

KOMUNIKACJA MEDYCZNA – WYZWANIA I ŹRÓDŁA INSPIRACJI



REDAKCJA NAUKOWA
ANTONINA DOROSZEWSKA
MARTA CHOJNACKA-KURAŚ
ALDONA K. JANKOWSKA

**KOMUNIKACJA MEDYCZNA –
WYZWANIA I ŹRÓDŁA INSPIRACJI**

KOMUNIKACJA MEDYCZNA – WYZWANIA I ŹRÓDŁA INSPIRACJI

REDAKCJA NAUKOWA
ANTONINA DOROSZEWSKA
MARTA CHOJNACKA-KURAŚ
ALDONA K. JANKOWSKA



Recenzenci

Prof. dr hab. Jarosław Barański

Prof. dr hab. Antonina Ostrowska

Redaktor prowadzący

Małgorzata Yamazaki

Redakcja

Magdalena Orczykowska

Redakcja techniczna

Maryla Broda

Korekta

Małgorzata Nowak

Indeks

Iwona Karpowicz-Dajczer

Projekt okładki i stron tytułowych

Magdalena Jędraszko

Ilustracja na okładce

Uma pintura de um rio com árvores e montanhas ao fundo (Obraz przedstawiający rzekę z drzewami i górami w tle); Unsplash, The Cleveland Museum of Art

Skład i łamanie

Dariusz Górski

Publikacja dofinansowana przez Uniwersytet Warszawski
oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny

© Copyright by Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2023

Antonina Doroszevska ORCID 0000-0003-0764-2105, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Marta Chojnacka-Kuraś ORCID 0000-0001-8222-497X, Uniwersytet Warszawski

Aldona K. Jankowska ORCID 0000-0001-9555-0977, Collegium Medicum Uniwersytetu

Mikołaja Kopernika

ISBN 978-83-235-6021-0 (druk)

ISBN 978-83-235-6029-6 (pdf online)

ISBN 978-83-235-6037-1 (e-pub)

ISBN 978-83-235-6045-6 (mobi)

Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego

02-678 Warszawa, ul. Smyczkowa 5/7

e-mail: wuw@uw.edu.pl

księgarnia internetowa: www.wuw.pl

Wydanie 1, Warszawa 2023

Druk i oprawa

POZKAL

Spis treści

Wstęp	7
Struktura komunikacji medycznej – <i>Marta Chojnacka-Kuraś, Antonina Doroszevska, Aldona K. Jankowska</i>	10

WYZWANIA ZWIĄZANE Z KOMUNIKACJĄ MEDYCZNĄ W PRAKTYCE KLINICZNEJ

Źródła nieporozumień. O żądaniu „informacji nadmiernej” przez ofiary znachorstwa, o fałszywych przekonaniach i dywersji przeciwników szczyt – <i>Maria Boratyńska</i>	25
Zasady komunikacji lekarza z pacjentem podczas telekonsultacji – <i>Justyna Tymińska</i>	50
Pomoce decyzyjne dla pacjentów w praktyce lekarskiej – <i>Anna Kołodziejek</i>	63
Profesjolekt pielęgniarek nefrologicznych – analiza semantyczna i słowotwórcza – <i>Alicja Dzięcioł</i>	81
Wybrane elementy informowania o ryzykach związanych z farmakoterapią – <i>Dagmara Mirowska-Guzel, Magdalena Niedzielko, Marcin Kruk</i> . .	99

WYZWANIA W NAUCZANIU KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ

Nauczanie komunikacji medycznej – postawy i perspektywa studentów kierunków medycznych – <i>Antonina Doroszevska, Iwona Drozdowska</i> . . .	119
Samoocena przygotowania studentów V i VI roku studiów medycznych do przekazywania informacji o niekorzystnej diagnozie – <i>Julia Przeniosło, Agata Kotłowska, Marcin Trzcński, Oliwia Lenkiewicz, Julia Lenkiewicz, Krzysztof Sobczak</i>	136

Wybrane aspekty relacji między nauczycielami akademickimi a studentami na uczelniach medycznych w Polsce – <i>Agnieszka Pawlak-Kalużyńska, Magdalena Wieczorkowska, Paweł Przyłęcki</i>	153
Lekarz i nauczyciel akademicki – zdalne nauczanie i zdalne leczenie – <i>Zbigniew Czernicki</i>	181

INSPIRACJE DLA KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ

Trening balintowski jako narzędzie rozwoju osobistego i zawodowego pracowników opieki medycznej – <i>Joanna Pazik, Dorota Pazik, Anna Rudecka</i>	189
Nieporozumienia w kontekście ochrony zdrowia. Prozodia semantyczna w dyskursie medycznym i w języku ogólnym – <i>Agnieszka Kielkiewicz-Janowiak</i>	203
Jak rozmawiać z dzieckiem o raku? Choroba nowotworowa, wiedza biomedyczna i metafora w książce dla dzieci <i>Co to ten rak?</i> – <i>Marta Chojnacka-Kuraś</i>	219
<i>Wilk opowiada o SMA</i> – terapia, informacja, komunikacja marketingowa i medyczna – <i>Diana Saniewska, Janusz Rutkowski</i>	236

TECHNOLOGIA I INTERNET JAKO NARZĘDZIE I PRZESTRZEŃ KOMUNIKACJI O ZDROWIU

Rola ekspertów komunikacji medycznej w badaniach z zakresu <i>human-robot interaction</i> – <i>Maria Nowina Konopka</i>	257
Lekarz na Instagramie i jego rola we współczesnej edukacji zdrowotnej – <i>Monika Miłosz</i>	269
Komunikacja szpitala w mediach społecznościowych, zarządzanie kryzysem a kreowanie wizerunku placówki – <i>Barbara Baranowska, Agnieszka Gibalska-Dembek</i>	286
Niektóre społeczne i komunikacyjne znaczenia w autonarracjach o porodzie zamieszczonych przez matki w grupach wsparcia na Facebooku – ustalenia wstępne – <i>Aleksandra Nowakowska-Kutra</i>	302
Noty o Autorach	323
Indeks osób	331

Wstęp

Złożona i wielowątkowa problematyka komunikacji medycznej – widziana w perspektywie zarówno światowej, jak i bardziej lokalnej, krajowej – stanowi przedmiot badań i analiz w coraz liczniej pojawiających się publikacjach polskich badaczy i praktyków. Jest także tematem dyskusji i debat publicznych, m.in. w ramach ogólnopolskich konferencji naukowych „Komunikacja w medycynie”, odbywających się cyklicznie od 2016 r. na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym i współorganizowanych m.in. przez Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej oraz Zespół Języka Medycznego Rady Języka Polskiego przy Prezydium PAN¹. Podczas tych spotkań przedstawiciele licznych instytucji naukowych poruszają bieżące problemy (praktyczne, dydaktyczne, teoretyczne), wskazują wyzwania, jakie stoją przed komunikacją medyczną w Polsce, a także dzielą się pomysłami, skąd czerpać inspiracje do jej rozwoju.

Układ książki, którą z radością przekazujemy na Państwa ręce, odzwierciedla obszary tematyczne obecne podczas ostatniej konferencji z tego cyklu², ważne z punktu widzenia rozwoju komunikacji medycznej

¹ Stałymi organizatorami tego cyklu konferencji oprócz PTKM i ZJM PAN są: Studium Komunikacji Medycznej WUM, Instytut Języka Polskiego Uniwersytetu Warszawskiego oraz Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Co roku konferencje odbywają się pod honorowym patronatem Rektora Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

² W organizację konferencji w 2021 r. zaangażowane były również następujące instytucje: Akademia Komunikacji Medycznej, Studium Etyki Lekarskiej oraz Centrum Nauk Humanistycznych i Społecznych Medycyny WUM, a także Pracownia Medycyny Społecznej Collegium Medicum UMK.

w naszym kraju na początku trzeciej dekady XXI w. Pierwszy rozdział, wprowadzający do omawianej problematyki, dotyczy wyznaczników definicyjnych i struktury komunikacji medycznej (uchwyconej przez pryzmat różnorodnych układów i relacji jej uczestników), a także interdyscyplinarności tego obszaru badawczego.

W pierwszej części książki poruszone zostały kwestie związane z praktyką kliniczną, ponieważ esencją komunikacji medycznej są codzienne rozmowy personelu medycznego z pacjentami i ich bliskimi. Zawarte w niej rozdziały przedstawiają szerokie spektrum zagadnień wiążących komunikację z codziennymi obowiązkami pracowników opieki medycznej. Autorzy tych tekstów podejmują takie wątki, jak: informowanie o ryzyku dotyczącym farmakoterapii, prawne aspekty informowania pacjenta, zasady rozmowy z pacjentem podczas telekonsultacji, stosowanie narzędzi wspierających proces decyzyjny związany z postępowaniem terapeutycznym, specyfika języka zawodowego (na przykładzie socjolektu pielęgniarek nefrologicznych), a także informowanie o ryzyku dotyczącym farmakoterapii.

Ważnym aspektem komunikacji medycznej jest działalność dydaktyczna, której celami są rozwój i doskonalenie kompetencji komunikacyjnych studentów kierunków medycznych i personelu medycznego. Kwestiom związanym z nauczaniem komunikacji poświęcona jest druga część monografii. Autorki pierwszego rozdziału zwracają uwagę na to, że podczas planowania i realizacji programu nauczania należy uwzględniać postawy studentów wobec nauki komunikacji. W następnym tekście przedstawiono badania dotyczące samooceny studentów w zakresie umiejętności przekazywania niepomysłnych informacji. Trzeci rozdział tej części wychodzi nieco poza ramy nauczania komunikacji jako osobnego przedmiotu – wskazuje na potrzebę analizy relacji między nauczycielami akademickimi a studentami na uczelniach medycznych, w których relacja i komunikacja odgrywają istotną rolę, będąc także elementem ukrytego curriculum. Część drugą zamyka rozdział dotyczący wyzwań nauczania zdalnego w czasie pandemii.

W ostatnich latach w Polsce zauważalny jest dynamiczny rozwój zainteresowania przedstawicieli różnych dyscyplin zagadnieniami z zakresu komunikacji medycznej. Tendencja ta znajduje odzwierciedlenie w trzeciej części monografii. Zebrane w niej prace pokazują bijące w dziedzinach humanistycznych źródła inspiracji dla rozwoju komunikacji medycznej. Pierwszy rozdział tej części dotyczy sfery doskonalenia zawodowego i dbałości personelu medycznego o własny dobrostan. Dalsze teksty poświęcone są

kwestiom językowym (innym znaczeniom słów w języku ogólnym i w języku medycznym) oraz publikacjom (książkom dla dzieci, choć nie tylko), których znajomość może być pomocna w rozmowach personelu medycznego z pacjentami.

Ostatnia część książki w największym stopniu wykracza w przyszłość. Składające się na nią rozdziały poruszają zagadnienia związane z wpływem nowych technologii (w tym internetu i sztucznej inteligencji) na procesy komunikowania się personelu oraz całych instytucji medycznych z pacjentami. Część tę otwiera tekst dotyczący badań z zakresu interakcji między ludźmi i robotami. Dwa kolejne rozdziały pokazują, jak internet staje się przestrzenią edukacji zdrowotnej oraz budowania (a niekiedy naruszania) relacji z pacjentami. Ostatni tekst, poświęcony autonarracjom o porodzie, dowodzi, że w proces komunikowania medycznego warto włączać źródła opisujące perspektywę pacjenta, która jest jednym z pojęć kluczowych dla komunikacji medycznej.

* * *

Serdecznie dziękujemy Profesorowi Tomaszowi Pasierskiemu za wieloletnie wsparcie i inspiracje związane z bioetyką i komunikacją medyczną. Wyrazy wdzięczności i uznania składamy wszystkim osobom, których praca i zaangażowanie pozwoliły nam przygotować tę książkę. Jesteśmy szczególnie wdzięczne Autorkom i Autorom za to, że Ich naukowa pasja, chęć poszukiwania nowych obszarów badawczych oraz gotowość do dzielenia się swoją wiedzą rozwijają komunikację medyczną w Polsce.

Antonina Doroszevska, Marta Chojnacka-Kuraś, Aldona K. Jankowska

Marta Chojnacka-Kuraś

ORCID 0000-0001-8222-497X

Uniwersytet Warszawski

Antonina Doroszevska

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, pielęgniarzami, 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 niepomysłnych 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).

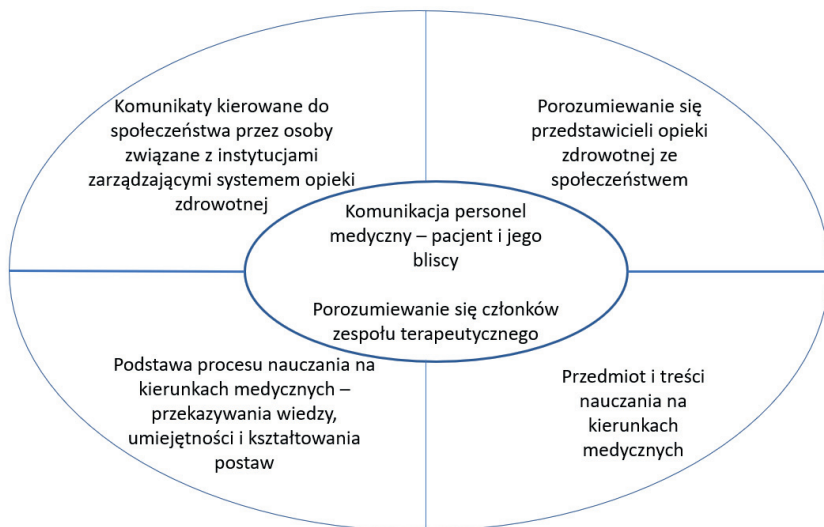
W pierwszej z wymienionych relacji społeczeństwo jako ogół odbiorców to potencjalni pacjenci, a działania nadawców komunikatów mieszczą się głównie w ramach edukacji i profilaktyki (chodzi tu m.in. o działalność lekarzy w mediach społecznościowych i ogólnie o sytuacje, w których poza gabinetem propagują 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-peryferyjną 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*

Rysunek 1. Centrowo-peryferyjna struktura komunikacji medycznej

Źródło: opracowanie własne.

i wyznacza pewien zakres tego, co czyni się wspólnym (Korpany 2001–2003). Komunikację medyczną można zatem widzieć jako proces tworzenia wspólnoty (osób zaangażowanych) w związku ze zdrowiem, zwłaszcza w obliczu choroby, zagrożenia zdrowia i życia.

Specyfika komunikacji medycznej powinna być postrzegana z różnych perspektyw: jako zjawisko, obszar badawczy i dydaktyczny (przedmiot nauczania). To zaś wymaga przekroczenia granic jednej dziedziny wiedzy i sięgnięcia po zasoby (narzędzia, teorie, doświadczenia) innych dziedzin, a nawet szczegółowych dyscyplin naukowych. Komunikacja medyczna sytuuje się na styku kilku dyscyplin badawczych. Jest interdyscyplinarna, a może nawet także transdyscyplinarna (Max-Neef 2005). Badania naukowe (i praktyka dydaktyczna) dotyczące komunikacji medycznej wymagają strategii przekraczającej podziały dyscyplinarne. Celem tego wyjścia poza jedną dziedzinę wiedzy jest wypracowanie holistycznego podejścia do pacjenta, aby wspierać medycynę w skutecznym leczeniu, profilaktyce i opiece nad chorym. Podobnie jak inne obszary praktyki medycznej, także dobra komunikacja wymaga od profesjonalisty z jednej strony wykraczania poza wiedzę szczegółową dotyczącą określonego przypadku klinicznego, a z drugiej – ciekawości, autentycznego zainteresowania pacjentem, także

jako jednostką aktywną w życiu osobistym, zawodowym, czasem też publicznym, przeżywającą określone emocje i mającą określone potrzeby.

Liczba dyscyplin przenikających się w omawianym obszarze badawczym jest bardzo duża. Elementy treści i struktury komunikacji medycznej oparte są na wiedzy pochodzącej z nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Dotyczy to szczególnie wywiadu lekarskiego, który jest podstawowym narzędziem pracy lekarza i którego skuteczność diagnostyczna została bardzo dobrze zbadana i była opisywana przez stulecia w piśmiennictwie medycznym (Beckman, Frankel 1984; Ravishankar 2012). Według autorów przeglądów literatury przedmiotu kierunki rozwoju komunikacji medycznej od wielu lat wyznacza potrzeba udowodnienia, że nauczanie klinicystów komunikacji przynosi pacjentom rzeczywiste korzyści (Moore i in. 2013; Salmon, Young 2017). Szkolenie komunikacyjne może zmienić sposób porozumiewania się klinicystów z pacjentami, np. poprzez zwiększenie liczby pytań otwartych czy wypowiedzi sygnalizujących postawę empatyczną. Jednak wpływ takiego przygotowania na zdrowie i samopoczucie pacjentów, a zwłaszcza na wyniki kliniczne, bywa trudny do zmierzenia. Do rozwoju komunikacji medycznej niezbędne są zatem badania (oparte m.in. na strategiach stosowanych w medycynie) przynoszące weryfikowalne dowody empiryczne, które pozwoliłyby wykazać, że tego rodzaju kompetencje bezpośrednio pomagają pacjentom w odzyskaniu, zachowaniu czy maksymalizacji zdrowia rozumianego jako stan całkowicie dobrego samopoczucia (dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego).

Nieodłącznymi elementami komunikacji medycznej są wiedza i metodologia badawcza czerpane z nauk społecznych i humanistycznych. Nie da się nie zauważyć, jak wiele komunikacja medyczna przejmuje z dyscyplin takich jak: socjologia, psychologia i pedagogika, nauki o komunikacji społecznej, nauki prawne, językoznawstwo, filozofia czy nauki o kulturze i religii (Hulsman 2009). Wymienione dyscypliny wzbogacają komunikację medyczną o wiedzę dotyczącą człowieka jako osoby, podmiotu (z całym bogactwem jego sfery mentalnej: emocjami, motywacjami, przekonaniami, potrzebami, wyobrażeniami zakorzenionymi w języku i w sposobie myślenia), a także jako części społeczeństwa, w którym funkcjonuje. Z nauk społecznych komunikacja medyczna czerpie wiedzę o interakcjach między jednostkami i grupami, o postawach wobec zdrowia, kompetencjach zdrowotnych obserwowanych wśród członków danej grupy społecznej, a nawet szerzej – społeczeństwa (Doroszevska 2014; Greenhalgh, Stones, Swinglehurst 2014).

W komunikacji medycznej dotyka się podstawowych humanistycznych wymiarów medycyny (tych, które czynią ją sztuką), aby dzięki ich zrozumieniu wspomagać proces leczenia, działać dla dobra drugiego człowieka. W ostatnim czasie coraz wyraźniej dostrzegane są humanistyczne i artystyczne źródła inspiracji (m.in. wpływ obcowania z utworami literackimi i dziełami sztuki na podejście do pacjenta). Wynika to z przekonania, że bez wrażliwości na drugiego człowieka (jego zachowania, słowa, mimikę czy gesty) niemożliwa jest prawdziwa i skuteczna relacja z pacjentem, która pozwalałaby reagować na różnorodne sytuacje (konteksty kliniczne i psychospołeczne). Takie samo zachowanie lekarza w relacji z różnymi pacjentami, na różnych etapach leczenia czy w różnych momentach ich życia może inaczej wpływać na chorych, w zależności od tego, jak dany człowiek to zachowanie odbiera. Gotowość profesjonalisty do rozpoznania tego odbioru (reakcji pacjenta) i umiejętność stworzenia właściwej płaszczyzny porozumienia z nim wymaga wrażliwości podobnej do tej, która jest istotą tworzenia sztuki i obcowania z nią.

Takie podejście do wykonywanej pracy powinno być kształtowane i wspierane w toku studiów. W odniesieniu do dydaktyki należy zaznaczyć jeszcze jedną ważną kwestię. Promowanie standaryzacji i podkreślanie wyłącznie umiejętności w zakresie komunikacji medycznej (sprowadzanych do katalogu technik) może spowodować, że osoby sprawujące opiekę medyczną zamiast na pacjencie będą się skupiały na swoim własnym zachowaniu. To może zmniejszyć ich wrażliwość na indywidualność pacjentów. A tej wrażliwości nie wolno zgubić, należy ją wydobywać i pielęgnować. Warto w tym kontekście przytoczyć słowa Piotra Zaborowskiego (2019: 96):

Komunikacja medyczna nie może być traktowana w sposób techniczny jako środek do osiągnięcia jakichś celów. To, co osiąga się dzięki poprawnej relacji z pacjentem, pozwala lepiej diagnozować, wybrać najlepszą dla chorego metodę postępowania i wraz z nim i przy jego pomocy uzyskać założony efekt leczniczy. Nie jest to jednak cel sam w sobie. Podzielam pogląd tych, którzy twierdzą, że proces komunikacji medycznej ma charakter moralny, a nie etyczny. I zgadzam się z tym, że jako właśnie taki ma szczególne znaczenie dla zawodu lekarza i innych zawodów medycznych.

Inspiracje wywodzące się ze sztuki mogą być także odpowiedzią na opisywane w literaturze przedmiotu zagrożenia wynikające z przeplatania się w komunikacji medycznej założeń normatywnych (stwierdzeń,

jak powinno być) z teorią naukową (Brown 2008). Korzenie wielu modeli nauczania empatycznej komunikacji są głęboko osadzone w sztuce teatralnej. Jednym z przykładów jest stosowana w dydaktyce technika *facilitated simulation, education and evaluation*, w ramach której aktorzy i lekarze uczą się empatycznej komunikacji przy użyciu nowatorskiej techniki wykorzystującej narzędzia sztuki teatralnej (Eisenberg, Rosenthal, Schlusel 2015).

Innym przykładem zbliżenia medycyny i sztuki jest medycyna narracyjna w ujęciu Rity Charon (2006; Charon i in. 2017). Koncepcja ta w specyficzny sposób łączy medycynę (praktykę kliniczną oraz dydaktykę) i literaturoznawstwo (metody badania narracji, analizy formy i treści utworu). Praktyka medyczna czerpiąca z narracji pacjenta (uwrażliwiona na jego słowa), akcentująca jego podmiotowość i indywidualne doświadczenie choroby, polega na „ważnym obserwowaniu chorego, słuchaniu i interpretowaniu wysyłanych przez niego komunikatów (werbalnych i niewerbalnych) i wyprowadzaniu na tej podstawie wniosków klinicznych, uzupełniających twarde dane fizyczne” (Chojnacka-Kuraś 2019: 9).

Nie bez wpływu na komunikację medyczną – choć w innym charakterze – pozostaje także rozwój nauk inżynieryjno-technicznych, przede wszystkim informatyki i telekomunikacji oraz inżynierii biomedycznej (Balas i in. 1997). To, że powstają nowe kanały komunikacji, a do kontaktu z pacjentami wykorzystywane są nowe narzędzia (np. boty), sprawia, iż praktyka medyczna wspomagana osiągnięciami technologicznymi wymaga dostosowania do nowych realiów komunikacyjnych. Blisko tej dziedziny ulokować można także nowe wyzwania komunikacyjne stojące przed wykonawcami zawodów medycznych i innymi osobami zaangażowanymi w zarządzanie systemem opieki medycznej, które związane są m.in. z powszechnym dostępem do internetu czy z funkcjonowaniem mediów społecznościowych.

Usytuowanie komunikacji medycznej wobec wymienionych w tym rozdziale dziedzin i dyscyplin nauki (jako źródeł teorii, narzędzi oraz inspiracji) przedstawia tabela 1. Jest to ilustracja uproszczona; dokładny opis interdyscyplinarności źródeł i metod komunikacji medycznej wymaga (i powinien się go doczekać) osobnego i pogłębionego opracowania. Dyscyplinarna różnorodność tekstów składających się na niniejszą publikację w jakimś stopniu odzwierciedla zarysowaną przez nas specyfikę komunikacji medycznej.

Tabela 1. Źródła teorii, metod badawczych oraz inspiracji dla komunikacji medycznej

Dziedzina	Dyscyplina	Komunikacja medyczna
Nauki medyczne i nauki o zdrowiu	Nauki medyczne Nauki o zdrowiu	
Nauki społeczne	Nauki socjologiczne	
	Psychologia	
	Pedagogika	
	Nauki o komunikacji społecznej i mediach Nauki prawne	
Nauki humanistyczne	Filozofia (etyka)	
	Językoznawstwo	
	Literaturoznawstwo	
	Nauki o sztuce Nauki o kulturze i religii	
Sztuka	Sztuki filmowe i teatralne	

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Opisana w tym rozdziale definicja komunikacji medycznej, wskazująca na cel i osoby, pomiędzy którymi zachodzi, a także jej wyraźne interdyscyplinarny charakter powinny być, naszym zdaniem, uwzględniane w dalszych działaniach badawczych oraz dydaktycznych. Warto dążyć do tego, aby specyfika komunikacji medycznej była uwzględniana na wszystkich etapach tworzenia projektów badawczych dotyczących tego obszaru, od wyboru metodologii gromadzenia danych po ich analizę. W procesie dydaktycznym z kolei, tak na poziomie przeddyplomowym, jak w ramach kształcenia podyplomowego, przedstawione tu cechy komunikacji medycznej należy mieć na uwadze zarówno przy budowaniu programu nauczania, formułowaniu efektów uczenia i metod ich weryfikacji, jak i przy tworzeniu materiałów do poszczególnych zajęć.

Bibliografia

- Balas E.A., Jaffrey F., Kuperman G.J., Boren S.A., Brown G.D., Pincirolu F., Mitchell J.A. 1997. *Electronic Communication with Patients: Evaluation of Distance Medicine Technology*, "Journal of American Medical Association", 278(2), s. 152–159.
- Barth J., Lannen P. 2011. *Efficacy of Communication Skills Training Courses in Oncology: A Systematic Review and Meta-Analysis*, "Annals of Oncology", 22(5), s. 1030–1040.

- Beckman H.B., Frankel R.M. 1984. *The Effect of Physician Behavior on the Collection of Data*, "Annals of Internal Medicine", 101(5), s. 693–696.
- Benbassat J. 2014. *Role Modeling in Medical Education: The Importance of a Reflective Imitation*, "Academic Medicine", 89(4), s. 550–554.
- Borowczyk M., Chojnacka-Kuraś M., Doroszevska A., Jankowska A.K., Kowalski Z., Libura M., Małecki Ł., Stalmach-Przygoda A. 2021. *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej dotyczące kształcenia kompetencji komunikacyjnych na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym*, <https://komunikacjamedyczna.pl/wp-content/uploads/2021/03/ConsensusPTKM2.pdf> (dostęp: 18.10.2022).
- Brown J. 2008. *How Clinical Communication Has Become a Core Part of Medical Education in the UK*, "Medical Education", 43(3), s. 271–278.
- Charon R. 2006. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford University Press, Oxford.
- Charon R., DasGupta S., Hermann N., Irvine C., Marcus E.R., Rivera Colón E., Spencer D., Spiegel M. 2017. *The Principles and Practice of Narrative Medicine*, Oxford University Press, New York.
- Chojnacka-Kuraś M. 2019. *Komunikacja medyczna w literaturze przedmiotu. Problemy terminologiczne i definicyjne z perspektywy językoznawczej*, [w:] *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*, red. M. Kulus, A. Doroszevska, M. Chojnacka-Kuraś, Polska Akademia Nauk, Warszawa, s. 23–39.
- Chojnacka-Kuraś M. red. 2019. *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Deveugele M., Derese A., De Maesschalck S., Willems S., Van Driel M., De Maeseneer J. 2005. *Teaching Communication Skills to Medical Students, a Challenge in the Curriculum?*, "Patient Education and Counseling", 58(3), s. 265–270.
- Doroszevska A. 2014. *Socjologiczne aspekty komunikacji z pacjentem*, [w:] *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, red. J. Doroszevski, M. Kulus, A. Markowski, Wolters Kluwer, Warszawa, s. 64–84.
- Doroszevski J. 2006. *Przegląd zagadnień związanych z komunikacją lekarz – pacjent*, [w:] *Komunikacja lekarz – pacjent w diagnostyce i leczeniu nowotworów*, red. J. Doroszevski, A. Markowski, J. Meder, Rada Języka Polskiego przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, Warszawa, s. 9–17.
- Doroszevski J. 2007. *Komunikacja pacjenta z lekarzem – literatura, stanowiska, problemy*, [w:] *Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem*, red. A. Markowski, J. Majkowski, J. Meder, J. Doroszevski, Polska Akademia Nauk, Warszawa, s. 41–61.
- Doroszevski J., Kulus M., Markowski A. red. 2014. *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Eisenberg A., Rosenthal S., Schluskel Y.R. 2015. *Medicine as a Performing Art: What We Can Learn about Empathic Communication from Theater Arts*, "Academic Medicine", 90(3), s. 272–276.

- Greenhalgh T., Stones R., Swinglehurst D. 2014. *Choose and Book: A Sociological Analysis of 'Resistance' to an Expert System*, "Social Science & Medicine", 104, s. 210–219.
- Hulsman R. 2009. *Shifting Goals in Medical Communication: Determinants of Goal Detection and Response Formation*, "Patient Education and Counseling", 74(3), s. 302–308.
- Jankowska A.K., Pasierski T. 2014. *Medical Communication: A Core Medical Competence*, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, 124(7–8), s. 350–351.
- Jarosz M., Kawczyńska-Butrym Z., Włoszczak-Szubbda A. 2012. *Modele komunikacyjne relacji lekarz – pacjent – rodzina*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 18(3), s. 212–218.
- Korpanty J. red. 2001–2003. *Słownik łacińsko-polski*, t. 1–2, Wydawnictwa Szkolne PWN, Warszawa.
- Lerner E.B., Jehle D.V.K., Janicke D.M., Moscati R.M. 2000. *Medical Communication: Do Our Patients Understand?*, "The American Journal of Emergency Medicine", 18(7), s. 764–766.
- Max-Neef M.A. 2005. *Foundations of Transdisciplinarity*, "Ecological Economics", 53(1), s. 5–16.
- Mastalerz-Migas A., Jankowska A.K., Barański J. 2021. *Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej*, Edra Urban & Partner, Wrocław.
- Moore P.M., Mercado S.R., Artigues M.G., Lawrie T.A. 2013. *Communication Skills Training for Healthcare Professionals Working with People Who Have Cancer*, "Cochrane Database of Systematic Reviews", 3, CD003751.
- Nowina Konopka M. 2016. *Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka*, Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Nowina Konopka M., Faleszko W., Małecki Ł. 2018. *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, Medycyna Praktyczna, Kraków.
- Ostrowska A. red. 2017. *Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*, Fundacja Polska Liga Walki z Rakiem, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa.
- Ravishankar K. 2012. *The Art of History-Taking in a Headache Patient*, "Annals of Indian Academy of Neurology", 15(Suppl 1), s. S7–S14.
- Salmon P., Young B. 2017. *A New Paradigm for Clinical Communication: Critical Review of Literature in Cancer Care*, "Medical Education", 51(3), s. 258–268.
- Zaborowski P. 2019. *Komunikacja... i co dalej?*, [w:] *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*, red. M. Kulus, A. Doroszevska, M. Chojnacka-Kuraś, Polska Akademia Nauk, Warszawa, s. 89–97.

ABSTRACT**The structure of medical communication**

The aim of the chapter is to present (on the basis of literature and practice) the defining determinants of medical communication (its main purpose, participants, thematic scope and communication channels), as well as to outline its interdisciplinary nature, i.e. to indicate the scientific disciplines from which medical communication draws theories, research methods and inspirations (especially those that allow to maintain and develop an open approach to patients and the sensitivity of doctors to their needs). The approach to medical communication included in the works of Jan Doroszewski was recalled and it was clarified which relations of the participants of the act of communication fall within the narrow scope of medical communication (central relations: medical personnel – patient and his/her relatives; therapeutic team), and which within the broad approach (e.g. communication between doctors and the public and medical didactics, with particular emphasis on teaching communication).

KEY WORDS: medical communication, interdisciplinarity, medical curricula, communication skills training

ABSTRAKT**Struktura komunikacji medycznej**

Celem rozdziału jest odtworzenie (na podstawie literatury przedmiotu oraz praktyki) wyznaczników definicyjnych komunikacji medycznej (jej celu, uczestników, zakresu tematycznego i kanałów komunikacji), a także opis jej interdyscyplinarnego charakteru, tj. wskazanie dziedzin i dyscyplin naukowych, z których komunikacja medyczna czerpie teorie, metody badawcze i inspiracje (zwłaszcza te, które pozwalają podtrzymywać i rozwijać otwarte podejście do pacjentów oraz wrażliwość medyków na ich potrzeby). Przywołano ujęcie komunikacji medycznej zawarte w pracach Jana Doroszewskiego i doprecyzowano, jakie relacje uczestników aktu komunikacji mieszczą się w wąskim zakresie komunikacji medycznej (relacje centralne: personel medyczny – pacjent i jego bliscy; zespół terapeutyczny), a jakie – w jej szerokim ujęciu (tu włączono m.in. komunikowanie się lekarzy ze społeczeństwem oraz dydaktykę medyczną, ze szczególnym uwzględnieniem nauczania komunikacji).

SŁOWA KLUCZOWE: komunikacja medyczna, interdyscyplinarność, curricula kierunków medycznych, kształcenie kompetencji komunikacyjnych

WYZWANIA ZWIĄZANE
Z KOMUNIKACJĄ MEDYCZNĄ
W PRAKTYCE KLINICZNEJ

Źródła nieporozumień. O żądaniu „informacji nadmiernej” przez ofiary znachorstwa, o fałszywych przekonaniach i dywersji przeciwników szczepień

Pochodzenie i treść koncepcji informacji nadmiernej

Pojęcie informacji nadmiernej pojawiło się najpierw w odniesieniu do informacji kierowanej do pacjenta przez lekarza. W pierwszej chwili sformułowanie to sprawia wrażenie nacechowanego paternalizmem, zwłaszcza w zestawieniu z szerokim zakresem informacji medycznej należnej pacjentowi na mocy ustaw. Stanowią one, że pacjentowi przysługuje pełen zasób informacji na temat jego stanu zdrowia, rozpoznania klinicznego, wyników badań oraz możliwości terapeutycznych, w tym informacji o skutkach niepoddania się terapii. Zatem informacja dotycząca planowanego leczenia i aktualnej wiedzy medycznej oraz znanych specjalnych potrzeb pacjenta uznawana jest za obowiązkową. Stosownie do wyróżnianych w bioetyce modeli informowania – począwszy od paternalistycznego modelu „racjonalnego lekarza” przez zrównoważony model „racjonalnego pacjenta” aż po elementy modelu subiektywistycznego nastawionego na indywidualne potrzeby konkretnej osoby¹ – informacyjnym punktem wyjścia powinna być pewna przeciętna. Jest to rodzaj średniej klinicznej, uzupełnionej stosownie do rozpoznanych bądź zgłoszonych szczególnych interesów zdrowotnych związanych z płcią, wiekiem, ewentualnymi planami reprodukcyjnymi czy wykonywanym zawodem. W tak szeroko zakreślonym

¹ Typologia modeli informowania pacjenta weszła do polskiej doktryny dzięki opracowaniom amerykańskich bioetyków: Toma L. Beauchampa i Jamesa F. Childressa (1996). Zob. pierwsze omówienie tej pracy: Boratyńska, Konieczniak 2001.

obszarze trudno jest znaleźć dane, które dałoby się określić jako nadmierne – chyba żeby za takie uznać informacje nie na temat: wykraczające poza rozważane leczenie, niezwiązane z nim uwagi na temat trybu życia pacjenta, w tym sposobu prowadzenia się, albo takie, które pacjent odrzuca, deklarując zrzeczenie się informacji.

Wiadomo przy tym, że godnemu ochronie interesowi informacyjnemu pacjenta trzeba postawić jakieś granice, przede wszystkim funkcjonalne, żeby nie zdezorientować go natłokiem danych ani samemu nie zabrnąć w niekończący się wykład o szczegółach. Z teoretycznego punktu widzenia trafne jest tutaj lapidarne ujęcie zawarte w jednym z wyroków Sądu Najwyższego:

Informacja udzielona przez lekarza przed zabiegiem powinna zawierać takie dane, które **pozwolą pacjentowi podjąć decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego może się spodziewać**. Lekarz powinien zatem poinformować pacjenta o rodzaju i celu zabiegu oraz o wszystkich jego następstwach, które są **zwykle skutkiem zabiegu**, to jest **pożądanych** – ze względu na jego cel – skutkach zabiegu, jak i o innych jego skutkach (tzw. skutkach ubocznych). Informacja powinna w szczególności obejmować te **dające się przewidzieć możliwe następstwa zabiegu**, zwłaszcza jeżeli są to następstwa polegające na **znacznym i istotnym uszczerbku zdrowia**, które – jako skutek uboczny – **wprawdzie występują rzadko lub bardzo rzadko, ale nie można ich wykluczyć, i powinna określać stopień prawdopodobieństwa ich wystąpienia**. W tym wypadku nie można jednakże wymagać, by informacja wymieniała wszystkie możliwe objawy następstw zabiegu i zawierała ich opis. Wystarczające jest ogólne określenie rodzaju możliwych następstw zabiegu oraz wskazanie, czy zagrażają życiu pacjenta, ewentualnie, jaki mogą mieć wpływ (doniosłość) na prawidłowe funkcjonowanie organizmu².

W innym ze swoich orzeczeń Sąd Najwyższy zasugerował usprawiedliwienie paternalistycznych ograniczeń informacyjnych silnymi wskazaniami medycznymi do zabiegu ratującego życie:

W sytuacji, w której zachodzi bezwzględna konieczność operacji, lekarz powinien wyjaśnić pacjentowi jedynie cel i rodzaj zabiegu oraz jego zwykłe następstwa. [...] Lekarz nie powinien zapoznawać pacjenta z powikłaniami rzadko się zdarzającymi, bowiem groziłoby to **nadmierną informacją** o ryzykach

² Wyrok SN z dnia 28 września 1999 r., II CKN 511/96, wyróżn. MB.

wyjątkowych powiązanych ze skutkami dramatycznymi, ze szkodą dla informacji o skutkach bardziej banalnych, lecz znacznie częstszych. Mogłoby to prowadzić do braku należytej oceny ryzyka i **nieuzasadnionej odmowy** poddania się zabiegowi medycznemu³.

Jest to argumentacja o tyle chybiona, że pełna informacja należy się pacjentowi niezależnie od rodzaju zabiegu, z praktyczną tylko poprawką na tryb nagłący, gdy brakuje czasu, by wyjaśniać szczegóły, bo zachodzi kolizja między pełnym obowiązkiem informacyjnym a bezpośrednim zagrożeniem życia pacjenta. Od lekarza nie można domagać się tylko tego, by uprzedzał pacjenta o wszelkich mogących wystąpić komplikacjach, zwłaszcza takich, które zdarzają się niezmiernie rzadko, mających charakter incydentalny⁴. Podanie takiej wiedzy w sposób nieuporządkowany może bowiem prowadzić do dezorientacji czy wzbudzenia przesadnych obaw i tylko w tym kontekście wolno mówić o „nieuzasadnionej odmowie” zgody.

W rezultacie za informację nadmierną z punktu widzenia pacjenta wolno w ślad za doktryną (Hajdukiewicz 2014; Boratyńska 2019a) uznać tylko taką, która jest: pacjentowi niepotrzebna, niechciana, wpierana mu wbrew woli (chyba że niezbędną do prawidłowego leczenia), nieprzetwarzalna, bo stanowiąca nadmierne obciążenie, niezwiązana z rozważanym leczeniem (np. prawienie morałów) bądź deklarowana albo odbierana jako nie do zniesienia.

Niniejszy artykuł stawia sobie zadanie zdefiniowania obszarów nadmierności informacyjnej od strony żądań pacjenta, ustalenia praw i powinności w ramach relacji między lekarzem a pacjentem oraz zaproponowania adekwatnych sposobów reagowania na żądania przekraczające granice.

Zdarzają się bowiem pacjenci dociekliwi – chociaż to w żadnym razie nie oznacza, że uciążliwi i roszczeniowi. Takich mogą ciekawić szczegóły techniki zabiegowej – np. czy appendektomia zostanie wykonana z koagulacją kikuta albo czy cesarskie cięcie przebiegnie wzdłuż czy w poprzek brzucha. Mogą też dopytywać o różnice między poszczególnymi metodami zabiegowymi, zwłaszcza gdy istnieje między nimi realny wybór. Inni chcą od razu wiedzieć, czy i kiedy będą mogli wrócić do ulubionych zajęć (np. akrobatyki szybowcowej) albo czy pozbędą się dokuczliwej chrypki utrudniające

³ Wyrok SN z dnia 9 listopada 2007 r., V CSK 220/07, wyróżn. MB.

⁴ Zob. m.in. wyrok SN z dnia 8 lipca 2010 r., II CSK 117/10.

głośne czytanie dzieciom. Zasadniczo taka ciekawość związana z planowanym bądź już zastosowanym leczeniem powinna zostać zaspokojona, gdy jest podyktowana potrzebą zdrowotną albo uzasadnionym interesem życiowym – chyba że udzielenie odpowiedzi przekracza możliwości lekarza.

Z punktu widzenia lekarza informacja nadmierna to taka, która wykracza poza zakres planowanej terapii oraz poza jej skutki albo jest niemożliwa do uzyskania. Te dwa obszary informacyjne nie są zatem objęte obowiązkiem. Wyjaśnienie jest dosyć oczywiste – niemożliwe nie może stanowić powinności, a brak związku funkcjonalnego z ewentualnym leczeniem oznacza, że to nie lekarz (albo nie ten lekarz) jest właściwym adresatem pytań. Przykładowo mogą to być informacje: o szczegółowym składzie wszystkich ordynowanych leków (to pytanie do producenta albo do farmaceuty); od kogo pochodzi przetaczana krew (skoro historia zna przypadek ciężko ранego esesmana, który na pobojuwisku żądał zapewnienia, że nie dostanie domieszki krwi żydowskiej – można sobie wyobrazić, że także współcześnie komuś o radykalnych poglądach wpadnie do głowy coś równie absurdalnego); o używanym do zabiegu instrumencie (np. o producencie troakara – historia autentyczna; matka małoletniej pacjentki przyniosła urządzenie ze sobą⁵); o detalach możliwości technicznych stosowanego sprzętu (to pytanie do konstruktora, a nie do lekarza); o następstwach niemożliwych do ustalenia na gruncie aktualnej wiedzy medycznej; o tzw. medycynie alternatywnej (inaczej mówiąc – o metodach znachorskich), w tym o metodach nieuznawanych bądź niesprawdzonych: homeopatii, akupunkturze, hipertermii, wodolecznictwie, naprotechnologii, niepotwierdzonej naukowo terapii komórkami macierzystymi, porodzie lotosowym itp., słowem – o tym wszystkim, co wykracza poza *evidence-based medicine*. Granice obowiązku informacyjnego lekarza wyznacza bowiem także aktualna wiedza medyczna. Kryterium ograniczającym powinność informacyjną jest ponadto, powtórzmy, wysoki stopień jej szczegółowości i wyspecjalizowania, dostępny tylko wąsko wykwalifikowanym fachowcom. Jeśli jednak są to dane potrzebne pacjentowi ze względu na jakiś szczególnie interes zdrowotny lub życiowy, należy skierować go do odpowiedniej osoby.

Aktualna wiedza medyczna, racjonalny związek z planowanym leczeniem, uzasadniony interes zdrowotny bądź życiowy pacjenta oraz

⁵ Był to marginesowy wątek sprawy z 1995 r. rozpatrywanej przez Okręgowy Sąd Lekarski w Warszawie (zob. Boratyńska 2019b: 94, przyp. 28).

praktyczna dostępność wiedzy dla lekarza określonej specjalności stanowi zatem funkcjonalne granice powinności informacyjnych wobec nawet najbardziej dociekliwych pacjentów.

Informacyjnie nadmierne żądania i potrzeby

Żądania informacyjne, które da się określić jako „nadmierne”, mogą stanowić domenę pacjentów należących do grup bardziej specyficznych. Zaprezentowana tu ich identyfikacja nie będzie wyczerpująca, ponieważ wymagałaby przeprowadzenia pogłębionych analiz na podstawie badań ankietowych. Na dobry początek takich rozważań można jednak wskazać trzy grupy: 1) trafiające do lekarza ofiary znachorów, 2) osoby doświadczające zniekształceń informacyjnych oraz 3) przeciwnicy szczepień⁶. Podział nie jest ostry, charakterystyki wydzielonych grup mogą się na siebie nakładać, ponieważ jedno często wiąże się z drugim i trzecim – niemniej kryterium stanowi cecha dominująca.

Pokłosie szarlatanerii

Wolno założyć, że pacjenci poszkodowani albo rozczarowani tzw. medycyną alternatywną niezbyt chętnie powracają do medycyny opartej na dowodach naukowych. Częściej zaznacza się niestety ruch w przeciwnym kierunku (czyli od medycyny w stronę znachorstwa). Jednakże w sieci szarlatanów wpadają także ofiary przypadkowe – jak choćby osoby, które dały się nakłonić do skorzystania z diagnostyki podejrzanego autoramentu i pozwoliły wmówić sobie nieistniejące dolegliwości (jak borelioza przewlekła czy przewlekła kandydoza) albo zaordynować niesprawdzone specyfiki (np. srebro koloidalne albo helatację doustną). Nie sposób więc przewidzieć, o jakie kwestie osoby te mogą zapytać lekarzy, ponieważ zadawane pytania są pochodną niedoręczności i kłamstw, jakich im wcześniej naopowiadano. Dla nich jednak jest to informacja istotna z punktu widzenia potrzeby leczenia i dlatego nie można sobie pozwolić na lekceważenie ani

⁶ Czwartą, wysoce specyficzną grupę, stanowić będą zapewne pacjenci dotknięci zaburzeniami psychicznymi z zespołami urojeniowymi. Szczególny status tych osób – gdy przymiot pacjenta psychiatrycznego łączy się z prawdziwymi bądź urojonymi dolegliwościami somatycznymi – wymagać będzie jednak, jak wolno sądzić, również szczególnego podejścia uwzględniającego przede wszystkim rodzaj zaburzeń psychicznych i ich wpływ na kompetencję materialną (faktyczną).

pobłażliwość nacechowaną wyższością, gdy usłyszysz się np. pytanie, jak działa hipertermia i czy to im pomoże albo jak najlepiej leczyć boreliozę przewlekłą. Inny pacjent z tej grupy zapyta, co doktor może powiedzieć na temat skuteczności pewnej indiańskiej mieszanki ziołowej w leczeniu raka piersi. Zamiast *in vitro* albo innej metody wspomaganego rozrodu niepełna para może też domagać się naprotechnologii i pytać o szczegóły tej „metody leczniczej”. Podstawowa trudność komunikacyjna polega tutaj na przekonaniu o bezcelowości i bezskuteczności stosowania tego rodzaju metod ze względu na ich nieadekwatność do stanu klinicznego. Pacjent jest bowiem albo zupełnie zdrowy, albo wymaga przeprowadzenia podstawowej diagnostyki w celu zidentyfikowania rzeczywistego problemu klinicznego i ustalenia adekwatnych propozycji terapeutycznych. Należy zatem przejść do porządku dziennego nad zgłaszanymi absurdami, zebrać zwykły albo pogłębiony wywiad medyczny (w tym m.in. ustalić, jakie niesprawdzone substancje pacjent zdążył sobie zaaplikować), w miarę możliwości postawić właściwą diagnozę, a następnie w tonie cierpliwego opiekuna wytłumaczyć mechanizm i przyczynę znachorskich przekłamań. W takich okolicznościach powinności informacyjne podlegają oczywistemu rozszerzeniu o wszystkie wiadomości, które posłużą wyrwaniu pacjenta z marazmu, a odpowiednie sformułowanie przekazu jest wyzwaniem dla cierpliwości i łagodności lekarza, bo wymaga zbliżenia się do poziomu mentalnego rozmówcy.

Dodatkowy problem, na jaki można natrafić, stanowi wywołana u pacjenta hipochondria i przewrażliwienie na punkcie własnego zdrowia. Motyw ten pojawił się w tle orzeczenia Okręgowego Sądu Lekarskiego w Warszawie z 2003 r.⁷ w sprawie znanej jako „sprawa Oberona”. Nazwę tę nosił „aparat diagnostyczny do biorezonansu magnetycznego”. Pacjent G.P., występujący w sprawie jako pokrzywdzony, zdecydował się na badanie (koszt 150 zł) za namową znajomej osoby, ponieważ cierpiał na częste infekcje dróg oddechowych. Badanie polegało na tym, że pielęgniarka „podłączyła pokrzywdzonego do urządzenia elektronicznego” w ten sposób, iż nałożyła mu na głowę opaskę, a w dłoniach miał trzymać metalowe pręciki. Następnie polecono mu patrzeć w wyznaczony punkt, gdzie znajdowało się migające światło. Na tej podstawie pewien doktor nauk medycznych⁸ zdiagnozował u niego m.in. astmę oskrzelową,

⁷ Sygn. OSL-41/03 (zob. Boratyńska, Konieczniak 2007).

⁸ Był to dyplomowany lekarz, inaczej sprawy nie mógłby rozpoznawać sąd lekarski. W dodatku rzeczywiście legitymował się doktoratem.

cukrzycę utajoną oraz toczeń układowy. Wykonujący badanie doktor przepisał G.P. drogie środki farmaceutyczne, które ten zdecydował się kupić: Ursul, Detox, Ecomer i Mistik. Jak ustalił sąd, produkty lecznicze o podanych wyżej nazwach nie istnieją; pod tymi nazwami są natomiast sprzedawane parafarmaceutyki. Pacjent zaczął podejrzewać, że preparaty te nie są w Polsce dopuszczone do obrotu. Inne badania diagnostyczne, tym razem lekarskie, którym poddał się G.P., nie potwierdziły diagnozy postawionej przy użyciu opisanego wcześniej urządzenia. Pokrzywdzony stwierdził, że – poza kosztownymi, niepotrzebnymi badaniami – przeszedł „potworny wstrząs psychiczny i miesięczny stres”, gdy dowiedział się, że cierpi na przewlekłą, nieuleczalną chorobę w postaci toczenia układowego. Zznał, że był „przerażony” diagnozą, ale zachował tyle przytomności, by następnego dnia udać się do swojej stałej lekarki. Ta zeznała, że zgłosiwszy się do niej, G.P. przedstawił wyniki badania aparatem Oberon i był bardzo zdenerwowany. W następnych dniach poddał się badaniom, które mu zleciła. Istnienie żadnej z chorób nie potwierdziło się. Pokrzywdzony zeznał jednak, że od tego czasu stał się hipochondrykiem i stale chodzi do lekarza, gdy tylko odczuje nawet niewielką dolegliwość. Można więc sobie wyobrazić, że pacjent ten prezentuje podwyższoną dociekliwość w sprawie swojego zdrowia i nalega na częstsze niż zwykle wykonywanie badań, by upewnić się, że zagrożenia nie ma. Jego stała lekarka jest zapewne z tego powodu adresatką niezliczonych pytań i próśb o ponawianie badań częściej, niż to wskazane, a jeśli czyni tym prośbom zadość, to głównie dla uspokojenia rozstrojonych nerwów pacjenta.

Prostowanie fałszywych przekonań

Pacjent G.P. szczęśliwie okazał się na tyle racjonalny, że otrzymane wyniki „badania” postanowił zweryfikować u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i nie kwestionował diagnostyki tam zleconej.

Możemy mieć też jednak do czynienia z fałszywym przeświadczeniem, którego skorygowanie będzie wymagać wzmożonej staranności informacyjnej w celu pokonania przeszkody poznawczej po stronie pacjenta. Dopóki to się nie uda, jego decyzje w sprawie leczenia będą dotknięte wadą. Naleganiu na leczenie zbędne albo nieadekwatne wolno oczywiście odmówić jako nieuzasadnionemu wskazaniem medycznym. Gorzej jednak, gdy pacjent wiedziony fałszywą wiedzą odmawia zgody na potrzebne leczenie i odrzuca racjonalne argumenty. Nie ma wówczas podstaw prawnych

do uznania go za niekompetentnego materialnie i potraktowania na równi z osobą o zerwanym kontakcie logicznym. Jednocześnie widać wyraźnie, że przeszkoda poznawcza negatywnie rzutuje na podejmowane decyzje. Mimo to, nawet gdy od nieudzielenia zgody na leczenie zależy będzie życie, nie wolno stosować żadnych środków przymusu. Pozostaje przekonanie i informowanie aż do zamierzonego skutku w postaci wyzbycia się przez pacjenta fałszywych przekonań. Jakkolwiek źle może to brzmieć, w takich okolicznościach aktualizuje się powinność lekarskiego „natręctwa informacyjnego” jako przeciwwaga dla ignorancji po stronie pacjenta. Jeśli pacjent będący w takim stanie domaga się informacji nietypowych czy nadmiernych w jakiejkolwiek z wymienionych tutaj konotacji tego pojęcia, należy wyjątkowo uznać słuszność zadośćuczynienia temu zapotrzebowaniu, o ile pomoże ono w zniwelowaniu błędów poznawczych i skłonieniu w ten sposób do podjęcia decyzji słusznej z punktu widzenia „prawdy medycznej”.

W bioetyce spotyka się pogląd, że gdy autonomiczny pacjent odmawia zapoznania się z faktami, do przyjęcia informacji nie wolno go zmuszać⁹. Rozumowanie jest co do zasady słuszne i znajduje potwierdzenie w obowiązującym prawie oraz w Kodeksie Etyki Lekarskiej, niemniej ocena szczegółowa będzie zależać od rodzaju informacji i celu jej udzielenia¹⁰. Programowe zamknięcie na jakąkolwiek wiedzę należy jednak odróżnić od trwania w rażąco fałszywym przekonaniu – bądź wynikającym

⁹ Chodzi o stanowisko wyrażone przez Marka Sieglera (1977) w opracowaniu *Critical Illness: The Limits of Autonomy* (“The Hastings Center Report”, 7(5), s. 12–15) oraz o odpowiedź Jaya Katza (1984) w pracy *The Silent World of Doctor and Patient* (Johns Hopkins University Press, Baltimore, s. 156–159) (za: Beauchamp, Childress 1996: 173).

¹⁰ Zgodnie z art. 31 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry „Na żądanie pacjenta lekarz **nie ma obowiązku** udzielać pacjentowi informacji” (wyróżn. MB). Brak obowiązku nie jest jednak moim zdaniem równoznaczny z niedopuszczalnością informowania, jeśli określone informacje są niezbędne w procesie leczenia (np. dawkowanie leków, przestrzeganie diety, stawienie się do badania bądź zabiegu na czczo, wcześniejsze zażycie preparatu przeczyszczającego). Podobne stanowisko wyraził Rafał Kubiak (2017: 310), który dokonał przy tym krytycznego rozbioru sporów w nauce prawa co do tego, czy dopuszczalne jest ograniczenie na żądanie pacjenta informacji o zabiegach operacyjnych oraz o podwyższonym ryzyku. Ostatecznie doszedł do wniosku, iż nie ma podstawy prawnej, która wykluczałaby możliwość zrzeczenia się informacji również przy poważnych zabiegach, zwłaszcza że art. 9 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta kształtuje prawo pacjenta do zrzeczenia się informacji bez względu na rodzaj interwencji medycznej.

z niewiedzy, bądź spowodowanym wypieraniem prawdy. Pacjent ma prawo nie chcieć słuchać i w ogóle odrzucić oferowaną informację, nie musi też w żaden sposób uzasadniać swojego sprzeciwu – bo przeważnie chodzi o sprzeciw. Co innego jednak, gdy jego decyzja jest podyktowana fałszywym przeświadczeniem, które stanowi po jego stronie przeszkodę poznawczą. Bariere tę wolno jest pokonywać przy użyciu racjonalnych argumentów, bo pacjentowi wciąż brakuje odpowiednich danych. Jest to chyba jedyna grupa sytuacji, w których należy pozwolić na informowanie i przekonywanie aż do skutku polegającego na wyzbyciu się fałszywego przekonania – dopiero wówczas bowiem można mówić o zrozumieniu (Boratyńska 2012: 134).

To samo dotyczy nawet najbardziej osobliwych pytań zadawanych w błędnym przeświadczeniu – nie mogą one zostać zlekceważone, żeby brak dobrej odpowiedzi nie utrwał błędu poznawczego. W takiej sytuacji w imię zrozumienia stwarzamy jednak miejsce na presję, natarczywość i narzucanie się. Dlatego fałszywe przekonanie i jego wpływ na proces decyzyjny u pacjenta powinny najpierw zostać stwierdzone w sposób jednoznaczny. W przeciwnym razie natręctwo wolno potraktować jako nadużycie. Opędzanie się zaś od dociekań pacjenta trwającego w fałszywym przekonaniu może zostać uznane za niedochowanie należytej staranności informacyjnej. Uwagi te, jak się zdaje, formułowane są trochę na wyrost, bo lekarze na ogół nie ustają w wysiłkach przekonywania pacjentów upierających się przy sprzeciwie na własną szkodę. Na pewnym etapie można jednak wyobrazić sobie zniechęcenie i rezygnację, zwłaszcza gdy pacjent wypytuje wciąż o te same, nieuzasadnione naukowo, kwestie. W przypadku pacjenta samodzielnego prawnie i autonomicznego decyzyjnie brak zgody na leczenie działa tylko na niekorzyść niezgadzanego się. Nieudzielenie informacji nadmiernej czy przesadnej w zwykłych warunkach nie stanowi o uchybieniu informacyjnym, jednak fałszywe mniemanie kwalifikuje się moim zdaniem jako sytuacja kolizyjna. Z jednej strony wymaga poszanowania autonomii decyzyjnej, z drugiej zaś – autonomia ta doznaje wewnętrznego zakłócenia przez błąd poznawczy. Kluczowe znaczenie dla jej odzyskania ma uwolnienie się od błędu, lecz nie istnieje podstawa prawna, by pacjenta w stanie błędu poznawczego uznać za niekompetentnego faktycznie i potraktować na równi z pacjentem nieprzytomnym albo zaburzonym psychicznie. A że jest to kuszące, przekonuje zarówno wyeksplloatowany już kazus z lat 70., jak i doświadczenia bardziej współczesne.

Amerykańscy bioetycy Tom L. Beauchamp i James F. Childress (1996: 174) przywołują opisany w literaturze przykład pacjentki, która wbrew znanym jej wynikom badań nie wierzyła, że ma raka. Trafiła do szpitala ze złamanym biodrem, ale poza tym czuła się dobrze. Po wykonaniu rutynowych badań wykryto u niej raka szyjki macicy we wczesnej fazie (1A), dającej szansę na wyleczenie pod warunkiem wykonania histerektomii. Pacjentka była uboga, niewykształcona (ukończyła trzy klasy) i rasy białej (co okazało się niezwykle istotne). Uważała, że chorzy na raka są mizerni, źle się czują i tracą na wadze, a jej nic nie dolega. Skoro zaś sądziła, że nie może mieć raka, to konsekwentnie odmawiała zgody na operację. Bariera informacyjna wydawała się nie do przebycia: pacjentka została zapoznana z wynikiem badań, poinformowana należycie i zrozumiale, ale uparcie wypierała prawdę. Lekarze uznali to za dowód jej umysłowej niekompetencji, zasugerowani przypuszczalnie niskim statusem społecznym i brakiem wykształcenia. Lekarz prowadzący poważnie brał pod uwagę wszczęcie procedury uchylającej decyzję pacjentki i w tym celu zasięgnął opinii psychiatry i neurologa. Psychiatra uznał kobietę za umysłowo chorą i niekompetentną, skoro „nierozumnie” upierała się przy odmowie operacji. Neurolog nie znalazł jednak żadnych objawów „choroby umysłowej” (sic! – ale to były lata 70.) i opinię psychiatry podważył. Drugim czynnikiem blokującym rozebraną decyzję pacjentki okazało się zaś uprzedzenie rasowe – najważniejszą przeszkodę w zaakceptowaniu diagnozy stanowił fakt, że przekazujący informację lekarz był czarnoskóry. Wystarczyło, by to samo powtórzył lekarz rasy białej (choć dyskusja trwała długo i brała w niej udział również córka pacjentki), a zgoda na operację została udzielona. Kompetencję decyzyjną pacjentki najwyraźniej uznano za odzyskaną, skoro dała się przekonać.

Na gruncie polskiej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wystarczyłoby uznanie pacjentki za niezdolną do świadomego wyrażenia zgody ze względu na diagnozę psychiatryczną albo stan demencji – żeby można było zwrócić się o zezwolenie sądowe w trybie art. 34 ust. 3 ustawy. W ten sposób ów „nierozumny” opór mógłby zostać przełamany. Najświeższy przykład polski w chwili pisania tego tekstu znajduje się na wokandzie. Pacjentka ponad osiemdziesięcioletnia, niedosłyszająca i z demencją trafiła do szpitala w związku z dolegliwościami ginekologicznymi. Zdiagnozowano u niej wypadanie macicy – przypadłość stosunkowo niegroźną, ale uciążliwą i krępującą. Przemieszczona macica uciska na pęcherz i cewkę moczową, co oprócz dyskomfortu w pozycji

siedzącej powoduje stany zapalne układu moczowego (z powodu zalegania moczu). Z kolei występujące krwawienia wymagają zakładania tamponów do wewnątrz pochwy, czego starsza pani ze względu na niedołęstwo nie jest w stanie zrobić sama. Pomaga jej córka, dla której, jak nietrudno się domyślić, jest to dosyć kłopotliwe. W szpitalu zaproponowano zabieg operacyjny zamknięcia pochwy. Pacjentka odmówiła. Zniecierpliwiona córka przekonała lekarzy, by zwrócili się do sądu o zezwolenie zastępcze na wykonanie zabiegu, uzasadniając to niekompetencją faktyczną pacjentki. Sąd powołał biegłą ginekolog, aby ta po zbadaniu pacjentki oceniła jej stan kliniczny oraz stwierdziła, czy rekomendowana operacja jest konieczna dla ochrony zdrowia lub ratowania życia. Na badanie pacjentka zgłosiła się w towarzystwie córki. Córka referowała biegłej lekarce, że matka jest głucha i nic nie kojarzy. Biegła poprosiła starszą panią o rozebranie się od pasa w dół i przyjęcie pozycji do badania ginekologicznego. Córka głośno powtarzała słowa lekarki matce. Ta wykonywała to, o co została poproszona. Lekarka przystąpiła do badania i upewniła się, że stan wypadania macicy nie zagraża życiu, choć niewątpliwie zabieg operacyjny byłby korzystny, celowy i z pewnością znacznie poprawiłby komfort codziennego funkcjonowania. Pacjentka cały czas pozytywnie, ze zrozumieniem i bez oporu wykonywała rekomendowane czynności, o ile córka powtarzała polecenia odpowiednio głośno. Jednocześnie córka cały czas zabierała głos w jej imieniu i zamiast niej. Wyglądało to tak, że pacjentka w milczeniu stosowała się do instrukcji, a w tym czasie córka mówiła do niej, powtarzając słowa lekarki, oraz o niej – do lekarki, twierdząc przy tym, że matka nic nie kojarzy. Na podstawie zachowania pacjentki biegła nabrała przekonania, że ta ma zachowany kontakt logiczny, rozumie, co się do niej mówi, tylko jest nieco wycofana, natomiast córka próbuje ją zdominować. Ginekołozka nie została jednak powołana do zaopiniowania kompetencji faktycznej pacjentki, tylko do ginekologicznej oceny stanu zdrowia. Niemniej przy okazji badania siłą rzeczy przekonała się, że starsza pani, chociaż przygłucha, wie, co się z nią dzieje, bo spokojnie wykonała wszystkie polecenia lekarki, w szczególności w sposób dorozumiany pozwoliła zbadać się ginekologicznie, po uprzednim otrzymaniu informacji, jakie to będzie badanie i czemu ma służyć. Zleconym przez sąd zadaniem biegłej była tylko opinia, czy operacja jest konieczna. Biegła dostrzegła jednak potencjalne nadużycie, bo pacjentka mimo podeszłego wieku ma zachowaną kompetencję faktyczną, więc tej sprawy sądowej powinno w ogóle nie być.

Można tylko snuć domysły, że odmowa zgody na zabieg mający na celu powstrzymanie wypadania macicy jest motywowana sposobem przeprowadzenia zabiegu – operacyjne zamknięcie pochwy mogło zostać uznane za szokujące i nie do przyjęcia. W takich okolicznościach warto zaoferować bardziej rozbudowaną informację, nastawioną na uspokojenie ewentualnych lęków, nawet jeżeli te nie zostały wyrażone *expressis verbis*. Trzeba wtedy bardziej aktywnie czy to prostować przekłamania, czy to wyjaśniać nieporozumienia, schodząc do poziomu poznawczego pacjentki i być przy tym gotowym do odpowiedzi na najdziwniejsze pytania. Zamiast autorytatywnego prychnania i fukania zawsze lepsze jest dobrotliwe perswadowanie – troska i życzliwość z ewentualną domieszką przebiegłości, pozbawioną jednak manipulacji. W takich sytuacjach żadne pytanie nie może zostać uznane za nadmierne informacyjnie, skoro rzetelna odpowiedź zdolna jest przełamać nawet irracjonalne opory.

Żądania informacyjne jako oręż

Dotychczasowe rozważania były prowadzone przy założeniu, iż zniekształceniom poznawczym i informacyjnym u pacjentów towarzyszy dobra wiara w tym sensie, że ich przesadna momentami docieklivość informacyjna wynika ze specyficznego zapotrzebowania, a nie ze złej woli. W przypadku osób deklarujących się jako przeciwnicy szczepień jest jednak inaczej.

W internecie krążą całe poradniki oraz krótsze instruktaże, jak zasiać wśród lekarzy informacyjny zamęt i wykorzystać go jako pretekst do nieudzielenia zgody na szczepienie. Nie chodzi przy tym o nieszczepienie się przez dorosłych, tylko o szczególny sposób pojmowania pieczy rodzicielskiej, u którego podłoża leży przeświadczenie, że dziecko może stanowić instrument forsowania własnych zapatrywań. Sabotowanie przez rodziców szczepień obowiązkowych u dzieci jest zjawiskiem znanym od dawna, wobec którego bezradne pozostają i organy nadzoru sanitarnego, i sądownictwo, bo pomimo istnienia stosownych przepisów prawnych oraz wydawanych na ich podstawie licznych wyroków administracyjnych praktyczne wyegzekwowanie tych obowiązków jest niewykonalne. Problematyka obrosła już też piśmiennictwem prawniczym (zob. m.in. Boratyńska 2012; 2013; 2019a; 2019b; Kubiak 2013; 2015; 2018; Kubiak, Bartosiak, Tymiński 2013; Drozdowska 2014; Karczevska-Kamińska 2018; Bączyk-Rozwadowska 2021: 128, przyp. 596).

Jakiś czas temu przeciwnicy szczepień wypracowali nowy sposób na to, by w punktach szczepień wymuszać na lekarzach legalne, wydawałoby się, odstąpienie od szczepienia potwierdzone odpowiednią adnotacją w dokumentacji medycznej. Wykorzystywany jest do tego celowo siany popłoch informacyjny połączony z interpretacją, że do wykonania u dziecka nawet szczepienia obowiązkowego wymagana jest uświadomiona zgoda rodzica. Sterowana akcja zadawania przesadnie dociekliwych pytań i domagania się informacji, którą w tym kontekście śmiało można określić mianem „nadmiernej”, spotkała się wprawdzie z reakcją w postaci zleconego prawnikom opracowania na potrzeby lekarzy (również dostępnego w sieci) zatytułowanego *Opinia prawna dot. praw i obowiązków lekarza podczas procedury szczepień obowiązkowych*, firmowanego przez podmiot o nazwie Instytut Specjaliści Prawa Ochrony Zdrowia (Kosiorek, Kolankiewicz, Izdebski b.d.). Nie wszyscy lekarze potrafią jednak sprawnie poruszać się w obszarze praktykowania medycyny celowo najeżonym rafami oporu przez osoby działające świadomie i z nastawieniem na dywersję. Dlatego wiadomości zaczerpnięte ze skądinąd wartościowego poradnika stanowią przydatny zasób wiedzy teoretycznej, ale wymagają też wsparcia co do sposobów praktycznego radzenia sobie z – nie bójmy się tego wyrażenia – informacyjnym cwaniactwem, jakie zostało w tym obszarze wypracowane. Na tym tle warta rozważenia jest także – sama w sobie osobiwa z punktu widzenia poszanowania autonomii pacjenta i ochrony jego prawa do pełnej informacji medycznej – kwestia nadużycia przezeń prawa do informacji.

W poradniku została wyjściowo przedstawiona lista szczegółowych pytań, które zadają lekarzom rodzice negatywnie nastawieni do obowiązkowych szczepień swoich dzieci: o skład szczepionki, sposób produkcji i działania danej szczepionki, dopuszczenie danej szczepionki na rynek, wątpliwości co do jej działania lub wywoływania ewentualnych działań niepożądanych, statystyki odczynów poszczepiennych, warunki przechowywania ampulek itp. Z relacji lekarzy wiadomo też, że niektórzy rodzice żądają zapewnienia, iż szczepionka nie została wyprodukowana z komórek płodów po aborcjach, a także pisemnych oświadczeń, że lekarz przyjmuje na siebie odpowiedzialność odszkodowawczą za działania niepożądane zaaplikowanego dziecku specyfiku. Autorzy opinii odnotowują znany z życia fakt społeczny, że w razie nieuzyskania satysfakcjonujących odpowiedzi tacy rodzice oznajmniają, iż wobec niewypełnienia przez lekarza obowiązku informacyjnego, wynikającego z art. 9 ust. 2 ustawy o prawach

pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, odmawiają wyrażenia zgody na przeprowadzenie szczepienia u swojego dziecka.

Jak zatem widać, przesadnie rozbudowane żądania informacyjne służą za pretekst do legalnego w mniemaniu rodziców sprzeciwu. Prawnicy dalej cierpliwie tłumaczą na użytek lekarzy, że w sprawie składu, sposobu produkcji i działania danej szczepionki pytania i wątpliwości powinny być kierowane do producenta. Kwestie dopuszczenia danej szczepionki na rynek, wątpliwości co do jej szkodliwości oraz informacji obejmujących działania niepożądane należą do kompetencji i mieszczą się w zakresie działalności Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz producenta szczepionki. O dobór i zasady dystrybucji szczepionek należy pytać Ministra Zdrowia (jako podmiot będący autorem tzw. Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej, oraz w związku z treścią art. 18 ust. 5 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi), a także podmioty odpowiedzialne za dystrybucję i przechowywanie oraz bezpieczeństwo obrotu szczepionkami. Są nimi: dystrybutor centralny wyznaczony przez ministra właściwego do spraw zdrowia, a także wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne (wg art. 18 ust. 6b ww. ustawy).

W opinii zostało słusznie podkreślone, że żaden przepis prawa nie nakazuje, by to lekarz miał obowiązek posiadania i późniejszego przekazywania wiedzy co do składu, sposobu produkcji i działania czy dopuszczenia do obrotu danej szczepionki. Natomiast kontrola stacji sanitarno-epidemiologicznych w zakresie wymagań jakościowych oraz przechowywania i przekazywania szczepionek należy do zadań Inspekcji Farmaceutycznej (art. 109 pkt 3b ustawy – Prawo farmaceutyczne), a nie lekarza czy placówki, w której przeprowadzane są szczepienia obowiązkowe. Szczegółowe informacje dotyczące produktów leczniczych czy szczepionek, m.in. składu, danych klinicznych obejmujących w przypadku szczepionek specjalne środki ostrożności przy podawaniu pacjentom, wraz ze środkami ostrożności, jakie powinny zostać podjęte przez pacjenta, są zaś obowiązkowo zawarte w charakterystyce produktu leczniczego (art. 11 i nast. ustawy – Prawo farmaceutyczne). Tak obszerny wywód ma za zadanie wytłumaczenie lekarzom, że posiadanie i udzielanie tego rodzaju informacji nie należy do ich obowiązków – wbrew temu, czego domagają się niektórzy rodzice.

Z kolei będący w obiegu instruktaż i szczegółowa lista przesadnie dociekliwych pytań zostały najwyraźniej uprzednio przez kogoś przygotowane i celowo rozpowszechnione, skoro przeciwnicy szczepień posłu-

gują się nimi w sposób powtarzalny. Działania te są wyraźnie obliczone – jak już zostało wspomniane – na wprowadzenie dezorientacji, odвлечение wykonania obowiązku szczepienia i wykorzystanie niekompletnej jakoby informacji jako pretekstu do odmowy.

W tej kwestii powielane jest jeszcze jedno poważne nieporozumienie, a mianowicie rzekoma dopuszczalność odmowy zgody na szczepienie obowiązkowe. Godzi się więc po raz kolejny zaznaczyć, że prawny obowiązek poddania siebie albo podopiecznego określonym czynnościom – jak to ma miejsce w przypadku szczepień objętych kanonem obowiązkowym – nie pozostawia takiego obszaru swobody decyzyjnej. Zostało to potwierdzone w judykaturze licznymi wyrokami sądów administracyjnych, wydawanymi w procedurze (nieudanego zazwyczaj) egzekwowania powinności rodzicielskich w sprawie szczepień obowiązkowych¹¹. Sama kilkakrotnie o tym pisałam i, ścierając się z oponentami, podkreślałam, że uświadomiona zgoda na czynność medyczną jako fundamentalny instrument ochrony prawa pacjenta do poszanowania autonomii nie znajduje zastosowania tam, gdzie w drodze ściśle reglamentowanych wyjątków niektóre czynności medyczne zostały ukształtowane jako obowiązkowe. Dlatego też nie podzielałam optymizmu autorów przywołanej opinii prawnej, iżby w doktrynie prawa panowała co do tego zgoda. Wręcz przeciwnie – mój pogląd, zbieżny z tezą autorów opinii, uważany jest za zbyt radykalny, a dla przeciwwagi formułowane są najrozmaitsze koncepcje pośrednie (zob. Drozdowska 2014: 100; Karczevska-Kamińska 2018: 205; Bączyk-Rozwadowska 2021: 128, przyp. 596), mniej lub bardziej hołdujące „autonomii rodzicielskiej” i dostarczające wody na młyn woluntarystów¹². Tymczasem przyjęcie

¹¹ Wyrok WSA w Warszawie z 31 stycznia 2019 r., VII SA/Wa 1383/18; wyrok WSA w Białymstoku z 16 kwietnia 2013 r., II SA/Bk 18/13; wyrok WSA w Warszawie z 11 kwietnia 2019 r., VII SA/Wa 2247/18; wyrok SN z 8 stycznia 2016 r., V KK 306/15, KZS 11/2016, poz. 45, KZS 2/2017, poz. 63.

¹² Tak zwana autonomia rodzicielska ogranicza się jednak do konstytucyjnie zagwarantowanego prawa **wychowywania** dzieci zgodnie z własnymi przekonaniami. Opieka zdrowotna nie mieści się w konstytucyjnym prawie rodzica do wychowania dzieci zgodnie z własnymi przekonaniami, bo ewentualne zaniechania w zakresie pieczy nad osobą nie mogą być kwalifikowane jako czynności wychowawcze. Wychowanie polega na kształtowaniu pożądanых postaw, ale tylko drogą oddziaływania mentalnego. Czynności wychowawcze mogą polegać na perswazji czy dawaniu dobrego przykładu, a nie na fizycznym oddziaływaniu na organizm, np. przekonywaniu do hartowania organizmu służą pogadanki i rozmowy, a nie przymusowe wystawianie na zimno. Wszelki przymus pozbawiony jest z zasady waloru wychowawczego i może co najwyżej służyć doraźnemu powstrzymaniu,

zapatrywania, jakoby wykonanie obowiązku prawnego wymagało zgody zobowiązanego, jest poza wszystkim nacechowane wewnętrzną sprzecznością.

Podstawowym błędem (prawnym i taktycznym) – co zaznaczone zostało również w przywoływanej opinii prawnej – jest przedkładanie rodzicom do podpisu formularza zgody na szczepienie z kanonu obowiązkowego, w ten bowiem sposób tworzy się fikcję swobody wyboru, a to mnoży nieporozumienia i dostarcza okazji do drożenia się z udzieleniem zgody na czynność obowiązkową. Ponadto w odniesieniu do czynności medycznych o charakterze obowiązkowym dla pacjenta informacja należy się rzecz jasna na zasadach ogólnych, pacjent ma bowiem ustawowe prawo do informacji zdrowotnej. W odniesieniu do szczepienia informacja obejmuje cel zabiegu, jego charakter oraz skutki zdrowotne. Tak więc pacjentowi należy się informacja o skutkach zarówno poddania się szczepieniu, jak i zaniechania szczepienia oraz o możliwych działaniach niepożądanych przyjętego preparatu, o rodzaju szczepionki, sposobie jej podania i liczbie wymaganych dawek, a także – w razie potrzeby – o sankcjach za uchyłanie się od powinności (Kubiak 2015: 5). Ma ona co do zasady charakter samoistny i niezależny od ewentualnej zgody na późniejsze zabiegi, choć jedną z przesłanek uświadomionej zgody na czynność medyczną stanowi uprzednie odpowiednie poinformowanie. Ów konieczny związek, swoista służebność informacji wobec zgody na interwencję medyczną, zachodzi jednak tylko wtedy, gdy poddanie się czynności jest dobrowolne.

Opisane nieporozumienia interpretacyjne bywają świadomie wykorzystywane do sparaliżowania procedur szczepienia, a przekonuje o tym

obronie lub ratunkowi. Tylko wychowanie jest objęte swobodami konstytucyjnymi własnych przekonań, a więc jedynie wywieranie wpływu mentalnego: przekazywanie i zaszczepianie przekonań oraz idei. Nie bez powodu w Konstytucji mowa jest tylko o wychowaniu. W prawie rodzinnym rozróżnia się czynności wychowawcze i opiekuńcze oraz te o charakterze mieszanym. Piecza nad osobą jest przez Kodeks rodzinny i opiekuńczy wymieniona osobno obok wychowania: „Władza rodzicielska obejmuje w szczególności obowiązek i prawo rodziców do wykonywania pieczy nad osobą i majątkiem dziecka oraz do wychowania dziecka, z poszanowaniem jego godności i praw” (art. 95 § 1 k.r.o.). Opieka polega na zaspokajaniu potrzeb. Potrzeby zdrowotne mieszczą się więc w kategorii opiekuńczej, a zaspokaja je m.in. profilaktyka realizowana poprzez szczepienia, adekwatne do wskazań medycznych leczenie oraz niekrzywdzenie fizyczne. Decydowanie o sprawach zdrowotnych dziecka należy do czynności opiekuńczych, a nie wychowawczych, a w konsekwencji nie jest objęte swobodą. Piecza tego rodzaju powinna być sprawowana według kryteriów dobra dziecka i interesu społecznego (art. 95 § 3 k.r.o.).

następujący instruktaż. Post został przytoczony praktycznie in extenso, bo tego wymaga analiza (pisownię i interpunkcję jednak poprawiłam, żeby błędy nie odwracały uwagi od meritum):

[...] Wizyta zaczęła się od pomiarów niemowlaka. Następnie przychodzi lekarz, który z grubsza obejrzał dziecko (osłuchał, zajrzał w gardło, sprawdził brzuch) i nawet nie przeprowadził z nami wywiadu na temat zdrowia i zachowania dziecka. Pielęgniarka pyta się lekarza, czy jest OK, a ten: „Tak, można szczepić”. No i bez uzyskania naszej zgody pielęgniarka idzie już do lodówki...

Ja: „A do jakiej szczepionki to badanie kwalifikacyjne?”.

Lekarz: „Do wszystkich. U nas do wszystkich jest takie samo badanie”.

[...] Powiedziałem lekarzowi, że mam pytania odnośnie szczepionek.

Lekarz: „No proszę pytać”. [...]

Wyciągam swoje wydrukowane papierki (ustawa, rozporządzenie o NOPach, ChPL jednej ze szczepionek). Zacząłem od ustawy. Czytam punkt mówiący, że badanie ma na celu wykluczenie przeciwwskazań. Lekarz zaczął się powoli denerwować, ale siedział cicho. Wyjmuję ChPL i czytam przeciwwskazanie pod tytułem „Nadwrażliwość na którykolwiek składnik szczepionki”, a następnie z ChPL czytam składniki (aluminium, tiomersal, wirus sam w sobie jakiś tam przetworzony). Mówię mu: „To ja bym poprosił zgodnie z prawem wykluczyć przeciwwskazanie na nadwrażliwość na te składniki”.

Lekarz już zaczął naskakiwać, że nie da się tego zrobić.

Ja: „No ale tak prawo pisze, ja się nie znam, ale czytać potrafię i tutaj jest napisane, żeby wykluczyć przeciwwskazania”.

Dodatkowo wyjmuję rozporządzenie ministra w sprawie NOPów i czytam punkt mówiący, że szczepienie może zakończyć się śmiercią. Ponawiam prośbę, że ja jednak chciałbym zgodnie z prawem wykluczyć to, bo jak rozumiem bez tego ryzykujemy powikłaniami, o których pisze minister zdrowia.

Lekarz: „Nie mogę wykluczyć nadwrażliwości, ale przecież dziecko jest zdrowe, więc co pan chce”.

Ja: „To, że dziecko jest zdrowe, to przecież nie oznacza, że nie jest nadwrażliwe”.

Lekarz przytaknął w nerwach. Ja byłem całkowicie spokojny, bo wiedziałem, że to ja kontroluję sytuację. Niczym mnie nie zagnie. A nawet jeśli mnie czymś zaskoczy, to moim sposobem na obronę jest powiedzenie, że jestem laikiem i wracam do początku mojej myśli, czyli do ustawy.

Lekarz mi mówi, że zawsze przy każdym szczepieniu może wystąpić każdy ze skutków ubocznych, o których pisze minister zdrowia. Udałem tutaj zaskoczonego i skonsternowanego rodzica. Na jego odpowiedź powiedziałem mu: „No to w takim razie ja nie wiem, jak mam wyrazić świadomą zgodę, skoro tutaj nie można wykluczyć przeciwwskazań. Jak pan doktor powiedział, może wystąpić każdy jeden skutek uboczny”.

Lekarz: „No to może pan nie wyrażać zgody”.

Wiedziałem, że to podpucha i jego punkt wyjścia, więc odpowiadam: „Ale ja właśnie chcę wyrazić zgodę, tylko zgodnie z prawem i zgodnie z wolą producenta”.

Następnie mówię mu, że w takim razie poproszę o zaświadczenie o przeprowadzonym badaniu kwalifikacyjnym tak, jak jest napisane w ustawie, bo mam zastrzeżenia co do przeprowadzonego badania. Lekarz zaczął się bać, czułem to. Mówi mi, że on wystawia zaświadczenie, ale odnośnie stanu zdrowia, a nie wykluczonych przeciwwskazaniach.

W tym momencie weszła pielęgniarka z sąsiedniego pokoju i zaczęła swoją „mądrą” gadkę w stylu „co mi nie pasuje”. Wiedziałem, że mogę powiedzieć „pani nie ma uprawnień lekarskich i proszę stąd wyjść”, ale wiedziałem też, że idąc tą ścieżką, spowoduję to, że lekarz również na mnie naskoczy (a już by bardzo chciał). Moim celem nie było sprowokowanie u niego gniewu i wywalenia mnie z gabinetu wbrew prawu, a potem bawienia się pismami z paragrafami. Zaczęła się więc gadka, że ludzie tak szczepią, że nie wiadomo czy powikłania wystąpią, a w ogóle to przecież na pewno pan bierze APAP i żyje. Na tego typu teksty mówię „W tym momencie mówimy o mojej córce/synu i nie interesuje mnie co ludzie biorą, piją, wstrzykują sobie”.

Wysłuchałem więc mądrości pielęgniarki, jakie to szczepienia są cudowne, i mówię jej: „Zgodnie z ustawą należy wykluczyć przeciwwskazania. Producent również informuje, żeby wykluczyć przeciwwskazania. Jeżeli tego nie zrobimy, to w moim mniemaniu zabieg jest nielegalny”.

Po usłyszeniu słowa „nielegalny” lekarz natychmiast przerwał rozmowę i powiedział: „Dobrze, to nie będziemy szczepić”.

W tym momencie zacząłem go nakierowywać na moją myśl mówiąc: „Panie doktorze, zgodnie z tym, co Pan powiedział, nie można wykluczyć przeciwwskazań zgodnie z ustawą i wolą producenta”.

Lekarz przytaknął.

Ja: „To w takim razie poproszę o adnotację tego w karcie pacjenta i poproszę o kopię, żebym miał dokument, że wizyta się odbyła”.

Lekarz potwierdził i napisał w karcie: „Brak możliwości wykluczenia nadwrażliwości na składniki szczepionki. Według ustawy należy to zrobić, dlatego nie szczepimy dziecka”.

Okazało się, że można wydrukować nawet kopię z wizyty. W tym momencie był wilk syty i owca cała.

Moi drodzy, krótkie wyjaśnienie taktyki, w jaki sposób poprowadzić taką rozmowę, żeby zakończyła się dla nas jak najlepiej. W życiu zawodowym z racji tego, że pracuję w korporacji, często żeby moja racja była tą zaakceptowaną, muszę stosować pewien trik psychologiczny. Zamiast prosić kogoś o zgodzenie się z moją racją, najpierw w głowie rozbijam sobie moją rację na kilka mniejszych punktów, które są kluczowe.

W naszym przykładzie są to:

- czy należy wykonać zabieg zgodnie z prawem i obowiązującą ustawą? – TAK;
- czy należy zaakceptować listę przeciwwskazań które wymienia producent? – TAK;
- czy powikłania wymienione przez ministra zdrowia (w tym śmierć) mogą wystąpić? – TAK.

I teraz, jeżeli nasz rozmówca (tu lekarz) odpowiedział 3 razy twierdząco na nasze mniejsze pytania, to stawiamy naszą tezę tak, żeby sam sobie na nią odpowiedział.

Zadajemy kluczowe pytanie, którego odpowiedź chcielibyśmy widzieć w swoim zwykłym akcie. Ważne, żeby zadać je spokojnie i z szacunkiem: „Panie doktorze, czyli z tego co pan powiedział, ZGODNIE Z PRAWDĄ nie ma możliwości zaszczepienia zgodnie z prawem”.

Lekarz potwierdzi, następnie prosimy o adnotację i zaznaczamy, że chcemy ją „zgodnie z prawdą”. To wg mnie ważne dopowiedzenie.

Nigdy nie wolno pchać naszego rozmówcy w kozi róg, z którego nie ma ucieczki i postawić go w sytuacji, że nie wie, co odpowiedzieć. Ludzie zdesperowani są zdolni do wszystkiego i często to, co robią, jest kompletnie inne niż to, co chcemy osiągnąć, pamiętajcie o tym!

Nie użyłem nigdzie sformułowania „Przecież, jakby pan się zgodził na takie nielegalne szczepienie, to byłby pan przestępcą”. Idę o zakład, że po takim tekście lekarz zacząłby być zdesperowany i np. poprosił o opuszczenie pokoju. Wiem, że my mamy rację, że możemy słać skargi, pisma, ale po co...? Rozwiązania „siłowe” to ostateczność.

Dlatego nie traćcie nadziei i pamiętajcie o:

1. Stosowaniu strategii p. Urszuli (naprawdę warto przed wizytą jeszcze raz przeczytać strategię, przygotować sobie ChPL lub wydrukować ustawę).
2. Pamiętajcie o moim sposobie z potwierdzeniami mniejszych pytań, aby zbudować odpowiednią tezę.
3. Bądźcie maksymalnie mili, nie mówcie podniosłym [sic! – MB] głosem, nawet jak na was krzyczą. Dyplomacja przede wszystkim.
4. Nie stawiajcie lekarzy w kozim rogu, bo jak staną się zdesperowani, to nie osiągnięcie tego, co chcieliście.
5. Głowa do góry i walczyć o swoje dzieci! (Cieroce 2019)¹³.

Źródłem inspiracji dla owego dzielnego ojca była przede wszystkim wspomniana pod koniec „strategia pani Urszuli”. Kim jest ta osoba,

¹³ Post pochodzi z facebookowej grupy STOP NOP – *nie szczepimy aspekty prawne*. Grupa ta jest tajna, ale post został już udostępniony w grupach o nieograniczonym dostępie.

nietrudno przekonać się samemu, dokonując przeglądu forów internetowych poświęconych tej tematyce. Nie tożsamość prowodyra jest tu jednak ważna, lecz mechanizm wyprowadzania na informacyjne manowce. Kluczowe punkty, na których opiera się obrona strategia, są trzy: 1) założenie, że na każde szczepienie dziecka potrzebna jest zgoda rodzica; 2) uzależnienie udzielenia owej zgody od uzyskania odpowiedniej informacji; 3) wymuszenie na lekarzu pisemnego oświadczenia, że nie jest w stanie wykluczyć wszystkich przeciwwskazań. Punkt pierwszy nie znajduje zastosowania do szczepień obowiązkowych. Punkt drugi również, jako konsekwencja pierwszego. Punkt trzeci stanowi żądanie niemożliwego pod pretekstem ścisłego przestrzegania wymagań ustawowych. W rezultacie rodzic zdobywa dokument, z którego wynika, że prawidłowo stawiał się na szczepienie, ale nie zostało ono wykonane z powodu okoliczności, za które nie ponosi odpowiedzialności. Jak wolno się domyślać, chodzi o to, by organy nadzoru sanitarnego nie miały podstaw do stosowania ponagieł ani przymusu administracyjnego. Dyskusja z nieprzygotowanym na to zupełnie lekarzem zaczyna się jednak od zadawania mu pozornie niewinnych pytań, mających na celu wprowadzenie go w konsternację i wywołanie dezorientacji. Nie trzeba długo tłumaczyć, że medyczna konieczność wykluczenia przeciwwskazań zdrowotnych do szczepienia nie obejmuje wszystkich, tylko takie, które są możliwe do ustalenia w toku badania podstawowego, bo tylko takie badanie jest dostępne dla lekarza w przychodni pediatrycznej. O przeciwwskazaniach szczególnych ten może zaś dowiedzieć się tylko z dokładniejszego wywiadu albo z przedłożonych zaświadczeń od specjalisty. Ani ustawa przeciwepidemiczna, ani rozporządzenie wykonawcze nie nakładają, bo nie mogą nakładać, obowiązków niemożliwych do spełnienia. Charakterystyka produktu leczniczego ma znaczenie jedynie informacyjne, a nie dyrektywne, może być więc traktowana tylko jako ostrzeżenie producenta, nie zaś „wola producenta”. Jak jednak widać, umiejętnie prowadzone dociekania informacyjne, w tym pytania sugerujące, mogą do tego stopnia zmylić lekarza, że ten wystawia pożądane zaświadczenie o przeszkodach do szczepienia, które w istocie wcale nie zaistniały, bo mają charakter wyłącznie hipotetyczny. Natomiast straszenie „nielegalnym” szczepieniem wykorzystuje lekarskie lęki przed prawem wynikające z jego słabej znajomości. Szczepienie obowiązkowe przy niedostatecznie wnikliwej kwalifikacji zdrowotnej stanowi uchybienie należytej staranności profesjonalnej, ale tylko wtedy, kiedy badanie było rzeczywiście przeprowadzone zbyt pobieżnie.

Dochodzimy tutaj do wniosku, że prawo do informacji może być w pewnych okolicznościach nadużywane. Ma to miejsce wówczas, gdy korzystanie z niego jest sprzeczne z przeznaczeniem prawa, bo w istocie służy realizacji innych celów: skonsternowaniu medyków i celowemu wprowadzeniu zamętu w informowaniu, zmęczeniu poszukiwaniem informacji niemożliwej do uzyskania; dostarczeniu pretekstu do odmowy zgody na leczenie albo profilaktykę. Celowe absorbowanie żądaniami ewidentnie niemożliwymi do spełnienia albo takimi, że ich realizacja byłaby połączona z nadmiernymi trudnościami bądź niewspółmierną fatygą – może być kwalifikowane jako sprzeczne z zasadami współżycia społecznego. Nie służą one bowiem żadnemu godnemu ochroni interesowi pacjenta, za to paraliżują funkcjonowanie podmiotu leczniczego. Ludzie na ogół nie potrafią zwodzić wielopoziomowo, więc stosunkowo szybko można się zorientować, że chodzi o jedno z dwojga: o fałszywe przeświadczenie informacyjne bądź o premedytowaną grę na przemożenie. Jeśli przesadnie rozbudowane żądanie informacyjne jest wykorzystywane tylko jako pretekst, np. uzależnienie zgody od informacji nadmiernej obliczone na „zmęczenie przeciwnika”, wolno rzecz jasna legalnie mu odmówić, bo żądanie ma cechy pozorantstwa. Żeby skutecznie się temu przeciwstawić, trzeba jednak przede wszystkim być świadomym, czego nie ma się obowiązku wiedzieć. Ponadto należy zdawać sobie sprawę, że nieprzekazanie żądanej informacji nadmiernej nie rzutuje na prawidłowość zgody na czynność dobrowolną, a dla legalności czynności obowiązkowej w ogóle nie ma znaczenia. Na gruncie prawa cywilnego czynienie ze swego prawa użytku, który byłby sprzeczny ze społeczno-gospodarczym przeznaczeniem tego prawa lub z zasadami współżycia społecznego, nie jest uważane za wykonywanie prawa i nie korzysta z ochrony (art. 5 Kodeksu cywilnego). Norma ta nie może znajdować zastosowania wprost do relacji prawnomedycznych, pokazuje jednak właściwy kierunek interpretacji żądań nieuzasadnionych i nadmiernych. W przypadku ustawowego przedstawiciela osoby prawnie niesamodzielnej informacja medyczna jest mu potrzebna wyłącznie do podjęcia decyzji zdrowotnej zgodnej z najlepszym interesem (dobrem) podopiecznego – o ile przysługuje mu kompetencja do takiego decydowania. Ponadto rodzic dziecka nie realizuje w ten sposób żadnych interesów własnych, w szczególności jego przekonania światopoglądowe nie mają najmniejszego znaczenia, bo podopieczny nie jest jego własnością. Wiedzy na temat szczepienia potrzebuje natomiast do właściwego sprawowania pieczy nad dzieckiem po zaszczepieniu.

Nadmierne i nieuzasadnione żądania informacyjne nie przesądzają o ich „bezprawności” rozumianej jako bezpośredni zamach na cudze dobra prawne, ale wolno je potraktować jako nadużycie władzy rodzicielskiej bądź opiekuńczej.

Podsumowanie

Informacja nadmierna z punktu widzenia lekarza to taka informacja, która wykracza poza zakres planowanej terapii oraz poza jej skutki albo jest niemożliwa do uzyskania. Granice informacji nadmiernej żądanej przez pacjenta określają: aktualna wiedza medyczna, racjonalny związek z planowanym leczeniem, uzasadniony interes zdrowotny bądź życiowy pacjenta oraz praktyczna dostępność wiedzy dla lekarza określonej specjalności. Są to kryteria funkcjonalne, wyznaczające limit powinności informacyjnych i obowiązków lekarza wobec pacjenta. Istnieją jednak sytuacje szczególne: kojenie rozchwianych emocji i prostowanie przekłamań nabytych w kontaktach ze znachorami i szarlatanami oraz perswadowanie oporów podyktowanych fałszywym przekonaniem. Wówczas aktualizuje się obowiązek poszerzenia informacji tak, by osiągnąć skutek w postaci opanowania lęków i wywikłania się z błędów poznawczych. Ów cel usprawiedliwia swego rodzaju natarczywość w informowaniu. Jeśli zaś nadmierne żądania informacyjne mają na celu manipulowanie lekarzem i wmanewrowanie go w sytuację, gdy sam pozwoli pacjentowi na uchylenie się od ściśle reglamentowanych, ale obowiązkowych czynności – jakimi są zwłaszcza szczepienia – wolno im odmówić bez narażania się na negatywne konsekwencje prawne, które w zwykłych warunkach wiązałyby się z zaniechaniami informacyjnymi.

Nadużywanie przez pacjentów w takich okolicznościach prawa do informacji sprawia, że ich żądania nie zasługują na ochronę. To zaś znaczy, że do stawianych wymagań nie ma obowiązku się stosować, odmowa przesadnej informacji nie stanowi uchybienia lekarskiego, a pacjent ani jego przedstawiciel ustawowy nie mogą skutecznie powoływać się na brak informacji jako na wadę udzielonej zgody bądź na uzasadnioną przeszkodę do jej udzielenia. Informacja dotycząca medycznych czynności obowiązkowych należy się na zasadach ogólnych, czyli samoistnie, ale nie wpływa na prawidłowość udzielonej zgody. Nieprzekazanie żądanej informacji nadmiernej nie rzutuje zaś na zgodę co do czynności dobrowolnej, a dla legalności czynności obowiązkowej w ogóle nie ma znaczenia.

Bibliografia

- Bączyk-Rozwadowska K. 2021. *Odpowiedzialność za szkody doznane w następstwie szczepień ochronnych*, [w:] *Odpowiedzialność prywatnoprawna* („System Prawa Medycznego”, t. 5), red. E. Bagińska, C.H. Beck, Warszawa, s. 534–551.
- Beauchamp T.L., Childress J.F. 1996. *Zasady etyki medycznej*, wyd. IV, tłum. W. Jacorzyński, Książka i Wiedza, Warszawa.
- Boratyńska M. 2012. *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, Warszawa.
- Boratyńska M. 2013. *Szczepienia ochronne małoletnich a wykonywanie władzy rodzicielskiej. Uwagi na tle wyroku NSA, „Prawo i Medycyna”*, 3–4, s. 68–88.
- Boratyńska M. 2019a. *Praktyczne problemy informacyjne uzyskiwania świadomej zgody pacjenta*, [w:] *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*, red. M. Kulus, A. Doroszevska, M. Chojnacka-Kuraś, Polska Akademia Nauk, Warszawa, s. 65–86.
- Boratyńska M. 2019b. *Szczepienia ochronne*, [w:] *Regulacja prawna czynności medycznych* („System Prawa Medycznego”, t. 2, cz. 1), red. E. Zielińska, Wolters Kluwer, Warszawa, s. 740–756.
- Boratyńska M., Konieczniak P. 2001. *Prawa pacjenta*, Difin, Warszawa.
- Boratyńska M., Konieczniak P. 2007. *Szarlatan z doktoratem. Metoda niezwyfikowana równa się bezwartościowej*, cz. 1, 2, 3, „PULS”, 1 (s. 35–39), 2 (s. 31–35), 3 (s. 32–33).
- Cieroce D. 2019. *Możliwy wariant – wizyta – szczepienia – strategia*, Zdrowie i świadomość – wiedza czyni wolnym, Facebook, 22.02.2019, <https://www.facebook.com/groups/402576940080235/permalink/815122678825657/> (dostęp: 15.02.2023).
- Drozdowska U. 2014. *Odpowiedzialność odszkodowawcza za niezawinione skutki obowiązkowych szczepień ochronnych – uwagi de lege lata i de lege ferenda*, „Białostockie Studia Prawnicze”, 17, s. 99–113.
- Hajdukiewicz D. 2014. *Obowiązek udzielenia informacji a „informacja nielegitymowana” i „informacja nadmierna”*, „Państwo i Prawo”, 12, s. 79–88.
- Karczevska-Kamińska N. 2018. *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Kosiorek A., Kolankiewicz K., Izdebski K. b.d. *Opinia prawna dot. praw i obowiązków lekarza podczas procedury szczepień obowiązkowych*, Instytut Specjalistów Prawa Ochrony Zdrowia, <https://www.ispoz.pl/wp-content/uploads/2019/10/wersja2Pytania-STOPNOP-szczepienia-obowi%C4%85zkowe.pdf> (dostęp: 7.02.2023).
- Kubiak R. 2013. *Zgoda na zabieg medyczny – kompendium dla lekarzy*, Medycyna Praktyczna, Kraków.
- Kubiak R. 2015. *Konsekwencje prawne sprzeciwu rodziców poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom ochronnym*, „Analiza Przypadków w Pediatrii”, 2, s. 52–58.
- Kubiak R. oprac. 2017. *Prawo medyczne*, wyd. III, Wolters Kluwer, Warszawa.

- Kubiak R. 2018. *Konsekwencje administracyjne i karne stosowane wobec rodziców sprzeciwiających się obowiązkowym szczepieniom ochronnym*, [w:] *Zagadnienia prawa medycznego*, red. A. Górski, E. Sarnacka, Difin, Warszawa, s. 96–107.
- Kubiak R., Bartosiak J., Tymiński R. 2013. *Czy podpisywanie zgody na obowiązkowe i zalecane szczepienie jest konieczne podczas każdej wizyty?*, „Medycyna Praktyczna – Szczepienia”, 4, s. 90–93.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93.
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz.U. 1964 nr 9 poz. 59.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz.U. 2008 nr 234 poz. 1570.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417.
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, Dz.U. 2001 nr 126 poz. 1381.

ABSTRACT

When a patient asks strange questions: On the demand for “excessive information” by victims of quackery, false beliefs and diversion by anti-vaccinationists

The article defines the areas of information overreach from the side of patient demands and recommends ways of responding to requests that exceed the limits. From the doctor's point of view, excessive information is information that goes beyond the scope of the planned treatment or its effects or is impossible to obtain. The limits of the duty to inform are determined by current medical knowledge, a reasonable relation to the planned treatment, the patient's legitimate health or life interest and the practical availability of knowledge to the doctor of the particular speciality. Extended information may be needed to control the fears of oversensitive people or to correct false beliefs. If excessive demands for information are aimed at manipulating the doctor – they may refuse without risking negative consequences. When patients abuse their right to information, their demands do not deserve protection.

KEY WORDS: duty to inform, excessive information, abuse of the right to information, false beliefs, cognitive errors, quackery, compulsory vaccination

A B S T R A K T

Źródła nieporozumień. O żądaniu „informacji nadmiernej” przez ofiary znachorstwa, o fałszywych przekonaniach i dywersji przeciwników szczepień

Artykuł definiuje obszary nadmierności informacyjnej od strony żądań pacjenta oraz rekomenduje sposoby reagowania na żądania przekraczające granice. Z punktu widzenia lekarza informacja nadmierna to taka, która wykracza poza zakres planowanej terapii lub jej skutki albo jest niemożliwa do uzyskania. Granice obowiązku informowania wyznaczają aktualna wiedza medyczna, racjonalny związek z planowanym leczeniem, uzasadniony interes zdrowotny bądź życiowy pacjenta oraz praktyczna dostępność wiedzy dla lekarza określonej specjalności. Poszerzenie informacji może być potrzebne dla opanowania lęków u osób przewrażliwionych lub skorygowania fałszywych przekonań. Jeśli nadmierne żądania informacyjne mają na celu manipulowanie lekarzem – wolno im odmówić bez narażania się na negatywne konsekwencje. Nadużywanie przez pacjentów prawa do informacji sprawia, że ich żądania nie zasługują na ochronę.

