

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 414

**Konsumpcja jako forma
komunikacji społecznej.
Nowe paradygmaty i konteksty badawcze**

Redaktor naukowy
Wanda Patrzalek



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2015

Redakcja wydawnicza: Elżbieta Kozuchowska
Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz
Korekta: Barbara Cibis
Łamanie: Małgorzata Czupryńska
Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania
znajdują się na stronach internetowych
www.pracnaukowe.ue.wroc.pl
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska
(CC BY-NC-ND 3.0 PL)



© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2015

ISSN 1899-3192
e-ISSN 2392-0041

ISBN 978-83-7695-570-4

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:
Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław
tel./fax 71 36 80 602; e-mail:econbook@ue.wroc.pl
www.ksiegarnia.ue.wroc.pl

Druk i oprawa: TOTEM

Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

Część 1. Konsument jako kreator komunikatu społecznego – współczesne paradygmaty i metody badań

Wanda Patrzalek: Komunikacyjne funkcje marki w percepcji konsumentów / Communication functions of the brand in the perception of consumers.....	13
Michał Cebula: Konsumpcja jako komunikacja? W poszukiwaniu socjologicz- nego paradygmatu w analizie konsumpcji / Consumption as communica- tion? In search of sociological paradigm in the analysis of consumption.....	29
Alicja Waszkiewicz-Raviv: Wizualna konsumpcja a komunikacja wizualna. Perswazyjność obrazu w ramach współczesnej komunikacji marketingo- wej / Visual consumption and visual communication. Image persuasive- ness within the integrated marketing communication	42
Magdalena Brzozowska-Woś: Zintegrowane działania komunikacyjne w internecie na przykładzie marki <i>Żywiec Zdrój Smako-Łyk</i> / Integrated communication activities in the Internet for the brand <i>Żywiec Zdrój</i> <i>Smako-Łyk</i>	52
Anna Rogala: Role i aktywność konsumentów w społeczeństwie siecio- wym w ramach komunikacji marketingowej na rynku żywności / Roles and consumer activity in the context of marketing communications on the food market in the era of network society	61

Część 2. Nowe formy komunikacji z konsumentem – wyzwania dla współczesnego marketingu

Wiesław Ciechomski: Masowa kastomizacja jako forma komunikacji rynko- wej z konsumentami / Mass customization as a form of the market com- munication with consumers	77
Barbara Iwankiewicz-Rak, Feliks Błaszczyk: Nowe formy komunikacji w działalności niebiznesowej / New forms of communication in non-busi- ness activities	91
Beata Tarczydło: Aspekty komunikacyjne ważnych wydarzeń firmowych. Studium przypadku / Communication aspects of important company events. A case study	101

Katarzyna Kulig-Moskwa, Joanna Nogiec: Znaki sprawiedliwego handlu jako istotny element opakowania w komunikacji z konsumentem / Fair trade marks as an important element of package in the communication with customers	112
Urszula Chrańchol-Barczyk: Interakcja na żywo z odbiorcą jako sposób budowania relacji / Interaction live with the recipient as a way of building relationships	126
Aneta Duda: Zmiany wartości w polskiej reklamie prasowej na podstawie analizy tygodników „Polityka” i „Newsweek” / Value changes in Polish press advertising based on the analysis of the “Newsweek” and the “Polityka” weeklies	136
Aleksandra Hulewska: Przypadek chorobowy, partner czy klient? – modele relacji z pacjentem aktywizowane przez pracowników ochrony zdrowia / Sickness case, partner or client? – relations models with a patient stimulated by health care workers	155
Mateusz Rak: Kreowanie marki polskich fundacji korporacyjnych w świetle badań własnych / Creation of Polish corporate foundations brand in the light of own research	166
Agnieszka Smalec, Leszek Gracz: Wykorzystanie mediów społecznościowych przez samorządy lokalne w procesie komunikacji społecznej / The use of social media by local self-governments in the process of social communication	180

Część 3. Język mody – pomiędzy dyferencjacją a naśladownictwem

Ewa Banaszak: Moda i ubiór codzienny. Wrocław Fashion Project / Fashion and everyday clothes. Wrocław Fashion Project	195
Katarzyna Dojwa-Turczyńska: <i>Case study</i> bojkotu konsumenckiego marek LPP SA w świetle społecznej odpowiedzialności biznesu / Case study of a consumer boycott of LPP SA in the light of corporate social responsibility	205
Aleksandra Perchla-Włosik, Barbara Gorgoń-Mróż: Marka modowa jako element personal branding i podstawa formowania wizerunku / Fashion brands as a public image’s determinant and personal branding	220

Część 4. Indywidualne i trybalne aspekty konsumpcji w społeczeństwach ponowoczesnych

Katarzyna Włodarczyk: Wirtualizacja konsumpcji polskiego społeczeństwa / Virtualization of consumption in Polish society	237
Joanna Wardzała: Zmiany w postrzeganiu roli młodzieży we współczesnym społeczeństwie konsumpcyjnym / Changes in the perception of the youth role in the contemporary consumer society	250

Piotr Gaczek: Rola emocji w kształtowaniu zachowań konsumpcyjnych nabywców. W świetle przeglądu literatury / The influence of emotion in the creation of on consumers' purchaser behavior. In the light of literature	259
Justyna Kramarczyk: Mieć czy być? Minimalizm jako przykład świadomej konsumpcji w świetle badań własnych / To have or to be? Minimalism as an example of conscious consumption in the light of empirical findings ..	270
Agnieszka Morawiak: Społeczeństwo konsumpcyjne a zrównoważony rozwój konsumpcji / The consumer society and the sustainability of consumption	286
Agnieszka Zduniak: Wspólnoty zainteresowań w społeczeństwie konsumpcyjnym / Communities of interest in the consumer society.....	295

