

WPŁYW KOMUNIKACJI Z PERSONELEM MEDYCZNYM NA DOŚWIADCZANIE CHOROBY PRZEZ PACJENTÓW

Rozwój nauki i techniki pozwala nam coraz lepiej rozumieć chorobę, diagnozować ją, a także zaplanować proces leczenia, jednak wciąż jednymi z podstawowych umiejętności, jakie powinni nabyć pracownicy służby zdrowia są umiejętności komunikacyjne. Komunikacja interpersonalna wpływa bowiem nie tylko na zadowolenie pacjentów z kontaktów z personelem medycznym, ale przede wszystkim na sam proces leczenia. Artykuł będzie poświęcony złożonym relacjom pacjentów z przedstawicielami służby zdrowia oraz wpływowi komunikacji pacjentów z personelem medycznym na doświadczanie choroby przez pacjentów oraz na jakość życia osoby chorej. Będę chciała uwypuklić rolę komunikacji interpersonalnej w ustanawianiu relacji lekarz-pacjent i negocjowaniu jej znaczenia. Poddam analizie wpływ komunikacji (zarówno werbalnej, jak i niewerbalnej, która w tej dziedzinie pełni zasadniczą funkcję) na jakość tychże relacji oraz na sposób doświadczania przez pacjentów ich chorób, na ich postawy wobec choroby, a także na sam proces leczenia.

Rozważania warto rozpocząć od sprecyzowania, co będę rozumiała pod słowem „komunikacja”. W samej humanistyce nie ma jednomyślności w kwestii pytania: czym jest komunikacja. Ujmując problem szeroko można powiedzieć, że komunikowanie to „każdy bodziec, który wpływa na zachowanie człowieka, zwierzęcia lub maszyny”¹. Jednak takie podejście wydaje mi się zbyt ogólne. Można spojrzeć na komunikację jako na proces, w którym podmiot wyraża swoje emocje, myśli itd. (komunikacja jako akcja) bądź też reaguje na bodźce (komunikacja jako reakcja). Możemy wreszcie widzieć w tym procesie sekwencję akcji

¹ E. Goździak, *Komunikowanie niewerbalne. Próba definicji*, „Lud” 1983, t. 67, s. 41.

i reakcji (model interakcyjny)². John Stewart³ pisząc o komunikacji interpersonalnej stwierdza, że „pogląd na komunikację jako *akcję* – coś, co jedna osoba czyni drugiej – jest drastycznie uproszczony. Na całą naszą komunikację wpływają nie tylko nasze własne oczekiwania, potrzeby, postawy i cele, ale także reakcje wywoływane przez nas u drugiej zaangażowanej w tę komunikację osoby. Toteż bardziej stosownie jest traktować komunikację jako *interakcję*, jako proces wpływu *wzajemnego*”⁴. Takie ujęcie wskazuje, że komunikacja jest procesem złożonym, który wydarza się pomiędzy ludźmi. Jednak w modelu interakcyjnym nie został uwzględniony fakt zmiany tożsamości, jaka dokonuje się w trakcie oraz dzięki procesowi komunikacji. Te fakty uwzględnia proponowane przez Stewarta podejście transakcyjne. Transakcja definiowana jest jako proces, w którym *istnienie i natura wszystkich części i aspektów konkretnego wydarzenia określana jest poprzez aktywne uczestnictwo w tym wydarzeniu*⁵. Spojrzenie transakcyjne *objaśnia zatem to, co dzieje się pomiędzy ludźmi, w jaki sposób współpracują oni na rzecz konstrukcji znaczenia*⁶. W tym sensie tożsamość osób jest wynikiem negocjacji między ludźmi. Co więcej, komunikacja buduje osobę, rozwija ją i wpływa na to, kim jesteśmy. Można nawet powiedzieć, że jakość komunikacji wpływa istotnie na jakość naszego życia. Negocjacji podlega także charakter samej relacji i stopień zaangażowania w nią poszczególnych osób. Przyjmując taką perspektywę komunikacji w niniejszej pracy sądzę, że relacja personelu medycznego i pacjenta, ich komunikacja ma ogromne znaczenie dla sposobu doświadczania i postrzegania choroby przez pacjentów.

