

Marta Chojnacka-Kuraś

ORCID 0000-0001-8222-497X

Uniwersytet Warszawski

Antonina Doroszewska

ORCID 0000-0003-0764-2105

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Aldona K. Jankowska

ORCID 0000-0001-9555-0977

Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika

Struktura komunikacji medycznej

Wyznaczniki definicyjne komunikacji medycznej

Zawarte w tytule kluczowe dla niniejszej książki pojęcie komunikacji medycznej wymaga zdefiniowania, które byłoby także uzasadnieniem obecności i układu kolejnych rozdziałów tej publikacji. W zmieniającej się rzeczywistości – wobec nowych wyzwań medycznych (jak choćby pandemia, choroby cywilizacyjne i przewlekłe), nowych form komunikacji (np. telekonsultacji czy aktywności lekarzy w mediach społecznościowych) oraz czynników mających wpływ na postawy pacjentów (m.in. ruchu antyszczepionkowego i tendencji do podważania wiedzy naukowej, a także wzrostu samoświadomości pacjentów) – struktura zjawiska, które nazywamy „komunikacją medyczną”, okazuje się złożona. Próba uchwycenia jego istoty jest zadaniem trudnym i wymagającym namysłu. Mamy świadomość, że zmiany te zachodzą dynamicznie, a definicja pojęcia oraz jego zakres podlegają i dalej będą podlegać przeobrażeniom¹.

¹ Publikacje poświęcone komunikacji w medycynie (przede wszystkim jej wymiarowi praktycznemu, ale też teoretycznym rozważaniom nad zakresem tego zjawiska) stanowią pokaźny zbiór, który stale się poszerza. Są to nie tylko publikacje zagraniczne – przybywa także polskich opracowań dotyczących komunikacji medycznej jako obszaru praktyki, interdyscyplinarnych badań oraz dydaktyki. Opracowanie dokładnego stanu badań nie jest tu naszym celem – wybrane pozycje, najbliższe tematyce tego rozdziału, podajemy w bibliografii.

Najbardziej aktualna polska próba zdefiniowania, czym jest komunikacja medyczna, podjęta została w *Rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej dotyczących kształcenia kompetencji komunikacyjnych na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym* (Borowczyk i in. 2021). Autorzy tego dokumentu zachowali podstawy myślenia o komunikacji medycznej zawarte w pracach Jana Doroszewskiego (2006; 2007), a jednocześnie włączyli do definicji komponenty, które uznali za zgodne ze współczesnym stanem wiedzy o komunikacji w medycynie i wynikające z praktyki klinicznej oraz dydaktycznej. Zawarta w *Rekomendacjach...* definicja brzmi następująco:

Komunikacja medyczna to proces porozumiewania się między pracownikami ochrony zdrowia (lekarzami, pielęgniarkami, położnymi i in.) i pacjentami (oraz ich bliskimi), a także porozumiewanie się pracowników ochrony zdrowia między sobą (w zespołach medycznych), zachodzące w ramach stosunku opieki zdrowotnej, tj. postępowania leczniczego lub profilaktycznego (Borowczyk i in. 2021: 4).

Przywołane zdanie nie wyraża jeszcze wszystkiego, co jest ważne dla komunikacji medycznej, ale jest dobrym punktem wyjścia do refleksji nad jej istotą i zakresem. W poszukiwaniu wyznaczników komunikacji medycznej nie sposób pominąć dwóch zasadniczych elementów: celu oraz uczestników. Nadrzędnym celem komunikacji medycznej, tak jak ją dziś postrzegamy, jest działanie dla dobra pacjenta, tj. wspieranie go, a nawet więcej – umożliwienie procesu leczenia (w sytuacji wystąpienia choroby), a także profilaktyki (rozumianej jako praktyka pozwalająca zachować zdrowie i zapobiegać chorobom m.in. poprzez szczepienia i właściwy styl życia). Owo działanie dla dobra pacjenta, przejawiające się m.in. w wykorzystaniu kompetencji komunikacyjnych rozumianych jako budowanie relacji i prowadzenie rozmowy z zastosowaniem podstawowych umiejętności komunikowania się (w tym m.in. aktywnego słuchania i dążenia do poznania perspektywy pacjenta), motywowane jest z jednej strony aktualną, powszechnie uznaną wiedzą medyczną, z drugiej zaś – poszanowaniem podmiotowości pacjenta. W ramach właściwie prowadzonej komunikacji medycznej pracownik opieki medycznej i pacjent „uzgadniają” wspólny cel działania (to „dobro” właśnie) i środki, dzięki którym ten cel może zostać osiągnięty (Doroszewski 2007: 45).