Wstęp

Współcześnie konsumpcja przestaje być kojarzona wyłącznie przez pryzmat użytkowania dóbr – to złożony proces komunikacji społecznej związany z wymianą znaczeń i symboli, wskazujący na określone praktyki konsumenckie podkreślające styl życia konsumentów. Teorie dotyczące konsumpcji i zachowań konsumenckich stają się coraz bardziej ukierunkowane na rozpoznanie działań jednostkowych i pozostają pod silnym wpływem nauk społecznych i humanistycznych. Zmianie ulega także rozumienie samej kategorii konsumenta. Jednym ze współczesnych sposobów interpretacji jest ujmowanie konsumenta jako nadawcy komunikatu wysyłającego określone sygnały do innych osób, ale także do samego siebie. W sensie socjopsychogennym stanowi to projektowanie różnych wymiarów jaźni odzwierciedlonej i subiektywnej, często związanych z obrazem konsumenta poszukującego własnej tożsamości. Zatem konsumpcja staje się nie tylko procesem ekonomicznym, ale i kulturowym, poprzez który jednostki i grupy projektują jaźnie, nawiązują i podtrzymują relacje społeczne oraz przekazują znaczenia. Interdyscyplinarne ujęcia konsumpcji i jej wszechstronne uwarunkowania pozwalają uniknąć często uproszczonego sposobu analizy złożonych zjawisk w zachowaniach konsumenckich. Znajduje to odzwierciedlenie w prezentacji czytelnikowi artykułów w niniejszym numerze Prac Naukowych Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, w których autorzy przedstawiają konsumpcję w wielowymiarowych ujęciach z perspektywy różnych dyscyplin naukowych: ekonomii, marketingu, socjologii czy psychologii.

W tym kontekście komunikowanie poprzez konsumpcję odbywa się za pośrednictwem jednostek preferujących podobne kody komunikacyjne i wartości. Z drugiej zaś strony nowy system informowania poprzez dostarczanie klientom danych niezbędnych do podejmowania decyzji rynkowych w zakresie konsumpcji, a także komunikacja marketingowa mają zapewnić skuteczność oddziaływania na określone wybory. Konsument dzięki informacjom zamieszczonym w Internecie ma możliwość, z jednej strony, dotarcia do określonej oferty produktowej czy usługowej, porównania cen, zapoznania się z opiniami innych użytkowników, z drugiej zaś poprzez zamieszczanie swoich komentarzy staje się prosumentem kształtującym nowe innowacje ofertowe. Zatem konsumpcja staje się formą autoprezentacji jednostki i pełni ważne funkcje komunikacyjne. Jednocześnie aspekt komunikacyjny konsumpcji wydaje się wzmocniony za sprawą rozwoju mediów i nowoczesnych środków komunikowania, czyniąc z jednostek uczestników coraz bardziej złożonej sieci powiązań.

W prezentowanym opracowaniu skoncentrowano się na nowych sposobach ujęć konsumpcji w kontekście procesów komunikacyjnych, analizie znaczeń semantycz-

nych w komunikacyjnym oddziaływaniu marki na konsumenta oraz poszukiwaniu paradygmatów badawczych dla współczesnego marketingu w kontekście zmian w procesach komunikacji. W pierwszej części przedstawione zostały symboliczne wyróżniki marki związane z jej komunikacyjnymi właściwościami identyfikowane w kontekście kodów kulturowych. Autorzy nadają nowy sens znaczeniowy konsumpcji w aspekcie paradygmatu aktu komunikacyjnego i związanego z tym systemu sygnifikacji znaków kulturowych. Zwracają uwagę na zmieniające się role w komunikacji marketingowej. Konsument staje się współtwórcą komunikatów i uczestniczy w tworzeniu wizerunku marki.

W drugiej części znajdują się artykuły dotyczące nowych form komunikacji z konsumentem, stanowiących wyzwania badawcze dla współczesnego marketingu. Rozważania autorów dotyczą wykorzystania masowej kastomizacji w komunikacji marketingowej z konsumentami, rozwoju innowacyjnych kanałów komunikacji organizacji niekomercyjnych z otoczeniem, a także zastosowania idei *Fair Trade* w komunikacji z konsumentem.

Artykuły w trzeciej części dotyczą funkcji mody w kodowaniu ubioru codziennego z wymiarami zróżnicowania społecznego. Autorzy podejmują ważny problem społecznej odpowiedzialności firm odzieżowych. W rozważaniach tych marka mody staje się formą komunikatu społecznego związanego z przynależnością do określonej grupy społecznej, a także elementem kształtowania wizerunku jednostki.

Kolejne artykuły, zawarte w części czwartej, przedstawiają zagadnienia konsumpcji zrównoważonej i odpowiedzialnej, a także znaczenie konsumenta aktywnego w dokonywaniu racjonalnych wyborów. W tym kontekście pojawiają się idee minimalizmu jako świadomej konsumpcji oraz związanych z nimi emocji, intensyfikujących bądź ograniczających zachowania nabywcze. Autorzy zwracają uwagę na nowe formy w konsumpcji generowane przez wspólnoty upodobań, tworzące hybrydową strukturę tradycyjnej wspólnoty i stowarzyszenia tworzące reguły konsumpcji oparte nie na konsumpcji dóbr, ale wrażeń i doznań.

Autorami artykułów są pracownicy pochodzący z wiodących ośrodków akademickich w Polsce, zajmujący się problematyką badań konsumenckich, marketingowych i socjologicznych.

