



Mariusz Oboda
Omd Mariusz Oboda
ul. Kazimierza Wielkiego 5c/159
61-863 Poznań
e-mail: biuro@omd.edu

Różnica pomiędzy aktywnością a efektywnością – cztery postawy, jakie lekarz dentysta przyjmuje w relacji z pacjentem

The difference between activity and productivity - four dentist's attitudes towards patients

Słowa kluczowe:

efektywna komunikacja, zdolności komunikacyjne, samorozwój, budowanie relacji interpersonalnych z pacjentem, samoświadomość, postawy komunikacyjne.

Keywords:

effective communication, interpersonal skills, self-development, building interpersonal relations with a patient, self-consciousness, communication stances.

Różnica pomiędzy aktywnością a efektywnością – 4 postawy, jakie lekarz dentysta przyjmuje w relacji z pacjentem.

Tym artykułem chcę zapoczątkować cykl prezentujący lekarzom implantologom zagadnienia związane z efektywną komunikacją z pacjentem na różnych etapach ustalania kompleksowego planu leczenia. Moje wieloletnie obserwacje lekarzy dentystów w całym kraju, podczas ich pracy z pacjentami, pozwalają mi zauważyć niebudzący wątpliwości związek pomiędzy zdolnościami komunikacyjnymi a wartością planów leczenia, poczuciem zawodowego spełnienia i satysfakcją pacjentów z wizyty.

Jak sądzą Państwo, ilu z 10 zapytanych pacjentów uważa, że dobrze czyści zęby?

Doświadczenie pokazuje, że większość lub prawie wszyscy odpowiadają, że robią to prawidłowo.

Jak Państwo uważają, jako profesjonalści, ilu z nich obiektywnie dobrze czyści zęby?

Odpowiedzi lekarzy dentystów oscylują wokół liczb 1-3. Pomijając matematyczną dokładność, z całą pewnością jest spora dysproporcja pomiędzy tym, co wydaje się pacjentom, a tym, co uważają lekarze.

Z czego wynika ta różnica w ocenie?

Różnica nie wynika z tego, że pacjenci kłamią, a z tego, że ich postrzeganie rzeczywistości, tego, co robią, jest ograniczone tym, z czego nie zdają sobie sprawy. Nie są w stanie zauważyć tego, czego nie ma w ich świadomości. Z tego wynika ich błędne i źle służące przekonanie. Inaczej widzą to lekarze, ponieważ posiadają zdecydowanie

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie postaw komunikacyjnych przyjmowanych przez lekarzy dentystów w trakcie pracy z pacjentem. Opisane zostają 4 postawy: Wykonawcy, Prezentera, Kapitana oraz Doradcy. Opis postaw służy przedstawieniu wpływu systemu przekonań i wynikających z nich zachowań na kształtowanie stosunku pacjenta do lekarza, charakteru budowanej z nim relacji oraz osiągniętych efektów w kontekście ustalania z pacjentem zakresu planu leczenia.

Abstract

The point of the article is to present the basic communication stances assumed by dentists in the course of work. It describes a division into four ways to approach the patient - the doctor may assume the role of Executive, Presenter, Captain or Advisor. The description of these stances is aimed to present the influence of dentists' attitudes and behaviours on creating the doctor-patient relation and on achieved results in the context of setting the treatment plan.

wanie większą wiedzę na ten temat.

Jak sądzą Państwo, ilu z 10 zapytanych lekarzy uważa, że dobrze komunikuje się z pacjentem?

Doświadczenie wynikające z mojej wieloletniej pracy z lekarzami dentykami wielokrotnie konfrontowało mnie z przekonaniem lekarzy na temat swoich wysokich kompetencji dotyczących komunikacji interpersonalnej. Mówią: Ja nie mam sobie nic do zarzucenia, nie mam problemów z nawiązywaniem dobrego kontaktu z pacjentami.

A co sądzą o tym niezależni specjaliści od komunikacji?

Sytuacja jest bardzo podobna do tej z pacjentem uważającym, że dobrze czyści zęby. Jeżeli myślisz, że nie masz sobie nic do zarzucenia, to oznacza, że jesteś w pułapce własnej niewiedzy. Twój umysł nie pozwala Ci założyć, że istnieje potencjał i możliwości poza tymi, z których zdajesz sobie sprawę. W psychologii mówi się, że nasze myśli i poglądy działają jak swoisty filtr, który ogranicza percepcję jednostki tylko do elementów z nimi zgodnych. Dostrzeżenie, otwarcie się na to, co wydaje się dla nas nie istnieć, jest często niełatwe i wymaga mentalnego wysiłku. Dodatkowo prawie zawsze wymaga zewnętrznej siły, inspiracji (osoba, książka, szkolenie, artykuł itp.). Dostrzeżenie nieznanego jest źródłem zmiany naszego myślenia, umożliwiającej nam osiągnięcie lepszej jakości życia. Pozwala też na uzyskanie odpowiedzi na pytanie, dlaczego sami kreujemy rzeczywistość, z której nie jesteśmy zadowoleni.

