

# Modele komunikacyjne relacji lekarz – pacjent – rodzina

Mirosław J. Jarosz<sup>1,2</sup>, Zofia Kawczyńska-Butrym<sup>3</sup>, Anna Włoszczak-Szubzda<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Zakład Informatyki i Statystyki Zdrowia, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

<sup>2</sup> Wydział Pedagogiki i Psychologii, Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie

<sup>3</sup> Zakład Socjologii Ogólnej, Wydział Filozofii i Socjologii, Instytut Socjologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Jarosz M J, Kawczyńska-Butrym Z, Włoszczak-Szubzda A. Modele komunikacyjne relacji lekarz – pacjent – rodzina. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(3): 212-218.

## Streszczenie

**Cel:** Celem pracy jest prezentacja różnych modeli relacji lekarz -pacjent-rodzina, kształtujących się pod wpływem regulacji prawnych i organizacyjnych, z wyeksponowaniem rodziny jako rzeczywistego podmiotu opieki medycznej i ochrony zdrowia.

**Materiał i metoda:** Zastosowanymi metodami badawczymi były: analiza dokumentów i krytyczna analiza treści publikacji. Analizą dokumentów objęto akty prawne dotyczące organizacji i funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w Polsce, a krytyczna analiza treści dotyczyła wybranych publikacji omawiających funkcjonowanie pacjenta i rodziny w sytuacji choroby i niepełnosprawności, kompetencje lekarza rodzinnego, organizację i finansowanie opieki medycznej.

**Wnioski:** Omówiono cztery modele relacji lekarz-pacjent-rodzina, począwszy od modelu całkowicie pomijającego współpracę z rodziną, aż do modelu partnerskiego. Analiza zadań i kompetencji lekarza rodzinnego sytuuje medycynę rodzinną (zadaniowość wynika przede wszystkim z kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia) pomiędzy drugim a trzecim modelem relacji lekarz-pacjent-rodzina, czyli niejako „w połowie drogi” do modelu partnerskiego. Holistyczny model medycyny oraz systemowe podejście do opieki medycznej wymagają nowego kształcenia lekarzy i pielęgniarek oraz nowej wizji ich roli. Lekarz i pielęgniarka powinni być głównymi doradcami, konsultantami i profesjonalnymi przewodnikami rodziny, partnerami w tradycyjnie pełnionych w rodzinie zadaniach dotyczących zdrowia. Natomiast w incydentach związanych z nagłą, ostrą chorobą, zagrożeniem zdrowia i życia pozostaną niekwestionowanymi ekspertami od leczenia, przywracania i „naprawiania” zdrowia (medycyna naprawcza).

## Słowa kluczowe

lekarz rodzinny, pacjent, rodzina, komunikacja, organizacja i finansowanie opieki medycznej

## WPROWADZENIE

We współczesnej medycynie wciąż dominuje punkt widzenia, zgodnie z którym, tak choroba, jak i zdrowie są domeną medycyny. Właściwie, mimo licznych definicji zdrowia, wśród akademików medycyny przeważa przekonanie, że zdrowie to brak choroby lub niezdiagnozowana choroba. Dla przeciwwagi wyrasta nurt nauk okołomedycznych, nauk o zdrowiu, który jednoznacznie pokazuje, poprzez badania naukowe i budowane zręby teoretyczne, że leczenie chorób nie jest tworzeniem zdrowia. Diagnozowanie zdrowia i profilaktyka zdrowotna wymagają innych działań niż proponuje medycyna naprawcza. Oczywiście granice między medycyną a naukami o zdrowiu, czyli przedmiotami ich zainteresowania – chorobą i zdrowiem, są nieostre. Między zdrowiem i chorobą istnieją relacje wzajemnego przenikania się i wpływów, ale zanim będą mogły powstawać holistyczne ujęcia tych zagadnień, potrzebny jest wyraźny podział kompetencji – medycyna zajmuje się chorobą, a nauki o zdrowiu zdrowiem [1].

Jednym z zagadnień teoretycznych i badawczych, rozwijanych w naukach o zdrowiu, jest rola rodziny jako podmiotu działań na rzecz jej zdrowia. Według nich rodzina spełnia

75% czynności w zakresie zdrowia rodziny, podstawowa opieka zdrowotna stanowi 20%, a specjalistyczna 5% [2]. Wpływ rodziny na zdrowie rozpatrywany jest co najmniej w trzech wymiarach:

1. Jak rodzina wpływa na zdrowie jej poszczególnych członków?
2. Jak rodzina reaguje w sytuacji choroby któregoś z jej członków (w ogóle lub z podziałem na pełnione w rodzinie role)?
3. Jak choroba któregoś z jej członków (w ogóle lub z podziałem na pełnione w rodzinie role) wpływa na funkcjonowanie rodziny? [3]

Rodzina wpływa na zdrowie także w określonych obszarach, normatywnych, edukacyjnych, socjalizacyjnych itp., w szczególności poprzez:

- uznawanie zdrowia jako wartości,
- kształtowanie postaw prozdrowotnych, w tym –
  - prezentowanie wzorców zachowań prozdrowotnych,
  - czynną realizację tych wzorców,
  - edukację członków rodziny w zakresie zdrowia i choroby.