SŁOWA KLUCZOWE: obowiązek informacyjny, informacja nadmierna, nadużycie prawa do informacji, fałszywe przekonania, błędy poznawcze, znachorstwo, szczepienia obowiązkowe

Zasady komunikacji lekarza z pacjentem podczas telekonsultacji

Udzielanie świadczeń zdrowotnych na odległość ma w istocie długą historię sięgającą średniowiecza, kiedy to lekarze stawiali diagnozy na podstawie analizy próbek moczu przesłanych im przez pacjentów pochodzących z zamożnych rodzin (Sosa-Iudicissa, Wootton, Ferrer-Roca 2002). Od 1726 r. leki przepisywano zdalnie na podstawie wymiany listów pacjentki z lekarzem (Bashshur, Shannon 2009), na początku XX w. porad na odległość udzielano przy wykorzystaniu radia (Mahdi, Amenta 2016), a wraz z pojawieniem się telewizji możliwe stało się podnoszenie kompetencji środowiska medycznego poprzez udział w transmisjach operacji czy wideokonferencjach (Benschoter, Wittson, Ingham 1965). W latach 60. XX w. telemedycyna znalazła zastosowanie w eksploracji przestrzeni kosmicznej, zapewniając dostęp do usług medycznych kosmonautom (Sosa-Iudicissa, Wootton, Ferrer-Roca 2002), a największy rozwój tej dziedziny nastąpił na przełomie lat 80. i 90. wraz z pojawieniem się sieci komputerowych oraz internetu i trwa do dzisiaj (Zubrzycki, Małecka-Massalska 2010).

Obecnie istotę telemedycyny najpełniej oddaje definicja opracowana przez Światową Organizację Zdrowia, zgodnie z którą stanowi ona „dostarczanie przez specjalistów usług medycznych w przypadku, gdy dystans jest kluczowym czynnikiem, przy wykorzystaniu technologii komunikacyjnych do wymiany istotnych informacji dla diagnozy, leczenia, profilaktyki, badań, konsultacji czy wiedzy medycznej w celu polepszenia zdrowia pacjenta” (WHO 1998: 10). Telemedycyna ma dzisiaj bardzo szerokie zastosowanie: od przeprowadzania operacji na odległość poprzez przesyłanie wyników badań obrazowych czy teleopiekę domową aż po telekonsultacje (Zubrzycki, Małecka-Massalska 2010), które w wyniku pandemii

COVID-19 w bardzo krótkim czasie stały się powszechne na całym świecie (Gilbert i in. 2020; Koonin i in. 2020).

Ważnych informacji dotyczących korzystania z telekonsultacji przez Polaków dostarczają wyniki sondażu „Zdrowie Polaków – telemedycyna w 2021” przeprowadzonego od 10 do 17 stycznia 2022 r. przez Centrum Badawczo-Rozwojowe BioStat na grupie 2 tys. pełnoletnich Polaków, reprezentatywnej ze względu na płeć, wiek i województwo. Z badań tych wynika, że w 2021 r. z usług telemedycyny skorzystała znakomita większość respondentów (79,8%), przy czym najczęściej były to telekonsultacje z lekarzem internistą i – co bardzo ważne – osoby w wieku powyżej 60 lat korzystały z tej formy równie często co osoby młodsze. Autorzy badania zbierali także dane dotyczące jakości telekonsultacji lekarskich, prosząc ankietowanych o ocenę porad zdalnych w porównaniu do bezpośredniego kontaktu z lekarzem. Okazało się, że większość respondentów oceniła zdalne porady negatywnie (35,9%), przy czym odpowiedź „zdecydowanie negatywnie” wybrało 13,1% badanych, a „raczej negatywnie” – 24,5% osób. „Zdecydowanie pozytywnie” teleporady oceniło zaledwie 4% ankietowanych, a „raczej pozytywnie” – 22,7%. Wyniki zaprezentowanego badania potwierdzają fakt, że Polacy korzystają z telekonsultacji lekarskich, ale powinny być też sygnałem dla lekarzy, że należy zadbać o jakość tych porad (BioStat 2021).

Udzielanie pacjentom świadczeń zdrowotnych na odległość niewątpliwie ma wiele zalet. Należą do nich m.in.: oszczędność czasu (Greis i in. 2018), redukcja kosztów związanych z podróżą do placówki (Landow i in. 2014), większa dostępność świadczeń, zwłaszcza dla pacjentów mieszkających z dala od placówek medycznych (Richardson i in. 2017), szybsze dotarcie z pomocą, np. w sytuacjach nagłych (Gilbert i in. 2020), oraz zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów i lekarzy poprzez redukcję narażenia na choroby zakaźne (Jankowska, Langrand 2021). Jednakże zdalne udzielanie świadczeń zdrowotnych ma też pewne ograniczenia. W zależności od użytego narzędzia zaliczyć można do nich m.in.: konieczność uwierzytelniania danych pacjenta (art. 25 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), problemy techniczne związane np. z jakością połączenia (Gilbert i in. 2020), trudności z zapewnieniem intymności, np. gdy podczas rozmowy pacjent przebywa w miejscu publicznym, i najważniejsze – brak kontaktu wzrokowego i możliwości obserwacji mowy ciała pacjenta (Petersson i in. 2020) oraz brak możliwości przeprowadzenia bezpośredniego badania przedmiotowego (Greis i in. 2018),

które jest niezbędne do postawienia pewnej diagnozy (Jankowska, Langrand 2021; Roberts, Osborn-Jenkins 2021).

Jak już wspomniano, telekonsultacja może odbywać się z wykorzystaniem różnych narzędzi (Jankowska, Langrand 2021; Roberts, Osborn-Jenkins 2021). W niniejszym rozdziale zostały omówione zasady komunikowania się lekarza z pacjentem wyłącznie w trakcie konsultacji telefonicznej. Za taką decyzją przemawia kilka argumentów. Po pierwsze, połączenie telefoniczne jest częściej wykorzystywane do udzielania telekonsultacji w związku z większą dostępnością tego narzędzia (Greenhalgh i in. 2022). Po drugie, cieszy się ono dużą akceptacją społeczną. Potwierdziły to wyniki wspomnianego wcześniej badania przeprowadzonego przez Centrum Badawczo-Rozwojowe BioStat. Okazało się, że znakomita większość ankietowanych (91,2%) podczas telekonsultacji z lekarzem preferuje korzystanie z telefonu (BioStat 2021). Po trzecie, w przypadku połączenia telefonicznego lekarz musi pokonać znacznie więcej barier niż np. w trakcie połączenia wideo, dlatego zaprezentowane w rozdziale propozycje postępowania będą cenniejsze (Jankowska, Langrand 2021). W dalszej części opracowania pojęcie telekonsultacji będzie oznaczało lekarską telekonsultację telefoniczną, która jest przedmiotem analizy.

Prawidłowo poprowadzona konsultacja umożliwia zbudowanie relacji lekarza z pacjentem opartej na wzajemnym szacunku i zrozumieniu. Ogromną rolę odgrywają tu zarówno umiejętność nadania struktury konsultacji przez lekarza, jak i jego umiejętności komunikacyjne, co zostało udowodnione naukowo (Robins i in. 2011; Tymińska i in. 2018). Wyraźna struktura konsultacji nie tylko porządkuje i ułatwia pracę lekarzowi, ale także obniża poziom niepewności pacjenta i czyni go otwartym na współpracę z lekarzem (Nowina Konopka 2018). Lekarz powinien posługiwać się umiejętnościami komunikacyjnymi od początku konsultacji, kiedy nawiązywane jest porozumienie terapeutyczne z pacjentem, aż do samego jej końca (Kurtz i in. 2003). Prawidłowe poprowadzenie konsultacji telefonicznej wymaga od lekarza większego wysiłku niż udzielenie porady stacjonarnie głównie z uwagi na bariery komunikacyjne występujące w trakcie telekonsultacji. Dlatego też nadawanie struktury konsultacji oraz posługiwanie się umiejętnościami komunikacyjnymi przez lekarza stają się szczególnie istotne w przypadku konsultacji na odległość (Roberts, Osborn-Jenkins 2021).

Wskazówki dotyczące sposobu prowadzenia konsultacji lekarskiej zawarto m.in. w wytycznych Calgary-Cambridge, które z uwagi na swój

uniwersalny charakter mogą mieć zastosowanie także w przypadku telekonsultacji (Kurtz i in. 2003). Zgodnie z tymi wytycznymi konsultacja lekarska składa się z następujących po sobie pięciu etapów:

- rozpoczynanie konsultacji,
- zbieranie informacji,
- badanie przedmiotowe,
- wyjaśnianie i planowanie,
- zamykanie konsultacji (Kurtz i in. 2003).

Takie same etapy możemy wyróżnić w telekonsultacji, przy czym badanie przedmiotowe odbywa się pośrednio, na podstawie instrukcji lekarza (Jankowska, Langrand 2021).

Prawidłowa konsultacja powinna rozpoczynać się przywitaniem, przedstawieniem swojej roli, zweryfikowaniem danych pacjenta oraz określeniem powodu konsultacji (Kurtz i in. 2003). Poniżej przedstawiono propozycję sposobu rozpoczęcia telekonsultacji.

Lekarz: *Dzień dobry, nazywam się Jan Branicki, jestem lekarzem przychodni XMed. Dzwonię w sprawie teleporady dla Pani Katarzyny.*

Pacjentka: *Dzień dobry.*

Lekarz: *Zanim zaczniemy, muszę zweryfikować Pani dane. Poproszę o Pani nazwisko i numer PESEL.*

Pacjentka: *Tak, oczywiście. Kowalska, a mój numer PESEL to...*

Lekarz: *Dziękuję, wszystko się zgadza. W czym mogę pomóc?*

W przypadku telekonsultacji zasadniczym kanałem komunikacyjnym między lekarzem a pacjentem jest komunikacja werbalna. Komponent niewerbalny komunikacji jest ograniczony wyłącznie do elementów paralingwistycznych, takich jak: artykulacja, akcent, tempo, rytm, siła i ton głosu rozmówców (Jankowska, Langrand 2021). Z jednej strony, w zależności od tego, w jaki sposób lekarz rozpocznie telekonsultację, może być przez pacjenta postrzegany jako: miły, sympatyczny, otwarty lub przeciwnie: dominujący, oschły lub znudzony. To pierwsze wrażenie może ułatwić albo utrudnić nawiązanie porozumienia terapeutycznego z pacjentem. Z drugiej strony, zwrócenie uwagi na czynniki paralingwistyczne w wypowiedzi pacjenta umożliwia lekarzowi zdobycie informacji dotyczących zarówno stanu zdrowia pacjenta, jak i jego stanu emocjonalnego. Spokojny i pogodny ton głosu pacjenta na początku rozmowy zapowiada dobry stan ogólny pacjenta i sugeruje, że powód telekonsultacji nie będzie wymagał od lekarza natychmiastowych działań. Głos cichy, niepewny może być

związany z cechami osobowości pacjenta, ale może też być spowodowany obniżeniem nastroju i zapowiadać trudności komunikacyjne na kolejnych etapach konsultacji. Z kolei w przypadku pacjenta mającego trudności w wypowiedzianiu pojedynczych słów może pojawić się podejrzenie duszności, co wymaga od lekarza natychmiastowego działania. Z tego powodu uwzględnianie przez lekarza paralingwistycznych cech wypowiedzi pacjenta jest niezwykle istotne. Elementy te odgrywają większą rolę w trakcie telekonsultacji niż podczas porady stacjonarnej i powinny być uwzględniane przez lekarza nie tylko na początku telekonsultacji, ale do samego jej końca.

Drugim etapem konsultacji jest zbieranie informacji, czyli uzyskanie jak największej liczby danych na temat problemu, z którym zgłasza się pacjent, a także poznanie jego perspektywy (Kurtz i in. 2003; Roberts, Osborn-Jenkins 2021). Narzędziem pomocnym dla lekarza na tym etapie konsultacji są techniki aktywnego słuchania, w tym zadawanie pytań otwartych mających na celu umożliwienie pacjentowi swobodnej wypowiedzi. To z kolei ma pozytywny wpływ na przestrzeganie przez chorego zaleceń lekarskich (Zolnierek, Dimatteo 2009) oraz zwiększa satysfakcję z wizyty (Robinson, Heritage 2005). Podczas zbierania informacji pytania warto zadawać pacjentowi metodą lejka, czyli w kombinacji:

- pytanie otwarte: *W czym mogę pomóc?*
- pytanie otwarte nakierowane na problem: *Jak zaczął się ten ból głowy?*
- pytanie zamknięte: *Czy po tym leku ból ustąpił?*

Wyniki badań naukowych potwierdziły dużą skuteczność tej metody w trakcie konsultacji stacjonarnych (Roter, Hall 1987; Takemura, Atsumi, Tsuda 2007). Metoda ta może być z powodzeniem stosowana także w trakcie telekonsultacji, ponieważ umożliwia zbieranie informacji w uporządkowany sposób. Ponadto metoda lejka redukuje ryzyko przerywania pacjentowi wypowiedzi, które jest wyższe niż w przypadku konsultacji stacjonarnej z uwagi na brak możliwości obserwacji mowy ciała pacjenta (Roberts, Osborn-Jenkins 2021).

Brak kontaktu wzrokowego z pacjentem w trakcie telekonsultacji powoduje także konieczność częstszego niż w przypadku wizyt stacjonarnych stosowania przez lekarza komunikatów werbalnych zapewniających pacjenta o uważnym słuchaniu, takich jak np. „tak”, „aha”, „rozumiem” (Górski 2018; Agnew i in. 2021).

W trakcie telekonsultacji, częściej niż w przypadku konsultacji stacjonarnych, warto używać klaryfikacji i doprecyzowań, które pozwalają nie

tylko uporządkować wypowiedź pacjenta i ułożyć ją w logiczny ciąg, ale także uniknąć nieporozumień i wyjaśnić wątpliwości (Nowina Konopka 2018). Jest to szczególnie ważne przy określaniu ogólnego stanu zdrowia pacjenta, a zwłaszcza przy wykluczaniu stanu zagrożenia życia. Na przykład w sytuacji, w której pacjent zgłasza lekarzowi wystąpienie „duszącego” kaszlu, należy wykluczyć duszność. O ile podczas wizyty stacjonarnej wykluczenie duszności odbywa się na podstawie bezpośredniego badania przedmiotowego, o tyle w trakcie telekonsultacji nie jest to możliwe. Dlatego w takiej sytuacji lekarz powinien poprosić pacjenta o wyjaśnienie, co miał na myśli, używając określenia „duszący kaszel”. Klaryfikacja i doprecyzowanie w opisanej powyżej sytuacji może wyglądać np. tak:

Pacjent: *Od trzech dni mam katar, a dzisiaj w nocy pojawił się kaszel – taki duszący.*

Lekarz: *Rozumiem. Czy mówiąc „duszący”, ma pan na myśli to, że trudno panu nabrać powietrza albo brakuje panu tchu?*

Pacjent: *Nie, tak to nie. Po prostu mocno kaslałem w nocy, ale jak napiłem się wody, to przestałem i poszedłem dalej spać.*

Lekarz: *Dziękuję, rozumiem, czyli nie ma pan problemów z oddychaniem.*

Pacjent: *Nie, nie mam.*

Lekarz: *A czy teraz pan kaszle?*

Pacjent: *Od czasu do czasu, ale znacznie mniej niż w nocy. Teraz to najbardziej dokucza mi katar.*

Trzecim etapem konsultacji jest badanie przedmiotowe, które w trakcie telekonsultacji odbywa się pośrednio, przy udziale pacjenta. Na prośbę lekarza chory może podawać zmierzone przez siebie wcześniej parametry, takie jak poziom glikemii, lub wykonywać pewne procedury zgodnie z instrukcjami lekarza, takie jak pomiar saturacji. **Z uwagi na fakt, że takie badanie obarczone jest błędem, niezwykle ważne jest, aby komunikaty nadawane przez lekarza były jasno sformułowane, język był prosty i łatwy do zrozumienia, a czynności, które ma wykonać pacjent, omawiane były krok po kroku w układzie chronologicznym** (Jankowska, Langrand 2021). Warto też uprzedzić pacjenta, co ma zrobić, gdy połączenie ulegnie zerwaniu. W praktyce pacjenci odruchowo zaczynają oddzwaniać do lekarza, uniemożliwiając mu ponowne połączenie się. Poniżej zaprezentowano przykład takiej rozmowy.

Lekarz: *Czy ma pan w domu pulsoksymetr – urządzenie elektroniczne, które zakłada się na palec? Ono mierzy ilość tlenu we krwi.*

Pacjent: *Tak, mam. Wczoraj mierzyłem sobie i było 98%.*

Lekarz: *To prawidłowy wynik. A czy mógłby pan teraz zmierzyć jeszcze raz? Chciałbym się upewnić, że teraz też jest prawidłowy.*

Pacjent: *Tak, oczywiście.*

Lekarz: *Świetnie, w takim razie proszę odłożyć telefon, ale się nie rozłączać i spokojnie zmierzyć, a ja poczekam. W razie gdyby coś nas rozłączyło, proszę poczekać. Zadzwoń do pana jeszcze raz.*

Pacjent: *Dobrze, już idę mierzyć.*

Jednoczesne rozmawianie przez telefon i wykonywanie czynności zleconych przez lekarza może być dla pacjentów trudne. W tego typu sytuacjach można zaproponować pacjentowi skorzystanie z zestawu głośnomówiącego, o ile pozwala na to telefon pacjenta i zapewniona jest intymność rozmowy.

Kolejnym etapem konsultacji jest wyjaśnianie i planowanie, mające zasadnicze znaczenie dla przestrzegania zaleceń przez pacjentów i tym samym powodzenia leczenia. Na tym etapie konsultacji ważne jest, aby unikać żargonu medycznego, ponieważ niektóre sformułowania i zwroty mogą być dla pacjentów niezrozumiałe. Specjalistyczne słowo można zastąpić innym określeniem, np. „badanie uszu” zamiast „badanie otoskopowe” lub „badanie słuchu” zamiast „audiogram”. W przypadku, gdy zastąpienie danego terminu nie jest możliwe (np. „kolonoskopia”), należy wytłumaczyć pacjentowi, na czym polega badanie.

Ponadto, przekazując pacjentowi informacje, lekarz powinien używać języka zbliżonego do języka rozmówcy, najlepiej takiego, jakiego pacjent używał, opisując problem, z którym zgłosił się do lekarza, na etapie zbierania informacji. W trakcie telekonsultacji należy dodatkowo położyć nacisk na to, aby mówić wyraźnie i akcentować ważne treści (Stalmach-Przygoda 2018).

Przykładowy fragment rozmowy, w której lekarz wyjaśnia pacjentce z bólem ucha, dlaczego należy zgłosić się na wizytę stacjonarną i wykonać badanie otoskopowe, zamieszczono poniżej.

Lekarz: *Ból ucha może wystąpić z różnych przyczyn. Najczęściej pojawia się w wyniku infekcji, zwłaszcza kiedy jednym z objawów jest katar. Utrzymujący się katar upośledza funkcjonowanie uszu, na skutek czego za błoną bębenkową pojawia się wydzielina, co może dawać uczucie zatkanego ucha, a także ból. Wygląda na to, że taka sytuacja miała miejsce w pani przypadku. Wspomniała pani, że od pięciu dni ma pani katar, a ból ucha pojawił się wczoraj, czyli po kilku dniach.*

Pacjentka: Rzeczywiście, tak było. Myśli pan, że mam jakiś płyn w uchu?

Lekarz: Aby móc to stwierdzić, trzeba zbadać ucho. Musimy też ustalić, jak wygląda błona bębenkowa. Ważne jest, aby badanie przeprowadzić jak najszybciej, najlepiej dziś lub jutro. Może się okazać, że konieczne będzie podanie antybiotyku.

W tym fragmencie rozmowy warto zwrócić uwagę na jeszcze jedną ważną kwestię, mianowicie na „zakotwiczenie rozpoznania” za pomocą komunikatu: *Wygląda na to, że taka sytuacja miała miejsce w pani przypadku. Wspomniała pani, że od pięciu dni ma pani katar, a ból ucha pojawił się wczoraj, czyli po kilku dniach.* Podczas wyjaśniania pacjentce wstępnego rozpoznania lekarz podzielił się z nią swoim tokiem myślenia oraz odniósł się bezpośrednio do jej sytuacji. W ten sposób niejako „zakotwiczył rozpoznanie”, co w praktyce jest bardzo ważne. Po pierwsze, pozwolił pacjentce zrozumieć to, czego doświadcza podczas choroby, zwiększając tym samym szansę na to, że zastosuje się do jego zaleceń. Po drugie, stworzył pacjentce możliwość odniesienia się do tego, co zasugerował, i tym samym zweryfikowania jego toku myślenia. W zaprezentowanym przypadku pacjentka co prawda zgodziła się z lekarzem, ale mogłaby też zakwestionować opinię lekarza. Przykład takiej sytuacji zamieszczono poniżej.

Lekarz: *Wygląda na to, że taka sytuacja miała miejsce w pani przypadku. Wspomniała pani, że od pięciu dni ma pani katar, a ból ucha pojawił się wczoraj, czyli po kilku dniach.*

Pacjentka: *Tylko że ten katar to ja mam nieduży. Raczej leje mi się z nosa niż jest przytkany. A czy lot samolotem mógł mieć znaczenie? Bo w sumie to mi się to zaczęło w trakcie lotu z Paryża.*

Lekarz: *Zdecydowanie, różnica ciśnień, zwłaszcza podczas startu i lądowania, mogła pogorszyć funkcjonowanie ucha, a nawet je uszkodzić. Tym bardziej trzeba panią zbadać, najszybciej jak najszybciej.*

Dzięki tak poprowadzonej rozmowie lekarz uzyskał więcej informacji na temat stanu zdrowia pacjentki i miał szansę zweryfikować wstępne rozpoznanie.

Bardzo ważnym zadaniem lekarza na etapie wyjaśniania i planowania konsultacji jest także upewnienie się, że pacjent rozumie zalecenia. W ocenie stopnia zrozumienia przekazanych treści niewątpliwie pomocna jest obserwacja mowy ciała pacjenta (m.in. wyrazu jego oczu, układu brwi, gestów, ogólnej postawy ciała). W trakcie telekonsultacji ten aspekt komunikacji jest jednak niedostępny. Aby etap wyjaśniania i planowania

mógł zostać zrealizowany możliwie efektywnie, warto zadawać pacjentom pytania pomocnicze, takie jak: *Czy jest coś, co powinienem powtórzyć? Czy udało mi się wszystko dobrze wyjaśnić? Czy ma pan pytania dotyczące tego zabiegu?*

Można też zachęcać pacjentów do notowania zaleceń w trakcie telekonsultacji, a w ramach podsumowania prosić o powtórzenie ich swoimi słowami (Kurtz i in. 2003: 802–809). Dobrym rozwiązaniem stają się też specjalne aplikacje wewnętrzne tworzone dla pacjentów przez przychodnie, w których pacjenci mają dostęp do zaleceń lekarza. Takie rozwiązania zwiększają pacjentom szansę na prawidłowe stosowanie się do zaleceń lekarskich (Doroszewska, Kołodziejek 2021).

Sam fakt, że pacjent poznał i zrozumiał zalecenia, nie przesądza o tym, że będzie ich przestrzegał. Ważna jest jeszcze ich akceptacja, czyli wewnętrzne przekonanie o ich słuszności. Chcąc się upewnić, że pacjent akceptuje zalecenia, w trakcie telekonsultacji warto, po pierwsze, zadać mu pytania otwarte, np. takie: *Co pan sądzi o takim leczeniu? Czy taki plan panu odpowiada? Jakie ewentualne problemy, według pana, mogą się wiązać ze stosowaniem tej diety? Które z wymienionych zasad higieny snu będzie panu najtrudniej wdrożyć w życie?* Z kolei w odpowiedzi pacjenta uwzględnić należy czynniki paralingwistyczne, mianowicie zwrócić uwagę na akcent, tempo, rytm, siłę i ton głosu. Po drugie, lekarz powinien się upewnić, że zalecenia są możliwe do zrealizowania przez osobę, z którą rozmawia (Kurtz i in. 2003). Do tego niewątpliwie konieczne jest poznanie perspektywy pacjenta. Na przykład kierując do szpitala pacjenta z podejrzeniem odwodnienia w przebiegu infekcji żołądkowo-jelitowej, w trakcie teleporady warto upewnić się, że pacjent jest w stanie zapewnić sobie transport na szpitalny oddział ratunkowy. W przeciwnym razie należy wezwać zespół ratunkowy.

Etap wyjaśniania i planowania konsultacji jest bez wątpienia najtrudniejszym elementem telekonsultacji, a uwzględnienie perspektywy pacjenta dotyczącej rozpoznania, diagnostyki i sposobu leczenia w trakcie porady zdalnej podnosi jej jakość oraz zapewnia pacjentowi większe bezpieczeństwo.

Ostatnim etapem wizyty u lekarza, w tym telekonsultacji, jest jej zamykanie. Na tym etapie, tak jak w przypadku konsultacji stacjonarnych, należy jeszcze raz się upewnić, czy zalecenia są dla pacjenta zrozumiałe oraz czy chciałby coś jeszcze omówić. Różnica polega na tym, że o ile na wizycie stacjonarnej możemy dać sygnał niewerbalny o końcu wizyty,

np. wstając z krzesła, o tyle w przypadku telekonsultacji nie jest to możliwe. Zakończenie teleporady powinno zatem zawsze odbywać się poprzez komunikat werbalny, np.: *To wszystko z mojej strony. Czy mogę w czymś jeszcze pomóc?* (Heritage i in. 2007); *Proszę pana, powoli zbliżamy się do końca konsultacji. Czy chciałby pan jeszcze coś omówić? Czy chciałby pan jeszcze o coś zapytać?* (Kocurek, Kowalska 2018).

Powszechność udzielania świadczeń zdrowotnych na odległość stawia przed lekarzami nowe wyzwania. Okazuje się, że umiejętności komunikacyjne lekarza mają większe znaczenie dla prawidłowego przebiegu konsultacji telefonicznej niż stacjonarnej. W związku z tym, chcąc zapewnić pacjentom bezpieczeństwo i zwiększyć ich satysfakcję z telekonsultacji, lekarze powinni stale rozwijać swoje umiejętności komunikacyjne, poznawać perspektywę pacjentów oraz uwzględniać elementy paralingwistyczne wypowiedzi zarówno pacjentów, jak i swoich.

Bibliografia

- Agnew J., Alicehajic-Becic D., Barnett N., Crawford P., Darcy C., Jones E., McKee H., Miller K., Oboh L., Smith H. 2021. *Optimising Remote Consultations for Older People During COVID-19*, "Prescriber", 32(3), s. 9–14.
- Bashshur R.L., Shannon G.W. 2009. *The Genesis of Telemedicine: 1870 to 1955*, [w:] *History of Telemedicine: Evolution, Context, Transformation*, red. R.L. Bashur, G.W. Shannon, Mary Ann Liebert, New Rochelle, s. 131–153.
- Benschoter R.A., Wittson C.L., Ingham C.G. 1965. *Teaching and Consultation by Television: I. Closed-Circuit Collaboration*, "Mental Hospitals", 16(3), s. 99–100.
- BioStat. 2021. *Sondaż „Zdrowie Polaków – telemedycyna w 2021”*, <https://www.biostat.com.pl/az-80-polakow-skorzystalo-w-2021-roku-z-uslug-telemedycznych.php> (dostęp: 10.03.2022).
- Doroszewska A., Kołodziejek A. 2021. *Motywowanie pacjentów do przestrzegania zaleceń*, [w:] *Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej*, red. A. Mastalerz-Migas, A.K. Jankowska, J. Barański, Edra Urban & Partner, Wrocław, s. 167–176.
- Gilbert A.W., Billany J.C.T., Adam R., Martin L., Tobin R., Bagdai Sh., Galvin N., Farr I., Allain A., Davies L., Bateson J. 2020. *Rapid Implementation of Virtual Clinics Due to COVID-19: Report and Early Evaluation of a Quality Improvement Initiative*, "BMJ Open Quality", 9(2), s. 1–8.
- Górski S. 2018. *Komunikacja w wywiadzie lekarskim*, [w:] *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, red. M. Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki, Medycyna Praktyczna, Kraków, s. 65–92.
- Greenhalgh T., Ladds E., Hughes G., Moore L., Wherton J., Shaw S.E., Papoutsis Ch., Wieringa S., Rosen R., Rushforth A., Rybczynska-Bunt S. 2022. *Why Do GPs Rarely*

- Do Video Consultations? Qualitative Study in UK General Practice*, "British Journal of General Practice", 72(718), s. e351–e360.
- Greis C., Zürcher Ch.M., Djamei V., Moser A., Lautenschlager S., Navarini A.A. 2018. *Unmet Digital Health Service Needs in Dermatology Patient*, "Journal of Dermatological Treatment", 29(7), s. 643–647.
- Heritage J., Robinson J.D., Elliott M.N., Beckett M., Wilkes M. 2007. *Reducing Patients' Unmet Concerns in Primary Care: The Difference One Word Can Make*, "Journal of General Internal Medicine", 22(10), s. 1429–1433.
- Jankowska A.K., Langrand Ch. 2021. *Telekonsultacje*, [w:] *Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej*, red. A. Mastalerz-Migas, A.K. Jankowska, J. Barański, Edra Urban & Partner, Wrocław, s. 23–24.
- Kocurek A., Kowalska B. 2018. *Zamykanie konsultacji*, [w:] *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, red. M. Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki, Medycyna Praktyczna, Kraków, s. 115–120.
- Koonin L.M., Hoots B., Tsang C.A., Leroy Z., Farris K., Jolly T., Antall P., McCabe B., Zelis C.B.R., Tong I., Harris A.M. 2020. *Trends in the Use of Telehealth During the Emergence of the COVID-19 Pandemic–United States*, "Morbidity and Mortality Weekly Report", 69(43), s. 1595–1599.
- Kurtz S., Silverman J., Benson J., Draper J. 2003. *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides*, "Academic Medicine", 78(8), s. 802–809.
- Landow S.M., Mateus A., Korgavkar K., Nightingale D., Weinstock M.A. 2014. *Tele dermatology: Key Factors Associated with Reducing Face-to-Face Dermatology Visits*, "Journal of American Academy of Dermatology", 71(3), s. 570–576.
- Mahdi S.S., Amenta F. 2016. *Eighty Years of CIRM: A Journey of Commitment and Dedication in Providing Maritime Medical Assistance*, "International Maritime Health", 67(4), s. 187–195.
- Nowina Konopka M. 2018. *Nadawanie struktury konsultacji*, [w:] *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, red. M. Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki, Medycyna Praktyczna, Kraków, s. 31–39.
- Petersson N.B., Jørgensen A.L., Danbjørg D.B., Dieperink K.B. 2020. *Video-Consulted Rounds with Caregivers: The Experience of Patients with Cancer*, "European Journal of Oncology Nursing", 21(46), 101763.
- Richardson B.R., Truter P., Blumke R., Russell T.G. 2017. *Physiotherapy Assessment and Diagnosis of Musculoskeletal Disorders of the Knee via Telerehabilitation*, "Journal of Telemedicine and Telecare", 23(1), s. 88–95.
- Roberts L.C., Osborn-Jenkins L. 2021. *Delivering Remote Consultations: Talking the Talk*, "Musculoskeletal Science and Practice", 52, 102275.
- Robins L., Witteborn S., Miner L., Mauksch L., Edwards K., Brock D. 2011. *Identifying Transparency in Physician Communication*, "Patient Education and Counseling", 83(1), s. 73–79.

- Robinson J.D., Heritage J. 2005. *The Structure of Patients' Presenting Concerns: The Completion Relevance of Current Symptoms*, "Social Science & Medicine", 61(2), s. 481–493.
- Roter D.L., Hall J.A. 1987. *Physicians' Interviewing Styles and Medical Information Obtained from Patients*, "Journal of General Internal Medicine", 2(5), s. 325–329.
- Sosa-Iudicissa M., Wootton R., Ferrer-Roca O. 2002. *History of Telemedicine*, [w:] *Handbook of Telemedicine*, red. O. Ferrer-Roca, M. Sosa-Iudicissa, OIS Press, Amsterdam, s. 15–18.
- Stalmach-Przygoda A. 2018. *Wyjaśnianie i planowanie*, [w:] *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, red. M. Nowina Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki, Medycyna Praktyczna, Kraków, s. 93–114.
- Takemura Y., Atsumi R., Tsuda T. 2007. *Identifying Medical Interview Behaviors that Best Elicit Information from Patients in Clinical Practice*, "The Tohoku Journal of Experimental Medicine", 213(2), s. 121–127.
- Tymińska J., Tymiński R., Kunecka K., Andrzejczak M. 2018. *Jak zwiększyć zadowolenie pacjentki z wizyty ginekologicznej?*, „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna”, 3(3), s. 103–111.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2020 poz. 849.
- WHO. 1998. *A Health Telematics Policy in Support of WHO's Health-for-All Strategy for Global Health Development: Report of the WHO Group Consultation on Health Telematics, 11–16 December, Geneva, 1997*, World Health Organization, Geneva.
- Zolnieriek K.B., Dimatteo M.R. 2009. *Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis*, "Medical Care", 47(8), s. 832–834.
- Zubrzycki J., Małecka-Massalska T. 2010. *Telemedycyna – medycyna i technika w walce o nasze zdrowie*, „Zdrowie Publiczne”, 120(4), s. 421–425.

ABSTRACT

Physician–patient communication during teleconsultation

Technological progress that took place over the centuries enabled gradual increase in telemedicine usage in providing health service to patients. Telemedicine was initially used by medical personnel, army or space sector. Now, with the Covid-19 pandemic outbreak and the necessity of teleconsultations, it is commonly used by patients and doctors all over the world. Undoubtedly, doctor–patient communication during teleconsultation differs from the one during face-to-face consultation. The awareness of those differences can lead to improvement of the quality of teleconsultations increasing both patients' safety and satisfaction.

KEY WORDS: telemedicine, teleconsultation, doctor–patient communication, patient perspective, communication skills

A B S T R A K T

Zasady komunikacji lekarza z pacjentem podczas telekonsultacji

Na przestrzeni wieków wraz z pojawianiem się kolejnych technologii telemedycyna stopniowo zyskiwała coraz szersze zastosowanie w udzielaniu pacjentom świadczeń zdrowotnych. Początkowo wykorzystywana była głównie na wewnętrzne potrzeby personelu medycznego, wojska czy sektora kosmicznego. Obecnie, wraz z nastaniem pandemii COVID-19 i koniecznością wprowadzenia konsultacji na odległość na szeroką skalę, z osiągnięć telemedycyny mogą powszechnie korzystać pacjenci i lekarze na całym świecie. Nie ulega wątpliwości, że komunikacja lekarza z pacjentem w trakcie telekonsultacji różni się od tej w trakcie konsultacji stacjonarnej. Poznanie tych różnic pozwoli podnieść jakość telekonsultacji, zwiększając zarówno bezpieczeństwo pacjentów, jak i poziom ich satysfakcji.

SŁOWA KLUCZOWE: telemedycyna, telekonsultacja, komunikacja lekarz – pacjent, perspektywa pacjenta, umiejętności komunikacyjne

Pomoce decyzyjne dla pacjentów w praktyce lekarskiej

Wstęp

Poprawa jakości opieki nad pacjentami może odbywać się poprzez wpływ na końcowy efekt leczniczy (tzn. zmniejszenie cierpienia, większą sprawność, lepszą jakość życia, wydłużenie życia) bądź uwzględnienie bardziej metafizycznego wymiaru tego procesu, czyli zwrócenie uwagi na to, jak w tym procesie odnajduje się pacjent. Poprawa jakości narzędzi terapeutycznych, skuteczności zabiegów czy dokładności badań diagnostycznych jest długotrwałym procesem badawczo-rozwojowym. Ten drugi, bardziej humanistyczny wymiar, najczęściej opisywany jest jako rozwijanie własnych kompetencji komunikacyjnych, względnie – empatycznego podejścia do pacjenta. I w tym obszarze mamy jednak walidowane narzędzia będące efektem prac badawczo-rozwojowych. Mają one wpływ na różne wymiary relacji lekarz – pacjent: poczucie sprawczości pacjenta, satysfakcję z podjętej decyzji, świadomość, stopień poinformowania, realistyczność oczekiwań. Wiedza na temat istnienia takich narzędzi, ich możliwego wykorzystania, skutków i ograniczeń może wspomóc praktyków w pracy klinicznej, a także badawczej – podczas samodzielnego tworzenia narzędzi pomocniczych. Celem tego rozdziału jest przybliżenie tematu pomocy decyzyjnych dla pacjentów (*patient decision aids*, PtDA), ich pochodzenia, założeń i możliwości.

Partnerski model relacji, *shared decision-making* i nieplanowana różnorodność

Dwa współcześnie dominujące modele relacji lekarz – pacjent to model paternalistyczny i model partnerski (z pewnymi wariantami, np. w Polsce upowszechniony jest model „opiekunczy”, będący hybrydą modeli paternalistycznego i partnerskiego; por. Doroszevska i in. 2022). Model partnerski zakłada, że lekarz i pacjent są partnerami w dążeniu do wspólnego celu – dbania o zdrowie pacjenta, zwalczania choroby, wykształcenia nawyków poprawiających jakość życia. W modelu tym lekarz przekazuje pacjentowi swoją wiedzę, a pacjent decyduje, czy i w jakim wymiarze chce z tej wiedzy skorzystać.

Od lat 70. XX w. coraz większą wagę przywiązuje się do autonomii pacjenta funkcjonującego w systemie ochrony zdrowia. W 1972 r. Robert Veatch, bioetyk związany z Uniwersytetem Georgetown, w raporcie na temat etyki w medycynie po raz pierwszy użył sformułowania *shared decision-making* (SDM), które na język polski tłumaczy się jako „wspólne podejmowanie decyzji”. W kolejnych dekadach pojęcie to było wielokrotnie przywoływane w literaturze przedmiotu, a stojące za nim założenie konieczności uwzględnienia perspektyw obu stron (lekarza i pacjenta) i działania na rzecz zdrowia w ramach współpracy, nie zaś jednostronnej decyzji, zyskiwało na znaczeniu. Przegląd literatury (Chewning i in. 2012) ukazuje znaczący wzrost zainteresowania pacjentów udziałem w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia. Badania prowadzone przed 2000 r. dowodzą, że w 50% analizowanych publikacji większość pacjentów zgłaszała chęć udziału w procesie decyzyjnym, podczas gdy po 2000 r. było to już 71% publikacji. Nie wiadomo, czy na nastawienie wobec angażowania się w proces decyzyjny mogą wpływać takie parametry, jak wiek, płeć itp. Możliwe, że młodszy wiek wiąże się z chętniejszym udziałem we wspólnym podejmowaniu decyzji (Keij i in. 2022). Bardziej jednoznaczne są wyniki dotyczące wpływu jednostek chorobowych, na które cierpią pacjenci. Jedno z badań wykazało, że odsetek pacjentów z potrzebą współdecydowania znacząco wzrósł wśród chorujących na nowotwory (z 62,5% przed 2000 r. do 85% po 2000 r.) i choroby przewlekłe (z 22% do 59%). Trend ten obecny był wprawdzie wśród wszystkich pacjentów, bez względu na chorobę, jednak nie był już tak silny (wzrost z 43% do 59%). Wśród osób poddawanych inwazyjnym procedurom medycznym odsetek chętnych do współdecydowania utrzymał się na porównywalnym poziomie –

choć już przed 2000 r. był bardzo wysoki (80% przed 2000 r. i 78% po 2000 r.; por. Chewning i in. 2012).

Równoległe do potrzeby wspólnego podejmowania decyzji zaobserwowana została „nieplanowana różnorodność” świadczonej opieki medycznej. W opisie tego zjawiska David M. Eddy (1984: 77–85) uwzględnił następujące elementy:

- osobnicze cechy pacjentów (np. rozwinięcie – lub nie – choroby pomimo stosowanych działań profilaktycznych);
- zróżnicowane umiejętności i wiedza personelu medycznego, wpływające na podjęcie decyzji o stosowanej procedurze i skuteczność leczenia;
- zróżnicowanie dostępnych działań: testy o różnej czułości i swoistości, diagnostyka przy użyciu alternatywnych badań (np. mammografia a USG piersi, badanie kału na krew utajoną a sigmoidoskopia itd.);
- częstość schorzeń (w przypadku chorób rzadszych trudniej o wyszkolenie personelu medycznego w zakresie diagnostyki i leczenia, ale także o ocenę stosowanych działań w perspektywie długoterminowej w wymiarze istotnym statystycznie);
- potrzeby pacjentów wynikające z wyznawanych przez nich wartości.

W literaturze opisywana jest mnogość decyzji podejmowanych w toku diagnostyki i leczenia – decyzji, które dotyczą pacjenta, nie lekarza, a które mimo to najczęściej są podejmowane samodzielnie przez lekarza. Eddy (1984) słusznie zauważył, że lekarz powinien mieć kompetencje, by ocenić, która metoda przy danym obrazie biomedycznym choroby może być najbardziej skuteczna czy najmniej ryzykowna, jednak z pewnością nie będzie on miał porównywalnego wglądu w potrzeby pacjenta czy w wyznawane przez niego wartości. Te elementy najlepiej zna sam pacjent. Ocena ryzyka związanego z procedurami medycznymi nie odbywa się bowiem na jednej płaszczyźnie, nie zamyka się w widełkach: niskie – wysokie. Każde działanie podejmowane w ramach leczenia niesie ze sobą różne ryzyka: zgonu, niepełnosprawności, dyskomfortu, hospitalizacji, oszpecającej blizny, krwawienia, poronienia, impotencji i in. Każde takie ryzyko (i korzyść, w razie jego niespełnienia) wymaga uwzględnienia tego, na czym pacjentowi najbardziej zależy. Można sobie przecież wyobrazić osobę, która powinna być hospitalizowana i zostać poddana operacji, ale jest jedynym opiekunem przewlekle chorego członka rodziny i niezbędną procedurę odwleka czy wręcz prosi o alternatywne rozwiązanie (rehabilitacja?,

farmakoterapia?). Można też pomyśleć o kimś, kto od wielu lat cierpi z powodu przewlekłego bólu i podróżuje na drugi koniec kontynentu, aby poddać się eksperymentalnemu zabiegowi o umiarkowanych dowodach działania i dużym ryzyku ciężkich powikłań.

Przy podejmowaniu decyzji należy uwzględnić różne potrzeby pacjenta: chęć przedłużenia życia lub poprawienia jego jakości, chęć uniknięcia potencjalnej utraty funkcji narządu lub całego układu, chęć ograniczenia wpływu ewentualnych powikłań na codzienne funkcjonowanie, samodzielność i samowystarczalność. Możliwe też, że osoba podejmująca decyzję stoi przed konfliktem ideologicznym lub religijnym. Zbyt często wybór postępowania, a zatem i konkretnych ryzyk bądź kompromisów, nie zostawia przestrzeni na uwzględnienie głosu najbardziej zainteresowanej osoby – pacjenta.

Shared decision-making nie ma jednoznacznej definicji i jest raczej zbiorem działań o wspólnych elementach praktycznych i filozoficznych niż precyzyjnym schematem postępowania. Z założenia w SDM lekarz jest osobą przedstawiającą pacjentowi dostępne opcje terapeutyczne, podczas gdy pacjent prezentuje lekarzowi swój system wartości, swoje potrzeby i obawy. Te dwie perspektywy są następnie wykorzystywane do utworzenia wspólnego planu, który dotyczy wyboru najbardziej adekwatnych w danej sytuacji opcji leczenia. Takie przedstawienie filozofii SDM może nadawać jej znamiona „transakcyjności”. Niektórzy badacze tej dziedziny (Tonelli, Sullivan 2019) zwracają uwagę na głęboko humanistyczny wymiar SDM. W związku z tym zarówno pacjent, jak i lekarz są postrzegani jako osoby, ludzie – a nie jedynie jako podmioty pełniące określone funkcje w systemie opieki medycznej. Zwraca się uwagę na konieczność nie tylko ograniczenia wywierania presji na pacjenta, aby wybrał słuszne (zdaniem lekarzy) postępowanie, lecz także poznania pacjenta jako osoby na tyle, aby być w stanie przedstawić mu wszystkie możliwości, posługując się językiem, który odpowiada na jego wartości, oczekiwania i obawy.

Na potrzeby dalszego omówienia pomocy decyzyjnych dla pacjentów w kontekście wspólnego podejmowania decyzji proponuję następującą definicję tego pojęcia:

Wspólne podejmowanie decyzji (*shared decision-making*, SDM) to możliwie najpełniejsze włączenie pacjenta – a zwłaszcza jego systemu wartości i potrzeb – w podejmowanie decyzji dotyczących jego zdrowia w ramach przedstawionych przez eksperta (tu: lekarza) możliwych opcji diagnostyczno-terapeutycznych,

przy uwzględnieniu jego eksperckiej wiedzy na temat potencjalnych korzyści i ryzyk wiążących się z poszczególnymi rozwiązaniami i ich wpływu na wartości i potrzeby pacjenta.

Shared decision-making na tle znanych modeli relacji lekarz – pacjent sytuuje się pomiędzy tym modelem, w którym cała decyzyjność spoczywa w rękach lekarza (model paternalistyczny), a tym, w którym pacjent decyduje, a lekarz jest wyłącznie dostawcą „usługi”, bez względu na faktyczną zasadność czy nawet bezpieczeństwo wybranego przez pacjenta postępowania (model konsumpcjonistyczny). W ramach SDM pacjent ma możliwość podjęcia przemyślanej decyzji, która wynika ze świadomości nie tylko pojedynczego ryzyka powodzenia lub niepowodzenia proponowanego postępowania, lecz także całego spektrum ryzyk osadzonych w domenach różnych wartości, równocześnie nie będąc pozostawionym bez ekspertyzy lekarza, pomagającego rozpoznać potencjalne rozwiązania i wskazać te najbardziej spójne z systemem wartości pacjenta.

Początki pomocy decyzyjnych

Pojęcie analizy decyzyjnej jako pokrewne pojęciu pomocy decyzyjnych pojawia się w literaturze naukowej od lat 60. XX w. (Rubel 1968). Na początku dotyczyło ono przede wszystkim narzędzi pomagających lekarzom, nie pacjentom, przeanalizować ryzyka wynikające z potencjalnych działań diagnostycznych czy terapeutycznych. W 1979 r. Barbara McNeil i Stephen Pauker z Harvard Medical School opisali narzędzie mające pomóc lekarzom w podjęciu decyzji dotyczącej postępowania u pacjentów chorujących na nowotwory wywodzące się z drzewa oskrzelowego. Oprócz przygotowania narzędzi umożliwiających analizę ryzyk dla poszczególnych przypadków uwzględniających przebieg kliniczny choroby, McNeil i Pauker poprosili pacjentów także o ocenę chęci do podjęcia ryzyka związanego z operowaniem guza. Pacjenci oceniali, na ile byliby skłonni podjąć ryzyko inwazyjnej operacji (dającej szansę na dłuższe życie, ale także oznaczającej dość istotne ryzyko śmierci podczas zabiegu chirurgicznego lub w czasie okołoperacyjnym), a na ile woleliby zaniechać radykalnego leczenia i przeżyć pozostały im czas ze świadomością, że choroby nie uda się wyleczyć. Oceniane ryzyko dotyczyło perspektywy pewności krótszego życia z powodu choroby lub ryzyka zgonu podczas zabiegu chirurgicznego, gdyby ten się nie powiódł. To podejście dało pacjentom głos w ważnej

ona sukcesem, nadal możliwe jest, że rozwiną się u niego powikłania (wynikające z choroby wymuszającej wykonanie zabiegu chirurgicznego, z samego procesu operowania, z pobytu w szpitalu, który może wiązać się ze specyficznymi zakażeniami). Pacjent poddany wycięciu odcinka jelita grubego, w którym znajduje się zmiana nowotworowa, przez pewien czas – lub na stałe – będzie miał wylonioną stomię, umożliwiającą odprowadzanie treści kałowej do sztucznie wytworzonej przestrzeni. Tyroidektomia, czyli usunięcie tarczycy, oznacza, że do końca życia, dzień w dzień, konieczne będzie przyjmowanie syntetycznego hormonu tarczycy. Nawet przy pełnym powodzeniu leczenia w miejscu cięć pozostaną blizny. A to może być dla pacjenta okolicznością nie do zaakceptowania.

Lekarz, choćby najlepszy specjalista, nie będzie ponosił konsekwencji związanych z wdrożeniem takiego czy innego postępowania. Nie ma też pełnej wiedzy co do systemu wartości pacjenta – nie wie, które ryzyko jest dla pacjenta nieakceptowalne, a które – godne rozważenia. Podjęcie decyzji obciążonej ryzykiem musi zatem uwzględniać hierarchię wartości i potrzeb pacjenta. Aby decyzja podejmowana przez pacjenta była świadoma, niezbędne jest przedstawienie mu opcji, jakie ma do wyboru, i poznanie jego systemu wartości i potrzeb.

Informacja na temat dostępnych opcji terapeutycznych

Z publikacji Jane Ogden, Emmy Daniells i Julie Barnett (2008) wynika, że podejście pacjentów do podejmowania decyzji jest dużo bliższe stwierdzeniu „Chcę mieć wybór” niż „Chcę wybierać”. Oznacza to, że pacjenci chcą przede wszystkim być informowani o opcjach diagnostyczno-terapeutycznych, natomiast przy podejmowaniu decyzji na znaczeniu zyskuje wsparcie lekarza. Jak zatem informować, aby działanie to spełniało swoją funkcję?

Lekarze mogą liczyć na gotowy algorytm postępowania, przynajmniej dla najczęstszych schorzeń: *jeśli dzieje się X, zrób Y. Jeśli wynik badania wynosi Z, włącz lek A w dawce B*. Wytyczne leczenia chorób najczęściej szczegółowo opisują warunki, w jakich można włączyć daną terapię. Uwzględniane są także alternatywne sposoby postępowania, jeśli leczenie pierwszego rzutu (czyli wprowadzone jako pierwsze, domyślnie zalecane) zawiedzie lub z jakichś przyczyn od początku nie jest możliwe. W takich wytycznych postępowanie farmakologiczne jest szczegółowo rozpisane, a grupy leków są porównane pod kątem skuteczności dla różnych grup chorych

Rysunek 1. Początek przykładowej PtDA na temat leczenia trądziku. W kolejnych krokach można zapoznać się z możliwościami leczenia, przemyśleć swój system wartości, ustalić potencjalne kompromisy i podjąć decyzję



Źródło: InforMED b.d.

Rysunek 2. Tłumaczenie rysunku 1 na język polski

Witaj w Pomocy Decyzyjnej na temat Trądziku

Ta pomoc decyzyjna zawiera sześć kroków, które poprowadzą Cię przez proces wyboru tej opcji terapeutycznej, która najbardziej Ci odpowiada



Źródło: opracowanie własne na podstawie: InforMED b.d.

(w różnym wieku, z różnym poziomem zaawansowania choroby podstawowej, pod kątem chorób towarzyszących). Podane są także najczęstsze działania niepożądane i powikłania terapii. Lekarze, mając tę wiedzę, mogą uznać, że nie ma potrzeby proponować pacjentowi różnych rozwiązań. Jeśli będą mieli leczyć nadciśnienie tętnicze u otyłego młodego mężczyzny bez przyspieszonego tętna, rzadko zaczną od leków z grupy beta-adrenolityków, które mogą wywoływać problemy z potencją. Z kolei w przypadku starszej osoby z nadciśnieniem tętniczym i cukrzycą relatywnie szybko włączony zostanie indapamid, który w badaniach okazał się lekiem bardzo skutecznym dla tej grupy chorych, wywierającym korzystny wpływ na ogólny stan zdrowia przy chorobach współwystępujących. Chociaż oba te typy leków mogą być stosowane w leczeniu nadciśnienia tętniczego jako leki pierwszego rzutu, jest mało prawdopodobne, że pacjent, któremu chcemy włączyć leczenie, otrzyma od lekarza informację na temat wszystkich dostępnych grup leków, wskazań do ich stosowania i możliwych działań niepożądanych. Realnie nie byłoby to wykonalne, jeśli weźmie się pod uwagę mnogość rozwiązań do przedstawienia pacjentowi i ograniczony czas trwania wizyty lekarskiej. Wykorzystanie odpowiedniej pomocy decyzyjnej umożliwia przedstawienie dostępnych opcji poprzez wskazanie, które z nich w kontekście konkretnego pacjenta są najbardziej wskazane i potencjalnie korzystne. Użycie narzędzia, które dodatkowo można później pozostawić pacjentowi, gdyby potrzebował więcej czasu na przemyślenie dalszego postępowania, umożliwia efektywniejsze wykorzystanie dostępnego czasu – pozwala omówić z pacjentem rozwiązania najbardziej istotne z perspektywy konkretnego przypadku, ale nie pozostawia go bez wiedzy na temat wszystkich potencjalnych opcji.

Wartości i preferencje pacjenta

Kiedy myśli się o pomocach decyzyjnych dla pacjentów, można zauważyć liczne podobieństwa do dobrze znanych informatorów, czyli materiałów przeznaczonych dla pacjentów przekazujących wiedzę teoretyczną, praktyczną i/lub organizacyjną na temat danej choroby, sposobu leczenia czy badań diagnostycznych. Tego typu materiały w formie ulotek, książeczek czy biuletynów są szeroko rozpowszechnione i dostępne w gabinetach lekarskich, na oddziałach szpitalnych, w aptekach i innych placówkach medycznych. Czym różnią się one od pomocy decyzyjnych dla pacjentów? Aby materiał informujący o możliwych rozwiązaniach danego problemu

zdrowotnego był pomocą pacjencą, konieczne jest, aby uwzględnił system wartości pacjenta i preferencje związane z leczeniem.

Pomoce decyzyjne dla pacjentów skłaniają do odpowiedzi na następujące pytania:

- Na jakie aspekty funkcjonowania chorego dane rozwiązanie może wywrzeć wpływ?
- Czy proponowana terapia częściej wywołuje np. nudności, senność bądź drażliwość?
- Czy postępowanie oznacza większe ryzyko np. wzrostu masy ciała, wywołania choroby trzustki?
- Czy leczenie jest czasochłonne, wymaga częstych pobytów w szpitalu?
- Czy będzie wiązać się z oszpeceniem?
- Czy zwiększa ryzyko nagłego zgonu?

Każdy z tych i im podobnych parametrów będzie postrzegany inaczej przez różnych pacjentów. Samotny ojciec bez wsparcia osoby, która mogłaby zająć się jego dzieckiem, będzie za wszelką cenę chciał uniknąć pobytu w szpitalu. Aktywna zawodowo businesswoman z grafikiem pełnym spotkań i deadline'ów mniej chętnie zdecyduje się na lek, który może wywoływać senność i otumanienie. Ktoś, dla kogo wygląd zewnętrzny jest podstawą poczucia własnej wartości, chętniej może wybrać takie postępowanie, które nie będzie skutkować widocznymi na ciele bliznami, nawet jeśli będzie mieć inne, dokuczliwe skutki.

Pomoce decyzyjne dla pacjentów mają za zadanie skonfrontować wartości i preferencje pacjenta z tym, co z różnym prawdopodobieństwem może wyniknąć z wybrania danego postępowania. Ale to nie wszystko – ich zadaniem jest także pobudzić pacjenta do refleksji nad swoimi wartościami i potrzebami. Mało który pacjent przyjdzie na konsultację z lekarzem pewien tego, na co może się zgodzić, a co z pewnością nie wchodzi w grę. Wyraźne zaznaczenie, jakie kompromisy wynikają z określonego postępowania, daje przestrzeń do rozważenia, co tak naprawdę jest ważne dla danej osoby, z czego z pewnością nie zrezygnuje, a w których obszarach jest bardziej skłonna do podjęcia ryzyka.

Pomoce decyzyjne zwiększają sprawczość i świadomość pacjenta oraz pokazują, że jest więcej istotnych wskaźników opieki nad pacjentem niż tylko skuteczność biomedyczna interwencji. Korzystanie z tych narzędzi jest przez to działaniem humanizującym opiekę nad pacjentem. Do funkcji pomocy decyzyjnych należy zaliczyć:

- przedstawienie informacji dotyczących możliwych opcji diagnostycznych i terapeutycznych;
- wywołanie u pacjenta refleksji na temat własnych wartości i preferencji związanych z diagnostyką i leczeniem;
- pomoc pacjentowi w komunikowaniu wyznawanych wartości i potrzeb;
- uwzględnienie wyznawanych przez pacjenta wartości w kontekście możliwych opcji terapeutycznych.

Ponieważ PtDA mają ułatwiać pacjentowi rozpoznanie dostępnych możliwości, konieczne jest takie ich przygotowanie pod względem treści i formy, aby były dla pacjenta przystępne. Oto podstawowe zalecenia dotyczące tego, co i w jaki sposób powinno zostać uwzględnione w pomocy dla pacjentów:

- opis możliwych opcji leczniczych wraz z ich potencjalnymi konsekwencjami: korzystnymi, niekorzystnymi i niepewnymi;
- treści wyrażone niespecjalistycznym, zrozumiałym dla pacjenta językiem;
- treści zaprezentowane z użyciem technik sprzyjających rozumieniu i przedstawiające realistyczną ocenę ryzyka (np. za pomocą infografik, wykresów Catesa);
- treści sformułowane w taki sposób, aby nie ulegało wątpliwości, że w podejmowaniu decyzji istotne są wartości wyznawane przez pacjenta oraz jego preferencje;
- „kompromisy” – wyjaśnienie, jakie rozwiązania mogą być bardziej lub mniej pożądane w przypadku wyznawanych przez pacjenta konkretnych wartości, zgłaszanych potrzeb i preferencji.

Kontrola jakości

Pomoce decyzyjne powstają oddolnie, opracowywane są przez ekspertów z poszczególnych dziedzin. Mogą być przygotowywane przez klinicystów w celu zaspokojenia potrzeb zaobserwowanych podczas własnej praktyki, mogą być także zamawiane przez instytucje, żeby odpowiedzieć na potrzeby obsługiwanych przez nie społeczności, mogą powstawać na skutek badań prowadzonych przez zespoły badawcze czy doświadczeń osób zrzeszonych w ramach instytucji pozarządowych. Pojęcie pomocy decyzyjnych dla pacjentów nie jest chronione prawnie, przed włączeniem do użycia nigdy nie były one poddawane certyfikacji. Biblioteki pomocy decyzyjnych dostępnych

na świecie (głównie w języku angielskim) stale powiększają swoje zbiory (zob. np. The Ottawa Hospital 2022). Powstała zatem potrzeba oceny ich jakości i stopnia, w jakim spełniają swoje założenia. W 2003 r. powołano stowarzyszenie badaczy, praktyków i innych ciał zaangażowanych w opiekę nad pacjentami, International Patient Decision Aids Standards Collaboration (IPDAS 2019), którego celem była kontrola merytorycznej i celowej wartości oraz skuteczności powstających pomocy decyzyjnych dla pacjentów. W 2006 r. IPDAS utworzyło listę kontrolną zawierającą 74 pozycje, na podstawie których można ocenić, czy dana pomoc decyzyjna spełnia swoją funkcję pod względem technicznym oraz ideologicznym. W kolejnych latach pojawiły się także warianty pierwotnej listy kontrolnej, z mniejszą liczbą kryteriów, które zostały określone jako „minimalne”. Parametry wewnątrz list kontrolnych podzielone są na trzy kategorie: kryteria kwalifikujące, kryteria certyfikujące i kryteria jakości (od najbardziej podstawowych po najbardziej odpowiadające założeniom PtDA).

Korzyści ze stosowania pacjenckich pomocy decyzyjnych

Według różnych badań stosowanie pomocy decyzyjnych dla pacjentów może wpływać na czas trwania konsultacji w przychodni – wizyta prowadzona przy wykorzystaniu tego narzędzia najczęściej była dłuższa przeciętnie o jedną do trzech minut, chociaż w niektórych badaniach jego użycie skracало całkowity czas konsultacji (Dobler i in. 2019). Przy stałym niedoborze personelu medycznego te trzy minuty mają dużą wartość. Co można zyskać, korzystając z takich narzędzi? Systematyczny przegląd publikacji na ten temat (Coronado-Vázquez i in. 2020) pozwala wyróżnić następujące korzyści dla pacjenta:

- pacjenci mają większą wiedzę na temat dostępnych opcji (wysoka jakość dowodów);
- pacjenci czują się lepiej poinformowani i bardziej pewni tego, co jest dla nich najbardziej istotne (wysoka jakość dowodów);
- pacjenci mają prawdopodobnie bardziej odpowiadające rzeczywistości oczekiwania w kontekście potencjalnych zysków i ryzyka (średnia jakość dowodów);
- pacjenci prawdopodobnie w większym stopniu biorą udział we wspólnym podejmowaniu decyzji (średnia jakość dowodów);
- możliwe, że pacjenci podejmują decyzje, które są spójne z wyznaczanymi przez nich wartościami (niska jakość dowodów).

Jednoznaczne wykazanie, że użycie pomocy pacjenckich zwiększa wiedzę pacjentów oraz ich poczucie pewności własnych priorytetów w kontekście wyborów zdrowotnych, jest bardzo istotnym argumentem za używaniem takich narzędzi. Duża szansa na silniejsze osadzenie w realiach potencjalnych skutków decyzji świadczy o większej świadomości przy jej podejmowaniu – to dodatkowo może wpływać na późniejszy komfort i utrzymanie dobrej relacji między lekarzem a pacjentem, bez względu na powodzenie procesu diagnostyczno-leczniczego.

Stosowanie pomocy decyzyjnych dla pacjentów ma też bezpośredni wpływ na konkretne sytuacje kliniczne. Okazuje się, że pacjenci, którzy korzystają z takich narzędzi, podejmują inne decyzje niż pozostali chorzy. Oto kilka przykładów wyborów dokonywanych przez pacjentów używających omawianych pomocy:

- rzadziej decydują się na screening (badanie przesiewowe) w kierunku raka prostaty za pomocą badania stężenia PSA (Sheridan i in. 2012), które obecnie jest oceniane niejednoznacznie w kontekście wartości jako badania przesiewowego (Bunting 2002);
- rzadziej stosują antybiotykoterapię w infekcjach górnych dróg oddechowych (Légaré i in. 2012), co korzystnie wpływa na zdrowie publiczne, gdyż zmniejsza antybiotykoodporność bakterii;
- rzadziej wybierają inwazyjne, planowe operacje, np. w ramach leczenia choroby zwyrodnieniowej, zamiast tego wdrażają postępowanie zachowawcze, takie jak rehabilitacja, farmakoterapia, zmiany stylu życia (Patel i in. 2014).

W przypadku decyzji związanych z operowaniem wykryto odstępstwo od tej reguły – wykorzystanie opisywanych narzędzi częściej skłania pacjentki predysponowane genetycznie do zachorowania na nowotwór piersi do poddania się profilaktycznej mastektomii (Krassuski i in. 2019). Równocześnie pacjenci częściej podejmują takie leczenie cukrzycy, które ma korzystny wpływ nie tylko na poziom glukozy we krwi, lecz także na ryzyko sercowo-naczyniowe przy współwystępujących chorobach układu krążenia (Karagiannis i in. 2016). Częściej też decydują się na screening w kierunku raka jelita grubego i odbytu, czyli badania takie jak kolonoskopia, które nie są uznawane za komfortowe (Reuland i in. 2017). Ponadto zarówno pacjenci, jak i lekarze korzystający z pacjenckich pomocy decyzyjnych wykazywali większą wiedzę na temat depresji i cukrzycy typu 2 oraz lepsze rozumienie ryzyka zawału mięśnia sercowego w ciągu 10 lat u pacjentów stosujących

farmakoterapię statynami oraz pacjentów, którzy tych leków nie przyjmują (Coronado-Vázquez i in. 2020).

Ponadto zbadano wpływ stosowania PtDA na inne parametry, takie jak satysfakcja pacjenta z dokonanego wyboru lub koszty interwencji. Pacjenci zgłaszali zwiększoną satysfakcję z wybranego leczenia w depresji, redukowaniu ryzyka sercowo-naczyniowego oraz przy użyciu statyn we współistniejącej cukrzycy (Coronado-Vázquez i in. 2020). Nie jest to zaskakujące – w psychologii znane jest zjawisko większego zadowolenia z podjętego działania, jeśli miało się udział w wybieraniu sposobu postępowania przy odpowiednim jego zrozumieniu. Możliwy jest także odmienny skutek – w jednym z badań pacjenci chorujący na zwyrodnienie kręgosłupa byli mniej usatysfakcjonowani z końcowego efektu leczenia, które wybrali przy asyście pomocy pacjenckiej, niż ci, których leczenie ustalane było metodą tradycyjną (Patel i in. 2014). Jakkolwiek liczne badania pokazują, że wykorzystanie pomocy decyzyjnych najczęściej zwiększa satysfakcję pacjentów (Coronado-Vázquez i in. 2020), trzeba pamiętać, że nie jest to skutek występujący bezwzględnie. Z tego powodu istotne są: korzystanie z narzędzi zwalidowanych, pozytywnie zaopiniowanych oraz – przy stosowaniu narzędzi nowych – zwracanie uwagi na późniejsze skutki w wielu wymiarach: skuteczności danego leczenia, poczucia sprawczości, jakości życia oraz satysfakcji pacjenta, a także kosztowej efektywności interwencji.

Okazuje się, że stosowanie pomocy decyzyjnych może też zmniejszyć ponoszone przez pacjentów lub system ochrony zdrowia finansowe koszty leczenia. Same końcowe efekty leczenia w grupach, wobec których zastosowano wspomniane narzędzia i w których nie były one używane, były jednakowe pod kątem lęku, ogólnego stanu zdrowia i przebiegu choroby podstawowej (Coronado-Vázquez i in. 2020).

Poza wspomnianym wcześniej poziomem satysfakcji wykazany w badaniu prowadzonym na grupie osób chorujących na zwyrodnienie kręgosłupa (Patel i in. 2014) nie wykazano, aby stosowanie PtDA miało jakiegokolwiek działania niepożądane i negatywnie wpływało na przebieg diagnostyki i leczenia choroby podstawowej (Coronado-Vázquez i in. 2020).

Przyszłość pacjenckich pomocy decyzyjnych

Jak wspomniano wcześniej, bazy katalogujące pomoce decyzyjne dla pacjentów są stale rozbudowywane. Dominują wśród nich narzędzia anglojęzyczne, choć rośnie liczba pomocy tworzonych w innych językach lub

narzędzi tłumaczonych. W tym drugim przypadku pomoc można uzyskać od IPDAS, które udostępniło wytyczne dotyczące tłumaczenia PtDA.

W okresie przygotowywania tego tekstu wpisanie w popularne wyszukiwarki internetowe haseł „pomoce decyzyjne” czy „pomoc decyzyjna” nie skutkowało ani jednym wynikiem polskojęzycznym. Nie znaczy to, że takie narzędzia nie powstają – można się spodziewać, że narzędzia spełniające kryteria pomocy decyzyjnych dla pacjentów są opracowywane w różnych ośrodkach, jednak brakuje łatwego dostępu do nich – bazy międzynarodowe nie notują aktualnie narzędzi polskojęzycznych. Nie ma też polskiego odpowiednika repozytorium, które umożliwiałoby zebranie takich narzędzi w jednym miejscu i udostępnienie ich wszystkim zainteresowanym.

Przestrzeń do doskonalenia w tym obszarze – przez tworzenie własnych lub tłumaczenie i dostosowywanie do polskich warunków już istniejących pomocy pacjenckich – jest zatem ogromna. Ważnym zadaniem byłoby także zebranie ich w miejscach dostępnych dla praktykującego personelu medycznego. Dzięki korzystaniu z takiej biblioteki przedstawiciele personelu medycznego będą mogli włączać poszczególne narzędzia do swojej praktyki klinicznej i w ten sposób, relatywnie niewielkim kosztem kilku minut, zredukować ryzyko postępowania niezgodnego z wolą i wartościami pacjenta, zwiększyć satysfakcję i poziom wyedukowania swój i pacjentów oraz zmniejszyć ekonomiczne koszty stosowanego leczenia. Wdrożenie takiego postępowania wydaje się bardzo pożądane – łączy korzyści dla pacjenta, lekarza i systemu, a także jest kolejnym elementem budowania nowoczesnej, humanistycznej opieki zdrowotnej.

Bibliografia

- Bunting P.S. 2002. *Screening for Prostate Cancer with Prostate-Specific Antigen: Beware the Biases*, “Clinica Chimica Acta: International Journal of Clinical Chemistry”, 315(1–2), s. 71–97.
- Chewning B., Bylund C.L., Shah B., Arora N.K., Gueguen J.A., Makoul G. 2012. *Patient Preferences for Shared Decisions: A Systematic Review*, “Patient Education and Counseling”, 86(1), s. 9–18.
- Coronado-Vázquez V., Canet-Fajas C., Delgado-Marroquín M.T., Magallón-Botaya R., Romero-Martín M., Gómez-Salgado J. 2020. *Interventions to Facilitate Shared Decision-Making Using Decision Aids with Patients in Primary Health Care: A Systematic Review*, “Medicine (Baltimore)”, 99(32), e21389.
- Dobler C.C., Sanchez M., Gionfriddo M.R., Alvarez-Villalobos N.A., Singh Ospina N., Spencer-Bonilla G., Thorsteinsdottir B., Benkhadra R., Erwin P.J., West C.P.,

- Brito J.P., Murad M.H., Montori V.M. 2019. *Impact of Decision Aids Used During Clinical Encounters on Clinician Outcomes and Consultation Length: A Systematic Review*, "British Medical Journal Quality & Safety", 28(6), s. 499–510.
- Doroszewska A., Denkiewicz L., Ochremiak J., Orczykowska W., Szczepanek M., Jankowska A.K., Pasierski T., Wojnar M. 2022. *Strategia Dobre Relacje Personelu Medycznego z Pacjentami*, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Akademia Komunikacji Medycznej, Warszawa, <https://akademiakomunikacjimedycznej.pl/wp-content/uploads/2022/05/Strategia-Dobre-relacje-personelu-medycznego-z-pacjentami-executive-summary.pdf> (dostęp: 7.02.2023).
- Drug and Therapeutics Bulletin. 2013. *An Introduction to Patient Decision Aids*, "British Medical Journal", 347, f4147.
- Eddy D.M. 1984. *Variations in Physician Practice: The Role of Uncertainty*, "Health Affairs", 3(2), s. 74–89.
- InforMED. b.d. *Welcome to the Acne Decision Aid*, <https://www.informed-decisions.org/acnepda.php> (dostęp: 22.08.2022).
- IPDAS [International Patient Decision Aid Standards]. 2019. <http://ipdas.ohri.ca/> (dostęp: 22.08.2022).
- Jarosz M.J., Kawczyńska-Butrym Z., Włoszczak-Szubzda A. 2012. *Modele komunikacyjne relacji lekarz-pacjent-rodzina*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 18(3), s. 212–218.
- Joseph-Williams N., Newcombe R., Politi M., Durand M.A., Sivell S., Stacey D., O'Connor A., Volk R.J., Edwards A., Bennett C., Pignone M., Thomson R., Elwyn G. 2014. *Toward Minimum Standards for Certifying Patient Decision Aids: A Modified Delphi Consensus Process*, "Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making", 34(6), s. 699–710.
- Karagiannis T., Liakos A., Branda M.E., Athanasiadou E., Mainou M., Boura P., Goulis D.G., LeBlanc A., Montori V.M., Tsapas A. 2016. *Use of the Diabetes Medication Choice Decision Aid in Patients with Type 2 Diabetes in Greece: A Cluster Randomised Trial*, "British Medical Journal Open", 6(11), e012185.
- Keij S.M., Boer J.E. de, Stiggelbout A.M., Bruine de Bruin W., Peters E., Moaddine S., Kunneman M., Pieterse A.H. 2022. *How Are Patient-Related Characteristics Associated with Shared Decision-Making about Treatment? A Scoping Review of Quantitative Studies*, "British Medical Journal Open", 12(5), e057293.
- Krassuski L., Vennedey V., Stock S., Kautz-Freimuth S. 2019. *Effectiveness of Decision Aids for Female BRCA1 and BRCA2 Mutation Carriers: A Systematic Review*, "BMC Medical Informatics and Decision Making", 19(1), 154.
- Légaré F., Labrecque M., Cauchon M., Castel J., Turcotte S., Grimshaw J. 2012. *Training Family Physicians in Shared Decision-Making to Reduce the Overuse of Antibiotics in Acute Respiratory Infections: A Cluster Randomized Trial*, "CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne", 184(13), s. E726–E734.

- McNeil B.J., Pauker S.G. 1979. *The Patient's Role in Assessing the Value of Diagnostic Test*, "Radiology", 132(3), s. 605–610.
- Ogden J., Daniells E., Barnett J. 2008. *The Value of Choice: Development of a New Measurement Tool*, "The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners", 554(58), s. 614–618.
- Patel S., Ngunjiri A., Hee S.W., Yang Y., Brown S., Friede T., Griffiths F., Lord J., Sandhu H., Thistlethwaite J., Tysall C., Underwood M. 2014. *Primum non nocere: Shared Informed Decision Making in Low Back Pain – A Pilot Cluster Randomised Trial*, "BMC Musculoskeletal Disorders", 15, 282.
- Reuland D.S., Brenner A.T., Hoffman R., McWilliams A., Rhyne R.L., Getrich C., Tapp H., Weaver M.A., Callan D., Cubillos L., Urquieta de Hernandez B., Pignone M.P. 2017. *Effect of Combined Patient Decision Aid and Patient Navigation vs Usual Care for Colorectal Cancer Screening in a Vulnerable Patient Population: A Randomized Clinical Trial*, "JAMA Internal Medicine", 177(7), s. 967–974.
- Rubel R.A. 1968. *Decision Analysis: A Mathematical Aid for Clinical Decisions*, "Medical Times", 96(10), s. 1033–1040.
- Sheridan S.L., Golin C., Bunton A., Lykes J.B., Schwartz B., McCormack L., Driscoll D., Bangdiwala S.I., Harris R.P. 2012. *Shared Decision Making for Prostate Cancer Screening: The Results of a Combined Analysis of Two Practice-Based Randomized Controlled Trials*, "BMC Medical Informatics and Decision Making", 12, 130.
- Stacey D., Légaré F., Lewis K., Barry M.J., Bennett C.L., Eden K.B., Holmes-Rovner M., Llewellyn-Thomas H., Lyddiatt A., Thomson R., Trevena L. 2017. *Decision Aids for People Facing Health Treatment or Screening Decisions*, "The Cochrane Database of Systematic Reviews", 4(4), CD001431.
- The Ottawa Hospital. 2022. *Patient Decision Aids*, <https://decisionaid.ohri.ca/> (dostęp: 22.08.2022).
- Tonelli M.R., Sullivan M.D. 2019. *Person-Centred Shared Decision Making*, "Journal of Evaluation in Clinical Practice", 25(6), s. 1057–1062.

ABSTRACT

Patient decision aids in clinical practice

Patient decision aids are used when informing a patient of their therapeutic options in case of a new diagnosis or progression. They contain information on proposed diagnostic procedures or treatments as well as their possible adverse reactions, complications, and risks. Their uniqueness lies in taking into account the patient's perspective – especially their values, needs and preferences in regard to each option – and considering them not only for the chance of success or risk of failure, but also for the impact they make on other, potentially important parameters such as the quality of life, risk of specific complications or risk of

influencing an important aspect of a patient's life. Patient decision aids are part of shared decision-making approach, which means collaboration between a doctor and a patient in order to create a treatment plan. These tools were tested in multiple studies and are evaluated in regard to conforming to standards and quality indicators. They were proven to have no negative impact on the process and outcomes of treatments.

KEY WORDS: patient decision aids, shared decision-making, patient-centered medicine, relationship-building, patient's perspective, informed choice

ABSTRAKT

Pomoce decyzyjne dla pacjentów w praktyce lekarskiej

Pomoce decyzyjne to narzędzia wykorzystywane przy przekazywaniu pacjentowi informacji na temat możliwych do podjęcia działań w przypadku diagnozy lub postępu choroby. Zawarte w nich informacje obejmują proponowane postępowania diagnostyczne lub terapeutyczne oraz ich możliwe działania niepożądane, powikłania i ryzyka. Ich szczególną wartością jest uwzględnienie perspektywy pacjenta, a szczególnie jego systemu wartości, potrzeb i preferencji w kontekście każdej z opcji oraz rozpatrywanie ich pod kątem nie tylko całościowej szansy powodzenia czy ryzyka niepowodzenia, lecz także wpływu na inne, potencjalnie istotne dla pacjenta parametry, takie jak jakość życia, ryzyko konkretnych powikłań czy wpływu na pewne aspekty życia. Pacjenckie pomoce decyzyjne wpisują się w praktyki wspólnego podejmowania decyzji (*shared decision-making*), czyli ustalania planu postępowania w ramach współpracy między lekarzem i pacjentem. Narzędzia te zostały poddane licznym badaniom i podlegają ocenie pod względem spełniania kryteriów minimalnych i jakości. Udowodniono, że nie mają negatywnego wpływu na proces i efekty leczenia.

SŁOWA KLUCZOWE: pacjenckie pomoce decyzyjne, wspólne podejmowanie decyzji, model partnerski, budowanie relacji, perspektywa pacjenta, świadoma zgoda

Profesjolekt pielęgniarek nefrologicznych – analiza semantyczna i słowotwórcza

Szybki rozwój medycyny i nauk pokrewnych doprowadził do ukształtowania się bardzo wyspecjalizowanego języka medycznego. Powstały hermetyczne grupy posługujące się sformułowaniami, które w poszczególnych dziedzinach medycyny mają jednakowe znaczenie, ale różne formy (np. *pomiar glikemii, cukry glikemii, cukier, cukierek*). Na skutek pojawienia się nowych wyrażen synonimicznych odnoszących się do terminów ogólnomedycznych ukształtowały się nowe zespoły jednostek językowych rozumiane w ramach wyodrębnionej grupy zawodowej, a z czasem – wąskich specjalizacji medycznych takich jak kardiologia, chirurgia, nefrologia. W obrębie tych specjalizacji powstało również słownictwo charakterystyczne dla określonych zawodów medycznych, co mogło mieć wpływ także na kształtowanie się profesjolektu pielęgniarstwa nefrologicznego.

Pojęcie profesjolektu i stan badań

Obecność zawodowych odmian języka w polszczyźnie jako pierwszy dostrzegł Zenon Klemensiewicz (1953: 38), według którego: „Zawodowa odmiana języka rozwija się na podłożu mniej lub więcej izolowanej grupy społecznej, określonej wspólnymi interesami i wspólną działalnością zawodową, najrozmaitszego rodzaju”. Według uczonego odmiany zawodowe dostarczają profesjonalistom specjalnych środków językowych potrzebnych do wewnętrznego porozumienia, a ponadto to właśnie specyfika pracy oraz kontakty zawodowe kształtują język członków grupy. Omawiane odmiany polszczyzny mają charakter fakultatywny i marginesowy, co wiąże się ze specyficznymi okolicznościami posługiwania się

nimi (zob. Klemensiewicz 1953: 39). Są inne od języków artystycznego, naukowego i normatywno-dydaktycznego oraz regionalnej gwary wiejskiej lub miejskiej, które Klemensiewicz (1953: 41) nazywa językami czy odmianami „zasadniczymi”. Badacz zauważył ponadto, że: „Zarówno terminologia zawodowa, jak użycie wyrazów potocznie znanych w innym specyficznym znaczeniu są rezultatem refleksyjnej, umyślnej, umownej działalności językowej użytkowników języka zawodowego i gwary zawodowej. To stanowi o większym lub mniejszym stopniu ich sztuczności” (Klemensiewicz 1953: 41).

Na gruncie polskich badań socjolektalnych termin „profesjolekt” wprowadził Aleksander Wilkoń (2000: 99), definiując go następująco: „Terminem tym proponuję nazwać odmiany o względnie czystej funkcji zawodowej, wedle listy zawodów w Polsce uprawnionych, por. język szewców, piekarzy, fryzjerów, lekarzy, mechaników samochodowych itd.”. Za cechę dystynktywną profesjolektu jako odmiany języka uznał słownictwo specjalne, w tym terminy, nomenklaturę, nazwy własne. Zatem: „Profesjolekt to: język potoczny + słownictwo zawodowe (por. np. język murarzy, cieśli, mechaników samochodowych, elektryków, piekarzy itd.)” (Wilkoń 2000: 93). Warto nadmienić, że Wilkoń (2000: 99) jako pierwszy dostrzegł obecność odmian fachowych we wszystkich odmianach funkcjonalnych polszczyzny. Jego zdaniem wiąże się to z postępującym procesem specjalizacji spowodowanej rozwojem nauki i techniki – a ten na gruncie nauk medycznych jest szczególnie widoczny.

Zagadnienia dotyczące języka medycyny doczekały się kilku opracowań językoznawczych. Problematykę terminologii medycznej badacze omawiali w takich pracach, jak np.: *Przenośnie z zakresu pojęć lekarskich* (Skorupka 1948), *Terminy medyczne a zasady tworzenia terminów naukowych* (Musiołek-Choiński 1987), *Sposoby i granice kompresji terminów* (Na podstawie terminologii medycznej – nazwy nowotworów) (Górnicz 1997), *Anatomia jako czynnik strukturyzacji terminologii* (na przykładzie terminologii medycznej) (Kacprzak 2000). Powstało także kilka prac dotyczących języka środowiskowego medyków, np.: *Uwagi o potocznym słownictwie medycznym* (Długosz 1991), *Słownik potocznej polszczyzny lekarskiej na tle uwag ogólnojęzykowych* (Hoder-Mackiewicz 2007), *Slang medyczny i akronimy: słownik angielsko-polski* (Perlińska, Krzyżowski 2007), *Międzynarodowe słownictwo kardiologiczne i kardiochirurgiczne* (Suchodolska 2015), *„Ślady ślimaka” i „kule śnieżne” – rozważania o języku polskiej okulistyki* (Wojnarowska 2019).

Wszystkie wymienione publikacje poświęcono językowi konkretnych środowisk medycznych, przede wszystkim środowisku lekarskiemu. Co ciekawe, mimo dużego zainteresowania słownictwem medycznym, zwłaszcza leksyką zawodową lekarzy, profesjolekt pielęgniarstwa nie stanowił dotąd przedmiotu badań językoznawców. Postanowiłam więc przeprowadzić badania i omówić (słowotwórczo i semantycznie) leksykę zawodową wybranej specjalizacji pielęgniarstwa, jaką jest nefrologia. Taka analiza (wraz z wynikami innych badań dotyczących profesjolektu lekarzy) może stanowić wkład do większego przedsięwzięcia językoznawczego, jakim jest syntetyczne opracowanie języka medycznego.

Omówiony w niniejszej pracy profesjolekt pielęgniarek nefrologicznych jest przykładem języka osób zajmujących się bardzo specjalistyczną dziedziną życia. Ma opisywać sferę istniejącą tylko w obrębie działalności badanej grupy, a więc zjawisk profesjonalnych. Nie jest intencjonalnie tajny, tylko niezrozumiały dla przeciętnych użytkowników polszczyzny niezwiązanych z badaną profesją. Jednak w wyjątkowych sytuacjach szpitalnych przenika także do komunikacji osób niezwiązanych z rozpatrywaną grupą, czyli pacjentów. Pielęgniarkom ułatwia to kontakt z nimi, a samym pacjentom pozwala oswoić realia szpitalne, tym samym zmniejszając sytuacje stresowe.

Cel, przedmiot i metoda analizy

Celem artykułu jest słowotwórczo-leksykalna analiza słownictwa zawodowego pielęgniarek nefrologicznych oraz ukazanie mechanizmów tworzących językowy obraz świata pielęgniarstwa nefrologicznego (postrzeganie zawodu, siebie i realiów szpitalnych), jaki zawarty jest w słownictwie rozpatrywanej grupy zawodowej.

Na etapie przygotowawczym przeprowadziłam liczne rozmowy z pielęgniarkami nefrologicznymi z różnych ośrodków nefrologicznych w Warszawie, aby wyselekcjonować niektóre jednostki słownictwa środowiskowego, które zostały następnie wykorzystane do stworzenia odpowiedniej ankiety badawczej. Starłam się ustalić także, czy w omawianym środowisku pielęgniarstwa istnieje praktyka posługiwania się leksyką zawodową oraz czy jest ona wykorzystywana w relacji zawodowej jedynie w sposób symetryczny: pielęgniarka – pielęgniarka.

Na następnym etapie badań poprosiłam respondentów o wypełnienie ankiety. W badaniach socjolingwistycznych uczestniczyło 65 pielęgniarek

z siedmiu miast Polski. Z ogólnej liczby osób zaproszonych do badania na uczestnictwo w ankiecie zgodziło się ok. 82% respondentów. Zebrany materiał jest obszerny – liczy ponad 130 jednostek językowych. Wszystkie ankiety zostały przeprowadzone wśród pielęgniarek nefrologicznych, więc swoją opinię wyrażały wyłącznie kobiety. Istnieją zatem podstawy, aby sądzić, że rozpatrywana dziedzina pielęgniarstwa nefrologicznego i dializacyjnego jest bardzo sfeminizowana.

Językowe ujęcie rzeczywistości utrwalone w profesjolekcie pielęgniarek nefrologicznych

Język w profesjolekcie pielęgniarek nefrologicznych jest niezwykle różnicowany i – co za tym idzie – interesujący na płaszczyźnie językoznawczej. Aby pełniej scharakteryzować, odtworzyć i zinterpretować konkretny wycinek rzeczywistości wyłaniającej się z leksyki i frazeologii współtworzącej profesjolekt badanej grupy, należy mu się przyjrzeć pod różnymi względami. Pozwoli to zrozumieć, w jaki sposób jest odbierany i porządkowany, a także jak zachodzi w nim proces aksjologizacji. W tym celu wyłoniłam odpowiednie pola semantyczne, które – zgodnie z definicją zaproponowaną przez Ryszarda Tokarskiego (2001: 362) – stanowią „uporządkowany wewnętrznie zbiór wyrazów powiązanych przynależnością do wspólnej kategorii znaczeniowej”.

Pielęgniarki nefrologiczne, podobnie jak użytkownicy innych profesjolektów, tworząc nowe leksemy i połączenia wyrazowe, dokonują przesunięć semantycznych i poszerzają pola znaczeniowe słów. Oznacza to, że tworzą „leksemy, których znaczenia zbudowane są ze składników podobnych, ułożonych w różne kombinacje, lub też takie, w których główny trzon składników semantycznych jest wspólny, a różnice stanowią poszczególne elementy, tworzą pola semantyczne” (Grzegorzczkova 2001: 101).

Takie relacje układów znaczeniowych pozwalają ukazać konotacje mniej utrwalone w języku ogólnym, a dobrze widoczne w odmianach leksyki zawodowej. Przykłady zawierające leksykę związaną z pielęgniarstwem nefrologicznym wyekscerpowane z badań ankietowych podzieliłam na sześć pól leksykalno-semantycznych: **Wypożyczenie oddziału, Leczenie, Choroba, Pacjent, Diagnostyka, Pielęgniarka**¹.

¹ Jest to autorska propozycja klasyfikacji pól leksykalno-semantycznych, która wynika z własnej interpretacji zgromadzonego materiału językowego.

Ich wyłonienie wynika z realiów szpitalnych. W obrębie tych pól dalszy podział słownictwa opiera się na mechanizmach językowych, które to słownictwo motywują. Wyróżniam zatem i charakteryzuję: neosemantyzmy, neologizmy strukturalne, skrótownice i zapożyczenia.

W rozpatrywanym zbiorze profesjolektyzmów trzema najliczniejszymi polami są: **Wyposażenie oddziału** (np. *bagnety* ‘ssawki do koncentratu’², *glutek* ‘opatrunek z chlorheksydyną na ujście cewnika do hemodializy’, *żelastwo* ‘roztwór żelaza’ [leku]), **Leczenie** (np. *pranie* ‘zabieg dializy’, *zespolic chorego* ‘wytworzyć zespolenie tętniczo-żylnie umożliwiające podłączenie chorego do dializy’, *ściągnąć flaki* ‘zdjąć zestaw linii krwi z aparatu do hemodializy po zabiegu’) oraz **Choroba** (np. *ciecze z przetoki* ‘intensywne krwawienie z przetoki tętniczo-żylniej’, *odlot* ‘spadek ciśnienia tętniczego u pacjenta podczas zabiegu dializy’, *zbetonić się* ‘wykrzepić zestaw linii krwi podczas zabiegu hemodializy’).

Tabela 1. Porównanie liczebności pól semantycznych w profesjolekcie pielęgniarek nefrologicznych

Lp.	Pole semantyczne	Liczba leksemów	Przykład
1.	Leczenie (zabieg)	49	<i>sucha</i>
2.	Wyposażenie oddziału (sprzęt medyczny)	41	<i>pralka</i>
3.	Choroba (objawy choroby)	20	<i>skurczybyki</i>
4.	Pacjent	12	<i>spadochroniarz</i>
5.	Diagnostyka	7	<i>krzyżówka</i>
6.	Pielęgniarka	3	<i>praczka</i>
Razem		132	

Źródło: opracowanie własne.

Analizując liczbę leksemów należących do wyodrębnionych pól semantycznych, warto zauważyć, że pola **Pacjent** (np. *chronik* ‘pacjent z przewlekłą niewydolnością nerek’), **Diagnostyka** (np. *krzyżówka* ‘próba krzyżowa krwi’) oraz **Pielęgniarka** (np. *praczka* ‘pielęgniarka wykonująca dializę’) są znacznie mniej liczne w porównaniu z pozostałymi polami semantycznymi. Na podstawie analizy obciążenia pól semantycznych można pokusić się o określenie elementów językowego

² Wszystkie definicje profesjolektyzmów pochodzą od respondentów.

obrazu świata zawartego w leksyce pielęgniarek nefrologicznych. Należy jednak zastrzec, że są to ustalenia poczynione jedynie na podstawie profesjolektalnego zasobu leksykalnego. Z danych liczbowych można zatem wywnioskować, że w centrum zainteresowań badanej grupy zawodowej nie stoi człowiek (w tym przypadku – pacjent). Najistotniejsze są czynności stricte związane z przebiegiem leczenia chorób nefrologicznych oraz sama specyfika oddziału dializacyjnego, wyposażonego w charakterystyczny sprzęt medyczny.

Nieodzownym elementem profesjolektu pielęgniarskiego w nefrologii są metafory, neosemantyzmy, zapożyczenia czy skrótowce, których tworzenie i stosowanie wiąże się z ekonomicznością języka i organizacją pracy w placówkach medycznych, w której istotna jest szybkość działania. Warunkiem przejrzystego stosowania leksyki zawodowej, zapewniającego porozumienie między personelem staje się doświadczenie zawodowe przedstawicieli wąskiej specjalizacji.

Przejdę teraz do omówienia poszczególnych typów jednostek leksykalnych utworzonych na gruncie profesjolektu pielęgniarskiego, które wyróżniłam w badanym materiale, a więc neosemantyzmów, derywatów słowotwórczych, nowych struktur frazeologicznych oraz skrótowców.

Neosemantyzmy (wyrazy już istniejące, które uzyskały nowe znaczenie)

Najważniejszym sposobem wzbogacania słownictwa w języku zawodowym pielęgniarek nefrologicznych jest używanie wyrazów utworzonych od innych wyrazów, o znaczeniu zmienionym w stosunku do znaczenia wyrazów utrwalonego w języku ogólnym. Powstawanie neosemantyzmów w tej leksyce zawodowej świadczy o świadomej kreatywności mówiących oraz umiejętności „myślenia metaforycznego”, które jest przejrzyste jedynie dla odbiorców będących reprezentantami opisywanej profesji. Można więc powiedzieć, że rzeczywistość zawodową omawianego środowiska poznajemy za pośrednictwem języka jego przedstawicieli.

W grupie leksemów zaklasyfikowanych jako neologizmy semantyczne (czyli neosemantyzmy) przeważa relacja przeniesienia znaczenia z podobieństwem metaforycznym³. Podstawowym schematem tworzącym metafory jest postrzegane zmysłowo podobieństwo elementów

³ Motywację derywatów semantycznych przyjmuję za: Suchodolska 2015: 105.

rzeczywistości (składników metafory). W analizowanym materiale dominują głównie metafory (54%) oparte na podobieństwie cech obiektów (np. *leżak* ‘pacjent leżący, niesprawny ruchowo’, *spadochroniarz* ‘chory przyjęty z ONN w trybie pilnym’) i podobieństwie kształtu (np. *anten* ‘końcówki cewnika dializacyjnego’, *beton* ‘skrzepnięta krew’), a także derywaty rzeczownikowe powstałe poprzez podobieństwo funkcji obiektów (np. *bagnety* ‘ssawki do koncentratu’, *pralka* ‘urządzenie do wykonywania dializy’).

Na zasadzie postrzeżeń zmysłowych do neologizmów metaforycznych można zaliczyć także kolokacje czasownikowe dotyczące podobieństwa ruchu (np. *ubrać nerkę* ‘przygotować stanowisko dializacyjne, tj. założyć linie krwi na aparat do hemodializy’, *strzelić pacjenta* ‘użyć defibrylatora podczas reanimacji z zastosowaniem zaawansowanych czynności resuscytacyjnych’ – przykład ten odnosi się do gwałtownych wyładowań elektrycznych defibrylatora, które porównywalne są do nagłego uwolnienia energii jak przy wystrale) bądź też podobieństwa rezultatów wykonywanych czynności (np. *zespolic chorego* ‘wytworzyć zespole nie tętniczo-żylne [przetoki A–V] umożliwiające podłączenie chorego do dializy’, *odwirować pacjenta* ‘usunąć nadmiar wody z organizmu pacjenta podczas dializy’ – podczas tego zabiegu w wyniku różnicy ciśnień osmotycznych na błonie półprzepuszczalnej dializatora dochodzi do usunięcia nadmiaru wody z organizmu pacjenta; czynność ta przypomina odwirowanie prania w pralce, podczas którego pozbywamy się nadmiaru wody).

Neologizmy strukturalne (nowe wyrazy, wyrażenia utworzone za pomocą formacji słowotwórczych)

Powstawanie neologizmów strukturalnych, albo inaczej derywacja (czyli tworzenie nowych wyrazów za pomocą formacji słowotwórczych), jako proces wzbogacania słownictwa występuje obok innych procesów innowacyjnych, takich jak: derywacja semantyczna (tworzenie nowych znaczeń słów funkcjonujących już w języku), zapożyczanie (zarówno zewnętrzne z języków obcych, jak i wewnętrzne z różnych odmian języka) oraz neofrazeologizacja, czyli tworzenie nowych związków wyrazowych o charakterze stałym. Wiele spośród jednostek leksykalnych w opracowywanym materiale badawczym to formacje słowotwórcze powstałe na gruncie języka polskiego.

W obrębie wyrazów motywowanych słowotwórczo wyróżniam następujące typy derywatów: derywaty afiksalne, derywaty wsteczne, złożenia. Omawiam je poniżej.

Derywaty afiksalne (wyrazy utworzone poprzez dodanie do wyrazu podstawowego części, która tworzy nową formę i znaczenie)

Jednym ze sposobów tworzenia słownictwa medycznego w profesjolekcie pielęgniarstwie jest derywacja afiksalna (tworzenie nowego wyrazu poprzez dodanie do wyrazu podstawowego części [afiksu], która tworzy nową formę i nowe znaczenie). W porównaniu z innymi wyodrębnionymi grupami derywaty afiksalne stanowią małą grupę. Najczęściej są to wyrażenia nazywające pielęgniarki jako wykonawczynie pewnych czynności zabiegowych. Częstkami, za pomocą których w badanym materiale zostały utworzone derywaty afiksalne, są sufiksy (przyrostki), które wprowadzają znaczenie 'wykonawca czynności' (np. *rzeźbiarka* 'pielęgniarka chirurgiczna'). Najbardziej produktywnym formantem tej grupy wyrazów jest sufiks *-owy*: *pacjent oitowy* (← OIT) 'pacjent z oddziału intensywnej terapii', *pacjent oiomowy* (← OIOM) 'pacjent z oddziału intensywnej opieki medycznej', *pacjent siniowy* (← SINI) 'pacjent z sali intensywnego nadzoru internistycznego'.

W przypadku tego typu procesu słowotwórczego najważniejszą cechą powstałych neologizmów jest informowanie o ekspresywności, tj. pozytywnym lub negatywnym stosunku do desygnatu, na który wskazuje podstawa słowotwórcza. Natomiast wybór typu nacechowania zależy od sytuacji szpitalnej, w której dany neologizm jest używany, a więc jest sprawą pragmatyki tych wyrażen.

Derywaty wsteczne (wyrazy powstałe poprzez ucięcie tematu wyrazu podstawowego)

Charakterystyczna dla rozpatrywanego profesjolektu jest także derywacja wsteczna, która polega na tworzeniu nowego wyrazu przez uszczuplenie podstawy słowotwórczej o pewien element niefleksyjny (Grzegorzczukowa 1984: 21), np. *heparyna* → *hepa*. Powstawanie derywatów wstecznych w analizowanej leksyce zawodowej jest przejawem tendencji do skrótowości. W zebranym materiale ankietowym odnaleźć można

np. następujące konstrukcje wyrazowe: *plazma* ‘plazmaferaza’, *prisma* ‘prismaflex (aparat do plazmaferazy)’, *fraxi* ‘Fraxiparine (środek rozrzedzający krew)’, *monit* ‘podłączenie chorego do monitora w celu obserwowania czynności życiowych’, *wanko* ‘wankomycyna (antybiotyk podawany w celu zwalczania infekcji przetoki)’.

Złożenia

Osobną grupę neologizmów stanowią złożenia. Powstają one wskutek tego, że „język nie ma w swoim repertuarze dostatecznej liczby pojęć jedno-wyrazowych, które by były w stanie wyrazić wszystkie możliwe zjawiska i cechy jednoznacznie” (Musiołek-Choiński 1987: 122). Można stwierdzić, że jednostki składające się na tę grupę połączeń stanowią próbę uatrakcyjnienia przekazu, przede wszystkim przez formę. Należy także zauważyć, że tendencja do powstawania złożzeń jest zjawiskiem przeciwnym wobec tendencji do skrótowości, kompresji (Musiołek-Choiński 1987: 123).

Przykład złożenia w analizowanej leksyce zawodowej stanowi rzeczownik *skurczybyk* ‘skurcz mięśni podczas zabiegu dializy’, najczęściej używany w formie liczby mnogiej *skurczybyki*. Komponentami wyrazowymi, do których odsyła ten profesjolektyzm, są słowa *skurcz* oraz *byki*, połączone za pomocą międzyrostka -y-. Słowo *skurcz* oznacza zmianę długości lub napięcia mięśnia wywierającą siłę mechaniczną na miejsca przyczepu mięśnia lub wokół narządu otoczonego przez mięsień okrężny. Wyraz *byki*, w rozpatrywanym profesjolekcie, określa uciążliwość związaną z daną dolegliwością pojawiającą się u pacjenta podczas zabiegu dializy. Omawiany profesjolektyzm może być również przykładem neosemantyzmu. W języku ogólnym *skurczybyk* oznacza mężczyznę budzącego niechęć, zazdrość lub podziw. W obrębie słownictwa zawodowego pielęgniarek nefrologicznych doszło zatem do przeniesienia nazwy znaczenia podstawowego, co jest swego rodzaju odpowiedzią zasobu leksykalnego na komunikacyjne potrzeby użytkowników rozpatrywanego profesjolektu. W konsekwencji tego przeniesienia, mającego podstawy w kategorii podobieństwa, następuje metaforyzacja i utrwalenie się nowego znaczenia słowa *skurczybyk*.

Frazeologia

Zasób słownictwa w profesjolekcie pielęgniarstwa nefrologicznego powiększany jest także w wyniku neofrazeologizacji, czyli tworzenia nowych związków wyrazowych o charakterze stałym. Wśród takich dwu- lub kilkuwyrazowych konstrukcji językowych, zaprezentowanych w zbranym materiale, można odnaleźć połączenia o charakterze nominalnym, np. wyrażenia takie jak: *dzień chronika* ‘ustalony dzień w każdym miesiącu, w którym pacjent ma wykonywane określone badania’ (słowo *chronik* odnosi się do długotrwałego, powtarzalnego procesu diagnostycznego, podczas którego pacjent ma wykonywane okresowo jednakowe badania, oraz do samego schorzenia, na które cierpi chory, charakteryzującego się częstymi nawrotami lub długotrwałym utrzymywaniem się objawów), *objętość ogonków* ‘objętość wypełnienia końcówek cewnika dializacyjnego’ (końcówki cewnika dializacyjnego są nazywane *ogonkami* przez kształt, który przypomina krótką łodyżkę utrzymującą owoc na gałęzi), pacjent *zalany* ‘pacjent przewodniony’ (słowo *zalany* odnosi się do objawu przewodnienia organizmu pacjenta i zbierania się płynu w jamach ciała, co stanowi bezpośrednie zagrożenie życia poprzez tzw. zalenie płuc wodą [obrzęk płuc]).

W analizowanym materiale można wyróżnić także wyrażenia frazeologiczne o charakterze werbalnym, np. zwroty: *posolić pana* ‘przetoczyć pacjentowi w iniekcji dożylniej dziesięcioprocentowy roztwór chlorku sodu (NaCl, potocznie zwanego solą)’, *ściągnąć flaki* ‘zdjąć zestaw linii krwi z aparatu do hemodializy po zabiegu’ (w wyrażeniu tym słowo *flaki* odnosi się do kształtu i długości linii krwi tętniczo-żylny do hemodializ)⁴.

