

PODSTAWY TEORETYCZNE BADAŃ

1.

Tło badań

1.1. Koncepcje teoretyczne humanizacji medycyny

Chory przychodzi ze swoim bólem, zgryzotą, cierpieniem, trwogą i woła o pomoc. To wołanie, oczywiście, rzadko jest dosłowne. Ma ono różne formy wyrazu. Może to być potok słów, żeby zażegnać trwogę, albo skamieniałe rysy twarzy, za którymi kryje się nieufność do lekarza. I chory opowiada. Trzeba słuchać, wysłuchać opowieści. Od czasu do czasu pytaniem zapobiec utracie wątku, odstąpić wazki szczegół, uściślić chronologię. Dla opowiadającego – ta historia to rzecz pierwszorzędna. A słuchający niech pamięta, iż jedno z tych opowiadań stanie się jego własnym, któraś z tych chorób dotknie i lekarza. (Szczeklik, 2003, s. 12)

Ponad dwa tysiące lat temu Hipokrates ustanowił podstawowe zasady etyczne, które do tej pory są respektowane. Od czasów Hipokratesa fundamentem praktyki lekarskiej było głębokie zaangażowanie lekarzy w bezinteresowną pomoc dla pacjentów i ich rodzin (Roubille i in., 2021).

Uważa się, że humanizm tworzy uniwersalną strukturę etyczną, która opiera się na takich cnotach, jak: wierność, zaufanie, życzliwość, uczciwość intelektualna, odwaga, humanizm, współczucie i prawdomówność. Te wartości powinny reprezentować standard, według którego zorganizowany jest system ochrony zdrowia.

Utrzymywanie i ciągłe doskonalenie relacji międzyludzkich w medycynie i poza nią to obowiązek lekarzy i personelu medycznego w kontekście podnoszenia poziomu usług zdrowotnych i jakości opieki medycznej. Ideą humanizmu jest uznawanie człowieka za najwyższą wartość, istotą

Humanizacja medycyny to teoria oraz zbiór praktyk mające na celu dostosowanie diagnostyki i leczenia do potrzeb i możliwości człowieka chorego oraz jego środowiska, podkreślające wagę personalizacji procesu leczenia. Opiera się na dowodach naukowych, postępie wiedzy oraz działaniach koncentrujących się na filozofii myślenia o człowieku, z uwzględnieniem poszanowania, godności autonomii i praw pacjenta, przy jednoczesnym wspieraniu potrzeb pracowników ochrony zdrowia. Do właściwej realizacji zadań związanych z humanizacją medycyny niezbędne jest zatem holistyczne postrzeganie roli człowieka w procesie leczenia, wraz z jego uwarunkowaniami psychospołecznymi, kulturowymi, socjalnymi, prawnymi i ekonomicznymi. Zasięgiem zarówno swojej teorii, jak i działań wykracza poza etykę, teorię praw pacjenta i jest pojęciem szerszym niż komunikacja kliniczna i komunikacja medyczna. Jest interdyscyplinarną, autonomiczną dziedziną wiedzy i wieloaspektowym obszarem działań. (Izdebski, 2022, s. 5)

zaś pozostaje zawsze jego dobro, a także poszanowanie godności, praw i autonomii. Owe idee były realizowane przez Polską Akademię Medycyny i Światową Akademię Medycyny im. Alberta Schweitzera, założoną i kierowaną przez Profesora Kazimierza Imielińskiego.

Podstawowe elementy humanizacji i dehumanizacji w odniesieniu do opieki medycznej można przedstawić w ośmiu wymiarach (tabela 1). Nie należy tej klasyfikacji interpretować w kategoriach alternatyw, ponieważ pokazuje ona umiejscowienie na pewnym kontinuum (Todres i in., 2009).

