawioralnych wskaźników depersonalizacji pacjenta miało pomóc w diagnozie czy osoby badane trafnie rozpoznają zachowania przedmiotowego, ale i podmiotowego, traktowania pacjentów oraz adekwatnie je oceniają. Dotychczas nie realizowano na gruncie polskim podobnych projektów, a stosowane do tej pory metody pozostawiały jednostce dużą swobodę w dokonywaniu samooceny w zakresie przedmiotowego traktowania innych. W jednej z najbardziej znanych i najczęściej używanych metod do pomiaru wskaźników wypalenia zawodowego, kwestionariuszu Christine Maslach, znajdują się takie twierdzenia jak: „W stosunku do niektórych ludzi zachowuję się tak, jak gdyby byli «przedmiotami», a nie osobami” lub „Z łatwością potrafię zrozumieć odczucia i przekonania innych”. Osoby wypełniające kwestionariusz odnoszą się do subiektywnych standardów – w zasadzie nie wiadomo jakich? Trudno powiedzieć, czy osoba przekona o tym, że nie traktuje przedmiotowo innych osób, ma świadomość tego, na czym owo traktowanie w istocie polega. Ilu pracowników służby zdrowia wie, że odmawiając pacjentowi odpowiedzi na pytanie, ograniczając mu możliwości współdecydowania, wymuszając posłuszeństwo wobec rutynowych procedur szpitalnych, dopuszcza się dehumanizacji? Wydaje się zatem zagadnieniem podstawowym, rozstrzygnięcie, jaki jest poziom wiedzy na temat zachowań depersonalizujących pacjentów wśród pracowników medycznych. Problem ten jest tym bardziej ważki, że przejawy dehumanizacji w polskich placówkach służby zdrowia nie należą niestety do rzadkości.

Raportowane badanie potwierdziło tylko częściowo hipotezy badawcze. Z pewnością wykazało, że ludzie generalnie przyjmują postawy silnie spolaryzowane wobec przedstawionych zdarzeń – dla każdego itemu zanotowano krzywoskośne układy odpowiedzi, a średnie wyniki istotnie różniły się od średnich dla 7 punktowej skali. Wbrew oczekiwaniom pielęgniarki okazały się bardziej krytyczne wobec zachowań dehumanizacyjnych niż osoby z grupy kontrolnej – zatem nie potwierdziła się pierwsza hipoteza badawcza. Różnice istotne statystycznie odnotowano dla skali ukrytej dehumanizacji. Z jednej strony może to świadczyć o dobrym rozeznaniu personelu medycznego co do przedmiotowych form traktowania pacjentów, z drugiej, należy podkreślić, iż grupą badanych były wysoko wykwalifikowane pielęgniarki, posiadające wykształcenie wyższe. Każda z nich przeszła podczas studiów, które właśnie zakończyły, kurs z zakresu wypalenia zawodowego. Być może trafne identyfikowanie przez nie zachowań dehumanizujących było efektem szkoleń, jakie odbyły. W tej chwili trudno jednoznacznie rozstrzygnąć tę kwestię. Pewne jest natomiast, że kobiety te nie mogą być traktowane jako grupa reprezentatywna dla środowiska pielęgniarek. Stąd szersze badania, obok badań nad lekarzami, także będą prowadzone w tej grupie zawodowej.

Ciekawych informacji dostarczają analizy wskaźników prawdziwości opowiadań. W tym wypadku potwierdziła się hipoteza badawcza, w której założono, że pielęgniarki będą skłonne w większym stopniu uznawać zdarzenia za nieprawdziwe. Powstaje w ten sposób bardzo spójny obraz pracowników medycznych, którzy mają dobre rozeznanie, na czym polega przedmiotowe traktowanie pacjenta, a jednocześnie są przekonani, że takie sytuacje nie miały nigdy miejsca – są przecież niedopuszczalne

