

JUSTYNA DERĘGOWSKA

*Collegium da Vinci
w Poznaniu*

PROFESJONALNA KOMUNIKACJA W OPIECE ZDROWOTNEJ JAKO ELEMENT WSPARCIA PRACOWNIKÓW ZAWODÓW MEDYCZNYCH I PACJENTÓW - OCZEKIWANIA I POTRZEBY

ABSTRACT. Deręgowska Justyna, *Profesjonalna komunikacja w opiece zdrowotnej jako element wsparcia pracowników zawodów medycznych i pacjentów – oczekiwania i potrzeby* [Professional Communication in Healthcare as an Element of Support Offered to Medical Personnel and Patients – Needs and Expectations]. *Studia Edukacyjne* nr 35, 2015, Poznań 2015, pp. 349-366. Adam Mickiewicz University Press. ISBN 978-83-232-2904-9. ISSN 1233-6688. DOI: 10.14746/se.2015.35.18

Communication between medical personnel and their patients is not easy due to various legal regulations and complex emotional situations. Therefore, this type of communication depends on selecting an appropriate manner of communication and the choice of words. Teaching communication skills to healthcare professionals is absolutely essential and should be carried out according to the latest knowledge and standards developed in many countries. The Center of Clinical Communication was founded in Bydgoszcz to meet the needs and expectations of the Polish healthcare staff. In cooperation with the European Association of Communication in Healthcare, the Center is to work out and develop curricula for teaching clinical communication and adjusting them to the resources and needs existing in Poland. The Center of Clinical Communication is also planning to teach trainers who, according to highest international standards, shall teach communication skills to future as well as active healthcare personnel.

Key words: clinical communication, healthcare, support

Wstęp

Coraz częściej i coraz wyraźniej zwraca się uwagę na rolę komunikacji w kontakcie z chorym. Czyni się to w odniesieniu do wszystkich pracowników służby zdrowia, podkreślając jednocześnie, że nie tylko lekarz, ale cały

personel medyczny, poprzez wartościową i empatyczną komunikację, może nieść pacjentowi szczególnego rodzaju wsparcie. Co więcej, wskazuje się także, że jakość komunikacji klinicznej jest niezmiernie ważna ze względu na właściwą współpracę w samym zespole leczącym i opiekującym się pacjentem, a umiejętności komunikowania się personelu medycznego między sobą bezpośrednio wpływają także na jakość współpracy z chorym¹, co w efekcie ma ogromne znaczenie dla przebiegu i rezultatów całego procesu terapeutycznego.

Mając to na uwadze, wielu specjalistów podkreśla, że sprawa kształtowania umiejętności związanych z komunikacją w służbie zdrowia stała się wyzwaniem dla współczesnych ośrodków akademickich, w związku z czym bardzo aktywnie postuluje się wprowadzanie do programu nauczania studentów profesji medycznych problematyki związanej z komunikacją kliniczną. W tym kierunku podejmowane są już pewne konkretne działania. Wymagają one jednak nie tylko ścisłej współpracy przedstawicieli środowisk akademickich i przedstawicieli zawodów medycznych, co również konsekwencji w podejmowaniu kluczowych dla sprawy decyzji.

Komunikacja kliniczna jako element wsparcia pacjenta i pracownika opieki zdrowotnej w rozważaniach teoretycznych

Poddając analizie komunikację w opiece zdrowotnej w kontekście wsparcia pacjentów i pracowników medycznych, warto podjąć krótką refleksję na temat samej istoty tak powszechnie dyskutowanego współcześnie wsparcia społecznego.