Postrzeganie zdrowia i choroby ma zawsze rys mocno indywidualny, uzależniony od uwarunkowań rodzinnych, środowiska wychowania, kultury, płci, wykształcenia, pozycji społecznej, czy wykonywanego zawodu. Każdy z nas dysponuje przekonaniem na temat funkcjonowania organizmu. Jak wskazuje Peter Salmon: *Rzadko się zdarza, by lekarz i pacjent podzielali przekonania na temat stanu ostatniego. I zanim dojdzie do porozumienia, klinicysta musi jako pierwszy rozpoznać ważne elementy przekonań pacjenta. Świadomość istnienia wątków kulturowych w poglądach pacjentów pomoże mu rozpoznać znaczące przekonania indywidualne*⁷. Ostatnie zdania powyższego cytatu są warte podkreślenia. W kontekście tego, o czym pisałam wcześniej, że komunikacja wpływa na to, kim jesteśmy, trzeba nadmienić, że zachodzi tutaj także relacja odwrotna. Całe nasze zaplecze kulturowe, środowiskowe, osobowościowe wpływa na jakość komunikacji i na sposoby porozumiewania się.

² *Ibidem*, s. 42.

³ J. Stewart, *Komunikacja interpersonalna: kontakt między osobami* [w:] *Mosty zamiast murów. O komunikowaniu się między ludźmi*, pod red. J. R. Stewarta, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 36-58.

⁴ *Ibidem*, s. 46.

⁵ H.B. English, A. Ch. English, cyt. za: J. Stewart, *op. cit.*, s. 49.

⁶ J. Stewart, *op. cit.* s. 48.

⁷ P. Salmon, *Psychologia w medycynie: wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia*, tłum. M. Gajdzińska, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002, s. 84-85.

Rozpoznanie znaczenia, jakie pacjent przypisuje chorobie, emocji z nią związanych, jest szczególnie ważne w procesie diagnozowania i leczenia choroby. *Rodzaj i siła emocji związanych z chorobą jest w dużym stopniu zależna od tego, jak choroba jest rozumiana i jakie znaczenie zostało jej przypisane (...) najczęstszą reakcją na chorobę są negatywne emocje, takie jak: strach, lęk, niepokój, przygnębienie, żal, bezradność, zubożenie, poczucie winy, złość*⁸. W jaki sposób one występują, jest zależne od czasu trwania choroby oraz jej dynamiki. Marek Jarosz wskazuje, że do najczęstszych reakcji emocjonalnych człowieka należą strach i lęk.

Strach, w szeregu przypadków, prowadzi do czujnego obserwowania siebie jako człowieka cierpiącego i swojej sytuacji wyznaczonej przez chorobę, uciążliwe badania i leczenie. Następstwem doznawanego strachu jest również potrzeba otrzymania zapewnienia budzącego ufność i zmniejszającego niepokój. Chory wybiórczo zatrzymuje w pamięci te wypowiedzi personelu, które zmniejszają obawę lub wręcz dają poczucie bezpieczeństwa⁹

Pisze Jarosz. Podobnie przeżywany jest lęk przez pacjentów. Jednak wielu pacjentów bezpośrednio nie werbalizuje tego uczucia. Można zauważyć go dopiero dokładnie obserwując kanał niewerbalny (w tym kanał wokalny)¹⁰. Lęk może się objawiać u pacjenta baczny śledzeniem losów innych pacjentów, szczególnie tych mających podobne dolegliwości i podobnie leczonych. Także reakcje agresji, gniewu bądź „kamienny spokój” mogą być następstwami narastającego napięcia lekowego¹¹. Warto zwrócić też uwagę na zależność zachodzącą pomiędzy strachem (a także lękiem) a bólem. Strach bowiem potęguje odczuwany ból, w związku z czym dążenie personelu medycznego do redukcji strachu przez właściwe informowanie pacjenta o chorobie, procesie diagnostycznym i leczniczym, będzie osłabiało reakcje bólowe¹². Peter Salmon zwraca uwagę, że lęk, jaki pacjenci odczuwają wobec objawów miewa paradoksalne następstwa: *Nazbyt silny - może opóźniać wizytę w przychodni lub powodować rezygnację z porady specjalisty*¹³.