Wanda Patrzalek

Aleksandra Hulewska

Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu
e-mail: aleksandra.hulewska@up.wroc.pl

**PRZYPADEK CHOROBY,
PARTNER CZY KLIENT? – MODELE RELACJI
Z PACJENTEM AKTYWIZOWANE
PRZEZ PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA**

**SICKNESS CASE, PARTNER OR CLIENT? –
RELATIONS MODELS WITH A PATIENT STIMULATED
BY HEALTH CARE WORKERS**

DOI: 10.15611/pn.2015.414.12

Streszczenie: Celem prezentowanych w artykule badań była próba odpowiedzi na pytanie: jaki model relacji z pacjentem stosują pracownicy ochrony zdrowia? Czy – zgodnie z tradycyjnym paternalistycznym ujęciem – chory jest dla nich przypadkiem chorobowym, którym należy się zająć wyłącznie z czysto medycznego (instrumentalnego) punktu widzenia? Czy – biorąc pod uwagę rosnącą popularność holistycznego paradygmatu zdrowia – jest równorzędnym partnerem, z którym wspólnie podejmuje się decyzje i działania prozdrowotne? Czy wreszcie – w świetle najnowszych podejść akcentujących ekonomiczno-rynkowe uwarunkowania usług medycznych – jest konsumentem, którego potrzeby (zdrowotne, psychologiczne, socjalne itp.) należy dokładnie rozpoznać i w najwyższym stopniu zaspokoić? Badania kwestionariuszowe zrealizowano w lipcu i sierpniu 2015 roku. Wzięło w nich udział 50 pracowników publicznych i niepublicznych ośrodków ochrony zdrowia z Dolnego Śląska i Opolszczyzny. W świetle uzyskanych wyników okazało się, że personel publicznych i niepublicznych placówek medycznych różni się między sobą w podejściu do pacjenta. Pracownicy placówek publicznych preferują model paternalistyczny, natomiast kadra placówek niepublicznych – model partnerski.

Słowa kluczowe: modele relacji lekarz–pacjent, paternalizm, partnerstwo, konsumeryzm, usługa medyczna.

Summary: The aim of the research presented in the article was an attempt to answer the question: what kind of model of doctor-patient relations manifest health-care workers? Is – according to the traditional paternalistic recognition – a patient a case of sickness and it to be treated solely from a purely medical (instrumental) point of view? Whether – given the growing popularity of holistic health paradigm – is it an equal partner, with whom a doctor makes joint decisions and establishes pro-health action? And finally – in the light of recent approaches emphasizing economic and market conditions for medical services – is the patient

a consumer, whose needs (health, psychological, social, etc.) should be carefully identified and satisfied at the highest level of quality? The study questionnaire was carried out in July and August of 2015. It was attended by 50 employees of public and private health care centers of Lower Silesia and Opole voivodeships. In view of the results, it turned out that the staff of public and private medical institutions are quite different in their approach to the patient. Employees of public institutions are in favor of paternalistic model doctor-patient relations, and personnel of private institutions – prefers the partnership model.

Keywords: models of the doctor-patient relationship, paternalism, partnership, consumerism, medical service.

1. Problematyka badań

Studia empiryczne dowodzą, że satysfakcja z jakości opieki zdrowotnej jest przede wszystkim funkcją jakości kontaktu, jaki lekarz nawiązuje z pacjentem [Bishop 2007, s. 295]. Z tego powodu uwaga licznych badaczy od wielu lat koncentruje się na postawach personelu medycznego wobec chorych. W literaturze psychologicznej najczęściej opisuje się trzy modele relacji lekarz – pacjent odzwierciedlające postawy, jakie pracownicy ochrony zdrowia przyjmują wobec chorych [Ziarko, Hulewska 2012, s. 149–164]. Pierwszy, najstarszy, to – osadzony w tzw. biomedycznym paradygmacie zdrowia [Dolińska-Zygmunt 2001, s. 11–18] – paternalizm. Tego typu relacja ma miejsce, gdy lekarz zajmuje nadrzędną pozycję w stosunku do pacjenta i podejmuje kluczowe decyzje dotyczące przebiegu leczenia. Choroba jest tu widziana przez pryzmat biologii, co oznacza, że kładzie się nacisk przede wszystkim na czynności instrumentalne, nie przywiązując wielkiej wagi do zaspokajania potrzeb emocjonalnych [Parsons; za: Krot 2008]. Od pacjenta oczekuje się współpracy i posłusznego wykonywania zaleceń zdrowotnych. Ze względu na asymetryczność relacji z lekarzem, która wynika z różnic w poziomie specjalistycznej wiedzy i kompetencji, chory nie ma prawa do kwestionowania lekarskich diagnoz i dyspozycji medycznych. Zdaniem G. Hołuba: „W tym modelu terapeutycznym pacjent [...] łatwo może być postrzegany jako chorujący organizm. Leczący, który tak postrzega pacjenta, skoncentruje swoją uwagę wyłącznie na badaniach empirycznych, rozważając powody odstępstwa od normy w wypadku poszczególnych symptomów chorobowych i warunki, jakie należy spełnić, aby wyeliminować te anomalie. Chorobę potraktuje jako serię zakłóceń somatycznych, które z zastosowaniem dostępnej techniki medycznej i leków należy wyeliminować. Sam pacjent zaś stanie się tu nikiem więcej jak przypadkiem chorobowym” [Hołub 2010, s. 39].

