

# OKULISTYKA

KWARTALNIK MEDYCZNY

ISSN 1505-2753

## PROGRAM EDUKACYJNY „KOMPENDIUM OKULISTYKI”

### **CZTERY PŁASZCZYZNY RELACJI LEKARZ-PACJENT**

dr n. hum. Małgorzata Majewska



Klinika Chorób Oczu I Katedry Chorób Oczu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. N. Barlickiego,  
90-153 Łódź, ul. Kopcińskiego 22  
tel. +48(42) 6776 800, fax. +48(42) 6776 801  
www.pto.com.pl e-mail: pto@pto.com.pl

*Szanowna Pani Doktor,  
Szanowny Panie Doktorze,*

*Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom środowiska lekarzy okulistów oraz lekarzy specjalizujących się z zakresu okulistyki, przedstawiamy Państwu PROGRAM EDUKACYJNY „KOMPENDIUM OKULISTYKI”.*

*Kontynuujemy program w celu pogłębiania wiedzy z zakresu zarówno podstawowych zagadnień okulistycznych, takich jak diagnostyka jaskry, leczenie przeciwbakteryjne, zwyrodnienie plamki związane z wiekiem i suche oko, jak i tematyki interdyscyplinarnej z zakresu objawów okulistycznych chorób ogólnych czy leczenia stanów zapalnych u dzieci, oraz realizacji programu samodoskonalenia zawodowego.*

*Rozwiązanie zadań testowych odnoszących się do tematyki danego numeru pozwoli na uzyskanie punktów edukacyjnych potwierdzonych odpowiednim zaświadczeniem.*

*Sądzę, że opracowania tematyczne, jakie będziemy cyklicznie wydawać, zainteresują Państwa i przyczynią się do wzbogacenia naszej codziennej praktyki okulistycznej.*

prof. dr hab. n. med. Wojciech Omulecki  
Przewodniczący Zarządu Głównego PTO

PROGRAM EDUKACYJNY  
„KOMPENDIUM OKULISTYKI”  
PROGRAM EDUKACYJNY  
„KOMPENDIUM OKULISTYKI”  
PROGRAM EDUKACYJNY  
„KOMPENDIUM OKULISTYKI”

**Zeszyt 2'2014 (26)**

**CZTERY PŁASZCZYZNY RELACJI LEKARZ-PACJENT**

dr n. hum. Małgorzata Majewska

**PATRONAT**

POLSKIE TOWARZYSTWO OKULISTYCZNE  
KATEDRA I KLINIKA OKULISTYKI II WYDZIAŁU LEKARSKIEGO  
WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

**Opiekun merytoryczny**

prof. dr hab. n. med. Jerzy Szaflik

**Koordynator programu**

dr n. med. Anna M. Ambroziak

OFTAL

WARSZAWA 2014

**RADA PROGRAMOWA**

Prof. dr hab. n. med. Jerzy Szaflik  
 Prof. dr hab. n. med. Andrzej Stankiewicz  
 Prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz-Łazarczyk  
 Prof. dr hab. n. med. Wojciech Omulecki  
 Dr hab. n. med. Iwona Grabska-Liberek  
 Dr n. med. Anna M. Ambroziak

**WYDAWCA**

OFTAL Sp. z o.o.  
 ul. Lindleya 4, 02-005 Warszawa  
 Oddział: ul. Sierakowskiego 13  
 03-709 Warszawa  
 tel./fax 22 670-47-40, 22 511-62-00 w. 6245  
 Dyrektor Wydawnictwa – Elżbieta Bielecka  
 e-mail: ored@okulistyka.com.pl  
 www.okulistyka.com.pl

**Zgodnie z ustawą o samodoskonaleniu  
 zawodowym uczestnikom programu  
 przysługuje 5 pkt edukacyjnych za zeszyty**

© by Oftal Sp. z o.o.

**PROJEKT GRAFICZNY**

Robert Stachowicz

**SKŁAD KOMPUTEROWY**

– QLCO. Agencja Reklamowo-Wydawnicza

**DRUK**

„Regis” Sp. z o.o.

Forma graficzna i treść niniejszej publikacji stanowią utwór chroniony przepisami prawa autorskiego; jakiegokolwiek wykorzystanie bez zgody Wydawcy całości lub elementów tej formy stanowi naruszenie praw autorskich ścigane na drodze karnej i cywilnej (art. 78, 79 i n. oraz art. 115 i n. ustawy z dn. 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych), niezależnie od ochrony wynikającej z przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Możliwy jest przedruk streszczeń.

**W latach 2008–2014 ukazały się zeszyty:**

- 1/2008 (1):** Jaskra diagnostyka zmian jaskrowych – praktyczne aspekty
- 2/2008 (2):** Leczenie przeciwbakteryjne
- 3/2008 (3):** Powikłania okulistyczne cukrzycy
- 4/2008 (4):** Suche oko
- 1/2009 (5):** Stany zapalne narządu wzroku u dzieci i młodzieży
- 2/2009 (6):** Alergia
- 3/2009 (7):** Objawy chorób ogólnych w okulistyce
- 4/2009 (8):** AMD
- 1/2010 (9):** Objawy okulistyczne w przebiegu tętniaków mózgu
- 2/2010 (10):** Współczesne aspekty diagnostyki i leczenia stwardnienia rozsianego z uwzględnieniem roli lekarza okulisty
- 3/2010 (11):** Objawy okulistyczne przetoki szyjno-jamistej
- 4/2010 (12):** Leczenie jaskry
- 1/2011 (13):** Rola lekarza okulisty w diagnostyce i leczeniu guzów przysadki mózgowej
- 2/2011 (14):** Gruczoły Meiboma – podstawy anatomii, fizjologii oraz regulacji wydzielania
- 3/2011 (15):** Okulistyczne aspekty orzekania o inwalidztwie
- 4/2011 (16):** Krótkowzroczność – podstawy epidemiologii i patogenezy, zasady postępowania i leczenia, pułapki codziennej praktyki
- 1/2012 (17):** Normy okulistyczne w medycynie pracy
- 2/2012 (18):** Odwarstwienie siatkówki
- 3/2012 (19):** Widzenie barw
- 4/2012 (20):** Zaburzenia powierzchni oka w ujęciu immunologicznym ze szczególnym uwzględnieniem spojówki i nabłonka rogówki
- 1/2013 (21):** Wybrane zagadnienia z orzecznictwa w okulistyce
- 2/2013 (22):** Zaburzenia powierzchni oka
- 3/2013 (23):** Zaburzenia powierzchni oka po zabiegach refrakcyjnych
- 4/2013 (24):** Wpływ przewlekłego leczenia przeciwjaskrowego na powierzchnię gałki ocznej i leczenie operacyjne
- 1/2014 (25):** Ciężki zespół suchego oka – epidemiologia i klasyfikacja na podstawie aktualnych wytycznych ODDISEY Algorytm

## Wstęp

Celem tego artykułu jest pokazanie wielopłaszczyznowości relacji lekarz–pacjent oraz przekonanie personelu medycznego do tego, że rozumienie wzajemnej komunikacji i związany z tym wysoki poziom samoświadomości lekarza zdecydowanie usprawniają leczenie pacjenta. Innymi słowy, tekst ten ma dać odpowiedź na pytanie, do czego lekarzowi potrzebna jest wiedza na temat komunikowania.

Zadaniem lekarza jest leczenie pacjenta, a więc podjęcie konkretnego działania w celu osiągnięcia wymiernych efektów, czyli polepszenia stanu jego zdrowia. Rzecz w tym, że lekarz musi działać merytorycznie i dążyć do usprawnienia procesu leczenia, aby tak się stało, potrzebne jest zbudowanie prawidłowej relacji z pacjentem. Zasadniczo działania te zmierzają do tego, żeby pacjent obdarzył lekarza zaufaniem i podjął współpracę, a nie skupiał się na dowodzeniu niekompetencji i dążeniu do konfrontacji. Dla dobrej relacji lekarz musi być świadomy odczuć zarówno własnych, jak i wspólnych na wszystkich płaszczyznach komunikacji.

Niniejszy artykuł opiera się na koncepcji komunikacji Friedemanna Schulza von Thuna, który twierdzi, że każda wypowiedź wyraża treści równocześnie na czterech płaszczyznach: zawartości treściowej, wzajemnych relacji, ujawniania siebie i apelu. W tej publikacji każda z tych płaszczyzn zostanie szczegółowo omówiona z kontekście relacji lekarz–pacjent.

