

# Monika Dobska

---

## Znaczenie marketingu relacyjnego w komunikacji lekarz-pacjent

---

Ekonomiczne Problemy Usług nr 42, 121-131

---

2009

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Monika Dobska<sup>1</sup>

## ZNACZENIE MARKETINGU RELACYJNEGO W KOMUNIKACJI LEKARZ – PACJENT

### Streszczenie

Marketing relacyjny stawiający na pierwszym miejscu relacje interpersonalne uzmysławia, iż konieczny jest układ partnerski, niemal symetryczny pomiędzy stronami (usługodawcą a usługobiorcą, między pracownikami wewnątrz organizacji itp.). W usługach medycznych wypracowanie tego układu stało się możliwe dzięki upodmiotowieniu pacjenta tak, aby stał się pełnoprawnym podmiotem relacji usługowej. Warunkiem zmiany charakteru relacji stało się opracowanie praw pacjenta, bowiem nabierając ich stał się on nie tylko klientem, ale także ma możliwość nawiązania partnerskich układów z usługodawcą, wspólnie doprecyzowując zlecenie i angażując się w jego wykonanie.

Przyjęcie paradygmatu marketingu relacyjnego sprawia, że zasadniczo zmienia się sposób postrzegania organizacji usługowej. Wybór tej wersji marketingu wskazuje na model zarządzania marketingowego wpisany w kontekst strategii projakościowej. Jest to model takiego zarządzania, które nie zmierza do przekształcenia rynkowego otoczenia w sferę wpływów i dominacji, ale wykorzystując marketing relacyjny, zmierza do wchłonięcia tego, co zewnętrzne, do włączenia klientów i interesariuszy w strukturę organizacyjną<sup>2</sup>.

Marketing relacyjny nie jest koncepcją marketingową wyspekulowaną przy biurku, jego tworzenie przypomina raczej układanie wielkiej wielobarwnej mozaiki, w którym to przedsięwzięciu uczestniczyło kilku realizatorów<sup>3</sup>. Marketing relacyjny, będąc panaceum na „amerykański produkt eksportowy”, wyprowadzony z odmiennych założeń, zmienia to co tworzyło dotychczasową „mieszankę marketingową”. W polskiej literaturze przedmiotu czytając o *relationship marketing* można dostrzec duże różnicowanie terminologiczne i znaczeniowe tego pojęcia<sup>4</sup>.

Najtrafniejsza jest definicja K. Rogozińskiego, z której wynika istnienie ścisłej zależności między marketingiem wewnętrznym a skierowanym na zewnątrz oddziaływaniem na klienta<sup>5</sup>. Czyniąc personel kontaktowy personelem strategicznym, marketing relacyjny przyjmuje, że nabywców nie da się utrzymać na stałe, jeśli wcześniej nie ułoży się nalezycie współpracy między pracownikami. Należy bowiem

<sup>1</sup> Monika Dobska – dr, Katedra Usług, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu.

<sup>2</sup> K. Rogoziński: *Potrójny syndrom marketingowej ślepoty i jego przezwyciężanie (na przykładzie usług profesjonalnych)*. W: *Marketing usług profesjonalnych. Wpisanie marketingu w strukturę organizacji usługowej*. Red. K. Rogoziński. Wyd. Akademii Ekonomicznej, Poznań 2002, s.21.

<sup>3</sup> K. Rogoziński, *Marketing relacyjny według Gummessaona*. „Marketing i Rynek” 2000, nr 12, s. 12.

<sup>4</sup> *Relationship marketing* tłumaczony jest jako: 1. Marketing partnerski (M. Daszkowska, K. Fonfara, T. Sztucki), 2. Marketing relacji (J. Otto, M. Dolińska), 3. Marketing związków i wzajemnych relacji (J. Amber), 4. Marketing związku/więzi (Ph. Kotler).

<sup>5</sup> K. Rogoziński, *Nowy marketing usług*. Wyd. Akademii Ekonomicznej, Poznań 2000, s.40.

pamiętać, iż poszczególni pracownicy, komórki i struktury organizacyjne świadczą usługi sobie nawzajem. Ponadto w marketingu relacyjnym interpretując relacje, jakie zachodzą między stronami procesu wymiany, nie można poprzestać na opisie poziomu zainteresowania. Należy zwrócić uwagę nie tylko na etapy przygotowania oferty, ale także na wspólną z klientem współpracę przy realizacji zlecenia. Skoro bowiem marketing relacyjny kreuje wartość u swoich klientów, współpracowników i uczestników sieci to przecież podobne zadania spełnia zarządzanie przez jakość – Total Quality Management. Już sformułowanie „total”<sup>6</sup> czyli kompleksowe, całkowite, oznacza objęcie zasięgiem zarządzania wszystkie podmioty (wewnątrz i na zewnątrz) organizacji.