Drugi, partnerski, model relacji lekarz – pacjent rozwinął się pod wpływem psychologii humanistycznej i holistycznego paradygmatu zdrowia [Rudawska 2011, s. 140–152]. Postawa lekarza w tym ujęciu odpowiada tzw. podejściu nastawionemu na osobę C.R. Rogersa [Rogers 2012, s. 127–149]. Zdaniem Rogersa tego rodzaju kontakt budują trzy komponenty: autentyczność, szacunek i empatyczne zrozumienie.

nie. Autentyczność to bezpośredniość i czytelność w kontakcie z drugą osobą oraz unikanie pokusy ukrywania się za maską profesjonalizmu [Rogers 1991, s. 21]. Zamiast iluzorycznej uprzejmości i zrytualizowanych, konwencjonalnych komunikatów uczestnicy interakcji wnoszą do kontaktu autentyczne „ja”, tj. prawdę o swoich aktualnych doświadczeniach i przeżyciach, dzięki czemu spotkanie staje się bardziej osobiste [Egan 2001, s. 42–50]. Postawa bezwarunkowego poszanowania/akceptacji to wypływające z przekonania, że każda istota zasługuje na godne traktowanie, pełne wrażliwości, troski i szacunku reagowanie na drugiego człowieka [Rogers 2012, s. 130]. Jak ujmuje to C. Rogers: „jest to życzliwość i ciepło pozbawione zastrzeżeń i ocen” [Rogers 1991, s. 17]. Empatyczne zrozumienie polega natomiast na wejściu w fenomenologiczny świat drugiej osoby i doświadczeniu jej indywidualnego sposobu-bycia-w-świecie [Sills, Fish, Lapworth 1999, s. 110–111]. Chodzi tu więc nie tylko o zrozumienie treści słów, które wypowiada druga osoba, ale także o uchwycenie ich subiektywnych znaczeń, ich emocjonalnych zabarwień, ich jedyne w swoim rodzaju kontekstu – świata wewnętrznych przeżyć drugiej osoby.

Jak widać, w podejściu nastawionym na osobę pacjent jest zasługującym na szacunek równorzędnym partnerem, z którym lekarz nawiązuje współpracę opartą na dialogu. Lekarz i pacjent są dla siebie jednakowo ważni, ponieważ każdy z nich dysponuje informacjami niedostępnymi dla drugiej strony. Z tego wypływa potrzeba komunikacji w obu kierunkach [Gordon, Edwards 2009, s. 44]. Wszystkie decyzje zdrowotne są w tym podejściu podejmowane wspólnie: „lekarz i pacjent wykorzystują ekspertyzę dla osiągnięcia wspólnego celu, jakim jest wyzdrowienie pacjenta” [DiMatteo; za: Gordon, Edwards 2009, s. 37]. Podstawą tych relacji opartych na braku władzy i kontroli jest „współpraca, współdziałanie, równość, zasady demokratyczne, czyli partnerstwo” [Gordon, Edwards 2009, s. 41]. Jest to więc wzorzec całkowicie różny od relacji autorytarnych. W opinii G. Hołuba [2010, s. 42]: „Tutaj niewątpliwie ujawnia się ważny wymiar humanistyczny medycyny. Lekarz więc nie jest tylko zwykłym profesjonalistą, który wykonuje swój zawód w niezaangażowany sposób. Spotkanie z osobą chorą w trakcie terapii wymaga od niego faktycznego zaangażowania i to zaangażowania na różnych poziomach. [...] Co więcej, obecność pacjenta, który jest osobą, domaga się tego, żeby ten, kto go leczy, sam uświadomił sobie swój status osobowy. Pacjent–osoba wymaga w istocie spotkania z lekarzem–osobą, jak również tego, aby wzajemne ich relacje były określane poprzez dialog, wzajemny szacunek i zaufanie”.

W ostatnich latach uwaga coraz większej liczby badaczy koncentruje się na analizie zachowań lekarza i pacjenta w kontekście zachodzących przemian rynkowych [Ziarko, Hulewska 2012]. Reforma ochrony zdrowia z 1999 roku nie tylko przeprowadziła zmiany organizacyjne, ale przede wszystkim wdrożyła mechanizm quasi-rynkowy, nasilając konkurencję między placówkami ochrony zdrowia [Krot 2008, s. 11]. Jednym ze sposobów adaptacji ośrodków medycznych do obecnych warunków rynkowych stało się zarządzanie jakością usług medycznych. W związku z powyższymi zmianami, szczególnie w odniesieniu do prywatnych świadczeń me-

dycznych, badacze zaczęli rozpatrywać relację lekarz–pacjent, posługując się analogią do procesów zachodzących pomiędzy usługodawcą a klientem. Powstały na gruncie tych uwarunkowań model kontaktu autorka niniejszego artykułu proponuje określić mianem prokonsumeryzmu. Pacjent–konsument jest coraz bardziej świadomy swoich praw i jednocześnie wymagający; ma prawo swobodnego wyboru tej placówki, która w najwyższym stopniu zaspokoi jego potrzeby. Jednocześnie stara się kontrolować poczynania lekarza. Często przyjmuje to postać zewnętrznej kontroli działań lekarza lub szerzej – placówek ochrony zdrowia, mającej na celu ochronę interesów pacjentów.