## Manipulacja a komunikacja

Na początek warto wiedzieć, czym różni się komunikacja od manipulacji, gdyż pytanie, czy lekarz powinien manipulować pacjentem, często pojawia się na szkoleniach personelu medycz-

nego. Otóż w procesie komunikacji intencje są jawne, szlak manipulacji zaś jest utajniony. Inaczej mówiąc, jak będzie się kształtowała relacja między nadawcą a odbiorcą, kiedy odbiorca odkryje rzeczywistą intencję nadawcy. Jeśli nadawca (lekarz – L) przekonuje odbiorcę (pacjent – P) do podjęcia aktywności, np. do biegania, to zależy mu, żeby odbiorca odkrył jego intencję. Nadawca może ją wyrazić w sposób zawoalowany lub wprost, mówiąc: L: *Więcej ruchu dobrze by Panu zrobiło.*

Wówczas reakcja odbiorcy wskazująca na rozpoznanie intencji nadawcy zwiększy jego wiarygodność i w konsekwencji polepszy ich relację. P: *Widzę, że chce mnie Pan **przekonać** do sportu, ale niestety nie mam czasu.*

Wyobraźmy sobie analogiczną sytuację z tą różnicą, że nadawca zajmuje się sprzedażą odżywek sportowych i jego rzeczywistym celem jest nakłonienie odbiorcy do kupna tabletek służących regeneracji stawów, a nie troska o jego zdrowie. W takim razie, jeśli odbiorca odkryje rzeczywistą intencję nadawcy, czyli wyłącznie podłoże finansowe, poczuje się oszukany i zmanipulowany. W efekcie ta relacja nie będzie wiarygodna i najprawdopodobniej zostanie zerwana.

## Asymetryczność relacji lekarz–pacjent

Na jakość relacji lekarza z pacjentem dodatkowo wpływa asymetryczność, czyli jednokierunkowość. To lekarz z całą odpowiedzialnością podejmuje ostateczną decyzję w sprawie działań prozdrowotnych swojego pacjenta: kieruje go na badania, wypisuje zwolnienia lekarskie i przepisuje leki. Jednokierunkowość tej relacji polega na tym, że pacjent nie może uczynić tego samego względem lekarza. Taka struktura relacji pociąga za sobą niebezpieczeństwo uprzedmiotowienia tej relacji,

czyli sprowadzenia pacjenta do roli petenta. Jedy-  
nym słusznym wyjściem z tej sytuacji wydaje się  
zrozumienie mechanizmu komunikowania. Po-  
zwoli to lekarzowi na zachowanie asymetryczności  
relacji na poziomie merytorycznym, podmiotowo-  
ści zaś – na poziomie relacyjnym.

## Płaszczyzny komunikacji

### Zawartość rzeczowa

Aby wywód był czytelny, zostaną omó-  
wione cztery płaszczyzny, które zawsze zostają  
uruchamione w relacjach międzyludzkich. Każda  
nasza wypowiedź jest zbiorem wielu informacji.  
Teoria komunikacji uwzględnia cztery, wzajem-  
nie powiązane, poziomy komunikacji: zawartości  
rzeczowej, wzajemnej relacji, ujawniania sie-  
bie i apelu. Każdy z wymienionych elementów  
wpływa na jakość komunikacji, a tym samym na  
każdym z czterech poziomów może dojść do jej  
zaburzenia.

Pierwszy poziom komunikacji to zawartość  
rzeczowa wypowiedzi, czyli te informacje, które na-  
wadca chce przekazać odbiorcy. Wypowiedź prze-  
kazuje bowiem określoną treść. W przypadku rela-  
cji lekarz–pacjent są to te informacje, które lekarz  
powinien przekazać pacjentowi z medycznego  
punktu widzenia – dotyczą diagnozy, proponowa-  
nego leczenia, ewentualnie zabiegu i profilaktyki.  
Kiedy pojawiają się wątpliwości w odniesieniu do  
przebiegu leczenia czy efektów terapii, lekarz jest  
rozliczany właśnie z zawartości rzeczowej, a więc  
z tego, czy poinformował pacjenta o wszystkim,  
o czym powinien. Lecz paradoksalnie – w razie po-  
trzeby – to ona może być dla lekarza tarczą obron-  
ną. W sytuacji, kiedy lekarz spotka się z zarzutem  
niekompetencji – np. będzie posądzony o niedo-

stateczne poinformowanie pacjenta lub wprowa-  
dzenie go w błąd, może przytoczyć właśnie treść  
merytoryczną wspólnej relacji, czyli przywołać  
dokładnie te słowa, w których poinformował pa-  
cjenta o jego schorzeniu czy trybie leczenia. Bardzo  
dobrze sprawdzają się wówczas wszelkie gotowe  
procedury słowne typu:

L: *Jako lekarz przed tego typu zabiegiem zobowią-  
zany jestem poinformować Pana/Panią o możliwych  
konsekwencjach. Zdarzają się one sporadyczne,  
jednak Pan/Pani ma obowiązek je znać przed za-  
biegiem.*

Warto zauważyć, że tak skonstruowana wy-  
powiedź przenosi ciężar odpowiedzialności per-  
sonalnie z lekarza na procedurę poprzez zwroty  
typu: *jestem zobowiązany poinformować, Pan/  
Pani ma obowiązek wiedzieć itd.* W ten sposób pa-  
cjent uzyskuje konkretne informacje, natomiast  
poprzez użycie formalnego języka i przywołanie  
zewnątrznych procedur nie wpływa to znacząco  
na relację interpersonalną. Niezwykle istotne jest,  
aby lekarz przekazał pacjentowi informację słow-  
nie, a nie w formie pisemnej, gdyż w kryzysowych  
sytuacjach pacjent często zasłania się własnym  
zdenewowaniem i innymi emocjami związanymi  
ze stresem.

W pewnej oficjalnej skardze pacjent obwiniał  
personel medyczny słowami:

P: *Nikt mi nic nie powiedział, że coś może się stać. Dali  
do podpisania papierów, a człowiek przed operacją  
to taki zdenewowany jest, że nie przeczytał wszyst-  
kiego do końca.*

Oczywiście przed zabiegiem pacjent podpi-  
sał świadomą zgodę na leczenie – na tej podsta-  
wie oddalono zarzuty wobec lekarzy, niemniej  
jednak nieprzyjemne wrażenie pozostało. Wypra-  
cowanie przez lekarza nawyku przekazywania  
pacjentowi informacji słownie korzystnie wpły-  
wa na relację między nimi. Dlatego ważne jest,

aby lekarz posiadał umiejętność rozmowy z pacjentem i dotarcia do niego. Dotykamy tutaj niezwykle istotnej kwestii, mianowicie rozdziwisku między tym, co lekarz mówi i powinien mówić z racji swojej roli społecznej, a tym, co chciałby powiedzieć w odczuciu relacji międzyludzkiej. Innymi słowy, w jaki sposób np. można poinformować pacjenta o możliwych efektach ubocznych proponowanego leczenia czy zabiegu, aby go nie wystraszyć i nie wywołać lęku. Tę komunikację z pacjentem niezwykle skutecznie polepsza właśnie narracja podzielona na dwa poziomy: oficjalny, związany z procedurą, i nieformalny, uruchamiający empatię w relacji. Ten pierwszy poziom uruchamiany jest przywołaniem zewnętrznego reguła typu: *Moim obowiązkiem jako lekarza jest; w tego typu zabiegach medycznych pacjent ma prawo/powinien być poinformowany/należy go poinformować etc.* W ten sposób z jednej strony lekarz przywołuje zewnętrzny punkt widzenia, z drugiej rozszerza odpowiedzialność na pacjenta: *Zanim podpisze Pan/Pani zgodę na zabieg; zanim podejmie Pan/Pani decyzję o leczeniu etc., **formalnie** mam obowiązek przekazać panu [...].* Drugi poziom, upodmiotawiający pacjenta uruchamiany jest poprzez włączenie mniej formalnego języka:

L: *Mam obowiązek Pana/Panią poinformować, ale **chcę** też **zapewnić**, że takie przypadki są niezwykle rzadkie. W naszym szpitalu/przychodni/gabinecie nigdy (jeśli to prawda) nie miały one miejsca. etc.,*

ewentualnie poprzez nazwanie potencjalnych emocji pacjenta:

*Czy to, co Pan/Pani usłyszał/a, wywołało jakieś obawy?*

Samo mówienie o trudnych emocjach, a w rezultacie ich zdefiniowanie przez pacjenta, sprawia, że można się z nimi oswoić, a nawet ich pozbyć.

## Płaszczyzna wzajemnych relacji

Rozpoznawanie emocji i upodmiotowienie relacji mają silny związek z drugą płaszczyzną komunikacji, a mianowicie ze związkami, które zachodzą między lekarzem a pacjentem. Jak się wzajemnie traktują? W jaki sposób nawiązują ze sobą kontakt? Jaka jest pozycja każdego z nich? Czy relacja jest symetryczna, czy asymetryczna? Postawę stron w tej relacji kształtuje wzajemne przekazanie opinii, co o sobie myślą, zarówno werbalne, jak i niewerbalne. W medycznym kontekście ważna jest odpowiedź na pytanie: w jakim stopniu pacjent czuje się ważnym partnerem, a w jakim przedmiotowo potraktowanym petentem. To na tej płaszczyźnie przydatne okazują się wszelkie informacje z zakresu komunikacji niewerbalnej – nie tylko gestów, ale i mimiki. Dodatkową niezwykle istotną rolę pełni umiejętność regulowania dystansu fizycznego między ludźmi. Badania antropologiczne wyraźnie dowodzą, że fizyczna odległość dzieli bliskich sobie ludzi i znacząco wpływa na ich relacje: im jest mniejsza, bardziej bezpośrednia staje się sama komunikacja – partnerzy używają mniej formalnego języka i poruszają mniej formalne tematy. Są to tzw. reguły wzajemnego porozumiewania się (ang. rules of rapport), czyli wzorce społecznego kontaktu. Wybór strategii porozumiewania jest uwarunkowany stopniem społecznej więzi, stopniem zażyłości bliskich sobie ludzi oraz zwyczajami kulturowymi.

