

Raport 3.2.12.

Dezinformacja medyczna w opinii specjalistów medycznych w Polsce

Karina Stasiuk-Krajewska, Uniwersytet SWPS

Jolanta Grzebieluch, Uniwersytet Medyczny, Wrocław

30.06.3026

1. Cel, pytania badawcze i metodologia

Celem badania było poznanie doświadczeń personelu medycznego (lekarzy i pielęgniarek), związanych z kontaktem z dezinformacją zdrowotną oraz niewiarygodnymi informacjami zgłaszanymi przez pacjentów.

Postawiono następujące **pytania badawcze**:

1. Jakie są główne wątki i tematy dezinformacji medycznej, z którymi stykają się w swojej pracy lekarze?
2. Skąd pacjenci czerpią informacje o zdrowiu?
3. Czy są podatni na dezinformację?
4. Czy istnieją w tym zakresie różnice pomiędzy poszczególnymi grupami pacjentów?
5. W jaki sposób fałszywe, niewiarygodne albo źle zrozumiane informacje zdrowotne wpływają na Państwa pracę i kontakt z pacjentem?
6. Jak zwykle reagują lekarze, gdy pacjent powołuje się na niewiarygodną, fałszywą albo przesadzoną informację zdrowotną?
7. Jakiego wsparcia potrzebują lekarze, aby rozmawiać z pacjentami przekonanymi do niesprawdzonych terapii?

Badanie przeprowadzono metodą **zogniskowanego wywiadu grupowego**. Odbyły się dwa spotkania – z lekarzami i pielęgniarkami. W obu fokusach uczestniczyły osoby posiadające doświadczenie w pracy z pacjentami w różnych typach placówek ochrony zdrowia. Rozmowa została przeprowadzona online, na podstawie scenariusza (który zawierał zarówno elementy wspólne, jak i specyficzne dla każdej grupy), nagrana, a następnie zanonimizowana i poddana transkrypcji. Analiza miała charakter jakościowy i obejmowała identyfikację głównych tematów, powtarzających się doświadczeń, przykładów sytuacji problemowych oraz rekomendowanych sposobów reagowania.

2. Wyniki – prezentacja i analiza

2.1. Dezinformacja medyczna w opinii lekarzy

Istotną cechą **grupy lekarzy** było połączenie perspektywy klinicznej, organizacyjnej i edukacyjnej. Część respondentów zarządza placówkami medycznymi lub działa w środowisku lekarzy rodzinnych, część współpracuje z uczelniami medycznymi i uczestniczy w kształceniu przyszłych kadr. Dzięki temu wypowiedzi obejmowały zarówno codzienne doświadczenia kontaktu z pacjentami, jak i szersze spojrzenie na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Grupa była zróżnicowana pod względem doświadczenia, typu placówki i specjalizacji, co pozwoliło uchwycić dezinformację medyczną z kilku perspektyw: lekarza rodzinnego, lekarza POZ, lekarza szpitalnego, rezydenta oraz osoby zaangażowanej w działalność środowiskową i edukacyjną.

Pyt. 1. Proszę przypomnieć sobie konkretną sytuację, w której pacjent przyszedł z informacją zdrowotną z internetu, od znajomych lub z innego źródła, która budziła wątpliwości. Czego dotyczyła, skąd pochodziła, jakie emocje wywołała i czy pacjent był otwarty na rozmowę?

Przykłady, które spontanicznie przychodzą respondentom do głowy, to:

- pacjenci, żądający wypisania recept na określone leki, w tym ostatnio przede wszystkim na otyłość;
- rodzice odmawiający szczepień („Czasem przychodzą z grubą teczką skserowanych dokumentów i mówią, że chcą zaszczepić dziecko, ale pod warunkiem, że lekarz odpowie na wszystkie pytania, których samo przeczytanie zajęłoby dwa dni”);
- pacjenci odmawiający szczepień na Covid 19;
- pacjenci odwołujący się do dezinformacji dotyczącej badań profilaktycznych („kolonoskopii nigdy w życiu nie zrobię, sąsiadka robiła i ledwo przeżyła”);
- pacjenci zażywający suplementy, np. witaminę D w nadmiernych ilościach;

Jeden z rozmówców zwraca uwagę że dezinformacja medyczna przybiera strukturę **mody** – określone wątki pojawiają się, zyskują na znaczeniu, potem zanikają i znów wracają.

Metafora ta otwiera pole do nowego myślenia o dezinformacji zdrowotnej oraz analizowana jej w szerszym kontekście społecznym i kulturowym jako pewnego rodzaju trendu.