W prokonsumeryzmie lekarz jest więc usługodawcą, a pacjent klientem, którzy wchodzi z sobą w relacje o charakterze transakcji ekonomicznej. Pacjentowi–klientowi należy zapewnić jak najlepsze warunki do zaspokojenia jego kluczowych potrzeb nie tylko zdrowotnych, ale także socjalnych, psychologicznych itp. Im wyższa jest jakość oferowanych usług, im pełniej zaspokoi się oczekiwania pacjenta–klienta, tym większa jest szansa na osiągnięcie zysku przez placówkę medyczną i utrzymanie miejsc pracy personelu. Charakterystyczny dla omawianego podejścia jest nowy dla medycyny język – język handlu, ekonomii i nauk o zarządzaniu. Dobrą ilustracją tego zjawiska jest wypowiedź K. Krot: „Należy zdawać sobie sprawę z tego, że całościową usługę medyczną tworzą: przyjemna i bezstresowa rozmowa z lekarzem, sprawna obsługa w recepcji, właściwe wyposażenie sal szpitalnych itd. Tę całość podaży odnoszącą się do usług nazywamy ofertą, przyjmując, że reprezentuje ona korzyści, których oczekuje klient przy podejmowaniu decyzji o zakupie” [Krot 2008, s. 17]. W omawianym podejściu komunikacja pomiędzy lekarzem i pacjentem–konsumentem jest rozpatrywana jako element promocji danej placówki i/lub usługi medycznej, co czyni ją częścią szerszej strategii komunikacji marketingowej ośrodka ochrony zdrowia z otoczeniem. Z tego powodu coraz powszechniejsze stają się szkolenia personelu z zakresu umiejętności społecznych, takich jak komunikacja, asertywność, obsługa klienta itp., a także badanie potrzeb pacjenta–klienta oraz badania satysfakcji.

Całość dotychczasowej prezentacji prowadzi do następujących pytań: Jaki model relacji z pacjentem stosują obecnie pracownicy ochrony zdrowia? Czy – zgodnie z tradycyjnym paternalistycznym ujęciem – chory jest dla nich przypadkiem chorobowym, którym należy się zająć wyłącznie z czysto medycznego (instrumentalnego) punktu widzenia? Czy – biorąc pod uwagę rosnącą popularność holistycznego paradygmatu zdrowia – jest równorzędnym partnerem, z którym wspólnie podejmuje się decyzje i działania prozdrowotne? Czy wreszcie – w świetle najnowszych podejść akcentujących ekonomiczno-rynkowe uwarunkowania usług medycznych – jest konsumentem, którego potrzeby (zdrowotne, psychologiczne, socjalne itp.) należy dokładnie rozpoznać i w najwyższym stopniu zaspokoić? W niniejszym artykule zostaną zaprezentowane wyniki badań empirycznych, których celem było udzielenie odpowiedzi na powyższe pytania.

2. Metoda

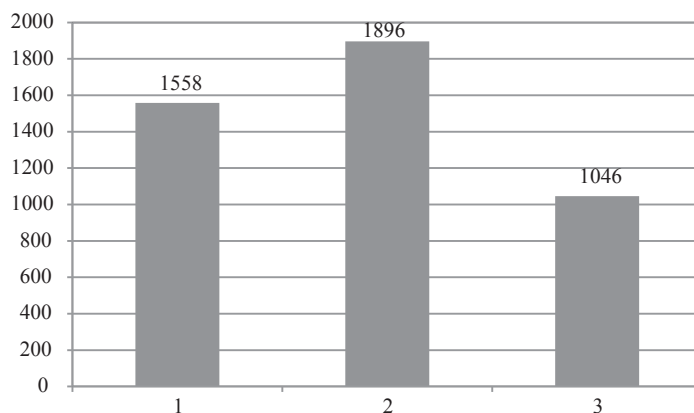
W celu rozwiązania problemów badawczych zaprojektowano badania empiryczne, które zrealizowano w lipcu i sierpniu 2015 roku w placówkach ochrony zdrowia z terenu Dolnego Śląska i Opolszczyzny (miasta i wsie). W badaniach wzięło udział 50 pracowników ochrony zdrowia: połowa była zatrudniona w placówkach publicznych, a druga połowa – w placówkach niepublicznych. Wśród badanych byli zarówno lekarze różnych specjalności (m.in. chirurgia, anestezjologia i intensywne terapia, nefrologia i in.), jak i pielęgniarki, fizjoterapeuci oraz ratownicy medyczni. W grupie badanych znalazło się 29 kobiet i 21 mężczyzn. Średnia wieku respondentów wynosiła 37,5 roku.

Zastosowaną metodą był kwestionariusz, w którym zamieszczono 18 zdań niedokończonych odnoszących się do rozmaitych obszarów funkcjonowania placówek ochrony zdrowia. Zdania dotyczyły m.in. praw pacjenta, komunikacji z chorym, konfliktów w relacji lekarz – pacjent, szkoleń personelu medycznego z zakresu autoprezentacji, warunków socjalnych w ośrodkach ochrony zdrowia i in. Do każdego zdania dołączono trzy jego zakończenia odzwierciedlające wyróżnione modele relacji lekarz–pacjent: paternalizm, partnerstwo i prokonsumeryzm. Zadaniem badanych było zapoznanie się z każdym z wariantów zakończeń danego zdania, a następnie ich porangowanie. Rangując, respondenci mieli do dyspozycji 5 punktów, które rozdzielali pomiędzy 3 zakończenia zdania według następującej zasady: im więcej punktów przyznawano określone zakończeniu, tym bardziej odzwierciedlało ono postawę badanego.

3. Wyniki

Jako że każdemu z 18 twierdzeń kwestionariusza przypisywano po 5 punktów (dzieląc je pomiędzy 3 różne zakończenia zdania), każdy respondent miał do dyspozycji 90 punktów. Biorąc pod uwagę fakt, że w badaniu wzięło udział 50 osób, suma wszystkich przyznanych punktów wynosiła 4500 (90 os. × 50 pkt). Zbiorcze zestawienie wyników dotyczących modeli relacji z pacjentem, które wszyscy badani – zatrudnieni w publicznych i niepublicznych ośrodkach ochrony zdrowia – aktywizują najczęściej, zamieszczono na rys. 1.

