

POROZUMIENIE Z PACJENTEM

RELACJE I KOMUNIKACJA

redakcja naukowa
Jan Doroszewski
Marek Kulus
Andrzej Markowski



ABC

a Wolters Kluwer business

POROZUMIENIE Z PACJENTEM

RELACJE I KOMUNIKACJA

redakcja naukowa
Jan Doroszewski
Marek Kulus
Andrzej Markowski



ABC

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2014

Wydawca
Izabella Małecka

Sekretarz zespołu autorskiego
Antonina Doroszevska

Redaktor prowadzący
Marta Kamińska

Opracowanie redakcyjne
Agata Czuj

Łamanie
Sławomir Sobczyk

Projekt graficzny okładki i stron tytułowych
Maciej Sadowski

Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.

prawolubni

SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by
Wolters Kluwer SA, 2014

ISBN: 978-83-264-3364-1

Wydane przez:
Wolters Kluwer SA

Dział Praw Autorskich
01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33
tel. 22 535 82 00, fax 22 535 81 35
e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl
www.wolterskluwer.pl
księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wstęp	11
Rozdział 1. Podstawy współczesnej komunikacji lekarskiej	
[Jan Doroszewski]	13
1. Zmiany w relacji łączącej lekarza z pacjentem i rozwój nauk medycznych	14
2. Komunikacja na różnych etapach postępowania leczniczego	16
3. Rola języka w komunikacji lekarz – pacjent	19
4. Komunikacja lekarz – pacjent jako system znaków	20
5. Ogólne cechy choroby a komunikacja lekarz – pacjent	21
Bibliografia	22
Rozdział 2. Prawda i prawdomówność w relacjach lekarz – pacjent	
[ks. Wiesław Przyczyna]	23
1. Pojęcie prawdy i prawdomowości	23
2. Korzyści płynące z mówienia prawdy klinicznej	24
2.1. Uznanie chorego za pełnowartościową osobę	25
2.2. Zwiększenie efektywności terapii	26
2.3. Podtrzymywanie nadziei	27
3. Sposoby przekazu prawdy klinicznej	28
3.1. Przekaz prawdy w chorobie przejściowej	29
3.2. Przekaz prawdy w chorobie nieuleczalnej niezagrażającej życiu	29
3.3. Przekaz prawdy w chorobie terminalnej, zmierzającej do śmierci	30
4. Rola empatii w przekazywaniu prawdy klinicznej	31
5. Dziesięć zasad przekazywania prawdy klinicznej	32
Bibliografia	33
Rozdział 3. Prawne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem	
[Zbigniew Czernicki]	35
Bibliografia	42

Rozdział 4. Wybrane psychologiczne aspekty budowania poprawnej komunikacji między lekarzem a pacjentem

[Mariola Kosowicz, Marta Kulpa, Sylwia Świstak-Sawa]	43
1. Wybrane zasady budowania poprawnej komunikacji	45
1.1. Umiejętne słuchanie	45
1.2. Sztuka aktywnego słuchania	46
1.3. Precyzowanie tematu rozmowy	48
1.4. Informacje zwrotne	48
1.5. Kompetentne zadawanie pytań	50
1.6. Empatia	51
2. Komunikacja werbalna i niewerbalna	53
3. Psychologiczne aspekty prowadzenia wywiadu z pacjentem	53
3.1. Praktyczne zasady prowadzenia wywiadu medycznego	55
3.2. Wybrane przyczyny uniemożliwiające pacjentowi otwarte odpowiedzi w trakcie wywiadu	57
4. Przekazywanie informacji o diagnozie	58
4.1. Kilka wskazówek dotyczących przekazywania informacji o chorobie	59
5. Uprzedzanie o swoich intencjach	61
Bibliografia	62

Rozdział 5. Socjologiczne aspekty komunikacji z pacjentem

[Antonina Doroszewska]	64
1. Rola lekarza (rola zawodowa) i rola pacjenta oraz relacja lekarz – pacjent w socjologii	65
2. Modele komunikacji medycznej	68
3. Kontekst społeczny komunikacji z pacjentem	71
3.1. Organizacja przestrzeni	72
3.2. Nawiązanie kontaktu	75
3.3. Wywiad	77
3.4. Ustalenie diagnozy/wstępne ustalenie diagnozy, które pozwoli na określenie dalszego postępowania	77
3.5. Wspólne podjęcie decyzji dotyczącej dalszego postępowania	78
Bibliografia	83