„Przychodzi mi na myśl pacjentka około 45-letnia, z nadwagą lub otyłością pierwszego stopnia. Przyszła z wynikami badań i zaznaczonymi kropkami przy wszystkich wartościach, które minimalnie przekraczały normę. Po omówieniu wyników okazało się, że przyszła głównie po receptę na leki na otyłość. Na odwrocie kartki miała gotowy wykaz tego, co mam przepisać i w jakich dawkach. Były tam leki z różnych grup i w różnych formach, od tabletek po leki iniekcyjne. Większość z nich nie była dla niej wskazana. Nie potwierdzały się u niej ani insulinooporność, ani cukrzyca; głównym problemem była otyłość, papierosy i brak aktywności fizycznej. Rozmowa trwała około 40 minut, ale zakończyła się sukcesem: pacjentka wróciła po trzech miesiącach, ograniczyła palenie, zaczęła ćwiczyć i sama uznała, że dobrze, iż nie rozpoczęła terapii lekami”

Pytanie 2. Jakie są najbardziej charakterystyczne, najtrudniejsze albo najbardziej niebezpieczne wątki dezinformacyjne w rozmowach z pacjentami?

Rozmówcy, proszeni o uogólnione wskazanie trzech wątków dezinformacji medycznej, wymieniają następujące:

[wątki]

- nadrozpoznawalność modnych stanów chorobowych (takich jak insulinooporność czy Hashimoto);
- problem antybiotyków („pacjent przychodzi z gotowym rozwiązaniem i oczekuje konkretnego preparatu, bo „zawsze działał”);
- szczepienia, zwłaszcza w rodzinach, które nie chcą szczepić dzieci;
- wspomniane wcześniej, chwilowe mody (związane np. z porą roku albo popularnością jakiejś influencerki): borelioza („trzeba całe życie brać antybiotyk albo zabezpieczać dzieci antybiotykami przed wyjazdem”), wcześniej lamblie czy „zarobaczenie” i „zakwaszenie organizmu”;

[grupy pacjentów]

- pacjenci z otyłością, często z obciążeniem depresyjnym i niskim compliance;

- młodzi dorośli z grubą dokumentacją, przekonani, że wiedzą, jakie badania należy jeszcze zrobić, często z wykonanymi kosztownymi badaniami, w tym genetycznymi;
- starsi pacjenci, często 90-letni, oraz ich rodziny, które wiedzą, co personel powinien robić (*„Przy pacjentach u schyłku życia rodzina potrafi kwestionować żywienie, leczenie, zakażenia i każdą decyzję personelu”*);

[zachowania]

- samodiagnozowanie problemów psychicznych: ADHD u dorosłych, spektrum autyzmu, Aspergera i innych zaburzeń neurorozwojowych. (*„W internecie jest wiele testów, które każdy może zrobić, a potem pacjenci trafiają do specjalistów z gotową autodiagnozą”*);
- suplementację bez kontroli medycznej (*„pacjenci przychodzą z przekonaniem, że coś powinno rozwiązać problem, bo przeczytali, że działa. W moim doświadczeniu najczęściej da się to jednak wyperswadować”*).

Rozmówcy zwracają też uwagę, że wyjątkowo częsta i uciążliwa jest **dezinformacja dotycząca procedur administracyjnych**: na przykład pacjenci przychodzą z przekonaniem, że lekarz może tak opisać dokumenty, żeby uzyskali rentę, orzeczenie lub inne świadczenie.

Pytanie 3. Z jakich źródeł pacjenci czerpią informacje zdrowotne? Czy potrafią podchodzić do nich krytycznie i czy widać różnice między grupami pacjentów?

W odpowiedzi na to pytanie respondenci nie tylko wskazywali źródła, ale także diagnozowali problemy z nimi związane:

1. Internet: YouTube, wywiady, strony i różne treści, które pacjenci traktują jako wiarygodne.

Problem: dostęp do zbyt dużej ilości wiedzy bez umiejętności selekcjonowania źródeł. Chociaż starsi pacjenci częściej wierzą autorytetowi lekarza rodzinnego, to podatność na internetową dezinformację narasta także u seniorów, którzy nauczyli się korzystać z internetu, ale nie potrafią weryfikować źródeł. Dla nich to, co opublikowane, często wydaje się prawdziwe.

2. ChatGPT.

Problem: chodzi nie tylko o samych pacjentów, ale też o rodziny. („Mamy pacjentów bardzo starszych oraz młodych dorosłych, którzy nadal są silnie wspierani przez rodziców. Zdarzyło się, że rodzina przyniosła dokumenty ewidentnie wygenerowane przez ChatGPT, z wypunktowaną listą rzeczy, które rzekomo robimy źle”; „przekonanie, że skoro mają wyższe wykształcenie, to są równi ekspertom medycznym i wiedzą tyle samo po przeczytaniu informacji w internecie.”).

3. Przekazy międzyludzkie: „mi pomogło, więc tobie też pomoże”.

Problem: nie uczymy ludzi weryfikowania wiedzy i odróżniania informacji wiarygodnej od niewiarygodnej, co dotyczy także osób z wykształceniem około medycznym.

