

ARTYKUŁ POGLĄDOWY/REVIEW PAPER

Otrzymano/Submitted: 21.04.2010 • Zaakceptowano/Accepted: 23.04.2010

© Akademia Medycyny

Komunikacja lekarz – pacjent Spojrzenie nauczyciela – klinicysty i pacjenta *Communication between the doctor and the patient The teacher-clinician and the patient - their points of view*

Roman Szulc

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego, Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Streszczenie

Problematyka opracowania nawiązuje do zainteresowań autora relacjami lekarz – pacjent, w opisie których wykorzystał on swe doświadczenie lekarza akademickiego i pacjenta. Kanwą do rozważań tych jest sondaż stanowiący owoc badań ankietowych kilkunastu lekarzy-anestezjologów, dotyczących ich relacji z pacjentami poddanymi leczeniu operacyjnemu lub intensywnej terapii. Rozważania dotyczą jakości komunikacji lekarz – pacjent, jej współczesnych przeszkód i zagrożeń. W opracowaniu wykorzystano spostrzeżenia etyka i aksjolingwisty, a także lekarza klinicysty, te ostatnie, w przedmiocie sumienia, jako elementu relacji interpersonalnych. Zwrócono uwagę na rolę i odpowiedzialność nauczycieli-klinicystów w kształtowaniu podmiotowej jakości komunikacji lekarz – pacjent.

Włączenie kompetencji komunikacyjnych do kanonu deontologicznego lekarza wydaje się być postulatem wspólnym etyków i zatroskanych o jakość tych kompetencji nauczycieli-klinicystów. *Anestezjologia i Ratownictwo 2010; 4: 99-110.*

Słowa kluczowe: relacje lekarz – pacjent, komunikacja interpersonalna

Summary

The problems described in the paper concern author's interest about doctor – patient relations grounded largely on his own experience as a clinician and also a patient. Some information based upon inquiry questionnaires collected from eleven anaesthetists served as an illustration of these considerations. They include also the remarks of the linguist as refers interpersonal communication and other clinician in the subject of doctor's conscience. The responsibility of academic teachers for ethically proper shape of this communication has been stressed in this paper. *Anestezjologia i Ratownictwo 2010; 4: 99-110.*

Keywords: doctor – patient relations, interpersonal communication

Wprowadzenie

W 2007 roku w Gdańsku, na konferencji „Nauczanie etyki w uczelniach medycznych” przedstawiłem moje uwagi w przedmiocie relacji lekarz – pacjent [1]. Istotny element tych relacji stanowi komunikacja interpersonalna, o kształceniu w której mówił wówczas profesor Jan Doroszewski, recenzent zespołu prac „Etyczny wymiar komunikacji interpersonalnej w praktyce klinicznej” [2]. W pracach tych, realizowanych w ramach międzyuczelnianego grantu (Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza i Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego), brałem udział w 2006 roku. Badania miały na celu wypracowanie funkcjonalnych i przyjaznych standardów w relacjach lekarz – pacjent. Częścią ich była publikacja „Komunikacja interpersonalna w kontekście relacji lekarz – pacjent w anestezjologii i intensywnej terapii” [3]. Dotyczy ona odpowiedzi ankietowych kilkunastu lekarzy-anestezjologów szpitala klinicznego. Mimo precedensowego charakteru tego opracowania w polskim piśmiennictwie przedmiotu, ma ono charakter sondażowy, z uwagi na niewielką liczbę ankietowanych. Anestezjologia, w klasycznym ujęciu, nie sprzyja kształceniu umiejętności podmiotowych relacji między lekarzem i pacjentem. Maksyma „*Dormientes protego*” (ochraniam śpiących) wyraża w ogromnym skrócie zadania lekarzy-anestezjologów. Ze śpiącym pacjentem nie ma potrzeby rozmawiać i przenosi się to niekiedy, w nieuprawniony sposób, na teren intensywnej terapii, uprawianej w Polsce przede wszystkim przez lekarzy tej specjalności. Oryginalne wypowiedzi ankietowe mogą jednakże stanowić elementy tła problemu komunikacji lekarz – pacjent i dlatego wykorzystam je w dalszej części opracowania.