Otóż, problematyka dotycząca wspomnianego wyżej pojęcia usytuowana jest na pograniczu wielu dyscyplin naukowych. I choć nie ma obecnie ogólnie przyjętej i obowiązującej definicji wsparcia społecznego, to najczęściej stosowane wobec niego są określenia tzw. „operacyjne” lub „omnibusowe”, w których rozważa się je jako „pomoc dostępną dla jednostki w sy-

¹ W niniejszym opracowaniu uwaga zostanie zwrócona przede wszystkim na komunikację lekarza z pacjentem. Nie można jednak zapominać, że w zawód lekarza wpisany jest także nieustanny i wielostronny proces komunikowania się z szeregiem innych pracowników medycznych, co powinno być analizowane w kategoriach zawodowych kontaktów międzyludzkich, co wyznacza główne działania personelu medycznego. Nie bez znaczenia w kontekście tego są też relacje lekarza z innymi pracownikami medycznymi, które z kolei powinny opierać się nie tylko na subordynacji i ścisłej współpracy w podziale czynności i obowiązków, ale też na wzajemnym zaufaniu, odpowiedzialności, rzetelności i etyce zawodowej.

tuacjach trudnych” lub „konsekwencję przynależności do sieci społecznych”², gdzie „wsparcie stanowią informacje skłaniające jednostkę do wiary, że podlega ona opiece, jest szanowana oraz że jest członkiem sieci komunikacji i wzajemnych powiązań”³. Rozpatrując natomiast istotę procesu wspierania jednostki, duży nacisk kładzie się na behawioralny lub procesualny jego charakter i określa się je jako „zachowanie pomocne lub zaspokojenie potrzeb jednostki w trudnych sytuacjach, gwarantowane przez osoby znaczące i grupy odniesienia”⁴, w związku z czym wsparcie najczęściej analizowane jest w kontekście jakościowym, jako „poczucie zaspokojenia potrzeb społecznych podmiotu przez interakcję z osobami znaczącymi – uczucie przynależności, bezpieczeństwa i aprobaty”⁵ lub kontekście *stricte* ilościowym, w rozumieniu liczby osób w otoczeniu społecznym podmiotu.

Wspomnieć też należy, iż w teoretycznych analizach wsparcia społecznego pojawiają się jego dwie zasadnicze i ważne ze względu na poruszany w opracowaniu problem perspektywy, a mianowicie perspektywa strukturalna i funkcjonalna⁶. W perspektywie strukturalnej wsparcie społeczne określane jest jako „obiektywnie istniejące i dostępne sieci społeczne, które wyróżniają się od innych sieci tym, że poprzez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych i przynależności, pełnią funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w sytuacji trudnej”⁷. Druga natomiast perspektywa, oparta na analizach psychologicznych, skupia się na interakcyjnym charakterze wsparcia i kładzie nacisk przede wszystkim na jakościowe cechy związków interpersonalnych⁸. Co istotne, podkreśla się w niej także, iż celem tych interakcji jest „podtrzymanie i zmniejszenie stresu przez towarzyszenie, wymianę emocji, tworzenie poczucia przynależności, bezpieczeństwa i nadziei oraz zbliżenie do rozwiązania problemu i przezwyciężenie trudności”⁹. Cechują

² H. Sęk, *Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu*, [w:] *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*, red. D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch, Kraków 1997, s. 147.

³ J. Pommersbach, *Wsparcie społeczne a choroba*, *Przegląd Psychologiczny*, 1988, 31, s. 503-525.

⁴ D. Kubacka-Jasiecka, *Kryzys emocjonalny i interwencja kryzysowa – spojrzenie z perspektywy zagrożenia Ja i poczucia tożsamości*, [w:] *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, red. D. Kubacka-Jasiecka, T. Ostrowski, Kraków 2005, s. 93.

⁵ J. Pommersbach, *Wzór zachowania „A” a wsparcie społeczne i gotowość do korzystania z pomocy*, *Przegląd Psychologiczny*, 1990, 2, s. 353.

⁶ H. Sęk, R. Cieślak, *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, Warszawa 2006.

⁷ H. Sęk, *Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu*, s. 94.

⁸ H. Sęk, *Wsparcie społeczne – co zrobić, aby stało się pojęciem naukowym?* *Przegląd Psychologiczny*, 1986, 3.

