

Pacjent – choroba – medyk. Znaczenie i role w komunikacji

Anna Włoszczak-Szubzda^{1,2}, Mirosław Jerzy Jarosz^{1,2}

¹ Wydział Pedagogiki i Psychologii, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie.

² Zakład Informatyki i Statystyki Zdrowia, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy: Praca podejmuje problem komunikacji pomiędzy pacjentem i medykiem w kontekście choroby. Zwykle się sądzić, że w trakcie porady medycznej, role uczestników są jasno określone: medyk jest autorytetem, a pacjent podporządkowuje się jego woli. Celem pracy jest poszerzenie aspektowości zagadnienia poprzez przegląd współczesnych badań dotyczących potrzeb pacjenta, z uwzględnieniem rozumienia istoty choroby przez obie strony relacji (pacjent-medyk).

Opis stanu wiedzy: Pojmowanie zjawiska choroby zaprezentowane zostało w kontekście dwóch zasadniczych modeli filozoficznych: mechanicznego i systemowego. Rozważania nad pojęciem choroby pokazują, że łatwo może ono ulec alienacji i stać się samodzielny bytem, a nie przedmiotowym łącznikiem między pacjentem a medykiem. Dla jej zrozumienia należy odwołać się do pacjenta, ponieważ tylko on posiada własny, osobisty i bezpośredni wgląd w stan swojego organizmu. Dlatego, tak niebagatelne znaczenie w leczeniu przypisuje się roli pacjenta, jego motywacji do leczenia, zaufaniu do medyka, poczuciu bezpieczeństwa itd., itp., stanu psychiki który pozwoli medykowi dotrzeć do wiedzy pacjenta w procesie komunikacji. Podkreśla się również, że komunikacja z pacjentem stanowi nieodzowny warunek skutecznej diagnozy, terapii, opieki i pielęgnacji. Przedstawiono korzyści, jakie medyk osiąga z dobrej komunikacji z pacjentem, do których należą: 1) spadek napięcia emocjonalnego u pacjenta, 2) uzyskanie dokładnych danych, co pozwala skutecznie rozpoznać chorobę, 3) zmniejszenie się oporu pacjenta wobec terapii i medyka, 4) wzrost zaufania pacjenta wobec medyka, 5) wzrost aktywności pacjenta w terapii, 6) wzrost poziomu satysfakcji pacjenta, a co za tym idzie, zmniejszenie liczby skarg na poszczególnych medyków i na służbę zdrowia w ogóle.

Podsumowanie: Aby zrozumieć proces komunikacji w układzie pacjent-choroba-medyk, należy go postrzegać z perspektywy co najmniej trzech nauk: socjologii, psychologii i medycyny. Pozwala to rozpoznać i pokonać bariery w komunikacji pacjent-choroba-medyk co przekłada się na bezpośrednie korzyści dla medyka i pacjenta.

Słowa kluczowe

komunikacja, pacjent, medyk, choroba, modele filozoficzne

WPROWADZENIE I CEL PRACY

W ujęciu tradycyjnym konsultacja medyczna to spotkanie pacjenta nieposiadającego usystematyzowanej wiedzy medycznej (choć czasami bardzo dużej), z profesjonalistą medycznym, przygotowanym w zakresie medycyny teoretycznie i praktycznie. Role uczestników w takim spotkaniu są jasno określone. Medyk jest autorytetem, a pacjent podporządkowuje się jego woli. Współczesne badania relacji pacjent-medyk wskazują jednak na nieco inny obraz potrzeb pacjenta, których zaspokojenie warunkuje skuteczność tej relacji.

Każda ze stron relacji spełnia w niej określone funkcje i ma swoje znaczenie, na dodatek zarówno funkcje, jak i znaczenie nie mają charakteru stałego. Ujęcie tradycyjne nie odnosi się również do specyficznego pojmowania choroby przez każdą ze stron relacji, które również wpływa na postawy pacjenta i medyka. Celem pracy jest poszerzenie aspektowości zagadnienia poprzez przegląd współczesnych badań dotyczących potrzeb pacjenta, z uwzględnieniem rozumienia istoty choroby przez obie strony relacji (pacjent-medyk).

OPIS STANU WIEDZY

Omawianie elementów komunikacyjnych relacji medyk-choroba-pacjent zaczniemy od pojmowania zjawiska choroby, bez której nie istniałaby relacja medyk-pacjent, a co za tym idzie nie szukalibyśmy właściwych i satysfakcjonujących obie strony zachowań i rozwiązań w procesie leczenia.

Wszelkie próby zdefiniowania choroby pozostają pod silnym wpływem filozoficznych ujęć tego pojęcia. Wyróżniane są dwa zasadnicze modele: mechanicyzm, nawiązujący w późniejszej fazie do kartezjanizmu oraz systemowe ujęcie rzeczywistości sięgające korzeniami poglądów metafizyków greckich.