Jak wielokrotnie podkreślał ceniony specjalista w dziedzinie komunikacji, Robert B. Dilts, istnieje bezpośredni związek pomiędzy światem własnych przekonań a osiąganymi rezultatami. Wszystko, co osiągnęliśmy, zawdzięczamy swoim przekonaniom, które wyznaczają granice naszych możliwości działania. Są one kluczową częścią oprogramowania zarządzającego nami mózgu. Pokaż mi swoją praktykę, swoich pacjentów, przekrój prac, jakie wykonujesz, a powiem Ci, jak myślisz, jakie masz oprogramowanie w swoim umyśle. Rezultaty są lustrem, odbiciem wewnętrznego świata, tego, co dopuszcza on jako możliwe, tego, gdzie są jego granice. Nie można tych granic przesunąć w rzeczywistości, one istnieją tylko jako mentalne programy, a te można zmieniać.

Moje wieloletnie doświadczenie w pracy z lekarzami dentykami pozwoliło mi na określenie postaw, jakie przyjmują oni w trakcie pracy z pacjentami. Postawa w psychologii rozumiana jest jako pewien określony, względnie trwały, stosunek do kogoś lub czegoś. Na postawę składa się komponent emocjonalny (to, co czujemy względem określonej rzeczy czy też osoby), komponent poznawczy (to, co myślimy) oraz komponent behawioralny (jak się względem tejże rzeczy bądź osoby zachowujemy). Postawy są odzwierciedleniem, zewnętrzną manifestacją wewnętrznego świata, wewnętrznym programów i nawyków myślowych. Wg mojej autorskiej koncepcji lekarz w gabinecie przyjmować może postawę Wykonawcy, Prezentera, Kapitana i Doradcy. Podział ten jest oczywiście pewnym uogólnieniem złożoności sytuacji, jakie mają miejsce w gabinecie. Natomiast stworzenie grup, nazwanie ich i przyporządkowanie im określonych charakterystycznych przekonań i zachowań pozwala zauważyć

związek przyczynowo-skutkowy zachodzący pomiędzy wewnętrznym światem przekonań, wewnętrzną grą charakterystyczną dla każdej z tych postaw, a zewnętrzną rzeczywistością, czyli uzyskiwanymi rezultatami. Poznanie tych ról, postaw, prowokuje do świadomego zastanowienia się nad tym, którą z nich lekarz reprezentuje najczęściej i jaki jest tego powód.

Po co to wiedzieć?

Warto tutaj skupić się przez moment na bardzo popularnym w psychologii pojęciu samoświadomości. Samoświadomość, jeden z komponentów inteligencji emocjonalnej, to zdawanie sobie sprawy z własnych emocji, myśli i zachowań. Jest ona pierwszym krokiem umożliwiającym zmianę mentalnego programu, zmianę własnych przekonań i, co też za tym idzie, poprawę rezultatów. Użytecznym dla rozwoju jest w pierwszej kolejności określenie samego siebie. Która z tych postaw wydaje się Państwu najbardziej znajoma?

Lekarz w roli WYKONAWCY upatruje satysfakcji pacjenta głównie w dobrze, zgodnie ze sztuką medyczną wykonanym leczeniu. Nie



przykłada dużej wagi do tworzenia wartości dodanej (subiektywnego odczucia pacjentów, które zwiększa ich satysfakcję z wizyty). Po krótkiej chwili od wejścia pacjenta ma na dłoniach rękawiczki i zabiera się za medyczne czynności – rozmowa z pacjentem jest bardzo krótka. Zakres przeprowadzanego leczenia sprowadza się najczęściej do reagowania na przedstawioną przez pacjenta dolegliwość. Stosunkowo rzadko, w porównaniu z innymi rolami, lekarz rozłącza przed pacjentem wizję kompleksowego leczenia. Charakterystyczne dla tej roli jest podążanie, reagowanie – lekarz w małym stopniu staje się przewodnikiem dla pacjenta, zdolnym zdecydowanie zmienić jego podejście do leczenia. Wymagający pacjent może nawet czuć się jak nośnik zębów, ponieważ lekarz koncentruje się na wykonaniu procedur leczenia i, w pewnym sensie, tylko na tym. Nie udziela wystarczających informacji na temat sytuacji w jamie ustnej. Często używa słów: powinna pani, należałoby itp. Wykonawca jest miły, chce, aby

