

Inną praktyką stosowaną przez pacjentów jest **samowolna zmiana dawki przepisanego leku** lub **samowolne zaniechanie brania leków**. Bardzo często pacjenci zmniejszają o połowę ilość tabletek zażywanych codziennie lub zwiększają ilość zażywanych tabletek, np. z jednej do trzech. Można przypuszczać, że pacjenci zastanawiają się nad przepisaną dawką leków i samodzielnie eksperymentują z jej wielkością. Zmiana dawki przepisano leku uzasadniona bywa czasami obawą przed skutkami ubocznymi. Pacjenci biorą również pod uwagę dyskomfort związany z zależnością od leków, a nawet stigmę związaną z tym faktem; podobne odczucia dotyczą sytuacji, gdy pacjenci muszą zgłaszać się systematycznie na badania kontrolne (krwi, badanie moczu). Pacjenci dokonują również wnikliwej analizy „zysków i strat” wynikających z brania określonych leków. Odrzucanie leku może wynikać z takich skutków ubocznych, jak wzrost wagi ciała lub inne niepożądane efekty.

Uważa się, że pacjent powinien stosować się do zaleceń lekarza, a idealna sytuacja polega na podporządkowaniu się pacjenta wszystkim jego zaleceniom. Stosowanie się do zaleceń zależy od stopnia, w jakim lekarz jest w stanie umotywować pacjenta tak, aby postępował on zgodnie z jego oczekiwaniami. Służyć temu powinna m.in. jasna, klarowna i dokładna informacja przekazywana przez lekarza pacjentowi.

Stosowanie się do zaleceń lekarza oznacza uznawanie i zgodność w poglądach, jednakową ocenę sytuacji (przez lekarza i pacjenta), przestrzeganie tych samych norm i wartości, i opiera się na wzajemnym zaufaniu i prawdzie.

Aby zapewnić sobie współpracę pacjenta, lekarzom zaleca się okazywanie mu pozytywnego nastawienia, zachęcanie go do zadawania dużej ilości pytań, tak aby zrozumiał sens przekazywanych zaleceń, ustawiczne mobilizowanie pacjenta do współpracy. Wskazuje się również, że aby lekarz ten cel osiągnął, powinien być bardziej skoncentrowany na pacjencie jako osobie, okazywać mu empatię, a także nauczyć się technik dydaktycznych.

Modele relacji lekarz–pacjent

Według R.A. Pierloota (1983), relacje lekarz–pacjent przebiegać mogą według czterech następujących modeli.

Model komunikacji (The Communication Model)

Relacja lekarz–pacjent polega na wymianie, przekazywaniu i odbieraniu interakcji. Pacjent przekazuje informacje lub wskazuje na dolegliwości, które lekarz przyjmuje do wiadomości lub nie. Następnie lekarz ustosunkowuje się do danych dotyczących pacjenta, oferując mu zainteresowanie, kierowanie, wskazówki, na które pacjent zgadza się lub wyraża swoje zastrzeżenia.

W tak rozumianym przebiegu relacji lekarz–pacjent postawy i zachowania obu partnerów **zdeterminowane są ich własnymi motywacjami, jak również uwarunkowane przez reakcje partnera.**

Odnosząc „proces komunikacji” do relacji lekarz–pacjent traktuje się go jako wymianę ekspresywnych przekazów (wiadomości). **Wiadomości te oparte są na werbalnych i niewerbalnych przekazach**, do których należą: (a) **sposób mówienia** (język, akcent, słownictwo, ton mówienia, pauzy w mówieniu, głośność); (b) **poruszanie się** (ekspresja, gesty, zachowania); (c) **sposób prezentowania się** (ubiór, znaki fizyczne, czystość); (d) **kontekst społeczny** dotyczący wcześniejszej sytuacji lekarza i pacjenta (wykształcenie, pozycja społeczna, aktualne środowiskowe uwarunkowania).

W wymianie tej informacja przebiega od jednego uczestnika do drugiego – uzyskana odpowiedź zawierająca pewną wiadomość może stać się inicjacją dla następnej informacji, przekazywanej przez drugiego uczestnika. Następuje sprzężenie zwrotne, w którym reakcja jednej strony jest warunkowana przez reakcję partnera. Analizując zachowania lekarza, można stwierdzić, że mają one charakter „biurokratyczny”, zorientowane są na zadawanie standardowych pytań i tylko w ograniczonym zakresie odnoszą się do emocjonalnych odczuć pacjenta. Mogą one przebiegać jednak w sposób ukierunkowany na zrozumienie pacjenta, wyrażanie empatii wobec odczuć pacjenta, jak również być nastawione na rozpoznanie społecznych uwarunkowań, które wpływają na zachowania pacjenta. Postawy pacjenta wobec lekarza mogą być związane ze świadomością konieczności współpracy, wyrażającą się gotowością odpowiadania na pytania zadawane przez lekarza oraz wykazywaniem inicjatywy w podawaniu dodatkowych informacji. Mogą jednak przybierać formę przeciwną, wyrażającą się unikaniem odpowiedzi, brakiem precyzji w wypowiedziach, brakiem gotowości współpracy.