Rozdział 6. Kultura języka w porozumiewaniu się lekarza z pacjentem

[Andrzej Markowski]	85
Bibliografia	91

Rozdział 7. Innowacyjna komunikacja między medykami

a przewlekle chorymi pacjentami [Jan Tatoń]	92
1. Wprowadzenie	92
2. Znaczenie innowacyjności w systemowej komunikacji „medycyna – pacjenci z przewlekłymi chorobami” w opiece zdrowotnej i społecznej XXI wieku	93
3. Specjalne cele i metody komunikacji lekarza z pacjentem obejmowanym opieką paliatywną	95
4. Jak wyjątkowy – biologiczny, społeczny i etyczny – charakter relacji lekarza i pacjentów determinuje niepowtarzalne cechy ich wzajemnej komunikacji	96
5. Definicja profesjonalnej komunikacji medyków z pacjentami	100
6. Prywatność i autonomia osoby pacjenta w praktyce skutecznej komunikacji (wskazania dla lekarzy)	101
7. Wpływ osobowości pacjenta na praktykę komunikacji lekarz – pacjent	102
8. Komunikacja jako metoda radzenia sobie ze stresem	104
9. Techniki komunikacji	105
10. Komunikacyjne ograniczenia pacjenta wynikające z wpływów choroby	106
11. Szacunek i empatia ze strony lekarza	108
12. Podawanie informacji o nasileniu objawów choroby lub niepomyślnym rokowaniu	108
13. Wskazówki dotyczące rozmowy o potrzebie dalszych badań klinicznych	109
14. Wywiady lekarskie – profesjonalna komunikacja do celów klinicznych	110
15. Edukacja terapeutyczna jako profesjonalna metoda komunikacji	116
15.1. Pedagogika terapeutyczna	116
15.2. Motywacja terapeutyczna	117
15.3. Wzmacnianie osobowości pacjenta do celów terapeutycznych	118
16. Wpływ lęku przed interwencjami medycznymi na charakter komunikacji lekarz – pacjent	119
17. Lepsza komunikacja lekarza i pacjenta jako szansa zmniejszenia liczby procesów o błąd medyczny	120
18. Podsumowanie	121
Bibliografia	122

Rozdział 8. Komunikacja w pediatrii [Marek Kulus]	124
1. Otoczenie	126
2. Metody komunikacji	127
3. Nastolatki	129
4. Trudne wiadomości	130
Bibliografia	132
Rozdział 9. Komunikacja lekarza z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi [Tadeusz Parnowski]	133
1. Wprowadzenie	133
2. Ocena stanu psychicznego	134
3. Wywiad przedmiotowy – obiektywizacja informacji	136
3.1. Badanie chorego – wywiad podmiotowy – autoanamneza	138
3.2. Ocena stanu psychicznego	138
4. Kontakt z pacjentem	139
4.1. Urealnianie nieprawidłowych przekonań	143
4.2. Błędy w komunikacji z pacjentem	143
5. Pacjent trudny	144
5.1. Pacjent pobudzony	144
5.2. Pacjent z depresją	145
5.3. Pacjent z psychozą	146
5.4. Pacjent z otępieniem	147
5.5. Konsultacja pacjenta z zaburzeniami psychicznymi na oddziale somatycznym	148
5.6. Pacjent przyjęty do szpitala wbrew swojej woli	149
Bibliografia	150
Rozdział 10. Komunikacja w zespole terapeutycznym oraz pielęgniarki z pacjentem [Karolina Pietruk]	152
1. Wstęp	152
2. Komunikacja w zespole terapeutycznym	153
3. Środki i systemy komunikacji	153
4. Komunikacja to nie tylko rozmowa – bariery w komunikacji w zespole terapeutycznym	157
5. Relacja pielęgniarka – pacjent	162
6. Komunikacja w chorobie	164
7. Troska w komunikacji (model CARE)	166
8. Postawy rodziny wobec choroby bliskiej im osoby	166
9. Zakończenie	170
Bibliografia	170

Rozdział 11. Holistyczne podejście do chorych na nowotwory

[Janusz Meder]	173
Bibliografia	188

Rozdział 12. Komunikacja lekarz – pacjent w opiece paliatywnej

– wybrane problemy [Jerzy Jarosz]	189
1. Wprowadzenie i podstawowe definicje	190
2. Zagadnienia szczegółowe	192
2.1. Światopogląd medyczny	192
2.2. Akceptacja – pogodzenie się z nadchodzącą śmiercią	194
2.3. Uporczywa terapia.....	195
2.4. Oczekiwanie pacjentów.....	196
3. Podsumowanie.....	201
Bibliografia	202

Informacje o autorach	205
------------------------------------	-----

WSTĘP

W ostatnich latach pojawiają się liczne prace naukowe poświęcone komunikacji lub naukom pokrewnym. Od kilkunastu lat w wielu krajach studentów kierunków medycznych kształci się w zakresie komunikacji. Kształcenie to przybiera różne formy, teoretyczne i praktyczne, na licznych uczelniach ma ono charakter obligatoryjny. Umiejętności w tym zakresie stają się istotnym elementem kształcenia przyszłego lekarza. Problematyka porozumienia z pacjentem stanowi też nierzadko przedmiot badań empirycznych.

