

Jolanta Augustyniak-Kopka, Danuta Walczak-Duraj

**PERSONEL MEDYCZNY SZPITALI
W OCENACH I OPINIACH PACJENTÓW**

Niniejsze studium stanowi przyczynek do szeroko zakrojonej dyskusji na temat funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. W ramach tej dyskusji zwraca się wiele uwagi na organizacyjno-finansowy wymiar zapowiadanej reformy, widząc w niej istotne remedium na problemy związane zarówno z kondycją podstawowych jednostek opieki zdrowotnej, jak i ze sposobem realizowania zawodów medycznych.

Nieco mniejszy zakres przybiera dyskusja dotycząca podmiotowego traktowania pacjenta, przebywającego zwłaszcza w szpitalu. Nieliczny wyjątek stanowi szeroka dyskusja prowadzona na łamach „Gazety Wyborczej”, realizowana w ramach cyklu: *Rodzić po ludzku*. Opinie i poglądy matek-pacjentek, prezentowane w ramach tego cyklu są bardzo dobrym dowodem na to, iż pożądany i oczekiwany stosunek personelu leczącego i opiekuńczego do pacjenta nie jest prostą funkcją możliwości finansowych, organizacyjnych i lokalowych polskich klinik i szpitali. Bliższa analiza jakościowa wypowiedzi pacjentek dostarcza ponadto przesłanek do jeszcze jednej refleksji. Otóż w systemie ochrony zdrowia, rozumianej jako jedność funkcji profilaktycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, nastąpiła daleko idąca, wewnętrzna dyferencjacja pełnionych funkcji. W sposób szczególnie zaznacza się ona w odniesieniu do funkcji leczniczej i roli poszczególnych służb (lekarzy, pielęgniarek i służb sanitarnych) w ramach tej funkcji.

Jak słusznie już dawno zauważył to H. Csorba, nauka leczenia i sztuka opieki nie są krańcowymi produktami jednego ciągu, lecz stanowią dwie odrębne funkcje. „Szpital [...] reprezentuje jako zakład dwoistość celów: leczenie i opiekę (pielęgnację). Nacisk położony na technikę sprawia, że obecnie w szpitalu pielęgniarka, która uosabia funkcję opieki, staje się siłą techniczną, operatywną. Nastąpiło przesunięcie roli z funkcji opiekuńczej na leczniczą, podporządkowaną lekarzowi, ale traktującą troskę o wygodę

i opiekę pacjenta jako podrzędną w stosunku do leczenia. Taka postawa zawiera implikacje, że ten kto nie umie pomóc ten się opiekuje”¹.

Zarazem jednak obserwować można proces, w ramach którego we współczesnym, polskim szpitalu przywiązuje się dużą wagę do osiągnięć w technice diagnostyczno-leczniczej, zdecydowanie zaś mniejszą do systemu wartości i oczekiwań pacjentów. Można by podejrzewać, iż wielu lekarzy podejmując proces leczenia posługuje się bardzo uproszczoną wizją człowieka i jego osobowości bądź też stosuje swoistą zasadę „zawieszenia” (w sposób zupełnie arbitralny) podstawowych potrzeb i oczekiwań pacjentów i traktowania ich w sposób odpersonalizowany.

Doświadczenia i wrażenia wyniesione przez pacjentów ze szpitali są oczywiście różnorodne. W znacznym stopniu zależą one od rodzaju choroby, ich cech społeczno-demograficznych, określonego treningu, dotyczącego wielokrotnego występowania w roli pacjenta, jak i od środowiska danego szpitala. Z wypowiedzi byłych pacjentów szpitali wynika bowiem, iż między poszczególnymi szpitalami, a nawet oddziałami w ramach tego samego szpitala, występowały bardzo duże różnice nie tylko w wymiarze organizacyjnym, ale i społecznym.

Różnice w opiniach i postawach pacjentów wobec sposobu ich traktowania wynikać mogą również z tego, z jakim szpitalem mamy do czynienia; czy jest to szpital funkcjonujący w ramach modelu opiekuńczego, noszącego wiele cech instytucji totalnej (w rozumieniu E. Goffmana), rehabilitacyjnego czy klasycznego².

Przedmiotem naszej refleksji socjologicznej były poglądy i opinie byłych pacjentów szpitali, zaliczanych do najbardziej rozpowszechnionego typu szpitali, mieszczących się w modelu klasycznym³. Ten typ szpitali przeznaczony

¹ H. Csorba, *Szpital – pacjent. System społeczny kliniki internistycznej*, Wrocław 1968, s. 26–27.

² Typologia wprowadzona przez R. M. Coe’go: Zob. M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Warszawa 1986.

³ Badaniem, które miało charakter sondażu i przeprowadzone zostało we wrześniu 1994 r. w Łodzi, objęto ogółem 101 osób. Osoby te, to byli pacjenci szpitali łódzkich (powyżej 18 roku życia), którzy co najmniej raz (nie krócej niż dwa tygodnie) w ciągu ostatnich dwóch lat przebywali w szpitalu. Podstawową metodą stosowaną w tym sondażu był wywiad swobodny, przeprowadzany najczęściej w domu respondenta lub w miejscu przez niego wskazanym (kawiarnia, restauracja itp.). Wywiady przeprowadzali studenci socjologii, których dodatkowym zadaniem była ocena zachowania się respondentów w czasie wywiadów, ich otwartości i gotowości do udzielania wywiadu. Jak wynikało z adnotacji zamieszczanych w każdym egzemplarzu wywiadu, byli pacjenci w zdecydowanej większości byli bardzo zadowoleni z faktu, iż ktoś interesuje się ich wrażeniami wyniesionymi z pobytu w szpitalu. W trakcie trwania wywiadu wielu respondentów wypowiadało swe uwagi w sposób bardzo emocjonalny. Świadczy o tym m. in. używane przez nich słownictwo czy też inne zachowania o charakterze behawioralnym.

jest przede wszystkim dla chorych, którzy po postawieniu diagnozy i leczeniu powrócą do normalnego życia. W szpitalach tych stosunki między personelem a pacjentem noszą wiele znamion epizodyczności i polegają przede wszystkim na wykonywaniu określonych zabiegów. Ze względu jednak na różnorodność chorób, etapów leczenia czy rozpiętość wieku, w tym typie szpitali nie powinno występować zbyt wiele cech charakterystycznych dla instytucji totalnej.