Marketing relacyjny stawiający na pierwszym miejscu relacje interpersonalne uzmysławia, iż konieczny jest układ partnerski, niemal symetryczny pomiędzy stronami (usługodawcą a usługobiorcą, pomiędzy pracownikami wewnątrz organizacji itp.). Jedynie taki układ rodzący współpracę może doprowadzić do trwałej równowagi marketingowej. Dla usługodawcy będzie to oznaczało wypracowanie własnej kultury organizacji, zaś dla usługobiorcy nie tyle świadomość uzależnienia, co poczucie partnerstwa i wspólne kreowanie (z usługodawcą) wartości końcowej. W usługach medycznych wypracowanie tego układu stało się możliwe dzięki upodmiotowieniu pacjenta tak, aby stał się pełnoprawnym podmiotem relacji usługowej. Warunkiem zmiany charakteru relacji stało się opracowanie praw pacjenta, bowiem dzięki nim stał się on nie tylko klientem, ale także ma możliwość nawiązania partnerskich układów z usługodawcą, wspólnie doprecyzowując zlecenie i angażując się w jego wykonanie.

Przyjęcie takiego toku myślenia sprowadza się do koncentracji na:

- a) zarządzaniu relacjami, którego rdzeniem będzie zarządzanie personelem kontaktowym; od intensywności, zaangażowania oraz osobowości pracowników zatrudnionych w świadczeniu usług zależy bowiem jakość wykonania i poziom obsługi;
- b) kształtowaniu jakości: projektu (*design quality*), wykonania (*production*) oraz relacji (*relational quality*).

W sferze usług medycznych koncepcja marketingu relacyjnego nabiera dużego znaczenia ze względu na:

- powstające relacje w sytuacjach bezpośredniego, koniecznego dialogu pomiędzy pacjentem a personelem medycznym, warunkujące powstanie trwałych więzi i zależności,
- znaczenie relacji we wprowadzaniu strategii zarządzania przez jakość,
- wagę relacji w organizacjach typu sieciowego, w których granica między tym, co wewnętrzne a tym, co zewnętrzne nie jest ostra.

Analizując w ujęciu historycznym stosunek lekarz-pacjent można zauważyć, że ulega on ciągłym przeobrażeniom, co związane jest przede wszystkim z rozwojem współczesnej medycyny oraz zmianami, jakie zachodzą w relacjach: lekarz, pielęgniarka, pacjent.

Na tym tle powszechny stał się zarzut dehumanizacji medycyny, jej odejścia od nauk humanistycznych, zaniku intymnej więzi łączącej terapeutę z chorym. Obecna medycynę uważa się za naukę przyrodniczą<sup>7</sup>. Opiera się ona na chemii, fizyce

<sup>6</sup> Total – including everything or everyone, comprising the whole – obejmujące wszystko i wszystkich, całość. Za: *The Oxford Reference Dictionary*. Oxford 1991.

<sup>7</sup> J.L. Kurkowski: *Medycyna. Problemy i interesy*. Wyd. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1998, s. 18.

z bioelektroniką, statystyce i matematyce, a za swój podstawowy cel uznaje zapobieganie chorobom i przywracanie chorym zdrowia. „Dzisiejsza medycyna klasyczna tzw. naukowa w pogoni za doskonałością zagubiła pacjenta. Dzieląc człowieka na narządy, zgubiła go jako jednostkę myślącą. Rzadko dzisiaj lekarz jest powiernikiem i przyjacielem swojego pacjenta, a coraz częściej inżynierem, technikiem, szukającym defektu w ludzkiej maszynie i sposobów jej naprawienia<sup>8</sup>”. W pojęciu lekarzy często wytwarza się taki uproszczony schemat człowieka-maszyny, w którym nie ma miejsca na sprawy tak całkowicie niemierzalne, jak: ból, cierpienie, troska.

Marketing usług medycznych może zapewnić odtworzenie bardziej ludzkiego charakteru relacji lekarz-pacjent. Jeśli klient – pacjent może dokonać właściwej oceny jakościowej nabytej usługi, to maksymalizowanie korzyści nabywcy można uzyskać poprzez połączenie: jakości usługi – obsługi pacjenta – marketingowego oddziaływania, a te trzy elementy wyprowadza i stosuje marketing relacyjny.

W takiej sytuacji obsługa pacjenta staje się zadaniem, którego spełnienie możliwe jest dzięki relacjom powstającym między usługobiorcami a personelem. Ten wzajemny stosunek personelu medycznego z pacjentem powinien doprowadzić do takiego stanu, który byłby zgodny z oczekiwaniami klienta. Ponadto prawidłowa obsługa powinna uwzględniać reakcję na błędy, nie tylko te natury medycznej, ale także zaniedbania organizacyjne czy też niewłaściwe podejście do pacjenta. Zmianie więc powinny ulec relacje pomiędzy lekarzem a pacjentem tak aby poprzez zintegrowaną obsługę nabywcy (na gruncie marketingu relacyjnego) rozwinąć trwalsze więzi pomiędzy szpitalem a pacjentem, aby zmobilizować personel kontaktowy do uczynienia z nabywcy współtwórcy wartości usługi.