Model społeczno-kulturowy (The Socio-Cultural Model)

Model ten zakłada, że lekarz i pacjent nie spotykają w „pustce społecznej”, ale obydwoj zajmują określone pozycje w społeczeństwie, w którym interakcje społeczne regulowane są przez normy kulturowe. Oznacza to, że wzajemne oczekiwania lekarza i pacjenta wobec siebie są wyznaczone przez role społeczne charakterystyczne dla każdego z nich w następstwie pozostawania w danej społeczno-kulturowej strukturze. Bycie lekarzem lub pacjentem konstituuje tę rolę jako rolę społeczną, ale w tym samym czasie zarówno lekarz, jak i pacjent pełnią również wiele innych ról społecznych, wynikających z ich wieku, płci, sytuacji rodzinnej, pozycji społeczno-ekonomicznej itd.

Rola lekarza wyznacza jego pozycję społeczną poprzez wiedzę, autorytet i władzę, jaką posiada, oraz poprzez poświęcenie się pacjentom.

Rola lekarza zależy od takich kulturowych wartości, jak znaczenie życia i śmierci (np. postawy wobec aborcji, eutanazji), rozumienie choroby, możliwość wyboru leczenia (np. dostępność leczenia szpitalnego).

Rola pacjenta ma bardziej dwuznaczny charakter: bycie chorym oznacza większe lub mniejsze wyłączenie się z normalnego rytmu życia, ale z drugiej strony, wiąże się z pewnymi przywilejami, np. większą troską i opieką ze strony otoczenia, przyzwoleniem na zwolnienie z pewnych obowiązków, czasami daje wsparcie finansowe. Niemniej pozycja pacjenta stawia go zawsze w zależności od lekarza.

Na relację lekarz–pacjent wpływają również społeczne postawy wobec danej choroby (np. w postaci etykietyzowania każdej choroby lub też tylko wybranych chorób)

oraz postawy społeczne wobec wchodzenia w rolę chorego (np. brak akceptacji stanu „bycia chorym”). W przebiegu relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem „interweniować może” również system ubezpieczeń zdrowotnych jako trzeci uczestnik tej relacji. Niezależnie jednak od roli lekarza i od roli pacjenta, obie strony pełnią równocześnie w tym samym czasie (w przypadku chorego nawet w sytuacji choroby) inne role. Te pełnione równolegle role mogą w istotny sposób determinować sposób zachowania się w roli pacjenta i w roli lekarza. Zgodnie z kryterium uniwersalizmu, lekarz w swoim postępowaniu wobec pacjenta nie powinien się kierować jego pozycją społeczno-ekonomiczną, niemniej takie czynniki, jak wiek, płeć, sytuacja rodzinna mogą w istotny sposób warunkować postawy lekarza wobec pacjenta. Podobnie, ocena lekarza przez pacjenta pod względem podobnych uwarunkowań (wiek lekarza, jego doświadczenie zawodowe, pozycja) może wpływać na zachowania chorego. Charakterystyka demograficzno-społeczna pacjenta może pomagać lekarzowi w przewidywaniu pewnych zachowań, np. kobiety częściej niż mężczyźni szukają fachowej pomocy u lekarza, podobnie kobiety częściej z powodu objawów neurotycznych szukają pomocy fachowców.

Istotne znaczenie w odniesieniu do zachowań w roli pacjenta ma przynależność do określonej klasy społeczno-ekonomicznej. Uważa się, że osoby należące do niższych klas społecznych charakteryzują się tym, że częściej wyrażają swoje problemy psychologiczne niż dolegliwości fizyczne. Uważa się również, że sposób traktowania pacjentów jest różny w zależności od ich pozycji społeczno-ekonomicznej. Na przykład, pacjenci leczeni psychiatrycznie, wywodzący się z wyższych klas społecznych, doświadczają więcej pomocy o charakterze psychoterapeutycznym, podczas gdy pacjenci z niższych klas społecznych w wyższym stopniu poddawani są terapii farmakologicznej.

Model medycznego przenoszenia (The Model of Medical Transference)

Model ten jest nawiązaniem do koncepcji Freuda (za: Pierloot R.A., 1983), w myśl której sposób, w jaki pacjent manifestuje zachowania wobec lekarza-terapeuty, jest w większym lub mniejszym stopniu manifestacją uczuć wobec rodziców i doświadczeń z okresu dzieciństwa. Za pomocą tej koncepcji usiłuje się wyjaśnić różne emocjonalne reakcje charakterystyczne dla rozmaitych społecznych relacji.