Edward Hall opracowując strategię porozumiewania się, wyznaczył cztery strefy: intymną, osobistą, społeczną i publiczną, w odniesieniu do każdej z nich dokładnie oszacował odległości dzielące rozmówców. Zaznaczył zarazem, że z powodu różnorodności kultur odległości między rozmówcami mogą nieco odbiegać od ustalonej normy, sam mechanizm natomiast ma charakter uniwersalny.

W badaniu z udziałem populacji amerykańskiej oszacował przedziały odległości w sferach: intymnej – do 45 cm, osobistej – od 45 cm do 1,2 m, społecznej – od 1,2 m do 3,5 m, i publicznej – od 3,5 m do granic słyszalności. W relacji lekarza z pacjentem nie zachodzi potrzeba przekraczania granicy sfery intymnej, lecz jest ona przekraczana, ponieważ badanie odbywa się w przestrzeni intymnej – lekarz przybliża się do pacjenta, kiedy np. zakrapla mu oczy albo dotyka go w trakcie innych badań. W okulistyce badaniem, którego przeprowadzenie najbardziej wymusza wejście w sferę intymną, jest oftalmoskopia – lekarz i pacjent prawie dotykają się policzkami. Fizycznie zatem przebywają we wspólnej przestrzeni intymnej. W odniesieniu do relacji zaś jest to przestrzeń dystansu – obowiązują tu zupełnie inne zasady regulacji relacji społecznych. Rzecz w tym, że skoro lekarz poprzez badanie wkracza w przestrzeń intymną pacjenta, ten naturalnie uruchamia mechanizmy funkcjonujące w tej przestrzeni. Podświadomie zatem dąży do zmniejszenia dystansu psychicznego, jaki dzieli go od lekarza, np. zadaje pytania dotyczące życia prywatnego lekarza (życia intymnego i preferencji seksualnych, fizjologii, życia rodzinnego i poglądów religijnych czy społeczno-politycznych) lub porusza podobne tematy, które go dotyczą. Oto kilka przykładowych pytań. Pani ginekolog usłyszała pytanie: *A Pani doktor to jaką antykoncepcję stosuje? Lekarzy rodzinnych zapytano: A jaką ma Pan doktor kupę po tych tabletkach? Bo ja luźną. A swoim dzieciom Pan doktor by dał ten antybiotyk?* Pani dermatolog zaś usłyszała pytanie: *Pani to grzybic na basenie nie łapie? Bo ja ciągle.* Pytania są z pozoru niewinne, jednak udzielenie na nie odpowiedzi jest równoznaczne z udostępnieniem pacjentowi przestrzeni prywatnej lekarza. W konsekwencji takiego działania dochodzi do natychmiastowej zmiany relacji między lekarzem a pacjentem na partnerską, czyli

symetryczną. W praktyce oznacza to, że lekarz wykracza poza ramy asymetrycznej struktury i traci poczucie sprawczości, albowiem wdając się w relacje partnerskie, staje się kolegą i w tej sytuacji nie może nakazywać pacjentowi, jak ten ma funkcjonować. Podobnie działają wszelkiego typu paktów lojalnościowe, które pacjenci często próbują zawiązać z personelem medycznym. Odzielenie odpowiedzi na te z pozoru niewinne prośby, takie jak: *Tylko proszę mężowi nic nie mówić. A może by Pan doktor żonie przepisał takie tabletki na uspokojenie i powiedział, że to witaminy,* powoduje, że lekarza wychodzi ze swojej roli społecznej. Podobny skutek przynoszą dowcipkowanie i wdawanie się lekarza w działania lojalnościowe związane z płcią: *My kobiety/faceci musimy trzymać się razem. Wie Pan/Pani jak to z kobietami/facetami w małżeństwie jest.* Zdarza się i tak, że pacjenci próbują zmniejszyć dystans, podejmując próbę zmiany asymetrii, na przykład poprzez ocenianie lekarza czy udzielanie mu porad typu:

P: *Widzę, że Pani się włosy rozdławiają. A próbowała Pani nowej odżywki firmy X?*

P: *Pani doktor, coś się Pani doktor przytyło ostatnio? Za dużo słodyczy czy hormonów? Może niech Pani spróbuje ten suplement firmy X. Ja po nim schudłam w trzy miesiące.*

P: *Oj widziałem, jak Pani doktor parkowała. Proszę więcej patrzeć w lewe lustro.*

Nawet najbardziej żartobliwa odpowiedź lekarza na pytanie dotyczące jego sfery prywatnej jest równoznaczna z zaproszeniem pacjenta do wejścia w nią i zgodą na tego typu bliskość. Sama odpowiedź merytoryczna, np.: *Rzeczywiście przytyłem ostatnio 4 kilo, bo miałem kontuzję i przestałem biegać,* na płaszczyźnie relacji wzajemnych dostarcza pacjentowi przekaz: *Jesteśmy ze sobą w takich relacjach, że możemy poruszać intymne tematy.* Natomiast uprzejma wypowiedź w stylu:



*Dziękuję za troskę, ale moje zdrowie jest moją prywatną sprawą. Zajmijmy się pana jaskrą, pozwala utrzymać dystans. Utrzymanie dystansu jest niezbędne, aby lekarz miał poczucie mocy sprawczej w tej relacji i zdecydowanie nie wchodził w dyskusję z pacjentem nt. na przykład własnej nadwagi czy swoich umiejętności kierowania pojazdem. Jeśli zaś zdecyduje się na tę polemikę, musi mieć pełną świadomość konsekwencji. Może się zdarzyć, że podczas kolejnej wizyty pacjent – przywołując temat ze sfery prywatnej – będzie próbował nakłonić lekarza do konkretnych działań: *Pan doktor sam biega, to wie, ja ważne jest przygotowanie do marnatu. Tak między nami biegaczami, tygodniowe zwolnienie z pracy bardzo by mi się przydało.**

Nie oznacza to jednak, że dystans lekarza wobec pacjenta ma być sztywny. Ważne jest, aby lekarz sam podejmował decyzję, jakie mają być granice jego prywatności. Może mu nie przeszkadzać, że pacjent wie dużo o jego życiu prywatnym, albowiem uznaje, że nie zagraża to utratą poczucia sprawczości i decyzyjności.

## **Płaszczyzna ujawniania siebie**

Trzecia płaszczyzna, której istnienia w kontaktach międzyludzkich często nie jesteśmy świadomi, dotyczy ujawniania siebie. W relacjach międzyludzkich – i wtedy, kiedy coś mówimy, i wtedy, kiedy nie mówimy, ale relacja jest bliska – ujawniamy pewne informacje o sobie. Paul Watzlawick powiedział niegdyś: *Nie można nie komunikować*, dzisiaj brzmi to jak slogan i w dobie rozwiniętych badań nad komunikacją niewerbalną nabiera nowego znaczenia. Badania te bowiem dowodzą, że większość komunikatów niewerbalnych: gestów, zachowań mimicznych czy ruchów, wysyła my nieświadomie i często nie jesteśmy w stanie

ich kontrolować. Co więcej, ludzie zdecydowanie bardziej wierzą w informacje przekazywane niewerbalnie niż werbalnie. Szczególnie wtedy, kiedy wypowiedzi werbalne są niespójne i wywołują u odbiorcy poczucie niepewności oraz powodują zamieszanie, wówczas odbiorca uzupełnia je informacjami, które jego zdaniem płyną z przekazu niewerbalnego. W praktyce oznacza to, że jeśli pacjent nie otrzyma spójnego przekazu słownego, uzupełnia go komunikatem niewerbalnym, który sobie stworzy, bazując na gestach lekarza, jego tonie głosu czy ruchach brwi. Na przykład – jeśli pacjent jest wystraszony stanem swego zdrowia, niepewny czy wystraszony ton głosu lekarza może ten strach jeszcze spotęgować. Pewna pacjentka podejrzewała, że jest chora na nowotwór piersi i bardzo bała się diagnozy. Kiedy poznała diagnozę i dowiedziała się, że guz nie ma znamion nowotworowych, powiedziała: *badania pokazują, że jest ok, ale ta lekarka miała taki niewyraźny wyraz twarzy. Jakby sama była nieprzekonana.*

Skoro większość komunikatów niewerbalnych jest wysyłana nieświadomie, pojawia się pytanie, co w takiej sytuacji ma zrobić lekarz. Kiedy sam nadawca czuje, że to, co mówi, nie znajduje odzwierciedlenia w tym, co pokazuje jego ciało, albo widzi analogiczną sytuację u pacjenta, najskuteczniejsze jest nazwanie potencjalnej emocji i porozmawianie o niej. Już samo nazwanie emocji – strachu, gniewu, lęku, obawy, pozwala pacjentowi określić sytuację i zidentyfikować emocję. Może zatem dialog z pacjentem należy prowadzić w ten sposób:

L: *Wyniki badań są dobre. Ale odnoszę wrażenie, że mimo to odczuwa Pan/Pani jakiś niepokój?*

