

ANNA ZEMBAŁA
(UNIwersYTET JagIELLOŃSKI)

MODELE KOMUNIKACYJNE W RELACJACH LEKARZ – PACJENT

STRESZCZENIE

Przemiany zachodzące we współczesnym systemie opieki zdrowotnej wpłynęły na różne obszary funkcjonowania, między innymi na zmianę w relacji lekarz – pacjent. Wzrastają wymagania wobec personelu medycznego w obszarze relacji interpersonalnych z pacjentami zakładów opieki zdrowotnej. Wyniki licznych badań wskazują, że efektywna komunikacja lekarza z pacjentem wiąże się z lepszymi wskaźnikami zdrowia somatycznego, psychicznego i społecznego. Jest jedną z ważniejszych zmiennych mających wpływ na proces powrotu do zdrowia pacjenta, a także zapobieganie nawrotowi choroby.

Celem niniejszego artykułu jest porównanie modeli relacji lekarz – pacjent opartych na paradygmatach zdrowia, które w różnorodny sposób postrzegają chorobę i człowieka. Analiza oparta będzie na wiedzy teoretycznej oraz informacjach pozyskanych z wykorzystaniem obserwacji nieuczestniczącej.

SŁOWA KLUCZOWE

paternalizm, autonomia, komunikacja, relacja lekarz – pacjent

INFORMACJE O AUTORCE

Anna Zembala
Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej
Uniwersytet Jagielloński
e-mail: tzem@o2.pl

WPROWADZENIE

W starożytnej Grecji za czasów Platona i Arystotelesa relację między lekarzem a pacjentem określano jako przyjaźń lekarską. Hipokrates postrzegał chorych w sposób holistyczny. Medycyna była oparta na przesłankach racjonalnych, nakazywała wyciąganie wniosków dopiero po dogłębnej analizie i obserwacji pacjenta. XX wiek i paradygmat biomedyczny w nim obowiązujący zmieniły patrzenie na pacjenta. Zaczęto koncentrować się wyłącznie na biomedycznych przyczynach chorób, nie dostrzegając wpływu na zdrowie czynników psychicznych. Choroba była traktowana w kategoriach dolegliwości. Przełomowym momentem, który zmienił myślenie o człowieku w naukach medycznych, była nowa definicja zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia z 1946 roku. Określała ona zdrowie już nie tylko jako brak choroby, ale jako pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Nastąpił powrót do myślenia o zdrowiu i chorobie w kategoriach zbliżonych do myśli hipokratejskiej. Zaczęto na nowo podchodzić do chorego w sposób holistyczny.

Obecnie opieka zdrowotna zdąża w kierunku uzyskania konkretnego modelu interakcji. Najbardziej aktualny jest model partnerski, którego celem jest współuczestnictwo pacjenta w procesie leczenia¹. Tradycyjnym modelem relacji lekarz – pacjent jest model paternalistyczny, który ogranicza autonomię pacjenta. Modelem, w którym przykładana jest duża waga do wpływów środowiska, stosunków rodzinnych, problemów emocjonalnych, a lekarz współdziała z chorym i jego rodziną w formułowaniu diagnozy i planowaniu działania terapeutycznego, jest zaś model systemowo-partnerski.

Subiektywne doświadczenia badaczki wynikające z wizyt w gabinetach lekarskich oraz wiedza teoretyczna w opisywanym obszarze tematycznym pozwalają stwierdzić, że praktyka oraz potrzeby pacjentów nie są powiązane z założeniami przyjętymi w modelu systemowo-partnerskim.

Tabela 1. (s. 38–39) ukazuje porównanie trzech modeli relacji lekarz – pacjent.

KOMUNIKACJA W MODELU PATERNALISTYCZNYM

Model paternalistyczny jest częścią tradycyjnej medycyny. Z języka łacińskiego ‘pater’ znaczy ‘ojciec’. Lekarza można zobrazować jako ojca, który chce dobra dla swojego dziecka, pomijając jego wolę i wolność. Dobro definiuje według własnego zdania, ograniczając lub nie zwracając w ogóle uwagi na autonomię chorego.

¹ M. Makara-Studzińska, *Komunikacja z pacjentem*, Lublin 2012.

Model ten wywodzi się z paradygmatu biomedycznego, w którym choroba sprowadzana jest do wymiaru biologicznego. Człowiek postrzegany jest jak maszyna, a zadaniem lekarza jest interwencja w celu przywrócenia sprawności zaburzonych mechanizmów¹.

Do modeli paternalistycznych zaliczamy zarówno model Talcotta Parsona (1951), jak i model Thomasa Stephena Szasza i Marca Hollendra (1956). Pierwszy ma radykalny charakter, drugi natomiast jest bardziej liberalny. W obydwu modelach relacja między lekarzem a pacjentem ma charakter asymetryczny. Model Talcotta Parsona ukazuje lekarza jako osobę, która podejmuje decyzje autorytatywne, ma prawo do całej osoby pacjenta pod względem fizycznym i psychicznym. Autorytet lekarza wynika z wiedzy i kompetencji, wpływa na niego również silna legitymizacja społeczna. W swoim działaniu lekarz ma kierować się trzema zasadami: uniwersalizmu, emocjonalnej neutralności oraz specyfiki funkcji. W modelu Thomasa Stephena Szaszy i Marca Hollendra relacja lekarz – pacjent uzależniona jest od stanu chorego i jego zdolności do aktywnego uczestniczenia w terapii. Model zakłada dominację lekarza i podporządkowanie pacjenta, ale w pewnych sytuacjach dopuszcza partnerstwo i współdziałanie.