Wpływ na zdrowie rodziny ma także jej struktura, pełnione role i układy między pozycjami jej poszczególnych członków. Wpływ ten ma także dziedzictwo społeczne rodziców [2].

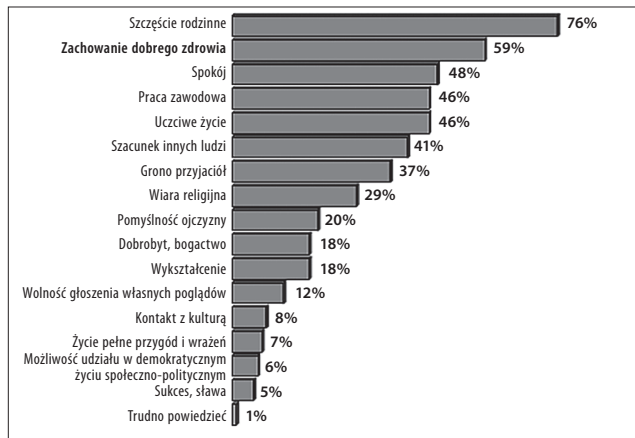
Skuteczność wymienionych działań lub oddziaływań nie jest jednak wyłącznie zależna od motywacji członków rodziny. Na przeszkodzie mogą stać warunki materialne [4].

Adres do korespondencji: Anna Włoszczak-Szubzda, Zakład Informatyki i Statystyki Zdrowia, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie, ul. Jaczewskiego 2, 20-090 Lublin.  
E-mail: a-wlos@tlen.pl

Nadesłano: 30 stycznia 2012; zaakceptowano do druku: 3 września 2012



W badaniach CBOS z 2007 roku, respondenci deklarują, że zachowanie dobrego zdrowia jest najważniejszą wartością życia codziennego (59%), wyżej cenione jest tylko szczęście rodzinne (76%) (Ryc. 1) [5].



Rycina 1. Lista wartości w życiu człowieka. Źródło: Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce. Komunikat z badań CBOS; Warszawa 2007

Tak wyznaczona hierarchia podkreśla wagę rodziny w promocji zdrowia, jak również w relacjach ze służbą zdrowia. Zdrowie jest bardzo ważną wartością, jeśli jednak stanie na przeszkodzie szczęściu rodzinnemu, zostanie odrzucone jako mniej istotne, podobnie jak choroba, w dążeniu do homeostazy rodziny [2].

Pod wpływem rodziny podejmowane są decyzje o przyjęciu roli pacjenta lub szukaniu innych sposobów rozwiązania problemu chorobowego. Jeśli członek rodziny zostanie przez nią zakwalifikowany jako chory, to regularność wizyt u lekarza będzie duża (51%) i uznawana za działanie na rzecz poprawy stanu zdrowia. Jeśli zostanie uznany za zdrowego, a w modelu rodziny regularne wizyty u lekarza nie są traktowane jako zdrowotne działania profilaktyczne, to liczba takich wizyt drastycznie spadnie (23%) (Ryc. 2) [5].



Rycina 2. Działania przyczyniające się w znacznym stopniu do utrzymania i poprawy zdrowia. Źródło: Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce. Komunikat z badań CBOS; Warszawa 2007

Wsparcia osobie chorej udzielają przede wszystkim członkowie rodziny [6]. Rodzina może również zaniechać wsparcia, ze skutkiem negatywnym dla diagnozy i terapii lekarskiej. Dlatego, dostrzegając wagę znaczenia rodziny w relacji lekarza z pacjentem, a przede wszystkim lekarza rodzinnego,

proponujemy powrót do dyskusji i rozważań (tego typu zestawienia czynili już inni autorzy [7, 8, 9]) oraz praktycznego przełożenia właściwych modeli relacji z pacjentem i jego rodziną, prezentujemy też poniższe modele komunikacyjne.

## CEL PRACY

Celem pracy jest prezentacja różnych modeli relacji lekarz – pacjent – rodzina, kształtujących się pod wpływem regulacji prawnych i organizacyjnych, z wyeksponowaniem rodziny jako rzeczywistego podmiotu opieki medycznej i ochrony zdrowia

## MATERIAŁ I METODA

Zastosowanymi metodami badawczymi były: analiza dokumentów i krytyczna analiza treści publikacji. W szczególności uwzględniono wpływ podmiotów prawnych odpowiedzialnych za zdrowie grup społecznych, eksponując rodzinę jako rzeczywisty podmiot opieki medycznej i ochrony zdrowia. Analizą dokumentów objęto akty prawne dotyczące organizacji i funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w Polsce, a krytyczna analiza treści dotyczyła wybranych publikacji poświęconych funkcjonowaniu pacjenta i rodziny w sytuacji choroby i niepełnosprawności, organizacji i finansowaniu opieki medycznej oraz kształceniu i kompetencjom lekarza rodzinnego.