Problematyka komunikacji między lekarzem i pacjentem interesuje mnie również jako pacjenta, który na podstawie doświadczenia własnego, a i danych z piśmiennictwa, próbuje ocenić jej kondycję. Wyrażam niepokój o stan tej kondycji, wręcz o jakościowe jej pogarszanie się.

Tło problemu

Współczesny człowiek wykorzystuje postępy techniki komunikacji interpersonalnej używając komputera i telefonu komórkowego. Rozmowa za pomocą tych urządzeń wydaje się wielu ludziom łatwiejsza aniżeli bezpośredni dialog. Jego sztuka raczej zanika, rodzice

nie mają czasu, niekiedy i umiejętności rozmowy, zaś programy nauczania w szkołach podstawowych i średnich nauki dialogu nie przewidują. Coraz częściej używanymi w komunikacji interpersonalnej są zwroty skrótowe, slangowe, maksymalnie upraszczające przedmiot komunikacji i często przez postronnych niezrozumiałe. Spostrzeżenie to oparte na doświadczeniu pojedynczych osób stanowi być może konstatację dyskusyjną. W moim rozumieniu może stanowić jednak socjologiczny element tła problemu komunikacji lekarz (zwłaszcza młody) i pacjent.

Parę słów o anestezjologicznych badaniach ankietowych

Ramowy wzór ankiety opracowano w Wydziale Studiów Edukacyjnych UAM. W wersji adresowanej do anestezjologów ankieta zawierała 21 pytań, których konstrukcja umożliwiała możliwości wyboru różnych wariantów odpowiedzi.

Czynnikami przeszkadzającymi w komunikacji z pacjentem są, zdaniem ankietowanych, pośpiech (brak czasu), brak odpowiedniego pomieszczenia dla rozmów z pacjentem a niekiedy agresja albo postawa roszczeniowa pacjenta lub jego rodziny. Do szczególnych okoliczności mogących wpływać na komunikację interpersonalną anestezjolog - pacjent należy według ankietowanych zaliczyć dwa czynniki:

1. Pacjent kwalifikowany do leczenia operacyjnego, szczególnie pierwszy raz, „*ma w sobie ogromny ładunek niepokoju związany z faktem odebrania mu świadomości, bezpośredniego zagrożenia życia, uzależnienia od personelu medycznego*”(fragment oryginalnej wypowiedzi ankietowej).
2. Podlegający intensywnej terapii pacjenci są w znaczącej liczbie nieprzytomnymi, co w obiektywny sposób eliminuje możliwości komunikacji z nimi, determinuje też niekiedy sposób komunikacji anestezjologów z pacjentami przytomnymi.

Mimo istnienia wspomnianych czynników utrudniających komunikację z pacjentami występuje niewątpliwie, zdaniem ankietowanych, związek między wzajemnym zaufaniem a skutecznością terapii. Zaufanie lekarzowi skutkuje m.in. bardziej prawidłową realizacją jego zaleceń leczniczych. Zwrócono uwagę na to, by zaufanie do lekarza nie miało „*charakteru poddańczego*”, jak to określił jeden z respondentów. W kontekście problemu zaufania do lekarza zwracają uwagę dwie wypowiedzi ankietowanych, reprezentujące

odmienne punkty widzenia w tym względzie: Zaufanie do lekarza „...*jest naturalnie dane, sztuka polega na tym, aby go nie zaprzepaścić*”. A oto opinia druga: „*Spółecznie dany jest obecnie raczej brak zaufania. Zadaniem personelu medycznego jest obecnie odzyskanie dyspozycji pacjenta do zaufania*.” Ankietowani dostrzegali również potrzebę okazywania pacjentowi szacunku, by ten „*widział, że ... traktują go poważnie*”, by „*pacjent czuł, że jest ważny*” (fragmenty wypowiedzi oryginalnych).