Według mechanicyzmu każda jednostka chorobowa stanowi realnie istniejący byt, zazwyczaj utożsamiany ze swym czynnikiem etiologicznym. Poglądy te sięgają czasów, kiedy to medycyna dopatrywała się przyczyn wszelkich schorzeń w demonach (w filozofii idee platońskiej).

Bardziej współczesną formę tego ujęcia choroby zawdzięczamy pasteurowskiej teorii specyficznej etiologii chorób zakaźnych, dzięki której, współczesna medycyna stała się nauką typu technologicznego. Podstawową ideą takiego ujęcia choroby jest „walka” z nią, a „pokonanie” choroby postrzegane jest za ważniejsze od subiektywnych potrzeb pacjenta. W tym ujęciu, pacjent jest tylko „przypadkiem” jakiejś jednostki chorobowej. Walkę mogą i powinni prowa-

dzić tylko eksperci (medycy bez współpracy z pacjentem), a śmierć przestaje być ostatnią, ale jednak częścią życia, staje się natomiast „przegraną walką” o życie człowieka, czyli najgorszą rzeczą jaką mogła go spotkać. Takie pojmowanie choroby, z punktu widzenia współczesnej etyki medycznej (np. etyki troski), reifikuje chorego, fetyszyzuje leki i technologię medyczną oraz zupełnie ignoruje potrzebę komunikacji między medykiem a pacjentem [1].

W ujęciu systemowym choroba stanowi zaburzenie homeostazy wewnątrz niedomagającego organizmu postrzeganego jako złożony układ lub systemu. Według K. Lorenza (1903-1989), twórcy nauki o zachowaniu się zwierząt i ludzi etologii, choroba jest przeciwstawnym zdrowiu „złem radykalnym”. W całym ciągu życia, to zło jest jedynie „zażegnawane” a nie eliminowane zupełnie. System (organizm) zawsze tracił i będzie tracił wewnętrzną i zewnętrzną homeostazę. W takim ujęciu, choroba może być odczytywana jako proces na drodze do zdrowienia. R. Dubos (1901-1985), francuski mikrobiolog i filozof medycyny, głosi, że naturalną cechą systemu jest ciągle dochodzenie tworzących go składników do czynnościowej równowagi i równie nieprzerwane naruszanie uzyskanej homeostazy [2].

Współcześnie, definiowanie pojęcia „choroba” bywa równie skrajne co i niejednoznaczne. „Wielki Słownik Medyczny” chorobę definiuje jako: „...reakcję ustrojową na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadzącą, po wyczerpaniu zdolności adaptacyjnych ustroju, do zaburzeń współdziałania narządów i tkanek, a w następstwie do zaburzeń czynnościowych i zmian organicznych w tkankach, narządach, układach i całym ustroju” [3].

Profesor A. Horst twierdzi, że „Choroba jest pojęciem abstrakcyjnym, na wyrażenie całokształtu zaburzeń ustrojowych pod wpływem czynników chorobotwórczych” [4]. Inna współczesna definicja głosi, że „Choroba polega na zaburzeniu funkcji lub uszkodzeniu struktury organizmu. O zaistnieniu choroby można mówić wtedy, gdy działanie czynnika chorobotwórczego powoduje przekroczenie zdolności organizmu do adaptacji, co z kolei wywołuje niepożądane, szkodliwe następstwa” [5]. W tej definicji samo określenie „czynnika chorobotwórczego” sprawia niemałe problemy. Może być nim równie dobrze wirus, nóż jak i toksyczna relacja z drugim człowiekiem.

Próbowano chorobę definiować również jako odwrotność zdrowia, które, według powszechnie znanej definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 1974) „...jest stanem pełnego dobrego samopoczucia („dobrostanu”) fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko nieobecnością choroby czy niedomagania” [5].

Jednak definiowaniu „choroby” jako odwrotności zdrowia, przeciwstawia się innymi J.W. Guzek. Jego zdaniem przytoczona definicja zdrowia zakłada, że wiemy, co rozumiemy pod pojęciem „choroby lub niedomagania”, a także, że definicja ta jest oparta na kryterium subiektywnym – „dobre samopoczucie / dobrostan”. Definicji zdrowia według WHO przypisywane są cechy utopii, może ona, bowiem rozbudzać nieuzasadnione i nierealne ekonomicznie oczekiwania totalnego dobrego samopoczucia nie tylko fizycznego i psychicznego, ale także społecznego. Z drugiej strony, według J.W. Guzka, słabość definicji zdrowia wg WHO wynika z faktu, że w wielu przypadkach, mimo trwania choroby (np. niedoczynności tarczycy), można, skutecznie prowadząc terapię substytucyjną, niejako „sztucznie” utrzymać stan dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego, a nawet społecznego (utrzymanie zdolności do pracy) [6,7].