## WYNIKI

### Organizacja i finansowanie POZ w Polsce

W obowiązuującym w Polsce systemie „świadczenioborca” ma prawo do wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) na podstawie art. 56 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. 2004. 210.2135).

Świadczenioborca dokonuje wyboru spośród lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, czyli takich, którzy: posiadają umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia lub pracują w placówce, z którą Fundusz podpisał umowę (kontrakt).

Świadczenioborca dokonuje wyboru lekarza POZ, składając tzw. „deklarację wyboru” w rejestracji zakładu opieki zdrowotnej lub bezpośrednio u lekarza (jeśli jest to „gabinet prywatny”, który posiada kontrakt z NFZ)<sup>1</sup>.

Zgodnie z art. 5 pkt. 13 *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. 2004. 210.2135) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej to lekarz posiadający tytuł specjalisty lub odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej albo posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, z którym Fundusz zawarł umowę albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wybrany przez świadczenioborcę planuje i realizuje kompleksową

1. Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych VADEMECUM 2012. NFZ Centrala, Warszawa 2012. [www.nfz.gov.pl].

opiekę lekarską nad osobą objętą opieką medyczną, rodziną i społecznością w środowisku zamieszkania, w warunkach ambulatoryjnych i domowych.

### Obowiązki lekarzy POZ

Lekarz pierwszego kontaktu, realizujący zadania z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ma obowiązki zarówno wobec ubezpieczonych, jak i Narodowego Funduszu Zdrowia. Obowiązki te wynikają z:

- a) *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. 2004.210.2135);
- b) *Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry* (Dz.U. 1997.28.152);
- c) *Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej* (Dz.U. 1991.91.408);
- d) umów zawartych na udzielanie świadczeń zdrowotnych pomiędzy nim jako świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia.

Do podstawowych obowiązków lekarza wobec ubezpieczonego, który wybrał go jako lekarza pierwszego kontaktu, należą:

- a) zapewnienie dostępności świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
- b) podejmowanie wszelkich działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia pacjenta,
- c) zapewnienie właściwej jakości świadczeń,
- d) udzielanie świadczeń zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej i najnowszą wiedzą medyczną,
- e) prowadzenia dokumentacji medycznej.

Do obowiązków lekarza POZ wobec Narodowego Funduszu Zdrowia należy: wykonywanie umowy zgodnie z jej postanowieniami, poddawanie się kontroli, prowadzenie dokumentacji na potrzeby realizacji ubezpieczenia zdrowotnego i udostępnianie jej Funduszowi [10, 13].

### Kompetencje lekarzy POZ

Kompetencje lekarza POZ w Polsce zostały formalnie zdefiniowane w art. 5 pkt. 13 *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. 2004.210.2135) oraz w *Zarządzeniu Nr 24/2004 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 października 2004 roku w sprawie przyjęcia „Informacji o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna”*.

Zgodnie z nimi, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej planuje i realizuje kompleksową opiekę lekarską nad osobą objętą opieką medyczną, rodziną i społecznością w środowisku zamieszkania, w warunkach ambulatoryjnych i domowych w pięciu wyodrębnionych zakresach działań mających na celu:

1. utrzymanie zdrowia,
2. profilaktykę chorób,
3. rozpoznanie chorób,
4. leczenie chorób,
5. usprawnianie pacjenta.

Na uwagę zasługuje, że w zakresie pierwszym, mającym na celu utrzymanie zdrowia, lekarz POZ „prowadzi edukację zdrowotną pacjenta i członków jego rodziny, inicjuje działania na rzecz zachowania zdrowia w społeczności lokalnej”,

a w zakresie trzecim – rozpoznawanie chorób – przeprowadza badanie podmiotowe pacjenta zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej, z uwzględnieniem budowanej na przestrzeni czasu wiedzy o środowiskowym i rodzinnym kontekście problemów pacjenta.

Organizacja i zasady kontraktowania podstawowej opieki zdrowotnej, jak również zakresu kompetencji, są zasadniczo zgodne ze stanowiskiem Kolegium Lekarzy Rodzinnych (KLRwP) w Polsce ogłoszonym w maju 2003 roku<sup>2</sup>. W stanowisku tym KLRwP stwierdza także, że lekarz podstawowej opieki zdrowotnej udziela pacjentowi wsparcia, doradza mu i informuje go o możliwym postępowaniu, a w razie potrzeby przejmuje na siebie, za jego zgodą, rolę rzecznika interesów pacjenta w systemie ochrony zdrowia.