Wśród czynników utrudniających proces komunikacji z pacjentem respondenci, oprócz braku czasu, ze swej strony wymieniali: braki w umiejętności wysławiania się, braki kultury osobistej, instrumentalne traktowanie pacjenta, a także udzielanie pacjentowi (jego rodzinie) własnych emocji.

Wśród opinii ankietowanych dotyczących okoliczności utrudniających proces komunikacji ze strony pacjenta, do powtarzających się należy lęk o różnorakim podłożu. Można tu wymienić strach przed kontaktem z lekarzem, przed zadawaniem mu pytań, co w jakiejś mierze uwarunkowane jest poziomem intelektualnym pacjentów, a także lękiem przed oczekiwaną operacją. Komunikację tę utrudniają usłyszane uprzednio przez pacjentów opinie innych (pacjentów i lekarzy). Przeszkody w komunikowaniu pacjenta z lekarzem wynikają niekiedy z braku zaufania do rozmówcy-anestezjologa, skutek przekonania o interesowności lekarzy i ich skorumpowaniu [3].

O jakość komunikacji lekarz – pacjent

Rozwiązywanie tego problemu jest wyzwaniem zarówno dla uczelni medycznych, jak i ich nauczycieli, jednak przede wszystkim stanowi odrabiane przez całe zawodowe życie zadanie każdego lekarza, jeśli akceptuje on opinię, iż uprawianie medycyny jest także, jeśli nie przede wszystkim, przedsięwzięciem moralnym. Spektakularne jej postępy spowodowały, iż samo zastosowanie wysublimowanego instrumentarium diagnostyczno-terapeutycznego zaczęło być uważane przez lekarzy i pielęgniarki za wystarczające dla zaspokojenia społecznych oczekiwań usługobiorców medycyny. Autor tej opinii, profesor Jan Wawrzyniak, zajmujący się m.in. aksjolingwistyką stwierdza wręcz, iż reifikacja kontaktu z pacjentem deprecjonująca i redukująca tradycyjne, kanoniczne dla służby lekarskiej formy kontaktu, jakimi są słowo i dotyk, stanowi istotny defekt zinstytucjonalizowanej opieki medycznej [4]. Komunikacja zakładająca otwartość i wyczulenie leka-

rzy na werbalne i pozawerbalne sygnały generowane przez pacjentów, oraz umiejętność ich interpretacji, stanowi kardynalny atrybut ich kompetencji zawodowej, umożliwiający budowę układu zaufania między lekarzem i pacjentem [4].

W materiałach przywołanej przeze mnie konferencji gdańskiej znajduje się opracowanie profesora Tomasza Pasierskiego „Czym jest współczucie i jak go nauczać?” [5]. Praca autora, który jest klinicystą-kardiologiem wychodzi naprzeciw i moim poglądom w problemie relacji lekarz – pacjent, wzmacniając przekonanie, iż pojęcie sumienia nie jest jedynie historycznym, jeśli nie zupełnie pomijanym przez niektórych współczesnych bioetyków. Współczucie jest na pewno dyspozycją, cnotą trudną do zdobycia i jest kształtowane przez całe życie lekarza. Z drugiej jednak strony można wymagać szacunku dla współczucia od instytucji odpowiedzialnych za kształcenie i od instytucji opieki medycznej. Tomasz Pasierski nazywa to „*kulturą współczucia*”. Według Tadeusza Gadacza: „*Kiedy przeżywane cierpienie i ból przyciągają pokusę myślenia o sobie jako o człowieku drugiej kategorii, współczucie przypomina o ludzkiej wartości... Jest jednym z najważniejszych ‘sposobów’ dowartościowania człowieka*.” [5]. W praktyce medycznej konieczne jest zachowanie równowagi między zaangażowaniem emocjonalnym, którego wyrazem jest empatia i obojętnością. Współczucie pozwala na krytyczną analizę odczuwanych emocji. Dystans emocjonalny na dłuższą metę jest jednak szkodliwy dla lekarzy. Znalezienie sensu pracy i nierozstrzygniętej walki z cierpieniem wymaga wysiłku emocjonalnego i intelektualnego [5]. Najlepsza droga nauczania współczucia wydaje się być zawarta w obrębie samej grupy zawodowej. Nauczycielami współczucia studentów i lekarzy powinni być ich starsi, doświadczeni w praktykowaniu współczucia, koledzy lekarze. Inną drogę nauczania współczucia proponują zwolennicy „humanistyki medycznej”. Odwołują się w niej szczególnie do literatury jako sposobu, dzięki któremu ludzie nadają swojemu życiu sens, poprzez uczynienie go częścią spójnej narracji [5].

