

Barier w budowaniu relacji lekarza z pacjentem

Aldona Katarzyna Jankowska

W wielośrodkowych badaniach prowadzonych nad skutecznością leków za aktywnie leczonego pacjenta uznaje się osobę, która przyjmuje co najmniej 80% należytą dawkę badanego leku. Uzyskanie takiego poziomu *medication adherence*, rozumianego zgodnie z aktualną definicją WHO jako przestrzeganie zaleceń farmakoterapeutycznych, pozwala na efektywne leczenie chorego. Na podstawie praktycznych obserwacji oraz licznych wyników badań klinicznych wiadomo, że tak wysoki poziom *adherence* zostaje osiągnięty niezmiernie rzadko. Według Światowej Organizacji Zdrowia nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych dotyczy około 50% pacjentów chorujących przewlekłe [Sabate, 2003]. W wielośrodkowym badaniu P. Kardasa wykazano bardzo wysoką częstość nieprzestrzegania zaleceń lekarza u chorych leczonych przewlekłe: „Spośród 63 221 respondentów leczonych na nadciśnienie tętnicze, chorobę refluksową przełyku, chorobę Alzheimera, depresję, schizofrenię i zaburzenia pamięci 83,8% – w różny sposób – było *non-adherent*, a tylko 16,2% realizowało zalecenia w pełni” [Kardas, 2011].

Jednym z głównych czynników wpływających na poziom *adherence* jest jakość relacji lekarza z pacjentem. Oznacza to, że w zasięgu lekarza istnieje możliwość wymiernego pozytywnego wpływu na losy pacjentów bez ponoszenia dużych nakładów finansowych.

W dążeniu do poprawy rokowania u chorych trzeba wykorzystać wszystkie możliwości poprawy relacji z pacjentem. W codziennej praktyce lekarskiej pojawiają się liczne bariery utrudniające stworzenie

dobrej relacji z pacjentem. Według Timothy'ego [Timothy, Quill, 1989]: „nierozpoznanie i brak świadomości istnienia tych barier znacząco zmniejsza potencjał terapeutyczny opieki medycznej. Z tego powodu istotne stało się rozpoznanie i zdefiniowanie barier przy użyciu standardowych technik rozumowania klinicznego, takich jak tworzenie i testowanie hipotez. Ważny jest udział pacjentów w procesie formułowania i testowania hipotez o naturze i źródłach barier. Raz zdefiniowane i zrozumiałe bariery mogą być zmniejszone, a w niektórych sytuacjach rozwiązane za pomocą podjętych działań, np. poprawy umiejętności komunikacyjnych” [Timothy, Quill, 1989].

Wspólnym celem lekarza i pacjenta jest przywrócenie zdrowia, co zgodnie z teorią T. Parsonsa wpływa pozytywnie na relację między nimi i ułatwia współpracę [Parsons, 1966]. Taki idealny model rzadko jednak obserwuje się w rzeczywistości, skomplikowanej różnorodnymi uwarunkowaniami środowiska społecznego oraz interakcjami między lekarzem a pacjentem. Na potencjalny konflikt, który może tkwić u podstaw relacji lekarz–pacjent, zwrócił uwagę E. Freidson i określił go jako konflikt między profesjonalistą a laikiem. Lekarz widzi pacjenta z perspektywy swojej wiedzy i znajomości zasad medycznych, natomiast pacjent w sytuacji choroby pełen jest obaw o swoje zdrowie, nieufności w stosunku do lekarza i czuje się upoważniony do kontrolowania swojej sytuacji. Często jego opinia o lekarzu jest pochopnie negatywna i nieobiektywna [Freidson, 1970]. Pacjenci zwykle nie mają określonych wymagań co do jakości relacji z lekarzem, ale przy jej braku tracą zaufanie i czują dyskomfort.

Czynniki, które negatywnie wpływają na relację między lekarzem a pacjentem, można podzielić na cztery grupy:

- bariery związane z organizacją opieki medycznej,
- bariery związane z chorobą,
- bariery związane z lekarzem,
- bariery związane z pacjentem.