Należy mieć na uwadze, że pojęcie „rodziny” jest zdefiniowane w art. 5 pkt. 3 *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz.U. 2004.210.2135). Zgodnie z nim członkami rodziny są jedynie następujące osoby:

- a) małżonek;
- b) dziecko (własne lub małżonka, dziecko przysposobione, wnuk/wnuczka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku),
- c) wstępni pozostający z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

### Kształcenie lekarzy POZ

Jak wynika z przytoczonych wyżej formalnych wymagań dotyczących kwalifikacji lekarzy POZ, muszą oni posiadać tytuł specjalisty lub odbyć szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej albo posiadać specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej. Specjalizacja II stopnia z medycyny ogólnej, w zgodzie z art. 31 i art. 41 *Dyrektywy Rady 93/16/EWG*, została w Polsce uznana za równorzędną ze specjalizacją z medycyny rodzinnej na mocy *Zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 lutego 1983 r. w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystrów, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w służbie zdrowia i opiece społecznej* (Dz.Ur. MZiOS 1983.3.19) oraz zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1994 r. zmieniającego przywołane wcześniej (Dz. Ur. MZiOS 1994.11. 23).

Po 31 grudnia 2004 roku lekarze po stażu podyplomowym mogą się specjalizować w zakresie medycyny rodzinnej na podstawie tzw. program podstawowego dla lekarzy bez żadnej specjalizacji<sup>3</sup>.

W programie tym cel edukacyjny zdefiniowano następująco: *Celem kształcenia specjalizacyjnego jest przygotowanie kompetentnych lekarzy rodzinnych. Zdolnych zapewnić podstawową, ciągłą i całościową opiekę medyczną zarówno poszczególnym osobom, rodzinom, jak i danej społeczności lokalnej.*

2. Organizacja i zasady kontraktowania podstawowej opieki zdrowotnej. Stanowisko Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2003, ISBN: 83-916649-6-1 [www.klrwp.pl/file/kontrakt.pdf] [2012.06.08].

3. Program specjalizacji w medycynie rodzinnej. Program podstawowy dla lekarzy po stażu podyplomowym (bez żadnej specjalizacji). CMKP, Warszawa 2005. [www.cmkp.edu.pl/programy] [2012.06.08].





Zgodnie z tym programem, po ukończeniu kształcenia specjalizacyjnego lekarz rodzinny powinien posiadać szczególne kwalifikacje w zakresie:

1. zarządzania praktyką lekarską, a w szczególności:
  - a) zdrowiem i chorobą,
  - b) zarządzania kontaktem z pacjentem,
  - c) współpracy z innymi lekarzami rodzinnymi, koordynowania współpracy z personelem praktyki oraz ze specjalistami innych dziedzin, prowadzącej do efektywnej i odpowiedniej opieki medycznej wspierającej pacjentów,
  - d) tworzenia i wdrażania programów poprawy jakości opieki nad pacjentem;
2. podmiotowego podejścia do pacjenta – podejścia skoncentrowanego na osobie, a w szczególności zapewnienia ciągłości opieki medycznej determinowanej potrzebami pacjenta;
3. rozwiązywania specyficznych problemów. tj.:
  - a) stosowania określonego procesu podejmowania decyzji, determinowanego powszechnością choroby w populacji bądź jej indywidualnym charakterem,
  - b) stworzenia warunków, które umożliwiają szybkie i nieskomplikowane rozwiązanie oraz nagłą interwencję, jeżeli to konieczne,
  - c) prowadzenia ostrych i przewlekłych problemów zdrowotnych pacjenta;
4. promowania zdrowia i wprowadzania programów promocyjnych oraz określonych strategii prewencyjnych;
5. prowadzenia ochrony zdrowia w określonej społeczności, a w szczególności kojarzeniu potrzeb zdrowotnych poszczególnych pacjentów z potrzebami zdrowotnymi populacji objętej opieką lekarza rodzinnego, z uwzględnieniem dostępnych środków;
6. holistycznego podejścia do pacjenta, obejmującego obszar bio-psycho-społeczny, wymiar kulturowy, egzystencjalny i duchowy;
7. świadomego korzystania z osiągnięć medycyny opartej na dowodach, krytycznej oceny literatury oraz prowadzenia badań naukowych we własnej praktyce.

Ponadto omawiany program kształcenia zakłada, że lekarz specjalizujący się będzie rozwijał pożądane cechy osobowości takie jak:

1. kierowanie się w swoich działaniach nadrzędną zasadą dobra chorego;
2. respektowanie społecznie akceptowanego systemu wartości;
3. umiejętność podejmowania decyzji oraz odpowiedzialność za postępowanie swoje i podległych pracowników;
4. umiejętność właściwej organizacji pracy własnej i współpracowników;
5. umiejętność stworzenia dobrych relacji z pacjentem i jego rodziną, a zwłaszcza właściwej komunikacji i sposobu informowania o postępowaniu lekarskim.