Warto przytoczyć próby wnikliwszej i bardziej szczegółowej definicji „choroby”. „Choroba jest takim stanem organizmu, kiedy to czujemy się źle, a owego złego samopoczucia nie można jednak powiązać z krótkotrwałym, przejściowym uwarunkowaniem psychologicznym lub bytowym, lecz z dolegliwościami wywołanymi przez zmiany strukturalne lub zmienioną czynność organizmu. Przez dolegliwości rozumiemy przy tym doznania, które są przejawem nieprawidłowych zmian struktury organizmu lub zaburzeń regulacji funkcji narządów” [5, 8].

Wielkie nadzieje w rozumieniu istoty „choroby” wiązano z pracami w dziedzinie biocybernetyki i bioinformatyki. Na gruncie tych dziedzin zdefiniowano systemy organizmu człowieka, zgodnie z rygorami tzw. ontologii medycznej: „Systemem jest taki układ narządów, który realizuje pewne funkcje, które, jeśliby nawet tylko chwilowo „wylączyć” powodowałyby to śmierć człowieka. Czynności takie nazwali oni funkcjami krytycznymi organizmu człowieka” [5, 8].

Wydaje się jednak, że żadna z definicji nie zdołała przekroczyć bariery subiektywizmu zjawiska zwanego „chorobą”. Jej percepcja i wyobrażenie u pacjenta budowane są w oparciu o samoświadomość a u medyka na podstawie wykształcenia, doświadczenia i prawidłowej komunikacji z pacjentem (tylko w przypadku osobistych doświadczeń bycia pacjentem, na samoświadomości). Klasyczny model przebiegu choroby za podstawowe uznaje podmiotowe, czyli odbierane przez chorego objawy [7]. Samoświadomość daje pacjentowi poczucie bycia chorym lub zdrowym a medyk może to jedynie potwierdzić badaniami.

Z powyższych rozważań wynika, że skoro tak trudno jednoznacznie dookreślić pojęcie „choroba”, to łatwo może ono ulec alienacji i stać się samodzielnym bytem, co powoduje, że zapominamy iż jest ona tylko przedmiotowym łącznikiem między pacjentem a medykiem. „Choroba” może pozostać samodzielnym bytem tylko w obszarze techniczno-diagnostycznym, przy klasyfikacji chorób, choć i w tym względzie jej definiowanie będzie nastęrczać wielu problemów, wynikających z jednostkowych różnic zjawiska. Dlatego, dla jej zrozumienia musimy odwołać się do podmiotu, pacjenta, ponieważ tylko on posiada własny, osobisty i bezpośredni wgląd w stan swojego organizmu (układu/systemu). To on może obserwować, kontrolować i komunikować medykowi, co dzieje się w jego organizmie. Tylko pacjent może podzielić się z medykiem tym subiektywnym odczuciem stanu organizmu. Dlatego tak niebagatelne znaczenie w leczeniu przypisuje się roli pacjenta i podkreśla, że komunikacja z pacjentem stanowi nieodzowny warunek skutecznej diagnozy i terapii.

Aby lepiej zrozumieć proces komunikacji w układzie pacjent–choroba–medyk, trzeba pamiętać, że należy go postrzegać z perspektywy przynajmniej trzech dziedzin nauk: socjologii, psychologii i medycyny. Jest to konsekwencją istnienia trzech wymiarów choroby: 1) społecznego (choroba jako dewiacja, choroba jako płaszczyzna konfliktu społecznego, społeczne role chorego), 2) psychologicznego (dotyczącego np. dyskomfortu psychicznego, złego samopoczucia, poczucia godności, bezpieczeństwa itd.) oraz 3) biomedycznego, w którym chorobę można sprowadzić do możliwych do ustalenia zmian patologicznych. Wszystkie trzy wymiary przenikają się wzajemnie i wzajemnie się warunkują [9].

Przede wszystkim choroba zmienia sytuację społeczną chorego. W socjologii medycyny rola chorego przedstawiana jest jako cykl zdarzeń:

1. Poznanie objawów:
 - moment, w którym rozpoznano objawy,
 - szacowanie ich powagi,
 - prośba o interpretację objawów przez inne osoby,
 - reakcja na ból i dolegliwości,
 - reakcja na zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym,
 - przyjęcie „obiegowego” podłoża choroby.
2. Przyjęcie roli chorego:
 - próba podjęcia leczenia na własną rękę,
 - wpływ otoczenia na wybór źródła pomocy,
 - decyzja wyboru określonej formy pomocy.
3. Kontakt ze służbą zdrowia:
 - czas, po jakim nastąpiło szukanie kontaktu ze służbą zdrowia,
 - rola innych osób w zainicjowaniu takiego kontaktu,
 - wiedza o placówkach służby zdrowia,
 - reakcja na kontakt ze służbą zdrowia.
4. Przyjęcie roli pacjenta:
 - trudności w przyjęciu roli pacjenta,
 - przystosowanie do tej roli,
 - wsparcie od innych osób,
 - stopień zrozumienia dla stosowanego leczenia,
 - poziom oporu wobec stosowanego leczenia [9, 10].