P: *Tak, bo może się pomylili w laboratorium.*

L: *Moje doświadczenie pokazuje, że takie sytuacje nie zdarzają. Ale czy chciałby Pan/Pani powtórzyć badanie? Niestety, wówczas byłoby ono pełnopłat-*

ne. *Może to by pomogło oswoić Pana/Pani strach przed nowotworem.*

P: *Sam już nie wiem.*

L: *Proszę się zastanowić, co by Pana/Panią mogło uspokoić, może to, że charakter zmiany jest łagodny. Znam przypadki pacjentów, którzy wpadli w błędne koło: im więcej robili badań, które wykłuzyły złośliwy charakter zmiany (potwierdziły jej łagodny charakter), tym bardziej niepewnie się czuli.*

P: *Wie pan, tyle się słyszy o różnych przypadkach.*

L: *Czyli niepokoi Pana/Panią to, że w Pana/Pani przypadku może być podobnie.*

P: *No tak, ale ... chyba ma Pan rację. Bo prostu wpadłam/em w panikę.*

L: *Każdy z nas obawia się o swoje zdrowie. To normalne. Natomiast chcę Pana/Panią zapewnić, że z medycznego punktu widzenia nie widzę konieczności prowadzenia dalszych badań. Jednak gdyby to Pana/Panią jakoś miało uspokoić, to proszę przyjść.*

W tej sytuacji lekarz w ogóle nie zajmował się stroną merytoryczną, tylko ujawnianymi przez pacjenta emocjami, związanymi z jego stanem zdrowia. Nie oceniał ich, jedynie się im przyglądał. To pozwoliło pacjentowi – poprzez rozmowę – oswoić emocję, dać sobie do niej prawo, ale równocześnie nabrać do niej dystansu. W pierwszym zdaniu, kiedy lekarz zapytał pacjenta o niepokój, pacjent pozostał jeszcze na płaszczyźnie zawartości rzeczowej, twierdząc, że to pracownicy w laboratorium mogli popełnić błąd. Jeszcze zatem nie uruchomił trudnej emocji. Lekarz odpowiedział na płaszczyźnie treściowej, wskazując na możliwość powtórzenia badań, po czym w kolejnej wypowiedzi znowu nazwał emocje pacjenta: *Strach przed rakiem*. Pacjent nie szukał kolejnych winnych w zewnętrznym świecie, lecz bazował na własnym wahanii, pokazał więc, że jest otwarty na rozmowę o emocjach – po prostu stwierdził: *Nie wiem*. W odpowiedzi le-

karz ponownie wskazuje domenę emocji poprzez czasownik *uspokoić*, po czym mówi o mechanizmie psychologicznym. Przytoczenie mechanizmu psychologicznego pozwala na to, aby pacjent usytuował się w gronie ludzi, którzy też się boją. Takie poczucie przynależności sprawia, że nie czuje się on już tak osamotniony. Jednak powraca na płaszczyznę rzeczową. Lekarz natychmiast przypisuje tę wypowiedź do emocji. Dzięki temu pacjent sam identyfikuje to, co czuje: *Wpadłem w panikę*. Lekarz w ostatniej wypowiedzi buduje przestrzeń, w której pacjent może jeszcze wrócić do niego ze swoim strachem, cały czas jednak zapewnia, że to jest kwestia emocji pacjenta, a nie rzeczywistego zagrożenia. Najważniejsze w tej sytuacji jest to, że poprzez rozmowę pacjent uściślił, co czuje, nie przypisał swojego strachu i lęku przed nowotworem lekarzowi i nie umiejscowił go w domenie medycznej, tylko emocjonalnej.

Abym jednak lekarz mógł zająć się emocjami pacjenta, musi dobrze rozumieć własne emocje i mieć wiarygodny, czyli spójny wizerunek. Spójność rozumiana jest tu na dwa sposoby. W pierwszy sposób – jako spójność między tym, kim ktoś rzeczywiście jest, a tym, kim chciałby być, czyli tym, jaki publiczny wizerunek siebie chciałby tworzyć. W drugi sposób – jako spójność odbywająca się na płaszczyźnie informacji werbalnych i niewerbalnych. Człowiek jest spójny wizerunkowo wtedy, kiedy strony werbalna i pozawerbalna nawzajem się wspierają, kiedy wszystkie nadawane sygnały biegną w tym samym kierunku i kiedy ze sobą sygnalizują.

W skład tej części komunikowania się wchodzi tzw. *twarz*, czyli publiczny wizerunek nas samych – to, jakie wrażenia chcielibyśmy wywrzeć na innych, jakie emocje w nich budzić. Pojęcie to zostało po raz pierwszy zdefiniowane przez Erwina Goffmana, który dostrzegł, że wiele zachowań

w kontaktach międzyludzkich nastawionych jest na obronę twarzy lub utrzymanie, zachowanie twarzy (albo swojej własnej, albo partnera interakcji). Utrwaliła to także frazeologia języka, dlatego mówimy: *zachować twarz, stracić/tracić twarz, wyjść z twarzy*. Później koncepcja ta została rozwinięta poprzez wprowadzenie rozróżnienia na aspekty pozytywny i negatywny. Aspekt pozytywny jest budowany na bazie systemu wartości uznawanych przez innych – *Twarz pozytywna symbolizuje prawo do pozytywnego, zintegrowanego obrazu samego siebie czy własnej osobowości, szczególnie zaś prawo do posiadania pragnienia, aby ten obraz siebie był doceniany i akceptowany przez innych, natomiast Twarz negatywna symbolizuje prawo do własnej przestrzeni życiowej, prawo do niezakłóconego spokoju i swobody poczynania, a zatem prawo do niezależności, nieingerencji i samostanowienia*. Spójność wizerunkową można osiągnąć wtedy, kiedy człowiek ma dużą samoświadomość i buduje swój społeczny wizerunek w zgodzie z tym, jaki jest.

Rola społeczna lekarza uruchamia w przestrzeni społecznej określone oczekiwania, a więc stereotypowe przekonania na temat tego, jak lekarz powinien się zachowywać i wyglądać. Nieumiejętne połączenie sfery prywatnej lekarza z jego rolą społeczną i publicznym wizerunkiem prowadzi często do nieporozumień komunikacyjnych.

Jest jeszcze jedna, kulturowa tym razem, przyczyna niespójności komunikacyjnej. Wynika ona właśnie z potrzeby zachowania twarzy własnej i twarzy odbiorcy. Jak dowodzą badania, w życiu społecznym jesteśmy *Rzetelni wobec konwencji, nierzetelni wobec faktów* wtedy, kiedy fakty mogłyby zagrażać twarzy naszego odbiorcy, czyli w jakiś sposób go obrażać, poniżać lub sprawić mu przykrość. Niespójność w komunikacji wynika z tego, że na poziomie zawartości treściowej jest

on sprzeczny z zasadami związanymi z płaszczyzną wzajemnych relacji. Dlatego na pytanie kogoś, kto upiekie ciasto, czy nam smakuje, prawie zawsze odpowiemy, że pyszne, nawet jeśli każdy kęs staje w gardle. Za niegrzeczną uchodzi sytuacja, w której gość wprost powie gospodyni, co sądzi o jej gotowaniu. Werbalnie zapewne pochwali ją, choć niewerbalnie przez grymas twarzy czy gest ujawni rzeczywistą opinię na ten temat.

W przypadku relacji lekarza z pacjentem sytuacja jest skomplikowana. Wynika to z połączenia twarzy, czyli publicznego wizerunku samego siebie, związanego z wykonywanym zawodem i oczekiwaniami społecznymi dotyczącymi roli społecznej lekarza, z prywatną sferą lekarza, związaną z jego tożsamością społeczną, płcią, wiekiem, wyglądem etc. Przykładowo, inny jest wizerunek publiczny 50-letniego lekarza z włosami przyprószonymi siwizną, a inny młodej lekarki o dziewczęcym wyglądzie. Starszy mężczyzna uruchamia skrypt kulturowy, czyli gotowy scenariusz oczekiwań i ocen społecznych, związanych z płcią i latami, który w tym przypadku dodaje mu wiarygodności. Natomiast drobna kobieta o dziewczęcym wyglądzie takiej wiarygodności już nie buduje, dlatego musi ją wzmacniać innymi środkami retorycznymi, np. przywoływać badania naukowe, czy w inny sposób umacniać swoją kompetencję. Pewna nefrolog o takim właśnie wyglądzie przytaczała sytuację, która ją spotkała. Otóż badała pacjenta z ostrym stanem zapalnym. Chciała okazać mu empatię i współczucie, powiedziała więc: *Musiał się pan w nocy nacierpieć w takim stanie nerki*. Na co pacjent, starszy mężczyzna, odpowiedział: *Co ty dziecko wiesz o cierpieniu*. W tej sytuacji kluczowe jest słowo *dziecko*, które natychmiast buduje strukturę ich relacji i sytuuje lekarkę w pozycji asymetrycznej. Pacjent – sam dorosły – umieścił ją w roli dziecka, które – z racji wieku i braku doświadczenia

– nie posiada wystarczającej wiedzy, aby wejść nie tylko w rolę lekarza, ale w ogóle dorosłego. Warto zauważyć, że w tej sytuacji zarzut nie miał charakteru merytorycznego, lecz relacyjny.

