

MARIA MIELNIK-BŁASZCZAK, ANNA ZIOŁO, EWA KAWIAK-JAWOR

## Relacja lekarz – pacjent – od paternalizmu do partnerstwa

## Relation doctor – patient – from paternalism to partnership

### Streszczenie

Na podstawie literatury dokonano opisu przemiany relacji lekarz-pacjent na przestrzeni wieków. Praca zawiera analizę relacji w perspektywie socjologicznej. Odnosi się do przemiany wzajemnych postaw obu uczestników relacji w kierunku bliskiego partnerstwa. Praca wykazuje związek pomiędzy postępowaniem nauki i technologii, a dokonywanymi zmianami. Stosunek lekarza do pacjenta powinien bowiem uwzględniać jego całość psychofizyczną. Lekarz, który może współcześnie korzystać z najnowszych osiągnięć nauki, niesie pacjentowi ulgę w cierpieniu fizycznym. Wraz ze zmniejszeniem się dolegliwości somatycznych pacjent zaczyna odczuwać nowe potrzeby, również w relacji z lekarzem. Szczególną uwagę poświęcono w pracy specyficznej relacji lekarz-pacjent. Wskazano na jego specyfikę w tle ogólnego ujęcia socjologicznego. Zwiększenie roli pacjenta w procesie diagnozy i leczenia jest obecne także w założeniach jeszcze bardziej kompleksowego podejścia do zdrowia. Ruch na rzecz promocji zdrowia kładzie główny nacisk na odpowiedzialność człowieka za zdrowie, a więc prowadzenie właściwego stylu życia.

### Abstract

Based on literature we have described the transformation of the doctor-patient relationship over the centuries. The work contains analysis of the relation in the sociological perspective. The participants of the relationship are taken back to the transformation of mutual attitudes in direction of the immediate partnership. It shows the relationships between the progress in science and of technology, and the changes taking place. The attitude of the doctor to the patient should take into account patient's psychophysical whole. The doctor, who can make use the most recent scientific achievements, is bringing relief to the patient in suffering. Together with the reduction of somatic complaints, a patient begins to feel new needs, also in the relation with the doctor.

Particular attention was devoted in the study to the peculiar relationship between dentist-patient. It points to the specificity in the general sociological perspective. Increasing the role of the patient in the process of the diagnosis and the treatment is present in the design of more comprehensive approach to health. The move for the promotion of health is putting the primary focus on man's responsibility for health, thus keeping the appropriate lifestyle.

**Słowa kluczowe:** lekarz, pacjent, interakcja, relacje międzyludzkie.

**Key words:** doctor, patient, interaction, human relationships.

Relacje pomiędzy lekarzami i pacjentami w trakcie ubiegłego wieku ulegały ciągłym przemianom. Opieka medyczna stawała się bardziej powszechna i ogólnodostępna, postęp medycyny spowodował jej specjalizację oraz fragmentaryzację działań. Zawód lekarza, który jeszcze pod koniec XIX wieku był zajęciem o relatywnie niskim statusie, stał się zawodem szanowanym. Natomiast pacjentami lekarzy stawali się coraz częściej przedstawiciele niższych warstw społecznych. Szczególnie wiele komplikacji w obszarze relacji lekarz-pacjent można dostrzec w ciągu ostatnich pięćdziesięciu lat w społeczeństwach zachodnich. Analizować tę kwestię można zarówno w ujęciach teoretycznych jak i badaniach empirycznych.

W pracy „System społeczny” z 1951 roku Parsons podał charakterystyczne wyznaczniki roli społecznej lekarza oraz pacjenta. W oparciu o to stworzył model relacji między lekarzem i pacjentem. Według Parsonsa relację tę charakteryzuje wyraźna asymetryczność, jednakże rola lekarza jest komplementarna wobec roli pacjenta. Zdrowie pacjenta jest nadrzędnym celem, który jednoczy obie strony relacji niezależnie od odmiennego charakteru ich udziału w realizacji tego celu. W funkcjonalnym modelu systemu społecznego wszystkie jego elementy, a więc także role pacjenta i lekarza, są częścią składową sprawnego mechanizmu opartego o profesjonalizm i dobrą wolę lekarza z jednej strony oraz pełną gotowość pacjenta do podporządkowania się z drugiej [1].