Wszystkie przytoczone przykłady neofrazeologizmów są kolejnymi (po *skurczybykach*) przykładami swoistej gry językowej reprezentantek profesjolektu pielęgniarstwa. Natomiast dla przeciętnego użytkownika języka formacje te mogą być komiczne i niezrozumiałe z uwagi na abstrakcyjne relacje między poszczególnymi elementami komunikatu językowego. Wynika to głównie z nieznamomości sytuacji i kontekstu, które warunkują interpretację, czyli zrozumienie tekstu, w tym uchwycenie jego efektu humorystycznego.

⁴ Klasyfikację połączeń wyrazowych ze względu na ich budowę przyjmuję za: Skorupka 1969: 219–226.

Skrócenia przypominające skrótowce (wyrazy powstałe z odcięcia części wyrażenia złożonego z dwóch lub więcej wyrazów⁵)

W trakcie wykonywania czynności profesjonalnych pielęgniarce nefrologiczne, dążąc do szybkiego zasygnalizowania treści komunikatu innemu pracownikowi medycznemu, posługują się również skróceniami przypominającymi skrótowce, co potwierdza, że w rozpatrywanym profesjolekcie pielęgniarstwie występuje tendencja do ekonomiczności językowej.

Z rozmów przeprowadzonych z pielęgniarkami wynika, że tego typu skrócenia uznają one za powszechne w swojej komunikacji, a ich używanie świadczy o umiejętności dostosowania się przez nadawcę wypowiedzi do przyjętej i utrwalonej w tym środowisku tradycji porozumiewania się. Równocześnie dowodzi to istnienia w omawianym środowisku pewnych stałych obyczajów językowych. Jest to istotna cecha językowa, ponieważ badana grupa zawodowa musi być zawsze nastawiona na sprawną, szybką, skuteczną, a zarazem dyskretną komunikację, której zawartość treściową odczytywać mogą wyłącznie adresaci, a nie przypadkowi odbiorcy.

W profesjolekcie pielęgniarek nefrologicznych najliczniejszą grupą wśród skrótowców są literowce, czyli wyrazy powstałe z pierwszych liter skracanej nazwy lub wyrażenia, np. DO 'dializa otrzewnowa', KKP 'koncentrat krwinek płytkowych', KZN 'kłębuszkowe zapalenie nerek', OCZ 'ośrodkowe ciśnienie żyłne', ONN 'ostra niewydolność nerek', PNN 'przewlekła niewydolność nerek'. Jak widać, nazywają one najczęstsze przypadłości.

W omawianej grupie dużą powtarzalnością odznaczają się skrótowce zapożyczone z języka angielskich środowisk nefrologicznych, jak: BCM (*body composition monitor*) 'aparat określający stan nawodnienia i odżywienia pacjenta', FFP (*fresh frozen plasma*) 'zamrożony preparat osocza krwi', GFR (*glomerular filtration rate*) 'współczynnik przesączenia (filtracji) kłębuszkowego, określa stan wydolności nerek', SN (*single-needle*) 'dializa w trybie jednoigłowym', TMP (*transmembrane pressure*) 'ciśnienie wywierane na sztuczną błonę dializatora w celu odciągnięcia nadmiernej ilości wody z organizmu pacjenta dializowanego'. Respondentki wskazują na to, że takie skrótowce są przez nie stosowane, kiedy chcą one

⁵ W zebranych materiale badawczym występują także przykłady skrótowców powstałych ze skrócenia jednego słowa, np. AFR 'afereza'.

podnieść poziom wypowiedzi. Ponadto pokazuje to też uniwersalność tego profesjolektu – medycy posługują się językiem angielskim, gdyż siłą rzeczy jest on współcześnie także językiem medycyny.

W komunikacji omawianego środowiska występują też skrótowce utworzone z pierwszych sylab wyrazów składowych zestawienia, np. *AFR* ‘afereza’, *HDF* ‘hemodiafiltracja’, *UF* ‘ultrafiltracja’, wśród których także wyróżnia się skrótowce zapożyczone z języka angielskiego, np. *ISO* (*isolated ultrafiltration*) ‘ustawienie w aparacie dializacyjnym odwodnienia pacjenta bez oczyszczania z toksyn’.

Mniej liczną grupę stanowią skrótowce utworzone z pierwszych głosek wyrazów wchodzących w skład zestawienia, np. *ADO* ‘automatyczna dializa otrzewnowa’, *CADO* ‘ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa’.

W analizowanym zbiorze słownictwa środowiskowego występuje także jeden przykład skrótowca mieszanego, którego budowa jest niejednorodna, literowo-głoskowa – *IUF* (izolowana ultrafiltracja)⁶ ‘ustawienie w aparacie dializacyjnym odwodnienia pacjenta bez oczyszczania z toksyn’.

Warto zaznaczyć, że wszelkie skrótowce zapożyczone z języka angielskiego są wymawiane przez polskie pielęgniarki nefrologiczne zgodnie z polskimi zasadami fonetycznymi, np. [te-em-pe], [ce-er-er-te], [i-so], [te-iks].

Wskazane skrócenia w rozpatrywanej odmianie środowiskowej występują zarówno w mowie, jak i w piśmie (np. w nieoficjalnych notatkach służbowych). Pełnią funkcję ekonomizującą, jednocześnie odsyłając bezpośrednio do rzeczywistości pozajęzykowej (rzeczywistości szpitalnej i związanych z nią procesów terapeutycznych).

Zapożyczenia

W profesjolekcie pielęgniarek nefrologicznych mamy do czynienia z elementami wspólnymi dla tej odmiany języka i innych profesjolektów medycznych, czyli ze słownictwem wspólnomedycznym. Zróżnicowanie leksyki zawodowej w badanym środowisku pielęgniarskim dodatkowo pogłębia warstwa słownictwa zapożyczonego z innych specjalności medycznych.

Wspólna leksyka zawodowa wynika z: pracy pielęgniarek nefrologicznych na różnych oddziałach szpitalnych, posiadania kilku specjalizacji

⁶ Wskazany skrótowiec jest synonimiczny do skrótowca *ISO* (*isolated ultrafiltration*).

z dziedzin pielęgniarstwa (np. pielęgniarstwa internistycznego, pielęgniarstwa anestezjologicznego, pielęgniarstwa chirurgicznego, pielęgniarstwa laryngologicznego), rozwoju kontaktów międzynarodowych czy, sensu largo, konieczności poszerzania wiedzy medycznej niezbędnej do realizacji zadań i osiągnięcia określonych rezultatów systemu opieki zdrowotnej.

Do przyczyn językowych takiego stanu rzeczy można zaliczyć przede wszystkim chęć oszczędzania środków językowych (zastępowanie języka ogólnego oraz terminologii medycznej leksyką zawodową zapożyczoną z innych dziedzin medycznych), np. *liofilizowany* ‘pacjent odwodniony’ (zapożyczenie z oddziału intensywnej terapii), *roślinka* ‘pacjent w stanie wegetatywnym’ (zapożyczenie z oddziału intensywnej terapii), *zaczopowanie* ‘zaparcie’ (zapożyczenie z oddziału chorób wewnętrznych). Pielęgniarki nefrologiczne, pracując w warunkach bardzo wysokiego stresu oraz odpowiedzialności za życie i zdrowie pacjenta, często posługują się słownictwem nacechowanym emocjonalnie, umożliwiającym wyrażenie tłumionych emocji.

Zauważalna jest także potrzeba konkretyzacji i detalizacji pojęć, rozgraniczania odcieni znaczenia, np. *wenflon* w języku ogólnomedycznym oznacza kaniulę dożylną, inaczej cewnik naczyniowy, zróżnicowany kolorystycznie ze względu na odpowiadającą mu średnicę. W profesjolekcie pielęgniarek nefrologicznych doszło do zapożyczenia i zawężenia znaczenia z języka ogólnomedycznego, którego przykładem jest *motylek* ‘rodzaj małej kaniuli dożylniej, która wyglądem przypomina skrzydła motyla’.

Polisemia (wieloznaczność)

Między analizowanymi jednostkami profesjolektalnymi zachodzi relacja polisemiczności, która polega na wyrażaniu różnych treści za pomocą jednego środka językowego. Znaczenia te muszą być ze sobą powiązane, co oznacza, że „między poszczególnymi znaczeniami muszą zachodzić pewne związki, musi istnieć między nimi jakiś wspólny nietrywialny element znaczenia (rzeczywista cecha wspólna). To wspólne znaczenie stanowi motywację nazwy” (Grzegorzczkova 2001: 46).

W dyskursie potocznym możliwość swobodnego użycia jednostek językowych dostępna jest dla wszystkich użytkowników języka. Również w analizowanym słownictwie środowiskowym zjawisko

polisemii – motywowane przez wspólny cel, zrozumiałą treść oraz jednakowe odczytanie sensu przez użytkowników omawianej grupy zawodowej – pozwala sprostać potrzebom ekspresji w zawodowym procesie porozumiewania się. Klemensiewicz (1956: 207) stwierdza, że: „zarówno terminologia zawodowa, jak użycie wyrazów potocznie znanych w innym specyficznym znaczeniu są rezultatem refleksyjnej, umyślnej, umownej działalności językowej użytkowników języka zawodowego i gwary zawodowej”.

Przykładem polisemii w badanym materiale jest profesjolektizm *ostry*, który jest używany w następujących dwóch znaczeniach: 1. ‘pacjent dializowany w trybie nieplanowanym’, 2. ‘pacjent z ostrą niewydolnością nerek’. W pierwszej definicji ważne jest wskazanie na znaczenie leksemu *ostry* w kontekście dolegliwości zdrowotnej, czyli czegoś dotkliwego, nagłego, o dużym natężeniu, wymagającego szybkiej interwencji medycznej (*ostry* przypadek). W drugiej definicji ważny jest komponent znaczeniowy odnoszący się do wyrazu *ostry* jako czegoś impulsywnego, w takim rozumieniu zespołu chorobowego o gwałtownym przebiegu (*ostry* brzuch, *ostry* ból).

Występowanie wieloznaczności w rozpatrywanym profesjolekcie ma wymiar pragmatyczny. Struktury polisemiczne najlepiej sprawdzają się w sytuacjach wymagających szybkiego zasygnalizowania problemu medycznego.

Wnioski

Profesjolekt pielęgniarek nefrologicznych nie cechuje się dużą dynamiką i zmiennością. W badanej grupie personelu pielęgniarskiego staż pracy w zawodzie nie miał wpływu na produktywność różnych form derywacji, rzadko są też tworzone nowe określenia, a starsze profesjolektyzmy nie ulegają modyfikacji. Użytkowniczkі omawianego profesjolektu wykazują się za to sporą kreatywnością, która przejawia się w tworzeniu nowych form językowych. Mają świadomość istnienia leksemów i połączeń wyrazowych charakterystycznych dla ich grupy i głównie przez nią rozumianych⁷.

⁷ Wskazane wnioski opierają się na przeprowadzonych przeze mnie wywiadach z pielęgniarkami nefrologicznymi, spośród których na pytanie: „Czy ma Pani świadomość istnienia osobliwego słownictwa środowiskowego, charakterystycznego

Na podstawie zaprezentowanej analizy słownictwa środowiskowego polskich pielęgniarek nefrologicznych można sformułować kilka wniosków.

- Dla polskich pielęgniarek nefrologicznych najważniejsze są realia związane z chorobami, leczeniem oraz sama specyfika oddziały dializacyjnego, wyposażonego w charakterystyczny sprzęt medyczny.
- Językowy obraz świata utrwalony w leksyce pielęgniarek nefrologicznych nie jest „antropocentryczny” (pola semantyczne **Pacjent** i **Pielęgniarka** są mniej liczne niż inne pola semantyczne).
- Dla pielęgniarek nefrologicznych charakterystyczna jest kreatywność językowa; u omawianej grupy zawodowej rozwinięte jest myślenie metaforyczne, o czym świadczy duża liczba derywatów motywowanych podobieństwem do cech albo funkcji.
- Analiza słowotwórcza profesjolektyzmów pokazała, że w polskiej leksyce zawodowej pielęgniarek nefrologicznych w różnym stopniu produktywne są następujące formy derywacji: derywacja semantyczna (metafora), derywacja motywowana podobieństwem elementów rzeczywistości (metonimia), derywacja morfologiczna (derywaty afiksalne, derywaty wsteczne), derywacja frazeologiczna, złożenia.
- Słownictwo środowiskowe pielęgniarek nefrologicznych nie ma tendencji do samoizolacji; określenia z jednego profesjolektu medycznego zapożyczane są do innych profesjolektów; udział anglicyzmów w badanym materiale (w analizowanych ankietach występują angielskie zapożyczenia skrótowców) pokazuje wpływ języka angielskiego, który w wielu przypadkach nie jest jedynie pośrednikiem, ale źródłem zapożyczenia.

Zebrane wnioski dotyczą tylko jednej odmiany leksykalnej – profesjolektu pielęgniarzkiego – nie mogą więc prowadzić do ogólnej konkluzji na temat profesjolektu medycznego. Można jednak przypuszczać, że przynajmniej niektóre z zebranych i przedstawionych obserwacji potwierdziłyby się w badaniach podobnych profesjolektów (np. profesjolektu położniczego, profesjolektu ratowników medycznych). Przypatrując się rozwojowi medycznych odmian środowiskowych, można zaobserwować,

wyłącznie dla Pani mikrogrupy zawodowej i przez tę grupę rozumianego?” twierdząco odpowiedziało 98% pielęgniarek, podając przy tym przykłady leksyki zawodowej, wyjaśniając jej znaczenie oraz sposób powstania.

jak przebiegają sam rozwój medycyny i związane z nim formowanie się leksyki opisującej wciąż dynamicznie zmieniające się realia szpitalne oraz jak wykorzystywane są dostępne sposoby pozyskiwania nowego słownictwa.

Bibliografia

- Długosz K. 1991. *Uwagi o potocznym słownictwie medycznym*, „Socjolingwistyka”, 10, s. 91–96.
- Górnicz M. 1997. *Sposoby i granice kompresji terminów (Na podstawie terminologii medycznej – nazwy nowotworów)*, „Poradnik Językowy”, 2, s. 25–82.
- Grzegorzczkova R. 1984. *Zarys słowotwórstwa polskiego. Słowotwórstwo opisowe*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Grzegorzczkova R. 2001. *Wprowadzenie do semantyki językoznawczej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Hoder-Mackiewicz K. 2007. *Słownik potocznej polszczyzny lekarskiej na tle uwag ogólnojęzykowych*, Collegium Columbinum, Kraków.
- Kacprzak A. 2000. *Anatomia jako czynnik strukturyzacji terminologii (na przykładzie terminologii medycznej)*, „Rozprawy Komisji Językowej ŁTN”, 45, s. 37–44.
- Klemensiewicz Z. 1953. *O różnych odmianach współczesnej polszczyzny*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Klemensiewicz Z. 1956. *O różnych odmianach współczesnej polszczyzny. Próba charakterystyki odmian współczesnej polszczyzny z uwzględnieniem przypuszczalnych warunków ich początkowego rozwoju*, [w:] *Pochodzenie polskiego języka literackiego*, red. K. Budzyk, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław, s. 128–241.
- Musiółek-Choiński K. 1987. *Terminy medyczne a zasady tworzenia terminów naukowych*, „Rozprawy Komisji Językowej Wrocławskiego Towarzystwa Naukowego”, 15, s. 113–131.
- Perlińska L., Krzyżowski J. 2007. *Medical Slang & Acronyms. Słownik angielsko-polski*, Wydawnictwo Medyk, Warszawa.
- Skorupka S. 1948. *Przenośnię z zakresu pojęć lekarskich*, „Poradnik Językowy”, 1, s. 12–16.
- Skorupka S. 1969. *Podstawy klasyfikacji jednostek frazeologicznych*, „Prace Filologiczne”, 19, s. 219–226.
- Suchodolska A. 2015. *Międzynarodowe słownictwo kardiologiczne i kardiochirurgiczne*, Elipsa, Warszawa.
- Tokarski R. 2001. *Słownictwo jako interpretacja świata*, [w:] *Współczesny język polski*, red. J. Bartmiński, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, s. 343–370.
- Wilkoń A. 2000. *Typologia odmian językowych współczesnej polszczyzny*, Uniwersytet Śląski, Katowice.

Wojnarowska A. 2019. „Ślady ślimaka” i „kule śnieżne” – rozważania o języku polskiej okulistyki, [w:] *Język w (kon)tekście... Szkice historycznojęzykowe, porównawcze i współczesne*, red. B. Mitrenga, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 174–185.

ABSTRACT

The language of nephrological nurses – a semantic and derivational analysis

The aim of the article is to present the jargon in nephrological nursing and, bearing in mind the specificity of specialization, mainly among nurses who professionally care for patients with kidney diseases in dialysis therapy. Its main goal is to show how to enrich the lexis of this group. The paper emphasizes that: lexical units most often used by Polish nephrology nurses concern diseases, treatment and hospital ward equipment; the picture of the world of nephrology nurses is not “anthropocentric”, as is the case with other professional varieties of the Polish language. A characteristic feature of Polish nurses is linguistic creativity. The word-formation analysis of the profession has shown that in the Polish vocational lexis of nephrology nurses, the following forms of derivation are productive to a varying degree: semantic derivation (metaphor), derivation motivated by the similarity of elements of reality (metonymy) and morphological derivation (affix derivation, retrograde derivation). The vocational vocabulary of nephrology nurses does not show a tendency to self-isolate.

KEY WORDS: jargon, semantics, word-formation, nephrological nursing

ABSTRAKT

Profesjolekt pielęgniarek nefrologicznych – analiza semantyczna i słowotwórcza

Praca dotyczy profesjolektu w pielęgniarstwie nefrologicznym, w tym przede wszystkim – z uwagi na specyfikę specjalizacji – pielęgniarek w sposób profesjonalny zajmujących się opieką nad pacjentem ze schorzeniami nerek w dializoterapii. Zasadniczym celem artykułu jest ukazanie sposobów wzbogacania leksyki tej grupy. W pracy podkreślono, że jednostki leksykalne najczęściej używane przez polskie pielęgniarki nefrologiczne dotyczą chorób, leczenia i wyposażenia oddziałów szpitalnych. Zauważono, że obraz świata pielęgniarek nefrologicznych nie jest „antropocentryczny”, a ich cechą charakterystyczną jest kreatywność

językowa. Analiza słowotwórcza profesjolektu wykazała, że w polskiej leksyce zawodowej pielęgniarek nefrologicznych produktywne są (w różnym stopniu) następujące formy derywacji: derywacja semantyczna (metafora), derywacja motywowana podobieństwem elementów rzeczywistości (metonimia), derywacja morfologiczna (derywacja afiksalna, derywacja wsteczna). Słownictwo środowiskowe pielęgniarek nefrologicznych nie wykazuje tendencji do samoizolacji.

SŁOWA KLUCZOWE: profesjolekt, semantyka, słowotwórstwo, pielęgniarstwo nefrologiczne

Dagmara Mirowska-Guzel
ORCID 0000-0001-6294-3256
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Magdalena Niedzielko
ORCID 0000-0001-5869-1340
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Marcin Kruk
ORCID 0009-0008-4073-8233
Polskie Towarzystwo Bezpiecznej Farmakoterapii

Wybrane elementy informowania o ryzykach związanych z farmakoterapią

Wstęp

Współczesną medycynę cechują szybki postęp technologiczny i coraz szybsze wprowadzanie na rynek nowych leków. Farmakoterapia zawsze niesie ze sobą zagrożenia związane m.in. z występowaniem działań niepożądanych. System kontroli i monitorowania nie tylko skuteczności, lecz także bezpieczeństwa leków jest obecnie bardzo rozbudowany, a dodatkowo podejmowane są dalsze działania na rzecz jego utrzymania i usprawniania. Wymagają one m.in. właściwej komunikacji pomiędzy pacjentami, przedstawicielami zawodów medycznych, pracownikami firm farmaceutycznych oraz reprezentantami krajowych i międzynarodowych organizacji odpowiedzialnych za nadzór nad bezpieczeństwem leków. Taka komunikacja obejmuje przekazywanie dostępnych informacji o leku oraz wskazywanie sposobów zgłaszania i analizowania zdarzeń związanych z farmakoterapią, które zostały zaobserwowane przez pacjentów i przedstawicieli zawodów medycznych. Komunikowanie się dotyczące bezpieczeństwa w farmakoterapii odbywa się na wielu płaszczyznach. Należą do nich następujące relacje:

- firma farmaceutyczna (tzw. podmiot odpowiedzialny za wprowadzany lek) i/lub agencja dopuszczająca produkty lecznicze do obrotu – osoba wykonująca zawód medyczny,

- osoba wykonująca zawód medyczny – pacjent,
- pacjent – podmiot odpowiedzialny i/lub agencja dopuszczająca produkt leczniczy do obrotu (Kaczor i in. 2018: 23).

Podmiotem dopuszczającym produkty lecznicze do obrotu jest w Polsce agencja narodowa, czyli Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPL). W Europie funkcję tę pełni Europejska Agencja Leków (European Medicines Agency, EMA), której decyzje są dla Polski, jako kraju należącego do Unii Europejskiej, wiążące. W Stanach Zjednoczonych Ameryki jest to Agencja ds. Żywności i Leków (Food and Drug Administration, FDA), której postanowienia nie dotyczą nas bezpośrednio, ale do której wybranych rozwiązań systemowych czasami się odnosimy.

W momencie rejestracji leku wiedza na temat jego bezpieczeństwa jest zawsze niepełna i na bieżąco uzupełniana, kiedy produkt leczniczy jest już na rynku. Należy jednocześnie podkreślić, że w przypadku leków, które uzyskują pozwolenie na obrót, potencjalne zagrożenia związane z ich stosowaniem są zawsze równoważone przez możliwe do uzyskania korzyści zdrowotne. Taki bilans podlega ocenie i wymaga udowodnienia w toku badań przedklinicznych (in vitro i prowadzonych z udziałem zwierząt) oraz badań klinicznych (prowadzonych z udziałem ludzi), poczynsz od badań na zdrowych ochotnikach w celu określenia właściwości farmakokinetycznych (procesów, jakim leki podlegają w organizmie ludzkim), a na badaniach prowadzonych w populacjach osób chorych skończywszy.

Po wprowadzeniu leku do obrotu nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii, wymagający oczywiście ustrukturyzowanych rozwiązań systemowych, w dużej mierze opiera się jednak na czujności farmakologicznej osób zaangażowanych w leczenie. Wśród nich kluczową rolę odgrywają lekarz (w tym lekarz dentysta) i pacjent, ale także farmaceuta, pielęgniarka, położna bądź ratownik medyczny. Ci przedstawiciele zawodów medycznych są ustawowo zobligowani do zgłaszania działań niepożądanych leków do URPL lub bezpośrednio do podmiotu odpowiedzialnego za obrót lekiem na terenie naszego kraju. W przypadku pacjentów i ich opiekunów możliwość ta oparta jest na dobrowolności.

Pharmacovigilance (od łac. *pharmacon* – ‘lek’, *vigilare* – ‘zachować czujność’) to nauka i działanie polegające na wykrywaniu, ocenie i zrozumieniu niepożądanych działań leków oraz zapobieganiu jakimkolwiek innym problemom związanym z lekami. Ma na celu wychwycenie nieznan

i nieoczekiwanych zagrożeń związanych z farmakoterapią, jak najlepsze i jak najpełniejsze określenie profilu bezpieczeństwa produktu leczniczego, ze wskazaniem np. czynników ryzyka wystąpienia poważnych działań niepożądanych, a ostatecznie – zapewnienie bezpieczeństwa farmakoterapii (Arcab i in. 2017: 37–59).

Zgłaszanie działań niepożądanych do URPL jest obecnie możliwe w formie elektronicznej za pośrednictwem Systemu Monitorowania Zagrożeń Centrum e-Zdrowia. W systemie rejestrowane są zgłoszenia dotyczące podejrzeń lub rozpoznania zakażeń oraz zachorowań na choroby zakaźne (ZLK), dodatnich wyników badań laboratoryjnych (ZLB), niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP), tygodniowe/dzienne meldunki o zachorowaniach i podejrzaniach zachorowań na gripę (MZ-55), zgłoszenia dotyczące niepożądanych działań produktów leczniczych i niepożądanych działań produktów leczniczych weterynaryjnych. Zadaniem Systemu Monitorowania Zagrożeń jest gromadzenie informacji o zdarzeniach, których wystąpienie lub skala mogą rodzić zagrożenie mające wpływ na zdrowie i życie ludzi, np. zagrożenie epidemiologiczne czy zagrożenie stosowania wadliwego produktu leczniczego (Centrum e-Zdrowia b.d.a; b.d.b). W zakresie zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych system ten jest dostępny dla pacjentów i osób wykonujących zawody medyczne. Pozostałe elementy systemu nie są bezpośrednio dostępne dla pacjentów.

Zgłoszenia można dokonać także poprzez przesłanie uzupełnionego druku pocztą elektroniczną, tradycyjną lub faksem. Prawidłowe wypełnienie zgłoszenia, a przede wszystkim zawarcie w nim wszystkich dostępnych informacji na temat zaobserwowanego działania niepożądanego, jest istotnym elementem pozwalającym na gromadzenie i analizę danych o bezpieczeństwie leku. Osoba dokonująca zgłoszenia nie musi mieć pewności co do związku przyczynowo-skutkowego między podaniem leku a zaobserwowanym działaniem. Jednak jakość informacji zawartych w zgłoszeniu wpływa na możliwość rzetelnej analizy przesłanych danych. W dobie współczesnych rozwiązań elektronicznych URPL przygotował oraz udostępnił bezpłatnie aplikację mobilną Mobit Skaner, która służy pacjentom do zgłaszania działań niepożądanych. Przeznaczona jest na smartfony z systemem Android i można ją pobrać ze strony internetowej urzędu (URPL b.d.a). Jest to ważna innowacja w praktycznym podejściu do zgłaszania działań niepożądanych leków ze względu na powszechne stosowanie aplikacji mobilnych (coraz częściej również przez osoby starsze), a także

brak konieczności pamiętania przebiegu tej procedury czy szukania kontaktu do URPL. Aplikacja w intuicyjny sposób prowadzi przez kolejne pola do wypełnienia i pomaga zebrać dane, aby zgłoszenie zawierało możliwie wszystkie elementy konieczne do jego późniejszej oceny medycznej. Aplikacja mobilna znacznie upraszcza proces zgłaszania działań niepożądanych i jest zawsze pod ręką. Niedostatkim wymagającym uzupełnienia jest opracowanie wersji dla systemu IOS. Implikuje to konieczność bieżącej aktualizacji oraz dbałości o kompatybilność aplikacji z obydwooma systemami, co oczywiście wymaga nakładów i ciągłych działań.

Informacje o działaniach niepożądanych zgłoszonych w krajach europejskich gromadzone są w nadzorowanej przez EMA bazie danych zgłoszeń o podejrzanym działaniu niepożądanych leków (EudraVigilance 2022). Baza jest dostępna bez ograniczeń dla użytkowników i pozwala na przegląd zgłoszeń z ośrodków lokalnych w krajach Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Strona internetowa daje możliwość przeglądu raportów z uwzględnieniem m.in. lokalizacji geograficznej, sumarycznej liczby zgłoszeń w danym okresie oraz z podziałem na kategorie działań niepożądanych zgłoszonych dla danego leku. Warto zaznaczyć, że baza gromadzi zgłoszenia o podejrzeniu wystąpienia działania niepożądanego, a jej istnienie ma na celu m.in. zapewnienie wolnego dostępu do informacji o zgłoszeniach. Nie może ona być jednak źródłem potwierdzonej informacji dotyczącej wywoływania określonego działania niepożądanego przez dany lek oraz częstości występowania takiego działania niepożądanego.

Charakterystyka produktu leczniczego oraz ulotka dla pacjenta

Dokumentem przeznaczonym dla przedstawicieli zawodów medycznych i stanowiącym zbiór informacji m.in. na temat możliwych działań niepożądanych wraz z przewidywaną częstością ich występowania dla danego produktu leczniczego jest charakterystyka produktu leczniczego (ChPL). Jej odpowiednikiem dla odbiorców usług medycznych (chorych i ich opiekunów) jest ulotka dla pacjenta (UP). Zawartość merytoryczna UP jest tożsama z zawartością ChPL, choć informacje zawarte w tym pierwszym dokumencie są adresowane do użytkowników niemających wykształcenia medycznego i przygotowywane w sposób zrozumiały dla ogółu społeczeństwa. UP jest pozbawiona specjalistycznego języka medycznego oraz wybranych fragmentów, które nie są kluczowe dla osoby przyjmującej produkt leczniczy. Nie uwzględnia się w niej np. szczegółowych informacji

o właściwościach farmakokinetycznych, czyli o procesach, jakim lek podlega w organizmie człowieka. Co ważne, informacje zawarte w ChPL nie są zastrzeżone tylko dla odbiorców z wykształceniem medycznym. W sposób nieograniczony dostępne są w Rejestrze Produktów Leczniczych (URPL b.d.b) i/lub na stronie Europejskiej Agencji Leków, a także niekiedy bezpośrednio na stronach internetowych producentów leków.

Sięgając po tego rodzaju źródło informacji, należy jednak mieć świadomość, że brak wiedzy medycznej u odbiorcy może uniemożliwić właściwe zrozumienie zapisów zawartych w ChPL i wzbudzić niepotrzebny lęk. Do pacjentów skierowana jest UP, z którą chory i/lub jego opiekunowie zawsze powinni się zapoznać przed rozpoczęciem stosowania leku, a w razie wątpliwości – zgłosić się do lekarza lub farmaceuty.

W ChPL sekcjami, w których można znaleźć informacje dotyczące działań niepożądanych i ewentualnych zagrożeń związanych z farmakoterapią, są punkty: 4.4. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania; 4.6. Wpływ na płodność, ciążę i laktację; 4.8. Działania niepożądane (w tym punkcie oprócz opisu wybranych działań niepożądanych można także niekiedy znaleźć ich wykaz tabelaryczny); 5.3. Przedkliniczne dane o bezpieczeństwie (w tej części znajdują się informacje o działaniach farmakologicznych produktu leczniczego pod kątem jego bezpieczeństwa określonego na etapie badań *in vitro* i w modelach zwierzęcych).

W UP informacje o potencjalnych zagrożeniach związanych z produktem leczniczym znajdują się w punkcie 4. Możliwe działania niepożądane, a dodatkowo informacji takich można szukać w punkcie 2. Informacje ważne przed przyjęciem leku, który zawiera m.in. ostrzeżenia i zalecane środki ostrożności.

Czarny odwrócony trójkąt

Warto zauważyć, że szereg produktów leczniczych w momencie rejestracji zostaje opatrzonych w drukach informacyjnych (ChPL oraz UP) symbolem czarnego odwróconego trójkąta. Wraz z tym symbolem w ChPL pojawia się następująca informacja:

Niniejszy produkt leczniczy będzie dodatkowo monitorowany. Umożliwi to szybkie zidentyfikowanie nowych informacji o bezpieczeństwie. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane. Aby dowiedzieć się, jak zgłaszać działania niepożądane – patrz punkt 4.8.

W UP treść ta brzmi następująco:

Niniejszy produkt leczniczy będzie dodatkowo monitorowany. Umożliwi to szybkie zidentyfikowanie nowych informacji o bezpieczeństwie. Użytkownik leku może w tym pomóc, zgłaszając wszelkie działania niepożądane, które wystąpiły po zastosowaniu leku. Aby dowiedzieć się, jak zgłaszać działania niepożądane – patrz punkt 4.

Wymóg takiego oznakowywania został wprowadzony przez Komisję Europejską i zaczął obowiązywać w krajach Unii Europejskiej w 2012 r. Ma on na celu zwrócenie uwagi lekarzy i pacjentów na nowe leki, których bezpieczeństwo przy przewlekłym stosowaniu nie zostało jednoznacznie określone i wymaga dalszego szczegółowego monitorowania. W praktyce symbol ten oznacza dodatkowe monitorowanie, nie przesądza zaś o tym, że lek jest niebezpieczny. Niestety w literaturze przedmiotu brakuje badań na temat postrzegania takiego oznakowania przez samych pacjentów lub ich opiekunów.

Wśród produktów leczniczych, które podlegają takiemu obowiązkowemu oznakowaniu, są:

- wszystkie produkty zawierające nową substancję czynną zarejestrowaną po 1 stycznia 2011 r.,
- biologiczne produkty lecznicze,
- produkty dopuszczone na rynek warunkowo (gdy firma wprowadzająca lek do obrotu jest zobowiązana do przedstawienia dodatkowych danych o leku pomimo jego rejestracji),
- leki dopuszczone do obrotu pod warunkiem przeprowadzenia dodatkowych badań w celu np. dostarczenia większej liczby danych na temat ich długotrwałego stosowania (Bartoszek-Balas, Nowak, Trojan 2017: 143–164).

Symbol ma zwracać uwagę na działania niepożądane leku, stanowi także wezwanie do zgłaszania działań niepożądanych przez przedstawicieli zawodów medycznych oraz pacjentów i ich opiekunów (EMA b.d.). Jest wyrazem tego, że chory ma prawo znać potencjalne zagrożenia, jakie mogą towarzyszyć terapii, a gdy wystąpią działania niepożądane lub objawy, które mogą o nich świadczyć, powinien umieć powiązać je ze stosowanym lekiem. Ma to pozwolić na identyfikację ryzyka na wczesnym etapie, a docelowo ograniczyć takie ryzyko i zapobiegać niekorzystnym reakcjom na dany produkt leczniczy. Czarny odwrócony trójkąt nie jest umieszczany na opakowaniach zewnętrznych leków, ale może znaleźć się np. na materiałach edukacyjnych dotyczących danego produktu leczniczego.

Standardowy czas dodatkowego monitorowania wynosi pięć lat, po upływie tego okresu symbol może zostać ze wspomnianych druków usunięty lub na nich zachowany. Decyzja jest podejmowana na podstawie zgromadzonych danych na temat bezpieczeństwa leku, działań niepożądanych, w tym przede wszystkim tych nieoczekiwanych i ciężkich. Wykaz leków objętych dodatkowym monitorowaniem jest wspólny dla wszystkich krajów Unii Europejskiej, a do publicznej wiadomości podawany jest na stronie EMA (b.d.).

Warto, żeby lekarze i farmaceuci informowali pacjentów, że symbol czarnego odwróconego trójkąta jest przede wszystkim zachętą do zgłaszania działań niepożądanych, nawet tych, które pacjentowi mogą wydawać się nieistotne lub już znane (czyli opisane w ulotce). Ważne jest uświadamianie, że lek oznaczony tym symbolem spełnił wszystkie wymagania konieczne do dopuszczenia go do obrotu, jednak pacjenci i przedstawiciele zawodów medycznych mogą przyczynić się do zebrania szerszych informacji o jego bezpieczeństwie. Istotne jest także, aby rozwiewać ewentualne obawy związane ze stosowaniem leków oznaczonych tym symbolem, ponieważ część pacjentów może mylnie interpretować go jako sugestię, że lek powoduje więcej działań niepożądanych lub bardziej poważne działania niepożądane niż inne leki.

Podsumowując tę część rozważań, należy jasno wskazać, że czarny odwrócony trójkąt nie stanowi o ponadprzeciętnym zagrożeniu związanym z lekiem, a jedynie ma wzbudzić czujność dotyczącą działań niepożądanych i objawów, które mogą o nich świadczyć – zarówno u lekarza (osoby wykonującej zawód medyczny), jak i u pacjenta.

Plan zarządzania ryzykiem

Od 2005 r. w momencie rejestracji wszystkich leków wprowadzanych na rynek w krajach Europejskiego Obszaru Gospodarczego do agencji rejestracyjnej musi zostać złożony plan zarządzania ryzykiem (*risk management plan*, RMP). Przedstawia on przegląd problemów związanych z bezpieczeństwem stosowania produktów leczniczych oraz proponowane działania w celu ich monitorowania i zarządzania nimi po to, aby minimalizować je po wprowadzeniu leku do obrotu (Ho, Tan, Chan 2019: 483)¹.

¹ Wytyczne dotyczące systemu zarządzania ryzykiem związanym z produktami leczniczymi znajdują się w opracowaniu: EMA 2005.

RMP to szczegółowy plan przygotowywany przez firmy farmaceutyczne (podmioty odpowiedzialne) i przedkładany agencjom regulatorowym najczęściej równoległe z rejestracją produktu leczniczego. W przypadku produktów leczniczych, dla których w momencie rejestracji nie wymagano RMP (a więc przed 2005 r.), konieczność jego złożenia może pojawić się przy każdym nowym wniosku, który wiąże się ze znaczącą zmianą w zakresie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu. EMA może zażądać od podmiotu odpowiedzialnego opracowania RMP także dla leków rejestrowanych przed 2005 r. w związku ze zmieniającymi się zasadami oceny profilu bezpieczeństwa bądź nowymi okolicznościami medycznymi ich stosowania, np. w terapii skojarzonej z innym, nowszym lekiem. RMP składa się w EMA, co zapewnia jego automatyczne stosowanie we wszystkich krajach wspólnoty europejskiej, znacząco upraszczając i harmonizując procesy minimalizacji ryzyk związanych ze stosowaniem leku, a także eliminując konieczność przechodzenia przez procesy administracyjne w każdym kraju osobno. Często zdarza się, że również kraje spoza Unii Europejskiej akceptują lub wręcz wymagają RMP opracowanych dla EMA, co powoduje rozszerzanie się tego standardu.

Plany zarządzania ryzykiem są stale modyfikowane i aktualizowane przez cały okres użytkowania produktu leczniczego, w miarę pojawiania się nowych informacji. RMP to dokument, który w zależności od czasu, jaki upłynął od momentu dopuszczenia do obrotu danego leku, i od konieczności jego dodatkowego monitorowania składa się z części przeznaczonych zarówno dla lekarza (poradnik, lista kontrolna), jak i dla pacjenta (karta ostrzegawcza lub informacyjna). Poradnik dla lekarza zawiera skrót najważniejszych informacji o leku. Jest swego rodzaju kompendium wiedzy na temat działań niepożądanych, które mogą wystąpić w różnym czasie od zastosowania leku, wraz ze szczegółowym ich opisem. Zawiera też wskazania odnośnie do konieczności wykonywania badań dodatkowych, dane dotyczące ciąży oraz gotowe odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania. Lista kontrolna dla lekarza, przeważnie opracowana w formie wygodnej tabeli, wyszczególnia badania, jakie należy wykonać, oraz określa częstotliwość ich przeprowadzania.

W momencie podjęcia decyzji o zastosowaniu danego leku lekarz powinien przekazać pacjentowi poradnik dla pacjenta oraz kartę informacyjną lub ostrzegawczą pacjenta, którą ten zawsze powinien mieć przy sobie. Karta ta najczęściej występuje w małym formacie i zawiera najważniejsze informacje dotyczące leczenia. W przypadku zdarzenia losowego

lub wystąpienia nagłego działania niepożądanego osoby wykonujące zawody medyczne mają dostęp do informacji o chorobie i leczeniu danej osoby. Poradnik dla pacjenta ma zapoznać chorego z lekiem, możliwymi działaniami niepożądanymi oraz koniecznością wykonywania konkretnych badań. Umieszczone są w nim odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania i słownik najważniejszych pojęć.

Poradnik lekarza oraz poradnik pacjenta wraz z innymi towarzyszącymi dokumentami nazywane są „materiałami edukacyjnymi”, które stanowią część składową RMP. Podobnie jak ChPL i UP są napisane językiem zrozumiałym dla odbiorcy – inaczej dla lekarza, inaczej dla pacjenta. Służą praktycznej minimalizacji lub uniknięciu ryzyka wystąpienia działania niepożądanego, o którym wiadomo, że może wystąpić w trakcie terapii danym lekiem. Pozwalają zrozumieć, w jakich sytuacjach ryzyko to może być większe i jak je należy eliminować. Podpowiadają, jak monitorować stan pacjenta, aby zidentyfikować ewentualne działanie niepożądane w jego wczesnej fazie i odpowiednio zareagować, modyfikując farmakoterapię, np. poprzez zmniejszenie dawki albo rozpoczęcie stosowania dodatkowego leku. Podają szereg scenariuszy, które mogą zdarzyć się w codziennym życiu pacjenta w trakcie terapii i uwrażliwiają zarówno chorego, jak i lekarza co do postępowania z lekiem w celu zwiększenia bezpieczeństwa jego stosowania. Często są to bardzo praktyczne porady, np. dotyczące konieczności pozostawania w pozycji stojącej przez 30 minut po zażyciu leku albo wymogu popijania tabletki pełną szklanką wody (wynikającego z faktu, że przy mniejszej ilości płynu może wystąpić ryzyko owrzodzeń żołądka).

Karta ostrzegawcza pacjenta spełnia z kolei bardzo ważną funkcję w sytuacjach kryzysowych, kiedy od właściwego postępowania personelu medycznego w leczeniu skutków działania niepożądanego może zależeć zdrowie lub życie pacjenta. W związku z tym pacjent powinien nosić tę kartę przy sobie, w dostępnym miejscu, np. razem z dowodem osobistym. RMP nie jest więc jedynie dokumentem urzędowym, ale niezwykle praktyczną instrukcją postępowania mającego na celu uniknięcie działań niepożądanych. Spełni on swoją funkcję, jeżeli zarówno lekarz, jak i pacjent poświęcą odpowiedni czas na zapoznanie się z nim i podejdą do niego z należytą powagą.

Pomimo ograniczeń czasowych towarzyszących konsultacjom lekarskim, planując rozpoczęcie leczenia, lekarz powinien zwrócić uwagę pacjenta na najważniejsze aspekty związane z bezpieczeństwem stosowania danego leku (pomocna może być lista kontrolna zawarta w materiałach

opracowanych dla danego leku). Ze względu na obszerność treści lekarz może przekazać pacjentowi materiały informacyjne do samodzielnego zapoznania się, a podczas kolejnej wizyty odpowiedzieć na ewentualne pytania oraz potwierdzić, że pacjent przyswoił przekazane informacje. Jeżeli jakieś elementy materiałów edukacyjnych nie są jasne bądź powodują dalsze pytania, pacjent może także zwrócić się z prośbą o pomoc do farmaceuty. Jak wspomniano wcześniej, RMP jest dokumentem podlegającym aktualizacjom wraz ze zmieniającą się wiedzą o leku i nowych sposobach minimalizacji ryzyk związanych z jego stosowaniem. Należy zatem pamiętać, aby kolejne wersje RMP nie były ignorowane, ale rzetelnie przyswajane, gdyż są tworzone po to, żeby praktycznie wspierać bezpieczną farmakoterapię.

Grupa odbiorców RMP jest zróżnicowana, wobec czego jego podsumowanie – dostępne dla szerokiego grona odbiorców – powinno być napisane i przedstawione w jasny i czytelny sposób. Należy zwrócić uwagę na rolę tłumaczenia – RMP powstaje w języku angielskim i dopiero potem jest tłumaczony na języki narodowe. Niezwykle ważne jest zatem, aby tłumaczenie oddawało należycie wszystkie niuanse języka docelowego (tego, na który tekst jest tłumaczony) i nie było jedynie kalką z angielskiego. W związku z bardzo istotną rolą, jaką odgrywa RMP, i dynamiczną sytuacją dotyczącą bezpieczeństwa stosowania wielu leków, szczególnie tych nowo rejestrowanych, kluczowym elementem edukacji pracowników ochrony zdrowia jest zapoznawanie ich z ideą tworzenia RMP oraz wskazywanie wagi zawartych w nim informacji (Giwojno, Mirowska-Guzel 2021: 20–26). Niestety nie ma obecnie wymogu systemowej edukacji w tym obszarze. Duże wyzwanie stoi zatem przed jednostkami akademickimi (katedrami i zakładami farmakologii i farmakologii klinicznej) oraz towarzystwami naukowymi (np. Polskim Towarzystwem Farmakologii Klinicznej i Terapii, Polskim Towarzystwem Bezpiecznej Farmakoterapii, Polskim Towarzystwem Farmakologicznym), które taką wiedzę powinny propagować odpowiednio na etapie przed- i podyplomowym.

Komunikaty bezpieczeństwa

System nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii już po dopuszczeniu leku na rynek przewiduje szereg działań umożliwiających jak najszybsze i właściwe informowanie o problemach związanych z bezpieczeństwem leków. Do tych działań należy np. informowanie o nowych, wcześniej

nieznanych, ciężkich zagrożeniach, które pojawiają się już w trakcie obecności leku na rynku i wpływają na stosunek korzyści do ryzyka produktu leczniczego. Mogą one wymagać szybkiego rozpowszechnienia, aby ograniczyć niekorzystne skutki stosowania danego leku. W takiej sytuacji formułowany jest komunikat do fachowych pracowników ochrony zdrowia. Taki komunikat publikowany przez Europejską Agencję Leków nosi nazwę *direct healthcare professional communication* (DHPC), a w przypadku amerykańskiej FDA jest to *dear health care provider letter*, w skrócie nazywany DDL – *dear doctor letter*. Standardowo składa się on z trzech części:

- opisu ryzyka, który zawiera:
 - rodzaj i ciężkość stwierdzonego działania niepożądanego,
 - przesłanki, na podstawie których oceniono związek przyczynowo-skutkowy,
 - informacje o tym, czy reakcja występowała w zarejestrowanych wskazaniach,
 - liczbę przypadków w kraju i na świecie w odniesieniu do liczby chorych przyjmujących lek;
- kroków podjętych w związku z wykrytym zagrożeniem, czyli:
 - przeciwwskazań,
 - ostrzeżeń,
 - zaleconego postępowania w przypadku wystąpienia objawów prodromalnych;
- wskazówek dotyczących zgłaszania działań niepożądanych i uzasadnienia tej konieczności; ta część odsyła czytelnika do stron internetowych oraz osób udzielających wyjaśnień, które są wymienione z imienia i nazwiska wraz z numerami telefonów, pod którymi można uzyskać ewentualne dodatkowe informacje².

W praktyce zarządzanie komunikatem bezpieczeństwa wymaga dużej sprawności w koordynacji działań między lokalną agencją regulatorową – w Polsce URPL – i podmiotem odpowiedzialnym lub wieloma podmiotami, jeżeli lek jest produkowany przez wiele firm. Komunikaty bezpieczeństwa są umieszczane na stronie internetowej URPL, są więc dostępne dla osób wykonujących zawody medyczne, a także dla pacjentów, jednak proaktywne informowanie o nowym komunikacie dotyczy jedynie lekarzy. Komunikat jest wysyłany do wszystkich lekarzy zajmujących się dziedziną

² Wytyczne dotyczące struktury i zawartości komunikatu bezpieczeństwa znajdują się w: EMA 2017.

medycyny, w której lek jest stosowany. Wysyłka odbywa się najczęściej e-mailem i stanowi wyzwanie logistyczne, gdyż podmiot odpowiedzialny musi udokumentować, że przeprowadził dystrybucję DHPC do właściwych odbiorców. Pomimo że komunikat bezpieczeństwa jest w zamyśle adresowany do wszystkich fachowych pracowników ochrony zdrowia, w Polsce trafia jedynie do lekarzy. Luki prawne powodują, że zarówno farmaceuci, jak i pielęgniarki, położne czy ratownicy medyczni nie są informowani o komunikatach dotyczących bezpieczeństwa. Warto zauważyć, że te grupy zawodowe nabyły ostatnio dodatkowe uprawnienia (farmaceuci wystawiają recepty), a ich działania mają praktyczne przełożenie na podawanie leków i monitorowanie stanu pacjenta (dotyczy to zwłaszcza pielęgniarek i ratowników medycznych). Konieczne jest zatem włączenie tych grup zawodowych do systemu bezpośredniego przekazywania istotnych informacji na temat bezpieczeństwa. Podobnie, w przypadku lekarzy otrzymujących komunikaty, do dobrej praktyki należy nie tylko zapoznanie się z treścią komunikatu, ale również niezwłoczne podzielenie się nią z innym personelem medycznym, np. w przychodni, oddziale szpitalnym czy w gabinecie. Powinien być to rutynowy obszar komunikacji w zespole, choć w warunkach polskich wydaje się on nadal słabo rozwinięty. W dostępnej literaturze brak jednak opracowań na ten temat.

Okresowy raport o bezpieczeństwie

Raport okresowy o bezpieczeństwie (*periodic safety update report*, PSUR) jest specyficznym typem dokumentu służącym komunikacji pomiędzy podmiotem odpowiedzialnym a organem nadzoru (agencją regulatorową) o pełnym profilu bezpieczeństwa leku, a w szczególności o ryzykach i korzyściach wynikających z jego stosowania. PSUR jest przygotowywany co sześć miesięcy od daty pierwszej rejestracji leku na świecie przez dwa lata, później ta częstotliwość zmienia się do jednego raportu na rok przez kolejne dwa lata i potem raz na trzy lata aż do czasu wycofania produktu z obrotu. Wymagania dotyczące częstotliwości mogą jednak ulegać zmianie, wobec czego agencje regulatorowe mogą żądać częstszego przedstawiania tych raportów w zależności od okoliczności wpływających na profil bezpieczeństwa danego leku. I tak np. w przypadku szczepionek przeciwko SARS-CoV-2, w związku z nadzwyczajnymi okolicznościami, zarówno EMA, jak i FDA zażądały przygotowywania raportu okresowego raz na miesiąc. Wobec ogromnej ilości danych stanowiło to poważne

wyzwanie dla podmiotów odpowiedzialnych, jednak wiązało się z pilną i bieżącą potrzebą pełnej przejrzystości informacji dotyczącej profilu bezpieczeństwa tych szczepionek.

Raport okresowy o bezpieczeństwie zawiera zarówno dane podstawowe, przedstawione tabelarycznie w postaci wielu załączników, jak i szereg analiz bezpieczeństwa i danych epidemiologicznych w poszczególnych populacjach, wskazaniach i grupach wiekowych, a także różnych krajach i regionach geograficznych. Dokument ten omawia szczegółowo wielkość sprzedaży leku czy liczbę wystawionych recept, wylicza wszystkie znane ryzyka, kwantyfikuje je, zawiera podsumowanie z wyników badań i raporty ekspertów klinicznych oraz analizy farmakoepidemiologiczne. PSUR jest dokumentem skomplikowanym, często zawierającym wiele tysięcy stron treści, dostępnym jedynie dla odpowiednich organów nadzoru. Na jego podstawie agencja regulatorowa może podejmować adekwatne decyzje odnośnie do przedłużania pozwolenia na dopuszczenie leku do obrotu, zarządzania jego bezpieczeństwem, w tym tworzenia komunikatów bezpieczeństwa bądź modyfikowania ChPL, UP czy RMP, które już bezpośrednio służą do komunikacji z przedstawicielami zawodów medycznych czy pacjentami. Szczegółowe wytyczne odnośnie do przygotowania raportów okresowych o bezpieczeństwie (czyli PSUR-ów) opisuje moduł VII opracowania EMA (2013) poświęconego dobrym praktykom w zakresie *pharmacovigilance*.

Komunikaty Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego

Główny Inspektor Farmaceutyczny (GIF) może podjąć decyzję o wycofaniu produktu leczniczego z obrotu, jeśli produkt ten nie spełnia ustalonych wymagań jakościowych i może stanowić źródło zagrożenia dla zdrowia publicznego (np. gdy stwierdzono obecność zanieczyszczeń w określonej serii leku lub na opakowaniu pojawił się błąd drukarski). Decyzje te umieszczane są w elektronicznym rejestrze decyzji Głównego Inspektora Farmaceutycznego (GIF b.d.), do którego dostęp jest nieograniczony. Treść decyzji wycofującej produkt leczniczy z obrotu zawiera informacje o nazwie, serii i dacie ważności wycofanego produktu leczniczego, opis stwierdzonej wady, źródło informacji o problemie (np. wniosek podmiotu odpowiedzialnego, zgłoszenie użytkownika) oraz podsumowanie przeprowadzonego postępowania.

Podsumowanie

Wszystkie wymienione wyżej dokumenty, czyli ChPL, UP, komunikaty bezpieczeństwa, RMP, PSUR czy komunikaty GIF, mają ściśle ustrukturyzowaną formę, co ma na celu ułatwienie znalezienia poszukiwanych informacji i zapewnienie przejrzystości przekazu adekwatnego do odbiorcy. Pomimo tak szerokiego spektrum źródeł informacji o działaniach niepożądanych leków wiedza na ten temat nadal wymaga uzupełniania i upowszechniania. Jesteśmy świadkami dynamicznych zmian dotyczących administrowania działaniami niepożądanymi i systemów, których celem jest zapewnienie bezpieczeństwa farmakoterapii. Dużym wyzwaniem stojącym przed jednostkami odpowiedzialnymi i zaangażowanymi w edukację przedstawicieli kadry medycznej (np. uczelniami medycznymi, towarzystwami naukowymi) jest podnoszenie świadomości w zakresie konieczności zgłaszania działań niepożądanych, ale także propagowanie wiedzy na temat źródeł, w których można znaleźć najbardziej aktualne dane dotyczące ich występowania oraz informacje na temat działań mających na celu zapobieganie ich występowaniu.

Nauczanie zarówno przed-, jak i podyplomowe powinno obejmować znajomość systemów, których celem jest zapewnienie bezpieczeństwa farmakoterapii. O ile dokumenty przygotowywane wyłącznie dla organów nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii (lokalne i regionalne agencje lekowe, np. URPL w Polsce czy Europejska Agencja Leków), takie jak PSUR, nie potrzebują popularyzacji, o tyle pozostałe dokumenty wymagają ciągłego rozpowszechniania wśród odbiorców, aby systematycznie zwiększać skuteczność ich oddziaływania. Dotyczy to zarówno edukacji pacjentów odnośnie do UP czy materiałów edukacyjnych RMP, jak i systematycznego wspierania pracowników ochrony zdrowia przez różnorodne formy edukacyjne. Ważnym czynnikiem wpływającym na optymalizację omawianych mechanizmów komunikowania o ryzykach farmakoterapii i ich minimalizacji byłoby pozyskiwanie od użytkowników (pacjentów, lekarzy, farmaceutów itd.) danych zwrotnych na temat roli wyżej omawianych dokumentów w ich codziennej praktyce poprzez usystematyzowane badania i ankiety. Dotyczy to zarówno Polski, jak i całej Europy. Jest to obszar dotychczas niezagospodarowany i wymaga podjęcia dodatkowych wysiłków.

Bibliografia

- Arcab A., Lepionka W., Miernecka D., Pomorski I. 2017. *Jak powstaje bezpieczny lek. Od badań klinicznych do pacjenta*, [w:] *Bezpieczeństwo farmakoterapii. Podręcznik pharmacovigilance*, red. A. Maciejczyk, M. Kruk, Medipage, Warszawa, s. 37–59.
- Bartoszek-Balas E., Nowak M., Trojan M. 2017. *Minimalizacja ryzyka po zarejestrowaniu leku*, [w:] *Bezpieczeństwo farmakoterapii. Podręcznik pharmacovigilance*, red. A. Maciejczyk, M. Kruk, Medipage, Warszawa, s. 143–164.
- Centrum e-Zdrowia. b.d.a. *System Monitorowania Zagrożeń*, <https://smz.ezdrowie.gov.pl/view-smz/login> (dostęp: 7.02.2023).
- Centrum e-Zdrowia. b.d.b. *System Monitorowania Zagrożeń – o projekcie*, <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/systemy-it/system-monitorowania-zagrozen/> (dostęp: 7.02.2023).
- EMA [European Medicines Agency]. 2005. *Guideline on Risk Management Systems for Medicinal Products for Human Use*, European Medicines Agency, London.
- EMA [European Medicines Agency]. 2013. *Guideline on Good Pharmacovigilance Practices (GVP) Module VII – Periodic Safety Update Report*, https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/guideline-good-pharmacovigilance-practices-gvp-module-vii-periodic-safety-update-report_en.pdf (dostęp: 31.01.2022).
- EMA [European Medicines Agency]. 2017. *Guideline on Good Pharmacovigilance Practices (GVP) – Module XV – Safety Communication (Rev 1)*, https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/guideline-good-pharmacovigilance-practices-module-xv-safety-communication-rev-1_en.pdf (dostęp: 27.12.2021).
- EMA [European Medicines Agency]. b.d. *Medicines Under Additional Monitoring*, <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/pharmacovigilance/medicines-under-additional-monitoring> (dostęp: 27.12.2021).
- EudraVigilance. 2022. *Europejska baza danych zgłoszeń o podejrzewanych działaniach niepożądanych leków*, <https://www.adrreports.eu/pl/index.html> (dostęp: 31.01.2022).
- GIF [Główny Inspektorat Farmaceutyczny]. b.d. *Rejestr Decyzji Głównego Inspektora Farmaceutycznego*, <https://rdg.ezdrowie.gov.pl/> (dostęp: 31.01.2022).
- Giwojno E., Mirowska-Guzel D. 2021. *Plan zarządzania ryzykiem jako narzędzie administracyjne i kliniczne*, „MS Report”, 10(1–2), s. 20–26.
- Ho C.S., Tan L.L., Chan C.L. 2019. *Introduction to Risk Management Plans in the Singapore Context*, “Singapore Medical Journal”, 60(9), s. 483–486.
- Kaczor M., Guzel T., Członkowski A., Bartoszek-Balas E., Mirowska-Guzel D. 2018. *Komunikacja z pacjentem dotycząca działań niepożądanych leków w okresie porejestacyjnym*, „MS Report”, 7(3), s. 22–27.
- Rejestry medyczne. b.d. *Rejestr produktów leczniczych*, <https://rejestrymedyczne.ezdrowie.gov.pl/rpl/search/public> (dostęp: 31.01.2022).
- URPL [Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych]. b.d.a. *Instrukcja instalacji aplikacji mobilnej Mobit Skaner*, http://www.urpl.gov.pl/sites/default/files/Lekowy_urz%C4%85d.pdf (dostęp: 31.01.2022).

URPL [Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych]. b.d.b. *Rejestr produktów leczniczych*, <http://www.urpl.gov.pl/pl/produkty-lecznicze/zagadnienia-rejestracyjne/rejestr-produkt%C3%B3w-leczniczych> (dostęp: 31.01.2022).

ABSTRACT

Selected elements of communication about pharmacotherapy related risks

The risks associated with the occurrence of adverse reactions are inseparable elements of pharmacotherapy. When a drug receives marketing authorization, the knowledge about its safety is always incomplete and needs constant improvement while the medicinal product is already on the market. This requires appropriate systems of control and monitoring and ensuring effective communication routes between patients, healthcare professionals, pharmaceutical companies employees and representatives of national and international organizations responsible for the supervision of medicines safety. The chapter discusses the role of the most important documents in the field of pharmacovigilance. These include: the summary of product characteristics with a risk management plan, patient's information leaflet, safety communications, periodic safety update reports and communications from the Chief Pharmaceutical Inspectorate. Raising awareness of the need to report adverse drug reactions and promoting knowledge about the sources of most up to date information on their occurrence and prevention poses a major challenge for those responsible for and involved in the education of medical staff.

KEY WORDS: adverse events, pharmacovigilance, pharmacotherapy, summary of product characteristic, patient's leaflet, black triangle, risk management plan

ABSTRACT

Wybrane elementy informowania o ryzykach związanych z farmakoterapią

Nieodłącznym elementem farmakoterapii są zagrożenia związane m.in. z występowaniem działań niepożądanych. W momencie rejestracji leku wiedza na temat jego bezpieczeństwa jest zawsze niepełna i wymaga ciągłego uzupełniania, w czasie kiedy produkt leczniczy jest już dostępny na rynku. W tym celu konieczne jest funkcjonowanie właściwych systemów kontroli i monitorowania oraz dbałość o drogi komunikacji pomiędzy pacjentami, przedstawicielami zawodów medycznych,

pracownikami firm farmaceutycznych oraz reprezentantami krajowych i międzynarodowych organizacji odpowiedzialnych za nadzór nad bezpieczeństwem leków. W rozdziale omówiono rolę najważniejszych dokumentów istotnych dla zapewnienia bezpieczeństwa farmakoterapii. Wśród nich są: charakterystyka produktu leczniczego z planem monitorowania ryzyka, ulotka dla pacjenta, komunikaty bezpieczeństwa, okresowe raporty o bezpieczeństwie oraz komunikaty Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Dużym wyzwaniem stojącym przed jednostkami odpowiedzialnymi i zaangażowanymi w edukację przedstawicieli kadry medycznej jest podnoszenie świadomości w zakresie konieczności zgłaszania działań niepożądanych, ale także propagowanie wiedzy na temat źródeł, w których można znaleźć najbardziej aktualne dane na ich temat oraz informacje o działaniach mających na celu zapobieganie ich występowaniu.

SŁOWA KLUCZOWE: działania niepożądane, nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii, farmakoterapia, charakterystyka produktu leczniczego, ulotka dla pacjenta, czarny odwrócony trójkąt, plan zarządzania ryzykiem

WYZWANIA W NAUCZANIU KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ

Antonina Doroszevska

ORCID 0000-0003-0764-2105

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Iwona Drozdowska

ORCID 0000-0002-0772-6803

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Nauczanie komunikacji medycznej – postawy i perspektywa studentów kierunków medycznych

Umiejętność komunikowania się z pacjentem jest jedną z kluczowych kompetencji klinicznych (Silverman, Kurtz, Draper 2018). Przedstawiciele personelu medycznego każdego dnia rozmawiają z wieloma pacjentami i ich bliskimi, a także ze swoimi współpracownikami. Wśród ról, które w swojej praktyce zawodowej realizuje lekarz i które opisano w modelu zaproponowanym przez Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (2023) oraz 12 innych kanadyjskich towarzystw medycznych, są m.in. zadania „komunikatora”. Zgodnie z założeniami opisywanego modelu rola ta nakłada na lekarzy obowiązek kształtowania relacji z pacjentami i ich bliskimi, które ułatwiają zbieranie informacji i dzielenie się nimi. Jest to niezbędne, by odpowiednio opiekować się chorymi.

Od wielu lat zajęcia z komunikacji stanowią element programu nauczania na polskich uczelniach medycznych. Najpierw były to zajęcia dodatkowe, odbywające się w formie fakultetów, jednak od kilku lat coraz więcej uczelni wprowadza i rozwija obowiązkowe zajęcia kształtujące kompetencje komunikacyjne przyszłych pracowników opieki medycznej. Pomagają w tym opracowane i sprawdzone na zagranicznych uczelniach modele nauczania komunikacji, takie jak np. Calgary Cambridge (Silverman, Kurtz, Draper 2018), SEGUE (Makoul 2001), 4Habbits (Frankel, Stein 2001), a także opublikowane wytyczne (von Fragstein i in. 2008; Engel i in. 2022) lub rekomendacje towarzystw naukowych (Borowczyk i in. 2021).

Rozwój nauczania komunikacji na różnych uczelniach medycznych w Polsce przebiega niejednakowo. Z punktu widzenia nauczycieli odpowiedzialnych zarówno za budowanie programu nauczania, jak i za tworzenie scenariuszy poszczególnych zajęć istotne są: efekty uczenia wskazane w standardach kształcenia, planowana liczba i forma zajęć, sposób weryfikacji efektów uczenia, a także postawy studentów. Na tej ostatniej kwestii chcielibyśmy się skupić w prezentowanym rozdziale. Taki wybór jest podyktowany m.in. tym, że opis postaw studentów względem nauczania komunikacji, w czasie gdy takie zajęcia dopiero są wdrażane, może stanowić zarówno ważną wskazówkę na etapie planowania zajęć, jak i punkt odniesienia dla przyszłych badań nad postawami studentów i personelu medycznego wobec nauczania komunikacji.

Głównym celem tego rozdziału jest przedstawienie postaw studentów rozpoczynających studia medyczne wobec nauki komunikacji. W pierwszej części pracy opiszemy teorie, do których odnosimy się w badaniu, oraz ogólnie przedstawimy rozwój kształcenia w zakresie kompetencji komunikacyjnych w Polsce. W następnej części opiszemy wyniki badań przeprowadzonych wśród studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM) i porównamy je z wynikami innych badań pokazujących postawy studentów wobec nauki komunikacji.

Postawy studentów i ich znaczenie w dydaktyce

Poznanie postaw studentów wobec nauczanych treści jest istotne ze względu na to, że są one ważnymi wskaźnikami późniejszych zachowań czy postaw (*behavioral indicators*). Mogą one wpływać na motywację do nauki, aktywność podczas zajęć czy gotowość do wykorzystania nabytych umiejętności w praktyce (Ruiz-Moral i in. 2021). Elementy te przekładają się nie tylko na zachowania, lecz także na zdolność do zapamiętywania przekazywanej wiedzy. Postawy ułatwiają również dostosowywanie się jednostki do otoczenia (Eagly, Chaiken 1993).

Jak podkreślają autorzy najbardziej rozpowszechnionego modelu kształcenia kompetencji komunikacyjnych – Calgary Cambridge, kształtowanie postaw pogłębia rozumienie przez studentów różnych problemów komunikacyjnych i doskonalenie umiejętności. Dzięki temu łatwiej jest im wykorzystać w praktyce to, czego się nauczyli. To dlatego model ten zakłada równoległe kształtowanie umiejętności i postaw (Kurtz, Draper, Silverman 2017).

Związek postaw z zachowaniem opisywany jest w teoriach socjopsychologicznych. Według teorii działań przemyślanych Icka Ajzena i Martina Fishbeina (1980) zachowanie jest konsekwencją intencji działania. Zależy ona od postawy wobec działania i subiektywnej oceny odnoszących się do niego norm społecznych. Na postawę składają się przekonania jednostki, że dane zachowanie doprowadzi do oczekiwanego efektu (model oczekiwanej wartości). Postawa pozytywna będzie się wiązała z wysoką subiektywną wartością przypisaną do spodziewanego rezultatu zachowania, co poskutkuje silniejszym zamiarem, aby je zrealizować. Natomiast subiektywna norma wiąże się z przekonaniem jednostki, że ważne autorytety uważają, iż powinno się zachować w dany sposób. Jednocześnie motywuje to jednostkę, aby dostosować się do ich wymagań. W teorii zachowań planowych Ajzen (1991) dodał do powyższych dwóch czynników kontrolę zachowania, czyli oczekiwanie jednostki, że jest ona w stanie zrealizować dane zachowanie. Te trzy aspekty – subiektywna wartość, subiektywna norma i kontrola zachowania – wpływają na motywację jednostki do zaangażowania się w określone zachowanie i wykorzystania w zaplanowanym działaniu wiedzy, umiejętności i postaw. Na podstawie powyższych teorii możemy wnioskować, że to, czy podczas kontaktu z pacjentem student wykorzysta kompetencje komunikacyjne, zależy od trzech czynników. Po pierwsze od tego, czy student uznaje, że umiejętności te wpływają na efektywność wizyty lekarskiej (model oczekiwanej wartości); po drugie od tego, czy spotkał się z wykorzystaniem umiejętności komunikacyjnych przez lekarzy, którzy przekazują wiedzę podczas zajęć klinicznych; po trzecie wreszcie od tego, czy dany student uważa, że jest w stanie sam zastosować umiejętności komunikacyjne w swoich rozmowach z pacjentami.

Pozytywne postawy wobec nauki komunikacji wiążą się z większą wiedzą dotyczącą zachowań podczas rozmowy z pacjentem oraz motywują studentów do poszerzania swoich kompetencji komunikacyjnych i stosowania ich w przyszłej praktyce zawodowej. Postawy negatywne mogą natomiast wiązać się z deprecjonowaniem znaczenia nauki umiejętności komunikacyjnych i przekonaniem o niedużym znaczeniu kursu komunikacji (Wright i in. 2006).

Kształcenie kompetencji komunikacyjnych na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym

Na WUM-ie zajęcia z komunikacji zostały włączone do obowiązkowego curriculum od roku akademickiego 2017/2018. Wcześniej kształcenie w tym zakresie odbywało się w formie fakultetów lub było realizowane podczas zajęć z innych przedmiotów (m.in. psychologii, medycyny rodzinnej). W kolejnym roku akademickim program nauczania został rozbudowany, a omawiane zajęcia wprowadzono także na kierunkach innych niż lekarski. Obecnie nauczanie komunikacji jest prowadzone na następujących kierunkach: lekarskim (na II, III i VI roku), lekarsko-dentystycznym (na I roku), na pielęgniarstwie (na I roku), położnictwie (na I roku), ratownictwie medycznym (na I roku), dietetyce (na II roku), higienie stomatologicznej (na I i II roku) i technikach dentystycznych (na II roku). Niezależnie od zajęć z komunikacji kompetencje komunikacyjne są rozwijane podczas innych zajęć, w tym klinicznych i praktycznych.

Kształcenie w zakresie komunikacji musi umożliwić studentom realizację efektów uczenia zawartych w standardach kształcenia, które stanowią punkt odniesienia dla tworzenia programów nauczania. Wskazują one na potrzebę rozwijania zarówno wiedzy, jak i umiejętności. Nie precyzują, jak to nauczanie ma być zorganizowane ani jakie metody kształcenia należy wykorzystywać podczas zajęć. Te kwestie są omówione w rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej (Borowczyk i in. 2021).

Najważniejszym celem zajęć poświęconych komunikacji medycznej jest rozwijanie umiejętności komunikowania się z pacjentem i jego bliskimi. Służyć temu mają zajęcia praktyczne, w których udział biorą osoby odgrywające role pacjentów (są to pacjenci symulowani). Skuteczność tej metody odnosi się do teorii społecznego uczenia się Alberta Bandury (1977), który zauważył, że uczenie zachodzi nie tylko przez warunkowanie klasyczne i sprawcze, lecz także przez obserwowanie zachowań innych ludzi. Teoria społecznego uczenia się Bandury zakłada, że pojawienie się nowych sposobów zachowania może nastąpić w wyniku poznawania konsekwencji działań i uczenia przez modelowanie. Modelowanie obejmuje uczenie się poprzez obserwowanie cudzego działania i jego skutków. Model prezentuje dane zachowanie, a obserwator skupia na nim swoją uwagę, zapamiętuje je, a następnie wypróbowuje we własnym działaniu. Jest to więc proces regulowany poznawczo. Ważną rolę odgrywają przy tym oczekiwane konsekwencje danego zachowania, czyli wiara w to,

że w dany sposób można osiągnąć pożądaný skutek, oraz własna oczekiwana skuteczność, czyli przekonanie o tym, że jest się w stanie zrealizować dane działanie (Bandura 1977). Modelowanie na zajęciach z komunikacji medycznej odbywa się poprzez prezentację filmów pokazujących przebieg konsultacji, podczas których klinicysta prawidłowo zastosował umiejętności komunikacji, a także podczas prowadzonych przez studentów rozmów z pacjentami symulowanymi. Student, który obserwuje przebieg konsultacji demonstrowanej przez inną osobę, może w ten sposób nabyć nowe umiejętności, a następnie przećwiczyć je we własnej rozmowie z symulowanym pacjentem.

Jonathan Silverman, jeden z autorów modelu Calgary Cambridge, podkreśla rolę odpowiednich metod nauczania opartych na umiejętnościach i doświadczeniu. Dzięki kolejnym krokom w procesie nauki, czyli obserwacji uczącego się, udzieleniu mu informacji zwrotnej i uwzględnieniu tej informacji przez osobę uczącą się przy powtórzeniu ćwiczenia, możliwe jest uzyskanie zmiany (Silverman, Kurtz, Draper 2018). Elementy te są uwzględniane w procesie kształcenia kompetencji komunikacyjnych na WUM-ie.

Metodologia i wyniki badania

Głównymi celami badania było opisanie nastawienia studentów rozpoczynających kształcenie medyczne wobec nauki komunikacji oraz sprawdzenie, czy ich postawy różnią się w zależności od kierunku studiów bądź płci respondentów. W badaniu wykorzystano skalę Communication Skills Attitude Scale (CSAS) zwalidowaną na próbie polskich studentów (Przymuszała i in. 2021). Badanie było realizowane podczas pierwszych zajęć z komunikacji, które odbywały się stacjonarnie¹. Respondenci otrzymali formularze zgody na udział w badaniu oraz ankiety do samodzielnego wypełnienia. Należy mieć na uwadze, że realizacja badania podczas zajęć mogła wpłynąć na odpowiedzi studentów. Stanowi to pewne ograniczenie, które należy brać pod uwagę przy analizie wyników.

Badanie zostało zrealizowane między majem 2019 r. a czerwcem 2021 r. Badaną próbę stanowiło 650 studentów WUM-u uczących się na kierunku: lekarskim, pielęgniarstwie i położnictwie. W tej pracy przedstawione zostaną odpowiedzi osób rozpoczynających kształcenie medyczne –

¹ Mimo pandemii duża część zajęć praktycznych na WUM-ie na początku roku akademickiego 2020/2021 była realizowana stacjonarnie.

studentów II roku kierunku lekarskiego, I roku położnictwa i I roku pielęgniarstwa, co przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Liczebność badanej grupy

Kierunek i rok studiów	Liczba studentów	Odsetek
Lekarski, II rok	285	43,8%
Pielęgniarstwo, I rok (licencjat)	185	28,5%
Położnictwo, I rok (licencjat)	180	27,7%
Ogółem	650	100%

Źródło: opracowanie własne.

Ogólne nastawienie respondentów wobec nauczania komunikacji zbadano, prosząc ich o odniesienie się do 26 stwierdzeń dotyczących uczenia się umiejętności komunikacyjnych. Każde ze stwierdzeń badani oceniali w skali od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 5 (zdecydowanie się zgadzam). Średnia wyników nie przekroczyła 4 – ogólne nastawienie respondentów względem nauczania komunikacji kształtowało się przeciętnie. Szczegółowe wyniki zostały przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2. Średnia wyników na skali ogólnej

Kierunek i rok studiów	Średnia – skala ogólna	Odchylenie standardowe
Lekarski, II rok	3,71	0,50
Pielęgniarstwo, I rok (licencjat)	3,73	0,39
Położnictwo, I rok (licencjat)	3,90	0,41

Źródło: opracowanie własne.

Najbardziej pozytywne nastawienie wobec nauki komunikacji mieli w badanej próbie studenci położnictwa. Warto zwrócić uwagę, że zaobserwowane różnice między kierunkiem lekarskim i położnictwem są istotne statystycznie na poziomie $p = 0,000$. Nie wykazano natomiast istotnej statystycznie różnicy między wynikami studentów kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa ($p = 0,995$) ani położnictwa i pielęgniarstwa ($p = 0,014$).

Dla badanych z II roku kierunku lekarskiego zaobserwowano istotną różnicę w wyniku CSAS pomiędzy studentkami a studentami ($p = 0,035$).

Średni wynik kobiet ($3,75 \pm 0,49$) był wyższy od uzyskanego przez mężczyzn ($3,62 \pm 0,53$). Na pozostałych kierunkach nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między kobietami a mężczyznami. Należy jednak pamiętać, że wśród studentów położnictwa były tylko kobiety.

Jedna z hipotez badawczych zakładała, że nastawienie wobec nauczania komunikacji będzie różnicowane przez doświadczenie choroby przewlekłej. Wśród badanych z II roku kierunku lekarskiego 15% zadeklarowało, że ma stwierdzoną chorobę przewlekłą. Analiza rezultatów wykazała istotny związek wyniku CSAS ze stanem zdrowia ($p = 0,030$). Osoby z chorobą przewlekłą uzyskały wyższy wynik CSAS ($3,84 \pm 0,41$) w porównaniu z ankietowanymi deklarującymi, że nie mają zdiagnozowanych chorób przewlekłych ($3,68 \pm 0,52$).

Analizie poddano także wyniki uzyskane przez badanych na dwóch podskalach, wskazujących na pozytywny (Positive Attitude Subscale, PAS) i negatywny stosunek do komunikacji (Negative Attitude Subscale, NAS).

Na podstawie wyników analizy wariancji stwierdzono istotne różnice między studentami poszczególnych kierunków w zakresie pozytywnych postaw wobec nauczania umiejętności komunikacyjnych (tabela 3). Wyniki testów *post hoc* wykazały, że na kierunku położnictwo postawy wobec uczenia się komunikacji są najbardziej pozytywne (4,25) i istotnie statystycznie wyższe niż na kierunku lekarskim (4,00, $p = 0,001$). Różnice między studentami kierunków położnictwo i pielęgniarstwo wynoszą $p = 0,084$, a między studentami pielęgniarstwa i kierunku lekarskiego $p = 0,924$.

Tabela 3. Średni wynik badanych studentów na podskali PAS

Kierunek i rok studiów	Średnia – podskala PAS	Odchylenie standardowe
Lekarski, II rok	4,00	0,68
Pielęgniarstwo, I rok (licencjat)	4,07	0,56
Położnictwo, I rok (licencjat)	4,25	0,50

Źródło: opracowanie własne.

Analizie poddano także wyniki uzyskane na skali NAS (tabela 4). Wyniki testów *post hoc* wykazały, że najwięcej negatywnych postaw przejawiają studenci kierunku lekarskiego ($2,27 \pm 0,64$) i pielęgniarstwa ($2,18 \pm 0,53$), najmniej zaś – studentki położnictwa ($1,98 \pm 0,57$).

Różnica między położnictwem a kierunkiem lekarskim ukształtowała się na poziomie $p = 0,000$, między położnictwem a pielęgniarstwem zaś – na poziomie $p = 0,001$.

Tabela 4. Średni wynik badanych studentów na podskali NAS

Kierunek i rok studiów	Średnia – podskala NAS	Odchylenie standardowe
Lekarski, II rok	2,27	0,64
Pielęgniarstwo, I rok (licencjat)	2,18	0,53
Położnictwo, I rok (licencjat)	1,98	0,57

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Postawy wobec nauki komunikacji wśród badanych studentów były umiarkowanie pozytywne. W innym badaniu realizowanym w 2017 r. wśród studentów WUM-u i Uniwersytetu w Bazylei badani prezentowali neutralne postawy wobec nauczania umiejętności komunikacyjnych ($M = 89,4/130$), przy czym studenci WUM-u nieco bardziej negatywne niż studenci Uniwersytetu w Bazylei (WUM: 88,9/130 versus UB: 90,4/130) (Iwanow i in. 2019). W badaniu przeprowadzonym w roku akademickim 2018/2019 dwie trzecie badanych studentów WUM (63,4%) zdecydowanie zgadzało się ze stwierdzeniem, że warto uczyć się komunikacji, a 30,5% raczej zgadzało się z taką opinią (Doroszevska, Oronowicz-Jaśkowiak, Oronowicz-Jaśkowiak 2019).

Część autorów badań przeprowadzonych w Polsce zauważa, że motywację studentów do nauki umiejętności komunikacyjnych może obniżać mniejszy nacisk na szkolenia komunikacyjne na polskich uczelniach w porównaniu do niektórych uczelni zagranicznych. W połączeniu z brakiem czasu i wymagającym charakterem studiów wpływa to negatywnie na stosunek studentów do tych zajęć. Dodatkowym powodem mniejszego zaangażowania studentów jest to, że zajęcia z komunikacji zwykle kończą się zaliczeniem. Studenci większą wagę przykładają do nauki przedmiotów, które kończą się egzaminem (Przymuszała i in. 2021).

Jedno z badań wykazało różnice między postawami studentów polsko- i angielskojęzycznych. W badaniu zrealizowanym w Krakowie w 2013 r., w którym udział wzięli studenci V roku kierunku lekarskiego Collegium

Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, wykazano bardziej negatywne postawy wobec nauczania umiejętności komunikacyjnych wśród studentów polskojęzycznych w porównaniu ze studentami anglojęzycznymi. Autorzy badania wskazywali, że różnice te mogą wynikać z faktu, iż polscy studenci na zajęciach klinicznych czy w trakcie wakacyjnych staży rzadko spotykają starszych lekarzy stosujących umiejętności komunikacyjne, co sprawia, że wydają się im one trudne do zastosowania w praktyce. Natomiast na uczelniach zagranicznych, w których letnie staże odbywa większość studentów anglojęzycznych (np. w Norwegii, Stanach Zjednoczonych czy Wielkiej Brytanii), studenci spotykają lekarzy, którzy odbyli kursy komunikacji medycznej i stosują te umiejętności w codziennej pracy (Pers i in. 2019).

Wyniki prezentowanego przez nas badania można także porównać z wynikami badań przeprowadzonych na uczelniach zagranicznych. Postawy studentów II roku kierunku lekarskiego WUM-u (pierwszy rok zajęć z komunikacji) są zbliżone do postaw studentów I roku analogicznego kierunku na Uniwersytecie w Lipsku (Busch i in. 2015). Autorzy badania zaobserwowali niski poziom postaw negatywnych i umiarkowany poziom postaw pozytywnych wśród lipskich studentów. Badacze podkreślili jednak, że udział w badaniu był dobrowolny, co mogło wpłynąć na to, iż wzięli w nim udział studenci bardziej zainteresowani komunikacją.

Zróznicowanie postaw w zależności od kierunku studiów, podobnie jak wśród studentów WUM-u, zaobserwowali badacze ze Słowacji. W badaniu, w którym wzięło udział 227 studentów pielęgniarstwa i położnictwa (96,9% badanych stanowiły kobiety), wykazano wysokie wyniki pozytywne i umiarkowane wyniki negatywne kwestionariusza CSAS (Škodová, Bánovčinová, Bánovčinová 2018).

Przeprowadzone przez nas badanie wykazało zróznicowanie w nastawieniu do nauki komunikacji w zależności od płci. Kobiety prezentowały bardziej pozytywne nastawienie do komunikacji niż mężczyźni. Podobne wyniki uzyskali badacze opisujący postawy studentów i studentek w innych krajach (Rees, Sheard 2002; Anvik i in. 2008; Molinuevo, Torrubia 2011; Busch i in. 2015). Jedno z wyjaśnień tego zróznicowania opisano w artykule przedstawiającym wyniki badań realizowanych przez trzy lata wśród studentów uniwersytetów w Nottingham i Leicester. Pozytywne postawy studentek wiązały się z niższą oceną własnych umiejętności komunikacji w porównaniu z ocenami studentów. Według autorów kobiety mają bardziej pozytywne nastawienie wobec nauki umiejętności komunikacyjnych, gdyż częściej uważają, że ich umiejętności wymagają doskonalenia

(Rees, Sheard 2002; 2003). Za drugą możliwą przyczynę uznano przeszacowywanie swoich umiejętności komunikacyjnych przez mężczyzn (Rees, Sheard 2002). W opublikowanym wiele lat temu przeglądzie literatury Knut Aspegren (1999), który analizował prace wskazujące na wolniejsze nabywanie umiejętności komunikacyjnych przez mężczyzn w porównaniu z kobietami, sformułował wniosek, że dłuższy czas zdobywania opisywanych umiejętności sprawia, iż u mężczyzn obserwuje się mniej pozytywnych postaw wobec nauki komunikacji. Możliwą przyczyną jest to, że nabycie umiejętności komunikacyjnych wymaga emocjonalnej ekspozycji i refleksji nad relacją lekarz – pacjent. Te elementy zajęć sprawiają kobietom mniej trudności (Gude i in. 2020). Wnioski te potwierdzają także badania studentów w Wielkiej Brytanii (Cleland, Foster, Moffat 2005) oraz studentów i lekarzy w Austrii (Löffler-Stastka i in. 2016). Inni badacze zwrócili uwagę, że przyczyną bardziej pozytywnych postaw kobiet wobec nauki komunikacji może być aspekt kulturowy (Tsimtsiou i in. 2007). Kobiety w porównaniu do mężczyzn częściej są w rozmowie ukierunkowane na budowanie współpracy, zadawanie otwartych pytań, przekazywanie informacji w kwestiach biomedycznych i psychospołecznych (Roter, Lipkin, Korsgaard 1991; Mead, Bower 2000). Metaanaliza opisująca wyniki badań przeprowadzonych wśród lekarzy pierwszego kontaktu wykazała, że lekarki częściej prezentują w swojej pracy zachowania skoncentrowane na pacjencie, takie jak współpraca, empatyczna komunikacja, a także wsparcie psychologiczne i społeczne (Roter, Hall, Aoki 2002). Niektórzy badacze sugerują, że warto byłoby stworzyć program edukacyjny kładący większy nacisk na zmianę postaw u studentów płci męskiej (Gude i in. 2020).

W literaturze opisywane są także inne czynniki związane z pozytywną postawą wobec nauczania umiejętności komunikacyjnych. Jednym z nich jest wykonywanie przez rodziców badanego studenta zawodu medycznego (Rees, Sheard 2002). Studenci, których rodzice byli lekarzami, uzyskali niższe wartości na skali PAS i wyższe w skali NAS, co oznacza, że prezentowali mniej pozytywne nastawienie niż studenci, których rodzice nie byli lekarzami. Za możliwą przyczynę tego zjawiska badacze uznali to, że rodzice będący lekarzami mają negatywne nastawienie do nauki umiejętności komunikacyjnych, ponieważ nie byli uczeni tych umiejętności podczas swojej edukacji medycznej. Ich dzieci przejęły więc negatywne przekonania od rodziców. Co ciekawe, w innym badaniu wynik ten się nie powtórzył, gdy rodziców i bliskich badanych studentów dzielono

na grupy ze względu na wykonywanie przez rodziców szeroko pojętych zawodów związanych z systemem ochrony zdrowia, a nie tylko zawodów medycznych (Cleland, Foster, Moffat 2005).

W niniejszej pracy przedstawiamy wyniki badań przeprowadzonych wśród studentów rozpoczynających kurs komunikacji medycznej. W analizie postaw studentów wobec nauczania umiejętności komunikacyjnych bardzo ważne są wyniki uzyskane na wszystkich etapach kształcenia. W badaniu przeprowadzonym przez Charlotte Rees i Charlotte Sheard (2003) na grupie studentów I roku Uniwersytetu w Nottingham przed kursem komunikacji i po jego zakończeniu wykazano spadek pozytywnych postaw, tak jak we wcześniejszych badaniach przekrojowych (Rees, Sheard 2002; Cleland, Foster, Moffat 2005). Rees i Sheard (2002) wyjaśniają to tym, że studenci gorzej oceniają swoje umiejętności komunikacyjne pod koniec kursu w porównaniu z jego początkiem, co może wynikać z faktu przeceniania swoich umiejętności na początku nauki. Na poparcie związku postaw z wynikami uzyskanymi w trakcie szkolenia warto przytoczyć rezultaty badania Tomasa Cronholma, Jana-Olova Hooga i Dicka Martensona (2000). Badacze ci zaobserwowali, że studenci, którzy na egzaminie końcowym z biochemii medycznej uzyskali gorsze wyniki, prezentowali negatywne postawy wobec tego kursu.

Warto także zwrócić uwagę na wyniki badań wskazujące na metodykę prowadzenia zajęć i jej wpływ na postawy studentów wobec nauki komunikacji. Odgrywanie ról, po którym następuje informacja zwrotna, to skuteczna metoda zmiany postaw i wywołania emocji u studentów (Smith i in. 2000). Bardzo istotne jest jednak wcześniejsze przygotowanie studentów na możliwe trudności i reakcje emocjonalne, które mogą pojawić się podczas zajęć (Lumma-Sellenthin 2009). Brak odpowiedniej atmosfery oraz przygotowania studentów do tego rodzaju formy nauki może skutkować zbyt dużym obciążeniem emocjonalnym i prowadzić do obniżenia wyników CSAS po ukończonym kursie komunikacji (Rees, Sheard 2003; Anvik i in. 2008). Z tego względu w wytycznych i rekomendacjach dotyczących kształcenia w zakresie komunikacji, o których pisałyśmy wyżej, scharakteryzowane są nie tylko efekty uczenia, lecz także metody nauczania.

Na motywację studentów do nauki wpływa wiele czynników związanych z programem nauczania, tj. treść, struktura zajęć, liczba godzin w curriculum, a także harmonogram szkolenia. Ponadto warto zwrócić uwagę na to, że postawy studentów kształtuje nie tylko oficjalny program nauczania. Ważną rolę odgrywają także elementy ukrytego curriculum

(*hidden curriculum*), czyli m.in. obserwowane przez studentów zachowania nauczycieli wobec pacjentów i siebie nawzajem. Oddziałują one także na postawy wobec nauki umiejętności komunikacji, wzmacniając nastawienie pozytywne lub negatywne (Gude i in. 2020). Podczas zajęć klinicznych studenci często spotykają się z zachowaniami personelu medycznego niezgodnymi z tymi, które są proponowane na zajęciach z komunikacji medycznej. Sprawia to, że studenci mniej chętnie stosują te metody. Ważniejszy jest dla nich bowiem wzorzec zachowania obserwowanych lekarzy niż model prezentowany podczas zajęć. Wyniki badań potwierdzają, że wraz z kolejnymi latami edukacji studenci budują relację z pacjentami w sposób bardziej paternalistyczny (Trovato i in. 2004). Według niektórych badaczy jest to efekt ukrytego curriculum i niewłaściwego modelowania postaw ze strony nauczycieli prowadzących zajęcia kliniczne (Haidet, Kelly, Chou 2005).

Niektórzy studenci wykazują się negatywnym nastawieniem wobec kursu komunikacji już na początku szkolenia i postawy te utrzymują się podczas kolejnych lat. Z badania zrealizowanego w Lipsku wynika, że między I a II rokiem nastawienie studentów zmienia się zasadniczo i na II roku jest zdecydowanie mniej pozytywne (Busch i in. 2015). Uwagę zwraca również opisywany przez część badaczy spadek pozytywnych postaw wobec nauczania komunikacji skoncentrowanej na pacjencie po III roku kształcenia medycznego (Hojat i in. 2009). Niektórzy autorzy uważają, że jest to spowodowane tym, iż na pierwszych latach studiów studenci są pochłonięci nauką przedmiotów teoretycznych, a ponieważ nie mają jeszcze zajęć klinicznych, ich początkowo pozytywne nastawienie do zajęć z komunikacji ulega zmianie (Cleland, Foster, Moffat 2005). Ponadto niektóre badania pokazują, że wraz z kolejnymi latami edukacji spada także gotowość do okazywania przez studentów empatii wobec pacjentów (Hojat i in. 2004). Część z nich przejawia wobec chorych nawet postawy cyniczne (Griffith, Wilson 2001).

Opisane wyniki badań uzasadniają potrzebę prowadzenia zajęć z komunikacji na każdym etapie edukacji medycznej. To dlatego najważniejsze rekomendacje dotyczące organizacji kształcenia w zakresie komunikacji wskazują na konieczność budowania programu nauczania w sposób spiralny, zgodnie z zasadami opisanymi przez Jerome'a Brunera (1960), które później stały się punktem odniesienia dla licznych prac z zakresu edukacji medycznej.

Podsumowanie i wnioski na przyszłość

Badani studenci WUM-u rozpoczynający kurs umiejętności komunikacyjnych wykazywali pozytywne postawy wobec nauki komunikacji. Przedstawione wyniki badań sugerują, że w planowaniu nauczania z zakresu komunikacji należy uwzględnić kilka czynników, w tym: różne podejścia kobiet i mężczyzn do nauki tych umiejętności, ryzyko spadku pozytywnych postaw z biegiem lat studiów, a także znaczenie modelowania postaw przez nauczycieli w klinikach. Ponadto dla jakości nauczania istotne są organizacja kształcenia oraz dobór odpowiednich metod dydaktycznych. Są to elementy, które mogą sprawić, że pozytywne postawy studentów rozpoczynających naukę będą miały szansę utrzymać się przez kolejne lata edukacji, a ryzyko ich zmiany w toku kształcenia się zmniejszy. Będzie to miało wpływ na lepszą jakość opieki zdrowotnej oraz poczucie absolwentów studiów medycznych, że są przygotowani do wykonywania zawodu. To z kolei przełoży się na wyższą satysfakcję z pracy, a także na umiejętność budowania takich relacji z pacjentami, które odpowiadają na potrzeby chorych i sprawiają, że proces terapeutyczny przebiega w sposób bardziej efektywny.

Bibliografia

- Ajzen I. 1991. *The Theory of Planned Behavior*, "Organizational Behavior and Human Decision Processes", 50(2), s. 179–211.
- Ajzen I., Fishbein M. 1980. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Anvik T., Grimstad H., Baerheim A., Fasmer O.B., Gude T., Hjortdahl P., Holen A., Risberg T., Vaglum P. 2008. *Medical Students Cognitive and Affective Attitudes Towards Learning and Using Communication Skills: A Nationwide Cross-Sectional Study*, "Medical Teacher", 30(3), s. 272–279.
- Aspegren K. 1999. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine: A Review with Quality Grading of Articles*, "Medical Teacher", 21(6), s. 563–570.
- Bandura A. 1977. *Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*, "Psychological Review", 84(2), s. 191–215.
- Borowczyk M., Chojnacka-Kuraś M., Doroszevska A., Jankowska A.K., Kowalski Z., Libura M., Małecki Ł., Stalmach-Przygoda A. 2021. *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej dotyczące kształcenia kompetencji komunikacyjnych na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym*, <https://komunikacjamedyczna.pl/rekomendacje-polskiego-towarzystwa-komunikacji-medycznej-dot-ksztalcenia-kompetencji-komunikacyjnych/> (dostęp: 20.09.2022).

- Bruner J.S. 1960. *The Process of Education*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Busch A.K., Rockenbach K., Schmutzer G., Brahler E. 2015. *Do Medical Students Like Communication? Validation of the German CSAS (Communication Skills Attitude Scale)*, "GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung", 11(32), Doc11.
- Cleland J., Foster K., Moffat M. 2005. *Undergraduate Students' Attitudes to Communication Skills Learning Differ Depending on Year of Study and Gender*, "Medical Teacher", 27(3), s. 246–251.
- Cronholm T., Hoog J.O., Martenson D. 2000. *Student Attitudes Towards Laboratory Exercises in Medical Biochemistry*, "Medical Teacher", 22(1), s. 30–33.
- Doroszevska A., Oronowicz-Jaśkowiak A., Oronowicz-Jaśkowiak W. 2019. *Postawy studentów wobec idei i programu nauczania umiejętności komunikacyjnych na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym*, [w:] *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*, red. M. Kulus, A. Doroszevska, M. Chojnacka-Kuraś, Polska Akademia Nauk, Warszawa, s. 98–115.
- Eagly A.H., Chaiken S. 1993. *The Psychology of Attitudes*, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, Fort Worth, TX.
- Engel K., Pedersen K., Johansen M., Schoennemann K., Kjaer L., Nayahangan L. 2022. *Consensus on Communication Curriculum Content in Danish Undergraduate Medical Education: A Delphi Study*, "Medical Teacher", 44(11), s. 1221–1227.
- Fragstein M. von, Silverman J., Cushing A., Quilligan S., Salisbury H., Wiskin C. 2008. *UK Council for Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education: UK Consensus Statement on the Content of Communication Curricula in Undergraduate Medical Education*, "Medical Education", 42(11), s. 1100–1107.
- Frankel R.M., Stein T. 2001. *Getting the Most Out of the Clinical Encounter: The Four Habits Model*, "The Journal of Medical Practice Management", 16(4), s. 184–191.
- Griffith C.H. III, Wilson J.F. 2001. *The Loss of Student Idealism in the 3rd-Year Clinical Clerkship*, "Evaluation of Health Professions", 24(1), s. 61–71.
- Gude T., Tyssen R., Anvik T., Grimstad H., Holen A., Baerheim A., Vaglum P., Lovseth L. 2020. *Have Medical Students' Attitudes Towards Clinical Communication Skills Changed Over a 12-Year Period? A Comparative Long-Term Study*, "BMC Medical Education", 20(1), 11.
- Haidet P., Kelly P., Chou C. 2005. *Characterizing the Patient-Centeredness of Hidden Curricula in Medical Schools: Development and Validation of a New Measure*, "Academic Medicine", 80(1), s. 44–50.
- Hojat M., Mangione S., Nasca T.J., Rattner S., Erdmann J.B., Gonnella J.S., Magee M. 2004. *An Empirical Study of the Decline of Empathy in Medical School*, "Medical Education", 38(9), s. 934–941.
- Hojat M., Vergare M.J., Maxwell K., Brainard G., Herrine S.K., Isenberg G.A., Veloski J., Gonnella J.S., 2009. *The Devil Is in the Third Year: A Longitudinal Study of the Erosion of Empathy in Medical School*, "Academic Medicine", 84(9), s. 1182–1191.

- Iwanow L.B., Jaworski M., Gotlib J., Panczyk M. 2019. *Ocena postaw studentów kierunków medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Uniwersytetu w Bazylei wobec kształcenia kompetencji komunikacyjnych*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 25(2), s. 95–99.
- Kurtz S., Draper J., Silverman J. 2017. *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*, CRC Press, Boca Raton.
- Löffler-Stastka H., Seitz T., Billeth S., Pastner B., Preusche I., Seidman C. 2016. *Significance of Gender in the Attitude towards Doctor-Patient Communication in Medical Students and Physicians*, “The Wiener Klinische Wochenschrift”, 128, s. 663–668.
- Lumma-Sellenthin A. 2009. *Talking with Patients and Peers: Medical Students’ Difficulties with Learning Communication Skills*, “Medical Teacher”, 31(6), s. 528–534.
- Makoul G. 2001. *The SEGUE Framework for Teaching and Assessing Communication Skills*, “Patient Education and Counseling”, 45(1), s. 23–34.
- Mead N., Bower P. 2000. *Patient-Centeredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature*, “Social Science and Medicine”, 51(7), s. 1087–1110.
- Molinuevo B., Torrubia R. 2011. *Validation of the Catalan Version of the Communication Skills Attitude Scale (CSAS) in a Cohort of South European Medical and Nursing Students*, “Education for Health”, 24(1), 499.
- Pers M., Górski S., Stalmach-Przygoda A., Balcerzak Ł., Szopa M., Karabinowska A., Świerszcz J., Perera I., Cebula G. 2019. *Clinical Communication Course and Other Factors Affecting Patient-Centered Attitudes Among Medical Students*, “Folia Medica Cracoviensia”, 59(2), s. 81–92.
- Przymuszała P., Cerbin-Koczorowska M., Marciniak-Stępak P., Zielińska-Tomczak Ł., Piszczek M., Jasiński J., Marciniak R. 2021. *Affective and Cognitive Components of Students’ Attitudes towards Communication Learning – Validation of the Communication Skills Attitude Scale in a Cohort of Polish Medical Students*, “BMC Medical Education”, 21(1), 190.
- Rees C., Sheard C. 2002. *The Relationship Between Medical Students’ Attitudes towards Communication Skills Learning and Their Demographic and Education-Related Characteristics*, “Medical Education”, 36(11), s. 1017–1027.
- Rees C., Sheard C. 2003. *Evaluating First-Year Medical Students’ Attitudes to Learning Communication Skills Before and After a Communication Skills Course*, “Medical Teacher”, 25(3), s. 302–307.
- Roter D., Lipkin M., Korgaard A. 1991. *Sex Differences in Patients’ and Physicians’ Communication During Primary Care Medical Visits*, “Medical Care”, 29(11), s. 1083–1093.
- Roter D.L., Hall J.A., Aoki Y. 2002. *Physician Gender Effects in Medical Communication: A Meta-Analytic Review*, “Journal of the American Medical Association”, 288(6), s. 756–764.
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. 2023. *CanMEDS: Better standards, better physicians, better care*, <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e> (dostęp: 7.02.2023).

- Ruiz-Moral R., Monge M., Garcia L. de Denizon S., Cerro P., Caballero M. 2021. *Medical Students' Attitudes towards Communication Skills Training: A Longitudinal Study with One Cohort*. "GMS Journal for Medical Education", 15(38), Doc107.
- Silverman J., Kurtz S., Draper J. 2018. *Umiejętności komunikowania się z pacjentami*, tłum. M. Lewandowska, Medycyna Praktyczna, Kraków.
- Škodová Z., Bánovčinová L., Bánovčinová A. 2018. *Attitudes towards Communication Skills Among Nursing Students and Its Association with Sense of Coherence*, "Kontakt", 20(1), s. 17–22.
- Smith R., Marshall Dorsey A., Osborn G., Shebroe V., Lyles J.S., Stoffelmayr B.E., Van Egeren L.F., Mettler J., Maduschke K., Stanley J.M., Gardiner J.C. 2000. *Evidence Based Guidelines for Teaching Patient Centered Interviewing*, "Patient Education and Counseling", 39(1), s. 27–36.
- Trovato G., Catalano D., Di Nuovo S., Di Corrado D. 2004. *Perception of Cultural Correlates of Medicine: A Comparison Between Medical and Non-Medical Students: The Authoritarian Health*, "European Review for Medical and Pharmacological Sciences", 8(2), s. 59–68.
- Tsimtsiou Z., Kerasidou O., Efstathiou N., Papaharitou S., Hatzimouratidis K., Hatzichristou D. 2007. *Medical Students' Attitudes toward Patient-Centred Care: A Longitudinal Survey*, "Medical Education", 41(2), s. 146–153.
- Wright K.B., Bylund C., Ware J., Parker P., Query J.L., Baile W. 2006. *Medical Student Attitudes toward Communication Skills Training and Knowledge of Appropriate Provider-Patient Communication: A Comparison of First-Year and Fourth-Year Medical Students*, "Medical Education Online", 11(1), 4594.

ABSTRACT

Teaching medical communication – attitudes and perspectives of medical faculties students

The aim of this paper is to present the issue of students' attitudes towards communication classes in the context of building curriculum and the implementation of teaching activities. In the first part of the paper, theories were cited as a reference point for the study of students' attitudes. The description of the development of education in the field of communication competences in Poland was used to justify the need to analyze the attitudes of students toward learning communication skills. The second part presents the results of a study conducted among 650 students of the Medical University of Warsaw, from the faculty of medicine, nursing and midwifery. The next section compares the results of the research conducted among MUW students with the results of other Polish and foreign studies. When planning communication classes, it is necessary to take into

account different approaches to learning these skills depending on gender, the risk of a decrease in positive attitudes over the years of study, the importance of modeling attitudes by teachers in clinics. For the quality of teaching, the organization of education is important, as well as the selection of appropriate didactic methods to maintain the positive attitudes of students who continue to learn communication in the subsequent years of education.