Jak wynika z powyższego zestawienia, osoba chora po rozpoznaniu swojego stanu zdrowia i samopoczucia, może dalej pełnić dotychczasowe role społeczne (z lepszym lub gorszym skutkiem) lub ich zaniechać. Ma do wyboru: nie leczyć się wcale, jeśli objawy oszacuje jako mało dotkliwe, a funkcjonowanie w rolach społecznych jest mimo wszystko możliwe albo przyjąć rolę chorego. Od momentu przyjęcia roli chorego obowiązkiem staje się szukanie pomocy, na co duży wpływ ma otoczenie wywierające nacisk na chorego, aby zachowywał się zgodnie z tą rolą. Jeżeli chory i jego otoczenie interpretują jego stan zdrowia jako niewymagający profesjonalnej pomocy to chory skupia się na samoleczeniu (zioła, leki dostępne bez recepty, rady bliskich i znajomych) lub korzysta z pomocy tzw. medycyny alternatywnej. Może być też tak, że bliscy i sam chory skłaniają się ku niekonwencjonalnym sposobom leczenia. To przede wszystkim chory i jego otoczenie stawiają pierwszą „diagnozę”, odpowiadają na pytanie: „jestem czy nie jestem chory i na ile jest to stan poważny?” i czy przyjąć rolę pacjenta (kontakt z profesjonalną medycyną), czy podjąć samoleczenie lub podjąć próbę ignorowania dolegliwości. Chory ogranicza się do samoleczenia, jeżeli w jego przekonaniu kontakt z oficjalną medycyną czyli „służbą zdrowia” jest dla niego niekorzystny, kłopotliwy lub zagrażający.

Alternatywnie, chory może skontaktować się z medykiem, który to kontakt, po pierwsze zmienia rolę „chorego” w rolę „pacjenta”, co do której stosują się mniejsze społeczne wymagania, (np. zwolnienie z zajęć i zawieszenie pełnienia niektórych ról społecznych).

To, czy chory zechce podjąć się roli pacjenta, zależy w dużej mierze od dobrych lub złych doświadczeń dotyczących kontaktów z medykami samego chorego jak i jego rodziny oraz przyjaciół. Przy czym liczą się przede wszystkim doświadczenia dotyczące spełniania oczekiwań wynikających z kontaktu z medykiem (komunikacji, informacji, szacunku, poczucia bezpieczeństwa), a w drugiej kolejności skuteczności diagnozy i terapii.

Z tej perspektywy, medyk odgrywa bardzo ważną rolę, jako element kontroli społecznej. Lekarze, jako jedyni posiadają

prawo do orzekania czy dana osoba jest chora, a co za tym idzie, czy należą się jej z tego tytułu przywileje. Pierwszy i podstawowy, to przywilej zwolnienia z obowiązku realizacji zadań wynikających z dotychczas pełnionych ról społecznych. Kolejne, to przywileje materialne (np. odszkodowania, zasiłki czy renty) oraz emocjonalne (zainteresowanie otoczenia, opieka, pielęgnacja, współczucie). Bywa, że orzeczenie lekarskie jest bardziej potrzebne choremu niż leczenie, gdyż status „chorego” może zwalniać od odpowiedzialności za pewne czyny (np. przestępstwo). Zatem, chęć do przyjęcia roli pacjenta nie jest zwykle zależna od rodzaju choroby, ale od tego, na ile przywileje z bycia pacjentem są konkurencyjne wobec profitów płynących z innych ról społecznych [10, 11].

Tabela 1. Podstawowe motywy do szukania porad medycznych

Kryzys interpersonalny	„stałe jestem podirytowana bólem głowy i często się kłócę”
Przeszkody w kontaktach osobistych	„wciąż muszę prosić by ktoś coś powtórzył (z powodu głuchoty), to kłopotliwe”
Sankcje	„mąż kazał mi tu przyjść i sam umówił mnie na wizytę”
Problemy z funkcjonowaniem w roli społecznej	„nie mogę dobrze wykonywać swojej pracy”
Nawroty lub uporczywe objawy	„poczekam do końca tygodnia, jeśli się nie poprawi, pójdę do przychodni”

Zródło: opr. na podst. P. Salmon – „Psychologia w medycynie”

Jak już wspomniano, jeśli chory zdecyduje się na kontakt z medycyną oficjalną, rozpoczyna się jego nowa rola – rola pacjenta. Od tego momentu pojawia się również nowa relacja: pacjent–choroba–medyk [9, 10]. W tym spotkaniu, medyk reprezentuje zwykle zachowania zinternalizowane przez przedstawicieli zawodów medycznych a pacjent doświadczenia wynikające ze środowiska, z którego pochodzi.

Już pierwszy kontakt może rodzić problemy, każda ze stron reprezentuje inną postawę psychiczną i czego innego oczekuje od drugiej strony.

Medyk stara się być racjonalno-logiczny, odrzucając sferę własnych emocji, natomiast pacjent jest głównie emocjonalny. Ten rozdźwięk rodzi wiele konfliktów, utrudnia komunikację, prawidłową diagnozę i skuteczną terapię, czyli właściwy cel relacji pacjent–choroba–medyk.