Jak zatem należy podchodzić do analizy postaw i opinii pacjentów wobec tego typu szpitala? Wydaje się, że opinie te i postawy mogą być w znacznym stopniu przerysowane, zbyt emocjonalne. Należy jednak pamiętać, iż dla pacjentów pobyt w szpitalu jest sytuacją przymusową. Stąd też jego ocena może być dokonana nie tylko z punktu widzenia sytuacji życiowej, ale i stanu zdrowia.

Z różnych badań wynika, iż najbardziej przykre dla chorych są trzy formy ich traktowania: traktowanie pacjenta jako natręta, bezduszne podejście do pacjenta oraz niedostateczne liczenie się z jego indywidualnymi skłonnościami pacjenta⁴. Posługując się zatem wypowiedziami byłych pacjentów skoncentrujemy się na ocenie stosunku lekarzy, pielęgniarek i służb sanitarnych do respondenta. Pytania miały całkowicie otwarty charakter i chodziło przede wszystkim o to, by pacjenci sami oceniali stosunek do nich personelu szpitala.

A. OCENA STOSUNKU LEKARZY DO PACJENTÓW

Generalnie przeważały opinie, iż stosunek lekarzy do badanych osób był negatywny (55 wypowiedzi wobec 46 wypowiedzi pozytywnych). Wśród ocen pozytywnych zdecydowanie dominowały te, które odnosiły się do **ekspresywnych** cech lekarza, związanych z uczuciową (wrażliwość) stroną pełnionej przez siebie roli. Marginalnie wspominali o częstym kontakcie z lekarzem („lekarz często mnie odwiedzał”).

Respondenci-pacjenci podkreślali **przyjazny, dobry stosunek lekarzy** do siebie. Można przypuszczać, iż eksponowali tę cechę, gdyż przywiązują do niej duże znaczenie. Potwierdzali zarazem wielokrotnie podnoszoną przez badaczy problematyczną tezę, iż pacjenci oczekują od lekarza tzw. całościowego podejścia do siebie, a nie skoncentrowania tylko na chorobie. Zarazem oczekiwania te nie oznaczają jakiegoś zasadniczego przełomu w uprawianiu medycyny, lecz w bezpośredni sposób nawiązują do tradycji tzw. lekarza domowego, który był przyjacielem i opiekunem rodziny. Wydaje się, iż spośród wielu kryteriów odgrywających istotną rolę w przebiegu relacji

⁴ M. Kulczycki, *Pacjent w szpitalu*, [w:] M. Jarosz, *Psychologia lekarska*, Warszawa 1978, s. 252-255.

lekarz-pacjent korzystny klimat emocjonalny jest najważniejszy. Spełnia on m.in. istotną rolę „tonizującą” w procesie mogących pojawić się trudności i konfliktów w relacji pacjent-lekarz.

Potencjalnych zaś konfliktów między lekarzem a jego pacjentem może być wiele. Mogą one wynikać zarówno z tzw. zderzenia perspektyw (termin H. Freidsona) pacjenta-laika i lekarza-profesjonalisty, ze struktury i organizacji opieki lekarskiej, odmienności „kultury lekarza” i „kultury pacjenta”, różnic między priorytetami lekarza i pacjenta, jak i mniej lub bardziej uzasadnionego kwestionowania przez pacjentów kompetencji lekarza.

Stąd to niemanifestowanie ekspresywnych, uczuciowych elementów zachowań związanych z rolą lekarza badani pacjenci uznawali za przejaw negatywnego do nich stosunku. Podkreślano zwłaszcza to, iż lekarze są obojętni na cierpienia pacjentów, są, jak się wyrażali pacjenci, „służbistami”, ograniczającymi swoje kontakty z pacjentami tylko do tzw. instytucji „obchodu”, która w polskich szpitalach, choć realizowana w wielu wersjach, nosi wiele znamion rytualnego ceremoniału.

Na drugim miejscu wśród przejawów negatywnego stosunku lekarzy do pacjenta znalazł się **zarzut o charakterze etycznym**. Część pacjentów stwierdza, iż lekarze odnoszą się do swoich pacjentów w sposób zróżnicowany (przyjazny-obojętny), zaś zróżnicowanie to jest ich zdaniem uwarunkowane brakiem bezinteresownego, sprawiedliwego traktowania pacjentów. Jak sami stwierdzają, lekarze są mili dla tych, od których coś dostali. Trudno w tym miejscu oceniać, w jakim stopniu pacjenci werbalizują funkcjonujący w społecznej świadomości stereotyp „lekarza-łapówkarza”, a w jakim faktyczne, obserwowane przez siebie zróżnicowanie zachowań lekarzy, wynikające z owych, jednoznacznie tutaj określonych nieetycznych uwarunkowań.

Zdecydowanie mniej kontrowersyjne do interpretacji są te oceny pacjentów, zgodnie z którymi doświadczali oni zbyt protekcjonalnego traktowania ze strony lekarzy. Pacjenci dość często posługują się tutaj jedną metaforą – „lekarze patrzą na pacjentów z góry”. Owo „patrzenie z góry” odnosią pacjenci również do relacji lekarz-niższy personel medyczny. Ten typ zachowań lekarza, który możemy określić jako **brak skromności**, mieści się oczywiście w obrębie etycznych uwarunkowań relacji lekarz-pacjent. Można w związku z tym powiedzieć, iż mamy tutaj do czynienia z ujawnianiem przez pacjentów swego negatywnego stosunku do eksponowania przez lekarzy swej wysokiej pozycji profesjonalisty i traktowaniu, w ramach wspomnianego już wcześniej „zderzenia perspektyw”, pacjentów jako „czystych” laików. Ten brak zgody na manifestowanie przez lekarzy profesjonalnego (merytorycznego w sensie formalnym) aspektu roli występuje najczęściej w wypowiedziach pacjentów z wyższym wykształceniem, którzy w wyraźny sposób preferują jeden z trzech podstawowych typów stosunków lekarz-pacjent, tj. obustronne uczestnictwo.

by się oni zgodzić na typ relacji w wymiarze: kierowanie-współpraca, to z całą pewnością nie na typ: aktywność (lekarz)-bierność (pacjent).