Treści kształcenia dotyczące kompetencji komunikacyjnych lekarza zawarto w kursie *Relacja lekarz – pacjent* i składają się na nie następujące zagadnienia:

1. modele relacji lekarz – pacjent,
2. fazy wywiadu,
3. komunikacja werbalna i niewerbalna; bariery komunikacji,
4. typy pacjentów,
5. przekazywanie „złych” wiadomości,
6. empatia;

7. struktura i zasady funkcjonowania rodziny:

- a) rodzina jako system,
- b) cykl życia rodziny,
- c) wywiad rodzinny z użyciem genogramu,
- d) strategię rodzinne.

Czas trwania kursu ustalono na 2 dni, formę jego zaliczenia jako *kolokwium z zakresu wiedzy teoretycznej*.

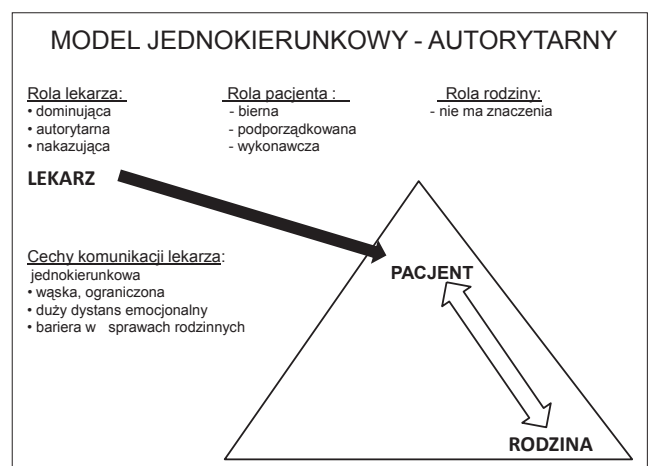
### Modele relacji lekarz-pacjent-rodzina

Na podstawie analizy dokumentów dotyczących organizacji i funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej oraz wybranych publikacji odnoszących się do funkcjonowania pacjenta i rodziny w sytuacji choroby i niepełnosprawności, organizacji i finansowania opieki medycznej oraz kształcenia i kompetencji lekarza rodzinnego, sformułowano cztery teoretyczne modele relacji lekarz-pacjent-rodzina, które można ułożyć na jednej osi: począwszy od modelu całkowicie pomijającego współpracę lekarza z rodziną, a kończąc na modelu zakładającym partnerskie relacje pomiędzy lekarzem a członkami rodziny pacjenta.

#### Model jednokierunkowy – autorytarny

Model autorytarny nie przewiduje kontaktu z rodziną pacjenta (Ryc. 3). Wynika on z biologicznego, często określanego jako redukcjonistycznego, podejścia do zdrowia i choroby. Zdrowie i choroba są tu postrzegane w wymiarze jednostkowym i traktowane jako cecha sytuacji, która charakteryzuje poszczególnych członków rodziny i nie ma istotnego związku z rodziną jako taką. Rodzina stanowi jedynie „tło” dla pacjenta, które nie interesuje lekarza.

W modelu tym przyjmuje się, że kliniczna wiedza medyczna i doświadczenie zawodowe są wystarczającym profesjonalnym gwarantem zapewniającym pacjentowi poczucie bezpieczeństwa i właściwą relację z lekarzem oraz pożądany efekt leczenia. Nie dostrzega się w nim (poza pewnymi elementami psychologii klinicznej) szczególnej potrzeby dodatkowego kształcenia lekarza w zakresie jego interpersonalnych relacji z osobą chorą, a tym bardziej z jej rodziną [10, 11, 12].



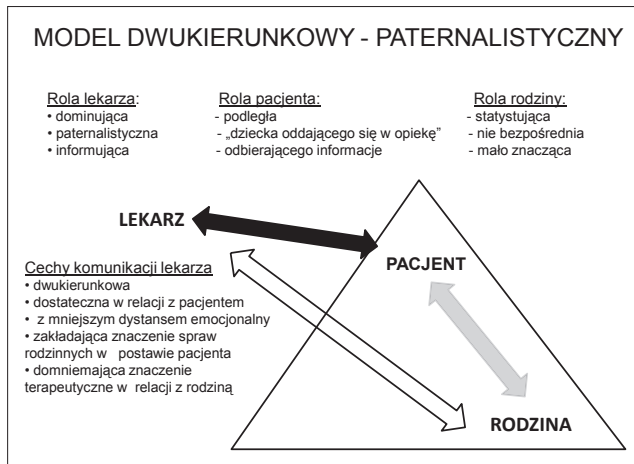
Rycina 3. Model relacji jednokierunkowej – autorytarnej. Źródło: opracowanie własne