KEY WORDS: medical communication, communication skills teaching and learning, medical education

A B S T R A K T

Nauczanie komunikacji medycznej – postawy i perspektywa studentów kierunków medycznych

Celem artykułu jest przedstawienie kwestii nastawienia studentów wobec kształcenia kompetencji komunikacyjnych w kontekście budowania programów nauczania i realizacji zajęć dydaktycznych. W pierwszej części pracy zostały przytoczone teorie stanowiące punkt odniesienia dla badań postaw studentów. Opis rozwoju kształcenia w zakresie kompetencji komunikacyjnych w Polsce posłużył do uzasadnienia potrzeby analizy postaw studentów wobec nauczania. Druga część przedstawia wyniki badania przeprowadzonego wśród 650 studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, uczących się na kierunku lekarskim, pielęgniarstwie i położnictwie. W kolejnej części wyniki badań zrealizowanych wśród studentów WUM zostały porównane z wynikami innych badań polskich i zagranicznych. Planując nauczanie komunikacji, należy uwzględnić różne podejście do nauki tych umiejętności w zależności od płci, ryzyko spadku pozytywnych postaw z biegiem lat studiów, a także znaczenie modelowania postaw przez nauczycieli w klinikach. Dla jakości nauczania istotne są organizacja kształcenia, a także dobór odpowiednich metod dydaktycznych, tak aby utrzymać pozytywne postawy studentów kontynuujących naukę komunikacji przez kolejne lata edukacji.

SŁOWA KLUCZOWE: komunikacja medyczna, kształcenie kompetencji komunikacyjnych, edukacja medyczna

Julia Przeniosło

ORCID 0000-0003-2196-600X
Gdański Uniwersytet Medyczny

Agata Kotłowska

ORCID 0000-0001-9665-8533
Gdański Uniwersytet Medyczny

Marcin Trzeciński

ORCID 0000-0003-4817-7772
Gdański Uniwersytet Medyczny

Oliwia Lenkiewicz

ORCID 0000-0002-4794-627X
Gdański Uniwersytet Medyczny

Julia Lenkiewicz

ORCID 0000-0002-6976-6990
Gdański Uniwersytet Medyczny

Krzysztof Sobczak

ORCID 0000-0002-8354-2299
Gdański Uniwersytet Medyczny

Samoocena przygotowania studentów V i VI roku studiów medycznych do przekazywania informacji o niekorzystnej diagnozie

Wprowadzenie

Codzienna praktyka medyczna wiąże się z koniecznością przekazywania informacji o niekorzystnej diagnozie (Fallowfield, Jenkins 2004). Jest to jeden z najtrudniejszych aspektów komunikacji z pacjentami (Leppert, Majkowicz, Forycka 2013). Wiąże się on z doświadczaniem trudnych emocji, które stanowią wyzwanie zarówno dla pacjentów, jak i dla lekarzy (Shaw, Brown, Dunn 2013; Toivonen i in. 2017). W tej perspektywie istotne

staje się posiadanie umiejętności w zakresie przekazywania niekorzystnych informacji medycznych, które mogą być skutecznie rozwijane podczas specjalnych treningów (Baile i in. 2000; Barnett i in. 2007; Alshami i in. 2020).

Liczne badania pokazują, że to, jaki poziom kompetencji miękkich prezentują lekarze w zakresie dostarczania informacji medycznych, przekłada się wprost na rezultaty terapeutyczne (Zolnierek, Dimatteo 2009). Niewłaściwe formy komunikacji mogą skutkować nawet rezygnacją pacjenta z uczestnictwa w procesie terapeutycznym (Sobczak, Leoniuk, Janaszczuk 2018). Nieodpowiednia komunikacja przyczynia się także do wzrostu poziomu dyskomfortu odczuwanego przez pacjenta, w tym: natężenia bólu, lęku i stresu (de Walden-Gałuszko 2011). Wiadomo również, że sposób, w jaki zostaje przekazana niekorzystna wiadomość, może mieć wpływ nie tylko na postrzeganie przez pacjenta swojej choroby, ale także na jego relację z lekarzem (Stewart 1995; Suarez-Almazor 2004). Satysfakcja pacjenta z relacji z lekarzem zależy zarówno od starannego badania, jak i od umiejętności zrozumienia perspektywy pacjenta (Biglu i in. 2017). Właściwa komunikacja powoduje wzrost satysfakcji pacjenta (Ofei-Dodoo 2019), co przekłada się także na lepsze efekty leczenia (Anhang Price i in. 2014). W sytuacji dostarczania złych informacji sprawne wykorzystanie kompetencji miękkich chroni lekarzy przed nadmiernym stresem, umacnia poczucie profesjonalizmu oraz zmniejsza ryzyko wypalenia zawodowego (Ramirez i in. 1996). Z tego też względu kształcenie kompetencji związanych z przekazywaniem niekorzystnych informacji medycznych, jak pokazują doświadczenia wielu krajów, powinno być efektywnie realizowane już na etapie studiów medycznych i stanowić element obligatoryjnego kształcenia w szkołach medycznych (Wouda, van de Wiel 2012).

Dokonując przeglądu literatury w omawianym zakresie, można jednak zauważyć, że istnieje znaczny deficyt badań odnoszących się do ocen związanych z poczuciem przygotowania studentów do konieczności komunikowania niekorzystnych wiadomości. Z tego względu celem naszego badania stała się analiza znajomości poszczególnych protokołów notyfikacyjnych dotyczących przekazywania niekorzystnej diagnozy, ale także samooceny przygotowania przyszłych lekarzy do komunikowania niekorzystnych wiadomości. Chcieliśmy się dowiedzieć, jaki model relacji lekarz – pacjent preferują studenci oraz jaki jest ich stosunek do sposobów przekazywania niekorzystnych wiadomości przez praktykujących lekarzy.

Za niekorzystną diagnozę uznaliśmy rozpoznanie takiej choroby, która związana jest ze zmianami w organizmie wymagającymi stałego

lub długoterminowego leczenia albo terapii ukierunkowanej na łagodzenie objawów i walkę z bólem. Termin ten dotyczy zarówno chorób cywilizacyjnych (np. cukrzyca, choroba wieńcowa, alergie, nowotwory), jak i chorób psychicznych, genetycznych, a także nieuleczalnych chorób śmiertelnych (Sobczak, Leoniuk, Janaszczyk 2018).

Metodologia

Badanie przekrojowe przeprowadziliśmy metodą ilościową z użyciem techniki CAWI (*computer-assisted web interview*). Aby zebrać dane, opracowaliśmy autorskie narzędzie badawcze, które zostało sprawdzone i zaakceptowane przez Niezależną Komisję Bioetyczną ds. Badań Naukowych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (NKBBN/287/2021). Kwestionariusz ankiety w zdigitalizowanej formie umieściliśmy na profesjonalnej stronie przeznaczonej do realizacji badań socjologicznych (www.eBadania.pl).

Etap badań terenowych został przeprowadzony między 15 kwietnia a 1 lipca 2021 r. Nie gromadziliśmy żadnych danych wrażliwych, a respondenci przed przystąpieniem do wypełnienia ankiety otrzymali wszystkie potrzebne informacje na temat celu i przebiegu badania. Każdy uczestnik musiał wyrazić dobrowolną zgodę na udział w badaniu. Z powodu wybuchu pandemii COVID-19 do grupy badanej dotarliśmy, wykorzystując media społecznościowe, biuletyny informacyjne, samorządy studenckie oraz struktury administracyjne uczelni medycznych w całej Polsce. Łącznie zebraliśmy 321 ankiet wypełnionych przez studentów z 14 polskich uczelni medycznych, a każda z nich została włączona do analizy.

Zmienne ciągłe zostały zestawione ze zmiennymi jakościowymi. Przeanalizowane zostały powiązania między: płcią, wiekiem, rokiem studiów, uczelnią, osobistymi doświadczeniami (czy badani otrzymali kiedyś złe wiadomości medyczne), preferencjami dotyczącymi wyboru przyszłej specjalizacji oraz doświadczeniami w kontaktach z pacjentami poza obowiązkowymi zajęciami na uczelni.

Analizowane na potrzeby tego artykułu zmienne jakościowe (siedem pytań zamkniętych) odnosiły się do preferowanego przez studentów modelu relacji lekarz – pacjent, obaw związanych z przekazywaniem niekorzystnych informacji oraz opinii na temat przekazywania niekorzystnych informacji w placówkach ochrony zdrowia w Polsce. Pytanie dotyczące preferowanego modelu relacji lekarz – pacjent zawierało krótkie opisy modeli opracowane na podstawie publikacji naukowych. W pytaniach,

w których została zastosowana skala Likerta, odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak” oraz „raczej nie” i „zdecydowanie nie” zostały scalone jako kafeterie twierdzące i przeczące.

W celu przeprowadzenia analizy statystycznej użyliśmy programu Statistica v. 13.3. Aby przeanalizować zależności między zmiennymi nieciągłymi, użyliśmy testu chi-kwadrat Pearsona. Ten sam test został wykorzystany do analizy statystycznej niejednorodności grup. Za istotne statystycznie uznaliśmy różnice na poziomie $p < 0,05$.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 321 studentów V i VI roku kierunku lekarskiego z 14 uczelni medycznych w Polsce (tabela 1). Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że w roku akademickim 2018/2019 procentowy udział kobiet studiujących w Polsce na kierunkach lekarskich wyniósł 59,6% (GUS 2021), zatem w badaniu uzyskaliśmy istotną nadreprezentację kobiet. Blisko 35% biorących udział w badaniu respondentów studiowało na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym.

Tabela 1. Charakterystyka respondentów (N = 321)

Kategoria	N (%)	Kategoria	N (%)
Płeć		Szkoły medyczne	
Kobieta	232 (72,3)	Gdański Uniwersytet Medyczny	112 (34,9)
Mężczyzna	87 (27,1)	Warszawski Uniwersytet Medyczny	38 (11,8)
Odmawiam odpowiedzi	2 (0,6)		
Wiek		Uniwersytet Medyczny w Łodzi	34 (10,6)
23–24 lata	152 (47,4)	Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego	30 (9,3)
25 lat lub więcej	169 (52,6)	Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu	23 (7,2)
Rok studiów		Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika	18 (5,6)

Kategoria	N (%)	Kategoria	N (%)
V	165 (51,4)	Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	16 (5)
VI	156 (48,6)	Uniwersytet Medyczny w Poznaniu	13 (4)
Doświadczenie w kontaktach z pacjentami*		Śląski Uniwersytet Medyczny	11 (3,4)
Asystent lekarza	44 (13,7)	Pozostałe	26 (8,1)
Wolontariat	26 (8,1)	Preferowany rodzaj przyszłej specjalizacji	
Praca w kołach naukowych	66 (20,6)	Niezabiegowa	185 (57,6)
Inne niż wymienione	56 (17,4)	Zabiegowa	79 (24,6)
Brak doświadczenia	129 (40,2)	W trakcie decyzji	57 (17,8)

* Poza obowiązkowymi praktykami klinicznymi.

Źródło: opracowanie własne.

Preferowany model relacji lekarz – pacjent

W pierwszej kolejności zapytaliśmy respondentów o preferowany model relacji lekarz – pacjent w sytuacji konieczności przekazania niekorzystnej informacji medycznej. Studenci udzielali odpowiedzi, wskazując na jeden z opisów relacji zaproponowanych w narzędziu badawczym. Blisko trzy czwarte zapytanych za preferowany model komunikacji z pacjentem uznało model partnerski. Blisko jedna czwarta studentów wybrała model dialogiczno-empatyczny. Niewiele ponad jedna dziesiąta respondentów preferowała model informacyjny, a zaledwie kilku respondentów wybrało model paternalistyczny.

Odpowiedzi studentów zestawiliśmy z wynikami analogicznego pytania, które zostało zadane pacjentom w badaniu przeprowadzonym na osobach doświadczających choroby onkologicznej (Leoniuk, Sobczak 2021). Opinie chorych na temat preferowanego przez nich modelu relacji lekarz – pacjent pokrywały się z opiniami studentów. Większość badanych wskazała na model partnerski jako optymalny sposób interakcji pomiędzy lekarzem a pacjentem, model paternalistyczny zaś znalazł uznanie u mniej niż

jednej dziesiątej ankietowanych. Zarówno model informacyjny, jak i model dialogiczno-empatyczny zostały wybrane przez ok. jedną piątą badanych respondentów (tabela 2).

Tabela 2. Porównanie opinii studentów i pacjentów na temat preferowanego modelu relacji lekarz – pacjent w sytuacji konieczności przekazania niekorzystnej diagnozy (N = 321)

Opis modelu	Model	N (%)	
		Studenci	Pacjenci*
Lekarz w pełni powinien kierować leczeniem pacjenta, opiekować się nim, nie obciążać odpowiedzialnością za podejmowanie decyzji, wziąć na siebie pełną odpowiedzialność za decyzje medyczne, do minimum ograniczać trudne rozmowy o stanie zdrowia pacjenta (Parsons 1951: 452–460)	Paterna-listyczny	3 (0,9)	8 (7)
Lekarz w sposób szczegółowy powinien omówić z pacjentem etapy leczenia, rokowanie, konieczność przeprowadzenia dodatkowych badań czy konsultacji, powinien pozwolić pacjentowi współdecydować o leczeniu, pytać o jego zdanie i opinię (Balint 1955: 683–689)	Partner-ski	222 (69,2)	70 (59)
Lekarz musi być pewny swojego postępowania, w bezpośrednich kontaktach z pacjentem powinien koncentrować się na faktach, nie okazywać swoich uczuć, udzielać rzeczowych i wyczerpujących odpowiedzi na pytania pacjenta, zachowywać dystans i profesjonalizm (Pierloot 1983: 213–224)	Informa-cyjny	33 (10,3)	22 (18)
Lekarz powinien wziąć pod uwagę uczucia pacjenta, dostosować komunikację do jego nastroju i oczekiwań oraz okazać wsparcie. W rozmowie z pacjentem nie powinien ograniczać się do tematów medycznych, powinien pokazać, że zależy mu na pacjencie (Pierloot 1983: 213–224)	Dialo-giczno-empa-tyczny	68 (19,6)	19 (17)

* Dane dotyczące pacjentów pochodzą z badania: Leoniuk, Sobczak 2021.

Źródło: opracowanie własne.

Opinie na temat sposobów przekazywania niekorzystnych informacji medycznych

Ponad dwie trzecie badanych studentów (67,3%, N = 216) uznało, że lekarze w Polsce nie są dobrze przygotowani do przekazywania pacjentom informacji o niekorzystnej diagnozie. Zaledwie 11,8% (N = 38) było przeciwnego zdania. W analizach grupy badanych stwierdziliśmy występowanie istotnych statystycznie różnic pomiędzy posiadaniem osobistych doświadczeń sytuacji, w których lekarz przekazywał ankietowanemu informację o niekorzystnej diagnozie, a oceną umiejętności lekarzy w tym zakresie. Doświadczenie w przekazywaniu pacjentom niekorzystnej diagnozy miało 9% (N = 29) badanych. Aż 26,5% (N = 85) studentów ujawniło, że osobiście doświadczyło sytuacji, w której otrzymali od lekarza informację o niekorzystnej diagnozie. Prawie dwie trzecie badanych (63,6%, N = 204) przyznało, że podczas zajęć klinicznych znalazło się w sytuacji, w której mogli obserwować przekazywanie niekorzystnej wiadomości przez lekarza. Studenci, którzy osobiście doświadczyli sytuacji, w której usłyszeli wiadomość o niekorzystnym rokowaniu, częściej (22,4%, N = 72) deklarowali, że lekarze w Polsce są dobrze przygotowani do przekazywania niepomysłnych informacji, niż studenci, którzy takiego doświadczenia nie mieli (12,3%, N = 23; statystyka: $\chi^2 = 3,946$; df = 1; p = 0,047).

Zdecydowana większość respondentów (93,7%, N = 301) nie zgodziła się ze stwierdzeniem, że informację o niekorzystnej diagnozie najlepiej przekazać za pośrednictwem dokumentacji medycznej (np. wykorzystując wynik badania histopatologicznego). Zaledwie czterech ankietowanych było przeciwnego zdania. Zdecydowana większość studentów (90%, N = 289) zaprzeczyła, że najlepiej byłoby, gdyby niekorzystną informację przekazali pacjentowi jego rodzina lub najbliżsi po wcześniejszej rozmowie z lekarzem.

Przeprowadzone badanie ujawniło, że blisko dwie trzecie studentów (63,6%, N = 204) uważa, iż trudne wiadomości powinien przekazywać doświadczony lekarz. Natomiast 20,6% (N = 66) ankietowanych jest zdania, że każdy, nawet lekarz stażysta, może przekazać niekorzystną informację medyczną.

Studenci zostali zapytani, czy należy pytać pacjenta o zgodę na przekazanie mu szczegółowej informacji o niekorzystnej diagnozie. Odpowiedzi twierdzącej udzieliło blisko trzy czwarte ankietowanych (72,6%, N = 233), a przeczącej – 10% (N = 32) respondentów.

Znajomość protokołów notyfikacyjnych

Zapytaliśmy studentów o znane im protokoły notyfikacyjne służące do przekazywania niekorzystnych informacji medycznych (listę tych protokołów zawiera tabela 3). Są to protokoły krok po kroku opisujące przygotowanie oraz sposób przeprowadzania rozmowy lekarza z pacjentem. Najpopularniejszą wskazywaną metodą był protokół SPIKES (Baile i in. 2000). Jego znajomość zadeklarowała ponad połowa studentów. Protokół ten pierwotnie został stworzony z myślą o wykorzystaniu w onkologii, ale obecnie używany jest do przekazywania niekorzystnej diagnozy także na gruncie innych specjalizacji. SPIKES to model, który składa się z sześciu kroków: S – *setting* (przygotowanie), P – *perception* (punkt widzenia), I – *invitation* (zaproszenie), K – *knowledge* (wiedza), E – *emotions and empathy* (emocje i empatia), S – *summary* (podsumowanie).

Około jednej czwartej studentów zadeklarowało znajomość protokołu EMPATIA (Witt, Jankowska 2018). Na metodę pięciu kroków zaproponowaną przez Izabelę Barton-Smoczyńską (2009) wskazała ponad jedna piąta zapytanych. Metoda stworzona przez polską psycholog jest przeznaczona do notyfikacji informacji o śmierci płodu lub jego chorobie. Zdecydowana mniejszość studentów potwierdziła znajomość metody ABCDE, która jest mnemotechniką ułatwiającą zapamiętanie najważniejszych komponentów przekazywania niekorzystnej informacji (Rabow, McPhee 1999). Niewielką znajomością wśród respondentów cieszył się również protokół PACIENTE, który został opracowany na podstawie protokołu SPIKES (Rebello Pereira i in. 2017). Blisko jedna trzecia badanych studentów ujawniła, że nie zna żadnego z zaproponowanych protokołów.

Tabela 3. Deklarowana znajomość protokołów notyfikacyjnych (N = 321)

Protokoły notyfikacyjne	N (%)
SPIKES	187 (58,3)
EMPATIA	81 (25,2)
Metoda pięciu kroków	71 (22,1)
ABCDE	21 (6,5)
PACIENTE	19 (5,9)
Nieznajomość żadnego protokołu	95 (29,6)

Źródło: opracowanie własne.

Samoocena umiejętności przekazywania niekorzystnych informacji medycznych

Niecałe 10% badanych studentów znalazło się w sytuacji, w której osobiście przekazywało pacjentowi informację o niekorzystnej diagnozie. Analiza wykazała, że doświadczenie to ujemnie koreluje z poczuciem trudności związanym z koniecznością przekazania informacji o niekorzystnej diagnozie (statystyka: $\chi^2 = 4,392$; $df = 1$; $p = 0,036$). Co więcej, opinia respondentów na temat trudności w dostarczeniu złych wiadomości koreluje także z preferowanym rodzajem specjalizacji. Studenci planujący wybrać niezabiegowy rodzaj specjalizacji częściej (79%, $N = 121$) deklarowali, że przekazanie informacji o niekorzystnej diagnozie będzie dla nich problemem. Spośród studentów preferujących zabiegowy rodzaj specjalizacji 58% ($N = 40$) badanych było tego samego zdania (statystyka: $\chi^2 = 10,638$; $df = 1$; $p = 0,001$). Aż 56,4% ($N = 181$) ankietowanych odczuwa niepokój związany z tym, czy w jasny i prosty sposób zdoła wytłumaczyć pacjentowi, co mu dolega, jakie są przyczyny choroby i na czym polega terapia. Na brak tego rodzaju wątpliwości wskazało 40% ($N = 128$) respondentów.

Dyskusja

Wiele badań wskazuje, że specyfika choroby stanowi modulator opinii pacjentów w zakresie preferowanego modelu komunikacji z lekarzem (Rodriguez i in. 2008; Aitini 2012). Nasze badanie pokazało, że studenci kończący studia medyczne najczęściej (69,2%) wskazują na partnerski model relacji lekarz – pacjent, który dominuje we współczesnej medycynie zachodniej (Kaba, Sooriakumaran 2007). Model ten opiera się na aktywnym uczestnictwie zarówno lekarzy, jak i pacjentów w procesie leczenia (*mutual participation*), a uwaga poświęcana jest pacjentowi jako osobie, a nie jednostce chorobowej (Grol i in. 1990; McMillan i in. 2013). W relacji lekarz – pacjent coraz większe znaczenie nadaje się wspólnemu podejmowaniu decyzji (*shared decision-making*) (Sandman, Munthe 2009). Nawet w krajach, w których podejście paternalistyczne jest ugruntowane kulturowo, nasila się tendencja do zmian w kierunku relacji partnerskiej – coraz większy nacisk kładziony jest na wyczerpujące informowanie pacjentów na temat ich stanu zdrowia, uzyskanie świadomej zgody na zabieg i poszanowanie ich decyzji (Murgic i in. 2015).

Wyniki prezentowanych badań potwierdzają ten trend. Dla większości studentów w wyborze preferowanego modelu relacji ważna okazała się autonomia pacjenta. Szacunek do autonomii jest jedną z czterech podstawowych zasad etyki biomedycznej (Page 2012) i stanowi równie istotny filar opieki medycznej jak zasada *primum non nocere*.

Większość badanych uznała, że przekazywanie niekorzystnej informacji medycznej poprzez dokumentację medyczną (93,7%) lub przy pomocy rodziny pacjenta (90%) jest nieodpowiednią formą komunikacji. Blisko 64% studentów było zdania, że taką informację doświadczony lekarz powinien przekazać osobiście. Preferencje dotyczące większej autonomii pacjenta względem jego rodziny są typowe dla modeli społecznych funkcjonujących w Europie i w krajach anglosaskich. W nawiązaniu do uwarunkowań kulturowych możemy wyróżnić podział geograficzny na *community-oriented East*, gdzie informowanie pacjenta o diagnozie uznawane jest za nieodpowiednie, oraz *individualist West*, gdzie ceniona jest autonomia pacjenta (Mitchell 1998; Chaturvedi, Loisele, Chandra 2009). Praktykowane przez kraje takie jak Chiny czy Indie uzależnienie informowania pacjenta od decyzji rodziny zostało przez studentów biorących udział w naszym badaniu uznane za niewłaściwe. Jednocześnie należy zaznaczyć, że istniejące badania akcentują ważną rolę rodziny w sytuacji otrzymania niekorzystnej diagnozy medycznej i w późniejszym radzeniu sobie z nią (Rao i in. 2016). Uważa się, że poświęcenie uwagi także potrzebom rodziny (*family-centered approach*) jest wyrazem empatii ze strony lekarza (Monden, Gentry, Cox 2016). Wyniki naszego badania wskazują na podobieństwa w zakresie preferencji badanych studentów do podejścia *individualist West*. Za optymalny w relacji z pacjentem badani uznali model partnerski. Świadczy o tym także zdecydowane odrzucenie formy przekazania niekorzystnej diagnozy przez dokumentację lub rozmowę z rodziną. O roli rodziny w procesie leczenia w tym modelu relacji autonomicznie decyduje pacjent. To właśnie on ma całkowitą wiedzę na temat percepcji własnej choroby oraz strategii, jaką przyjmie, aby sobie z nią poradzić. O dobrym partnerstwie możemy mówić tylko wtedy, gdy do procesu diagnozy i leczenia dołączymy decyzję o jakości życia, jaką wybiera dla siebie pacjent (Coulter 1999).

Ponad 70% badanych było zdania, że należy pytać pacjentów o zgodę na przekazanie im informacji o niekorzystnej diagnozie. Oznacza to, że respondenci słusznie zakładają, iż chory ma prawo odmówić poznania szczegółów dotyczących swojej sytuacji zdrowotnej oraz może

zadecydować, jaki zakres informacji chce poznać (Pawłowski, Modlińska, Lichodziejewska-Niemierko 2019). Jest to doskonały przykład podejścia odwrotnego do przywileju terapeutycznego, w którym to nie lekarz, ale pacjent decyduje o ograniczeniu dostępu do pełnej informacji. Wiemy, że pacjenci lepiej radzą sobie z wiadomościami medycznymi, gdy są one dostosowane do ich własnych strategii radzenia sobie z trudnymi emocjami (Miller 1995). Podejście badanych przez nas studentów wydaje się faktycznie ukierunkowane na pacjenta w ujęciu podmiotowym, a nie na dobro chorego, które zostało autonomicznie zdefiniowane przez samego lekarza.

Rolą protokołów notyfikacyjnych jest ustalenie schematu postępowania, który usprawni proces komunikacyjny z pacjentem, ale także zminimalizuje ryzyko występowania błędów po stronie lekarza. Jego znajomość może ułatwić dostarczanie trudnych wiadomości, jednak duża część studentów biorących udział w naszym badaniu, mimo deklaracji znajomości danego protokołu, nie miała możliwości wykorzystania go w praktyce klinicznej.

Protokół SPIKES, jeden z powszechnie stosowanych w krajach anglosaskich, okazał się także najbardziej znanym narzędziem notyfikacyjnym wśród badanych (58,3%). Blisko jedna trzecia (29,6%) studentów biorących udział w naszym badaniu zadeklarowała brak znajomości jakiegokolwiek protokołu ułatwiającego przekazywanie niekorzystnych informacji medycznych. Porównując uzyskane wyniki do rezultatów innych badań, możemy zauważyć istotne rozbieżności w raportowanych wynikach. Katherine D. Westmoreland i in. (2019) (Botswana) wskazali w swoich badaniach na fakt, że 34% badanych studentów zadeklarowało znajomość i stosowanie protokołów ułatwiających przekazanie niekorzystnych wiadomości medycznych. Z kolei w badaniach Johna Kiluka, Sophie Dessureault i Gwendolyn Quinn (2012: 277–280) (Floryda, USA) odsetek studentów deklarujących znajomość protokołów notyfikacyjnych wyniósł 66,9%, przy czym 50,7% badanych studentów przekazało niekorzystną diagnozę osobiście. Warto tu podkreślić rozbieżność między znajomością teorii a stosowaniem protokołu przez studentów w praktyce. Badani przez nas studenci w większości (70,4%) znają protokoły, ale niewielu (9%) miało doświadczenie w osobistym przekazywaniu niekorzystnej diagnozy.

Badani studenci bez doświadczenia samodzielnego przekazywania niekorzystnej diagnozy (91%) rzadziej deklarowali, że przekazywanie tego rodzaju informacji przyszłym pacjentom będzie dla nich trudnością. Może to świadczyć o tym, że zdobycie doświadczenia przekazywania

niekorzystnej diagnozy istotnie podnosi poziom samooceny w zakresie kompetencji dotyczących komunikacji z pacjentem. Liczne badania potwierdzają braki edukacyjne studentów medycyny w tym zakresie (Díaz-Martínez, Cuesta Armesto, Díaz Rojas 2021; Lenkiewicz i in. 2022). Asta K. Toivonen i in. (2017) wskazali w swoich badaniach na wysoki poziom lęku pojawiający się u studentów na samą myśl o konieczności przekazania niekorzystnej diagnozy. Jedną z metod efektywnie przygotowujących do tego rodzaju interakcji z pacjentami są kursy nastawione na rozwój umiejętności komunikacyjnych i wykorzystujące rozmowy z pacjentem standaryzowanym. Ważną zaletą takiego doświadczenia jest bezpieczne środowisko, w którym możliwe jest popełnianie błędów bez konsekwencji klinicznych. Tego rodzaju metoda pozwala także na zanużenie w trudne emocje towarzyszące procesowi przekazywania niekorzystnej diagnozy (Kiluk, Dessureault, Quinn 2012). Dzięki temu kursant ma realną szansę na wypracowanie własnej strategii radzenia sobie z emocjami, którą może wykorzystać, zanim zacznie pełnić funkcję lekarza.

Znaczna większość studentów (79%), którzy w przyszłości zamierzają wybrać specjalizację o charakterze niezabiegowym, zgodziła się, że przekazanie informacji o niekorzystnej diagnozie będzie dla nich trudnością. Natomiast studenci, którzy chcą w przyszłości wybrać specjalizację zabiegową, prezentowali wyższy poziom samooceny, gdyż w mniejszym odsetku deklarowali, że przekazanie takiej informacji będzie dla nich trudnością (58%). Zależność ta wydaje nam się niepokojąca ze względu na badania, które wskazują, że w ocenach pacjentów przekazanie niekorzystnej diagnozy przez lekarzy specjalizacji zabiegowych częściej wypada negatywnie niż w przypadku lekarzy specjalizacji niezabiegowych (Barnett 2002; Sobczak i in. 2016). Może to oznaczać, że w wykształceniu lekarzy zabiegowych występuje pewnego rodzaju luka pomiędzy posiadanymi kompetencjami a oczekiwaniami, jakie mają wobec tych lekarzy pacjenci. Naszym zdaniem korzystne byłoby włączenie do procesu kształcenia wszystkich studentów (bez względu na rodzaj wybieranej specjalizacji) treningu rozwijającego podstawowe umiejętności związane z przekazywaniem niekorzystnej diagnozy. Przykładem lekarzy zabiegowych, którzy dobrze sobie radzą z przekazywaniem tego typu informacji, są chirurdzy onkologiczni, wyróżniający się spośród lekarzy specjalizacji zabiegowych. Badania pokazują, że częściej niż inni chirurdzy wchodzi z pacjentami w bliskie relacje, a ich kariera nie musi wiązać się z wypaleniem zawodowym (Zambrano, Chur-Hansen, Crawford 2013). Specjalizacja ta wbrew

powszechnym stereotypom może wiązać się z wysokim poziomem satysfakcji i samorealizacją zawodową (Shanafelt 2008).

Zdajemy sobie sprawę z pewnych ograniczeń, które wystąpiły w przeprowadzonym badaniu. Zadane przez nas pytania miały charakter prospektywny, co należy uwzględnić przy interpretacji wyników. Mamy również świadomość, że uczestnicy badań, którzy studiowali na różnych uczelniach medycznych w Polsce, zostali poddani inaczej zorganizowanym procesom edukacyjnym. Może to skutkować różnicami w zakresie kształcenia umiejętności związanych z przekazywaniem niekorzystnej diagnozy. Nie sprawdziliśmy, ilu badanych przez nas studentów odbyło warsztaty z pacjentem symulowanym lub inne zajęcia przygotowujące do przekazywania niekorzystnej informacji medycznej. Warto także zaznaczyć, że w pytaniu dotyczącym znajomości protokołów notyfikacyjnych badaliśmy deklaracje studentów, nie sprawdzając faktycznej znajomości zaproponowanych narzędzi służących przekazywaniu niekorzystnych informacji medycznych.

Wnioski

Badani studenci V i VI roku kierunku lekarskiego zgłaszali brak umiejętności praktycznych w zakresie przekazywania niekorzystnej informacji medycznej. Mimo deklarowania znajomości protokołów notyfikacyjnych nie mieli wystarczającego doświadczenia, które jest niezbędne do nabycia faktycznych kompetencji w tym zakresie. Naszym zdaniem w programie nauczania na kierunku lekarskim należy uwzględnić kursy rozwijające w sposób praktyczny kompetencje niezbędne w procesie przekazywania niekorzystnych informacji medycznych. Nacisk powinien zostać położony zarówno na teoretyczny, jak i na praktyczny aspekt przekazywania niekorzystnej diagnozy. Uważamy, że ważnym elementem tego procesu powinno być doświadczenie w trakcie kształcenia klinicznego uczestnictwa w sytuacji przekazywania niekorzystnej informacji medycznej.

Bibliografia

- Aitini E. 2012. *Training Young Oncologists in Doctor-Patient Relationships*, "Journal of Cancer Education", 27(1), s. 186–187.
- Alshami A., Douedi S., Avila-Ariyoshi A., Alazzawi M., Patel S., Einav S., Surani S., Varon J. 2020. *Breaking Bad News, a Pertinent Yet Still an Overlooked Skill: An International Survey Study*, "Healthcare (Basel)", 8(4), 501.

- Anhang Price R., Elliott M.N., Zaslavsky A.M., Hays R.D., Lehrman W.G., Rybowski L., Edgman-Levitan S., Cleary P.D. 2014. *Examining the Role of Patient Experience Surveys in Measuring Health Care Quality*, "Medical Care Research and Review", 71(5), s. 522–554.
- Baile W.F., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beale E.A., Kudelka A.P. 2000. *SPIKES-A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer*, "Oncologist", 5(4), s. 302–311.
- Balint M. 1955. *The Doctor, His Patient, and the Illness*, "Lancet", 268, s. 683–688.
- Barnett M.M. 2002. *Effect of Breaking Bad News on Patients' Perceptions of Doctors*, "Journal of the Royal Society of Medicine", 95(7), s. 343–347.
- Barnett M.M., Fisher J.D., Cooke H., James P.R., Dale J. 2007. *Breaking Bad News: Consultants' Experience, Previous Education and Views on Educational Format and Timing*, "Medical Education", 41(10), s. 947–956.
- Barton-Smoczyńska I. 2009. *Metoda pięciu kroków. Przekazywanie informacji o śmierci dziecka lub chorobie dziecka w czasie ciąży – komunikacja z ciężarną pacjentką*, „Życie i Płodność”, 4, s. 43–49.
- Biglu M.H., Nateq F., Ghojzadeh M., Asgharzadeh A. 2017. *Communication Skills of Physicians and Patients' Satisfaction*, "Materia Socio-Medica", 29(3), s. 192–195.
- Chaturvedi S.K., Loisel C.G., Chandra P.S. 2009. *Communication with Relatives and Collusion in Palliative Care: A Cross-Cultural Perspective*, "Indian Journal of Palliative Care", 15(1), s. 2–9.
- Coulter A. 1999. *Paternalism or Partnership? Patients Have Grown Up and There's No Going Back*, "British Medical Journal", 319(7212), s. 719–720.
- Díaz-Martínez L.A., Cuesta Armesto M.H., Díaz Rojas M.J. 2021. *Perspectives of Colombian Medicine Students about Their Formation on Breaking Bad News: A Cross-Sectional Study*, "Educación Médica", 22(6), s. 305–313.
- Fallowfield L., Jenkins V. 2004. *Communicating Sad, Bad, and Difficult News in Medicine*, "Lancet", 363, s. 312–319.
- Grol R., Maeseneer J. de, Whitfield M., Mookink H. 1990. *Disease-Centred versus Patient-Centred Attitudes: Comparison of General Practitioners in Belgium, Britain and The Netherlands*, "Family Practice", 7(2), s. 100–103.
- GUS [Główny Urząd Statystyczny]. 2021. *Szkolnictwo wyższe w roku akademickim 2020/2021 (wyniki wstępne)*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/szkolnictwo-wyzsze-w-roku-akademickim-20212022-wyniki-wstepne,8,8.html> (dostęp: 8.02.2023).
- Kaba R., Sooriakumaran P. 2007. *The Evolution of the Doctor-Patient Relationship*, "International Journal of Surgery", 5(1), s. 57–65.
- Kiluk J.V., Dessureault S., Quinn G. 2012. *Teaching Medical Students how to Break Bad News with Standardized Patients*, "Journal of Cancer Education: The Official Journal of the American Association for Cancer Education", 27(2), s. 277–280.
- Lenkiewicz J., Lenkiewicz O., Trzciński M., Sobczak K., Plenikowski J., Przeniosło J., Kotłowska A. 2022. *Delivering Bad News: Self-Assessment and Educational Preferences*

- of Medical Students, "International Journal of Environmental Research and Public Health", 19(5), 2622.
- Leoniuk K., Sobczak K. 2021. *Unfavorable Medical Diagnosis – Oncological Patients' Experiences and Preferences*, "Health Communication", 36(4), s. 433–439.
- Leppert W., Majkovic M., Forycka M. 2013. *Attitudes of Polish Physicians and Medical Students toward Breaking Bad News, Euthanasia and Morphine Administration in Cancer Patients*, "Journal of Cancer Education", 28(4), s. 603–610.
- McMillan S.S., Kendall E., Sav A., King M.A., Whitty J.A., Kelly F., Wheeler A.J. 2013. *Patient-Centered Approaches to Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials*, "Medical Care Research and Review", 70(6), s. 567–596.
- Miller S.M. 1995. *Monitoring versus Blunting Styles of Coping with Cancer Influence the Information Patients Want and Need About Their Disease: Implications for Cancer Screening and Management*, "Cancer", 76(2), s. 167–177.
- Mitchell J.L. 1998. *Cross-Cultural Issues in the Disclosure of Cancer*, "Cancer Practice", 6(3), s. 153–160.
- Monden K.R., Gentry L., Cox T.R. 2016. *Delivering Bad News to Patients*, "Proceedings (Baylor University Medical Center)", 29(1), s. 101–102.
- Murgic L., Hébert P.C., Sovic S., Pavlekovic G. 2015. *Paternalism and Autonomy: Views of Patients and Providers in a Transitional (Post-Communist) Country*, "BMC Medical Ethics", 16, 65.
- Ofei-Dodoo S. 2019. *Patient Satisfaction and Treatment Outcomes of Primary Care Practice in Ghana*, "Ghana Medical Journal", 53(1), s. 63–70.
- Page K. 2012. *The Four Principles: Can They Be Measured and Do They Predict Ethical Decision Making?*, "BMC Medical Ethics", 13, 10.
- Parsons T. 1951. *Illness and the Role of the Physician: A Sociological Perspective*, "American Journal of Orthopsychiatry", 21(3), s. 452–460.
- Pawłowski L., Modlińska A., Lichodziejewska-Niemierko M. 2019. *Selected Aspects of Advance Care Planning According to Polish Legal Regulations – Physician's Requirements*, "Palliative Medicine in Practice", 13(4), s. 197–210.
- Pierloot R.A. 1983. *Different Models in the Approach to the Doctor-Patient Relationship*, "Psychother Psychosom", 39(4), s. 213–224.
- Rabow M.W., McPhee S.J. 1999. *Beyond Breaking Bad News: How to Help Patients who Suffer*, "West Journal of Medicine", 171(4), s. 260–263.
- Ramirez A.J., Graham J., Richards M.A., Cull A., Gregory W.M. 1996. *Mental Health of Hospital Consultants: The Effects of Stress and Satisfaction at Work*, "Lancet", 347, s. 724–728.
- Rao A., Ekstrand M., Heylen E., Raju G., Shet A. 2016. *Breaking Bad News: Patient Preferences and the Role of Family Members when Delivering a Cancer Diagnosis*, "Asian Pacific Journal of Cancer Prevention", 17(4), s. 1779–1784.
- Rebello Pereira C., Calonego M.A., Lemonica L., Barros G.A. 2017. *The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An Instrument for Breaking Bad News Adapted to the Brazilian Medical Reality*, "Revista Associacao Medica Brasileira", 63(1), s. 43–49.

- Rodriguez K.L., Appelt C.J., Switzer G.E., Sonel A.F., Arnold R.M. 2008. *Veterans' Decision-Making Preferences and Perceived Involvement in Care for Chronic Heart Failure*, "Heart Lung", 37(6), s. 440–448.
- Sandman L., Munthe C. 2009. *Shared Decision Making, Paternalism and Patient Choice: Health Care Analysis*, "Health Care Analysis", 18(1), s. 60–84.
- Shanafelt T. 2008. *A Career in Surgical Oncology: Finding Meaning, Balance, and Personal Satisfaction*, "Annals of Surgical Oncology", 15(2), s. 400–406.
- Shaw J.M., Brown R.F., Dunn S.M. 2013. *A Qualitative Study of Stress and Coping Responses in Doctors Breaking Bad News*, "Patient Education and Counseling", 91(2), s. 243–248.
- Sobczak K., Leoniuk K., Pawłowski L., Spolak N. 2016. *Clinical Communication – A Comparison of Patients' and Doctors' Opinions*, "Pomeranian Journal of Life Sciences", 62(3), s. 67–73.
- Sobczak K., Leoniuk K., Janaszczyk A. 2018. *Delivering Bad News: Patient's Perspective and Opinions*, "Patient Preference and Adherence", 12, s. 2397–2404.
- Stewart M.A. 1995. *Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review*, "Canadian Medical Association Journal", 152(9), s. 1423–1433.
- Suarez-Almazor M.E. 2004. *Patient-Physician Communication*, "Current Opinion in Rheumatology", 16(2), s. 91–95.
- Toivonen A.K., Lindblom-Ylänne S., Louhiala P., Pyörälä E. 2017. *Medical Students' Reflections on Emotions Concerning Breaking Bad News*, "Patient Education and Counseling", 100(10), s. 1903–1909.
- Walden-Gałaszko K. de 2011. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Westmoreland K.D., Banda F.M., Steenhoff A.P., Lowenthal E.D., Isaksson E., Fassl B.A. 2019. *A Standardized Low-Cost Peer Role-Playing Training Intervention Improves Medical Student Competency in Communicating Bad News to Patients in Botswana*, "Palliative Support Care", 17(1), s. 60–65.
- Witt M.M., Jankowska K.A. 2018. *Breaking Bad News in Genetic Counseling-Problems and Communication Tools*, "Journal of Applied Genetics", 59(4), s. 449–452.
- Wouda J.C., Wiel H.B. van de 2012. *The Communication Competency of Medical Students, Residents and Consultants*, "Patient Education and Counseling", 86(1), s. 57–62.
- Zambrano S.C., Chur-Hansen A., Crawford G.B. 2013. *How do Surgeons Experience and Cope with the Death and Dying of Their Patients? A Qualitative Study in the Context of Life-Limiting Illnesses*, "World Journal of Surgery", 37(5), s. 935–944.
- Zolnierek K.B., Dimatteo M.R. 2009. *Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis*, "Medical Care", 47(8), s. 826–834.

ABSTRACT

Fifth- and sixth-year medical students' self-assessment of their preparation for delivering bad news

The aim of this research was to analyze the preparation of 5th and 6th-year students to deliver bad news (DBN) to future patients. We conducted a cross-sectional qualitative study using the CAWI technique. We analyzed 321 questionnaires filled by 321 students from 14 Polish medical universities. The majority of the researched sample (69.2%) chose the partnership model as a preferred mode of communication between the patient and the doctor. 63.6 percent of students witnessed a DBN situation during their clinical training. Students with the experience of DBN assess their DBN skills as unsatisfactory. Clinical education of medical students should create opportunities for students to experience DBN situations firsthand, as part of learning.

KEYWORDS: delivering bad news, DBN, patient–doctor relationship, health communication, medical education

ABSTRAKT

Samoocena przygotowania studentów V i VI roku studiów medycznych do przekazywania informacji o niekorzystnej diagnozie

Naszym celem była analiza przygotowania studentów V i VI roku do przekazywania niekorzystnych informacji medycznych. Badanie przekrojowe zostało przeprowadzone metodą ilościową (technika CAWI). Zebraliśmy i przeanalizowaliśmy 321 ankiet studentów z 14 polskich uczelni medycznych. Większość badanych (69,2%) wskazała na model partnerski jako preferowany w model relacji lekarz – pacjent. Dokładnie 63,6% studentów mogło obserwować notyfikację niekorzystnych wiadomości podczas edukacji klinicznej. Studenci posiadający doświadczenie w przekazywaniu niekorzystnej informacji rzadziej oceniali swoje kompetencje w jako niewystarczające. Edukacja kliniczna studentów medycyny powinna stwarzać możliwości do osobistego uczestniczenia i przeżywania sytuacji związanych z przekazywaniem niekorzystnych informacji medycznych, jako elementu nauczania.

SŁOWA KLUCZOWE: przekazywanie niekorzystnej diagnozy, relacja lekarz – pacjent, komunikacja medyczna, edukacja medyczna

Agnieszka Pawlak-Kałużyńska

ORCID 0000-0002-3450-5387
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Magdalena Wieczorkowska

ORCID 0000-0001-5484-889X
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Paweł Przyłęcki

ORCID 0000-0002-9734-8518
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wybrane aspekty relacji między nauczycielami akademickimi a studentami na uczelniach medycznych w Polsce

Problematyka relacji między nauczycielami akademickimi a studentami w kontekście dotychczasowych badań i analiz

Podstawa nauczania to właściwa komunikacja między nauczycielem a uczniem. Jest ona szczególnie istotna na studiach medycznych, gdzie podczas nauki odbywa się nie tylko przekaz wiedzy i kształtowanie umiejętności, ale również socjalizacja do takich zawodów zaufania publicznego, jak: lekarz, lekarz stomatolog, ratownik medyczny, fizjoterapeuta czy pielęgniarka. Jak powszechnie wiadomo, wykonawcy tych profesji są na co dzień obarczeni dużą odpowiedzialnością za zdrowie i życie swoich pacjentów. Podczas diagnozy i całego procesu leczenia ważna jest z kolei komunikacja z pacjentami, która – jeśli jest właściwa – w istotny sposób wpływa na szybkość procesu diagnozowania i skuteczność leczenia. W trakcie studiów na kierunkach medycznych studenci powinni zatem uczyć się nie tylko zagadnień i procedur medycznych, ale także zasad poprawnej komunikacji z pacjentami, ich rodzinami oraz z personelem

medycznym. Brak odpowiednich umiejętności komunikacyjnych wśród przyszłych przedstawicieli zawodów medycznych czy nabycie niewłaściwych schematów komunikacyjnych może w dłuższym okresie przekładać się na takie negatywne zjawiska, jak: nieumiejętność nawiązywania kontaktu z pacjentami i ich rodzinami, złe relacje interpersonalne ze współpracownikami oraz przełożonymi, błędy jatrogenne, szybkie wypalenie zawodowe. Podczas studiów medycznych przyszły lekarz powinien nie tylko zdobyć wiedzę i umiejętności potrzebne w tym zawodzie, ale także uodpornić się na stres oraz nauczyć się dawać sobie radę z presją czasu i oczekiwaniami ze strony pacjentów, rodzin pacjentów i przełożonych. W tym kontekście często można spotkać się z obiegową opinią, że nauczyciele akademicy mogą być dla studentów niemili, obrażać ich i poniżać podczas zajęć, by w ten sposób zahartować ich do trudnego zawodu lekarza.

Impulsem do podjęcia tej problematyki był artykuł Joanny Cieśli i Mariusza Sepioły pt. *Fala na uczelni* opublikowany w tygodniku „Polityka” 14 lipca 2020 r., w którym relacje wykładowców ze studentami na uczelniach medycznych porównano do zjawiska fali w wojsku. Na podstawie zebranego materiału autorzy tekstu doszli do wniosku, że nauczyciele akademicy, którzy w niewłaściwy sposób odnoszą się do studentów, również byli źle traktowani przez swoich nauczycieli akademickich i/lub przełożonych w pracy. W artykule zamieszczono wypowiedzi studentów i absolwentów różnych kierunków uczelni medycznych, z których wynika, że seksistowskie uwagi, molestowanie seksualne, agresja słowna i poniżanie oraz różne formy mobbingu są na polskich uczelniach medycznych codziennością (Cieśla, Sepioło 2020: 29). Warto zaznaczyć, że w ostatnim czasie w mediach pojawiło się wiele doniesień dotyczących niewłaściwego traktowania studentów przez wykładowców na różnych uczelniach w Polsce. Z historii opisywanych w mass mediach wynika, że molestowanie, molestowanie seksualne i przemoc o podłożu seksualnym dotyczą zwłaszcza uczelni medycznych i artystycznych (akademie teatralne, akademie sztuk pięknych), w których przedmiotem pracy jest ciało (ciało pacjenta, ciało aktora, ciało jako obiekt zdobienia i/lub utrwalania za pomocą dzieła sztuki) (Chłopaś 2021; Żelazińska 2021).

Biorąc powyższe pod uwagę, należy zastanowić się nad tym, jak w dobie zmian zarówno w obszarze metod i organizacji nauczania na uczelniach wyższych, jak i w zakresie społecznej świadomości, czym są mobbing, molestowanie i molestowanie seksualne, powinny kształtować się relacje

między nauczycielami akademickimi a studentami, aby nie dochodziło do negatywnych zjawisk, a uczelnia była dla studentów miejscem przyjaznym i bezpiecznym. To niezwykle istotne zagadnienie, jakim są relacje studentów z nauczycielami akademickimi, nie doczekało się w Polsce zbyt wielu opracowań naukowych. Wśród dostępnych publikacji na ten temat dominują opracowania o charakterze teoretycznym oraz nieliczne prace przedstawiające wyniki badań przeprowadzonych w większości na małych, nielosowych próbach badawczych.

Już w latach 60. XX w. zauważono, że szkoły, także szkoły wyższe, oprócz realizowania oficjalnego programu nauczania przekazują także tzw. program ukryty (*hidden curriculum*). Zdaniem twórcy tego pojęcia, Philipa Jacksona, ukryty program można zdefiniować jako to, co szkoła wpaja ludziom do niej uczęszczającym, mimo że to „coś” nie zostało wcale zaplanowane. Są to elementy socjalizacji, które występują w szkołach, ale nie są częścią formalnej edukacji. Koncepcja ukrytego programu nauczania odnosi się do niewypowiedzianych lub ukrytych wartości, zachowań i norm istniejących w środowisku edukacyjnym, które są przekazywane świadomie lub – częściej – nieświadomie poprzez słowa i czyny (Sager 2013: 125). Ukryte treści nauczania są pochodną sposobu organizacji placówki edukacyjnej, relacji między uczniami a nauczycielami, sposobów oceniania i istniejących w ramach organizacji subkultur. Celem ukrytego programu nauczania jest zapewnienie trwałości i stabilności danego porządku społecznego (Lord 2017: 455).

Istnieją trzy wymiary ukrytego programu nauczania, o których pisze Elizabeth Vallance (1973) w artykule *Hiding the Hidden Curriculum: An Interpretation of the Language of Justification in Nineteenth-Century Educational Reform* [Ukrywanie ukrytego programu nauczania. Interpretacja języka usprawiedliwiania w dziewiętnastowiecznej reformie edukacji]. Vallance przeprowadziła badanie dotyczące ukrytego programu nauczania i zidentyfikowała jego wpływ na system edukacji. Pierwszy wymiar to rama szkolnictwa uwzględniająca komponent komunikacji uczeń (student) – nauczyciel, organizację programu nauczania oraz wykonawczy (operacyjny) model szkoły jako schematu (planu/projektu) małego świata wartości społecznych. Drugi wymiar dotyczy procedur będących w użyciu, z uwzględnieniem osiągania wartości, socjalizacji i podtrzymywania układu rang/stopni/pozycji. Trzeci wymiar dotyczy tego, na ile intencjonalny/nieintencjonalny jest przekaz tego, co mieści się poza oficjalnym programem nauczania, i jak głęboko – jeśli jest jednak intencjonalne – zostało

to przez nadawcę ukryte. Chodzi zatem o niezamierzone efekty edukacji, które jednak mogą nie być nieplanowane w taki sposób, jak zwykle się o tym myśleć (Lord 2017: 457).

Badając ukryty program nauczania, z jednej strony analizuje się różne składniki procesu kształcenia i wychowania, takie jak m.in. uwarunkowania i cechy interakcji między uczestnikami procesów edukacyjnych, wpływ znaczących nauczycieli, stosowane przez nich metody pracy, systemy kar i nagród, środowisko pozaszkolne, organizowanie przestrzeni szkolnej. Z drugiej strony bada się efekty oddziaływań elementów ukrytego programu nauczania, czyli stopień socjalizacji lub izolacji społecznej jednostek, akceptację określonych wartości kulturowych, rozwój postaw wobec autorytetów (konformizm lub samodzielność jednostek) czy rodzaj i zakres zdobytej wiedzy (Pauluk 2007: 113). Badając przejawy ukrytego programu nauczania w relacji student – nauczyciel akademicki, należy, zdaniem Doroty Pauluk (2007: 114–119), uwzględnić następujące kwestie:

- **komunikację niewerbalną** dającą informację na temat wzajemnych ustosunkowań, uczuć i oczekiwań obu stron;
- **nastawienie i oczekiwania nauczyciela akademickiego wobec studenta i studenta wobec nauczyciela** będące pochodną przekonania studentów, czy nauczyciel ich lubi i szanuje czy nie, oraz przekonania nauczyciela, czy jest lubiany i szanowany przez studentów;
- **stosunek do roli zawodowej**, czyli bycie nauczycielem mistrzem, nauczycielem partnerem, nauczycielem nadzorcą czy nauczycielem biznesmenem oraz sposób radzenia sobie z napięciami w roli zawodowej (przeciążenie dydaktyką kontra czas na realizację badań własnych i rozwój zawodowy), gdyż sprzeczności i napięcia w obrębie roli zawodowej mogą przekładać się na wrogość wobec tych, nad którymi formalnie sprawuje się władzę;
- **postawę nauczyciela akademickiego wobec wiedzy** – czy przekazuje wyłącznie skodyfikowaną wiedzę podręcznikową (dogmatyczny stosunek do wiedzy uważanej za niepodważalną, przekonanie o posiadaniu monopolu na prawdę, hamowanie samodzielnego i twórczego myślenia studentów oraz wzmacnianie hierarchicznego układu w relacjach między studentem a nauczycielem), czy także wiedzę popartą badaniami własnymi.

W 2011 r. wśród 29 polskich studentów pedagogiki, 32 studentów pracy socjalnej ze Szwajcarii, a także 20 młodych wykładowców pedagogiki

z całej Polski oraz 24 wykładowców tej dziedziny wiedzy z różnych krajów przeprowadzono sondaż. Celem badania było sprawdzenie, jak nauczyciele akademicy postrzegają swoją rolę oraz jak studenci postrzegają swoją rolę i motywację do studiowania. Z zebranych danych wynika, że polscy nauczyciele akademicy postrzegają siebie przede wszystkim jako przewodników, następnie widzą się w roli ekspertów, a na trzecim miejscu – jako badaczy (zagraniczni wykładowcy widzą siebie jako partnerów, przewodników, źródła wiedzy i pomysłodawców). Natomiast polscy studenci postrzegają siebie głównie jako słuchaczy i odbiorców, czyli uważają, że w procesie edukacji odgrywają bierną rolę, zwłaszcza w kontekście postawy szwajcarskich studentów, którzy najczęściej widzą siebie jako odkrywców czy osoby spragnione wiedzy oraz jako partnerów (Łoś 2011: 28–36).

W 2015 r. przeprowadzono badania sondażowe wśród 250 studentów Gliwickiej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości (Szymik, Copik 2015). Ich celem było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, jaki styl prowadzenia zajęć przez wykładowców preferują współcześni studenci oraz jakie cechy osobowościowe i kompetencje powinien mieć dydaktyk pracujący w szkole wyższej. Z danych zgromadzonych w tym badaniu wynika, że współczesny nauczyciel akademicki powinien przekazywać wiedzę w sposób zrozumiały, wzbudzający zainteresowanie tematem, powinien być także sprawiedliwy i obiektywny w ocenie studentów, powinien łączyć wiedzę teoretyczną z praktyką oraz być komunikatywny i kreatywny. W ocenie prowadzenia zajęć przez wykładowcę studenci biorą pod uwagę przede wszystkim wiedzę, doświadczenie, osobowość wykładowcy oraz nastawienie do studentów. Jeśli chodzi o umiejętności komunikacyjne, jakie powinien mieć idealny nauczyciel akademicki, w opinii badanych powinny to być: umiejętność dostosowania się do odbiorcy w zakresie przekazywania wiedzy w sposób przystępny i zrozumiały dla studenta, nienarzucanie swoich opinii i przekonań, pozytywne nastawienie do studentów i umiejętność łatwego nawiązywania kontaktów. Zdaniem autorów omawianych badań z rozkładu odpowiedzi wynika, że współcześni studenci preferują raczej tradycyjnego profesora, a więc strażnika wiedzy, erudyte świetnie przygotowanego do zajęć, doświadczonego przewodnika posiadającego kompetencje komunikacyjne, a nie – instruktora czy trenera poszukującego coraz nowszych i skuteczniejszych metod i technik nauczania oraz aktywizowania grupy. Może to wynikać z faktu, że – zdaniem respondentów – uczelnia jest przede wszystkim miejscem przekazywania gotowej,

uporządkowanej wiedzy, a nie obszarem poszukiwań odbywających się w toku interakcji studentów z nauczycielami akademickimi.

Jednym z niewielu badań poruszających kwestie niewłaściwych zachowań wykładowców wobec studentów przeprowadzonych w Polsce na dużej, losowo dobranej próbie są badania zamieszczone w raporcie pt. *Doświadczenie molestowania wśród studentek i studentów. Analiza i zalecenia*. Raport ukazał się w 2018 r. (a więc w czasie apogeum akcji #MeToo, która rozpoczęła się na świecie w 2017 r.) i został przygotowany pod auspicjami Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO) na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych na kilkunastu polskich uczelniach. W opracowaniu tym, oprócz wyników wspomnianego badania, znajdują się również analizy prawne odnośnie do prezentowanych zjawisk. W Polsce kwestie molestowania i molestowania seksualnego reguluje ustawa o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania. W art. 3 określa ona, że molestowanie seksualne to każde niepożądane zachowanie o charakterze seksualnym wobec osoby fizycznej lub odnoszące się do płci, którego celem lub skutkiem jest naruszenie godności tej osoby, w szczególności przez stworzenie wobec niej zastraszającej, wrogiej, poniżającej, upokarzającej lub uwłaczającej atmosfery; na zachowanie to mogą się składać elementy fizyczne, werbalne lub pozawerbalne (Kwaśniewska i in. 2018).

Jak podkreślają autorzy raportu, ustawa o równym traktowaniu nie chroni przed molestowaniem i molestowaniem seksualnym ze względu na takie przesłanki, jak płeć czy orientacja seksualna, jeśli do tego rodzaju czynów doszło w związku z realizacją studiów wyższych. Konsekwencją tego stanu rzeczy jest to, że poszkodowany student nie może dochodzić roszczeń, korzystając z mechanizmu odwróconego ciężaru dowodu. Polega on na tym, że osoba doświadczająca nierównego traktowania powinna jedynie uprawdopodobnić ten fakt, a osoba, której zarzucono działania dyskryminacyjne, ma obowiązek udowodnienia, że zasada równego traktowania nie została naruszona. Studenci molestowani lub molestowani seksualnie mogą natomiast dochodzić swoich praw, korzystając z zapisów Kodeksu cywilnego (art. 23) lub Kodeksu karnego, ale wówczas to na nich – jako osobach poszkodowanych – spoczywa ciężar udowodnienia naruszenia ich praw. Z kolei Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce przewiduje odpowiedzialność dyscyplinarną nauczycieli akademickich za stosowanie molestowania, molestowania seksualnego czy popełnienie przestępstw seksualnych (Kwaśniewska i in. 2018).

Tymczasem wyniki zaprezentowane w omawianym raporcie z badania pokazują, że skala molestowania i molestowania seksualnego na polskich uczelniach wyższych jest duża. W przekonaniu autorów raportu może to wynikać nie tyle z osobniczych cech osób dopuszczających się molestowania, molestowania seksualnego czy przemocy seksualnej, ile z charakterystyki organizacji, a konkretnie z organizacyjnej tolerancji takich zachowań (przejawia się to m.in. brakiem jasnych procedur w przypadku wystąpienia tego typu zdarzeń) oraz płciowej charakterystyki pracy/zawodu (na uczelniach wyższych ciągle mamy do czynienia z nadreprezentacją mężczyzn z tytułem profesora lub stopniem doktora habilitowanego¹). W części raportu poświęconej prezentacji wyników badania można przeczytać, że od momentu rozpoczęcia studiów 40,7% studentów i studentek doświadczyło molestowania, z czego zdecydowana większość – podczas zajęć lub na terenie uczelni. Molestowanie najczęściej zgłaszali studenci uniwersytetów i uczelni technicznych, rzadziej studenci uczelni niepublicznych i innych. Studenci zaznaczali, że molestowanie przybierało najczęściej charakter niestosownych uwag na temat ubioru, wyglądu, wieku, zachowania, kompetencji lub sytuacji wyższych wymagań wobec studenta niż wobec reszty grupy w trakcie zaliczenia lub egzaminu, naruszenia nietykalności cielesnej i wyśmiewania się. Najczęstszymi przesłankami do molestowania były płeć w odniesieniu do kobiet i orientacja seksualna w odniesieniu do mężczyzn. W raporcie można przeczytać m.in., że 31,2% (N = 4284) studentów i studentek zadeklarowało, iż od momentu rozpoczęcia studiów doświadczyło przynajmniej jednego zachowania o charakterze molestowania seksualnego. W przeważającej większości były to kobiety – że takie zdarzenie miało miejsce, przyznało niemal 44% respondentek. W przypadku mężczyzn było to tylko nieco ponad 12%. Warto odnotować, że sprawcami molestowania w prawie 15,6% przypadków byli pracownicy naukowcy i pracowniczki naukowe (Kwaśniewska i in. 2018).

Innym badaniem, do którego warto się odnieść, jest opublikowany w tym samym roku raport CBOS (2018) dotyczący molestowania

¹ W 2019 r. na 24 662 profesorów pracujących na uczelniach wyższych na pełnym etacie zatrudnione były 8102 kobiety. Na uczelniach nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia na 1471 osób ze stopniem doktora habilitowanego na pełnym etacie było zatrudnionych 601 kobiet. W naukach farmaceutycznych w 2019 r. na 15 stopni naukowych doktora habilitowanego 11 z nich przyznano kobietom. W naukach medycznych na 120 stopni 62 przyznano kobietom, w naukach o zdrowiu – na 10 stopni kobietom przyznano sześć (GUS 2019: 179–181).

seksualnego w miejscu pracy lub nauki. Z danych zebranych przez tę instytucję wynika, że obiektem nieodpowiednich zachowań, propozycji lub żartów o charakterze seksualnym było 12% dorosłych (próba badawcza wynosiła 989 osób). Najczęściej propozycje te padały ze strony obcych osób (10%), rzadziej kolegów lub koleżanek w miejscu nauki (6%), znajomych lub przyjaciół (4%), współpracowników w miejscu pracy (4%), przełożonych (3%) lub nauczycieli (3%). Co czwarta osoba zatrudniona lub ucząca się (25%) była w swoim miejscu pracy lub nauki świadkiem molestowania seksualnego (CBOS 2018: 2–18).

Jedynym badaniem jakościowym podejmującym temat złego traktowania studentów medycyny przez nauczycieli akademickich jest to przeprowadzone przez Martę Makowską i Joannę Wylęzałek (2021) wśród studentów medycyny kilku polskich uczelni. W badaniach przeprowadzonych w grupach fokusowych wzięło udział 92 studentów medycyny, w tym 40 mężczyzn i 52 kobiety. Warto wspomnieć, że badanie to pierwotnie nie dotyczyło tej kwestii, gdyż jego podstawowym celem było sprawdzenie, w jaki sposób firmy farmaceutyczne wpływają na proces socjalizacji do zawodu lekarza. Podczas wywiadów jednak – w części poświęconej zaletom i wadom studiowania medycyny – pojawiło się tak dużo uwag odnośnie do złego traktowania studentów medycyny przez nauczycieli akademickich, że i to zagadnienie autorki postanowiły poddać analizie. Jako przykłady złego traktowania studenci podawali głównie krzywdzące, poniżające komentarze kierowane do nich przez niektórych nauczycieli akademickich. W ten sposób komentowane były np. braki w ich wiedzy. Innym rodzajem niewłaściwego zachowania, którego często doświadczali badani, było lekceważenie przejawiające się m.in. w tym, że nauczyciele akademicy często spóźniali się na zajęcia, a sami wymagali od studentów punktualności. Innym rodzajem złego traktowania było utrudnianie studentom zaliczenia przedmiotu czy zdania egzaminu poprzez np. zadawanie trudnych, podchwytliwych lub bardzo szczegółowych pytań oraz utrudnianie przygotowania się do egzaminu/zaliczenia np. poprzez niepodawanie informacji o zakresie materiału koniecznego do opanowania. Badani w większości zgadzali się co do tego, że zgłaszanie tego typu sytuacji np. poprzez ankietę ewaluacyjną mija się z celem (niektórym badanym zdarzyła się sytuacja, że byli zastraszeni przez nauczycieli akademickich, którzy otrzymali od nich negatywną ocenę w takiej ankiecie). Jak piszą autorki badania, trzeba mieć świadomość, że nagminne doświadczanie tego rodzaju zachowań może mieć wiele negatywnych konsekwencji dla

psychiki studentów, np. obniżać ich samoocenę czy powodować chroniczny stres. Niektórzy badani stwierdzali, że doświadczanie ciągłego napięcia na studiach medycznych jest niezbędnym elementem socjalizacji do zawodu lekarza, gdyż w ten sposób nabywa się odporność na stres w późniejszej pracy. Inni zauważali natomiast, że poprzez złe traktowanie studentów niektórzy nauczyciele akademicki wyładowują swoją frustrację będącą pochodną tego, jak sami byli traktowani podczas swoich studiów medycznych (Makowska, Wylężałek 2021).

Systematyczny przegląd 51 międzynarodowych badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Pakistanie i Wielkiej Brytanii wykazał, że od 49 do 68% studentów medycyny doświadczyło w trakcie studiów dyskryminacji ze względu na płeć lub molestowania seksualnego (Fnais i in. 2014). Adresatkami tego typu zachowań były najczęściej studentki. Podobne wyniki uzyskali badacze zajmujący się tymi zjawiskami na Uniwersytecie w Uppsali. W latach 2002 i 2013 przeprowadzili oni badanie na temat dyskryminacji z uwagi na płeć i molestowania seksualnego, którego rezultaty ujawniły nasilenie występowania zwłaszcza molestowania seksualnego (Kisiel i in. 2020).

Materiał i metody

Przytoczone badania dotyczą jedynie kilku aspektów relacji między nauczycielami a studentami, np. cech idealnego wykładowcy czy oczekiwań studentów odnośnie do nauczania w szkołach wyższych, a także zachowań o charakterze molestowania czy molestowania seksualnego doświadczanych przez studentów. Aspekty te są analizowane często bez uwzględnienia szerszego kontekstu i jako niepowiązane ze sobą. Celem naszego badania była analiza relacji między nauczycielami akademickimi a studentami na uczelniach medycznych z uwzględnieniem tych wszystkich aspektów i powiązań pomiędzy nimi. Badaliśmy, jak ogólnie kształtują się relacje nauczyciel akademicki – student, co w tych relacjach studenci oceniają pozytywnie, a co negatywnie, jak często zdarzają się niewłaściwe zachowania, z molestowaniem i molestowaniem seksualnym łącznie, z czego mogą wynikać i co można zrobić, aby im zapobiec.

Materiał badawczy stanowiły opinie studentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego z największych uczelni medycznych w Polsce dotyczące ich relacji z nauczycielami akademickimi. Relacje między nauczycielami akademickimi a studentami rozumiemy jako sposób odnoszenia się

nauczycieli akademickich do studentów podczas różnych form zajęć (wykładów, ćwiczeń/seminariów, zajęć klinicznych, praktyk zawodowych) oraz poza zajęciami, podczas spotkań na terenie uczelni i poza nią (wyjazdy integracyjne, wyjazdy na konferencje), a także sposób, w jaki wykładowcy mówią o studentach.

W badaniu skoncentrowaliśmy się na dwóch głównych obszarach: ocenie prowadzenia zajęć i stosunku nauczyciela akademickiego do swojej roli oraz niewłaściwych zachowaniach nauczycieli akademickich w relacjach ze studentami. Pytania problemowe do tych obszarów zawiera tabela 1.

Tabela 1. Główne obszary problemowe i pytania badawcze

Ocena prowadzenia zajęć i stosunku wykładowcy do swojej roli
Jakiego rodzaju relacji studenci oczekują od nauczyciela akademickiego – relacji opartej na autorytaryzmie, kooperacji czy partnerstwie?
Jakie cechy – w opinii badanych – powinien mieć dobry nauczyciel akademicki? Jaki sposób komunikacji cechuje dobrego nauczyciela akademickiego, a jaki – złego nauczyciela akademickiego?
Czy w trakcie studiów badani spotkali nauczyciela akademickiego, którego uważają za autorytet, wzór do naśladowania?
Czy nauczyciele akademicy znają regulamin studiów i go przestrzegają?
Niewłaściwe zachowania w relacjach wykładowców ze studentami
Czy w czasie oceny wiedzy/kompetencji/umiejętności studenci czuli, że byli oceniani merytorycznie (oceniano tylko to, co powinno być oceniane), czy ocena była dokonywana w szerszym kontekście uwzględniającym czynniki pozamerytoryczne (np. płeć, ubiór)?
Czy badanym studentom zdarzały się sytuacje, w których nauczyciel akademicki potraktował ich bez szacunku, wyśmiewał, obrażał lub czy badani byli świadkami takich sytuacji w stosunku do swoich kolegów, koleżanek?
Czy badanym studentom zdarzały się sytuacje, w których nauczyciel akademicki opowiadał seksistowskie żarty lub jego komentarze odnośnie do studentów czy pacjentów miały seksistowski podtekst bądź czy student sam był adresatem takiego żartu lub komentarza?
Czy badanym studentom zdarzały się sytuacje, w których nauczyciel akademicki składał propozycje o charakterze seksualnym lub badani byli świadkami składania takiej propozycji innemu studentowi?
Czy badany, jeśli był adresatem niewłaściwego zachowania nauczyciela akademickiego, wiedział, gdzie powinien zgłosić taką sytuację? Jeśli tak, to czy ją zgłosił? Jeśli jej nie zgłosił, to z jakiego powodu? Czy badani uważają, że mogą się w tej sprawie zgłosić do samorządu studenckiego i czy jest on w stanie pomóc w takich przypadkach?

Czy badany, jeśli był świadkiem niewłaściwego zachowania nauczyciela akademickiego wobec studenta, podjął jakieś działanie? Czy zdaniem badanych ankiety ewaluacyjne są pomocnym narzędziem w zgłaszaniu tego typu problemów?

Czy studenci za bezpieczne uważają zgłaszanie problemów dotyczących niewłaściwego traktowania? Czy widzą sens zgłaszania problemów, tzn. czy uważają, że zgłoszenie problemu coś zmieni?

Czy badani wiedzą o tym, jakie procedury antymobbingowe i antydyskryminacyjne są stosowane na uczelni oraz w szpitalach i przychodniach, w których odbywali/odbywają praktyki? Czy w przekonaniu badanych istniejące na uczelni oraz w szpitalach i przychodniach procedury antymobbingowe i antydyskryminacyjne są wystarczające? Jeśli nie, to jakiego rodzaju rozwiązania powinny zostać wprowadzone?

Źródło: opracowanie własne.

Do badania wykorzystano kwestionariusz ankiety, który został rozpowszechniony drogą internetową. Badanie zostało skierowane do studentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego kształcących się na publicznych i niepublicznych uczelniach medycznych. Badanie miało charakter pilotażowy.

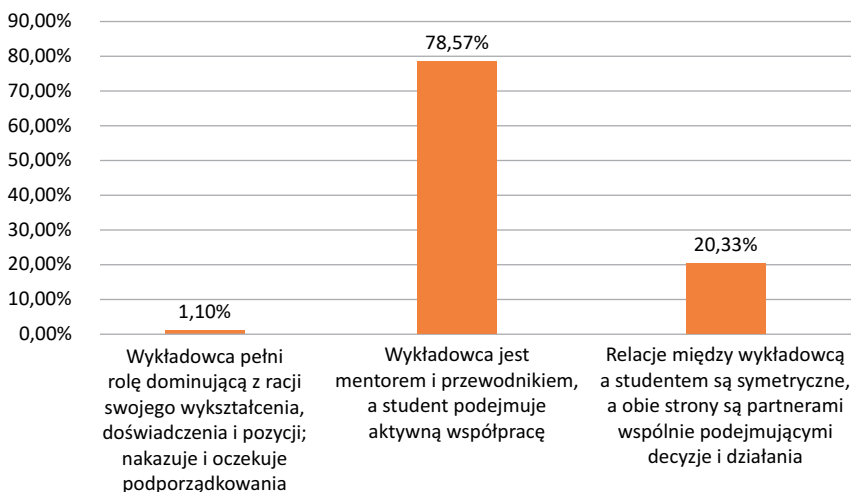
Wyniki badania

W badaniu wzięło udział 182 studentów. Większość z nich stanowili studenci Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (93,41%). Pozostałe kwestionariusze ankiet zostały wypełnione przez studentów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego (cztery osoby), Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (trzy osoby), Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (dwie osoby), Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (jedna osoba), Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (jedna osoba) oraz Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie (jedna osoba). Badanie cieszyło się większym zainteresowaniem wśród studentek (73,63%) niż studentów (26,37%). Ponad 45% badanych miało od 21 do 23 lat, ponad 43% – od 17 do 20 lat, a pozostali respondenci mieli ponad 24 lata. Prawie 69% pytanym studiowało na II roku studiów, co dziesiąty badany – na III roku studiów, nieco więcej niż 12% respondentów – na IV roku studiów. Pozostali studiowali na I (jedna osoba), V (osiem osób) i VI (cztery osoby) roku jednolitych studiów magisterskich, I (jedna osoba) i II roku (jedna osoba) studiów pierwszego stopnia oraz na studiach doktoranckich (jedna osoba). Wszyscy studenci studiowali

na kierunku lekarskim. Żadna osoba studiująca na kierunku lekarsko-dentystycznym nie wypełniła kwestionariusza ankiety, mimo iż pilotaż badania został skierowany również do studentów tego kierunku². Badanie zrealizowano w okresie od czerwca 2021 r. do stycznia 2022 r.

W pierwszej części badania zapytaliśmy studentów, jaki – ich zdaniem – powinien być nauczyciel akademicki na uczelni medycznej, w jaki sposób powinien pełnić swoją funkcję, jak odnosić się do studentów, jakie mieć cechy, a jakich nie. Zdecydowana większość badanych chciałaby, aby nauczyciel akademicki był ich mentorem i przewodnikiem na drodze do zdobywania wiedzy i umiejętności, jedna piąta wołałaby, aby relacje między studentem a nauczycielem akademickim były symetryczne, partnerskie, a nieliczni badani opowiedzieli się za tym, aby nauczyciel akademicki, z racji swojego wykształcenia, doświadczenia i pozycji zawodowej, pełnił funkcję dominującą, podporządkowującą i nakazującą (wykres 1).

Wykres 1. Procentowy rozkład odpowiedzi badanych na pytanie o oczekiwany przez badanych model relacji nauczyciel akademicki – student (N = 182)



Źródło: opracowanie własne.

Rozkład odpowiedzi na to pytanie jest zbliżony z rezultatami badania z 2011 r. przeprowadzonego wśród studentów i wykładowców pedagogiki

² Jeden kwestionariusz ankiety wypełniła osoba studiująca ratownictwo medyczne. Zdecydowaliśmy, że kwestionariusz ten włączymy do materiału badawczego.

oraz pracy socjalnej ze Szwajcarii i Polski przedstawionego w pierwszej części artykułu. W badaniu tym polscy nauczyciele akademicki widzieli siebie głównie w roli przewodników, a polscy studenci – w roli słuchaczy i odbiorców.

Ponadto badanych poproszono, aby z listy cech wybrali pięć, którymi, ich zdaniem, powinien odznaczać się dobry nauczyciel akademicki, oraz pięć cech złych nauczycieli akademickich. Na pierwsze z tych pytań udzielono 907 odpowiedzi, na drugie – 905 odpowiedzi (tabela 2).

Tabela 2. Cechy dobrego i złego nauczyciela akademickiego w opinii studentów

Cechy dobrego nauczyciela akademickiego	N	%	Cechy złego nauczyciela akademickiego	N	%
Dobrze znający wykładany przedmiot, kompetentny	164	18,08	Niesprawiedliwy, nieobiektywny, stronniczy	136	15,03
Stwarzający pozytywną atmosferę w grupie, w której studenci bez stresu mogą popełniać błędy i uczyć się na nich	153	16,87	Nieszanujący innych ludzi	128	14,14
Dotrzymujący umów i obietnic, godny zaufania	102	11,25	Niekompetentny, niedouczony, o małej wiedzy	117	12,93
Motywuujący do nauki	92	10,14	Niekomunikatywny, niekontaktowy, niedostępny	104	11,49
Komunikatywny	85	9,37	Arogancki	98	10,83
Mający dobry humor, uśmiechnięty	80	8,82	Apodyktyczny, autorytarny, władczy	96	10,61
Inspirujący	68	7,50	Niekulturalny	79	8,73
Obdarzony charyzmą	63	6,95	Chaotyczny, niesystematyczny, nieorganizowany, roztargniony	76	8,40
Doskonalący metody nauczania	48	5,29	Nieprzygotowany do zajęć	51	5,64

Cechy dobrego nauczyciela akademickiego	N	%	Cechy złego nauczyciela akademickiego	N	%
Dokładny, precyzyjny w wypowiedziach	44	4,85	Niepotrafiący utrzymać dyscypliny, niekonsekwentny	16	1,77
Inne	8	0,88	Inne	4	0,44
Ogółem	907	100,00	Ogółem	905	100,00

Źródło: opracowanie własne.

Na pytanie, czy badani spotkali w trakcie studiów nauczyciela akademickiego, którego uważają za autorytet, wzór do naśladowania, prawie 71% odpowiedziało twierdząco. Powody, dla których badani udzielali takiej odpowiedzi, przedstawia tabela 3. W wypowiedziach respondenci często podkreślali, że autorytetem jest dla nich nauczyciel akademicki, który ma charyzmę, potrafi zainteresować przedmiotem, jest wybitnym specjalistą w swojej dziedzinie. Za nie mniej istotne respondenci uznali to, że jest komunikatywny, wyrozumiały i otwarty oraz traktuje studentów „po ludzku”.

Tabela 3. Wybrane opinie studentów na temat tego, dlaczego uznali danego nauczyciela akademickiego za autorytet, wzór do naśladowania

Wybrane opinie studentów
<i>Podejście do studentów z dużym szacunkiem, sympatią, empatią. Szedł studentom „na rękę”, chciał, żeby wszyscy zdali i nam kibicował. Bardziej mu zależało, żebyśmy zdali, niż żeby zdali tylko ci najlepsi, dobrze nauczeni. Poza tym świetny naukowiec z setkami publikacji, stale poszerzający swoją wiedzę, działający w wielu towarzystwach naukowych.</i>
<i>Pani doktor traktowała nas „jak ludzi”, można było popełniać błędy i wyciągaliśmy z nich wspólne wnioski. Rozumiała, że późne zajęcia i dużo obowiązków oznacza, że na niektórych zajęciach możemy być lekko zmęczeni lub gorzej przygotowani. Nie bała się przyznać, że nie zna odpowiedzi na niektóre pytania – ale wyjaśniała zagadnienie na następnych zajęciach po doczytaniu lub konsultacji z innym prowadzącym. Zwracała uwagę na istotne kliniczne aspekty przedmiotu i była jedną z bardziej charyzmatycznych osób, z jakimi miałam do czynienia.</i>
<i>Mimo tego, że długo uczy, nie zapominał, jak to jest być studentem. Największym problemem na uczelni są dydaktycy, dla których istnieje tylko ich przedmiot i zapominają, że mamy ich jednak trochę więcej, a doba ma dwadzieścia cztery godziny. Rozumiem, że to poważny kierunek i w przyszłości odpowiedzialny zawód, ale bądźmy ludźmi.</i>

Wybrane opinie studentów

Sposób przekazywania wiedzy był bardzo przyjemny, nie czułam się zestresowana, dużo się dowiedziałam, osoba, o której myślę, była kontaktowa i potrafiła przekazać wszystko, co chciała, szanując mnie i moich kolegów, będąc miłą i sympatyczną, a zajęcia, które prowadziła, były przyjemne, nawet wtedy, kiedy omawiane zagadnienia były trudne i ich nauka szła bardzo opornie.

Wykładowca ten jest człowiekiem o ogromnej wiedzy w swej dziedzinie, a ponadto wykazuje się bardzo prostudencką postawą. Nie stara się studentowi utrudnić życia, lecz rzetelnie przekazuje wiedzę i oczekuje znajomości tego, co przekazał, a nie treści „z kosmosu”. Student czuje się przez to zachęcony do nauki, bo wie, że gdy się przyłoży, to osiągnie sukces, a nie, jak czasem bywa, mimo ogromu pracy poniesie porażkę.

Sprawiał(a), że czułam się na miejscu, że ktoś chce mi faktycznie coś przekazać, a nie przeszkadza komuś w pracy. Czyli taki podstawowy szacunek właściwie i zrozumienie, po co „zaraża się” młodych swoją dziedziną, że nie jesteśmy konkurencją ani aroganckimi szczeniakami, które nie szanują starszych.

Szacunek do osób niżej postawionych w hierarchii uczelnianej (patrz – studentów), ale też w miejscu pracy. Realna chęć dzielenia się swoją wiedzą i doświadczeniem. Prowadzenie zajęć tak, aby studenci wynieśli z nich jak najwięcej, a nie „od niechcenia, bo i tak mi za to płacą”. Słuchanie prośb studentów i późniejsza inkorporacja ich. Fakt, że została stworzona atmosfera nauki, otwartej współpracy, a nie atmosfera zastraszania, wyrzucania swoich wewnętrznych frustracji, karania za zadawanie pytań, a gdy następowała cisza – karania za nieodzywanie się.

Źródło: opracowanie własne.

W dalszej części badania studenci zostali poproszeni o odpowiedź na pytanie, w jakim stopniu nauczyciele akademicki przestrzegają regulaminu studiów. Do oceny posłużyła pięciostopniowa skala, w ramach której 5 oznaczało przestrzeganie regulaminu studiów w bardzo dużym stopniu, a 1 – przestrzeganie regulaminu studiów w bardzo małym stopniu. Badani ocenili przestrzeganie regulaminu studiów powyżej średniej (3,92). Na kolejne pytanie, czy słyszeli o przypadku złamania regulaminu studiów przez nauczyciela akademickiego lub sami doświadczyli takiej sytuacji, jedna trzecia odpowiedziała twierdząco. Jednak na pytanie otwarte o to, jakie sytuacje studenci uznali za przejaw złamania regulaminu studiów, odpowiedział tylko co piąty badany (38 osób). Przykłady złamania regulaminu studiów podane przez respondentów dotyczyły głównie zaliczeń i egzaminów (zmiany zasad zaliczania przedmiotu, zmiany zakresu materiału obowiązującego na zaliczenie/egzamin z danego przedmiotu), przebiegu zajęć oraz relacji między nauczycielami akademickimi a studentami. Wybrane sytuacje, które badani uznali za przykłady łamania regulaminu studiów przez nauczyciela akademickiego, przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Wybrane sytuacje, które badani uznali za przykłady łamania regulaminu studiów przez nauczycieli akademickich

Kategorie odpowiedzi
Dotyczące zaliczeń i egzaminów
<i>Głównie zaliczenia, że w regulaminie było jedno, a egzaminy w rzeczywistości były trudniejsze do zdania</i>
<i>Zmiana zasad pisania/zaliczenia egzaminu tuż przed nim lub nawet po nim (np. zmiana progu punktowego). Uniemożliwianie studentom napisania zaliczenia mimo zwolnienia lekarskiego z pierwszego terminu</i>
<i>Kłopoty z zaliczeniem zajęć, na których było się nieobecnym z powodu skierowania do pracy na linii frontu z COVID od wojewody</i>
<i>Zmiany punktacji, niesłowność w liczbie pytań z danego tematu</i>
<i>Przekładanie terminu zajęć/zaliczeń w ostatniej chwili i wymaganie, aby studenci się na nich pojawili w tym nowym terminie – co dla wielu osób było niewykonalne. Zaliczenia obejmujące materiał inny, niż był podany w rozpisce</i>
<i>Zmienianie wystawionej wcześniej pozytywnej oceny na negatywną</i>
<i>Zmiana formy egzaminu w tygodniu poprzedzającym. Dodanie sporej partii materiału do zagadnień na egzamin tydzień przed</i>
<i>Nieprzestrzeganie regulaminu uczelni w kwestii przeprowadzania egzaminu/zaliczenia</i>
<i>Zmiana warunków dopuszczenia do egzaminu końcowego</i>
<i>Brak spójności między nakazanym sylabusem a wymaganiami do zaliczenia przedmiotu</i>
<i>Wymagana przez asystenta wiedza w znaczącym stopniu przekraczała wymagania przedstawione w sylabusie</i>
<i>Za późne podawanie materiału, za późne ustalanie terminu egzaminu. Ciągłe zmienianie ustalonych wcześniej zasad</i>
<i>Niedopuszczenie do egzaminu całej grupy studenckiej przez nieprzygotowanie jednej osoby do odpowiedzi ustnej</i>
<i>Nieudostępnianie pracy do wglądu po egzaminie/kolokwium</i>
<i>Koordynatorka przedmiotu była na egzaminie komisyjnym, mimo iż nie powinna</i>
<i>Zmiany w zaliczeniu na okres krótszy, niż przewidywał to regulamin, niekonsekwencja głównie na etapie weryfikowania wiedzy (obliczanie punktów, sumowanie i tak dalej)</i>
<i>Wielokrotne łamanie przepisów dotyczących różnych terminów – planowanie egzaminów czy terminów poprawkowych</i>
Dotyczące przebiegu zajęć
<i>Dni, kiedy w ogóle nam nie robili zajęć</i>

Kategorie odpowiedzi

Brak możliwości odrobienia zajęć

Brak szacunku do studentów i ich czasu, rozpoczynanie zajęć przed lub znacząco zbyt późno w stosunku do planu, obrażanie studentów, obieranie sobie ofiar przez wykładowcę. Wiem też od znajomego pracującego w zakładzie wykładowcy, że celowo chce uwalić studentów

Pani prowadząca zajęcia robiła prezentacje w trakcie prowadzenia zajęć

Cotygodniowa zmiana sylabusu łącznie z zasadami zaliczenia

Ciągle zmienianie sylabusu, na przykład zasad zaliczenia przedmiotu, egzekwowania wiedzy

W trakcie wglądu w prace wykładowca nie udostępnił klucza, mimo że był to obowiązujący zapis z regulaminu

Zabroniono osobom przenieść się do innej grupy, nawet jeśli miały do tego argumenty

Dotyczące relacji wykładowcy ze studentami

Niekulturalne odnoszenie się do studentów, przenoszenie irytacji spowodowanej osobistymi sprawami na studentów

Mobbing

Prywatne rozmowy w trakcie wykładu ubliżające studentom (przez niezauważenie włączonego mikrofonu)

Nie jestem pewna, czy jest to zapisane w regulaminie studiów, ale spotkałam się z zachowaniem seksistowskim i rasistowskim ze strony jednego z nauczających, co zgłosiłam niezwłocznie odpowiednim podmiotom uczelni – otrzymałam odpowiedź, jednak nie wiem, jakie kroki zostały podjęte w stosunku do tego pana

Źródło: opracowanie własne.

Kolejna część badania dotyczyła różnych sytuacji, w których mogło dojść do niewłaściwych zachowań nauczycieli akademickich wobec studentów. Studenci zostali poproszeni o odpowiedź na pytanie, czy podczas zaliczeń/egzaminów oceniana była jedynie merytoryczna poprawność odpowiedzi, czy też – ich zdaniem – ocena uwzględniała także inne, pozamerytoryczne aspekty. Ponad połowa respondentów zaznaczyła, że w sytuacji egzaminu/zaliczenia była oceniana jedynie ich wiedza i/lub umiejętności. Jednak prawie 13% badanych stwierdziło, że byli oceniani także ze względu na płeć (żeńską), a niemal 12% uznało, że ocena uwzględniała także ich wygląd. Tak więc niemal co czwarty badany miał poczucie, że przy ocenie pod uwagę były brane także czynniki pozamerytoryczne, takie jak płeć czy wygląd (tabela 5).

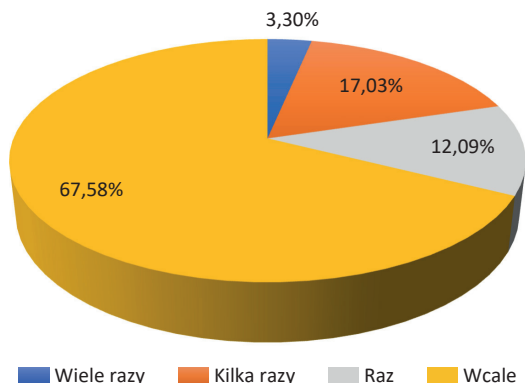
Tabela 5. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy podczas zaliczeń/egzaminów oceniana była jedynie poprawność merytoryczna, czy ocena uwzględniała także inne czynniki, np. płeć, ubiór?” (N = 247)

Kategorie odpowiedzi	Procent wskazań
Był-em/-am ocenian-y/-a wyłącznie za wiedzę i/lub umiejętność	55,06%
Ocena uwzględniała także inne czynniki, takie jak sympatia do danego studenta	17,41%
Ocena uwzględniała także inne czynniki, takie jak płeć	12,96%
Ocena uwzględniała także inne czynniki, takie jak wygląd	11,74%
Ocena uwzględniała także inne czynniki, takie jak moje poglądy polityczne	0,40%
Ocena uwzględniała także inne czynniki, takie jak moje pochodzenie etniczne	0,40%
Ocena uwzględniała także inne czynniki, takie jak moje wyznanie	0,00%
Ocena uwzględniała także inne czynniki, takie jak moja niepełnosprawność	0,00%
Inne odpowiedzi	2,03%
Ogółem	100,00%

Źródło: opracowanie własne.

Większość badanych (prawie 68%) stwierdziła, że nie zdarzyła im się sytuacja, w której nauczyciel akademicki potraktowałby ich bez szacunku, choć co trzeciemu badanemu zdarzyło się to co najmniej raz, a co piątemu – co najmniej kilka razy (wykres 2). Prawie jedna czwarta studentów, którzy wzięli udział w badaniu, była świadkiem takiej sytuacji z udziałem kolegi/koleżanki, a ponad 10% badanych zaobserwowało taką sytuację w stosunku do pacjentów oraz w stosunku do personelu medycznego. Natomiast bardzo mało osób było świadkami sytuacji, w której nauczyciel akademicki potraktował bez szacunku rodzinę pacjenta (mniej niż 2%) (tabela 6).

Wykres 2. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy zdarzyła Ci się sytuacja, w której został-eś/-aś potraktowan-y/-a bez szacunku przez nauczyciela akademickiego?” (N = 182)



Źródło: opracowanie własne.

Tabela 6. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy byłeś świadkiem sytuacji, w której nauczyciel akademicki potraktował bez szacunku Twoich kolegów/koleżanki, pacjentów, rodziny pacjentów lub personel medyczny?” (N = 182)

Rodzaj sytuacji	Wiele razy	Kilka razy	Raz	Wcale
Czy był-eś/-aś świadkiem sytuacji, w której nauczyciel akademicki potraktował bez szacunku Twoich kolegów/koleżanki?	7,69%	23,63%	10,44%	58,24%
Czy był-eś/-aś świadkiem sytuacji, w której nauczyciel akademicki potraktował bez szacunku pacjentów?	1,65%	9,34%	1,10%	87,91%
Czy był-eś/-aś świadkiem sytuacji, w której nauczyciel akademicki potraktował bez szacunku rodzinę pacjenta?	1,10%	0,55%	0,00%	98,35%
Czy był-eś/-aś świadkiem sytuacji, w której nauczyciel akademicki potraktował bez szacunku personel medyczny?	2,75%	7,14%	3,30%	86,81%

Źródło: opracowanie własne.

Ponad połowa badanych co najmniej raz usłyszała od swojego nauczyciela akademickiego seksistowski żart, ponad jedna trzecia badanych usłyszała tego rodzaju żart nawet kilka razy, a niemal co dziesiąty – wiele razy. Prawie 33% studentów co najmniej raz słyszało, jak nauczyciel akademicki wypowiadał mający seksistowski podtekst komentarz skierowany do studenta lub pacjenta, co czwarty z nich słyszał tego rodzaju komentarz kilka razy. Zdecydowana większość studentów nie była natomiast świadkiem składania propozycji o seksualnym charakterze innej osobie ani sama nie była adresatem takiej propozycji (tabela 7).

Tabela 7. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy zdarzyła Ci się któraś z poniżej podanych sytuacji, które można zakwalifikować jako niewłaściwe zachowanie nauczyciela akademickiego?” (N = 182)

Kategorie odpowiedzi	Wiele razy	Kilka razy	Raz	Wcale
Nauczyciel akademicki opowiadał seksistowskie żarty	9,89%	32,97%	14,29%	42,85%
Komentarze nauczyciela akademickiego odnośnie do studentów (innych niż ci, z którymi w danej chwili prowadził zajęcia) lub pacjentów miały seksistowski podtekst	4,40%	20,33%	8,24%	67,03%
Seksistowski komentarz lub żart był skierowany wprost do mnie lub innego studenta	3,30%	15,38%	10,99%	70,33%
Nauczyciel akademicki złożył mi propozycję o charakterze seksualnym	0,00%	0,55%	0,00%	99,45%
Był-em/-am świadkiem składania propozycji o charakterze seksualnym innemu studentowi	0,00%	1,10%	0,55%	98,35%

Źródło: opracowanie własne.

Pomimo odnotowania przez respondentów różnych niewłaściwych zachowań nauczycieli akademickich głównie w stosunku do studentów, ale także względem pacjentów, jedynie nieco ponad 18% badanych (15 osób), które były świadkami niewłaściwego zachowania wykładowcy, wiedziało, gdzie należy je zgłosić. Wśród nich tylko pięć osób zgłosiło tę sytuację lub podjęło jakieś działania – cztery z tych spraw zostały zgłoszone na uczelni,

a jedna została zgłoszona przez starostę roku jako skarga grupowa. Na pytanie, z jakiego powodu dana sytuacja nie została zgłoszona, odpowiedziała tylko jedna osoba. Nie zgłosiła ona zaistniałej sytuacji z obawy, że skarga zostanie wykorzystana przeciwko niej.

Na pytanie otwarte o to, do kogo na uczelni można zgłosić niewłaściwe zachowanie nauczycieli akademickich, odpowiedziało 177 osób. 28 osób napisało, że nie wie, gdzie powinno się zgłaszać tego typu sprawy. Pozostali wymieniali następujące osoby lub organy na uczelni: dziekan, prodziekan ds. studenckich, rektor, biuro obsługi studiów, rzecznik praw studenta, samorząd uczelniany, starosta roku, kierownik przedmiotu, kierownik zakładu, kierownik katedry, komisja dyscyplinarna. W odpowiedzi na to pytanie osiem osób napisało także, że opisałoby problem w ankiecie ewaluacyjnej. Ponadto jedna z osób odpowiedziała następująco:

Wiem, że od niedawna podobno działa osobna rada stworzona właśnie w tym celu, jednak mam opory przed zgłaszaniem różnych spraw. Na uczelniach medycznych nadal bardzo dobrze ma się nepotyzm i obwinianie ofiar, bo „profesor może”.

Następnie studentów zapytano, czy uważają, że zgłaszanie problemów dotyczących niewłaściwego traktowania poprzez ankietę ewaluacyjną lub komuś z uczelni jest bezpieczne i skuteczne, czy też nie. Prawie 70% badanych uznało, że zgłaszanie takich problemów przez ankietę ewaluacyjną jest bezpieczne, ale nieskuteczne. Zgłaszanie tego typu zachowań komuś z uczelni jest zdaniem niemal 38% respondentów niebezpieczne i nieskuteczne, a zdaniem ponad 34% badanych – niebezpieczne, ale skuteczne. Jedynie co piąty badany uznał, że zgłaszanie problemów dotyczących niewłaściwego traktowania komuś z uczelni jest bezpieczne i skuteczne (na ankietę ewaluacyjną jako na bezpieczną i skuteczną drogę zgłaszania skarg wskazało nieco ponad 18% studentów) (tabela 8).

W ostatniej części kwestionariusza ankiety zapytano, czy studenci wiedzą, jakie procedury antymobbingowe (procedury zapobiegające prześladowaniu, uporczywemu nękaniu i zastraszaniu, stosowaniu przemocy psychicznej wobec podwładnego, współpracownika, ucznia lub studenta w miejscu pracy lub nauki) są stosowane na uczelni, na której studiują. Na to pytanie zdecydowana większość pytanых, bo niemal 95%, odpowiedziała przecząco. Tylko 10 osób odpowiedziało, że wie, jakie procedury antymobbingowe są stosowane na uczelni, na której studiują – większość

Tabela 8. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie: „Jak sądzisz, czy zgłaszanie problemów dotyczących niewłaściwego traktowania poprzez ankietę ewaluacyjną lub do kogoś z uczelni jest bezpieczne i skuteczne czy też nie?” (N = 182)

Kategorie odpowiedzi	Bezpieczne i skuteczne	Bezpieczne, ale nieskuteczne	Niebezpieczne i nieskuteczne	Niebezpieczne, ale skuteczne	Ogółem
Poprzez ankietę ewaluacyjną	18,13%	68,13%	10,44%	3,30%	100,00%
Do kogoś z uczelni	20,33%	8,24%	37,36%	34,07%	100,00%

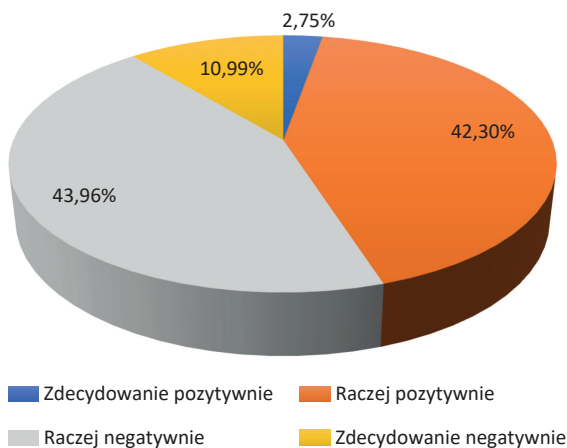
Źródło: opracowanie własne.

z nich sama znalazła te informacje. Badanym zadano również pytanie, czy wiedzą, jakie procedury antydyskryminacyjne (procedury zapobiegające nierównemu traktowaniu z uwagi na płeć, rasę, kolor skóry, język, religię, przekonania polityczne i inne, pochodzenie narodowe lub społeczne, przynależność do mniejszości narodowej, majątek, urodzenie bądź z jakichkolwiek innych przyczyn) są stosowane na ich uczelni. Prawie 94% studentów odpowiedziało, że nie zna takich procedur. Jedynie 12 osób udzieliło na to pytanie odpowiedzi twierdzącej.

Niemal 55% badanych (suma odpowiedzi „raczej negatywnie” i „zdecydowanie negatywnie”) negatywnie ocenia zaangażowanie władz uczelni w propagowanie wiedzy na temat problemów związanych z dyskryminacją, molestowaniem i molestowaniem seksualnym (wykres 3). Zapewne dlatego na pytanie o to, czy władze uczelni powinny podjąć działania mające na celu poszerzenie wiedzy nauczycieli akademickich i studentów na temat zagadnień związanych z dyskryminacją, molestowaniem i molestowaniem seksualnym, niemal 79% studentów odpowiedziało twierdząco.

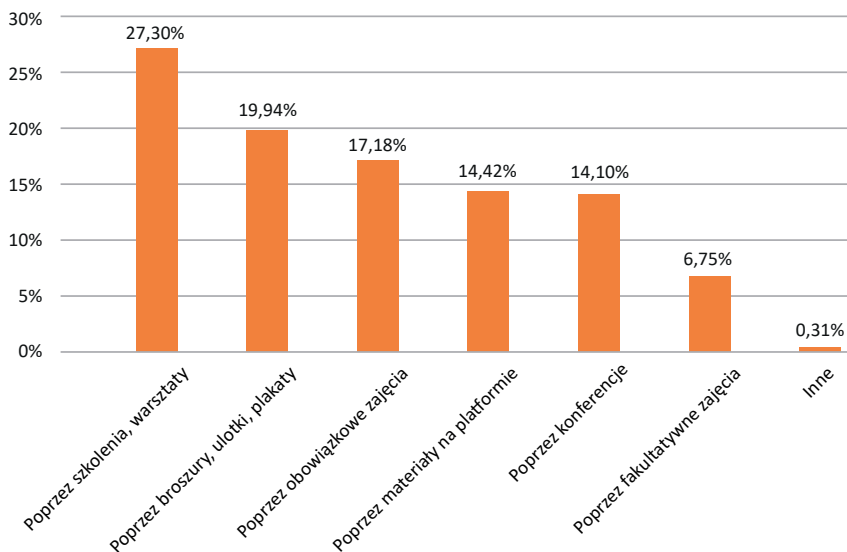
W kolejnym pytaniu wielokrotnego wyboru badanych poproszono o wskazanie sposobów przekazywania na uczelni wiedzy na temat problemów związanych z dyskryminacją, molestowaniem i molestowaniem seksualnym. Ponad 70% badanych chciałoby, aby wiedza na temat tych problemów była przekazywana poprzez szkolenia i warsztaty, a prawie 20% wskazało, że dobrym sposobem przekazywania takiej wiedzy byłyby broszury, plakaty i ulotki. W dalszej kolejności wymieniono zajęcia obowiązkowe, materiały na platformie e-learningowej, konferencje i zajęcia fakultatywne (wykres 4).

Wykres 3. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie: „Jak oceniasz zaangażowanie władz uczelni w propagowanie wiedzy na temat problemów związanych z dyskryminacją, molestowaniem i molestowaniem seksualnym?” (N = 182)



Źródło: opracowanie własne.

Wykres 4. Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie: „W jaki sposób przekazywana powinna być wiedza na temat problemów związanych z dyskryminacją, molestowaniem i molestowaniem seksualnym?” (N = 326)



Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja i wnioski

Zgromadzona literatura, przegląd dostępnych badań oraz wyniki przeprowadzonego przez nas badania pilotażowego potwierdzają, że kwestia relacji między nauczycielami akademickimi a studentami jest bardzo istotna dla jakości procesu nauczania oraz socjalizacji do zawodu lekarza, a temat ten wart jest dalszych, pogłębionych dociekań. Zgodnie z koncepcją ukrytego programu nauczania istotne znaczenie ma nie tylko to, jakich treści naucza się oficjalnie, ale również to, jakie wartości i normy przekazują nauczyciele akademicy m.in. poprzez sposób odnoszenia się do studentów i współpracowników oraz pacjentów i rodzin pacjentów.