Jak słusznie zauważa M. Jarosz, za przebieg kontaktu lekarz-pacjent odpowiedzialny jest głównie lekarz, ale także ze strony pacjenta mogą oddziaływać czynniki, które ten kontakt utrudniają⁵. W grę mogą wchodzić takie postawy, jak: agresywne, lękowe, nadmiernie zależne lub odwrotnie – utrudniające akceptację jakiegokolwiek uzależnienia. Wydaje się zatem, iż w analizie i ocenie wizerunku lekarza prezentowanego badaczowi winniśmy zwracać baczniejszą uwagę na fakt, iż stosunek lekarz-pacjent odnosi się do szerszego kontekstu, wykraczającego poza współdziałanie dwóch partnerów interakcji. W kontekście tym istotną rolę odgrywają nie tylko zmienne osobowościowe pacjenta, ale również to, iż jest on „człowiekiem w swej chorobie”, co powoduje, iż jego proces postrzegania otoczenia społecznego może być w sposób istotny zdeformowany.

Ostatni wymiar, doświadczanego przez byłych pacjentów negatywnego do nich stosunku lekarzy, dotyczy obszaru **kontaktów** między lekarzem a respondentami. Z wypowiedzi byłych pacjentów wynika, iż nie byli oni traktowani jako sojusznicy we wspólnej walce z chorobą. Lekarze nie informowali ich o wynikach badań, stawianych diagnozach czy planowanych operacjach. Skrajną postacią braku tego kontaktu nie była jednak konieczność poruszania się przez pacjentów w sferze domniemań i domysłów co do stanu swojej choroby, ale konieczność wchodzenia przez nich w niektóre wymiary roli lekarza. To pacjenci pilnowali terminów badań, zapowiadanej wcześniej zmiany leków itp. Tak więc realizacja art. 14 kodeksu etyki lekarskiej, zakładająca prawo pacjenta do uzyskania zrozumiałe dla niego sformułowanych informacji, związanych z podejmowaniem zabiegów diagnostycznych i leczniczych w ocenie byłych pacjentów, pozostawiała wiele do życzenia.

B. OCENA STOSUNKU PIĘLĘGNIAREK DO PACJENTÓW

Na proces hospitalizacji pacjentów znaczny wpływ posiada średni personel medyczny – przede wszystkim pielęgniarki. Biuletyn Informacyjny MZiOS zawiera wiele cech, których wymaga się od kandydatów do szkół pielęgniarskich. Wśród tych cech występują, takie jak: wysoki poziom etyczny, humanitarny stosunek do człowieka, cierpliwość, życzliwość, zrównoważenie i opanowanie, kultura osobista, poczucie odpowiedzialności, zainteresowanie i chęć niesienia pomocy innym czy skłonności opiekuńcze.

W charakterystyce pracy pielęgniarki, podobnie jak i lekarza, treści instrumentalne i ekspresywne ściśle się ze sobą łączą. Stąd też w modelowym

⁵ Jarosz, *op. cit.*, s. 292.

ujęciu pełnić ona winna jednocześnie cztery role: **interpretatora** sytuacji trudnej i nowej dla pacjenta, **wychowawcy**, który będzie stymulował odpowiednie postawy pacjentów, **osoby zaufanej**, której pacjent może się zwierzyć a tym samym obniżyć poziom napięcia emocjonalnego, związanego z pobytem w szpitalu czy wreszcie w roli **zastępczyni rodziny**, realizującej jej niektóre funkcje, zwłaszcza w wymiarze psychologicznym.

W naszym badaniu byli pacjenci proszeni o ogólną charakterystykę stosunku do nich personelu medycznego zdecydowanie rzadziej mówili o pielęgniarzach, nie tylko w porównaniu z lekarzami, ale i służbami sanitarnymi (salowymi). Jednocześnie, odmiennie niż w przypadku lekarzy, oceny pozytywne przeważały nad negatywnymi (odpowiednio 38 ocen pozytywnych w porównaniu z 24 ocenami negatywnymi).

Oceny pozytywne odnosiły się przy tym przede wszystkim do ekspresywnego wymiaru roli pielęgniarki. Pacjenci podkreślali przede wszystkim życzliwość, uprzejmość, chęć niesienia pomocy. Najczęściej zresztą wskazując na te cechy, przywoływali ich brak u leczących lekarzy. Oceny negatywne również dotyczyły zachowań ekspresywnych (a właściwie ich braku): braku życzliwości, obojętności, przedmiotowego traktowania pacjentów, rutynizacji zachowań. Część pacjentów podkreślała przy tym, iż pielęgniarki, z którymi mieli kontakt w szpitalu, były trudno uchwytnie ze względu na konieczność wykonywania zbyt obciążających je prac.

Generalnie jednak pacjenci zdecydowanie rzadziej poddają ocenie zachowania pielęgniarzek. To co wywołuje ich silne emocje, to zachowania dwu skrajnych grup występujących w formalnej strukturze szpitala: lekarzy i salowych. Jednakże zachowania salowych oceniane są nieco inaczej.

C. OCENA STOSUNKU SALOWYCH DO PACJENTÓW

Przede wszystkim podkreślany jest fakt dużego zróżnicowania zachowań salowych zarówno w ramach danego oddziału, jak i z perspektywy kolejnych pobyków w szpitalu. Wśród negatywnych ocen dominują te, które odnoszą się do manifestowania przez salowe obojętnego stosunku do pacjentów, w którym zaznacza się przede wszystkim brak zrozumienia sytuacji chorego. Pomoc salowych dotyczy wielu sytuacji, w których pacjenci mogą czuć się zażenowani (załatwianie potrzeb fizjologicznych, czynności higieniczne). W sytuacjach tych salowe, jak to wynika z ocen pacjentów, zachowują się zazwyczaj grubiańsko zarówno w sensie werbalnym, jak i behawioralnym. Inny zarzut dotyczy manifestowania przez salowe wyraźnej postawy roszczeniowej w sytuacji wykonywania na rzecz pacjenta określonych czynności. Wielu pacjentów podkreślało, iż brak gotowości ze strony pacjentów do

opłacania usług wykonywanych przez salowe powodował, iż były one nieuchwytnie bądź też nie wywiązywały się z danej pacjentowi obietnicy. Jednakże około 1/3 pacjentów mówiąc o salowych podkreślała, iż nie ma do nich żadnych zastrzeżeń, ponieważ bardzo chętnie im pomagały.