Również w polskich uczelniach medycznych rozpoczęto kształcenie w zakresie komunikacji. W znacznej mierze ma ono jednak charakter fakultatywny. Studenci są bardzo zainteresowani zdobywaniem wiedzy w tym zakresie. Kursy mające bardziej praktyczny charakter są związane z bezpośrednim porozumiewaniem się pacjentów i lekarzy, na przykład w ambulatorium, natomiast kursy o szerszym zakresie obejmują również zagadnienia teoretyczne, zwłaszcza z zakresu nauk współpracujących z medycyną.

Od 2009 r. na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym są organizowane fakultatywne kursy poświęcone porozumieniu z pacjentem. Współorganizują je Rada Języka Polskiego przy Prezydium PAN oraz Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie. Co roku uczestniczy w tych zajęciach grono zainteresowanych tą problematyką studentów. Zespół wykładowców tworzą przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych i dziedzin medycyny. W koncepcji leżącej u podstaw tych zajęć zakłada się, że proces komunikacji z pacjentem opiera się na mocnych podstawach teoretycznych, bez których komunikacja nie mogłaby się rozwijać, tj. przede wszystkim na filozofii i etyce, psychologii i socjologii. Równoległe z nauczaniem wybranych elementów tych dziedzin całość opiera się na podstawach nauki o języku i praktyki językowej. Ważnym, ale nie jedynym, elementem nauczania z zakresu komunikacji są metody i techniki przydatne w porozumiewaniu się z pacjentem. Tematy te powinny zatem wchodzić w zakres programu nauczania komunikacji na uczelniach medycznych. Jednocześnie warto, by obejmował on również zajęcia poświęcone specjalistycznym problemom związanym z wybranymi

dziedzinami medycznymi, przede wszystkim z tymi, które mają szczególnie istotny związek z porozumiewaniem się pacjenta z lekarzem, jak na przykład komunikacja w pediatrii, z osobami chorymi przewlekle, chorymi na nowotwory czy inne choroby przewlekle oraz chorymi w stanie terminalnym.

Autorami zebranych w niniejszej książce artykułów są wykładowcy, którzy biorą udział w kursie organizowanym na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Osoby te mają duże doświadczenie dydaktyczne i praktyczne. Książka ma, zgodnie z intencją, być źródłem informacji z dziedziny komunikacji dla nauczycieli akademickich, studentów, lekarzy – praktyków i badaczy zajmujących się tą problematyką. Mamy nadzieję, że publikacja spełni to zadanie.

Warszawa, czerwiec 2014 r.

Jan Doroszewski
Marek Kulus
Andrzej Markowski

Rozdział 1

PODSTAWY WSPÓŁCZESNEJ KOMUNIKACJI LEKARSKIEJ

Dobra komunikacja lekarza z pacjentem to najważniejsze narzędzie wzajemnego porozumienia, niezbędnego, aby proces leczenia był obopólną współpracą. Współpraca zaś lekarza i pacjenta daje największą skuteczność terapeutyczną i zapewnia możliwości opieki. Pozwala ona bowiem na traktowanie pacjenta jako całości bio-psycho-społecznej. Takie traktowanie pacjenta jest warunkiem dobrego badania podmiotowego, dzięki któremu lekarz może poznać stan psychiczny pacjenta (chorobę subiektywną), która z punktu widzenia pacjenta odgrywa największą rolę. Dzięki zaś powiązaniu badania podmiotowego z badaniem przedmiotowym rozpoznanie choroby zawiera harmonijnie wszystkie podstawowe elementy prowadzące do wyzdrowienia. Jednym ze szczególnie ważnych aspektów komunikacji jest to, że umożliwia ona opracowanie projektu postępowania terapeutycznego, który czyni zadość jednocześnie potrzebom leczenia choroby obiektywnej i dobrze spełnia subiektywną ocenę bilansu korzyści i kosztów. Świadoma zgoda pacjenta towarzyszy zresztą, podobnie jak zrozumienie pacjenta przez lekarza, całemu postępowaniu lekarskiemu. Wreszcie, dzięki komunikacji lekarz poznaje, jakie potrzeby ma pacjent w związku z postępowaniem lekarskim, o czym decydują różne formy choroby: stopień ciężkości, czas trwania itd. Od tych czynników zależy, jaki powinien być w związku z danym pacjentem udział bezpośredniego leczenia, pomocy, opieki, wsparcia. Krótko rzecz ujmując, dzięki komunikacji może być osiągnięty niezbędny poziom moralny przy jednoczesnej maksymalnej skuteczności praktycznej.

