



Przytul ją

<https://doi.org/10.18778/2300-1690.16.05>

# ***Model systemowo-partnerski w relacji personel medyczny – pacjent obcokrajowiec. Możliwości versus bariery***

KATARZYNA PAWLAK-SOBCZAK  
UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

## **Abstrakt**

Coraz częściej podkreśla się odejście od tradycyjnych, paternalistycznych modeli opartych o dominującą, autorytarną pozycję specjalisty na rzecz partnerstwa i współpracy. Nowoczesne modele zwracają uwagę na współuczestnictwo pacjenta w procesie diagnostyki i leczenia oraz jego współodpowiedzialność za skutki terapii. Komunikacja powinna mieć charakter dwukierunkowy i opierać się na zasadzie porozumienia. Personel medyczny staje w roli doradcy i przewodnika, a nie autorytarnego kierownika. Pacjent ma wolność decydowania, podkreśla się jego prawa, autonomię i godność. Zwraca się również uwagę na duże znaczenie rodziny chorego w procesie diagnostyki i leczenia.

W praktyce nie zawsze zalecenia te są respektowane. Tym trudniejsze wydaje się realizowanie tzw. modelu systemowo-partnerskiego, gdy owym partnerem ma być cudzoziemiec. Choć europejskie i krajowe akty prawne opisujące prawa obcokrajowca w Polsce do korzystania z opieki zdrowotnej podkreślają, iż posiadanie ważnego na terenie naszego kraju ubezpieczenia stanowi gwarancję równości w dostępie do usług zdrowotnych i ich jakości, to praktyka wskazuje na liczne bariery w tym zakresie poczynając od problemów językowych, a skończywszy na osobistych uprzedzeniach personelu medycznego.

Celem artykułu jest charakteryzowanie owych barier, a także próba odpowiedzi na pytanie czy i pod jakimi warunkami możliwa jest relacja partnerska w komunikacji personel medyczny – pacjent obcokrajowiec.

## **Słowa kluczowe:**

relacja personel medyczny – pacjent, model partnerski, obcokrajowiec.

## Wprowadzenie

Transformacja ustrojowa, przystąpienie Polski do grupy Wyszehradzkiej, a potem Unii Europejskiej ułatwiło nie tylko Polakom podróżowanie za granicę, ale także zachęciło obcokrajowców do przybywania do Polski. Systematyczny wzrost liczby cudzoziemców sprawia, że coraz częściej będzie dochodzić do sytuacji, w której imigranci będą musieli skorzystać z opieki zdrowotnej (Ślifirczyk, 2019). I choć według prawa zarówno europejskiego, jak i krajowego, po spełnieniu określonych w przepisach warunków (dotyczących ubezpieczenia), cudzoziemcy mają zagwarantowaną równość w dostępie do usług zdrowotnych (Maśliński, 2011; Ministerstwo Zdrowia 2020), to w praktyce zasada ta jest zadeklarowana nierzadko tylko *na papierze*. Obcokrajowcy doświadczają licznych trudności w zakresie korzystania z opieki zdrowotnej, które wpływają także na model budowanej relacji między pacjentem a specjalistą (Jabłocka, 2012).

Coraz częściej w relacji personel medyczny – pacjent podkreśla się konieczność odejścia od tradycyjnych, paternalistycznych modeli opartych o dominującą, autorytarną pozycję specjalisty na rzecz partnerstwa i współpracy, zaznaczając liczne korzyści płynące z takiej zmiany (Maciąg, 2011; Ostrowska, 2006; Wroński, Bocian, Depta, Cywiński, Dziki, 2009; Gajewski, 2005). Nowoczesne modele zwracają uwagę na współuczestnictwo pacjenta w procesie diagnostyki i leczenia oraz jego współodpowiedzialność za skutki terapii. Komunikacja powinna mieć charakter dwukierunkowy i opierać się na zasadzie porozumienia. Personel medyczny staje w roli doradcy i przewodnika, a nie autorytarnego kierownika. Pacjent ma wolność decydowania, podkreśla się jego prawa, autonomię i godność. Zwraca się również uwagę na duże znaczenie rodziny chorego w procesie diagnostyki i leczenia (Zembala, 2015). W praktyce jednakże zadanie

budowania partnerskich relacji między personelem medycznym a pacjentem wydaje się być nierzadko bardzo trudne. Mimo dużej ilości publikacji na ten temat, szkoleń i warsztatów pokazujących techniki zarówno w zakresie mowy werbalnej, jak i niewerbalnej, skuteczniających komunikację interpersonalną, przekonanie do modelu partnerskiego i częstotliwość jego stosowania wydaje się ciągle niezadawalająca (Wagner, 2015; Dąbrowska, 2008). Zbyt często nadal panuje przekonanie, że do postawienia właściwej diagnozy i skutecznego leczenia chorego nie potrzeba, lub w bardzo niewielkim zakresie, udziału pacjenta (Zembala, 2015). Pomija się jego sferę psycho-społeczną koncentrując się, zgodnie z paradygmatem biomedycznym, jedynie na fizycznej (Williams, Weinmen, Dale, 1998). Rzeczywistość zaś dostarcza nowe przykłady łamania praw pacjenta, lekceważącego podejścia do chorego i jego potrzeb oraz obaw (Klorek, 2011; Collantes, 2011).

Trzeba jednak podkreślić, że budowanie relacji partnerskich wymaga zaangażowania i otwartości obu stron. Choć zachowanie personelu medycznego ma ogromny wpływ na budowanie relacji, to postawa pacjenta nie jest tu bez znaczenia. Agresywne zachowania, podważanie kompetencji specjalisty, roszczeniowość, brak szczerości, zatajanie istotnych informacji nie sprzyjają budowaniu relacji opartej na partnerstwie, otwartości i współpracy (Konopka, 2016). Do tego dochodzą jeszcze kwestie związane z barierami komunikacyjnymi (powiązanymi między innymi z poziomem wykształcenia), umiejętnością radzenia sobie ze stresem, cechami demograficznymi pacjenta, modelem socjalizacyjnym, wyobrażeniami o roli specjalisty itd. (Synowiec-Piłat, 2002). Jeszcze trudniejsze wydaje się realizowanie modelu partnerskiego, gdy owym partnerem ma być cudzoziemiec. Sytuacja taka dostarcza bowiem jeszcze większej ilości barier, począwszy od problemów językowych, a skończywszy

na osobistych uprzedzeniach personelu medycznego, które będą utrudniały tworzenie relacji współpracy, współdziałania i równości (Jaroszevska, 2019; Mińkowska, 2010; Kiszka, Ozga, Mach, Krajewski, 2018).

Celem głównym artykułu jest charakteryzowanie owych barier, a także próba odpowiedzi na pytanie czy i pod jakimi warunkami możliwa jest relacja partnerska w komunikacji personel medyczny – pacjent obcokrajowiec.

## Ewolucja w modelach relacji personel medyczny – pacjent

Naukowe modele zdrowia i choroby skupiają się współcześnie w dużej mierze na dwóch podejściach określanych jako paradygmat biomedyczny i holistyczny (Capra, 1987; Sęk, Ścigała, Pasikowski, Beisert, Bleja, 1992; Dolińska-Zygmunt, 1996). Ten pierwszy *powstał pod wpływem pozytywistycznego wzorca poznania naukowego opartego na filozofii kartezjańsko-newtonowskiej, co znalazło swoje odzwierciedlenie w mechanistycznej wizji rzeczywistości* (Ślusarska, Dobrowolska, Zarzycka, 2013, s. 667). Kartezjańska idea człowieka podkreślała dualizm umysłu i materii. W odróżnieniu od Arystotelesa, który definiował człowieka, jako istotę składającą się z duszy i ciała (formy), Kartezjusz *zakładał, że człowiek jest myślącym umysłem oraz, że materia jest rozciągłością w ruchu (...)* tym samym *istotę ludzkiego bytu stanowi umysł* (Woźniak, Brukwicka, Kopański, Kollar, Kollarova, Bajger, 2015, s. 10). Ciało zaś porównywał do maszyny składającej się z przeróżnych układów i części. Konsekwencją takiego stanu rzeczy było traktowanie zdrowego człowieka jak dobrze funkcjonującej – pod względem mechanicznym – maszyny, chorego zaś jak urządzenia pracującego w sposób nieprawidłowy. Idea Kartezjusza stała się inspiracją i podstawą XVII-wiecznej nauki, opartej na wyobrażeniach przyrody jako doskonałej maszyny, zaś Izaak

Newton *człowiekiem dopełniającym rewolucję naukową Kartezjusza (...), który rozwinął matematyczne sformułowanie mechanistycznej teorii przyrody* (Ślusarska, Dobrowolska, Zarzycka 2013, s. 668). Newtonowska teoria świata stała się fundamentem wielu dziedzin nauk, w tym nauk biologicznych i medycznych. Odkrycia dokonane między innymi przez Kocha czy Pasteura, poznanie funkcji biologicznych na poziomie komórkowym, ustalenie związku przyczynowo-skutkowego między działaniem wirusów, bakterii, istnieniem stanu niedoboru witamin a występowaniem chorób, doprowadziło do skoncentrowania się jedynie na biochemicznych przyczynach dolegliwości z pominięciem sfer psychicznej, społecznej i behawioralnej. W modelu biomedycznym odrzucono *interakcje czynników fizycznych, psychicznych, społecznych, których dopiero sumaryczny efekt może doprowadzić do pełni zdrowia lub choroby* (Woźniak, Brukwicka, Kopański, Kollar, Kollarova, Bajger, 2015, s. 11). Przyczyn pojawienia się choroby upatrywano jedynie w zaburzeniach procesów biologicznych organizmu, które prowadziły do odstępstw od normy, a więc nieprawidłowości w funkcjonowaniu między układami czy narządami ludzkiego ciała.

Kluczowe w modelu biomedycznym było również zastosowanie terminu *norma* w odniesieniu do zdrowia. Po pierwsze skutkowało to postrzeganiem zdrowia jako stanu braku choroby, a więc zakładano całkowitą rozłączność zdrowia i choroby. Po drugie prowadziło to do przekonania, iż zdrowie można scharakteryzować statystycznie. Statystyka, stając się podstawowym narzędziem badawczym zdrowia i choroby, w sposób istotny wpływała również na decyzje związane z procesami terapeutycznymi i przewidywaniami dotyczącymi dalszych sposobów normalizowania stanu chorego. Co więcej doprowadziła do koncentrowania się jedynie na symptomach choroby, redukując w sposób istotny

znaczenie samego człowieka (Aleksandrowicz, 1972). Model biomedyczny oparł się na mechanistycznej i redukcjonistycznej wizji człowieka przyrównującej jednostkę do skomplikowanej, składającej się z wielu elementów maszyny, którą w razie awarii można naprawić. Choć takie spojrzenie przyczyniło się do rozwoju wiedzy na temat budowy ciała ludzkiego i jego funkcji, istniejących patologii oraz metod leczenia (Ostrowska, 1997), to jednocześnie w sposób istotny wpłynęło na relację pomiędzy pacjentem a lekarzem. Zadaniem tego pierwszego było bierne poddawanie się działaniom medycznym, bez możliwości wpływania na decyzje podejmowane w procesie leczenia. Biomedyczny model podkreślał znaczenie personelu medycznego jako jedynej aktywnej strony w relacji, której zadaniem była naprawa ciała pacjenta, a dokładnie koncentracja tylko na nieprawidłowo funkcjonującej części z pominięciem wymiaru całościowego (Dobrowolska 2010; Czarnecka, 2008). Tym samym model biomedyczny charakteryzował się zarówno jednowymiarowością (ograniczenie do sfery biologicznej), jak i jednopoziomowością (koncentracja na pojedynczym układzie/organie, którego funkcjonowanie odbiega od przyjętej normy). Dominował w nim scjentyzm naukowy, a więc wiara w moc medycyny i obiektywne kryteria, a także dominacja chemicznych sposobów leczenia. Charakterystyczny był również lekarski monopol na wiedzę o zdrowiu przekładający się na dominującą i autorytarną rolę personelu medycznego w relacji z pacjentem.

Słabości i ograniczenia modelu biomedycznego stały się widoczne w XX wieku, szczególnie na tle przemian w sferze zdrowotnej jakie zachodziły przede wszystkim w społeczeństwach rozwiniętych. Poznanie przyczyn wielu chorób, kluczowe odkrycia w zakresie medycyny, w tym wynalezienie penicyliny oraz masowe szczepienia, skutkowały wyraźnym wydłużeniem się życia ludzkiego i zmieniły

sytuację epidemiologiczną. Dominującym problemem dla rozwiniętych społeczeństw stały się choroby przewlekłe i dolegliwości wieku podeszłego. Zmiany te doprowadziły do nowych problemów jakościowych w obszarze opieki zdrowotnej związanych między innymi z kosztami nowych technologii medycznych, zdrowotnymi kosztami bezrobocia i biedy oraz zjawiskiem określanym jako anomalia Cochrane'a, związanym z brakiem widocznej poprawy stanu zdrowia populacji mimo zwiększonych nakładów finansowych na medycynę naprawczą.

Na gruncie krytyki biomedycznego modelu, a także przemian zachodzących w sferze zdrowotnej społeczeństw XX wieku, rozwinął się model holistyczny. Nowy paradygmat oparty został na systemowym spojrzeniu na rzeczywistość oraz idei renesansowego humanizmu. Należy jednak podkreślić, że jego inspiracje sięgają jeszcze tradycyjnej medycyny dalekowschodniej (przede wszystkim chińskiej) oraz koncepcji Hipokratesa, który twierdził, że stan organizmu uzależniony jest od czterech podstawowych soków zwanych humorami: czarnej żółci, krwi, żółci i śluzu. Brak równowagi pomiędzy tymi substancjami był według Hipokratesa uzależniony od stanu równowagi człowieka ze środowiskiem i miał prowadzić do choroby (patologii humoralnej) (Wojnarowska, 2013; Korporowicz, 2006).