W modelu paternalistycznym dominuje autorytarne podejście lekarza do pacjenta. Decyzje o wyborze najlepszego sposobu leczenia podejmuje lekarz, a zdanie chorego jest bardzo ograniczone lub nie ma go wcale. Pacjent przyjmuje postawę bierną. Choroba jest ukazana przez pryzmat biologii. Nacisk kładzie się głównie na czynniki instrumentalne. Potrzeby emocjonalne pacjenta są marginalizowane.

Można wyróżnić paternalizm o natężeniu radykalnym oraz umiarkowanym. W modelu paternalistycznym radykalnym zakłada się, że doświadczenie zawodowe i kliniczna wiedza medyczna są odpowiednim zabezpieczeniem warunkującym bezpieczeństwo pacjenta, właściwą relację z lekarzem oraz pożądany efekt leczenia. Potrzeba poszerzania wiedzy w zakresie interpersonalnych relacji lekarza z pacjentem nie jest w nim zauważana. Lekarz w tym modelu pełni rolę dominującą, pacjent – bierną, a rola rodziny nie ma w nim znaczenia. Komunikacja ma charakter jednokierunkowy w stosunku do pacjenta, charakteryzuje ją duży dystans emocjonalny². Model paternalistyczny umiarkowany uwzględnia potrzebę wymiany informacji między lekarzem a pacjentem. Dla lekarza przekaz ten ma być pomocą w postępowaniu diagnostycznym i ukierunkowaniu

¹ S. Williams, J. Weinmen, J. Dale, *Doctor-Patient Communication and Patient Satisfaction: a Review*, "Family Practice" 1998, Vol. 15, No. 5, s. 480–492.

² M. J. Jarosz, Z. Kawczyńska-Butrym, A. Włoszczak-Szubbda, *Modele komunikacyjne relacji lekarz-pacjent-rodzina*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, Tom 18, Nr 3, s. 212–218.

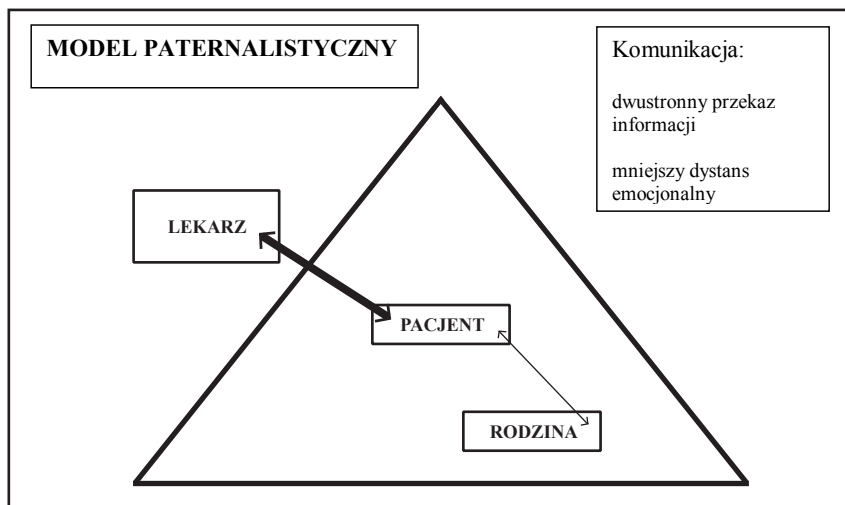
Tab. 1. Porównanie modeli relacji lekarz – pacjent

Nazwa	Omówienie	Korzyści lekarza	Korzyści pacjenta	Wady modelu	Zalety modelu
<p>Model paternalistyczny</p>	<p>Wywodzi się z paradygmatu biomedycznego. Człowiek postrzegany jest jako maszyna, a zadaniem lekarza jest interwencja w celu przywrócenia sprawności zaburzonych mechanizmów.</p>	<p>Podjęcie samodzielnych decyzji o wyborze najlepszego sposobu leczenia.</p>	<p>Brak odpowiedzialności za skutki leczenia.</p>	<p>Brak świadomego uczestnictwa pacjenta w terapii.</p>	<p>Poczucie odpowiedzialności za losy pacjenta.</p>
<p>Model partnerski</p>	<p>Wywodzi się z paradygmatu socjomedycznego. Człowiek jest pojmowany jako dynamiczny układ, funkcjonujący w sprzężeniu z innymi systemami.</p>	<p>Zwiększenie zaufania pacjentów.</p>	<p>Szanowanie i przestrzeganie praw pacjenta. Możliwość samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących proponowanego sposobu leczenia.</p>	<p>Zbyt duża, niewłaściwie wykorzystywana autonomia pacjentów.</p>	<p>Dwukierunkowa komunikacja w relacji lekarz – pacjent, nastawiona na większą dokładność, przebiegająca na zasadzie porozumienia.</p>