Niestety asymetria informacji i dotychczasowe działania lekarzy nie pozwalały na wypracowanie takich relacji, co gorsza do niedawna nie wzbudzały one kontrowersji w społeczeństwie, albowiem wynikały z praw przynależnych lekarzowi i z racji pełnionej przez niego roli<sup>9</sup>. Tylko lekarz posiadał w społeczeństwie oficjalnie uznaną umiejętność leczenia choroby, jako jedyny ekspert uprawniony do orzekania o zdrowiu i chorobie, przez co zajmował jedną z najwyższych pozycji w hierarchii społecznego uznania. Decyzje lekarza mogły zmienić także kwalifikacje różnych zachowań, np. w przypadku odpowiedzialności za dokonane przestępstwo. Brak potwierdzenia od lekarza stanu chorobowego odbierało również społeczną aprobatę i akceptację chorowania oraz mogło wpłynąć na zmianę statusu społecznego, np. w przypadku orzeczenia o chorobie psychicznej wymagającej odizolowania od reszty społeczeństwa. Orzeczenia lekarskie mogły także zapewnić specjalne przywileje: rentę, zwolnić z obowiązku pracy, odbywania służby wojskowej.

Jak wynika z powyższych rozważań, rola lekarza była dotychczas ogromna, a rola pacjenta – całkowicie bierna. To profesjonalista dokonywał wyboru, działał w imieniu i dla dobra pacjenta. Sytuacja daleko idącego podporządkowania pacjenta lekarzowi, ze względu na dobro tego pierwszego, jest określana przez socjologów jako relacja paternistyczna, a przez ekonomistów jako relacja „ustanowionego pełnomocnika”.

Początki prac badawczych na temat relacji pomiędzy lekarzami a pacjentami datuje się na połowę lat sześćdziesiątych XX wieku, kiedy to B. Korsch zainstalowała

<sup>8</sup> T. Kielanowski: *Renesans myśli moralnej w medycynie*. „Polski Tygodnik Lekarski” 1983, nr 33-34, s. 28.

<sup>9</sup> B. Tobiasz-Adameczyk, J. Bajka, G. Marman: *Wybrane elementy socjologii i zawodów medycznych*. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1996, s. 13 i 76.

w gabinetach przyjęć swojej kliniki pediatrycznej video<sup>10</sup>. Dzięki temu zostało sfilmowanych ponad 800 wizyt na podstawie, których analizowano stosunki lekarz-pacjent. Z nagrań wynikało, że wizyty u lekarzy miały charakter „oficjalny i informacyjny”. Badania potwierdziły hipotezę, że gdy wyniki kuracji są złe, lekarze odnoszą się do pacjentów w sposób negatywny (unikanie kontaktu wzrokowego, ostry ton głosu, krytyka, udzielanie minimalnych informacji i zadawanie wielu pytań, brak uśmiechu, brak wyrażającego życzliwość kontaktu fizycznego, skracanie wizyt itp.).

Relacje lekarz-pacjent są stosunkami społecznymi, które mogą się układać w sposób symetryczny lub asymetryczny. Występują one wówczas, gdy partnerzy reprezentują zróżnicowane siły lub, gdy jeden z partnerów dąży do dominacji nad drugim. Stosunki społeczne pomiędzy lekarzem a pacjentem można określić jako system unormowanych oddziaływań pomiędzy nimi, zachodzących na płaszczyźnie związanej z sytuacją zdrowotną pacjenta. Pacjenci wchodzą świadomie w określone stosunki i zależności społeczne, w trakcie których partnerzy starają się wzajemnie nakłonić do oczekiwanych zachowań<sup>11</sup>.

Mówiąc o relacji lekarz-pacjent należy podkreślić, iż te dwie strony mają wspólny cel, którym jest poprawa lub ochrona zdrowia pacjenta. Lekarz podchodzi do choroby w sposób obiektywny i naukowy, a pacjent subiektywnie z dużą dozą emocji. Celem działań lekarza jest rozpoznanie przyczyny, postawienie diagnozy i ustalenie przebiegu leczenia. Ze względu na to, że pacjent nie posiada wiedzy medycznej, za prawidłowy przebieg leczenia (czy też interakcji) obarcza się terapeutę. Od niego bowiem zależy, czy współpraca między nim a chorym będzie układać się harmonijnie, z korzyścią dla obu stron, czy też będzie pełna napięcie, stresów i nieporozumień. Aby tej ostatniej ewentualności uniknąć, lekarz powinien starać się zaspokoić oczekiwania pacjenta zarówno w sferze informacyjnej, jak i emocjonalnej. Jednym z nowych nurtów jest rozwój świadomości konsumenckiej. W wielu systemach opieki zdrowotnej orientacja ku konsumeryzmowi jest silna, co nieuchronnie wiąże się z przewyciężaniem starego podejścia paternistycznego. Wydaje się, że można mówić o kształtowaniu się pewnego syndromu „wyzwalania pacjenta”, w którym występują tendencje do zastępowania kategorii potrzeby przez kategorię popytu, a systemowego planowania przez alokację opartą na indywidualnych wyborach<sup>12</sup>.

Na zmianę zachowań nabywców i dostawców świadczeń wpływa przydatne pacjentowi prawo wyboru lekarza rodzinnego, lekarza specjalisty i szpitala. Pacjent, oprócz możliwości wyboru oczekuje wyczerpującej informacji, łatwiejszego dostępu do wyższej jakości świadczeń, wysokiej kultury ich realizacji. Ponadto korzysta z pomocy prawników, jeżeli znajdzie podejrzenie spowodowania uszczerbku na zdrowiu na skutek lekkomyślności lub niedbalstwa w leczeniu. Pacjenci oczekują od systemu wzrostu poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego, wydłużenia długości życia i poprawy jego jakości<sup>13</sup>. Optymalną sytuację, w której zarówno lekarz, jak i pacjent wykazują pełną zgodność w dążeniu do celu, jakim jest zdrowie, zakłada teoria T. Parsonsa. Taki

<sup>10</sup> B. Korsch, V. Negrete: *Doctor – Patient Communication*. Sci. Amor 1972, 227, s. 66-74. Za: T. Gordon, E.W. Sterling: *Pacjent jako partner*. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1999, s. 24-25.