Tabela 1. Ramy koncepcyjne wymiarów humanizacji¹

Formy humanizacji	Formy dehumanizacji
Upodmiotowienie	Uprzedmiotowienie
Sprawczość	Bierność
Niepowtarzalność	Upodobnianie do innych
Wspólne działania	Odizolowanie
Nadanie sensu	Utrata sensu
Uszanowanie doświadczeń osobistych	Oderwanie od osobistych doświadczeń
Kontekst kulturowy	Oderwanie od kontekstu kulturowego
Holistyczne podejście do zdrowia	Biomedyczne podejście do zdrowia

¹ Tabele i ryciny, przy których nie zostało podane źródło, stanowią opracowanie własne autorów.

Humanizacja medycyny ma istotny wpływ na bezpośrednie powodzenie procesu leczenia i komunikację z pacjentem, a jej zadaniem jest budowanie szeroko rozumianej kultury medycznej, w tym umacnianie autorytetu zawodów medycznych oraz rozumienie potrzeb i praw pacjenta.

Takie podejście przyczynia się do:

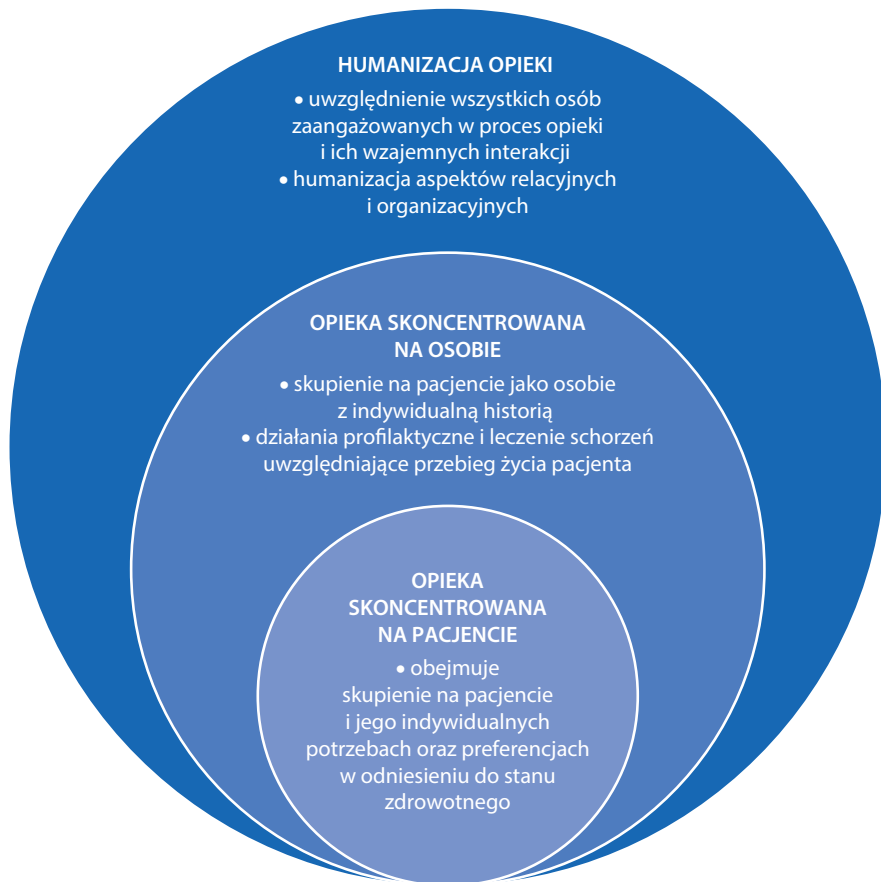
- zrozumienia zdrowotnej sytuacji pacjenta uwzględniającej jego indywidualne potrzeby w kontekście sytuacji rodzinnej, społecznej i ekonomicznej, w jakiej się znajduje, z poszanowaniem jego autonomii i praw;
- zbudowania wzajemnego zaufania i zaangażowania obu stron w proces terapii i właściwej komunikacji w zespole terapeutycznym;
- poprawy komunikacji w relacjach: pacjent – personel oraz personel – personel;
- uzyskania ścisłej współpracy pacjenta z personelem medycznym skutkującej przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych i współodpowiedzialnością za proces powrotu do zdrowia;
- podnoszenia świadomości pacjentów poprzez przekazywanie informacji o nowych możliwościach diagnostyki i terapii.