Wszystkie powyższe elementy powinny zostać wzięte pod uwagę w leczeniu pacjenta, szczególnie przy chorobach zagrażających życiu, związanych z długą hospitalizacją, czy też wymagających zmiany trybu życia. Wpływają one zasadniczo na doświadczenie choroby przez pacjenta. Obok wyżej opisanych czynników, ważnym elementem są relacje z personelem medycznym. Wiąże się to z zagadnieniem współpracy pacjenta z pracownikami służby zdrowia, jakością

⁸ M. Bąk-Sosnowska, *Choroba w życiu człowieka [w:] Psychologia: podręcznik dla kierunków medycznych*, pod red. A. Trzcienieckiej-Green, Universitas, Kraków 2006, s. 175.

⁹ M. Jarosz, *Psychologia lekarska*, PZWL, Warszawa 1978, s. 233.

¹⁰ Zakładam, że kanał wokalny jest częścią kanału niewerbalnego zgodnie z tym co pisze w swojej książce Z. Nęcki, *Komunikacja międzyludzka*, Antykwa, Kraków 2000, s. 185-186.

¹¹ M. Jarosz, *op. cit.*, s. 233.

¹² *Ibidem*, s. 233.

¹³ P. Salmon, *op. cit.*, s. 74.

komunikacji, wzajemną otwartością, czy zaufaniem, jakim darzą się pacjenci i personel medyczny.

Relacje pacjent - pracownik służby zdrowia mają pewną specyfikę, która wynika z wielu czynników. Jednym z tych czynników jest wciąż dość wysoki prestiż zawodów medycznych¹⁴. Zawody medyczne plasują się w górnych partiach hierarchii prestiżowych zawodów. Wiąże się to niewątpliwie także z faktem, że są to zawody zaufania publicznego, wymagające nie tylko wykształcenia, ale wielu pozytywnych cech osobowościowych i umiejętności¹⁵. Fakt, że wiele zawodów medycznych wiąże się z pewnym prestiżem i wysokim statusem społecznym wpływa na dystans, jaki może rodzić się między pacjentami a personelem medycznym. Ponadto, jak wskazuje George Bishop, relacje te są zwykle nacechowane emocjonalnie, co wiąże się z faktem, że lekarz ma dostęp do najintymniejszych sfer ciała człowieka oraz szczegółów jego prywatnego życia. Pojawia się też emocjonalna zależność od innych, która często towarzyszy stanom chorobowym¹⁶. Ponadto personel medyczny obserwuje chorego niejednokrotnie w sytuacjach trudnych, w momentach emocjonalnego wyczerpania, kiedy uczucia, które zwykliśmy skrywać, wychodzą na jaw. Wreszcie cechą interakcji pacjenta z personelem medycznym są także różne formy społecznego nacisku.

Rola chorego jest tu bardzo trudna i nie każdy potrafi się w niej odnaleźć. Pacjent będący w szpitalu, przebrany w odpowiedni strój, który przynależy do chorego (najczęściej piżama), położony do łóżka, zostaje pozbawiony w pewien sposób własnej tożsamości. Ubrania towarzyszą nam każdego dnia i już dawno przestały pełnić tę jedną podstawową funkcję, którą było chronienie ciała przed zimą i urazami. Ubranie jest komunikatem niosącym informacje o naszej pozycji społecznej, osobowości, płci, wieku, oraz o tym jak postrzegamy siebie¹⁷. Zgodnie z ujęciem Talcotta Parsonsa rola chorego zakłada, że pacjent