#### Model dwukierunkowy – paternalistyczny

Model dwukierunkowy – paternalistyczny uwzględnia potrzebę przekazu informacji między lekarzem a pacjentem, ale rodzina ciągle jeszcze pozostaje na dalekim planie zainteresowania.

resowania lekarza (Ryc. 4). Informacja od pacjenta ma służyć lekarzowi w postawieniu diagnozy i ukierunkowaniu leczenia, a informacja do pacjenta ma zmotywować pacjenta do przestrzegania zaleconego leczenia. W modelu tym zwraca się uwagę na rolę autoobserwacji pacjenta w diagnozowaniu jego problemów pozamedycznych, a także na konieczność niesienia pacjentowi pomocy psychologicznej, nie tylko przez psychologa, psychoterapeutę czy psychoprofilaktyka. Wymaga to jednak zmniejszenia dystansu psychologicznego między lekarzem a pacjentem i ukierunkowania postawy lekarza na działanie w sposób paternalistyczny [10, 13].

Zasadniczym elementem tego modelu jest dwustronny przekaz informacji. Zatem kwestią o istotnym znaczeniu staje się kształcenie lekarzy w zakresie umiejętności wchodzenia w relację i komunikowania się z pacjentem. W związku z tym do wiedzy biomedycznej winna być dołączona profesjonalna wiedza z zakresu relacyjności interpersonalnej, w tym m.in. komunikowania werbalnego i pozawerbalnego, zorientowanego na pacjenta. Tego rodzaju umiejętności wykraczają poza czysto biomedyczne kompetencje lekarza i jego funkcję ściśle naprawczą [12].



Rycina 4. Model relacji dwukierunkowej – paternalistycznej. Źródło: opracowanie własne

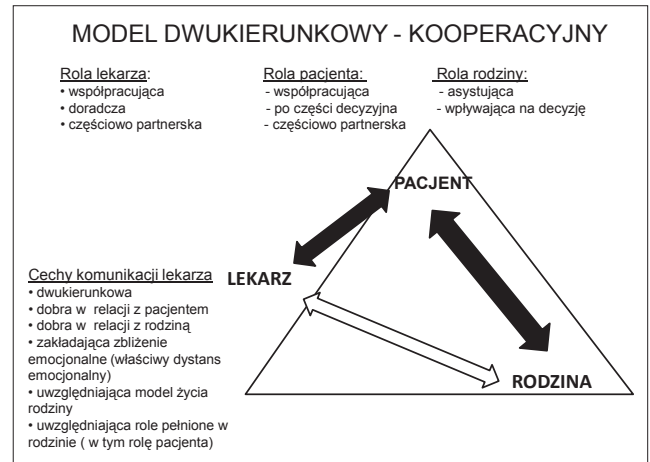
### Model dwukierunkowy – kooperacyjny

Model dwukierunkowy – kooperacyjny uwzględnia problemy zarówno pacjenta, jak i jego rodziny, ale koncentruje się na pacjencie (Ryc. 5). Model ten zakłada pewien zakres partnerstwa i współpracy między lekarzem a pacjentem oraz lekarzem a rodziną pacjenta. Wymaga zbliżenia emocjonalnego (zawodowej więzi emocjonalnej) między partnerami, w którym lekarz nie pozostaje obojętny wobec problemów swoich pacjentów i ich rodzin, pozostając jednak poza systemem społecznym rodziny [13, 14].

Zbliżenie emocjonalne wymaga od lekarza podstawowej wiedzy i umiejętności dotyczących empatii i wsparcia emocjonalnego w sytuacjach kryzysowych pacjenta, a także wiedzy o właściwym (dobrym dla obu stron relacji) dystansie emocjonalnym. Lekarz w tym modelu powinien posiadać wiedzę o wpływie choroby na funkcjonowanie rodziny, dostrzegać sprzężenie zwrotne między zdrowiem/chorobą a problemami społecznymi i rodzinnymi pacjenta [13, 14, 15, 16].

Komunikowanie z rodziną wymaga wprowadzenia do edukacji lekarzy treści obejmujących techniki i zasady komunikowania z grupą. Niezbędne jest także uwzględnienie kon-

tekstu komunikowania z rodzinami, uwarunkowanego kulturowo i związanego ze społecznymi wzorami życia rodziny. W literaturze eksponowany jest m.in. wątek komunikowania i współpracy z rodziną alkoholika, a w wielokulturowych krajach zachodu (USA, Francja, Wielka Brytania) problem komunikowania i współpracy z rodzinami mniejszości kulturowych. Problem ten zaczyna być obecny także w Polsce [17].