4. Reklamy. Przykładem jest reklama preparatu wapniowego, w której sugeruje się, że aby uzupełnić wapń, trzeba byłoby codziennie zjeść ponad kilogram twarogu. To celowa dezinformacja służąca sprzedaży produktu.

Problem: reklamy są szczególnie groźne dla starszych, samotnych i słabiej uposażonych osób. (takie osoby „mają leki refundowane lub bezpłatne, a jednocześnie wydają setki złotych miesięcznie na preparaty z telewizji: na kolana, pamięć i inne dolegliwości”).

Ogólnie rzecz biorąc za największy problem respondenci uznają to, że **informacje wprowadzające w błąd nie zawsze są całkowicie błędne**. Bywają częściowo prawdziwe, ale nie pasują do danej sytuacji klinicznej („Rodziny potrafią mówić o elektrolitach czy antybiotykach rzeczy prawdziwe, ale bez właściwego kontekstu. Wtedy bardzo trudno powiedzieć: „tak, ma pani rację, ale...”, bo zaczyna się długa rozmowa.”)

Warto pamiętać, że dezinformacja może wynikać także z **nadinterpretacji/niewłaściwej interpretacji literatury naukowej**. Przykładem jest koncepcja „metabolically healthy obese”, która bywa odczytywana jako przekaz: można być otyłym i zdrowym. Problem polega na tym, że zdrowie w takim stanie jest tylko do czasu, a tego elementu przekazu często zabrakło.

Pytanie 4. Jak dezinformacja wpływa na pracę i relacje z pacjentami?

Rozmówcy wymieniają następujące konsekwencje:

- utrudnia i wydłuża wizytę.
- utrudnia uzgodnienie i przedstawienie planu leczenia i planu diagnostycznego;
- powoduje „satelitowanie” wokół wielu tematów;
- czasem wywołuje agresję, szczególnie przy starszych, schorowanych pacjentach i rodzinach opierających się na ChatGPT, internecie albo opinii innego lekarza.

Rozmówcy przyznają, że zdarzały się sytuacje, w których personel realnie obawiał się o siebie i trzeba było wzywać policję.

Jednocześnie częstotliwość występowania takich sytuacji i relacje na nie są mocno **uzależnione od specyfiki placówki**, oraz **indywidualnego doświadczenia rozmówcy**.

Na **oddziałach szpitalnych** częściej zdarzają się sytuacje pilne. Gdy pacjent jest w cięższym stanie, zwykle nie ma czasu na rozważania z internetu; pacjenci zgadzają się na konieczne postępowanie. Wątpliwości, doszukiwanie się dodatkowych problemów i pytania z internetu pojawiają się częściej wtedy, gdy pacjent dochodzi do zdrowia.

Z kolei w przypadku **POZ** przed sytuacjami potencjalnie konfliktowymi chroni znajomość pacjentów i budowanie z nimi relacji (choć są pacjenci, do których nie da się dotrzeć, ale – co podkreślają respondenci - nawet jeśli różnimy się z pacjentem i nie da się go przekonać, trzeba rozejść się we wzajemnym szacunku).

Pytanie 5. Czy w placówkach istnieją procedury reagowania na pacjentów z przekonaniami dezinformacyjnymi, zwłaszcza gdy sytuacja staje się trudna lub agresywna?

Respondenci wskazują na istnienie określonych procedur, ale jednocześnie bardzo mocno podkreślają ich **nieskuteczność** czy też fasadowość:

- Procedura 1 Wezwanie ochrony – często nieskuteczne ze względu na specyfikę zatrudnionych osób
- Procedura 2 Wezwanie policji – prowadzi do eskalacji konfliktu
- Procedura przycisku antynapadowego – w wielu placówkach i ch nie ma albo nie działają, ale lekarz w praktyce nie ma gdzie uciec.

Jednak, co zaznaczają respondenci, w przypadku zetknięcia się z dezinformacją niekoniecznie muszą być od razu uruchamiane powyższe, twarde, procedury. Rozmówcy podkreślają **rolę spokojnej rozmowy**, wyjaśnienia ram prawnych (np. w kontekście szczepień) oraz – ostatecznie – uszanowania opinii.

Pytanie 6. Jakie strategie stosują Państwo w rozmowie z pacjentem, który nie chce przyjąć zaleconego leczenia albo wybiera naturalny preparat z powodu informacji z internetu?