Jak wynika z rys. 1, badani w swojej pracy najczęściej odwołują się do modelu partnerskiego (1896 pkt). W drugiej kolejności stosują model paternalistyczny (1558 pkt). Najrzadziej natomiast aktywizują prokonsumeryzm (1046 pkt). Analiza wariancji ANOVA wykazała, że powyższe różnice są istotne statystycznie na poziomie $P < 0,0001$. Test *post hoc* porównań wielokrotnych Tukeya-Kramera ujawnił szczegółowe zależności pomiędzy trzema porównywanymi zmiennymi, co obrazuje tab. 1.



Oznaczenia: 1 – paternalizm; 2 – partnerstwo; 3 – prokonsumeryzm.

Rys. 1. Modele relacji: pracownik ochrony zdrowia – pacjent najczęściej aktywizowane przez badanych

Źródło: badania własne.

Tabela 1. Wyniki testu porównań wielokrotnych Tukeya-Kramera

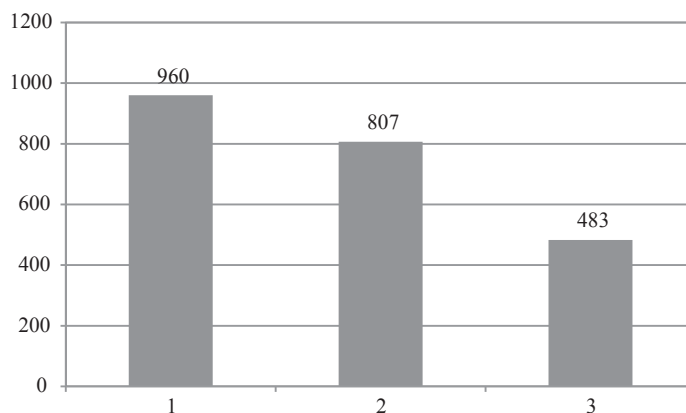
Porównanie	Różnica	Statystyka Q	Wartość P
Paternalizm vs partnerstwo	-9,389	2,878	$P > 0,05$
Paternalizm vs prokonsumeryzm	14,222	4,360	$P < 0,01$
Partnerstwo vs prokonsumeryzm	23,611	7,239	$P < 0,001$

Źródło: badania własne.

Wynik prokonsumeryzmu, który – jak ujawnił test porównań wielokrotnych Tukeya-Kramera – jest istotnie niższy zarówno od paternalizmu, jak i partnerstwa, nie wydaje się zaskakujący. Prywatyzacja (części sektorów) ochrony zdrowia to efekt ostatnich kilku dziesięcioleci w historii powojennej Polski. W związku z tym model relacji z pacjentem–klientem przedsiębiorstw świadczących usługi medyczne nie miał wystarczająco długiego czasu, by zakorzenić się w świadomości pracowników ochrony zdrowia. Jak się okazuje, respondenci zdecydowanie częściej aktywizują te wzorce relacji z pacjentami, które mają w naszym kraju dłuższą tradycję, tj. paternalizm i partnerstwo. W kolejnych badaniach warto sprawdzić, w jakich typach sytuacji dominuje każdy z nich.

Warto również oddzielnie spojrzeć na rozkłady wyników badanych zatrudnionych w publicznych i niepublicznych placówkach ochrony zdrowia. Wyniki uzyskane przez pracowników placówek publicznych zestawiono na rys. 2.

Z rysunku 2 wynika, że pracownicy przebadanych publicznych placówek ochrony zdrowia najczęściej aktywizują paternalistyczny model relacji lekarz–pacjent



Oznaczenia: 1 – paternalizm; 2 – partnerstwo; 3 – prokonsumeryzm.

Rys. 2. Modele relacji: pracownik ochrony zdrowia – pacjent aktywizowane przez badanych zatrudnionych w publicznych placówkach ochrony zdrowia

Źródło: badania własne.

(960 pkt). Drugi w kolejności jest model partnerski (807 pkt). Najrzadziej natomiast respondenci odwołują się do prokonsumeryzmu (483 pkt). Analiza wariancji ANOVA wykazała, że powyższe różnice są istotne statystycznie na poziomie $P < 0,0001$. Test *post hoc* porównań wielokrotnych Tukeya-Kramera ujawnił szczegółowe zależności pomiędzy trzema porównywanymi zmiennymi (tab. 2).

Tabela 2. Wyniki testu porównań wielokrotnych Tukeya-Kramera – placówki publiczne

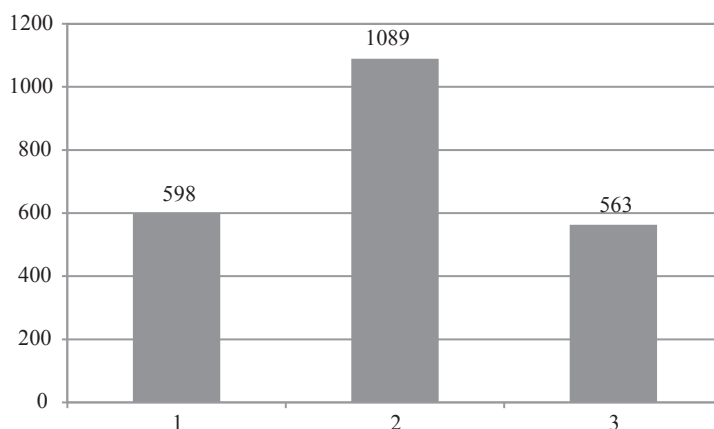
Porównanie	Różnica	Statystyka Q	Wartość P
Paternalizm vs partnerstwo	8,500	2,325	$P > 0,05$
Paternalizm vs prokonsumeryzm	26,500	7,248	$P < 0,001$
Partnerstwo vs prokonsumeryzm	18,000	4,923	$P < 0,01$

Źródło: badania własne.