Rozwijając model Parsonsa, Szasz i Hollender wskazali, że wzajemne relacje lekarza i pacjenta muszą przebiegać różnie w zależności od stanu zdrowia pacjenta i jego zdolności do aktywnego uczestnictwa w procesie decyzyjnym. Zaproponowali model trzech podstawowych typów stosunku lekarz - pacjent. Pierwszy typ relacji nazwany „aktywność – bierność” występuje w ostrych stanach chorobowych, np. w sytuacji pacjenta nieprzytomnego. Charakteryzuje go całkowita uległość osoby poddającej się terapii w trakcie całego procesu diagnostycznego i leczenia. Drugi typ relacji - „kierowanie-współpraca” zachodzi w tych stanach pacjenta, kiedy jest on zdolny do podjęcia współpracy. Pierwowzorem tej relacji jest relacja „rodzic-dziecko”. Chory pozostaje świadomy, jednak poddaje się terapii w sposób całkowicie bierny. Lekarz natomiast nadal pozostaje stroną dominującą i autorytatywnie decyduje o metodach leczenia. Trzeci typ to „współuczestnictwo” stosunku lekarz-pacjent. Polega on na tym, iż pacjent sam prowadzi leczenie przy szczegółowych wskazaniach lekarza, konsultując się z nim w razie potrzeby. Pacjent w tej relacji przyjmuje rolę uczestnika w partnerstwie, a rola lekarza ogranicza się do szczegółowych wskazań, których pacjent ma przestrzegać, aby mógł sam sobie pomóc [1].

Szasz i Hollender pokazali, że relacja lekarz-pacjent nie polega jedynie na oddziaływaniu lekarza na całkowicie podporządkowanego i biernego pacjenta. Nadal jednak ich ujęcie mieściło się w granicach założeń teorii funkcjonalnej, a więc zakładała pewną fachową dominację lekarza i uległość pacjenta jako czynnik niezbędny do osiągnięcia ich wspólnego celu, jakim jest przywrócenie osoby chorej do pełnego zdrowia [2].

Inną propozycję teoretyczną wynikającą z krytyki podejścia funkcjonalnego przedstawili socjologowie zajmujący się założeniami teorii konfliktu. Friedson stwierdził, że odmiennosć ról społecznych lekarza i pacjenta zakłada różnice

interesów między nimi. Pomiedzy obiema stronami relacji istnieje potencjalny konflikt nazywany zderzeniem perspektyw. W modelu tym dominująca rola lekarza nie wynika z konieczności funkcjonalnej, a jedynie z faktu iż kontroluje on dostęp do wszystkich świadczeń systemu medycznego, które inaczej nie są dostępne dla pacjenta. Friedson przedstawia trzy zasadnicze źródła konfliktu, jaki zachodzi pomiędzy społecznymi rolami pacjenta i lekarza. Są to: system oddziaływań laików (ogół wiedzy o chorobie i leczeniu jaki posiada pacjent gdy pojawia się u lekarza), struktura i organizacja opieki lekarskiej oraz zderzenie dwóch kultur, środowisk społecznych, w których żyją lekarz i pacjent [3].

Dość kontrowersyjnym, choć nie pozbawionym podstaw empirycznych, jest ujęcie Waitzkina i Navarro [4]. Wykazali oni, iż konflikt interesów lekarza i pacjenta to przede wszystkim konflikt pomiędzy korzyściami materialnym lekarza, a wymogami dobrego zdrowia pacjenta. Zjawiskiem tym tłumaczyli oni fakt, iż system medyczny faworyzuje ludzi zamożnych. Według nich współpracai efektywna komunikacja z lekarzem nie jest dostępna dla osób niewykształconych, biednych i nieprzystosowanych społecznie.