Nowoczesna medycyna jest działalnością obejmującą dużą liczbę ludzi mających różne zadania i liczne bardzo złożone organizacje. Sprawa ta wykracza poza problematykę bezpośredniego porozumienia lekarza z pacjentem, ma jednak wielkie znaczenie dla współpracy lekarzy, pielęgniarek, a także specjalistów wielu różnych dziedzin.

Zmiany społeczne, rozwój medycyny i nauk współpracujących zmieniają istotę medycyny. Przez długi czas praktyka medyczna polegała na tym, że lekarz ponosił jednoosobową odpowiedzialność, by proces leczenia mógł przebiegać skutecznie, a pacjent musiał mieć pełne zaufanie do lekarza. Prowadziło to do tego, że stosunek między lekarzem a pacjentem miał charakter stosunku dwuosobowego przy bardzo zdecydowanej kierowniczej roli lekarza oraz pełnym zaufaniu i posłuszeństwie pacjentów. Ten model relacji lekarz – pacjent nazywamy obecnie paternalizmem. Jednakże na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat środki leczenia, jakimi dysponuje medycyna, zarówno naukowo-badawcze, jak i praktyczne, zaczęły się powiększać, osiągając bardzo wysoki poziom rozwoju, co sprawiło, że lekarze znaleźli się w zupełnie innej sytuacji. Praktyka medyczna stała się znacznie bardziej złożona i trudniejsza w porównaniu z dawnymi czasami. Dzisiaj po to, by skutecznie działać, lekarz musi korzystać z różnych źródeł pomagających mu w podejmowaniu decyzji. Co więcej, musi uwzględniać to, że nie ma możliwości już jednostronnego decydowania o losach pacjenta, nie tylko ze względu na wielki rozwój nauk społecznych i etyki, ale przede wszystkim dlatego, że jako autor decyzji i współuczestnik kierowania swoim losem występuje obecnie pacjent. Ten dwukierunkowy model relacji lekarz – pacjent nazywa się modelem partnerskim. Ten nowy charakter relacji ma bardzo istotne znaczenie nie tylko dla procesu leczenia, ale dla całości postępowania lekarskiego.

1. Zmiany w relacji łączącej lekarza z pacjentem i rozwój nauk medycznych

W obrębie nauk związanych z medycyną w ostatnich dziesięcioleciach obserwuje się postęp w zakresie teorii medycyny i koncepcji zdrowia i choroby oraz w zakresie organizacji opieki nad pacjentem. Podstawowy element to rozwój koncepcji zdrowia i choroby, który prowadzi w stronę koncepcji człowieka jako całości biologicznej, psychicznej i społecznej z jednej strony, a z drugiej zmiany związane z chorobą. Zaczęto ją postrzegać nie jako jednorazowe wydarzenie, które trzeba wyleczyć. Współcześnie choroba to zazwyczaj długotrwały, wielomiesięczny, a czasem wieloletni okres, mający wpływ na całe życie człowieka. Z tego podejścia do choroby wynika, że lekarz nie może się ograniczać tylko do samego leczenia, rozumianego jako wydawanie indywidualnie pacjentowi poleceń, czyli jednoosobowego kierowania lecze-

niem. Pacjent zwykle potrzebuje nie tylko wykonania zlecenia, ale również opieki, wsparcia, poczucia bycia zrozumianym. Człowiek znajdujący się pod opieką lekarza ma znacznie większe wymagania niż tylko skuteczne leczenie (zwłaszcza że dawniej miało ono charakter wywoływania zmian w sferze biologicznej). Okazało się, że różne modele relacji lekarz – pacjent są o tyle niewłaściwe, że potrzeby zdrowotne pacjenta w dużej mierze zależą od rodzaju choroby (ostra, przewlekła, ciężka, lekka i przejściowa). Ta współpraca nie może ograniczać się do leczenia, wywoływania zmian u pacjenta, ale musi obejmować także inne sfery.