Współcześnie rozwinięciem teoretycznym holistycznej idei jest ogólna teoria systemów (Bertalanffy, 1968), która jest próbą oglądu zjawisk naturalnych jako hierarchii systemów, z których każdy jest jednocześnie częścią większego systemu i zbiorem systemów podrzędnych. Równocześnie każdy podsystem jest względnie autonomicznym organizmem, który posiada własne niezależne właściwości całości, jak również zależne właściwości części (Ślusarska, Dobrowolska, Zarzycka 2013, s. 670). W myśl tej idei organizmy żywe są podsystemami szerszego systemu, a ich funkcjonowanie należy

rozpatrywać w powiązaniu z otoczeniem, w którym żyją.

Model holistyczny, wprowadził systemową wizję, w której człowiek jest elementem całości złożonej z różnych wymiarów w tym: fizycznego, psychicznego, społecznego, duchowego i kulturowego. Założył, że choć organizm ludzki składa się z różnych podsystemów (części) tworzy jeden wielki układ, same zaś jego części są ze sobą ściśle powiązane i od siebie zależne. Co więcej sam organizm człowieka postrzegany jest w tym modelu jako składowa większych systemów, z którymi wchodzi w współzależności. Rozwiązywanie problemów zdrowotnych wymaga uwzględnienia owych relacji. Człowiek nie jest bowiem oderwanym od środowiska elementem, a częścią systemu. Tym samym, oprócz sfery biologicznej, model holistyczny założył otwarcie się na wiele czynników pozabiologicznych.

Model holistyczny odrzucił kategoryczne przeciwstawienie zdrowiu choroby, definiując zdrowie w kategoriach dynamicznej równowagi. Przyjmując zaś, że każdy system ma zdolności samoregulacji pozwalającej na uzyskanie równowagi funkcjonalnej założył, iż choroba to wynik utraty zdolności przywracania równowagi i integracji organizmu w wymiarach: biologicznym, społecznym i psychologicznym. Odzwierciedleniem powyższej idei jest definicja zdrowia zapisana w 1946 roku w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, a głosząca, iż zdrowie jest stanem pełnej pomysłowości fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności (WHO, 1948, poz.477). Definicja ta, choć zarzuca się jej między innymi niejasność w określeniu dobrostanu, niekompletność związaną z pominięciem wymiaru duchowego i kulturowego, czy utopijność w założeniach możliwości osiągnięcia pełnego zdrowia przez większość ludzi (Wojnarowska 2013; Niżnik 2004), wyraźnie podkreśla wielowymiarowość pojęcia zdrowia, dopuszcza subiektywną ocenę (samopoczucie)

oraz odrzuca charakterystyczne dla paradygmatu biomedycznego rozłączności zdrowia i choroby.

Model holistyczny charakteryzuje się więc wielowymiarowością (uwzględniając sfery biologiczną, psychospołeczną, kulturową i duchową) i wielopoziomowością (biorąc pod uwagę na przykład środowisko rodzinne lub lokalne chorego). Jednocześnie bazując na właściwościach systemów – człowiek jako autonomiczny i dynamiczny element szerszych struktur rzeczywistości stanowi o swej odrębności wyrażonej w podmiotowości. To zarazem stanowi o istocie człowieka zdolnego do przeżywania i uświadamiania swojego istnienia (Ślusarska, Dobrowolska, Zarzycka 2013, s. 670), ale także do kierowania swoim życiem i przewidywania konsekwencji swoich zachowań (Dolińska-Zygmunt, 2000; Heszen-Niejodek, 1992). Tym samym model holistyczny zmienił rolę pacjenta w procesie leczenia. Odrzucając uprzedmiotowienie i depersonalizację, będące konsekwencją modelu biomedycznego, przywrócił jednostce podmiotowość i możliwość podejmowania świadomych decyzji w zakresie własnego zdrowia, jak również brania odpowiedzialności za swoje wybory (Ostrowska, 1997; Kulik, 2000; Czarnecka, 2008).

Rozwinięciem modelu holistycznego stał się paradygmat socjoeologiczny, który nie tylko akcentuje całościowe ujęcie człowieka, ale nawiązuje i pokazuje znaczenie relacji jednostki ze środowiskiem zarówno fizycznym, jak i społecznym. W duchu tego paradygmatu została opracowana przez Hancocka i Perkinsa w latach 80. XX wieku, tak zwana *Mandala zdrowia*, obrazująca wielopłaszczyznowe podejście do zdrowia. Człowiek ukazany jako system złożony z trzech elementów: biologicznego (ciało), emocjonalnego (duch) i intelektualnego (umysł), został umieszczony w centralnym punkcie wobec wszechświata i jego podsystemów. Jednostka pozostaje w ścisłej łączności i relacji z rodziną, mającą duże znaczenie

w kształtowaniu potencjału zdrowotnego, oraz innymi podsystemami stanowiącymi determinanty zdrowia, w tym między innymi czynnikami biologicznymi, środowiskiem psychospołecznym, środowiskiem fizycznym, zachowaniami jednostki w zakresie prozdrowotnym, a także środowiskiem pracy i systemem opieki nad chorymi (Borzucka-Sitkiewicz, 2006). Istotą paradygmatu socjoekologicznego jest ukazanie wielu determinant zdrowia, które wchodzi nie tylko w interakcje z jednostką, ale z sobą nawzajem, nierzadko wzmacniając lub znosząc swoje działanie (Bik, 2001).

Charakterystyczne dla paradygmatu socjoekologicznego, jak i całego modelu holistycznego jest *przesunięcie odpowiedzialności za zdrowie jednostki, z profesjonalnej na indywidualną* (Słońska, 1994, s. 41). Zakłada się aktywną rolę podmiotu w osiąganiu, utrzymaniu, rozwijaniu potencjału zdrowotnego, jak również w ochronie zdrowia. Wyrazem tego jest między innymi koncepcja pól zdrowia Lalonde (Lalonde, 1978), która wpisując się w paradygmat socjoekologiczny przedstawia cztery główne determinanty zdrowia: styl życia, czynniki biologiczne, środowiskowe oraz opiekę medyczną. Wśród nich zaś największy wpływ na zdrowie jednostki, według Lalonde, ma ten pierwszy, powiązany z indywidualnymi wyborami podmiotu.

Współczesne rozumienie zdrowia i choroby domaga się szerokiego spojrzenia na pacjenta zarówno na etapie diagnostyki, jak i leczenia. Podkreśla się, iż człowiek nie jest maszyną, której wystarczy wymienić/naprawić uszkodzone części (Williams, Weinmen, Dale, 1998). Pomyślność oraz szybkość diagnostyki i leczenia wymagają uwzględnienia wszystkich wymiarów funkcjonowania człowieka zarówno w sferze biologicznej, jak i psychicznej oraz społecznej. Coraz częściej i głośniej mówi się o znaczeniu wsparcia społecznego, jako czynnika wpływającego w sposób istotny nie tylko na szybkość powrotu chorego do

zdrowia, ale także rzadszej zachorowalności (Bell, Leroy, Stephenson, 1982; Kacperczyk, 2006; Leavy, 1983). Zwraca się również uwagę na czynnik środowiskowy, jako element mogący nieść ryzyko, a tym samym wpływać w sposób istotny na stan zdrowia jednostki, a w wypadku środowiska społecznego także na poziom wiedzy z zakresu choćby zdrowego stylu życia, w tym profilaktyki. W końcu podkreśla się odpowiedzialność samego podmiotu w budowaniu potencjału zdrowotnego i aktywnego uczestnictwa w procesie ochrony zdrowia (Słońska, 1994). Wspomniane zmiany przekładają się na sposób budowania relacji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem. Dotyczy to zarówno roli wyznaczonej obu stronom relacji, jak również samego procesu komunikacyjnego.

W literaturze przedmiotu można odnaleźć różnego rodzaju modele i ich podziały ukazujące relacje pomiędzy pacjentem a personelem medycznym (Jarosz, Kawczyńska-Butrym, Włoszczak-Szubzda, 2012; Konopka, 2016; Kuczyńska, 2001; Pierloot, 1983 za: Tobiasz-Adamczyk, Bajka, Marman, 1996). Choć nierzadko różnią się nazwą wyraźnie dostrzec można swoistą ewolucję w ujęciu tej relacji – od modeli opartych o komunikację jednokierunkową z dominującą, autorytarną rolą specjalisty, wpisujące się w model biomedyczny, do tych bardziej liberalnych, partnerskich uwzględniających dwukierunkowość relacji, opartych o model holistyczny, czy wręcz paradygmat socjoekologiczny.

Modele paternalistyczne oparte są na asymetrii, która, jak zaznacza Ostrowska, wraz z przewagą lekarza nad pacjentem wynika z natury ich relacji (Ostrowska, 2006). Pacjent jest tym, który potrzebuje pomocy, wiedzy i umiejętności specjalisty, dlatego to on zmuszony jest zrzec się części swojej autonomii i poddać się woli lekarza także w tych zakresach, o których w innych okolicznościach decyduje sam. Ostrowska zwraca również uwagę,

że dysproporcja w relacjach pacjent – lekarz wynika z faktu, że ten pierwszy reprezentuje tylko siebie. Druga zaś strona jest reprezentantem całego środowiska i to za nią stoi system instytucji opieki zdrowotnej i prestiż wiedzy medycznej (Ostrowska, 2006). Tym samym w modelach o charakterze paternalistycznym rola pacjenta jest bierna, sprowadza się do wypełniania poleceń specjalisty. Nie uwzględnia się ani sfery emocjonalnej pacjenta, ani środowiska, z którego się wywodzi, czy wpływu najbliższych. Komunikacja zaś ma charakter jednostronny i oparta jest na dużym dystansie emocjonalnym (Jarosz, Kawczyńska-Butrym, Włoszczak-Szubzda, 2012). Stopień zależności pacjenta od lekarza wynika w dużej mierze od sytuacji i przyjętego modelu wzajemnej interakcji.

Jednym z klasycznych modeli paternalistycznych był model Talcotta Parsonsa (Sokołowska, 1986), zwany także modelem zgodności. Koncepcja ta, należąca do jednych z najistotniejszych (Sokołowska, 1986; Piątkowski 2002) socjologicznych koncepcji dotyczących roli pacjenta i jego relacji z lekarzem w ujęciu makrospołecznym, wpisuje się w perspektywę strukturalistyczno-funkcjonalną (Nettleton, 2001). Model Parsonsa oparty jest na porozumieniu i współpracy między lekarzem i pacjentem, obie bowiem strony dążą do wspólnego celu – utrzymania lub powrotu do zdrowia i sprawności chorego. Punktem wyjścia koncepcji jest założenie o dysfunkcyjnym charakterze choroby dla całego systemu społecznego. Jej pojawienie się nie tylko zakłóca funkcjonowanie chorej jednostki, ale wpływa w sposób znaczący na całe społeczeństwo. Tym samym dysfunkcja nie jest tylko problemem jednostki, ale dewiacją zaburzającą równowagę systemu społecznego, którą należy jak najszybciej wyeliminować (Parsons, 2009, Parsons, 1969). Parsons podkreśla, że osoba chora często nie jest sama w stanie powrócić do pożądanego stanu zdrowia, nawet jeśli ma

takie pragnienia. Bezradność wobec choroby uprawnia jednostkę do otrzymania wsparcia i kompetentnej pomocy. Konieczne jest jednak przyjęcie zinstytucjonalizowanej roli pacjenta. Parsons *przedstawia funkcjonalny model, w którym pacjent z pełnym zaufaniem i przekonaniem oddaje się pod opiekę lekarza profesjonalisty i ściśle przestrzega jego zaleceń* (Drozd-Garbacewicz, 2015, s. 30). Porozumienie jest możliwe do osiągnięcia pod warunkiem poprawnego odegrania ról społecznych (pacjenta oraz specjalisty) i z uwzględnieniem przypisanych do nich praw i obowiązków. Wyznaczone przez Parsonsa role zakładają podporządkowanie pacjenta lekarzowi. Parsons *ukazuje lekarza jako osobę, która podejmuje decyzje autorytatywne, ma prawo do całej osoby pacjenta pod względem fizycznym i psychicznym. Autorytet lekarza wynika z wiedzy i kompetencji, wpływa na niego również silna legitymizacja społeczna* (Zembala, 2015, s. 37). Pacjent w tej relacji pozostaje bierny i zależny od lekarza.