Spotkanie lekarza z pacjentem zawiera w sobie pewne charakterystyczne elementy odpowiadające koncepcji „przenoszenia”. Relacja ta jest asymetryczna, gdyż lekarz, pamiętając swych rodziców, demonstruje wobec pacjenta swój autorytet, siłę i przewagę. Irracjonalne reakcje w postaci przejawów sympatii lub antypatii ze strony pacjenta są przez niego dostrzegane, ale nieodwzajemniane. Spotkania odbywają się zwykle w mniej lub bardziej stereotypowych okolicznościach (gabinet lekarski, sala szpitalna, gabinet psychoterapeuty), a na końcowy efekt tej relacji mają wpływ nie tylko zachowania werbalne, ale także niewerbalne. W wyniku relacji z lekarzem odnotować można różne reakcje pacjentów, które prowadzić mogą do tworzenia się określonych typów pacjentów. Wyróżnia się m.in.: (a) osoby odznaczające się brakiem zaufania do lekarza; (b) pacjentów pasywnych, manifestujących przesadne oczekiwanie pomocy i wsparcia, wraz z pasywnym przekazywaniem potrzeb; (c) pacjentów wyrażających w sposób

agresywny swoje potrzeby, domagających się ich realizacji, dążących do dominacji; (d) pacjentów chcących wszystko kontrolować i racjonalizować; (e) pacjentów wyrażających swą narcystyczną samowystarczalność, zachowujących się w sposób arogancki; (f) pacjentów zachowujących się w sposób teatralny i dramatyczny, wyrażających brak wiary we własne siły; (g) typ masochistyczny – znajdujący przyjemność w cierpieniu i bólu jako formie satysfakcji erotycznej.

Uważa się, że model ten daje lekarzowi możliwość zrozumienia powtarzających się zachowań pacjenta w chorobie. Jakkolwiek posługiwanie się różnymi formami psychoterapii nie należy do obowiązujących zadań np. lekarza podstawowej opieki medycznej, ale w każdym przypadku wiedza dotycząca wyznaczników charakterystycznych dla tego modelu sprzyjać może bardziej efektywnym kontaktom z pacjentem. Znajomość tego modelu stymulować może samego lekarza do krytycznej analizy jego osobistych motywów skłaniających go do takiego, a nie innego traktowania pacjentów.

Model przyjacielski (The Model of Human Encounter)

Spotkanie pacjenta i lekarza następuje w sytuacji potrzeby szukania przez chorego pomocy. Dochodzi wtedy do konfrontacji z podstawowym zjawiskiem, charakterystycznym dla kontaktów międzyludzkich, tj. **nawiązania pomiędzy lekarzem i pacjentem stosunków przyjacielskich**. Pomimo spotkania „twarzą w twarz”, specyfika relacji lekarz-pacjent może nie sprzyjać nawiązaniu więzi osobistych pomiędzy jej uczestnikami. Elementem niesprzyjającym nawiązaniu takich relacji jest potrzeba dystansu, który jest często czymś oczekiwanym, a nawet wymaganym. Określenie potrzeb pacjenta w kategoriach obiektywnych, sprowadza tę relację na poziom obiektywny, w którym element partnerstwa w stosunkach wzajemnych może nie mieć żadnego znaczenia. Często tylko obiektywne elementy relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem mogą się zakończyć sukcesem. Zdarzają się jednak sytuacje, w których obie strony, tj. zarówno lekarz, jak i pacjent traktują swoje wzajemne relacje tak samo, jak relacje z innymi osobami. W takiej sytuacji lekarz rezygnuje ze swojej uprzywilejowanej pozycji, opartej na naukowym autorytecie, i podchodzi do swej roli z pozycji takiego samego człowieka, jak jego pacjent, narażonego na takie same napięcia i przeżycia. Tak rozumiana postawa lekarza wobec pacjenta przybiera postać działań psychoterapeutycznych. Pozytywna postawa oznacza umiejętność wyrażania własnych uczuć, okazywanie ciepła, zainteresowanie pacjentem, jego akceptację z charakterystycznymi dla niego uczuciami i postawami, umiejętność empatii – wczuwania się w doznania pacjenta, widzenia w pacjencie takiej samej osoby, jak on sam, mającej takie same możliwości. Nasuwa się pytanie, co tak układający się model relacji z lekarzem może dać pacjentowi. Oczywiście jest, że takie zachowanie się lekarza wobec pacjenta nie wpływa na zmianę jego objawów chorobowych, nie powoduje samo przez się wyleczenia choroby. Uważa się jednak, że daje obu stronom większe poczucie odpowiedzialności i wolności. Wzajemna akceptacja może dawać obu stronom nie tylko pozytywne odczucia, ale może rzeczywiście pociągać za sobą pewne pozytywne zmiany w zdrowiu psychicznym i fizycznym. Dodać należy, że wartości te mają wpływ na postawy wobec życia, śmierci, cierpienia, a także np. wobec pracy czy miłości. Jeśli

np. człowiek chory lub niepełnosprawny akceptuje te wartości, jego życie pomimo braku zdrowia, będzie bardziej aktywne i satysfakcjonujące.