¹⁴ Według badań przeprowadzonych przez CBOS w 2009 r. [M. Feliksiak, *Prestiż zawodów. Komunikat z badań*, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_008_09.PDF], 14.11.2009 zawód lekarza wciąż zajmuje wysokie miejsce w hierarchii prestiżowych zawodów (73% respondentów odpowiedziało że zawód ten ma duży prestiż). W porównaniu z 1999 (zawód lekarza 75% respondentów uznało za bardzo prestiżowy), kiedy tego typu badania były także prowadzone, zawód ten znajduje się niżej w hierarchii i taka tendencja obserwowana jest od kilkunastu lat. Autorka raportu wspomina: „mimo trwałej pozycji w rankingu prestiżu, odnotowaliśmy tendencję do bardzo powolnego wprawdzie, ale systematycznego spadku autorytetu lekarza” [M. Falkowska, *Prestiż zawodów. Komunikat z badań*, s. 5, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/1999/K_032_99.PDF, 14.11.2009]. Zaskakuje natomiast w ciągu tych 10 lat wzrost znaczny prestiżu, jaki respondenci przypisują pielęgniarkom (wzrost z 57 % w 1999 r. do 77 % w 2009 r.). Skok ten jest o tyle zaskakujący, że według badań z 2009 r. zawód pielęgniarski wyprzedził w hierarchii zawodów prestiżowych zawód lekarza [M. Feliksiak, *Prestiż zawodów...*].

¹⁵ Raport podany przez CBOS wskazuje, że zawody medyczne są jednymi z najczęściej wymienianych, jako zawody zaufania publicznego: lekarz (94%), pielęgniarka i położna (88%), farmaceuta (84%), diagnosta laboratoryjny (75%) [B. Badora, B. Rogulska, *Opinia społeczna na temat zawodów zaufania społecznego. Komunikat z badań*, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2004/K_073_04.PDF, 14. 11. 2009r.].

¹⁶ G.D. Bishop, *Psychologia zdrowia*, tłum. A. Śliwa, L. Śliwa, Astrum, Wrocław 2000, s. 288.

¹⁷ Por. M. McLuhan, *Zrozumieć media. Przedłużenia człowieka*, Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, Warszawa 2004, s. 173; C. Joubert, S. Stern, *Rozbierz mnie. Psychoanaliza garderoby*, tłum. B. Biały, Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza, Warszawa 2006, s. 7.

jest zwolniony z codziennych obowiązków, musi chcieć wyzdrowieć oraz traktuje się go, jako potrzebującego opieki¹⁸. W ramach tej roli pacjent postrzegany jest jako ofiara sił pozostających poza jego kontrolą, wobec czego nie jest obarczany odpowiedzialnością za swój stan¹⁹. W gronie samych pacjentów znajdujemy różne podejścia do roli chorego. Podstawowe różnice leżą w oczekiwaniach dotyczących tego, kto powinien decydować o ich zdrowiu. „Cześć pacjentów preferuje podejście pasywne i pozwala lekarzowi decydować o tym, co jest dla nich najlepsze, podczas gdy inni przyjmują rolę bardziej aktywną i sami chcą decydować o własnym zdrowiu. Niektórzy pacjenci najlepiej czują się w sytuacji, gdy lekarz informuje ich, co należy czynić w celu zwalczenia choroby. Inni pacjenci wolą, gdy lekarz omawia z nimi różne koncepcje terapii i wspólnie z nimi podejmuje decyzje”²⁰. Role personelu medycznego także są sprecyzowane. Rolę lekarza Parsons określił jako komplementarną wobec roli chorego. Wobec tego oczekuje się od lekarza, że będzie działać dla dobra pacjentów, traktować wszystkich pacjentów w sposób profesjonalny, zastosuje wysoki stopień umiejętności i wiedzy do problemów choroby oraz zachowa emocjonalną neutralność. Prawa lekarza w tak sformułowanej roli dotyczą dostępu do fizykalnego badania pacjenta i wglądu w intymne sfery jego życia, dużej autonomii w wykonywaniu praktyki i dominującej wobec pacjenta pozycji²¹. Tego typu model spychający pacjenta do biernego poddania się procesowi leczenia nie przynosi odpowiednich skutków. Wiemy dziś, że współodpowiedzialność pacjenta w procesie decyzyjnym przynosi lepsze wyniki. Bishop wskazuje, że pacjenci, którzy biorą aktywny udział w kontaktach z lekarzem zgłaszają szybszą poprawę stanu zdrowia²². Także te osoby, które dysponują możliwością opisaną swych objawów i uzyskania wyczerpujących informacji na temat choroby i leczenia, w bardziej konsekwentny sposób stosowały się do reżimu terapeutycznego²³.