W opozycji do koncepcji Parsonsa stoi koncepcja Freidsona (perspektywa strukturalistyczno-konfliktowa), podkreślająca opozycyjny charakter roli pacjenta wobec specjalisty, a co za tym idzie, nieunikniony konflikt pomiędzy dwiema stronami interakcji. Freidson (1988) uznał koncepcję Parsonsa za idealistyczną. Zwracał uwagę, że przyjęcie przez jednostkę roli chorego lub pacjenta wynika nierzadko z autointerpretacji swojego stanu zdrowia przez jednostkę czy jej otoczenie i nie musi być potwierdzone przez lekarza. Inaczej niż Parsons postrzegał między innymi kwestię przywilejów i obowiązków pacjenta, które w dużej mierze uzależnione są od rodzaju schorzenia. Nie zgadzał się także ze stwierdzeniem braku odpowiedzialności chorego za swój stan. Freidson dostrzegał konieczność zmian w relacjach między pacjentem a lekarzem. Według niego prawa pacjenta nie mogą być tylko formalnymi ustaleniami redukującymi rolę chorego do biernej

akceptacji decyzji lekarzy. Każdy pacjent ma prawo do uczestniczenia w procesie decyzyjnym odnośnie diagnostyki i terapii, oczywiście w określonych granicach. W zamyśle Freidsona konieczna jest przemiana w kierunku bardziej partnerskich relacji, z uwzględnieniem odmiennych perspektyw obu stron interakcji. Freidson proponuje model terapeutyczny roli pacjenta, w którym chory jest upodmiotowiony, a jego perspektywa i odczucia są uwzględnione w terapii. Jednocześnie Freidson zwraca uwagę, że tak przyjęty model działania będzie skutkował konfliktem. Osiągnięcie pełnej zgodności jest prawie niemożliwe, gdyż uczestnicy interakcji i ich oczekiwania oraz interesy za bardzo się różnią (Freidson, 1988). Model Freidsona koncentruje się na odmienności kultur oraz interesów lekarza i pacjenta. Interakcję tych dwóch podmiotów Freidson nazywa zderzeniem perspektyw. Pacjent i lekarz mają odmienne wizje pełnionych przez siebie ról, inne interesy i oczekiwania, a także wiedzę i doświadczenie. Relacja między nimi to spotkanie dwóch różnych światów społecznych, co nie sprzyja porozumieniu i utrudnia osiągnięcie pełnej zgodności.

Połączenia obu powyższych koncepcji dokonał Samuel Bloom (Ostrowska, 2009). Jego model transakcyjny oparty jest na idei negocjacji między dwiema stronami relacji. Bloom zgodził się z Freidsonem, że istnieje pewien poziom niezgodności, ale – nawiązując do koncepcji Parsonsa – wierzył w chęć osiągnięcia porozumienia. Jest to możliwe dzięki negocjacji oraz uwzględnieniu wartości i wzorów kulturowych, a także wpływu otoczenia, które oddziałują na strony relacji. W wypadku lekarza Bloom podkreślał znaczenie wpływów i standardów wynikających z wykonywanego zawodu, zaś u chorego – wpływ najbliższych grup społecznych (przede wszystkim rodziny). Jednocześnie wyróżnił dwa typy interakcji w relacji specjalista – pacjent. Tak zwana transakcja instrumentalna związana jest

z oddziaływaniem lekarza na chorego w związku z posiadaną wiedzą medyczną, zaś transakcja ekspresyjna zależy od cech osobowości każdego z partnerów interakcji (Ostrowska, 2009).

Do koncepcji Blooma nawiązał Thomas Scheff. Podobnie jak Bloom przekonany był o słuszności negocjacji obu stron relacji, które pozwalałyby wypracować niezbędny kompromis. W myśl tej idei lekarz miałby przekonanie, że dokonał najlepszych wyborów w zakresie diagnostyki i leczenia, zaś pacjent otrzymałby wsparcie zarówno na poziomie fizycznym, jak i psychicznym. Scheff podkreślał, że idea negocjacji nie neguje dominującej roli lekarza. To specjalista pewniej czuje się w swojej roli z racji doświadczenia zawodowego, to on kieruje spotkaniem, zadaje pytania i podejmuje decyzje uwzględniające lub nie potrzeby i wolę pacjenta (Ostrowska, 2009).

Szasz i Hollender (1956; Bloom, Wilson, 1979) bardziej liberalnie założyli możliwość partnerstwa i współdziałania w zależności od zdolności i możliwości pacjenta do aktywnego brania udziału w procesie leczenia oraz przy założeniu zachowania dominującej pozycji specjalisty. Wyróżnili trzy typy relacji: aktywność – bierność, kierowanie – współpraca i współuczestnictwo. Ten pierwszy odnosi się do sytuacji pacjentów w śpiączce lub ciężkim stanie, który uniemożliwia im aktywny udział w interakcji i wyrażania swoich oczekiwań. W tym typie relacji pacjent jest całkowicie uzależniony od lekarza. Prototypem relacji kierowanie – współpraca według Szasa i Hollendera jest interakcja dziecka z dorosłym. Wskazuje ona na dużą podległość jednej ze stron. W tym typie relacji pacjent może wykazywać aktywność, ale jest ona ograniczona do przestrzegania zaleceń specjalisty, który jest w roli kierownika. Relacja współuczestnictwa dotyczy chorych przewlekle. Specyfika choroby, jej przebiegu i czasu sprawia, że pacjenci na co dzień samodzielnie realizują terapię, rola

zaś specjalisty ograniczona jest do kontrolowania jej przebiegu.

Biorąc pod uwagę stopień autonomii i zaangażowania chorego w proces decyzyjny Ezekiel J. Emanuel i Linda Emanuel zaproponowali cztery modele relacji pacjent – lekarz (Emanuel, Emanuel, 1992). Pierwszy z nich – paternalistyczny – ogranicza rolę chorego do wyrażenia zgody na procedurę. Specjalista podejmuje samodzielnie decyzję na temat metod diagnostyki albo zastosowanej terapii, a następnie przekonuje pacjenta do wyrażenia zgody. Model informacyjny stawia lekarza w roli eksperta, który dzieli się swoją wiedzą na temat metod terapii czy leczenia z pacjentem. Następnie na podstawie otrzymanych informacji pacjent podejmuje decyzję. Trzeci model zwany interpretacyjnym, podobnie jak wcześniejszy polega na dostarczeniu przez lekarza niezbędnych informacji i faktów na temat sposobów diagnostyki i leczenia, ale jednocześnie stawia specjalistę w roli doradcy. Ostatni model – naradzania się – nawiązuje do relacji partnerskich. Specjalista wspiera chorego w procesie decyzyjnym, wspólnie dokonują wyboru metod diagnostyki i leczenia.

Opierając się na psychologicznych koncepcjach człowieka, Pierloot (1983) zaproponował wyróżnienie modeli: komunikacyjnego, społeczno-kulturowego, medycznego przenoszenia oraz przyjacielskiego modelu relacji lekarza z pacjentem. Pierwszy koncentruje się jedynie na wymianie informacji między partnerami interakcji – pacjent opowiada o dolegliwościach, a specjalista przekazuje zalecenia co do procesu leczenia. Drugi z wymienionych modeli zwraca uwagę na czynniki społeczne wpływające na relację, między innymi na postawy społeczne wobec jednostki chorobowej, pozycje i funkcje społeczne lekarza i chorego. Model medycznego przenoszenia nawiązuje do koncepcji psychoanalitycznych i mechanizmów przeniesienia oraz przeciwprzeniesienia. Według tej idei interakcja między podmiotami

zależy nie tylko od bieżącej sytuacji i wzajemnych odczuć, ale także jest wynikiem postaw i uczuć, jakie uczestnicy relacji żywili do znaczących innych w okresie dzieciństwa. Ostatni z modeli, tak zwany przyjacielski, oparty jest na przekonaniu, iż obie strony mogą wyjść poza tradycyjne role przypisane im społecznie. Lekarz przedstawiany jest jako jednostka doświadczająca tych samych emocji i potrzeb co inni ludzie. Człowieczeństwo specjalisty zakłada możliwość empatii, dzielenia się doświadczeniami, otwartości i zrozumienia w relacji z pacjentem.

Partnerstwo w relacjach lekarz – pacjent postuluje Timothy E. Quill (Quill, 1983). Punktem wyjścia koncepcji Quilla jest wspólny cel obu podmiotów interakcji, jakim jest zdrowie i życie pacjenta. Na tej podstawie lekarz i chory tworzą umowę opartą na dobrowolności kontaktów, chęci współpracy, gotowości do negocjacji i kompromisów, wspólnej odpowiedzialności i zgodzie. Jednocześnie umowa jest gwarantem przestrzegania przez obie strony swoich obowiązków.

Innym przykładem koncepcji wpisanej w model partnerski jest model oparty na ideologii konsumeryzmu, w którym relacja lekarz – pacjent jest rozpatrywana z punktu widzenia pacjenta jako konsumenta usługi medycznej (Czerska, 2016 s. 4). Pacjent aktywnie zdobywa wiedzę, rozważa alternatywne formy pomocy w kategoriach zysków i strat oraz ocenia rezultaty (Andrys-Wawrzyniak, Jabłocka, 2009). Rola lekarza sprowadza się do przedstawienia pacjentowi różnych opcji, doradzenia, jednakże ostateczna decyzja należy do chorego.

Charakter partnerski ma również relacja lekarz – pacjent opisana w modelu opartym na promocji zdrowia z lat 90. XX wieku. Kluczowym we wspomnianym modelu jest proces deprofesjonalizacji, przejawiający się brakiem władzy lekarza nad pacjentem. Jego rola sprowadza się jedynie do doradztwa w kwestii zdrowia i prozdrowotnego stylu

życia pacjenta i jego rodziny. Profesjonalna opieka medyczna pełni jedynie funkcję wspierającą. Pacjent w tej relacji przyjmuje postawę aktywną. To on bierze w pełni odpowiedzialność za swoje zdrowie i związane z nim wybory (Czerska, 2016).

Analiza proponowanych w literaturze modeli relacji lekarz – pacjent pokazuje, że podstawową różnicą między nimi jest stopień autonomii pacjenta i jego możliwość wpływu na decyzje dotyczące procesu diagnostyki i leczenia. Na jednym krańcu znajdują się koncepcje zakładające całkowitą podległość i bierność pacjenta, na drugim te oparte na współpracy i partnerskie. Wszystkie jednak w mniejszym lub większym stopniu opierają się na dystansie między lekarzem a pacjentem. Ta asymetria ról mimo, że w pewnym stopniu nieunikniona, z czasem wykazuje tendencję do zmniejszania się, stąd też obecnie coraz powszechniej występuje i coraz bardziej utrwala się model partnerski, który ma tego pierwiastka najmniej (Drozd-Garbacewicz, 2015, s. 89). Miejsce modeli paternalistycznych w nowoczesnym spojrzeniu na relacje pacjent – personel medyczny zastępują modele partnerskie (Makara-Studzińska, 2012). Podkreśla się w nich współuczestnictwo pacjenta w procesie diagnostyki i leczenia oraz jego współodpowiedzialność za skutki terapii. Komunikacja powinna mieć charakter dwukierunkowy i opierać się na zasadzie porozumienia (Kęsy, 2012). Personel medyczny staje w roli doradcy i przewodnika, a nie autorytarne go kierownika. Pacjent ma wolność decydowania, podkreśla się jego prawa, autonomię i godność. Zwraca się uwagę nie tylko na sferę fizyczną jednostki w procesie diagnostyki i leczenia, ale także uwzględnia się wymiar psychiczny i społeczny (Barański, 2002). W związku z tym oczekuje się od specjalisty nie tylko dużej wiedzy medycznej, ale także umiejętności miękkich, jak zachowań empatycznych, wrażliwości i bycia wsparciem emocjonalnym, z zachowaniem

jednakże właściwego dystansu niepozwalającego przesłankom emocjonalnym przesłonić tych racjonalnych. Zwraca się również uwagę na duże znaczenie rodziny chorego, jako źródła wsparcia zwłaszcza w procesie leczenia.

Model systemowo-partnerski, wywodzący się z paradygmatu socjoekologicznego, zwraca uwagę na jeszcze szerszy kontekst egzystencji jednostki i wpływów środowiskowych. Jednostka ludzka spostrzegana jest jako element szerszych struktur rzeczywistości (uwarunkowań społeczno-kulturowych) niż tylko rodzinnych (Zembala, 2015), a co za tym idzie w kontakcie ze specjalistą wymagana jest współpraca różnych systemów: medycznego, rodzinnego i społecznego. Model systemowo-partnerski ujmuje kontekst zdrowotny człowieka w najszerszej perspektywie. Uwzględnia bowiem nie tylko partnerstwo między specjalistą i pacjentem, ale także jego rodziną, której rola jest o wiele szersza niż tylko wsparcie chorego, jak zakładał to system partnerski. Model systemowo-partnerski dużą wagę przykładają do wpływów środowiska, stosunków rodzinnych, problemów emocjonalnych. *Lekarz współdziała z chorym i jego rodziną w formułowaniu diagnozy i planowaniu działania terapeutycznego. Poszczególne etapy terapeutyczne dotyczą zdrowia pacjenta, jak również zdrowia jego rodziny. Lekarz zwraca uwagę na problemy, które mogą być powodem zagrożeń zdrowotnych w rodzinie, między innymi styl życia, występujące konflikty i zaburzenia. Znajomość rodziny, a nie tylko samego pacjenta, umożliwi lekarzowi lepsze dostosowanie formy wsparcia i większą szansę na uzyskanie pozytywnego wyniku leczenia* (Zembala, 2015, s. 47). Model systemowo-partnerski stawia przed specjalistą duże wymagania. Ma on nie tylko mieć dużą wiedzę medyczną, umiejętności komunikacji interpersonalnej, ale też odpowiedniego balansowania w sferze emocjonalnej między potrzebnym dystansem a wymaganą empatią. Przyznanie tak dużej roli rodzinie chorego i uczynienia z niej

trzeciego partnera relacji wymusza na specjalistę także umiejętności z zakresu komunikacji grupowej i wiedzy z obszaru nauk o rodzinie.

