

Jan Doroszewski

Komunikacja między lekarzem a pacjentem

Streszczenie

Porozumienie między lekarzem a pacjentem jest głównym – obok oddziaływania somatycznego – sposobem realizacji potrzeb zdrowotnych człowieka chorego lub zagrożonego chorobą (pacjenta) oraz wykonywania zadań lekarza, nierozłącznie wiąże się też z moralnymi aspektami stosunku lekarz-pacjent. Porozumienie to opiera się na bezpośredniej oraz pośredniej wymianie znaków językowych wraz z towarzyszącymi jej znakami innego rodzaju (komunikacja lekarz-pacjent).

Na drodze komunikacji lekarz poznaje zdrowotny stan pacjenta (psychiczny oraz – pośrednio – somatyczny), przekazuje pacjentowi informacje o tym stanie i plany postępowania, wyraża swój stosunek do pacjenta oraz oddziałuje na jego stan emocjonalny i decyzje. Pacjent opisuje swoje doznania, przypuszczenia, pragnienia i oceny, wyraża życzenia, zajmuje stanowisko wobec projektów postępowania i wpływa na stan emocjonalny lekarza.

Elementarną jednostką obustronnego porozumienia lekarza z pacjentem jest prosty lub złożony komunikat; ten ostatni rodzaj ma szczególnie duże znaczenie. Zespół powiązanych w określony sposób, obustronnych komunikatów tworzy dialog, zbiór komunikatów mających stosunkowo luźny związek stanowi rozmowę; ze względu na pewne specjalne sytuacje trzeba poza tym wyróżnić wielostronny kontakt komunikacyjny. Każdy wyżej wyróżniony typ komunikacji lekarz-pacjent spełnia – w różny sposób – kilka funkcji, a mianowicie funkcję informacyjną, pragmatyczną, emocjonalną i etyczną.

W każdym komunikacie łączącym lekarza z pacjentem występuje składowa werbalna i niewerbalna (behawioralna); pierwszą stanowią wypowiedziane lub pisane zdania (zwykle złożone) lub równoważniki zdań; drugą – przy komunikacji bezpośredniej – tworzy wygląd i ruchy ciała nadawcy (wyraz twarzy, gestykulacja itp.), przy komunikacji pośredniej – szeroko rozumiana sytuacja. Z komponentem werbalnym komunikatu związana jest jego treść, która jest głównym nośnikiem informacji; komponent ten ma określoną formę będącą czynnikiem modyfikującym treść oraz biorącym udział w reakcji emocjonalnej związanej z komunikatem. Innym zewnętrznym czynnikiem wywołującym reakcję emocjonalną jest składowa

pozajęzykowa komunikatu. Oba psychiczne skutki odbioru komunikatu, tj. uzyskanie informacji i reakcja emocjonalna są ściśle wzajemnie powiązane. Ostatecznym rezultatem komunikatu jest zmiana ogólnego stanu psychicznego odbiorcy, często również decyzja działania.

W składowej werbalnej złożonego komunikatu (zespołu zdań) można wyróżnić następujące części: wyrażenia rdzeniowe (mniej lub bardziej rozbudowane), wyrażenia lub formy dopełniające, elementy łącznikowe i identyfikatory. Większość tych elementów występuje zarówno w komunikatach typu pośredniego (tj. w różnych dokumentach), jak i w kontakcie bezpośrednim; w pierwszych wyrażenia rdzeniowe formułowane są zwykle w języku fachowym, w drugich – w języku zbliżonym do naturalnego. Dla komunikatów bezpośrednich charakterystyczne jest występowanie rozwiniętych wyrażen dopełniających i łącznikowych.

Pacjent i lekarz dążą do wspólnego celu głównego, jakim jest odzyskanie, poprawa lub utrwalenie zdrowia pacjenta; w zależności jednak od sytuacji, komunikacja lekarz-pacjent może służyć różnym celom bezpośrednim, które wiążą się przede wszystkim z porozumieniem dotyczącym planu postępowania. Z tego punktu widzenia można wyróżnić następujące główne odmiany bezpośrednich celów komunikacji: zgoda (lub jej brak) na proponowane przez lekarza działanie, wybór jednego z proponowanych sposobów leczenia, uzgodnienie postępowania pacjenta z wymogami procesu leczenia, porozumienie co do potrzeb w zakresie poprawy jakości życia. Powyższe cele są charakterystyczne dla różnych sytuacji związanych ze stanem zdrowia pacjenta i z realizacją zadań lekarza; w związku z powyższym można przyjąć następującą typologię opartą na medycznej i subiektywnej ocenie wartości sposobów postępowania: 1) choroby ostre, ciężkie, przy których jeden sposób leczenia jest wyraźnie najbardziej skuteczny, 2) choroba przewlekła uleczalna lub dająca możliwość znacznej poprawy, aktualnie dobry stan pacjenta, dwie odmiany: a) kilka sposobów postępowania ma podobną skuteczność, b) występuje kilka wariantów najbardziej skutecznego postępowania, 3) choroba nieuleczalna, stan ciężki, przy ograniczonej skuteczności postępowania. Podstawowe zadania lekarza w powyższych sytuacjach są następujące: 1) bezpośrednie ratowanie życia, doprowadzenie do świadomej zgody pacjenta na pewien rodzaj postępowania, 2a) umożliwienie dokonania świadomego wyboru przez pacjenta i pomoc w tym względzie, 2b) uzgodnienie sposobów współpracy pacjenta i dostosowanie postępowania do jego możliwości, 3) komunikacyjny udział w leczeniu paliatywnym i trosce o jakość życia.

Powyższe ujęcie stanowi próbę rozwinięcia medyczno-filozoficznych badań dotyczących podstawowych wzorców (modeli) stosunku lekarz-pacjent i zadań lekarza przez uwzględnienie kryterium komunikacyjnego.