Tu dochodzimy do drugiego elementu – przyjmujemy, że obligatoryjnym uczestnikiem aktu komunikacji, który może zostać uznany za przynależny

do komunikacji medycznej, jest przedstawiciel systemu opieki medycznej (przede wszystkim osoba wykonująca zawód medyczny). Jest to ktoś, kto w toku formalnego kształcenia zdobył odpowiednią wiedzę, wymagane umiejętności i upoważnienia i na kim spoczywa odpowiedzialność za posługiwanie się tą wiedzą i umiejętnościami, a także (w pewnym stopniu) – za organizację i funkcjonowanie systemu opieki medycznej.

W tym punkcie rozważań należy podkreślić, że wspomniana wyżej odpowiedzialność wiąże się z takim sprawowaniem opieki medycznej, które gwarantuje zaspokojenie potrzeb pacjenta – nie tylko tych ściśle medycznych (potrzeb ciała czy psychiki), lecz także społecznych, psychologicznych, duchowych. Odpowiedzialność za relację z pacjentem, budowaną dzięki dobrej komunikacji, spoczywa właśnie na profesjonalście.

W myśleniu o specyfice i zakresie komunikacji medycznej uwzględnić należy także kanał komunikacji oraz jej treść, która skupia się wokół kwestii zdrowia. Porozumiewanie się uczestników komunikacji medycznej (szczególnie postaci centralnych: lekarza i pacjenta) najczęściej odbywa się w ramach kontaktu bezpośredniego (np. podczas spotkania w gabinecie lekarskim czy obchodu na oddziale szpitalnym), ale może mieć również formę zdalną oraz pisemną (m.in. rozmowa telefoniczna, wideokonsultacja, czat). Te różnorodne kanały komunikacji oraz związane z nimi wyzwania stają się obszarem szczegółowych obserwacji i badań. W obrębie tego, co nazywamy „komunikacją medyczną”, wydzielają się również szczegółowe treści komunikatów – zagadnienia skupione wokół konkretnych problemów merytorycznych (np. komunikowanie ryzyka, przekazywanie niepomyślnych informacji, włączanie pacjenta w podejmowanie decyzji terapeutycznych, dostosowywanie języka do możliwości i potrzeb pacjenta, rozmowa z dzieckiem o chorobie czy też komunikacja z pacjentem, którego poglądy są dalekie od stanu wiedzy lekarza).

Wiele z tych zagadnień znalazło miejsce w niniejszej monografii. Niewątpliwie stanowią one wyzwania dla personelu medycznego – m.in. dlatego, że sprostanie im pod wieloma względami wymaga wyjścia poza ścisłą wiedzę medyczną.

Struktura komunikacji medycznej – wąski i szeroki zakres zjawiska

W swoich rozważaniach o komunikacji medycznej Doroszevska (2007: 43) wprowadził wąskie i szerokie ujęcie zakresu tego zjawiska:

Komunikacja medyczna w szerokim znaczeniu jest to porozumienie między różnymi – pojedynczymi lub licznymi – podmiotami, które dotyczy spraw związanych z medycyną; ma ono charakter bezpośredni lub pośredni (poprzez prasę, media, internet itd.) i cel poznawczy (dydaktyka, oświata zdrowotna, konsultacja) lub pragmatyczny (wywoływanie określonych zachowań ludzi). Komunikacja medyczna w znaczeniu wąskim, czyli medyczna komunikacja interpersonalna sensu stricto, jest to porozumienie między lekarzem, pielęgniarką lub innym pracownikiem służby zdrowia a pacjentem, zachodzące w ramach stosunku opieki medycznej, tj. postępowania leczniczego lub zapobiegawczego.

Utrzymanie takiego podejścia wydaje się zasadne – jako sposób uporządkowania różnorodnych relacji składających się na komunikację medyczną. Wymaga ono jednak doprecyzowania i wyraźniejszego osadzenia we współczesnych realiach.