Choć można założyć, że zaprezentowane powyżej modele przyjmują formę Weberowskich typów idealnych, wyznaczają pewien kierunek, a nade wszystko oczekiwania. Truizmem wydaje się stwierdzenie, iż fundamentem efektów leczenia jest właściwa, dobra komunikacja między specjalistą i pacjentem. A jednak mimo coraz powszechniejszej wiedzy o budowaniu partnerskich relacji z pacjentem, kursów, zajęć, szkoleń z zakresu komunikacji interpersonalnej, właściwego używania mowy werbalnej czy znaczenia mowy niewerbalnej, praktyka pokazuje, że nie zawsze można i/lub udaje się zastosować model o charakterze partnerskim albo systemowo-partnerskim, co przekłada się na stopień satysfakcji pacjentów z ich kontaktów z personelem medycznym. Jedne z kluczowych dla pacjentów cech, jakimi powinien charakteryzować się dobry specjalista to posiadane kompetencje zawodowe, czas poświęcony na rozmowę oraz umiejętność włączenia chorego w proces podejmowania decyzji (Coulter, 2002). Tymczasem badania Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju porównujące opiekę zdrowotną w różnych krajach wykazały, że Polska jest na ostatnim miejscu pod względem udzielania zrozumiałych informacji, możliwości zadawania przez chorego pytań i angażowania go w proces podejmowania decyzji dotyczących metod leczenia oraz na przedostatnim w kwestii czasu, jaki specjalista ma dla swojego pacjenta. Co bardziej niepokojące wspomniane badania pokazują brak zmian w tych zakresach na przestrzeni ostatnich kilku lat (OECD, 2019).

Wyniki te są zbieżne z danymi, jakie uzyskał Dorian Szymański (2015) w swoich badaniach<sup>1</sup>

wśród użytkowników Internetu. Wg nich 67% respondentów uznało, że lekarze kompetentnie wykonują swoje obowiązki zawodowe, jednakże tyle samo badanych przyznało, że lekarze w Polsce nie potrafią rozmawiać z pacjentami. 59% respondentów uważało, iż lekarze nie wyrażają odpowiedniego zainteresowania sprawami pacjenta. Tylko co trzeci pytany ocenił, że podczas ostatniej wizyty lekarz wykazał rzeczywistą chęć rozmowy na temat przyczyn wizyty, a 39% pozytywnie oceniło umiejętności komunikacyjne specjalisty.

Uwagi i zarzuty jakie utrudniają budowanie relacji partnerskiej między personelem medycznym a pacjentem dotyczą m.in. *nadmiernego pośpiechu, powierzchownego badania, koncentracji wyłącznie na problemie medycznym, braku zainteresowania osobą pacjenta, niewystarczającym udzielaniu informacji, używania specjalistycznej, niezrozumiałej terminologii, a także innych zastrzeżeń wskazujących na brak właściwej komunikacji* (Ostrowska, 2017, s. 8) jak np. moralizatorstwo, obwinianie pacjenta za jego stan, protekcyjność, ignorowanie lęków czy brak empatii i cierpliwości. Krytyka dotyczy również zachowań w sferze niewerbalnej, w tym: stosowania zamkniętej postawy ciała, unikania kontaktu wzrokowego, nazbyt dalekiego lub bliskiego dystansu, braku gestykulacji, nadmiernej powagi czy niewłaściwego gospodarowania przestrzenią, do której zapraszany jest pacjent, poprzez celowe podnoszenie prestiżu specjalisty i podkreślanie pozycji autorytarnej.

Budowaniu partnerskiej relacji nie sprzyjają także czynniki niezależne od personelu medycznego jak: *brak czasu, zbyt duża liczba pacjentów, a zbyt mała liczba lekarzy, złe warunki lokalowe, (...) niewłaściwa organizacja pracy* (Ostrowska, 2017, s.8) czy niedofinansowanie

<sup>1</sup> Badanie przeprowadzone zostało metodą CAWI w 2015 roku, wśród osób korzystających

z newsletteru na portalach Openmedica i Hello Zdrowie. Kwestionariusz wypełniły 664 osoby.

służby zdrowia. Trzeba także pokreślić, że również po stronie pacjenta pojawiają się zachowania, które utrudniają budowanie relacji partnerskiej, a które mają swoje podłoże m.in. w procesie socjalizacyjnym, kulturze, cechach demograficznych (zwłaszcza wieku, płci, wykształceniu i dochodach), indywidualnych cechach psychologicznych (w tym odporności na czynniki stresogenne), a także fałszywym przekonaniu o posiadanej wiedzy medycznej w oparciu o ogólnodostępne, jednakże często niesprawdzone informacje z Internetu (Konopka, 2016). Skutkuje to nierzadko agresywnością w stosunku do personelu medycznego, postawami roszczeniowymi, podważaniem kompetencji specjalisty, trudnościami w komunikacji i zapamiętywaniu zaleceń lekarza lub ich lekceważenia.

## Pacjent – cudzoziemiec a opieka medyczna w Polsce

Modele relacji lekarz – pacjent o charakterze partnerskim wymuszają na tym pierwszym obowiązek uwzględnienia w procesie diagnostycznym i leczenia subiektywnej oraz emocjonalnej perspektywy chorego. Co częściej podkreśla się również konieczność odwołania się do szerszych kontekstów sytuacji pacjenta, które mogą wpływać nie tylko na problemy zdrowotne chorego czy długość i skuteczność procesu leczenia, ale także na samą komunikację ze specjalistą. Choć jest to warunkiem zbudowania odpowiedniej relacji opartej na otwartości i zaufaniu, nie jest to zadanie proste. Sytuacja może wydać się jeszcze trudniejsza, gdy partnerem relacji pacjent – lekarz ma być obcokrajowiec. Otwarte granice, a także atrakcyjność Polski w kontekście turystycznym oraz zarobkowym (głównie dla obywateli Europy wschodniej) powoduje systematyczny wzrost liczby cudzoziemców. Przyczyny, dla których obcokrajowcy przekraczają granice są bardzo różne: od potrzeb

turystycznych, poprzez szukanie pracy tymczasowej, bezpiecznego azylu (uchodźcy), po chęć osiedlenia się na stałe. Wg danych GUS w ostatnich latach nastąpił systematyczny wzrost liczby turystów. W roku 2017 Polskę odwiedziło 18,3 mln turystów, (Ministerstwo Sportu i Turystyki, 2018). W 2018 roku liczba turystów wynosiła już 19,6 mln. Warto także wspomnieć o tak zwanych *odwiedzających jednodniowych* przyjeżdżających do Polski głównie w celach: zakupowych (prawie 80%), krótkich wycieczek (prawie 6%) i służbowych (około 4%). Tych w Polsce w samym roku 2018 było 66,3 mln (GUS, 2019).

Turystyka nie jest jedyną przyczyną przybywania do Polski cudzoziemców. Z roku na rok coraz więcej migrantów stara się o pobyt związany z celami zarobkowymi lub chęcią osiedlenia się na stałe. Wg danych Urzędu do Spraw Cudzoziemców (2020, online) na początku roku 2020 ważne zezwolenie na pobyt w Polsce posiadało niemalże 423 tys. osób. Wśród nich około 83 tys. stanowili obywatele Unii Europejskiej (ponad 73,5 tys. to rejestracja na pobyt czasowy). Warto jednak w tym miejscu zaznaczyć, że obowiązek zarejestrowania pobytu obywatela UE musi być spełniony nie później niż po upływie 3 miesięcy przebywania na terenie Polski, a w wypadku osób poszukujących pracy okres ten wydłuża się do 6 miesięcy, a nawet dłużej, jeśli obywatel UE *wykaże, że aktywnie kontynuuje poszukiwanie pracy i ma rzeczywiste szanse na zatrudnienie* (Urząd do Spraw Cudzoziemców, 2020, online). Oznacza to, że zaprezentowane dane nie uwzględniają wszystkich obywateli UE, którzy mogą przebywać na terenie Polski.

Ponad 300 tys. osób, które uzyskały prawo pobytu w Polsce to obywatele krajów spoza UE (UdSC, 2020, online). Zgodę na pobyt czasowy uzyskało ponad 262 tys. osób, zaś prawie 81 tys. na pobyt stały. Porównując te dane (połowa 2020 r.) z 2019 r., liczba zezwoleń na pobyt czasowy wzrosła o 31 tys., a pobyt

stały o ponad 5 tys. Wśród osób osiedlających się w Polsce ponad połowę (232,6 tys.) stanowili obywatele Ukrainy. Drugą grupę obcokrajowców co do wielkości tworzyli Białorusini (27,7 tys.), trzecią – Niemcy (21 tys.). Grupy ponad 10 tys. cudzoziemców przebywających legalnie w Polsce tworzyli również obywatele Rosji oraz Wietnamu.

Warto wspomnieć o jeszcze jednej grupie obcokrajowców, którzy przybywają do Polski – uchodźcy. *W 2019 r. 4,1 tys. cudzoziemców złożyło wnioski o przyznanie im statusu uchodźcy w Polsce. Spośród nich 2,7 tys. os., złożyło ten wniosek po raz pierwszy (...) Warunki nadania statusu uchodźcy lub ochrony uzupełniającej spełniły w sumie 272 osoby. (...) Ponadto, 213 obcokrajowców otrzymało tzw. ochronę krajową w postaci zgody na pobyt tolerowany lub ze względów humanitarnych* (Forsal, 2020, online). Uchodźcy nie stanowią najliczniejszej grupy cudzoziemców (1214 osób wg danych z 2020 roku), jednak ze względu na swoją specyficzną sytuację jest to grupa borykająca się nierzadko z różnymi problemami zdrowotnymi.

W zależności od statusu pobytu w Polsce cudzoziemcy mają różny dostęp do publicznej opieki medycznej. Bezpłatny dostęp, mimo braku opłaty składki ubezpieczenia zdrowotnego, mają osoby ubiegające się o status uchodźcy<sup>2</sup> (Maśliński, 2011). Takim osobom przysługują *świadczenia z zakresu medycyny ratunkowej (zespół ratunkowy i opieka szpitalna), podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, a także leczenie szpitalne, opieka okołoporodowa, leki, badania w kierunku HIV oraz leczenie antyretrowirusowe i leczenie chorób zakaźnych objętych obowiązkiem leczenia. Świadczenia te są realizowane w specjalnym systemie opieki*

2 Wszystkie wnioski o uzyskanie ochrony międzynarodowej są równoważne z wnioskiem o przyznanie statusu uchodźcy, mimo iż w Polsce wyróżniamy różne formy ochrony międzynarodowej w tym m.in. zgodę na pobyt tolerowany oraz ochronę czasową, azyl, ochronę uzupełniającą i status uchodźcy.

*stworzonym przez MSWiA* (Cianciara, Dudziak, Lewczuk, Pinkas, 2012, s. 147), zarówno na terenie ośrodków dla uchodźców (podstawowa opieka zdrowotna) oraz w wyznaczonych placówkach, które podpisały umowę z Urzędem do Spraw Cudzoziemców (opieka specjalistyczna, hospitalizacja i badania diagnostyczne). Koszt takiego leczenia pokrywa Skarb Państwa (Ustawa o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, art. 85; art. 73 ust. 2; art. 90 ust. 1).

Cudzoziemcy przebywający na terenie Polski legalnie, mający uregulowany status pobytu, korzystają z opieki zdrowotnej na tych samych warunkach co reszta obywateli, a więc muszą mieć opłaconą składkę zdrowotną, potwierdzone ubezpieczenie lub udokumentowane prawo do świadczeń publicznych. W końcu migranci bez uregulowanego statusu pobytu mają ograniczone prawa związane z bezpłatnym korzystaniem z opieki medycznej (m.in. zawężona do opieki zespołu ratunkowego, obowiązkowego leczenia chorób zakaźnych czy badań w kierunku HIV). Powyższe zasady dotyczą pełnoletnich cudzoziemców (Strzemieczna, Imiela, 2017).

Cudzoziemcy przebywający w Polsce czasowo, ale ubezpieczeni w państwach UE i EFTA<sup>3</sup> mają prawo otrzymać niezbędną opiekę medyczną, w tym gwarantowane świadczenia zdrowotne, dostęp do leków refundowanych oraz środków ortopedycznych. Wówczas koszty takiego leczenia pokrywa NFZ na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) lub tymczasowo zastępującego go certyfikatu. W przeciwnym razie leczenie będzie odpłatne. Nieudokumentowani migranci *nie mają w Polsce bezpłatnego dostępu do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej za wyjątkiem świadczeń udzielanych przez zespoły ratunkowe w warunkach poza szpitalnych. Migranci zyskują dostęp do opieki zdrowotnej*

3 Europejskie Porozumienie o Wolnym Handlu.

w ośrodkach strzeżonych i aresztach w celu wydalenia. Dzieciom nieudokumentowanych migrantów, które uczęszczają do szkoły, udziela się bezpłatnie świadczeń ograniczonych do profilaktyki medycznej (zaliczają się do nich także obowiązkowe szczepienia) i stomatologicznej, świadczonej na terenie szkoły przez zatrudnionych w niej lekarzy lub pielęgniarki (Maśliński, 2011, s. 31). Zakres świadczeń uzależniony jest od charakteru pobytu cudzoziemca w Polsce.