pacjent był zadowolony, jednak jego mentalny program zna tylko taką formę postępowania i w niej czuje się znajomo, bezpiecznie, nawet jeżeli nie ma najlepszych rezultatów. Jest „zadaniowcem”. W tej postawie lekarz nie spełnia potrzeby psychologicznej pacjenta dotyczącej posiadania wiedzy na temat leczenia i sytuacji w jamie ustnej, nie tworzy z pacjentem więzi emocjonalnej, rzadko staje się lekarzem na całe życie i w niewielkim stopniu wiąże go z gabinetem. Nie zmienia podejścia pacjenta do stomatologii, raczej reaguje na wyartykułowane przez niego potrzeby i oczekiwania.

Lekarz w roli PREZENTERA jest bardzo miły, stara się „przychylić nieba pacjentowi”. Koncentruje się na tym, aby pacjent miał przekazaną dużą ilość stomatologicznych informacji, które nie zawsze są potrzebne. Buduje swój wizerunek w oczach pacjenta poprzez przedstawienie wielu opcji leczenia. Można to porównać do szwedzkiego stołu, na którym lekarz prezentuje pacjentowi wachlarz możliwości, w bardzo ograniczony sposób partycypując w podejmowaniu przez niego decyzji. Prezentacja sytuacji w jamie ustnej i opcji leczenia jest przeładowanym informacjami monologiem, który nie za-

wsze jest w pełni zrozumiały dla pacjenta. Wypowiedź jest skupiona na charakterystyce rozwiązań, w niewielkim stopniu motywujących pacjenta do kompleksowego leczenia. Opis ten jest realizowany przy użyciu medycznego słownictwa, które utrudnia podążanie za przekazywanymi informacjami. Lekarz w roli Prezentera jest bardzo zachowawczy i w niewielkim stopniu angażuje się w przekonywanie pacjenta. Nie zmienia jego świadomości stomatologicznej. Jego ulubione zwroty to: To co robimy? Co pani wybiera? Obawia się etykiety naciągacza, więc zauważone wątpliwości pacjenta interpretuje jako NIE, prawie ostateczne i wycofuje się, mówiąc: To proszę się zastanowić, przemyśleć.... Nie lubi rozmawiać o pieniądzach. Prezenter chce, aby pacjent go polubił i, w odróżnieniu od Wykonawcy, przywiązuje rolę do budowania relacji z pacjentem. Ma poczucie, że dużo daje pacjentowi, że bardzo się stara, jednak w praktyce nie uzyskuje adekwatnych do podejmowanego wysiłku rezultatów. Po wielu latach może to być przyczyną do braku satysfakcji z pracy i wypalenia zawodowego. Prezenter nie jest liderem w oczach pacjenta.

Lekarz w roli KAPITANA prezentuje w gabinecie postawę dominującą. W odróżnieniu od omówionych już postaw, narzuca styl pracy z pacjentem, a on musi go zaakceptować lub zmienić gabinet. Jest pewny i zdecydowany. Ma cechy przywódcze. Jest nastawiony na cel i wie, czego chce. Po krótkiej, rzeczowej rozmowie i badaniu pewnie oznajmia pacjentowi plan kompleksowego leczenia i najczęściej nie daje mu zbyt wielu możliwości wyboru. Pacjent ma przekonanie, że jeżeli chce osiągnąć cel, musi zdecydować się na przedstawiony plan. Kapitan zazwyczaj we wstępnej fazie rozmów nie wprowadza pacjenta w szczegóły zabiegów. Jego dużym zasobem jest pewność i konkretność. Jego przekonania są takie, że pacjent powinien mu zaufać i podążać za przedstawionym kompleksowym planem leczenia, który jest dla pacjenta najlepszym rozwiązaniem. Jest przekonany o swoich wysokich kompetencjach i o tym, że to, co proponuje, jest dobre dla pacjenta. Część pacjentów z ulgą podporządkuje się woli Kapitana, widząc w nim dobrego fachowca, jednak u części pacjentów odzywa się sprzeciw przed paternalistycznym podejściem.