i moralnie naganne. Cały problem polega jednak na tym, że wszystkie opisane sytuacje miały miejsce i nie można ich uznać za jednostkowe. Pozostawianie pacjentów w wielogodzinnych kolejkach, brak zainteresowania ich stanem psychicznym, łamanie praw poprzez prowadzenie badań czy rozmów z pacjentami w obecności osób trzecich, wreszcie oczekiwanie bezwarunkowego podporządkowania i posłuszeństwa, to niestety standard w wielu placówkach służby zdrowia. Czyżby pielęgniarki, mając pełny ogląd, na czym polega dehumanizacja, chciały zachować korzystny obraz środowiska medycznego, któremu obce są takie zachowania? Przeczą temu odpowiedzi odnoszące się do prawdziwości zdarzeń przedstawiających požądane, etyczne zachowania personelu medycznego. Tylko 6% pielęgniarek za prawdziwe uznało zdarzenie, w którym lekarz prawidłowo komunikuje się z pacjentem i włącza go w proces leczenia (item 11). Niewiele więcej uznaje za możliwe sytuacje, w których lekarz troszczy się o profilaktykę – namawia do badań, proponuje skierowanie (item 7). Równie mało badanych wierzy, że lekarz odmówił wzięcia łapówki od rodziców chorego dziecka (item 18).

Z przeprowadzonych badań wyłania się następujący obraz oceny funkcjonowania polskiej służby zdrowia. Badani prawidłowo identyfikują zachowania podmiotowego traktowania pacjentów, oceniają je pozytywnie, lecz jednocześnie wskazują, że są one nietypowe – zdarzają się rzadko. Jednocześnie negatywnie odnoszą się do zachowań dehumanizujących, traktując je jako typowe – występujące relatywnie często. Niewątpliwie ważnym zadaniem, jakie należałoby podjąć w dalszych badaniach, jest próba znalezienia odpowiedzi na pytanie o źródła zachowań dehumanizacyjnych. Zdaniem niektórych badaczy tkwią one w cechach osobowości. Gene Alarcon, Kevin Eschleman i Nathan Bowling (2009) w oparciu o metaanalizę ustalili, że samoocena, poczucie własnej skuteczności, wewnętrzne poczucie kontroli, ekstrawersja, sumiennosc, ugodowosc, optymizm, pozytywny afekt, odporność psychiczna i stabilność emocjonalna są negatywnie skorelowane z depersonalizacją. Typ osobowości A i otwartość na nowe doświadczenia są niezależne od tendencji do depersonalizacji. Ponadto pozytywny/negatywny afekt okazały się być predyktorami depersonalizacji. Nie umniejszając roli czynników osobowościowych, należy wskazać, iż zgodnie z teorią atrybucji, przyczyn zachowań należy dopatrywać się również w czynnikach sytuacyjnych, które, jak zakłada podstawowy błąd atrybucji, są często niedoceniane. Z pewnością w dalszych badaniach, obok czynników osobowościowych, należałoby skupić się właśnie na czynnikach zewnętrznych, specyficznych dla systemu służby zdrowia, które sprzyjają przedmiotowemu traktowaniu pacjentów. Wydaje się, że niebagatelną rolę odgrywa tu niewydolny system, który pozbawia wielu pacjentów dostępu do leczenia. Taki stan rzeczy powoduje prawdopodobnie zarówno u pracowników służby zdrowia, jak i pacjentów, tendencje do zaniżania standardów. Lekarze uważają, że pa-

cient powinien być wdzięczny za to, że w ogóle poddawany jest leczeniu, i zdaje się większość pacjentów podziela ten pogląd. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez Fundację Onkomapa poziom leczenia w 6 szpitalach onkologicznych, w tym przestrzeganie praw pacjentów, zostało ocenione na 3.9 w skali od 1 do 6. – „To nie jest zły wynik, szczególnie gdy pod uwagę weźmie się warunki, w których pracują nasi lekarze” – uważa Bartosz Poliński z Fundacji Onkologicznej Osób Młodych «Alivia». Jego zdaniem „... dane te mogą częściowo wynikać z niskich oczekiwań pacjentów. Ci nie mają bowiem porównania z innymi, dużo wyższymi standardami leczenia obowiązującymi np. na Zachodzie. Istotne w tym wypadku jest to, że nowotwór często dotyka osoby starsze, dla których lekarz jest dużym autorytetem. Stąd bierze się wyraźna różnica pomiędzy oceną leczenia onkologicznego a oceną funkcjonowania ochrony zdrowia jako całości. Z badań CBOS wynika, że jej działanie chwali zaledwie 28 proc. Pacjentów” (Klinger, 2014).