Stopniowego przesunięcia ciężaru gatunkowego relacji pacjent-lekarz z biernego podporządkowania się w kierunku aktywnej i negocjacyjnej postawy pacjenta dokonała perspektywa interakcjonizmu symbolicznego. Zakładała, iż pacjent posiada własną wizję swojego problemu oraz oczekiwanie, które muszą być zgodne z tym, co proponuje w terapii lekarz. W trakcie negocjacji obie strony wypracowują wspólną definicję problemu oraz ustalają optymalne rozwiązanie [4]. Należy jednak zaznaczyć, że podstawą autonomii pacjenta jest kompetencja. Jedynie kompetentny pacjent może w pełni świadomie wyrazić zgodę na działania diagnostyczne i lecznicze. Kompetentny pacjent nie musi posiadać fachowej wiedzy zbliżonej do wiedzy lekarza. Powinien natomiast być odpowiedzialny, mieć zdolności do zrozumienia treści przekazywanych mu informacji, mieć świadomość konsekwencji swoich decyzji i umiejętność pełnego zakomunikowania ich lekarzowi.

Kolejnym modelem relacji pacjent-lekarz pojawiającym się w literaturze, jest ujęcie

E. Emanuel i L. E Emanuel. Zaproponowali oni następujące typy relacji:

- Paternalistyczny – lekarz decyduje o sposobie leczenia i nakłania pacjenta do wyrażenia zgody;
- Informacyjny – lekarz jest ekspertem i dostarcza pacjentowi istotnych informacji, a pacjent na ich podstawie podejmuje decyzje;
- Interpretacyjny – lekarz dostarcza niezbędnych informacji, które następnie służą pacjentowi za podstawę kompetentnej decyzji;
- Wspólnego naradzania się – lekarz prowadzi z pacjentem dialog w atmosferze przyjacielskiej, aby dzięki temu wybrać najodpowiedniejszy sposób leczenia [1].

Ostatni z przedstawionych typów może zostać wdrożony pod warunkiem, że zarówno kształcenie, jak i praktyka lekarska będą ukierunkowane na umiejętne komunikowanie się z pacjentem.

Ideologia konsumeryzmu rozpatruje relacje pacjent-lekarz z punktu widzenia konsumenta usług medycznych. Jako konsumenci opieki medycznej pacjenci chcą dokonywać

świadomych wyborów zgodnych z ich stylami życia i kontekstem sytuacyjnym choroby. Według głównych założeń teorii konsumeryzmu zdrowie wymaga aktywnej postawy, a relacje lekarz pacjent są pewnym zorganizowanym systemem zachowań, których konsument musi się nauczyć, aby móc efektywnie negocjować usługi. Aktywny pacjent potrafi ocenić rezultaty interwencji medycznych i dążyć do lepszego poznania swoich indywidualnych potrzeb zdrowotnych [5].

Odmienności wyobrażeń lekarza stomatologa i pacjenta dotyczące subiektywnego poczucia estetyki, mogą być powodem wzajemnego nieporozumienia, co może z kolei doprowadzić do dylematów natury etyczno-prawnej. Przykładami takich nadużyć jest np. leczenie zębów w odcinkach przednich, z jednoczesną zgodą na ekstrakcje zębów w odcinkach bocznych, ze względu na ograniczone możliwości finansowe pacjenta. Pacjent nie rozumie potrzeby wykonywania kosztownych prac protetycznych opartych na niepewnych filarach, zwłaszcza w „niewidocznych odcinkach łuku zębowego” [5].

W roku 1969 przeprowadzono jedno z ostatnich badań nad relacją lekarz stomatolog-pacjent na dużej grupie 6000 pacjentów stomatologicznych. Respondenci, którzy wyrażali niezadowolenie z interakcji, zwracali uwagę na takie czynniki jak: nadmiar zlecanych przez lekarza procedur i koszty usług. Zaufanie do lekarza stomatologa było niepełne, aż 60% ankietowych przygotowywanych do wykonania uzupełnień protetycznych zasięgnęło w pierwszej kolejności opinii znajomych i rodziny [6].