Po drugie, w zakresie nauk klinicznych bardzo istotnym elementem jest uporządkowanie i uwiarygodnienie praw lekarza przez wykorzystanie nauk formalnych, przede wszystkim statystyki, logiki, a także różnych spraw związanych z językiem, którym się posługuje medycyna, o czym będzie mowa poniżej. To są zmiany w samej istocie medycyny, polegające nie tylko na szerszym i głębszym poznaniu, ale i na formalnym podejściu do opisu zjawisk biologicznych, psychicznych i społecznych. Przeobrażenia w jądrze medycyny sprowadzają się zatem zarówno do zmian w naukach podstawowych, jak i w bezpośrednim zastosowaniu tych nauk, jakim są nauki kliniczne. Natomiast odnośnie do innych nauk znaczenie dla omawianej kwestii ma rozwój zwłaszcza etyki medycznej i bioetyki¹, psychologii², socjologii³ i techniki medycznej⁴. Nauki te wykazały, że przyczynom chorób, które są umiejscowione w strefie biologicznej, towarzyszą zmiany psychiczne i społeczne. Możliwość wykorzystania w medycynie metod i wyników psychologii i socjologii zależy od ich przekształcenia – muszą zostać włączone w medycynę i dzięki temu będą mogły być wykorzystane. Nie ma bowiem możliwości bezpośredniego wykorzystania tych nauk w medycynie. Te zmiany zachodzące w medycynie mają również istotny wpływ na relację lekarz – pacjent.

Odrębnym obszarem przemian, wpływającym na przeobrażenia w zakresie relacji lekarz – pacjent, są kwestie społeczno-organizacyjne. Medycyna stała się przedsięwzięciem angażującym wielu ludzi, wymagającym współpracy w różnym zakresie i na różnych poziomach, nierzadko niezależnie od problemów czysto medycznych. Do prawidłowego funkcjonowania instytucji

¹ B. Gert, Ch.M. Cluver, K.D. Clouser, *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, Gdańsk 2009.

² I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Warszawa 2007.

³ M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Warszawa 1986.

⁴ *Obrazowanie biomedyczne*, red. L. Chmielewski, J.L. Kulikowski, A. Nowakowski, Warszawa 2003.

medycznych niezbędne są liczne organizacje i dziedziny, często odległe od medycyny. Głównym przedmiotem niniejszego rozdziału jest jednak jądro medycyny, jakim jest bezpośredni stosunek człowieka chorego do lekarza, i do tych kwestii będę się tu ograniczał.

Jakie czynniki wymuszają zmiany relacji lekarz – pacjent? Dlaczego medycyna staje się coraz bardziej działalnością polegającą na współpracy z innymi naukami? Dlaczego rozwój nauk współpracujących z medycyną czyni możliwymi zmiany w stosunku lekarza z pacjentem? Jak to już wspomniano powyżej, medycyna staje się niezmiernie skomplikowaną dziedziną i nawet bardzo wykształcony lekarz nie ma możliwości opanowania wszystkich aspektów, które stają się dla medycyny ważne. To powoduje z jednej strony rozwój specjalizacji, z drugiej zaś prowadzi do konieczności współpracy lekarza z pacjentem. Problemy rozwiązywane przez lekarza są bowiem zbyt szczegółowe, nie może on już polegać tylko na własnej wiedzy, związanej ze stanem pacjenta i sposobami jego leczenia. W związku z tym konieczna jest współpraca, a podstawowym narzędziem porozumienia, będącego podstawą każdej współpracy, jest komunikacja. Wstępnie można ją ująć następująco: lekarz nie poprzestaje na własnej wiedzy dotyczącej pacjenta, ale musi ją wzbogacać porozumieniem z nim. To porozumienie staje się warunkiem poznania pacjenta i warunkiem skutecznego leczenia.

2. Komunikacja na różnych etapach postępowania leczniczego

Postępowanie lekarskie polega na tym, że lekarz poznaje pacjenta i wytwarza zintegrowany pogląd na istotę choroby, tj. stawia rozpoznanie i na podstawie tego układu projekt, co i w jaki sposób ma być zmienione w stanie pacjenta, czyli na czym ma polegać dalsze postępowanie lekarza i pacjenta.

Pierwszym etapem w komunikacji jest etap diagnostyczny, którego zmiana związana z rozwojem medycyny polega przede wszystkim na aspektach deontologicznych, tj. na tym, że pacjent ma prawo żądać od lekarza opieki, a lekarz ma obowiązek jej udzielenia. To wyrażenie chęci ze strony pacjenta jest wywołane przez znaki językowe i pozajęzykowe, ale o znakach będzie mowa dalej. Dawniej komunikacja na tym etapie prowadziła do jednostronnego poznania przez lekarza zjawisk chorobowych, nierzadko na podstawie zjawisk psychicznych, traktowanych przede wszystkim jako środek poznania

czy wręcz objawy zjawisk biologicznych u pacjenta. Wraz z rozwojem psychologii rozwinęła się semiotyka lekarska i dzięki temu badanie podmiotowe daje lekarzowi możliwość, jakiej dawniej nie miał, dokładnego poznania tego, co się nazywa subiektywną chorobą, czyli tego, co pacjent odczuwa. Odczucia pacjenta są traktowane nie tylko jako objawy zjawisk biologicznych, ale jako elementy choroby subiektywnej, rozumianej w kategoriach cierpienia, lęku, świadomości istotnych ograniczeń, utraty samodzielności. Potrzeba poznania choroby subiektywnej, a nie tylko psychicznych objawów stanu biologicznego, nierzadko wymaga współpracy z psychologią.