Co więcej, Busch i in. (2019) wyróżnili – przydatne dla decydentów – podstawowe założenia humanizacji medycyny:

- Poszanowanie godności, wyjątkowości, indywidualności i człowieczeństwa pacjenta, jak również odpowiednie warunki pracy oraz wystarczające zasoby ludzkie i materialne są najczęściej omawianymi kluczowymi elementami humanizacji opieki zgodnie z różnymi badanymi obszarami (tj. odpowiednio: relacyjnym, organizacyjnym i strukturalnym).
- Oczekuje się, że zidentyfikowane główne elementy pomogą pacjentom, opiekunom, świadczeniodawcom i instytucjom we wdrażaniu humanizacji opieki.
- Uzasadnione są przyszłe badania w pełni analizujące strategie wdrażania humanizowanej opieki i ilościowo sprawdzające ich skuteczność.

Humanizacja uwzględnia nie tylko pacjenta, lecz także system zaangażowany w proces opieki (tj. pacjentów, opiekunów pacjentów, świadczeniodawców opieki zdrowotnej, decydentów) oraz ich wzajemne interakcje (rycina 1). Podejście takie ma na celu humanizację całego systemu

opieki zdrowotnej poprzez skupienie się na relacyjnych, jak również organizacyjnych i strukturalnych aspektach opieki zdrowotnej, obejmujących wszystkie zadania i procedury medyczne.



Rycina 1. Rozwój humanizacji medycyny

Źródło: na podstawie: Busch i in., 2019.

1.2. Modele teoretyczne relacji lekarz – pacjent w opiece zdrowotnej

W socjologii medycyny do wyjaśnienia relacji lekarz – pacjent najczęściej stosuje się teorię ról społecznych Talcotta Parsonsa oraz teorię konfliktu Eliota Freidsona. Obie te koncepcje łączy asymetria w relacji lekarz – pacjent. Lekarz odgrywa rolę autorytarną i dominującą, a pacjent – bierną. Komunikacja zazwyczaj odbywa się jednokierunkowo. Decyzje dotyczące leczenia podejmowane są przez lekarza, który skupia się wyłącznie na biologicznym wymiarze choroby, pomijając potrzeby i emocje pacjenta. Z po-

wyższego wyniku, że relacja lekarz – pacjent jest dynamiczna. Konflikt może być wynikiem kwestionowania przez pacjenta wiedzy i umiejętności lekarza, jak również przedmiotowego traktowania pacjentów przez lekarzy. Modele relacji lekarz – pacjent zostały zaprezentowane w tabeli 2 (Chmielewska-Ignatowicz, 2017).

Tabela 2. Modele relacji lekarz – pacjent według Szasza i Hollendra (1965)

	Model aktywność –bierność	Model kierownictwo –współpraca	Model obustronne uczestnictwo
Rola lekarza	Aktywna – decydująca	Aktywna – dominująca Lekarz ma niezbędne wiedzę i umiejętności do przeprowadzenia procesu leczenia	Aktywna – partnerska Lekarz jest osobą mającą obiektywną i szczegółową wiedzę na temat sposobów leczenia, stawiania diagnozy na temat rokowań, projektowania procesu leczenia
Rola pacjenta	Bierna Pacjent to odbiorca zaleceń lekarskich	Aktywna – ograniczona Pacjent podporządkowuje się zaleceniom lekarza, ponieważ nie ma wystarczającej wiedzy, aby móc wziąć odpowiedzialność za proces leczenia	Aktywna – partnerska Pacjent ma subiektywną wiedzę na temat swojego zachowania, samopoczucia
Zastosowanie	Sytuacje zagrażające życiu, ograniczona świadomość chorego	Choroby ostre, trwające krótko i zazwyczaj ulegające samoczynnemu ustąpieniu	Choroby przewlekłe, w których schorzenia są długotrwałe i wymagają reorganizacji różnych aspektów życia