Cudzoziemiec ubezpieczony w Polsce ma takie same prawa jak każdy obywatel Rzeczypospolitej Polski w zakresie dostępu i świadczeń opieki zdrowotnej. Migranci z Albanii, Bośni i Hercegowiny, Czarnogóry, Federacji Rosyjskiej, Republiki Macedonii, Serbii i Tunezji mogą skorzystać z niezbędnej opieki medycznej w sytuacji nagłej choroby lub wypadku na podstawie umów/lub dwustronnych porozumień, jakie podpisała Polska z wyżej wymienionymi państwami. Wówczas koszty leczenia pokrywa Ministerstwo Zdrowia pod warunkiem, iż cudzoziemiec przebywa na terenie Polski legalnie. Cudzoziemiec, który nie ma w Polsce ubezpieczenia, ani w żadnym innym państwie członkowskim UE/EFTA lub też nie jest obywatelem państw, z którymi Polska podpisała dwustronne porozumienie, może skorzystać z opieki zdrowotnej w Polsce tylko odpłatnie (Ministerstwo Zdrowia, 2020, online).

### **Bariery w relacji personel medyczny – pacjent cudzoziemiec**

Wzrost ilości obcokrajowców w Polsce jednocześnie skutkuje prawdopodobieństwem wzrostu częstotliwości sytuacji, w których cudzoziemcy będą zmuszeni do skorzystania z opieki medycznej (Lurka, 2019). Taka sytuacja prowadzi do pytania o możliwości oparcia relacji między lekarzem a pacjentem na modelu partnerskim, czy wręcz modelu systemowo-partnerskim. Koniecznym staje się

przeanalizowanie problemów i barier, które mogłyby utrudniać komunikację między tymi dwoma podmiotami oraz poszukania rozwiązań w tym zakresie.

Istotnym problemem jest brak wiedzy lub niepełna wiedza zarówno cudzoziemców, jak i personelu medycznego na temat praw przysługujących pacjentom obcokrajowcom. (Zgliczyński, Cianciara, 2013; Laskowski, Krajewska-kułak, Fiłon, 2015; Kiszka, Ozga, Mach, Krajewski, 2018). Podobny problem dotyczy także farmaceutów, którzy nie uwzględniają zniżek na leki przepisywane obcokrajowcom bez okazania numeru PESEL, którego obcokrajowiec nie może posiadać lub żądają okazania karty EKUZ<sup>4</sup> obywatelom państw spoza UE (Danielewicz, 2016). Bariery o charakterze organizacyjnym związane są także z trudnością uzyskania przez obcokrajowca informacji na temat sposobu działania polskiego systemu opieki zdrowotnej czy umówienia wizyty. Pacjenci-cudzoziemcy albo nie wiedzą, gdzie takich informacji szukać, albo brakuje wersji w ich języku ojczystym (Bloch, Czerniejewska, Józwiak, Miñkowska, Romanowicz, 2010). Bariera językowa pojawia się również przy oznaczeniu placówek, a także przy wypełnianiu dokumentów rejestracyjnych<sup>5</sup>.

Nieufność wobec pacjentów obcokrajowców (Arasaratnam, Doerfel, 2005) jest związana między innymi z problemami instytucji medycznych w ściąganiu zaległych zapłat z tytułu leczenia pacjentów, którzy w momencie korzystania z opieki medycznej nie posiadali ważnego ubezpieczenia (mieli nieuregulowaną sytuację pobytu lub mimo uzyskania statusu pobytu byli zatrudnieni nielegalnie). W takiej sytuacji koszty leczenia

powinien pokryć pacjent, jednakże ci rzadko posiadają środki finansowe, aby zapłacić za często wysokie koszty leczenia. Szpitale albo nie mogą więc odzyskać kosztów leczenia lub w wypadku mniejszych sum nawet nie występują na drogę prawną, gdyż egzekucja jest nieopłacalna (Lurka, 2019). W praktyce więc dług pacjenta przenoszony jest na szpitale, te zaś próbują obciążyć kosztami konsulaty czy ambasady bądź osoby lub instytucje/organizacje, których przedstawiciele towarzyszyli pacjentowi podczas przyjęcia czy też odwiedzali go później. W efekcie, nieuregulowany koszt usługi pozostaje długiem szpitali, co jest dla nich szczególnie dotkliwie w sytuacji, kiedy chodzi nie o doraźną interwencję medyczną, ale o przewlekłe choroby, wymagające wieloletniej i drogiej terapii (Chrzanowska, Klas, 2011, s. 12). Przy zaś wzrostowym trendzie migracji, zwłaszcza za wschodniej granicy, takie sytuacje stają się coraz częstsze. Nie ma jednoznacznych danych dotyczących ilości rachunków, jakie wystawiają szpitale rocznie za nieubezpieczonych pacjentów. Przykładem może być Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, które szacuje, że rocznie suma nierozliczonych płatności dla obywateli zagranicznych wynosi około 500 tys. zł. (Palińska, 2017). W wypadku dużych placówek zadłużenia stanowią tylko niewielki procent całego budżetu, jednakże w wypadku mniejszych szpitali problem jest poważniejszy (Nowosielska, 2016).

Kluczowe znaczenie w budowaniu satysfakcjonującej relacji między pacjentem a lekarzem odgrywają kwestie kulturowe. Odmienność kulturowa, religijna i obyczajowa mogą stanowić źródło nieporozumień między lekarzem a pacjentem. Warunkiem do gotowości skorzystania z usług specjalisty nie jest tylko sam fakt zaistnienia choroby czy odczuwania dolegliwości. Wpływ na tą decyzję ma kultura i grupa społeczna, w której jednostka na co dzień funkcjonuje (Duch-Krzyszczak, 2009), jak również czynniki

społeczno-demograficzne jak: wykształcenie, płeć, wiek, zamożność czy pozycja społeczna (Synowiec-Piłat, 2002). W modelach społeczno-kulturowych podkreśla się znaczenie kultury, w tym obowiązujące jednostki czy grupy społeczne, normy i wartości wpływające na zachowania w chorobie, a więc między innymi rozumienie zdrowia i choroby, interpretowanie symptomów dolegliwości, a także radzenie sobie z chorobą, akceptacja procesu diagnostyki i leczenia, oczekiwania wobec personelu medycznego oraz wychodzenie z roli chorego/pacjenta. Różnice kulturowe, światopoglądowe, religijne, rasowe, językowe uaktywniają nie-rzadko stereotypowe myślenie (Czykwin, 2016), patrzenie na rzeczywistość w kategoriach: my – oni (obcy, inni, gorsi). Tego typu reakcje mogą prowadzić do różnego rodzaju przejawów o charakterze dyskryminacyjnym (w sferze myślenia, mowy, działania) (Miñkowska, 2010), które w relacjach personel medyczny – pacjent nie powinny mieć miejsca i w żaden sposób nie służą budowaniu partnerstwa oraz współdziałania. Tymczasem badania potwierdzają przypadki obecności uprzedzeń personelu medycznego wobec obcokrajowców. Pacjenci skarżą się na przejawy dyskryminacji i nieprzyjemne traktowanie ze strony personelu (Kłorek, 2011; Collantes, 2011).

Obcokrajowcy zgłaszający się w Polsce do lekarza często kwalifikowani są jako pacjenci jednorazowi (Zgliczyński, Cianciara, 2013). Zgłaszają się bowiem po profesjonalną pomoc medyczną tylko z bieżącą dolegliwością i to w sytuacji, kiedy choroba jest już w zaawansowanym stopniu. Przyczyną tego typu zachowania może być obawa przed utratą zatrudnienia, nieznaną systemu opieki zdrowotnej w Polsce, przepisów i niewiedza dotycząca miejsca i sposobów szukania tychże informacji, nielegalny pobyt czy brak ubezpieczenia narażające samych pacjentów na koszty leczenia. Przyczyn tego typu zachowania należy również szukać na podłożu

<sup>4</sup> EKUZ wydawana jest tylko obywatelom państw UE.

<sup>5</sup> brak dokumentów w językach obcych i/lub osoby w rejestracji nie potrafią udzielić niezbędnych informacji w obcym języku.



kulturowym. W kulturach wschodnich choroba utożsamiana jest z niemożnością wykonywania ról społecznych. Tym samym na przykład dopóki kobieta wykonuje wszystkie prace domowe i opiekuje się dziećmi, mimo objawów choroby uznawana jest za osobę zdrową, tym samym nie wymagającą konsultacji medycznej (Mroczkowska, 2011). Dopiero kiedy symptomy choroby zaczynają wpływać na zachowanie, jej relacje z innymi, zakłócając wykonywanie ról społecznych, dolegliwość przestaje być jednostkowym problemem a staje zjawiskiem społecznym, jednostce zaś nadawana jest nowa rola społeczna – chorego (Parsons, 2009). Tym samym dopóki kulturowe definicje choroby nie będą tożsame z profesjonalnymi, jednostka mimo odczuwania dyskomfortu i złego samopoczucia będzie zwlekała z udaniem się do lekarza (Freidson, 1988), bowiem decyzja skorzystania z pomocy specjalisty *nie opiera się tylko na profesjonalnych standardach właściwych zachowań w chorobie, a także na laickich zasadach* (Synowiec-Piłat, 2013, s. 137), co może prowadzić do konfliktu (Coockerham, 2007).

Freidson (twórca koncepcji lay referral system) podkreśla, że u podstaw relacji między lekarzem a chorym pojawia się konflikt i różnice interesów, ponieważ dochodzi do „zderzenia odmiennych perspektyw”, różnych światów kulturowych. Jest to zderzenie profesjonalisty z laikiem. Wynika to z faktu, że zdefiniowanie zdrowia i choroby, diagnostyka czy proces leczenia są interpretowane przez pacjentów według kryteriów potocznych a nie naukowych. Wzmocnienie tego laickiego spojrzenia dokonywane jest przez tak zwanych *laypersons*, czyli nieprofesjonalne (w sensie medycznym) osoby z otoczenia chorej jednostki – członków rodziny, przyjaciół, znajomych, sąsiadów – którzy pomagają w interpretacji objawów i dalszym działaniu (Coockerham, 2007; Freidson, 1960). Freidson (1988) podkreśla, że skorzystanie z pomocy

specjalisty często jest ostatnim etapem w poszukiwaniu pomocy, co potwierdzają między innymi badania na temat znaczenia sieci laików w podstawowej opiece zdrowotnej (Cornford, Cornford, 1999). Znaczenie *laypersons* jest szczególnie istotne w kulturach, które *uwarunkowują stan zdrowia i choroby od przynależności do grupy i jego wpływu na samopoczucie jednostki. Relacje rodzinne są bardzo silne wśród Romów, kultury muzułmańskiej, chińskiej i latynoskiej. Członkowie rodziny zapewniają wsparcie emocjonalne oraz materialne, a także biorą czynny udział w podejmowaniu decyzji medycznych. Jest to odmienne podejście do kultury zachodniej, w której pacjent decyduje sam o sobie.* (Kiszka, Ozga, Mach, Krajewski, 2018, ss. 32–33). Skrajnym przykładem może być kultura muzułmańska, w której kobieta jest całkowicie podporządkowana mężowi, także w kwestiach ochrony zdrowia. To on rozmawia z personelem medycznym i decyduje o zgodzie na zabieg lub terapię. Kobieta ma prawo zabrać głos tylko za pozwoleniem męża (Mroczkowska, 2013). Podobna praktyka charakterystyczna jest w hinduizmie. Pacjentka nie rozmawia bezpośrednio z lekarzem ani nie podejmuje decyzji. W jej imieniu robi to ojciec lub mąż. Informacje o stanie zdrowia pacjenta i dalszym postępowaniu powinny być uzgadniane z rodziną chorego, z pominięciem jego samego, także w wypadku kultury chińskiej czy latynoskiej, by zminimalizować ryzyko pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta w wyniku złych wiadomości (Kiszka, Ozga, Mach, Krajewski, 2018).

Kolejna ważna kwestia różnic kulturowych, która w wypadku budowania relacji między specjalistą a pacjentem będzie miała ogromne znaczenie, to rola jaką przypisujemy płci. Na zachodzie dostęp do studiów medycznych dla kobiet zaczął powoli otwierać się dopiero w XVIII w., zaś przełom w tej kwestii dokonał się w XIX w. Dziś obserwujemy równouprawnienie czy wręcz feminizację zawodów

medycznych (Jołkiewicz, 2011). Obecność w gabinetach lekarza-kobiety nie jest rzadkością i nie podlega społecznej dezaprobacji. Jednakże skorzystanie z usług lekarza-kobiety ze względu na kwestie kulturowe, światopoglądowe może być dla niektórych grup obcokrajowców nie do zaakceptowania. Będzie to skutkowało lekceważącym podejściem do specjalisty, podważaniem kompetencji i niechęcią do współpracy. Przykładem może być kultura muzułmańska, obyczaje której zabraniają kontaktów z osobami obcymi odmiennej płci, nawet uścisku dłoni. Osoba, która udziela pomocy medycznej, musi być ten samej płci co pacjent. Problem ten dotyczyć będzie wszystkich pacjentów pochodzących z krajów o tak zwanym *wysokim dystansie władzy*. W zhierarchizowanych społeczeństwach większym szacunkiem będą cieszyć się osoby starsze, a zwłaszcza mężczyźni. Młoda lekarska może wzbudzić nieufność lub wręcz dezaprobatę (Jaroszevska, 2019).

Wpływ odmienności kulturowej i religijnej będzie miał także znaczenie przy zgodzie na proponowane zabiegi i metody leczenia. Świadkowie Jehowy nie akceptują transfuzji krwi i zastosowania w terapii produktów krwiopochodnych. Sztuczne podtrzymywanie życia będzie już indywidualnym wyborem. Indywidualne decyzje w zakresie transfuzji krwi, przeszczepów, szczepień czy amputacji należą do protestantów. Poszczególne grupy muzułmanów nie akceptują niektórych zabiegów, jak transplantacje organów, lub też odmówią przyjmowania niektórych leków z obawy, że mogą zawierać choć śladowych ilości takich produktów, jak wieprzowina czy alkohol (Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i położnych, 2020).