Marek Jarosz opisując relacje pacjenta i lekarza pisze, iż „Wyznaczają ją właściwości i działania osób, w niej uczestniczących, czynniki sytuacyjne oraz szersze warunki środowiskowe, w których zachodzi interakcja”²⁴. Przede wszystkim pacjent jest najczęściej człowiekiem chorym, zatem relacja ta jest stosunkiem lekarz (bądź inny pracownik służby zdrowia) i „człowiek w swojej chorobie”. Takie ujęcie jest ważne szczególnie dlatego, że ujmuje fakt, że choroba zmienia człowieka i jego spojrzenie na otoczenie (w tym także na pracowników służby zdrowia), które bywa interpretowane w sposób uzależniony od obrazu choroby, lęków oraz oczekiwań pacjenta²⁵. Paternalistyczny model kontaktów z pacjentem, w którym przedstawiciel służby zdrowia pełni rolę kierowniczą, nie sprzyja

¹⁸ M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, PZWL, Warszawa 1986, s. 94.

¹⁹ G. Bishop, *op. cit.*, s. 289.

²⁰ *Ibidem*, s. 289-290.

²¹ M. Sokołowska, *op. cit.*, s. 94 - 95.

²² G. Bishop, *op. cit.*, s. 290.

²³ *Ibidem*, s. 298.

²⁴ M. Jarosz, *op. cit.*, s. 272.

²⁵ *Ibidem*, s. 272.

niewątpliwie efektywnej komunikacji, która pomogłaby lekarzowi, pielęgniarce i innym zrozumieć czym jest dana choroba dla konkretnego pacjenta. Model ten zakłada pewną obiektywność wiedzy lekarza, która jest ponad doświadczeniem pacjenta²⁶.

Warto w tej chwili przyjrzeć się modelowi relacji z pacjentami, który proponuje Thomas Gordon w swojej książce. Model ten jest oparty na współpracy między pacjentem i przedstawicielem służby zdrowia. Ponadto zakłada, że obie strony posiadają pewną wiedzę i doświadczenie, w związku z czym mamy dwóch współpracujących ekspertów. Po stronie pacjenta będzie to wiedza związana z doświadczeniem choroby, jej objawów, skutków, emocji jakie budzi, a czasem przemyśleń dotyczących przyczyn dolegliwości. Model ten zakłada zaangażowanie pacjenta w proces leczenia, współodpowiedzialność w podejmowaniu decyzji i dwukierunkową komunikację, bez której ustanowienie tego typu relacji byłoby niemożliwe²⁷. Współodpowiedzialność pacjenta w procesie decyzyjnym poprawia jakość usług medycznych i prowadzi do lepszego przystosowania się pacjentów do rygoru leczniczego. Ponadto, jeżeli pacjent bierze udział w procesie decyzyjnym to zmusza tym samym lekarza do wzięcia pod uwagę wszystkich możliwości i przedstawienia rozumowego uzasadnienia ostatecznych zaleceń. Pacjent zna naturę problemu i jest zmuszony do wypowiedzenia swoich przemyśleń, co wino prowadzić do bardziej racjonalnego i całościowego rozważenia wszystkich sposobów leczenia²⁸.

Niezwykle ważna wydaje się tu dwustronna komunikacja. Nie jest możliwa współpraca, jeśli pacjent i przedstawiciel służby zdrowia nie będą mogli w pełni przekazać swoich przemyśleń, obaw czy emocji. Jak pisałam w pierwszej części tego artykułu, przyjmuję rozumienie komunikacji jako transakcji. Z perspektywy tej wynika, że kontakt lekarza z pacjentem, a właściwie jego jakość, mają wpływ na to, w jaki sposób pacjent doświadcza swojej choroby i jakie postawy zajmuje wobec niej. Oczywiście taka sytuacja wymaga od lekarza nabycia pewnych umiejętności. Mam tu na myśli przede wszystkim przyjęcie asertywnego stylu komunikacji, nabycie umiejętności empatycznego słuchania, odpowiedniego formułowania pytań i komunikatów informacyjnych, a także właściwego sposobu radzenia sobie z konfliktem. Bywa to trudne ze względu na chęć zachowania przez lekarzy roli profesjonalisty, z którą stereotypowo utożsamia się dystans emocjonalny. Thomas Gordon wskazuje, że dzięki niej można ukryć to, co się naprawdę przeżywa w kontakcie z pacjentem – bezradność, litość, gniew czy smutek. Jest to forma obrony przed takimi uczuciami²⁹. Pacjenci wówczas są zmuszeni do interpretowania zachowań personelu medycznego na poziomie