Zwiększenie roli pacjenta w procesie diagnozy i leczenia jest obecne także w założeniach jeszcze bardziej kompleksowego podejścia do zdrowia, jakim jest ruch na rzecz promocji zdrowia. Ujęcie to kładzie główny nacisk na odpowiedzialność człowieka za zdrowie, a więc prowadzenie właściwego stylu życia. Według koncepcji „pól zdrowia”, aż w 50% to styl życia ma wpływ na zdrowie jednostki [3]. Profesjonalna opieka medyczna pełni jedynie funkcje wspierającą. Praktyka przekształceń systemu opieki medycznej zmierza od modelu leczenia w kierunku profilaktyki, od choroby do zdrowia, od pacjenta do osoby zdrowej. Ma to swoje zasadnicze konsekwencje w relacji pacjent-lekarz. Zakres działania lekarza jest tu znacznie poszerzony. Obok typowej funkcji terapeutycznej powinien on włączyć się do współdziałania z pacjentem i jego rodziną w zakresie promocji ich zdrowia, a nie tylko leczenia dolegliwości.

Właściwości osobowościowe istotne w relacji lekarz stomatolog-pacjent można poddawać analizie przyjmując za pewien punkt wyjścia jedno z nielicznych badań dotyczących interakcji pacjentów z zespołem dentystrycznym. Polegało ona na ustaleniu charakterystyki opisującej idealnego, w wyobrażeniu pacjenta, lekarza oraz doskonałego, w mniemaniu lekarza stomatologa, pacjenta. Wyobrażenia te okazały się całkowicie rozbieżne, a oczekiwania bardzo rzadko, bo tylko w 15-23 % przypadków w pełni zaspokajane. Zjawisko to, które określa termin „gap communication” (błąd komunikacji) jest częstą przyczyną frustracji pojawiającej się w tej skomplikowanej interakcji. Według wspomnianych badań, pacjenci uznali za najważniejsze czynniki związane z komunikacją, takie jak: rzetelne informowanie o zabiegach i sposobach ich przeprowadzenia oraz zainteresowanie indy-

widualnymi życiowymi problemami pacjenta i jego trudności w zaakceptowaniu procesu leczenia [7].

Przemiany relacji pacjent-lekarz stomatolog opisywane w przedstawionych teoriach były charakterystyczne dla społeczeństw zachodnich. Wydaje się jednak, iż wiele z nich zachodziło i zachodzi nadal w Polsce. Należy jednak wziąć pod uwagę zasadnicze różnice systemów społecznych, w których funkcjonowali u nas zarówno pacjenci, jak i lekarze. Pozycja lekarza w systemie ochrony zdrowia realnego socjalizmu była gwarantowana rozwiązaniami administracyjnymi, autonomia pacjenta była w dużym stopniu ograniczona.

Wpływ na współczesne relacje pomiędzy lekarzem, a pacjentem miały nie tylko doświadczenie minionego systemu społecznego, ale również, a może przede wszystkim przemiany ostatnich dwóch dekad. Poza celami ekonomicznymi wprowadzenie rozwiązań wolnorynkowych miało usprawnić organizację opieki medycznej i podnieść jakość świadczonych usług. Cel ten miał zostać osiągnięty również poprzez poprawę relacji lekarz pacjent. Gwarancją właściwego kierunku reformowania się kontaktu pacjenta z lekarzem miał być wprowadzony do praktyki medycznej w 1991 r. zbiór praw pacjenta, przyznający mu większy dostęp do informacji i prawo do wyboru terapii [2]. Prawa te nie zostały jednak należycie poznane przez ogół pacjentów i jeżeli stały się metodą nawiązania współpracy i partnerskich relacji, to jedynie w przypadku pacjentów lepiej wykształconych i zajmujących wyższe pozycje społeczne. Badania potwierdzają, że im bliższa pozycji lekarza społeczna pozycja pacjenta, tym większa szansa na realizację właściwych, partnerskich relacji między nimi.