Model ten oznacza, że pacjent szuka w lekarzu prawdziwego człowieka, prawdziwego przyjaciela. Taka relacja z pacjentem jest możliwa, jeżeli lekarz połączy swoją profesjonalną wiedzę z pełnym humanizmem traktowaniem pacjenta na zasadzie współpartnerstwa. Model ten ma szczególne zastosowanie w odniesieniu do relacji z chorymi nieuleczalnymi, w chorobach przewlekłych, w stosunku do osób niepełnosprawnych oraz w wielu innych sytuacjach związanych z silnym stresem. W wymienionych sytuacjach tylko takie podejście pozwala na zrealizowanie podstawowych zadań lekarza i oczekiwań pacjenta.

Charakterystyka różnych modeli dotyczących relacji lekarz–pacjent

Tabela 2

	Model komuni-kacji	Model społeczno-kulturowy	Model medycz-nego przenosze-nia	Model ludzkiego spotkania
Oczekiwania pa-cjenta	Otrzymanie, po-słuchanie, otrzy-manie wskazówek, emocjonalne relacje uzupełnia-jące ogólne posta-wy	Spoleczne uznanie choroby, leczenie zgodnie z jego pozycją społeczną	Powtarzanie dzie-cięcych konfliktów i potrzeb w relacji z lekarzem	Przyjaźń, współ-partnerstwo
Postawy lekarzy	Poszukiwanie informacji, współ-praca, pełnienie innych ról	Branie pod uwagę społecznych i kulturowych uwarunkowań sytuacji pacjenta i jego choroby	Otwarcie na na-wroty reakcji pacjentów, wraź-liwość na wszyst-kie dziecinne reakcje pacjentów	Orientacja na człowieka – nie ma pacjenta, człowiek – nie pacjent
Koncepcje dotyczą-ce procesu interak-cji	Sprzężenie zwrot-ne, kształtowanie, wymiana kontek-stów, obustronne pełnienie ról	Spoleczne role lekarza i pacjenta, wpływ innych ról społecznych peł-nionych przez te osoby, społeczno-kulturowe uwa-runkowania cho-rób	Nawroty, potwier-dzenie, przekaza-nie, przekazanie zwrotne	Potrzeby egzy-stencjalne
Najbardziej odpo-wiednie dla	Operowania (ste-rowanie) kontek-stami	Zrozumienia pacjenta i jego choroby w szer-szym kontekście społecznych inter-akcji	Zrozumienia powracających potrzeb u pacjenta i lekarza	Sytuacji poważ-nych stresów

Źródło: Pierloot R.A.: *Different models in the approach to the doctor–patient relationship*. Psychother. V., Psychosom., 1983, 39, 213–224

Określenie sytuacji medycznej

Badanie lekarskie odbywa się w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu (gabinet lekarski, ambulatorium, szpital). Istnieje więc w pewnej „przestrzeni medycznej”. Personel medyczny jest w specjalny sposób ubrany, posługuje się instrumentami medycznymi, używa terminologii medycznej, fachowej, porozumiewając się między sobą. Lekarz porozumiewa się z pacjentem, aby uzyskać informacje niezbędne do badania. Bardzo często sytuacja medyczna wymusza z jednej strony depersonaliza-cję, a z drugiej uznanie osoby pacjenta. Pacjent potrzebuje samookreślenia się, że znaj-duje się w sytuacji medycznej, aby zminimalizować zagrożenie własnej godności. Tak jest np. definiowana sytuacja przez lekarza i pacjentkę podczas badania ginekologicz-nego. Jest to sytuacja medyczna, a nie spotkanie towarzyskie – pacjentka nie powinna się wstydzić i nie traktować tej sytuacji w kategoriach zachowań seksualnych. Uznaw-szy wyznaczniki sytuacji medycznej, pacjent szybciej zaakceptuje fakty z niej wyni-kające. Często jednak samo uznanie przez pacjenta faktu, że znajduje się on w sytuacji medycznej, jest niewystarczające i lekarz może uzyskać współpracę pacjenta poprzez uznanie go za osobę widzianą w szerszym kontekście, a nie tylko wynikającym z roli pacjenta. W takiej sytuacji lekarz w pewnym stopniu „targuje się” z pacjentem, aby ten zgodził się na współpracę, manifestując swoje zainteresowanie pacjentem.

Szasz i Hollender, opierając się na opisach różnych sytuacji terapeutycznych, wy-różnili trzy podstawowe modele relacji lekarz–pacjent, które są zbudowane na podsta-wie kryterium stopnia aktywności lub bierności partnerów.