Nazwa	Omówienie	Korzyści lekarza	Korzyści pacjenta	Wady modelu	Zalety modelu
Model systemowo-partnerski	Wывodzi się z paradygmatu socjologicznego. Człowiek jest postrzegany jako dynamiczny element szerszych struktur rzeczywistości.	Lepsze dostosowanie formy wsparcia, większa szansa na uzyskanie pozytywnego wyniku leczenia ze względu na znajomość rodziny pacjenta.	Indywidualne traktowanie, współdziałanie z pacjentem i jego rodziną w formułowaniu diagnozy, planowaniu działania terapeutycznego.	Brak chęci współpracy, dysfunkcje ze strony rodziny pacjenta.	Holistyczne postrzeganie organizmów żywych. Przykładanie dużej wagi do wpływów środowiska, stosunków rodzinnych, problemów emocjonalnych na proces leczenia.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu*. Między psychologią a medycyną, red. B. Jacennik, A. Hulewska, A. Piasecka, Warszawa 2012, s. 149.

Ryc. 1. Model paternalistyczny



Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. J. Jarosz, Z. Kawczyńska-Butrym, A. Włoszczak-Szubzda, *Modele komunikacyjne relacji lekarz-pacjent-rodzina*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, Tom 18, Nr 3, s. 216.

leczenia, dla pacjenta zaś mobilizacją do przestrzegania zalecanej terapii. Mamy tu do czynienia z dwustronnym przekazem informacji, który wymaga od lekarzy wiedzy z zakresu relacyjności interpersonalnej. Komunikację charakteryzuje mniejszy dystans emocjonalny³.

Krytyka modelu paternalistycznego zaczęła się już w XIX wieku. John Stuart Mill był jedną z pierwszych osób krytykujących autorytarne podejście lekarza do pacjenta. Uważał on, że nie można nikogo zmusić do zaniechania lub podjęcia jakiejś decyzji, motywując swoją wypowiedź dobrem i szczęściem pacjenta. Lata osiemdziesiąte XX wieku stały się falą krytyki modelu paternalistycznego i zapowiedzią zmian. Etycy Tom Beauchamp i Candy McCullough twierdzą natomiast, że w niektórych sytuacjach paternalizm jest dozwolony. Są to zdarzenia związane z:

- podjęciem działań, które nie naruszają autonomii pacjenta,
- niskim ryzykiem powikłań występujących po interwencji lekarskiej,
- brakiem interwencji lekarza lub niedostosowaniem się do jego zaleceń,

³ M. Kęsy, *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, Kraków 2012.

które mogłyby spowodować u chorego trwałą uszczerbek na zdrowiu lub śmierć⁴.

Pozostałościami po modelu paternalistycznym relacji lekarz – pacjent są⁵:

- ukrywanie prawdy przed chorymi i ich rodziną,
- zastraszanie chorych,
- stosowanie względem pacjentów środków przymusu,
- wprowadzanie w błąd pacjentów,
- niedostateczne informowanie,
- nieprzestrzeżenie praw pacjenta.

XXI wiek uznaje za obowiązujący model partnerski, dający dużą autonomię pacjentowi i możliwość samodzielnego podejmowania decyzji związanej z proponowanym przez lekarza sposobem leczenia.

KOMUNIKACJA W MODELU PARTNERSKIM

Model partnerski wywodzi się z paradygmatu socjomedycznego, w którym człowiek jest pojmowany jako dynamiczny układ, funkcjonujący w sprzężeniu z innymi systemami. Choroba jest rozpatrywana na wszystkich poziomach: biologicznym, psychicznym i społecznym. Uwzględniony jest związek między ciałem a umysłem.

Postęp, rozwój nowych technologii medycznych oraz zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat zdrowia i choroby wpłynęły na rozwój modelu partnerskiego w relacji lekarz – pacjent. Znaczna liczba publikacji dotyczących wspólnego podejmowania decyzji przez lekarzy i pacjentów może wskazywać na wzrost zainteresowania równym partnerstwem w relacji lekarz – pacjent⁶. Pacjent stał się współuczestnikiem procesu leczenia i współodpowiedzialnym za jego skutki. Jego rola nie ogranicza się już tylko do wypełniania poleceń lekarza. Jest centralnym ogniwem relacji. Lekarze zaczęli odgrywać rolę doradców przedstawiających choremu wszystkie możliwe metody diagnostyki i leczenia. Prawa pacjenta są szanowane, a autonomię chorego podczas pobytu w szpitalu regulują akty prawne. Chorzy mają wolność decydowania, sami określają swoje dobro⁷. Proces leczenia jest otwarty na zgłaszane przez pacjentów potrzeby.

⁴ S. Williams, J. Weinmen, J. Dale, op. cit.

⁵ Ibidem.

⁶ B. Ślusarska, B. Dobrowolska, D. Zarzycka, *Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2013, nr 94 (4), s. 667–674.

⁷ T. S. Szasz, M. H. Hollender, *A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Model of the Doctor-Patient Relationship*, [w:] *Encounters between Patients and Doctors: an Anthology*, ed. J. D. Stoeckle, Cambridge 1987, s. 165–177.