Zagrożenia komunikacji w praktyce klinicznej

Nieumiejętne relacje komunikacyjne, jak i ich brak, powodują efekty jatrogenne. Dochodzi do opuszczenia pacjenta i pozostawienie go sam na sam z chorobą, skazanie na samotność domysłów i podej-

rzeń, co jest formą sprzeniewierzenia się przyrzeczeniu lekarskiemu. Słowo jest pierwszym, a czasami jedynym, lekarstwem a zawsze pełni funkcje paliatywne. Milczenie personelu wzmacnia szpitalną traumę, generuje strach przed zinstytucjonalizowanym układem służby zdrowia [4]. Według Jana Wawrzyniaka współczesna medycyna, wyłączając wymogi moralne z mentalności i praktyki lekarskiej, spowodowała się do poziomu zestawu technik biologii stosowanej. Ten poziom nie jest, w moim rozumieniu, wyłącznie rezultatem swoistego wsobnego kształtowania się świadomości lekarskiej pod wpływem sukcesów medycyny. Spostrzegamy przecież, przynajmniej w naszym kraju, zarówno kryzys medycyny przeszczepów, jak i rozkwit medycyny hospicyjnej, zjawiska wymagające interpretacji socjologicznej.

Jednym z powodów unikania przez lekarzy żywego dyskursu z pacjentami wydaje się być też strach przed ujawnieniem prawdy o ograniczonych prawidłowościach przyrody możliwościach medycyny. Lekarze bywają albo zbyt pewni siebie (głównie tuż po studiach), albo sztucznie pewni siebie. Taki stan ich świadomości funkcjonuje jako swoisty inhibitor działań komunikacyjnych, zredukowanych w praktyce do suchych ordynacji kliniczno-farmaceutycznych [4]. W tej konstatacji filozofa znajduję, częściowo przynajmniej, potwierdzenie jako pacjent i lekarz. Zgadzam się również z następującym jego stwierdzeniem: *„Jeśli rozmowa z pacjentem staje się aktem nadzwyczajnym, nadobowiązkowym, świadczy to o obniżaniu się standardów moralnych procesu terapeutycznego, czyli kanonu bycia lekarzem.”* [4].

W relacji komunikacyjnej lekarz – pacjent stykają się dwa języki zawierające różne słownictwo i aksjologicznie nacechowane obrazy świata, zatem konieczne jest zadbanie – należyta staranność/precyzja komunikacyjna, by pacjent odczytał informację kliniczną zgodnie z intencjami lekarza. Należy być zarazem świadomym pułapek posługiwania się słowami, tego, że nie mogą one służyć maskowaniu i separowaniu się podmiotów rozmowy poprzez swoiste topienie istotnych problemów w powodzi słów [4].

Jeszcze o przeszkodach komunikacyjnych

Taktyka przekazywania informacji winna uwzględniać dynamiczny charakter psychicznej gotowości pacjenta na przyjęcie informacji. Specjaliści

wszelkich dyscyplin medycznych mogą tu czerpać z doświadczeń medycyny paliatywnej [4].