<sup>11</sup> S. Kosiński: *Socjologia ogólna, zagadnienia podstawowe*. PWN, Warszawa 1989. Za: B. Tobiasz-Adameczyk, J. Bajka, G. Marman: *op.cit.*, s. 31.

<sup>12</sup> W.C. Włodarczyk: *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 1998, s. 26; M. Hebanowski, J. Kliszcz, B. Trzeciak: *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1999, s. 41-42.

<sup>13</sup> J.R. Luczak: *Lekarz rodzinny i jego pacjent w zmieniającym się otoczeniu*. „Zdrowie i Zarządzanie” 1999, nr 5, tom I, s. 11.

idealny model rzadko występuje w rzeczywistości. Na potencjalny konflikt zwrócił uwagę E. Freidson. Wskazał on na różnicę interesów, oczekiwań i wiedzy, jaka dzieli pacjenta-laika i lekarza-profesjonalistę. Uważa on, że zawsze istnieje między nimi potencjalny konflikt, który nazwał „zderzeniem perspektyw”<sup>14</sup>.

Oceniając charakter relacji lekarz-pacjent E. Emanuel i L. Emanuel przedstawiają cztery podstawowe modele<sup>15</sup>:

- model paternalistyczny, w którym lekarz decyduje, jaki sposób leczenia jest najodpowiedniejszy i stara się nakłonić pacjenta do wyrażenia zgody,
- model informacyjny, w którym lekarz jako ekspert-profesjonalista dostarcza stosownych informacji, a pacjent dokonuje wyboru metod leczenia,
- model interpretacyjny, w którym lekarz dostarcza informacji zarówno o stanie zdrowia pacjenta, jak o ryzyku i korzyściach związanych z różnymi sposobami leczenia; lekarz występuje tu zarazem w roli doradcy, pomagając pacjentowi w podejmowaniu decyzji, jak i trybu postępowania, który najbardziej odpowiada jego osobowości,
- model wspólnego naradzania się, w którym lekarz, występując w roli nauczyciela lub przyjaciela, rozpoczyna dialog z pacjentem, aby rozważyć wszystkie plusy i minusy różnych metod oraz wybrać najodpowiedniejszy sposób leczenia.

Za ostatnim modelem optuje A.B. Barbour<sup>16</sup>. Opisuje on model stosunków między pracownikami służby zdrowia a pacjentami, który nazywa modelem wzrostu troski o pacjenta. Za partnerstwem opowiada się także T. Quill, przyjmując w swoim modelu cztery założenia, a mianowicie<sup>17</sup>:

- a) każdy uczestnik procesu leczenia ponosi określoną odpowiedzialność,
- b) kontakty opierają się na obopólnej zgodzie i nie są obowiązkowe,
- c) istnieje wola negocjowania,
- d) każda ze stron musi odnieść jakąś korzyść z tych układów.

Innym podstawowym modelem relacji lekarz-pacjent są stosunki oparte na kryterium aktywności lub bierności partnerów (tabela 1). Aktywność-bierność to typowy przykład sytuacji, w której pacjent z racji swojego stanu (utrata przytomności, śpiączka, narkoza) jest bierny w działaniu. Kierowanie-współpraca to relacja, w której pacjent mimo choroby jest w pełni świadomy i może wypełniać wskazania lekarza. Lekarz oczekuje pełnego wykonania swoich zaleceń. Natomiast obopólne uczestnictwo odnosi się do sytuacji, w której pacjent sam prowadzi leczenie według ścisłych zaleceń lekarza i pod jego kontrolą (lub poprzez konsultacje). Ten typ interakcji występuje głównie w chorobach przewlekłych.

<sup>14</sup> T. Parsons: *The Social System*. The Free Press 1951; E. Freidson: *Dilemmas in the Doctor/Patient Relationship*. W: *A Sociology of Medical Practice*. Collier – MacMillan, Londyn 1975. Za: B. Tobiasz-Adameczyk, J. Bajka, G. Marman: *op.cit.*, s. 34.

<sup>15</sup> E. Emanuel, L. Emanuel: *Four Models of the Physician – Patient Relationship*, JAMA, 1992, s. 267. Za: T. Gordon, E.W. Sterling: *op.cit.*, s. 38.

<sup>16</sup> A. Barbour: *Humanistic Patient Care: A Comparison of the Decease Model and the Growth Model*. Za: T. Gordon, E.W. Sterling: *op.cit.*, s. 38.

<sup>17</sup> T. Quill: *Partnership in Patient Care: A Contractual Approach*. Ann. Int.Med. 1983, s. 239, Za: T. Gordon, E.W. Sterling: *op.cit.*, s. 39.