Lekarz w roli DORADCY nie dominuje nad pacjentem, nie jest też zbyt ustępliwy, nie monologuje, nie poucza, nie moralizuje, ale tworzy partnerski dialog, w którym pacjent się otwiera. Doradca ma świadomość wartości dodanej oraz potrzeb psychologicznych pacjenta i potrafi praktycznie wykorzystać tę wiedzę. Potrafi właściwie ukształtować świadomość stomatologiczną pacjenta, zmienić jego sposób myślenia i nawyki dotyczące codziennej higieny. Mierzy wysoko, ma odwagę proponować kompleksowe plany leczenia oparte na najlepszych rozwiązaniach. Ma największe umiejętności przeprowadzenia pacjenta przez proces decyzyjny i potrafi zaangażować pacjenta w leczenie. Ma umiejętność posługiwania się prostym i w pełni dla pacjenta zrozumiałym językiem. Pacjent w kontakcie z Doradcą czuje się ważny – czuje, że jego potrzeby psychologiczne są realizowane. Ma przekonanie o wysokich kompetencjach Doradcy. Ten otwiera bowiem oczy pacjenta na potrzeby stomatologiczne i w ten sposób budzi u niego potrzebę leczenia, w odróżnieniu od pozostałych ról, w których lekarze koncentrowali się na przedstawieniu pacjentowi gotowych rozwiązań, mówili o ich cechach lub oczekiwali, że pacjent sam podejmie decyzję.

Mam nadzieję, że te krótkie opisy skłonią Państwa do zastanowienia się nad własnym sposobem pracy z pacjentem oraz nad efektami, jakie Państwo uzyskują, pamiętając, że zmiana wymaga dostrzeżenia tego, z czego nie zdajemy sobie sprawy. W każdym z nas jest potencjał bycia zarówno Wykonawcą, Prezenterem, Kapitanem i Doradcą – wybór roli często nieświadomie uzależniamy od pacjenta, sytuacji, dnia, czasu, samopoczucia itp. Jednakże na pewno mogą się Państwo zgodzić z tym, że jedna z tych ról jest dominująca i grają ją Państwa najczęściej. To ona ukształtowała Państwa życie zawodowe. Stoi za nią cały system przekonań, niekoniecznie prawdziwych, które kształtują rzeczywistość. Jest to uwarunkowanie, któ-

re można zmienić na efektywniejszy zestaw przekonań i zachowań z nich wynikających.



Moje kilkunastoletnie doświadczenie w branży stomatologicznej, przeprowadzone badania, coachingi i rozmowy z pacjentami jednoznacznie wskazują, że największą satysfakcją mają oni w kontakcie z Doradcą. Jest on postrzegany jako specjalista nie tylko „od zębów”, ale także od kontaktu z drugim człowiekiem. Jest w stanie zadowolić najbardziej wymagających pacjentów i takich też do siebie przyciąga. Ma także największe poczucie spełnienia zawodowego, realizuje satysfakcjonującą go pracę, ma poczucie siły sprawczej swojego działania. W porównaniu do pozostałych postaw zasoby Doradcy pozwalają najmniejszym kosztem osiągnąć najlepsze rezultaty.

Automatycznie nasuwa się proste pytanie – w jaki sposób nabyć zasoby Doradcy i uczynić go dominującym typem w naszych relacjach z pacjentem? To, że czytają Państwo ten artykuł, może być dobrym początkiem do otwarcia się na przyjrzenie się sobie i analizie innych, niekoniecznie przez Państwa wykorzystywanych, skutecznych wzorców pracy z pacjentem. Dlatego też w kolejnych artykułach rozwinę opis zasobów Doradcy.

Piśmiennictwo

- [1] ARONSON, E., WILSON, T.D., AKERT, R.M. Psychologia społeczna: serce i umysł. Poznań: Zysk i S-ka, 1997.
- [2] DILTS, R.B. Przywództwo z wizją. Lublin: NLP Neuroedukacja, 2007.
- [3] GOLEMAN D. Inteligencja emocjonalna. Poznań: Media Rodzina, 1997.
- [4] KROKOWSKI, M., RYDZEWSKI P. Zarządzanie Emocjami. Łódź Imperia, 2004.
- [5] NECKA, E., ORZECHOWSKI, J., SZYMURA, B. Psychologia poznawcza. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2006.
- [6] MIKA, S. Psychologia społeczna. Warszawa: PWN, 1987.
- [7] OBODA M. Psychologia komunikacji w gabinecie stomatologicznym. Łódź: Bestom DENTOnet.pl sp. z o.o., 2008.
- [8] OBODA M. Jak rozmawiać z pacjentem? Pytania kontra argumenty. TPS, (9), 2005.
- [9] OBODA M. Gdyby zęby potrafiły mówić. E-dentico 2 (6), 2005.