Pokrewne do idei humanizacji w medycynie są podejścia do opieki medycznej, w których docenia się centralne miejsce pacjenta, znane jako PCO (*Patient-Centered Outcomes*) lub PCC (*Patient-Centered Care*). Jednakże wart podkreślenia pozostaje fakt, że aby wspierać opiekę skoncentrowaną na pacjencie, pracownicy opieki zdrowotnej muszą zidentyfikować bariery i czynniki ułatwiające zarówno opiekę skoncentrowaną na pacjencie, jak i komunikację, biorąc pod uwagę ich wzajemne powiązania w interakcjach klinicznych (Kwame i Petrucka, 2021). Podjęto próby opracowania modeli konceptualnych, które zawierają podstawowe obszary analiz (Hudon i in., 2011). Przykładem może być model zawierający cztery wymiary. Są to: (1) choroba

i doświadczanie choroby przez pacjenta; (2) cała osoba pacjenta (perspektywa biopsychospołeczna), (3) wspólna płaszczyzna (dzielenie się uprawnieniami i odpowiedzialnością) oraz (4) relacja pacjent – lekarz (też w wymiarze przymierza terapeutycznego). Z kolei w modelu dostosowanym do pacjentów pediatrycznych zwraca się uwagę na takie obszary, jak: szacunek i godność, dzielenie się informacjami, uczestnictwo, partnerstwo i współpraca, negocjowanie. Autorzy publikacji przedstawiających modele humanizacji w medycynie podkreślają, że faza konceptualizacji powinna poprzedzać tworzenie narzędzi (Tripodi i in., 2017). Instytut Medycyny (Institute of Medicine [IOM], 2001) w Stanach Zjednoczonych zauważa zaś, że zapewnienie opieki skoncentrowanej na pacjencie oznacza poszanowanie i reagowanie na potrzeby, preferencje i wartości indywidualnego pacjenta w zakresie opieki we wszystkich decyzjach klinicznych. Jak podkreśla Ostrowska (2020), z definicji roli lekarza i pacjenta wynika asymetria i przewaga tego pierwszego nad drugim, ponadto pacjent reprezentuje sam siebie, podczas gdy za lekarzem stoi prestiż wiedzy medycznej i instytucji leczącej. Powyższe refleksje stają się istotnym punktem wyjścia do rozważań w obszarze relacji między personelem medycznym i pacjentem.

2.

Relacja personel medyczny – pacjent

2.1. Przemiany w obszarze relacji lekarz – pacjent

Od wielu lat w zawodzie lekarza uznaje się znaczenie umiejętności komunikacyjnych i relacyjnych jako elementu kompetencji zawodowych. Umiejętności te są zakorzenione w wielowymiarowej, biopsychospołecznej koncepcji zdrowia, zgodnie z założeniami Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization [WHO], 1948).

Związek lekarza z pacjentem ulegał transformacji na przestrzeni lat. Niegdyś relacja ta występowała głównie między pacjentem szukającym pomocy a lekarzem, którego decyzje były wykonywane przez pacjenta. W tym paternalistycznym modelu relacji lekarz – pacjent lekarz wykorzystuje swoje umiejętności, aby wybrać niezbędne interwencje i zabiegi, które najprawdopodobniej przywrócą pacjentowi zdrowie lub złagodzą jego ból. Wszelkie informacje przekazywane pacjentowi mają na celu zachęcenie go do wyrażenia zgody na decyzje lekarza. Ten opis asymetrycznej lub nie zrównoważonej interakcji między lekarzem a pacjentem został

zakwestionowany w ciągu ostatnich lat. Krytycy zaproponowali bardziej aktywne, autonomiczne, a tym samym skoncentrowane na pacjencie podejście, które opowiada się za większym wzajemnym uczestnictwem. To podejście skoncentrowane na pacjencie, w którym „lekarz próbuje wejść w świat pacjenta, spojrzeć na chorobę oczami pacjenta”, stało się dominującym modelem w dzisiejszej praktyce klinicznej (Kaba i Sooriakumaran, 2007).