Tabela 3

Typ stosunku	Rola lekarza	Rola pacjenta	Prototyp stosunku
Aktywność bierna	Robi coś dla pacjenta	Przyjmuje apatycznie	Rodzic–niemowlę
Kierowanie–współpraca	Mówi pacjentowi, co robić	Współpracuje, jest posłuszny	Rodzic–dziecko
Obopólne uczestnictwo	Pomaga pacjentowi, żeby ten sobie pomógł sam	Partner	Dorosły–dorosły

Źródło: Ostrowska A.: *Rola pacjenta i lekarza: zmiany w scenariuszu*. Studia Socjologiczne, 1981, 3, 82

• **Aktywność–bierność**, typowa dla sytuacji, w której pacjent, z racji swojego sta-nu (utrata przytomności, śpiączka, narkoza) jest bierny, a działania lekarza, który stara się mu pomóc, odbywają się niezależnie od niego. W tej relacji aktywność jest domeną lekarza. Pierwowzorem dla tego modelu jest stosunek rodziców do bezradnego dziecka (niemowlęcia).

• **Kierowanie–współpraca**, to relacja, w której pacjent, mimo choroby, jest w peł-ni świadomy i może wypełniać wskazania lekarza. Lekarz natomiast ma prawo ocze-kiwać, że pacjent będzie wykonywał ściśle jego zlecenia. Model ten jest charaktery-

styczny dla chorób ostrych, np. zakaźnych. Podobny jest do stosunków, jakie są między rodzicami a dzieckiem w wieku 14 lat (nastolatkiem).

• **Obopólne uczestnictwo** to model, w którym lekarz „pomaga choremu, by ten mógł pomóc sobie sam”. Ma on zastosowanie w przypadkach chorób przewlekłych, w których pacjent sam prowadzi leczenie według szczegółowych wskazań lekarza, okresowo się z nim konsultując. Pierwowzorem tego modelu jest stosunek rodzica-dorośle dziecko.

Każdy z ww. modeli ma zastosowanie w określonej sytuacji i trudno by było utrzymywać, że któryś z nich jest lepszy od drugiego. Często w procesie leczenia sytuacja się zmienia i aby charakter kontaktu lekarz-pacjent był konstruktywny, musi być dopasowany do nowych okoliczności (podobne zmiany postawy mają miejsce w odnośzeniu się rodziców w miarę dorastania dziecka.) Jeżeli lekarz nie jest zdolny do tych zmian, pacjent uważa, że nie potrafi on zrozumieć jego indywidualnych potrzeb. Lekarz natomiast postrzega takiego pacjenta jako trudnego i niewspółpracującego (Hollender M.H., 1975). Sytuację tę dobrze ilustruje następujący przykład. „Kiedy chory na cukrzycę zostaje przyjęty do szpitala w stanie śpiączki, jego relacje z lekarzem muszą opierać się na modelu aktywność-bierność. Lekarz opiekuje się pacjentem, który nie jest tego świadom, będąc całkowicie bezradny (nieprzytomny). Dalsze etapy leczenia prowadzą się do prowadzenia chorego (kierowania jego zachowaniami) i w tej fazie od pacjenta jest wymagana współpraca. Na koniec przy pomyślnym przebiegu leczenia pacjent jest traktowany jak dojrzały partner, świadom, jak postępować po powrocie do domu, aby utrzymywać własne zdrowie (etap współdziałania)” (Hollender M.H., 1975). W codziennej praktyce rzadko się zdarza, aby ten sam lekarz opiekował się chorym zarówno w czasie jego pobytu w szpitalu, jak i po jego opuszczeniu. W takiej sytuacji zmiany typu relacji dotyczą tego samego pacjenta i różnych lekarzy. Rodzaj relacji będzie zależał od okoliczności, w których następuje styczność z lekarzem. Inny będzie miał miejsce w sytuacji nieprzytomnego pacjenta i lekarza pogotowia ratunkowego, czy chirurga operującego chorego, gdy pacjent nie może uczestniczyć w procesie udzielania pomocy (ratowania zdrowia, życia), inny w przypadku wystąpienia choroby ostrej i krótkotrwałej, gdy pacjent domaga się rozwiązania swojego problemu zdrowotnego, świadom, że sam tego nie potrafi, natomiast lekarz może mu pomóc, pod warunkiem, że on sam dostosuje się do zaleceń lekarskich. Natomiast z modelem, który polega na tym, że pacjent sam kontroluje przebieg swego stanu zdrowia, pod nadzorem lekarza, mamy do czynienia wtedy, gdy pacjent choruje na chorobę przewlekłą.