Podobny problem z relacją można zobrazować kolejnym przykładem. Lekarz przyjął pacjenta, który zajmuje kierownicze stanowisko i na co dzień przyzwyczajony jest to tego, że to właśnie on podejmuje decyzje i kontroluje przebieg wydarzeń. Zaproponował pacjentowi konkretną formę terapii i natychmiast napotkał na opór na płaszczyźnie wzajemnej komunikacji. Pacjent nie przyjął do wiadomości ustalonego toku leczenia, gdyż miał poczucie, że ktoś mu coś narzuca i za niego decyduje. W jego rozumieniu sytuacja, w której to nie on podejmuje decyzję, jest sytuacją zagrażającą jego twarzy. Dopiero podczas kolejnego spotkania, kiedy lekarz zastosował strategię pozornego wyboru i powiedział:

L: *Proszę Pana. Z mojego lekarskiego wywiadu wynika, że cierpi Pan na [...]. W takim przypadku możliwe są dwie ścieżki działania. Możemy zastosować farmakologię i wtedy leczenie potrwa do sześciu tygodni, bądź zabieg, który polega na [...]. Plusem pierwszego sposobu jest [...], drugiego zaś – [...]. Czy chce Pan o coś zapytać?*

Pacjent ów pozwolił lekarzowi działać. Lekarz ochronił w ten sposób twarz pacjenta, ponieważ pozwolił mu podjąć ostateczną decyzję. W tej sytuacji lekarz mówiąc: *Z mojego lekarskiego wywiadu wynika* przywołał domenę medycyny, w której to on jest kompetentny, a nie pacjent. Następnie proponując *dwie ścieżki działania*, dał pacjentowi poczucie, że to on sam dokonuje wyboru. Ostatnia zaś część wypowiedzi: *Czy chce Pan o coś zapytać*, stworzyła przestrzeń, w której ponownie do pacjenta należała decyzja o tym, czy chce o coś zapytać, czy nie. Taka sytuacja pozornie może wydać się czasochłonna. Praktyka jednak pokazuje,

że jeśli pacjent raz zaufa lekarzowi, później nie będzie ingerował w jego decyzje. Z punktu widzenia komunikacji lekarz uszanował potrzebę ważności i sprawczości pacjenta poprzez wykreowanie właśnie takiej sytuacji, kiedy to pacjent podejmuje decyzję. Z drugiej strony, to sam lekarz zawęził potencjalne dywagacje do dwóch możliwości. Zniwelował powszechne w gabinetach lekarskich zachowania pacjentów, którzy poszukują wiedzy medycznej w Internecie albo czerpią ją od kolegów z pracy i koniecznie chcą się leczyć w ten sam sposób. Owszem, pacjent ma prawo zapytać, ale lekarz tak skonstruował swoją wypowiedź, że umieścił w niej dwie medyczne ścieżki postępowania, sytuując propozycję pacjenta poza domeną medycyny.

Pojawia się pytanie o przyczyny, z powodu których ludzie tworzą stereotypy, skrypty kulturowe, np. związane z rolą społeczną personelu medycznego czy gotowe scenariusze zdarzeń. Wynika ona z tego, że w przestrzeni społecznej poczucie przewidywalności daje ludziom poczucie bezpieczeństwa. W ten sposób osiągają oni złudne poczucie kontroli nad sytuacją, a w efekcie poczucie bezpieczeństwa.

W teorii komunikacji tego typu zachowanie określa się mianem „informacji scalonych”, kiedy informację z jednej płaszczyzny komunikacji automatycznie scala się z pakietem przekonań i schematów dotyczących innych płaszczyzn komunikacji. Wysoki szpakowaty mężczyzna w okularach mówiący niskim głosem jest natychmiast stereotypizowany jako ktoś mądry i wiarygodny, mówiący wysokim głosem i wypowiadający słowa w szybkim tempie zaś – jako osoba chaotyczna i niepewna. Informacje scalone działają nie tylko na poziomie wizerunkowym, ale pojawiają się też w pojedynczych wypowiedziach. Taki mechanizm „informacji scalonej” dobrze ilustruje przykład:

L: *Denerwuje mnie to, że tak ważnego leku nie ma w aptekach od dwóch tygodni.*

P: *Pani doktor, ale ja naprawdę szukałem. Chyba w dwudziestu aptekach byłam i nic.*

L: *Wiem, bo nie ma w hurtowniach. I dlatego się tak denerwuję.*

P: *Ja panią bardzo przepraszam. To może w Internecie poszukam.*

Lekarka jedynie werbalnie wyraziła swoją emocję zdenerwowania. Merytorycznie wskazała jej powód w rzeczywistej sytuacji, czyli brak ważnego leku w aptekach. Pacjent jednak jej emocję scalał z tym, że to on jest przyczyną tej emocji, mimo że rzeczywista przyczyna została jasno wskazana.

## Płaszczyzna apelu

Jako ostatnią płaszczyznę możemy wymienić płaszczyznę apelu, a więc samą intencję komunikacyjną, czyli odpowiedź na pytanie, co chcemy w danej sytuacji osiągnąć. Może chcemy pacjenta do czegoś przekonać, może zdyscyplinować do działania, a może – w ostateczności – nastraszyć.

## Język

W języku nie ma przypadkowości. Każdy z nas intuicyjnie dobiera – w swoim przekonaniu – najlepsze środki językowe do wyrażenia swojej intencji komunikacyjnej. Detale językowego użycia – jak to nazywają językoznawcy – to elementy, które ujawniają informacje o tym, jak nadawca sytuuje się względem odbiorcy i jak chce być przez niego postrzegany. Może przez pryzmat pozycji zawodowej, kiedy mówi: *Panie doktorze, ostatnio pogorszył mi się wzrok. A wie Pan, jako prezes firmy codziennie muszę czytać stopy papierów.* Może przez pryzmat płci: *Pani doktor, bez okularów czuję się atrakcyj-*

*niejsza jako kobieta. Dlatego myślałam o laserowej korekcji wzroku.* Może w końcu przez pryzmat roli społecznej, znowu wskazany językowo: *Gdy się ma małe dzieci w domu, to trudno tak regulamie oczy zakraplać.* Przywołując niby przypadkiem np. swoją pozycję zawodową, pacjent równocześnie uruchamia skrypt kulturowy, czyli zestaw społecznych przekonań na temat nie tylko miejsca w hierarchii zawodowej, ale związanych z nią przywilejów i statusów, np. statusu ważności. Prezes to ktoś, kto jest na szczycie drabiny zawodowej w danej firmie i dzierży w tej firmie najwyższą władzę. Podkreślając to w rozmowie z lekarzem, daje wskazówkę dotyczącą tego, że samo bycie w relacji asymetrycznej jest dla niego trudne i może wiązać się z poczuciem zagrożenia *twarzy*. Dlatego stworzenie przez lekarza sytuacji, w której to sam pacjent podejmuje decyzję, daje mu poczucie komfortu.

Podobną wskazówką jest przywołanie roli społecznej (kolejny przykład). Matka opiekuje się dziećmi. W związku z tym odwołanie się do wartości, jaką jest opiekuńczość, pozwala na płaszczyźnie ujawniania siebie zidentyfikować tę wartość, a równocześnie zbudować przestrzeń, w której pacjentka dobrze się poczuje:

L: *Przy trójce dzieci to chyba w ogóle Pani nie ma czasu dla siebie?*

P: *Dokładnie.*

L: *Ciągle ktoś potrzebuje Pani opieki. Proszę więc zaopiekować się swoim zapaleniem spojówek tak, jakby to Pani synek chorował, a nie Pani. Przecież jak dziecko choruje, to nie zapomina pani o lekarstwach.*

P: (uśmiech)

Lekarz poprzez przywołanie cechy, przez pryzmat której pacjentka w publicznym wizerunku samej siebie chciałaby być postrzegana, pozwolił na zbudowanie dobrej wzajemnej relacji. I dopiero wtedy wplótnął zalecenie lekarskie.

## Metakomunikacja

Najskuteczniejszym sposobem radzenia sobie z nieporozumieniami komunikacyjnymi, związanym z odczytywaniem komunikatu na różnych płaszczyznach przez odbiorcę bądź wynikającym z nieadekwatnej reakcji odbiorcy na daną sytuację, jest metakomunikacja, czyli komunikacja o komunikacji. To umiejętność nazywania tego, jak widzimy daną sytuację i jak ją interpretujemy. Idealna wypowiedź metakomunikacyjna składa się z trzech elementów:

1. zauważenia jakiegoś elementu: zachowania niewerbalnego czy słowa,
2. interpretacji tego zachowania,
3. świadomości emocji, którą dany element w nas wywołał.

Friedemann Schulz von Thun bardzo wyraźnie podkreśla, aby oddzielać te elementy od siebie, ponieważ dzięki temu sami nie budujemy komunikatu scalonego, tylko odróżniamy czyjeś zachowanie i naszą nań reakcję. Oto przykład takiego komunikatu:

L: *Kiedy powiedziałam głośno, jaki jest koszt leczenia, to zmarszczyła Pani czoło (1). **Przypuszczam**, że ta suma Panią przeraziła (2). **Rozumiem**, że to duży wydatek i bardzo **żałuję**, że tego typu leczenie nie jest refundowane (3).*

Umiejętność mówienia o tym, jak widzimy i interpretujemy naszą relację z drugim człowiekiem, pozwala zbudować przestrzeń potrzebną do weryfikacji ewentualnych nieporozumień komunikacyjnych.