²⁶ Por. T. Gordon, *Pacjent jako partner*, PAX, tłum. T. Szafranski, Warszawa 1999, s. 22; D. Leathers, *Komunikacja niewerbalna: zasady i zastosowania*, tłum. M. Trzcinańska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 409.

²⁷ T. Gordon, *op. cit.*, s. 45-47.

²⁸ *Ibidem*, s. 49.

²⁹ *Ibidem*, s. 130-131.

niewerbalnym, który mniej się poddaje kontroli wolicjonalnej niż kanał werbalny, przez co jest „nieszczęsny” i odsłania wiele z emocji, jakie przeżywa personel medyczny. Próby takiego odczytywania uczuć z pewnych zachowań obciążone są zawsze pewnym błędem. Pacjenci czasem mogą snuć domysły na temat własnej choroby i w sposób lękowy interpretować zachowanie personelu medycznego. Ponadto otwartość pacjenta trudno osiągnąć, gdy personel medyczny będzie przyjmował postawę zamknięcia. Możliwe, że to właśnie samootwarcie się pracowników służby zdrowia jest tym, co powoduje taką samą postawę u pacjenta, gdyż powoduje ograniczenie ich psychologicznej przewagi, co ułatwi pacjentom wypowiedzenie się i ujawnienie swych potrzeb i problemów³⁰.

Niewerbalna komunikacja często w sposób zasadniczy wpływa na stopień satysfakcji pacjenta z interakcji z lekarzem. Badania pokazują, że „umiejętność [lekarzy] przekazywania bądź rozumienia emocji komunikowanych niewerbalnie okazuje się być związana ze zdolnością do zaspokojenia potrzeb pacjentów dotyczących społeczno-emocjonalnych aspektów leczenia. Wyniki tego badania sugerują także, iż umiejętność kodowania i dekodowania przekazów niewerbalnych może wpływać na ogólną zdolność empatycznego odnoszenia się do ludzi w relacji terapeutycznej”³¹. Szczególne znaczenie komunikacji niewerbalnej wiąże się z kilkoma elementami. Przede wszystkim wywiad lekarski, oczekiwanie diagnozy, powoduje u pacjentów lęk i niepewność, która pragną zmniejszyć opierając się na obserwacji zachowań niewerbalnych lekarza, który często bywa tego nieświadomy. Pacjenci skupiają się na zachowaniu niewerbalnym lekarza, gdy sądzą, że ten drugi nie jest z nimi szczery. Również, zanim dojdzie do komunikacji werbalnej, pacjenci analizują wyraz twarzy, aby wyczytać z niej informacje, na ile wyniki badań są dla nich zagrażające. Komunikacja niewerbalna jest też źródłem informacji, gdy lekarz jest zbyt zajęty, aby dłużej rozmawiać z pacjentem³². Pracownicy służby zdrowia powinni mieć świadomość, że kanał niewerbalny (będąc trudniejszym do kontroli wolicjonalnej) pozwala na ekspresję emocji i uczuć, reguluje interakcję, podtrzymuje relacje, a także zatwierdza przekaz werbalny. W sytuacji braku spójności między komunikatem werbalnym a niewerbalnym większą wiarygodność przypisuje się temu drugiemu. Dale Leathers podkreśla jeszcze ważną funkcję, jaką pełni kanał niewerbalny, a mianowicie podtrzymywanie wizerunku Ja.