Centrum Badań Opinii Społecznych (CBOS, 2014) podaje, że najsilniejszym predyktorem zadowolenia z systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest dostępność do lekarzy specjalistów oraz badań diagnostycznych, jakość świadczeń oraz ich cena (w Polsce funkcjonuje system bezpłatnej opieki medycznej, ale 45% badanych twierdzi, że ponosi dodatkowe koszty, poza comiesięcznymi składkami zdrowotnymi). Przekonanych o tym, że pacjenci traktowani są z życzliwością i troską jest 54% respondentów. Dla porównania w 2007 roku było ich 75%. Przedstawione powyżej dane skłaniają ku refleksji, że kolejną, a być może najważniejszą grupą, która powinna zostać objęta dalszymi badaniami nad ewaluacją zachowań dehumanizacyjnych, są, obok lekarzy, pielęgniarek, pracowników socjalnych i fizjoterapeutów – sami pacjenci. Wydaje się to konieczne, aby stworzyć efektywny program redukcji postaw dehumanizujących w służbie zdrowia.

LITERATURA

- Alarcon, G., Eschleman, K.J., Bowling, N.A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & stress*, 23, 3, 244-263.
- CBOS. (2014) *Opinie o funkcjonowaniu system opieki zdrowotnej a.d. 2014*, nr 107, Warszawa, Retrieved from http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K_107_14.PDF.
- Diestel, S., Schmidt, K.H. (2010). Direct and interaction effects among the dimensions of the Maslach Burnout Inventory: Results from two German longitudinal samples. *International Journal of Stress Management*, 17, 2, 159-180.
- Euro Health Consumer Index 2014* (2014). Retrieved from <http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55>.
- Glebocka, A., Lisowska, E. (2007). Professional burnout and stress among Polish physicians explained by the Hobfoll Resources Theory. *Journal of Physiology and Pharmacology*, 58, 243-253.

- Haque, O.S., Waytz, A. (2012). Dehumanization in medicine: Causes, solutions, and functions. *Perspectives on Psychological Science*, 7, 2, 176-186.
- Hobfoll, S.E. (1998). *Stress, culture, and community: the psychology and philosophy of stress*. New York: Plenum Press.
- Klinger, K. (2013). W placówkach zdrowia tworzone są czarne listy pacjentów. *Gazeta Prawna.pl Zdrowie*, 04.11.2013, 06:51; Aktualizacja: 04.11.2013, 08:21. <http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/743398,w-placowkach-zdrowia-tworzone-sa-czarne-listy-pacjentow.html>
- Klinger, K. (2014). Pacjent to człowiek, a nie jakiś przypadek. Chorzy na raka oceniają szpitale. *Gazeta Prawna.pl Zdrowie*, 25.09.2014, 07:00; Aktualizacja: 25.09.2014, 07:24. <http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/8243-73,pacjent-to-czlowiek-a-nie-jakis-przypadek-chorzy-na-raka-oceniaja-szpitala.html>
- Lee, J.S.Y., Akhtar, S. (2011). Effects of the workplace social context and job content on nurse burnout. *Human Resource Management*, 50, 2, 227-245.
- Maslach, Ch., Leiter, M.P. (2011). *Prawda o wypaleniu zawodowym. Co robić ze stresem w organizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ogińska-Bulik, N., Kaflik-Pierog, M. (2006). *Stres zawodowy w służbach ratowniczych*. Łódź: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi.
- Raja, S., Hasnain, M., Vadakumchery, T., Hamad, J., Shah, R., Hoersch M. (2015). Identifying elements of patient-centered care in underserved populations. *A Qualitative Study of Patient Perspectives*, 10, 5, 1-16.
- Trifiletti, E., Di Bernardo, G.A., Falvo, R., Capozza, D. (2014). Patients are not fully human: a nurse's coping response to stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 44, 12, 768-777.
- Vaes, J., Muratore, M. (2013) Defensive dehumanization in the medical practice: A cross-sectional study from a health care worker's perspective. *British Journal of Social Psychology*, 52, 180-190.
- Wilczek-Rużyczka, E. (2014). *Wypalenie zawodowe pracowników medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer SA.
- Zimbardo, F. (2007). *The Lucifer effect: Understanding how good people turn evil*. New York: Random House.
- Żurawik, M. (2014). *Polska to jedno z najtrudniejszych miejsc do życia? Tak twierdzi OECD w swoim raporcie*. Retrieved from <http://wyborcza.pl/1,75248,16777502>.