P: *Nie przerażała, bo domyślałam się, że tyle to będzie kosztowało. Raczej zmartwiła. Ale dziękuję za troskę.*

Pacjentka poczuła się potraktowana podmiotowo, gdyż jej emocje zostały zauważone, a płasz-

czyzna wzajemnych relacji – uszanowana. Merytorycznie natomiast nic się nie zmieniło.

Trudności w budowaniu tego typu komunikatów wynikają z ryzyka odsłonięcia własnych emocji, a w konsekwencji ryzyka zagrożenia, a nawet utraty *twary*. Kulturowo nie jesteśmy przyzwyczajeni, szczególnie mężczyźni, do mówienia o emocjach. Taka sytuacja uruchamia lęk przed ujawnieniem siebie. Paradoks polega na tym, że dopiero mówienie o nich, nawet tych najtrudniejszych, uwalnia komunikację od niewyrażonego napięcia i w rezultacie pozwala na bardziej otwartą relację. Aby człowiek mógł otworzyć się na drugiego człowieka, musi najpierw wejść w dialog sam ze sobą.

Lęk przed ujawnianiem siebie jest mocno związany z obawą przed tym, że zostaniemy negatywnie odebrani przez innych. W przypadku lekarza trudność jest wzmocniona przez dwoistość jego roli: jako lekarza i jako empatycznego człowieka. Jako lekarz przecież ma być kompetentny i silny, a poprzez ujawnienie swoich uczuć mógłby zostać poświadczony o słabości. Jest to jednak tylko pozorny paradoks, gdyż w metakomunikacji nie chodzi o to, aby obnażać się emocjonalnie i ukazywać swoje słabości, ale żeby nazywać, czyli identyfikować, emocję, która i tak się ujawniła np. w geście, mimice czy intonacji. Metakomunikat zatem dookreśla poziomy werbalny i niewerbalny, dzięki temu wizerunek lekarza staje się spójny.

## Trudny pacjent

### Pacjent z „wyczulonym uchem zawartości treściowej”

Rozpoznając sytuację komunikacyjną na wszystkich czterech poziomach, zrozumiałe

stają się niektóre trudne zachowania pacjentów w gabinecie lekarskim. Do takich na pewno można zaliczyć zachowania pacjenta, który jest nastawiony wyłącznie na merytoryczną stronę informacji, a równocześnie ma dużą potrzebę kontrolowania każdej sytuacji. Jest to pacjent, który zadaje milion pytań, sam sobie stawia diagnozę i – najczęściej na podstawie wiedzy amatorsko znalezionej w Internecie – podejmuje dyskusję z lekarzem, a nawet próbuje narzucić mu własną diagnozę i sposób leczenia. Robi to nie dlatego, że wątpi w wiarygodność lekarza, tylko dlatego, że poprzez sprawdzanie, dopytywanie, porównywanie w różnych źródłach oswaja sobie sytuację. W ten sposób staje się mu ona bliższa.

P: *Doktorze, ile będzie trwało leczenie mojego stanu zapalnego?*

L: *Do czterech tygodni.*

P: *Ale w ulotce jest napisane, że poprawa nastąpi po dwóch tygodniach stosowania leku. To w końcu dwa czy cztery?*

To wyjątkowo trudny typ pacjenta. Najważniejsze w relacji z takim pacjentem jest to, aby nie odbierać jego pytań na płaszczyźnie wzajemnej relacji. Taki człowiek z dużym prawdopodobieństwem podchodzi w ten sposób do każdej ważnej dla siebie sprawy. Szczegółowa wiedza na dany temat daje mu poczucie kontroli i sprawczości. Formą ochrony przed takim pacjentem jest wyznaczenie ramy czasowej:

L: *Proszę Pana/Pani, mamy jeszcze dziesięć minut na pytania.*

Wyznaczenie ramy czasowej pozwala lekarzowi kontrolować sytuację, a pacjentowi poczuć, że lekarz jest otwarty na jego pytania, natomiast zewnętrzna przyczyna, czyli czas przeznaczony na wizytę, to ogranicza. Natomiast to, że każda wizyta ma określony czas, jest argumentem merytorycznym, który dociera do takiego pacjenta.

## Pacjent z „uchem drażliwym”

To pacjent, który reaguje w sposób nieadekwatny do sytuacji i każdą wypowiedź, nawet najbardziej neutralną, odczytuje tak, jakby była personalnym atakiem na niego. Thun jako przyczynę takiego działania wskazuje niskie poczucie własnej wartości. Taki człowiek *jako klucz do rozszyfrowania wypowiedzi nadawcy wykorzystuje swój własny obraz. Ktoś, kto sam siebie ocenia niezbyt wysoko, akceptację i wypowiedzi neutralne traktuje tak, że potwierdzają jego negatywny obraz własny. I tutaj zamyka się błędne koło. Negatywny obraz własny staje się dla właściciela źródłem negatywnych doświadczeń, które ten obraz potwierdzają i umacniają*. W praktyce medycznej „ucho drażliwe” obrazuje następujący przykład:

L: *Tłumaczy pacjentowi, na czym polega jego schorzenie oraz w jaki sposób będzie przebiegało leczenie.*

P: *Wie Pan, ja może nie wyglądam jak intelektualista, ale Pan mi to tłumaczy, jakbym był kompletnym idiotą.*

Ten sam pacjent zapisał się do innego lekarza, uprzedzonego o zaistniałej sytuacji, który pomija tłumaczenie i ogranicza się do poinformowania pacjenta o tym, jak dawkować leki.

P: *Mysli Pan, że jestem tak głupi, że nie warto mi wytłumaczyć, co dzieje się z moimi oczami?*

Odbiorca z przewrażliwionym uchem relacyjnym, określanym w żargonie „uchem drażliwym”, pomija zawartość rzeczową wypowiedzi, koncentrując się wyłącznie na płaszczyźnie wzajemnych relacji i każdy komunikat traktuje jako atak na siebie. To bardzo trudna sytuacja komunikacyjna, pocieszające zatem jest to, że reakcja pacjenta nie odnosi się personalnie do lekarza, lecz jest elementem stałego repertuaru zachowań komunikacyjnych.

## Pacjent roszczeniowy

To pacjent ze zdecydowanie dużym deficytem poczucia własnej ważności. Z powodu różnych psychologicznych uwarunkowań, które w tym artykule celowo pominięto, ma on potrzebę zaznaczenia swojej obecności krzykiem czy groźbami. Chce być traktowany lepiej niż inni i w tym celu powołuje się na przykład na swoją pozycję zawodową:

P: *Czekam już dziesięć minut. Człowiek na moim stanowisku nie ma czasu na wysiadanie w poczekalniach. Poza tym ja nie jestem zwykłym pacjentem „na NFZ” tylko „pakietowym”.*

Najlepszą techniką radzenia sobie z takim pacjentem jest najpierw nazwanie jego emocji:

L: *Rozumiem, że jest Pan zirytowany, ponieważ spodziewał się Pan, że od razu zostanie przyjęty następnie przywołanie zasad ogólnych:*

L: *Ale w naszej przychodni jest zasada, że pacjenci wchodzi według kolejności czekania niezależnie od tego, czy przychodzą „na fundusz” czy „na komercyjne pakiety”. Tak też napisane jest w regulaminie, który mógł Pan przeczytać, gdyż wisi w poczekalni.*

Przywołanie zasad ogólnych zawsze skutkuje odsunięciem personalnej odpowiedzialności od lekarza czy personelu medycznego i pozwala zminimalizować personalną agresję pacjenta:

L: *Proszę na mnie nie krzyczyć, bo takie mamy zasady i Pana krzyk niczego nie zmieni. Nawet gdybym chciał/ła Pana przyjąć poza kolejnością, to nie mogę.*

## Podsumowanie

Podstawowym zadaniem lekarza jest leczyć. Aby mógł leczyć, musi mieć poczucie wolności w stawianiu diagnozy i podejmowaniu decyzji w sprawie postępowania medycznego. Nie może działać pod presją społeczną tylko dlatego, że wszedł z pacjentem w zbyt zażyłą relację bądź jest przez niego zastraszany. Równocześnie w tej relacji lekarz musi mieć poczucie własnej podmiotowości, a więc poczucie, że jego społeczny wizerunek, czyli twarz, jest zachowany. To pozwoli mu zbudować podmiotową relację z pacjentem i uszanować twarz. Taka obustronnie podmiotowa relacja jest podstawą do tego, aby pojawiły się w niej otwartość i zaufanie, objawiające się tym, że w dowolnym momencie rozmowy i lekarz, i pacjent mają poczucie, że mogą mówić o własnych odczuciach i to zostanie uszanowane.

Na przykład, jeśli lekarz rozpoznaje w reakcjach niewerbalnych pacjenta wątpliwość – jej oznaką jest przesunięcie ciała do tyłu bądź gesty mimiczne takie jak zmarszczenie brwi, i powie o niej pacjentowi: *Po tym, co powiedziałem, odniosłem wrażenie, że nie jest Pan przekonany do proponowanego zabiegu. A może tylko mi się wydawało?*

Wówczas tworzy pacjentowi przestrzeń na nazwanie tych wątpliwości i rozmowę o nich.

Samo mówienie o czyichś odczuciach tworzy podmiotowość relacji i pozwala na zachowanie tzw. kwadratowej klarowności, czyli dobrej komunikacji na wszystkich czterech poziomach, a w konsekwencji toruje lekarzowi ścieżkę do lekarskiego działania.