**Tabela 1.** Typy stosunku pacjent-lekarz

Typ stosunku	Rola lekarza	Rola pacjenta	Prototyp stosunku
<b>Aktywność-bierność</b>	Robi coś dla pacjenta	Przyjmuje apatycznie	Rodzic -niemowlę
<b>Kierowanie-współpraca</b>	Mówi pacjentowi, co robić	Współpracuje, jest posłuszny	Rodzic-dziecko
<b>Obopólne uczestnictwo</b>	Pomaga pacjentowi, żeby sobie pomógł sam	Partner	Dorosły-dorosły

**Źródło:** A. Ostrowska: *Rola pacjenta i lekarza: zmiany w scenariuszu*. „Studia Socjologiczne” 1981, nr 3 (82), s. 29.

Relację lekarz-pacjent można opisać także w kategoriach interakcji. Interakcja to społeczne działanie, w którym dwie osoby oddziałują na siebie za pośrednictwem komunikacji, modyfikując wzajemnie swoje zachowania. W takim ujęciu wyróżnia się cztery modele: model komunikacji, model społeczno-kulturowy, model medycznego przenoszenia oraz model przyjacielski<sup>18</sup>.

W modelu komunikacji (*the communication model*) stosunek lekarz-pacjent polega na wymianie, przekazywaniu i odbieraniu interakcji. Pacjent przekazuje informacje, wskazuje na dolegliwości, do czego lekarz ustosunkowuje się, wyrażając zainteresowanie. Następuje sprzężenie zwrotne, w którym reakcja jednej strony uwarunkowana jest reakcją drugiej. Postawa pacjenta wobec lekarza może być związana ze świadomością konieczności współpracy, odpowiadania na zadawane pytania oraz podawania dodatkowych informacji. Może również wyrażać się unikaniem odpowiedzi, brakiem precyzji w wypowiedziach, brakiem gotowości współpracy.

Model społeczno-kulturowy (*the socio-cultural model*) wynika z tego, że lekarz i pacjent nie spotykają się w pustce społecznej, ale obaj zajmują określone pozycje w społeczeństwie, w którym interakcje społeczne regulowane są przez normy kulturowe. Rola społeczna lekarza wyznacza jego pozycję społeczną poprzez autorytet i władzę, jaką posiada oraz całkowite poświęcenie się pacjentom. Rola lekarza zależy od takich kulturowych wartości, jak: znaczenie życia i śmierci (np. postawy wobec aborcji, eutanazji), rozumienie choroby oraz możliwość wyboru leczenia (np. dostęp do leczenia szpitalnego). Rola pacjenta ma bardziej dwuznaczny charakter. Bycie chorym oznacza wyłączenie się z normalnego rytmu życia, ale też wiąże się z pewnymi przywilejami, np. większą troską i opieką ze strony otoczenia, przyzwoleniem na zwolnienie z pewnych obowiązków. Ważne jest, aby lekarz w swoich zachowaniach wobec pacjenta kierował się jego pozycją społeczno-ekonomiczną (niemniej jednak takie czynniki, jak: wiek, płeć, sytuacja rodzinna mogą w istotny sposób warunkować postawy lekarza wobec pacjenta). Znaczenie jednak może mieć odniesienie do określonej klasy społeczno-ekonomicznej. Uważa się, że osoby należące do niższych klas społecznych charakteryzują się tym, że częściej wyrażają swoje problemy psychologiczne niż dolegliwości fizyczne. Na przykład, pacjenci leczenia psychiatrycznie wywodzący się z wyższych klas społecznych doświadczają więcej

<sup>18</sup> R. A. Pierloot: *Different Models in the Approach to the Doctor – Patient Relationship*. „Psychother Psychosom” 1983, nr 39, s. 213-224, za: Za: B. Tobiasz-Adamczyk, J. Bajka, G. Marman: *op.cit.*, s. 45.

pomocy o charakterze psychoterapeutycznym, podczas gdy pacjenci z niższych klas społecznych w wyższym stopniu poddawani są terapii farmakologicznej.

Model medycznego przenoszenia (*the model of medical transference*) jest nawiązaniem do koncepcji Freuda w myśl której, manifestacja zachowań pacjenta wobec terapeuty jest w większym lub mniejszym stopniu manifestacją uczuć i doświadczeń z okresu dzieciństwa. Spotkania lekarza z pacjentem zawierają w sobie pewne charakterystyczne elementy odpowiadające koncepcji przenoszenia. Relacja ta jest asymetryczna, a lekarz demonstruje wobec pacjenta swój autorytet, siłę i przewagę. Ze względu na charakter relacji chory-lekarz można wyróżnić następujące typy pacjentów: osoby odznaczające się brakiem zaufania do lekarza, pacjentów pasywnych, manifestujących przesadnie oczekiwanie pomocy i wsparcia oraz pacjentów wyrażających w sposób agresywny swoje potrzeby, domagających się ich realizacji, dążących do dominacji. Spotyka się także pacjentów chcących wszystko kontrolować i racjonalizować, chorych wyrażających swą narcystyczną samowystarczalność i zachowujących się w sposób arogancki. Wiedza ta może sprzyjać bardziej efektywnym kontaktom z chorymi.