⁹ H. Sęk, *Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu*, s. 119.

się one specyficzną wymianą emocji, informacji, instrumentów działania lub dóbr materialnych, przy czym wymiana ta może być jednostronna lub dwustronna oraz stała lub zmienna, a jej skuteczność określana jest dopasowaniem rodzaju udzielonego wsparcia do potrzeb odbiorcy. W związku z tym, zależnie co w toku interakcji wspierającej jest treścią wymiany społecznej, wyróżnia się wsparcie emocjonalne, informacyjne, instrumentalne, rzeczowe i duchowe.

W nawiązaniu do powyższego należy dodać, że funkcja wsparcia społecznego w rozwiązywaniu problemów zawsze zależy od tego, czy jest ono odpowiednie i czy jednostka posiada cechy sprzyjające tworzeniu, zdobywaniu i utrzymywaniu więzi o charakterze wsparcia. Zawsze bowiem podstawowymi warunkami efektywności wsparcia jest adekwatny do potrzeb jego poziom oraz satysfakcja z jego otrzymywania, czyli trafne dostosowanie pomocy pod względem ilościowym i jakościowym do potrzeb wspomaganego, przy wskazaniu, że zbyt silne wsparcie może deprawować i obciążać jednostkę oraz może być powodem zmniejszenia poczucia kompetencji do samodzielnego radzenia sobie z problemem.

Podsumowując powyższe, warto dodać, że pojęcie wsparcia społecznego wiąże się z istnieniem sieci społecznej, czyli obecności powiązań jednostki z innymi ludźmi, jednak fakt pozostawania jednostki w licznych związkach społecznych nie gwarantuje niestety wsparcia, przez co bywa, że jednostki zmagające się z dużymi problemami często stanowią grupę osób pozbawionych jakiegokolwiek wsparcia społecznego¹⁰. I choć podkreśla się, że wsparcia potrzebującym powinny dostarczać w pierwszej kolejności naturalne grupy odniesienia, to ważne okazuje się również to, aby mogli oni korzystać także ze wsparcia profesjonalnego (w przypadku podejmowanego w opracowaniu zagadnienia – ze wsparcia pracowników medycznych). Każde bowiem ze źródeł może koncentrować się na udzielaniu innego rodzaju wsparcia lub świadczyć je równoległe¹¹.

Teoretyczne rozważania na temat wsparcia społecznego pomagają w usytuowaniu go w obszarze komunikacji klinicznej, a szczególnie komunikacji lekarza z pacjentem i wywiązującej się na jej bazie międzyosobowej relacji.

Otóż, w większości przypadków choroba jest dla pacjenta sytuacją trudną, często też –szczególnie choroba ciężka lub przewlekła – sytuacją trauma-

¹⁰ W. Sotwin, *Instytucjonalne tereny wsparcia w Polsce – czy muszą być powodem destruktywnych konfliktów?* [w:] *Oblicza kryzysu psychologicznego*.

¹¹ Z. Kawczyńska-Butrym, *Spoleczne konsekwencje choroby i niepełnosprawności*, [w:] *Elementy socjologii dla pielęgniarek*, red. J. Tatarynowicz, A. Majchrowska, Z. Kawczyńska-Butrym, Lublin 2000.

tyczną. Pacjent doświadczający takiej choroby wymaga nie tylko odpowiedniej diagnozy i leczenia, ale też adekwatnego do jego potrzeb wsparcia ze strony pracowników służby zdrowia, które jako zasób radzenia sobie i potwierdzony moderator stresu, sprzyjałoby aktywnemu zmaganiu się z chorobą, przez co wpływałoby też na efekty całego procesu leczenia.