Wymieniono następujące techniki:

- przedstawienie pacjentowi argumentacji, spokojne wyjaśnienie;
- negocjowanie, zamiast autorytatywnego; tego nie wolno;
- tłumaczenie przez konsekwencje („Jeśli pacjent pyta, czy musi brać wszystkie leki, można powiedzieć: nie musi pan, ale wtedy spuchną panu nogi, nie wejdzie pan na pierwsze piętro i trafi pan do szpitala z płynem w płucach”);
- dostosowanie przekaz do pacjenta;
- dopasowywanie zaleceń do tego, na ile są w stanie się do nich zastosować pacjenci („Jeśli ktoś pali dwie paczki, nie zawsze od razu rzuci palenie, ale można zacząć od zejścia do jednej paczki albo połowy”);
- odnoszenie się do doświadczeń z otoczenia pacjenta („weź się w garść, bo umrzesz jak twój brat”);
- budowanie zaufania małymi krokami.

„Najważniejszy jest szacunek do pacjenta, bo nasza agresja na agresję pacjenta niczego dobrego nie przyniesie”.

Pytanie 7. Co mogłoby pomóc lekarzom i placówkom w trudnych sytuacjach związanych z dezinformacją medyczną?

Respondenci wymieniają następujące działania:

- edukacja zdrowotna na każdym poziomie kształcenia, oparta na tym, jak weryfikować informacje - powinna zaczynać się od najmłodszych lat, a później być

wzmacniana kampaniami społecznymi i innymi działaniami – jest to wątek szczególnie mocno podkreślany, respondenci wyrażają rozczarowanie polityką państwa w zakresie edukacji zdrowotnej;

- portal lub strona internetowa, gdzie pacjent mógłby znaleźć rzetelne źródła, np. materiały podobne do „Medycyny Praktycznej dla pacjenta” albo inne poradniki zwalidowane przez specjalistów, do których lekarz mógłby z czystym sumieniem odsyłać pacjenta;
- edukacja w telewizji, bo telewizja nadal jest oglądana;
- weryfikacja reklam pod kątem dezinformacji zdrowotnej;
- działanie samorządu lekarskiego, który powinien edukować społeczeństwo w formie kampanii, pokazując, że lekarze nie tylko wykonują procedury i zarabiają pieniądze, ale dbają o zdrowie społeczeństwa i chcą mu pomóc.

Wnioski

Przeprowadzony fokus pokazał, że dezinformacja medyczna jest obecna w codziennej pracy lekarzy, choć jej skala i charakter zależą od typu placówki, specjalizacji oraz relacji z pacjentami. Respondenci nie opisują jej wyłącznie jako rozpowszechniania fałszywych informacji, ale jako szersze zjawisko obejmujące mody zdrowotne, uproszczone interpretacje wyników badań, samodiagnozowanie, nieuzasadnione oczekiwania wobec leczenia oraz błędne przekonania dotyczące procedur medycznych i administracyjnych.

W wypowiedziach lekarzy wyraźnie powraca przekonanie, że dezinformacja często ma charakter falowy. Pewne tematy pojawiają się, zyskują dużą popularność, a następnie ustępują miejsca kolejnym „modom”. Dotyczy to między innymi insulinooporności, Hashimoto, boreliozy, diet eliminacyjnych, leczenia otyłości, suplementacji witaminami, antybiotyków, szczepień czy samodiagnozowania zaburzeń psychicznych. Z tego względu dezinformację zdrowotną można traktować nie tylko jako problem wiedzy, ale także jako zjawisko społeczne i kulturowe, powiązane z trendami, lękami, potrzebą kontroli oraz poszukiwaniem prostych rozwiązań.

Szczególnie istotnym obszarem są szczepienia. Respondenci wskazują zarówno na rodziców odmawiających szczepień dzieci, jak i pacjentów nieufnych wobec szczepień

przeciw COVID-19. W takich sytuacjach lekarze często spotykają się z gotowymi pakietami argumentów, dokumentów lub pytań, które pacjenci przynoszą z internetu. Problemem nie jest więc jedynie pojedyncza błędna informacja, ale cała struktura przekonań, często trudna do podważenia w ramach krótkiej wizyty.

Drugim ważnym obszarem jest samodiagnoza i samodzielne projektowanie leczenia. Pacjenci przychodzą z gotowymi rozpoznaniem, listami leków, interpretacjami wyników badań albo oczekiwaniem przepisania konkretnego preparatu.

Istotnym źródłem dezinformacji pozostaje internet, w tym YouTube, media społecznościowe, reklamy i ChatGPT. Respondenci zwracają jednak uwagę, że źródła dezinformacji są bardziej zróżnicowane. Ważną rolę odgrywają także przekazy ustne: rodzina, znajomi, sąsiedzi, inni pacjenci, a czasem również osoby z wykształceniem okołomedycznym. Lekarze podkreślają, że szczególnie trudne są sytuacje, gdy pacjent lub jego rodzina posiadają fragmentaryczną, częściowo prawdziwą wiedzę, ale stosują ją bez znajomości kontekstu klinicznego.