Prezentując wyniki pilotażu badania dotyczącego relacji między nauczycielami akademickimi a studentami na uczelniach medycznych w Polsce i mając na uwadze ograniczone ramy artykułu, skoncentrowaliśmy się z jednej strony na tym, czego studenci oczekują od swoich nauczycieli akademickich oraz kogo i dlaczego uważają za autorytet w tej roli, a z drugiej strony na tym, jak duża jest skala nagannych zachowań nauczycieli akademickich w stosunku do studentów – z dyskryminacją, molestowaniem i molestowaniem seksualnym włącznie.

Zdecydowana większość respondentów chciałaby, aby nauczyciel akademicki był ich mentorem i przewodnikiem na drodze do zdobywania wiedzy i umiejętności. Zastanawiające jest natomiast to, że tylko jedna piąta studentów kierunku lekarskiego wybrała model, w którym relacje między nauczycielem akademickim a studentem są symetryczne, partnerskie. Być może jest to kwestia profilu studiów, specyfiki nauczanych treści oraz hierarchizacji panującej w zawodach medycznych, a być może preferowania przez badanych biernego podejścia do procesu nauczania, nastawienia na odbiór uporządkowanej, uprzednio wyselekcjonowanej wiedzy zamiast samodzielnego zdobywania i klasyfikowania informacji. Ponadto studenci chcieliby, aby nauczyciel akademicki był kompetentny, stwarzał pozytywną atmosferę na zajęciach, motywował do nauki, był godny zaufania i komunikatywny (nauczycieli akademickich o takich cechach studenci nazywają „swoimi autorytetami”). Do najgorszych cech nauczyciela akademickiego badani zaliczają natomiast bycie nieobiektywnym, stronnictwem, niekompetentnym, niekomunikatywnym i aroganckim.

Badani dość dobrze ocenili przestrzeganie regulaminu studiów przez nauczycieli akademickich. Wskazane przez co trzeciego studenta przypadki łamania tego regulaminu dotyczyły następujących rodzajów sytuacji:

zmiany zasad zaliczenia/egzaminu, przebiegu zajęć oraz relacji między nauczycielami akademickimi a studentami, w tym niewłaściwego odnośnienia się do studentów i mobbingu. Należy jednak zaznaczyć, że ponad połowa respondentów odpowiedziała twierdząco na pytanie o to, czy podczas zaliczeń/egzaminów ocena uwzględniała czynniki inne niż merytoryczna poprawność wypowiedzi. Tymi czynnikami były głównie płeć i wygląd studenta. Warto dodać do tego jeszcze jedną statystykę – co trzeci badany co najmniej raz (a co piąty kilka razy) został potraktowany przez nauczyciela akademickiego bez szacunku.

Nie mniej niepokojące jest to, że ponad połowa badanych co najmniej raz usłyszała od swojego nauczyciela akademickiego seksistowski żart, a jedna trzecia respondentów słyszała tego rodzaju żarty wiele razy. Nie bez znaczenia dla interpretacji tych danych jest fakt, że niemal trzy czwarte badanych stanowiły kobiety, które z reguły są bardziej niż mężczyźni wyczulone na tego typu komentarze z racji tego, iż częściej je słyszą. Zdecydowana większość badanych nie była adresatami propozycji seksualnych ani świadkami składania propozycji o charakterze seksualnym innej osobie. Zupełnie inaczej było w przypadku respondentów, którzy wzięli udział w badaniu przeprowadzonym pod auspicjami RPO. Wyniki tego badania wskazują, że problem molestowania dotyczył ponad 40% ankietowanych.

Pomimo doświadczenia różnych nagannych zachowań ze strony nauczycieli akademickich tylko trochę ponad 18% respondentów wiedziało, gdzie należy je zgłosić. Spośród 15 osób, które zaznaczyły, że wiedziałyby, gdzie zgłosić tego typu sprawę, tylko pięć faktycznie ją zgłosiło. Większość studentów uznała natomiast, że na uczelni nie ma w zasadzie skutecznej i jednocześnie bezpiecznej ścieżki zgłaszania niewłaściwych zachowań nauczyciela akademickiego w stosunku do studenta. Większość studentów negatywnie oceniła również zaangażowanie uczelni w propagowanie wiedzy na temat dyskryminacji, molestowania i molestowania seksualnego oraz tego, jak się przed nimi bronić. Brakuje przede wszystkim szkoleń i warsztatów na ten temat, ale także broszur, ulotek i plakatów. Są to, naszym zdaniem, jedne z pierwszych działań, jakie uczelnie medyczne powinny podjąć w tym zakresie.

Bibliografia

- CBOS [Centrum Badania Opinii Społecznej]. 2018. *Molestowanie seksualne. Komunikat z badań nr 98/2018*, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K_098_18.PDF (dostęp: 8.02.2023).
- Chłopaś M. 2021. „Gównu Jak z Wesela w Kielcach”. *Przemoc i mobbing w stołecznej Akademii Sztuk Pięknych*, Newsweek, <https://www.newsweek.pl/polska/spoleczenstwo/asp-mobbing-na-wydziale-mody-na-warszawskiej-akademii-sztuk-pieknych/t8drn3v> (dostęp: 8.02.2023).
- Cieśla J., Sepiolo M. 2020. *Fala na uczelni*, „Polityka”, 29, s. 29.
- Fnaiss N., Soobiah Ch., Hong Chen M., Lillie E., Perrier L., Tashkhandi M., Straus Sh.E., Mamdani M., Al-Omran M., Tricco A.C. 2014. *Harassment and Discrimination in Medical Training: A Systematic Review and Meta-Analysis*, “Academic Medicine”, 89(5), s. 817–827.
- GUS [Główny Urząd Statystyczny]. 2020. *Szkolnictwo wyższe i jego finanse w 2019 r.*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/szkolnictwo-wyzsze-i-jego-finance-w-2019-roku,2,16.html> (dostęp: 8.02.2023).
- Kiesel M., Kühner S., Stolare K., Lampa E., Wohlin M., Johnston N., Rask-Andersen A. 2020. *Medical Students’ Self-Reported Gender Discrimination and Sexual Harassment over Time*, “BMC Medical Education”, 20(1), 503.
- Kwaśniewska A., Winiewski M., Bulska D., Babińska M. 2018. *Doświadczenie molestowania wśród studentek i studentów. Analiza i zalecenia. Raport RPO*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa.
- Lord R. 2017. *Hidden Curriculum in Relation to Local Conditions in Fiji*, “European Journal of Education Studies”, 3(5), s. 454–466.
- Łoś M. 2011. *Kondycja środowiska akademickiego w opinii wykładowców i studentów w Polsce i poza nią*, „Forum Dydaktyczne”, 7–8, s. 28–42.
- Makowska M., Wylężałek J. 2021. *A Qualitative Study of the Mistreatment of Medical Students by Their Lecturers in Polish Medical Schools*, “International Journal of Environmental Research and Public Health”, 18(23), 12271.
- Pauluk D. 2007. *Ukryty wymiar w relacjach student – nauczyciel akademicki*, [w:] *Studenci we wspólnocie akademickiej*, red. D. Skulicz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 113–120.
- Sager M. 2013. *Understanding the Hidden Curriculum: Connecting Teachers to Themselves, Their Students, and the Earth*, https://pdxscholar.library.pdx.edu/lse_comp (dostęp: 8.02.2023).
- Szymik E., Copik I. 2015. *Wyobraźniowy obraz nauczyciela akademickiego w opinii studentów*, „Problemy Profesjologii”, 1, s. 91–102.
- Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, Dz.U. 2018 poz. 1668.
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93.

- Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania, Dz.U. 2016 poz. 1219.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553.
- Vallance E. 1973. *Hiding the Hidden Curriculum: An Interpretation of the Language of Justification in Nineteenth-Century Educational Reform*, "Curriculum Theory Network", 4(1), s. 5–21.
- Żelazińska A. 2021. *Mają pamięć do nazwisk. Callout w szkołach artystycznych*, Polityka, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/kultura/2112635,1,maja-pamiec-do-nazwisk-callout-w-szkolach-artystycznych.read> (dostęp: 8.02.2023).

ABSTRACT

Selected aspects of faculty – student relations at medical universities in Poland

The cornerstone of education is proper communication between teachers and learners. It becomes crucial in the medical universities, where – in addition to the passing and verifying the knowledge – gaining skills and competences as well as shaping attitudes of the future medical professionals takes place. That is why we claim that the way the relations between academic teachers and medical students are shaped, and how and in what context the transfer of knowledge takes place, are crucial determinants influencing the future professional performance of the medical students including their prospective relations with patients and their families, as well as co-workers and supervisors. In the article we focus on the results regarding medical students' expectations toward their academic teachers, their ideas of the professional authority as well as negative aspects of those relations.

KEY WORDS: academic teachers–students relations, hidden curriculum, features of a good and a bad academic teacher, discrimination, harassment, sexual harassment

ABSTRAKT

Wybrane aspekty relacji między nauczycielami akademickimi a studentami na uczelniach medycznych w Polsce

Podstawą nauczania jest właściwa komunikacja między nauczycielem a uczniem. Jest to szczególnie ważne na uczelniach medycznych, gdzie oprócz przekazywania i egzekwowania wiedzy zachodzi proces nabywania umiejętności, kompetencji i kształtowania postaw przyszłych wykonawców zawodów medycznych będących zawodami zaufania społecznego. Z tego powodu kształtowanie się relacji między

nauczycielami akademickimi a studentami na uczelniach medycznych, a także sposób i kontekst przekazywania wiedzy uznaliśmy za istotne zmienne decydujące o tym, jakimi lekarzami będą obecni studenci i jakie relacje będą budować ze swoimi pacjentami, rodzinami pacjentów, współpracownikami oraz przełożonymi. W niniejszym artykule omówiliśmy wyniki badania dotyczące tego, czego studenci oczekują od swoich wykładowców, kogo i dlaczego uważają za autorytet w tej roli, a także – jak duża jest skala nagannych zachowań wykładowców w stosunku do studentów.

SŁOWA KLUCZOWE: relacje między nauczycielami akademickimi a studentami, ukryty program nauczania, cechy dobrego i złego nauczyciela akademickiego, dyskryminacja, molestowanie, molestowanie seksualne

Lekarz i nauczyciel akademicki – zdalne nauczanie i zdalne leczenie

Zdalne nauczanie

Przekazywanie wiedzy to jeden z fundamentów kształcenia medycznego, ale też popularyzacji nauki. Do tradycyjnych metod nauczania, którego głównym celem jest zdobycie przez słuchaczy wiedzy, należy wykład, a w przypadku działań popularyzatorskich – audycje radiowe oraz programy telewizyjne. Programy te powstawały, aby zapoznać odbiorców ze specjalistyczną wiedzą, najnowszymi osiągnięciami nauki lub zagadnieniami, które mogły być przydatne w codziennym życiu. Ta forma popularyzacji nauki to jeden z rodzajów działań edukacyjnych; ma ona charakter nieobowiązkowy (Pawlak, Strzelecki 2010). W formalnym kształceniu medycznym zajęcia ukierunkowane na przekazywanie wiedzy zazwyczaj są obowiązkowe, stanowią bowiem bazę dla rozwijania umiejętności, które dla wielu medyków są podstawową czynnością zawodową.

W związku z rozwojem nowych technologii, a w ostatnich latach – przede wszystkim z pandemią wirusa SARS-CoV-2 (Pikuła i in. 2020), nastąpił gwałtowny rozwój nauczania z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość. Celem tego rozdziału nie jest szczegółowa charakterystyka tej metodyki nauczania, lecz raczej podzielenie się refleksjami dydaktyka z kilkudziesięcioletnim doświadczeniem.

Zdalne nauczanie ma wiele zalet. Kształcenie na odległość nie wpływa w sposób zasadniczy na jakość prezentacji treści nauczania. Każdy odbiorca ma do czynienia z tym samym materiałem, przekazany w jednakowy sposób, bez względu na to, czy zdobywa wiedzę podczas zajęć zdalnych prowadzonych w sposób synchroniczny czy w ramach realizowania kursu asynchronicznego, który zazwyczaj przybiera formę e-learningu.

W czasie moich studiów medycznych w latach 60. ubiegłego wieku uczestniczyłem w dość nieudanej próbie zdalnego nauczania. O godzinie 8.00 rano drzwi auli wykładowej otworzyły się, ale zamiast profesora do sali weszło dwóch asystentów z dużym, ciężkim magnetofonem. Asystenci rozwiesili zwijane tablice. Głos profesora mówił o różnych problemach histologicznych, a asystenci drewnianymi wskaźnikami pokazywali na tablicach odpowiednie obrazy. Wykład nie wzbudził entuzjazmu. Brakowało kontaktu z żywym wykładowcą i możliwości zadawania pytań (w nagraniu nie uwzględniono przerw na pytania). Chcieliśmy mieć kontakt z profesorem, a nie z asystentami, którzy prowadzili z nami ćwiczenia. Więcej takich „zdalnych” wykładów w czasie moich studiów się nie odbyło.

Po wielu latach nastąpił rozwój zarówno technologii, jak i metodyki nauczania na odległość. Nie oznacza to jednak, że ta forma kształcenia nie ma istotnych wad. Głównym ograniczeniem czy zagrożeniem są problemy techniczne, na które często ani prowadzący, ani słuchacze nie mają wpływu. Ogromnym niedostatkiem nauczania zdalnego, zwłaszcza prowadzonego asynchronicznie, jest brak bezpośredniego kontaktu prowadzącego ze słuchaczami. To utrudnia nauczycielowi ocenę zaangażowania słuchaczy oraz uniemożliwia interakcję – niezbędną, by odnieść się do kwestii interesujących studentów czy rozwiązać wątpliwości, jakie pojawiły się w toku wywodu. Przykładem mogą być zajęcia ze studentami zagranicznymi prowadzone w języku angielskim. Terminy medyczne nie dla wszystkich studentów są zrozumiałe. Podczas spotkania „na żywo” takie trudności można w porę dostrzec i odpowiednio na nie zareagować.

Ponadto duży wpływ na budowanie relacji między studentami i nauczycielem ma osobisty kontakt przed zajęciami i po nich, czyli tzw. rozmowy kularowe. Taki bezpośredni kontakt pomaga w tworzeniu atmosfery sprzyjającej edukacji (Pawlak, Strzelecki 2010). Podczas kształcenia medycznego relacja nauczyciel – student, a szczególnie mistrz – student, stanowi podstawę budowania postaw przyszłych medyków.

Największym problemem w zdalnym nauczaniu medycyny klinicznej jest znaczne ograniczenie kontaktu studentów z chorymi. W przypadku kliniki neurochirurgii, w której pracuję, w czasie pierwszego roku pandemii jedna grupa studencka przychodziła do szpitala zaledwie raz w tygodniu. Zdalne nauczanie staraliśmy się wzbogacić krótkimi filmami ilustrującymi różne sytuacje kliniczne. Należy pamiętać, że przed nakręceniem takiego filmu konieczne jest uzyskanie zgody pacjenta. Nie

chodzi jedynie o zasłonięcie twarzy – zgoda powinna dotyczyć również wykorzystania obrazu choroby w celach dydaktycznych. Choroba jest własnością pacjenta – w niektórych krajach pacjenci oczekują wręcz wynagrodzenia za wykorzystanie ich choroby w dydaktyce. Z tego powodu w Stanach Zjednoczonych w prezentacjach dla studentów korzysta się z usług przeszkolonych aktorów.

Największą trudność w sytuacji nauki zdalnej stanowi nauczanie odpowiedniej komunikacji lekarz – pacjent, zwłaszcza takiej, która wiązałaby się z okazywaniem empatii. Podczas zajęć klinicznych nauka ta odbywa się przede wszystkim poprzez obserwację klinicystów rozmawiających z chorymi i ich bliskimi. Obserwacje te wraz z odbywającą się po nich dyskusją stanowią podstawę nauczania komunikacji w warunkach klinicznych.

Ten ogólny opis zalet i ograniczeń kształcenia zdalnego pozostawia nas z pytaniem o to, jakie będą konsekwencje kształcenia lekarzy w warunkach pandemii. Odczują je przede wszystkim młodzi adepci medycyny i ich pacjenci. Kluczowe znaczenie w ograniczeniu skutków możliwych braków w przygotowaniu mają teraz staże i kształcenie podyplomowe (Madalińska-Michalak 2020).

Zdalne leczenie

W przeciwieństwie do zdalnego kształcenia, które dynamicznie rozwinęło się w ciągu ostatnich kilku lat, zdalne leczenie było stosowane od dawna. Wiele lat temu porady uzyskiwano za pośrednictwem korespondencji listownej. Wraz z rozwojem cywilizacji i upowszechnieniem metod umożliwiających komunikację na odległość zdalne leczenie ewoluowało. Przełomem było wynalezienie telefonu przez Aleksandra Grahama Bella. Odtąd wszystkie raporty wieczorne lekarz dyżurny mógł składać ordynatorowi przez telefon. Dzięki temu ordynator miał aktualne informacje o stanie chorych i mógł wdrażać odpowiednie postępowanie. Obecnie trudno jest nam wyobrazić sobie pracę w szpitalu bez telefonu. Wraz z rozwojem łączności elektronicznej pojawiły się nowe możliwości.

O pierwszym przesyłaniu obrazów usłyszałem od kolegów ze Stanów Zjednoczonych około 25 lat temu. Badanie obrazowe wykonane w godzinach nocnych w amerykańskim szpitalu opisywał radiolog w Indiach, który w tym samym czasie pracował w dzień. W moim ośrodku neurochirurgicznym powstały dwa doktoraty z zakresu telemedycyny. Pierwszy z nich został obroniony ponad 20 lat temu. Ich realizację umożliwiło uzyskanie

grantów. Celem prac było stworzenie sieci umożliwiającej przysyłanie obrazów tomografii komputerowej pomiędzy różnymi ośrodkami. Ustalono również optymalny sposób przysyłania takich obrazów. Obecnie, po ponad 20 latach, wiele spraw się zdezaktualizowało, ale rozpoczęte wtedy działania umożliwiły dalszy rozwój przedsięwzięć związanych z diagnostyką i terapią wykorzystującą zdalne możliwości (Komisja Europejska b.d.).

Telemedycyna rozwija się dynamicznie od kilku dekad. Współcześnie dostępne są różne rozwiązania – na odległość przekazuje się m.in. zapisy elektrokardiogramów i elektroencefalogramów, przeprowadzane są diagnozy histologiczne. Jeszcze przed pandemią umożliwiono wystawianie e-recept i e-zwolnień. W czasy pandemii weszliśmy zatem, mając już podstawowe przygotowanie. Podczas pandemii bardzo rozwinęły się teleporady i teleleczenie. Niemożliwe jest jednak, by telemedycyna zastąpiła bezpośredni kontakt z pacjentem. Komunikacja lekarz – pacjent na odległość nie może się równać z kontaktem bezpośrednim. Według mnie kluczowe jest, by pierwsze spotkanie chorego z lekarzem miało charakter osobisty, bezpośredni. Teleporady mogą sprawdzić się w przypadku chorób przewlekłych, gdy konieczna jest wizyta kontrolna czy wystawienie recepty.

W związku z rozwojem telemedycyny należy pamiętać również o odpowiedzialności zawodowej (Nowosielska 2020). Jeszcze w okresie przed pandemią rozpatrywałem kilka skarg pacjentów dotyczących błędów popełnionych przez lekarzy leczących zdalnie. Błędy mogą się zdarzyć każdemu lekarzowi, ale przy telekonsultacjach ryzyko ich popełnienia wzrasta. W przyszłości powszechnie stosowana medycyna będzie coraz mniej sztuką, a coraz bardziej rzemiosłem. W takich warunkach wzrośnie rola sztucznej inteligencji. Te aspekty wiążą się z koniecznością zmian w programach nauczania zarówno przed-, jak i podyplomowego.

Podsumowanie

Efektywność zdalnego nauczania zależy w dużym stopniu od wykładowcy. Jest trudniej osiągalna niż przy nauczaniu „na żywo”. Na pewno, zwłaszcza w naukach klinicznych, konieczny jest kontakt z pacjentem. Niestety, dopiero przyszła praktyka lekarska naszych podopiecznych wykaże, czy byliśmy w stanie wystarczająco skutecznie prowadzić zdalne nauczanie.

Konieczne jest zachowanie zdrowego rozsądku i zobaczenie pacjenta przynajmniej na początku leczenia. Należy wykazać dużo ostrożności,

aby skutecznie leczyć, nie zaszkodzić pacjentowi i nie popełnić błędu. Odpowiedzialność zawodowa dotyczy każdej formy leczenia.

Bibliografia

- Komisja Europejska. b.d. *Zdalna diagnostyka medyczna i leczenie mogą pomóc w odciążeniu systemów opieki zdrowotnej w Europie*, <https://cordis.europa.eu/article/id/122560-remote-medical-diagnostics-and-treatment-can-help-to-ease-pressure-on-europes-healthcare-syst/pl> (dostęp: 1.02.2022).
- Madalińska-Michalak J. 2020. Wyzwania dla edukacji w sytuacji pandemii COVID-19, „Biblioteka Instytutu Spraw Społecznych”, 13, s. 13–30.
- Nowosielska K. 2020. *Zdalne leczenie pacjenta może lekarza słono kosztować*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/naduzywanie-teleporad-przez-lekarzy,503384.html> (dostęp: 1.02.2022).
- Pawlak P., Strzelecki W. 2010. *E-learning a medycyna*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia Informatica”, 605(25), s. 97–111.
- Pikuła N.G., Grewiński M., Zdebska E., Glac W. red. 2020. *Wybrane krajowe i międzynarodowe aspekty polityki społecznej w czasie pandemii koronawirusa*, Scriptum, Kraków.

ABSTRACT

Physician and academic teacher – remote learning and remote treatment

The chapter deals with the memories and experiences of a doctor with many years of work experience as a clinician and a teacher, related to remote learning and remote treatment, elements of which appeared in the author's professional life more than 20 years ago, and have intensified in recent years, especially during the pandemic. This chapter provides practical tips on how to teach medicine in such conditions and how to use the possibilities of telemedicine wisely.

KEY WORDS: remote learning, telemedicine, pandemic

A B S T R A K T**Lekarz i nauczyciel akademicki – zdalne nauczanie i zdalne leczenie**

Rozdział dotyczy wspomnień i doświadczeń lekarza z wieloletnim stażem pracy jako klinicysty i dydaktyka. Mają one związek ze zdalnym nauczaniem i zdalnym leczeniem, których elementy pojawiały się w życiu zawodowym autora ponad 20 lat temu, a zintensyfikowały się w ostatnich latach, zwłaszcza w czasie pandemii. Rozdział zawiera praktyczne wskazówki, jak uczyć medycyny w takich warunkach oraz jak roztropnie korzystać z możliwości telemedycyny.

SŁOWA KLUCZOWE: nauka zdalna, telemedycyna, pandemia

INSPIRACJE
DLA KOMUNIKACJI
MEDYCZNEJ

Joanna Pazik

ORCID 0000-0001-9757-4382
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Dorota Pazik

ORCID 0009-0008-6826-0083

Anna Rudecka

ORCID 0009-0006-9088-2386
Instytut Psychiatrii i Neurologii

Trening balintowski jako narzędzie rozwoju osobistego i zawodowego pracowników opieki medycznej

Typowy dzień pracownika opieki medycznej, czyli jak mogłoby być...

Wstajesz rano po dobrze przespanej nocy, z poczuciem zadowolenia z życia. Przychodzisz do pracy, gdzie z uśmiechem wita cię rejestratorka, podając listę chorych na dziś i uporządkowaną, czytelną dokumentację pacjentów. System zapisów działa doskonale, chorzy są punktualni, uprzejmi i stosują się do zaleceń. Nie masz wątpliwości co do diagnoz i stosowanego leczenia, obsługa systemu komputerowego przebiega bez zakłóceń, pacjenci są zadowoleni i wdzięczni. Wystawiają ci entuzjastyczne oceny na portalu ZnanyLekarz.pl, szef daje ci podwyżkę i tak już wysokiej pensji i proponuje udział w prestiżowej konferencji.

Typowy dzień pracownika opieki medycznej, czyli jak jest...

Otóż nie. Lekarze i inni pracownicy opieki medycznej przeżywają w pracy wiele intensywnych, często nieprzyjemnych uczuć. Każdego dnia, praktykując medycynę, wchodzą w budzące silne emocje relacje z pacjentami: doświadczają współczucia – gdy identyfikują się z chorym, który przeżywa trudności lub straty związane z chorobą; gniewu – gdy pacjent nie akceptuje

choroby lub leczenia; złości – gdy kwestionowana jest ich kompetencja; zniecierpliwienia – gdy pacjent ignoruje ich zalecenia albo zapomina o wizytach; poczucia winy i wstydu – gdy wykazują się niewiedzą; bezsilności wobec postępu choroby i cierpienia. Borykają się z ograniczeniami samego systemu ochrony zdrowia, frustrującą koniecznością wypełniania rozbudowanej dokumentacji medycznej, „zamiast skupić się na diagnostyce, planowaniu terapii lub rozmowie z pacjentem, co według badań przyczynia się do przestrzegania przez chorego zaleceń terapeutycznych (*compliance*)” (Zachara 2017). Lekarze czują się wyizolowani, bezsilni, pozbawieni wpływu, odczuwają złość, zniechęcenie, mają poczucie bezużyteczności i zdemoralizowania (Mailoo 2021: 766), czują irytację, niepewność, lęk (Fitzgerald 1991). Już u studentów ostatniego roku medycyny w sytuacjach związanych z praktyczną nauką zawodu pojawiają się silne negatywne emocje. Doświadczenie opiekowania się ciężko chorymi pacjentami przy jednoczesnym uczeniu się nowych procedur wywołuje u nich poczucie winy i wstydu. Studenci przeżywają konflikt wewnętrzny, kiedy swoją uwagę skupiają głównie na samym procesie uczenia się zamiast na sprawowaniu opieki nad chorym. Dodatkowo żywią przekonanie, że wykwalifikowani członkowie zespołu lepiej wykonałoby dane zadania/procedury (Greenlees, Archer 2022: 1).

Ideały i oczekiwania

Jednym z kluczowych elementów edukacji medycznej, na poziomie zarówno przeddyplomowym, jak i podyplomowym, jest kształtowanie profesjonalizmu w realizacji roli zawodowej. Profesjonalizm w medycynie definiuje się jako zestaw wartości, zachowań i relacji, które stanowią podstawę zaufania społeczeństwa do lekarzy (O’Sullivan i in. 2012: 65). Obok kompetencji związanych stricte z posiadaną wiedzą medyczną i umiejętnościami praktycznymi wymienia się również szereg kompetencji wykraczających poza ten zakres: altruizm, odpowiedzialność, poczucie obowiązku, dążenie do doskonałości, uczciwość i szacunek dla innych. Ich wyrazem jest traktowanie pacjentów, ich rodzin i personelu medycznego z szacunkiem, chronienie interesów oraz poufności spraw pacjentów i ich rodzin, wrażliwość na ból pacjenta, jego stan emocjonalny oraz kwestie płci i pochodzenia etnicznego, aktywne poszukiwanie informacji zwrotnych i dokonywanie autokorekty, skuteczne koordynowanie pracy zespołu, właściwe używanie humoru i adekwatnego języka, rozmawianie

o śmierci i innych stratach szczerze, z wycuciem, cierpliwie i współczująco (Larkin i in. 2002: 1250).

Oczekiwania społeczne wobec lekarzy są bardzo wysokie. Pacjenci oczekują od nich nie tylko trafnej diagnozy, wdrożenia adekwatnego leczenia i ulgi w dolegliwościach. Chcą być informowani o znaczących aspektach choroby, wymagają koordynowania opieki, przygotowywania do badań diagnostycznych i ich wykonywania, pomocy w usprawnianiu i czynnościach samoobsługowych. Co więcej, oczekują też poufności, bycia wysłuchanym, możliwości omówienia spraw osobistych wychodzących poza ramy terapii, wsparcia emocjonalnego na każdym etapie leczenia (od okresu diagnostycznego po terminalny).

Od lekarzy oczekuje się również posiadania szeregu określonych cech charakteru. Tatiana G. Svetlichnaya, Alyona S. Dernova i Marina A. Kosolapova (2021: 44) dokonały przeglądu artykułów naukowych z lat 2003–2021, w których opisywano oczekiwania pacjentów wobec lekarzy. Wynika z nich, że pożądanymi cechami u lekarzy są: odwaga, miłosierdzie, rzetelność, uczciwość, empatia, posiadanie wiedzy i umiejętności komunikacyjnych, samopoświęcenie, samokrytycyzm, odpowiedzialność, samorozwój, ogólne cechy moralne (wysokie wartości moralne, szacunek dla pacjenta, współpracowników, skromność, życzliwość).

Ogrom oczekiwań, codzienne obcowanie z cierpieniem, doświadczanie ograniczonej własnej roli, znaczenia i możliwości sprzyjają zmęczeniu empatią, wypaleniu zawodowemu i wtórnej traumatyzacji. Jak sprostać tak wymagającym warunkom pracy?

Strategie radzenia sobie z emocjami w relacjach zawodowych

Lekarze znajdują różne sposoby radzenia sobie z trudnymi emocjami, które pojawiają się w relacjach z pacjentami. Mogą to być strategie nastawione na rozwiązanie (np. podjęcie świadomego działania mającego na celu rozwiązanie problemu, zasięgnięcie rady), strategie nastawione na radzenie sobie z emocjami (humor, szukanie emocjonalnego wsparcia, próba pozytywnego przeformułowania problemu i zobaczenia go z innej perspektywy) lub strategie dysfunkcyjne, takie jak: wyładowywanie emocji na pacjentach lub personelu, samooskarżanie się, sięganie po substancje psychoaktywne (alkohol, nikotyna, leki, narkotyki), zaprzeczanie, wycofanie emocjonalne (McCain i in. 2018: 45), przyjęcie cynicznej postawy wobec siebie i spotykanych ludzi (Svetlichnaya, Dernova, Kosolapova 2021: 45).

Dysfunkcyjne strategie radzenia sobie z emocjami prowadzą do drażliwości, gniewu i konfliktowości, spadku energii i efektywności pracy, przekraczania granic pacjentów i personelu (np. przez wypowiadanie uwag o treści seksualnej). Powodują także utratę pewności siebie, nieadekwatne zachowania w pracy, zaniedbania higieniczne, wycofanie i izolację. Zaburzenia koncentracji i trudności ze snem (zarówno nadmierna senność, jak i deficyty snu) prowadzą do częstego popełniania błędów, podejmowania irracjonalnych decyzji, częstej absencji, zaniku kreatywności i spontaniczności.

Także u studentów medycyny, na skutek obciążenia nauką, nękania przez starszych kolegów, stresu, niepokoju lub depresji wywołanych presją i obserwacją negatywnych wzorców zachowania u starszych lekarzy, obserwuje się objawy wypalenia i utratę zdolności empatyzowania z pacjentami.

Pojawia się zatem pytanie, czy i jak można świadomie rozwijać umiejętność adaptacji do otoczenia, odporność na stres oraz zdolność do odnawiania zasobów psychicznych, które będą chronić przed wypaleniem zawodowym.

Białe plamy

Spotkanie z pacjentem często pozostawia lekarza w niepewności. Niepewności dotyczącej nie tylko diagnozy czy skuteczności proponowanej terapii, lecz także tego, co właściwie wydarzyło się w czasie takiego spotkania na płaszczyźnie emocjonalnej. Brak czasu na autorefleksję i wgląd we własne uczucia powoduje, że często wybraną strategią jest wyparcie emocji lub ich zignorowanie. Emocje są jednak związane z pewną energią w ciele, która domaga się ujęcia i zauważenia. Dlatego niektórzy pacjenci uparcie tkwią w naszej pamięci, czasem długo po zakończeniu wizyty – powracają w uporczywym rozpamiętywaniu, niejasnym niepokoju, w snach, w skomplikowanych emocjach. Nie wiemy, co w rozpamiętywanej sytuacji budzi niepokój, ale nie możemy przestać o niej myśleć. Niejasne, niezrozumiałe aspekty relacji z pacjentem to „białe plamy” w naszym rozumieniu własnych doświadczeń i emocji. Mogą one utrudniać komunikację z pacjentem, ale jednocześnie są przestrzenią do rozwoju osobistego. Ich przepracowanie sprzyja m.in. elastyczności w realizowaniu roli zawodowej.

W tym celu, jak pisze Francis Müller (2021: 7), „musimy zobaczyć, co kryje się pod białymi plamami, i dokonać dekompozycji rzeczywistości, którą klasyfikujemy na podstawie posiadanej wiedzy w sposób fenomenologiczny, który jest epistemologicznie istotny. Musimy celowo oddalić się od tego, co znane, aby znaleźć nowe powiązania znaczeń”. Oznacza to,

że aby wypełnić białą plamę i zrozumieć, co właściwie dzieje się w relacji z pacjentem, należy przyrzeć się swojemu doświadczeniu, uwzględniając każdy wymiar naszej wewnętrznej rzeczywistości: fizyczny (doznania w ciele), emocjonalny (przeżywane uczucia), behawioralny (co robię, a co chciałbym zrobić) oraz poznawczy, który umożliwia nadanie znaczenia przeżywanym doświadczeniom wewnętrznym.

Funkcje emocji i mechanizmy obronne

Cała trudność polega na tym, że negatywne uczucia są nieprzyjemne. Nikt nie chce bez potrzeby doświadczać cierpienia. To powoduje, że stosujemy różnorakie mechanizmy obronne, których celem jest pozbycie się dyskomfortu wywołanego przez negatywne emocje. Niestety, nie odbywa się to bezkosztowo.

Koncepcja mechanizmów obronnych została stworzona przez twórcę psychoanalizy Sigmunda Freuda (Drat-Ruszczak 2001: 616). Mechanizm obronny to wzorzec reakcji emocjonalnej, poznawczej i behawioralnej pojawiający się w odpowiedzi na sytuację postrzeganą jako zagrażająca (Bilby i in. 2018: 38). Zagrożenie może być rozumiane jako ryzyko utraty więzi z ważnym emocjonalnie obiektem (Coughlin Della Selva 2013: 21). Mechanizm obronny redukuje pojawiające się w psychice napięcie pomiędzy nieświadomymi pragnieniami i impulsami a społecznymi nakazami zachowania. Koncepcja Freuda została rozwinięta i uzupełniona przez kolejne pokolenia terapeutów psychoanalitycznych i psychodynamicznych.

Jon Frederickson (2014: 35) w następujący sposób przedstawia sekwencję prowadzącą do zastosowania mechanizmów obronnych:

bodziec → uczucie (połączone z reakcją w ciele i z impulsem do działania)
→ lęk → mechanizm obronny.

Gdy np. pacjent nie stosuje się do naszych zaleceń i nie przyjmuje leków, których zażywanie ma kluczowe znaczenie dla poprawy jego stanu zdrowia (bodziec), zaciskamy pięści (reakcja w ciele), pojawia się w nas złość, irytacja (uczucie) oraz chęć, aby nim potrząsnąć i dosadnie powiedzieć mu, co o tym myślimy (impuls). Spodziewamy się jednak, że gdybyśmy wylali na niego swoją złość i powiedzieli mu np., że nie mamy zamiaru go dłużej leczyć, gdyż jest „niewspółpracującym gburem”, nie wpłynęłoby to na poprawę relacji między nami (lęk). Udajemy więc, że absolutnie

nic się nie stało, wszystko jest w porządku, tłumaczymy sobie, że nasze zalecenia pewnie nie były wystarczająco klarowne, że to wszystko nasza wina. Właśnie zastosowaliśmy kilka mechanizmów obronnych: zaprzeczanie, racjonalizację i samooskarżenie. Nie trzeba dodawać, że zamiast potrząsnąć pacjentem, powstrzymaliśmy falę irytacji, a energia związana z tą emocją pozostała uwięziona w naszym ciele. Za jakiś czas odezwie się w postaci chronicznego bólu barków i napięcia w plecach. Mechanizmy obronne mogą pełnić funkcję przystosowawczą, jednak gdy stają się nawykowym sposobem radzenia sobie z trudnymi emocjami, utrudniają korzystanie z niesionych przez nie informacji.

Emocje powiązane są z potrzebami. Pozytywne emocje mówią nam, że nasze potrzeby są zaspokojone – gdy czujemy się kochani, bezpieczni, odczuwamy szczęście, radość i zadowolenie. Negatywne emocje informują nas, że nasze potrzeby są w jakiś sposób niezaspokojone. Strach np. mówi nam o niezaspokojonej potrzebie bezpieczeństwa i nakazuje szukać schronienia, co z punktu widzenia ewolucyjnego może nas uchronić przed potencjalnym zagrożeniem; złość daje nam energię potrzebną do walki o dobra, które potencjalnie moglibyśmy utracić; wstręt może nas powstrzymać przed zjedzeniem czegoś nieświeżego (Kavakli 2019: 2). Jeśli więc nawykowo wypieramy nasze emocje i nie korzystamy z powiązanych z nimi informacji, działamy w sposób nieprzystosowawczy.

Jeśli nie dopuszczamy do siebie emocji, nie możemy adekwatnie zaspokoić swoich potrzeb. Jeśli nawykowo przez wiele godzin dziennie walczymy, aby nie dopuścić do siebie strachu, złości, niechęci poprzez stosowanie rozmaitych mechanizmów obronnych, jednocześnie starając się sprostać oczekiwaniom otoczenia, gramy rolę lekarza wyposażonego we wszystkie wymienione przez Svetlichnąą, Dernową i Kosolapową (2021) cnoty, poddajemy się frustracji i – starając się uniknąć cierpienia na krótką metę – narażamy się na cierpienie długofalowe.

Dodatkowo, jeśli odpowiednio nie „zmetabolizujemy” przeżywanych emocji, mogą one zacząć „odkładać się” w naszej psychice, co w dłuższej perspektywie może skutkować próbami impulsywnego ich rozładowania, np. poprzez nagłe wybuchy złości, drażliwość, ryzykowne zachowania. To może przysporzyć cierpienia także ludziom z naszego otoczenia.

Jak wobec tego rozwijać swoją inteligencję emocjonalną, która zgodnie z definicją Petera Saloveya i Johna D. Mayera (1990, za: Bharamanaikar, Kadadi 2017: 59) jest: „umiejętnością monitorowania własnych uczuć i emocji oraz uczuć i emocji innych ludzi, rozróżniania między nimi oraz

wykorzystywania tych informacji do kierowania własnym myśleniem i działaniem”? I po co to robić, skoro wielu autorów wskazuje na koszty dopuszczania w swojej pracy uczuć i emocji, pisząc o zjawisku zmęczenia empatią, charakteryzowanym jako wyczerpanie fizyczne i psychiczne oraz wycofanie emocjonalne opiekunów profesjonalnie zajmujących się przez dłuższy czas osobami chorymi lub dotkniętymi traumą (Gallagher 2013: 266; Burnett, Wahl 2015: 318)?

Na kłopoty... Balint

Jednym ze sposobów uświadomienia sobie trudnych emocji, nazwania ich i ponownego przeżycia w bezpiecznych warunkach może być udział w treningu balintowskim. Jest to znana od lat 50. XX w., zapoczątkowana przez węgierskiego psychoanalityka Michaela Balinta, metoda pozwalająca lekarzom i przedstawicielom innych zawodów pomocowych (takich jak psychoterapeuci, nauczyciele, pielęgniarki) przyglądać się emocjonalnym aspektom relacji ze swoimi pacjentami, klientami, uczniami. Celem treningu balintowskiego jest uświadomienie sobie psychologicznych aspektów relacji pomagania, poradzenie sobie z trudnymi emocjami pojawiającymi się niekiedy w relacjach, refleksja nad procesami w nich zachodzącymi, zobaczenie tych relacji z wielu różnych perspektyw (grupa stanowi specyficzne „lustro”, w którym uczestnik może się przejrzeć), a także zwrócenie uwagi na zarówno werbalne, jak i niewerbalne komunikaty wysyłane przez uczestników relacji.

Podczas sesji grupowej jeden z uczestników (tzw. referent) opowiada o swojej relacji z pacjentem, zwracając uwagę na jej aspekty niemedyce (charakteryzuje wygląd i zachowania chorego, mówi, jak przebiegało spotkanie z nim, nazywa swoją trudność w relacji). Na dalszym etapie członkowie grupy zachęceni przez osobę prowadzącą trening (lidera) świadomie przyjmują perspektywę emocjonalną uczestników relacji i o niej mówią.

Aby uczestnikom sesji zapewnić komfort, a jednocześnie umożliwić rozwój i stawianie czoła wyzwaniom emocjonalnym, wypracowano zasady, których celem jest stworzenie bezpiecznego środowiska opartego na otwartości i unikaniu ocen. Poniżej omówiono zasady obowiązujące w grupie Balinta.

- Zasada poufności wypowiedzianych treści („Co dzieje się w Vegas, zostaje w Vegas”)

Dzięki tej zasadzie uczestnicy mogą mieć pewność, że ich historia i przeżywane w związku z nią emocje pozostaną tajemnicą grupy

i nie staną się przedmiotem anegdot i żartów w sytuacjach towarzyskich. Umożliwia też członkom grupy pozostanie z własnymi emocjami po zakończeniu sesji, bez konieczności dalszej rozmowy o swoim doświadczeniu.

- Dbanie o jakość komunikacji – unikamy krytyki i udzielania rad

Ta zasada umożliwia uczestnikom zaufanie i powierzenie się grupie. Wiedząc, że nie spotkamy się z oceną czy krytyką, łatwiej możemy mówić o swoich, często wstydlivych, sprawach, pojawiających się w czasie pracy grupy nieakceptowanych przez nas myślach, uczuciach czy impulsach.

- Swobodne dzielenie się skojarzeniami, uczuciami i myślami

W grupie uczestnicy są zachęcani, aby swobodnie dzielić się wszystkim, co pojawia się w ich przeżyciu w czasie trwania sesji. Wywodząca się z psychoanalizy metoda wolnych skojarzeń (Lavin 2011: 154) pozwala referentowi prezentującemu swoją relację z pacjentem lub klientem zobaczyć ją z wielu różnych, często nowych i zaskakujących, perspektyw. Grupa staje się emocjonalnym lustrem (Wasilewski 2011: 176), w którym referent może się przejrzeć. W imieniu referenta wypowiada ona uczucia i emocje, myśli i niechciane impulsy, które mogą pojawiać się w jego przeżyciach w czasie spotkania z pacjentem, a do których często nie ma dostępu z powodu działania mechanizmów obronnych. Jednocześnie struktura pracy grupy umożliwia mu zachowanie emocjonalnego dystansu do tego, co się w niej dzieje. Referent, pozostając na czas trwania sesji w pozycji obserwatora procesu toczącego się w grupie, może dowolnie wybierać ze „szwedzkiego stołu”, który grupa dla niego zastawia, ma szansę dostrzec, które z nazywanych emocji rezonują z jego doświadczeniem, a które nie są mu bliskie.

- Wszystkie wypowiedzi traktowane są jako równie ważne i równie cenne. Uczymy się od każdego

To bardzo ważna zasada. W przestrzeni balintowskiej panuje swoisty egalitaryzm. Nie ma znaczenia, czy jesteś profesorem, salową, lekarzem stażystą czy pielęgniarką – liczy się twoje unikalne ludzkie doświadczenie, twój sposób przeżywania świata, twoja jedyna w swoim rodzaju emocjonalna perspektywa.

- Myśl świeżo!

W grupie Balinta zachęcamy uczestników, aby byli spontaniczni i kreatywni (Bielańska 2009: 45), aby pozwolili sobie na eksperymentowanie i twórcze fantazjowanie. Nawet pozornie nieadekwatna wypowiedź uczestnika może wnieść nowy sposób rozumienia relacji z pacjentem.

Przyczynia się do uzyskania głębszego wglądu w sytuację problemową, pozwala referentowi przeżyć swoisty moment „aha” (Kounios, Beeman 2009: 210), „domknąć figurę” (Sills, Fish, Lapworth 1999: 48), doznać katharsis (Bielańska 2009: 344). Gdy nieświadome staje się świadome, znika napięcie pomiędzy tymi dwiema częściami psychiki i następuje poszerzenie świadomości, czemu towarzyszy doznanie emocjonalnej ulgi.

Trening balintowski to trening pomieszczania emocji, identyfikowania złożonych stanów emocjonalnych, odczytywania reakcji emocjonalnych manifestujących się jako doznania w ciele (istotę tego zjawiska oddają zasłyszane podczas prywatnej rozmowy słowa superwizora treningów balintowskich Ireneusza Kaflika: „gdy emocje milczą, krzyczy ciało”).

Należy jednak pamiętać, że w grupie Balinta nazywane są uczucia, które do tej pory mogły być niedopuszczane do świadomości uczestników grupy na skutek działania mechanizmów obronnych. W rzadkich przypadkach może się zdarzyć, że na skutek nagłego osłabienia owych mechanizmów dojdzie do pojawienia się dotkliwych uczuć u referenta lub innych członków grupy. Dzieje się tak, gdy zdolność uczestnika do pomieszczania uświadomionego uczucia jest ograniczona, gdy opowiadana historia szczególnie silnie rezonuje z jego trudnym osobistym doświadczeniem, gdy jego psychika jest osłabiona na skutek zmęczenia lub silnego stresu. Dlatego w czasie treningu ważne jest podkreślanie dobrowolności udziału i wypowiedzi, po zakończeniu sesji nie wracamy do jej treści, a każdy wnosi do grupy tyle, ile chce i może. W trakcie treningu uczestnicy nie zwracają się do referenta czy siebie nawzajem, mówią do grupy jako całości, co sprzyja zachowaniu umiaru i zasadzie dobrowolności. Czuwanie nad zachowaniem wymienionych zasad, nad atmosferą sprzyjającą wychodzeniu poza strefę komfortu, ale według indywidualnych możliwości i potrzeb każdego z uczestników, to zadania prowadzących grupę – lidera i kolidera.

Trening balintowski to też dobra zabawa. Wykorzystuje różnorakie techniki mające na celu facylitację procesu toczącego się w grupie: przyjmowanie perspektywy, skanowanie odczuć z ciała, techniki psychodramatyczne takie jak winieta (odgrywanie scenek), rzeźba, improwizacja czy etiuda (Otten 2018: 13).

Praca grupy to coś więcej niż suma wypowiedzi poszczególnych członków. Ważnym elementem jest śledzenie procesu grupowego. Już sama emocjonalna dynamika interakcji między uczestnikami treningu wiele wnosi do rozumienia dynamiki omawianej relacji. Przyjmuje się założenie,

że to, co dzieje się w grupie, odzwierciedla to, co dzieje się w omawianej relacji. Inspirującą ilustrację procesu równoległego, czyli odzwierciedlania się relacji lekarz – pacjent w dynamice pracy grupy, opisała Heide Otten (2018: 48) w następującym przykładzie: na początku treningu lekarz (referent) zrelacjonował historię swojej pacjentki z cukrzycą, która skarżyła się na bóle brzucha i poprosiła go o wystawienie zwolnienia. Lekarz opowiedział, że zaproponował pacjentce wykonanie serii badań, lecz pacjentka odmówiła. Lekarz skonstatował, że skoro pacjentka nie współpracowała, on odmówił wystawienia jej zwolnienia. W pracy grupy, która nastąpiła po wysłuchaniu tej opowieści, odzwierciedla się dynamika tej relacji – część grupy zareagowała na jego opowieść dużym wzburzeniem emocjonalnym, wyrażała bezradność, złość na „roszczeniowych pacjentów”; pojawiła się chęć oceniania i wyrażania sądów o nieodpowiedzialnym zachowaniu pacjentki (ta część grupy słownie i zachowaniem odtworzyła uczucia lekarza). Inna część grupy milczała, co może oznaczać, że w omawianej relacji pewne treści zostały niewypowiedziane. Zbadanie tych niewyrażonych treści pozwoliło referentowi zrozumieć unikalną perspektywę emocjonalną pacjentki – jej lęk przed odrzuceniem ze strony współpracowników, trudności w zaakceptowaniu przewlekłej choroby itp. Referent mógł zdystansować się od swojej reakcji obronnej, jaką była chęć ukarania pacjentki za „brak współpracy”. Mógł zobaczyć jej ból i bezradność wobec choroby i pomóc jej zmienić perspektywę, co na dłuższą metę mogłoby zachęcić ją do pójścia za sugestią lekarza zamiast stosowania strategii unikania.

I na co to wszystko?

Trening balintowski, mimo swojej pozornie prostej formuły, może stanowić szczególnie wartościową, bo opartą na własnym doświadczeniu, metodę kształtowania profesjonalnych postaw lekarzy.

Uznaje się, że na profesjonalizm składają się trzy zasadnicze składowe: wiedza ekspercka, umiejętność samoregulacji oraz „odpowiedzialność powiernicza”, tzn. gotowość do przedkładania potrzeb klienta nad dbanie o własne interesy (Larkin i in. 2002: 1249). Udział w grupowym treningu balintowskim umożliwia lekarzowi rozwinięcie zwłaszcza umiejętności samoregulacji w zakresie emocji, a także stanowi przestrzeń, w której może on zwrócić uwagę na własne potrzeby. Jest to warunek niezbędny, aby lekarz potrafił dostrzegać potrzeby innych, zależnych

od niego osób (tj. pacjentów lub członków zespołu) i aby umiał wychodzić im naprzeciw.

Udział w treningu balintowskim sprzyja budowaniu zdolności do świadomego i konstruktywnego zauważania, doświadczania, a potem podejmowania działań na bazie emocji. Sprzyja efektywnemu zarządzaniu nieporozumieniami i konfliktami, rozwija pewność siebie i umiejętność wyważonego, a jednocześnie twórczego reagowania na trudne sytuacje z pacjentami. Pomaga w budowaniu tożsamości lekarza i specjalisty, poczucia bezpieczeństwa i dumy ze swojej pracy, sprzyja wzrostowi zaufania do siebie i poczucia kompetencji w pracy (Kjeldmand, Holmström 2008: 141).

Uczestnicy regularnych grup Balinta sprawniej budują strategie postępowania w trudnych sytuacjach, potrafią skuteczniej redukować stres, są lepiej przygotowani do konfrontacji z zagrożeniami zawodowymi, mają korzystny wpływ na zespół poprzez budowanie w pracy dobrej atmosfery (Kjeldmand, Holmström 2008: 141). Mają także większą skłonność do empatii, lepsze relacje z pacjentami, nabywają umiejętności dostrzegania problemów psychicznych pacjentów (Cataldo i in. 2005: 330). Wreszcie – odczuwają mniej stresu związanego z pracą, a więcej satysfakcji zawodowej, mają większe poczucie kontroli (Kjeldmand, Holmström 2004: 233).

Z wypowiedzi uczestników grup wynika, że udział w treningu buduje poczucie wspólnoty doświadczeń, redukuje napięcie emocjonalne, modeluje zachowania oparte na szacunku. Praca w grupie to czas przeznaczony na refleksję nad własnym doświadczeniem emocjonalnym, „przepracowanie” uniwersalnie trudnych ludzkich doświadczeń, np. kruchości, słabości, nieadekwatności, śmierci czy utraty sprawności. Trening balintowski uczy powstrzymywania się od osądzania, podejmowania otwartej dyskusji o dylematach moralnych i myślenia interdyscyplinarnego oraz uważności na potrzeby własne i pacjentów (Schwartz i in. 2020: 2–6).

Tożsamość zawodowa tworzy się w wyniku „długotrwałego procesu łączenia doświadczenia i refleksji nad doświadczeniem” (Hilton, Slotnick 2005: 61). Udział w grupie Balinta dostarcza sposobności, aby swoje doświadczenie poddać refleksji. W trakcie treningu uczestnicy wielokrotnie, z wyboru i świadomie, sięgają do indywidualnej relacji z pacjentem uruchamiającej silne, nierozpoznane dotąd emocje, poddają je obserwacji, rozpoznaniu i nazwaniu, a więc dokonują refleksji nad sobą jako profesjonalistą.

Udział w treningu balintowskim¹ z pewnością nie poprawi działania systemu informatycznego w placówkach medycznych, nie sprawi, że stosowanie procedur medycznych stanie się łatwiejsze, a dyżury krótsze, nie podniesie też pensji ani nie poprawi charakteru szefa. Ale może przyczynić się do tego, że lekarze staną się bardziej świadomi, zaangażowani i autentyczni.

Bibliografia

- Bharamanaikar S.R., Kadadi S.V. 2017. *Effect of Doctor's Emotional Intelligence on Patient Satisfaction*, "Journal of the Foundation for Organisational Research & Education Abhigyan", 35(1), s. 59–72.
- Bielańska A. 2009. *Kreatywność – źródło w ogrodzie życia*, [w:] *Psychodrama. Elementy teorii i praktyki*, red. A. Bielańska, Eneteia, Warszawa, s. 45–50.
- Bilby K.C., Naveenakumari M., Rajya L.M., Sanakayala S., Anumol J., Keerthi S., Shiny J. 2018. *Relationship Between Emotional Regulation Strategies and Self Reported Defence Mechanism of Nursing Students*, "Journal of Psychiatric Nursing", 7(2), s. 37–40.
- Burnett H., Wahl K. 2015. *The Compassion Fatigue and Resilience Connection: A Survey of Resilience, Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction Among Trauma Responders*, "International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience", 17, s. 318–326.
- Cataldo K.P., Peeden K., Geesey M.E., Dickerson L. 2005. *Association Between Balint Training and Physician Empathy and Work Satisfaction*, "Family Medicine", 37, s. 328–331.
- Chochol M.D., Pease D., Swintak C., Anand U. 2021. *Addressing Well-Being, Burnout, and Professional Fulfillment in Child and Adolescent Psychiatry Trainees During the COVID-19 Pandemic Through Implementation of a Virtual Balint-Like Group: A Pilot Study*, "Academic Psychiatry", 45(5), s. 581–586.
- Coughlin Della Selva P. 2013. *Intensywna krótkoterminowa psychoterapia dynamiczna*, tłum. K. Bereda-Rosołek, Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Drat-Ruszczak K. 2001. *Teorie osobowości – podejście psychodynamiczne i humanistyczne*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, red. J. Strelau, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, s. 616–617.
- Fitzgerald M. 1991. *The Balint Group in General Practice*, [w:] *Irish Families Under Stress*, vol. 1, red. M. Fitzgerald, Eastern Health Board Special Hospital Care Programme, Dublin, s. 218–226.

¹ Treningi balintowskie w Polsce prowadzone są przez wyszkolonych liderów zrzeszonych w Polskim Stowarzyszeniu Balintowskim, należącym do Międzynarodowej Federacji Balintowskiej (International Balint Federation). Na stronie <http://balint.pl/> można znaleźć aktualne informacje na temat grup prowadzonych na terenie kraju, listę certyfikowanych liderów, informacje dotyczące aktualnie organizowanych treningów i szkoleń leaderskich.

- Frederickson J. 2014. *Współtworzenie zmiany. Skuteczne techniki terapii dynamicznej*, tłum. A. Pałynyczko-Ćwiklińska, Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Gallagher R. 2013. *Compassion Fatigue*, "Canadian Family Physician = Médecin de famille canadien", 59, s. 265–268.
- Greenlees G., Archer L. 2022. *Guilt, Shame and Negative Emotion in Undergraduate Medical Education: Is There a Role for Balint Groups?*, "Medical Humanities", 48(4), s. 449–450.
- Hilton S.R., Slotnick H.B. 2005. *Proto-Professionalism: How Professionalisation Occurs Across the Continuum of Medical Education*, "Medical Education", 39(1), s. 58–65.
- Kavakli M. 2019. *Why Do We Have Emotions? The Social Functions of Emotions*, "Research on Education and Psychology (REP)", 3(1), s. 11–20.
- Kjeldmand D., Holmström I. 2004. *Balint Training Makes GPs Thrive Better in Their Job*, "Patient Education and Counseling", 55(2), s. 230–235.
- Kjeldmand D., Holmström I. 2008. *Balint Groups as Means to Increase Job Satisfaction and Prevent Burnout Among General Practitioners*, "Annals of Family Medicine", 6, s. 138–145.
- Kounios J., Beeman M. 2009. *The Aha! Moment: The Cognitive Neuroscience of Insight*, "Current Directions in Psychological Science", 18, s. 210–216.
- Larkin G.L., Binder L., Houry D., Adams J. 2002. *Defining and Evaluating Professionalism: A Core Competency for Graduate Emergency Medicine Education*, "Academic Emergency Medicine", 9(11), s. 1249–1256.
- Lavin M. 2011. *On Behalf of Free Association*, [w:] *Radical Claims in Freudian Psychoanalysis*, red. M. Holowchak, Jason Aronson, Lanham, s. 153–166.
- Mailoo V.J. 2021. *The Balint Group; a Precious Resource or Simply Tree-Hugging?*, "InnovAiT", 5(12), 766.
- McCain R.S., McKinley N., Dempster M., Campbell W.J., Kirk S.J. 2018. *A Study of the Relationship Between Resilience, Burnout and Coping Strategies in Doctors*, "Postgraduate Medical Journal", 94, s. 43–47.
- Müller F. 2021. *The Blind Spot*, [w:] F. Müller, *Design Ethnography: Springer Briefs in Anthropology*, Springer, Cham, s. 7–11.
- O'Sullivan H., Van Mook W., Fewtrell R., Wass V. 2012. *Integrating Professionalism into the Curriculum: AMEE Guide No. 61*, "Medical Teacher", 34(2), s. e64–e77.
- Otten H. 2018. *Leading a Balint Group a Guide*, Psyllabus Publishing House, Moscow.
- Schwartz R., Shanafelt T.D., Gimmmler C., Osterberg L. 2020. *Developing Institutional Infrastructure for Physician Wellness: Qualitative Insights from VA Physicians*, "BMC Health Services Research", 20, 7.
- Sills C., Fish S., Lapworth P. 1999. *Pomoc psychologiczna w ujęciu Gestalt*, tłum. E. Bielawska-Batorowicz, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa.
- Svetlichnaya T., Dernova A., Kosolapova M. 2021. *Cynicism as a Manifestation of Professional Deformation of the Doctor's Personality*, "Bioethics", 28, s. 43–49.
- Wasilewski B. 2011. *Grupy Balinta w profilaktyce wypalenia zawodowego*, [w:] *Grupowy trening balintowski. Teoria i zastosowanie*, red. B. Wasilewski, L. Engel, Eneteia, Warszawa, s. 161–178.

Zachara R. 2017. *Problemy lekarzy pierwszego kontaktu i ich pacjentów*, Medexpress.pl, <https://www.medexpress.pl/problemy-lekarzy-pierwszego-kontaktu-i-ich-pacjentow/68247> (dostęp: 7.11.2022).

ABSTRACT

Balint training as a tool of personal and professional development of health-care professionals

This article presents the assumptions of Balint group training as a tool enabling medical care workers to deal with difficult emotions experienced in the context of practicing aid profession. It presents the difficulties encountered by doctors in their professional work: high expectations they have to meet, emotionally demanding working conditions as well as their constructive and unconstructive strategies to cope with professional stress. The article discusses the principles and course of the Balint group training and its beneficial impact on the understanding of the psychological aspects of the doctor–patient relationship and building occupational resistance of the health workers.

KEY WORDS: Balint group, coping strategies, doctor's professional development, health-care professionals' personal development, preventing professional burnout

ABSTRAKT

Trening balintowski jako narzędzie rozwoju osobistego i zawodowego pracowników opieki medycznej

Artykuł prezentuje założenia balintowskiego treningu grupowego jako narzędzia umożliwiającego pracownikom opieki medycznej radzenie sobie z trudnymi emocjami pojawiającymi się w kontekście wykonywania zawodu pomocowego. Przedstawia trudności, z jakimi stykają się lekarze: wysokie wymagania, jakim muszą sprostać, wymagające emocjonalnie warunki pracy oraz konstruktywne i niekonstruktywne strategie radzenia sobie ze stresem zawodowym. W artykule omówiono zasady i przebieg balintowskiego treningu grupowego oraz jego korzystny wpływ na rozumienie psychologicznych aspektów relacji lekarz – pacjent i budowanie psychicznej odporności lekarza.

SŁOWA KLUCZOWE: grupa Balinta, strategie radzenia sobie z emocjami, rozwój zawodowy lekarzy, rozwój osobisty pracowników opieki medycznej, profilaktyka wypalenia zawodowego

Nieporozumienia w kontekście ochrony zdrowia. Prozodia semantyczna w dyskursie medycznym i w języku ogólnym

Wprowadzenie. Komunikacja w ochronie zdrowia

Według klasycznych teorii komunikacja polega na tym, że nadawca wysyła komunikat, który odbiorca interpretuje, a obie osoby czynią to w określonym kontekście (zob. np. Kotarcic 2021 o modelu Arystotelesa). Osiągnięcie porozumienia wymaga od rozmówców przyjmowania perspektywy drugiej strony i swoistej współpracy (zob. np. Rampton 2019 o socjolingwistyce interakcyjnej). Z kolei bariery w komunikacji mogą mieć rozmaite źródła – używanie różniących się od siebie języków, odmiennosc kulturowa czy etniczna wydają się oczywistymi przyczynami nieporozumień. W takich sytuacjach potrzebna jest pomoc tłumaczy albo ekspertów w zakresie komunikacji interkulturowej. Niektóre inne okoliczności braku porozumienia są mniej jednoznaczne, jak np. wówczas, gdy rozmówcy posługują się zasadniczo tym samym językiem, mają pozornie te same cele i motywacje, ale różnią się dostępem do zasobów kontekstu oraz sposobem ich użycia do interpretacji komunikatu. Wtedy pojawiają się problemy.

W poniższych rozważaniach odwołujemy się do modelu kontekstualizacji Johna Gumperza, jednego z twórców etnografii komunikacji oraz socjolingwistyki interakcyjnej. Gumperz (1992) twierdził, że komunikacja zasadza się na interpretacji komunikatów silnie zależnej od kontekstu. Zakładał on współpracę rozmówców i uważne odbieranie wskazówek z kontekstu (*contextualization cues*). Każdy z interlokutorów tworzy hipotezę dotyczącą intencji nadawcy, która bazuje na założeniach wypływających z wiedzy pozajęzykowej, a w toku interakcji jest konstruowana, negocjowana. Znaczeniem jako treścią osiąganą wspólnie przez użytkowników

języka w danej sytuacji zajmują się także współczesne badania semantyczne (np. Jaszczolt 2016: 8). W procesie tym należy brać pod uwagę różne rodzaje kontekstów: historyczny (oczekiwania oparte na wiedzy o przeszłych wydarzeniach), psychologiczny (nastroj, emocje nadawcy i – głównie – odbiorcy), kulturowy (wartości i normy grupy), społeczny (relacje), fizyczny (warunki komunikacji: miejsce, oświetlenie, hałas itp.). Kiedy konteksty się nie pokrywają, następuje zaburzenie porozumienia.

Naszym celem jest eksplikacja mechanizmu zależności pomiędzy kontekstem a interpretacją komunikatu na podstawie analizy wybranych sformułowań związanych z ochroną zdrowia. Kontekst ten – odmienny dla porozumiewających się – bywa przyczyną mimowolnego braku porozumienia. W tekście skupimy się na różnicach w rozumieniu prozodii semantycznej, kontrastując profesjonalistów medycznych i innych uczestników komunikacji (np. pacjentów). Obie strony mają pewną wiedzę i doświadczenie związane z udzielaniem i/lub przyjmowaniem pomocy medycznej, jednak często w sposób niezamierzony porozumiewają się nieskutecznie, ponieważ odmiennie interpretują te same słowa i komunikaty.

Osoby wykonujące zawody medyczne i pacjenci różnią się wiedzą merytoryczną i doświadczeniem. Wiedza medyka to wiedza profesjonalna (medyczna) i instytucjonalna, a doświadczenie istotne w okolicznościach udzielania świadczeń medycznych zależy od stażu pracy i indywidualnej wrażliwości (np. lekarza) na szczegóły „anatomii komunikacji”. Można jednak założyć, że medykowi bliższy jest dyskurs medyczny, w szczególności wobec potrzeby skupienia się na skuteczności leczenia **choroby** (*disease*), ale także chęci poszerzania doświadczenia zawodowego i wiedzy medycznej w ogóle. Perspektywa medyka jest zatem szeroka, a akumulowana wiedza i doświadczenie mają służyć także wszystkim kolejnym pacjentom oraz naukom medycznym w ogóle. Natomiast pacjent w chorobie koncentruje się na osobistym doświadczaniu **chorowania** (*illness*) oraz na indywidualnym dążeniu do powrotu do zdrowia, a przynajmniej złagodzenia uciążliwych dolegliwości¹.

Jakim językiem mówią zatem medycy, a jakim – pacjenci? Suzanne Fleischman (1999: 8) opisuje język medyczny jako abstrakcyjny dyskurs

¹ Por. także kwestie interpretacji komunikatów w kategoriach dominującego kontekstu: „głosu medycyny” i „głosu realnego życia (pacjenta)” (*voice of medicine vs. voice of the lifeworld*) (Mishler 1984; 2005). Według tego ujęcia w dialogu medyka z pacjentem dominuje głos medycyny, a głos (życia) pacjenta jest traktowany jako swoiste wtrącenie, w najlepszym razie uzupełnienie.

o chorobie (*disease*) i organach ciała, a nie o pacjentach i ich doświadczaniu choroby (*illness*) (zob. Cassell 1976). W sferze językowej problemy z porozumieniem można przypisać różnicy między językiem specjalistycznym (medyków) a językiem ogólnym (pacjentów). Język specjalistyczny w dużej mierze definiuje sytuacja użycia, która zwykle jest pragmatycznie nacechowana (Ligara 2011: 168). Na przykład praktyka porozumiewania się w specyficznym środowisku specjalistów zakłada umiejętność posługiwania się wyspecjalizowaną terminologią. Teoretycznie w komunikacji specjalistycznej w ochronie zdrowia sytuacja użycia z definicji uwzględnia pacjenta. W praktyce jednak można mówić o jego marginalizacji i uprzedmiotowieniu – w dyskursie medycznym pacjent to choroba (*disease*) bardziej niż jednostkowe doświadczanie chorowania (*illness*) (por. Murawska 2013; Zabielska 2014; 2020). Niemniej jednak w sytuacji, kiedy pacjent_ka jest jedną ze stron konwersacji, należy go_ją traktować po partnersku².

Należy zatem stwierdzić, że brak porozumienia może mieć dwojake podłoże. W pierwszym przypadku wynika z odmienności w opisywaniu rzeczywistości przez strony dialogu. W ramach wspólnot wiedzy odmiana zawodowa języka wiąże się ze swoiście „stenograficznym” porozumiewaniem się, niezrozumiałym dla osoby z zewnątrz, spoza grupy (Fleischman 2001; zob. też Jarosz 2018). Drugi przypadek stanowią sytuacje, w których języki zawodowy i ogólny są jednobrzmiące (jak we frazach „[pacjent] nie współpracuje” lub „[stan] bez zmian”)³, ale kontekst – inny dla medyka, inny dla pacjenta – rodzi zgoła odmienne interpretacje zna-

² Zastosowanie form rzeczownika (i wyrazów składniowo powiązanych) zarówno w rodzaju męskim, jak i żeńskim (oddzielonych podkreślnikami) jest wynikiem dążenia autorki do inkluzywnego sposobu nazywania osób w celu uniknięcia pomijania jednej z płci. Ponieważ jednak złożoność morfologii języka polskiego w znacznym stopniu utrudnia stosowanie zapisu inkluzywnego bez wydłużania tekstu, stosujemy formy inkluzywne tylko w wybranych przypadkach, chcąc – mimo wszystko – dać wyraz potrzebie sprawiedliwego uwzględniania wszystkich osób bez względu na ich płeć. Ponieważ mamy do czynienia z obszarem języka znajdującym się w trakcie dynamicznej zmiany, nawet takie niekonsekwentne stosowanie form inkluzywnych pozwala zasygnalizować poparcie dla języka równościowego. Postawę taką aprobują prof. Marek Łaziński i prof. Agnieszka Małocha-Krupa, będący uznanymi autorytetami w tej dziedzinie.

³ Trudność w porozumieniu, kiedy oba dialekty (medyczny i ogólny) są identyczne w formie, ale nie w znaczeniu (np. ang. *depression*, *hysteria*, *obsession*) znane są zarówno z codziennej praktyki, jak i z literatury przedmiotu (np. Fleischman 2001: 475).

czenia. Rozdzielność kontekstów wynika z różnej wiedzy (Gotti 2008: 16) i doświadczenia uczestników, szczególnie z przynależenia (lub nie) do dyscypliny, przeżycia (lub nie) pewnych wydarzeń, posiadania punktu widzenia uczestnika grupy czy też osoby z zewnątrz (por. Fleischman 1999: 19).

Przykłady medyczne

Komunikaty powstające w wyniku stosowania specjalistycznej nomenklatury medycznej są dla niespecjalistów dalekie od klarownych, ale też nie generują konotacji, które są dla odbiorców rozpoznawalne. Natomiast w przypadku używania przez specjalistę terminów jedno-brzmiących z wyrazami z języka ogólnego można łatwo przeoczyć fakt, że dla obu stron komunikacji znaczenie (mające wartość ewaluacyjną/konotacyjną) jest odmienne, co skutkuje rozumieniem niezgodnym z intencjami nadawcy.

Przykładem może być fraza *pacjent nie współpracuje*. Jest to sformułowanie skonwencjonalizowane w uzusie lekarzy (i innych profesjonalistów medycznych), natomiast w odbiorze pacjenta nabiera wymowy osobistej, zakłada brak woli i implikuje osądzanie (Kielkiewicz-Janowiak 2021). W dyskursie medycznym – w rozumieniu zapytanych o to lekarzy – fraza *pacjent nie współpracuje* opisuje zachowanie pacjenta, który:

- jest osobą negatywnie nastawioną do leczenia, roszczeniową, zbyt pewną siebie i swojej wiedzy medycznej i dlatego odrzuca lub co najmniej kwestionuje zalecenia lekarskie;
- „nie rozumie” swojej sytuacji i stawianych wobec niego oczekiwań, co dzieje się z różnych przyczyn, np. jest w ciężkim stanie klinicznym, bez kontaktu, ma ograniczone rozumienie otoczenia i świata w ogóle.

W percepcji wielu lekarzy omawiana fraza ma wydźwięk pejoratywny, sugeruje negatywny stosunek medyka do pacjenta jako (świadczenie lub nie) utrudniającego terapię oraz wykonywanie obowiązków przez lekarza (por. Mikołajewska, Mikołajewski 2012: 89). Natomiast w rozumieniu potocznym dominujący odbiór tego komunikatu sugeruje brak woli po stronie pacjenta/pacjentki, **współ-praca** bowiem zasadza się na chęci obu stron. Zatem fraza *pacjent nie współpracuje* w języku ogólnym oznacza, że osoba, o której mowa, współpracować (z różnych względów) **nie chce**. Na przykład: pacjentka, która słyszy okulistkę opisującą jej przypadek lekarzowi konsultującemu („nie udało się [wykonać zdjęć], bo pacjentka

nie współpracuje”), wychodzi z badania sfrustrowana i niepewna tego, jak mogłaby postarać się bardziej zapanować nad mruganiem oka, aby badanie umożliwić (Kielkiewicz-Janowiak 2021: 11)⁴.

Cechami języka specjalistycznego (tu: medycznego) są jego formuliczność (tj. zrutyinizowanie)⁵, zdystansowanie i oddzielenie od oryginalnego kontekstu związanego z zachowaniem (i intencjami) pacjenta. Kiedy medyk w dokumentacji medycznej odnotowuje, że *pacjent nie współpracuje*, lub używa określenia *brak współpracy*, można zadać pytanie, czy wówczas (nadal) jest mowa o tym, co robi pacjent, czy wiadomo, z kim nie współpracuje, i czy jest jasne, co ewentualna współpraca miałaby oznaczać.

Analogiczne do polskiego przykładu może być wyrażenie z języka angielskiego *interesting case*, w dyskursie medycznym oznaczające ciekawe wyzwanie dla specjalistów (wręcz detektywistyczną zagadkę do rozwiązania), pozytywnie ważne z punktu widzenia ich kariery zawodowej⁶: „Thanks to Dr. Fleischman for this interesting case. 62 year old woman with obesity, htn, hld, copd presents with sudden onset left upper quadrant pain, painful respiration. No f,n/v/d. Patient is noted to be in pain, tachycardic, normotensive, and eupoxic” (Sinaiem 2012).

⁴ Specyfika sformułowań związanych z medycyną i ochroną zdrowia polega na tym, że docierają one do pacjenta_pacjentki, nawet jeśli nie są do niego_niej skierowane. Innymi słowy – pacjent może być odbiorcą, nie będąc adresatem komunikatu, może zatem ponosić konsekwencje odbioru komunikatów w sposób niezgodny z intencją nadawcy, która może być interpretowana przez odbiorcę w sposób przez nadawcę niezamierzony.

⁵ Pojęcie formuliczności Łukasz Grabowski (2018: 67, za: Pawley 2007: 3–4) wszechstronnie charakteryzuje jako złożone i wieloaspektowe, różnorako operacjonalizowane w kontekście różnych dyscyplin. Z punktu widzenia opisu języka specjalistycznego najprzydatniejsze wydają się definicje skoncentrowane na niezmienności formy i częstości występowania. Dlatego też formuliczność to „powtarzalne, podyktowane konwencją użycie pewnych formuł tekstowych lub wyrażen, zarówno jedno-, jak i wielowyrazowych, pełniących określone funkcje pragmatyczne lub utożsamianych z poszczególnymi aktami mowy”. Podobnie Jerzy Bartmiński (2007: 71) definiuje formuły „jako stabilne i odtwarzalne połączenia wyrazów, które są uwarunkowane społecznie i kulturowo” (Grabowski 2018: 68). W specjalistycznym języku medycyny formuliczność byłaby zatem przejawem dążenia do zapewnienia precyzyjności wypowiedzi poprzez użycie formuł standardowych i powszechnie znanych w środowisku.

⁶ W angielskim języku medycznym występuje określenie *fascinema*, które jest tłumaczone na polski jako „ciekawny przypadek”, a jego etymologia (hybryda przymiotnika *fascinating* i morfemu *-oma*) wskazuje na pozytywne konotacje tej zbitki leksykalnej (Etymologeeek b.d.).

Podobnie w polskim wyrażeniu *ciekawny przypadek* przymiotnik *ciekawny* znaczy – dla medyków – ‘skomplikowany, trudny w leczeniu’, niesie jednak ze sobą pozytywną konotację powiązaną z tym, że przynosi specjalistom okazję do pozyskania nowej, złożonej wiedzy eksperckiej oraz potencjalne inne korzyści dla rozwoju kariery zawodowej. Z kolei dla pacjenta_pacjentki, którego_której chorobę czy dolegliwość (albo wręcz jego_ją samego_samą) opisuje się jako *ciekawny przypadek*, komunikat ten jest w nieznośny sposób dwuznaczny i sprzeczny w wywoływanych konotacjach – czy to dobra wiadomość, że moja choroba jest skomplikowana i trudna w leczeniu?

Fleischman (1999) również zwraca uwagę na swoistą pułapkę interpretacyjną, kiedy specjalistyczny termin techniczny ma także znaczenie w języku ogólnym, przywołując tu przykład z własnego doświadczenia. Kiedy była pacjentką z MDS (*myelodysplastic syndrome*), z materiałów informacyjnych dowiedziała się, że pacjenci otrzymują „opiekę wspierającą” (*supportive care*). Dopiero po pewnym czasie zrozumiała, że chodzi o eufemistyczne określenie szeregu zabiegów, a słowo „wspierający” (*supportive*) bynajmniej nie odnosi się do traktowania pacjentów z empatią i poszanowaniem (Fleischman 1999: 19–20).

Szanse na ciężki przebieg

W ostatnich dwóch latach pandemii koronawirusa (COVID-19) teksty związane z chorowaniem i leczeniem docierały do odbiorców mediów masowych bez względu na to, czy byli oni bezpośrednio zaangażowani w otrzymywanie pomocy medycznej. Wszyscy, na co dzień i wielokrotnie, wysłuchiwalismy nie tylko względnie jednoznacznych komunikatów o sytuacji pandemicznej (liczbie zachorowań, akcji szczepień i wydolności systemów wspierających leczenie), lecz także bardziej skomplikowanych wiadomości o postępach w diagnozowaniu i leczeniu. Do tych ostatnich należała wiadomość o tym, że polscy naukowcy zidentyfikowali wariant genetyczny związany z przebiegiem choroby COVID-19. W styczniu 2022 r. media triumfalnie ogłaszały, że „Polacy odkryli gen zwiększający ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19” (Polityka Zdrowotna 2022) albo że „Polscy naukowcy odkryli gen odpowiedzialny za ciężki przebieg COVID-19” (Kozdraś 2022). Dziennikarze opisywali powiązanie wariantu genetycznego i przebiegu choroby, używając sformułowań *odpowiedzialny za* lub *zwiększa ryzyko*. Natomiast lekarz będący współautorem sukcesu, prof. dr hab. n. med. Marcin

Kościuszko z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, w ten sposób tłumaczył (na konferencji prasowej, co zostało przekazane w mediach) szczegóły wyników badań: „Jest to wariant genetyczny, który jest związany z chromosomem trzecim. Otóż występowanie tego wariantu, jak się okazuje, wpływa na to, że szanse na przebycie ciężkiego..., na ciężki przebieg COVID-19 rosną ponad dwukrotnie” (Kozdraś 2022).

Problem w tym, że takie sformułowanie wprowadza swoisty dysonans konotacyjny między wartością, którą implikuje dane słowo, a tym, co je de facto dopełnia (por. Kuligowska 2022). Rozumiejąc wyrażenie *szanse na* + [rzeczownik] jako ‘prawdopodobieństwo zaistnienia czegoś’, odbiorca spodziewa się pozytywnie nacechowanego zdarzenia. A takim na pewno nie jest ciężki przebieg jakiejś choroby. Oczekiwana (pozytywna) wartość pochodzi z częstości występowania kolokacji, które utrwalają oczekiwania użytkownika języka. Wyszukiwanie w korpusie monitorującym Monco PL⁷ potwierdza takie konotacje odnośnego wyrażenia, wskazując najczęstsze kolokacje, w które wchodzi sformułowanie *szanse na*. Są to: *awans*: 384, *zwycięstwo*: 286, *sukces*: 195, *mistrzostwo*: 128, *gra*: 118, *rozwój*: 105, *praca*: 160, *miejsce*: 113.

Wydaje się, że wspomniany wyżej ekspert posłużył się wyrażeniem *szanse na* + rzeczownik z negatywną waluacją, ponieważ zaczerpnął ją z akademickiego dyskursu medycznego, a w szczególności ze statystyk badań na temat uwarunkowań przebiegu chorób⁸.

Podobnie inna formuła z domeny ochrony zdrowia, *brak zmiany*, potencjalnie niesie negatywny komunikat dla pacjenta/pacjentki, który/która interpretuje ją z pozycji poza dyskursem medycznym. W tym przypadku prozodia semantyczna, czyli waluacja wyrazu wynikająca z jego częstego współwystępowania z innymi wyrazami, silnie sugeruje waluację negatywną (por. *brak opadów*, *brak jedzenia*, *brak prądu*, *brak miłości*,

⁷ Na podstawie wyszukiwania wśród 7 727 064 542 słów, 411 491 625 zdań (Monco PL, <http://monco.frazeo.pl/>, 21.03.2022).

⁸ Zauważmy, że w języku angielskim wyrażenie *chance(s) of* + rzeczownik z negatywną waluacją (w kontekście medycznym) także występuje rzadziej niż z rzeczownikiem z waluacją pozytywną. Na przykład wyszukiwanie w amerykańskim reprezentatywnym i zrównoważonym gatunkowo korpusie współczesnego języka angielskiego COCA (Corpus of Contemporary American English), zawierającym ponad miliard słów, wykazało następujące częstości występowania: *chances of dying* – 46, *chance of dying* – 144; *chances of winning* – 460, *chance of winning* – 1140; *probability of dying* – 29; *odds of dying* – 25 (<https://www.english-corpora.org/coca/>, 10.06.2022).

brak węchu i smaku). Jednakże w dyskursie medycznym wyrażenia *brak zmiany i bez zmian* komunikują raczej coś pozytywnego, bo zmiana wiąże się z odstępstwem od normy, a norma oznacza zdrowie⁹. Przeciętny pacjent z doświadczenia kontaktu z dyskursem medycznym może wiedzieć, że „b/z” to dobra wiadomość. Natomiast w języku ogólnym brak (czegośkolwiek) to raczej problem, a pozytywny wydzźwięk *braku złych wiadomości* nabiera ironicznej wręcz wyrazistości z powodu stereotypowego oczekiwania negatywnej kolokacji¹⁰. Mamy tu zatem do czynienia z dwiema interpretacjami znaczenia języka czynionymi na gruncie odmiennych kontekstów jego użytkowników.

Notabene istnieją oczywiście konteksty inne od tych już wymienionych, typowe dla profesjonalistów medycznych albo tzw. zwykłych użytkowników języka. Ciekawym przykładem połączenia obu tych perspektyw w tekście literackim jest wypowiedź Justyny Tomskiej (2021), autorki tomiku poezji *List do patomorfologa*. Fragment jej wiersza *Drugi list do patomorfologa* obrazuje recepcję rzeczownika *zmiany* – grozę ich obecności i nadzieję na ich brak. Autorka, przeżywając proces chorowania, a następnie odejście bliskiej osoby, stworzyła wiersze odwołujące się do raportów patomorfologa. Rozumienie pozytywnej wymowy *braku zmiany* świadczy o przyswojeniu przez autorkę dyskursu medycznego.

Liczne zmiany w wątrobie, mniej liczne w płucach,
ale też zawzięte.

Jedynie on, zwiślał bez zmian na własnej kreczce
– wyrostek robaczkowy.

Pośród tylu zmian, brak zmiany
jest przyjemny.

Człowiek się go chwyta (Tomska 2021: 9)¹¹.

⁹ *Brak zmiany* może też odnosić się do braku postępu choroby, a to też dobra wiadomość.

¹⁰ Jednak w innym kontekście brak wiadomości może być dobrą wiadomością – jeśli oczekujemy złych.

¹¹ Por. też znaczenie – specjalistyczne i potoczne – *światła (żył)* we fragmencie tego samego wiersza: „Napisał pan też: żyła główna dolna o pustym zapadniętym świetle. / (światło, nawet zgaszzone, zawsze daje nadzieję)” (Tomska 2021: 9).

Prozodia semantyczna

Jedną z okoliczności, które mogą wyjaśniać powyższe nacechowanie wyrazów w kontekście, jest łączliwość wyrazowa. Pojęcie prozodii semantycznej bazuje na terminie „prozodia” funkcjonującym na gruncie fonologii, który oznacza dziedzinę badań nad brzmieniowymi właściwościami jednostek większych niż fonemy. Jak pisze Mirosław Bańko (2008: 152), „prozodia w semantyce obejmuje zjawiska wykraczające poza granice jednostki leksykalnej”. Innymi słowy, chodzi o zjawiska związane z nacechowaniem, przekazywaniem oceny, jakością ładunku znaczeniowego. Przykładem często występującym w literaturze są angielskie czasowniki *cause* (‘powodować’) oraz *provide* (‘zapewniać’), mające odpowiednio prozodię negatywną i pozytywną (np. *cause an accident*, *provide help*).

Prozodia semantyczna powiązana jest zatem z kolokacjami i badana na podstawie wglądu w łączliwość wyrazową (Bańko 2008) oraz analizy wzorców kolokacyjnych. Na gruncie języka polskiego dobry przykład prozodii semantycznej stanowią sformułowania odnoszące się do przyczyn, zawierające przyimki *dzięki* albo *przez*, wskazujące odpowiednio na przyczyny pozytywne lub negatywne (*dzięki pomocy*, *przez nieżyczliwość*). Inny sposób na określenie ewaluatywnego charakteru odnośnika opisać można poprzez stosunek użytkownika do niego jako do czegoś pożądanego lub niechcianego (Bańko 2008: 153).

Prozodia semantyczna dotyczy zatem zabarwienia znaczeniowego wyrazu związanego z jego częstym współwystępowaniem z innymi wyrazami, niekoniecznie zresztą w bezpośrednim sąsiedztwie. Bańko (2008) sugeruje, że prozodię tworzy zasada organizacji wypowiedzi. W niniejszych rozważaniach chcemy zasugerować, że wartość ocenną wyrazu określa jego kontekst, a dokładnie jego jeden aspekt, tj. wyrazy współwystępujące, które jednak mogą także być rozumiane zależnie od kontekstu pozajęzykowego: domeny, specyfiki użytkowników, celów komunikacji itp.

Victoria Kamasa (2015: 107) podsumowuje liczne sposoby rozumienia prozodii semantycznej jako dotyczące „relacji między wybranym wyrazem a wyrazami występującymi w jego sąsiedztwie” oraz skoncentrowane na „nacechowaniu ewaluatywnym”. Jednak w ujęciu Johna Sinclaira (2004) prozodia semantyczna powiązana jest głównie z funkcją dyskursywną wyrazu, a jego współwystępowanie z innymi jest konsekwencją określonej intencji mówiącego oraz – w szerszym rozumieniu – mentalnej reprezentacji wydarzenia komunikatywnego. Dopiero częstość

takiego współwystępowania utrwała powiązanie wyrazów z ewaluacją – zarówno u nadawców, jak i u odbiorców komunikatu (por. Kamasa 2015: 108–109)¹². Kamasa (2015: 113), powołując się na Johna Morleya i Alana Partingtona (2009), tak odnosi się do ról uczestników komunikacji: „prozodię można definiować jako zamiar mówcy w zakresie oceny tematu, którego dotyczy jego wypowiedź”. W przypadku nadawcy prozodia pełni więc funkcję służącą spójności tekstu. Natomiast badania percepcji tekstu wskazują, że „jeśli jakaś jednostka leksykalna często występuje w kontekście o jednoznacznym nacechowaniu, to właśnie to nacechowanie wpłynie na jej interpretację w innym kontekście” (Kamasa 2015: 113).

Cóż zatem zrobić, by uniknąć nieporozumienia, gdy prozodia nadawcy jest inna niż u odbiorcy? Bańko (2008: 154–155) zauważa, że rozbieżność ta może skutkować przypisywaniem nadawcy nieistniejących intencji wyrażania oceny: „Nadawca tekstu zachowuje pewną swobodę, musi się jednak liczyć z tym, że odbiorcy – przyzwyczajeni do tego, że pewne słowa występują zwykle w kontekście nacechowanym aksjologicznie – będą się dopatrywać oceny autorskiej nawet tam, gdzie ona nie była zamierzona”.

Reprezentując punkt widzenia badacza języka, Bańko (2008: 156) zastanawia się, „jak w sposób systematyczny, a nie przygodny wykrywać prozodię semantyczną”. Przedstawia sześć sposobów jej określania, jednak wszystkie uznaje za skomplikowane, ponieważ utrudniają automatyczne pozyskanie informacji (Bańko 2008: 156–158). Obejmują one analizę wybranych tekstów, w których prozodia wykorzystywana jest w celu wywarcia wpływu na odbiorcę (np. w dyskursie reklamy), lub wgląd w różnego rodzaju źródła leksykograficzne, w poszukiwaniu różnie w nich zakodowanych informacji o prozodii wyrazów.

W tym rozdziale jednak odnosimy się w istocie do rozbieżności pomiędzy prozodią nadawcy a prozodią odbiorcy. Uczestnicy komunikacji inter-

¹² W przypadku omawianych tu przykładów można też rozważać, czy mamy do czynienia z konotacjami, a nie z prozodią semantyczną. Znaczenie wyrażenia lub frazy wyznaczają raczej pozajęzykowe cechy kontekstu: domena (np. ochrona zdrowia, medycyna) i użytkownicy (np. medycy jako wspólnota praktyków – *community of practice*). Kamasa (2015: 111) znacząco podejmuje temat relacji pomiędzy prozodią semantyczną a konotacjami, lecz tu za Sinclairem (2003: 117) przyjmujemy ich tożsamość. Kamasa (2015) jednak zwraca uwagę na niejednorodność poglądów na temat związku między prozodią a konotacją. Odnosząc się do przeciwników ich tożsamości (Xiao, McEnry 2006; Morley, Partington 2009), autorka podaje cenne kryterium rozróżnienia: „konotacje są bardziej niż prozodia dostępne intuicji” (Kamasa 2015: 111).

pretują komunikat z punktu widzenia dostępnych dla nich, odmiennych kontekstów. Nadawca jest tu osobą związaną ze środowiskiem ochrony zdrowia, natomiast odbiorca (nominowany lub mimowolny) to osoba odwołująca się do doświadczenia ogólnego (tj. niespecjalistycznego). Pozostaje pytanie, jak dany użytkownik, nawykły do typowego dla siebie kontekstu nadawania słowom znaczeń, a dodatkowo będący pod presją okoliczności (takich jak chorowanie czy leczenie), ma zyskać wgląd w prozodię semantyczną współuczestnika dialogu. Należy też wspomnieć sytuacje, w których użytkownik użytkowniczka języka przenosi elementy dyskursu specjalistycznego w zupełnie inną sferę (np. dyskurs poezji) i dopiero na tym gruncie przypisuje im znaczenie. Przykładem niech ponownie będzie wiersz Tomskiej (2021: 9), w którym opis biomedyczny, zaczerpnięty z raportu patomorfologa i przeniesiony do poezji, staje się emocjonalnym wyznaniem:

Ładnie pan pisze,
jak poeta.
Serce o zbliżonym do kropli kształcie.

Podsumowanie i wnioski

Punktem wyjścia w społecznie wrażliwej analizie dyskursu jest identyfikacja problemu, np. zauważenie zachodzących w wybranej domenie nieporozumień pomiędzy rozmówcami. W obszarze ochrony zdrowia, w relacjach między osobą udzielającą pomocy medycznej a osobą przyjmującą tę pomoc, przyczyną nieporozumienia nie musi być rozbieżność między wiedzą medyczną interlokutorów. Może nią być nieznanomość konwencji stylistycznych różnych lektów, a także nieumiejętność lub brak woli interpretowania wskazówek płynących z kontekstów obu stron. W rozdziale omówiono mechanizm braku porozumienia wynikającego z odmiennych założeń o prozodii semantycznej u nadawcy i odbiorcy.

Świadomość odmienności stylów jest warunkiem i pierwszym krokiem do zrozumienia zjawiska nieporozumienia. Na co dzień mamy do czynienia z konwersją pomiędzy językiem specjalistycznym a ogólnym¹³ – w medialnych raportach o najnowszych osiągnięciach nauk medycznych dziennikarze przekazują uproszczoną i potoczną wersję wiedzy o zdrowiu,

¹³ Jest to tzw. tłumaczenie wewnątrzjęzykowe (*intralingual translation*).

z kolei w trakcie porady lekarskiej specjalista transponuje emocjonalną relację pacjenta o jego stanie zdrowia i samopoczuciu na lakoniczny zapis symptomów i diagnozy w opisie biomedycznym, w którym językoznawcy znajdą typowe cechy dyskursu medycznego: depersonalizację i uprzedmiotowienie (por. Żelazowska-Sobczyk, Zabielska 2019: 7).

Należy zatem zapytać – czy głosy eksperta i laika powinny być sobie przeciwstawiane? Czy opis nieeksperta jest z definicji niezadowolający? A może to raczej medyk powinien przetłumaczyć na swój język percepcję chorowania, którą przynosi do niego pacjent? W literaturze przedmiotu wiele uwagi poświęca się kontrastowaniu tzw. języka lekarza i języka pacjenta, podkreślając ich odmienne zasoby, pojęcia i środki, a zapominając o wspólnocie celów¹⁴. Z jednej strony sugeruje się, że to po stronie pacjenta leży zadanie nabycia większej świadomości zdrowotnej (*health literacy*), aby podołać osiągnięciu porozumienia. Z drugiej strony współczesna edukacja medyczna coraz częściej podkreśla podmiotowość pacjentów i oczekuje od medyków większej świadomości i refleksji, umiejętności zajęcia pozycji „drugiego”, szczególnie w zakresie efektywnego porozumiewania się¹⁵. Wydaje się jednak, że do realizacji tych celów wciąż jest bardzo daleko.

Brak porozumienia jest kosztowny, a koszt ten jest w ochronie zdrowia – inaczej niż w biznesie – zdecydowanie trudny do obliczenia. Zauważając specyficzne okoliczności powstawania problemów komunikacyjnych spowodowanych tym, że medyczna odmiana języka pokrywa się z językiem ogólnym (Fleischman [2001: 475] nazywa je „językową szarą strefą”), na ich istnienie należy uczulić zarówno profesjonalistów medycznych, jak i pacjentów. Obie strony interakcji mogą i powinny starać się nauczyć otwartości na inny punkt widzenia. Dociekania jednej ze stron przejmująco formułuje poetka, bezradna w poszukiwaniu zamierzonego znaczenia:

Czytam pański raport, jak opis
z miejsca zbrodni.
Co rusz znajduję nowe dowody,

¹⁴ Por. pogląd Richarda Gwyna (2002: 34): „Medical science, like religious orthodoxy, excels at exclusion”.

¹⁵ Marta Chojnacka-Kuraś (2019) przywołuje przykłady wybitnych polskich lekarzy humanistów i edukatorów medycznych – Andrzeja Szczeklika (2009: 13) i Jana Masłowskiego (1977: 30), którzy od dawna podkreślali potrzebę nabycia przez lekarzy umiejętności słuchania oraz klarownego wyrażania się, m.in. poprzez sprawne poruszanie się pomiędzy językami – medycznym i ogólnonarodowym.

na przykład to, że żyły przy przekrawaniu chrząstki.
Mam pytanie: co pan miał konkretnie
na myśli? (Tomska 2021: 8).

Bibliografia

- Bańko M. 2008. *O tzw. prozodii semantycznej i jej opisie w słownikach*, [w:] *Nowe studia leksykograficzne*, t. 2, red. P. Żmigrodzki, R. Przybylska, Wydawnictwo Lexis, Kraków, s. 151–161.
- Bartmiński J. 2007. *Stereotyp jako przedmiot lingwistyki*, [w:] *Stereotypy mieszkają w języku*, red. J. Bartmiński, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 53–71.
- Cassell E.J. 1976. *Disease as an 'It': Concepts of Disease Revealed by Patients' Presentation of Symptoms*, "Social Science and Medicine", 10(3–4), s. 143–146.
- Chojnacka-Kuraś M. 2019. *Medycyna narracyjna z perspektywy lingwistyki i poetyki kognitywnej*, [w:] *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, red. M. Chojnacka-Kuraś, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 73–93.
- Etymologeeek. b.d. *Fascinoma etymology*, <https://etymologeeek.com/eng/fascinoma> (dostęp: 11.02.2023).
- Fleischman S. 1999. *I Am..., I Have..., I Suffer from...: A Linguist Reflects on the Language of Illness, and Disease*, "Journal of Medical Humanities", 20(1), s. 3–32.
- Fleischman S. 2001. *Language and Medicine*, [w:] *The Handbook of Discourse Analysis*, red. D. Schiffrin, D. Tannen, H.E. Hamilton, Blackwell, Malden, s. 470–501.
- Gotti M. 2008. *Investigating Specialised Discourse*, Peter Lang, Bern.
- Grabowski Ł. 2018. *Kilka słów o formułiczności z różnych perspektyw językoznawczych*, [w:] *Słowo z perspektywy językoznawcy i tłumacza*, t. 7, *Frazeologia z perspektywy językoznawcy i tłumacza*, red. M. Buchowska, T. Kananowicz, A. Pstyga, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, s. 67–76.
- Gwyn R. 2002. *Lay Talk about Health and Illness*, [w:] *Communicating Health and Illness*, red. R. Gwyn, Sage Publications, London, s. 33–59.
- Gumperz J. 1992. *Contextualization and Understanding*, [w:] *Rethinking Context: Language as an Interactive Phenomenon*, red. A. Duranti, C. Goodwin, Cambridge University Press, Cambridge, s. 229–252.
- Jarosz B. 2018. *O (nie)tożsamości pojęć JĘZYK SPECJALISTYCZNY, JĘZYK SPECJALNY, JĘZYK FACHOWY, JĘZYK PROFESJONALNY, JĘZYK ZAWODOWY, PROFESJOLEKT, TECHNOLEKT*, „Polonica”, 38(1), s. 85–108.
- Jaszczolt K. 2016. *Meaning in Linguistic Interaction: Semantics, Metasemantics, Philosophy of Language*, Oxford University Press, Oxford.
- Kamasa V. 2015. *Prozodia semantyczna. Pojęcie, problemy, przydatność*, „Socjolingwistyka”, 29, s. 105–120.

- Kielkiewicz-Janowiak A. 2021. 'Pacjent nie współpracuje': Socjopragmatyka (nie)porozumienia w ochronie zdrowia, „Poradnik Językowy”, 8, s. 7–22.
- Kotarcic A. 2021. *Aristotle on Language and Style: The Concept of Lexis*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Kozdraś I. 2022. Gen odpowiedzialny za ciężki przebieg COVID-19. Przełomowe odkrycie polskich naukowców, TVP 3 Szczecin, <https://szczecin.tvp.pl/57938611/gen-odpowiedzialny-za-ciezki-przebieg-covid-19-przelomowe-odkrycie-polskich-naukowcow> (dostęp: 11.02.2023).
- Kuligowska M. 2022. Czy rosyjski dyktator ma szansę odpowiedzieć za zbrodnie wojenne?, Dzień na Świecie, TVN24.
- Ligara B. 2011. Relacje między językiem ogólnym a językiem specjalistycznym w perspektywie językoznawstwa polonistycznego, stosowanego i glottodydaktyki, „LingVaria”, 6(2), s. 163–181.
- Masłowski J. 1977. *Polskie słownictwo lekarskie*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław.
- Mikołajewska E., Mikołajewski D. 2012. Komunikacja dla osób niepełnosprawnych w środowiskach nowych mediów, „Lingua ac Communitas”, 22, s. 89–112.
- Mishler E.G. 1984. *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*, Ablex, Norwood.
- Mishler E.G. 2005. *The Struggle Between the Voice of Medicine and the Voice of Lifeworld*, [w:] *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*, wyd. 7, red. P. Conrad, Worth Publishers, New York, s. 7–19.
- Morley J., Partington A. 2009. A Few Frequently Asked Questions about Semantic – or Evaluative – Prosody, “International Journal of Corpus Linguistics”, 14(2), s. 139–158.
- Murawska M. 2013. Czy medyczne opisy przypadku mogą być zorientowane na pacjenta?, [w:] *Słowo w kontekście*, red. A.R. Knapik, W. Chłopicki, P. Chruszczewski, Tertium, Kraków, s. 181–190.
- Polityka Zdrowotna. 2022. Polacy odkryli gen zwiększający ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19, <https://politykazdrowotna.com/arttykul/polacy-odkryli-gen-zwiekszajacy-ryzyko-ciezkiego-przebiegu-covid-19/824776> (dostęp: 11.02.2023).
- Pawley A. 2007. *Developments in the Study of Formulaic Language Since 1970: A Personal View*, [w:] *Phraseology and Culture in English*, red. P. Skandera, Mouton de Gruyter, Berlin, s. 3–34.
- Rampton B. 2019. *Interactional Sociolinguistics*, [w:] *The Routledge Handbook of Linguistic Ethnography*, red. K. Tusting, Routledge, London, s. 13–27.
- Sinaiem. 2012. *Happy New Year!* <http://sinaiem.org/foam/2012/12/31/> (dostęp: 11.02.2023).
- Sinclair J. 2003. *Reading Concordances: An Introduction*, Pearson/Longman, London.
- Sinclair J. 2004. *Trust the Text: Language, Corpus and Discourse*, Routledge, New York.
- Szczeklik A. 2009. *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Znak, Kraków.
- Tomska J. 2021. *List do patomorfologa*, Znak, Kraków.
- Xiao R., McEnry T. 2006. Collocation, Semantic Prosody, and Near Synonyms: A Cross-Linguistic Perspective, “Applied Linguistics”, 27(1), s. 103–129.

- Zabielska M. 2014. *Searching for the Patient's Presence in Medical Case Reports*, Peter Lang, Frankfurt am Main.
- Zabielska M. 2020. *Reporting on Individual Experience: A Proposal of a Patient-Centred Model for the Medical Case Report*, "Communication & Medicine", 16(3) s. 292–303.
- Zabielska M., Żelazowska M. 2017. *From Breathing Difficulty to Dyspnea: A Translation Process from the Patient's Story to the Doctor's Report in Interactive Medical Case Reports*, "Communication & Medicine", 14(1) s. 69–81.
- Żelazowska-Sobczyk M., Zabielska M. 2019. *Polskojęzyczne opisy przypadku z zakresu psychiatrii i psychologii – model tekstowy czy wyjątek? Część II*, "Applied Linguistics Papers", 26(2) s. 1–19.

ABSTRACT

Miscommunication in healthcare contexts: Semantic prosody in medical discourse and everyday language

In this discussion about the sources of misunderstanding in healthcare we focus on a situation when interlocutors speak the same language and apparently have the same aims and motivations, yet they differ in their access to the resources of context as used for interpreting the message. We juxtapose medical professionals and other communication participants (e.g. patients). Both have some knowledge and experience related to giving and receiving medical care, however they often unintentionally miscommunicate due to different interpretation of the same words and messages. It is our aim to explicate the mechanism of the dependence between the speaker context and message interpretation, based on selected phrases related to healthcare. We focus on semantic prosody.

KEY WORDS: miscommunication, semantic prosody, healthcare, communication in medicine

ABSTRAKT

Nieporozumienia w kontekście ochrony zdrowia. Prozodia semantyczna w dyskursie medycznym i w języku ogólnym

W rozważaniach na temat źródeł nieporozumienia w komunikacji w sferze ochrony zdrowia zwrócono uwagę na sytuację, w której rozmówcy posługują się wprawdzie tym samym językiem, mają pozornie te same cele i motywacje, jednak różnią się dostępem do zasobów kontekstu oraz sposobem ich użycia do interpretacji komunikatu. Skontrastowano profesjonalistów medycznych i innych uczestników

komunikacji (np. pacjentów). Obie strony mają pewną wiedzę i doświadczenie związane z udzielaniem i/lub przyjmowaniem pomocy medycznej, jednak często w sposób mimowolny porozumiewają się nieskutecznie, ponieważ odmiennie interpretują te same słowa i komunikaty. Celem dociekań jest eksplikacja mechanizmu zależności pomiędzy kontekstem a interpretacją komunikatu na podstawie analizy wybranych fraz związanych z ochroną zdrowia. W artykule skupiono się na różnicach w rozumieniu prozodii semantycznej.