To co zasługuje na szczególną uwagę w komentowaniu werbalizowanych postaw i zachowań personelu szpitala do pacjentów, to wiek tego personelu. **Zdecydowanie lepiej oceniani byli młodsi pracownicy, zarówno lekarze, pielęgniarki, jak i salowe.** Pacjenci podkreślali przede wszystkim fakt, iż byli oni o wiele bardziej wrażliwi na ich cierpienia niż osoby starsze. Czyżby ekspresyjna funkcja zawodów medycznych, do której pacjenci przywiązują taką istotną wagę, była trudniejsza do realizacji przez osoby dłużej doświadczone rutyną zawodowej?

W naszych badaniach chcieliśmy zderzyć osobiste doświadczenia pacjentów wyniesione ze szpitala z opiniami innych osób, które są dostępne naszym respondentom. Przede wszystkim chcieliśmy zobaczyć, czy osobiste doświadczenia różnią się od doświadczeń i wygłaszanych opinii przez inne osoby. Nie dociekaliśmy przy tym, czy te zasłyszane opinie wynikają z bezpośrednich doświadczeń. To co wydaje się najbardziej interesujące w tych opiniach zasłyszanych od innych osób, to zdecydowana przewaga ocen negatywnych, zasłyszanych na temat lekarzy i pielęgniarek.

Lekarze w ocenie innych osób wypadają przy tym zdecydowanie najgorzej. Respondenci przytaczali przede wszystkim te opinie, zgodnie z którymi lekarze w szpitalach, zanim podejmą proces leczenia czy nawet zechcą przyjąć na oddział, oczekują odpowiednich gratyfikacji (łapówek). W relacjach pacjentów pojawia się drugi, istotny a zasłyszany zarzut – różnicowanie przez lekarzy swego stosunku do pacjentów w zależności od ich pozycji społecznej, a zwłaszcza wysokiej pozycji zawodowej. Z wypowiedzi respondentów wynika, iż ta zróżnicowana postawa lekarzy, będąca zmienną pozycji zawodowej pacjentów, wynika nie tyle z szacunku dla przedstawicieli innych profesji, co z oczekiwań na ułatwienia w załatwianiu prywatnych spraw w różnych instytucjach (bankach, biurach podróży itp.).

Inny istotny i zasłyszany zarzut dotyczy braku zainteresowania pacjentami, zwłaszcza starymi, którzy są wedle tych opinii źle traktowani przez lekarzy. Zarówno pacjenci starzy, jak i nieuleczalnie chorzy są według tych zasłyszanych opinii pozostawieni bez opieki i zabiegów leczniczych, zaś lekarze czekają tylko na ich szybką śmierć. Dwa ostatnie zarzuty dotyczą braku fachowości, kompetencji ze strony lekarzy oraz nieinformowania pacjentów o chorobie czy sposobach leczenia. Tylko dwóch respondentów słyszało od innych osób pozytywne zdania na temat kompetencji zawodowej lekarzy.

Należy więc stwierdzić, iż opinie naszych respondentów zasłyszane na temat lekarzy są zdecydowanie gorsze od opinii, jakie na podstawie autopsji

są oni sami skłonni wygłaszać. Podobna tendencja występuje w przypadku pielęgniarek. Pacjenci słyszeli przede wszystkim to, iż oczekują od pacjentów na różne „datki” za świadczone usługi. Ponadto z zasłyszanych opinii wynika, iż pacjent sam musi ich szukać na oddziale i nie zawsze wynika to z tego, że jest ich za mało i są zbyt zapracowane. Jak stwierdził jeden z pacjentów, panuje powszechne przekonanie, iż bardziej interesują się wyglądem sali, w której przebywają pacjenci niż nimi samymi. Co ciekawe, w tych ogólnych, zasłyszanych opiniach na temat stosunku personelu szpitala do pacjentów incydentalnie (trzy przypadki) wspomina się o salowych. Szpital w przekazie innych osób to lekarze i pielęgniarki.

D. NAJBARDZIEJ POZYTYWNE DOŚWIADCZENIA WYNIESIONE Z POBYTU W SZPITALU

W teoretycznych analizach socjologicznych, dotyczących prezentacji postaw zarówno jednostkowych, jak i grupowych dość rzadko zwraca się uwagę na fakt, iż werbalizowana przez respondenta postawa, kształtowana przez czynniki natury poznawczej i emocjonalnej, wzmacnia bądź osłabia dyspozycję do określonych zachowań. Dość rzadko wnika się w analizę natury tych dwóch czynników, w mechanizmy je generujące, a zarazem mogące deformować procesy poznawcze i emocjonalne.

W naszym sondażu chcieliśmy bliżej przyjrzeć się procesowi kształtowania się doświadczeń pacjentów wyniesionych z pobytu w szpitalu, odwołując się do charakterystyki najbardziej pozytywnych i najbardziej negatywnych doświadczeń. Powszechne jest bowiem przekonanie, iż opinie pacjentów o szpitalu, ze względu na duże obciążenie psychiczne związane z procesem hospitalizacji, cechuje duży subiektywizm. Z różnorodnych analiz wynika na przykład, iż bardzo dużą rolę w nastawieniu pacjenta do danego szpitala odgrywa sam moment przyjęcia⁶. W samym zaś przebiegu leczenia szpitalnego najczęściej przykre dla chorych są trzy formy traktowania ich przez personel medyczny: traktowanie pacjenta jako natręta, bezduszne podejście do niego oraz niedostateczne liczenie się z indywidualnymi skłonnościami pacjenta. Tak definiowane przez pacjentów sposoby odnoszenia się do nich przez pracowników służby zdrowia budzą u tych ostatnich najczęściej zdziwienie. Własne postępowanie wobec pacjentów wydaje im się nie tylko podobne do zachowań innych pracowników służby zdrowia, ale przede wszystkim adekwatne do sytuacji i nie noszące znamion przedmiotowego nastawienia⁷.

⁶ Por. m. in. Kulczycki, *op. cit.*, s. 252–255.

⁷ *Ibidem*.

Definicja sytuacji i treści interakcji jest więc różna u obydwu partnerów, nie tylko asymetryczna (pacjent-lekarz, pielęgniarzka).

Tak istotne różnice we wzajemnym postrzeganiu swoich zachowań i odnośnię wywoływać mogą u pacjentów bardzo różne reakcje – od tendencji do wycofywania się do zachowań agresywnych i roszczeniowych wobec personelu szpitala. Wydaje się, iż personel w zbyt małym stopniu zdaje sobie z tego sprawę.