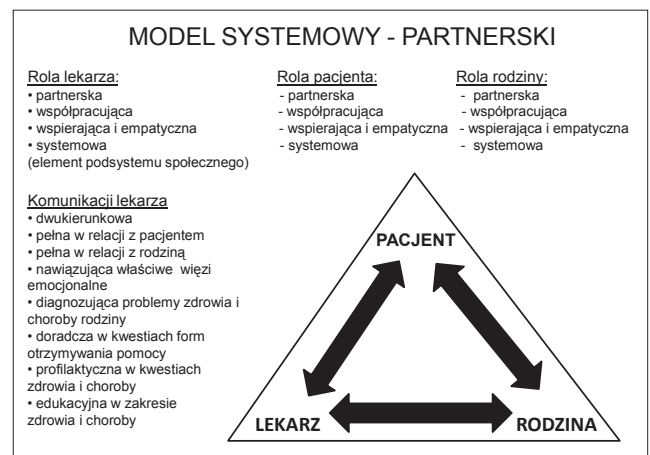


Rycina 5. Model relacji dwukierunkowej – kooperacyjnej. Źródło: opracowanie własne

### Model systemowy – partnerski

Model systemowy – partnerski zakłada powstanie między lekarzem, pacjentem i jego rodziną relacji partnerskich będących elementami składowymi współdziałających systemów medycznych i rodzinnych oraz systemów społeczności lokalnej (Ryc. 6). Model ten polega na systematycznym współdziałaniu między lekarzem, pacjentem a rodziną w stawianiu diagnozy i planowaniu działania terapeutycznego. Lekarz jest doradcą i profilaktykiem zajmującym się nie tylko chorobą, ale i zdrowiem rodziny. Identyfikuje problemy, które mogą prowadzić do zagrożeń zdrowotnych w rodzinie (np. konflikty rodzinne, zmiany cyklu życia rodziny, niepełność rodziny lub jej rozpad, styl życia) [7, 18].

Model systemowy – partnerski wymaga od lekarza, poza profesjonalną komunikacją interpersonalną i grupową, wiedzy z zakresu nauki o rodzinie, obejmującej zagadnienia procesów zachodzących w rodzinie, przemian związanych z cyklami życia rodzinnego, kulturowymi wzorami wza-



Rycina 6. Model relacji systemowy-partnerski. Źródło: opracowanie własne

jemnych oczekiwań, czynnikami dysfunkcyjności rodziny oraz czynnikami integrującymi i dezintegrującymi rodzinę w sytuacji choroby, zagrożenia życia i w opiece terminalnej [18].

Umiejętność rozpoznawania źródeł dysfunkcji rodziny, a także doradztwo co do możliwych form wsparcia dla pacjentów i ich rodzin, w szczególnej sytuacji zdrowotnej staje się istotnym zadaniem lekarza rodzinnego i współpracującej z nim pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej [19].

## PODSUMOWANIE I WNIOSKI

W pracy zaprezentowano przegląd modeli relacji lekarz-pacjent-rodzina (od modelu pomijającego rodzinę do właściwego modelu partnerskiego) z uwzględnieniem roli lekarza i specyfiki komunikacji oraz zakresu jego kompetencji innych niż biomedyczne.

Prorodzinne podejście do systemu opieki zdrowotnej wymaga zmiany w kształceniu lekarzy i pielęgniarek oraz nowej wizji ich roli w systemie opieki medycznej. Lekarz rodzinny i pielęgniarka rodzinna powinni stać się głównymi doradcami, konsultantami i profesjonalnymi przewodnikami rodziny, partnerami w tradycyjnie pełnionych w rodzinie zadaniach związanych ze zdrowiem: macierzyństwem, narodzinami, bólem i cierpieniem, chorobą przewlekłą i dysfunkcyjną, opieką terminalną, umieraniem i śmiercią [19, 20, 21, 22, 23].

Natomiast w incydentach związanych z ostrą chorobą, nagłym zagrożeniem życia, lekarze nadal pozostaną niezastępowalnymi, profesjonalnymi ekspertami medycyny naprawczej.

Rozważenia wymaga koncepcja, aby w obszarze kompetencji lekarza rodzinnego, finansowanych przez NFZ, sformułowano konkretne zadania obejmujące konsultacje i porady dotyczące różnych problemów zdrowotnych członków rodziny, wynikających na przykład z cyklu życia rodziny, jej rozpadu lub dysfunkcji (medyczne, psychologiczne, społeczne, edukacyjne, duchowe).