Błędem komunikacyjnym jest założenie, że pacjent, podobnie jak medyk, definiuje swoją rolę. Medycy często traktują chorego jak „niezapisaną tablicę”, na której dopiero to oni zaznaczają rzeczy ważne i niezbędne w procesie leczenia. Medycy zwykle nie dostrzegają, że pacjent zawsze posiada swoje cele, pewną wiedzę medyczną, przekonania i postawy wobec własnego zdrowia. Człowiek odgrywa rolę pacjenta zgodnie z tym, co sobie przyswoił w procesie socjalizacji. Posiada również pewne wyobrażenie na temat roli medyka. Konflikt między medykiem a pacjentem opiera się na różnicy interesów, oczekiwań i wiedzy, co uwidacznia się we wzajemnych zachowaniach i reakcjach [12].

E. Freidson za podstawowe źródła konfliktów uznaje:

1. Zakres wiedzy pacjenta o chorobie, przyczynach, sposobach leczenia i o samym pracowniku medycznym.
2. Strukturę i organizację opieki medycznej
 - zależnej od pacjenta – gdzie medyk stara się usatysfakcjonować pacjenta zarówno pod względem jakości opieki medycznej jak i stosunku do samego pacjenta.

- zależnej od profesji – medyk podczas leczenia pacjenta zwraca większą uwagę na opinie innych pracowników medycznych niż na satysfakcję pacjenta.
3. Zderzenie dwóch kultur – pracownik medyczny i pacjent funkcjonują na ogół w różnych środowiskach społecznych, w których mogą istnieć odmienne wzorce zachowań profesjonalnych i emocjonalnych oraz różne wizje działania systemu służby zdrowia [9].

Mimo możliwych konfliktów między medykiem a pacjentem dochodzi do interakcji. Osoby te wzajemnie oddziałują na siebie poprzez interpretowanie zachowań drugiej strony i modyfikację własnych. Obie role, medyka i pacjenta są komplementarne, choć zawsze charakteryzuje je asymetryczność. Tylko dzięki dopełnianiu się możliwe jest dążenie do wspólnego celu, jakim jest zdrowie pacjenta. Jednak drogi do tego wspólnego celu są różne, tak jak różne są typy stosunków pacjent–medyk. Zwykle stosowana jest następująca typologia:

1. aktywny medyk – bierny pacjent: w tym modelu zachowań medyk oczekuje od pacjenta pełnej akceptacji jego punktu widzenia i ścisłego przestrzegania zaleceń, bez konieczności ich uzasadniania; taki model zakłada całkowitą bierność pacjenta i możliwy jest do zrealizowania tylko w sytuacjach ekstremalnych (utrata świadomości, śpiączka, narkoza, ostry uraz związany z głębokim szokiem itp.) zwykle mają z nim do czynienia ratownicy medyczni.
2. kierujący medyk – podporządkowujący się pacjent: to model „standardowy” w kontaktach pacjenta ze służbą zdrowia; pacjenta sprowadza się do roli bezradnego i nie-doświadczonego dziecka, medyk – to opiekuńczy (więcej wiedzący, więcej rozumiejący itd.) „rodzic”.
3. współuczestnictwo medyka z pacjentem w walce z chorobą: spotykany jest najczęściej w przypadku chorób przewlekłych; medyk musi znaleźć sposób na zaangażowanie pacjenta w proces leczenia, ponieważ z przyczyn obiektywnych (czas trwania choroby oraz kontynuacja terapii w domu pacjenta) nie jest w stanie go kontrolować; terapia musi opierać się na partnerstwie i współodpowiedzialności [12, 13, 14].

Tylko ostatni z wymienionych modeli pozwala obu stronom swobodnie ujawniać swoje wątpliwości i troski związane z terapią. Medyk i pacjent efektywnie wymieniają myśli na temat choroby i metod leczenia.

Wspólny cel – zdrowie pacjenta – jest możliwy do osiągnięcia tylko dzięki dobrej wzajemnej komunikacji. Niebagatelną rolę we właściwej komunikacji między medykiem a pacjentem odgrywa autonomia tego ostatniego. Szacunek dla autonomii pacjenta przejawia się w dawaniu prawa pacjentowi (przez medyka) do różnorodnych poglądów i motywacji, jak również w pomocy pacjentowi w przewyciężaniu lęków oraz innych przeszkód niszczących i podważających działania medyka. Prezentowanie takiej postawy zawodowej, to dość duże wyzwanie dla medyka. Pozornie łatwiej jest pomagać choremu stosując system autorytarny (wydając polecenia i egzekwując ich wykonanie) a w razie pojawienia się oporu ze strony pacjenta, stosując różne formy przymusu psychicznego (dla dobra chorego) aż do zostania się z pacjentem włącznie. Ta pozorna łatwość niesie jednak ze sobą wiele komplikacji. U pacjenta może wywołać: opór emocjonalny, brak zaufania do metod działania medyka, niechęć do kontynuacji terapii a także pozostawić przeko-

nanie o braku profesjonalizmu medyków w ogóle, co może skutkować nieprawidłowymi relacjami ze służbą zdrowia w przyszłości. Medyk może doświadczyć przekonania, że pacjenci są „roszczeniowi”, niechętni do współpracy (sic!), nieprzygotowani do kontaktów ze służbą zdrowia, co często objawia się zaniechaniem terapii na rzecz edukacji (niewątpliwie ważnej, ale w odpowiednim czasie). W konsekwencji frustracje wywołane kontaktami z pacjentami, mogą wywoływać u medyka poczucie braku satysfakcji zawodowej (która bazuje m.in. na wdzięczności pacjentów) i ostatecznie przyczynić się do wypalenia zawodowego.