Można wyróżnić obiektywne i subiektywne przyczyny przeszkód komunikacyjnych. W obszarze przeszkód obiektywnych mieszczą się niewystarczające kompetencje, w tym brak wiedzy o komunikacji. Jednym z przykładów tego rodzaju przeszkód jest wykorzystywanie przez lekarzy żargonu (tzw. medomowy). Przeszkody subiektywne ze strony lekarzy to brak samorozpoznania własnego stylu (manner) komunikowania się z innymi ludźmi. Także swoista ucieczka „w pracę” (*„jestem teraz bardzo zajęty”*) zrywa kontakt z chorym, podczas gdy fundamentalnym zobowiązaniem zawodowym jest być z pacjentem [4]. Kolejną przeszkodą natury subiektywnej może być uwięzienie w społecznych rolach konkurujących w aktach komunikacji. Chodzi tu o lekarski paternalizm kontra roszczeniowe nastawienie pacjenta. Może nie ostatnią z komunikacyjnych przeszkód subiektywnych jest specyficzne uleganie potocznym, głównie wizualno-estetycznym, schematom oceny ludzkich zachowań. Może powodować to wyłączenie w umyśle lekarza (często przepracowanego) zasady ograniczonego zaufania (do tego, co widzi) i obowiązku wątpliwości co do przyczyn danego zachowania pacjenta [4].

Uwagi końcowe

Dlaczego lekarze bywają niechętni budowaniu trwałych, werbalnych relacji z pacjentami? Jednym z powodów może być nieunikniony emocjonalny charakter takiej relacji. Oczywiście specyfika i psychiczna dyspozycja wykonywania zawodu lekarza wymagają wypracowania szczególnego auto-ochronnego dystansu do samej materii pracy – ludzkiego nieszczęścia, odpowiada Autor pytania [4] i z konstatacją tą się zgadzam.

W swej komunikacji z pacjentem lekarz winien umieć sobie radzić z licznymi możliwymi pułapkami. Kluczową jest w tym względzie pomoc doświadczonych mistrzów zawodu a także psychologów, filozofów medycyny i etyków. Realizacja modelu medycyny holistycznej, pomagającej człowiekowi, a nie zaabsorbowanej wyłącznie przywracaniem norm fizjologicznych, wymaga powrotu do międzyludzkich więzi komunikacyjnych.

Uzasadnionym jest, w mojej ocenie, postulat Jana Wawrzyniaka - włączenia kompetencji komunikacyjnych do kanonu deontologicznego lekarza [4].

Adres do korespondencji:

I Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu
Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego
ul. Długa 1/2; 61-848 Poznań
Tel.: (+4861) 854 92 69
E-mail: roman_szulc@poczta.onet.pl

Piśmiennictwo

1. Szulc R. Relacje lekarz – pacjent. Uwagi nauczyciela-klinicysty w kontekście nauczania etyki na polskich wydziałach lekarskich. W: Nauczanie etyki w uczelniach medycznych. Suchorzewska J, Olejniczak M (red.). Gdańsk: Dział Wydawnictw AMG; 2007. str. 54-63.
2. Wawrzyniak J (red. nauk.). Etyczny wymiar komunikacji interpersonalnej w praktyce klinicznej. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2009.
3. Szulc R. Komunikacja interpersonalna w kontekście relacji lekarz – pacjent w anestezjologii i intensywnej terapii. W: Etyczny wymiar komunikacji interpersonalnej w praktyce klinicznej. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2009. str. 115-28.
4. Wawrzyniak J. Teoretyczno-praktyczna kompetencja komunikacyjna jako postulat etyczny w praktyce klinicznej. W: Etyczny wymiar komunikacji interpersonalnej w praktyce klinicznej. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2009. str.: 11-33.
5. Pasierski T. Czym jest współczucie i jak go nauczać? W: Nauczanie etyki w uczelniach medycznych. Suchorzewska J, Olejniczak M (red.). Gdańsk: Dział Wydawnictw AMG; 2007. str.: 100-3.