Dezinformacja wpływa na pracę lekarzy przede wszystkim przez wydłużanie wizyt, utrudnianie uzgodnienia planu leczenia, konieczność prostowania błędnych przekonań oraz zwiększanie napięcia w relacji lekarz–pacjent. W niektórych sytuacjach prowadzi także do agresji, konfliktów z rodziną pacjenta, a nawet konieczności wezwania policji. Jednocześnie respondenci wskazują, że relacja oparta na zaufaniu, zwłaszcza w POZ, może ograniczać eskalację konfliktu i ułatwiać korygowanie błędnych przekonań.

Lekarze stosują liczne strategie komunikacyjne, w tym: spokojne tłumaczenie, odwoływanie się do konsekwencji zdrowotnych, negocjowanie, dostosowywanie przekazu do pacjenta, stopniowe budowanie zaufania i szacunek wobec rozmówcy. Podkreślają, że nie zawsze da się pacjenta przekonać, ale ważne jest, aby nie eskalować konfliktu i pozostawić przestrzeń do dalszej relacji.

2.2. Dezinformacja medyczna w opinii pielęgniarek

Grupę badaną stanowiło pięciu respondentów związanych z pielęgniarstwem i innymi zawodami medycznymi. Uczestnicy pracowali w różnych obszarach ochrony zdrowia: medycynie estetycznej, anestezjologii, intensywnej terapii, opiece długoterminowej, pediatrii, dializoterapii, opiece domowej oraz optometrii.

Badani mieli bezpośredni kontakt z pacjentami i ich rodzinami, a część z nich była także zaangażowana w kształcenie pielęgniarek i położnych. Dzięki temu grupa pozwala uchwycić problem dezinformacji zdrowotnej z perspektywy personelu, który często znajduje się na pierwszej linii kontaktu z pacjentem.

Pyt. 1. Proszę przypomnieć sobie konkretną sytuację, w której pacjent przyszedł z informacją zdrowotną z internetu, od znajomych lub z innego źródła, która budziła wątpliwości. Czego dotyczyła, skąd pochodziła, jakie emocje wywołała i czy pacjent był otwarty na rozmowę?

Respondenci, proszeni o spontaniczne podanie przykładów dezinformacji, wskazują na zróżnicowane wątki, które wiążą się z ich specjalizacją:

- przypadek pacjenta z opieki długoterminowej, u którego niewłaściwe informacje o leczeniu odleżyny przekazał sam personel medyczny - problemem była niezgodność zaleceń z aktualnymi standardami leczenia ran;
- mit, że nie należy dawać pełnej korekcji okularowej, aby „oko pracowało”;
- żywienie: olej kokosowy, dieta białkowa lub keto, bardzo wysokie dawki witaminy D i C, produkty „modne” w internecie; problem dotyczy też osób z wykształceniem medycznym;
- uzależnienia: najtrudniejsze rozmowy dotyczą papierosów i e-papierosów - pacjenci bronią własnych zachowań znanymi argumentami: „ktoś palił i dożył 100 lat”, „bardziej szkodzi środowisko”.

Pytanie 2. Jakie są najbardziej charakterystyczne, najtrudniejsze albo najbardziej niebezpieczne wątki dezinformacyjne w rozmowach z pacjentami?

Respondenci, proszeni o wskazanie uogólnionych najbardziej niebezpiecznych i typowych wątków dezinformacji medycznej, wymieniają:

- **szczepienia** - najbardziej emocjonalny obszarów dezinformacji, zwłaszcza wśród rodziców dzieci przewlekle chorych lub z niepełnosprawnościami;
- **diety i suplementację, mody zdrowotne**: dieta keto, dieta bezglutenowa bez wskazań, wysokie dawki witaminy C i D, „naturalne” sposoby leczenia, produkty promowane w rolkach i krótkich filmach;
- **preparaty bez rejestracji** i nieznanego pochodzenia - środki kupowane przez internet: preparaty „na raka”, na masę mięśniową, odmładzanie, wygląd lub poprawę zdrowia; problem polega na nieznanym składzie, braku rejestracji oraz tym, że pacjenci często nie przyznają się personelowi do ich stosowania;
- **samodiagnozę i interpretację wyników** - ważnym wątkiem jest samodzielna interpretacja wyników badań przez Google lub AI; pacjent przychodzi już z gotową diagnozą, często bardzo poważną, zamiast z pytaniem.

Pytanie 3. Z jakich źródeł pacjenci czerpią informacje zdrowotne? Czy potrafią podchodzić do nich krytycznie i czy widać różnice między grupami pacjentów?