Dlaczego jest potrzebne właściwe poznanie choroby subiektywnej? Celem działania lekarza jest odzyskanie, uzyskanie lub utrwalenie zdrowia w rozumieniu pacjenta. Lekarz musi starać się zmienić stan obiektywny pacjenta, czyli taki, jaki wynika z jego znajomości nauki lekarskiej. Tutaj istnieje istotna sfera porozumienia, którą lekarz osiąga za pomocą badania podmiotowego i przedmiotowego (zob. dalej), tj. z jednej strony poznanie całości choroby subiektywnej pacjenta, z drugiej poznanie celu, do jakiego dąży pacjent. Cel pacjenta jest w dużym stopniu zbieżny z celem lekarza, ale nie identyczny ze względu zarówno na możliwości lekarza, jak i na pewne zasady deontologiczne, polegające na tym, że obowiązek lekarza jest związany z zasadami ogólnomoralnymi, przystosowanymi do potrzeb medycyny.

Projekt badania ma na celu opracowanie metod postępowania skutecznych z punktu widzenia leczenia. Przy opracowaniu projektu postępowania lekarz musi brać pod uwagę to, czego się dowiaduje w badaniu podmiotowym z punktu widzenia celu pacjenta. Opracowanie tego projektu, jako drugi podstawowy etap postępowania lekarza, łączy się ze świadomą zgodą pacjenta. Lekarz musi nie tylko poinformować pacjenta, na co jest chory, ale dążyć do świadomej zgody. Zarówno cele pacjenta, jak i naukowe, obiektywne cele lekarza obejmują to, żeby w postępowaniu brać pod uwagę nie tylko możliwe do uzyskania korzyści zdrowotne, lecz także i szkody, które lekarz musi pacjentowi nierzadko wyrządzać jako skutek uboczny różnego rodzaju sposobów leczenia. Zarówno z punktu widzenia lekarza, jak i pacjenta obie strony muszą dążyć do tego, żeby w sposób racjonalny, świadomy zmierzać do dodatniego bilansu korzyści i strat w rozumieniu skutków pozytywnych i negatywnych. Podstawowym przedmiotem zgody jest projekt postępowania terapeutycznego. Uzgodnienie, jaki jest dopuszczalny z punktu widzenia obiektywnego i subiektywnego bilans, jest bardzo istotnym elementem postępowania lekarza i nie może być inaczej uzyskane jak tylko przez roz-

mowę, mającą na celu uzyskanie konsensusu prowadzącego do tego, że zarówno lekarz, jak i pacjent świadomie, racjonalnie zgadzają się na uzyskanie takiego czy innego bilansu działań. To jest trzecia, obok poznania stanu pacjenta i jego oczekiwań, konieczność w świetle współczesnego poglądu na medycynę.

Do połowy XX w. poszukiwanie świadomej zgody nie dotyczyło licznych badań diagnostycznych, począwszy od stosunkowo prostych, które nie sprawiają pacjentowi cierpienia ani nie naruszają jego intymności. To jest bardzo ważne ze względu na rozwój techniki i technologii medycznej, która sprzyja poprawie skuteczności leczenia, ale także wymusza porozumienie z pacjentem, gdyż lekarz, zanim jeszcze dojdzie do ustalenia projektu terapeutycznego, musi uzyskać świadomą zgodę na wiele badań diagnostycznych i działania terapeutyczne. Samo pojęcie zgody zawiera bowiem to, że jeśli dwoje ludzi zgadza się na coś, to znaczy, że mają ten sam pogląd na daną sprawę. A zatem jeśli pacjent zgadza się, że lekarz przeprowadzi takie czy inne badanie albo czynność, to mamy tu do czynienia z uzyskaniem wzajemnego porozumienia czy zgody pacjenta. Z drugiej strony, ten kluczowy element postępowania lekarskiego można nazwać dążeniem do świadomej zgody pacjenta i lekarza, dlatego że lekarz musi również świadomie zgodzić się na to, że jego działania będą miały określony, dopuszczalny z subiektywnego punktu widzenia aspekt. Uzyskanie wzajemnego porozumienia polega na tym, że lekarz wie, dlaczego proponuje pacjentowi takie czy inne postępowanie, ale równocześnie pacjent musi podchodzić do tego w podobny sposób. Oznacza to, że do obowiązków lekarza należy uzyskanie świadomej zgody pacjenta, który rozumie, czego ona dotyczy. W zrozumieniu pacjentowi pomaga wiedza związana z tym, dlaczego lekarz proponuje daną czynność. Lekarz musi przekazać pacjentowi nie tylko praktyczne aspekty sytuacji, lecz także pewne elementy sytuacji ogólnej. Tu można poszukiwać odpowiedzi na pytanie, do jakiego stopnia pacjent musi być poinformowany o swoim stanie, diagnozie i rokowaniach, wykracza to jednak poza ramy niniejszego artykułu. Dążenie do uzyskania świadomej zgody jest trzecim elementem, który musi realizować komunikacja lekarza z pacjentem, istotnym ze względów etycznych, związanym z prawami i obowiązkami lekarza i pacjenta.