Bariery związane z organizacją opieki medycznej

Administracyjna organizacja opieki medycznej

Organizacja opieki medycznej może stanowić czynnik sprzyjający prawidłowej relacji z pacjentem. Paradoksalnie znacznie częściej jest jednak odwrotnie. Współczesne przeciążenie lekarza obowiązkami administracyjnymi odsuwa go od chorego. Medycyna staje się coraz bardziej zorientowana na procedury, obowiązki administracyjne oraz rozliczenia, mimo że powszechnie mówi się o medycynie zorientowanej na pacjenta. Wymagany i egzekwowany od lekarza proceduralny sposób leczenia sprawia często, że jest on zmuszony do unikania holistycznego spojrzenia na pacjenta. Opieka zdrowotna musi być podporządkowana prawom ekonomii, ale doświadczenie uczy, że szybsze rozwiązanie kilku problemów medycznych w tym samym czasie jest tańsze i na pewno skuteczniejsze niż postępowanie rozciągnięte w czasie.

Wymuszone organizacją pracy zmiany lekarzy prowadzących zarówno w lecznictwie otwartym, jak i w szpitalach, są zwykle źle odbierane przez pacjentów. Czasem są szansą na weryfikację rozpoznania czy trochę inne spojrzenie na terapię. W kontekście relacji lekarz–pacjent niosą ze sobą ryzyko podawania sprzecznych informacji na temat choroby, co wynika z braku porozumienia odnośnie do tego, co i w jakim zakresie powiedzieć pacjentowi. Dzieje się tak dlatego, że między samymi lekarzami nie ma pełnego porozumienia w tej kwestii. Mnogość procedur administracyjnych nie zastąpi relacji z pacjentem. Przykładem może być sytuacja, w której pacjent składa podpis na druku zgody na terapię, czym jednocześnie poświadcza, że uzyskał wszystkie

informacje dotyczące procedury medycznej i powiakań. W rzeczywistości personelowi brakuje czasu i umiejętności, żeby te informacje przekazać.

Warto jednak pamiętać, że dobre relacje interpersonalne w zespołach medycznych indukują dobre relacje z pacjentem.

Zbyt krótki czas konsultacji jest kolejną barierą, dlatego rozdzielanie niezbędnych obowiązków administracyjnych w zespole medycznym daje lekarzowi więcej czasu na bezpośredni kontakt z chorym i przyczynia się do poprawy relacji z nim.

Bariery architektoniczne

Wewnętrzna struktura architektoniczna przychodni czy szpitala może stanowić czynnik sprzyjający prawidłowej relacji z pacjentem, może również potęgować trudności w budowaniu tej relacji.

Najczęstsze niedoskonałości architektoniczne:

- wnętrza niezapewniające pacjentowi intymności, przykładowo: miejscem zbierania wstępnego wywiadu jest rozległa, pełna oczekujących poczekalnia szpitalnej izby przyjęć;
- wnętrza powodujące dystans, przykładowo: gabinet, w którym lekarz siedzi na wygodnym fotelu za dużym biurkiem, odgradzony monitorem komputera od pacjenta siedzącego na taborecie.

Bariery związane z chorobą

Stan zdrowia chorego ma duży wpływ na jego potrzeby i oczekiwania w stosunku do lekarza. Źródłem dodatkowych trudności mogą być: szybki rozwój choroby, nasilenie objawów, zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu, przewlekłość choroby, złe rokowanie oraz nasilone działania uboczne leków.

Nagle wystąpienie choroby lub jej bardzo szybki postęp sprawia, że pacjent jest zupełnie nieprzygotowany do zderzenia z nową rzeczywistością. Taka osoba potrzebuje wsparcia i dużej delikatności. Osoba, która nagle poważnie zachorowała, może cierpieć z powodu odczuwanego przedmiotowego traktowania przez personel medyczny. Z czasem nauczy się funkcjonować w szpitalnej rzeczywisto-

ści, ale początek ze względu na silny lęk o zdrowie, życie i o zachowanie własnej podmiotowości jest niezmiernie trudny. Pacjent, nagle znajdujący się w zupełnie nowym, w jego odczuciu wręcz wrogim środowisku, zamyka się w pancerzu nieprzystępności i nie potrafi dostrzec prawdziwej jakości opieki, trudno mu również podjąć konstruktywną współpracę z lekarzem. Taka postawa może nie tylko stanowić barierę na etapie tworzenia relacji, lecz także trwać przez cały okres leczenia. W praktyce taka postawa chorego wymaga od personelu medycznego szczególnie czujnego i rozważnego postępowania oraz przyjaznej komunikacji z chorym w momencie rozpoznania choroby i na początku leczenia.