SŁOWA KLUCZOWE: brak porozumienia, prozodia semantyczna, ochrona zdrowia, komunikacja medyczna

Jak rozmawiać z dzieckiem o raku? Choroba nowotworowa, wiedza biomedyczna i metafora w książce dla dzieci *Co to ten rak?*

Wprowadzenie

W rozdziale tym chciałabym nawiązać do sfery opieki medycznej, w której jednym z uczestników komunikacji jest dziecko. Komunikacja w pediatrii, jak podkreśla Marek Kulus (2014: 124), to jeden z „najbardziej wymagających obszarów dla lekarzy, pielęgniarek oraz innych osób związanych z opieką medyczną”. Cechy wyróżniające komunikację w pediatrii (o których piszą m.in. Levetown 2008; Kulus 2014; Jankowska 2021) są jednocześnie dodatkowymi wyzwaniem, z którymi mierzą się zaangażowani w nią przedstawiciele opieki medycznej.

Takim wyzwaniem jest choćby umiejętność prowadzenia rozmowy (i zbierania wywiadu) w triadzie: lekarz (przedstawiciel opieki medycznej) – dziecko – rodzice (opiekunowie). W układzie tym najważniejsza osoba (mały pacjent) często jest najmniej aktywna (Kulus 2014: 124), a różne postawy dorosłych (choćby nadmierna dominacja, nieufność wobec personelu medycznego czy zdenerwowanie) mogą wpływać na komunikację i w efekcie – na proces diagnostyczno-terapeutyczny. Wreszcie samo porozumiewanie się z dzieckiem, kierowanie do niego pytań, wyjaśnianie kwestii związanych z funkcjonowaniem organizmu (co dzieje się w jego ciele) i czynnościami medycznymi (co robimy, aby pomóc mu wyzdrowieć) – to kolejne, być może największe wyzwanie.

Należy podkreślić, że pacjentem pediatrycznym jest zarówno niemowlę, dziecko w wieku przedszkolnym i szkolnym, jak i nastolatek do ukończenia 18. roku życia. Każda z faz rozwoju fizycznego, psychicznego, emocjonalnego czy społecznego dziecka ma swoją specyfikę.

Umiejętność myślenia abstrakcyjnego i figuratywnego, rozumienie relacji przyczynowości, pojmowanie czasu czy zasób słownictwa (biernego i czynnego) – wszystko to zmienia się wraz z następstwem faz rozwojowych dziecka (por. Bokus, Shugar 2007; Trempała 2011). Dostosowanie treści (tego, co powiedzieć, aby nie przestraszyć, nie ujawnić za dużo) i formy przekazu (tego, jak powiedzieć, jakich wyrażen językowych użyć, jakie wyobrażenia przywołać, po jakie metafory sięgnąć) do fazy rozwoju poznawczego i emocjonalnego małego pacjenta, a także do tego, co wie on już o swojej sytuacji (bo bliscy już z nim o tym rozmawiali), wymaga wiedzy, świadomości i czulej otwartości na drugiego człowieka.

Tę otwartość można w sobie rozwijać, korzystając np. z książek pisanych z myślą o dzieciach i dziecięcym pojmowaniu świata, w których poruszane są najrozmaitsze zagadnienia, także te najtrudniejsze, dotyczące choroby i śmierci¹. Jedną z takich publikacji chciałabym przedstawić w tym rozdziale, wiążąc zawarty w niej sposób opowiadania o chorobie nowotworowej z uwarunkowaniami komunikacji z pacjentem pediatrycznym. Jest to książka *Co to ten rak?* autorstwa Sary Herlofsen (specjalistki z zakresu biomedycyny), zilustrowana przez Dagmar Geisler².

W dalszej analizie skupiam się na aspektach językowych przedstawiania choroby, szczególnie na występujących w omawianej książce metaforach. Metodologicznie moja wypowiedź osadzona jest w aparacie językoznawstwa kognitywnego – sięgam po koncepcję metafory pojęciowej

¹ Na rynku wydawniczym pojawia się coraz więcej książek, które zaznajamiają najmłodszych czytelników z trudnymi tematami, a jednocześnie podsuwają dorosłym pomysły na to, jak z dziećmi rozmawiać o wszystkim. Wiele z tych książek, ich recenzje oraz zestawienia można znaleźć w internecie. Na uwagę zasługują m.in. blog prowadzony przez pedagogkę Annę Jankowską (2018), która zebrała najwartościowsze jej zdaniem książki poruszające problematykę śmierci i przejmiania, a także przygotowane przez Sandrę Habrych (2020) zestawienie książek na temat funkcjonowania organizmu i chorób. W tym drugim zestawieniu znajduje się książka, która jest przedmiotem niniejszego opracowania.

² Jest to polskie tłumaczenie książki *Wie ist das mit dem Krebs?*, która ukazała się w 2018 r., a jej polskojęzyczna wersja, z której korzystam, została wydana rok później nakładem Wydawnictwa Mamania. Książka została objęta patronatem Fundacji Rak'n'Roll – Wygraj Życie. Chciałabym zastrzec, że w dalszych rozważaniach nie będę podejmować kwestii dotyczących teorii i praktyki przekładu; nie jest moim celem porównywanie tekstu wyjściowego (w języku niemieckim) z jego polskojęzycznym odpowiednikiem. Traktuję tę publikację jako tekst zastany na polskim gruncie; z takim styka się polski odbiorca, który wcale nie musi zastanawiać się nad tym, czy jest to tekst pierwotnie polski.

George’a Lakoffa i Marka Johnsona (2010), która jest podstawowym narzędziem opisu metafor w znanych mi pracach z zakresu opowiadania o chorobie³. Choroba i metafora to silne połączenie, które może mieć dla chorych zarówno dobre, jak i złe konsekwencje (por. Sontag 2016). Obecny stan badań nad konwencjami mówienia o chorobach nowotworowych (m.in. Domaradzki 2015; Semino i in. 2018; Chojnacka-Kuraś 2019; Potts, Semino 2019) pokazuje, że dominującymi modelami ich reprezentowania (w wielu językach) są alternatywne względem siebie metafory walki (z chorobą jako przeciwnikiem, wrogiem) oraz podróży (związanej z myśleniem o chorobie jako etapie życia, które jest konceptualizowane jako podróż). Oprócz nich jest wiele bardziej szczegółowych utrwalonych (oraz zupełnie indywidualnych) schematów mówienia o ciele i procesie chorobowym, powiązanych z tym, jak rozumie się stan zdrowia. O metaforyce choroby i leczenia w kontekście postrzegania ciała inspirująco pisał Jarosław Barański (2011: 72–73), zwracając uwagę m.in. na ujęcie organizmu jako maszyny, a lekarza jako operatora technicznego (ze wszystkimi tego konsekwencjami) czy też na przejawiającą się w neurologii i neurochirurgii informatyczną metaforyzację ciała. We współczesnej lingwistyce metafory nie traktuje się już tylko jako środka stylistycznego, jako ozdoby tekstu. Wraz z rozwojem kognitywistyki dostrzeżono, że myślenie metaforyczne jest jedną z podstawowych funkcji poznawczych człowieka (Lakoff, Johnson 2010). W kontekście medycznym zaś zwraca się uwagę na to, że metafory pozwalają rozumieć i oswajać doświadczenie choroby, a także pomagają kształtować podejście chorego do chorowania i leczenia (por. Coulehan 2003; Reisfield, Wilson 2004; Rybarkiewicz 2017; Gibbs 2020).

³ Z myślą o czytelnikach, którzy na co dzień nie stykają się z tą metodologią, zaznaczę, że istotą metafory pojęciowej w prezentowanym tu ujęciu jest myślenie (i mówienie) o jednej rzeczy w kategoriach typowych dla innej rzeczy. Przykładem metafory pojęciowej jest np. ARGUMENTOWANIE to WOJNA – ma ona swoje realizacje w języku m.in. w postaci takich zdań: *Nigdy nie wygrałem z nim sporu. Jeżeli użyjesz tej strategii, on cię pokona. Zaatakował wszystkie słabe punkty mojego rozumowania* (Lakoff, Johnson 2010: 30). Struktura metafory pojęciowej obejmuje dwie domeny: docelową (to, o czym się mówi, np. sztuka argumentacji) i źródłową (to, z czego czerpie się środki do mówienia o czymś innym, np. wyobrażenie militarnego starcia). Między domenami zachodzi jednostronne rzutowanie – od domeny źródłowej (używanej za prostszą, bliższą doświadczeniu, łatwiejszą do odtworzenia) do domeny docelowej (w teorii tej jest ona uznawana za bardziej abstrakcyjną, trudniejszą do wyobrażenia i opisaną).

W odniesieniu do książki *Co to ten rak?* interesują mnie szczególnie trzy zagadnienia, które postaram się rozwinąć w dalszej części opracowania:

- jak poprzez język i obraz budowana jest w książce relacja między nadawcą i odbiorcą; na jakie potrzeby dziecka (i dorosłych) książka ta odpowiada i czy jej treść jest dostosowana do możliwości odbiorcy;
- jakimi środkami językowymi przedstawiana jest choroba nowotworowa (rak) i jak te sposoby mają się do konwencjonalnego mówienia o chorobie – powielają czy przełamują schematy metaforyczne utrwalone w języku nauki i w języku potocznym;
- jak książka ta może być wykorzystywana w obszarze komunikacji medycznej – zarówno na etapie kształcenia kompetencji komunikacyjnych studentów medycyny, jak i w praktyce spotkania personelu medycznego z pacjentem pediatrycznym.

Po co i dla kogo powstała ta książka?

Książka *Co to ten rak?* została pomyślana i zrealizowana jako publikacja dla dzieci, która ma pełnić funkcję edukacyjną. Zgodnie z intencjami autorki sposób wyjaśnienia fenomenu choroby nowotworowej⁴ ma połączyć dwa założenia: przedstawić mechanizm choroby zgodnie z aktualną wiedzą biomedyczną (obalając przy tym niektóre mity na temat raka) oraz przyjąć perspektywę dziecka, tj. zarówno w warstwie treści, jak i w opracowaniu graficznym uwzględniać możliwości poznawcze i emocjonalne młodego odbiorcy.

We wstępie autorka zwraca się bezpośrednio do dzieci, pisze w drugiej osobie: „Czy znasz kogoś, kto ma raka? A może to ty na niego chorujesz? Może zauważasz, że dorośli nagle zachowują się zupełnie inaczej niż

⁴ W tytule omawianej publikacji pojawia się słowo *rak* (w niemieckim oryginale *der Krebs*). Chociaż w książce jest mowa o różnych chorobach nowotworowych, to do reprezentowania spektrum chorób o podobnym mechanizmie zostało wybrane akurat określenie nowotworów złośliwych wywodzących się z tkanki nabłonkowej. Taki sam zabieg zastosowano w polskim tłumaczeniu książki *Cesarz wszechchorób. Biografia raka* – we wstępie tłumacze wyjaśniają, że słowo *rak* wybrane zostało ze względów historyczno-kulturowych. Siddhartha Mukherjee (2013: 17) opisał bowiem historię „tajemniczej istoty, która zabijała i fascynowała ludzi, na długo zanim badacze ustalili, że nowotwory to nie jedna choroba, lecz wiele różnych” – słowo *nowotwór* nie oddałoby tego sensu i wartościowania.

zwykle, kiedy ktoś na przykład ma grypę?” (*Co to ten rak?*, 10)⁵. I zapowiada, że w książce wyjaśni, co dzieje się w ciele, kiedy ktoś choruje na raka. Jej podzielona na rozdziały opowieść o raku jest wyznaczana przez pytania, które zebrała podczas wielu rozmów z chorymi i ich rodzinami. Pytania te podzielone zostały na sześć kategorii tworzących pewien scenariusz wyobrazonego (i możliwego) przebiegu procesu chorobowego – zaczynają się od komórki i sięgają spraw ostatecznych:

- **Komórki** (Co to jest komórka? Co robią komórki?);
- **Chore komórki** (Gdzie w ciele może być rak? Jak powstają komórki nowotworowe? Kto może mieć raka?);
- **Organizm się broni** (Czym są komórki odpornościowe? Jaka jest różnica między rakiem a innymi chorobami? Jak możemy zwalczyć raka?);
- **Ciało potrzebuje pomocy** (Co się dzieje podczas operacji? Co to jest chemioterapia?);
- **Wyzdrowienie** (Jak długo trwa choroba nowotworowa? Czy można wyzdrowieć?);
- **Czy na raka można umrzeć?** (Co dzieje się z ciałem, kiedy umieramy?).

Są to z pozoru bardzo proste pytania, które zadają dzieci, a z odpowiedziami na które dorośli często sobie nie radzą. Z tego względu założonymi adresatami tej publikacji są także dorośli – rodzice, dziadkowie (wszyscy bliscy dziecka), a ja dodałabym tu również lekarzy pracujących z dziećmi. Skierowane do nich posłowie dostarcza wskazówek, jak zmierzyć się z wyzwaniem szczerej, otwartej rozmowy z dzieckiem o ciężkiej, nie zawsze uleczalnej chorobie, a także z emocjami, jakie sytuacja ta może w nim wywołać. Czerpiąc z wiedzy psychologicznej, Herlofsen zaleca, aby nie udawać przed dziećmi, że choroby nie ma, nie ukrywać też swoich emocji, bo dzieci od razu wyczuwają panujące w rodzinie napięcie, smutek bliskich, dostrzegają ciszę w domu i ukrywane łzy. Milczenie dorosłych (wynikające z chęci chronienia najmłodszych lub po prostu z niewiedzy, jak rozmawiać) szkodzi dziecku, odcina je od wiedzy i zostawia dużo miejsca na „lęk i groźne wyobrażenia” (*Co to ten rak?*, 79). Tymczasem, jak pisze autorka, dzieci okazują się bardziej wytrzymałe, niż dorośli zakładają; szczerza rozmowa, podzielenie się obawami i podanie tyłu konkretnych,

⁵ Cytaty pochodzące z omawianej książki opatruję opisem w nawiasie z numerem strony (*Co to ten rak?*, numer strony). Wszystkie wyróżnienia pochodzą ode mnie.

prawdziwych informacji, na ile odbiorca jest gotowy (aż jego potrzeby i ciekawość zostaną w danym momencie zaspokojone), budzą w dzieciach zaufanie i poczucie spokoju, tak potrzebne do przepracowania zaistniałej sytuacji (choroby własnej lub kogoś bliskiego).

W kontekście dziecięcej wyobraźni Herlofsen uczula na słowa, których używamy przy dzieciach do opisywania choroby nowotworowej: „**Złośliwe komórki rakowe**» w piersi mamy w połączeniu z ewidentnym strachem dorosłych mogą w dziecięcej fantazji szybko zmienić się w **groźnego potwora, który pożera mamę od środka**. Dlatego często pomaga rozmowa o raku na rzeczowym, biologicznym poziomie” (*Co to ten rak?*, 80).

W książce konsekwentnie używane są określenia: *rak, choroba, komórki nowotworowe, guz* (czyli „grudka składająca się z wielu tysięcy chorych komórek”) – nie pojawia się zaimek nieokreślony *coś* czy rzeczownik *zmiana*, który u różnych osób może budzić różne skojarzenia (pozytywne lub negatywne). Autorka przestrzega przed używaniem terminu medycznego *komórki złośliwe*. Wyrażenia *nowotwór złośliwy* i *nowotwór łagodny* to przykłady metafory zastylłej w terminologii medycznej. Dla specjalistów i dorosłych jest już najczęściej „martwa” (zleksykalizowana, niezauważalna), ale dla dziecka może być jak najbardziej „żywa” – może uruchomić wyobrażenie komórek rakowych jako istot złośliwych, wręcz złych, które chcą skrzywdzić chorą osobę i specjalnie działają na jej niekorzyść. Zamiast tego Herlofsen proponuje koncepcję przedstawiania komórek jako istot chorych oraz analogię do chwastów w ogrodzie (chwasty same w sobie nie są złe, ale z naszej ludzkiej perspektywy są niepotrzebne i wolimy, kiedy ich w ogrodzie nie ma):

Czy komórki nowotworowe są złe?

Niektórzy mówią, że kiedy ma się raka, to ma się w ciele złośliwe komórki. Dużo lepiej jest mówić, że **te komórki są chore**. Komórki nowotworowe **nie szkodzą ciału specjalnie, dlatego że są złośliwe, ale dlatego, że nie umieją inaczej**. Nie rozumieją, że głupio jest zbyt często się dzielić i że w ten sposób doprowadzają do choroby. Są jak chwasty w ogrodzie: one też nie są złe, ale nie chcemy ich mieć na grządce z kwiatami (*Co to ten rak?*, 28).

Oba te zabiegi językowo-myślowne mają na celu zneutralizowanie aksjologiczne wyobrażenia o raku polegające na tym, że choroby tej nie traktuje się jako istoty rozumnej i działającej naumyślnie, która dodatkowo ma względem człowieka złe intencje. Pomysł na przedstawienie komórek

rakowych jako chorych uważam za największą wartość tej książki. Omówię teraz bliżej, jak od strony graficznej (na ilustracjach) i językowej (poprzez jakie wyrażenia metaforyczne) zamysł ten został zrealizowany.

Nieodłączną częścią książki dla dzieci są ilustracje – oddziałują na wyobraźnię, pobudzają intelektualnie i emocjonalnie, bawią, działają odprężająco. Jak pisze Irena Słońska (1977: 81): „U wszystkich dzieci, nawet 4-letnich, widoczne jest dążenie do znalezienia w ilustracji silniejszego napięcia emocjonalnego. Wszystkie na miarę swojego wieku lubią się wzruszać, oburzać, zachwycać, śmiać”. Anna Teodczyk (2014: 4) dodaje, że dzieci mają spore poczucie humoru, a kontakt z wesołą ilustracją wprowadza je w pogodny nastrój. Starsze dzieci (w wieku wczesnoszkolnym) bawią ilustracje, na których zastosowana jest przerysowana forma, uwypuklająca komizm danej sytuacji. Ilustracje w książce *Co to ten rak?* są kolorowe i wesołe, nastawione na uspokojenie i odprężenie odbiorcy; niektóre przywołują konwencję komiksu – zawierają napisy, np. w chmurkach z wypowiedziami widocznych na ilustracji bohaterów.

Stylistykę tych ilustracji zapowiada już sama okładka książki. Widać na niej dorosłą kobietę (pewnie mamę) i chłopca, są kolorowo ubrani, obejmują się i o czymś rozmawiają. Wokół nich narysowane są komórki ludzkiego ciała, uśmiechnięte i podpisane: „komórka nerwowa”, „komórka mięśniowa”, „krwinka”, „komórka tkanki”. Wśród nich jest jedna niepodpisana, dziwna komórka, która wygląda inaczej niż pozostałe. Nie uśmiecha się jak one (jej mimika wyraża raczej zdziwienie, strach, niepewność), nie ma normalnych białek oczu (jedno jej oko jest jakby zakręcone), nie stoi pewnie na nóżkach (jest rozchybotana, jakby miała się przewrócić). Wreszcie, nie ma jądra komórkowego oznaczonego wykrzyknikiem jak u innych komórek. Zamiast normalnego jądra ma znak zapytania, który powtarza się w miejscu na opis typu komórki, a efekt niepewności jest spotęgowany napisem w chmurce nad głową komórki „A ja?”. To jest właśnie komórka rakowa. Jej wygląd przywołuje wyobrażenie istoty (może nawet osoby), która źle się czuje, może się czymś zatruli, jest zdezorientowana, nie ma ani siły, ani pojęcia, co się z nią dzieje.

Takie jest pierwsze wrażenie wizualne, któremu w treści książki odpowiada warstwa językowa. Z perspektywy analizy kognitywnej tak zaprojektowane ilustracje współtworzą metaforyczny obraz komórki – działanie obu kodów (języka i obrazu) oddziałuje na wyobraźnię odbiorcy (czytelnika/słuchacza) i wzmacnia przekaz. Mechanizmem metaforycznego opisu komórki rakowej nadal jest personifikacja, czyli przedstawianie danego

obiektu w kategoriach cech przypisywanych ludziom – komórka ma twarz, dwie ręce i dwie nogi, mówi, jest wyposażona w całą sferę mentalną i emocjonalną, pyta o sens swojego istnienia. Nie jest jednak przedstawiana jako napastnik, który kieruje się chęcią czynienia zła – ona jest po prostu... chora.

Metafory pojęciowe wykorzystane w książce

Herlofsen uważa, że najlepszym sposobem na oswojenie dziecka z tematyką choroby nowotworowej jest rozmowa „na rzeczowym, biologicznym poziomie”. I tak właśnie jest – analizowana tu opowieść o raku dotyczy poziomu biomedycznego, jest to historia chorych komórek⁶. Zaczniemy od początku – od tego, jak opisywane są budowa i działanie zdrowego organizmu i jak na tym tle autorka wprowadza informacje na temat komórek rakowych.

Opis struktury ciała bazuje na konwencjonalnej metaforze CIAŁO to BUDOWLA, przy czym w omawianej książce metafora ta zostaje dopasowana do dziecięcego doświadczenia zabawy: „dowiesz się wszystkiego o maleńkich klockach, z których zbudowane jest ciało – komórkach” (*Co to ten rak?*, 14). Komórki jako najmniejsze części organizmu nazwane zostają *klockami* – każde dziecko zna klocki (drewniane gładkie lub plastikowe z elementami łączącymi, typu klocki Lego) i wie, że z klocków buduje się większe konstrukcje. W innym miejscu budowa ciała zostaje zestawiona z wyobrażeniem innej zabawy – układania puzzli. Zgodnie z sugestią autorki czytelnik wyobraża sobie, że ciało to „jedne wielkie puzzle”, a wszystkie komórki to „małe kawałki, które dokładnie do siebie pasują i razem tworzą wspaniały obrazek” (*Co to ten rak?*, 24). Metafora klocków skupia się na elementach konstrukcyjnych budowli, metafora puzzli zaś wydobywa przede wszystkim „całość”, która powstaje z połączenia idealnie dopasowanych elementów.

⁶ W pewnym sensie zamysł ten jest realizacją pragnienia Susan Sontag, aby o chorobie mówić po prostu jak o chorobie. Wyraziła tę myśl m.in. w tym fragmencie swojego eseju *Choroba jako metafora*: „W miarę jak język medyczny będzie odchodził od agresywnej terminologii wojskowej i sięgał po pojęcia związane z «naturalnym systemem obrony» organizmu (to, co nazywamy systemem immunodefensywnym, można również nazwać – dla całkowitego zerwania z żargonem wojskowym – zdolnością immunologiczną), rak ulegnie stopniowo demitologizacji. Wówczas być może będziemy mogli porównywać coś do raka bez wywoływania fatalistycznych skojarzeń i podniecania do walki ze śmiertelnym, podstępny wrogiem wszelkimi możliwymi sposobami” (Sontag 2016: 85–86).

Kiedy już mamy to wyobrażenie komórek tworzących idealną całość, autorka wprowadza nowy element – komórkę nowotworową, która nie pasuje do układanki:

Jeśli w tych ogromnych puzzlach nieprawidłowy jest tylko jeden fragment, to jeszcze nie jest tak źle. Obrazek wciąż można rozpoznać. Ale jeśli jest zbyt wiele **nieprawidłowych lub zepsutych kawałków**, które stanowią coraz większą część obrazka, to **piękny wizerunek zostaje zniszczony**. Pojedyncza komórka rakowa nie może więc ciała zaszkodzić. Ale jeśli będzie zbyt **wiele komórek, które nie pasują do reszty**, wtedy chorujemy (*Co to ten rak?*, 24).

Okoliczności powstania komórki rakowej są opisywane w kategoriach choroby: „Rak zaczyna się od **choroby jednej komórki**, która **nie potrafi już wykonywać swoich zadań**” (*Co to ten rak?*, 26).

Przymiotnik *chory* w odniesieniu do komórki rakowej dopełnia jej wizerunek graficzny (specyficzny wygląd utrwalony na ilustracjach). Słowo *chory* zostaje tu użyte w znaczeniu ogólnym – nie wiemy dokładnie, na co choruje komórka, jest ona po prostu chora, nie pracuje tak, jak powinna, przez co odróżnia się od zdrowych, prawidłowo działających komórek. Komórka rakowa zostaje więc ukazana jako **nosiciel stanu choroby** (ktoś, kto zachorował i jest chory), a nie jako wykonawca czynności wymierzonych celowo w organizm człowieka (napastnik, agresor, zabójca). Na żadnym obrazku, co niezwykle ważne, komórka rakowa nie ma miny wyrażającej złość, gniew czy gotowość do wyrządzenia krzywdy – wygląda raczej na istotę osłabioną i zagubioną.

Przyczyna choroby komórki, jej złego samopoczucia, dziwnego wyglądu i nieodpowiedniego działania zostaje ukazana za pomocą kolejnej metafory utrwalonej w języku nauki, tj. DNA to KSIĘGA. Należy ona do grupy metafor opisujących DNA jako pewien rodzaj kodu (np. plan, mapa, partytura), a proces jej kształtowania (por. Zawisławska 2008; 2015) można zrekonstruować następująco: DNA to KOD → DNA to JĘZYK → DNA to JĘZYK PISANY (KSIĘGA). W opisie źródeł raka nadal znajdujemy się na poziomie biologicznym. Elementy wiedzy o genach zostają jednak wprowadzone za pośrednictwem wyobrażenia grubej księgi z wieloma rozdziałami, z której zdrowe komórki czerpią informacje o sobie i swoich zadaniach:

Wszystkie komórki mają w sobie pewien **plan, który dokładnie opisuje ich zadania**. Nazywamy go **DNA**. **Możesz je sobie wyobrazić jako bardzo**,

bardzo grubą księgę. Jest w niej wiele **rozdziałów**, które nazywamy **genami**. Pojedyncze rozdziały dokładnie wyjaśniają komórkom, jak wyglądają, jaką mają w ciele pracę do wykonania i jak szybko wolno im się dzielić. My, ludzie, mamy w naszej księdze DNA prawie 20 000 różnych rozdziałów. Na szczęście komórka nie musi czytać całego tekstu, a tylko te rozdziały, które jej dotyczą (*Co to ten rak?*, 22).

Chora komórka rakowa to ta, która ma kłopot z odczytaniem swojego rozdziału w tej księdze, bo jest w nim jakiś błąd. Aby jeszcze bardziej przybliżyć ten koncept dziecku, autorka odwołuje się do doświadczenia czytania książki – dziecko ma sobie wyobrazić, co się dzieje, kiedy w książce pojawiają się literówki czy jakieś nieczytelne znaki. Nie możemy wtedy zrozumieć tego, co czytamy. Tego właśnie doświadczają niektóre komórki w ciele. A kiedy nie potrafią wyczytać z księgi, co i jak mają robić, są zdane na siebie i zaczynają robić to, co potrafią najlepiej – dzielić się, przekazując nowym komórkom tę samą „błędną księgę”:

Jak powstają komórki nowotworowe?

Na pewno zdarzyło ci się już czytać jakąś historię w książce. Wyobraź sobie teraz, że byłoby tam **pełno literówek**. Niektóre litery byłyby niewłaściwe, inne by zniknęły, a słowa nie miałyby już sensu. Kiedy pojawia się za wiele lub zbyt dużo błędów, przestajemy rozumieć, co napisano w książce. **Komórki nowotworowe mają literówki w księdze DNA i nie potrafią odczytać swojego zadania.** Zamiast tego dzielą się zbyt szybko i zbyt często. Każda nowa komórka dostaje na drogę tę samą błędną księgę. [...] Jeśli trzeba 1000 razy przepisać tak grubą księgę, łatwo może się gdzieś wślizgnąć jakaś literówka w opisie ważnego genu. Wtedy nowa komórka nagle nie rozumie, co ma robić, i choruje (*Co to ten rak?*, 30–32).

Dalszy proces namnażania i rozprzestrzeniania się komórek rakowych jest opisany dość neutralnie – zajmują one miejsce zdrowych komórek i przeszkadzają im pracować tak, jak powinny (*Co to ten rak?*, 26). W efekcie cały organizm zaczyna funkcjonować gorzej (tak jak obrazek ułożony z puzzli zaciera się, kiedy jest w nim zbyt wiele kawałków niepasujących do siebie).

W ramach metafory DNA to KSIĘGA wprowadzony zostaje także problem poczucia winy z powodu choroby. Na pytanie dziecka „Dlaczego właśnie ja zachorowałem? Czy zrobiłem coś nie tak?” autorka odpowiada: „Nie, to nie twoja wina! Ty **nie potrafisz zmieniać ksiąg** w swoich komórkach i dlatego nie możesz nic zrobić źle” (*Co to ten rak?*, 33). I ponownie

przywołuje analogię do ogrodu, w którym pojawiają się chwasty – nawet jeśli będziemy bardzo dbać o nasz ogród, nie mamy wpływu na to, że czasami wiatr przywiewa jakieś nasionko chwastu. To się po prostu dzieje. Ale kiedy zauważymy, że chwast wyrósł, możemy go usunąć – tak samo jest z komórkami rakowymi. I tutaj pojawia się kwestia funkcji organizmu i jego naturalnej reakcji na pojawienie się chorych komórek.

W języku nauk przyrodniczych, m.in. biologii, „przeważająca większość metafor ukazuje organizm i jego części jako wysoce uporządkowane struktury, funkcjonujące precyzyjnie i logicznie” (Zawisławska 2008: 78). Jedną z nich jest (wywodząca się z myśli Kartezjusza) metafora ORGANIZM to MASZYNA. Domena źródłowa tej metafory wraz z rozwojem myśli była w tekstach naukowych doprecyzowywana i konceptualizowana jako FABRYKA, a wreszcie – KOMPUTER (Zawisławska 2011). Powszechna w naukach medycznych jest także metafora ORGANIZM to SPOŁECZEŃSTWO, szczególnie często wyzyskiwana do opisu chorób i reakcji organizmu: „ciało ma swoje systemy obronne, jest ciągle zagrożone przez «obcych» – świat wirusów, bakterii i grzybów. Bywa atakowane przez najeźdźców – owe obce komórki. Choroba jest ukazana zatem jako wojna komórek ciała z wrogiem zewnętrznym” (Zawisławska 2008: 87).

W ramach tej metafory opisuje się także choroby onkologiczne. Ze względu na inny mechanizm powstania i przebieg procesu chorobowego nowotwory nie są przedstawiane jako wrogowie zewnętrzni, tylko jako własne komórki organizmu, które „buntują się przeciwko ustalonemu porządkowi”, „wyzwalają się spod presji praw obowiązujących w społeczności organizmu wielokomórkowego” i „zajmują nowe terytoria” (Zawisławska 2008: 87).

Książka *Co to ten rak?* nie odcina się od tej konwencji, aczkolwiek wiedza o układzie odpornościowym jest w niej podana w łagodniejszej, bardziej neutralnej formie, bez odwołań do siłowych domen WALKI czy BUNTU. Najpierw opisane zostaje to, jak organizm radzi sobie z „intruzami”, którzy przychodzą z zewnątrz – bakteriami i wirusami. Zadania komórek odpornościowych, które „pomagają organizmowi wyzdrowieć”, względem zarazków są opisane jako „rozpoznawanie”, „gonienie”, „przyczepianie się do nich”, „podnoszenie alarmu” i „wołanie o pomoc” – na poziomie semantyki jest to więc bardziej akcja poszukiwawczo-ratunkowa niż operacja militarna. Jest mowa także o tym, że komórki organizmu zapamiętują, jak wygląda np. wirus ospy i dzięki temu „organizm pamięta już tych łobuzów od ospy i powstrzymuje ich, zanim znowu wyrządzą

szkody” (*Co to ten rak?*, 35). Ten schemat działania staje się następnie punktem odniesienia dla postawy komórek odpornościowych organizmu względem komórek raka, przy których sytuacji jest inna:

Z rakiem układ odpornościowy ma duże problemy, ponieważ **chore komórki należą do własnego organizmu** i w związku z tym często **nie zostają rozpoznane jako intruzy**. Maskują się wśród innych komórek ciała (*Co to ten rak?*, 35).

[...] **rak nie przychodzi z zewnątrz, jak wirus czy bakteria**. Rak powstaje **wewnątrz własnej komórki ciała**. Komórki rakowe potrafią się maskować i wyglądać dokładnie tak samo nieszkodliwie jak zdrowe komórki wokół. Dlatego układ odpornościowy nic z tymi chorymi komórkami nie robi, a one mogą się bez przeszkód rozmnażać (*Co to ten rak?*, 37–38).

I tu pojawia się temat leczenia – wspomagania organizmu, który nie radzi sobie sam z chorobą. Do opisu sposobów „zwalczania raka”⁷ autorka wykorzystuje wspomnianą już konwencjonalną metaforę ORGANIZM to MASZYNA i z domeny źródłowej wydobywa rolę lekarza jako swego rodzaju mechanika, który za pomocą odpowiednich narzędzi naprawia to, co nie działa prawidłowo:

To wszystko co innego: mieć jeden duży guz w brzuchu, wiele małych w głowie albo może komórki rakowe pływające we krwi. Na to wszystko istnieją różne leki i metody leczenia. Najlepiej wyobrazić to sobie tak, że **lekarze mają coś w rodzaju ogromnej skrzynki z narzędziami**. Muszą znaleźć odpowiednie **narzędzie**, żeby wytepić dokładnie ten konkretny rodzaj raka. Żeby usunąć z ciała komórki rakowe, czasem używają nawet **kilku różnych narzędzi** jednocześnie (*Co to ten rak?*, 39).

We fragmentach mówiących o tym, jak lekarze niszczą komórki rakowe podczas radioterapii, pojawiają się ślady metaforyki militarnej. Na ilustracjach umieszczonych w tych partiach książki widać, jak wystrzelone przez lekarzy „promienie lecznicze” trafiają w komórki rakowe, a zdrowe

⁷ W książce pojawia się jednak leksykalne nawiązanie do metaforyki walki. Czasownik *zwalczać* w odniesieniu do chorób i ich objawów ma wysoki poziom zleksykalizowania, zawarta w nim metafora jest praktycznie niewyczuwalna (por. *zwalczyć objawy grypy i przeziębienia; jak zwalczyć ból ucha*). Trudno wręcz zastąpić to słowo innym, które nie byłoby związane z domeną rywalizacji czy starcia siłowego (por. *pokonać objawy grypy i przeziębienia; wytepić pasożyty*). Pozostają jedynie czasowniki o szerszym znaczeniu, np. *pozbyć się, usunąć*.

komórki unikają uderzenia (kryją się, padają na brzuch lub plecy). Ten sposób leczenia jest zatem pokazany jako korzystanie ze specjalnej broni (przypominającej różnokolorowy pistolet laserowy). Inne metody – chemioterapia oraz immunoterapia – są opisywane w książce bez wyraźnych sygnałów metaforyki wojennej. Są to po prostu podawane chorym „substancje”, które „niszczą” (a nie „zabijają”) komórki nowotworowe (i mogą „uszkodzić” niektóre zdrowe komórki), oraz leki zawierające przeciwciała zwane „łowcami raka”.

Perspektywy wykorzystania książki w pediatrii

W opracowaniach dotyczących postępowania i rozmów personelu medycznego z dzieckiem zaleca się m.in., aby utrzymywać kontakt wzrokowy (najlepiej mówić do dziecka, mając wzrok na poziomie jego oczu), uśmiechać się i korzystać z poczucia humoru (lecz z umiarem, nie należy być zabawnym zawsze i na siłę), aktywnie słuchać i wyrażać zainteresowanie rozmówcą. Oprócz tych dość uniwersalnych zaleceń postuluje się także używanie języka zrozumiałego dla dziecka oraz posługiwanie się rysunkami i schematami (Jankowska 2021: 49–50). Należy jednak zauważyć, że „język zrozumiały dla dziecka” pozostaje pewnym hasłem, bez doprecyzowania, na czym mówienie tym językiem dokładnie polega – jakie słowa są dobre dla dziecka, a jakich lepiej unikać? Czy można sięgać po metafory? Jeśli tak, to po jakie?

Mam poczucie, że na część tych wątpliwości odpowiada książka *Co to ten rak?*, przynosząc konkretne przykłady sformułowań (np. *komórki w twoim ciele nie są złe, tylko chore*), metafor (m.in. ta ujmująca genetyczne źródła choroby jako literówki w księdze DNA), analogii (np. między pojawieniem się w ciele komórek rakowych a ogrodem z chwastami, które czasami wyrastają mimo naszych starań, aby ogród był zadbany i piękny), wreszcie – pomysłów na schematyczne rysunki (szczególnie te przedstawiające komórki ze znakiem zapytania w miejscu jądra komórkowego). Książka zawiera prosto sformułowane odpowiedzi na dziecięce pytania dotyczące różnorodnych aspektów procesu rozwoju i leczenia choroby nowotworowej, bez niezrozumiałych dla dzieci terminów medycznych, ale też bez unikania kluczowych pojęć nazywających zjawiska wprost: *rak, guz, nowotwór, komórka rakowa, chemioterapia*.

Zaproponowane w książce rozwiązania zdejmują z barków małych czytelników-pacjentów poczucie odpowiedzialności za swoją chorobę –

tłumaczą raka jako zjawisko biologiczne, o podłożu genetycznym, dające się ująć w relacjach przyczynowo-skutkowych, ale wolne od kategorii winy i kary za zrobienie czegoś złego. Podpowiadają one także, jak mówić o raku, aby nie powielać wyobrażeń o tej chorobie jako o mitycznym wrogu ludzkości, potworze, który kieruje się takimi pobudkami, jak chęć opanowania całego organizmu, wymordowania zdrowych komórek, a wreszcie i zabicia (albo gorzej – pożarcia) samego chorego. Od takich wyobrażeń i towarzyszących im emocji rak jeszcze długo nie będzie wolny, są one zbyt mocno zakorzenione w naszych schematach myślowych (i w samym języku). Mądrze poprowadzona przez lekarza rozmowa z małym pacjentem (i z jego bliskimi) może jednak wiele zmienić w jego podejściu do choroby, zarówno tu i teraz, jak i w jego przyszłym życiu.

Szczególnie ważne wydaje się to, że w omawianej książce nie ma odniesień do walki jako wyobrażenia relacji łączącej chorobę z chorującym człowiekiem. Choroba jako taka nie jest tu wrogiem, komórki rakowe nie są agresorami czy buntownikami – to własne komórki ciała, które po prostu zachorowały i nie są w stanie prawidłowo funkcjonować, w tym w odpowiednim czasie umrzeć. Ukazanie komórek jako tych, które nie są niczemu winne, nie robią niczego specjalnie, chciałyby przestać się namnażać i wreszcie pracować normalnie jak inne komórki, ale same nie potrafią naprawić „błędu w swoim rozdziale księgi DNA”, pozwala myśleć o chorobie nowotworowej bez strachu. Być może takie przedstawienie stanu organizmu ma również wpływ na zaangażowanie dziecka w leczenie. To oczywiście tylko hipoteza (wymagająca weryfikacji), do której przyznaję się z pewną nieśmiałością, ale dziecko może pomyśleć choćby tak: *Skoro moje komórki są chore i same nie potrafią się wyleczyć, to muszę im pomóc wydostać się z mojego organizmu, żeby nie przeszkadzały innym komórkom i żeby organizm znowu był zdrowy.*

Podsumowanie

Język książki *Co to ten rak?* nie jest skomplikowany, terminy specjalistyczne wprowadzane są z umiarem i wyjaśniane w przystępny sposób, a zdania są krótkie. Treść, wsparta ilustracjami, oddaje podstawowe fakty naukowe na temat raka. Autorka tłumaczy mechanizm choroby, używając możliwie ogólnych wyrażań i przywołując znane dziecku doświadczenia (zabawy, czytania książki, obserwowania ogródka). Stosuje kilka konwencjonalnych metafor (utrwalonych w naukach przyrodniczych), których

funkcję określiłabym przede wszystkim jako dydaktyczną – zgodną z celem tej publikacji.

Na zakończenie pozostaje mi wyrazić przekonanie, że wśród wielu źródeł inspiracji wzbogacających komunikację medyczną (w aspekcie dydaktycznym i jak najbardziej praktycznym) językoznawstwo – szczególnie to zorientowane kognitywnie – wydaje się źródłem obfitym i cennym. Mam nadzieję, że dla części odbiorców niniejszej monografii, wśród których być może są także lekarze pediatri, próbka języka i myślenia dotyczącego choroby nowotworowej zawarta w książce *Co to ten rak?* okaże się przydatna i skłoni do dalszych poszukiwań.

Bibliografia

- Barański J. 2011. *Ciało i sztuka leczenia. Wprowadzenie do estetyki lekarskiej*, Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wrocław.
- Bokus B., Shugar G.W. red. 2007. *Psychologia języka dziecka: stare pytania, nowe dane, nowe hipotezy*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Chojnacka-Kuraś M. 2019. Kiedy walka staje się podróżą. O przeobrażeniach metafor opisujących doświadczenie chorowania z uwzględnieniem typu i fazy choroby, „Prace Filologiczne”, 73, s. 33–48.
- Coulehan J. 2003. *Metaphor and Medicine: Narrative in Clinical Practice*, “Yale Journal of Biology and Medicine”, 76, s. 87–95.
- Domaradzki J. 2015. *Medycyna i jej metafory. O roli metafor w komunikacji lekarz – pacjent*, „Kultura i Edukacja”, 3(109), s. 27–46.
- Gibbs R.W. 2020. *How Metaphors Shape the Particularities of Illness and Healing Experiences*, “Transcultural Psychiatry”, <https://doi.org/10.1177/1363461520965424>.
- Habrych S. 2020. *Książki dla dzieci o chorobach. Jak działa nasz organizm?*, Natuli. Dzieci są ważne, <https://natuli.pl/pl/n/Ksiazki-dla-dzieci-o-chorobach.-Jak-dziala-nasz-organizm/188> (dostęp: 22.07.2022).
- Herlofsen S., Geisler D. 2019. *Co to ten rak?*, tłum. J. Maksymowicz-Hamann, Wydawnictwo Mamania, Warszawa.
- Jankowska A. 2018. *Książki dla dzieci poruszające temat śmierci i przemijania*, Nie tylko dla mam, <https://nietylkodlamam.pl/ksiazki-dla-dzieci-poruszajace-temat-smierci-i-przemijania/> (dostęp: 22.07.2022).
- Jankowska A.K. 2021. *Postępowanie z dzieckiem i jego opiekunami. Porozumiewanie się z nastolatkiem*, [w:] *Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej*, red. A. Mastalerz-Migas, A.K. Jankowska, J. Barański, Medycyna Praktyczna, Wrocław, s. 49–55.
- Kulus M. 2014. *Komunikacja w pediatrii*, [w:] *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, red. J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski, Wolters Kluwer, Warszawa, s. 124–132.

- Lakoff G., Johnson M. 2010. *Metafory w naszym życiu*, tłum. T.P. Krzeszowski, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa.
- Levetown M. 2008. *Communicating with Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information*, "Pediatrics", 121(5), s. 1441–1460.
- Mukherjee S. 2013. *Cesarz wszechchorób. Biografia raka*, tłum. J. Dziezgowski, A. Pokojka, Wydawnictwo Czarne, Wołowiec.
- Potts A., Semino E. 2019. *Cancer as a Metaphor*, "Metaphor and Symbol", 34(2), s. 81–95.
- Reisfield G.M., Wilson G.R. 2004. *Use of Metaphor in the Discourse on Cancer*, "Journal of Clinical Oncology", 22(19), s. 4024–4027.
- Rybarkiewicz D. 2017. *Metafora w działaniu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Semino E., Demjen Z., Hardie A., Payne Sh., Rayson P. 2018. *Metaphor, Cancer and the End of Life: A Corpus-Based Study*, Routledge, New York.
- Słowska I. 1977. *Psychologiczne problemy ilustracji dla dzieci*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Sontag S. 2016. *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, tłum. J. Anders, Karakter, Kraków.
- Teodorczyk A. 2014. *Pomiędzy sztuką a edukacją. Ilustracja w książkach dla dzieci i młodzieży*, Stowarzyszenie Twórców Grafiki Użytkowej, https://stgu.pl/stgu_files/Files/Anna_Teodorczyk_Pomi%C4%99dzy_sztuk%C4%85_a_edukacj%C4%85_poprawiona.pdf (dostęp: 11.02.2023).
- Trempała J. 2011. *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Zawisławska M. 2008. *Zbuntowana komórka – metafory w języku biologii*, „Studia Litteraria Polono-Slavica”, 8, s. 71–92.
- Zawisławska M. 2011. *Metafora w języku nauki (na przykładzie nauk przyrodniczych)*, Wydział Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Zawisławska M. 2015. *DNA – księga życia. Jak metafora wpływa na znaczenie wyrazów?*, „Język a Kultura”, 25, s. 179–191.

ABSTRACT

How to talk to a child about cancer? Cancer, biomedical knowledge and metaphor in the book *Co to ten rak?*

The chapter presents the ways of describing cancer in the book *Co to ten rak?*, written by a specialist in the field of biomedicine, intended for children and their relatives. The book reflects contemporary knowledge concerning the mechanisms of cancer cells formation and development as well as the methods of its treatment. This knowledge is presented in an understandable language, using

more or less conventional metaphors and comparisons (e.g. showing the body as a machine, presenting cancer cells as weeds in the garden). Particularly noteworthy is the strategy of describing the cancer cell with the adjective *chory* ('ill, sick') implemented in the book. According to the author of the book, when talking to a child, it is better to avoid the term *komórki złośliwe* ('malignant cells'), which can evoke the image of cells as dangerous creatures that intentionally harm humans. Methodologically the analysis presented in this chapter is anchored in the cognitive linguistics (the conceptual metaphor theory by Lakoff and Johnson was used), and its context is communication with a young patient in pediatric care.

KEY WORDS: disease, cancer, metaphor, medical communication, child

ABSTRAKT

Jak rozmawiać z dzieckiem o raku? Choroba nowotworowa, wiedza biomedyczna i metafora w książce dla dzieci *Co to ten rak?*

Rozdział dotyczy charakterystyki sposobów opisywania choroby nowotworowej w książce *Co to ten rak?*, napisanej z myślą o dzieciach (i ich bliskich) przez specjalistkę z zakresu biomedycyny. Treść książki oddaje współczesną wiedzę m.in. na temat mechanizmów powstawania i rozwoju nowotworu oraz metod jego leczenia. Jednocześnie wiedza ta jest przedstawiona przystępnym, zrozumiałym dla odbiorcy językiem, z wykorzystaniem bardziej lub mniej konwencjonalnych metafor i porównań (np. ukazanie ciała jako maszyny, przedstawianie komórek nowotworowych jako chwastów w ogrodzie). Na szczególną uwagę zasługuje realizowana w książce strategia określania komórki nowotworowej przymiotnikiem *chory*. Zdaniem autorki książki w rozmowie z dzieckiem lepiej unikać określenia *komórki złośliwe*, które może wywołać wyobrażenie komórek jako istot groźnych, celowo działających na szkodę człowieka. Przedstawiona w rozdziale analiza umocowana jest metodologicznie w nurcie lingwistyki kognitywnej (wykorzystano teorię metafory pojęciowej Lakoffa i Johnsona), a jej kontekstem jest komunikacja z małym pacjentem w ramach opieki pediatrycznej.

SŁOWA KLUCZOWE: choroba, rak, metafora, komunikacja medyczna, dziecko

Diana Saniewska

ORCID 0000-0003-4279-0787

Uniwersytet w Białymstoku

Janusz Rutkowski

ORCID 0009-0003-8184-874X

Uniwersytet Jinan (Kanton, Chiny)

Wilk opowiada o SMA – terapia, informacja, komunikacja marketingowa i medyczna

Co wiemy o SMA

Tytuł niniejszej pracy sugeruje, że poruszymy kilka dość rozległych kwestii. Zaczniemy od tej, która jest dla nich wspólna – od SMA. To skrótowiec utworzony od anglojęzycznej nazwy rzadkiej, przewlekłej i progresywnej choroby *spinal muscular atrophy* – rdzeniowy zanik mięśni. Prawdopodobnie część czytelników słyszała o tej jednostce chorobowej, można jednak domniemywać, że nie w związku z własną praktyką zawodową, ale za sprawą różnych medialnych, niekiedy dramatycznie sensacyjnych, doniesień (Grzęda-Łozicka 2021) związanych ze zbórkami finansującymi dostępną w USA najdroższą terapię świata – terapię genetyczną lekiem Zolgensma – której cena rynkowa to 2,1 mln dol. (Polityka Zdrowotna 2019).

To, że SMA jest chorobą rzadką, oznacza, iż występuje z częstotliwością opisywaną przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization, WHO) jako nie więcej niż pięć na 10 tys. przypadków w populacji (Vrueh, Baekelandt, Haan 2004). SMA diagnozuje się na świecie u jednego na 6–20 tys. urodzonych dzieci (Jones i in. 2015). W Polsce chorobę tę rozpoznaje się u ok. 50 dzieci rocznie (Wojciechowski, Łukomska, Barchańska 2017: 13). Ze statystyk wynika, że wśród chorób rzadkich SMA jest jedną z częstszych. Dotychczas uważane też było za drugą wśród schorzeń genetycznych dziedziczonych autosomalnie

recesywnie (po mukowiscydozie) najczęstszą przyczynę zgonów wśród dzieci (D'Amico i in. 2011: 1)¹.

Jako opinia publiczna o SMA wiemy nieco więcej od 2016 r., kiedy do obrotu rynkowego – w przyspieszonej procedurze – dopuszczony został pierwszy na świecie lek zarejestrowany do przyczynowego leczenia rdzeniowego zaniku mięśni. Tuż przed świętami, 23 grudnia 2016 r., szwajcarsko-amerykański koncern farmaceutyczny Biogen otrzymał zgodę amerykańskiej Agencji Żywności i Leków (Food and Drug Administration, FDA) na wprowadzenie nusinersenu z handlową nazwą Spinraza na rynek w USA (Court 2019; Biogen 2022). Procedury dopuszczenia tego preparatu w Unii Europejskiej trwały dłużej. Zgodnie z rekomendacją Europejskiej Agencji Leków (European Medicines Agency, EMA) Komisja Europejska dopuściła lek do stosowania w krajach Wspólnoty we wszystkich postaciach SMA (bez ograniczeń) 30 maja 2017 r. (EMA 2022).

Na refundację tej terapii w Polsce trzeba było jednak czekać kolejne miesiące – do 1 stycznia 2019 r. Po uzyskaniu pozytywnej opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT 2017) w grudniu 2018 r. minister zdrowia, ogłaszając decyzję refundacyjną, mówił, że SMA to: „straszna choroba, horror, ponieważ dziecko przestaje siedzieć, przestaje chodzić, przestaje łykać, oddychać i w końcu umiera” (Rynek Zdrowia 2018). Dodał, że rodzice patrzą, jak ich dziecko umiera „w ciągu roku, dwóch lat i są kompletnie bezradni”. Powiedział też, że mimo „dramatycznie drogiej” ceny leku wszyscy pacjenci – dzieci i dorośli – będą w Polsce leczeni (Matuszewicz 2020).

Trzeba podkreślić, że decyzja refundacyjna była dla środowiska SMA kluczowa ze względu na kontrowersyjną cenę nusinersenu. Producent określił koszt jednej dawki na 125 tys. dol. Daje to roczny koszt terapii w wysokości 750 tys. dol. w pierwszym roku (pięć dawek) i 375 tys. dol. w każdym kolejnym (trzy dawki) (Kowalczyk 2020). W momencie wprowadzenia na rynek Spinraza była więc w historii farmacji drugim najdroższym lekiem świata, po wprowadzeniu Zolgensmy jest trzecia.

¹ A jednak, kiedy w 2018 r. Edyta Saniewska i Natalia Saniewska przygotowywały książkę *Wiedza pacjentów obciążonych rdzeniowym zanikiem mięśni (SMA) oraz ich opiekunów na temat choroby*, zwróciły uwagę na to, że w środowisku uniwersytetu medycznego, tak wśród specjalistów zdrowia publicznego, jak i praktykujących lekarzy, występuje pewna aporia już na poziomie nozologicznym. Akronim SMA był bowiem mylony ze skrótowcem SM, co w oczywisty sposób pokazywało brak świadomości na temat tej rzadkiej choroby (Saniewska, Saniewska 2019: 47).

Poszczególne kraje rozpoczynały procedury refundacyjne – wiele z nich, w różnym czasie, zakończyło się sukcesem. Anna Kostera-Pruszczyk, kierująca Kliniką Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, która jest polską jednostką referencyjną dla tego schorzenia, w czasie VI konferencji „Weekend ze SMA-kiem” w 2018 r., mówiąc o tej niezwyklej chwili, zwracała uwagę, że jest to „epokowe wydarzenie w medycynie” i że „w ciągu ostatniego trzydziestolecia nie zdarzyło się ani w neurologii, ani w medycynie w ogóle tak przełomowe odkrycie, jakim jest nusinersen – lek, który diametralnie zmienia historię naturalną nieuleczalnej, śmiertelnej dotychczas choroby o podłożu genetycznym” (Saniewska, Saniewska 2019: 10). Spinraza jest precedensem w historii farmacji także dlatego, że w przypadku 95% chorób rzadkich nie ma zarejestrowanych terapii (Rynek Zdrowia 2022).

O SMA klinicznie

By scharakteryzować SMA (por. Lunn, Wang 2008; D’Amico i in. 2011; Wojciechowski i in. 2017), trzeba powiedzieć, że jest to rzadka choroba nerwowo-mięśniowa, która powoduje ciężkie i postępujące osłabienie oraz zanik mięśni wynikający z utraty neuronów przekazujących sygnały z rdzenia kręgowego do mięśni i kontrolujących ich ruch. Spośród czterech typów SMA (SMA 1, 2, 3, 4) zdecydowanie najpoważniejszy jest ten, który dotyka dzieci w pierwszych sześciu miesiącach ich życia. SMA 1 (ten typ jest najczęściej diagnozowany i to do jego naturalnej historii odnosił się w swojej wypowiedzi minister zdrowia) rozpoznawane w 57,5% przypadków charakteryzuje ciężki przebieg (typ 2 – 29,2% i typ 3 – 13,2% pacjentów) (Wojciechowski i in. 2017: 12). Do 2016 r. statystyczny chory z rozpoznaniem SMA 1 nie dożywał drugich urodzin. Choroba od samego początku zagraża życiu, prowadzi do ciężkiej niepełnosprawności i znacznego obniżenia jakości życia. Tymczasem działanie lecznicze nusinersenu polega na podniesieniu w motoneuronach poziomu białka SMN, którego niedobór jest przyczyną choroby. Dzięki zwiększonej (o ok. 40%) ilości tego białka degeneracja motoneuronów zatrzymuje się i choroba przestaje postępować. Jeśli u chorego mięśnie nie uległy jeszcze zaawansowanemu zanikowi, to w połączeniu z właściwą fizjoterapią i wielospecjalistyczną opieką medyczną lek ten może przynieść pacjentowi znaczącą poprawę, która będzie zachodzić, dopóki pacjent będzie przyjmował lek – powinien on zatem być stosowany dożywotnio. Przy czym rozpoczęcie leczenia

nusinersenem przed wystąpieniem objawów SMA może w większości przypadków zapobiec ich pojawieniu się (FSMA 2022).

Ze względu na cenę obecnie tylko ok. 10–15% dzieci z SMA na świecie i dużo mniejszy odsetek dorosłych chorych ma możliwość refundowanego leczenia nusinersenem (FSMA 2022). By to zobrazować, przywołajmy dane producenta (2020 r.), z których wynika, że na świecie Spinrazą leczonych jest ponad 11 tys. pacjentów, z czego ponad 3,7 tys. to dorośli (Biogen 2022). Tymczasem w Polsce do 30 grudnia 2021 r. rozpatrzono 925 wniosków o zakwalifikowanie do leczenia w programie, 751 pacjentów miało status leczonych, a najmłodszy włączony do programu pacjent miał 20 godzin życia (PAP 2020). Polska jest jednym z siedmiu państw Unii Europejskiej, w których nie wprowadzono – zgodnie z zapowiedzią ministra – istotnych ograniczeń w dostępie do Spinrazy; jest też drugim państwem na świecie, po USA, jeśli chodzi o tempo wdrożenia leczenia nusinersenem – realizację programu specjaliści, lekarze i eksperci z dziedziny zdrowia publicznego określają jako „modelową” (Matuszewicz 2020). Z zaprezentowanej tu zwięzłej charakterystyki wynika, że SMA to choroba będąca ogromnym wyzwaniem dla polityki zdrowotnej na szczeblu międzynarodowym i lokalnym oraz w wymiarze społecznym, rodzinnym i osobistym.

Dotychczas pisaliśmy o SMA w kategoriach biomedycznych – przywołane dane pochodzą m.in. z prestiżowego periodyku naukowego „The Lancet” (Lunn, Wang 2008). Nietrudno zauważyć, że są one – głównie na poziomie leksyki, ale też abstrakcyjnej wiedzy specjalistycznej – nieprzystępne dla osób spoza kręgów medycznych, a i tu – można podejrzewać – niewielu wie, czym są i jak działają oligonukleotydy antysensowne (FSMA 2022).

W tym miejscu spróbujmy więc wyobrazić sobie, co z tego medycznego języka rozumieją najmłodsi pacjenci, którzy z SMA zmagają się i żyją na co dzień. Następnie wyobraźmy sobie, że to wszystko można opowiedzieć językiem, który jest dla nich całkowicie zrozumiały. Co więcej – że zostało to już zrobione. W ten sposób poznaliśmy bohatera niezwykłej książki *Wilk opowiada o SMA* (Casiraghi 2021a)².

² Dalej w tekście podajemy oznaczenie (*Wilk*: strona, z której pochodzi cytat).

SMA w świecie baśni

Projekt publikacji wspierany jest i finansowany przez koncern Biogen, który – co należy podkreślić – bardzo dba o komunikację ze środowiskiem pacjenckim, wykorzystując m.in. listy otwarte oraz merytoryczne briefingi prasowe, a także swoją stronę internetową (Reuters 2017). Co ciekawe, firma sięga też po dobre praktyki w komunikacji z małymi pacjentami³, czego wyrazem jest omawiana publikacja. Jej polska wersja powstała przy wsparciu Fundacji SMA i Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych.

Piękną grafikę – o głębokich, intensywnych, by nie powiedzieć: baśniowych barwach – przygotował Europejski Instytut Wzornictwa (Istituto Europeo di Design, IED), instytucja wyższego szkolnictwa artystycznego założona w 1966 r. z inicjatywy Francesca Morellego. W filozofii IED design „staje się narzędziem społecznej, kulturowej i ekonomicznej przemiany”, co pozwala „we współpracy z innymi dziedzinami nauki identyfikować rozwiązania poprawiające jakość ludzkiego życia” (FSMA 2021). Widać to na każdej karcie tego malowniczego projektu.

Autorem książki jest włoski psycholog i psychoterapeuta Jacopo Casiraghi z Centro Clinico Nemo w Mediolanie, od 2013 r. współpracujący ze stowarzyszeniem Familgie SMA, gdzie odpowiada za pomoc psychologiczną dla chorych i ich rodzin. W wywiadzie udzielonym Fundacji SMA powiedział: „Bajki⁴ pokazują, że jesteśmy różni, a różnorodność powinna być źródłem bogactwa, nie strachu. W bajkach *Wilk opowiada o SMA* chciałem pokazać rodzinom, które dopiero usłyszały diagnozę, a także osobom, które nie znają SMA, co to znaczy mieć słabe mięśnie” (FSMA 2021).

By dowiedzieć się, co to znaczy, zajrzyjmy do środka książki. Publikacja składa się z dwunastu baśni opowiadanych przez schwytanego w pułapkę Wilka, o którym dowiadujemy się, że to „sprytna bestia, która zna wiele różnych opowieści” (Wilk: 8, 136). Nie od dziś wiadomo, że obok przyjemności

³ Takie działania podejmuje i promuje także Światowa Organizacja Zdrowia, która niebawem po wybuchu pandemii koronawirusa wydała „oswajającą” sytuację publikację dla dzieci, której towarzyszyła akcja publicznego czytania (Brunier 2019). Inne organizacje pacjenckie również przygotowały terapeutyczne książeczki dla swoich podopiecznych – np. dzieci chorych onkologicznie.

⁴ Autor posługuje się pojęciem *bajki*, jednak zaznaczyć trzeba, że w polskiej genologii literackiej bajki są utworami wierszowanymi, a opowieściom prozatorskim odpowiada określenie *baśnie*. W potocznym rozumieniu, które najwyraźniej przyjęła także Fundacja SMA przy promocji publikacji, terminy te bywają utożsamiane i stosowane zamiennie, toteż w swoich analizach również tę zamiennność przyjęliśmy.

wynikającej ze słuchania – co wykorzystuje Wilk, podobnie zresztą jak znana wszystkim Szeherazada (Bolińska 2008: 447) – czytanie opowieści może pomóc zainicjować zmiany w odbiorcy i – czasem dosłownie – ocalić życie.

Baśnie zostały dostrzeżone w kontekście terapeutycznym przez amerykańskiego psychoanalityka Brunona Bettelheima (1996), ale za pomysłodawczynię i twórczynię metodyki biblioterapii⁵ uważana jest australijska psycholog kliniczna Doris Brett, spod której pióra w 1988 r. wyszły *Annie Stories* [Opowiadania (dla) Ani], opublikowane w Polsce cztery lata później jako *Bajki, które leczą* (Szulc 2006). Obecnie podejście do wykorzystania baśni w procesie terapeutycznym różni się w zależności od jej typu i szkoły terapeutycznej⁶. Dla przykładu tylko wyjaśnijmy – w kontekście omawianej publikacji – że bajka psychoedukacyjna:

ma za zadanie wprowadzić zmiany w zachowaniu dziecka, wskazać mu nowe wzory postępowania oraz reagowania emocjonalnego, poszerzyć jego samoświadomość poprzez ukazanie innego spojrzenia na sytuację lękową. Jest to możliwe za sprawą bohatera bajki przeżywającego problem zbliżony do tego, z którym boryka się dziecko (Jakubczyk 2013: 254; por. także Witkowska-Tomaszewska 2019: 17–18).

Z kolei bajki psychoterapeutyczne „służą redukowaniu lęku, poczucia wstydu, winy, zażenowania, poniżenia, gniewu czy złości, a więc uczuć związanych z negatywnymi doświadczeniami” (Jakubczyk 2013: 254). To w efekcie wywołuje zmianę w sposobie myślenia o samym sobie i o sytuacji budzącej lęk, sprzyja otwieraniu się na innych ludzi, którzy mogą być dla dziecka źródłem wsparcia (Jakubczyk 2013: 252, 255). Bajki te mogą być wykorzystywane również profilaktycznie, by zapobiegać „niepokojom powodowanym zdarzeniami wywołującymi lęk, których dziecko nie rozumie, a o których słyszało” (Jakubczyk 2013: 252), poprzez dostarczenie mu informacji na poziomie, który jest adekwatny do jego możliwości percepcyjnych, i w łatwo przyswajalny sposób. Dlatego bajki

⁵ Nie ma wśród specjalistów zgody co do definiowania biblioterapii, a że nie jest ona przedmiotem niniejszych rozważań jako metoda, ograniczymy się jedynie do wskazania literatury prezentującej różne podejścia (zob. np. Witkowska-Tomaszewska 2019: 15–16).

⁶ Należy wyjaśnić, że bajkoterapia w nurcie psychoanalitycznym będzie wyglądała inaczej niż ta w koncepcji poznawczo-behawioralnej, inne też będzie miała cele (Bolińska 2008: 450).

wykorzystywane w funkcji terapeutycznej pełne są metafor i symboli. Mądra Sowa, która w opowieściach Wilka reprezentuje postać lekarza specjalisty, powie: „Jedynym sposobem na pokonanie strachu [...] jest przyznanie się, że się boimy” (Wilk: 15). Nie będzie mowy o rdzeniowym zaniku mięśni czy progresywnym zaniku funkcji motoneuronów, ale o „swoim Zaniku” (Wilk: 114) i o tym, że mięśnie są „miękkie jak budyń, delikatne jak prymulka” (Wilk: 18); nie pojawi się słowo „skolioza”, tylko określenie „nieco sztywniejsze plecy” czy „trochę krzywe” (Wilk: 78) lub „zbyt obolałe” (Wilk: 33). Książka jest przesyciona takimi plastycznymi i łagodnymi w wydźwięku eufemizmami terminów klinicznych.

W zależności od genezy emocji, z jakimi zмага się dziecko, bajka dostarcza wiedzy, wsparcia czy też kompensacji. W opowieściach Wilka znajdziemy cały ich wachlarz – od zaskoczenia przez dezorientację, niepokój, lęk, strach przed przyszłością, niepewność po smutek i depresję. Znajdziemy też sposoby na przededefiniowanie ich tak, by aktywować zasoby psychiczne i fizyczne w sposób, który pozwoli przeżywać doświadczenia związane z chorobą jako inny sposób życia w świecie, który ma wiele do zaoferowania, kiedy się nań otwieramy – o tym wszystkim przeczytamy w baśni *Korzystaj z tego, co ci potrzebne, by spełniać marzenia*. Jej bohaterem jest wróbelek Skorupek, który wraz z postępem choroby doświadczał osłabienia mięśni, ograniczenia mobilności, problemów z oddychaniem i jedzeniem⁷, aż w końcu stał się „Wróbelkiem na kóteczkach, który potrzebuje wtyczki w brzuchu, żeby jeść” (Wilk: 57). Nie stracił przy tym jednak chęci do czynnego uczestniczenia w życiu: „Skoro mój dzióbek jest zbyt słaby, bym mógł jeść, czemuż by nie zamocować sobie takiej rurki prowadzącej do brzuszka? Można będzie mnie nią karmić” (Wilk: 57). Mały bohater kontynuował tak: „Robię co konieczne, aby osiągnąć to, czego potrzebuję. Wiatraczek przy moim dziobie jest tylko narzędziem” (Wilk: 58) i dalej: „To, co wam wydaje się dziwne, dla mnie jest normalne” (Wilk: 58).

Wilk opowiada jednak nie tylko o pokonywaniu ograniczeń w codziennym życiu małego chorego, lecz także o tym, czego doświadczają rodzice i cała rodzina. Baśń *Serce lasu* to parabolicznie ujęty naturalny przebieg rdzeniowego zaniku mięśni⁸:

⁷ Opis nasilających się problemów zdrowotnych dziecka z SMA (zob. Mastella, Ottonello 2016).

⁸ Opis kliniczny naturalnego przebiegu SMA (zob. Wojciechowski i in. 2017: 11).

Poród był lekki i przejęta samica z czułością przytulała ukochanego malca. Mały Dzikczek miał oczy duże jak kasztany i ciemne jak jeżynki. Przeglądając się w nich, można się było zatracić. Był najpiękniejszym warchlaczkiem na świecie. Jednak trzeciego dnia, gdy Mama Dzik próbowała uczyć swojego synka chodzić, zrozumiała, że coś jest nie tak. Jego nóżki drżały i wciąż upadał na ziemię. Gdy próbowała go nakarmić, ledwo mógł ssać, choć był bardzo głodny. Jak to możliwe? (Wilk: 37)

Mały Dzikczek stawał się coraz słabszy. Mama Dzik nie wiedziała, jak mu pomóc (Wilk: 50).

[...] na ten widok chciało się płakać i krzyczeć. To było niesprawiedliwe i straszne, nadeszła jednak ta chwila. Mały Dzikczek wiedział o tym najlepiej. Zamknął oczy i dał się unieść rogom Dostojnego Jelenia. Odszedł bez pożegnania, ponieważ nie miał już siły wydobyć z siebie nawet chrząknięcia (Wilk: 52).

Dwanaście opowieści – o których już w tym momencie można powiedzieć, że spełniają kryteria stawiane publikacjom typu biblioterapeutycznego – towarzyszy czytelnikom w złożonym cyklu: od radości z narodzin dziecka przez pojawienie się pierwszych symptomów, poszukiwanie specjalistów, diagnozę, dbanie o kompleksową opiekę i rehabilitację aż po moment przedwczesnego odejścia. Wówczas pojawia się postać łagodna, ale symbolizująca to, co ostateczne: „Dostojny Jeleń przechadzał się samotnie po Sercu Lasu. Mech porastał jego poroże, a kilka rudzików uwiło sobie tam nawet gniazda” (Wilk: 36) – symbolizuje on uniwersalną mądrość, dla niektórych być może bóstwo. Nieprzypadkowo też pojawia się – jako miejsce akcji – las, „klasyczny element («W głębi ciemnego znalazłem się lasu»), który reprezentuje lęk przed nieznaną stroną choroby” (Molinari 2021: 9), ale też „Miejsce najlepsze dla strat, spotkań, odkryć i przygód, które w magicznym cyklu zdarzeń i zbiegów okoliczności zawsze w końcu doprowadzają nas do domu” (Molinari 2021: 8). Również nieprzypadkowo opowieść o potencjale nowych leków rozgrywa się na polanie – z dala od Serca Lasu. Cała historia wprowadzenia terapii na SMA została ukazana symbolicznie w bajce *Stacja na szczycie wzgórza*, która wybrzmiewa optymizmem, ale i pouczeniem: „Żeby wsiąść do jadącego pociągu⁹, musicie być gotowi: musicie wykonywać ćwiczenia oddechowe i gimnastykę i nie możecie zanadto przytyć ani schudnąć!”

⁹ Pociąg jest tu metaforą terapii.

(*Wilk*: 34). Podobnie zmetaforyzowany został przebieg leczenia nusinerselem, który podaje się dokanałowo, czyli poprzez wkłucie lędźwiowe. Brzmi strasznie, szczególnie, kiedy ma się świadomość, że procedura ta będzie powtarzana dożywotnio: „Sowa dokładnie to wytłumaczyła. Nie wystarczyło raz otrzymać lek. Trzeba go będzie dostawać z każdą porą roku, przez resztę życia. Przez calutkie życie!” (*Wilk*: 76). Postać ta udzieliła też odpowiedzi na niepokojące pytanie „Czy to zaboli?” – „Niemowłeta nawet tego nie zauważają – powiedziała Sowa. – Ale niektóre większe myszy mają nieco sztywniejsze plecy, czasem nawet trochę krzywe, więc nie będę ukrywała, że mogą czuć pewien dyskomfort. W takich przypadkach, żeby uchronić je przed odczuwaniem bólu, sprawiam, że śnią z otwartymi oczami” (*Wilk*: 78). *Rafting dla myszy*, z którego pochodzą ostatnie cytaty, ma także walory bajki relaksacyjnej (Jakubczyk 2013: 254; Witkowska-Tomaszewska 2019: 18–19), w której pojawiają się elementy o właściwościach oczyszczających z emocji, jak kąpiel pod wodospadem czy latanie, a ponadto oddziałujące sensorycznie, jak szum wody, liści, odczucia dotykowe. Znajdziemy tam takie opisy: „poczuł, że porywają go spienione wody jeziora. Zanurzyli się na kilka stóp otoczeni bąbelkami, a potem jak korek wyskoczyli z powrotem na powierzchnię, wynurzając się z wody” (*Wilk*: 82). W bajce to oczyszczające doświadczenie wplecione jest w sen pacjenta poddanego narkozie, by przeprowadzić procedurę podania leku.

Opowieści Wilka dedykowane są dzieciom, nastolatkom, rodzicom i wszystkim, którzy chcą ich wysłuchać¹⁰. Czytelnik może z łatwością dopasować treść i przekaz do własnych doświadczeń wynikających z aktualnego postępu choroby oraz etapu życia. Wiele też z tej symbolicznej podróży przez życie, chorobę, leczenie i relacje międzyludzkie dowiedzą się ci, którzy o SMA nie słyszeli.

Od kampanii społecznej do komunikacji medycznej

O książce *Wilk opowiada o SMA* miało okazję usłyszeć w Polsce 9 mln osób – do tyłu według statystyk Instytutu Monitorowania Mediów¹¹ dotarł

¹⁰ Zatem inaczej niż w standardowo rozumianej biblioterapii, która przeznaczona jest dla dzieci w wieku od 3 do 6, maksymalnie 9–10 lat (Jakubczyk 2013).

¹¹ Warszawski Instytut Monitorowania Mediów należy do międzynarodowej organizacji Federation Internationale des Bureaux d'Extraits de Presse, zrzeszającej firmy monitorujące media z całego świata (IMM 2022).

przekaz kampanii społeczno-edukacyjnej „Wilk opowiada o SMA – znani i lubiani czytają bajki dla dzieci” Fundacji SMA¹². Była ona realizowana przy współudziale Fundacji Polsat, która w sierpniu 2021 r. utworzyła specjalne wydarzenie na swoim Facebooku – nieprzypadkowo wtedy, bo sierpień to światowy miesiąc wiedzy o SMA. W tym czasie 16 osób czytało online opowieści Wilka. Część z nich związana była ze środowiskiem SMA, jak członkowie Fundacji, chorzy, rodzice dzieci z SMA, lekarze, ale były też osoby znane z ekranów telewizorów czy mediów społecznościowych¹³. Finał kampanii odbył się w czasie wspomnianej konferencji „Weekend ze SMA-kiem”, kiedy w specjalnie przygotowanym bajkowym pokoju dla dzieci całe rodziny mogły posłuchać bajek czytanych na żywo przez znanych aktorów: Olgę Kalicką, Ewelinę Bator i nowego ambasadora Fundacji SMA Mateusza Damińskiego.

Zakrojone na szeroką, ogólnopolską skalę działania Fundacji SMA związane z przygotowaniem i promocją książki – a przez to także swojego środowiska – pokazują, że organizacje pacjenckie nie są zamkniętymi enklawami, ale świadomymi swojego głosu uczestnikami dyskursu społecznego. Obecność w mediach jest jedną ze strategii komunikacyjnych Fundacji, która chce być widoczna, by móc lepiej zadbać o interesy tej grupy. Edukacyjny charakter kampanii zbudowanej na postaci bohaterów, czyli znanych osób (Kozłowska 2013), wpisuje się w idee marketingu społecznego sięgającego po, jak określa Fundacja Komunikacji Społecznej:

zestaw różnych działań zaplanowanych w konkretnym czasie, skierowanych do określonej grupy docelowej, której celem jest doprowadzenie do wzrostu wiedzy, zmiany myślenia, zachowania wobec określonego problemu społecznego lub [...] do rozwiązania problemu społecznego blokującego osiągnięcie dobra wspólnego zdefiniowanego jako dany cel marketingowy (FKS 2010).

¹² Informacje o kampanii pojawiły się w wielu serwisach – medycznych i ogólnych (np. Polsat 2021; Rynek Zdrowia 2021; Termedia 2021).

¹³ Warto wymienić: „prof. Katarzynę Kotulską-Jóźwiak z Instytutu Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka, znanych aktorów związanych z Fundacją Polsat – Magdalenę Stuzińską, Bartka Kasprzykowskiego, Tamarę Arciuch, Wojciecha Błacha, artystę kabaretowego Roberta Korólczyka czy znanego dziennikarza – Jerzego Mielewskiego. Ze strony Fundacji SMA [...] rodzice Kasia i Paweł Pedrycz, Maria Koźmińska-Brygoła, Małgorzata Bończak, czy też dorośli chorzy na SMA – znany już na całym świecie podróżnik Michał Woroch, Agata Roczniak, pierwsza polska modelka, która na wózku wjechała na wybieg u Ewy Minge, oraz Angelika Chrapkiewicz-Gądek, zdobywczyni Kilimandżaro i mówczyni motywacyjna” (FSMA 2022).

Celem marketingu społecznego jest wywarcie wpływu tak na pojedynczego odbiorcę, jak i na relacje międzyludzkie poprzez zwalczanie przesądów, niesprawiedliwości czy stereotypowego postrzegania świata (Bogunia-Borowska 2004: 129–136). Konstrukcja akcji „Wilk opowiada o SMA – znani i lubiani czytają bajki dla dzieci” odwołuje się do trzech sfer tradycyjnie eksploatowanych w reklamach: norm, racji i emocji. Na ich przecięciu toczy się gra z odbiorcą (Bralczyk 2004: 18–19) realizująca strategię postaci, dokładniej grupy rozpoznawalnych w środowisku postaci, nazwanych przez Fundację „złotą szesnastką”. Marketingowe wykorzystanie znanych postaci nie jest niczym nowym – opisuje się je jako *celebrity endorsement* (Murdoch 2003: 207), ale jest chwytem nadal bardzo skutecznym. Badania pokazują, że dla ponad 60% odbiorców reklama, w której biorą udział „znani i lubiani”, jest atrakcyjniejsza (Wiśniewska, Liczmańska 2011: 146). Warto podkreślić, że wśród czytających opowieści Wilka, a więc w charakterze postaci, pojawiły się także dzieci, dzięki którym przekaz stał się autentyczniejszy i bardziej przyjazny (Kwarciak 1999: 118).

Ciekawym elementem kampanii jest połączenie realnych postaci z tymi bajkowymi nie przez ich bezpośrednie wykorzystanie, ale dzięki odniesieniu zapośredniczonemu przez wykorzystaną w promocji książkę. Bohaterowie bajek reprezentują zwykle archetypy (mądrość, spryt, odwagę), co sprawia, że taki zakorzeniony kulturowo przekaz jest nie tylko łatwiej zauważany, lecz także na dłużej pozostaje w świadomości odbiorców (Wiktor 2001: 153). Właściwością bajek, niezależnie od kontekstu ich wykorzystania, jest to, że wywołują one „jednakową reakcję u większości odbiorców ze względu na czytelną symbolikę, wyraziste wartościowanie i utrwalone w świadomości użytkowników języka konotacje” (Horodecka 2002: 91)¹⁴. Badania nad językiem reklam pokazały ponadto, że przywoływane w nich elementy baśniowe biorą udział „w ustaleniu hierarchii świata, wpływa[ją] na modele życia społecznego poprzez kształtowanie zwyczajów, postaw” (Bralczyk, Majkowska 2000: 43). W ujęciu kulturowym, które proponuje się w pracy *Poetyka reklamy* (Szczęsna 2001), kampanie marketingowe, a wraz z nimi społeczne, odrywają się od tradycyjnego marketingowego warsztatu interpretacyjnego, by stać się obiektem odczytań humanistycznych (Chludzińska 2012: 337) – m.in. z tej perspektywy przyglądamy się omawianemu przykładowi.

¹⁴ Ważnym punktem odniesienia jest tu teoria bajki Władimira Proppa.

Przed wszystkim jednak książkę *Wilk opowiada o SMA* i promującą ją kampanię sytuujemy w obszarze inspiracji dla komunikacji medycznej. Publikacja powstała, by oswoić najmłodszych pacjentów z chorobą, która wpływa na całe ich życie. W prosty sposób przekazuje trudne sprawy – zatem na podstawowym poziomie pełni funkcję informacyjną. Nie jest to jednak ani poziom jedyny, ani najważniejszy. Wchodzimy tu bowiem w krąg medycyny, której istotą jest spotkanie człowieka z człowiekiem, ukierunkowane na potrzeby emocjonalne i możliwości percepcyjne uczestników. To krąg może zbyt rzadko odwiedzany w praktyce szpitalnej, ale coraz wyraźniej manifestujący swoją obecność.

Dzięki uprzejmości Fundacji SMA oraz Organizatorów V Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Komunikacja w medycynie”, której pokłosiem jest tom zawierający niniejsze rozważania, książka *Wilk opowiada o SMA* trafiła w ręce uczestników spotkania reprezentujących różne środowiska – praktyków i badaczy. Nie mamy wątpliwości, że może przez nich zostać wykorzystana w praktyce klinicznej oraz w dydaktyce, a także przydać się tym, którzy z SMA mieli osobisty kontakt – w rodzinie czy wśród znajomych.

Dla osób pracujących klinicznie *Wilk...* może stać się narzędziem komunikacji tyle użytecznym, ile – chciałoby się powiedzieć – humanitarnym. Subtelność opowieści, które snuje Casiraghi i z którymi można zapoznawać się w rytmie własnych potrzeb wynikających z doświadczania choroby i uczenia się życia z nią, może zrekompensować szok diagnozy przekazywanej przez klinicystę. To, że publikacja ta ma nieocenioną wartość biblioterapeutyczną dla najmłodszych pacjentów, jest oczywiste, o czym była już mowa, natomiast dla tych nieco starszych będzie ona podstawą budowania świadomości swojej choroby – tak istotnej nie tylko w kontaktach z personelem medycznym, lecz także w społeczności chorych.

Nie mniej ważne jest jednak i to, że staje się ona dla lekarzy, pielęgniarek czy fizjoterapeutów rezerwuarem języka metaforycznego, przyjaznego tak dla pacjenta, jak i jego rodziców czy opiekunów; języka, którego nie trzeba stwarzać, kiedy nie ma na to czasu w realiach szpitala, ale który można wykorzystać – polecić rodzicom małych pacjentów – ze świadomością, że został on „psychologicznie zweryfikowany” przez autora – psychologa praktykującego z tą właśnie grupą pacjentów. Mamy tu na myśli obrazowe porównania wyjaśniające np. to, jak funkcjonują mięśnie chorego na SMA („miękkie jak budyń, delikatne

jak prymulka”). Język ten trafi też do rodziców, ponieważ najczęściej nie mają oni przygotowania medycznego, a konkretyzujące metafory wyjaśniają świat choroby lepiej niż terminologia medyczna. Warto więc, by z publikacją tą zapoznali się nie tylko ci, którzy już pracują klinicznie, ale także ci, którzy kierunki medyczne dopiero studiują bądź doksztalcają się w zakresie wiedzy np. o chorobach rzadkich czy w obszarze zdrowia publicznego. Dla nich SMA – jako choroba rzadka – również może być czymś nowym, jednostką chorobową, z którą stykają się po raz pierwszy. Choć, jak podpowiadają statystyki, spotkają prawdopodobnie niewielu pacjentów z takim rozpoznaniem, to omawiana książka będzie stanowić nieocenione narzędzie nawet wtedy, kiedy podzieli się nim z jednym chorym, by wesprzeć proces diagnozy i leczenia. Uniwersalna formuła baśni jest na tyle nośna, że z łatwością – dzięki tłumaczeniom – może być wykorzystywana w różnych krajach.

Z kolei dla dydaktyków zajmujących się kształceniem kompetencji narracyjnej pracowników opieki medycznej głęboko humanistyczne opowieści Casiraghiego stworzą aparat, który sprawdzi się jako przygotowanie do rozmowy z pacjentami nie tylko o SMA, lecz także o innych ciężkich, przewlekłych i prowadzących do niepełnosprawności chorobach w sposób nie biomedyczny, ale uwzględniający doświadczenia chorego dziecka czy jego rodziców.

Podsumowanie

Podjęte tu rozważania sytuują się nie w głównym nurcie medycyny czy marketingu, ale w polu wyraźnego oddziaływania obu tych dziedzin, których mariaż jest tak widoczny w działaniach organizacji pacjenckich (Hall 2013). Splot trzech funkcji – terapeutycznej, informacyjnej oraz marketingowej – czyni książkę *Wilk opowiada o SMA* oraz działania promujące tę publikację wyjątkowym przykładem wykorzystywania narzędzi komunikacji marketingowej w obszarze komunikacji medycznej. Co więcej, książka ta sama w sobie jest narzędziem, którym mogą posługiwać się klinicyści i dydaktycy w codziennej praktyce szpitalnej i akademickiej, a także pacjenci i rodzice w codziennych zmaganiach z doświadczaniem życia z SMA.

Świadomie nie zdradzaliśmy wielu szczegółów baśni, by zachęcić do sięgnięcia po tę publikację – można ją pobrać w formacie .pdf lub posłuchać audiobooka (zob. Casiraghi 2021b). „Wilk skończył już opowiadać o SMA”, jak podsumowywała Fundacja, ale jeszcze wróci. Na publikację

czeka już piętnaście kolejnych baśni zebranych w tomie o znaczącym (jak można się domyslać na podstawie najnowszych doniesień dotyczących prac nad kolejnymi terapiami) tytule *Wilk zjada SMA*. Plany kontynuacji tej książki najlepiej świadczą o tym, że spełnia ona swoje funkcje.

Bibliografia

- AOTMiT [Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji]. 2017. *Opinia nr 19/2017 z dnia 21 grudnia 2017 r. Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności finansowania ze środków publicznych leku Spinraza, nusinersen, roztwór do wstrzykiwań à 12 mg/5 ml, we wskazaniu rdzeniowy zanik mięśni typ I (ICD10: G12.0) w ramach ratunkowego dostępu do terapii lekowych*, http://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2017/185/REK/Rdtl_19_2017_Spinraza.pdf (dostęp: 9.01.2022).
- Bettelheim B. 1996. *Cudowne i pozytywne. O znaczeniach i wartościach baśni*, tłum. D. Danek, Wydawnictwo Jacek Santorski & Co, Warszawa.
- Biogen. 2022. *Spinraza*, https://www.spinraza.com/en_us/home/spinraza-stories/childrens-stories.html (dostęp: 9.01.2022).
- Bogunia-Borowska M. 2004. *Reklama jako tworzenie rzeczywistości społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Bolińska M. 2008. *Właściwości ludyczne opowiadań i bajek terapeutycznych (na wybranych przykładach)*, „Napis. Seria XIV”, 450, s. 447–460.
- Bralczyk J. 2004. *Język na sprzedaż*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Bralczyk J., Majkowska G. 2000. *Język mediów – perspektywa aksjologiczna*, [w:] *Język w mediach masowych*, red. J. Bralczyk, K. Mosiołek-Kłosińska, Upowszechnianie Nauki – Oświata „UN-O”, Warszawa, s. 43–50.
- Brunier A. 2019. *Children’s Story Book Released to Help Children and Young People Cope with COVID-19*, World Health Organization, <https://www.who.int/news/item/09-04-2020-children-s-story-book-released-to-help-children-and-young-people-cope-with-covid-19> (dostęp: 9.01.2022).
- Casiraghi J. 2021a. *Wilk opowiada o SMA*, tłum. M. Zielińska, Fundacja SMA, Warszawa.
- Casiraghi J. 2021b. *Wilk opowiada o SMA*, tłum. M. Zielińska, Fundacja SMA, Warszawa, Flipsnack, www.flipsnack.com/EB787CF6AED/pl-book-pol/full-view.html (dostęp: 11.02.2023).
- Chłudzińska E. 2012. *Studia nad językiem reklamy*, „Studia Łomżyńskie”, 22, s. 335–342.
- Court E. 2019. *Na rynek wejdzie najdroższy lek na świecie. Novartis dostał na to zgodę od amerykańskiej agencji*, Business Insider Polska, <https://businessinsider.com.pl/firmy/strategie/zanik-miesni-sma-najdrozszy-lek-swiata-geny-novartis/hcmgpfb> (dostęp: 9.01.2022).
- D’Amico A., Mercuri E., Tiziano F.D., Bertini E. 2011. *Spinal Muscular Atrophy*, “Orphanet Journal of Rare Diseases”, 6, 71.

- EMA [European Medicines Agency]. 2022. *EPAR summary for the public: Spinraza*. EMA/736370/2017, EMEA/H/C/004312, <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/spinraza> (dostęp: 9.01.2022).
- FKS [Fundacja Komunikacji Społecznej]. 2010. *Kampania społeczna – definicja Fundacji Komunikacji Społecznej*, <https://kampaniespoleczne.pl/kampania-spoeczna-definicja-fundacji-komunikacji-spoecznej> (dostęp: 9.01.2022).
- FSMA [Fundacja SMA]. 2021. *Jacopo Casiraghi Wywiad*, YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=vVqrlS1-vYw> (dostęp: 9.01.2022).
- FSMA [Fundacja SMA]. 2022. <https://www.fsma.pl> (dostęp: 9.01.2022).
- Grzegorzczak A. 2010. *Reklama*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Grzęda-Łozicka K. 2021. *Kontrowersje wokół zbiórek na leczenie dzieci z SMA. Czy część z nich jest organizowana niepotrzebnie?*, WP Parenting, <https://parenting.pl/kontrowersje-wokol-zbiorek-na-leczenie-dzieci-z-sma-fundacja-zarzuca-siepomaganaduzycia> (dostęp: 9.01.2022).
- Hall J.G. 2013. *The Role of Patient Advocacy/Parent Support Groups*, "South Africa Medical Journal", 103, s. 1020–1022.
- Horodecka A. 2002. *Mitologiczny świat reklam. Treści religijne w reklamie telewizyjnej emitowanej w Polsce w latach 2000–2001 oraz w wybranych przykładach reklamy zewnętrznej i prasowej*, Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków.
- ICD10 [International Classification of Diseases 10]. 2018. *Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych*, <http://lista.icd10.pl> (dostęp: 9.01.2022).
- IMM [Instytut Monitorowania Mediów]. 2022. <https://www.imm.com.pl> (dostęp: 9.01.2022).
- Jakubczyk K. 2013. *Bajkoterapia jako metoda pracy z dzieckiem w wieku przedszkolnym*, „Nauczyciel i Szkoła”, 1 (53), s. 249–258.
- Jones C., Oskoui M., Zielinski D., Vinikoor L., Farwell W. 2015. *Systematic Review of Incidence and Prevalence of Spinal Muscular Atrophy (SMA)*, "European Journal of Paediatric Neurology", 19, s. S64–S65.
- Kowalczyk M. 2020. *Pięć najdroższych leków świata*, Rzeczpospolita, <https://www.rp.pl/diagnostyka-i-terapię/art926651-piec-najdrozszych-lekarstw-swiata> (dostęp: 9.01.2022).
- Kozłowska A. 2013. *Bohater reklamowy, czyli jak budować wiarygodność w reklamie*, „Kwartalnik Kolegium Ekonomiczno-Społecznego Studia i Prace”, 1, s. 119–137.
- Kwarciak B. 1999. *Co trzeba wiedzieć o reklamie*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków.
- Lunn M.R., Wang C.H. 2008. *Spinal Muscular Atrophy*, "The Lancet", 21, s. 2120–2133.
- Mastella C., Ottonello G. red. 2016. *Z SMA 1 na co dzień. Vademecum opieki nad dzieckiem z najcięższą postacią rdzeniowego zaniku mięśni*, Fundacja SMA, Warszawa.
- Matuszewicz K. 2020. *Modelowe wdrożenie programu lekowego w terapii SMA*, Puls Medycyny, <https://pulsmedycyny.pl/modelowe-wdrozenie-programu-lekowego-w-terapii-sma-980432> (dostęp: 9.01.2022).

- Molinari E. 2021. *Bajki, które leczą*, [w:] J. Casiraghi, *Wilk opowiada o SMA*, tłum. M. Zielińska, Fundacja SMA, Warszawa, s. 8–11.
- Murdoch A. 2003. *Kreatywność w reklamie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- PAP [Polska Agencja Prasowa]. 2020. *Skuteczność terapii w SMA jest potwierdzona*, <https://www.pap.pl/centrum-prasowe/767752%2Cskuteczność-terapii-w-sma-jest-potwierdzona.html> (dostęp: 9.01.2022).
- Polityka Zdrowotna. 2019. *SMA: Najdroższa terapia świata zarejestrowana przez FDA*, <https://www.politykazdrowotna.com/45342,sma-najdrozsza-terapia-swiatea-zarejestrowana-przez-fda> (dostęp: 9.01.2022).
- Polsat. 2021. „Wilk opowiada o SMA”. *Znani i lubiani czytają bajki dla dzieci*, <https://www.polsat.pl/news/2021-07-30/wilk-opowiada-o-sma-znani-i-lubiani-czytaja-bajki-dla-dzieci> (dostęp: 9.01.2022).
- Reuters. 2017. *BRIEF – Biogen says Spinraza approved in EU as first treatment for SMA*, <https://www.reuters.com/article/brief-biogen-says-spinraza-approved-in-eidUSFWN1IY0DC?fbclid=IwAR1r3twmvuJAjgyOGxVWFHVEUJUbS40WFXD83fK6lh5E4Z-2L6og9kAges> (dostęp: 9.01.2022).
- Rynek Zdrowia. 2018. *Minister zdrowia o leku na SMA: terapia u wszystkich pacjentów będzie refundowana*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Minister-zdrowia-o-leku-na-SMA-terapia-u-wszystkich-pacjentow-bedzie-refundowana,190400,14.html> (dostęp: 9.01.2022).
- Rynek Zdrowia. 2021. „Wilk opowiada o SMA”. *Trwa wyjątkowa kampania edukacyjna nt. rdzeniowego zaniku mięśni*, <https://www.rynekzdrowia.pl/Neurologia/Wilk-opowiada-o-SMA-Trwa-wyjatkowa-kampania-edukacyjna-nt-rdzeniowego-zaniku-miesni,224053,208.html> (dostęp: 9.01.2022).
- Rynek Zdrowia. 2022. *Na 95 proc. chorób rzadkich nie ma zarejestrowanych leków*, <https://www.rynekzdrowia.pl/choroby-rzadkie/Na-95-proc-chorob-rzadkich-nie-ma-zarejestrowanych-lekow,229412,1024.html> (dostęp: 9.01.2022).
- Saniewska E., Saniewska N.E. 2019. *Wiedza pacjentów obciążonych rdzeniowym zanikiem mięśni (SMA) oraz ich opiekunów na temat choroby*, Wydawnictwo Prymat, Białystok.
- Szczęsna E. 2001. *Poetka reklamy*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Zsulc W. 2006. *Bajki nie-bajki i bajkoterapia*, „Życie Szkoły”, 6, s. 5–11.
- Termedia. 2021. „Wilk opowiada o SMA – znani i lubiani czytają bajki dla dzieci”, <https://www.termedia.pl/wartowiedziec/-Wilk-opowiada-o-SMA-znani-i-lubiani-czytaja-bajki-dla-dzieci,43324.html> (dostęp: 9.01.2022).
- Vrueh R. de, Baekelandt E.R.F., Haan J.M.H. de. 2004. *Background Paper on Orphan Diseases for the ‘WHO Report on Priority Medicines for Europe and the World’*, Eurodis, http://www.eurordis.org/IMG/pdf/princeps_document-EN.pdf (dostęp: 9.01.2022).
- Wiktor J. 2001. *Promocja. System komunikacji przedsiębiorstwa z rynkiem*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Wiśniewska A.M., Liczmańska K. 2011. *Wykorzystanie postaci jako instrumentu perswazji w reklamie*, „Roczniki Ekonomiczne Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy”, 4, s. 133–149.

- Witkowska-Tomaszewska A. 2019. *Bajka terapeutyczna jako narzędzie wspomagające pracę wychowawczą nauczyciela*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, 2, s. 14–26.
- Wojciechowski P., Łukomska E., Barchańska M. 2017. *SMA. Rdzeniowy zanik mięśni. Aktualna wiedza i sposób postępowania*, Central and Eastern European Society of Technology Assessment in HealthCare, Kraków.

ABSTRACT

***The Wolf Tells About SMA* – therapy, information, marketing and medical communication**

In this article, we present Jacopo Casiraghi's *The Wolf Tells About SMA*, which consists of twelve stories about the experience of a rare, chronic, leading to severe disability or premature death disease which is spinal muscular atrophy (SMA). From a clinical description of the disease we move to a metaphorical presentation in the book, which was given a clearly bibliotherapeutic character by the author-psychologist. We distinguish and discuss three functions of this publication: therapeutic, informative and marketing (in the context of the social campaign “The Wolf talks about SMA – the well-known and well-liked read fairy tales for children”) and its potential in the field of medical communication. This book can become a tool for clinicians and educators in their daily hospital and academic work, as well as for patients and parents in their daily struggles with experiencing life with SMA.

KEY WORDS: SMA, spinal muscular atrophy, *The Wolf Tells About SMA*, medical communication

ABSTRAKT

***Wilk opowiada o SMA* – terapia, informacja, komunikacja marketingowa i medyczna**

W artykule prezentujemy publikację *Wilk opowiada o SMA* Jacopa Casiragiego, na którą składa się dwanaście opowieści o doświadczeniu rzadkiej, przewlekłej, prowadzącej do ciężkiej niepełnosprawności lub przedwczesnej śmierci choroby, jaką jest rdzeniowy zanik mięśni (*spinal muscular atrophy*, SMA). Od klinicznego opisu choroby przechodzimy do jej metaforycznego ujęcia w książce, której autor-psycholog nadał wyraźnie biblioterapeutyczny charakter. Wyróżniamy i omawiamy trzy funkcje tej publikacji: terapeutyczną, informacyjną oraz marketingową (w kontekście kampanii społecznej „Wilk opowiada o SMA – znani i lubiani czytają bajki

dla dzieci”) oraz jej potencjał w obszarze komunikacji medycznej. Może ona stać się narzędziem dla klinicystów i dydaktyków w ich codziennej pracy szpitalnej i akademickiej, a także pomocą dla pacjentów i rodziców w codziennych zmaganiach z doświadczaniem życia z SMA.

SŁOWA KLUCZOWE: SMA, rdzeniowy zanik mięśni, *Wilk opowiada o SMA*, komunikacja medyczna

TECHNOLOGIA I INTERNET
JAKO NARZĘDZIE I PRZESTRZEŃ
KOMUNIKACJI O ZDROWIU

Rola ekspertów komunikacji medycznej w badaniach z zakresu *human–robot interaction*

Wstęp

Obserwowane w ostatnich dekadach zjawiska demograficzne, które implikują zmianę struktury demograficznej społeczeństw (w tym powiększanie się najstarszych kohort wiekowych oraz związany z nim niedobór wykwalifikowanych pracowników), skutkują poszukiwaniem rozwiązań automatyzujących kolejne sektory rynku pracy. Równolegle do tych procesów doświadczamy zwiększonego zakresu penetracji technologicznej wszystkich sfer życia zawodowego i prywatnego, a odsetek osób swobodnie korzystających z owoców rewolucji technologicznej permanentnie wzrasta. Splot tych czynników sprzyja rozwojowi robotyki społecznej oraz badań nad interakcjami zachodzącymi pomiędzy człowiekiem a nowoczesnymi, nierzadko inteligentnymi urządzeniami (Stock-Homburg 2022). Precyzja ich ruchów, niezawodność działania, wierna, wielokrotna odtwarzalność poleceń oraz zdolność do nieprzerwanej pracy w wielu obszarach stanowią o przewadze robotów nad aktywnością ludzką.

Rozważania prowadzone w niniejszym tekście dotyczą specyficznej grupy technologii wchodzącej w interakcję z człowiekiem. Należą do niej chatboty i voiceboty oparte na działalności systemu umożliwiającego prowadzenie dialogu, tj. silnika dialogowego. Rozwiązania te stają się coraz popularniejsze i są coraz częściej wykorzystywane m.in. do obsługi masowego ruchu klientów sektora bankowego, ubezpieczeń czy przesyłek kurierskich. Boty stały się także częścią systemu ochrony zdrowia, a ich użycie pozytywnie wpływa na proces terapeutyczny i opiekuńczy dotyczący osób starszych, będących w trakcie terapii, przewlekle chorych czy pacjentów samotnych. Jako przykłady wskazać tu można choćby boty monitorujące

przestrzeganie zaleceń lekarskich: Mabu Robot, MyTherapy, Pill Reminder – All in One, tekstowe systemy do zbierania wywiadu medycznego: ADA, Your.MD, Saykara, MedWhat oraz systemy umożliwiające rozmowę głosową: Health Navigator i Infermedica Symptome Checker.

Pomimo iż rozwiązania te stają się technologicznie coraz doskonalsze, na etapach ich tworzenia nie może zabraknąć ekspertów od komunikacji medycznej. Specjaliści tacy potrafią poprowadzić proces interakcji pacjenta z botem (zwanym często „agentem konwersatoryjnym”) zgodnie z najlepszymi światowymi standardami.

Obszar badań *human-robot interaction*

Studia z zakresu interakcji człowiek – robot koncentrują się na uwarunkowaniach relacji komunikacji człowieka z (ro)botem, ale również na rozumieniu, projektowaniu i ocenie tejsze interakcji w celu jak najlepszego tworzenia i wdrażania robotów zdolnych do realizacji interaktywnych zadań w środowisku działania człowieka (Rudnicka 2014: 53). Badania nad *human-robot interaction* (HRI) mają charakter interdyscyplinarny. Łączą w sobie dorobek naukowy takich dyscyplin, jak: robotyka, inżynieria, informatyka, kognitywistyka czy psychologia. W ich obrębie coraz więcej analiz koncentruje się na interakcjach człowieka z tzw. robotami społecznymi, które „istnieją głównie po to, by wchodzić w interakcje z ludźmi” (Kirby, Forlizzi, Simmons 2010: 322), wywoływać u nich reakcje społeczne (Leite, Martinho, Paiva 2013) lub wpływać na siebie nawzajem (Fong, Thorpe, Baur 2003: 257). Wyposażone w tego rodzaju funkcjonalności roboty projektowane są po to, aby odgrywać w społeczeństwie rolę służebną względem człowieka, m.in. jako opiekunowie, przewodnicy, asystenci czy nauczyciele. Roboty społeczne, będące autonomicznymi maszynami, mają dodatkowo zdolność rozpoznawania innych robotów i wchodzenia z nimi w relację komunikacyjną. Ich wygląd ma przy tym znaczenie drugorzędne. Zdaniem Terrence’a Fonga, Illaha Nourbakhsha i Kerstin Dautenhahn (2003) niniejsza cecha stanowi o wyróżniku tego rodzaju agentów pozaludzkich, na plan dalszy spychając kwestię poziomu odwzorowania ludzkiego wyglądu danego robota społecznego (Wasilewska, Łupkowski 2021: 166). Odmiennego zdania jest natomiast Kwan Min Lee (2005: 539), który w artykule o robotach jako istotach rozwijających się przekonywał, że roboty społeczne to antropomorficzne urządzenia zaprojektowane w celu wchodzenia z użytkownikami

w interakcje społeczne, tak aby wywoływać u nich tendencje do postrzegania robotów jako aktorów społecznych. Tak zakreślone pole rozumienia robotów społecznych włącza do ich zbioru jedynie urządzenia budowane na podobieństwo człowieka, a wyklucza z niego te, które odwzorowują wyglądem zwierzę (np. zoomorficzne rozwiązania takie jak terapeutyczny robot Paro) lub których kształt dostosowany jest do pełnionych funkcji (np. robot sprząający iRobot Roomba).