Komunikacja na linii lekarz – pacjent jest dwukierunkowa, nastawiona na większą dokładność⁸. Przebiega na zasadzie porozumienia. Wymaga zbliżenia emocjonalnego, do którego potrzebna jest wiedza i umiejętności lekarza z zakresu empatii, wsparcia emocjonalnego chorego oraz właściwego dystansu emocjonalnego korzystnego dla obu stron relacji⁹.

Pacjenci mają możliwość mówienia o swojej chorobie. Mają świadomość, że zostaną wysłuchani. Rozmowa z personelem medycznym ma istotny wpływ na korzystny przebieg leczenia oraz kształtuje u chorego poczucie przynależności do społeczeństwa¹⁰. Pacjenci mają zaufanie do lekarzy, gdyż są przekonani o ich kompetencjach oraz pewni tego, że zostaną potraktowani z godnością i szacunkiem. W modelu tym pojawia się również wspierająca rola rodziny. Dlatego lekarz powinien pokazywać bliskim chorego, jak ważna jest ich rola w procesie leczenia.

KOMUNIKACJA W MODELU SYSTEMOWO-PARTNERSKIM

Model systemowo-partnerski wywodzi się z paradygmatu socjoekologicznego, który ukazuje istotę ludzką jako dynamiczny element szerszych struktur rzeczywistości. Istotę zdrowia stanowi zaś dynamiczna równowaga i potencjał zdrowotny.

W modelu systemowo-partnerskim występują pomiędzy lekarzem, pacjentem i jego rodziną relacje partnerskie, które wchodzą w skład współdziałających ze sobą systemów medycznych, rodzinnych oraz społecznych¹¹. Lekarz ma wpłynąć również na aspekty psychologiczne, społeczne i środowiskowe. Pacjent jest traktowany indywidualnie, badany jako dynamiczna całość. Występuje holistyczne rozumienie organizmów żywych – wszystkie części organizmu traktuje się jako wzajemnie zależne i powiązane w system. Dużą wagę przykładają się do wpływów środowiska, stosunków rodzinnych, problemów emocjonalnych. Lekarz współdziała z chorym i jego rodziną w formułowaniu diagnozy i planowaniu działania terapeutycznego. Poszczególne etapy terapeutyczne dotyczą zdrowia pacjenta, jak również zdrowia jego rodziny. Lekarz zwraca uwagę na problemy, które mogą być powodem zagrożeń zdrowotnych w rodzinie, między innymi styl życia, występujące konflikty i zaburzenia. Znajomość rodziny, a nie tylko samego pacjenta, umożliwia lekarzowi lepsze

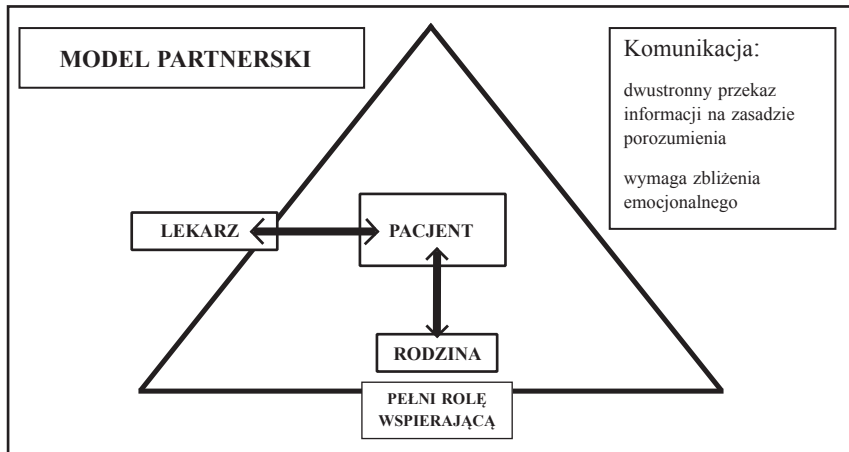
⁸ M. Kęsy, op. cit.

⁹ M. J. Jarosz, Z. Kawczyńska-Butrym, A. Włoszczak-Szubzda, op. cit.

¹⁰ *Przekształcenia strukturalne i społeczne w ochronie zdrowia*, red. R. Lewandowski, M. Kautsch, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, tom XIII, zeszyt 5, Łódź 2012.

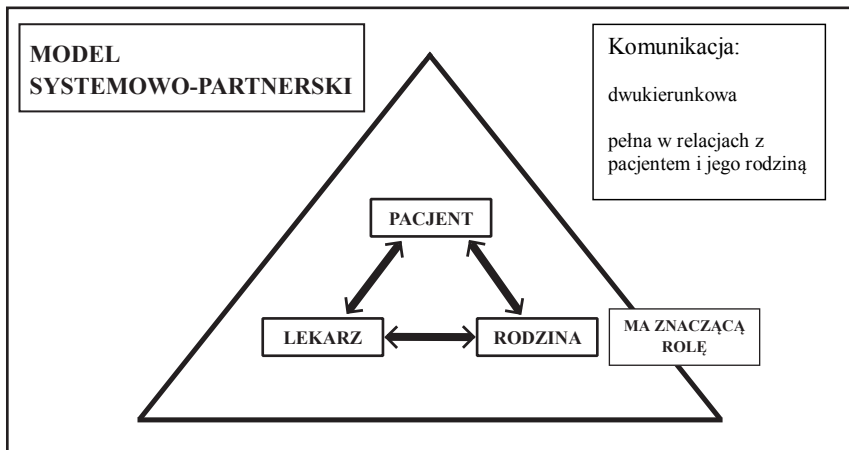
¹¹ M. J. Jarosz, Z. Kawczyńska-Butrym, A. Włoszczak-Szubzda, op. cit., s. 212–218.