Model przyjacielski (*the model of human encounter*) to wzajemne spotkanie pacjenta i lekarza, które następuje w sytuacji potrzeby szukania pomocy. W tym przypadku dochodzi do konfrontacji z podstawowym zjawiskiem charakterystycznym dla kontaktów międzyludzkich, tj. nawiązania między lekarzem i pacjentem stosunków przyjacielskich. Niemniej pomimo spotkania „twarzą w twarz” specyfika relacji lekarz-pacjent może nie sprzyjać nawiązaniu więzi osobistych, albowiem odczuwalna jest potrzeba dystansu. Zdarzają się jednak i takie sytuacje, w których lekarz rezygnuje ze swojej uprzywilejowanej pozycji i podchodzi do swojej roli z pozycji takiego samego człowieka jak jego pacjent. Tak rozumiana postawa lekarza wobec pacjenta przybiera postać działań psychoterapeutycznych i jest możliwa, jeżeli lekarz połączy swoją profesjonalną wiedzę z pełnym humanizmem traktowaniem pacjenta na zasadzie partnerstwa. Model ten ma szczególne zastosowanie w odniesieniu do relacji z nieuleczalnie chorymi, w chorobach przewlekłych, w stosunku do osób niepełnosprawnych i skazanych na nieuniknioną śmierć oraz w wielu innych sytuacjach związanych ze stresem.

Relacje lekarz-pacjent uzależnione są przede wszystkim od osób wchodzących w ten układ, jednostki chorobowej, wieku, płci, przynależności do określonej klasy społecznej itd. Przykładowo, wiek chorego jest ważnym czynnikiem determinującym proces komunikacji. W przypadku dziecka należy uwzględnić niedojrzałość jego osobowości i małą odporność na stres. Problemem jest nie tylko niezrozumienie treści przekazywanych informacji przez dziecko, ale także opanowanie niepokoju rodziców, a szczególnie matek. Nadopiekuńcze postawy rodziców połączone z elementami lękotwórczymi mogą stwarzać atmosferę niezrozumienia, a niekiedy mogą przyczynić się do postawienia nieprawidłowej diagnozy.

Inaczej zupełnie należy postępować z pacjentem w wieku podeszłym. Komunikacja z chorym w podeszłym wieku zdeterminowana jest przez wiele czynników, z których najważniejszym jest starzenie się układu nerwowego wymagającego silniejszego bodźca i mającego dłuższy czas reakcji. Konsekwencją tego jest pogorszenie się wzroku, słuchu, pamięci, wolniejszy tok myślenia i spostrzegania<sup>19</sup>. Zmiany te

<sup>19</sup> Osoby powyżej 65 roku życia w 26% mają problemy ze słuchem, w 93% używają szkieł korekcyjnych, do 30% osób po 80 roku życia ma trudności z rozpoznaniem substancji za pomocą węchu, u ponad połowy osób po 70 roku życia



w obrębie układu nerwowego hamują proces komunikacji i mogą powodować u pacjentów<sup>20</sup>:

- a) nieufność i podejrzliwość, związane z trudnościami ustroju do przystosowania się; pacjent staje się nerwowy, nieporadny, pełen obaw i niepokojów,
- b) nastawienie hipochondryczne – myślenie o dolegliwościach, wyolbrzymianie ich i upatrywanie w nich objawów śmiertelnej choroby,
- c) nastawienie euforyczne, przeciwstawne do poprzedniego; osoby takie cechuje wzmożone dobre samopoczucie, co przejawia się w przechwalaniu się urojonymi możliwościami i celowym ukrywaniem dolegliwości; ucieczka w udawanie często ma negatywne konsekwencje, bo utrudnia wykrycie groźnej choroby,
- d) życie przeszłością występujące u ludzi, dla których starość jawi się jako okres ciemny, trudny, smutny; przeszłość jest dla nich czasem sukcesów, szczęścia, kiedy wszystko było lepsze, piękniejsze, dlatego często do niej uciekają, fantazując.

Zupełnie innym przypadkiem jest interakcja z człowiekiem bliskim śmierci, któremu towarzyszy lęk komunikacyjny, determinowany zwykle częstotliwością i długością kontaktów, nasyceniem rozmów o tematyce śmierci i pogrzebu oraz jakością niedopowiedzeń dotyczących stanu zdrowia i rokowań. J. Kurkowski w swojej książce przytacza fragment publicznego listu napisanego przez członka zespołu hospicyjnego, który doskonale obrazuje tę relację, tym razem ze strony chorego:

„...Medycyna traktuje często zgon pacjenta jako swoistą porażkę. Lekarzy nie przygotowano w czasie studiów do trudnych, lecz koniecznych rozmów z pacjentami, a psychologowie nie radzą sobie z depresją chorego na raka. Wszyscy coś udają, uśmiechają się sztucznie, bagatelizują sprawę, a chory zostaje sam ze swym strachem, obrachunkiem życia, bez pomocnej dłoni. Gdy pod koniec 1989 roku odkryto u mnie guza, zwołano nade mną konsylium, a wianuszek lekarzy pogadywał sobie po łacinie, po czym zaproponowano mi operację, twierdząc, że jest konieczna. Przypadek mój zaciękał lekarzy i zaczęto mnie samą traktować jak „przypadek”, a nie jak człowieka, którego należy poinformować, zwłaszcza, że tego oczekiwałam. Odesłano mnie – po operacji – do Centrum Onkologii, gdzie zostałam poddana kolejnym badaniom. Na żadne moje pytanie nie otrzymałam rzetelnej odpowiedzi. Skierowano mnie na chemioterapię. Lekarka kierująca mnie na ten ciężki przecież zabieg, powiedziała tylko: „włoski pani wyjdą.” Mam żal do lekarzy, że nie chcieli potraktować mnie poważnie (...). Uczmy studentów medycyny prawdy o człowieku – pacjencie, że przede wszystkim on ma prawo znać prawdę o sobie, a zwłaszcza wtedy, gdy tego chce, gdy prawda pozwoli mu podjąć walkę lub godnie zejść z tego świata”<sup>21</sup>.