Czwartym etapem postępowania jest wykonanie działań terapeutycznych, na które uzyskano zgodę, polegających na wymaganiu od pacjenta wykonania pewnych czynności, na przykład zmiany trybu życia czy przyjmowania określonych leków. To jest długotrwały etap choroby i leczenia wymagający

nie tylko fizycznego działania lekarza, lecz także opieki, wsparcia i współczucia dla pacjenta.

Ostatni etap polega na ocenie uzyskanych skutków leczenia na poziomie obiektywnym i subiektywnym. Od tego bilansu postępowania lekarskiego zależy wzajemnie uzgodniony plan dalszego postępowania, co ma duże znaczenie współcześnie przy chorobach długotrwałych oraz przy niepełnosprawności. To są wszystkie etapy postępowania lekarza od uzyskania zgody pacjenta na objęcie go opieką, przez zgodę na różnego rodzaju badania (można uważać, że w prośbie czy żądaniu pacjenta o opiekę ogólną jest zawarta zgoda na badania, które nie wkraczają z nadmierną intymnością czy integralnością fizyczną) po realizację leczenia i dokonanie bilansu skutków. Te wszystkie rodzaje porozumienia dotyczą przede wszystkim wspólnego ustalenia postępowania lekarza z punktu widzenia bilansu pożytku i szkód i bilansu ocen pacjenta i lekarza. Należą one do zadań lekarza rozumianych w nowoczesny sposób: ich podstawą jest współpraca, a podstawowym narzędziem – komunikacja.

3. Rola języka w komunikacji lekarz – pacjent

Powstaje zatem pytanie, jak to jest możliwe, że w jednym postępowaniu łączą się tak różne nauki jak biologia, psychologia, socjologia, statystyka czy technika. Co umożliwi wspólne rozpatrywanie kwestii tak odmiennych z punktu widzenia ontologicznego oraz dalekich ze względu na ich aspekty praktyczne? Czynnikiem to umożliwiającym jest zastosowanie języka naturalnego⁵: fachowego języka naturalnego⁶ i potocznego⁷. W warunkach normalnych język codzienny, którym się porozumiewamy, jest narzędziem porozumienia lekarza z pacjentem ze względu na to, że pacjenci na ogół nie mają znajomości zagadnień medycznych. W języku codziennym za pomocą różnych środków językowych można wyrażać najbardziej różnorodnie w swojej istocie zjawiska, problemy i oczekiwania. Ta elastyczność języka umożliwia uzyskanie porozumienia na dowolnym stopniu dokładności i szczegółowości. Jest

⁵ J. Bartmiński, *Współczesny język polski*, Lublin 2001.

⁶ J. Doroszewski, *Język nauki i praktyki medycznej* (w:) *Polskie języki. O językach zawodowych i środowiskowych. Materiały VII Forum Kultury Słowa*, red. M. Milewska-Stawiany, E. Rogowska-Cybulska, Gdańsk 2010, s. 299.

⁷ J. Doroszewski, *Komunikacja personelu medycznego z pacjentem – aspekt językowy, psychologiczny i etyczny* (w:) *Kultura zachowań językowych Polaków. Materiały VIII Forum Kultury Słowa*, red. M. Krauz, K. Ożóg, Rzeszów 2013, s. 139.

to środek dający równocześnie możliwość porozumienia pomiędzy ludźmi o różnym wykształceniu, mających różne zadania, cele życiowe i konkretne, związane z określonymi działaniami, które lekarz ma wykonywać. Możliwe jest to także dzięki tej właściwości języka, że przenosi on informacje dotyczące nie tylko faktycznych stanów rzeczy, różnych obiektów fizycznych, lecz także stany emocjonalne oraz chęci, życzenia i żądania i pacjenta, i lekarza. Dzięki tym właściwościom języka naturalnego lekarz może z pacjentem skutecznie porozumiewać się, pod warunkiem że lekarz dobrze posługuje się tym narzędziem.