Zachowania związane z poszukiwaniem pomocy w chorobie są silnie zdeterminowane kulturowo. Wyższe wykształcenie, lepsza wiedza medyczna, pomagają w kształtowaniu zachowań racjonalnych w stosunku do choroby, mają również ogromny wpływ na relacje pacjent-lekarz. Nowe światło rzuca na problem tej relacji badanie z 1976 r., którego wyniki przytoczyła w swoim opracowaniu Ostrowska. Ukazuje ono postrzegane przez pacjentów deficyty ich kontaktów z lekarzami. Znaczna część badanych (40%) wskazywała jako główny problem powierzchownie lub fragmentarycznie przeprowadzone badania lekarskie. Jednakże oprócz generalnej oceny przebiegu badania pacjenci wskazywali na problemy odnoszące się bezpośrednio do relacji pacjent-lekarz. W ocenie 39% badanych lekarz nie wyjaśnił co im dolega oraz co jest przyczyną ich choroby, 14% stwierdziło, że lekarz był nieuprzejmy [2]. Kompetencje komunikacyjne są jednymi z najczęściej wskazywanych przez pacjentów jako pożądane u lekarzy, zaraz po wiedzy fachowej. W badaniu z 1999r. przeprowadzonym przez Instytut Filozofii i Socjologii PAN, 34,6% badanych wskazało „umiejętność nawiązywania kontaktu z pacjentami” oraz „umiejętność przystępnego wyjaśnienia przyczyn chorób i sposobu leczenia” (33%) jako jedną z trzech najważniejszych cech idealnego lekarza [2]. Według badań Bartkowiak, aż 72% badanej grupy pacjentów wymieniło jako najważniejszą cechę lekarza „nawiązywanie kontaktu, utrzymywanie dobrej atmosfery podczas rozmowy” [8]. Wszystkie analizowane w przytoczonych badaniach kwestie wskazują na relatywnie lepszą sytuację

pacjentów posiadających wyższe wykształcenie i wyższą pozycję społeczną.

Co więc stanowi główną barierę komunikacyjną w relacji lekarz-pacjent? Sami lekarze zgłaszają dwa najistotniejsze problemy, które poważnie zakłócają realizację funkcji komunikowania się z pacjentem: zestresowanie chorego mnogością szczegółów, terminów oraz niemożność dostatecznej percepcji przez pacjenta udzielanych wyjaśnień. Aż 40% informacji przekazywanych przez lekarza jest zapomniana przez pacjenta, a połowa pacjentów modyfikuje zalecenia lekarskie ze względu na napotykaną barierę poznawczą [8].

Jednakże mimo występujących problemów, badania socjologiczne wykazują stopniowy wzrost zaufania do medycyny i lekarzy. Badania porównawcze z lat 1976 i 1995 ukazują wzrost optymizmu jeśli chodzi o skuteczność leczenia poważnych chorób. Pokazuje to pośrednio wiarę w profilaktykę. Wzrost zaufania do medycyny nie jest jednak całkowicie bezkrytyczny. Jednocześnie wzrastają obawy przed ubocznym działaniem środków farmakologicznych oraz inwazyjnością współczesnej terapii. Zjawiskom tym towarzyszy stopniowe zmniejszenie roli lekarza jako eksperta. Zwiększała się liczba pacjentów zmieniających zalecenia lekarza „na własną rękę” [2]. Modyfikowanie i uniezależnianie swojej terapii od lekarza nie jest jednak wynikiem negocjacji, a jedynie aktem samowoli.

Badania Halika z 2000 r. wykazują, że to sami lekarze uniemożliwiają niekiedy stworzenie relacji partnerskiej z pacjentem zakładając jego niedostateczne kompetencje poznawcze i analityczne. Znacząca część badanych pacjentów (44%) nie było pytanych o wyrażenie zgody na określony zabieg czy terapię [9].

Wnioski wynikające z przedstawionych w pracy badań są takie, że model partnerski rozwija się w jakimś stopniu w Polsce, jednak jego beneficjentami są w dużej mierze osoby zajmujące wyższe pozycje społeczne. Nie bez znaczenia są tu warunki, w jakich wielu lekarzy wykonuje swój zawód (zbyt duża liczba pacjentów przypadających na lekarza i związana z tym presja czasu). Za postępującymi w polskim społeczeństwie zmianami w świadomości zdrowotnej nie idą zmiany w systemie opieki medycznej, umożliwiające pełną realizację potrzeb społecznych, zwłaszcza w zakresie profilaktyki i potrzeby relacji współpracy i partnerstwa z lekarzem. Ponad połowa Polaków (58%) uważa, że dba o swoje zdrowie. Przekłada się to jednak w dużej mierze nadal w częstotliwość wizyt lekarskich. Na pytanie: „Co robi Pan/Pani dla ochrony swojego zdrowia?” najczęściej badanych (36%) wybrało odpowiedź „chodzę do lekarza” (dane z raportu CEBOS BS/80/66/1993).