Uwarunkowania relacji lekarz-pacjent

Analizując w ujęciu historycznym stosunek lekarz-pacjent, zauważa się, że przez całe wieki stosunek ten miał charakter patronacki (Uramowska-Żyto B., 1992) Przykładowo, w XVIII wieku sprowadzał się on do tego, że bogaty, najczęściej arystokratyczny pacjent był postacią dominującą. Występował on w roli klienta, który narzucał lekarzowi sposoby zaspokajania swoich potrzeb zdrowotnych. Lekarz, zależny od bogatego pacjenta, podporządkowywał się jego wymaganiom dotyczącym stosowanego leczenia oraz opieki i innych usług medycznych. W tej relacji pacjent kontrolował sytuację związaną z leczeniem, a autorytet lekarza był minimalny. W tych okoliczno-

ściach lekarz był zmuszony podporządkować się oczekiwaniom i wymaganiom swoich bogatych pacjentów. Wpływ bogatego pacjenta na lekarza wyrażał się poprzez:

- przedstawienie własnej definicji choroby;
- niechęć do wszelkich eksperymentów;
- oczekiwanie wyleczenia całkowitego, a nie tylko polepszenia stanu zdrowia;
- domaganie się, aby jego odczucia psychiczne były w centrum uwagi.

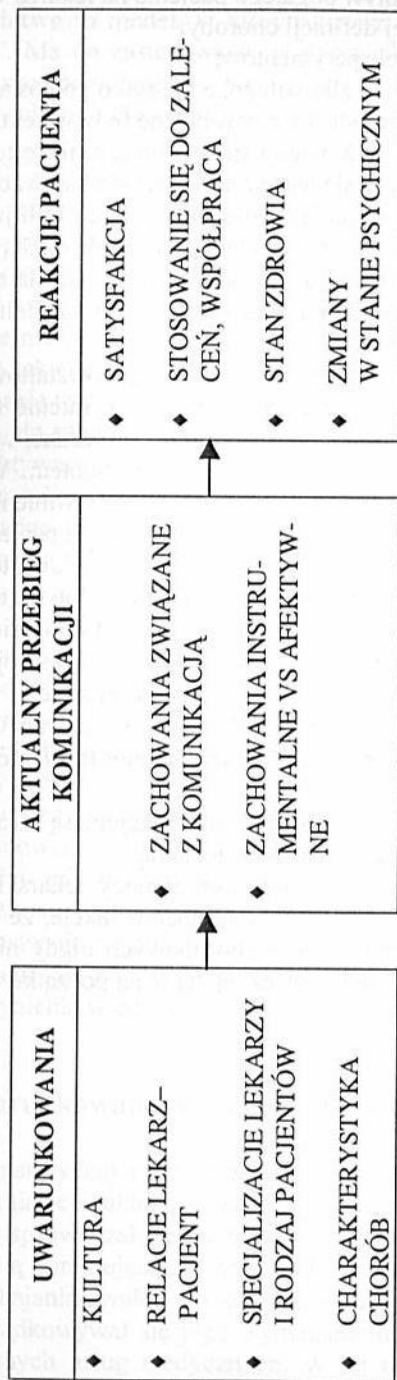
Rozwój szpitalnictwa w XIX wieku spowodował zmianę tej relacji: postacią dominującą stał się lekarz. Wiązało się to z przejściem od obserwacji stanu pacjenta do jego bezpośredniego fizycznego badania. Pacjentami szpitali byli przy tym w owym czasie głównie ludzie biedni, którzy ze względu na swoją słabą pozycję ekonomiczno-społeczną musieli się poddawać decyzjom lekarzy, nie mając wyboru i możliwości szukania innych sposobów leczenia. Tak więc, rozwój szpitali wpłynął na zmianę stosunków między lekarzem a pacjentem.

Wśród czynników odgrywających ogromną rolę w kształtowaniu się współczesnych stosunków między lekarzem a pacjentem należy wymienić takie, jak: specjalizację, technizację, zmiany cywilizacyjne, środowisko społeczne, warunki życia i pracy, jak też atmosferę towarzyszącą spotkaniu lekarza z pacjentem. Według Piotra Zaborowskiego, by osiągnąć porozumienie z chorym, lekarz powinien być życzliwy, zorientowany na jego potrzeby, używać języka zrozumiałego dla pacjenta, zadawać pytania tak sformułowane, by były dostosowane do jego możliwości intelektualnych, umożliwić mu przedstawienie własnych obserwacji i poglądów dotyczących odczuwanych dolegliwości. Wskazane jest również, by lekarz samorzutnie udzielał wyjaśnień w sposób zrozumiały dla chorego i potrafił umiejętnie wykorzystać swój autorytet, by wzmocnić zaufanie dla swoich fachowych umiejętności. Lekceważący i nadmiernie autorytatywny stosunek lekarza do pacjenta, niechęć do udzielania mu wyjaśnień czy też bierna postawa lekarza, przy większej aktywności pacjenta to niektóre tylko czynniki zakłócające relację lekarz-pacjent.

Czynnikiem decydującym o relacji lekarz-pacjent są okoliczności podejmowania przez chorego decyzji o szukaniu pomocy lekarza.