Ryc. 2. Model partnerski



Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. J. Jarosz, Z. Kawczyńska-Butrym, A. Włoszczak-Szubzda, *Modele komunikacyjne relacji lekarz-pacjent-rodzina*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, Tom 18, Nr 3, s. 216.

Ryc. 3. Model systemowo-partnerski



Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. J. Jarosz, Z. Kawczyńska-Butrym, A. Włoszczak-Szubzda, *Modele komunikacyjne relacji lekarz-pacjent-rodzina*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, Tom 18, Nr 3, s. 216.

dostosowanie formy wsparcia i większą szansę na uzyskanie pozytywnego wyniku leczenia. Pacjent i jego rodzina odgrywają w procesie leczenia rolę opartą na aktywności i współdziałaniu. Lekarz zaś pełni funkcję przewodnika, doradcy w kwestiach otrzymywania pomocy oraz profilaktyczną w kwestiach ochrony zdrowia. Jest specjalistą w zakresie edukacji zdrowotnej i medycznej. Stara się aktywnie słuchać swojego pacjenta i jego rodziny, okazuje im szacunek, traktuje z należytą godnością. Wspiera ich, podchodzi z wrażliwością i delikatnością, dąży do zrozumienia pacjenta. Komunikacja jest dwukierunkowa, pełna w relacjach z pacjentem i jego rodziną. Pojawiająca się w modelu systemowo-partnerskim znacząca rola rodziny wymaga od lekarza – poza umiejętnościami komunikacji interpersonalnej i grupowej – również wiedzy z zakresu nauki o rodzinie.

KOMUNIKACJA W INNYCH MODELACH

Szansz i Hollender wyróżnili trzy modele relacji lekarz – pacjent, biorąc za kryterium poziom aktywności lekarza oraz pacjenta w trakcie procesu leczenia¹²:

- **Model aktywność-bierność** – model historyczny, aktualnie rzadko spotykany. Ma zastosowanie w sytuacjach zagrożenia życia lub gdy świadomość chorego jest ograniczona. Osobą aktywną w tym modelu jest lekarz, pacjent jest zaś biernym odbiorcą zaleceń lekarskich, którym musi się bezwzględnie podporządkować.
- **Model kierownictwo-współpraca** – ma zastosowanie w przypadkach chorób ostrych, trwających krótko i niejednokrotnie ulgających samoczynnemu ustąpieniu. Osobami aktywnymi w tym modelu są obie strony relacji, jednak ich pozycje są odmienne. Lekarz jest osobą posiadającą niezbędną wiedzę i umiejętności do zaprojektowania i przeprowadzenia procesu leczenia. Pacjent podporządkowuje się zaleceniom lekarza, posiada niewystarczającą wiedzę, aby móc wziąć odpowiedzialność za proces leczenia.
- **Model obustronnego uczestnictwa** – stosuje się go w przypadku pacjentów chorych przewlekle, których schorzenia są długotrwałe, wymagają reorganizacji różnych aspektów życia. Obie strony relacji są aktywnymi i kompetentnymi uczestnikami interakcji. Ich kompetencje są różne w zależności od aspektów leczenia i profilaktyki. Lekarz jest osobą posiadającą obiektywną i szczegółową wiedzę na temat sposobów leczenia, stawiania diagnozy na temat rokowań, projektowania procesu leczenia. Pacjent dys-

¹² T. S. Szasz, M. H. Hollender, op. cit., s. 165–177.

ponuje subiektywną wiedzę na temat swojego zachowania, samopoczucia oraz sposobu, w jaki doświadcza choroby i jak przeżywa dezorganizację życia przez nią wywołaną.

Kuczyńska, biorąc za kryterium obszar zainteresowań lekarza, wyodrębnia dwa podejścia do budowania relacji lekarz – pacjent¹³:

- **Podejście somatyczne** – opiera się na wiedzy z zakresu nauk medycznych. Występuje, gdy zainteresowania lekarza koncentrują się na chorobie oraz procesie leczenia. Dominuje w nim zamknięty styl komunikacji, a wszelkie interwencje opierają się na wiedzy naukowej. Informacje o samopoczuciu pacjenta są traktowane jako dane o jego stanie zdrowia.
- **Podejście ogólne** – występuje, gdy zainteresowania lekarza koncentrują się w większym stopniu na pacjentach, uwzględniając ich indywidualną sytuację życiową. Opiera się na wiedzy z nauk medycznych i społecznych. W rozmowach z pacjentem stosuje się otwarty styl komunikacji. Lekarze w tym podejściu chcą uzyskać jak najwięcej dodatkowych informacji o sytuacji życiowej pacjenta, znaczeniu choroby w jego życiu. Ponadto personel medyczny pomaga choremu zrozumieć i zaadaptować swoją sytuację zdrowotną.