Kultura, ale także czynniki socjo-demograficzne i edukacyjno-zawodowe wpływają na kształtowanie się tak zwanego obszaru doświadczeń, który ma bardzo istotne znaczenie dla interpretacji przekazu między

uczestnikami relacji (Goban-Klas, 2005). W wypadku *leczenia cudzoziemca doświadczenia życiowe lekarza i pacjenta (a co za tym idzie – obszary doświadczeń lekarza i pacjenta) będą pokrywały się w znikomym stopniu* (Jaroszevska, 2019). Bariery z interpretacją intencji rozmówcy i komunikatu mogą pojawić się zarówno w obszarze mowy werbalnej, jak i niewerbalnej. W wypadku tego drugiego, nieporozumienia dotyczyć mogą interpretacji gestów (Wołowik, 1998), ilustrowania bólu i wskazywania konkretnego miejsca na ciele (Jaroszevska, 2019), kontaktu wzrokowego (Kubitsky, 2012), uśmiechu czy dotyku (Kubitsky, 2012, Płaszewska-Żywko, 2010). Znaczenie ma również sfera dystansu (Hall, 2001). Hall zwrócił uwagę, że przedstawiciele kultur preferujących przestrzeń zamkniętą/dzieloną, w odróżnieniu od tych wychowanych w kulturze przestrzeni otwartej/wspólnej, mają szerszą sferę osobistą i wolą większy dystans między sobą a rozmówcą.

Istotną przeszkodą w komunikacji między pacjentem a personelem medycznym, wynikającą z odmienności kulturowej, jest język werbalny związany z umiejętnością posługiwania się w satysfakcjonującym stopniu językiem polskim przez pacjenta cudzoziemca lub językiem obcym przez personel medyczny. Bariera ta pojawia się już na etapie komunikacji w punkcie rejestracji i pogłębia przy wizycie. Dotyczy to nie tylko przekazania informacji czy uzyskania ich od pacjenta. Bariery językowe objawia się również brakiem ujednoliconej transkrypcji obcych imion i nazwisk w alfabecie łańskim. Źle zapisane nazwiska lub nagminne w wypadku Azjatów przedstawianie imion i nazwisk skutkuje nierzadko trudnościami z akceptacją polisy, na której widnieją inne dane osobowe niż na dokumentach medycznych (Mińkowska, 2010).

Bariery językowe utrudniają również zebranie pełnego wywiadu czy przekazania diagnozy oraz dalszego postępowania. W budowaniu

relacji partnerskiej między specjalistą a pacjentem zaleca się, by wywiad rozpoczynał się pytaniem w formie otwartej. Możliwość sformułowania przez pacjenta dłuższej wypowiedzi na temat swojego stanu zdrowia ma z jednej strony zdynamizować wywiad, z drugiej strony – co ważniejsze – dać choremu poczucie budowania relacji opartej na współdziałaniu i partnerstwie poprzez gotowość specjalisty do wysłuchania chorego. Bariera językowa w wypadku pacjentów-cudzoziemców nierzadko utrudnia lub wręcz uniemożliwia zastosowanie tej techniki. Nawet jeśli pacjent posługuje się w stopniu komunikatywnym językiem polskim, trudności pojawiają się przy użyciu i zrozumieniu wszelkich przerośni i idiomów (Jaroszewska, 2019) oraz terminologii medycznej (Kiszka, Ozga, Mach, Krajewski, 2018), w tym wyrazów nieprzetłumaczalnych, czego przykładem mogą być nazwy niektórych chorób (Schmacher, Ward, 2001). Trudności z porozumieniem się sprawiają, że wywiad przypomina odpytywanie i ogranicza się do pytań zamkniętych, na które pacjent udziela krótkich odpowiedzi w formie zaprzeczenia lub potwierdzenia (Zgliczyński, Cianciara, 2013).

Niepokojące mogą być wnioski oparte na badaniach wśród lekarzy pracujących z uchodźcami, które wskazują, iż z punktu widzenia personelu medycznego do prawidłowo postawionej diagnozy nie jest potrzebna znajomość języka ojczystego pacjenta. Lekarze powoływali się na przykład niepełnoletnich pacjentów, z którymi nie komunikowali się, a nie przeszkodziło im to wykonywać swoich zadań i stawiać prawidłowo diagnozę (Grzymała-Moszczyńska, Nowicka, 1998). Praktyka pokazywała, że brak umiejętności posługiwania się językiem polskim u pacjentów w stopniu niewystarczającym specjaliści rozwiązywali albo niezwykle ograniczonymi komunikatami o stanie zdrowia i dalszej procedurze lub poprzez włączanie w proces

komunikacyjny osoby trzeciej – najczęściej członków rodziny, w tym także dzieci. Ponownie pojawia się pytanie o możliwość budowania modelu relacji partnerskiej między specjalistą a pacjentem w sytuacji, kiedy proces przekazywania informacji jest mocno ograniczony. Co więcej podstawowe prawa chorego m.in. do intymności i godności, czy uzyskania przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, są łamane (ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, 2008). Pojawia się również pytanie o świadomą zgodę pacjenta na poddanie się różnym procedurom, badaniom i zabiegom.

Bariera językowa lub też przewidywania co do niej sprawiają, że wywiad z pacjentem jest ograniczany, wszelkie zaś informacje o stanie zdrowia, diagnozie, dalszym postępowaniu przekazywane wybiórczo i w sposób niepełny. Trudno również oczekiwać, że w takiej sytuacji lekarz będzie starał się uspakając zdenerwowanego pacjenta, czy tłumaczyć mu procedury, czynności medyczne skoro w jego przekonaniu swobodna komunikacja nie jest możliwa. Taka sytuacja jest dodatkowym silnym stresorem dla chorego, który nie tylko do końca nie rozumie co się dzieje lub co się stanie, ale także jest w tej rzeczywistości zupełnie sam. Jest to szczególnie niepokojące, kiedy pacjentem jest zestresowane dziecko. Brak możliwości porozumienia się zarówno z nieletnim pacjentem, jak i jego opiekunem dodatkowo buduje atmosferę napięcia i jest niekomfortowa dla obu stron (Jankowska, Grzešek, Kubica, Kozińska, Grąbczewska 2010). Specjalista przyjmuje w takiej relacji rolę kierownika, a nie partnera. Wyraźnie zaznaczana jest nadrzędność specjalisty, jego pozycja autorytarna, od pacjenta zaś oczekuje się uległości i bierności. Tym samym zamiast modelu partnerskiego uaktywnia się paternalistyczny. Odmienne wyobrażenia na temat roli lekarza i przebiegu wizyty mogą również stanowić istotną barierę w komunikacji. Idealna

rozmowa między tymi podmiotami powinna składać się z trzech faz: nawiązania kontaktu i budowania zaufania, badania i medycznej analizy oraz zakończenia wizyty z udzieleniem porady. Szczególnie w drugiej fazie zaznacza się dystans między uczestnikami interakcji, lekarz wchodzi w rolę profesjonalisty, przedstawiciela nauki. Pozostałe fazy pozwalają na większą otwartość, empatyczność. W medycynie zachodu najczęściej te właśnie fazy ulegają skróceniu. Nierzadko pierwsza jest wręcz pomijana zwłaszcza w sytuacji, gdy lekarz przewiduje trudności z porozumieniem się z pacjentem (Jaroszewska, 2019). Tymczasem dla wielu cudzoziemców, zwłaszcza pochodzących z kultur kolektywistycznych, budowanie kontaktu i zaufania oraz troska wyrażona przez lekarza mają kluczowe znaczenie.

Warto jeszcze wspomnieć o jednym problemie, który stanowi przeszkodę w zastosowaniu modelu systemowo-partnerskiego w relacji z pacjentem obcokrajowcem, a jest związany z brakiem wsparcia społecznego (Kacperczyk, 2006). Cudzoziemcy decydujący się na przyjazd do Polski głównie w celach zarobkowych (pobyt tymczasowy) nierzadko borykają się z samotnością. Sytuacja ekonomiczna zmusza ich do opuszczenia domu, rodziny, przyjaciół, środowiska, w którym czuli się bezpiecznie i funkcjonowania bez najbliższych w przestrzeni dla nich obcej. Tym samym rola i znaczenie, jakie przypisuje się w modelu systemowo-partnerskim rodzinie pacjenta, traktując ją niemalże jak trzeciego partnera w komunikacji, w tym wypadku jest niemożliwa lub mało prawdopodobna do zrealizowania. Trudno jest brać pod uwagę zakres wsparcia społecznego, którego ci pacjenci są pozbawieni lub mocno ograniczeni. Co więcej brak sieci wsparcia oraz mała aktywność w przestrzeni społecznej danej zbiorowości powoduje wzrost ryzyka większej podatności na różnego rodzaju dolegliwości oraz wydłuża czas leczenia. Warto również podkreślić, że taka sytuacja jest

nierzadko przyczyną pogorszenia się stanu zdrowia psychicznego, depresji, nerwic, niskiej samooceny i satysfakcji z życia. Takich jednak problemów nie bierze się pod uwagę i nie rozwiązuje na jednorazowej wizycie ze specjalistą.

## Wnioski

Zmiany w postrzeganiu relacji między pacjentem a lekarzem w Polsce zachodziły analogicznie z przekształceniami opieki zdrowotnej w związku z transformacją ustrojową. Pomijając jednak kwestie procesów polityczno-społecznych należy podkreślić, że *potrzeba odchodzenia od paternalistycznego modelu relacji pacjent-lekarz na rzecz partnerskiego, podyktowana była w Polsce, podobnie jak na Zachodzie przemianami w obrazie chorób* (Ostrowska, 2006, s. 187) i zdominowaniem rynku medycznego przez choroby przewlekłe, długotrwałe. Zmiany w obrazie epidemiologicznym współczesnych społeczeństw pozwoliły pacjentowi, na ile jest to możliwe, stać się ekspertem i *subiektywnym dopełnieniem obiektywnej wiedzy medycznej lekarza* (Ostrowska, 2006, s. 187). Specyfika chorób przewlekłych sprawia, że pacjenci na co dzień samodzielnie realizują terapię, rola zaś specjalisty ograniczona jest do kontrolowania jej przebiegu i doradzania. W tak ukształtowanym procesie leczenia łatwiej buduje się model partnerski.

*W XXI wieku paternalistyczny model relacji lekarz – pacjent nie jest możliwy do zastosowania nawet wśród najmłodszych pacjentów. Działanie paternalistyczne może być uzasadnione tylko wtedy, gdy pacjentowi grozi bezpośrednia utrata życia (np. w przypadku pękniętego tętniaka aorty brzusznej, gdy pacjent jest nieprzytomny w momencie przyjęcia do szpitala)* (Wroński, Bocian, Depta, Cywiński, Dziki, 2009, s. 271). Podobny pogląd podziela Ostrowska, twierdząc, że model partnerski jest możliwy, gdy *choroba pacjenta, jego dolegliwości i możliwości terapeutyczne stwarzają pole do negocjacji. Nie są one możliwe gdy pacjent jest nieprzytomny*

lub też dolegliwości odczuwalne przez niego są tak silne czy zagrażające życiu, że zdaniem lekarza jest przede wszystkim szybka reakcja eliminująca ostre symptomy (Ostrowska 2006, s. 185). Paternalizm może być moralnie usprawiedliwiony w przypadku osób, które nie mają autonomii lub których autonomia jest częściowo ograniczona (Beauchamp, McCullough, 1984). Dotyczy to między innymi nieprzytomnych, ale także dzieci, chorych psychicznie i osób mogących stanowić zagrożenie dla siebie i otoczenia (Gajewski, 2005). W takich sytuacjach zarówno Kodeks Etyki Lekarskiej (art. 15), jak i Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 33) dopuszcza możliwość podjęcia decyzji o wykonaniu działania leczniczego czy czynności diagnostyki laboratoryjnej bez zgody pacjenta, ze względu na stan wyższej konieczności związany z zagrożeniem życia lub zdrowia pacjenta. Zastosowanie modelu paternalistycznego, redukującego rolę chorego w procesie diagnostyki i leczenia, w innym wypadku niż wskazane powyżej narusza szereg praw pacjenta (Wroński, Bocian, Depta, Cywiński, Dziki, 2009), w tym prawa do autonomii zagwarantowanego m.in. w Konstytucji RP (2017, art., 30,31,32,37,39,40 i 47), ustawie o zakładach opieki zdrowotnej (art. 19), ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 31,32,34) oraz Kodeksie Etyki Lekarskiej (art. 12,13), a rozumianego jako prawo do zaakceptowania/ odrzucenia proponowanych przez specjalistę metod w procesie diagnozowania i leczenia. Możliwość skorzystania z tego prawa mają pacjenci posiadający tzw. *kompetencję decyzyjną*, a więc pełną wiedzę (zrozumienie informacji przekazywanej od lekarza), możliwość oceny korzyści, strat i ryzyka związanego z proponowanymi metodami oraz gotowość wzięcia odpowiedzialności za swoje decyzje (Wroński, Bocian, Depta, Cywiński, Dziki, 2009, s. 271).