Kwestia antropomorfizacji wytworów robotyki społecznej stanowi nowy, dynamicznie rozwijający się obszar badań. Ten kierunek refleksji powoduje odchodzenie od konstrukcji maszyn „chłodnych”, użytkowych na rzecz tworzenia robotów humanoidalnych wzbudzających u odbiorców emocje. Pozytywny afekt ma jednak swoje granice, które zbadane zostały już w 1970 r. przez japońskiego naukowca Masahira Moriego. Stworzona przez niego nośna teoria „doliny niesamowitości” wskazuje, że ludzie większą sympatią darzą roboty człekokształtne niż te całkowicie różne od *homo sapiens*. Wzrastający poziom sympatii ma jednak znaczący punkt brzegowy, w którym bardzo duże podobieństwo, a równocześnie nienaturalność przewidywalnego zachowania budzą u odbiorców poczucie dyskomfortu, a nawet niepokój czy strach. Wyobraźmy sobie bowiem humanoidalnego robota wchodzącego w naturalną rozmowę, który w trakcie interakcji z człowiekiem odkłada na sąsiednie krzesło „głowę”. W takich okolicznościach zestaw (często) nieuświadomionych oczekiwanych zachowań zostaje uświadomiony w momencie zaistnienia sytuacji nieprzewidzianej (Mori 2012).

Badania z zakresu HRI obejmują swym zasięgiem także – najistotniejszych z naszej perspektywy – agentów konwersacyjnych, czyli boty oparte na silniku dialogowym (mechanizmie zarządzania dialogiem) wykorzystywanym do budowy chat- oraz voicebotów. Rozwiązania te prowadzą rozmowę z użytkownikiem za pomocą tekstu bądź wypowiedzi ustnej. Tym samym technologia, która wchodzi w interakcję z odbiorcą, może w ogóle nie przyjmować postaci materialnej – może pozostawać poza bezpośrednim, fizycznym doświadczeniem jednostki, wypełniać swoje funkcje komunikacyjne bez ingerencji w jednostkową przestrzeń. Trudnością w tworzeniu tego rodzaju rozwiązań są ograniczenia technologiczne. Na obecnym poziomie rozwoju nie ma możliwości prowadzenia swobodnej rozmowy z użytkownikiem; zakres możliwości opisywanych botów zamyka się często w sztywnych ramach architektury systemu, mającej schemat prostego drzewa dialogowego. Dodatkowa trudność wiąże się

z przetwarzaniem języka naturalnego oraz z tworzeniem odpowiedniego zbioru danych uczących, pozwalających na trenowanie modeli językowych. W efekcie tych niedostatków dostępne na rynku rozwiązania są dla odbiorców mało satysfakcjonujące i często postrzegane jako nienaturalne.

W sposób szczególny niedostatki te zauważane są przez pacjentów. Są oni szczególną grupą docelową, gdyż realizacja ich interakcji z botem nierzadko związana jest z sytuacją pogorszenia stanu zdrowia, ogólnym złym samopoczuciem czy towarzyszącym interakcji dyskomfortem. Biorąc dodatkowo pod uwagę fakt, że agenci konwersacyjni funkcjonujący w domenie medycznej powinni charakteryzować się wysokimi wskaźnikami dokładności, wierności i czułości rozpoznania, rola ekspertów z zakresu komunikacji medycznej wydaje się w procesie kreacji tego rodzaju technologii absolutnie nieodzowna.

Znaczenie ekspertów komunikacji medycznej w obszarze HRI

Proces tworzenia interakcji człowieka z botem w przestrzeni ochrony zdrowia winien uwzględniać równocześnie wiele mechanizmów i aspektów. Pierwszym z nich jest bez wątpienia aspekt biomedyczny. Składa się na niego umiejętność projektowania dialogu umożliwiającego stawianie i weryfikację hipotez klinicznych. Jako drugi wskazać można proces prowadzenia wywiadu lekarskiego. Sprowadza się on do umiejętności prowadzenia dialogu z pacjentem w sposób pozwalający na poznanie nie tylko jego stanu zdrowia i towarzyszących mu objawów, lecz także jego perspektywy: przekonań, oczekiwań i obaw. Kolejnym aspektem jest takie zarządzanie dialogiem, by umożliwiał prowadzenie swobodnej rozmowy, imitującej konwersację z człowiekiem, oraz by spełniał kryteria efektywności, szczególnie pod względem długości trwania, zrozumiałości stosowanych pojęć czy wywoływania pozytywnych doświadczeń użytkownika.

Przy każdym z tych procesów eksperci od komunikacji medycznej zdają się odgrywać kluczową rolę, to bowiem ich kompetencje skupiają w sobie z jednej strony zdolności tworzenia prawidłowych schematów, modeli i procesów komunikacyjnych, z drugiej natomiast – znajomość szczególnych potrzeb, oczekiwań, obaw i przekonań aktorów komunikujących się w przestrzeni ochrony zdrowia. Role te podzielić można na kilka zasadniczych kategorii, które opisuję niżej.

Długość trwania wywiadu

Z punktu widzenia lekarza długość trwania wywiadu uzależniona jest od czasu potrzebnego do pozyskania wystarczającej ilości danych niezbędnych do podjęcia adekwatnych działań diagnostycznych i terapeutycznych. Konkretnych ram czasowych nie można w tym przypadku przyjąć a priori, albowiem składa się na nie wiele komponentów, takich jak: znajomość pacjenta i jego historii choroby, liczba dolegliwości, z jakimi pacjent zgłasza się do lekarza, występowanie chorób współistniejących, stan ostry versus dolegliwość przewlekła. Oczywiście w realiach klinicznych czas przeznaczony na wizytę narzuca płatnik oraz praktyka kliniczna, zgodnie z którą wizyty u lekarza trwają przeciętnie 10 minut (Irving, Neves, Dambha-Miller 2017), z czego wywiad zajmuje zapewne nie więcej niż jedną trzecią tego czasu.

Perspektywa pacjenta jest w tym zakresie nieco inna. Badania przeprowadzone wśród pacjentów wyraźnie wskazują, że od medyków oczekuje się wysłuchania (Nowina Konopka 2016: 80). Pacjenci chcą móc wypowiedzieć się nie tylko w kwestii towarzyszących im dolegliwości, lecz także odczuwanych obaw czy oczekiwań względem terapii i dalszego życia. Długość trwania wywiadu postrzegana jest zatem w kategoriach wyczerpania tematu, przy czym liczba minut jest dla nich kwestią drugoplanową.

W polskiej literaturze przedmiotu nie opisano dotychczas badań pozwalających jednoznacznie określić, jaki czas trwania wywiadu byłby dla polskiego pacjenta adekwatny w sytuacji, gdy interlokutorem dopytującym o objawy byłby agent pozaludzki. Rolą ekspertów komunikacji medycznej jest zatem tworzenie ścieżek dialogowych, które z jednej strony będą odwoływać się do najlepszych znanych, tradycyjnych standardów klinicznych, z drugiej zaś – będą testowane w specyficznej relacji zachodzącej między pacjentem i botem.

Przypuszczenia dotyczące długości rozmowy pacjenta z botem prowadzą do przeciwstawnych wniosków. Z jednej strony w obliczu odczuwanego przez pacjentów deficytu czasu i uwagi lekarzy można się spodziewać, że chorzy uznają przydatność narzędzia i będą skłonni rozmawiać z wirtualnym agentem dłużej niż z lekarzem. Z drugiej zaś strony ograniczenia technologiczne oraz doświadczenia użytkowników korzystających z obecnie oferowanych na rynku rozwiązań typu chat- czy voicebot skutkują prowadzeniem rozmów uproszczonych, skrótowych, z użyciem

prostych, krótkich wypowiedzi. Doświadczenia te mogą zatem rzutować na lepsze jakościowo rozwiązania, implikując powściągliwość pacjentów w konstruowaniu rozbudowanych wypowiedzi. Zatem aby skutecznie wdrożyć konkretne rozwiązania dopasowane do warunków i specyfiki rynku medycznego, warto prowadzić badania nad optymalną długością dialogu z pacjentem. Należy przy tym uwzględnić zarówno korzyści dla samego użytkownika, jak i możliwości zrealizowania założonych funkcji systemu.

Wyjaśnienia i uzupełnienia

W przestrzeni gabinetu lekarskiego pomiędzy partnerami relacji komunikacyjnej równocześnie zachodzi komunikacja i werbalna, i niewerbalna. Ta druga stanowi uzupełnienie informacji uzyskanych poprzez porozumienie językowe. W każdym momencie zatem, po rozpoznaniu symptomu zagubienia, niezrozumienia czy wycofania się pacjenta, lekarz może dopytać, co się dzieje, czy wszystko jest zrozumiałe itd., ma możliwość uzupełnienia przekazywanych informacji oraz ich wyjaśnienia.

W kontaktach z tekstowym lub głosowym agentem komunikacyjnym następuje redukcja procesu relacyjnego do jednej warstwy komunikacyjnej. Sytuacja ta oznacza, że rozmowy powinny być prowadzone w sposób dla pacjenta całkowicie zrozumiały i jednoznaczny, a przebieg ścieżek dialogowych powinien być w odczuciu pacjenta znany i przewidywalny. Zadanie to stanowi duże wyzwanie badawcze, albowiem kwestie zdrowotne często rozumiane są w sposób wieloznaczny. Dodatkowo niektóre sformułowania występujące w potocznym użyciu są z medycznego punktu widzenia mało precyzyjne i odwrotnie – pojęcia stosowane przez pracowników ochrony zdrowia mogą być przez pacjenta w ogóle nierozumiane, rozumiane nieprawidłowo lub opacznie. Każda z tych sytuacji jest czynnikiem, który może zakłócić komunikację. Nieporozumienia tego typu są łatwiejsze do identyfikacji w relacji bezpośredniego kontaktu lekarza z pacjentem (w czym pomaga m.in. wspomniana wyżej komunikacja niewerbalna), natomiast w przypadku komunikacji zapośredniczonej przez agenta konwersacyjnego wieloznaczności i niuanse językowe stają się istotną barierą komunikacyjną.

Jednoznaczność i dostępność poznawcza

Pisząc o jednoznaczności w stosowaniu pojęć, mam na myśli koncepcję Tomasza Gizbert-Studnickiego (1978: 43), który przyjmował, że:

jednoznaczny jest tylko taki wyraz, któremu rodzimy użytkownik języka przypisuje jedną treść językową, przy czym ta treść językowa dokładnie wyznacza zakres tego wyrazu, to jest o dowolnym przedmiocie rodzimy użytkownik języka potrafi rozstrzygnąć, czy należy on do zakresu tego wyrazu.

Natomiast dostępność poznawcza oznacza jednostkową możliwość udzielenia odpowiedzi na pytanie ze względu na to, że daną odpowiedź się zna, można ją sobie przypomnieć lub bez większego trudu odszukać czy wręcz wymyślić. Dla zobrazowania tych problemów wskażmy kilka przykładów.

- W sformułowaniu „Widziałem opis tomografii pacjenta, który wydawał się dziwny” kryje się wieloznaczność, wprowadzająca niejasność co do obiektu wspomnianej „dziwności” (w zamyśle nadawcy dziwny jest opis tomografii czy pacjent?). W zdaniu tym mamy do czynienia ze zjawiskiem homonimii składniowej, która nie tylko jest usterką językową, lecz także może poważnie zakłócać komunikację – należy takich zdań unikać.
- Odpowiedź na dość oczywiste dla lekarza pytanie „Jaki jest charakter tego bólu?” często sprawia pacjentom trudność, gdyż nie wiedzą oni, jakiej odpowiedzi się od nich oczekuje. Może to wynikać m.in. z niezrozumienia, czym jest „charakter” bólu i jakimi słowami określa się ten parametr odczucia bólowego (np. *kłujący*, *szarpiący*, *piekący*, *ściskający* i in. – por. Chojnacka-Kuraś 2016).
- Z pozoru proste pytanie zadane przez pracownika rejestracji „Do jakiego lekarza zarejestrować?” może nastroczać kłopotów w obliczu wielości różnych sposobów, w jaki można udzielić na nie odpowiedzi i scharakteryzować owego lekarza (np. „Do Anny Kwiatkowskiej”, „Do tego co poprzednio”, „Do neurologa”, „Do pierwszego lepszego”, „Do tej wysokiej blondynki”, a w sytuacji braku znajomości opcji wyboru trudno w ogóle udzielić sensownej odpowiedzi).
- Podobnie kłopotliwą sytuację obserwuje się, zadając pacjentowi pytanie „Kiedy ostatnio miał Pan wykonane/oznaczone CRP?”. W tym przypadku odpowiedź uzależniona jest od poziomu kom-

petencji pacjenta oraz możliwości przypomnienia sobie terminu wykonania tego badania laboratoryjnego.

A zatem w komunikacji zapośredniczonej przez wirtualne systemy konwersacyjne zadawanie pytań sformułowanych w sposób niejednoznaczny (np. takich, których budowa umożliwia dwie interpretacje) czy trudnych (bo wymagających od pacjenta przypomnienia sobie szczegółowych danych) wydaje się pomysłem kontrowersyjnym. Dla porównania prawidłowymi formami pytań mogą być następujące przykłady: „Czy zarejestrować pana do neurologa?”; „Czy pamięta pani, kiedy ostatnio miała pani wykonywane badanie moczu?”; „Proszę powiedzieć, czy gorączka nasila się panu wieczorem?”; „Jak określiłaby pani odczuwany ból: jest on bardziej kłujący, ściskający czy może jeszcze inaczej by go pani opisała?”. Na tak sformułowane pytania odpowiedź powinna być dla pacjenta stosunkowo prosta: dotyczą one bowiem kwestii konkretnych (zapis do neurologa, nasilenie gorączki wieczorem) i takich, które można wydobyć z pamięci (ostatnie badanie moczu), a także zawierają wskazówki leksykalne naprowadzające pacjenta na właściwy trop (przykładowe określenia bólu).

Pytania zamknięte versus otwarte

Głównym postulatem tworzenia systemów dialogowych zgodnie z koncepcją HRI jest odtworzenie naturalnej rozmowy zachodzącej w relacji komunikacyjnej na osi człowiek – człowiek. Symulowanie dialogu zachodzącego pomiędzy osobami jest dla użytkownika przewidywalne, zrozumiałe i znane, przez co łatwo odtwarzane i postrzegane jako bezpieczne. Warunkami optymalnymi dla prowadzenia rozmowy z istotą pozaludzką wydają się zatem te, które pozwalają człowiekowi na poruszanie się w ramach znanych sobie schematów konwersacyjnych.

Jednym z nich jest budowanie rozmowy na podstawie swobodnej wypowiedzi, która jest automatycznym sposobem zwerbalizowania procesów myślowych zachodzących w ludzkim umyśle. Taki sposób wypowiadania się – naturalny dla człowieka – jest technologicznie bardzo trudny do odtworzenia. A trudność ta tkwi zarówno w budowie silnika zarządzania dialogiem, jak i w procesie rozumienia języka naturalnego. Zadawanie przez bota pytań otwartych musi być zatem ukierunkowane na osiągnięcie możliwie najprecyzyjniej zdefiniowanego celu klinicznego i komunikacyjnego zarazem.

I tak np. pytanie typu „Gdzie i jak pana boli?” generuje zespół odpowiedzi: od automatycznego wskazania przez pacjenta miejsca na ciele przy równoczesnej werbalizacji „ooo tu”, przez informację o tym, że „zdecydowanie najbardziej w miejscach, gdzie jest wilgotno”, po mało precyzyjne sformułowania „w środku, w brzuchu”. W efekcie tak zadane pytanie nie prowadzi do uzyskania odpowiedzi na oba jego człony. O ile w praktyce klinicznej lekarze są w stanie, prowadząc w ten sposób wywiad z pacjentem, ukierunkować się na postawienie i weryfikację hipotez klinicznych, o tyle klasyfikatory mające poradzić sobie z analizą tego rodzaju wypowiedzi mogą popełniać błędy.

Z tego też względu producenci oprogramowania decydują się na stosowanie rozwiązań prostszych, ale bardziej niezawodnych. Dokonują tego zazwyczaj przez ograniczanie wypowiedzi pacjenta do katalogu pytań zamkniętych. Metoda ta jest dla człowieka mniej naturalna, komunikacyjnie mniej efektywna, przedłuża czas trwania konwersacji, nie pozwala pacjentowi na wygenerowanie wypowiedzi wynikających z jego oczekiwań i potrzeb, lecz ukierunkowana jest na pozyskanie od niego odpowiedzi na umieszczone w drzewie dialogowym pytania zamknięte. Okoliczność ta wynika z faktu, że dostępne na polskim rynku silniki dialogowe typu Dialogflow Google Cloud, Microsoft Bot Framework czy IBM Watson Assistant nie pozwalają na prowadzenie swobodnego dialogu pomiędzy botem a użytkownikiem, a prowadzona dzięki nim konwersacja nie ma charakteru płynnego. W efekcie pacjenci wielokrotnie odpowiadają na pytania, wybierając odpowiedź z kafeterii dwuczłonowej (tak/nie). Na przykład na pytanie „Czy dzwonisz w sprawie medycyny pracy” odpowiedzieć może być twierdząca lub przecząca. I dalej, jeśli pacjent powie, że nie, bot zapyta „Czy dzwonisz, aby umówić się na szczepienie?”. Taki schemat konwersacyjny powoduje, że pacjent z dużym prawdopodobieństwem w końcu udzieli odpowiedzi twierdzącej i przesunie się na ścieżce dialogu, jednakże proces ten jest długotrwały i dla dzwoniącego nienaturalny.

Optymalizacją tych procesów w kanałach tekstowych są dostępne na polskim rynku medycznym rozwiązania graficzne, pozwalające na udzielenie odpowiedzi poprzez wybór elementu graficznego. Taki hybrydowy model ocenić należy pozytywnie, gdyż uatrakcyjnia kontakt z systemem dialogowym, upraszcza sposób przekazywania informacji bez uszczerbku dla jej jakości oraz tworzy jednoznaczny przekaz.

Doświadczenie użytkownika

W związku z dynamicznie rozwijającą się dziedziną *user experience* – polegającą na procesie projektowania doświadczeń użytkownika – coraz więcej uwagi poświęca się tworzeniu rozwiązań uwzględniających oczekiwania i potrzeby osób, które korzystają z danego urządzenia. Wpływanie na świadomą oraz subiektywną opinię na temat wykorzystywanego systemu powinno być ukierunkowane na tworzenie botów, z których pacjenci korzystają z przyjemnością, a kontakt z nimi jest satysfakcjonujący nie tylko na poziomie wrażeń, lecz także pod względem realizacji potrzeby komunikacyjnej pacjenta.

Przykładem czynników, które mogą modyfikować doświadczenia użytkownika, są intuicyjny interfejs, miły głos wirtualnego agenta czy wskaźnik prawidłowo rozpoznanych wypowiedzi pacjenta. W sytuacji bowiem, gdy system zbyt często informuje użytkownika, że nie zrozumiał wypowiedzi i prosi o jej powtórzenie, korzystanie z bota staje się frustrujące, mało skuteczne, a w niektórych przypadkach może nawet przyczynić się do wzrostu napięcia emocjonalnego, skutkującego przerwaniem kontaktu oraz rosnącą niechęcią użytkowników wobec takich rozwiązań. Z tego też względu w proces tworzenia doświadczeń użytkowników w obszarze medycznym powinni być zaangażowani eksperci od komunikacji medycznej, którzy znają specyfikę szczególnej relacji zachodzącej między pacjentami i przedstawicielami ochrony zdrowia. Dodać należy, że w przedmiocie kontaktu rozszerzonego o wymiar wirtualny na gruncie polskiej komunikacji medycznej nie prowadzono dotychczas przekrojowych, konkluzyjnych badań. Rozdział ten stanowi zatem przyczynek do otwarcia dyskusji na ten właśnie temat.

Zakończenie

Podsumowując prowadzone w niniejszym rozdziale rozważania, można przyjąć, że rola ekspertów komunikacji medycznej w dynamicznie rozwijającej się subdyscyplinie *human-robot interaction* jest nie do przecenienia. W sytuacji, gdy projektowane funkcjonalności obejmują nawiązywanie relacji komunikacyjnej z pacjentem, zadaniem wspomnianej grupy ekspertów jest próba powiązania najlepszych praktyk komunikacyjnych z możliwościami technologicznymi oraz tworzenie ram komunikacyjnych dla prowadzonych z pacjentem dialogów. Zadanie to polega m.in. na tworzeniu

adekwatnego zestawu zrozumiałych i jednoznacznych dla pacjenta pytań, które łącznie pozwalają na pozyskanie zestawu informacji istotnych klinicznie i zajmują przy tym akceptowalną dla użytkownika ilość czasu, przez co powodują u niego poczucie satysfakcji z przeprowadzonej rozmowy.

Bibliografia

- Chojnacka-Kuraś M. 2016. *Semantyka bólu we współczesnej polszczyźnie*, Wydział Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Fong T., Nourbakhsh I., Dautenhahn K. 2003. *A Survey of Socially Interactive Robots*, "Robotics and Autonomous Systems", 42(3–4), s. 143–166.
- Fong T., Thorpe C., Baur C. 2003. *Collaboration, Dialogue, Human–Robot Interaction*, [w:] *Robotics Research: 10th International Symposium*, red. R.A. Jarvis, A. Zelinsky, Springer, Cham, s. 255–266.
- Gizbert-Studnicki T. 1978. *Wieloznaczność leksykalna w interpretacji prawniczej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Irving G., Neves A.L., Dambha-Miller H. 2017. *International Variations in Primary Care Physician Consultation Time: A Systematic Review of 67 Countries*, "British Medicine Journal Open", 7(10), e017902.
- Kirby R., Forlizzi J., Simmons R. 2010. *Affective Social Robots*, "Robotics and Autonomous Systems", 58(3), s. 322–332.
- Lee K.M. 2005. *Can a Robot Be Perceived as a Developing Creature: Effect of a Robot's Long-Term Cognitive Developments on Its Social Presence and People's Social Responses Toward It*, "Human Communication Research", 31(4), s. 538–563.
- Leite I., Martinho C., Paiva A. 2013. *Social Robots for Long-Term Interaction: A Survey*, "International Journal of Social Robotics", 5(2), s. 291–308.
- Mori M. 2012. *The Uncanny Valley*, IEEE Spectrum, <https://spectrum.ieee.org/the-uncanny-valley> (dostęp: 30.06.2022).
- Mościchowska I., Rogoś-Turek B. 2015. *Badania jako podstawa projektowania user experience*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Nowina Konopka M. 2016. *Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Rudnicka P. 2014. *Psychologiczne aspekty interakcji człowiek – robot*, „Medical Robotics Report”, 3, s. 53–59.
- Stock-Homburg R. 2022. *Survey of Emotions in Human–Robot Interactions: Perspectives from Robotic Psychology on 20 Years of Research*, "International Journal of Social Robotics", 14, s. 389–411.
- Wasilewska A., Łupkowski P. 2021. *Nieoczywiste relacje z technologią. Przegląd badań na temat ludzkich postaw wobec robotów*, „Człowiek i Społeczeństwo”, 51, s. 165–187.

ABSTRACT**The role of medical communication experts in human–robot interaction research**

The development of the latest technologies, including the one based on artificial intelligence, the pandemic period and the phenomenon of ageing societies imply an increase in the number of solutions used for remote patient service. Among them, technologies that interact in communication with humans are becoming more popular. Their design requires participation of medical communication experts, whose competences include, on the one hand, the ability to create correct communication schemas, models and processes, and on the other hand, the knowledge of the specific needs, expectations, fears and beliefs of the actors communicating in the healthcare space. The purpose of this paper is to indicate selected aspects of bot–human communication, in which the expert knowledge of medical communication specialists seems to be indispensable.

KEY WORDS: medical communication, human–robot interaction, chatbot

ABSTRAKT**Rola ekspertów komunikacji medycznej w badaniach z zakresu *human–robot interaction***

Rozwój najnowszych technologii, w tym tej opartej na sztucznej inteligencji, okres pandemii oraz zjawisko starzejących się społeczeństw implikują przyrost liczby rozwiązań wykorzystywanych do zdalnej obsługi pacjentów. Wśród nich popularyzacji ulegają technologie wchodzące w komunikacyjną interakcję z człowiekiem. Ich projektowanie wymaga udziału ekspertów od komunikacji medycznej, których kompetencje skupiają w sobie z jednej strony zdolności tworzenia prawidłowych schematów, modeli i procesów komunikacyjnych, z drugiej natomiast – znajomość szczególnych potrzeb, oczekiwań, obaw i przekonań aktorów komunikujących się w przestrzeni ochrony zdrowia. Celem tekstu jest wskazanie na wybrane aspekty komunikacji bota z człowiekiem, w których ekspercka wiedza specjalistów komunikacji medycznej wydaje się nieodzowna.

SŁOWA KLUCZOWE: komunikacja medyczna, *human–robot interaction*, chatbot

Lekarz na Instagramie i jego rola we współczesnej edukacji zdrowotnej

Internet jako istotne źródło informacji dla pacjentów

Tworzenie w mediach społecznościowych kont medycznych jest zjawiskiem coraz częstszym. Fakt ten nie zaskakuje, od kilkunastu lat mówi się bowiem o tym, że internet staje się głównym źródłem wiedzy na temat zdrowia (Doroszewska 2010). Ponad 60% internautów przyznaje, że informacji medycznych poszukuje właśnie w sieci, a zdecydowana większość z nich uważa te treści za bardzo przydatne i stosuje się do nich w życiu codziennym (Turkiewicz 2013). Rewolucja w pozyskiwaniu informacji o zdrowiu bez wątpienia przyczynia się do zmiany podejścia i oczekiwań współczesnego pacjenta, którego rola w procesie terapeutycznym nieustannie wzrasta. Badacze wskazują na coraz większą świadomość choroby u pacjentów, znajomość przysługujących im praw oraz chęć czynnego uczestnictwa w procesie leczenia – szczególnie w aspekcie decyzyjnym (Felińczak, Fal 2010). Większa partycypacja pacjenta w procesie leczenia wiąże się ze zmianą modelu komunikacji, w tym z odejściem od patriarchalnego systemu zależności, w którym to lekarz uznawany jest za osobę decydującą o wszystkim, pacjent zaś – za „przedmiot” działań lekarskich (Tworowska, Wojcieszek, Zeman 2015).

Dodatkowym zjawiskiem, które nie pozostaje bez wpływu na tę relację i wymusza zmianę postawy lekarza, jest pogłębiający się kryzys autorytetów. Brak zaufania do przedstawicieli świata nauki wynika często z niedostatecznego weryfikowania wiadomości uzyskiwanych przez społeczeństwo wobec faktycznej wiedzy na dany temat (Stawiarska 2019). Odnosi się to w szczególności do informacji znajdujących przez pacjenta w internecie.

Na problem ten zwraca uwagę nowo powstałe Polskie Towarzystwo Mediów Medycznych (PTMM), za cel stawiające sobie weryfikację wiarygodności informacji medycznej w mediach oraz jej standaryzację. Do zadań Towarzystwa należy m.in. sprawdzanie kont w mediach społecznościowych, które udostępniają treści medyczne. Jak czytamy w manifestie PTMM (b.d.), konta internetowe podające informacje niepodparte wiedzą medyczną opartą na dowodach naukowych (*evidence-based medicine*, EBM) urastają do rangi społecznego problemu, a rozpowszechnianie niesprawdzonych informacji medycznych może zagrażać zdrowiu i/lub życiu ludzi oraz powszechnemu bezpieczeństwu. Założyciele PTMM podkreślają jednak, że sprawy nie można traktować jednoznacznie. Upowszechnianie wiedzy z zakresu ochrony zdrowia za pomocą internetu może nieść za sobą wiele korzyści, m.in. umożliwiać szeroką edukację społeczną.

Cele pracy i materiał badawczy

Chcąc wpisać się w nową rzeczywistość, część lekarzy rozpoczęła zawodową działalność internetową. Ich celem było to, aby poprzez media społecznościowe (*social media*) edukować i nawiązywać relacje z potencjalnymi pacjentami. Lekarskie konta edukacyjne powstają na różnych platformach społecznościowych, są to m.in.: Facebook, Twitter, TikTok czy LinkedIn. W niniejszej pracy skupiam się na działalności edukacyjnej w obrębie Instagrama. Jest to serwis stworzony w 2010 r. przez Kevina Systroma i Mike'a Kriegera, służący do publikowania zdjęć wraz z ich opisem (Wszolek 2017). By zrozumieć specyfikę tej sfery komunikacji, warto przyjrzeć się statystykom – z mediów społecznościowych w Polsce korzysta 19 mln osób, a Instagram (który pod względem popularności w 2020 r. plasował się na czwartej pozycji za YouTube'em, Facebookiem i Messengerem) stanowi narzędzie dla blisko 55% z nich (Hootsuite 2021: 40–43).

Aktywność lekarzy w mediach społecznościowych to nowy obszar badań nad komunikacją zdrowotną. Pogłębiona analiza jakościowo-ilościowa treści publikowanych przez wybranego twórcę internetowego pozwoli odpowiedzieć na kilka pytań:

- Jaką rolę lekarze aktywni na Instagramie odgrywają we współczesnej edukacji zdrowotnej?
- Na jakie potrzeby odpowiadają swoją działalnością?

- W jaki sposób kształtują obraz swojej osoby jako lekarza (kwestia etosu¹)?

Powyższe zagadnienia omawiam na przykładzie kanału *Mama.i.stetoskop*, prowadzonego przez lekarzkę rodzinną Katarzynę Woźniak². Jej profil obserwowany jest przez 146 000 użytkowników³. Materiał badawczy stanowi 100 postów opublikowanych na Instagramie w okresie od września 2019 r. do września 2021 r. W przytaczanych przykładach zachowuję oryginalną pisownię wraz ze wszystkimi odstępstwami od normy językowej.

Podstawy metodologiczne

Badanie materiału przeprowadzam w odniesieniu do zasad metodologicznych retorycznej interpretacji tekstu przy wykorzystaniu jakościowo-ilościowej analizy treści. Retorykę uznaję za proces, w którym za pomocą języka i innych środków symbolicznych (m.in. obrazu) organizuje się komunikat i przekazuje go innym w taki sposób, aby uzyskać zamierzony efekt. Proces ten nastawiony jest na perswazję, a wybór środków zależy od tego, kto mówi, do kogo, w jakim celu i w jakich okolicznościach (Campbell 2003). Istotą metody retorycznej, zgodnie z ujęciem Jerzego Ziomka (1990), jest podejście do tekstu z perspektywy pięciu podstawowych poziomów jego organizacji – *inventio*, *elocutio*, *dispositio*, *memoria* i *actio*. Z uwagi na ograniczone ramy artykułu w niniejszej pracy ograniczam się do pierwszego filaru, tj. *inventio*, który kładzie nacisk na dobór tematyki oraz sztukę argumentacji. Elementy te uznaję za nadrzędne, ponieważ pozwolą one scharakteryzować punkt wyjścia komunikacji retorycznej – przedstawienie tematu, cel wypowiedzi, techniki dowodzenia oraz argumentacji (w tym przypadku środki dowodowe oparte na charakterze mówcy – etos), toposy i archetypy⁴.

¹ Termin „etos” odwołuje się do norm moralnego postępowania, a jego konkretyzacją jest „etos zawodowy”, czyli reguły etycznego postępowania dotyczące danej profesji. Zawód lekarza można uznać za wyróżniający się pod tym względem, ponieważ „etos lekarski” to pojęcie utrwalone w społecznej świadomości. Definiowane jest ono jako zbiór twierdzeń i zaleceń etycznych, które konsekwentnie wcielane w życie tworzą obraz „lekarza doskonałego” (Anczyk, Anczyk 2010: 125).

² W dalszej części artykułu określam ją jako autorkę / lekarzkę / Katarzynę Woźniak.

³ Pomiar z dnia 10.11.2021.

⁴ Uznanie części składowych *inventio*, takich jak dobór tematyki czy argumentacji, za nadrzędne w komunikacji retorycznej odpowiada tzw. teorii inwencji. Teoria ta

Funkcją retoryki jest przede wszystkim kształtowanie poglądów, nakłanianie innych do przyjęcia pewnej postawy i wywieranie wpływu na ich działania (Burke 1950). Analiza retoryczna stanowi więc odpowiednie narzędzie do oceny efektywności działań edukacyjnych. Warto zaznaczyć, że metoda ta jest chętnie stosowana przez zachodnich badaczy komunikacji perswazyjnej, w ramach której coraz częściej mówi się o retoryce zdrowia i medycyny (*rhetoric of health and medicine*, RHM), rozumianej jako analiza i ocena struktury, sposobu dostarczania i intencji komunikatów w kontekstach medycznych i zdrowotnych (Segal 2005).

Analiza retoryczna a Instagram

Analizowany zbiór treści można określić mianem „aktu retorycznego” po wyznaczeniu jego pięciu podstawowych elementów. Według Joanny Skulskiej (2018) są to: kontekst, odbiorcy, sytuacja lub potrzeba, cel lub zamiar oraz elementy limitujące. Poniżej omawiam wskazane elementy aktu retorycznego w odniesieniu do treści zamieszczanych na analizowanym koncie instagramowym.

- Kontekst – analizowany materiał tekstowy powstał w ramach działalności internetowej lekarki, która w swoich mediach społecznościowych prowadzi edukację w zakresie tematów medycznych, a w szczególności profilaktyki zdrowotnej.
- Odbiorcy – komunikacja adresowana jest szeroko do społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem młodych kobiet, które łatwiej utożsamiają się z nadawcą komunikatu. W tym przypadku jest nim trzydziestoletnia matka dwójki dzieci.
- Sytuacja/potrzeba – aspekt ten wymaga odpowiedzi na pytanie, z czego wynika dany akt (komunikat) i jakie „problemy” rozwiązuje. W tym przypadku czynnikami sprzyjającymi powstaniu treści mogą być m.in.: wzmożona aktywność internetowa pacjentów, nagminne poszukiwanie informacji o zdrowiu w internecie (bez ich weryfikacji) i/lub słabnący autorytet osoby lekarza. Edukację prowadzoną na Instagramie postrzegam jako swoiste wypełnienie powstałej luki, czyli braku wiarygodnych, a przy tym łatwo dostępnych źródeł.

została wypracowana przez przedstawicieli nurtu platońsko-cycerońskiego, który wyodrębnił się w polskiej szkole retorycznej w XVI w. Drugim jej nurtem był nurt arystotelesowski (Ziomek 1990).

- Cel – treści publikowane na analizowanym koncie mają na celu zwiększenie świadomości społecznej w zakresie profilaktyki zdrowotnej, co w jakimś stopniu może przyczynić się do ogólnego polepszenia kondycji społecznej i docelowo poprawi funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia.
- Elementy limitujące⁵ – internetowa aktywność lekarza i edukacja prowadzona za pośrednictwem ogólnodostępnego profilu staje się swoistym rozwiązaniem dla dostrzeżonego przez nadawcę „problemu”. W tym kontekście miano to zyskują przede wszystkim ograniczona dostępność do wiarygodnych źródeł medycznych oraz aktywność internetowa niewykwalifikowanych edukatorów zdrowotnych. Komunikacja prowadzona przez nadawcę zakłada stworzenie świadomego, wyedukowanego pacjenta, dbającego o swoje zdrowie, chętnie współpracującego z lekarzem i, co ważne, przestrzegającego zaleceń.

Na wstępie warto wskazać zakresy tematyczne, które wyznaczają oś komunikacji profilu *Mama.i.stetoskop*. Pozwoli to lepiej zrozumieć założenia przyświecające nadawcy oraz ustalić to, co w opinii wykwalifikowanego edukatora zdrowotnego, za jakiego uznaje osobę lekarza, będzie najbardziej istotne dla audytorium. W związku z tym materiał badawczy poddałam analizie korpusowej⁶. W tym celu użyłam narzędzia korpusomat.pl, za pomocą którego w dniu 12.11.2021 r. utworzyłam raport statystyczny dotyczący poszczególnych słów najczęściej pojawiających się w komunikatach Katarzyny Woźniak. Pozwoliło to wskazać słowa kluczowe (zgodnie z podejściem językoznawczym) bądź ideografy (z zastosowaniem nomenklatury retorycznej) wyznaczające wiodącą tematykę komunikacji. Powiązane z edukacją zdrowotną słowa o największej frekwencji w tekstach to: *pacjent* (86 wystąpień), *lekarz* (58) oraz *praca* (50). Analiza jakościowa wypowiedzi zawierających wskazane leksemy pozwoliła zidentyfikować trzy dominujące tematy/zagadnienia podejmowane przez nadawcę:

⁵ Elementy limitujące definiowane są przez Skulską (2018: 12) jako użycie aktu retorycznego do rozwiązania pewnego problemu. Akt retoryczny rozumiany jest tu jako narzędzie odpowiadające na potrzebę lub sytuację krytyczną.

⁶ Analiza korpusowa polega na wykorzystaniu korpusu tekstów do badań językowych. Korpus rozumieć jako kolekcję tekstów, która umożliwia sprawną klasyfikację informacji dotyczących formalnej struktury języka, a także treści niesionej za jego pośrednictwem. Analiza wykorzystująca narzędzia informatyczne obejmować może, jak w przypadku niniejszej pracy, obliczanie częstości wystąpień słów i fraz.

- leksem: *pacjent* (86) – temat: perspektywa pacjenta,
- leksem: *lekarz* (58) – temat: profilaktyka zdrowotna,
- leksem: *praca* (50) – temat: praca zawodowa lekarza.

Poszczególne realizacje tematyczne nie są jednak wiążące, odzwierciedlają umowną interpretację wynikającą z pogłębionej lektury materiału badawczego⁷.

Lekarski etos w internecie

Rola edukatora zdrowotnego nieodzownie łączy się z etosem. Etos to jeden z trzech filarów techniki argumentacyjnej w retoryce (Budzyńska-Daca 2015), na który składają się tzw. argumenty etyczne oparte na autorytecie. Oprócz autorytetu sferę tę tworzy wszystko to, co czyni mówcę wiarygodnym, a więc elementy perswazyjne, które prezentują go jako człowieka godnego zaufania. Dokładne omówienie etosu wykreowanego przez autorkę analizowanych tu treści pozwoli odpowiedzieć na pytanie kluczowe w kontekście niniejszej pracy: jaki powinien być współczesny lekarz-edukator, aby mógł skutecznie dotrzeć ze swoją wiedzą do odbiorcy? W tym celu trzy wskazane wcześniej obszary tematyczne (tj. pacjent, lekarz i praca) zestawiam z różnym postrzeganiem etosu. W retoryce wyróżnia się bowiem trzy jego rodzaje:

- identyfikacja z audytorium,
- eksperckość,
- charakter moralny.

Zestawienie to i plan dalszej analizy prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Filary etosu ze względu na temat

Filar etosu	Leksem	Temat	Szczegółowa realizacja
Identyfikacja z audytorium	<i>Pacjent</i>	Perspektywa pacjenta	Empatia, dbałość o pacjenta; charyzma
Experckość	<i>Lekarz</i>	Profilaktyka zdrowotna	Doświadczenie; wiedza; pewność siebie
Charakter moralny	<i>Praca</i>	Praca zawodowa lekarza	Poświęcenie; wiarygodność i uczciwość; transparentność

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Budzyńska-Daca 2015: 147.

⁷ Uzasadnienie zaproponowanego podziału zawarte zostało pośrednio w podrozdziale poświęconym metodologii, przedstawiającym szczegółową realizację etosu retorycznego.

Identyfikacja z audytorium

Wyjściowy filar etosu realizuje się w grupie treści, w których na pierwszym planie sytuuje się leksem *pacjent*, a tematem postów jest ukazanie perspektywy pacjenckiej. Jest to możliwe dzięki trzem czynnikom.

Empatia względem pacjenta

Autorka pokazuje siebie jako osobę empatyczną, myślącą o pacjencie, życzliwą, wrażliwą i cierpliwą. Poniższy przykład dowodzi, że lekarka, świadoma obaw swoich pacjentów, potrafi wczuć się w ich sytuację:

Odmawiam wypisywania antybiotyków na katar, sterydów na każdą wysypkę, leków przeciw pasożytniczych bo dziecko zgrzyta zębami, czasami leków nasennych, czasem przeciwbólowych. Czy pacjenci się denerwują? Bardzo rzadko. Odmawiam i tłumaczę. Staram się edukować ile tylko napięty grafik pozwala. Oby mi nigdy nie zabrakło asertywności i sił do tłumaczenia.

Zrozumienie wyrażone względem odbiorcy wynika z osobistych doświadczeń nadawcy. Katarzyna Woźniak podkreśla, że rozumie swoich pacjentów, ponieważ czasem sama staje się pacjentem. Lekarka nie tabuuje tematu swoich chorób lub dolegliwości, wręcz przeciwnie, chętnie mówi o nich w przestrzeni internetowej, co ilustrują wpisy związane z pandemią COVID-19, kiedy to autorka udostępniała treści poświadczające wykonanie testu w kierunku koronawirusa, opowiadała o przebiegu swojej kwarantanny i relacjonowała szczepienie całej rodziny. Osobiste doświadczenia lekarki odnoszące się do COVID-19 wpisują się w ogólną narrację medyków z okresu pandemii⁸. Warto jednak wspomnieć, że w komunikatach autorki okazjonalnie pojawiają się informacje o innych, bardziej prozaicznych przypadłościach, takich jak: przeziębienie, niestrawność, choroba dziecka czy dolegliwości bólowe. Tego rodzaju treści bazują na solidarności z pacjentem. Autorka pokazuje, że też choruje, jest zwykłym człowiekiem, przez co staje się wiarygodna i bliższa osobie odbiorcy.

⁸ Wystarczy prześledzić chociażby artykuły publikowane na łamach „Gazety Lekarskiej” czy „Pulsu” (miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie) – niemal w każdym numerze z lat 2020–2021 odnaleźć można artykuły odnoszące się do osobistego doświadczenia pandemii w grupie zawodowej lekarzy.

Dbalność o pacjenta

W tym miejscu warto odwołać się do treści poddających krytyce funkcjonowanie opieki zdrowotnej w kraju. Autorka kanału ubolewa nad tym, że obecny system ochrony zdrowia narzuca przeprowadzanie krótkich konsultacji, które nie pozwalają na nawiązanie bliższej więzi z pacjentem, nie mówiąc o możliwości przeprowadzenia rozmowy edukacyjnej. Jak obrazuje poniższy przykład, lekarka narzucone ograniczenia uznaje za niezgodne z ideą zawodu:

Potrzeba czasu na rozmowę z pacjentem... którego ma się 10 lub 15 minut, z czego na rozmowę i edukację można poświęcić maksymalnie połowę, resztę zajmuje badanie, wystawienie recepty, czasem zwolnienia. Idąc na studia nie tak wyobrażałam sobie pracę w zawodzie.

Takie ujęcie wyraźnie kontrastuje z kreowaną przez nadawcę wizją komunikacji internetowej – tu lekarz zawsze ma czas na dzielenie się wiedzą. Dlatego też Katarzyna Woźniak stara się dać swoim obserwującym poczucie, że są otoczeni opieką. Zachęca do tego, aby to oni wychodzili z inicjatywą tematów, które są z ich perspektywy istotne. W pewien sposób daje to szansę na zaistnienie dialogu.

Dbalność o pacjenta wyraża się również w licznych propozycjach, które zdaniem autorki mogą wpłynąć na poprawę wydolności systemu i wzmocnić efektywność komunikacji. Lekarka krytycznie wypowiada się na temat zobowiązania lekarza do sporządzania obszernej dokumentacji. W jej opinii ograniczenie wymogu archiwizacji pozwoliłoby na wygospodarowanie cennego czasu dla pacjenta. Kolejnym postulatem, do którego autorka często wraca, jest poszerzenie usług dostępnych dla pacjenta, np. zatrudnianie w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej dietetyków, psychologów oraz fizjoterapeutów. Wizję lekarki obrazują takie słowa: „Marzy mi się też by obok mnie pracował dietetyk i psycholog, do których w razie potrzeby wysyłam pacjentów (tego samego dnia) i razem z tych trzech stron: dieta, psyche i leczenie farmakologiczne – dbamy o pacjenta”. Lekarka pokazuje tym samym, że na proces terapeutyczny patrzy w szerszej perspektywie. Poddaje refleksji ścieżkę diagnostyczną pacjenta, która w jej opinii mogłaby zyskać wymiar holistyczny i zostać uzupełniona o opiekę dodatkowych specjalistów.

Charyzma

Katarzyna Woźniak w swoich treściach zapewnia, że chce służyć chorym, deklaruje, iż zawód lekarza jest jej powołaniem, a codzienne obowiązki sprawiają jej przyjemność. Autorka podkreśla, że działa w obrębie samodzielnie wybranej specjalizacji, która daje jej poczucie spełnienia. Zaznacza, że praca lekarza rodzinnego w jej opinii ściśle wiąże się z innymi specjalizacjami m.in. dlatego, że lekarz poznaje pacjenta w ramach struktury społecznej (najczęściej całej rodziny) oraz towarzyszy mu w przebiegu każdej choroby/schorzenia. Lekarka pisze o tym następująco: „Uwielbiam pracę w przychodni lekarza rodzinnego, nie dla mnie są szpitale i kliniki. Dobrze czuję się blisko pacjentów, gdy ich znam, najczęściej znam całą rodzinę, pomagam i przy bólu ucha i szczepię i lecę nadciśnienie, czy cukrzycę”.

W kształtowaniu etosu istotną rolę odgrywają nawiązania do codziennych czynności zawodowych, które wywołują w lekarce pozytywne emocje. Znamiennym przykładem są wyrazy dumy czy szczęścia związane z możliwością szczepienia pacjentów. „Lubię szczepić przeciw Covid! Pacjenci są szczęśliwi, że doczekali się szczepienia, jest super atmosfera w pracy, a ja mam poczucie że idziemy ku normalności. Dziś cały dzień szczepimy, jutro zresztą też”. Co ciekawe, oprócz dania wyrazu emocjom pacjentów, lekarka sama często wypowiada się ekspresywnie i stosuje wykrzyknienia wzmacniające emocjonalny wymiar komunikatu.

Ekspерckość

Kolejnym wyznacznikiem etosu jest tzw. eksperckość, na którą składają się doświadczenie, wiedza i pewność siebie (Budzyńska-Daca 2015). W odniesieniu do sposobu komunikowania się Katarzyny Woźniak z odbiorcami elementy te przedstawiają się następująco.

Doświadczenie

Lekarka podkreśla, że jest osobą kompetentną – wskazuje dawne miejsca pracy, gdzie zdobywała doświadczenie, oraz nazwy placówek, w których przyjmuje obecnie. Nawiązuje do codziennych doświadczeń zawodowych, odwołuje się do konkretnych przypadków pacjentów (oczywiście anonimowo). Przytacza przykładowe dialogi z wizyty i rozmowy z pacjentami stanowiące egzemplifikacje słuszności swoich zaleceń.

Wiedza

Autorka kreuje obraz siebie jako eksperta w sprawach medycznych, podkreśla, że dysponuje szeroką wiedzą – informuje o kursach i szkoleniach, w których brała udział, przedstawia publikacje naukowe i popularnonaukowe, których jest autorką. A wszystko to ma upoważnić ją do tego, by rzetelnie edukować innych. Często wprost zachęca odbiorców do zapoznania się z przygotowanym przez nią materiałem, z góry zakładając, że treść ta będzie odpowiedzią na zaistniałą w grupie odbiorców potrzebę.

Gros treści wiąże się z opisem chorób – ich objawów, skutków, roli diagnostyki, profilaktyki i właściwego leczenia. Po omówieniu wskazanych elementów często pojawia się apel, w którym, używając trybu rozkazującego, autorka zachęca odbiorców do podjęcia konkretnych działań. Przykładowo w kontekście nadciśnienia tętniczego pojawiają się sformułowania takie jak „pamiętaj zmierz ciśnienie!”, „bierz swoje leki!”.

Lekarka nierzadko odsyła do innych źródeł – wskazuje tytuły wartościowych książek, materiały wideo, a także promuje innych specjalistów. Co ważne, przestrzega swoich czytelników/słuchaczy przed źródłami, które mogą wprowadzać w błąd, piętnuje reklamy i przekazy zakłamujące rzeczywistość lub zachęcające do stosowania medycyny alternatywnej.

Pewność siebie

Lekarka przedstawia siebie jako silną, odważną kobietę. Jest to szczególnie istotne, gdy odwołuje się do sytuacji trudnych. Jako lekarka i osoba publiczna jest narażona na agresję ze strony innych użytkowników internetu. Aby stawić temu czoła, w swojej narracji aktywnie reaguje na zachowania agresywne, przytacza zarzuty, z jakimi spotyka się najczęściej, i zachęca do aktywnej postawy wobec mowy nienawiści. Oto jeden z przykładów:

Łatwiej znaleźć pustą plażę w szczycie sezonu nad polskim morzem, niż miejsce bez hejtu na medyków w internecie... #wylecznienawiść. Wielokrotnie go doświadczyłam. Nawet się do niego przyzwyczaiłam. A to nie powinna być norma! Nie powinno być na hejt przyzwolenia [...].

Pewność siebie wyraża się także w budowaniu pozycji lekarza rodzinnego. Lekarka podkreśla wartość swojej specjalizacji, przełamuje stereotypowe wyobrażenie, według którego praca lekarza rodzinnego jest prosta, mało wymagająca, pozostawia dużo czasu na zajmowanie się sobą (picie kawy), jest niżej ceniona niż praca lekarza ze specjalizacją. Do tego zarzutu

Katarzyna Woźniak odwołuje się w sposób następujący: „W tych poradniach lekarza rodzinnego to tylko siedzą i kawę piją ja niestety dziś ani jednej wypić nie zdążyłam, ale przyjełam 60 pacjentów. Pacjentów z gorączką, niewydolnością serca, zakrzepicą, niedoczynnością tarczycy, skokami ciśnienia”.

Charakter moralny

Trzeci filar etosu wyznacza charakter moralny, a więc argumenty aksjologiczne. Realizują się one w pracy zawodowej lekarza poprzez poświęcenie, wiarygodność i uczciwość oraz transparentność. Za wiodący leksem budujący tego typu treści uznałam *pracę*.

Poświęcenie

W treściach publikowanych przez Katarzynę Woźniak praca zawodowa stawiana jest na pierwszym miejscu i wiąże się z szeregiem wyrzeczeń w życiu prywatnym. W kreowanym obrazie lekarz to osoba zawsze gotowa do podjęcia się dodatkowej pracy, bo pacjent jest najważniejszy.

Autorka wprost daje wyraz swojemu zmęczeniu. Trudno jest jej zachować życiową równowagę, bo pracę zabiera często do domu. Szczególnie poruszający jest fragment, w którym lekarka opowiada o tym, jak bardzo bywa zmęczona pod koniec dnia. Zdarza się, że wycieńczenie utrudnia jej opuszczenie samochodu po przyjeździe do domu – najpewniej jest to zmęczenie zarówno fizyczne, jak i psychiczne, wynikające z dużej odpowiedzialności i poczucia powinności poradenia sobie ze wszystkim:

Mąż mi zrobił zdjęcie po pracy. Lubię pracę lekarza, ale czasem nie daję już rady. Zdarza mi się po pracy siedzieć w samochodzie przed domem, bo nie mam nawet siły wysiąść. W tym zawodzie bardzo trudno jest zachować równowagę i nie zabierać pracy do domu. Ciężko jest odmówić przyjęcia jeszcze jednego pacjenta, jeszcze trzech i potem kolejnego.

Wiarygodność i uczciwość

Autorka kanału zapewnia, że jest osobą uczciwą – w swoich treściach informuje, że nie reklamuje suplementów diety oraz odmawia płatnej współpracy z firmami farmaceutycznymi⁹. Podkreśla przy tym, że jej

⁹ Należy zaznaczyć, że tego rodzaju współprace są obwarowane szeregiem przepisów prawnych, a internetowa działalność lekarza jest bacznie śledzona przez izbę lekarską, do której dany specjalista przynależy.

działania nie wynikają z chęci zarobku, lecz z rzeczywistej potrzeby dzielenia się wiedzą.

Lekarka wskazuje na konieczność stosowania się do zasad, które sama zaleca pacjentom. Dlatego w publikowanych treściach zaznacza, że jej sposób życia w pełni odzwierciedla pożądany wzorzec. Pojawiają się wpisy na temat własnej aktywności fizycznej, stosowania zdrowej diety oraz zapewnienia o niestosowaniu używek.

Każdorazowo informacja na temat roli zdrowego stylu życia jest uzupełniana o adekwatne zdjęcie lekarki¹⁰. Jest to wizualne potwierdzenie jej słów – gdy pisze o aktywności fizycznej, pokazuje swoje zdjęcie w trakcie ćwiczeń, w przypadku publikacji na temat zdrowej diety załącza zdjęcia dań, które, jak twierdzi, zostały przez nią przygotowane. Widoczna jest tu dążność do osiągnięcia autentyczności deklarowanych cech/działań nadawcy.

Transparentność

Ciekawym ujęciem tematu są treści, które niejako prezentują „kulisy” pracy zawodowej lekarza. Autorka opowiada o tym, jak wygląda jej dzień pracy, jak funkcjonują placówki w dobie pandemii oraz uświadamia, jak restrykcje wpływają na komfort pracy personelu medycznego. Poniższa wypowiedź jest szczególnie warta uwagi ze względu na występujące w niej chwytły retoryczne, m.in. zwroty w drugiej osobie liczby pojedynczej, które skłaniają odbiorcę do przyjęcia perspektywy nadawcy, wczucia się w rolę lekarza, zdania sobie sprawy z tego, jak wiele czynności wykonuje on w ciągu jednego dnia pracy.

Przyjmuję 50 pacjentów dziennie, a oni i tak powiedzą, że tylko pijesz kawę #zmęczenie. W ostatnich dniach miałam bardzo dużo pacjentów! Mnóstwo dzieci z infekcjami, dużo pacjentów z bólami gardła i mięśni, których wysyłałyśmy na testy, kontrole telefoniczne pacjentów w izolacji, sporo teleporad w przychodni (pracuję na NFZ) i wideorozmowy w @zapytaj.lekarza gdzie przyjmuję prywatnie, a do tego szczepienia przeciw Covid.

Na kanale Katarzyny Woźniak pojawiają się opisy konkretnych dni roboczych – dowiadujemy się z nich, ilu pacjentów lekarka przyjęła

¹⁰ Obraz jest niezwykle istotnym narzędziem retorycznym, a jego rola za sprawą mediów masowych rośnie. Jak twierdzi Agnieszka Kampka (2019), pojedyncze obrazy lub ich sekwencje stają się elementem kolektywnej pamięci – najpewniej tyczą się to również użytkowników Instagrama.

w danym dniu, co głównie diagnozowała oraz czy widzi w tym jakąś prawidłowość. Cenne spostrzeżenia dotyczą np. nasilenia pewnych objawów w zależności od sezonu, świąt lub dnia tygodnia.

Dobór toposów

Jednym z instrumentów retoryki jest topika, która polega na przeprowadzaniu argumentacji za pomocą ogólnie znanych i rozpoznawalnych motywów (Ziomek 1990). Arystoteles wyróżnił toposy wspólne, tj. odnoszące się do zagadnień ogólnych, służących za punkt wyjścia w danym akcie retorycznym (Korolko 1990). W przypadku komunikacji na kanale *Mama.i.stetoskop* wybijają się dwa główne motywy tego rodzaju: topos zdrowia i topos z przykładu.

Topos zdrowia polega na odwoływaniu się do stanu zdrowia ujmowanego w kategoriach harmonii ciała człowieka (Dworzaczek 1857). Ten sposób rozumowania zasadza się na myśleniu o zdrowiu jako uniwersalnej wartości społecznej. Takie ujęcie odpowiada definicji zdrowia postulowanej przez WHO (2023), zgodnie z którą jest to „stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (w tym dobrostan subiektywny), a nie tylko całkowity brak choroby czy niepełnosprawności”.

Katarzyna Woźniak podejmuje liczne tematy zdrowotne – w 100 postach odnotowałam 30 różnych aspektów powiązanych z medycyną. Są one realizowane m.in. poprzez wyrażenia takie jak: *antykoncepcja, Atopowe Zapalenie Skóry, bóle kręgosłupa, choroby układu krążenia, COVID-19, dermatologia, dieta, grypa, oddawanie szpiku, nadciśnienie tętnicze, nowotwory, ospa wietrzna, przejedzenie, upał, zapalenie pęcherza, zapalenie ucha czy zdrowie psychiczne*.

Drugi wiodący topos to tzw. topos z przykładu, w którym liczy się sam mówca, jego przekonania, postawa i autorytet (Korolko 1990). Lekarka pisze na Instagramie o swoim codziennym życiu, a także o tym, że sama stosuje się do profilaktyki i przestrzega reguł, do których zachęca pacjentów (o czym była już mowa wcześniej).

W tym miejscu warto wspomnieć o charakterystycznych dla portalu Instagram hasztagach. Są one współczesnym rodzajem toposu organizującym wspólną wiedzę uczestników komunikacji. Hasztag ramuje przekaz, służy filtrowaniu i wyszukiwaniu treści, a odpowiednio przemyślany może stanowić skuteczne narzędzie perswazji (Modrzejewska 2015). Do hasztagów najczęściej używanych na omawianym kanale należą: #badanie,

#lekarz, #koronawirus, #medycyna, #odporność, #pandemia, #profilaktyka, #przychodnia czy #szczepienie.

Sfera *inventio* obejmuje również wiodące archetypy. Są one bardzo skuteczną i podstawową strategią perswazyjną, ponieważ w umyśle odbiorcy przywołują emocje. Archetyp i topos mają wspólną cechę – jest nią powszechność i przynależność do źródeł kulturowych (Lewiński 1999). W tym przypadku mamy do czynienia z archetypem matki – jest on obecny już w samej nazwie profilu *Mama.i.stetoskop*. Matka to w kulturze symbol natury, uosobienie macierzyństwa, nieśmiertelności, jedności życia i śmierci (Jung 2011). Warto dodać, że stereotypowo to kobieta-matka jest odpowiedzialna za zdrowie rodziny – zachowania zdrowotne są bowiem częściej praktykowane przez kobiety niż przez mężczyzn (Królikowska 2011). Co ciekawe, na Instagramie królują właśnie matki-lekarki. Wśród prowadzonych przez nie kont wymienić warto chociażby takie: *mamaginekolog*, *mamalekarz*, *ma_ma_dentystka*, *mama_dermatolog*, *mama_fizjoterapeutka* czy *mama_alergolog*.

Aby dopełnić analizy samej nazwy omawianego konta, warto przyjrzeć się również jego drugiemu członowi, czyli słowu *stetoskop*. Jest to nazwa jednego z najważniejszych narzędzi wykorzystywanych w medycynie, stanowiącego atrybut lekarza. Użycie tego wyrazu jednoznacznie wskazuje na zakres tematyczny podejmowany na profilu.

Podsumowanie

Jeśli pomyślimy o stereotypowej wizycie lekarskiej w przychodni, to raczej kojarzy się nam ona z pośpiechem, brakiem czasu, anonimowością, biurokracją i patriarchalnym podejściem do pacjenta. W kontrze do tego pojawia się wirtualny świat mediów społecznościowych, pozwalający na stworzenie etosu „lekarza idealnego”. To ekspert bez wad – jego obraz odpowiada na społeczne zapotrzebowanie, które obecnie nie ma szansy na urealnienie z powodu określonego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Nasuwa się myśl, że być może konta na Instagramie są właśnie ekwiwalentem tego, czego w świecie realnym pacjentom brakuje. Tłumaczyłoby to, dlaczego portale tego rodzaju cieszą się tak dużą popularnością¹¹.

¹¹ Najpopularniejszy profil *mamaginekolog* liczy 873 tys. obserwujących. W dalszej kolejności na podium plasują się *dr_wojciechfalecki* – 209 tys. obserwujących oraz na trzecim miejscu, omawiany w niniejszym artykule, kanał *mama.i.stetoskop*.

Osiągnięcie pełnej zrozumiałości komunikatów podejmujących tematykę medyczną może nastroczać problemów. Omawianą autorkę cechuje jednak naturalna łatwość w mówieniu do pacjenta – być może dlatego jej kanał cieszy się tak dużą popularnością. W swoich komunikatach Katarzyna Woźniak stosuje styl prosty, zrozumiały dla osób bez przygotowania medycznego, dzięki czemu nawiązuje ona nić porozumienia z audytorium. Język potoczny wzmacnia wymiar edukacyjno-perswazyjny komunikatów, ponieważ umożliwia lekarce objaśnienie zjawisk medycznych.

Oczywiście, nawet najbardziej aktywny w mediach społecznościowych lekarz nie wyleczy konkretnego pacjenta. Realny kontakt i bezpośrednia relacja pacjenta z lekarzem są kluczem do objęcia konkretnej osoby indywidualną opieką, szczególnie że współcześnie coraz częściej mówi się o potrzebie rozwoju tzw. medycyny personalizowanej, która dotyczy nie tylko doboru leków, ale także właściwego podejścia do człowieka w rozumieniu psychologicznym. Trzeba jednak podkreślić, że działalność lekarza w sieci może przynieść wiele dobrego. Edukacja prowadzona na szeroką skalę przez wykwalifikowanego eksperta pozwala na dotarcie z właściwą informacją medyczną do szerokiego grona odbiorców. Być może w przyszłości każdy lekarz będzie prowadził edukację internetową – publiczną lub skierowaną do grupy własnych pacjentów. Tego rodzaju model może być niezwykle korzystny dla obu stron. Pozwoliłby na zaoszczędzenie czasu oraz dałby poczucie bezpieczeństwa wynikającego ze względnie stałego kontaktu. Konieczne jest jednak opracowanie odpowiedniego modelu weryfikacji treści, tak aby szerzona była jedynie sprawdzona wiedza.

Bibliografia

- Anczyk A., Anczyk E. 2010. *Lekarski etos w relacjach z pacjentem*, „Medycyna Środowiskowa”, 13, s. 123–128.
- Budzyńska-Daca A. 2015. *Retoryka debaty. Polskie wielkie debaty przedwyborcze 1995–2010*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Burke K. 1950. *A Rhetoric of Motives*, University of California Press, California.
- Campbell K. 2003. *The Rhetorical Act: Thinking, Speaking and Writing Critically*, Wadsworth Publishing, Belmont.
- Doroszewska A. 2010. *Współpraca pomiędzy medycyną a socjologią – możliwość czy konieczność?*, [w:] *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Profesora Magdaleny Sokołowskiej*, red. W. Piątkowski, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa, s. 35–36.
- Dworzaczek F. 1857. *Rzecz dotycząca filozofii medycyny*, Drukarnia S. Orgelbranda, Warszawa.

- Felińczak A., Fal A. 2010. *Zdrowie publiczne. Podręcznik akademicki*, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wrocław.
- Hootsuite. 2021. *Digital 2020: Poland*, <https://datareportal.com/reports/digital-2020-poland> (dostęp: 20.10.2021).
- Jung C.G. 2011. *Archetypy i nieświadomość zbiorowa*, tłum. R. Reszke, Wydawnictwo KR, Gdańsk.
- Kampka A. 2019. *Spoleczne konteksty obrazu w kształtowaniu wizerunku*, Wydawnictwo SGGW, Warszawa.
- Korolko M. 1990. *Sztuka retoryki*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Królikowska S. 2011. *Rola stereotypów płci w kształtowaniu postaw kobiet i mężczyzn wobec zdrowia*, „Nowiny Lekarskie”, 80(5), 387–393.
- Lewiński P. 1999. *Retoryka reklamy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Modrzejewska E. 2015. *Retoryka i #media*, „Res Rhetorica”, 4, s. 51–53.
- PTMM [Polskie Towarzystwo Mediów Medycznych]. b.d. *Prezentacja*, Facebook, <https://www.facebook.com/ptmmmedycznych> (dostęp: 13.02.2023).
- Segal J. 2005. *Health and the Rhetoric of Medicine*, Southern Illinois University Press, Carbondale.
- Skulska J. 2018. *Akt retoryczny jako forma komunikacji publicznej*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach”, 376, s. 195–210.
- Stawiarska P. 2019. *Kierunki współczesnej promocji zdrowia i prewencji zaburzeń*, Difin, Warszawa.
- Turkiewicz J. 2013. *Building Reputation in the Health Industry: The Case of Physician in Poland*, [w:] *Monografia pokonferencyjna. II Międzynarodowa Konferencja Naukowa Zarządzania Pozytywnym Potencjałem Organizacji*, red. J. Turkiewicz, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń, s. 47–50.
- Tworowska J., Wojcieszek A., Zeman P. 2015. *Wpływ komputeryzacji na zmianę jakości pracy w gabinecie lekarskim*, [w:] *Wybrane aspekty zarządzania jakością usług*, red. J. Dziadkowiec, T. Sikora, Wydawnictwo Naukowe PTTŻ, Kraków, s. 241–252.
- WHO [World Health Organization]. 2023. *Constitution*, <https://www.who.int/about/governance/constitution> (dostęp: 13.02.2023).
- Wszolek A. 2017. *Między Facebookiem a Instagramem. Wirtualny wizerunek czy prawo majątkowe? – analiza dóbr cyfrowych in concreto*, „Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP”, 3, s. 130–140.
- Ziomek J. 1990. *Retoryka opisowa*, Ossolineum, Wrocław.

A B S T R A C T

A physician on Instagram and his role in modern health education

The activity of doctors on Instagram is a new area of research on health communication. The article answers the question of whether and how such profiles build the health awareness of recipients, and whether the medic's online activity can be educational and positively assessed. The research material is the content of one of the most popular Polish profiles in the indicated area. "Mama.i.stetoskop" is an Instagram account run by a family doctor – Katarzyna Woźniak. The account is followed by more than 140,000 people. The article analyzes and categorizes 100 Instagram posts from the period January 2021–September 2021 according to the following categories of educational content: health prevention, professional work of a doctor and the patient's perspective.

KEY WORDS: health education, Instagram, health communication, doctor, rhetoric

A B S T R A K T

Lekarz na Instagramie i jego rola we współczesnej edukacji zdrowotnej

Aktywność lekarzy na Instagramie to nowy obszar badań nad komunikacją zdrowotną. Artykuł odpowiada na pytanie, czy i jak profile tego rodzaju budują świadomość zdrowotną odbiorców oraz czy działalność lekarza w sieci może mieć charakter edukacyjny i być oceniana pozytywnie. Analizie poddano jeden z najbardziej popularnych polskich profili we wskazanym obszarze – *Mama.i.stetoskop*. Jest to konto na Instagramie prowadzone przez lekarzkę specjalności rodzinnej Katarzynę Woźniak. Konto obserwowane jest przez ponad 140 tys. osób. W pracy dokonano analizy i kategoryzacji 100 postów na Instagramie z okresu od września 2019 do września 2021 r. i przyporządkowano je do następujących kategorii treści edukacyjnych: profilaktyka zdrowotna, praca zawodowa lekarza oraz ukazywanie perspektywy pacjenta.

SŁOWA KLUCZOWE: edukacja zdrowotna, Instagram, komunikacja zdrowotna, lekarz, retoryka

Barbara Baranowska

ORCID 0000-0003-2723-9604

Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

Agnieszka Gibalska-Dembek

ORCID 0009-0002-4304-978X

Centrum Medyczne „Żelazna” sp. z o.o.

Komunikacja szpitala w mediach społecznościowych, zarządzanie kryzysem a kreowanie wizerunku placówki

Celem pracy jest przedstawienie komunikacji szpitala z perspektywy pracy rzecznika prasowego i rzecznika ds. praw pacjenta na przykładzie Centrum Medycznego „Żelazna” (CMŻ). Punktem wyjścia dla charakterystyki zadań i kompetencji osoby odpowiedzialnej za komunikację i wizerunek placówki medycznej będzie opis kryzysu komunikacyjnego, do którego doszło w oleśnickim szpitalu. Na podstawie prezentowanych przez tę placówkę informacji skierowanych do kobiet ciężarnych i przyszłych pacjentek przeanalizowałyśmy sposób komunikacji i jego wpływ na postrzeganie szpitala przez otoczenie społeczne. W drugiej części pracy omówiłyśmy główne przyczyny skarg pacjentów oraz przedstawiłyśmy sposób, w jaki może przebiegać komunikacja mająca na celu rozwiązanie trudnej sytuacji i sformułowanie właściwych przepras.

Awantura wielorybia, czyli jak komunikacja prowadzona w social mediach może zmienić wizerunek szpitala

W 2021 r. na oficjalnej stronie szpitala na Instagramie (profil Babki-babkom) pojawił się post przedstawicielki szpitala odnoszący się do problemu otyłości kobiet ciężarnych:

Problem WIELKIEJ WAGI czyli o kilogramach w ciąży

To jest Ewa. Ewa jest naszą neonatologką. Jej bombeleń w brzuchu (zwany Brajanusz, bo #teamolesnica nie może się zdecydować czy lepiej żeby nazywał się Brajan czy może Janusz :D :D :D) ma już 30 tygodni. A Ewa dalej wygląda jak Ewa ☺ ☺ ☺. Bądź jak Ewa, zamknij lodówkę i jedz dla dwojga a nie za dwoje. Ułatwisz życie i sobie i nam (Babkibabkom 2021b).

W poście tym otyłość została określona jako „problem wielkiej wagi”. W zamyśle autorki był to post edukacyjny, mający zwrócić uwagę odbiorców na problem związany z nadmierną masą ciała, a szczególnie z jej przyrostem podczas ciąży. Jednakże użyte zwroty, symbole i porównania nadały mu charakter oceniający, prześmiewczy, noszący znamiona body shamingu, czyli działań mających na celu poniżenie, zawstydzenie lub ośmieszenie osoby z powodu jej wyglądu (Okrój-Kowalska 2019: 101). Wypowiedź przedstawicielki szpitala została przez użytkowników Instagrama, a potem też Facebooka uznana za nietaktowną, niedopuszczalną, a nawet nacechowaną szyderstwem. Określenie dziecka mianem „bombelka” czy używanie imion Brajan i Janusz – pojawiających się w social mediach w różnego rodzaju memach, tu scalonych żartobliwie w jedno imię – wzmacnia prześmiewczy charakter przekazu. Trywializacja problemu zwiększonej masy ciała i otyłości, sprowadzona do prostego zalecenia „zamknij lodówkę”, pokazuje brak empatii i zrozumienia. Post w wersji oryginalnej zawiera również zdjęcie lekarki w 30 tygodniu ciąży, której szczupłe ciało ma stanowić dla innych wzór. Autorka posta zdaje się nie dostrzegać złożoności problemu nadmiernej masy ciała, uznając go za efekt niewłaściwych (łatwych do zmiany) zachowań. Kolejnym stwierdzeniem mającym wręcz oskarżający charakter jest hasło „ułatwisz nam życie”. Wynika z niego, jakoby odpowiedzialność za komfort pracy lekarzy miała leżeć po stronie pacjenta.

Publikacja posta wywołała trwającą kilka dni dyskusję między reprezentującą szpital autorką wpisu a jego odbiorcami. Kobiety deklarowały, że będą składać skargi na działania szpitala do Rzecznika Praw Pacjenta czy organizacji działających na rzecz opieki okołoporodowej. W prasie ukazały się komentarze piętnujące niestosowność przekazu prezentowanego przez szpital oraz brak empatii i szacunku dla podopiecznych placówki (Gajos-Kaniewska 2021). Do skarg internautek publicznie odnieśli się Rzecznik Praw Pacjenta oraz Fundacja Rodzic po Ludzku (FRL 2021).

W odpowiedzi na ostrą i gwałtowną krytykę odbiorców na stronie szpitala opublikowano oświadczenie, w którym placówka podkreśliła,

że świadomie użyła skrytykowanych stwierdzeń, i podtrzymała swoje stanowisko:

Szanowni Państwo,
w związku z głosami krytyki dotyczącymi ostatnich wpisów na portalu społecznościowym oddziału położniczo-ginekologicznego Powiatowego Zespołu Szpitali w Oleśnicy informujemy, że intencją było zwrócenie uwagi na istotny problem społeczny jakim jest otyłość wśród kobiet. Prawie u połowy kobiet w Polsce BMI przekracza 25 a 15,5% mieści się w przedziale odpowiadającym otyłości. Jako placówka ochrony zdrowia szczególną uwagę zwracamy na zagadnienia związane z rozwojem chorób cywilizacyjnych, między innymi takich jak otyłość, która może stanowić poważne ryzyko dla życia i zdrowia zarówno matki, jak i dziecka.

Jednocześnie ubolewamy, jeżeli ktokolwiek poczuł się urażony formą opublikowanego wpisu. Pragniemy zapewnić, że zdrowie pacjentów jest dla nas najwyższą wartością (Magiera 2021a).

Dodatkowo w kolejnym poście umieszczonym na stronie internetowej szpital przeprosił tych, którzy poczuli się urażeni, zrzucając niejako odpowiedzialność za zaistniałą sytuację na odbiorców wiadomości:

Szanowni Państwo,
w związku z ostatnimi kontrowersjami na temat wpisu sporządzonego w mediach społecznościowych [...], a dotyczącego otyłości wśród kobiet ciężarnych, pragniemy przeprosić wszystkich, którzy poczuli się urażeni wypowiedziami sformułowanymi w przedmiotowym poście. Powtórnie pragniemy wskazać, że celem przyświecającym ww. wpisowi było naświetlenie istotnego problemu zarówno społecznego jak i medycznego, jakim jest otyłość wśród kobiet oraz związanymi z tym powikłaniami stanowiącymi zagrożenie dla zdrowia i życia matki i dziecka. Niemniej jednak, dyrekcja Szpitala przyjmuje reakcję internautów spowodowaną formą opublikowanego wpisu, która otworzyła pole do jego wieloznaczej interpretacji i w konsekwencji wywołała oburzenie wśród jego adresatów.

W związku z powyższym dolożymy wszelkich starań, aby kolejne wpisy dotyczące wrażliwych tematów były bardziej jednoznaczne i nie pozostawiały przestrzeni na inną, niż autor miał na celu interpretację. Również podejmiemy działania, by moderować dyskusję i nie dopuszczać do ich rozwoju w kierunku, w którym osoby mogą czuć się obrażone czy też wykluczone (Magiera 2021b).

Z przekazu tego można wywnioskować, że zdaniem przedstawicieli szpitala negatywne emocje u odbiorców spowodował nie sam post, tylko

konkretna interpretacja jego treści (użytych w nim sformułowań) i dyskusja na jego temat. Ten komunikat szpitala wzmacniany był dodatkowo komentarzami autorki pierwotnego wpisu, która prowadziła dalszą dyskusję z internautami, podając m.in. takie argumenty: „wspieranie podczas porodu to nie wspieranie w zamienianiu się w wieloryba” czy „dla mnie odrażająca jest otyłość” (Babkibabkom 2021a). W pewnym momencie autorka wpisu ogłosiła, że zablokuje możliwość dalszego komentowania posta, kończąc tym samym dialog i nie dostrzegając niestosowności publikowanych przez nią treści.

Czy oświadczenia dyrekcji mogły wpłynąć na kryzys wizerunkowy szpitala? Czy pojawiająca się w social mediach i prasie dyskusja stanowiła jedynie krytykę kierowaną do autorki pierwotnego postu? W komentarzach kobiet – potencjalnych pacjentek – pojawiały się deklaracje wyboru innego szpitala. W wypowiedziach tych można było dostrzec sygnały rozczarowania i obaw dotyczących jakości opieki świadczonej przez placówkę. Na podstawie komentarzy internautów oraz publicznych wypowiedzi dziennikarzy i aktywistów na rzecz praw kobiet można wnioskować, że opisana powyżej sytuacja stworzyła obraz szpitala, który: a) dyskryminuje kobiety, w tym przypadku z otyłością; b) uzależnia jakość opieki medycznej od masy ciała rodzących; c) obwinia kobiety za trudności personelu związane z opieką nad kobietą z otyłością; d) trywializuje sytuację osób chorych, które wymagają specjalistycznego wsparcia. Taki obraz opieki medycznej odbiega od zalecanej przez Światową Organizację Zdrowia pełnej szacunku (*respectful*) opieki położniczej skoncentrowanej na kobiecie (WHO 2018).

Jednocześnie warto zauważyć, że szpital w Oleśnicy w ostatnich latach zajmował wysokie miejsce w popularnym rankingu szpitali położniczych prowadzonym przez Fundację Rodzić po Ludzku. Opinie kobiet sprzed omawianego tu zdarzenia wskazywały na profesjonalizm personelu szpitala, empatię w relacjach z pacjentkami i wysoki poziom świadczonych usług w odniesieniu do kobiet ciężarnych i rodzących.

W całej tej sytuacji kluczowe znaczenie powinny mieć działania rzeczownika prasowego szpitala. Jak jednak można dowiedzieć się z wydanego przez niego oświadczenia, złożył on wypowiedzenie w trybie natychmiastowym, gdyż nie był w stanie kontynuować prowadzonej w taki sposób polityki wizerunkowej szpitala. Jak stwierdził:

przyjęta w ostatnich dniach linia komunikacyjna przedstawicieli dyrekcji zbyt mocno rozmija się z moimi osobistymi poglądami na temat właściwych

standardów budowania relacji z pacjentkami oraz osobami obserwującymi profile szpitala w mediach społecznościowych. Pokora w stosunku do złożoności problemów kobiet ciężarnych i szacunek dla ich emocji były i pozostaną dla mnie wartościami pozadyskusyjnymi (Kłodnicka 2021).

W sytuacji braku możliwości wpływania na komunikaty przygotowywane przez szpital rzecznik przyjął postawę wierności wobec własnego etosu pracy.

Zadania i kompetencje rzecznika prasowego, czyli osoby odpowiedzialnej za komunikację i wizerunek placówki medycznej

W 2018 r. Fundacja Misja Medyczna przeprowadziła badanie w 200 polskich szpitalach akredytowanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Przedstawicielom szpitali zadano pytanie m.in. o to, czy w jednostce zatrudniony jest rzecznik prasowy, a jeśli tak, to jaka jest jego rola w organizacji i w komunikacji z pacjentami. Wyniki przedstawiały się następująco: tylko 36% badanych placówek zatrudniało rzeczników prasowych, 62% ankietowanych szpitali na pytanie, dlaczego jednostka nie zatrudnia takiego specjalisty, odpowiedziało, że nie ma takiej potrzeby, a 23% wskazało, że szpital jest zbyt małą jednostką, aby zatrudniać rzecznika. Na brak środków finansowych powołało się 15% szpitali. Warto zauważyć, że tylko 3% pytanym o zakres obowiązków rzecznika wskazało zadania z obszaru kreowania wizerunku szpitala, wymieniając w pierwszej kolejności działania opierające się na kontaktach z mediami (Rynek Zdrowia 2019).

W CMŻ od 2008 r. zatrudniona jest osoba odpowiadająca za kontakt z mediami i kreowanie polityki komunikacyjnej spółki. Na podstawie doświadczeń tego podmiotu opiszemy zakres zadań i obowiązków rzecznika prasowego pracującego w placówce ochrony zdrowia. Zaprezentujemy także praktyki mające na celu dbanie o właściwą komunikację, budowanie dobrego wizerunku placówki medycznej i zarządzanie sytuacją kryzysową.

W praktyce CMŻ rzecznik prasowy to osoba odpowiedzialna za komunikację placówki z jej otoczeniem. Osoba ta pełni wiele funkcji:

- odpowiada za kontakt z mediami,
- zarządza wizerunkiem i reputacją placówki,
- zarządza kryzysem medialnym,
- odpowiada za komunikację ze społecznością w social mediach,

- współkreuje komunikację wewnętrzną z pracownikami,
- nadzoruje zadania z zakresu marketingu medycznego, czyli komunikowania o usługach, w tym przypadku spółki prowadzącej działalność komercyjną,
- doradza zarządowi spółki przy podejmowaniu decyzji, które mogą mieć wpływ na jej postrzeganie przez otoczenie.

Zadania, jakie wykonuje rzecznik lub osoba odpowiedzialna za komunikację z otoczeniem, służą „kreowaniu pozytywnego wizerunku i budowaniu więzi z otoczeniem. Celem kreowania wizerunku jest pozyskanie akceptacji i życzliwości wobec poczyną organizacji” (Rozwadowska 2011). Specjalista z tej dziedziny powinien wzbudzać zaciekawienie odbiorcy poprzez kreatywność, komunikatywność i przełamywanie stereotypowych działań w obszarze komunikacji. Jednocześnie osoby wykonujące tę pracę muszą być gotowe na pojawiające się niezaplanowane sytuacje, zwłaszcza w związku z sytuacją kryzysową (Szczepanik 2009).

Sytuacja kryzysowa w organizacji

Brak osoby odpowiedzialnej za komunikację placówki medycznej z otoczeniem jest najbardziej widoczny, gdy pojawi się sytuacja kryzysowa. **Kryzys to każde niekorzystne, nagłe wydarzenie mające wpływ na organizację, jej postrzeganie przez otoczenie, podważające wiarygodność, wzbudzające niepewność czy niepokój. Nieprzygotowana na tę trudną sytuację organizacja narażona jest na potencjalną eskalację kryzysu i straty wizerunkowe.** Należy pamiętać, że w tym czasie placówka jest wnikliwie obserwowana przez otoczenie, a sposób, w jaki zarządzi sytuacją trudną, będzie istotnie wpływał na jej postrzeganie przez dłuższy czas (Seitel 2003). Wedle innej definicji kryzys to „negatywne wydarzenie (wewnętrzne lub zewnętrzne) stanowiące poważne zaburzenie dla działalności organizacji, które wiąże się z faktem lub dużym ryzykiem zaangażowania się mediów, kanałów społecznościowych, klientów, władz lub innych interesariuszy” (Łaszyn 2022). W opisywanym przez nas przykładzie komunikacji szpitala w Oleśnicy mamy do czynienia właśnie z taką sytuacją. Post wywołał reakcję mediów, Fundacji Rodzić po Ludzku oraz Rzecznika Praw Pacjenta. Co ciekawe, kryzys ten nie został spowodowany poważnym niepożądanym zdarzeniem czy dramatycznym w skutkach błędem w sztuce medycznej, lecz wyniknął z publikacji standardowego posta niejako promującego pracę szpitala.

Czynnikami utrudniającymi zażegnanie kryzysu, które mogą wystąpić po stronie osób reprezentujących placówkę (dyrekcji, personelu), mogą być m.in.:

- używanie w komunikacji branżowego języka (np. łacińskich nazw medycznych) przez personel medyczny nieprzeszkolony w kontaktach z mediami,
- nieumiejętność występowania przed kamerą,
- nieznajomość pracy mediów,
- brak procedur kryzysowych,
- emocje i stres, które towarzyszą pracownikom niemającym doświadczenia w zarządzaniu kryzysem.

Wywierana przez opinię publiczną i media presja dotycząca szybkiego odniesienia się osób reprezentujących placówkę do przedmiotu kryzysu jest kolejnym czynnikiem mogącym mieć negatywny wpływ na przebieg sytuacji.

Dodatkową barierą utrudniającą komunikację w placówce medycznej w czasie kryzysu jest konieczność ochrony informacji o pacjencie, w szczególności tych związanych ze stanem jego zdrowia. Szereg ustaw regulujących zawody medyczne (ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej czy ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta), a także przepisy z zakresu RODO uniemożliwiają swobodne komentowanie kryzysów dotyczących sytuacji medycznej pacjenta. Artykuł 13 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jasno określa, że: „Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego”.

Warto przy tym podkreślić, że do zachowania tajemnicy w związku zatrudnieniem w placówce medycznej zobowiązani są wszyscy pracownicy, także ci niemedyczni. Artykuł 266 par. 1 kodeksu karnego wskazuje, że:

Kto, wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu, ujawnia lub wykorzystuje informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Wdrożenie mechanizmów zapobiegania kryzysowi i zarządzania nim (jeśli się pojawi) jest jednym z zadań osoby odpowiedzialnej za komunikację i wizerunek placówki medycznej. Warto podkreślić, że celem tych

działań nie jest zażegnanie kryzysu za wszelką cenę. Otwartość, partnerstwo, prawdomówność, które mają wpływ na wiarygodność placówki, to ważne zasady etyczne zarządzania sytuacją kryzysową (Rydzak 2008a; 2008b).

Zapobieganie kryzysom medialnym w obszarze komunikacji z pacjentem i komunikowania zdarzeń niepożądanych

Dobro organizacji to jej stabilny wizerunek. Ma to ogromne znaczenie w budowaniu wiarygodności i zaufania w oczach pacjenta. Silna marka medyczna redukuje u pacjenta niepewność, w zamian dając mu poczucie bezpieczeństwa. W analizowanym przypadku szpitala w Oleśnicy kryzysu nie udało się ograniczyć, a wręcz został on zaostrozony poprzez kolejne wpisy autorki, w których okazywała niechęć do osób otyłych („dla mnie odrażająca jest otyłość”).

W praktyce osoby zajmujące się komunikacją ważną rolę odgrywa umiejętność przeproszania. Niestety nadal często spotykamy się z tzw. przeproszaniem tylko urażonych (w języku angielskim zjawisko to nazywane jest *sorry not sorry*). Tymczasem przeprosiny nie mogą być uwarunkowane odczuciami odbiorców. Przykładem dość dosadnym, ale tłumaczącym tę zasadę, jest komunikat: „Przykro nam, że czuje się Pani urażona obcesowym zachowaniem naszego personelu”. Taka strategia, polegająca na przeproszeniu nie za obcesowe zachowanie personelu, tylko za emocje, jakie to zachowanie wywołało u odbiorcy, zastosowana została w oświadczeniu dyrekcji szpitala w Oleśnicy.

Tymczasem poprawnie sformułowany komunikat powinien zawierać następujące elementy:

- przeprosiny wyrażające empatię i zrozumienie dla pacjenta,
- przyznanie się do błędu, jeśli dana sytuacja wynika z nieprawidłowych działań placówki,
- powetowanie mające zmienić negatywne doświadczenie odbiorcy w doświadczenie pozytywne.

Warto uszczegółowić, jakie są cele tych działań. Po pierwsze, chodzi o okazanie pacjentowi szacunku i dostrzeżenie jego potrzeb poprzez skuteczną i otwartą komunikację. Po drugie, powinno się mieć na uwadze dbałość o przyszłe kontakty z placówką i minimalizowanie niechęci pacjentów poprzez umiejętne zarządzanie sytuacją trudną. Po trzecie, należy zadbać o ograniczenie kryzysu do przestrzeni wewnątrz organizacji.

Zasady komunikacji placówki medycznej w social mediach

Komunikacja, jaką szpital w Oleśnicy prowadził w social mediach, stała się źródłem kryzysu. Właściwie sformułowana polityka komunikacji prezentowana przez placówkę medyczną powinna uwzględniać odpowiedzi na wymienione niżej pytania. Przedstawiamy, jak mogłyby one wyglądać w odniesieniu do posta opublikowanego przez szpital w Oleśnicy:

- Po co komunikujesz?
Zgodnie z intencją autorki posta komunikat miał uruchomić u kobiet zachowania prozdrowotne. Jednak odbiór tego wpisu przez kobiety nie był zgodny z deklarowanym założeniem nadawcy.
- Jaki efekt ma zostać osiągnięty?
W zamierzeniu autorki post miał wywołać efekt edukacyjny. Spowodował jednak poczucie znieważenia, krzywdy, upokorzenia.
- Do kogo komunikujesz?
Autorka kierowała post do kobiet ciężarnych, pacjentek szpitala. Jednak komunikat został szeroko skomentowany nie tylko przez społeczność związaną ze szpitalem.
- Co komunikujesz?
Autorka zamierzała przedstawić w zabawnej formie historijkę pobudzającą do refleksji. Komunikowała jednak treści prześmiewcze i moralizatorskie. Powinna przekazywać treści merytoryczne dotyczące choroby, jaką jest otyłość, unikając przy tym oceny.

Udzielenie odpowiedzi na te cztery pytania zwiększy szansę, że wypowiedzi będą formułowane w sposób właściwy i nie doprowadzą do sytuacji, w której błędna komunikacja z odbiorcami social mediów płynnie i szybko przeniesie się do mediów tradycyjnych.

Intencje edukowania pacjentów, jakie przyświecały autorce omawianego wpisu internetowego, były być może słuszne. Jednak komunikacja o charakterze prozdrowotnym powinna być przemyślana, merytoryczna i empatyczna, powinna promować zdrowe nawyki i być pozbawiona stereotypów. Dowodem na to, że omawiana wypowiedź nie została odpowiednio zaplanowana, jest to, iż nie doprowadziła do dyskusji na temat zachowań prozdrowotnych i refleksji dotyczących wspierania kobiet w osiąganiu prawidłowej masy ciała, zdrowotnych konsekwencji otyłości w okresie okołoporodowym itd. Wywołała za to dyskusję w obszarze zdecydowanie bardziej emocjonalnym niż merytorycznym. Moment, w którym można było jeszcze zmienić niewłaściwy kierunek komunikacji, nie został

wykorzystany. Najbardziej odpowiednią osobą do zarządzania rozwijającym się kryzysem był rzecznik prasowy szpitala, któremu jednak uniemożliwiono pracę zgodną z jego kompetencjami i przekonaniami.

Kolejnymi działaniami, jakie powinny zostać podjęte po wystąpieniu sytuacji trudnej, są: przeciwdziałanie kryzysom (procedura, szkolenia) i przygotowanie organizacji na kryzysy (procedura kryzysowa).

Szkolenia pracowników z zasad komunikacji z pacjentem

Zdolność do właściwego komunikowania się z pacjentem nie jest umiejętnością wrodzoną. Jak pisze Krystyna de Walden-Gałuszko (2000), istnieje całe spektrum umiejętności i kompetencji społecznych, które powinny bazować na określonej wiedzy i zostać nabyte w procesie edukacji. Umiejętności prowadzenia konstruktywnej rozmowy z pacjentem i tworzenia odpowiednich dla takiej rozmowy warunków pracownik medyczny powinien się po prostu nauczyć. Pomimo podejmowanych działań związanych z wprowadzaniem i rozwijaniem nauczania i doskonalenia umiejętności komunikacyjnych w polskich uczelniach medycznych absolwenci wciąż nie wykazują wystarczających kompetencji w tym zakresie (Kaczor i in. 2021). Doskonalenie umiejętności komunikacyjnych spoczywa więc po części na placówkach medycznych. Te zaś, borykając się z problemami finansowymi, nie inwestują w szkolenia z tego obszaru. W CMŻ proces szkoleń z komunikacji zainicjował broker ubezpieczeniowy, proponując bezpłatny pakiet ćwiczeń jako formę prewencji przyszłych odszkodowań. Szkolenia dotyczyły wielu zagadnień, w tym podstawowych zasad komunikowania się ludzi czy specyfiki komunikacji z pacjentami agresywnymi, a polegały m.in. na odgrywaniu scenek rozmów z pacjentami. Obecnie szpital kontynuuje prowadzenie szkolenia na własny koszt. W 2021 r. rozpoczął się cykl szkoleń z porozumienia bez przemocy oraz cykl warsztatów dla medycznej kadry kierowniczej. Proces szkoleń wspierany jest przez pełnomocnika ds. praw pacjenta, który w przypadku powtarzających się skarg z obszaru komunikacji odbywa z pracownikami indywidualne konsultacje.

Skargi pacjentów i sposób odpowiedzi placówki

Z wieloletnich statystyk zbieranych w CMŻ wynika, że ok. 80% skarg pacjentów dotyczy komunikacji między personelem medycznym i pacjentami. Od szybkości i jakości reakcji podmiotu medycznego zależy, w jakim

kierunku potoczy się sytuacja związana np. ze złożoną skargą pacjenta czy niepożądanym zdarzeniem medycznym. Pacjent powinien jak najszybciej otrzymać informację na temat dalszego postępowania (np. czasu oczekiwania na odpowiedź na złożoną skargę) czy kolejnych kroków, jakie placówka podejmie przy wyjaśnianiu zgłoszonej sprawy. Placówka powinna być otwarta na kontakt z pacjentem (najlepiej poprzez wyznaczoną do tego osobę), powinna umożliwić wgląd w dokumentację medyczną oraz na bieżąco wyjaśniać przyczyny zdarzenia.

Zdecydowane działania podejmowane przez przedstawicieli placówki medycznej mają kilka celów: dobro pacjenta, jakość dalszych relacji z pacjentem, dobrostan pracowników, dobro organizacji i jej wizerunek.

Dbałość o dobro pacjenta polega na uszanowaniu jego potrzeby bycia wysłuchanym z empatią oraz wypowiedzenia oczekiwań w sytuacji nieporozumienia czy niepożądanego zdarzenia medycznego (np. w sytuacji powikłanego porodu). W CMŻ zatrudniony jest pełnomocnik ds. praw pacjenta, który wypracował standardy postępowania w takich sytuacjach. Jego zadaniem jest ochrona praw pacjenta oraz zapewnienie ich poszanowania i realizacji przez personel, nie tylko medyczny. Pełnomocnik rozpatruje skargi, prowadzi bieżące interwencje, organizuje spotkania, podczas których wyjaśnia się nieporozumienia pomiędzy stronami, może także uczestniczyć w spotkaniach z pacjentem i jego rodziną po wystąpieniu niepożądanego zdarzenia medycznego. Podczas takich spotkań oprócz lekarza, położnej, pielęgniarki czy innego personelu często obecny jest także psycholog. Pełnomocnik informuje pacjenta o jego prawach i sposobie realizacji zgłoszonej przez niego sprawy, wsłuchuje się w jego oczekiwania i jest jego pośrednikiem w kontakcie z placówką. Możliwe sposoby działania pełnomocnika to: rozpatrzenie skargi pacjenta i zaproponowanie treści decyzji, negocjowanie ugody z pacjentem czy przeprowadzenie procedury zwanej po angielsku *sorry works* (czyli *'przykro mi działa'*).

Procedura ta jest rozpowszechniona m.in. w Stanach Zjednoczonych. W praktyce opiera się ona na ujawnieniu pacjentowi lub/i jego rodzinie informacji o zdarzeniu medycznym poprzez autentyczną i empatyczną komunikację. W sytuacji niepewności co do przyczyny zdarzenia personel wyraża swoje współczucie za pomocą następujących sformułowań: *Przykro nam, że ta sytuacja miała miejsce; Zrobimy wszystko, aby wyjaśnić przyczyny tego zdarzenia; Jesteśmy do Państwa dyspozycji*.

Empatia i wyrażenie żalu nie są w tej procedurze uważane za przyznanie się do winy. Natomiast jeśli wina za niepożądane zdarzenie

medyczne jest ewidentna lub została udowodniona personelowi medycznemu, procedura przewiduje przeprosiny za zdarzenie. Powinny one zostać wyrażone np. tak: *Podczas zabiegu popełniliśmy błąd, jest nam bardzo przykro, przepraszamy.*

Następnie należy zaproponować uczciwe odszkodowanie przedsądowe przy aktywnej współpracy placówki, pacjenta, ubezpieczyciela i prawników obu stron. Procedura ta przewiduje także zaproponowanie pacjentowi lub/i jego rodzinie wsparcia psychologicznego, ciągłości terapeutycznej (np. wizyty domowe) czy leczenia skutków zdarzenia i stałego kontaktu z personelem szpitala, aby dać pacjentowi możliwość rozwiania ewentualnych dalszych wątpliwości. Co ważne, procedura *sorry works* przewiduje także zaopiekowanie się przez placówkę tzw. drugą ofiarą zdarzenia (*second victim*), czyli pracownikiem bezpośrednio zaangażowanym w zdarzenie medyczne (np. śmierć pacjenta). Pracodawca może zapewnić pracownikowi m.in. wsparcie psychologiczne (Wojcieszak 2020).

W zarejestrowanych przez dziennikarzy z programów interwencyjnych wypowiedziach pacjentów, którzy po niekorzystnym zetknięciu się z placówką ochrony zdrowia i nieotrzymaniu stosownej pomocy skontaktowali się z przedstawicielami mediów, można usłyszeć m.in. takie stwierdzenia: *Nikt ze mną nie porozmawiał, nie wyjaśnił, nie podjął rozmowy; Lekarze mnie unikali; Odmówili mi spotkania/wyjaśnienia; Nie mogłam zobaczyć swojej dokumentacji; Nikt mnie nie przeprosił; Nie usłyszałam zwykłego „przepraszam”.*

Podane przykłady pokazują, że pacjenci czują potrzebę zrozumienia tego, co się wydarzyło, chcą, aby ich wysłuchano i udzielono im wyjaśnień, oczekują konkretnych słów: *przykro mi, przepraszam*. Postawa personelu medycznego – pełna empatii, troski i otwartości na komunikowanie się po zdarzeniu – może złagodzić u pacjenta ból, z jakim się zmagają. Z kolei zachowania polegające na odmawianiu kontaktu, unikaniu pacjenta, braku otwartości na rozmowę mogą potęgować poczucie żalu i gniewu. W takim przypadku media mogą zostać wykorzystane jako siła nacisku na placówkę czy lekarza. Nagłośnienie tematu może spowodować realne osłabienie marki placówki, a także reakcje kontrolne Rzecznika Praw Pacjenta czy Narodowego Funduszu Zdrowia. Unikanie rozmowy z pacjentem przez placówkę czy konkretnego pracownika może być podyktowane strachem przed konfrontacją czy niepewnością związaną z brakiem umiejętności komunikacyjnych. Dodatkową barierą może być obawa przed użyciem słowa *przepraszam*, które może zostać potraktowane przez pacjenta jako przyznanie się do winy.

Po zakończonym postępowaniu pełnomocnik może wydać rekomendacje dla pracowników, zasugerować zmiany w istniejących procedurach, a także zaplanować szkolenia z komunikacji. W sytuacji, kiedy powyższe ścieżki działania wydają się niewystarczające i w ocenie pełnomocnika ds. praw pacjenta sprawa może przybrać charakter medialny, informacja zostaje przekazana także do rzecznika prasowego danej placówki medycznej. Jego rola w tym procesie sprowadza się do doradztwa komunikacyjnego i przygotowania się na wyjście informacji o zdarzeniu poza organizację. W sytuacji trudnej dla placówki należy także zadbać o dobrostan pracowników. Ważne jest, aby mieli oni poczucie uczestnictwa w wyjaśnianiu okoliczności zdarzenia. Ich zdanie powinno być równoważne ze zdaniem pacjenta.

Podsumowanie

Umiejętne zarządzanie komunikacją w placówce ochrony zdrowia, w tym w obszarze social mediów, przyczynia się do budowania jej wizerunku. Niewłaściwe komunikaty prezentujące brak empatii czy umniejszanie problemów, z jakimi mogą zmagać się pacjenci, prowadzić może do kryzysu komunikacyjnego i wizerunkowego placówki medycznej. Wizerunek szpitala przekłada się na postrzeganie go jako placówki bezpiecznej i wia-rygodnej. To może istotnie zmniejszać niepewność i budować poczucie bezpieczeństwa u pacjenta i jego rodziny. Odpowiednio szybka reakcja na trudną sytuację i sformułowanie właściwych przeprosin mogą zapobiec dalszemu kryzysowi. Szkolenia personelu w zakresie odpowiedniej komunikacji (również w social mediach) stanowią ważny element wpływający na jakość opieki. Rzecznik prasowy i rzecznik ds. praw pacjenta stanowią zespół wspierający zarówno personel, jak i pacjenta – zapewniają mu odpowiednie dochodzenie praw w ramach właściwej komunikacji opartej na porozumieniu i empatii.

Bibliografia

- Babkibabkom. 2021a. *Instaburza CD*, Facebook, 9.07.2021, <https://www.facebook.com/profile/100063749164982/search/?q=w%20zamienianiu%20si%C4%99%20w%20wieloryba> (dostęp: 2.03.2022).
- Babkibabkom. 2021b. *Problem WIELKIEJ WAGI czyli o kilogramach w ciąży*, Instagram, 8.07.2021, <https://www.instagram.com/p/CRE6SZRNbVc/> (dostęp: 2.03.2022).

- Black S. 2006. *Public Relations*, tłum. I. Chlewińska, Oficyna Ekonomiczna, Kraków.
- FRL [Fundacja Rodzic po Ludzku]. 2021. *Za chuda, za gruba...*, Facebook, 10.07.021, <https://www.facebook.com/fundacjarodzicpoludzku/posts/10165420122165370> (dostęp: 2.03.2022).
- Gajos-Kaniewska D. 2021. *Szpital w Oleśnicy zawstydzą otyłe pacjentki – interwencja HFPC*, Rzeczpospolita, <https://www.rp.pl/prawo-dla-ciebie/art17171-szpital-w-olesnicy-zawstydzą-otyle-pacjentki-interwencja-hfpc> (dostęp: 13.02.2023).
- Kaczor M., Doroszevska A., Górnicka B., Mirowska-Guzel D. 2021. *Ocena umiejętności komunikacyjnych studentów ostatniego roku kierunku lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w zakresie przekazywania niepomysłnych informacji*, „Folia Cardiologica”, 16, s. 291–295.
- Kłodnicka K. 2021. *Rzeczniczka oleśnickiego szpitala rezygnuje z pełnienia funkcji. Oświadczyła, że „stoi po stronie kobiet”*, Oleśnica nasze miasto, <https://olesnica.naszemiasto.pl/rzeczniczka-olesnickiego-szpitala-rezygnuje-z-pelnienia/ar/c1-8371686> (dostęp: 16.07.2022).
- Łaszyn A. 2022. *Kryzysometr 21/22. Kryzysowe prognozy na 2022 rok. Podsumowanie roku 2021*, Alertmedia, Warszawa, <https://alertmedia.pl/wp-content/uploads/2022/01/Raport-Kryzysometr-2021.pdf> (dostęp: 13.02.2023).
- Magiera P. 2021a. [Szanowni Państwo, w związku z głosami krytyki...], Powiatowy Zespół Szpitali – Szpital w Oleśnicy i Szpital w Sycowie, <https://www.pzsolesnica.pl/wp/2021/07/09/oswiadczenie-dyrekcji-pzs-w-olesnicy-dot-wpisow-na-portalach-spolecznościowych-oddziału-ginekologii-polożnictwa-i-neonatologii/> (dostęp: 7.03.2023).
- Magiera P. 2021b. [Szanowni Państwo, w związku z ostatnimi...], Powiatowy Zespół Szpitali – Szpital w Oleśnicy i Szpital w Sycowie, <https://www.pzsolesnica.pl/wp/2021/07/12/przeprosiny-2/> (dostęp: 6.03.2023).
- Okrój-Kowalska A. 2019. *Kobiecość odebrana? Zjawisko anty-body shamingu wobec kobiet szczupłych – analiza socjologiczna*, „Acta Universitatis Lodzensis Folia Sociologica”, 70, s. 101–117.
- Rozwadowska B. 2011. *Public relations. Teoria, praktyka, perspektywy*, Studio Emka, Warszawa.
- Rydzak W. 2008a. *Etyka komunikowania się w sytuacji kryzysowej*, [w:] *Public relations. Znaczenie społeczne i kierunki rozwoju*, red. J. Olędzki, D. Tworzydło, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 287.
- Rydzak W. 2008b. *Procedura postępowania w sytuacji kryzysowej*, [w:] *Public relations. Znaczenie społeczne i kierunki rozwoju*, red. J. Olędzki, D. Tworzydło, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 289.
- Rynek Zdrowia. 2019. *Dobry wizerunek szpitala wymaga kompetencji, a nie kosmicznego budżetu*, <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Dobry-wizerunek-szpitala-wymaga-kompetencji-a-nie-kosmicznego-budzetu,193815,1.html> (dostęp: 18.02.2022).