W naszym sondażu nie dokonywałyśmy porównań między opiniami pacjentów i personelu na temat wzajemnych relacji, jednak z opinii samych pacjentów wynika, iż owe miłe doświadczenia wyniesione ze szpitala to przede wszystkim zasługa innych współpacjentów i rodziny. Prawie 1/3 pacjentów w ogóle nie była w stanie wskazać na jakiś miły akcent związany z pobytem w szpitalu. Podobnie 1/3 osób miłe wspomina wzajemną pomoc pacjentów, rozmowy, żarty. Około 1/4 pacjentów miło wspomina lekarzy prowadzących, którzy znajdowali dla nich czas na rozmowę, dodatkowe odwiedziny, pomoc w załatwianiu różnych spraw (na przykład renty). Nieco rzadziej mówiono o miłych pielęgniarkach; najczęściej jednak w kontekście tego, iż była to znajoma lub „opłacona” pielęgniarka. Podobnie wspomniano również „opłaconych” lekarzy, którzy z tytułu zawartej transakcji finansowej świadczyli nie tylko fachową pomoc, ale byli również mili i przyjacielscy. Jedynie kilka osób wskazało na czystość szpitala i dobrą organizację pracy.

Tak więc na pytanie: „Jakie są najbardziej miłe doświadczenia wyniesione przez Pana/nią/ z pobytu w szpitalu?” znaczna część osób mówiła tak jak jedna z byłych pacjentek: „Gdyby nie inne pacjentki to leżałabym jak bezpański pies”. Oczywiście to nieco prowokujące do protestu pytanie o miłe wrażenia wyniesione ze szpitala zadawane było również dlatego, by stwierdzić, w jakim stopniu respondenci uważać je będą za bezzasadne z punktu widzenia celu. W szpitalu przebywa się nie dlatego, iż oczekuje się miłych wrażeń – tak jak w teatrze czy kinie – ale dlatego, że oczekuje się wyzdrowienia. Przyznać więc należy, iż tylko kilka osób tak właśnie zareagowało: „A co przy chorobie może być miłego”, „żadnych miłych przeżyć nie doświadczyłem, dla mnie pobyt w szpitalu to tylko przykrość”.

E. NAJBARDZIEJ NEGATYWNE DOŚWIADCZENIA WYNIESIONE Z POBYTU W SZPITALU

Zdecydowanie mniej problemów mieli respondenci z identyfikacją najbardziej negatywnych doświadczeń. Zgodnie zresztą z oczekiwaniami, pacjenci charakteryzowali te swoje negatywne odczucia nie w ujęciu procesualnym typu: „pielęgniarki były oschłe”, ale poprzez wskazania na konkretne

wydarzenia, które w jakimś stopniu poddane zostały procedurze generalizacji. Oczywisty jest przy tym fakt, iż w najlepszym nawet szpitalu zarówno z punktu widzenia organizacyjnego, fachowej opieki, zaplecza diagnostyczno-leczniczego, jak i ze względu na pozytywny kontekst społeczny sama choroba stanowić może wystarczające źródło negatywnych doświadczeń. Przyznać jednak należy, iż byli pacjenci wskazywali nie tyle na cierpienia fizyczne i związane z nimi zabiegi lecznicze i operacje, ile na sytuacje, które mogą być wskaźnikiem bezdusznego podejścia do pacjenta i traktowania go rzeczywiście jak natręta. Typowymi sytuacjami, które wymieniali respondenci, to: brak reakcji personelu na wezwania pacjenta (stąd tak silnie rozwinięta w polskich szpitalach działalność „samopomocowa” wśród pacjentów), wielogodzinne oczekiwanie w izbie przyjęć, permanentny brak zainteresowania pacjentem, bezosobowość kontaktów między personelem a pacjentem. Wskazania respondentów dotyczą zresztą nie tylko tych negatywnych doświadczeń, które wiążą się z **zaniechaniem bądź niepodejmowaniem określonych działań ze strony personelu** ale również tych doświadczeń, które wiążą się z **manifestowaniem przez nich niskiej kultury osobistej**.

Pacjenci wskazywali więc na wulgarny sposób zwracania się do nich, krzyki pod ich adresem, wypominanie kosztów leczenia, konieczności przyjazdu w nocy, szarpanie itp. Byli pacjenci szczególnie mocno podkreślali doświadczaną osobiście niekompetencję lekarzy (konieczność wykonywania ponownej operacji, niewłaściwa diagnoza, złe dobranie leków itp.). Do tej triady negatywnych doświadczeń wiążących się bezpośrednio z zachowaniem personelu medycznego i sanitarnego dochodzą jeszcze doświadczenia związane ze złymi warunkami sanitarnymi i złą organizacją pracy (brudne sale, łazienki, pościel, robaki itp.). Dla niektórych pacjentów istotne znaczenie miały bardzo złe warunki wyżywienia (mało, niesmacznie, bez urozmaicenia). W pamięci niektórych pacjentów szczególnie złe skojarzenia budzi brak starań o zachowanie intymności (prowadzenie badań i wywiadów lekarskich w wieloosobowej sali, kilkakrotne badanie tego samego dnia przez zmieniających się lekarzy-stażystów bez pytania o zgodę itp.) przy jednoczesnym niedoinformowaniu pacjenta.

W wielu wypowiedziach podkreślano szczególnie negatywny stosunek personelu do ludzi starych, który potraktować można jako zgeneralizowany wskaźnik patologii zachowań części personelu (brak szacunku, zainteresowania, kontaktu, intymności). Wspomnieć jeszcze należy to, iż w wypowiedziach pacjentów pojawia się też motyw udzielania przez personel płatnej pomocy, zbyt rozbudowanych zakazów i nakazów, które niczemu nie służą (na przykład zakaz posiadania własnej bielizny, kiedy ta „oficjalna” nie nadaje się do użytku – zniszczona, podarta itp.). Wbrew oczekiwaniom tylko 18 pacjentów stwierdziło, iż sam fakt konieczności pobytu w szpitalu i wiążący się z nim strach przed śmiercią był wystarczająco nieprzyjemny,

by jeszcze mówić o innych negatywnych doświadczeniach wynikających z kontaktów z personelem czy innymi pacjentami. Warto tutaj również wspomnieć, iż 12 osób stwierdziło, iż pomijając naturalne problemy związane z powrotem do zdrowia nie mają żadnych negatywnych doświadczeń wyniesionych ze szpitali.