2.2. Znaczenie relacji w instytucjach ochrony zdrowia

W instytucjach opieki zdrowotnej zaufanie i komunikacja są rozumiane jako „narzędzia” służące uzyskaniu lepszej opieki nad pacjentem i jego satysfakcji. Istnieje bowiem konieczność posiadania pewnego stopnia zaufania, aby zbudować relację, w której szczerza komunikacja może się rozwijać. Jakość interakcji z pacjentami jest pozytywnie związana z zaufaniem i satysfakcją pacjenta, które są bezpośrednimi lub pośrednimi miernikami jakości usług opieki zdrowotnej (Anhang Price i in., 2014; Birkhäuser i in., 2017; Isaac i in., 2010; Jha i in., 2008; Tsai i in., 2015).

Wykazano, że zaufanie ma pozytywny wpływ na funkcjonowanie pacjentów w takich obszarach, jak: stosowanie zleconych leków, postrzegana satysfakcja i wyższy wskaźnik kontynuacji leczenia (Baker i in., 2003; Hall i in., 2001; Zolnierek i DiMatteo, 2009). Pacjenci z większym zaufaniem do lekarza mają zazwyczaj bardziej korzystne zachowania zdrowotne, mniej objawów i są bardziej zadowoleni z leczenia. Pracownicy instytucji ochrony zdrowia muszą przekonywać swoich pacjentów do dzielenia się informacjami, poddawania się badaniom i przyjmowania substancji chemicznych w postaci leków, a zaufanie odgrywa niewątpliwie istotną rolę, aby wszystkie te działania przebiegały z mniejszym natężeniem stresu i obaw. Zaufanie jest czymś, co należy budować i zdobywać, a posiadanie dobrych umiejętności komunikacyjnych pomaga w budowaniu tego zaufania między lekarzem a pacjentem.

Co więcej, zdolność lekarzy do komunikowania się z pacjentami poprzez wyrażanie akceptacji, empatii i wsparcia (Epstein i Street, 2007) wydaje się przyczyniać do lepszej relacji lekarz – pacjent i większej satysfakcji z konsultacji (Pollak i in., 2010). Ponadto postrzegana przez pacjentów empatia pozytywnie wpływa na ich dobrostan psychiczny: gdy lekarze empatycznie uznają uczucia pacjentów i zachęcają ich do dążenia do celu leczenia, pacjenci wykazują zmniejszenie objawów lękowych i zwiększone zaufanie do zaleceń lekarzy (Zwingmann i in., 2017).

Warto ponadto zwrócić uwagę na fakt, że relacja między personelem medycznym a pacjentem może być gorzej oceniana ze względu na brak

kanałów rozpatrywania skarg i egzekwowalnego systemu praw pacjentów, nieporozumienia czy nierealistycznie wysokie oczekiwania pacjentów co do efektów leczenia. Ignorowanie relacji z pacjentem może spowodować znaczne obciążenie zarówno świadczeniodawców, jak i świadczeniobiorców, prowadząc do nierozwiązanych problemów i napięć, a także problemów etycznych (Borovečki i in., 2005).

Zaufanie między lekarzem a pacjentem – oprócz zdolności do budowania trwałych relacji, modelowania zachowań obu partnerów – ma także wartość terapeutyczną. Krot i Rudawska (2013) stwierdzają, że zaufanie do lekarza jest efektem przenikania się i nakładania się na siebie dwóch poziomów: zaufania w skali makro i w skali mezo. Zaufanie w skali makro można traktować jako kontekst, w którym „zagnieżdżone” są wymiary zaufania instytucjonalnego. Natomiast zaufanie w skali mezo (instytucjonalne) jest postrzegane przez pryzmat trzech wymiarów: życzliwości, kompetencji i rzetelności (Krot i Rudawska, 2013).