Wąsko rozumiana komunikacja medyczna – to, co stanowi jej niepodważalne centrum – dotyczy komunikacji (spotkania) pacjenta z przedstawicielem personelu medycznego. W literaturze przedmiotu wskazuje się tu głównie lekarza (por. często stosowane określenie „komunikacja lekarz – pacjent”), jednak należy podkreślić, że jest to pewne zawężenie – komunikacja medyczna wykracza poza tę relację. To samo zresztą dotyczy drugiego uczestnika – pacjent, zwłaszcza pacjent w pediatrii i osoba starsza lub niesamodzielna, wprowadza do sfery interakcji swoich bliskich, którzy stają się trzecim elementem komunikacyjnej triady (por. „komunikacja lekarz – pacjent – bliscy”). W zakresie wąsko rozumianej komunikacji medycznej mieści się także porozumiewanie się przedstawicieli personelu medycznego między sobą (np. lekarza jednej specjalizacji z lekarzem innej specjalizacji, lekarza z pielęgniarką czy też członków zespołu terapeutycznego), którzy komunikują się w celu sprawowania jak najlepszej, holistycznej opieki nad pacjentem.

Z kolei szeroki zakres komunikacji medycznej obejmuje według nas te działania komunikacyjne przedstawicieli systemu opieki medycznej, których cel zgadza się z tym, co uznałyśmy za intencjonalny wyznacznik komunikacji medycznej – dobro pacjenta osadzone w aktualnej wiedzy i wynikające z poszanowania jego podmiotowości. W związku z tym w obszar szeroko pojętej komunikacji medycznej włączamy kilka szczegółowych układów uczestników komunikacji. Są to m.in. porozumiewanie się przedstawicieli opieki medycznej ze społeczeństwem (zbiorowym odbiorcą komunikatów) oraz komunikacja między nauczycielami akademickimi

i studentami kierunków medycznych (przyszłymi pracownikami systemu opieki medycznej).

W pierwszej z wymienionych relacji społeczeństwo jako ogół odbiorców to potencjalni pacjenci, a działania nadawców komunikatów mieszczą się głównie w ramach edukacji i profilaktyki (chodzi tu m.in. o działalność lekarzy w mediach społecznościowych i ogólnie o sytuacje, w których poza gabinetem propagują wiedzę medyczną, doradzają, zachęcają do zdrowego stylu życia itd.). W relacji dydaktycy – studenci komunikację medyczną widzimy przede wszystkim jako odrębny przedmiot nauczania oraz treści odnoszące się do kontaktu personelu medycznego z pacjentami i ich bliskimi przekazywane podczas zajęć klinicznych czy symulacyjnych. Widzimy także możliwość szerszego ujęcia, w którym komunikacja medyczna jest rozumiana jako podstawa całego procesu dydaktycznego (przekazywania wiedzy medycznej i rozwijania umiejętności) oraz kształtowania postaw. Jak dowodzą badania, dydaktyka wpływa na modelowanie zachowań i postaw studentów kierunków medycznych. Szczególny wpływ na podejście do pacjentów w przyszłej praktyce zawodowej ma obserwowanie zachowania nauczycieli w trakcie zajęć klinicznych, w bezpośrednim kontakcie z pacjentami (Benbassat 2014).

Testując granice komunikacji medycznej, rozważyć należy także włączenie w jej zakres komunikatów kierowanych do społeczeństwa przez osoby związane z instytucjami zarządzającymi systemem opieki zdrowotnej, które mają kompetencje i upoważnienia do zarządzania tym systemem i do reprezentowania go, choć niekoniecznie mają wykształcenie medyczne. Jest to relacja daleka od centrum komunikacji medycznej, jednak wydaje się, że powinna znaleźć swoje miejsce w strukturze tego obszaru.

Centrowo-peryferijną strukturę komunikacji medycznej, wynikającą z układu różnorodnych relacji łączących uczestników tej komunikacji, przedstawia rysunek 1.

Usytuowanie komunikacji medycznej (jako obszaru badawczego i przedmiotu nauczania) wobec dziedzin i dyscyplin naukowych

Semantyczno-etymologiczna refleksja nad pojęciem komunikacji medycznej pozwala wydobyć jego głęboko humanistyczny wymiar. Słowo „komunikacja” wywodzi się od łacińskiego czasownika *communico, communicare* i oznacza ‘uczynić wspólnym, połączyć, udzielić komuś wiadomości, naradzać się’; określenie „medyczny” pochodzi od przymiotnika *medicalis*