Właściwa współpraca medyka z pacjentem może być realizowana tylko dzięki odpowiedniemu przygotowaniu obu stron relacji. Warunkiem wdrażania dobrego modelu relacji jest zmiana metod i zakresu kształcenia. Do roli pacjenta, powinno się kształcić jak do każdej innej roli społecznej, już od poziomu edukacji przedszkolnej, wtedy kiedy percepcji edukowanego nie zakłóca choroba. Edukacja medyków powinna zawierać w standardach kształcenia przygotowanie z zakresu kompetencji komunikacyjnych (motywacja, wiedza i umiejętności).

Zalecany model relacji pacjent–medyk można streścić następująco:

- kontakt medyk–pacjent opiera się na obustronnym rozwiązywaniu problemu (choroby),
- centralnym punktem tej relacji jest pacjent,
- kontakt jest otwarty i dwukierunkowy, zależność jest wzajemna,
- dominuje w tej relacji zaufanie i szacunek,
- medyk to nie tylko specjalista, ale i doradca i edukator (w takiej kolejności),
- główną zasadą działania jest troska o pacjenta (nie profity materialne i niematerialne),
- medyk dba o autonomię pacjenta,
- obie strony podejmują decyzje i są za nią odpowiedzialne,
- medyk umie słuchać pacjenta,
- pracownik medyczny posiada umiejętności komunikacyjne [14].

Umiejętności komunikacyjne dla medyka mają fundamentalne znaczenie. Od jakości komunikacji zależy, czy pacjent potrafi wystarczająco poinformować o objawach swojej choroby, czy zaakceptuje diagnozę i czy podejmie leczenie.

Komunikacja pacjent–choroba–medyk pełni trzy podstawowe funkcje:

1. informacyjno-diagnostyczną – jej celem jest wzajemne zrozumienie i porozumienie. Medyk przekazuje informacje o chorobie, jej przyczynach i leczeniu, a pacjent mówi o objawach choroby, swoim stylu życia i odczuciach emocjonalnych. Efektem tej części komunikacji jest diagnoza i sformułowanie zaleceń,
2. perswazyjną – jej celem jest przekonanie pacjenta do zmiany postawy na prozdrowotną,
3. terapeutyczną – medyk ma na celu wsparcie psychiczne pacjenta (pocieszanie, łagodzenie rozpaczy itp.) [11].

Trzeba pamiętać, że komunikacja to nie tylko to, co przekazujemy słowem, to również komunikaty niewerbalne. Powodzenie w komunikowaniu się z pacjentem zależy od spójności komunikatu werbalnego i niewerbalnego. Jeśli oba komunikaty są niezgodne (ciało medyka mówi, co innego niż jego słowa) pacjent odbiera nieczytelny przekaz (co jest

prawdą mowa ciała czy słowa?), co zwykle podważa jego zaufanie do drugiej strony relacji. Częścią komunikacji jest również nastawienie psychiczne obu stron, niezwerbalizowane jednak podświadomie czytelne. To medyk ma obowiązek stworzyć odpowiednią atmosferę:

- poczucie bezpieczeństwa,
- zaufanie do medyka,
- intymność dla pacjenta,
- poczucie zainteresowania ze strony medyka,
- poczucie, że pracownik medyczny pragnie rozwiązać problemy pacjenta,
- poczucie satysfakcji z prawidłowej relacji z pacjentem [13, 14].

Niestety komunikacji pacjent–choroba–medyk towarzyszą różnorodne bariery komunikacyjne.

Pierwsza bariera ma charakter emocjonalny i to wbrew obiegowym poglądom, że medyk jest z definicji racjonalny. W rzeczywistości obu stronom relacji towarzyszą emocje. Za to medyk często rozumie swoją profesjonalność jako brak okazywania emocji a nawet brak odczuwania emocji. Związane jest to z modelem, w jakim kształceni są studenci medycyny. Medyk, chroniąc własną psychę, w sposób izolujący odnosi się do pacjenta (z dystansem, z wyższością, przemawia do pacjenta a nie rozmawia z nim itp.), co nie ułatwia komunikacji, pozornie chroni, ale tak naprawdę stanowi barierę komunikacyjną ze wszystkimi jej konsekwencjami.