4. Komunikacja lekarz – pacjent jako system znaków

Można wyróżnić dwa aspekty zastosowania języka w medycynie – poznawczy, wykorzystywany przy badaniu pacjenta i ustalaniu sposobu leczenia, oraz intencjonalny, tj. zastosowanie języka do przedstawiania życzeń w stosunku do pacjenta. Oba rodzaje zastosowania języka z punktu widzenia językowo-teoretycznego polegają na wykorzystaniu różnego rodzaju znaków⁸, w sensie semantyki ogólnej czy semiotyki logicznej, tj. znaków spontanicznych i zamierzonych oraz językowych i pozajęzykowych. Lekarz wykorzystuje znaki spontanicznie wysyłane przez pacjenta, ale i znaki zamierzone, jak na przykład odpowiedzi na pytania. Z drugiej strony lekarz też przekazuje pacjentowi oba rodzaje znaków – spontaniczne i zamierzone. Wszystkie rodzaje znaków i dodatkowo znaki parajęzykowe służą do uzyskania skutku, jakim jest rozszerzona informacja polegająca na zmianie stanu uczuciowego u odbiorcy znaku, a także zmianie stanu wiedzy i zmianie stanu intencjonalnego. Zараз nadawca znaku musi się orientować, chcąc działać racjonalnie i celowo, jakie skutki wywoła znak przez niego wysłany (np. wypowiedź).

Interpretacja znaków polega na wyróżnieniu wzajemnie na siebie oddziałujących zjawisk, które są niejako łańcuchem korelatów danego znaku. W przypadku objawów podmiotowych bezpośrednim korelatem jest zjawisko psychiczne, które jest związane z określonym (choć nie zawsze znanym) zjawiskiem somatycznym. Jeśli na przykład pacjent mówi, że czuje ból zlokalizowany w jakiejś okolicy, to lekarz rozumie, że pacjent jest świadomy obu tych zjawisk i w większym stopniu zwraca uwagę na jedno lub na dru-

⁸ J. Kotarbińska, *Z zagadnień teorii nauki i teorii języka*, Warszawa 1990.

gie. W przypadku objawów przedmiotowych znakami są sztucznie wywołane zjawiska, takie jak różnego rodzaju znaki techniczne (zapis wartości liczbowych, wykresy, obrazy itd.). Te z kolei są wywołane przez zjawiska somatyczne lub ich wzajemnie powiązaną sekwencję, dla których wykrycia dana metoda techniczna jest stosowana. Znaki techniczne są zazwyczaj opisywane w postaci zdań, będących bezpośrednim przedmiotem wnioskowania. Lekarz otrzymuje z laboratorium (lub sam tworzy w swoim umyśle) językowy opis, stwierdzający, że u badanego pacjenta występuje zjawisko charakteryzujące się określoną wartością liczbową, zmianami tej wartości, takim a takim charakterem obrazu itp. Tak więc bezpośrednim przedmiotem wnioskowania przy interpretacji objawów przedmiotowych i podmiotowych są ostatecznie zdania wyrażone w języku naturalnym. Na przykład w pierwszym okresie wprowadzania nowej metody technicznej lekarz klinicysta otrzymuje wynik w postaci zarówno bezpośredniego znaku technicznego, jak i jego interpretację słowną. Rozumowanie więc dotyczące obu typów objawów, przedmiotowych i podmiotowych, stanowi określoną całość myślową.

5. Ogólne cechy choroby a komunikacja lekarz – pacjent

Aspekt językowy porozumienia polega na wysyłaniu do siebie dwóch typów znaków, poznawczych i dyrektywnych. W ten sposób może on objąć obie dziedziny działania lekarza, tj. poznawczą i wykonawczą. Nie jest to podział przyjęty w lingwistyce, ale specjalnie dostosowany do zastosowań praktyczno-medycznych. Może się jednak przydać w analizach ogólnolingwistycznych.

Znaczna część procesów komunikacyjnych łączących lekarza z pacjentem wiąże się ze szczegółowymi zjawiskami dotyczącymi różnych chorób; ten typ porozumienia można określić mianem komunikacji szczegółowej. Istnieje również nie mniej ważna dziedzina porozumienia dotyczącego ogólnych cech choroby niezależnie od szczegółowego jej rodzaju; ten rodzaj komunikacji bywa nazywany komunikacją ogólną. Komunikacja ogólna nie dotyczy jednego etapu postępowania, ale całego czasu trwania relacji.

Warto tutaj powrócić do tego, co powiedziano na wstępie, że choroba to nie tylko stan fizyczny, lecz także psychiczny i społeczny. Lekarz musi brać pod uwagę wszystkie trzy aspekty choroby, mimo że uzyskuje o nich niewiele informacji, na drodze wnioskowania na podstawie objawów podmiotowych i przedmiotowych. Objawy podmiotowe dotyczą zarówno konkretnej cho-