Subtelne, niejawne przekazy - komunikowane przez takie aspekty, jak to, czy pacjent otrzymał miejsce, w którym może trzymać zabrane ze sobą prywatne przedmioty, czy lekarz odnosi się do pacjenta jako partnera interakcji, sygnalizując to przez komunikowanie się na wysokości wzroku (a nie spoglądanie z góry na pacjenta leżącego przed nim w szpitalnym łóżku) lub to, czy pacjent jest traktowany przedmiotowo - mogą informować pacjentów, czy ich poczucie Ja jest zagrożone, czy chronione. (...) jeśli lekarz stara się uszanować prywatność pacjenta, to unika naruszania

³⁰ Ibidem, s. 132.

³¹ DiMatteo, cyt. za.; D. Leathers, *op. cit.*, s. 413.

³² D. Leathers, *op. cit.*, s. 415.

preferowanego przez niego dystansu oraz pomaga zachować «terytorium Ja», które pacjent postrzega jako swoje własne, ułatwia tym samym pacjentowi ochronę jego poczucia Ja. istotne jest także, aby lekarz, posługując się specyficznymi gestami i zachowaniami wzrokowymi, podkreślił, że bardziej zależy mu na stworzeniu z pacjentem relacji partnerskiej, niż na utrzymaniu z nim relacji o charakterze przełożony - podwładny³³.

Ustanowienie relacji opartych na współpracy, z dobrze rozumianym partnerstwem nie jest proste. W dużej mierze dlatego, że w kontekście medycznym tradycyjnie priorytetem była autorytatywność, którą często rozumie się jako dominację. Także pacjenci wielokrotnie oczekują, że to lekarz jest główną osobą rozwiązującą problem i to on będzie decydować o kontekście i strukturze interakcji³⁴. Pewność siebie w kontekście medycznym jest dobrze widziana, gdyż ma wpływ na wiarygodny wizerunek personelu medycznego³⁵, jednak nie musi wiązać się z chęcią kontrolowania pacjenta. Zachowania, które świadczą o dominacji lekarza to na pewno posługiwanie się przenikliwym kontaktem wzrokowym, co przypomina uporczywe wpatrywanie się i może przybierać cechy agresji wzrokowej. Z drugiej strony swoją wyższość mogą ukazywać wzrokową nieuważnością. Lekarz także komunikuje dominację mówiąc donośnym głosem, przerywając pacjentowi bez wyraźnych skrpułów i wygłaszając długie przemowy³⁶. Tego typu zachowania nie sprzyjają możliwości otwarcia się pacjenta i wielokrotnie mogą przyczynić się do zablokowania kontaktu. Lekarz komunikując się w ten sposób wpływa na stan emocjonalny pacjenta. Parsons wskazuje, że lekarz wykonując czynności instrumentalne (składające się na diagnostyczne i terapeutyczne działania) może stwarzać problemy emocjonalne pacjenta i dopiero czynności ekspresywne przywrócić mogą zakłóconą równowagę³⁷.

Jest pewne, że interakcja lekarza i pacjenta może owocować wieloma długotrwałymi rezultatami dotyczącymi przede wszystkim odzyskania zdrowia. Wpływ komunikacji wydaje się tu zasadniczy. Do najważniejszych efektów dobrych relacji personelu medycznego i pacjenta zaliczam minimalizowanie lęku pacjenta i łagodzenie doświadczenia przykrych emocji, a tym samym wspieranie pacjenta w przyjmowaniu odpowiednich postaw wobec choroby.

³³ *Ibidem*, s. 418.

³⁴ *Ibidem*, s. 420.

³⁵ *Ibidem*, s. 273-274.

³⁶ *Ibidem*, s. 421.

³⁷ M. Jarosz, *op. cit.*, s. 277. Pacjenci oczekują od lekarza zachowań ekspresywnych. Z badań wynika, że ekspresywne wysuwają się często na pierwsze miejsce. Zmieniać się to może w zależności od dolegliwości pacjenta, bowiem osoby, które uczestniczyły w wypadkach doceniały bardziej rolę instrumentalną lekarza, a osoby przewlekle chore rolę ekspresywną.