Pacjentowi w sposób oczywisty towarzyszą silne emocje, które są wyrazem obaw przed bólem i innymi objawami choroby, diagnozą, sposobami leczenia, brakiem bezpieczeństwa, poczuciem osamotnienia, społecznej izolacji, a czasem brakiem nadziei. Stan emocjonalny pacjenta wpływa na jego zdolności poznawcze.

Druga bariera wiąże się zwykle z niewystarczającą wiedzą medyczną pacjenta oraz selektywnym przyswajaniem informacji, (to cecha ogólnoludzka, każdy rozumie nieco inaczej przekazywaną informację). Przełamać tę barierę może tylko pełna i właściwa komunikacja. Medyk ma obowiązek nie tylko informować pacjenta, ale też upewnić się ile z tej informacji pacjent zrozumiał i zapamiętał. Nie oznacza to, że każdy termin medyczny powinien być oddzielnie zdefiniowany, a sam pacjent z tej wiedzy przepytany. Przede wszystkim język pracownika medycznego powinien być adekwatny do typu wiedzy pacjenta, a nie jako „medomowa” tworzyć kolejną barierę komunikacyjną. Medyk powinien stale słuchać i obserwować pacjenta, aby upewnić się, czy rozumie on kluczowe treści [10].

Trzecia bariera dotyczy intencji. W tym wypadku źródłem problemów są zwykle intencje jakie sprowadzają pacjenta do medyka. Zasadniczo wyróżnia się trzy:

1. wsparcie emocjonalne i zapewnienie o szybkim i skutecznym wyzdrowieniu,
2. pełna i fachowa informacja,
3. właściwe badania medyczne i leczenie [11].

Każda z tych intencji jest niezależna. Pacjentem mogą kierować wszystkie lub tylko jedna z nich. Mogą nim także kierować zupełnie inne intencje, dotyczące wyłącznie profitorów z przyjęcia roli chorego i pacjenta w systemie społecznym (zwolnienie lekarskie, renta).

Kolejna bariera w komunikacji pacjent–choroba–medyk to błędne przekonania i uprzedzenia. Z jednej strony chodzi tu o przekonania pacjenta na temat choroby i jej objawów.

Pacjent może mieć na przykład przekonanie, że terapia będzie bolesna lub wyniszczająca, co będzie go skłaniać do wycofania się z leczenia. Może sądzić, że poddanie się terapii wpłynie ujemnie na jakość jego życia. Może też wierzyć, że choroba jest karą za przewinienia i aby je odkupić, karę należy przyjąć bez walki. Może również posiadać przekonanie, co do bólu, że kształtuje charakter człowieka lub, co do leków, że są one szkodliwe i uzależniające. Medyk dla odmiany, może być uprzedzony do niektórych pacjentów podejrzewając ich o symulowanie, chęć wyłudzenia zwolnienia lekarskiego lub recepty na drogie refundowane leki. Przy takich nastawieniach pacjenta i medyka trudno o wspólne działanie terapeutyczne.

Ważną barierą komunikacyjną są zjawiska o podłożu psychicznym. Bariery taką jest psychiczny opór pacjenta. Wypływa on zwykle z poczucia pogwałcenia autonomii pacjenta, a objawia się agresją i przekorą. Poczucie odebrania autonomii może dawać już sama choroba (bezzadność, bezsilność, niesprawność, poczucie bycia gorszym), niestety źródłem oporu bywa sam medyk, przyjmujący wobec pacjenta postawę autorytarną. Pacjenci stosują również dość często mechanizmy obronne (np. zaprzeczanie – oceniają chorobę jako mniej zagrażającą, a co za tym idzie lekceważą zalecenia). Niedocenianą barierą komunikacyjną są ograniczenia psychiczne dotyczące rozumienia i zapamiętywania przekazywanych informacji. W przypadku terapii niezapamiętane zalecenie, nie zostanie wykonane. Jednak główną barierą komunikacyjną, jest u pacjenta brak poczucia satysfakcji z kontaktu z medykiem. A zależy ono głównie od dobrych relacji między pacjentem i medykiem, uzyskiwanych w procesie komunikacji. Pacjent oczekuje przede wszystkim od pracownika medycznego poczucia zrozumienia jego niepokojów [11].

PODSUMOWANIE

Podsumowując, warto przejrzeć i podkreślić korzyści, jakie medyk osiąga z dobrej komunikacji z pacjentem. Dobra komunikacja w relacji pacjent–choroba–medyk powoduje:

1. spadek napięcia emocjonalnego u pacjenta, (co pozwala na dalszą komunikację i wymianę informacji),
2. uzyskiwanie dokładnych danych, co pozwala skutecznie rozpoznać chorobę,
3. zmniejszenie się oporu pacjenta wobec terapii i medyka,
4. wzrost zaufania pacjenta wobec medyka (można pacjenta nakłonić do różnych sposobów terapii),
5. wzrost aktywności pacjenta w terapii (nie trzeba go kontrolować, sam dba o swoje dobro),
6. podniesienie się poziomu satysfakcji pacjenta, a co za tym idzie, zmniejszenie liczby skarg na poszczególnych medyków i na służbę zdrowia w ogóle [11, 14, 15].