Do typowych wypowiedzi, które tutaj warto przytoczyć tytułem egzemplifikacji, należały wypowiedzi: „Mam wrażenie, że choroba przeszła mi sama, bez udziału personelu”; „Pielęgniarki budzą pacjentów o 22,00 i pytają, czy ktoś chce coś na sen, a w ciągu dnia to ich nie ma”; „Salowa rozdawała obiad w tym samym fartuchu, co myła podłogi i krzyczała: proszę nie narzekać, bo chory ma leżeć i czekać”; „Nieprzespane noce z powodu cierpień starszej pacjentki, dla której nie można się było doprosić środka przeciwbólowego”; „Miałem dostać dwie kroplówki, ale siostra dała jedną, a potem poszła oglądać telewizję. Jak ta jedna się skończyła, to dzwoniłem i dzwoniłem aż przyszła inna [pielęgniarka – przyp. D. D. i J. K.] z drugiego końca oddziału, ale było już za późno, bo do igły dostało się powietrze. Pielęgniarka wylała tę drugą kroplówkę do zlewu, ale jak lekarz pytał się, czy dostałem kroplówkę, to powiedziałem, że tak, bo co będę skarżył?”; „Miałem założoną na stałe igłę do kroplówek, których dużo brałem. Kiedy przestałem brać, nikt nie pamiętał, aby mi tę igłę z żyły wyjąć”; „Kiedy zmarł pacjent leżący obok mnie, salowe położyły go w ubikacji i leżał tam całą noc i pół następnego dnia. Zapach był później taki, że musieliśmy korzystać z łazienki damskiej”; „Przez dwa tygodnie nie miałem zmienionego opatrunku po zabiegu. A cewnik podłączony przez 8 dób ani razu nie był płukany”; „Pamiętam, że pielęgniarki opiekowały się pacjentami tylko w czasie odwiedzin rodziny, mimo że zawsze dostały coś w kieszeń. Ludzie leżący, najbardziej bezradni, wołający o pomoc nie mogli się o nią doprosić”.

Bardziej dokładna analiza wypowiedzi pacjentów pozwoliła stwierdzić, iż wbrew oczekiwaniom ich najbardziej negatywne doświadczenia nie miały w większości przypadków incydentalnego charakteru, lecz były czymś trwałym w procesie hospitalizacji.

Następne pytania, które z nieco innego punktu widzenia miały przybliżyć badaczom stan poglądów pacjentów na temat stosunku personelu szpitala do swych podopiecznych, były pytaniami o **doświadczone czy też obserwowane stany poniżania lub upokarzania pacjentów**. Pytanie brzmiało następująco: „Kiedy pacjent w czasie pobytu w szpitalu może czuć się poniżony, upokorzony?” oraz „Czy Pan(i) była kiedykolwiek świadkiem lub sam(a) doświadczył(a) takiej sytuacji?”

Doskonale przy tym zdawałyśmy sobie sprawę z tego, iż upokorzenie czy poniżenie będąc ekstremalnym stanem przeżyć emocjonalnych wynikających z relacji z innymi ludźmi w sytuacji osoby chorej nabiera szczególnego

znaczenia. Wskazania na doświadczanie takich uczuć świadczyć może jedynie o tym, iż personel szpitala nie tylko nie realizuje w sposób dostateczny swojej roli, ale również w sposób wyraźny (choć być może nie zawsze zamierzony) narusza podstawowe normy etyczne. To co szczególnie zaznacza się w wypowiedziach pacjentów na ten temat, to nie wskazania na charakter zabiegów, badań, które mogą wywoływać takie uczucia, ale przede wszystkim sposób odnoszenia się do pacjentów. Respondenci wykazali wyjątkową skłonność do tego, by sytuacje, w których doświadczali: braku reakcji na ich prośby, wołania, długiego oczekiwania na przyjscie kogokolwiek, niechęć personelu do wysłuchania skarg i uwag dotyczących własnego samopoczucia, ciągły pośpiech, traktować w tych samych kategoriach co: wulgarny stosunek do pacjenta, wyśmiewanie go, traktowanie jak symulanta czy lepsze traktowanie pacjentów dających łapówki przy jednoczesnej tendencji do wcześniejszego wypisywania ze szpitala tych, „którzy nic nie dali”. Pojawia się tutaj zasadniczy problem natury interpretacyjnej. Czy osoba chora może czuć się upokorzona „już” wtedy, gdy nikt z personelu nie spieszy jej z pomocą? Z całą pewnością wtedy, gdy leży obłożnie chora i nie może samodzielnie wykonywać tych czynności fizjologicznych, które wymagają intymności.

Zresztą 1/4 pacjentów stwierdzała, iż dla nich samych i innych osób typową sytuacją, w której czuły się upokorzone, była konieczność załatwiania potrzeb fizjologicznych w obecności innych pacjentów i często przy ich pomocy. Tylko 1/4 pacjentów stwierdziła, że oni sami ani obecni przy nich inni pacjenci nigdy nie czuli upokorzenia i nie doświadczali poniżenia. Typowe odpowiedzi, które tutaj otrzymano brzmią następująco:

„Dla mnie upokorzeniem był brak intymności, której potrzebuje każdy człowiek, a byłam zmuszona do rozbierania się na korytarzu na oczach wszystkich, bo gabinet zabiegowy był zajęty”. „Ponizające jest odsyłanie pacjenta, gdy prosi o pomoc, lub przeganianie go z miejsca na miejsce”. „Ponizające jest wykonywanie zabiegów na oczach tłumu studentów; rozumiem, że oni się uczą, ale należałoby zapytać o zgodę”. „Dla mnie przykładem ponizającym człowieka była sytuacja, w której półprzutomny pacjent leżał przez kilka godzin i nikt z personelu się nim nie interesował, nikt go nie karmił, a kolejne posiłki stały zimne aż do następnego dnia”.