Respondenci wskazują:

- **internet i media społecznościowe** - rolki, TikTok, Instagram oraz coraz częściej sztuczna inteligencja - krótkie formaty utrudniają weryfikację, bo podają prostą tezę bez kontekstu;
- **sąsiadów i poczekalnię** - bardzo ważne są rozmowy z sąsiadami, rodziną, innymi pacjentami oraz osobami spotkanymi w poczekalni („Pacjenci wymieniają się historiami chorób, lekami i „sprawdzonymi” sposobami leczenia”);
- **personel i specjalistów** - źródłem chaosu bywają też sprzeczne komunikaty od różnych osób z systemu ochrony zdrowia; pacjent, który chodzi do wielu specjalistów, może dostać różne odpowiedzi i zbudować własną wersję choroby;
- **prasę, reklamy i komercyjne oferty** - część pacjentów korzysta z czasopism, reklam i ofert turnusów lub „akademii zdrowia

Odpowiadając na pytanie dotyczące specyfiki poszczególnych grup pacjentów w kontekście podatności na dezinformację, respondenci wyodrębniają i poddają charakterystyce następujące grupy:

- **osoby samotne i skupione na chorobie** - potrzebujące zainteresowania, mocno skupione na własnych dolegliwościach; kontakt w poczekalni lub alternatywnej poradni daje im poczucie wysłuchania, którego czasem brakuje w systemie;
- **pacjenci nowo chorujący** - nagle trafiają do systemu, w panice szukają wiedzy w wielu miejscach i przyjmują informacje bez krytycznej selekcji;
- **pacjenci doświadczeni** - osoby, które od lat chorują i przeszły dłuższą ścieżkę leczenia: bywają bardziej ostrożne, bo mają doświadczenie z systemem i wiedzą, że informacje trzeba weryfikować;

Istotnymi cechami różnicującymi są:

- **wykształcenie i styl poznawczy** – zdaniem respondentów, osoby o ścisłym, technicznym wykształceniu często lepiej analizują zalecenia, instrukcje i procedury; z kolei osoby bardziej impulsywne albo funkcjonujące w szybkim rytmie informacji mogą łatwiej przejmować chwilowe mody;
- **wiek** - młodszy i osoby w średnim wieku częściej korzystają z internetu i krótkich formatów; starsi częściej opierają się na rozmowach, telewizji, czasopiśmie i autorytecie innych pacjentów lub sąsiadów.

Pytanie 4. Jak dezinformacja wpływa na pracę i relacje z pacjentami?

Respondenci wskazują na następujące konsekwencje:

- wydłużenie rozmowy;
- generowanie sytuacji wysokiego ryzyka;
- konieczność przykładania szczególnej wagi do dokumentacji i procedur;
- poczucie zagrożenia po stronie personelu, nie tyle fizycznego, ile związanego z potencjalnymi zarzutami proceduralnymi (rozmówcy podkreślają konieczność szczególnie starannego dokumentowania sytuacji trudnych, konfliktowych).

Pytanie 5. Czy w placówkach istnieją procedury reagowania na pacjentów z przekonaniami dezinformacyjnymi, zwłaszcza gdy sytuacja staje się trudna lub agresywna?

Respondenci, pytani o istnienie procedur, generalnie stwierdzają, że takich procedur nie ma.

Jednocześnie jednak wyrażają wątpliwości, czy takie procedury byłyby przydatne, być może lepsze byłby szkolenia i umiejętności z obszarów kompetencji miękkich.

Procedury **nie zdadzą egzaminu**, ponieważ do każdego przypadku trzeba podchodzić bardzo indywidualnie.

Z drugiej strony w pewnych sytuacjach **procedury są ważne**:

- w sytuacjach zagrożenia życia pacjenta;
- w sytuacjach wejścia do środowiska domowego.

„Oczywiście każdy pacjent jest inny, ale to, czego dotyczy dezinformacja, można by było jednak ubrać w jakąś procedurę. Dlatego, że może być wysyp takich pacjentów w jakimś momencie - i warto by było jednak stworzyć taki system: co mówić, w jaki sposób rozmawiać (na przykład: trochę inaczej rozmawiamy z rodzicami na temat dziecka; inaczej jeżeli to dotyczy samego pacjenta)”

Pytanie 5. Jakie strategie stosują Państwo w rozmowie z pacjentem, który nie chce przyjąć zaleconego leczenia albo wybiera naturalny preparat z powodu informacji z internetu?

Rozmówcy wymieniają następujące strategie:

- budowanie **relacji i zaufania** („Na stacji dializ, gdzie pacjenci są stali, zaufanie pielęgniarka-pacjent pozwala dowiedzieć się, co pacjent naprawdę stosuje, czyta i komu wierzy”);
- rozmowa **bez ośmieszania** - spokojna, bez upokarzania pacjenta: pacjent częściej ujawni wątpliwości pielęgniarce, jeśli czuje, że nie zostanie skrytykowany;
- **jasne granice** - w sytuacjach niebezpiecznych potrzebne jest jasne wyznaczenie granic: wezwanie pogotowia, informacja o ryzyku śmierci lub pogorszenia zdrowia, odnotowanie zaleceń na piśmie;
- dobór strategii **do osoby** (“Nie ma jednej metody. Czasem warto drążyć temat, a czasem po kilku zdaniach wiadomo, że rozmowa nie przyniesie efektu i trzeba ograniczyć się do przekazania stanowiska oraz dokumentacji”).