Nasilenie objawów, zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu i działania uboczne leków budzą w pacjencie wątpliwości co do słuszności sposobu leczenia i wymagają od lekarza cierpliwego wyjaśniania ich przyczyn oraz stałego budowania i utrzymywania motywacji pacjenta do kontynuowania terapii.

W przypadku złego rokowania czy przewlekłości choroby tworzenie dobrej relacji jest szczególnie trudne, jednocześnie z perspektywy osoby chorej jest jednym z najważniejszych kryteriów jego oceny jakości opieki medycznej. Dla lekarza komunikacja z pacjentem w tak trudnej sytuacji pozostaje dużym wyzwaniem i obciążeniem emocjonalnym. Wsparciem może być dla niego dobra współpraca i dobre relacje w zespole medycznym, podnoszenie kompetencji komunikacyjnych i umiejętność radzenia sobie ze stresem.

Bariery związane z lekarzem

Kompetencje komunikacyjne lekarza

Skutecznym czynnikiem poprawiającym relację z pacjentem jest wzrost kompetencji komunikacyjnych lekarza, pozwalający usnąć lub zlikwidować ten rodzaj przeszkód.

W obszarze komunikacji werbalnej

- Zaskakująco częste jest używanie niezrozumiałego dla pacjenta języka – żargonu medycznego. Lekarzowi, używającemu tego języka przez wiele lat pracy na co dzień, czasem trudno przewidywać, które słowa i sentencje są niezrozumiałe dla pacjenta.

- Etykietowanie i osądzanie pacjenta często jest wyrazem naszych sympatii bądź antypatii i tak też jest odbierane przez chorego.
- Orzekanie stanowią wypowiedzi arbitralnie informujące pacjenta o jego zdolności lub niezdolności do określonych samodzielnych działań. Ważne jest, aby lekarz nie odbierał podmiotowości pacjentowi, pozbawiając go możliwości pozostania ekspertem w sprawach swojego zdrowia i życia.
- Autorytatywne rozkazywanie, nakazywanie i grożenie – to zwykle nieskuteczne strategie komunikacyjne stosowane przez lekarzy; przykładowo: w relacji z chorymi uzależnionymi formułowanie zdań typu: „musi Pan rzucić palenie, musi Pan przestać pić”.

W obszarze komunikacji niewerbalnej

Komunikacja niewerbalna jest istotnym czynnikiem, który w opiniach pacjentów wpływa na ocenę ich relacji z lekarzem [Silverman, 2010]. Niewerbalne bariery komunikacji interpersonalnej to pozasłowne zachowania uniemożliwiające skuteczne porozumiewanie się, np. gesty zniechęcenia czy brak kontaktu wzrokowego.

Niezgodność między komunikatami werbalnymi a pozawerbalnymi

Brak zgodności między tymi komunikatami jest zwykle odbierany jako nieszczerść.

Osobowość lekarza

Cechy osobowościowe lekarza, które mogą stanowić kolejną barierę w budowaniu relacji z pacjentem, są następujące: brak pewności siebie, bierność, trudności w podejmowaniu decyzji, sztywność emocjonalna, nadmierna wiara we własne możliwości, perfekcjonizm, potrzeba dominacji i uznania, agresywność, nadopiekuńczość i nadwrażliwość [Bujnowska-Fedak, 2012]. Duże trudności w budowaniu relacji powodują również: zbytne skupienie lekarza na sobie oraz nieodczuwanie lub nieumiejętność okazania empatii.