Jedną z najważniejszych osób w całym procesie terapeutycznym, której wsparcie jest dla pacjenta szczególnie cenne, jest lekarz. On zresztą, jak podkreślają Drabik-Danis, Hans-Wytrychowska i Kurpas, „z racji charakteru swojej pracy jest predystynowany do jego okazywania”¹². Kwestia jest tym bardziej znacząca, że jak dodają wobec powyższego Heszen i Sęk, kontakt lekarza z pacjentem to szczególnego rodzaju interakcja społeczna, w toku której „dochodzi do przekazywania (lub wzajemnej wymiany) emocji czy instrumentów działania, a celem tej interakcji jest pomoc pacjentowi w pokonywaniu trudności”¹³.

Mając na względzie powyższe, należy dodać, że choć wpisane w komunikację z pacjentem elementy wsparcia ze strony pracowników medycznych, a szczególnie ze strony lekarza powinny być dopasowane do potrzeb konkretnego pacjenta, to kluczową rolę odgrywać powinny w tym procesie trzy rodzaje wsparcia: wsparcie instrumentalno-rzeczowe, emocjonalne i informacyjne. To pierwsze, w przypadku kontaktu lekarza z pacjentem powinno polegać na ewentualnym zaopatrzeniu pacjenta w lekarstwa, tudzież specjalistyczne środki lecznicze wraz z instrukcją na temat konkretnych sposobów postępowania, co można rozpatrywać także jako formę modelowania skutecznych zachowań zaradczych u pacjenta¹⁴. Natomiast, mówiąc o wsparciu informacyjnym, chodzi nie tylko o takie postępowanie, które sprzyjać będzie lepszemu zrozumieniu sytuacji i problemu przez samego pacjenta, ale też o informacje zwrotne udzielane przez pacjenta lekarzowi na temat skuteczności różnych działań, co wspólnie może wpływać w znacznej mierze na kształtowanie poczucia kontroli nad sytuacją oraz poczucia sprawstwa zarówno w przypadku lekarza, jak i chorego. Co ważne, postępowanie takie może u obu uczestników interakcji umacniać świadomość bycia szanowa-

¹² E. Drabik-Danis, A. Hans-Wytrychowska, D. Kurpas, *Wybrane metody i narzędzia podnoszące efektywność relacji lekarz – pacjent*, [w:] *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną*, red. A. Steciwko, J. Barański, Wrocław 2012, s. 30.

¹³ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Warszawa 2007, s. 167.

¹⁴ Do analizy i charakterystyki relacji lekarz – pacjent wykorzystywana jest teoria interakcji społecznych, która zakłada, że pacjent poszukuje pomocy lekarskiej w dwóch podstawowych celach, a mianowicie dla uzyskania informacji o diagnozie i jak się leczyć oraz dla obniżenia napięcia i niepokoju, B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Kraków 2002.

nym i informowanym, co z kolei może wspomagać proces budowania wiary w poprawę stanu zdrowia pacjenta.

Bez wątpienia, szczególnie istotne w komunikacji między lekarzem a pacjentem pozostaje wsparcie emocjonalne, które wyzwała u chorego poczucie nadziei na wyzdrowienie i które przez wielu specjalistów uznane zostało za ważny element terapeutyczny. I choć już sama empatia lekarza, jak wskazują Bujanowska-Fedak i Wróblewska, umożliwia odnalezienie wspólnej dla lekarza i pacjenta płaszczyzny porozumienia, przez co można ją traktować jako cenne źródło wsparcia emocjonalnego, to istotne są także te elementy wspierające, które w znacznej mierze mają odzwierciedlenie w przekazywaniu pacjentowi emocji podtrzymujących, dzięki którym chory będzie mógł uwolnić się od napięć, wyrazić swoje obawy, lęk i smutek¹⁵.

Podsumowując powyższe, należy wskazać, że w komunikacji między lekarzem (lub innym pracownikiem medycznym) a pacjentem powinny zaistnieć dwa zasadnicze rodzaje zachowań wspierających obu uczestników interakcji i cały proces diagnostyczno-terapeutyczny. Pierwsze z nich to zachowania instrumentalne, ściśle nastawione na rozwiązanie problemu, a więc na wyleczenie pacjenta lub zmniejszenie dolegliwości i podniesienie jego jakości życia. Drugie natomiast to zachowania skupione na oddziaływaniach o charakterze emocjonalno-społecznym, czyli tzw. zachowania afektywne, tworzące istotny, wspierający w relacji lekarz – pacjent kontekst komunikacji interpersonalnej¹⁶.