Trudności w stworzeniu satysfakcjonującej obie strony relacji pacjent-lekarz wynikają również, a może przede wszystkim z wad systemu opieki medycznej. Niezależnie od oceny ekonomicznej wprowadzanych lub projektowanych reform systemu jest on stale źle oceniany przez konsumentów opieki medycznej. W latach 2002-2005 aż 46-59% badanych wyraża negatywne opinie o opiece zdrowotnej w naszym kraju (dane z raportu CEBOS BS/5/2006). Przekłada się to jednoznacznie na społeczną ocenę relacji lekarz-pacjent.

Stosunek lekarza do pacjenta powinien uwzględniać jego całość psychofizyczną. Lekarz, który może współcześnie korzystać z najnowszych osiągnięć nauki, niesie pacjentowi ulgę w cierpieniu fizycznym. Wraz ze zmniejszeniem się dolegliwości somatycznych, pacjent zaczyna odczuwać nowe potrzeby, również w relacji z lekarzem. W tym momencie lekarzowi powinny pomagać inne osoby: duchowny, psycholog, socjolog. Podejście holistyczne do problemów pacjenta, jego zdrowia i choroby zakłada więc nie tylko zmianę relacji samego lekarza i pacjenta, ale również komplikację tych relacji poprzez wprowadzenie specjalistów z innych dziedzin [10].

## PIŚMIENNICTWO

1. Barański J. Interakcja lekarz-pacjent. W: Barański J, Piątkowski W:(red.) *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe; 2002.
2. Ostrowska A. Relacja pacjent-lekarz: nowa jakość? *Prom Zdr Nauki Społ Med*. 2001;21:109-21.
3. Sokołowska M. *Socjologia medycyny*. Warszawa: PZWL; 1986.
4. Ostrowska A. Modele relacji lekarz-pacjent. W: Ostrowska A, red. *Wstęp do socjologii medycyny*. Warszawa: PAN; 1990.
5. Tanasiewicz M, Bednarski J, Mateusiak J. Jedna relacja - wiele perspektyw. Wyznaczniki współpracy lekarz dentysta – pacjent. *Mag Stomat*. 2007;7-8:28-31.
6. Collet H. Influence of dentist- patient relationship on attitudes and adjustment to dental treatment. *J Am Dent Assoc*. 1969;79:879-84.
7. Lahti S. Dentist and patient opinions about the ideal dentist and patient-developing a compact questionnaire. *Comm Dent Oral Epidemiol*. 1992; 2:229-34.
8. Bartkowiak G. Kompetencje interpersonalne w relacji pacjent-lekarz. W: Głowacka MD. (red.) *Promocja Zdrowia. Kontekst społeczno kulturowy*. Poznań: Wolumin; 2000.
9. Halik J. Społeczne różnice w stanie zdrowia i dostępie do świadczeń medycznych-główne mechanizmy i uwarunkowania. *Prom Zdr Nauki Społ Med*. 2000;19:103-12.
10. Więckowska E. Znaczenie komunikacji niewerbalnej lekarza z pacjentem w kontekście terapeutycznym, *Zdr Publ*. 2008;118(4):462-7.

## Informacje o Autorach

Prof. dr hab. n. med. MARIA MIELNIK-BŁASZCZAK – kierownik; dr n.med. ANNA ZIOŁO – adiunkt; mgr EWA KAWIAK-JAWOR – Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie.

## Adres do korespondencji

Anna Ziolo  
Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie  
20-081 Lublin, ul. Staszica 11  
tel. 81 532 06 19  
e-mail: ekawiak@op.pl