W relacji z pacjentem lekarz pełni funkcję profesjonalisty i można mieć mylne wrażenie, że odbywa się to w pełnym oddzieleniu od jego własnej osobowości, która jest odczuwana jako niezwiązany z pracą zawodową element jego sfery prywatnej. W rzeczy-

wistości osobowość lekarza odgrywa zasadniczą rolę w jego relacjach z pacjentami. Zwykle, ze względu na to, że spotkanie takich dwóch osób jak medyk i pacjent, wiąże się z pewnego rodzaju podległością, która przejawia się w tym, że pacjent powierza swoje problemy lekarzowi. To właśnie dlatego osobowość lekarza w tak dużym stopniu decyduje o charakterze spotkania. Równie ważna jest umiejętność udźwignięcia swojej roli w tej relacji. Brak pewności siebie, bierność i trudności w podejmowaniu decyzji sprawiają, że zaufanie pacjenta do lekarza zmniejsza się, nawet wtedy, gdy jego wiedza i doświadczenie kliniczne są bardzo duże. Chory w takiej relacji czuje się jak człowiek pływający małą łódeczką wśród wezbranego morza swoich własnych lęków i obaw.

Natomiast nadmierna wiara we własne możliwości, perfekcjonizm, nieodczuwanie lub nieumiejętność okazania empatii sprawiają, że relacja lekarza z pacjentem traci swój humanistyczny wymiar, który stanowi o jej wartości. Pacjent jako osoba przestaje istnieć w takiej relacji, co w konsekwencji niszczy jego chęć współpracy z lekarzem i uniemożliwia skuteczną terapię. Choroba, zwłaszcza poważna, stanowi zagrożenie dla poczucia własnej wartości osoby leczonej. Niepodlegającą żadnej dyskusji kwestią jest to, że rolą lekarza jest podmiotowe traktowanie pacjenta, pomagające mu odnaleźć się w trudnej sytuacji, oraz przyjęcie roli partnera w walce z chorobą.

Potrzeba dominacji i uznania lekarza sprawiają, że pacjent jest przez niego odbierany jako publiczność, od której oczekuje podziwu i aprobaty, a ich brak zniechęca go do chorego.

Nadopiekuńczość i nadwrażliwość są cechami, które w pierwszych kontaktach mogą być pozytywnie odbierane przez chorych, stanowią jednak bardzo poważną barierę w prawidłowej relacji z lekarzem. Nadopiekuńczość lekarza zabiera pacjentowi możliwość pełnego współudziału w decyzjach medycznych. Optymalną relacją lekarza z pacjentem jest relacja partnerska, w której obie strony pozostają autonomiczne. W takiej relacji lekarz musi zachować zasoby własnych sił psychicznych, dając jednocześnie pacjentowi szansę na odpowiedzialne decydowanie w sprawach swojego życia i zdrowia.

Unikanie pogłębionych kontaktów z pacjentem

Lekarze zazwyczaj unikają pytania swoich pacjentów o to, co myślą i czują na temat choroby i leczenia.

Barriers w tworzeniu pełniejszej relacji z pacjentem w tym przypadku stanowią: własny lęk przed chorobą, brak odczuwanego lub realnego wsparcia ze strony innych lekarzy bądź aktualne problemy osobiste. W wielu specjalnościach medycznych lekarz staje wobec cierpienia i nieszczęść ludzkich. Musi znaleźć w sobie siłę i umiejętność nie tylko funkcjonowania, lecz także udzielania wsparcia. Zmierzenie się z tym wymaga często radzenia sobie z własnym lękiem przed chorobą, cierpieniem i śmiercią. Poza intelektualnym wymiarem świadomości zagrożeń, sytuacje takie uruchamiają atawistyczne lęki. Własny bardzo silny lęk przed chorobą może skutkować ucieczką i chęcią do jak najgłębszego odcięcia się od chorego lub ogromnym dyskomfortem lekarza w kontaktach z nim. Obydwa modele uniemożliwiają stworzenie prawidłowej relacji. Lekarz musi nauczyć się pokonywać własny lęk przed chorobą, żeby stworzyć konstruktywną relację z chorym, bez ponoszenia przekraczających jego możliwości kosztów emocjonalnych.