- Seitel F. 2003. *Public relations w praktyce*, tłum. M. Albigowski, J.F. Dąbrowski, A. Święch, Felberg SJA, Warszawa.
- Szczepanik R. 2009. *Nietypowe przypadki public relations*, Helion, Gliwice.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417.
- Walden-Gałuszko K. de. 2000. *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, MAKmed, Gdańsk.
- WHO [World Health Organization]. 2018. *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215> (dostęp: 13.02.2023).
- Wojcieszak D. 2020. *Review of Disclosure and Apology Literature: Gaps and Needs*, "Journal of Healthcare Risk Management", 40, s. 8–16.

ABSTRACT

Hospital communication on social media, crisis management and image creation of the institution

The aim of the study is to present the hospital's communication from the perspective of the work of the press spokesperson and the patient ombudsman. The article describes a communication crisis in one of the hospitals resulting from posting a post containing moralizing, offensive and discriminatory content directed at pregnant women and future patients. The improper reaction of the management, apologizing only to those who felt offended, increased the negative reactions of the environment. The paper discusses the main causes of patients' complaints related to inadequate communication and the way in which communication can proceed in order to solve a difficult situation and formulate an appropriate apology.

KEY WORDS: communication on social media, press spokesman, patient ombudsman, crisis management

ABSTRACT

Komunikacja szpitala w mediach społecznościowych, zarządzanie kryzysem a kreowanie wizerunku placówki

Celem pracy jest przedstawienie komunikacji szpitala z perspektywy pracy rzecznika prasowego i rzecznika ds. praw pacjenta. W rozdziale opisano kryzys komunikacyjny, do którego doszło w jednym ze szpitali na skutek opublikowania

posta zawierającego moralizatorskie, obraźliwe i dyskryminacyjne treści skierowane do kobiet ciężarnych i przyszłych pacjentek. Niewłaściwa reakcja dyrekcji – przepraszającej jedynie tych, którzy poczuli się urażeni – spotęgowała negatywne reakcje otoczenia. W pracy omówiono główne przyczyny skarg pacjentów związane z niewłaściwą komunikacją oraz sposób, w jaki może przebiegać komunikacja mająca na celu rozwiązanie trudnej sytuacji i sformułowanie właściwych przeprosin.

SŁOWA KLUCZOWE: komunikacja w social mediach, rzecznik prasowy, rzecznik ds. praw pacjenta, zarządzanie kryzysem

Niektóre społeczne i komunikacyjne znaczenia w autonarracjach o porodzie zamieszczonych przez matki w grupach wsparcia na Facebooku – ustalenia wstępne

Wprowadzenie

W rozdziale tym zaprezentowane zostaną wyniki badań prowadzonych w ramach realizacji projektu naukowego, którego celem jest rozpoznanie, jakie społeczne znaczenie mają autonarracje matek umieszczane w zamkniętych grupach na Facebooku poświęconych wsparciu okołoporodowemu. Ze wstępnych analiz wynika, że jest to zagadnienie bardzo złożone, a autonarracje o porodzie pełnią m.in. funkcje biograficzne, edukacyjne, komunikacyjne i terapeutyczne. Celem pracy będzie wskazanie najważniejszych funkcji analizowanych narracji. Teksty te mogą mieć zastosowanie w kształtowaniu kompetencji komunikacyjnych pracowników ochrony zdrowia w obrębie modelu medycyny zhumanizowanej (Skrzypek 2013).

Grupy wsparcia na Facebooku są m.in. miejscem tworzenia kapitału społecznego, sferą, w której przebiega proces socjalizacji do roli matki, przestrzenią społecznego konstruowania macierzyństwa, tworzenia tożsamości matki, a także obszarem, w którym zachodzi ekspresja doświadczenia macierzyńskiego. Zagadnienie to podjęła Katarzyna Barani (2008), a później Marta Olcoń-Kubicka (2009: 157–158), która w pracy *Indywidualizacja a nowe formy wspólnotowości* pisze, że takie przestrzenie w internecie dają możliwość:

tworzenia narracji macierzyńskich – opowiadania historii o problemach z zajściem w ciążę, analizowania poszczególnych etapów bycia w ciąży, a także

przedstawienia przebiegu porodu i pierwszych doświadczeń jako matki. Narracja matki powstaje poprzez ekspresję doświadczenia oraz uczestnictwo w dyskursie macierzyńskim, a obecność innych kobiet stanowi dla niej konieczne tło oraz źródło informacji zwrotnej.

Założenia metodologiczne przyjęte w badaniach własnych

Badania prowadziłam, kierując się zasadą współczynnika humanistycznego w rozumieniu, jakie nadał temu terminowi Florian Znaniecki (2008: 68):

dane badacza kultury są zawsze „czyjeś”, nigdy „niczyje”. Tę zasadniczą cechę danych kulturowych nazywamy współczynnikiem humanistycznym, takie bowiem dane, jako przedmioty refleksji teoretycznej badacza, należą już do czynnego doświadczenia kogoś innego i są takie, jakimi to czynne doświadczenie je uczyniło.

Projekt zrealizowałam w duchu socjologii interpretatywnej, zgodnie z którą badacza interesuje to, jak „przeżytemu doświadczeniu nadaje się znaczenie, jak jest ono definiowane, odczuwane, wyrażane, ucieleśnione, interpretowane i rozumiane” (Denzin 1990: 56).

Podczas badań¹ zastosowałam metodę obserwacji uczestniczącej (Chomczyński 2006) w ramach „wirtualnej etnografii” (Miller 2012; Jemielniak 2019), etnografii online (Markham 2009) zwanej przez Roberta V. Kozinetsa (2012) „netnografią”. Rejestrowaną w dzienniku badacza obserwację światów społecznych (Strauss 2012), grup, w których prezentowane są opowieści porodowe, prowadziłam od jesieni 2019 r. do końca 2021 r. Analizowałam dane pojawiające się dzięki spontanicznej aktywności użytkowniczek, a nie wywołane przeze mnie. To oznacza, że ani razu nie zaingerowałam w naturalny tok dyskusji. W badaniu uwzględniłam także podejście biograficzne stosowane w socjologii. Według Herberta

¹ Administratorzy badanych grup zostali poinformowani o tym, że jestem naukowo zainteresowana obszarem, wokół którego prowadzona jest dyskusja. Zawsze w trakcie przyjmowania do grupy zamkniętej informuję o tym, że jestem socjologiem i prowadzę badania związane z tematami poruszonymi w grupie. Ze względu na wymagania etyczne prowadzenia badań socjologicznych, czyli konieczność posiadania świadomej zgody na wykorzystanie wypowiedzi badanych, nie publikuję analizowanych opowieści, szczególnie ze względu na zamknięty charakter badanych grup. Ma to na celu ochronę tożsamości badanych, ich prywatności oraz intymności opisów przekazanych w opowieści. Ukazane zostaną ogólne wnioski z przeprowadzonej analizy danych.

Blumera dokumentem biograficznym jest „sprawozdanie z doświadczenia jednostki, przedstawiające jej działalność jako człowieka i jako uczestnika w życiu społecznym” (Szczepański 1973: 623). Badane przeze mnie narracje są zarówno dokumentami osobistymi, jak i częścią szerszego dyskursu (Olcoń-Kubicka 2009: 109).

Stan badań skupionych wokół analizy opowieści porodowych

Opowieści o porodzie były analizowane przez różnych autorów. Badania te są próbą poznania wybranego aspektu życia społecznego z perspektywy kobiecej (Smith 2006)². Na szczególne zainteresowanie zasługują na pewno praca Krystyny Dzwonkowskiej-Goduli (2016) *Opowieści porodowe – historie o szczególnym kobiecym doświadczeniu i podmiotowości kobiet* oraz artykuł „Opowiedz mi...”. *Narracja w doświadczeniach ciąży, porodu i straty dziecka* Barbary Baranowskiej, Antoniny Doroszewskiej i Urszuli Tataj-Puzyny (2019). Warto też zwrócić uwagę na publikację Marianny Szymarek (2019) *Radość rodzenia. Rozmowy o ciąży i porodzie*, która jest zbiorem opowieści kobiet na temat ciąży i porodu. Koncentracja na perspektywie kobiecej jest swego rodzaju pokłosiem feminizmu drugiej fali w etnografii, czyli badań nad „indywidualnymi opowieściami i biografiami kobiet przedstawianych jako samodzielne aktorki społeczne” (Wierciński 2015: 62). W badaniach tych skupiano się na indywidualnych, subiektywnych doświadczeniach respondentek relacjonujących historię życia, w której „głównym bohaterem jest osoba snująca opowieść” (Wierciński 2015: 62). Również literatura zagraniczna obfituje w interesujące prace z tego zakresu, które były dla mnie inspiracją i punktem odniesienia (m.in. Chadwick 2014; Carson i in. 2017; Antoniak, Mimno, Levy 2019).

Rozumienie autonarracji przyjęte w badaniach własnych

Na wstępie chcę zaznaczyć, że autonarracje matek rozumiem jako narracje konstruujące macierzyństwo, ponieważ zgodnie z założeniami socjologicznej teorii interakcjonizmu symbolicznego jednostki nadają znaczenia

² Por. „Pierre Bourdieu wskazuje, że praktycy, którzy znajdują się na pograniczu nauki, są tej nauki najbardziej konserwatywnym ogniwem. Trudno nie zgodzić się z jego hipotezą, obserwując współczesny dyskurs ginekologiczno-położniczy, który angażuje praktyków w konstruowanie doświadczenia ciąży i porodu, odnosząc się do konserwatywnego obowiązującego światopoglądu naturalnego” (Gajewska 2011: 62).

obiektom społecznym. Konstruowanie ich zachodzi w procesie interpretacji, któremu służy narracja o charakterze autobiograficznym, a także konteksty, sytuacje oraz zorganizowane otoczenia użycia. Analiza autonarracji niewątpliwie umożliwia poznanie rzeczywistych, nieskrywanych, nieprzemilczanych przeżyć i doświadczeń kobiet rodzących. Nie bez znaczenia w badanych autonarracjach jest kontekst rodzenia zazwyczaj w otoczeniu przedstawicieli zawodów medycznych (lekarzy i położnych), studentów (nieraz w dużej liczbie obecnych przy rodzącej), w szpitalu (świat społeczny instytucji społecznej) lub w domu (w asyście położnej lub bez niej). Wyrażana jest także oczekiwana, a nawet wymarzona wizja lub wręcz wzorzec idealnego porodu, którą matka komunikuje grupie i konfrontuje z rzeczywistością. Ważne jest także odmienne niż u personelu medycznego definiowanie sytuacji porodu przez kobiety (Manterys 2000) oraz występujące w konsekwencji tej różnicy trudności w relacji lekarz – położna – kobieta rodząca.

Badane zjawisko, jakim jest społeczne konstruowanie rzeczywistości świata społecznego porodu, który rozumiem jako rytuał przejścia³ oraz rytuał interakcyjny, ma dla mnie znaczenie także z punktu widzenia socjologii wiedzy. Badania nad dzieleniem się autonarracją o porodzie w grupie na Facebooku dostarczają dowodów na społeczne wytwarzanie wiedzy o przebiegu współczesnego porodu oraz oczekiwaniach stawianych temu wydarzeniu przez kobiety, wizji porodu idealnego oraz dramaturgicznym wymiarze tego granicznego wydarzenia. Co więcej, dzięki mechanizmom wpływu grupowego opowieści porodowe uczestniczą

³ Marek Kawa i Błażej Kmiecik (2018: 95) w pracy *Elementy rytów przejścia (rites de passage) w sytuacjach granicznych i okołosmiertnych jako doświadczenie społeczne i medyczne* pisali: „Narodziny człowieka to także medyczna forma przejścia, w której zlokalizować można trzy fazy: 1/ wyłączenie (separacja) (*rites de separation*) – faza preliminarzna: moment porodu naturalnego bądź cesarskiego cicia, przecięcie pępowiny jako zjawisko wręcz symboliczne odcięcie od starego porządku i statusu; 2/ marginalizacja (*marge*) – faza liminalna; – podjęcie działań medycznych wobec noworodka, jest ono nieświadomym uczestnikiem analizy jego stanu dokonywanej przez ekspertów. Tutaj następuje de facto marginalizacja działań dokonywanych przez rodziców. Matka, z racji stanu, jest wyłączona z udziału w badaniu. Ojciec dziecka z jednej strony skupiony może być na żonie/partnerce, a z drugiej na dziecku. Stąd też ciężar działań przeniesiony jest w tej fazie na medyków; 3/ włączenie (agregacja) (*agrégation*) – faza postliminarna: na tym etapie będzie to oznakowanie dziecka pozwalające na jego identyfikację, ale również upodmiotowienie: posiada już ono imię, które go identyfikuje na oddziale, jak i stosowne odniesienie w systemie medyczno-szpitalnym”.

w negocjowaniu zastanego porządku interakcyjnego, doprowadzając poprzez transfer nowej społecznej wiedzy o porodzie do zmiany społecznej, np. do powstania ruchów na rzecz przestrzegania praw pacjenta, kobiet rodzących: „jednostka, czy tego chce, czy nie chce, wskazuje sobie i interpretuje obiekty swego otoczenia, jest tą instancją, która uruchamia lub powstrzymuje określony przebieg zdarzeń związany z daną linią działania” (Manterys 2008: 55).

Skoro według Waltera Fishera świat jest zbiorem opowieści, poród będzie z tej perspektywy społecznym konstruktem złożonym z narracji opowiedzianych przez kobiety, dającym szansę na autoprezentację (Burzyńska 2008: 27). Istotne jest, że komunikowanie autonarracji grupie sprawia, iż porodowi nadawane są nowe znaczenia (następuje redefinicja znaczeń), zmienia się definicja sytuacji porodu, ponieważ staje się on czynnością zbiorową, połączoną więzią społeczną zbudowaną na osobowych stosunkach społecznych oraz zaufaniu (Krawczyk-Bryłka 2009). Grupa wsparcia staje się nie tylko grupą odniesienia porównawczego, ale i normatywnego. Służy socjalizacji wtórnej matek, reinterpretacji własnych doświadczeń i „gwarantuje asymilację wzorców kulturowych, określając z racji ich strukturalnego ułożenia potencjał zmiany społecznej” (Manterys 2008: 59). Powstaje zatem niebywale interesujący obiekt – komunikacyjny i dyskursywny obraz rzeczywistości porodu.

Za Normanem K. Denzinem (1990: 68) przyjmuję, że:

autonarracja jest centralnym elementem relacji z życia. Jest to opowieść danej osoby o swoim życiu, podawana w kontekście określonego zbioru doświadczeń, które ta osoba podziela lub nie podziela z innymi. Jest to historia własnego ja w stosunku do jakiegoś wydarzenia lub przeżycia [...]. Ponieważ życie to różnorodność przeżywanych doświadczeń, zintegrowanych biograficzną tożsamością danej osoby, każdy staje się narratorem swej własnej historii życia.

Celem tego studium jest także pokazanie, w jaki sposób funkcjonują społecznie autonarracje zgrupowane wokół tematu porodu. Jak pisze bowiem Jerzy Trzebiński (2002), narracje są także sposobem rozumienia świata, sposobem na konstruowanie rzeczywistości społecznej.

Za Amelią Krawczyk-Bocian (2019) chciałabym zaznaczyć, że autonarracje mogą być rozumiane jako opowieści życia służące odkrywaniu sensów i znaczeń. Autoarracja staje się także formą rozumienia i samorozumienia, również w perspektywie hermeneutycznej, o której tak pisała Teresa Bauman (2011: 273):

rozumienie życia każdej osoby przebiega po kole (kole hermeneutycznym), żyjąc, człowiek rejestruje określone przeżycia, które decydują o tym, jak interpretuje on swoje doświadczenia. Każdy fragment życia uzyskuje więc swoje znaczenie dopiero w kontekście całości, ale sam także wpływa na tę całość.

Autonarracje o porodzie – ich znaczenia i funkcje

Dlaczego zatem warto odkrywać i badać autonarracje matek o porodzie? Sądzę, że pełnią one bardzo ważne funkcje społeczne. Opowieści o porodzie są istotne z perspektywy socjologicznej i komunikacyjnej, ponieważ: „rytuał wytwarza osoby, które będą wytwarzać rytuał, jak też rytuał, który je wytwarza” (Manterys 2008: 151). Będą one mieć zatem swoje skutki w życiu zarówno opowiadających, jak i czytających/słuchających. Można przypuszczać, że będą konstruować rzeczywistość społeczną tych grup, w których są publikowane.

Narracje w postaci sądów i narracje interakcyjne są związane z poczuciem ciągłości własnej biografii dzięki integrowaniu doświadczeń oraz rozumieniu siebie i świata (zob. np. Nowak-Dziemianowicz 2002; 2007). Za podstawowe funkcje rozbudowanych narracji uznaje się tworzenie i integrowanie tożsamości osobowej oraz uzgadnianie doświadczenia osobistego z uwarunkowaniami społeczno-kulturowymi.

W drodze obserwacji uczestniczącej online ustaliłam, że matki mają ogromną potrzebę dzielenia się autonarracją o porodzie z innymi matkami. Podobne zdanie wyrażają Baranowska, Doroszevska i Tataj-Puzyna (2019: 39), kiedy piszą, że opowieści o porodzie stanowią: „przestrzeń dla zrelacjonowania własnej historii, opowiedzenia o indywidualnym doświadczeniu”.

Na podstawie studiów literatury oraz przeprowadzonej obserwacji uczestniczącej można stwierdzić, że urodzenie dziecka jest wydarzeniem krytycznym, zwrotnym (Budrowska 2000), przełomowym w życiu kobiety (Kuryś 2010). Jest procesem z jednej strony fizjologicznym, związanym z ogromnym bólem, do którego, jak piszą respondentki, nie da się przygotować i którego nie da się opisać, z drugiej zaś – jest wydarzeniem o charakterze społecznym, a wręcz zjawiskiem społecznym. Zmierzenie się z tego typu wydarzeniem ma wartość doświadczeniową, wiedzotwórczą i autokreacyjną. Wymaga zmiany w zakresie pełnienia ról społecznych, ale także przyjęcia nowej roli (pacjentki w szpitalu, kobiety rodzącej, wreszcie matki), zmiany społecznego statusu oraz otoczenia,

podjęcia specjalnego wysiłku adaptacyjnego (Przetacznik-Gierowska, Tyszkowa 1996: 78).

Niewątpliwie jest to wydarzenie przełomowe, krytyczne w życiu kobiety, jest „wydarzeniem znaczącym”. Choć jest podporządkowane naturalnym procesom fizjologicznym, to jest także tzw. wydarzeniem skryptowym, którego okoliczności społeczne – wzorce, rytuały, role społeczne odgrywane przez personel medyczny, hierarchia szpitalna⁴ – doprowadzają niejednokrotnie do pozbawienia kobiety rodzącej podmiotowości (Budrowska 2000: 263). Jak zaznacza Katarzyna Oleś (2018: 190): „To właśnie w takich sytuacjach powstają dramatyczne opowieści porodowe, które w rzeczywistości są często wołaniem matki o to, aby zwrócić uwagę na jej potrzebę podzielenia się swoimi przeżyciami”. Takie wnioski można wysnuć nie tylko na podstawie literatury przedmiotu (Kuryś 2010), lecz także z analizy danych zgromadzonych w moim dzienniku obserwacji. Stan ten wynika również z problemu istnienia przemocy położniczej (Dudek 2019) i zjawiska zwanego medykacją porodu (Doroszewska 2016; 2017). Doroszewska (2017: 15) dowodzi, że medykacja jest jedną z przyczyn doświadczania strachu przed porodem. Należą do nich także inne uczucia, emocje, przekonania, postawy oraz wcześniejsze negatywne doświadczenia kobiet. Ich poznanie może mieć ogromną wartość podczas kształcenia.

Poród jest wydarzeniem, które wzbudza w kobiecie pragnienie opowiadania. Niektóre matki odczuwają silną potrzebę wejścia w rolę *homo narrator* (Krawczyk-Bocian 2021). Rola ta pozwala na uzyskanie szacunku do samych siebie, potwierdzenie tożsamości, przekazanie wiedzy lub zakomunikowanie istotnego przesłania, wywołanie zainteresowania (Oleś 2008: 39) oraz samorozumienia (Krawczyk-Bocian 2017: 288)⁵.

Dzwonkowska-Godula (2016) dostrzegła kilka istotnych cech badanych przez nią opowieści porodowych, które zostały wysłane do Fundacji

⁴ Na ten aspekt organizacyjny zwraca uwagę Doroszewska (2017: 18): „Niesamodzielność położnych i oddanie pola lekarzom (którzy są przygotowani do radzenia sobie z patologiami) jest prawdopodobnie jednym z czynników tak silnie zmedykalizowanego porodu i wysokiego odsetka cesarskich cięć w naszym kraju”.

⁵ Zauważyłam to zjawisko wiele lat wcześniej, gdy słyszałam liczne autonarracje o porodzie w swoim najbliższym otoczeniu rodzinnym, a przede wszystkim opowieści porodowe mojej Mamy oraz inne, snute w kręgu przyjacielskim. Historie te stanowiły dla mnie szczególną inspirację do naukowego zainteresowania się tym tematem. Kobietom, które mi je opowiedziały, jestem bardzo wdzięczna.

Rodzić po Ludzku (organizacja ta opublikowała je następnie na stronie internetowej). Podstawową kwestią, którą poruszają narratorki, jest ich poczucie uprzedmiotowienia⁶:

narratorki pisały o braku szacunku, lekceważeniu ich, bezosobowym traktowaniu, byciu przezroczystym, niewidzialnym i niesłyszalnym dla personelu [...]. Narratorki wskazywały, że nie konsultowano z nimi lekarskich decyzji, nie informowano o tym, jakim zabiegom poddawane jest ich ciało, nie rozmawiano o przebiegu porodu czy poronienia, nie uwzględniano ich potrzeb i odczuć [...]. Kobiety mówiły o odarciu z godności, łamaniu ich prawa do intymności, prywatności, ochrony danych osobowych, narażeniu na wstyd i upokorzenie, obnażeniu, także w sensie dosłownym [...] braku delikatności zarówno w sensie fizycznym (podczas badań ginekologicznych, czy przy samym porodzie) oraz psychicznym (obcesowe traktowanie), braku życzliwości, zrozumienia i wsparcia w sytuacji odczuwania bólu, lęku, bezradności, czy straty w przypadku poronienia (Dzwonkowska-Godula 2016: 80).

Autorka ta zidentyfikowała jednak także podmiotowe traktowanie i pozytywne doświadczenie porodu. Pokazuje to wyraźnie fragment, w którym badaczka zauważa, iż kobiety:

zaznaczały, że nie pozwoliły innym, by przeszkadzali czy ingerowali w naturalnie przebiegający proces porodu, korzystały z ich wsparcia, zachowując poczucie kontroli nad sytuacją i własnego sprawstwa. Niektóre z dumą zaznaczały, że „robiły swoje”, nie zważając na innych, miały potrzebę zmiany pozycji, krzyku, śpiewu itd. [...] Część opowiadających kobiet „ucieka” z totalnej instytucji szpitala, decydując się na poród domowy (Dzwonkowska-Godula 2016: 81).

Inne kobiety starannie wybrały szpital, lekarza, a przede wszystkim położną – osoby, które ich nie ograniczały i nie uprzedmiotowiły. Narratorki mające poczucie podmiotowości w czasie porodu zachowały dobre wspomnienia z narodzin własnego dziecka. Co więcej, postrzegaly poród jako kluczowy moment dla ich kobiecej tożsamości, przeżywania własnej kobiecości w sensie cielesnym i duchowym, obudzenia ich „kobiecej mocy”. Kolejnym dostrzeżonym przez badaczkę zjawiskiem było akceptowalne uprzedmiotowienie, czyli sytuacja „przyzwolenia kobiet

⁶ Problemy, które zidentyfikowała w badanych opowieściach Dzwonkowska-Godula, zaobserwowałam również w analizowanych autonarracjach.

na odebranie im autonomii na czas krytycznego momentu życiowego, jakim jest poród, powodowanego lękiem – o życie i zdrowie własne oraz dziecka” (Dzwonkowska-Godula 2016: 82).

Z moich obserwacji wynika, że opowieść o porodzie spełnia funkcję autokreacyjną. Opowieści kobiet zawierają opisy wydarzeń trudnych, związanych z perturbacjami na linii lekarz – rodząca, położna – rodząca, położna – lekarz. Językowe ilustracje porodów są często obszerne, pełne szczegółów dotyczących wyników badań, częstotliwości skurczy, transportu do porodu itd. Niektóre przypominają metodyczne sprawozdania, inne zaś obfitują w opisy scen rodem z filmów akcji z licznymi zwrotami, punktami kulminacyjnymi, pełnymi napięcia wydarzeniami. Wyraźnie ustrukturyzowany jest czas doświadczany przez autorki narracji, szczególnie czas powiązany z subiektywnym odbiorem postępów w porodzie. Narracje porodowe w sposób drobiazgowy opisują przygotowania do porodu, fazy porodu, reakcje i interakcje zachodzące między matką a personelem medycznym, a szczególnie sposób traktowania, zaangażowanie w sytuację, w jakiej była matka, wszelkie słowa, które w tej sytuacji padały. Bardzo dokładnie opisywane i wyrażane są przeżywane w trakcie porodu stany emocjonalne. Te ostatnie są skrajnie różne: od „oksytocynowego haju”, „nieopisanego szczęścia” po „czarną rozpacz” spowodowaną tym, że poród był rozczarowaniem lub przebiegł nie tak, jak sobie tego życzyła czy jak to sobie wymarzyła matka. Z dużą dozą pewności mogą stwierdzić, że matki pamiętają niemal **każde słowo** wypowiedziane przez lekarzy, położne, osoby towarzyszące w porodzie. Ustalenie to może mieć znaczenie z punktu widzenia dydaktyki komunikacji medycznej. Okazuje się, że kobiety pamiętają te dobre, wspierające wypowiedzi, pochwały, dopingowanie, ale i te lekceważące, przemocowe, a nawet ordynarne i wulgarne słowa, które cytują w swoich narracjach. Przytaczają je dosłownie, nawet po latach, co jest dowodem na to, że każda wypowiedź, słowo, gest, mina, westchnienie, „mówienie pod nosem” – zostają zapamiętane. Skłania to do zwrócenia uwagi na naukę uważności podczas zajęć z komunikacji medycznej i proponowania studentom ćwiczeń z zakresu zapobiegania „wpadaniu w rutynę”, depersonalizacji, a także wyposażania ich w umiejętność radzenia sobie ze stresem, zmęczeniem, trudem pracy z drugim człowiekiem itp.

Kobiety bardzo dokładnie opisują szpitalne rytuały władzy i rytuały statusu, ale także przejawy kontroli społecznej (Garncarek 2010), takie jak nadzorowanie. Przywodzą one na myśl prace Michela Foucault,

który pisał, że wszelkie relacje władzy służą dyscyplinowaniu jednostki⁷, a także całego społeczeństwa: „Władza dyscyplinująca «działa na ciele poszczególnych jednostek», poprzez odpowiednie techniki «tresowania», w postaci nieustannego nadzoru, władzy normalizującej” (Mazurek 2014: 59). Niektóre opowieści ilustrują szpital i porodówkę jako „gmach panoptyczny” (Foucault 2009), świadcząc o instytucjonalizacji i technologizacji położnictwa. Jak pisze Luiza Nowakowska (2014: 14):

kobieta w murach szpitala przeżywa poród samotnie; doświadczenie zbiorowe staje się procedurą medyczną, na której zna się wyłącznie lekarz, elementem wielkiej anonimowej biurokratycznej maszyny, w której brakuje miejsca na indywidualizm i podmiotowe traktowanie. Przyjęcie do porodu oznacza bowiem poddanie rygorowi pracy szpitala, któremu kobieta rodząca musi się poddać.

Z moich obserwacji wynika, że kobiety mają ogromną potrzebę relacjonowania uczestnikom grupy zarówno swoich traum, jak i chwil określanych jako „odczarowanie porodu” i „nieopisane szczęście”. W ostatnich miesiącach zauważyłam, że w opowieści coraz częściej wpisane są relacje dotyczące zachowania partnerów, chwile, które określane są jako „cementujące związki”, ale także konflikty, rozczarowania, lekceważenie (nuda partnera, przesiadywanie z telefonem w rękę, a nawet usiłowanie podejmowania pracy zdalnej przy laptopie, narzekanie na długi czas porodu, wyjadanie jedzenia kobiety z torby porodowej, zasypianie, prowadzenie służbowych rozmów telefonicznych), a nawet kłótnie, do których doszło podczas porodu.

W badanych przeze mnie autonarracjach bardzo ważnym problemem jest wspomniana wcześniej medykalizacja. Opowieści o tym zjawisku (Mazurek 2014) zawierają opisy pozytywnych (kiedy interwencja medyczna jest interpretowana jako sposób na uratowanie życia dziecka lub matki), ale także negatywnych postaw. Te negatywne wyrażają się w narracjach o odebraniu podmiotowości oraz poczucia sprawstwa. Są określane jako zbędna ingerencja w naturalne procesy fizjologiczne, a przede

⁷ Por. „Medycyna nigdy nie była obszarem ślepych na płęć; można nawet powiedzieć, że jej wzorcotwórcza rola wspierała patriarchalny podział między płciami [...]. We wcześniejszych analizach, prowadzonych na przełomie XX i XXI wieku, często podkreślano się medykalizację, szczególnie ciała kobiecego – menstruacja, poród oraz menopauza były i są poddawane medycznej kontroli, a językiem używanym do opisu tych zjawisk jest język medycyny” (Breczko 2015).

wszystkim jako narzędzie niekoniecznego przyspieszania akcji porodowej. Odpowiedzią na relacje, w których kobiety skarżą się na takie traktowanie, staje się popularyzacja porodów domowych i snucie opowieści o nich przez kobiety, które zdecydowały się na to, by miejscem narodzin ich dziecka były własny dom lub mieszkanie.

Zaobserwowałam, że autonarracje coraz częściej dotyczą także przeżywania połogu, który wydaje się stanowić w społeczeństwie temat tabu. Analiza autonarracji o porodzie jest moim zdaniem dowodem na to, że przebieg i fizjologia połogu są nadal zaskoczeniem dla wielu młodych matek. Zaobserwowałam opowieści świadczące o tym, iż są kobiety, które nie wiedziały, że faza taka jak połów w ogóle istnieje. Świadczy to o niskim poziomie świadomości, a co gorsza – jakości edukacji zdrowotnej w Polsce w tym zakresie. Badane autonarracje pokazują, że choć przygotowanie do porodu jest w naszym społeczeństwie oswojone i odbywa się na właściwym poziomie, to kobiety nadal nie wiedzą, jak przeżyć połów, by zadbać o swoje zdrowie, komfort itd. Bywa, że nie rozumieją, jakie procesy fizjologiczne i psychiczne są w tym czasie normą, a jakie świadczą o patologii. W pewnym sensie sytuację tę można wyjaśnić aktywną obecnością znanych kobiet, które często krótko po porodzie pojawiają się w mediach, pozują do zdjęć, udzielają się publicznie. Młode kobiety oczekujące dziecka, widząc tego typu wystąpienia, mogą odnieść wrażenie, że taka jest norma. Gdy doświadczają innego stanu, niejednokrotnie w panice opisują zaskakującą dla nich fizjologię połogu.

Co istotne, przy okazji lektury opowieści porodowych i połogowych kobiety spodziewające się dziecka, biorąc udział w rytuałach dyskursywnych, pozyskują nową wiedzę i otrzymują szansę na uniknięcie błędów. Mogą dowiedzieć się m.in., których zachowań żałują doświadczone matki, np. zbyt szybkiego podjęcia obowiązków domowych. Przede wszystkim jednak opowieści te dostarczają wiedzy na temat istnienia i przebiegu połogu, wiedzy, której niejednokrotnie brak kobietom spodziewającym się dziecka. Praktyczny wniosek z tej obserwacji jest następujący: należy zintensyfikować edukację zdrowotną o połogu, która powinna być prowadzona na masową skalę i na jak najwyższym poziomie. Ponadto w program szkoleń dla przyszłych rodziców w większym zakresie powinno się włączać wiedzę na temat depresji poporodowej i fizjologii połogu wraz z wiedzą o laktacji.

Badane autonarracje są nierzadko okraszone zdjęciami autorek i ich nowo narodzonych dzieci. Kobiety dziękują grupie za pomoc, edukację i pozytywne nastawienie, ale przede wszystkim udzielają sobie nawzajem

wielowymiarowego wsparcia (Walter 2016). Matki tworzą platformę, na której ustalane są wspólne znaczenia obiektów społecznych takich jak: „szczęśliwy poród”, „dramatyczne doświadczenie porodu”, „norma”, „patologia”, definicje takich pojęć, jak np. „prawidłowa komunikacja”, „właściwa opieka”, zachowania „położnej anioła”, „lekarza rzeźnika”, oceny np. decyzji podejmowanych przez personel medyczny, decyzji własnych (często opisywany jest sprzeciw wobec zrutynizowanych reguł obowiązujących na porodowce – wyrażany wręcz jako zwycięstwo; typowe wypowiedzi to: „nie dałam się im”, „zrobiłam po swojemu”, „nie zgodziłam się na” itp.), uwspólniane są scenariusze życiowe, wybory żywieniowe i zdrowotne.

Można wręcz stwierdzić, że kobiety, komunikując się poprzez autonarracje, komentarze i wywoływane dyskusje, wspólnotowo zarządzają ryzykiem, jakim są ciąża i poród. Oznacza to, że osławiają sytuację trudną, zdobywają niezbędną wiedzę, tak by przygotować się zarówno pod względem zdrowotnym, jak i motywacyjnym do starcia z zachowaniami, których sobie nie życzą. Michel Maffesoli (2008) nazywa ten proces trybalizmem. Badane grupy są zatem w pewnym sensie plemionami – kobiety dzielą się tam doświadczeniami, demokratyzują wiedzę ekspercką (Gajewska 2011: 57), wdrażają ją, doprowadzając, mówiąc językiem Ulricha Becka (2004), do demonopolizacji poznania oraz w pewnym zakresie do niwelowania nierówności społecznych w zdrowiu. Nie tylko stanowią miejsce przekazywania profesjonalnej i aktualnej wiedzy medycznej, często popartej źródłami o charakterze naukowym (dzielenie się linkami do artykułów naukowych z czasopism medycznych) lub wypowiedziami kobiet wykonujących zawody medyczne, lecz także są miejscem budowania kapitału kulturowego, transmisji wiedzy kanałami pozainstytucjonalnymi, dzięki czemu tworzą niehierarchiczną platformę edukacyjną. Innymi słowy, poprzez autonarracje odbywa się edukacja zdrowotna, prowadzona nieformalnie, z pominięciem rejestracji w przychodni, limitu czasu na wizytę i czasu oczekiwania na nią. Daje ona szansę kobietom, które z powodu wykluczenia komunikacyjnego czy braku środków finansowych nie mają możliwości korzystania z prywatnej opieki medycznej czy z literatury poradnikowej z informacjami ważnymi dla ich zdrowia, dotyczącymi tego, jak prawidłowo przygotować się do porodu i opieki nad dzieckiem. Podsumowując – lektura autonarracji może sprawić, że zachowania kobiet będą miały charakter prozdrowotny (np. szybko zainicjują karmienie piersią po porodzie), że wykorzystają uzyskaną wiedzę po to, by nie popełnić błędów, które miałyby negatywny wpływ na ich zdrowie.

Poza opowiadaniem o porodach matki udzielają sobie w grupach następujących rodzajów wsparcia: emocjonalnego, informacyjnego, materialnego, duchowego, instrumentalnego. Zaspokajane są potrzeby emocjonalno-afiliacyjne, budowane jest poczucie własnej wartości, kobiety pracują nad podniesieniem samooceny. Bardzo często po prostu sobie gratulują, budują poczucie zadowolenia, pomagają przeżywać sukcesy życiowe. Zaobserwowałam także, że konstruowane jest grupowe, specyficzne poczucie prestiżu z powodu urodzenia dziecka. Młode matki uzyskują słowną, emocjonalną nagrodę za poświęcenie, za pokonanie trudności, bólu, za czyn, jakim jest wydanie dziecka na świat. Wątek ten jest niezwykle istotny pod względem jakościowym i ilościowym w publikowanych postach i komentarzach członkiń grup.

Ciekawym ustaleniem jest wniosek dotyczący istnienia wewnętrznej moralności grupy, dowodów na przekonanie o przynależności do grupy kobiet wyjątkowych (matek), nadawanie tożsamości narracyjnej rozumianej jako empiryczna podmiotowość. Dzwonkowska-Godula (2016: 85) pisze, że:

na problem podmiotowości w kontekście porodowych narracji można spojrzeć jeszcze inaczej. Za A. Krasowską sam akt tworzenia narracji o sobie można traktować jako [...] stawanie się podmiotowości – [...] piszę, więc jestem. Kobiety, opowiadając o wyjątkowym, szczególnym kobiecym doświadczeniu porodu i położu, czynią z niego wydarzenie, o którym można i trzeba mówić, nadają sobie status podmiotu. Nie tylko w opowieści.

Grupy porodowe są dosyć spójne pod względem wyznawanych wartości i norm, pełnią także bardzo ważną funkcję motywacyjną. Wyraźnie zaznacza się w nich obecność tożsamości zbiorowej, na co wskazują przymiotniki, którymi określają się nawzajem członkinie grupy. Jest to typowe zachowanie związane z faworyzowaniem własnej grupy.

Podsumowanie oraz możliwości wykorzystania autonarracji o porodzie w dydaktyce akademickiej

Wnioski z badań nad opowieściami porodowymi mogą zostać wykorzystane przez nauczycieli akademickich przygotowujących kadry medyczne, przez szkoły rodzenia czy instytucje pozarządowe, których celem jest poprawa sytuacji kobiet rodzących w Polsce i wprowadzenie interwencji w system opieki nad kobietą rodzącą, w tym odpowiednich wzorców

komunikacji medycznej. Autonarracje i powstające wokół nich komentarze obnażają obszary niewiedzy po stronie zarówno kobiet, jak i personelu medycznego. Znale mi opowieści porodowe są często instrukcjami dla kadr medycznych, jak postępować, a czego nigdy nie robić. Oznacza to, że w kształtowaniu kompetencji komunikacyjnych warto przede wszystkim uświadamiać studentki i studentów kierunków medycznych oraz personel medyczny podczas kształcenia podyplomowego, że autonarracje kobiet o porodzie są bogatym materiałem empirycznym, który pozwala poznać prawdziwą (a nie przefiltrowaną przez relację ról: lekarz – położna – kobieta), a tym samym nieocenzurowaną perspektywę pacjentek. Stanowią one wartość samą w sobie, a także są zbiorem wytycznych w zakresie pożądaných zachowań personelu medycznego oraz przejawów zachowań potępianych przez pacjentki.

Definicje sytuacji porodowych – na co wskazują opowieści – często diametralnie różnią się w zależności od tego, kto o nich opowiada. Zachowania uznawane w przeszłości za „normalne” często otrzymują, dzięki praktykom dyskursywnym w internecie, etykietę „patologicznych”, „przemocowych”, „niedopuszczalnych”. Autonarracje są najlepszym źródłem nowych znaczeń nadawanych sytuacjom, zachowaniom, językowi – wszystkim działaniom podejmowanym w doświadczeniu porodu. Interesujące byłoby przeprowadzenie ćwiczenia pokazującego, jak konkretną sytuację opisuje w autonarracji pacjentka, a jak – personel medyczny. W tym celu można by skorzystać z opowieści zamieszczanych jako komentarze pod artykułami prasowymi lub publiczne komentarze na profilach organizacji samorządowych, fanpage’ach itp. lub – za zgodą narratorek – wykorzystać relacje z grup zamkniętych.

Z pewnością można stwierdzić, że autonarracje porodowe przechowywane są w pamięci autobiograficznej matek. Poprzez publikację stają się także częścią tożsamości zbiorowej grupy wspierającej, włączają się w dyskursywne kreowanie rzeczywistości społecznej. Jak stwierdził Peter L. Berger (1998: 59–60):

pamięć jest wielokrotnie odtwarzanym aktem interpretacji. Gdy przypominamy sobie przeszłość, odtwarzamy ją zgodnie z naszymi obecnymi wyobrażeniami o tym, co jest ważne, a co nieważne [...]. W naszej świadomości pamięć jest kowalna, plastyczna i ciągle się zmienia w ramach tego, jak nasza pamięć reinterpretuje oraz na nowo objaśnia, co się zdarzyło.

Wielość autonarracji redefiniuje pamięć o własnym porodzie, dostarcza nowych kategorii opisu, kryteriów reinterpretacyjnych i ocennych. Pamięć zbiorowa staje się niezwykle wartościowym materiałem dydaktycznym dla nauczycieli i studentów kierunków medycznych – stanowi bezcenną informację zwrotną na temat oczekiwań kobiet, ich potrzeb, definicji sytuacji – jakże często innych od tych, które są częścią świata społecznego personelu. Uwspólnienie tych definicji mogłoby dać szansę partnerom interakcji na porozumienie i lepszą współpracę.

Autonarracja staje się warunkiem utrzymania u jednostki poczucia bezpieczeństwa, podmiotowości, samoakceptacji. Być może jest to klucz do zrozumienia motywacji i silnej potrzeby snucia narracji o porodzie. Dzięki narracjom kobiety rodzą się jako matki, a jednocześnie poszukują wsparcia emocjonalnego i duchowego (sieci wsparcia społecznego) oraz przyczyniają się do budowania kapitału społecznego opartego na wspólnocie doświadczeń porodowych. Wydaje się, że opowieść staje się w życiu matek narratorek cenną strukturą porządkującą, spajającą, pozwalającą na twórcze komponowanie oraz rewizję autobiografii (Burzyńska 2008: 35).

Bibliografia

- Antoniak M., Mimno D., Levy K. 2019. *Narrative Paths and Negotiation of Power in Birth Stories*, "Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction", 3(CSCW), 88.
- Barani K. 2008. *Wirtualne wspólnoty kobiet na forach internetowych jako źródło wsparcia w przygotowaniu do macierzyństwa*, [w:] *Całe życie w Sieci*, red. B. Szmigielska, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 177–204.
- Baranowska B., Doroszevska A., Tataj-Puzyna U. 2019. „Opowiedz mi...”. *Narracja w doświadczeniach ciąży, porodu i straty dziecka*, [w:] *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, red. M. Chojnacka-Kuraś, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 32–48.
- Beck U. 2004. *Spółczesność ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, tłum. S. Cieśla, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Berger P.L. 1998. *Zaproszenie do socjologii*, tłum. J. Stawiński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Bińczyk E. 2002. *Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault. Praktyki medykalizacji jako praktyki władzy*, [w:] *W stronę socjologii zdrowia*, red. W. Piątkowski, A. Titkow, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 181–193.
- Burzyńska A. 2008. *Idee narracyjności w humanistyce*, [w:] *Narracja. Teoria i praktyka*, red. B. Janusz, K. Gdowska, B. de Barbaro, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 21–36.

- Bauman T. 2011. *Poznawczy status danych jakościowych*, [w:] *Metodologiczne problemy tworzenia wiedzy w pedagogice. Oblicza akademickiej praktyki*, red. J. Piekarski, D. Urbaniak-Zajac, K. Szmidt, Impuls, Kraków, s. 91–105.
- Breczko S. 2015. *Socjologia ciała. Co dalej?*, „Miscellanea Anthropologica et Sociologica”, 16(1), s. 13–22.
- Budrowska B. 2017. *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety*, Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej, Wrocław.
- Carson A., Chabot C., Greyson D., Shannon K., Duff P. 2017. *A Narrative Analysis of the Birth Stories of Early-Age Mothers*, “Sociology of Health and Illness”, 39(6), s. 816–831.
- Chadwick R.J. 2014. *Bodies Talk: On the Challenges of Hearing Childbirth Counter-Stories*, [w:] *Women Voicing Resistance: Discursive and Narrative Explorations*, red. S. McKenzie-Mohr, M.N. Lafrance, Routledge, Hove, s. 44–63.
- Chase S.E. 2009. *Wywiad narracyjny. Wielość perspektyw, podejść, głosów*, tłum. F. Schmidt, [w:] *Metody badań jakościowych*, t. 2, red. K.N. Denzin, Y.S. Lincoln, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 15–56.
- Chomczyński P. 2006. *Wybrane problemy etyczne w badaniach. Obserwacja uczestnicząca ukryta*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, 2(1), s. 68–87.
- Ciesielska M., Wolanik Boström K., Öhlander M. 2012. *Obserwacja*, [w:] *Badania jakościowe. Metody i narzędzia*, t. 2, red. D. Jemielniak, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 41–67.
- Denzin N.K. 1990. *Reinterpretacja metody biograficznej w socjologii. Znaczenie a metoda w analizie biograficznej*, tłum. N. Nowakowska, [w:] *Metoda biograficzna w socjologii*, red. J. Włodarek, M. Ziółkowski, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Poznań, s. 55–69.
- Domańska U. 2005. *Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa*, [w:] *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, red. W. Piątkowski, W. Brodniak, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza, Tycyn, s. 311–322.
- Doroszewska A. 2016. *Opieka okołoporodowa w Polsce po transformacji ustrojowej – między medykalizacją a demedykalizacją?*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, 41(2), s. 47–59.
- Doroszewska A. 2017. *Medykalizacja porodu w Polsce. Raport z monitoringu oddziałów położniczych*, Fundacja Rodzic po Ludzku, Warszawa.
- Doroszewska A., Nowakowski M. 2017. *Medykalizacja opieki okołoporodowej w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 15(2), s. 172–177.
- Downe S., Thomson G., Finlayson K. 2017. *Engaging with Birth Stories in Pregnancy: A Hermeneutic Phenomenological Study of Women's Experiences Across Two Generations*, “BMC Pregnancy & Childbirth”, 17, 283.
- Dudek A.J. 2019. *Przemoc położnicza. Kobiety mają cierpieć w milczeniu. Mam wrażenie, że to lekarz dziś rodzi, a nie matka*, Wysokie Obcasy, <https://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/7,163229,24995090,anestezjolog-nie-chcial-dac-mi-znieczulenia-uwazal-ze-przesadzam.html> (dostęp: 30.03.2020).

- Dzwonkowska-Godula K. 2016. *Opowieści porodowe – historie o szczególnym kobiecym doświadczeniu i podmiotowości kobiet*, „Władza Sądzenia”, 9, s. 74–87.
- Foucault M. 2009. *Panoptyzm*, [w:] M. Foucault, *Nadzorować i karać*, tłum. T. Komendant, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa, s. 191–220.
- Gajewska M. 2011. *Arche-tektonika macierzyństwa w dyskursie okoloporodowym*, „Miscellanea Anthropologica et Sociologica”, 12, s. 53–67.
- Garncarek E. 2010. *Kobiece ciało jako przedmiot kontroli społecznej*, „Przegląd Socjologiczny”, 3, s. 55–69.
- Janiuk E., Lichtenberg-Kokoszka E. red. 2010. *Domowe narodziny. Fanaberia szaleńców czy powrót do normalności?*, Impuls, Kraków.
- Jemielniak D. 2019. *Socjologia Internetu*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Kawa M., Kmiecik B. 2018. *Elementy rytów przejścia (rites de passage) w sytuacjach granicznych i okołosmiertnych jako doświadczenie społeczne i medyczne*, „Rynek. Społeczeństwo. Kultura”, 31, s. 92–98.
- Kornas-Biela D., Surma N. 2015. *Poród jako wieloaspektowe wydarzenie*, [w:] *Dylematy dotyczące ludzkiej płodności*, red. M. Ryś, Instytut Papieża Jana Pawła II, Warszawa, s. 165–190.
- Kozinets R.V. 2012. *Netnografia. Badania etnograficzne online*, tłum. M. Brzozowska-Brywczyńska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Krawczyk-Bocian A. 2011. *Narracja jako spotkanie*, „Przegląd Pedagogiczny”, 1, s. 199–205.
- Krawczyk-Bocian A. 2017. *Rozumienie narracyjne w perspektywie interakcjonizmu interpretatywnego, poznania hermeneutycznego i refleksji fenomenologicznej*, „Studia Edukacyjne”, 44, s. 285–300.
- Krawczyk-Bocian A. 2019. *Narracja w pedagogice. Teoria. Metodologia. Praktyka badawcza*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
- Krawczyk-Bocian A. 2021. *Homo narrator*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
- Krawczyk-Brylka B. 2009. *Budowanie zaufania w relacjach internetowych*, [w:] *Psychologiczne konteksty internetu*, red. B. Szmigielska, WAM, Kraków, s. 119–133.
- Kuryś K. 2010. *Urodzenie pierwszego dziecka jako wydarzenie krytyczne w życiu kobiet i mężczyzn*, Impuls, Kraków.
- Lichtenberg-Kokoszka E. 2016. *Humanistyczny wymiar opieki okoloporodowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Maffesoli M. 2008. *Czas plemion. Schyłek indywidualizmu w społeczeństwach ponowoczesnych*, tłum. M. Bucholc, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Manterys A. 2000. *Klasyczna idea definicji sytuacji*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Manterys A. 2008. *Sytuacje społeczne*, Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków.
- Markham A.N. 2009. *Metody, polityka i etyka reprezentacji w etnografii online*, tłum. M. Ziółkowska-Kuflńska, [w:] *Metody badań jakościowych*, t. 2, red. N.K. Denzin, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 219–256.

- Martins K., Harms H. red. 1997. *In Her Own Voice: Childbirth Stories from Mennonite Women*, University of Manitoba Press, Winnipeg.
- Mazurek E. 2014. *Macierzyństwo pod medycznym nadzorem. Wybrane aspekty medykalizacji macierzyństwa*, „Kultura – Społeczeństwo – Edukacja”, 5(1), s. 75–93.
- Miller P. 2012. *Wprowadzenie do obserwacji online. Warianty i ograniczenia techniki badawczej*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, 8(1), s. 76–97.
- Nowak-Dziemianowicz M. 2002. *Doświadczenia rodzinne w narracjach. Interpretacje sensów i znaczeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Nowak-Dziemianowicz M. 2007. *Czy świat człowieka ma postać narracji? O możliwościach badania, rozumienia i zmiany*, [w:] *Narracja – krytyka – zmiana. Praktyki badawcze we współczesnej pedagogice*, red. M. Nowak-Dziemianowicz, E. Kurantowicz, Wydawnictwo Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław, s. 13–24.
- Nowakowska L. 2014. *Refleksje nad ciężką i porodem. Perspektywa krytycznej analizy dyskursu*, „Kultura – Społeczeństwo – Edukacja”, 5(1), s. 9–24.
- Olcoń-Kubicka M. 2009. *Indywidualizacja a nowe formy wspólnotowości*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Oleś P.K. 2008. *Autonarracyjna aktywność człowieka*, [w:] *Narracja. Teoria i praktyka*, red. B. Janusz, K. Gdowska, B. de Barbaro, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 37–52.
- Oleś K. 2018. *Poród naturalny*, Natuli, Szczecin.
- Pacewicz P. 2018. *Przemoc na porodowce. „Nie pajacuj”, „Każdy ssak to potrafi”, „Macnę sobie”. Raport Rodzic po ludzku*, Oko Press, <https://oko.press/przemoc-na-porodowce-nie-pajacuj-kazdy-ssak-to-potrafi-macne-sobie-raport-rodzic-po-ludzku/> (dostęp: 20.03.2020).
- Pennebaker J.W., Chung C.K. 2011. *Expressive Writing and Its Links to Mental and Physical Health*, [w:] *The Oxford Handbook of Health Psychology*, red. H.S. Friedman, Oxford University Press, New York, s. 417–437.
- Przetacznik-Gierowska M., Tyszkowa M. 1996, *Psychologia rozwoju człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Simkin P., Ancheta R. 2015. *Udany poród. Jak wcześniej zapobiec dystocji i ją leczyć*, tłum. M. Florea, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Skrzypek M. 2013. *Medycyna narracyjna jako model zhumanizowanej medycyny w ujęciu socjomedycznym*, [w:] *Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących biomedycynę*, red. M. Skrzypek, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin, s. 63–83.
- Smith D. 2006. *Poznanie społeczeństwa od wewnątrz: kobiecy punkt widzenia*, tłum. B. Baran, [w:] *Współczesne teorie socjologiczne*, t. 2, red. A. Jasińska-Kania, L. Nijakowski, J. Szacki, M. Ziółkowski, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa, s. 1182–1184.
- Soroko E. 2013. *Wybrane sposoby analizy autonarracji w diagnozie paranoicznego zaburzenia osobowości*, „Roczniki Psychologiczne”, 16(1), s. 9–35.

- Strauss A.L. 2012. *Światy społeczne i społeczeństwo*, tłum. K. Waniek, [w:] *Metoda biograficzna w socjologii. Antologia tekstów*, red. K. Kaźmierska, Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków, s. 471–487.
- Szymarek M. 2019. *Radość rodzenia. Rozmowy o ciąży i porodzie*, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań.
- Szczepański J. 1973. *Odmiany czasu teraźniejszego*, Książka i Wiedza, Warszawa.
- Trzebiński J. red. 2002. *Narracja jako sposób rozumienia świata*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Walter N. 2016. *Internetowe wsparcie społeczne. Studium socjopedagogiczne*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań.
- Wasilewska K. 2016. *Ja w autonarracji o pierwszym macierzyństwie*, [w:] *Narracje o życiu i o jednostce*, red. J. Wasilewski, Instytut Dziennikarstwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 171–195.
- Warmbier A. 2018. *Tożsamość, narracja i hermeneutyka siebie. Paula Ricoeura filozofia człowieka*, Universitas, Kraków.
- Wierciński H. 2015. *Rak. Antropologiczne studium praktyk i narracji*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Znaniecki F. 2008. *Metoda socjologii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

ABSTRACT

Some social and communicative meanings in the self-narratives of mothers about childbirth included in Facebook support groups – preliminary findings

The article presents the preliminary results of research carried out using the participant observation method in Facebook support groups. Social and communicative meanings present in self-narratives of mothers giving birth were examined. The studied narratives about childbirth include biographical, educational, communication and therapeutic functions. It has been shown that they construct motherhood, present visions of the expected, ideal delivery and sometimes painful confrontations with these ideas. It has been proved that birth stories democratize expert knowledge, which has a fundamental importance from the point of view of medical communication, because relationships and positions in the doctor-patient relationship are reconstructed. They are also a tool for creating biographical memory. Importantly, they are a manifestation of the social production of knowledge about childbirth. In addition, childbirth stories participate in negotiating the existing interactive order, leading through the transfer of new social knowledge about childbirth to social change, for example, organizing social movements working to improve the situation of women giving birth in Polish hospitals, observing patient rights, etc. It has been established that for mothers

homo narrator allows, among others to obtain respect, confirm identity, transfer knowledge or communicate a message, evoke interest and self-understanding, and often regain subjectivity.

KEY WORDS: communication, narratives of mothers about childbirth, support groups

A B S T R A K T

Niektóre społeczne i komunikacyjne znaczenia w autonarracjach o porodzie zamieszczonych przez matki w grupach wsparcia na Facebooku – ustalenia wstępne

Artykuł prezentuje wstępne wyniki badań przeprowadzonych metodą obserwacji uczestniczącej w grupach wsparcia na Facebooku. Badano społeczne i komunikacyjne znaczenia obecne w autonarracjach matek o porodach. Badane narracje o porodzie spełniają m.in. funkcje: biograficzne, edukacyjne, komunikacyjne i terapeutyczne. Wykazano, że konstruują one macierzyństwo, prezentują wizję oczekiwanego, idealnego porodu, a czasem bolesne konfrontacje z tymi wyobrażeniami. Dowiedziono, że opowieści porodowe demokratyzują wiedzę ekspercką, co ma fundamentalne znaczenie z punktu widzenia komunikacji medycznej, ponieważ rekonstruowane są relacje oraz układy pozycji w relacji lekarz – pacjentka. Narracje są też narzędziem kreowania pamięci biograficznej. Co istotne, są one przejawem społecznego wytwarzania wiedzy o porodzie. Ponadto opowieści porodowe uczestniczą w negocjowaniu zastanego porządku interakcyjnego, poprzez transfer nowej społecznej wiedzy o porodzie doprowadzając do zmiany społecznej, np. do organizowania ruchów społecznych działających na rzecz poprawy sytuacji kobiet rodzących w polskich szpitalach, przestrzegania praw pacjenta itd. Ustalono, że rola *homo narrator* pozwala matkom m.in. na uzyskanie szacunku, potwierdzenie tożsamości, przekazanie wiedzy lub zakomunikowanie przesłania, wywołanie zainteresowania i samorozumienia oraz niejednokrotnie odzyskanie podmiotowości.

SŁOWA KLUCZOWE: komunikacja, narracje o porodzie, grupy wsparcia

Noty o Autorach

Barbara Baranowska, dr hab. n. o zdr., prof. CMKP, położna, wykładowca akademicki. Obecnie kieruje Zakładem Położnictwa Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego zajmującym się badaniami naukowymi w obszarze zdrowia prokreacyjnego oraz prowadzi działania na rzecz jakości opieki okołoporodowej w Polsce.

Maria Boratyńska, dr hab., adiunkt w Instytucie Prawa Cywilnego Wydziału Prawa Uniwersytetu Warszawskiego oraz w Zakładzie Medycyny Sądowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, sekretarz Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN, redaktor naczelna i naukowa kwartalnika „Przegląd Prawa Medycznego”, wieloletni i ceniony wykładowca prawa medycznego dla studentów prawa, medycyny i filozofii. Współautorka pierwszej monografii poświęconej prawom pacjenta (2001), autorka monografii *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania* (2012) oraz licznych artykułów poświęconych prawu medycznemu. Zwolenniczka multidyscyplinarnego podejścia do prawa medycznego, aktywna orędowniczka dialogu i stałego współdziałania między prawnikami medycznymi, lekarzami i bioetykami, dążąca do budowania pomostów między tymi dziedzinami i formułowania interdyscyplinarnych syntez, czego plonem jest współtworzenie projektu naukowego i wydawniczego „System Prawa Medycznego” (wyd. Wolters Kluwer). Specjalistka w zakresie prawnomedycznych tematów trudnych i wymagających analiz wykraczających poza ścisłe ramy ustaw: medycyny końca życia, praw reprodukcyjnych, w tym opieki okołoporodowej, dysforii płci, szczepień ochronnych i innych decyzji medycznych podejmowanych w imię dobra dziecka, poszanowania autonomii pacjenta oraz rozstrzygnięcia kolizji dóbr i obowiązków w medycynie.

Marta Chojnacka-Kuraś, dr n. hum., językoznawczyni, pracuje w Instytucie Języka Polskiego na Wydziale Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego. Członkini i sekretarz Zespołu Języka Medycznego Rady Języka Polskiego przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk oraz Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej. Członkini zarządu Fundacji Języka Polskiego UW, w której zajmuje się upraszczaniem i usprawnianiem komunikacji (m.in. w sferze biznesowej i administracyjnej). Naukowo interesuje się współczesną polszczyzną (semantyką leksykalną, lingwistyką kognitywną, w tym funkcjami metafory w opisach doświadczeń bólu i choroby) oraz językiem w dyskursie medycznym. Współorganizatorka konferencji naukowych dotyczących komunikacji medycznej i medycyny narracyjnej. Autorka i współautorka kilkudziesięciu publikacji naukowych.

Zbigniew Czernicki, prof. dr hab. med., neurochirurg. Od 20 lat wykładowca na Podyplomowych Studiach Prawa Medycznego Bioetyki i Socjologii Medycyny. Przez prawie 40 lat pracował w Instytucie Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej Polskiej Akademii Nauk, którego był dyrektorem. Przez wiele lat kierownik Kliniki Neurochirurgii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Pracował w USA, Niemczech, Szwajcarii, Japonii. Członek Rady Towarzystw Naukowych PAN, Komitetu Bioetyki PAN, Zespołu Języka Medycznego Rady Języka Polskiego PAN. Do 24 lutego 2022 r. profesor honorowy Instytutu Neurochirurgii w Moskwie. Przez około 30 lat zaangażowany w działania związane z odpowiedzialnością zawodową. Rzecznik i Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. Autor i współautor około 240 publikacji.

Antonina Doroszevska, dr n. społ., socjolożka, kierowniczką Studium Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Autorka programu kształcenia z zakresu komunikacji dla studentów WUM. Po raz pierwszy w Polsce na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo wprowadziła zajęcia z komunikacji z udziałem pacjentów symulowanych. Ma wieloletnie doświadczenie w prowadzeniu zajęć z komunikacji. Organizatorka konferencji poświęconych tematyce komunikacji medycznej. Członkini Rady Języka Polskiego przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, przewodnicząca Zespołu Języka Medycznego RJP PAN, członkini Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej i Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Jej zainteresowania naukowe związane są z badaniem zawodów medycznych, w szczególności społecznych aspektów wykonywania zawodów medycznych, relacji i komunikacji lekarz – pacjent, położna – kobieta. Autorka lub współautorka wielu publikacji naukowych z zakresu socjologii zdrowia i medycyny oraz komunikacji medycznej. Autorka lub współautorka kilkudziesięciu prezentacji na konferencjach w kraju i za granicą.

Iwona Drozdowska, lekarka, mgr psychologii, asystentka w Studium Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Zajmuje się komunikacją medyczną w praktyce lekarskiej i kształceniem kompetencji komunikacyjnych.

Alicja Dziecioł, mgr filologii polskiej (na podstawie pracy *Profesjolekt pielęgniarski w wybranych specjalizacjach medycznych*); od 2022 r. doktorantka w dyscyplinie językoznawstwo na Uniwersytecie Warszawskim. Współpracuje z Fundacją Języka Polskiego. Obszary badawcze: profesjolekt medyczny, komunikacja medyczna oraz nazwy miejscowe w ujęciu onomastycznym.

Agnieszka Gibalska-Dembek, absolwentka Wyższej Szkoły Bankowej i Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz studiów podyplomowych Akademii Leona Koźmińskiego i Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie. Od 2006 r. związana z ochroną zdrowia, a w latach 1999–2006 – z sektorem ubezpieczeń korporacyjnych. Od 2008 r. praktyk public relations. Ma doświadczenie w zakresie budowania relacji z otoczeniem, komunikacji wewnętrznej, organizacji wydarzeń, redagowania wewnętrznych i zewnętrznych publikacji i wydawnictw. Prowadzi szkolenia i wykłady z zakresu *media relations*, zarządzania kryzysowego i komunikacji. Obszar jej zainteresowań naukowych to komunikacja w ujawnianiu niepożądanych zdarzeń medycznych oraz *just culture*.

Aldona Katarzyna Jankowska, dr hab. n. med., prof. UMK, pediatra, specjalistka onkologii i hematologii dziecięcej. Twórczyni i prezes Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej. Inicjatorka i organizatorka pierwszych w Polsce konferencji poświęconych komunikacji medycznej. Lekarka z wieloletnim doświadczeniem pracy w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Instytucie Curie w Paryżu, szpitalach powiatowych oraz praktyki lekarskiej w wielokulturowym, międzynarodowym środowisku stowarzyszenia Pharmaciens Sans Frontières. Przedstawicielka Polski w International Research Centre for Communication in Healthcare (IRCCH). Członkini International Shared Decision Making Society oraz Zarządu Federacji Polskich Towarzystw Medycznych.

Agnieszka Kielkiewicz-Janowiak, dr hab., prof. UAM, pracuje na Wydziale Anglistyki Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, gdzie kieruje Zakładem Socjolingwistyki i Studiów nad Dyskursem. Opublikowała m.in. książki z zakresu socjolingwistyki historycznej (np. *‘Women’s language’? – a socio-historical view: Private writings in early New England*, 2002), rozdziały w wydawnictwie Wiley Blackwell (*“Language and gender research in Poland: An overview”*, 2014) oraz artykuły w prestiżowych czasopismach (np. *“Narratives in intergenerational communication: Collaborating with the other”*, *PSiCL* 2012). Jej obecne zainteresowania badawcze (i publikacje) dotyczą w szczególności dyskursów ochrony zdrowia (np. „Komunikacja lekarz – pacjent: krytyczna analiza dydaktycznych materiałów instruktażowych”, współautorka: M. Zabielska), mediów i komunikacji międzypokoleniowej oraz metodologii badań w językoznawstwie. Aktualnie prowadzi badania nt. języka i komunikacji na przestrzeni życia (*lifespan sociolinguistics*).

Anna Kołodziejek, lekarka, asystentka dydaktyczna w Studium Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Naukowo zajmuje się tematem komunikacji z pacjentami stosującymi leczenie niemedyczne, wspólnym podejmowaniem decyzji oraz uczeniem maszynowym w języku medycznym. Współautorka publikacji i rozdziałów w monografiach dotyczących m.in. motywowania pacjentów i doskonalenia kompetencji komunikacyjnych w nauczaniu podyplomowym. Prowadzi zajęcia dla studentów różnych kierunków medycznych, m.in. lekarskiego, lekarsko-dentystycznego i farmacji. Pracuje w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej w Warszawie.

Agata Kotłowska, studentka Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego na kierunku lekarskim. Członkini oraz czynna działaczka Studenckiego Koła Naukowego Komunikacji Medycznej GUM. Współautorka dwóch prac naukowych na temat przekazywania niekorzystnej diagnozy wśród studentów medycyny V i VI roku. Interesuje się komunikacją z pacjentem w ujęciu klinicznym i psychologicznym.

Marcin Kruk, dr n. farm., absolwent Wydziału Farmaceutycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, gdzie również uzyskał doktorat w dziedzinie genetyki medycznej. Farmakogenomiczne badania postdoktoranckie kontynuował na University of Edinburgh, Institute of Genetics and Molecular Medicine. Absolwent IESE Business School, University of Navarra oraz autor i współautor ponad 20 publikacji naukowych, w tym dwóch książek na temat nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii. Współzałożyciel i Prezes Polskiego Towarzystwa Bezpiecznej Farmakoterapii. Doświadczenie zawodowe zdobywał, pracując m.in. w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie, na University of Cambridge w Wielkiej Brytanii oraz na Erasmus University w Rotterdamie. Od 18 lat związany zawodowo z obszarem nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii (*pharmacovigilance*). Od 14 lat pracuje w firmie Pfizer, gdzie obecnie zarządza operacjami *pharmacovigilance* w regionie Europy, Afryki i Bliskiego Wschodu w ramach organizacji Worldwide Medical and Safety.

Julia Lenkiewicz, studentka IV roku kierunku lekarskiego na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Wiceprzewodnicząca Studenckiego Koła Naukowego Komunikacji Medycznej. Współautorka dwóch prac naukowych na temat poczucia przygotowania do przekazywania niekorzystnej diagnozy przez studentów V i VI roku kierunku lekarskiego. Swoje kompetencje w zakresie komunikacji i rozwoju relacji lekarz – pacjent rozwija podczas licznych warsztatów.

Oliwia Lenkiewicz, studentka Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, obecnie na IV roku kierunku lekarskiego. Członkini Studenckiego Koła Naukowego Komunikacji Medycznej. Współautorka dwóch prac naukowych dotyczących kompetencji i preferencji studentów V i VI roku lekarskiego w zakresie przygotowania

do przekazywania niekorzystnych wiadomości medycznych. Jej głównym zainteresowaniem naukowym jest rozwijanie kompetencji miękkich w relacji lekarz – pacjent.

Monika Miłośz, absolwentka filologii polskiej na Uniwersytecie Warszawskim. Obecnie doktorantka w Szkole Doktorskiej Nauk Humanistycznych w dyscyplinie językoznawstwo. Naukowo zajmuje się analizą językową komunikacji medycznej – narracją i retoryką w systemie ochrony zdrowia. Szczególną uwagę poświęca kampaniom profilaktycznym i edukacji zdrowotnej. Zawodowo związana z obszarem public relations w sektorze farmaceutycznym. Realizowała kampanie edukacyjne dla firm takich jak Pfizer, Roche, Novartis czy AstraZeneca. Prowadzi dział poświęcony tematyce zdrowotnej w bezpłatnym miesięczniku „Korrespondent Warszawski”. W ramach wolontariatu wspiera działania Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Jest członkinią think tanku Naprawa Ochrony Zdrowia, który zajmuje się merytoryczną analizą skuteczności systemu ochrony zdrowia i proponowaniem nowych rozwiązań w tej dziedzinie. Alumnka ósmej edycji programu Liderzy Ochrony Zdrowia Fundacji im. Lesława Pagi.

Dagmara Mirowska-Guzel, prof. dr hab. med., absolwentka Akademii Medycznej w Łodzi, od 1999 r. związana z Katedrą i Zakładem Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, którą kieruje od 2013 r. Specjalistka w zakresie neurologii i farmakologii klinicznej, w latach 2013–2018 konsultantka wojewódzka w dziedzinie farmakologii klinicznej. W latach 2002 oraz 2005–2006 stypendystka w Max Planck Institut für Psychiatrie w Monachium. Przewodnicząca Komitetu Terapii i Nauk o Leku Polskiej Akademii Nauk, przewodnicząca Wydziału V Nauk Lekarskich i członkini Zarządu Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, prezes elekt Polskiego Towarzystwa Farmakologii Klinicznej i Terapii. Ponadto jest członkinią zarządu Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego, Sekcji Stwardnienia Rozsianego i Neuroimmunologii Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, rady naukowej Polskiego Towarzystwa Bezpiecznej Farmakoterapii oraz Zespołu Języka Medycznego Rady Języka Polskiego PAN. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół neuroimmunologii chorób ośrodkowego układu nerwowego, badań przedklinicznych leków o działaniu ośrodkowym, leczenia stwardnienia rozsianego oraz bezpieczeństwa farmakoterapii.

Magdalena Niedzielko, mgr farm. Absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (Wydział Farmaceutyczny) oraz studiów podyplomowych w zakresie farmacji klinicznej na University College London School of Pharmacy. Ma wieloletnie doświadczenie w pracy jako farmaceuta kliniczny w Wielkiej Brytanii oraz jako farmaceuta w szpitalach w Polsce. Obecnie jest pracownikiem dydaktycznym Katedry Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Zaangażowana w działalność Polskiego Towarzystwa Farmacji Klinicznej oraz Europejskiego Stowarzyszenia Farmaceutów Szpitalnych (EAHP).

Aleksandra Nowakowska-Kutra, dr n. hum., socjolożka, absolwentka studiów podyplomowych z zakresu prawa medycznego, bioetyki i socjologii medycyny, zarządzania zasobami ludzkimi, europejskich studiów specjalnych oraz studiów podyplomowych w zakresie przygotowania pedagogicznego. Ukończyła liczne szkolenia i warsztaty metodologiczne oraz kursy podnoszące kwalifikacje z zakresu dydaktyki akademickiej. Ma kilkunastoletnie doświadczenie w prowadzeniu zajęć w szkolnictwie wyższym. Jej zainteresowania naukowe skoncentrowane są wokół społecznych aspektów macierzyństwa w mediach społecznościowych, socjologii zdrowia kobiety (w szczególności ciąży, porodu, laktacji i pólgu), relacji lekarz – pacjent, komunikacji medycznej, a także socjologii edukacji i internetu.

Maria Nowina Konopka, dr hab., prof. UJ, socjolog, politolog, medioznawca. Autorka ponad 100 monografii i artykułów naukowych dotyczących zarządzania informacją, nowych technologii medialnych i komunikacji medycznej. Członkini Polskiego Towarzystwa Komunikacji Społecznej, Komisji Nauk o Mediach i Komunikacji Społecznej Polskiej Akademii Nauk i Komisji Medioznawczej Polskiej Akademii Umiejętności.

Agnieszka Pawlak-Kaluźńska, dr n. hum., socjolożka, autorka publikacji (artykułów naukowych, rozdziałów w monografiach, współredaktorka monografii) z zakresu socjologii rodziny, socjologii migracji, socjologii zdrowia, choroby i medycyny oraz komunikacji społecznej. Recenzentka w krajowych czasopismach naukowych. Członkini Sekcji Socjologii Zdrowia i Medycyny oraz Sekcji Antropologii Społecznej Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Jej główne zainteresowania koncentrują się wokół takich zagadnień, jak: zależności między migracją zarobkową, sytuacją rodzinną migranta a zdrowiem oraz profesjonalna komunikacja z różnymi grupami pacjentów i ich rodzinami.

Dorota Pazik, lekarka, absolwentka Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, w trakcie szkolenia zawodowego i budowania swojej tożsamości jako lekarz, także w szkoleniu balintowskim.

Joanna Pazik, dr hab. med., lekarka i nauczycielka akademicka na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, specjalistka w dziedzinie nefrologii i transplantologii. Od wielu lat lider grup Balinta, popularyzuje treningi balinowskie jako formę rozwoju dojrzałego, zaangażowanego profesjonalizmu i naukę budowania empatii poznawczej wśród pracowników opieki zdrowotnej.

Julia Przeniosło, studentka kierunku lekarskiego na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym oraz kierunku filozofia na Uniwersytecie Gdańskim. Przewodnicząca Studenckiego Koła Naukowego przy Klinice Gastroenterologii i Hepatologii GUM.

Paweł Przyłęcki, dr n. hum., socjolog, historyk, pracownik Zakładu Socjologii na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Autor publikacji z zakresu socjologii medycyny, socjologii polityki oraz kompetencji kulturowych. Członek Sekcji Socjologia Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Ewaluacyjnego.

Anna Rudecka, mgr, psycholog, filolog angielski, pracownik Oddziału Dziennego III Kliniki Psychiatrycznej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Psychoterapeuta Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich w podejściu integracyjnym, lider grup Balinta i asystent psychodramy Polskiego Instytutu Psychodramy. Ukończyła również czteroletnie szkolenie z zakresu psychoterapii poznawczo-behawioralnej dzieci, młodzieży i dorosłych. Obecnie w trakcie szkolenia II stopnia z psychodramy oraz szkolenia w Szkole Terapii Grupowej w podejściu Gestalt.

Janusz Rutkowski, mgr psychologii na Uniwersytecie Gdańskim, doktorant na Wydziale Zarządzania w Katedrze Biznesu Międzynarodowego na Uniwersytecie Jinan w Kantonie (Chiny). Zajmuje się badaniem marek oraz zachowań konsumentskich, a w szczególności symboliczno-wzrokową percepcją logonimów oraz interferencjami odbiorczymi w zakresie symbolizmu dźwiękowego. Przez ponad dziesięć lat mieszkał w Chinach, gdzie w korporacjach zajmował się wprowadzaniem zagranicznych marek na rynki międzynarodowe oraz na rynek lokalny. Wiedzę i doświadczenie w brandingu wykorzystuje do pozycjonowania marek i tworzenia strategii komunikacji marketingowej w branży FMCG.

Diana Saniewska, dr n. hum. w zakresie literaturoznawstwa (*Choroba i terapia. List romantyczny w perspektywie nauk o emocjach*); doktorantka w Zakładzie Polonistycznego Językoznawstwa Stosowanego na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu w Białymstoku, gdzie przygotowuje rozprawę poświęconą afazji; logopeda, badaczka dyskursu medycznego. Redaktorka naukowa serii „Emocje/Literatura” (*Emocje – ekspresja – poetyka; Emocje – literatura – medycyna; Emocje – język – literatura; Emocje – miejsca – literatura*); współorganizatorka cyklicznych Białostockich Spotkań Młodych Logopedów oraz redaktorka monografii pokonferencyjnych. Zawodowo zainteresowana intymistyką, którą bada, korzystając z instrumentarium językowego obrazu świata, historią wileńskiej medycyny początku XIX w. oraz lingwoantropologicznymi odczytaniem współczesnych zjawisk medycznych. Zastępczyni redaktora naczelnego w magazynie „Ozeon”, promującym ekologię w modelu biznesowym. Przez wiele lat była specjalistką SEO i redaktorką językową w agencji marketingu internetowego oraz w wydawnictwach uniwersyteckich. Fascynatka wszystkiego, co ludzkie.

Krzysztof Sobczak, dr n. med., absolwent Uniwersytetu Gdańskiego, Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie i Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego,

adiunkt w Zakładzie Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej GUM (p.o. kierownika w latach 2018–2020). Opiekuje się Pracownią Komunikacji Medycznej oraz Studenckim Kołem Naukowym Komunikacji Medycznej. Zajmuje się kształceniem w obszarach socjologii medycyny, bioetyki społecznej i komunikacji. Prowadzi kursy z zakresu komunikacji medycznej oraz zarządzania emocjami. Jego zainteresowania naukowe skupiają się wokół relacji lekarz – pacjent w kontekście przekazywania niekorzystnych informacji medycznych.

Marcin Trzciński, student kierunku lekarskiego na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Przewodniczący Studenckiego Koła Naukowego Komunikacji Medycznej.

Justyna Tymińska, dr n. med., absolwentka Akademii Medycznej w Warszawie, specjalistka w zakresie medycyny rodzinnej udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentom w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Stopień doktora nauk medycznych uzyskała na podstawie rozprawy pt. *Rodzaj informacji lekarskiej o zalecanym szczepieniu przeciwko pneumokokom a decyzja rodziców*. Adiunkt na Wydziale Medycznym Uczelni Łazarskiego. Koordynator i wykładowca przedmiotów komunikacja pacjent – lekarz oraz komunikacja w praktyce realizowanych w Centrum Symulacji Medycznej. Autorka lub współautorka badań oraz publikacji naukowych z zakresu obszaru jej zainteresowań – pediatrii, wakcynologii i komunikacji medycznej. Ma wieloletnie doświadczenie jako wykładowca na konferencjach naukowo-szkoleniowych dla personelu medycznego oraz kursach doskonalących organizowanych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Ma doświadczenie w prowadzeniu szkoleń i warsztatów dla podmiotów leczniczych, instytucji publicznych oraz organizacji, w tym zagranicznych.

Magdalena Wieczorkowska, dr n. hum., socjolożka, metodolożka badań społecznych, kierowniczką Zakładu Socjologii na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Członkini Sekcji Socjologii Zdrowia i Medycyny oraz Sekcji Socjologii Ciała Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Jej zainteresowania naukowe dotyczą procesów medykalizacji i farmaceutyzacji we współczesnych społeczeństwach zachodnich, procesów starzenia się społeczeństw, społeczno-kulturowych i medycznych aspektów postrzegania, funkcjonowania i oddziaływania na ciało, a także zagadnień związanych z nauczaniem medycyny w środowisku wielokulturowym. Koordynatorka i członkini zespołów realizujących projekty międzynarodowe w ramach EIT HEALTH (CoActive, Healthy Loneliness, CitizenAct) oraz ERASMUS + (Healthy Loneliness+). Współpracuje z lokalnymi organizacjami non profit działającymi w obszarze senioralnym. Autorka licznych publikacji poświęconych problematyce medykalizacji, starzenia się oraz ciała.

Indeks osób

Indeksem objęto tekst główny wraz ze wstępem, abstraktami i przypisami. Strony, na których osoby występują wyłącznie w przypisach, zaznaczono kursywą. Strony, na których osoby występują wyłącznie w tabelach i rycinach lub w podpisach pod nimi, zaznaczono gwiazdką.

- | | |
|---|---------------------------------------|
| Agnew Jayne 54 | Bánovčinová Andrea 127 |
| Aitini Enrico 144 | Bánovčinová Ľubica 127 |
| Ajzen Icek 121 | Bańko Mirosław 211, 212 |
| Alshami Abbas 137 | Barani Katarzyna 302 |
| Amenta Francesco 50 | Baranowska Barbara 286, 304, 307, 323 |
| Anczyk Adam 271 | Barański Jarosław 221 |
| Anczyk Edmund 271 | Barchańska Małgorzata 236 |
| Anhang Price Rebecca 137 | Barnett Julie 69 |
| Antoniak Maria 304 | Barnett Mandy M. 137, 147 |
| Anvik Tor 127, 129 | Bartmiński Jerzy 207 |
| Aoki Yutaka 128 | Barton-Smoczyńska Izabela 143 |
| Arcab Anna 101 | Bartosiak Jakub 36 |
| Archer Laura 190 | Bartoszek-Balas Elżbieta 104 |
| Arciuch Tamara 245 | Bashshur Rashid L. 50 |
| Aspegren Knut 128 | Bator Ewelina 245 |
| Atsumi Reiko 54 | Bauman Teresa 306 |
| | Baur Charles 258 |
| Baekelandt Elizabeth R.F. 236 | Bączyk-Rozwadowska Kinga 36, 39 |
| Baile Walter F. 137, 143 | Beauchamp Tom L. 25, 32, 34 |
| Balas E. Andrew 18 | Beck Ulrich 313 |
| Balint Michael 141*, 195–197, 199, 202, 329 | Beckman Howard B. 16 |
| Bandura Albert 122, 123 | Beeman Mark 197 |

- Bell Aleksander Graham 183
 Benbassat Jochanan 14
 Benschoter Reba Ann 50
 Berger Peter L. 315
 Bettelheim Brunon 241
 Bharamanaikar Shankargouda R. 194
 Bielańska Anna 196, 197
 Biglu Mohammad-Hossein 137
 Bilby K.C. 193
 Błach Wojciech 245
 Bogunia-Borowska Małgorzata 246
 Bokus Barbara 220
 Bolińska Marta 241
 Bończak Małgorzata 245
 Boratyńska Maria 25, 27, 28, 30, 33, 36, 323
 Borowczyk Martyna 11, 119, 122
 Bower Peter 128
 Bralczyk Jerzy 246
 Breczko Sylwia 311
 Brett Doris 241
 Brown Jo 18
 Brown Rhonda F. 136
 Bruner Jerome S. 130
 Brunier Alison 240
 Budrowska Bogusława 307, 308
 Budzyńska-Daca Agnieszka 274, 277
 Bunting Peter S. 75
 Burke Kenneth 272
 Burnett Harvey J., Jr. 195
 Burzyńska Anna 306, 316
 Busch Anne-Kathrin 127, 130

 Campbell Karlyn Kohrs 271
 Carson Anna 304
 Casiraghi Jacopo 239, 240, 247, 248, 252
 Cassell Eric J. 205
 Cataldo Kari Piper 199
 Chadwick Rachel Joy 304
 Chaiken Shelly 120
 Chan Cheng Leng 105
 Chandra Prabha S. 145

 Charon Rita 18
 Chaturvedi Santosh K. 145
 Chewning Betty 64, 65
 Childress James F. 25, 32, 34
 Chludzińska Ewa 246
 Chłopaś Marcin 154
 Chojnacka-Kuraś Marta 9, 10, 18, 214, 219, 221, 263, 324
 Chomczyński Piotr 303
 Chou Calvin 130
 Chrapkiewicz-Gądek Angelika 245
 Chur-Hansen Anna 147
 Cieroce Dariusz 43
 Cieśla Joanna 154
 Cleland Jennifer 128–130
 Copik Ilona 157
 Coronado-Vázquez Valle 68, 74, 76
 Coughlin Della Selva Patricia 193
 Coulehan Jack 221
 Coulter Angela 145
 Court Emma 237
 Cox Thomas R. 145
 Crawford Gregory B. 147
 Cronholm Tomas 129
 Cuesta Armesto Mitzy Helein 147
 Czernicki Zbigniew 181, 324

 D'Amico Adele 237, 238
 Dambha-Miller Hajira 261
 Damiński Mateusz 245
 Daniells Emma 69
 Dautenhahn Kerstin 258
 David M. Eddy 65
 Denzin Norman K. 303, 306
 Dernova Alyona S. 191, 194
 Dessureault Sophie 146, 147
 Díaz Rojas María José 147
 Díaz-Martínez Luis Alfonso 147
 Dimatteo M. Robin 54, 137
 Długosz Krystyna 82
 Dobler Claudia Caroline 74

- Domaradzki Jan 221
Doroszevska Antonina 9, 10, 16, 58, 64,
119, 126, 269, 304, 307, 308, 324
Doroszewski Jan 11, 12, 22
Draper Juliet 119, 120, 123
Drat-Ruszczak Krystyna 193
Drozdowska Iwona 119, 324
Drozdowska Urszula 36, 39
Dudek Anna J. 308
Dunn Stewart M. 136
Dworzaczek Ferdynand 281
Dzięcioł Alicja 81, 325
Dzwonkowska-Godula Krystyna 304,
308–310, 314

Eagly Alice Hendrickson 120
Eddy David M. 65
Eisenberg Amy 18
Engel Kirsten Greineder 119

Fal Andrzej 269
Fallowfield Lesley 136
Felińczak Anna 269
Ferrer-Roca Olga 50
Fish Sue 197
Fishbein Martin 121
Fisher Walter 306
Fitzgerald Michael 190
Fleischman Suzanne 204–208, 214
Fnais Naif 161
Fong Terrence 258
Forlizzi Jodi 258
Forycka Maria 136
Foster Karen 128–130
Foucault Michel 310, 311
Fragstein Martin, von 119
Frankel Richard M. 16, 119
Frederickson Jon 193

Gajewska Magdalena 304, 313
Gajos-Kaniewska Dorota 287

Gallagher Romaine 195
Garncarek Emilia 310
Geisler Dagmar 220
Gentry Lonnie 145
Gibalska-Dembek Agnieszka 286, 325
Gibbs Raymond W., Jr. 221
Gilbert Anthony William 51
Giwojno Ewelina 108
Gizbert-Studnicki Tomasz 263
Gotti Maurizio 206
Górnicz Mariusz 82
Górski Stanisław 54
Grabowski Łukasz 207
Greenhalgh Tisha 16, 52
Greenlees George 190
Greis Christian 51
Griffith Charles H. III 130
Grol R. 144
Grzegorzczkova Renata 84, 88, 93
Grzęda-Łozicka Katarzyna 236
Gude Tore 128, 130
Gumperz John 203
Gwyn Richard 214

Haan Jael, de 236
Habrych Sandra 220
Haidet Paul 130
Hajdukiewicz Dariusz 27
Hall Judith A. 54, 128
Hall Judith G. 248
Heritage John 54, 59
Herlofsen Sara 220, 223, 224, 226
Hilton Sean R. 199
Ho Christine Su Ching 105
Hoder-Mackiewicz Katarzyna 82
Hojat Mohammadreza 130
Holmström Inger 199
Hoog Jan-Olov 129
Horodecka Amelia 246
Hulsman Robert L. 16

- Ingham C.G. 50
Irving Greg 261
Iwanow Lucyna B. 126
Izdebski Krzysztof 37
- Jakubczyk Kamila 241, 244
Janaszczyk Agata 137, 138
Jankowska Aldona Katarzyna 9, 10, 51–53, 55, 143, 219, 231, 325
Jankowska Anna 220
Jarosz Beata 205
Jaszczolt Katarzyna 204
Jemielniak Dariusz 303
Jenkins Valerie 136
Johnson Mark 221, 235
Jones C. 236
Jung Carl Gustaw 282
- Kaba Riyaz 144
Kacprzak Alicja 82
Kaczor Marcin Mirosław 100, 295
Kadadi Shama V. 194
Kalicka Olga 245
Kamasa Victoria 211, 212
Kampka Agnieszka 280
Karagiannis Thomas 75
Karczevska-Kamińska Natalia 36, 39
Kasprzykowski Bartłomiej 245
Katz Jay 32
Kavakli Mehmet 194
Kawa Marek 305
Keij Sascha M. 64
Kelly P. Adam 130
Kielkiewicz-Janowiak Agnieszka 203, 206, 207, 325
Kiluk John V. 146, 147
Kirby Rachel 258
Kisiel Marta A. 161
Kjeldmand Dorte 199
Klemensiewicz Zenon 81, 82, 94
Kłodnicka Klaudia 290
- Kmiecik Błażej 305
Kocurek Anna 59
Kolankiewicz Karol 37
Kołodziejek Anna 58, 63, 326
Konieczniak Przemysław 25, 30
Koonin Lisa M. 51
Korolko Mirosław 281
Korólczyk Robert 245
Korpanty Józef 15
Korsgaard Audrey 128
Kosiorek Aleksandra 37
Kosolapova Marina A. 191, 194, 201
Kostera-Pruszczyk Anna 238
Kościszko Marcin 209
Kotarcic Ana 203
Kotłowska Agata 136, 326
Kotulska-Jóźwiak Katarzyna 245
Kounios John 197
Kowalczyk Magdalena 237
Kowalska Bogumiła 59
Kozdraś Izabela 208, 209
Kozinets Robert V. 303
Kozłowska Anna 245
Kozmińska-Brygoła Maria 245
Krasowska Aleksandra 314
Krassuski Lisa 75
Krawczyk-Bocian Amelia 306, 308
Krawczyk-Bryłka Beata 306
Krieger Mike 270
Królikowska Sabina 282
Kruk Marcin 99, 326
Krzyżowski Janusz 82
Kubiak Rafał 32, 36, 40
Kuligowska Marta 209
Kulus Marek 219
Kurtz Suzanne 52–54, 58, 119, 120, 123
Kuryś Karolina 307, 308
Kwarciak Bogusław 246
Kwaśniewska Agata 158, 159

- Lakoff George 221, 235
Landow Shoshana M. 51
Langrand Christelle 51–53, 55
Lapworth Phil 197
Larkin Gregory Luke 191, 198
Lavin Michael 196
Lee Kwan Min 257
Légaré France 75
Leite Iolanda 258
Lenkiewicz Julia 136, 147, 326
Lenkiewicz Oliwia 136, 326
Leoniuk Katarzyna 137, 138, 140, 141*
Leppert Wojciech 136
Levetown Marcia 219
Levy Karen 304
Lewiński Piotr 282
Lichodziejewska-Niemierko Monika 146
Liczmańska Katarzyna 246
Ligara Bronisława 205
Lipkin Mack 128
Löffler-Stastka Henriette 128
Loiselle Carmen G. 145
Lord Rigietta 155, 156
Lumma-Sellenthin Antje 129
Lunn Mitchell R. 238, 239

Łaszyn Adam 291
Łoś Maja 157
Łukomska Elżbieta 236
Łupkowski Paweł 258

Madalińska-Michalak Joanna 183
Maffesoli Michel 313
Magiera Przemysław 288
Mahdi Syed Sarosh 50
Mailoo Venthan J. 190
Majkowicz Mikołaj 136
Majkowska Grażyna 246
Makoul Gregory 119
Makowska Marta 160, 161
Małecka-Massalska Teresa 50
Manterys Aleksander 305–307
Markham Annette N. 303
Martenson Dick 129
Martinho Carlos 258
Masłowski Jan 214
Mastella Chiara 242
Matusiewicz Katarzyna 237, 239
Max-Neef Manfred A. 15
Mayer John D. 194
Mazurek Emilia 311
McCain R. Scott 191
McEnry Tony 212
McMillan Sara S. 144
McNeil Barbara 67, 68
McPhee Stephen J. 143
Mead Nicola 128
Mielewski Jerzy 245
Mikołajewska Emilia 206
Mikołajewski Dariusz 206
Miller Piotr 303
Miller Suzanne M. 146
Miłosz Monika 269, 327
Mimno David 304
Min Lee Kwan 258
Minge Ewa 245
Mirowska-Guzel Dagmara 99, 108, 327
Mishler Elliot G. 204
Mitchell Jill L. 145
Modlińska Aleksandra 146
Modrzejewska Ewa 281
Moffat Mandy 128–130
Molinari Enrico 243
Molinuevo Beatriz 127
Monden Kimberly R. 145
Moore Philippa M. 16
Morelli Francesco 240
Mori Masahir 259
Morley John 212, 216
Mukherjee Siddharth 222
Müller Francis 192
Munthe Christian 144

- Murawska Magdalena 205
 Murdoch Anna 246
 Murgic Lucija 144
 Musiołek-Choiński Karin 82, 89

 Neves Ana Luisa 261
 Niedzielko Magdalena 99, 327
 Nourbakhsh Illah 258
 Nowak Monika 104
 Nowak-Dziemianowicz Mirosława 307
 Nowakowska Luiza 311
 Nowakowska-Kutra Aleksandra 302, 328
 Nowina Konopka Maria 52, 55, 257, 261, 328
 Nowosielska Katarzyna 184

 O'Sullivan Helen 190
 Ofei-Dodoo Samuel 137
 Ogden Jane 69
 Okrój-Kowska Agnieszka 287
 Olcoń-Kubicka Marta 302, 304
 Oleś Katarzyna 308
 Oleś Piotr K. 308
 Oronowicz-Jaśkowiak Agnieszka 126
 Oronowicz-Jaśkowiak Wojciech 126
 Osborn-Jenkins Lisa 52, 54
 Otten Heide 197, 198
 Ottonello Giancarlo 242

 Page Katie 145
 Paiva Ana 258
 Parsons Talcott 141*
 Partington Alan 212
 Patel Shilpa 75, 76
 Pauker Stephen G. 67, 68
 Pauluk Dorota 156
 Pawlak Piotr 181, 182
 Pawlak-Kałużyńska Agnieszka 153, 328
 Pawley Andrew 207
 Pawłowski Leszek 146

 Pazik Dorota 189, 328
 Pazik Joanna 189, 328
 Pedrycz Katarzyna 245
 Pedrycz Paweł 245
 Perlińska Linda 82
 Pers Michał 127
 Petersson Nadja Buch 51
 Pierloot R.A. 141*
 Pikuła Norbert G. 181
 Potts Amanda 221
 Propp Władimir 246
 Przeniosło Julia 136, 328
 Przetacznik-Gierowska Maria 308
 Przyłęcki Paweł 153, 329
 Przymuszała Piotr 123, 126

 Quinn Gwendolyn 146, 147

 Rabow Michael W. 143
 Ramirez Amanda-Jane 137
 Rampton Ben 203
 Rao Abha 145
 Ravishankar Krishnamurthy 16
 Rebello Pereira Carolina 143
 Rees Charlotte 127, 128, 129
 Reisfield Gary M. 221
 Reuland Daniel S. 75
 Richardson Bradley R. 51
 Roberts Lisa C. 52, 54
 Robins Lynne 52
 Robinson Jeffrey D. 54
 Rocznik Agata 245
 Rodriguez Keri L. 144
 Rosenthal Susan 18
 Roter Debra L. 54, 128
 Rozwadowska Barbara 291
 Rubel Ronald A. 67
 Rudecka Anna 189, 329
 Rudnicka Patrycja 258
 Ruiz-Moral Roger 120
 Rutkowski Janusz 236, 329

- Rybarkiewicz Dorota 221
Rydzak Waldemar 293
- Sager Michelle 155
Salmon Peter 16
Salovey Peter 194
Sandman Lars 144
Saniewska Diana 236, 329
Saniewska Edyta 237, 238
Saniewska Natalia 237, 238
Schlussel Yvette R. 18
Schwartz Rachel 199
Segal Judy Z. 272
Seitel Fraser P. 291
Semino Elena 221
Sepiolo Mariusz 154
Shanafelt Tait 148
Shannon Gary W. 50
Shaw Joanne M. 136
Sheard Charlotte 127–129
Sheridan Stacey L. 75
Shugar Grace W. 220
Siegler Marek 32
Sills Charlotte 197
Silverman Jonathan 119, 120, 123
Simmons Reid 258
Sinclair John 211, 212
Škodová Zuzana 127
Skorupka Stanisław 82, 90
Skrzypek Michał 302
Skulska Joanna 272, 273
Slotnick Henry B. 199
Słońska Irena 225
Smith Dorothy 304
Smith Robert C. 129
Sobczak Krzysztof 136, 137, 140, 141*, 147, 329
Sontag Susan 221, 226
Sooriakumaran Prasanna 144
Sosa-Iudicissa Marcelo C. 50
Stalmach-Przygoda Agata 56
Stawiarska Patrycja 269
Stein Terry 119
Stewart Moira A. 137
Stock-Homburg Ruth 257
Stones Rob 16
Strauss Anselm L. 303
Strzelecki Wojciech 181, 182
Stużyńska Magdalena 245
Suarez-Almazor Maria E. 137
Suchodolska Anna 82, 86
Sullivan Mark D. 66
Svetlichnaya Tatiana G. 191, 194
Swinglehurst Deborah 16
Systrom Kevin 270
Szczeklik Andrzej 214
Szczepanik Rafał 291
Szczepański Jan 304
Szczęsna Ewa 246
Szulc Wita 241
Szymarek Marianna 304
Szymik Eugeniusz 157
- Takemura Yousuke 54
Tan Lisbet Li Bei 105
Tataj-Puzyna Urszula 304, 307
Teodczyk Anna 225
Thorpe Charles 258
Toivonen Asta K. 136, 147
Tokarski Ryszard 84
Tomasz Pasierski 9
Tomska Justyna 210, 213, 215
Tonelli Mark R. 66
Torrubia Rafael 127
Trempała Janusz 220
Trojan Monika 104
Trovato Guglielmo M. 130
Trzciński Marcin 136, 330
Trzebiński Jerzy 306
Tsimtsiou Zoi 128
Tsuda Tsukasa 54
Turkiewicz-Flicinińska Joanna 269

- Tworowska Jolanta 269
Tymińska Justyna 50, 52, 330
Tymiński Radosław 36
Tyszkowa Maria 308

Vallance Elizabeth 155
Veatch Robert 64
Vrueh Remco, de 236

Wahl Kathleen 195
Walden-Gałużsko Krystyna de 137, 295
Walter Natalia 313
Wang Ching H. 238, 239
Wasilewska Aleksandra 258
Wasilewski Bohdan 196
Westmoreland Katherine D. 146
Wieczorkowska Magdalena 153, 330
Wiel Harry B.M., van de 137
Wierciński Hubert 304
Wiktor Jan W. 246
Wilkoń Aleksander 82
Wilson George R. 221
Wilson John F. 130
Wiśniewska Agnieszka M. 246
Witkowska-Tomaszewska Anna 241, 244
Witt Magdalena M. 143
Wittson Cecil L. 50
Wojciechowski Piotr 236, 238, 242
Wojcieszak Doug 297

Wojcieszek Andrzej 269
Wojnarowska Aleksandra 82
Wootton Richard 50
Woroch Michał 245
Wouda Jan C. 137
Woźniak Katarzyna 271, 273, 275–277,
279–281, 283, 285
Wright Kevin B. 121
Wszółek Anna 270
Wylęzałek Joanna 160, 161

Xiao Richard 212

Young Bridget 16

Zabielska Magdalena 205, 214, 325
Zaborowski Piotr 17
Zachara Radosław 190
Zambrano Sofia C. 147
Zawisławska Magdalena 227, 229
Zeman Patrycja 269
Ziomek Jerzy 271, 272, 281
Znaniński Florian 303
Zolnerek Kelly B. Haskard 54, 137
Zubrzycki Jarosław 50

Żelazińska Aleksandra 154
Żelazowska-Sobczyk Magda 214

MEDYCyna NARRACYJNA

Opowieści o doświadczeniu choroby
w perspektywie medycznej i humanistycznej



redakcja naukowa
Marta Chojnacka-Kuraś



Zbigniew Izdebski
Joanna Mazur
Katarzyna Furman
Alicja Kozakiewicz
Maciej Białorudzki



Humanizacja procesu
leczenia i komunikacja
kliniczna pomiędzy
pacjentem a personelem
medycznym w czasie
pandemii COVID-19



Człowiek w sytuacji

Studia inspirowane teorią
TADEUSZA TOMASZEWSKIEGO

nie tylko
z perspektywy
psychologa

redakcja naukowa
BARBARA BOKUS
EWA KOŚOWSKA



Nikt nie chce umierać

Auto*de*strukcja w perspektywie kulturowej

redakcja naukowa
Ewa Rudnicka i Halszka Witkowska



Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego
ul. Smyczkowa 5/7, 02-678 Warszawa
tel. 22 55 31 333
www.wuw.pl

Autorzy tekstów zamieszczonych w tej monografii podejmują m.in. takie wątki, jak: struktura komunikacji medycznej, prawne aspekty informowania pacjenta, narzędzia wspierające proces decyzyjny związany z postępowaniem terapeutycznym, specyfika języka zawodowego, zasady rozmowy z pacjentem podczas telekonsultacji, informowanie o ryzyku dotyczącym farmakoterapii, rozwój i doskonalenie kompetencji komunikacyjnych studentów kierunków medycznych i personelu medycznego, językowe aspekty komunikacji z pacjentem; zagadnienia związane z wpływem nowych technologii (w tym Internetu i sztucznej inteligencji) na procesy komunikowania się personelu oraz całych instytucji medycznych z pacjentami.

Zakres omawianych kwestii znacznie wykracza poza komunikację rozumianą jako sposób porozumiewania się. Chodzi także o budowanie właściwych relacji między pacjentami a leczącymi – unikanie dominacji profesjonalnej na rzecz aktywnego słuchania i skupienia się na problemach pacjenta, poszanowanie jego podmiotowości i tworzenie atmosfery wzajemnego zaufania. Potrzeba takich relacji jest powszechnie akceptowana w świecie medycznym; jednocześnie jego przedstawicielom często brakuje odpowiednich narzędzi, które pozwoliłyby je budować. Recenzowana książka może tu służyć pomocą.

z recenzji prof. dr hab. Antoniny Ostrowskiej

Książka imponuje rozległością tematów i wyznacza horyzonty nowych badań nad komunikacją w medycynie. Jest to ważna i potrzebna oferta intelektualna oraz dydaktyczna dla tych wszystkich, od których zależy jakość komunikacji medycznej.

z recenzji prof. dr. hab. Jarosława Barańskiego