E. Kübler-Ross wyróżnia następujące sposoby reagowania, jakie mogą wystąpić u takiej grupy pacjentów<sup>22</sup>:

- a) zaprzeczenie i izolacja („mnie to nie dotyczy”),

nie funkcjonują kubki smakowe. U osób po 60 roku życia wzrasta próg percepcji dotykowej. Por. A.J. Davis: *Listening and responding*. The C.V.Mosby Company St.Louis, Toronto 1984. Za: M. Hebanowski, J. Kliszcz, B. Trzeciak: *op.cit.*, s. 81.

<sup>20</sup> M. Hebanowski, J. Kliszcz, B. Trzeciak: *op.cit.*, s. 81.

<sup>21</sup> B. Niemczewska: *List do „Gazety Wyborczej” z dnia 28 grudnia 1992*. Za: J.L. Kurkowski: *Człowiek i medycyna. Pieniądże albo życie*. Wyd. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 1997, s. 20.

<sup>22</sup> M. Wiewiórkowska: *Humanistyczna teoria działania społecznego w zastosowaniu*. UMCS, Lublin 1986; A. Głowacka: *Etyka pielęgniarstwa w opiece paliatywnej*. W: II Ogólnopolska Konferencja Medycyny Paliatywnej, Hospicjum 2002, luty 2002, Toruń, s. 22-23.

- b) złość (gniew skierowany do Boga i wszystkich wokół, przejawiający się w pytaniu „dlaczego właśnie ja?”),
- c) negocjacje – targowanie się, pogodzenie się pacjenta z aktualnym stanem, ale oczekiwanie oddalenia śmierci („trudno niech będzie, ale pragnę jeszcze ...”),
- d) depresja – zmęczenie chorobą i świadomością śmierci, może wyrażać poczucie straty lub winy,
- e) akceptacja – pogodzenie się, spokojne oczekiwanie na śmierć, stan, w którym zniknął ból, nastąpiło uspokojenie.

W relacji z pacjentem umierającym zadaniem lekarza jest ułatwienie choremu odnalezienie własnego sposobu na pogodzenie się z losem, który go czeka<sup>23</sup>. Przynosząc taką pomoc, której pragnie umierający, odwiedziny lekarza stają się przeżyciem pozytywnym i podnoszącym na duchu. Stwarzają prawdziwą bliskość i umacniają kontakt z chorym.

Nieco inaczej wyglądają relacje z pacjentami z grupy simplicissimus, często pochodzącymi z marginesu społecznego. Szczególne są również kontakty z pacjentami uzależnionymi od nikotyny, alkoholu, narkotyków czy chorymi na AIDS. Zwłaszcza w tym ostatnim przypadku zwraca się uwagę na postawy lekarza, który powinien podchodzić do chorego z optymizmem, nadzieją i pozytywną siłą emocjonalną. Pacjent przyjmując tę postawę może poprawić swój stan zdrowia<sup>24</sup>.

Na relację między pacjentem a lekarzem oddziałują także czynniki stresorodne po stronie chorego. Na podstawie licznych badań A.J. Davis przytacza skalę stresu opracowaną po przeprowadzeniu obserwacji wśród przewlekle chorych, hospitalizowanych, która składa się z 49 pozycji uszeregowanych zgodnie ze wzrostem siły oddziaływania<sup>25</sup>. Czynniki najmniej stresującymi (uszeregowane w sposób rosnący) są:

- a) spanie z osobami obcymi w tej samej sali,
- b) jedzenie posiłków w porze innej niż zazwyczaj,
- c) konieczność spania w nie swoim łóżku,
- d) przymus noszenia odzieży szpitalnej,
- e) obecność aparatury medycznej itp.

Czynniki najbardziej stresujące to (uszeregowane w sposób rosnący):

- myśl o utracie słuchu,
- świadomość poważnej choroby,
- myśl o utracie nerki lub innego organu,
- myśl o chorobie nowotworowej,
- myśl o utracie wzroku.

Podsumowując powyższe rozważania należy podkreślić, iż w oczekiwaniach pacjentów w stosunku do lekarzy można wyodrębnić dwa kierunki. Chory oczekuje od profesjonalistów umiejętności, fachowej wiedzy oraz życzliwości i zainteresowania. Niezadowolone pacjentów może ograniczyć wolę podporządkowania się reżimowi

---

<sup>23</sup> J. Kliszcz, B. Trzeciak: *Komunikacja w relacji lekarz – pacjent*. Materiały pomocnicze dla studentów, Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk 1998; W. Osiatyński: *Zrozumieć świat*. Czytelnik, Warszawa 1998. W. Osiatyński przytacza wypowiedź lekarza chirurga M. Wita-Rzepeckiego: „Często mówi mi młody lekarz, że chory umarł, że zrobił to i to, przeprowadził takie a takie zabiegi, ale stan był beznadziejny. A ja go wtedy pytam: A czy siadł pan koło niego, wziął go za rękę, potrzymał chwilę, zapytał czy dzisiaj dostał list – No nie, nie miałem czasu. – No widzi Pan, to trzeba było połowy tamtych rzeczy nie robić, bo to ważniejsze, on tego bardziej potrzebował.”