Istotny pozostaje fakt, że relacja lekarz – pacjent często opiera się na ugruntowanym scenariuszu, nie uwzględniając sytuacji życiowej pacjenta, a wskaźniki realizacji usług i poziom zaawansowania technicznego stanowią niejednokrotnie czynniki ważniejsze niż to, kim jest pacjent.

W tabeli 3 zostały przedstawione zalecenia dotyczące optymalizacji relacji pacjent – świadczeniodawca, stanowiące istotny wkład w rozważania dotyczące budowania relacji.

Tradycyjny model pacjenta ukazuje go jako ciało, które biernie poddane jest siłom wewnętrznym i zewnętrznym, a według koncepcji humanizacji pacjent powinien być upodmiotowiony. Dlatego ważne jest – jako jeden ze sposobów zapewnienia społeczeństwu lepszych i optymalnych usług zdrowotnych – aby świadczeniodawcy rozumieli i zdawali sobie sprawę z wagi zaufania i komunikacji w ich relacjach z pacjentami (Chandra i in., 2018).

Należy ponadto podkreślić, że praktyka lekarska i jej ucieleśnienie w klinicznym spotkaniu pacjenta z lekarzem jest zasadniczo działalnością moralną, która wynika z imperatywu opieki nad pacjentami i łagodzenia cierpienia. Relacja między pacjentem a pracownikami ochrony zdrowia opiera się na zaufaniu, które rodzi etyczną odpowiedzialność personelu za stawianie dobra pacjenta ponad własnym interesem oraz za działanie na rzecz jego dobra.

Tabela 3. Wskazania dotyczące optymalizacji relacji pacjent – świadczeniodawca

Wskazanie	Przykłady
Aktywne słuchanie	Słuchaj bez przerywania, skup się na tym, co zostało powiedziane, i konstruuj pytania na podstawie tego, co usłyszałeś.
Zrozumienie celu pacjenta	Kilka pytań może pomóc w ustaleniu celu działania pacjenta: <ul style="list-style-type: none"> • Co Pana/Panią tu dzisiaj sprowadziło? • Jak Pan/Pani myśli, co Panu/Pani dolega? • Jakie ma Pan/Pani zmartwienia lub obawy? • Co według Pana/Pani mogą dla Pana/Pani zrobić?
Empatia	Empatia wiąże się z dostrzeżeniem perspektywy pacjenta, brakiem osądu, zrozumieniem uczuć pacjenta i przekazaniem tego zrozumienia. Empatyczna wypowiedź to: „Rozumiem, jak trudno jest radzić sobie z bólem, który Pana/Panią dotyka”.
Walidowanie	Walidacja oznacza, że rozumiesz perspektywę pacjenta, ale niekoniecznie musisz się z nią zgadzać. Walidujące stwierdzenie brzmiałoby: „Widzę, że jest Pan/Pani sfrustrowany/a, kiedy ludzie mówią, że jest to spowodowane stresem, a Pan/Pani wie, że jest to prawdziwe”.
Ustalenie realistycznych celów	Przewlekła choroba oznacza zarządzanie objawami, a nie wyleczenie: „Rozumiem, jak bardzo Pan/Pani chce, aby te objawy ustąpiły. Jeśli możemy zmniejszyć objawy o 30% w ciągu najbliższych kilku miesięcy, czy to by pomogło?”.
Edukowanie	Edukacja jest procesem niezwykle istotnym i składa się na nią: <ul style="list-style-type: none"> • ustalenie, co pacjent rozumie, • zajęcie się wszelkimi nieporozumieniami, • oferowanie informacji zgodnych z układem odniesienia pacjenta, • sprawdzenie zrozumienia przez pacjenta.
Zapewnienie	Zapewnienie jest udzielane na podstawie dostępnych danych i nie przedwcześnie. Obejmuje to identyfikację obaw pacjenta, ich potwierdzenie i odpowiedź na konkretne obawy.
Negocjowanie	Opieka skoncentrowana na pacjencie to partnerstwo. Lekarz oferuje możliwości wyboru, a pacjent dokonuje wyboru. Na przykład, lekarz może zaproponować leczenie ‘A’ i ‘B’, wskazując możliwe korzyści i działania niepożądane.
Zachęcanie pacjenta do odpowiedzialności	W przypadku chorób przewlekłych wyniki kliniczne są lepsze, gdy pacjent bierze odpowiedzialność za opiekę.
„Bądź”	Nie zawsze można przewidzieć, co pojawi się podczas wizyty klinicznej; zapewnienie wsparcia i empatycznego słuchania jest niezbędne.