Pierloot, opierając się na psychologicznych koncepcjach człowieka, zaproponował cztery modele relacji lekarz – pacjent¹⁴:

- **Komunikacyjny model relacji lekarza z pacjentem** – opiera się przede wszystkim na przekazywaniu informacji pomiędzy uczestnikami procesu komunikacji. Chory opowiada lekarzowi o swoich dolegliwościach, a on przekazuje wskazówki i zalecenia odnośnie do procesu leczenia. Wymiana informacji między lekarzem a pacjentem odbywa się na dwóch płaszczyznach: werbalnej i niewerbalnej.
- **Spoleczno-kulturowy model relacji lekarza z pacjentem** – w modelu tym obie strony relacji pełnią określone funkcje i zajmują określone pozycje w społeczeństwie. Stosunki międzyludzkie w społeczności, w której na co dzień funkcjonują lekarz i pacjent, są regulowane za pośrednictwem norm. Dodatkowy wpływ na relacje lekarza z chorym mają postawy społeczne wobec danej jednostki chorobowej.
- **Model medycznego przenoszenia relacji lekarza z pacjentem** – model ten nawiązuje do koncepcji psychoanalitycznych. Zakłada, że konsultacja

¹³ A. Kuczyńska, *Modele kontaktu lekarza z pacjentem*, [w:] *Elementy psychologii zdrowia*, red. G. Dolińska-Zygmunt, Wrocław 2001.

¹⁴ *Komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu...*, op. cit.

lekarska zawiera w sobie pewne elementy związane z tak zwanymi mechanizmami przeniesienia oraz przeciwprzeniesienia (sposób, w jaki uczestnicy relacji reagują na siebie nawzajem, jest nie tylko wynikiem bieżącej sytuacji, ale także przejawem uczuć, postaw, jakie w okresie dzieciństwa lekarze i pacjenci kierowali do swoich rodziców lub innych ważnych dla nich osób)¹⁵.

- **Przyjacielski model relacji lekarza z pacjentem** – zakłada możliwość wyjścia przez obie strony relacji poza tradycyjne role. Interakcja między lekarzem i pacjentem jest analogiczna do wszystkich innych kontaktów społecznych. Lekarz ukazywany jest jako osoba przejawiająca typowe dla wszystkich ludzi potrzeby, emocje, co zakłada możliwość otwartego wyrażania uczuć, dzielenia się doświadczeniami, okazywania empatii i zrozumienia w kontaktach z pacjentami. W modelu tym pacjent szuka w osobie lekarza przede wszystkim człowieczeństwa.

Relacja lekarza z pacjentem może być również oparta na zasadach funkcjonowania usług handlowych na wolnym rynku. Tak przedstawia ją **model konsumpcyjny**, w którym lekarz postrzegany jest jako sprzedawca produktów medycznych. Jego obowiązki ograniczają się do podania fachowych informacji, wsłuchania się w życzenia pacjenta i akceptacji jego decyzji. Pacjent jako klient powinien być poinformowany o korzyściach i ryzyku, jakie ponosi, oraz o kosztach leczenia.

WNIOSKI

Komunikacja pomiędzy lekarzem i pacjentem jest jedną z ważniejszych zmiennych mających wpływ na proces powrotu do zdrowia, a także na zapobieganie nawrotowi choroby. Efektywna komunikacja lekarza z pacjentem jest związana z lepszymi wskaźnikami zdrowia somatycznego, psychicznego i społecznego.

Odpowiednia komunikacja między lekarzem i pacjentem pomaga uregulować emocje, pozwala na lepszą identyfikację potrzeb, percepcji, oczekiwań oraz zwiększa zaangażowanie w zalecaną terapię.

W przebiegu procesu leczenia fundamentalne znaczenie ma zwrócenie uwagi na subiektywne doświadczenia choroby przez pacjenta. Każdy pacjent ma swój indywidualny sposób przeżywania choroby. Chorzy, oprócz profesjonalnej opieki medycznej, potrzebują wsparcia psychicznego.

Relacja lekarz – pacjent opiera się na interakcji ludzi zajmujących nierówne pozycje, często nie ma charakteru dobrowolnego, jest obciążona emocjonalnie i wymaga ścisłej współpracy.

¹⁵ Ibidem.

Role lekarza i pacjenta mają różny charakter społeczny. Lekarz pełni funkcję instrumentalną. Dla pacjenta spotkanie z lekarzem jest związane z koniecznością przystosowania się do zupełnie nowych okoliczności, co wiąże się z ogromnym stresem, lękiem.

W relacji lekarz – pacjent można zauważyć brak pełnego przygotowania obu stron do wypełniania swoich funkcji. Lekarze często nie umieją komunikować się w sposób zrozumiały dla chorego, nie potrafią nawiązać z nimi kontaktu budzącego zaufanie. Pacjenci nie znają swoich praw, nie mają wiedzy na temat zdrowia i choroby, nie są w pełni przygotowani do odgrywania aktywnej roli w procesie terapeutycznym.