**Bibliografia:**

1. Antas J.: *O kłamstwie i kłamaniu*. Universitas Kraków. 2008.
2. Bolton R.: *Bariery na drodze komunikacji*. [w:] *Mosty za miast murów. O komunikowaniu się między ludźmi*. Stewart J. (red), PWN Warszawa 2000, s. 175.
3. Filarski T., Sroka T., Siechowicz M.: *Zrozumieć prawa pacjenta. Podstawowe wiadomości o organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce*. Wydawca: Narodowy Fundusz Zdrowia 2013.
4. Finkel M.A.: *I can tell you because you're a doctor*. Pediatrics 2008; 122: 442.
5. Hall E.T.: *Ukryty wymiar (The Hidden Dimension)* (tłum. Teresa Hołówska), Muza Warszawa 2009.
6. Hall E.T.: *Poza kulturą*. Muza Warszawa 1984.
7. Jankowska A.K., Pałgan I., Dylewska K., Grześk E., Wysociki M., Sadowska-Krawczyńska I.: *Komunikacja lekarz-pacjent a jakość opieki medycznej*. W: *Polskie Stowarzyszenie Zarządzania Wiedzą*. Seria: *Studia i Materiały* 2011; nr 54: s. 109–207.
8. Knapp M., Hall J.: *Komunikacja niewerbalna w interakcjach międzyludzkich*. Wyd. Astrum, Wrocław 2000: 23.
9. Majewska M.: *Język jako odzwierciedlenie sposobu oswajania choroby i cierpienia przez pacjenta i lekarza*, [w:] *Medycyna po Dyplomie*, marzec 2009; vol. 18, nr 3 (156): s. 126–131.
10. Maciąg A.: *Kulturowe uwarunkowania komunikacji interpersonalnej w relacjach lekarz-pacjent*. W: *Polskie Stowarzyszenie Zarządzania Wiedzą*. Seria: *Studia i Materiały* 2011; nr 53: s. 16–25.
11. Majewska M.: *Każda tragedia jest największa na świecie* [w:] „Teofil. wobec cierpienia”. *Pismo Studentów Kolegium Filozoficzno-Teologicznego Dominikanów*. Kraków 2011.
12. Majewska M.: *Lekarz jest od leczenia, nie od gadania. Funkcja języka w relacji pacjent-lekarz*. Materiały pokonferencyjne, VIII Krakowska Konferencja zatytułowana „R.A.K. – Ratuń, Akceptuj, Kieruj swoim życiem”, zorganizowana przez Fundację Urszuli Smok „Podaruj życie” oraz Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego
13. Thun F.: *Sztuka rozmawiania*. WAM Kraków, 2001.

PROGRAM EDUKACYJNY  
**„KOMPENDIUM OKULISTYKI”**  
**Zeszyt 1'2014 (25)**

**CIĘŻKI ZESPÓŁ SUCHEGO OKA – EPIDEMIOLOGIA I KLASYFIKACJA  
NA PODSTAWIE AKTUALNYCH WYTYCZNYCH ODDISEY ALGORYTM**

**dr n. med. Anna M. Ambroziak**  
**Odpowiedzi na pytania**

<b>1 D</b>	<b>6 C</b>	<b>11 E</b>	<b>16 C</b>	<b>21 E</b>
<b>2 E</b>	<b>7 E</b>	<b>12 C</b>	<b>17 B</b>	<b>22 B</b>
<b>3 B</b>	<b>8 E</b>	<b>13 E</b>	<b>18 A</b>	<b>23 E</b>
<b>4 E</b>	<b>9 C</b>	<b>14 D</b>	<b>19 C</b>	<b>24 E</b>
<b>5 A</b>	<b>10 E</b>	<b>15 B</b>	<b>20 A</b>	<b>25 D</b>

## Proszę wskazać prawidłowe odpowiedzi

### 1. Różnica między komunikacją a manipulacją polega na:

- A. W zasadzie nie ma różnicy.
- B. Komunikacja ma jawną intencję, a manipulacja – ukrytą.
- C. Komunikacja ma ukrytą intencję, a manipulacja – jawną.
- D. Kiedy odbiorca dostrzeże rzeczywistą intencję nadawcy, to w przypadku komunikacji wiarygodność nadawcy wzrośnie, a w przypadku manipulacji – zmaleje.
- E. Wszystkie odpowiedzi są nieprawidłowe.

### 2. Asymetria relacji lekarz–pacjent polega na tym, że:

- A. Lekarz jest wyżej w hierarchii społecznej niż pacjent.
- B. Lekarz może podejmować decyzje w sprawie leczenia pacjenta i podejmować za to odpowiedzialność, a pacjent w odniesieniu do lekarza nie ma takich możliwości.
- C. Pacjent jest petentem w stosunku do lekarza.
- D. Lekarz wie więcej niż pacjent.
- E. Wszystkie odpowiedzi są prawidłowe.

### 3. Każda wypowiedź składa się z następujących płaszczyzn:

- A. Płaszczyzny zawartości treściowej i relacyjnej.
- B. Płaszczyzny zawartości treściowej, relacyjnej i apelu.
- C. Płaszczyzny zawartości treściowej, relacyjnej i ujawniania siebie.
- D. Płaszczyzny zawartości treściowej, relacyjnej, apelu i ujawniania siebie.
- E. Wszystkie odpowiedzi są prawidłowe.

### 4. Proszę wskazać elementy językowe, które przywołują zewnętrzną procedurę, na którą powołuje się lekarz:

- A. *Jestem zobowiązany poinformować, że ...*
- B. *Niestety ale ...*
- C. *Przykro mi ale ...*
- D. *Chcę Panu/Pani powiedzieć, że ...*
- E. Wszystkie odpowiedzi są nieprawidłowe.

### 5. Płaszczyznę ujawniania siebie konstytuują:

- A. Zachowania werbalne.
- B. Zachowania niewerbalne.
- C. Zarówno zachowania werbalne, jak i niewerbalne.
- D. Żadne z nich.
- E. Stopnie naukowe.

### 6. Zawartość treściowa wypowiedzi to:

- A. Wszystko to, co lekarz wie o chorobie.
- B. Określone informacje przekazane w konkretnej wypowiedzi.
- C. To, co lekarz myśli o pacjencie.
- D. To, co lekarz chce merytorycznie przekazać pacjentowi.
- E. Wszystkie odpowiedzi są nieprawidłowe.

### 7. Sfera intymna wynosi:

- A. Do 45 cm.
- B. Od 45 cm do 1,2 m.
- C. Od 1,2 m do 3,5 m.
- D. Od 3,5 m do granic słyszalności.
- E. Od 45 cm do 3,5 m.

### 8. Sfera osobista wynosi:

- A. Do 45 cm.
- B. Od 45 cm do 1,2 m.
- C. Od 1,2 m do 3,5 m.
- D. Od 3,5 m do granic słyszalności.
- E. Od 45 cm do 3,5 m.

### 9. Sfera społeczna wynosi:

- A. Do 45 cm.
- B. Od 45 cm do 1,2 m.
- C. Od 1,2 m do 3,5 m.
- D. Od 3,5 m do granic słyszalności.
- E. Od 45 cm do 3,5 m.

**10. Sfera publiczna wynosi:**

- A. Do 45 cm.
- B. Od 45 cm do 1,2 m.
- C. Od 1,2 m do 3,5 m.
- D. Od 3,5 m do granic słyszalności.
- E. Od 45 cm do 3,5 m.

**11. Podstawą budowania wiarygodnego wizerunku jest:**

- A. Spójność między kanałem werbalnym a niewerbalnym.
- B. Elegancki wygląd.
- C. Prawidłowe wystawianie się.
- D. Umiejętność wystąpień publicznych.
- E. Znajomość języków obcych.

**12. „Informacja scalona” to informacja, w której:**

- A. Ktoś scala swoją rolę społeczną ze sferą prywatną.
- B. Ktoś informację z jednej płaszczyzny automatycznie scala z pakietem przekonań i schematów dotyczących innych płaszczyzn komunikacji.
- C. Ktoś informację z jednej płaszczyzny automatycznie scala z wyglądem i zachowaniem danej osoby.
- D. Ktoś scala swoją wiedzę z medycyny tradycyjnej i alternatywnej.
- E. Wszystkie odpowiedzi są nieprawidłowe.

**13. Metakomunikacja to:**

- A. Komunikacja o komunikacji: umiejętność nazywania tego, jak widzimy daną sytuację i jak ją interpretujemy.
- B. Komunikacja równocześnie na dwóch płaszczyznach.
- C. Komunikacja niewerbalna.
- D. Komunikacja równocześnie na trzech płaszczyznach.
- E. Wszystkie odpowiedzi są prawidłowe.

**14. Tematy, które wchodzą w skład przestrzeni prywatnej, to:**

- A. Plotki dotyczące pacjentów.

- B. Wszystko to, co lekarz uznaje za swoją prywatność.
- C. Życie intymne, preferencje seksualne, fizjologia, życie rodzinne.
- D. Informacje z Internetu.
- E. Wykształcenie lekarza.