Źródło: na podstawie: Drossman i in., 2021; Drossman i Ruddy, 2021.

3.

Komunikacja kliniczna

3.1. Komunikacja w praktyce klinicznej

Skuteczna komunikacja między lekarzem a pacjentem ma pozytywny wpływ nie tylko na wyniki kliniczne, lecz także na doświadczenie pacjentów związane z opieką. Zrozumienie znaczenia własnych umiejętności komunikacyjnych w relacjach z pacjentem i jego rodziną może pomóc w doskonaleniu umiejętności klinicysty, a w efekcie zwiększyć satysfakcję zarówno pacjenta, jak i lekarza. Warto zaznaczyć, że istnieje istotna korelacja między satysfakcją pacjentów a umiejętnościami komunikacyjnymi lekarzy (poświęcenie odpowiedniego czasu na wizytę pacjenta, wyjaśnienie diagnozy i procedur leczenia). Ponadto umiejętności terapeutyczne lekarzy, ich przyjazne usposobienie, szacunek dla uczuć pacjentów oraz uważne słuchanie wykazały istotną korelację z satysfakcją pacjenta (Eveleigh i in., 2012).

Ze względu na to, że koncepcje relacji lekarz – pacjent i konsultacje skoncentrowane na pacjencie mają wiele aspektów, ich zrozumienie i nauczanie są trudne. W takich sytuacjach przydatnym narzędziem może być metafora. Można powiedzieć, że „dobra” relacja lekarz – pacjent to proces, w którym tworzy się „sojusz”, w ramach którego lekarz dostosowuje się do rytmu pacjenta i stopniowo może pomóc mu przejść do zdrowszych scenariuszy. Mieć z pacjentem „dobrą” relację to znaczy wykryć, „jaki taniec pacjent tańczy i jak dobry tancerz zrobić krok do tyłu, kolejny do przodu, tańcząc i chodząc razem z pacjentem”. Ale nie ma jednego rodzaju „dobrej” lub „adekwatnej” relacji lekarz – pacjent; nie ma „jednego tańca, który tańczy pacjent” (Turabian, 2018).

Wspólne podejmowanie decyzji nie zawsze stanowi normę w opiece szpitalnej. Chociaż lekarze wyjaśniają plany leczenia, wielu hospitalizowanych pacjentów nie rozumie ich na tyle, by podejmować autonomiczne decyzje. W badaniu Bergera i in. (2017) wszyscy lekarze wyjaśniali pacjentom plan opieki, a większość wierzyła, że pacjent ich zrozumiał. Jednakże dla wielu pacjentów kwestia ta w dalszym ciągu pozostawała niezrozumiała. Co więcej, lekarze rzadko pytali pacjenta o opinię. Warto zaznaczyć, że poprawa komunikacji szpitalnej może sprzyjać autonomii pacjenta.

Należy podkreślić, że w relacjach pomiędzy personelem medycznym a pacjentami często występuje rozbieżność między tym, co pracownicy