<sup>24</sup> Wiąże się to z umocnieniem systemu immunologicznego.

<sup>25</sup> A.J. Davis: *op.cit.*, s. 72-74.

leczenia, wydłużyć okres rekonwalescencji i zwiększyć liczbę błędów po stronie lekarzy. Coraz powszechniejsze są więc skargi na złe kontakty z personelem, niezrozumienie żargonu medycznego, brak zainteresowania chorym, patrzenie na pacjenta jedynie jak na zbiór organów, narządów, a nie jak na człowieka. Jak podkreśla J. Kurkowski, fantastyczny rozwój nauk medycznych i techniki umożliwia ingerencję w najbardziej niegdyś niedostępne i uznawane za intymne sfery ludzkiego ciała oraz psychiki. Daje to szansę naprawienia tego, co było chore i nieuleczalne. Jednak równocześnie agresywnością metod i brakiem ogólnej zdolności przewidywania skutków takich działań stwarza zagrożenie dla ludzkiego bytu. Właśnie w tych najbardziej obiecujących, ale i rynkowych sytuacjach, wynikających z postępu naukowo-technicznego, odpowiedzialność i jakość rozmywa się, a obawa przed nimi generuje koszty i nakłady. W tak nabrzmiałej konfliktem i napięciem sytuacji uświadomiono sobie, że kluczem do poprawy dwustronnej relacji lekarz-pacjent jest etyka lekarska<sup>26</sup>. Co się bowiem stało ze wspaniałym i tajemniczym misterium spotkania lekarza z pacjentem, w trakcie którego bezgranicznemu zaufaniu pacjenta towarzyszyły niekwestionowana kompetencja i mądrość lekarza? W książce „Medycyna. Problemy i interesy”<sup>27</sup> J. Kurkowski daje wskazówkę dla lekarzy: niby wszyscy o tym wiemy, że to nie ludzki żołądek, wątroba lub trzustka zwraca się do nas ze skargami, że to nie one cierpią, lecz człowiek i na nim należy skupiać uwagę oraz działania, nielatwo jednak zmieniać schematy postępowania, zmieniać samych siebie<sup>28</sup>.

Znaczenie sfery interakcji pacjent-lekarz w marketingu relacyjnym jest nie do przecenienia, nie ma bowiem nic ważniejszego. Jak podkreśla R. Normann, działalność usługowej nie znamionuje ani intensywne wykorzystanie kapitału, ani nawet intensywne wykorzystanie personelu, lecz intensywność zaangażowania, osobowość pracowników zatrudnionych w świadczeniu usług<sup>29</sup>. Oznacza to, że jakość wykonania i poziom obsługi będzie przede wszystkim wynikiem zachowania się personelu w danej specyficznej sytuacji. Charakter relacji, jak również krytycyzm klientów, powodują, iż usługobiorca potrafi świetnie i bezbłędnie wyczuć, w jakim stopniu wykonujący usługę angażuje się w wykonanie swej roli. Pacjent dokonuje tej oceny wchodząc w świadome relacje z reprezentantem usługodawcy w fazie świadczenia usługi (pacjent doświadcza momentów prawdy). Dlatego też lekarze powinni być jak najmniej absorbowani funkcjami administracyjno-zarządczymi, co nie powinno jednak wykluczać kierowania się w zarządzaniu poszczególnymi komórkami organizacyjnymi zasadami racjonalnego gospodarowania.

Ze względu na ważność relacji zachodzących pomiędzy personelem medycznym a pacjentami, personel powinien być przygotowany marketingowo tak, aby w trakcie świadczenia usługi realizować „promocję bezpośrednią”.

<sup>26</sup> J.L. Kurkowski: *Medycyna. Problemy i interesy...*, s. 70-71.

<sup>27</sup> *Ibidem*, s. 25.

<sup>28</sup> J.L. Kurkowski: *Człowiek i medycyna...*, s. 14.

<sup>29</sup> R. Normann: *Service Management, Strategy and Leadership in Service Business*. John Wiley&Sons, 1991, s. 17-18.  
Za: K. Rogoziński: *Nowy marketing usług...*, s. 114.

## **THE IMPORTANCE OF RELATIONSHIP MARKETING IN DOCTOR - PATIENT COMMUNICATION**

### **Summary**

The relationship marketing, which puts interpersonal relations first, makes it clear that there is a need for partnership, which would be almost symmetrical between sides (service provider and service buyer, between employees inside of an organization etc.) In medical services achieving partnership has become possible due to treating patients in such a way that they become the subject of service relation. The condition of changing the relation's character is introduction of patient's rights, since with those rights patients become not only customers, but also they have an opportunity to establish partnership relation with service provider, commonly clarifying the order and engaging themselves in making it.