Budowanie modelu partnerskiego jest łatwiejsze, gdy pacjent posiada choć elementarną wiedzę i kulturę medyczną oraz kiedy

obszary doświadczeń (Goban-Klas, 2005) podmiotów interakcji są ze sobą zbieżne (Jaroszevska, 2019). Jednakże brak tych elementów nie powinien być barierą w budowaniu relacji partnerskich, a jedynie trudnością czy wyzwaniem do pokonania. Dotyczy to także pacjenta obcokrajowca. Słusznie zauważa Ostrowska, że model paternalistyczny i partnerski to typy idealne i w praktyce stanowią rodzaj continuum obu orientacji, które stosowane są z mniejszą lub większą przewagą obu elementów (Ostrowska, 2006). Ostrowska podkreśla, że w niektórych sytuacjach do modelu paternalistycznego dążą sami pacjenci, bowiem *niektórym z nich odpowiada rola „ubezwłasnowolnionych” w chorobie, nie obarczonych ciężarem podejmowania decyzji dotyczących własnego zdrowia* (Ostrowska, 2006, s. 186). Co więcej skracanie dystansu podczas niektórych procedur badawczych (np. badania ginekologiczne) może zagrażać poczuciu godności pacjentki. Definiowanie takiej sytuacji jako czysto medycznej pomaga przezwyciężyć dyskomfort, a jednocześnie nie wyklucza modelu partnerskiego w dalszej części interakcji.

Socjologiczna perspektywa analizuje komunikację między personelem medycznym a pacjentem jako relację osób odgrywających określone role społeczne. To z nich wynikają zarówno przywileje, jak i obowiązki każdej ze stron. Obowiązkiem lekarza jest m.in. *budowanie i podtrzymywanie odpowiedniej relacji z pacjentem, zapewnianie poczucia bezpieczeństwa, atmosfery zaufania, a także udzielanie fachowej pomocy medycznej. Podstawowym narzędziem służącym lekarzowi do realizacji tych celów jest komunikacja (...), [dzięki której nie tylko może] przekazać określoną informację, ale też wpłynąć na postawy, zachowania i samopoczucie chorego* (Doroszewska, 2017, s. 19). Obie strony relacji charakteryzują się odmiennymi perspektywami. Perspektywa lekarza jest profesjonalna i instytucjonalna,

pacjenta – emocjonalna i subiektywna. Pierwszy odwołuje się do faktów i wiedzy, starając się postawić diagnozę i nadać kierunek leczenia, uwzględniając biurokratyczno-organizacyjne wymogi instytucji, w której pracuje oraz potrzeby innych pacjentów. Drugi koncentruje się tylko na sobie, emocjonalnie podchodząc do zmian i ograniczeń, jakie choroba powoduje w jego życiu prywatnym, rodzinnym czy zawodowym. Instytucje medyczne zaś analizuje tylko pod kątem jakości usług, w tym jej wyglądu, wyposażenia, czasu oczekiwania czy otwartości personelu. Choć perspektywy wydają się na wskroś odmienne, jest element, który może być fundamentem wspólnego działania i budowania relacji partnerskiej. Obie strony dążą do tego samego celu – poprawy stanu zdrowia pacjenta.

Potrzeba systemowych rozwiązań, które odpowiadałyby na systematyczny wzrost liczby pacjentów cudzoziemców i ich potrzeby. *Łukasz Jankowski, prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie podkreśla, że nie ma przepisów regulujących kwestie postępowania lekarza w przypadku braku możliwości porozumienia się z pacjentem, który jest obcokrajowcem (...)[co więcej] regulacje prawne nie nakładają na podmioty wykonujące działalność leczniczą dodatkowych obowiązków związanych z zapewnieniem komunikacji z pacjentami obcojęzycznymi. Placówka medyczna nie ma więc obowiązku zapewnienia tłumacza określonego języka. (...) Także przepisy regulujące zasady postępowania z pacjentami w stanach nagłych nie uwzględniają różnic językowych.* (Agnieszka Pochręst-Motyczyńska, 2019, online). Wydaje się, że ten obszar powinien być doprecyzowany odpowiednimi przepisami, gwarantującymi pacjentom prawo do pełnej informacji na temat stanu zdrowia i dalszych procedur medycznych oraz konkretnymi wytycznymi dla instytucji medycznych.

Innym działaniem ułatwiającym kontakt z pacjentem cudzoziemcem byłoby lepsze

zaznajomienie personelu medycznego (być może jeszcze na etapie studiów medycznych) z literą prawa w zakresie korzystania przez obcokrajowców z opieki zdrowotnej, przygotowanie pełniejszej informacji dla cudzoziemców (w językach ojczystych) na temat funkcjonowania polskiego systemu opieki zdrowotnej, lepsze oznakowanie przychodni, szpitali i innych punktów medycznych pod kątem pacjentów zagranicznych, strony internetowe instytucji medycznych prowadzone w językach obcych. Rozwiązaniem mogłoby być również stworzenie listy przychodni/specjalistów, którzy biegle posługują się językiem obcym lub wyznaczenie osoby (zwłaszcza w dużych instytucjach) do pełnienia roli tłumacza w sytuacjach problemów komunikacyjnych.

Warto także zaznaczyć konieczność rozwijania przez personel medyczny nie tylko wiedzy i umiejętności technicznych, ale również socjalnych i kulturowych (Kiszka, Ozga, Mach, Krajewski, 2018), w tym tak zwanych kompetencji międzynarodowych dotyczących zarówno wiedzy, jak i umiejętności radzenia sobie w środowisku wielokulturowym. Proces nabywania owych kompetencji powinien dotyczyć zarówno międzynarodowej spostrzegawczości (aspekt behawioralny skupiający się na umiejętnościach komunikacyjnych), świadomości (aspekt poznawczy rozumienia różnic) oraz wrażliwości (skupienie się na pozytywnych emocjach ukierunkowanych na różnice kulturowe) (Ślifirczyk, 2019).

Biorąc pod uwagę systematyczny wzrost liczby obcokrajowców w Polsce, im szybciej zostaną wprowadzone rozwiązania systemowe, tym z większą korzyścią będzie to dla pacjentów, personelu medycznego i całego systemu opieki zdrowotnej. ☺

**Dr n. hum. Katarzyna Pawlak-Sobczak** – doktor nauk społecznych w zakresie socjologii. Asystent w Zakładzie Patologii Społecznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Członek Polskiego Towarzystwa Socjologicznego i Polskiego Towarzystwa Komunikacji Społecznej

#### Afilacja:

Zakład Patologii Społecznych

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

e-mail: [katarzyna.pawlak@umed.lodz.pl](mailto:katarzyna.pawlak@umed.lodz.pl)

## Bibliografia

- Aleksandrowicz, J. (1972). W poszukiwaniu definicji zdrowia, *Studia Filozoficzne*, 9, s. 21–31.
- Andrys – Wawrzyniak, I., Jabłecka, A. (2009). Zagadnienie komunikacji w relacji badacz-pacjent w badaniach klinicznych, *Farmacja współczesna*, nr 2.
- Arasaratnam, L.A., Doerfel, M.L. (2005). Intercultural communication competence: Identifying key components from multicultural perspectives, *International Journal of Intercultural Relations*, 29, s. 137–163.
- Barański, J. (2002). Interakcja lekarz – pacjent. W: Barański, J., Piątkowski, W. (red.). *Zdrowie i choroba, wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Oficyna Wydawnicza ATUT.
- Beauchamp, T.L., McCullough L.B. (1984). *Medical Ethics. The Moral Responsibilities of Physicians*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bell, R.A., Leroy J.B., Stephenson J.J. (1982). Evaluating the mediating effects of social support upon life events and depressive symptoms, *Journal of Community Psychology*, nr 10, s. 325–340.
- Bertalanffy, L. von. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications. Revised Edition*. New York: George Braziller.
- Bik, B. (2001). Koncepcja promocji zdrowia. W: Czupryna, A., Poździuch, S., Ryś, A., Włodarczyk, W.C. (red.). *Zdrowie publiczne*, Kraków: UWM Versalius.
- Bloch, N., Czerniejewska, I., Jóźwiak, I., Mińkowska A., Romanowicz, A. (2010). *Cudzoziemcy w Poznaniu. Praca, zdrowie, edukacja. Raport z badań*. Pobrane z: <https://ec.europa.eu/migrant-integration/?action=media.download&uuiid=2A282457-0CDD-231B-E4080D0A8666768D> (dostęp: 7.07.2020)
- Bloom, S. W., Wilson, R.N. (1979). Patient-practitioner relationships. W: Freeman, H.E., Levine, S., Reeder L.G. (red.), *Handbook of medical sociology. Third Edition*. New Jersey: Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs.
- Borzucka-Sitkiewicz, K. (2006). *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Capra, F. (1987). *Punkt zwrotny*. Warszawa: PIW.
- Chrzanowska, A., Klaus, W. (2011). Poprawa dostępu migrantów do opieki zdrowotnej. Rekomendacje wynikające z przeprowadzonych badań. W: A. Chrzanowska, W. Klaus (red). *Poza systemem – Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce* (s.9–22). Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej.
- Cianciara, D., Dudziak, K., Lewczuk, A., Pinkas, J. (2012). Liczba, charakterystyka i zdrowie imigrantów w Polsce, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93 (1) s. 143–150.
- Collantes, S. (2011). Czy osoby ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy oraz nieudokumentowani migranci mają dostęp do opieki medycznej w krajach Unii Europejskiej? Porównanie sytuacji w 16 krajach. W: *Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia niedokumentalnych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce* (s. 113–142). Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej.
- Cookerham, W.C. (2007). *Medical sociology*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Cornford, C.S., Cornford, H.M. (1999). I'm only here because of my family. A study of lay referral network, *British Journal of General Practice*, Vol 49, s. 617–620.
- Coulter, A. (2002). Patients' views of the good doctor, *British Medical Journal*, nr 325(7366) s. 668–669.
- Danielewicz, M. (2016). *Obcokrajowiec to pacjent drugiej kategorii?*. Pobrane z: <https://plus.gloswielpolski.pl/obcokrajowiec-to-pacjent-drugiej-kategorii/ar/11642815> (dostęp 07.05.2020)
- Czarnecka, M. (2008). Subiektywne koncepcja zdrowia i choroby oraz ich determinanty. W: Bartkowiak, G. (red.). *Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne na przestrzeni życia. Teoria i praktyka* (s. 30–39). Poznań: Wyd Naukowe UM.
- Czerska, I. (2016). Relacje lekarz-pacjent a wybrane teoretyczne modele relacji w kontekście dehumanizacji medycyny. *Handel wewnętrzny*, 5 (364) s. 37–45.
- Czykwin, E. (2016). Stereotypizacja i stygmatyzacja – podstawy teoretyczne. W: Krajewska-Kułak, E., Guzowski, A., Bejda, G., Lankau, A. (red.). *Pacjent „inny” wyznawaniem opieki medycznej*. (s. 27–46) Poznań: Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM.
- Dąbrowska, K., (2008). W jakim kierunku zmierzają relacje pomiędzy lekarzem, a pacjentem w Polsce? *Pediatr Med. rodz*, 4(4), s. 278–281.
- Dobrowoska, B. (2010). *Wprowadzenie do medycyny etyki troski*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Dolińska-Zygmunt, G. (1996). Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu. W: Dolińska-Zygmunt, G. (red.), *Elementy psychologii zdrowia* (s. 9–29). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2000). *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. Warszawa: Wyd. Instytutu Psychologii PAN.
- Doroszewska, A. (2017). Ogólne zasady komunikowania się lekarza i pacjenta. Etyka komunikacji. W: Ostrowska, A. (red.), *Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej* (s. 15–40). Warszawa: Instytut Filozofii i Socjologii PAN.
- Drozd-Garbacewicz, M. (2015). *Współczesna rola pacjenta hospitalizowanego w interakcji z lekarzem – między konfliktem a równowagą*. Pobrane z: <https://pbc.gda.pl/Content/51367/doktorat%20DROZD-GARBACEWICZ%20Małgorzata.pdf> (dostęp 10.07.2020)
- Duch-Krzystoszek, D. (2009). Korzystanie ze służby zdrowia. Uwarunkowania mikrostrukturalne i makrostrukturalne. W: Ostrowska, A. (red.) *Socjologia medycyny, Podejmowane problemy, kategorie analizy* (s.261–282), Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Emanuel, E.J., Emanuel, L. (1992). Four models of the physician-patient relationship, *The Journal of the American Medical Association*, 267(16).
- Freidson, E. (1960). Client Control and Medical Practice, *American Journal of Sociology*, Vol. 65, s. 374–382.
- Freidson, E. (1988). *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Forsal. (2020). Uchodźcy w Polsce. Najwięcej wniosków w 2019 roku złożyli Rosjanie i Ukraińcy. *Pobrane z: https://forsal.pl/artykuly/1452962,uchodzcy-w-polsce-najwiecej-wnioskow-w-2019-roku-zlozyli-rosjanie-i-ukraincy.html* (dostęp 15.05.2020)
- Gajewski, W.T. (2005). Z problematyki bioetycznej. Paternalizm czy partnerstwo? *Eskulap Świętokrzyski nr 11*. Pobrane z: <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil56/gazeta/numery/n2005/n200511/n20051108> (dostęp: 10.07.2020)
- Goban-Klas, T. (2005). *Media i komunikowanie masowe. Teorie i analizy pracy, radia, telewizji i Internetu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Grzymała-Moszczyńska, H., Nowicka, E. (1998). *Goście i gospodarze. Problem adaptacji kulturowej w obozach dla uchodźców oraz otaczających je społecznościach lokalnych*. Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.
- GUS. (2019). *Turystyka w 2018 roku –raport*. Pobrane z: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/kultura-turystyka-sport/turystyka/turystyka-w-2018-roku,1,16.html> (dostęp 10.05.2020)
- Hall, E. (2001). *Ukryty wymiar*. Warszawa: PIW.
- Heszen-Niejodek, I. (1992). *Lekarz i pacjent. Badania psychologiczne*. Kraków: Universitas.
- Jabłecka, B. (2012). *Strukturalne i kulturowe bariery w dostępie imigrantów do ochrony zdrowia*. Warszawa: Instytut spraw publicznych.
- Janowska, A., Grześk, E., Kubica, A., Kozińska, M., Grąbczewska, Z. (2010). Specyfika współpracy lekarz – pacjent w pediatrii, *Folia Cardilogica Excerpta*, nr 5, 2, s. 74–77.
- Jaros, M.J., Kawczyńska-Butrym, Z., Włoszczak-Szubbza, A. (2012). Modele komunikacyjne relacji