W naszej analizie tego wstępnego sondażu dochodzimy do sprawy najistotniejszej z punktu widzenia przyjętych założeń badawczych. Tym podstawowym zagadnieniem jest bowiem treść refleksji pacjentów na temat ich praw w szpitalu. Chodziło nam przede wszystkim o to, co wedle osób, które doświadczyły pobytu w szpitalu, winno składać się na to pojęcie „praw pacjenta”. W znowelizowanym Kodeksie etyki lekarskiej prawa te są wyraźnie wyeksponowane i potraktowane jako nieodłączny element każdej relacji lekarz-pacjent. Prawa te nie ograniczają swobody lekarza, lecz

kierują tę swobodę na bardziej właściwe z punktu widzenia celów leczniczych tory. **Pacjent w kodeksowej perspektywie jest przede wszystkim człowiekiem i jako człowiek należy mu się ze strony lekarza właściwy szacunek.** Ogółem w Kodeksie prawom pacjenta poświęcono 11 artykułów (13–23)⁸. Prawa te w takim może nieco enumeratywnym ujęciu dotyczą:

- życzliwego i kulturalnego traktowania;
- poszanowania jego intymności i godności osobistej;
- swobodnego wyboru lekarza ze względu na fakt, iż relacje między lekarzem a pacjentem winny opierać się na wzajemnym zaufaniu;
- świadomego udziału pacjenta w podejmowaniu podstawowych decyzji lekarskich dotyczących jego zdrowia;
- uzyskiwania zrozumiale dla pacjenta sformułowanych informacji dotyczących zabiegów diagnostycznych i leczniczych łącznie z informacjami na temat potencjalnego zagrożenia i spodziewanych korzyści;
- jego zgody (lub przedstawiciela ustawowego) na postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze;
- zakaz wywierania na niego wpływu przez lekarza w innych celach niż lecznicze;
- poszanowania woli pacjenta co do tego, czy to on chce być informowany o stanie swego zdrowia, wskazana przez niego osoba czy też ktoś z członków rodziny;
- możliwość zasięgnięcia, bez sprzeciwu lekarza leczącego, opinii o stanie swego zdrowia i postępowaniu lekarskim u innego lekarza;
- prawa do korzystania z opieki rodziny lub przyjaciół oraz do kontaktów z duchownym;
- ciągłości leczenia i uzyskiwania pomocy leczniczej u innych lekarzy;
- poinformowania go o pomyłce diagnostyczno-terapeutycznej popełnionej przez lekarza oraz do naprawienia szkodliwych skutków błędnej diagnozy.

Od kilku miesięcy funkcjonuje w Polsce stowarzyszenie „Pacjent Ma Prawo”, którego zadaniem jest właśnie propagowanie owych praw oraz interwencja wszędzie tam, gdzie te prawa są ewidentnie łamane. Rząd zapowiedział też nowelizację ustawy z 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Na mocy tej nowelizacji (w przypadku akceptacji przez Sejm) minister zdrowia będzie mógł wprowadzić w każdym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej **wzorowy regulamin praw i obowiązków pacjentów**. Tak więc Ministerstwo Zdrowia nie tylko ma zamiar stać na straży owych kodeksowych praw, ale wyznaczać pacjentom określone obowiązki ujęte w projekcie rządowym w 26 punktach typu: nie pić, nie palić, nie zbliżać się do innych pacjentów, chodzić w szlafroku itp. Z całą pewnością regulamin taki

⁸ Kodeks etyki lekarskiej, „Gazeta Lekarska” 1993, nr 6.

przyczyniłby się do dalszej petryfikacji tendencji prezentowanych w opiniach byłych pacjentów.

Wróćmy jednak do naszego zasadniczego pytania. Jak byli pacjenci określają obszar zachowań, sytuacji, w których powinni mieć prawo do manifestowania swoich żądań czy swego zdania? Warto przy tym nadmienić, iż pytanie dotyczące praw pacjenta miało tak jak i inne pytania sondażu charakter otwarty.

Przyznać należy, iż respondenci w swych oczekiwaniach nie wychodzili zbyt daleko poza obszar zakreślony w Kodeksie etyki lekarskiej. Biorąc pod uwagę malejącą liczbę wskazań, prawa pacjenta winny dotyczyć przede wszystkim:

- pełnej i wyczerpującej informacji na temat choroby, jej przebiegu, podawanych środków farmakologicznych itp.; prawo to rozciągają również pacjenci na najbliższą rodzinę;
- fachowego leczenia i sprawnej, dobrej, pełnej życzliwości opieki;
- dobrych warunków materialnych w trakcie leczenia; mniej osób w salach, dostęp do biblioteki, TV, video itp.;
- ciągłego kontaktu z rodziną, znajomymi, także telefonicznego;
- szacunku i partnerskiego ludzkiego traktowania „jak człowieka”;
- okazywania mu współczucia i życzliwości;
- wpływu na przebieg leczenia; konsultacji z innymi lekarzami, zmiany lekarza, odmowy przyjmowania leków nie mających bezpośredniego wpływu na przebieg leczenia, na przykład środków uspokajających;
- jednakowego traktowania bez względu na to, czy ktoś opłacił dodatkowo świadczone wobec niego usługi czy też nie;
- wyboru szpitala;
- kontaktu z lekarzem nie tylko podczas obchodów;
- intymności, prywatności, także w zakresie informacji na temat swego zdrowia przekazywanych rodzinie;
- posiadania w szpitalu również rzeczy osobistych (zwłaszcza garderoby);
- własnych przekonań.

Tylko jedna osoba stwierdziła, iż pacjentom nie są potrzebne żadne prawa, ponieważ jest on w szpitalu po to, aby wyzdrowieć, więc musi być posłuszny. Wymienione tutaj prawa, które postulują byli pacjenci, w zdecydowanej większości dotyczą społeczno-psychologicznego kontekstu, towarzyszącego procedurze leczniczej w polskich szpitalach. Wśród tych wymienionych praw mieszczą się również postulaty dotyczące infrastruktury szpitalnej, którym oczywiście trudno przypisywać status praw, ale to nie one decydują o charakterze oczekiwań pacjentów, spośród których większość myśli podobnie jak jeden z respondentów stwierdzający, iż „szpital to przeniesienie człowieka w inny wymiar, do innego świata, w którym pacjent staje się obywatelem drugiej kategorii, bez prawa do decydowania o sobie i o swoim losie”.