W specjalnościach wiążących się ze stresem i przeciążeniem emocjonalnym istotną rolę odgrywa współpraca i wzajemne wspieranie się całego zespołu leczącego. Wsparcie ze strony innych lekarzy w trudnych sytuacjach klinicznych jest jednym z elementów pozwalających lekarzowi uniknąć wypalenia zawodowego. Brak odczuwanego lub realnego wsparcia ze strony innych lekarzy pogłębia trudności w emocjonalnym udźwignięciu problemów i może sprawić, że stworzenie właściwej relacji z ciężko chorym przekracza możliwości lekarza.

W pracę lekarza jest wpisane okresowe przedłożenie potrzeb pacjenta nad własne. Większość lekarzy doświadczyło sytuacji, w których sami, będąc w nie najlepszej kondycji zdrowotnej lub mając poważne problemy osobiste, musieli zająć się bardzo drobnymi, czasem, z różnych pobudek, symulowanymi dolegliwościami swoich pacjentów. Lekarzowi, który ma poważne problemy osobiste, często bardzo trudno się od nich odciąć, by dysponować siłami emocjonalnymi potrzebnymi w relacji z chorym.

Brak świadomości lub przekonania o istotności relacji między lekarzem a pacjentem

Potencjalnym źródłem trudności we współpracy z chorym jest brak wiedzy na temat znaczenia relacji między lekarzem a pacjentem, możliwości jej

kształtowania przez lekarza oraz jej potencjału terapeutycznego.

W trakcie edukacji medycznej student uczy się biologicznych aspektów medycyny. Humanistyczne jej aspekty są marginalizowane. Dla większości studentów kierunku lekarskiego i lekarzy podstawowym celem ich studiów i pracy jest pomoc chorym. Jednak brak kompetencji społecznych w tworzeniu właściwej relacji z chorym staje się często dla nich ogromnym utrudnieniem w praktyce lekarskiej. Stres i obciążenie emocjonalne w pracy współczesnego lekarza często wynikają z problemów dotyczących współpracy z chorymi. Kształcenie kompetencji w zakresie kształtowania relacji z nimi jest dużym wsparciem dla lekarzy praktyków.

Bariery związane z pacjentem

Chorobie zwykle towarzyszy poczucie niepewności i strachu. W niektórych sytuacjach osoby, które czują się źle, proszą o pomoc i jednocześnie przyjmują pozycję nadmiernie zależną. Według Mayerscough [Mayerscough, 2001] „ta sytuacja niesie w sobie niebezpieczeństwo nadmiernie paternalistycznej relacji z lekarzem, czego powinien się wystrzegać. Może ona bowiem uniemożliwić lekarzowi dostrzeżenie oczekiwań i niepokojów chorego. Baczna uwaga, jaką poświęca się osobie chorej, może nasilać zależność. Pacjenci wracający do zdrowia po okresie intensywnej terapii czasami gwałtownie reagują na zaprzestanie zabiegów wokół ich osoby. Mogą czuć się zaniedbywani i mieć o to żal”. Zdarza się, że pacjent „tak bardzo pragnie być pomocny, zrealizować oczekiwania lekarza i tak bardzo pragnie przyspieszyć proces leczenia, że nie przyznaje się do żadnych objawów, o które pyta lekarz” [Mayerscough, 2001].

Skrainym przypadkiem narzucania roli chorego sobie lub swojemu dziecku jest zespół Munchausena. Celem zachowania jest wejście w rolę chorego. Zachowanie to często wiąże się ze znacznymi nieprawidłowościami w zakresie związków z innymi ludźmi. Biegunowo odmienne zachowanie natomiast właściwe jest pacjentom, „którzy z trudnością przyjmują rolę chorego. Niektórymi kieruje strach przed ewentualnością inwalidztwa lub śmierci i nie potrafią stawić temu czoła, innymi chęć ochrony najbliższych przed bolesną prawdą o ich chorobie. W tej grupie znajdują się też pacjenci, dla których sprawność fizyczna zawsze była jedną z głównych wartości: fizykoterapeuci, sportowcy, żołnierze. Czę-

sto bardzo trudno jest im pogodzić się z faktem, że nie są zupełnie zdrowi” [Mayerscough, 2001].