- lekarz-pacjent-rodzina, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, t. 18, nr 3 s. 212–218.
- Jaroszewska, E. (2019). Bariery w komunikacji z zagranicznym pacjentem i jego rodziną. W: Krajewska-Kułak, E., Guzowski, A., Bejda, G., Lankau, A. (red.) *Kontekst „Inności” w komunikacji interpersonalnej* (s. 185–200). Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Jołkiewicz, D. (2011). *Kobiety w naukach medycznych wczoraj i dziś, Nauka i szkolnictwo wyższe*, nr 2/38, s. 35–47.
- Kacperczyk, A. (2006). *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*. Łódź: UŁ.
- Kęsy, M. (2012). *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*. Karków: UJ.
- Kiszka, J., Ozga, D., Mach, A., Krajewski, R. (2018). Udzielanie pomocy pacjentom odmiennym kulturowo na tle współczesnych migracji ludności w Europie, *Pielęgniarstwo XXI w*, Vol.17 nr 1(62), s. 30–36.
- Kłerek, N. (2011). Ochrona zdrowia nieudokumentowanych migrantów i osób ubiegających się o ochronę międzynarodową w opinii cudzoziemców. W: *Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia niedokumentalnych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce* (s. 45–112). Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej.
- Kodeks Etyki Lekarskiej. Pobrane z: [https://nil.org.pl/uploaded\\_files/1574858112\\_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf](https://nil.org.pl/uploaded_files/1574858112_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf) (dostęp 20.05.2020)
- Konopka, M.N. (2016). *Komunikacja lekarz-pacjent. Teoria i praktyka*. Kraków: IDMiKS UJ
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 (Dz.U. 1948 nr 61 poz. 477)*.
- Korporowicz, V. (2006). *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie – Oficyna Wydawnicza.
- Kubitsky, J. (2012). *Psychologia migracji*. Warszawa: Wydawnictwo Delfin.
- Kuczyńska, A.. (2001). Modele kontaktu lekarza z pacjentem. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.), *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: UW.
- Kulik, BT. (2000). Koncepcja zdrowia w medycynie. W: Kulik, BT., Wrońska, I. (red.), *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych* (s. 15–38). Stalowa Wola: Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej.
- Lalonde, M. (1978). *A new perspective on the health of Canadians. A working Document*. Ottawa: Government of Canada.
- Laskowski, K. Krajewska-Kułak, E., Fiłon, J. (2015). Uchodźcy jako przyszli odbiorcy usług medycznych z perspektywy studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, *Piel. Zdr. Publ*, 5,2, s. 159–171.
- Leavy R. L. (1983). Social support and psychological disorder: A review, *Journal of Community Psychology*, nr 11, s. 3–21.
- Lurka, K. (2019). Przychodzi cudzoziemiec do lekarza, a... dyrektor ma problem. Pobrane z: <https://www.termedia.pl/mz/Przychodzi-cudzoziemiec-do-lekarza-a-dyrektor-ma-problem,35899.html> (dostęp 18.05.2020)
- Maciąg, A. (2011). Kulturowe uwarunkowania komunikacji interpersonalne w relacjach lekarz-pacjent, *Studies and Proceeding of Polish Association for Knowledge Management*, nr 55, s. 16–25.
- Makara-Studzińska, M. (2012). *Komunikacja z pacjentem*. Lublin: Czelej.
- Maśliński, K. (2011). Prawne regulacje w zakresie dostępu do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce. W: Chrzanowska, A., Klaus, W. (red.). *Poza systemem – Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce* (s. 23–44). Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej.
- Ministerstwo Sportu i Turystyki (2018). Charakterystyka przyjazdów nierezydentów do Polski w 2017 roku – raport. Pobrane z: <https://www.msit.gov.pl/pl/turystyka/badania-rynk-turystycz/statystyka-komunikaty-i/7834,Wiecej-turystow-zagranicznych-w-Polsce-w-2017-roku.html> (dostęp 10.05.2020)
- Ministerstwo Zdrowia (2020). *Finansowanie leczenia cudzoziemców w Polsce*. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/finansowanie-leczenia-cudzoziemcow-w-polsce> (dostęp 25.05.2020)
- Mirowska, A. (2010). Cudzoziemiec jako pacjent. Integracja w sferze poznańskiej opieki zdrowotnej. W: Bloch, N. Goździak, E.M. (red.) *Od gości do sąsiadów. Integracja cudzoziemców spoza Unii Europejskiej w Poznaniu w edukacji, na rynku pracy i w opiece zdrowotnej* (s. 145–170). Poznań: Centrum Badań Migracyjnych UAM.
- Mroczkowska, R. (2013). Odmiennosc kulturowa jako nowe wyzwanie w praktyce pielęgniarstwa i położnej, *Pielęgniarstwo Spec*. 1(1), s. 27–31.
- Nettleton, S. (2001). *The sociology of health and illness*. Cambridge: Polity Press.
- Nowosielska, K. (2016). Szpitalom rosną długi przez nieubezpieczonych pacjentów. Pobrane z: <https://www.rp.pl/Zadania/304189890-Szpitalom-rosna-dlugi-przez-nieubezpieczonych-pacjentow.html> (dostęp: 10.07.2020)
- OECD (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Ostrowska, A. (1997). Prozdrowotne style życia. Promocja Zdrowia, *Nauki Społecz Med.*, 4(10–11), s. 7–24.
- Ostrowska, A. (2006). Paternalizm czy partnerstwo? Relacje między pacjentami a lekarzami w Europie. W: Domański, H., Ostrowska, A., Sztabiński, P. B. (red.) *W środku Europy? Wyniki Europejskiego Sondażu Społecznego*. (s. 185–200). Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ostrowska, A. (2009). Modele relacji pacjent-lekarz. W: Ostrowska, A. (red.) *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ostrowska, A. (2017). Wprowadzenie. W: Ostrowska, A. (red.) *Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej* (s. 7–14). Warszawa: Instytut Filozofii i Socjologii PAN.
- Quill, T.E. (1983). Partnership in patient care: a contractual approach, *Annals of Internal Medicine*, 98(2) .
- Palińska, E. (2017). *Ile wydają szpitale na leczenie nieubezpieczonych cudzoziemców?* Pobrane z: <https://zdrowie.trojmiasto.pl/Ile-traca-szpital-na-leczeniu-nieubezpieczonych-cudzoziemcow-n117079.html> (dostęp: 14.07.2020)
- Parsons, T. (1969). *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Parsons, T. (2009). *System społeczny* tłum. M. Kaczmarczyk. Kraków: Zakład wydawniczy Nomos.
- Piątkowski, W. (2002). Zdrowie jako zjawisko społeczne. W: Barański, J., Piątkowski, W. (red.). *Zdrowie i choroba, wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Oficyna Wydawnicza ATUT.
- Pierloot, R.A. (1983). Different Models in the Approach to the Doctor — Patient Relationship, *Psychother Psychosom*, nr 39, s. 213–224, Za: Tobiasz-Adamczyk, B., Bajka, Marman, G. (1996). *Wybrane elementy socjologii i zawodów medycznych* Kraków: Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Płaszewska-Żywko, J.(2010). Model Hoyce Newman Giger i Ruth Eleine Davidhizare. W: Krajewska-Kułak, E., Wrońska, I., Kędzióra-Kornatowska, K. (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Pochręst-Motyczyńska, A. (2019). *Przychodzi cudzoziemiec do lekarza, a ten mu rękoma tłumaczy, że miał zawał*. Pobrane z <https://www.prawo.pl/zdrowie/jak-ma-sie-porozumiec-lekarz-z-pacjentem-ktory-jest-obcokrajowcem,374398.html> (dostęp 25.05.2020)
- Urząd do Spraw Cudzoziemców (2020). *Zarejestrowanie pobytu*. Pobrane z: <https://udsc.gov.pl/cudzoziemcy/obywatele-ue-oraz-eogszwajcarii-i-czlonkowie-ich-rodzin/wymagane-formalnosci/obywatele-ue/zarejestrowanie-pobytu/> (dostęp 12.05.2020)
- Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408)
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417).
- Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 2003 nr 128 poz. 1176).
- Schumacher, J.D., Ward, T. (2001). *Cultural Cognition and Psychopathology*, Westport: Prager.
- Sęk, H., Ścigała, I., Pasikowski, T., Beisert, M., Bleja, A. (1992). Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania, *Przegląd Psychologiczny*, 3, 35, s. 351–363.
- Słońska, Z. (1994). Promocja zdrowia-zarys problematyki, *Nauki Społecz Med.*, 1–2, s. 37–52.
- Sokołowska, M. (1986). *Socjologia medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich
- Strzemieczna, M., Imiela, J. (2017). Cudzoziemcy jako pacjenci w polskim systemie opieki zdrowotnej. Sytuacja prawna, *Polityka społeczna*, Vol 44, nr 11–12 (524–525) s. 17–23.
- Szasz, T. S., Hollender, M. H. (1956). A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Model of the Doctor-Patient Relationship, *Archives of Internal Medicine*, 97, s.585–592.
- Szymański, D. (2015). *Polacy o lekarzach – raport badawczy*. Pobrane z: <https://www.slideshare.net/DorianSzymanski/polacy-o-lekarzach-raport-badawczy-lipiec-2015> (dostęp 20.05.2020)
- Synowiec-Piłat, M. (2002), Zróżnicowania i nierówności społeczne a zdrowie. W: Barański, J., Piątkowski, W. (red.). *Zdrowie i choroba, wybrane problemy socjologii medycyny*. (s. 89–96) Wrocław: Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Oficyna Wydawnicza ATUT.
- Synowiec-Piłat, M. (2013). Podjęcie decyzji o korzystaniu z usług medycznych w kontekście koncepcji lay referral system. Przypadek chorób nowotworowych, *Folia Socjologiczne*, 45, s. 131–145.
- Ślifirczyk, A. (2019). Zasady komunikacji międzykulturowej w ochronie zdrowia. W: Krajewska-Kułał, E., Guzowski, A., Bejda, G., Lankau, A. (red.) *Kontekst „Inności” w komunikacji interpersonalnej* (s. 173–184). Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Ślusarska, B., Dobrowolska, B., Zarzycka, D. (2013). Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia, *Probl Hig Epidemiol*, 94 (4), s. 667–674.
- Wagner, A. (2015). Miejsce deliberacji w procesie podejmowania decyzji o leczeniu. Komunikowanie między lekarzem i pacjentem w perspektywie socjologicznej, *Zeszyty Prasoznawcze*, T, 58, nr 2 (222), s. 213–223.
- Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych (2020). *Transkulturowość, Implus*. Dodatek do nr 1–2.
- Williams, S., Weinmen, J., Dale J. (1998). Doctor-patient Communication and patient Satisfaction: a Review, *Family Practice*, Vol. 15, No. 5, s. 480–492.
- Wołowik, W. (1998). *Język ciała międzynarodowy*. Kraków: Wydawnictwo Atlas III.
- Wojnarowska, B. (2013). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Woźniak, M., Brukwicka, I., Kopański, Z., Kollar, R., Kollarova, M., Bajger B. (2015). Zdrowie i kultura zdrowotna, *Journal of Clinical Healthcare*, 4/2015, s. 10–14.
- Wróński, K., Bocian, R., Depta, A., Cywiński, J., Dziki, A. (2009). Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent. Prawne aspekty autonomii pacjenta w opiece zdrowotnej, *Nowotwory. Journal of Oncology*, vol.59 nr 4 s. 266–273.
- Zembala, A. (2015). Modele komunikacyjne w relacjach lekarz-pacjent, *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ. Nauki Ścisłe*, nr 11 (2/2015), s. 35–55.
- Zgliczyński, W., Cianciara, D. (2013). Pacjenci obcokrajowcy w opiniach polskich lekarzy, *Hygeia Public Health* 48(1) s. 120–124.

## **The partnership model in the relationship between medical staff and patient – foreigner. Opportunities versus barriers**

### **Abstract**

The shift away from the traditional paternalistic models based on a dominant, authoritarian position of a specialist, to the partnership and cooperation is increasingly being emphasized. Modern models pay attention to the patient's participation in the process of diagnosis and treatment and his shared responsibility for the effects of therapy. Communication should have to directions and should base on the principle of agreement. Medical staff become an advisor and guide, not an authoritarian manager. The patient has the freedom to decide, his rights, autonomy and dignity are emphasized. Attention is also paid to the importance of the patient's family in the process of diagnosis and treatment. However, in practice, these recommendations are not always respected. The realization of so-called the partnership model when that partner is a foreigner can be even harder. Although European and national laws describing the rights of foreigners in Poland to receive health care, stress that having a valid insurance in our country guarantees equality in access to health services and their quality, the practice points to numerous barriers in this regard, from language problems to personal prejudices of medical staff. The main purpose of the article is to characterize these barriers, as well as to try to answer the question whether and under what conditions it is possible to use the partnership model in the relationship between medical staff and patient foreigner.

### **Keywords:**

the relationship between medical staff and patient, the partnership model, foreigner.