F. ZAKOŃCZENIE

Nie ulega wątpliwości, że wyniki przeprowadzonego sondażu wśród byłych pacjentów w szpitalach mają w większości charakter pesymistyczny. Respondenci w trakcie hospitalizacji czuli się źle nie tylko ze względu na swój stan chorobowy, zagrożenie życia, co jest w takich sytuacjach oczywiste i zrozumiałe, ale – przede wszystkim – ze względu na niewłaściwy, w ich opiniach, stosunek do nich personelu medycznego, traktowanie przedmiotowe, zróżnicowane przez inne, pozachorobowe wyznaczniki. Dominował obraz pacjenta pozostawionego samemu sobie, pozbawionego życzliwej opieki personelu medycznego, niedoinformowanego, szukającego dodatkowych układów, znajomości, jak i solidarnej pomocy ze strony innych pacjentów. Pozytywne doświadczenia odnotowywałyśmy znacznie rzadziej.

Lektura wypowiedzi badanych osób w kontekście oczekiwanej reformy służby zdrowia i ubezpieczeń społecznych przesunęła punkt ciężkości z rozwiązań makrostrukturalnych na elementarny układ zależności pacjent-lekarz, pielęgniarka, salowa, podkreślając duże znaczenie tych relacji dla samych pacjentów. Z pewnością zmiany w stosunkach chory-służby medyczne zależeć będą od zmian makrostrukturalnych, ale wiążą się także ze zmianą postaw, przekonań, posiadanych morale pracowników służby zdrowia.

Można odnieść wrażenie, że publiczne dyskusje nad etycznymi problemami medycyny współczesnej poświęcone eksperymentom medycznym, eutanazji, aborcji i innym powinny być poszerzone o rozważania nad obecnymi w codziennej praktyce medycznej układami zależności pacjent-personel medyczny. Przestało być aktualne przekonanie o bezproblemowym funkcjonowaniu medycyny i wiedzy medycznej. Medycyna przestała być utożsamiana tylko z tym, co robią lekarze i inni pracownicy służby zdrowia, a wiedza medyczna nie jest przesądzona z góry, niepodważalna i niezmienna. W rezultacie wcześniejsze skoncentrowanie się na osiągnięciach ortodoksyjnej profesji medycznej musi zostać poszerzone o charakterystyki i rozpoznanie doświadczeń samych pacjentów w oficjalnych strukturach medycznych i poza nimi. Zwrócili na to uwagę socjologowie (m. in. E. Freidson, *Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care*, New York 1970), pisząc o istnieniu różnicy interesów, oczekiwań i wiedzy między laikiem a profesjonalistą oraz o odmiennych wyobrażeniach chorego na temat roli pacjenta od wyobrażeń na ten temat lekarza. Ale i w środowiskach lekarskich zaczyna się mówić o wchodzeniu medycyny w okres „paradygmatycznej niestabilności”.

Problemy, o których mówili nasi respondenci, nie wynikają wyłącznie ze specyficznie polskich warunków. Symptomem współczesnej refleksji nad

funkcjonowaniem medycyny i służb medycznych stał się cykl wykładów na antenie BBC wygłoszony w 1980 r. przez znakomitego prawnika angielskiego Iana Kennedyego, specjalizującego się w zagadnieniach prawa medycznego, w trakcie których próbował „zdemaskować” współczesną medycynę i lekarzy, którym według niego nie należy bezkrytycznie ufać⁹. Pograżeni w samozadowoleniu nie wnikają oni głębiej w fundamentalne założenia medycyny. Nie mogą zajmować się tylko ratowaniem życia, łagodzeniem cierpienia fizycznych, powinni brać pod uwagę głębsze implikacje swojego postępowania.

Zacytujmy: „Kwestie etyczne miały o wiele mniejsze znaczenie wówczas, gdy lekarze niewiele mogli uczynić dla swoich pacjentów. Trudno je jednak lekceważyć w epoce transplantacji narządów, rozpoznawania wad wrodzonych płodu czy przedłużania życia nieuleczalnie chorego pacjenta. Długo trwało, zanim lekarze zrozumieli, że praktyka kliniczna to nie tylko przyrodnicza nauka stosowana, lecz że wszelkie decyzje kliniczne zawsze odwołują się do sądów wartościujących”¹⁰.

Przedmiotem działań medycznych jest człowiek jako świadoma osoba, której godność i autonomia powinny być zachowane. Związanych z tym faktem problemów moralnych nie można ignorować, chociaż zgody co do ich rozwiązania między lekarzem a jego pacjentem (częściowo pokazały to nasze badania sondażowe) nadal brakuje.

Już czas więc rozpocząć dyskusję o fundamentalnych założeniach aksjologicznych w medycynie, a wybrane i uznane wartości odnieść do praktyki medycznej, oczekiwań społecznych, możliwości personelu medycznego i ewentualnie systemu kształcącego wymienione grupy zawodowe. Sądzymy również, iż dla kształtowania właściwych postaw i zachowań przyszłych lekarzy należałoby zapoznawać studentów medycyny z wynikami badań socjologicznych, prowadzonych wśród pacjentów szpitali i poradni lekarskich.

Jolanta Augustyniak-Kopka, Danuta Walczak-Duraj

MEDICAL PERSONNEL OF HOSPITALS IN PATIENTS' OPINIONS

This article can be a contribution to a broad debate on the operation of health care system in Poland. The object of sociological reflection were the findings of a survey carried out among former hospital patients. The collected responses concerned among others:

⁹ I. Kennedy, *The Unmasking of Medicine*, George Allen & Urwin, London 1981.

¹⁰ H. R. Wulff, S. A. Pederson, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny*, Warszawa 1993, s. 28.

1. General characterization of the medical personnel's attitude towards respondents, with the personnel being divided into physicians, nurses and paramedics, and also a characterization of relationships between the medical personnel and other patients perceived by the respondents during their hospitalization.
2. Positive and negative experiences derived from the hospitalization period.
3. Humiliation, indignity experienced or perceived during hospitalization.
4. The respondents' expectations in relation to the Charter of Patients' Rights.
5. Evaluation of working conditions of the medical personnel and organization of the health care system.
6. Respondents' attitude towards various attempts made to reform the health care and the social security systems in Poland.
7. Respondents' expectations concerning changes in the health care system.

The analysis of gathered materials allowed to create a picture of the patient dissatisfied generally with the assistance provided by the medical personnel, counting on the help of other patients, family members, acquaintances, or informal contacts. Satisfied respondents were few and their positive opinions concerned in most cases concrete persons, sometimes persons known to them or bribed. The survey revealed the patient as an object in hospitals, and we consider this problem to be of fundamental importance in the planned reform of health care system in Poland.