Powyższe dane są zbieżne z wynikami analizy zbiorczej (tab. 1). Osoby badane zatrudnione w publicznych placówkach ochrony zdrowia równie często odwołują się do paternalistycznego i partnerskiego modelu relacji z pacjentem, natomiast zdecydowanie rzadziej aktywizują prokonsumeryzm. Rezultat ten zdaje się odzwierciedlać tradycyjną kulturę organizacyjną polskich publicznych ośrodków medycznych [Kęsy 2012, s. 40], w których rywalizacja o pacjenta – choć zdarza się częściej niż kilkanaście lat temu – wciąż jeszcze jest stosunkowo rzadka.

Interesujące wydaje się sprawdzenie, jaki model relacji z chorym aktywizują pracownicy badanych placówek niepublicznych. Biorąc pod uwagę fakt, iż ośrodki

te w większym stopniu niż placówki publiczne są zależne od wolnego rynku, planując badania zakładano, że zatrudniony w nich personel będzie częściej niż personel placówek publicznych odwoływać się do prokonsumeryzmu w porównaniu z dwoma pozostałymi modelami relacji lekarz–pacjent. Wyniki uzyskane przez respondentów z placówek niepublicznych zestawiono na rys. 3.



Oznaczenia: 1 – paternalizm; 2 – partnerstwo; 3 – prokonsumeryzm.

Rys. 3. Modele relacji: pracownik ochrony zdrowia – pacjent aktywizowane przez badanych zatrudnionych w niepublicznych placówkach ochrony zdrowia

Źródło: badania własne.

Dane zamieszczone na rys. 3 pokazują jednoznacznie, że najpowszechniej stosowanym modelem relacji: pracownik ochrony zdrowia – pacjent w badanych placówkach niepublicznych jest model partnerski (1089 pkt). Zdecydowanie rzadziej aktywizowany jest natomiast styl paternalistyczny (598 pkt) oraz prokonsumeryzm (563 pkt). Analiza wariacji ANOVA wykazała, że powyższe różnice są istotne statystycznie na poziomie $P < 0,0001$. Test *post hoc* porównań wielokrotnych Tukeya-Kramera ujawnił szczegółowe zależności pomiędzy trzema porównywanymi zmiennymi, co obrazuje tab. 3.

Tabela 3. Wyniki testu porównań wielokrotnych Tukeya-Kramera – placówki niepubliczne

Porównanie	Różnica	Statystyka Q	Wartość P
Paternalizm vs partnerstwo	-27,278	5,583	$P < 0,001$
Paternalizm vs prokonsumeryzm	1,944	0,397	$P > 0,05$
Partnerstwo vs prokonsumeryzm	29,222	5,981	$P < 0,001$

Źródło: badania własne.

Z powyższych danych wynika, że na ogólny wysoki wynik na skali partnerstwa w całej badanej próbie (łącznie pracownicy placówek publicznych i niepublicznych – rys. 1) miały wpływ postawy przejawiane przez pracowników niepublicznych ośrodków ochrony zdrowia, którzy zdecydowanie preferują partnerski styl kontaktowania się z pacjentami, a rzadziej myślą o relacji z chorym w kategoriach paternalizmu i prokonsumeryzmu.

Różnica w gotowości do aktywizowania partnerskiego modelu relacji z pacjentem pomiędzy personelem z placówek publicznych i niepublicznych jest statystycznie istotna ($t = 2,697$; $P = 0,0108$). Rezultat ten można tłumaczyć różnicami w kulturze organizacyjnej publicznych i niepublicznych ośrodków ochrony zdrowia. W tych drugich troska o dobre samopoczucie pacjenta, nie tylko w aspekcie fizycznym, ale także psychicznym, jest ważnym czynnikiem bezpośrednio przekładającym się na zadowolenie pacjentów z opieki, przyszłe decyzje o wyborze danej placówki, a także rekomendacje udzielane znajomym. Wydaje się, że pracownicy ośrodków niepublicznych mają świadomość, że ich postawa wobec pacjentów bezpośrednio przekłada się na ich zatrudnienie i dochody. Tak bezpośredni związek nie występuje natomiast w placówkach publicznych, które są dotowane z budżetu państwa, co może odbijać się mniejszą troską zatrudnionego w nich personelu o dialog i partnerstwo oraz o psychiczny dobrostan chorego.

Innym możliwym wyjaśnieniem uzyskanych rezultatów mogą być różnice organizacyjne pomiędzy placówkami publicznymi i niepublicznymi. Większa presja czasu i przeciążenie pracą w placówkach publicznych w porównaniu z niepublicznymi [Nowicka 2002] może wymuszać na lekarzach, pielęgniarkach i innych członkach personelu medycznego pośpiech i „nakazowo-rozdzielczy” styl komunikowania się z chorymi. Większy komfort pracy w placówkach prywatnych może natomiast sprzyjać uważności i przyjmowaniu postawy dialogowej w relacjach z pacjentami.