Każda rozmowa pacjenta z lekarzem ma odmienny charakter. W inny sposób prowadzi rozmowę lekarz POZ, w inny specjalista. Inaczej rozmawia się z dzieckiem, inaczej z osobą dorosłą w wieku około czterdziestu lat czy w wieku dojrzałym, po sześćdziesiątym roku życia. Nie można w ten sam sposób powiedzieć o chorobie nowotworowej i zwykłym przeziębieniu. Są różni pacjenci; jedni chcą mieć wyczerpującą informację o swoim stanie zdrowia, inni nie są tak wymagający. Nie zawsze chorzy wyrażają chęć samodzielnego podejmowania decyzji związanej z przebiegiem leczenia, terapii.

Nowe technologie, powszechny dostęp do informacji zmieniają świadomość pacjentów. Chorzy sami podejmują różne działania prozdrowotne. Są w stanie bez większych trudności znaleźć potrzebne im informacje na portalach internetowych specjalizujących się w problematyce zdrowia i choroby. Autorytetem dla niektórych z nich staje się internetowa wyszukiwarka Google, która oferuje bezpłatne konsultacje i oszczędność czasu spędzonego w kolejce do profesjonalisty. Jest to niepokojące zjawisko zastępowania wizyt u lekarza wiedzą czy poradami dostępnymi w internecie. W przypadku niegroźnych schorzeń może to nie mieć istotnego wpływu na zdrowie i życie pacjentów, jednak w wypadku poważnych schorzeń może skończyć się tragicznie.

Relacja między lekarzem i pacjentem uległa transformacji. Pacjenci stali się klientami usług medycznych. Mogą samodzielnie podejmować decyzje dotyczące swojego życia, a nawet zdrowia. Są bardziej świadomi swoich praw, wymagający, mają możliwość wyboru placówki, która w pełni zaspokoi ich potrzeby zdrowotne, socjalno-bytowe, psychologiczne.

Założenia modelu systemowo-partnerskiego nie znajdują odzwierciedlenia w rzeczywistości. Systemy medyczne, rodzinne oraz społeczne nie współdziałają ze sobą. Lekarze nie patrzą na pacjentów w sposób holistyczny. Skupiają się na działaniach instrumentalnych, pomijając wpływy środowiska, stosunków rodzinnych, problemów emocjonalnych. Planowanie działania terapeutycznego często jest formułowane bez współpracy z pacjentami i ich rodzinami. Na problemy, które mogą być powodem zagrożeń zdrowotnych, między innymi styl życia, występujące konflikty, zaburzenia w rodzinie chorego, nie zwraca się w ogóle uwagi.

Lekarze mają wpływ na tworzenie atmosfery terapeutycznej poprzez okazywanie wrażliwości, zrozumienia, akceptacji. Zmiana negatywnych emocji, takich jak obojętność, dominacja, lęk, na pozytywne, takie jak zrozumienie, współpraca, bezpieczeństwo, może okazać się bardzo skutecznym narzędziem we właściwej komunikacji.

Lekarze nie muszą posiadać wrodzonych umiejętności komunikacyjnych, mogą je nabyć poprzez naukę i ćwiczenia. Muszą mieć jednak chęci, samodyscyplinę i przede wszystkim czas. Dobrym krokiem byłaby też zmiana w programie kształcenia studiów medycznych. Zwiększenie liczby zajęć związanych z komunikacją interpersonalną oraz poszerzenie świadomości lekarzy w kwestii tego, jaką rolę pełnią w procesie leczenia. Byłoby to pomocne również w uniknięciu wielu konfliktów, nieporozumień, barier komunikacyjnych, które są wynikiem niewłaściwej komunikacji interpersonalnej.

Pacjenci nie są w stanie w pełni ocenić kompetencji lekarzy związanych z profesjonalnym działaniem instrumentalnym. Dlatego na ich zadowolenie z wyniku leczenia wpływa istotnie prawidłowa komunikacja w relacji lekarz – pacjent.

Na skuteczną komunikację z pacjentem wpływa, oprócz umiejętności interpersonalnych lekarza, również wiele innych czynników, między innymi: relacje z innymi pracownikami szpitala, kultura organizacyjna placówki, wiedza, doświadczenie pracowników oraz ich stan emocjonalny.

W relacji lekarz – pacjent wspólnym celem jest troska o zdrowie pacjenta. Edmund Pellegrino uważa, że jego właściwe rozumienie pozwala przełamać niedoskonałości paternalizmu i autonomizmu. Punktem odniesienia nie jest autonomia lekarza czy pacjenta, ale troska o pacjenta, dobroczynność względem niego realizowana we wzajemnym zaufaniu¹⁶.

ZAKOŃCZENIE

W polskim systemie opieki zdrowotnej w obszarze komunikacji lekarz – pacjent częściej występuje model paternalistyczny aniżeli model systemowo-partnerski. Personel medyczny w relacjach z pacjentami nie przywiązuje należytej wagi do ich potrzeb emocjonalnych i psychicznych, skupiając się na działaniach instrumentalnych, a właściwie na chorobie i jej przyczynach.