## PIŚMIENNICTWO

1. Kawczyńska-Butrym Z. Medycyna – lekarz rodzinny, przesłanki dla edukacji kadr medycznych. *Prom Zdr.* 1999; VI(17): 22-25.
2. Bożkowska K, Sito A. Opieka zdrowotna nad rodziną. Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2003: ss. 543; ISBN: 9788320026672.
3. Taranowicz I. Rodzina a problemy zdrowia i choroby. W: Barański J, Piatkowski W, red. *Zdrowie i Choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny.* Atut; Wrocław 2002: ss. 258; ISBN: 8389247038.
4. Woźniak Z. Socjomedyczne aspekty funkcjonowania rodziny. CPBP; Poznań 1990: ss. 181.
5. Boguszewski R. [opr.] *Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce. Komunikat z badań CBOS;* Warszawa 2007.
6. Taranowicz I. Rodzina w opiece nad człowiekiem przewlekle chorym. W: Tysza Z, red. *Rodzina w czasach szybkich przemian. Rocznik Socjologii Rodziny 2001;* WN UAM; Poznań 2002; XIII: 209-228.
7. Kawczyńska-Butrym Z. Rodzinny kontekst zdrowia i choroby. *Centrum Edukacji Medycznej;* Warszawa 1995: ss.161; ISBN: 8385883908.
8. Starfield B. Family medicine should shape reform, not vice versa. *Family Practice Management* 2009; 16(4): 6-7.
9. Scherger JE. Future vision: is family medicine ready for patient-directed care? *Fam Med.* 2009 ; 41(4): 285-288.
10. Włoszczak-Szubda A. Kompetencje komunikacyjne personelu medycznego – badanie stanu oraz ocena potrzeb edukacyjnych. *Rozprawa doktorska.* Lublin; Uniwersytet Medyczny; 2009; ss. 290.
11. Włoszczak-Szubda A, Jarosz M. J. Problemy komunikowania się personelu medycznego z pacjentami. *Med Og.* 2008; 14(3): 225-234.
12. Włoszczak-Szubda A, Jarosz M. J. Pacjent – choroba – medyk. Znaczenie i role w komunikacji. *Med Og Nauk Zdr.* 2011; 17(2): 105-110.
13. Hebanowski M, Kliszcz J, Trzeciak B. *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL ; Warszawa 2005: ss.136; ISBN: 8320033071.
14. Luban-Plozza B. Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej. *Wydawnictwo Lekarskie PZWL;* Warszawa 1995:ss.290 ; ISBN: 8320018714.
15. Doherty W J, Baird M A, Becker L A. Family medicine and the biopsychosocial model: The road toward integration. *Advances* 1986; 3: 17-28.
16. Herman J. The need for a transitional model: a challenge for biopsychosocial medicine? *Fam Systems Health* 2005; 23(4): 372-376.
17. Bracht Neil F. *Health promotion; Community health services; Citizen participation.* Newbury Park, Calif 1990: ss.320; ISBN: 0803938586.
18. Namysłowska I. *Terapia rodzin.* IPIN Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000: ss. 224 ; ISBN: 8385705430.
19. Mayerscough P R, Ford M. *Jak rozmawiać z pacjentem.* Wydawnictwo Psychologiczne; Gdańsk 2001: ss.285; ISBN: 838795733X.
20. Rakeł RE. *Principles of family medicine.* W. & B. Saunders; Philadelphia, London and Toronto 1977: ss.536; ISBN 0721674496.
21. Rakeł RE, Rakeł D P. *Textbook of Textbook of Family Medicine.* Elsevier Saunders; Philadelphia 2011:ss. 1192; ISBN: 9781437711608.
22. Kawczyńska-Butrym Z. *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość.* Makmed; Lublin 2008: ss. 206; ISBN: 9788392447573.
23. Lukas W. *Rola lekarza rodzinnego w systemie opieki zdrowotnej – doświadczenia polskie* [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/25022011\\_zal\\_3\\_rola\\_lekarza.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/25022011_zal_3_rola_lekarza.pdf) (dostęp: 2012.06.08).



# Communications models of physician-patient-family relationship

## Abstract

**Objective:** The objective of the study is presentation of various models of the physician-patient-family relationship, emphasizing the family as an actual entity of medical and health care.

**Material and methods:** The research methods applied were analysis of records and critical analysis of the content. Analysis of the documentation covered legal acts concerning the organization and functioning of primary health care (PHC) in Poland, while the critical analysis of the content covered selected publications pertaining to the functioning of a patient and family in the situation of disease and disability, competences of a family physician, organization and financing of medical care.

**Conclusions:** The article discusses four models of physician-patient-family relationship, beginning from the model entirely omitting cooperation with a family, and ending with the partnership model. The comparison of current family physician's tasks and competences places family medicine, approached as task-oriented (analysis of contacts with health care management office), between the second and third model physician-patient-family, i.e. halfway to the partnership model. The holistic model of medicine and a systemic approach to health care requires a new education of physicians and nurses, and a new vision of their roles. Physicians and nurses should become the main advisers, professional family consultants and guides, partners in health-related tasks which are traditionally fulfilled in a family. However, in events associated with an acute disease, threatening to health, they will still remain experts in the treatment of disease – in health repair and restoration (therapeutic medicine).

## Key words

physician, patient, family, communications, organization and financing of medical care