**15. W przypadku, kiedy nadawca konstruuje komunikat niespójny, odbiorca:**

- A. Uzupełnia go sobie informacjami, które wywnioskował z komunikacji niewerbalnej.
- B. Traktuje to, co usłyszał, za pewnik.
- C. Wycofuje się z relacji.
- D. Obraża się na nadawcę.
- E. Wszystkie odpowiedzi są nieprawidłowe.

**16. Twarz to jest to:**

- A. Co o sobie myślimy.
- B. Co myślimy o innych.
- C. Publiczny wizerunek siebie, czyli to, jak chcielibyśmy być odbierani przez innych.
- D. Jak wyglądamy na zdjęciach.
- E. Wszystkie odpowiedzi są prawidłowe.

**17. Rola społeczna to:**

- A. Wszystkie funkcje, które pełnimy w życiu, i związane z tym przekonania.
- B. Określone oczekiwania, a więc stereotypowe przekonania na temat tego, jak osoba powinna się zachowywać i wyglądać.
- C. Tylko odpowiedź B jest prawidłowa.
- D. Prawidłowe są odpowiedzi A i B.
- E. Wszystkie odpowiedzi są nieprawidłowe.

**18. Pacjent z tzw. „uchem drażliwym”, to pacjent, który:**

- A. Jest nastawiony na merytoryczny przekaz informacji.
- B. Każdą wypowiedź traktuje jako atak na siebie.
- C. Empatycznie nawiązuje relacje z lekarzem.
- D. Ma duży deficyt poczucia własnej ważności i krzykiem czy groźbami zaznacza swoją obecność.
- E. Ma problemy laryngologiczne.

**19. Pacjent roszczeniowy:**

- A. Jest nastawiony na merytoryczny przekaz informacji.
- B. Każdą wypowiedź traktuje jako atak na siebie.
- C. Empatycznie nawiązuje relacje z lekarzem.
- D. Ma duży deficyt poczucia własnej ważności i krzykiem czy groźbami zaznacza swoją obecność.
- E. Wszystkie odpowiedzi są nieprawidłowe.

**20. Pacjent „z wyczulonym uchem zawartości treściowej”:**

- A. Jest nastawiony wyłącznie na merytoryczny przekaz informacji.
- B. Każdą wypowiedź traktuje jako atak na siebie.
- C. Empatycznie nawiązuje relacje z lekarzem.
- D. Ma duży deficyt poczucia własnej ważności i krzykiem czy groźbami zaznacza swoją obecność.
- E. Ma problemy laryngologiczne.

**21. Lęk przed ujawnieniem się ma związek:**

- A. Z obawą przed tym, że zachowanie lekarza zostanie zarejestrowane kamerą lub dyktafonem.
- B. Z obawą przed tym, że lekarz zostanie negatywnie odebrany przez pacjenta.
- C. Ze stereotypem lekarza jako osoby, która nigdy się nie boi.
- D. Z obawą przed tym, że komunikat werbalny będzie niespójny z niewerbalnym.
- E. Wszystkie odpowiedzi są nieprawidłowe.

**22. Wypowiedź metakomunikacyjna składa się z następujących elementów:**

- A. Zauważenia jakiegoś zachowania i świadomości emocji, które ono w nas wywołało, wyrażona słowami.
- B. Świadomości emocji, którą w nas wywołało jakieś zachowanie, interpretacji i zauważenia tej emocji.

- C. Postawienia diagnozy lekarskiej i świadomości emocji, które w nas wywołała.
- D. Świadomości, że pacjent może rejestrować przebieg spotkania, i powiedzenia mu o tym.
- E. Świadomości, że pacjent może napisać na lekarza skargę.

**23. W wypowiedzi: *Pani doktor, ale czy po zabiegu będę mogła prowadzić samochód, bo ktoś musi dzieci do szkoły zawieźć, pacjentka przywołuje:***

- A. Swoją pozycję zawodową.
- B. Swoją rolę społeczną.
- C. Swoją płęć.
- D. Swoje obawy.
- E. Swoje kompetencje jako kierowcy.

**24. W wypowiedzi: *Panie doktorze, kiedy będę prowadził zebranie zarządu, nie mogę mieć czerwonych spojówek, pacjent przywołuje:***

- A. Swoją pozycję zawodową.
- B. Swoją rolę społeczną.
- C. Swoją płęć.
- D. Swoje obawy.
- E. Wszystkie odpowiedzi są prawidłowe.

**25. Dobra komunikacja:**

- A. Jest kwestią kultury osobistej i nie ma sensu się nią zajmować.
- B. Utrudnia proces leczenia, ponieważ lekarz zajmuje się emocjami pacjenta i traci czas na bezsensowne dyskusje, zamiast leczyć.
- C. Utrudnia proces leczenia, gdyż pacjent przez to czuje się pewniej i staje się roszczeniowy.
- D. Usprawnia proces leczenia, gdyż po ustaleniu płaszczyzny wzajemnych relacji lekarz ma poczucie sprawczości i może działać w medycznym sensie.
- E. Wszystkie odpowiedzi są nieprawidłowe.



PROGRAM EDUKACYJNY  
„KOMPENDIUM OKULISTYKI”

**Zeszyt 2'2014 (26)**

**CZTERY PŁASZCZYZNY RELACJI LEKARZ-PACJENT**

dr n. hum. Małgorzata Majewska

**Odpowiedzi na pytania\***

imię i nazwisko .....

adres .....

tel. .... e-mail: .....

1.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

2.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

3.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

4.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

5.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

6.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

7.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

8.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

9.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

\*Odpowiedzi na pytania zawarte w zeszytcie 2'2014 (26) prosimy odsyłać do 1 grudnia 2014 roku.



10.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

11.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

12.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

13.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

14.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

15.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

16.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

17.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

18.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

19.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

20.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

21.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

22.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

23.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

24.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

25.

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych z zachowaniem gwarancji poufności danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu zgodnie z wymogami ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., Nr 133, poz. 883 z późniejszymi zmianami).

podpis .....

data .....

## Role of the Dopaminergic System in the Development of Myopia in Children and Adolescents

(Nebbioso M, Plateroti A, Pucci B, Pescosolido N: *Journal of Child Neurology* 2014 Jul)

To, że siatkówka bierze udział w regulacji naszego podstawowego zegara biologicznego, którym jest rytm okołodobowy związany z fotoperiodyzmem, czyli reakcją organizmu na zmianę czasu trwania okresów światła i ciemności w rytmie okołodobowym, jest – można by rzec – truizmem. Wiemy też od lat, że zaburzenia zjawiska fotoindukcji wykraczające poza regulacje fizjologiczne leżą u podstaw mechanizmu progresji kórkowzroczności wpisanego w zmiany w budowie macierzy twardówkowej.

Autorzy artykułu podjęli próbę podsumowania wyników badań naukowych prowadzonych w celu określenia roli, jaką dopamina pełni w regulacji wzrostu osiowego gałki ocznej. To dopamina bowiem jest podstawowym fotoczułym neuroprzekaźnikiem odpowiedzialnym za adaptację do światła oraz regulację rytmu biologicznego. Wzrost aktywności receptorów dopaminowych D1 i D2 w siatkówce generuje sygnał hamujący osiowy wzrost gałki cznej (okres emetropizacji). Wykazano, że podobnie oddziałuje phenylethylamina – endogenny prekursor neurotransmitera modelującego aktywność dopaminy. Moduluje zatem konsekwencje deficytu dopaminy i reguluje wzrost osiowy gałki ocznej, z tego powodu pokładamy w niej duże nadzieje – zarówno my, lekarze praktycy, jak i naukowcy.

Wzbudza ciekawość, czy zmniejszona aktywność tego neuroprzekaźnika będzie skutkowałą nasilonym występowaniem krótkowzroczności i jej progresją u chorych na anoreksję, u których – jak wiemy – stężenia dopaminy w mózgu są obniżone? Czy regulacja fotoperiodu stanie się przełomem w walce z epidemią krótkowzroczności? Chociaż do dzisiaj naukowo dowiedziono, że na progresję miopii zarówno u dzieci, młodzieży, jak i dorosłych wpływają takie czynniki jak czas przebywania w warunkach naturalnego oświetlenia oraz fotozależny zegar biologiczny, chcielibyśmy jeszcze poznać odpowiedzi na wiele pytań.

Najważniejsze czynniki ryzyka rozwoju krótkowzroczności i jej progresji:

- geny (wystarczy, że jedno z rodziców jest krótkowzroczne),
- niewłaściwy tryb życia (rytm dobowy, oświetlenie, praca wzrokowa do blizy),
- zaburzony rytm odżywiania, nieprawidłowa dieta,
- peryferyjna „nadwzroczność”,
- rasa (azjatycka).

*Opracowała dr n. med. Anna M. Ambroziak*

**Informacje dotyczące programu  
dostępne są na stronie [www.pto.com.pl](http://www.pto.com.pl)**

PARTNER PROGRAMU



Po wypełnieniu dołączonej karty odpowiedzi  
proszę przekazać ją przedstawicielowi firmy Santen OY  
Przedstawicielstwo w Polsce  
lub odesłać na adres:

Santen Oy S.A. Przedstawicielstwo w Polsce  
ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. Nr 18/107  
02-366 Warszawa

W przypadku jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt telefoniczny:

+48(22) 668 60 04

+48(22) 668 59 88

lub mailowy na adres: [biuro@santen.com.pl](mailto:biuro@santen.com.pl)