Lekarze często traktują chorych jako przypadki medyczne. Zapominają, że pacjenci nie są tylko jednostką chorobową, ale przede wszystkim ludźmi mającymi swoje uczucia i oczekującymi wsparcia oraz zrozumienia. Nie poświęcają im odpowiedniej ilości czasu, nie konsultują stosowanych terapii, nie

¹⁶ T. Biesaga, *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medyczny*, „Medycyna Praktyczna” 2005, nr 6.

współpracują z chorymi i ich rodzinami w procesie leczenia. Może to wynikać ze stereotypów: lekarza jako osoby nieomyłnej w swoich diagnozach, ignorującej zdanie pacjenta oraz pacjenta jako osoby, która odczuwa lęk przed konfrontacją z profesjonalistą. Jego źródłem może być obawa przed dyskredytacją ze strony lekarza. Ponadto, na taką sytuację prawdopodobnie ma wpływ niski poziom kultury i oświaty zdrowotnej, ograniczony dostęp do świadczeń medycznych, nadmierna biurokratyzacja, wprowadzenie limitów świadczeń i coraz większe ograniczenia finansowe. W takiej rzeczywistości nawet najbardziej wrażliwi lekarze mogą zatracić sens swojej misji i pracy lekarskiej.

Nie ma idealnego modelu obrazującego relację lekarz – pacjent. Każdy z przedstawionych modeli ma swoje wady i zalety. Autor podręcznika do etyki profesor medycyny Tadeusz Brzeziński wskazuje na przykład dobre strony modelu paternalistycznego jako relacji opartej na poczuciu odpowiedzialności za losy pacjenta. Wadą modelu partnerskiego może być zbyt duża autonomia pacjentów, często niewłaściwie przez nich wykorzystywana, zaś systemowo-partnerskiego – dysfunkcje ze strony rodzin pacjentów.

Nie da się więc nauczyć uniwersalnego schematu i go zastosować. Stworzenie powszechnego wzorca zachowań komunikacyjnych jest również zadaniem bardzo trudnym. Dlatego tak ważne są umiejętności komunikacyjne lekarzy, wpływające na przebieg i skuteczność terapii.

Zawsze jednak „trzeba mieć oczy, które widzą, uszy, które słyszą, i serce, które czuje...” – jak powiedziała twórczyni nowoczesnego pielęgniarstwa Florence Nightingale.

COMMUNICATION MODEL IN THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

Changes taking place in modern medicine altered the doctor-patient relationship. Shaping interpersonal communication attitudes and behaviors of physicians and their patients began to play an important role. Healthcare is moving toward obtaining specific interaction model.

The purpose of this article is to discuss models in the doctor-patient relationship and to draw appropriate conclusions.

KEYWORDS

paternalism, autonomy, communication, doctor-patient relationship

BIBLIOGRAFIA

1. Biesaga T., *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medyczny*, „Medycyna Praktyczna” 2005, nr 6.
2. De Haes I. J. C. J. M., Ong L. M. L., Hoos A. M., Lammes F. B., *Doctor-Patient Communication: a Review of the Literature*, “Soc. Sci. Med.” 1995, Vol. 40, No. 7, s. 903–918.
3. Jarosz M. J., Kawczyńska-Butrym Z., Włoszczak-Szubzda A., *Modele komunikacyjnej relacji lekarz-pacjent-rodzina*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2012, Tom 18, Nr 3, s. 212–218.
4. Kęsy M., *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, Kraków 2012.
5. *Komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu. Między psychologią a medycyną*, red. B. Jacennik, A. Hulewska, A. Piasecka, Warszawa 2012.
6. Kuczyńska A., *Modele kontaktu lekarza z pacjentem*, [w:] *Elementy psychologii zdrowia*, red. G. Dolińska-Zygmunt, Wrocław 2001.
7. Makara-Studzińska M., *Komunikacja z pacjentem*, Lublin 2012.
8. *Przekształcenia strukturalne i społeczne w ochronie zdrowia*, red. R. Lewandowski, M. Kautsch, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, tom XIII, zeszyt 5, Łódź 2012.
9. Szasz T. S., Hollender M. H., *A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Model of the Doctor-Patient Relationship*, [w:] *Encounters between Patients and Doctors: an Anthology*, ed. J. D. Stoeckle, Cambridge 1987, s. 165–177.
10. Szewczyk K., *O bezsensie i potrzebie konstruowania modeli relacji lekarz-pacjent*, „Krytyka Lekarska” 2009, nr 2–3, s. 17–38.
11. Ślusarska B., Dobrowolska B., Zarzycka D., *Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2013, nr 94 (4), s. 667–674.
12. Williams S., Weinmen J., Dale J., *Doctor-Patient Communication and Patient Satisfaction: a Review*, “Family Practice” 1998, Vol. 15, No. 5, s. 480–492.
13. Wroński K., Bocian R., Depta A., Cywiński J., Dzik A., *Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent. Prawne aspekty autonomii pacjenta w opiece zdrowotnej*, „Nowotwory. Journal of Oncology” 2009, nr 4 (59).