Proces decyzyjny o szukaniu fachowej pomocy lekarskiej przebiega u chorych w sposób zróżnicowany i nie można zapominać o fakcie, że bliżej nieokreślona ilość osób doznających pewnych objawów chorobowych nigdy nie zgłasza się z nimi do lekarza lub rezygnuje z pomocy medycznej zaraz na początku leczenia.

RELACJE LEKARZ-PACJENT



Źródło: Scambler G.: *Sociology as applied to medicine*. W. B. Saunders Company, 1999

Podjęcie przez chorego (lub jego rodzinę) decyzji o szukaniu pomocy u lekarza zależy wg D. Mechanica (1978) od szeregu uwarunkowań, do których można zaliczyć:

- stopień kryzysu wewnętrznego organizmu, oznaczającego sytuację zmuszającą do zwrócenia uwagi na występujące objawy (chory musi je zauważyć);
- wytworzenie się sytuacji, w której występujące objawy stają się przyczyną napięcia, wywołujących zaburzenia w aktywności społecznej chorego;
- zastosowanie wobec chorego sankcji, skłaniających go do szukania pomocy lekarskiej, co oznacza, że to inne osoby podejmują za chorego decyzję o potrzebie interwencji medycznej, a chory zmuszony jest do podporządkowania się tym decyzjom;
- zagrożenia, które niosą z sobą objawy, są dostrzegane i prawidłowo oceniane przez chorego;

- rodzaj i naturę występujących objawów.

Zróznicowany okres, jaki upływa od momentu spostrzeżenia przez chorego (lub jego otoczenie) objawów chorobowych, do podjęcia decyzji szukania pomocy lekarskiej wyznaczony jest również poprzez cały splot czynników, takich jak:

- widoczność, rozpoznawalność objawów, tzw. „rzucanie się w oczy” objawów lub dewiacyjnych zachowań;
- stopień, w jakim występujące objawy chorobowe zakłócają życie rodzinne, pracę zawodową i inne formy aktywności społecznej osób chorych;
- stopień, w jakim występujące objawy postrzegane są jako poważne, tzn. w jakim stopniu chory ocenia obecne i przyszłe niebezpieczeństwo, związane z tymi objawami;
- częstość pojawiania się nieprawidłowych (patologicznych) objawów lub sygnałów, ich trwanie, powtarzalność;
- tolerancja okazywana osobom, u których wystąpiły określone objawy, sposób oceniania tych objawów przez otoczenie;
- właściwa informacja, wiedza o występujących objawach; kulturowo ukształtowane wyobrażenia o przyczynach tych objawów i sposób ich rozumienia;
- rodzaj potrzeb, których realizacja zmusza do opanowania objawów (dokonania zmian);
- potrzeby zdrowotne chorego;
- właściwa interpretacja występujących symptomów, gdy zostaną one prawidłowo rozpoznane;
- zasoby medyczne, przewidywane koszty leczenia, dostępność do instytucji medycznych (odległość), psychospołeczne koszty decyzji zgłoszenia się do lekarza (stygmat, izolacja, upokorzenia).

Zwleknięcie z decyzją zgłoszenia się do lekarza w przypadku objawów wskazujących na zagrożenie poważną chorobą zależy od lokalizacji objawów; trwa znacznie dłużej, gdy objawy dotyczą narządów wewnętrznych lub obejmują cały organizm, natomiast odczuwany ból i cierpienie mogą przyspieszyć moment szukania fachowej pomocy medycznej.

W sytuacji utożsamiania objawów jako „rakowych” lęk przed chorobą nowotworową, bólem, cierpieniem, operacją chirurgiczną, koniecznością hospitalizacji, a także kosztami finansowymi przewidywanego leczenia oraz zmianami, jakie w konsekwencji choroby lub leczenia mogą nastąpić w dotychczasowym życiu chorego, opóźniają moment zgłoszenia się do lekarza. Na przykład, S. Berman (1991) przytacza fakt, że w latach 1938–1969 znana powszechnie częstość niepomysłnych rokowań w przypadku chorób nowotworowych powodowała, że ok. 44% chorych, którzy podejrzewali

u siebie chorobę nowotworową, wstrzymywało się przez co najmniej trzy miesiące ze zgłoszeniem się do lekarza, bojąc się potwierdzenia przypuszczalnej diagnozy.

Ogólna motywacja zdrowotna przyspiesza tendencję poszukiwania profesjonalnej pomocy medycznej, natomiast rodzaj obserwowanych objawów sugerujących prawdopodobieństwo „raka” może powodować opóźnienie tej decyzji. Zwleknięcie z decyzją szukania fachowej pomocy lekarskiej w sytuacji, kiedy chory podejrzewa u siebie raka, uwarunkowane jest lękiem przed chorobą nowotworową.