4. Wnioski

Przedstawione wyniki wskazują, że personel medyczny zatrudniony w publicznych i niepublicznych placówkach ochrony zdrowia istotnie różni się między sobą w podejściu do pacjenta. Respondenci z placówek publicznych częściej odwołują się do modelu paternalistycznego, natomiast ci zatrudnieni w placówkach niepublicznych preferują model partnerski. To sugeruje, że ceną, którą za specjalistyczną opiekę „płaca” pacjenci placówek publicznych, jest asymetryczność w relacji z lekarzem. Rezultat ten jest niepokojący, biorąc pod uwagę fakt, że – jak wskazują szacunki – od 8 do 95 procent chorych nie stosuje się do lekarskich zaleceń [Gordon, Edwards 2009]. Na to, w jakim stopniu pacjent uwzględnia sugestie personelu medycznego, istotnie wpływa sposób komunikacji z chorym. Wyniki badań zależności między stylami komunikacji lekarz – pacjent a gotowością chorych do przestrzegania zaleceń zdrowotnych [Hulewska, Ziarko 2013, s. 33–44] jednoznacznie dowodzą, że chorzy traktowani po partnersku zdecydowanie chętniej dostosowują się do wskazań

lekarza, co pozytywnie odbija się na procesie powrotu do zdrowia. Z kolei chorzy, wobec których jest stosowany paternalistyczny styl komunikowania, mają większe opory, by współpracować z personelem medycznym i przestrzegać jego zaleceń, co ma niekorzystny wpływ na zdrowie.

Na podstawie przeglądu literatury przedmiotu T. Gordon i W.S. Edwards [2009, s. 29–33] sporządzili wykaz korzyści, jakie pracownikom ochrony zdrowia przynosi partnerskie podejście do pacjenta. Oto niektóre z nich: lekarze uzyskują dokładniejsze dane i stawiają bardziej trafne diagnozy, pacjenci bardziej ufają personelowi, zmniejsza się opór pacjenta wobec terapii i lekarza prowadzącego, pacjenci chętniej stosują się do zaleceń lekarzy, następuje szybsze zdrowienie, pacjenci nie szukają znachorów i uzdrowiaczy [Gordon, Edwards 2009, s. 30]. Ponieważ partnerski stosunek do pacjenta wydaje się ze wszech miar pożądany, warto więc uświadamiać i szkolić w tym zakresie personel publicznych placówek medycznych, pokazując związek pomiędzy humanistycznym modelem relacji z pacjentem a tempem powrotu pacjenta do zdrowia, którego przywrócenie jest naczelnym zadaniem każdego przedstawiciela zawodów medycznych.

Na zakończenie należy podkreślić, iż ze względu na stosunkowo małą próbę rezultaty zaprezentowanych badań dają podstawy do formułowania uogólnień jedynie w odniesieniu do tych ośrodków zdrowia, w których zatrudnieni byli respondenci. Uzyskane wyniki mogą natomiast stanowić punkt wyjścia do dalszych dociekań naukowych, które obejmą swym zasięgiem większą liczbę przedstawicieli zawodów medycznych.

Literatura

- Bishop G.D., 2007, *Psychologia zdrowia*, Astrum, Wrocław.
- Dolińska-Zygmunt G., 2001, *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*, [w:] Dolińska-Zygmunt G. (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Egan G., 2001, *Twarzą w twarz*, Zysk i S-ka, Poznań.
- Gordon T., Edwards W.S., 2009, *Rozmawiać z pacjentem. Podręcznik doskonalenia umiejętności komunikacyjnych i budowania partnerskich relacji. Wskazówki dla: lekarzy, personelu medycznego, wolontariuszy, rodziny chorego*, Academica, Warszawa.
- Hołub G., 2010, *Pacjent jako osoba*, [w:] Chańska W., Hartman J. (red.), *Bioetyka w zawodzie lekarza*, Wolters Kluwer, Warszawa, s. 39–48.
- Hulewska A., Ziarko M., 2013, *Style komunikacji lekarz – pacjent a motywacja chorego do przestrzegania zaleceń zdrowotnych*, *Studia Psychologica*, nr 13 (2).
- Kęsy M., 2012, *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Krot K., 2008, *Jakość i marketing usług medycznych*, ABC a Wolters Kluwer for business, Warszawa.
- Kuropaś D., 2010, *Pacjent to klient. Szpitale szkołą personel, jak rozmawiać z ludźmi*, Rynek Zdrowia, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Pacjent-to-klient-Szpital-szkola-personel-jak-rozmawiac-z-ludzi,101134,1.html> (31.08.2010).
- Nowicka M., 2002, *Prawo do ochrony zdrowia. Raport z monitoringu*, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Nadhi, Warszawa.

- Rogers C.R., 1991, *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe*, Thesaurus Press, Wrocław.
- Rogers C.R., 2012, *Sposób bycia*, Rebis, Poznań.
- Rudawska I., 2011, *Zintegrowana opieka zdrowotna – w poszukiwaniu poprawy efektywności*, Problemy Zarządzania, vol. 9, nr 3 (33).
- Sills S.Ch., Fish S., Lapworth Ph., 1999, *Pomoc psychologiczna w ujęciu Gestalt*, Wydawnictwo Instytutu Psychologii Zdrowia, Warszawa.
- Solecka M., 2013, *Pacjent – partner, klient?*, Medycyna Praktyczna, <http://www.mp.pl/kurier/89758> (10.09.2013).
- Ziarko M., Hulewska A., 2012, *Od paternalistycznej dominacji po partnerską współpracę – przemiany w stylach komunikowania się lekarza z pacjentem*, [w:] Jacennik B., Hulewska A., Piasecka A. (red.), *Komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu. Między psychologią a medycyną*, Vizja Press&IT, Warszawa.