W tworzeniu relacji z pacjentem w podeszłym wieku lekarz, według J. Barańskiego, musi być świadomy istnienia wielu barier i umiejętnym postępowaniem usunąć je lub zminimalizować. Jeżeli pacjent ma problemy ze słuchem, lekarz powinien mówić głośniej, twarzą w twarz, pamiętając o tym, że osoby niedosłyszające często czytają z ust. Zalecenia dla pacjenta niedowidzącego muszą być zapisane wyraźnie, dużymi literami. Osobom z zaburzeniami pamięci należy dawać proste, konkretne instrukcje, odwołując się do elementów przypominających. Czynnikiem utrudniającym budowanie relacji z chorym w podeszłym wieku mogą być również: jego społeczna izolacja, niskie poczucie własnej wartości, utrata współmałżonka bądź przyjaciół. Dlatego lekarz powinien okazać szacunek, czyli zaakceptować go jako osobę dojrzałą, z bogatym doświadczeniem życiowym [Barański, 2012].

Innym czynnikiem utrudniającym tworzenie właściwej relacji między lekarzem a pacjentem jest system destrukcyjnych przekonań, np. czytanie w myślach lekarza: „on uważa, że nie potrafię tego zrozumieć”. Kolejnym zaś agresja pacjenta: pacjent określany mianem agresywnego często jest człowiekiem głęboko przerażonym sytuacją zdrowotną – swoją lub częściej członka swojej rodziny. Czasem wynika to z przeżycia sytuacji błędu medycznego lub przekonania o ryzyku błędów medycznych, innym razem znów jest wynikiem wysokiego poziomu lęku o zdrowie. W takiej sytuacji należy zdecydowanie unikać wchodzenia w spór z pacjentem. W większości takich przypadków właściwe strategie komunikacyjne pozwalają na dobrą współpracę. Identyfikacja przeszkód we współpracy lekarza z pacjentem umożliwia ich pokonanie.

Relacja między pacjentem a lekarzem, mimo istnienia barier wymagających świadomej pracy lekarza, ma moc terapeutyczną i jest źródłem największej satysfakcji w praktyce medycznej.

PIŚMIENNICTWO

- Barański J. (2012), *Komunikowanie się z pacjentem w podeszłym wieku*, [w:] A. Steciwko, J. Barański (red.), *Porozumiewanie się z pacjentem i jego rodziną*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, s. 94–103.

- Bujnowska-Fedak B. (2012), *Wybrane sposoby porozumiewania się lekarza z pacjentem*, [w:] A. Steciwko, J. Barański (red.), *Porozumiewanie się z pacjentem i jego rodziną*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław, s. 13–28.
- Freidson E. (1970), *Profession of Medicine*, Dodd, Mead, New York.
- Jankowska A.K. (2011), *Komunikacja lekarz–pacjent w pediatrycznej opiece paliatywnej*, *Onkologia Polska*, 14, 4, s. 182–184.
- Kardas P. (2011), *Prevalence of non-adherence to medication among patients treated for selected chronic conditions*, *Polski Merkuriusz Lekarski*, 31 (184), s. 215–220.
- Mayerscough Ph.R., Ford M. (2001), *Jak rozmawiać z pacjentem*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, s. 19–21.
- Mazur J.M. (2005), *Uwierzyć w człowieka*, [w:] M.J. Siemińska, *Drogi pacjenta drogami lekarza*, Wydawnictwo PAM, Szczecin.
- Parsons T. (1966), *Struktura społeczna a osobowość*, PWE, Warszawa.
- Sabate E. (red.) (2003), *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*, World Health Organization, Geneva, s. 27–30.
- Silverman J. (2010), *Doctors' non verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer*, *Br J Gen Pract*, 1, s. 76–78.
- Timothy E., Quill M.D. (1989), *Recognizing and adjusting to barriers in doctor-patient communication*, *Ann Intern Med*, 111 (1), s. 51–57.