Ta podstawowa i bardzo skrócona lista korzyści, wynikających z dobrej komunikacji interpersonalnej pacjenta i medyka, powinna być wystarczającym asumptem do stworzenia jednoznacznych i obligatoryjnych dla wszystkich placówek edukacyjnych, wymogów kształcenia do roli pacjenta (edukacja od poziomu przedszkolnego) i roli medyka (standardy kształcenia szkół wyższych medycznych, a nie tylko zaznaczone w wymaganiach umiejętności absolwenta).

PIŚMIENNICTWO

1. Szewczyk K. Troska, zaufanie i sprawiedliwość jako wartość ustanawiająca w etyce medycznej. Wrocław: Astrum 2000;167-181.
2. Szewczyk K. Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej. Warszawa- Łódź: PWN 2001:201-248.
3. Widłak-Piernikowa T, Jaworska E, Michalska E, Sprusińska E. Wielki słownik medyczny. Warszawa: PZWL 1996:174.
4. Wolff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Filozofia medycyny. Warszawa: PWN 1993:102-117.
5. <http://www.wikipedia.pl> (dostęp:19.05.2011).
6. Guzek JW. Patofizjologia człowieka w zarysie. Warszawa: PZWL 2002.
7. Zielonka A. Medycyna zwykła i niezwykła. Szczecin: PHU „Astra” 1992;17.
8. <http://www.naukowy.pl/encyklopedia/Choroba> (dostęp: 19.05.2011).
9. Piątkowski W. Choroba jako zjawisko socjologiczne, W: Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny; oficyna wydawnicza Atut; Wrocław 2002:24-30.
10. Baranowicz I. Rola społeczna chorego, W: Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny; oficyna wydawnicza Atut; Wrocław 2002:75-81.
11. Barański J. Niektóre aspekty komunikowania się lekarza z pacjentem, W: Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny; oficyna wydawnicza Atut; Wrocław 2002:162-167.
12. Salmon P. Psychologia w medycynie, GWP; Gdańsk 2002:78-90,139-152.
13. Biesaga T. Pacjent jako osoba, W: Problematy i dylematy współczesnej medycyny, Ogólnopolska Konferencja Naukowa; Lublin 2005.
14. Pupek-Musialik D. Pacjent-lekarz: relacja pozytywna a może konflikt postaw czy interesów, W: Problematy i dylematy współczesnej medycyny, Ogólnopolska Konferencja Naukowa; Lublin 2005.
15. Aleksandrowicz J, Duda H. U progu medycyny jutra; PZWL; Warszawa 1988.
16. Heszen-Niejodek I. Lekarz i pacjent. Badania psychologiczne. Kraków: Univeritas 1992.
17. Lukas W, Gałuszka A, Zarychta A. Aktualne potrzeby edukacji pediatrycznej w specjalności lekarza rodzinnego. W: Norska-Borówka I, Lukas W. red. Wybrane problemy pediatryczne w praktyce lekarza rodzinnego. Katowice ZP ŚAM 1999:5-24.

Patient – disease – physician. Importance and roles in communication

Abstract

Introduction and objective of the study: The study tackles the problem of patient-physician communication in the context of illness. It has been commonly considered that while providing medical advice the roles of the participants are clearly specified: the physician is the authority, and the patient submits to the physician's will. The objective of the study is to expand the aspects of this problem by a review of contemporary studies concerning patient demands, with consideration of the understanding of the essence of disease by the two parties of the patient-physician relationship.

Description of the state of knowledge: Comprehension of the phenomenon of an illness has been presented in the context of two principal philosophical models: mechanistic and systemic. Considerations of the concept of disease show that it may easily be alienated and become an independent entity, and not a physical link between patient and physician. In order to understand this concept, one should refer to a patient, because only the patient possesses independent, personal and direct insight into the state of his/her own body. Therefore, such a great importance is ascribed to the role of patient, his/her motivation for treatment, trust in a doctor, feeling of security, etc., and psychical state, which would allow the physician to arrive at patient knowledge in the process of communication. It is also emphasized that communication with a patient is an inseparable precondition for an effective diagnosis, therapy, care and nursing. Benefits are presented which a doctor obtains from good communication with a patient which cover: 1) reduction of emotional tension in a patient, 2) obtaining precise data which allows an effective diagnosis, 3) decrease in patient resistance towards therapy and the physician, 4) increase in patient trust in a physician, 5) increase in patient activity in therapy, 6) increase in patient satisfaction and, consequently, reduction in the number of complaints about individual physicians and the medical staff in general.

Summing up: In order to understand the process of communication in the patient-disease-physician system, it should be perceived from the aspect of at least three scientific disciplines: sociology, psychology and medicine. This enables the recognition and overcoming of barriers in patient-disease-physician communication, which is transformed into direct benefits for the physician and the patient.

Key words

communication, patient, physician, disease, philosophical models