Pytanie 6. Co mogłoby pomóc pielęgniarcom i placówkom w trudnych sytuacjach związanych z dezinformacją medyczną?

Respondenci wskazują przede wszystkim:

- **warsztaty i szkolenia** - jak rozmawiać, jak rozpoznawać mity, jak reagować na emocje i jak dokumentować trudne sytuacje;
- wykorzystanie **atrakcyjnych kanałów internetowych** - trzeba umieć wykorzystać te same kanały, którymi rozchodzi się dezinformacja: krótkie filmy, rolki, Instagram, TikTok, formaty atrakcyjne dla młodszych odbiorców;
- **edukacja medialna i zdrowotna** - nauka korzystania z internetu i sztucznej inteligencji już w szkole (np. jak odróżniać źródła wartościowe od przypadkowych, jak rozpoznawać atrakcyjne, ale fałszywe przekazy);
- **zmiana formy edukacji** - przeniesienie edukacji zdrowotnej do form bardziej dynamicznych, konkretnych i wizualnych,
- wprowadzenie zajęć z zakresu mechanizmów **dezinformacji na studiach pielęgniarских**;
- wykorzystanie lekarzy, pielęgniarek, studentów medycyny **jako influencerów** - celem obalania konkretnych mitów.

Czy pielęgniarki mają szczególną rolę wobec pacjentów w kontekście informacji i dezinformacji zdrowotnej?

Respondenci wskazują, że:

- pielęgniarki często są na pierwszej linii kontaktu - pacjenci łatwiej wyładowują na nich frustrację, ale też częściej mówią im rzeczy, których nie powiedzieliby lekarzowi;
- pacjenci są bardziej otwarci w rozmowach z pielęgniarkami - pytają pielęgniarki o rady sąsiadów, leki, szczepienia, suplementy i informacje z internetu („Mniejszy dystans niż wobec lekarza może utrudniać pracę, ale jednocześnie otwiera pole do rozmowy i korekty błędnych przekonań”);

Respondenci podkreślają, że sytuacja pielęgniarek jest ambiwalentna: relacja z pacjentem bywa jednocześnie trudniejsza i łatwiejsza: pielęgniarka może być adresatką pretensji, ale także osobą, której pacjent ufa i od której przyjmuje wyjaśnienia.

Wnioski

Badanie pokazuje, że pielęgniarki regularnie spotykają się z dezinformacją zdrowotną, choć jej charakter zależy od miejsca pracy, typu pacjentów i obszaru medycyny.

Ważnym wnioskiem jest to, że dezinformacja nie pochodzi wyłącznie z internetu. Źródłem błędnych przekonań bywają także rozmowy w poczekalni, sąsiedzi, rodzina, reklamy, czasopisma, a czasem również sprzeczne komunikaty od różnych przedstawicieli systemu ochrony zdrowia.

Dezinformacja wpływa na pracę pielęgniarek przede wszystkim przez wydłużenie rozmów, konieczność prostowania błędnych informacji, wzrost napięcia w relacji z pacjentem oraz potrzebę starannego dokumentowania trudnych sytuacji. Szczególnie ryzykowne są przypadki, w których pacjent lub rodzina odmawia leczenia, stosuje nieznane preparaty albo nie ujawnia personelowi ważnych informacji.

Jednocześnie pielęgniarki mają szczególną rolę w przeciwdziałaniu dezinformacji. Pacjenci często mają wobec nich mniejszy dystans niż wobec lekarzy, częściej ujawniają wątpliwości, pytają o rady, opowiadają o suplementach, przekazach z internetu czy sugestiiach znajomych. Ta bliskość relacji może być obciążająca, ale daje też możliwość korygowania błędnych przekonań i budowania zaufania.

Najważniejsze strategie wskazywane przez respondentów to spokojna rozmowa, brak ośmieszania pacjenta, budowanie relacji, jasne stawianie granic w sytuacjach zagrożenia oraz dopasowanie sposobu komunikacji do konkretnej osoby. Formalne procedury nie zawsze są skuteczne, ponieważ każda sytuacja wymaga indywidualnego podejścia. Bardziej potrzebne są szkolenia z komunikacji, reagowania na emocje, dokumentowania trudnych sytuacji oraz rozpoznawania popularnych mitów zdrowotnych.

Ogólnie rzecz biorąc, raport pokazuje, że przeciwdziałanie dezinformacji zdrowotnej wymaga nie tylko wiedzy medycznej, ale także kompetencji komunikacyjnych, edukacji medialnej i zdrowotnej oraz obecności rzetelnych treści w tych samych kanałach, w których rozchodzi się dezinformacja — zwłaszcza w mediach społecznościowych, krótkich filmach i innych atrakcyjnych formach internetowych.