Decyzja zgłoszenia się do lekarza oznacza porażkę chorego w tym sensie, że nie jest on w stanie sam sobie pomóc, a zastosowane przez niego (lub jego najbliższe otoczenie) potoczne sposoby leczenia okazały się nieskuteczne. Uświadomienie sobie tego faktu jest dla chorego sygnałem, że utracił on kontrolę nad własnym zdrowiem, a w konsekwencji może utracić kontrolę nad przebiegiem całego swego życia. Decyzja szukania pomocy lekarza łączy się również z utratą w pewnym sensie własnej niezależności, gdyż zgłoszenie się do lekarza oznacza, że od tej chwili decyzje dotyczące przede wszystkim zdrowia – a w domyśle także innych sfer życia chorego – mogą być podejmowane za niego lub w jego imieniu przez lekarza; nawet jeśli chory będzie uczestniczył w procesie decyzyjnym dotyczącym leczenia, to głos lekarza jako eksperta jest głosem decydującym, któremu chory, chcąc wyzdrowieć, powinien zaufać i podporządkować się.

Zgłaszając się do lekarza, chory może się poczuć bezpiecznie, będąc przekonany, że jest w rękach profesjonalisty, potrafiącego rozpoznać chorobę, mającego do dyspozycji nowoczesną aparaturę pozwalającą dokładnie sprecyzować, co choremu dolega, wiedzącego, jakie metody postępowania terapeutycznego zastosować w danym przypadku i postępującego z chorym według zasad etyczno-deontologicznych. Wizyta u lekarza może przynieść doraźne, natychmiastowe korzyści – lekarz przepisze leki, które uśmierzą ból, zmniejszą odczuwane dolegliwości, ale w wyniku spotkania z lekarzem może również nastąpić wyciszenie emocji towarzyszących chorobie; lekarz wysłucha chorego, zapewni, że będzie robił wszystko, aby mu pomóc, poradzi, aby się nie martwić na wyrost, zleci badania specjalistyczne, stwarzając choremu poczucie, że „robi się wszystko, aby mu pomóc”.

Z drugiej strony, te same elementy interwencji lekarskiej, które powinny zapewnić choremu poczucie bezpieczeństwa (zarówno w wymiarze profesjonalnych działań instrumentalnych, jak i w wymiarze afektywnym), mogą budzić wiele obaw i wątpliwości chorego, czy znajdzie on u lekarza zrozumienie i właściwą opiekę oraz czy lekarz użyje wszystkich możliwych środków, aby mu pomóc i wyleczyć go.

Zgłoszenie się do lekarza może spowodować również rozwiązanie się pewnych złudzeń co do stanu zdrowia, wtedy gdy pacjent, będąc poważnie chory, ludzi się nadzieją, że lekarze zapewnią go, że jest zdrowy lub że szybko powróci do zdrowia.

Nawet wstępna diagnoza lekarza może być pełnym zaskoczeniem dla chorego w sytuacji, gdy zgłasza się on z prośbą o poradę z powodu błahych w swoim mniemaniu dolegliwości, a usłyszy od lekarza o groźnej chorobie, o konieczności natychmiastowego przeprowadzenia skomplikowanych badań specjalistycznych lub leczeniu szpitalnym, leczeniu chirurgicznym itd. W takiej sytuacji następuje konfrontacja potocznego myślenia o chorobie, reprezentowanego przez pacjenta, z profesjonalną oceną sytuacji przez lekarza, dokonywaną kategoriami określonej jednostki chorobowej, z perspektywy wyboru określonych metod postępowania i możliwości wyleczenia. Stąd np. reakcja chorych (np. „nic ogólnie mi nie jest, podejrzewam, że mam hemo-

roidy”) może napotkać brak zrozumienia takiej postawy przez lekarza, który tę sytuację widzi z zupełnie innej perspektywy, tj. podejrzenia lub pewności diagnozy choroby nowotworowej.

Wątpliwości chorych może budzić również sam system opieki medycznej i stopień profesjonalizmu lekarzy, którzy są dostępni dla chorego. W przypadku „złej” diagnozy, wskazującej, że choroba jest poważna lub wymaga skomplikowanego leczenia, wielu pacjentów nie chce się pogodzić z taką oceną sytuacji, neguje orzeczenia lekarskie, ludząc się nadzieją, że może lekarz się pomylił, a inny lekarz spojrzy na ten sam problem inaczej.

Same wydarzenia związane z interwencją medyczną i stosowane metody postępowania z pacjentem mogą jednak wywoływać nie tylko dyskomfort fizyczny (np. na skutek bolesnych badań), ale także być przyczyną napięć, podenerwowania pacjenta, jego obaw i lęków. Wiele podejmowanych badań diagnostycznych okazuje się niezbędnych z punktu widzenia diagnostyki, ale u pacjenta wywołują one lęk, podniecenie, stres. Myślenie o takich nieprzyjemnych (jakkolwiek często niezbędnych) dla chorego doświadczeniach, związanych z badaniami diagnostycznymi lub leczeniem, wzbudza obawę nawet przed konsultacją u lekarza (Van der Ploeg H.M., 1988).