3. Podsumowanie

W obu grupach zawodowych dezinformacja medyczna jest postrzegana jako ***stały element pracy z pacjentem***, który wydłuża rozmowy, utrudnia leczenie i wymaga dodatkowych kompetencji komunikacyjnych. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki wskazują podobne źródła problemu: internet, media społecznościowe, reklamy, przekazy od znajomych i rodziny, a coraz częściej także AI. W obu grupach powracają też te same tematy: szczepienia, suplementy, diety, samodiagnoza, interpretacja wyników badań i stosowanie niesprawdzonych preparatów.

Różnice dotyczą przede wszystkim ***pozycji zawodowej i rodzaju kontaktu z pacjentem***. Lekarze częściej mówią o dezinformacji jako o problemie wpływającym na diagnozę, decyzje terapeutyczne, oczekiwania wobec recept, badań i leczenia. Podkreślają też napięcia związane z rodzinami pacjentów, roszczeniami oraz podważaniem autorytetu medycznego.

Pielęgniarki częściej akcentują codzienny, bezpośredni i bardziej nieformalny kontakt z pacjentem. Pacjenci częściej zwierają im się z tego, co przeczytali, co stosują lub czego się boją, ale też łatwiej kierują wobec nich frustrację. Dlatego pielęgniarki mają szczególną rolę „pierwszej linii”: mogą szybciej wychwycić dezinformację, ale są też bardziej narażone na napięcia i konieczność reagowania w praktycznych, często trudnych sytuacjach.

Lekarze częściej opisują dezinformację z perspektywy decyzji medycznych i odpowiedzialności klinicznej, a pielęgniarki z perspektywy relacji, opieki, obserwacji pacjenta i codziennego prostowania błędnych przekonań. Obie grupy zgodnie wskazują jednak, że potrzebne są edukacja zdrowotna, szkolenia komunikacyjne i rzetelne treści

obecne w tych samych kanałach, w których rozchodzi się dezinformacja. Obie podkreślają także rolę rozmowy z pacjentem, tolerancji oraz dostosowania się do sytuacji.

Wsparcie, którego oczekują wiąże się z budowaniem ich kompetencji komunikacyjnych. Obie grupy podkreślają także bardzo mocno rolę edukacji zdrowotnej, prowadzonej od wczesnych etapów życia, w atrakcyjne formie.

1. Summary

In both professional groups, medical misinformation is perceived as a ***constant feature of patient care*** that prolongs consultations, hinders treatment, and requires additional communication skills. Both doctors and nurses identify similar sources of the problem: the internet, social media, advertisements, information from friends and family, and, increasingly, AI. The same topics also recur in both groups: vaccinations, supplements, diets, self-diagnosis, interpretation of test results, and the use of unproven products.

The differences primarily concern ***professional role and the nature of contact with patients***. Doctors are more likely to discuss misinformation as a problem affecting diagnosis, treatment decisions, and expectations regarding prescriptions, tests, and treatment. They also highlight tensions related to patients' families, demands, and challenges to medical authority.

Nurses more often emphasize their daily, direct, and more informal contact with patients. Patients are more likely to confide in them about what they have read, what treatments they are using, or what they fear, but they also direct their frustration toward nurses more readily. Therefore, nurses play a special "front-line" role: they can detect misinformation more quickly, but they are also more exposed to tensions and the need to respond in practical, often difficult situations.

Doctors more often describe misinformation from the perspective of medical decisions and clinical responsibility, while nurses view it from the perspective of relationships, care, patient observation, and the daily task of correcting misconceptions. However, both groups agree that health education, communication training, and reliable content are needed in

the very same channels through which misinformation spreads. Both also emphasize the importance of conversation with patients, tolerance, and adapting to the situation.

The support they expect is linked to building their communication skills. Both groups also strongly emphasize the role of health education, provided from an early age in an engaging format.

Raport jest częścią międzynarodowego projektu finansowanego przez Unię Europejską (działanie nr 101158609) oraz współfinansowanego przez polskie Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego w ramach programu zatytułowanego „Projekty Międzynarodowe Współfinansowane” w latach 2024-2026 (umowa nr 6054/DIGITAL/2024/2025/2).

Wyrażone poglądy i opinie są jednak wyłącznie poglądami autorów i niekoniecznie odzwierciedlają poglądy Unii Europejskiej, Europejskiej Agencji Wykonawczej ds. Zdrowia i Cyfryzacji (HaDEA) ani polskiego Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Ani Unia Europejska, ani Europejska Agencja Wykonawcza ds. Zdrowia i Cyfryzacji (HaDEA), ani polskie Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego nie ponoszą za nie odpowiedzialności.



**Funded by
the European Union**