Humanistyczne konteksty relacji „lekarz – pacjent” – stan faktyczny i postulatyczny

Kwestią oczywistą jest, iż biologiczny wymiar istnienia człowieka stanowi podstawowe pole zainteresowań medycyny. I choć w związku z tym

¹⁵ M.M. Bujanowska-Fedak, I. Wróblewska, *Przekazywanie pacjentowi i jego rodzinie złych i trudnych informacji dotyczących stanu zdrowia*, [w:] *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną*.

¹⁶ Komunikacja kliniczna nabiera szczególnego znaczenia w przypadku chorób zagrażających życiu i przekazywaniu choremu niepomyślnych informacji. Zawsze są to sytuacje, które wywierają negatywny emocjonalnie wpływ nie tylko na pacjenta, lecz także na samego lekarza. Pacjent oczekuje bowiem od lekarza rzetelnej, zrozumiałej informacji. To z kolei uzależnia w dużej mierze postępowanie z pacjentem, w które powinny być wplecione także działania o konotacjach wsparcia emocjonalnego. Co ważne, przekazywanie „złych” informacji pacjentowi zawsze powinno też być zgodne z podstawowymi i od dawna już przyjętymi zasadami, a zwłaszcza z zasadą dawkowania informacji w zależności od indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta.

opiera się ona przede wszystkim na naukach przyrodniczych, to jej podłożem jest głęboko humanistyczne myślenie o człowieku, co skłania, a raczej skłaniać powinno do tego, aby jej zainteresowania skupiały się nie tylko wokół racjonalnych, sprawdzonych i skutecznych metod rozpoznania oraz leczenia choroby, ale też wokół samego chorego człowieka i jego subiektywnego doświadczania choroby, co ma swój wyraz między innymi w samej relacji między lekarzem a pacjentem, której czynnikiem konstytuującym jest także komunikacja między tymi osobami.

Mając na względzie powyższe, warto dokonać krótkiego wglądu w istotę relacji, o której mowa powyżej, i w zmieniającą się wraz ze zmianami kulturowymi i społecznymi jej charakterystykę.

Otóż, od zawsze lekarz był dla pacjenta osobą znaczącą, której wiedza medyczna, specjalistyczne umiejętności i kompetencje w zakresie ochrony zdrowia wyznaczały określoną relację między nimi. W obowiązującym przez wieki asymetrycznym modelu stosunku lekarza do pacjenta, wyrazem którego była postawa paternalistyczna, akcentowany był autorytet lekarza, przy biernym podporządkowaniu się pacjenta. Jednak rozwój medycyny oraz dynamiczne zmiany społeczne i kulturowe zapoczątkowane już na przełomie XX wieku spowodowały, że zaczęły zmieniać się poglądy na temat tego modelu, w związku z czym żywym dyskusjom zaczęła być poddawana nie tylko istota relacji, ale też komunikacja lekarza z pacjentem.

Asymetryczny model relacji „lekarz – pacjent” stał się nie tyle dyskutowany, co raczej kwestionowany. Wbrew założeniom tego modelu zakłada się bowiem, że leczenie chorego, oprócz aspektów technicznych ma również aspekty psychologiczne i moralne, i jak podkreśla w kontekście tego Zerbe, charakterystyczna dla tego modelu postawa paternalistyczna, a więc przyznanie prawa decyzji wyłącznie lekarzowi, z pominięciem lub wręcz wbrew opinii chorego, jest nie do przyjęcia¹⁷. Naganne są, jak dodaje powyższy autor, także próby nakłaniania chorego do przyjęcia punktu widzenia lekarza, co wiąże się z ograniczaniem prawa pacjenta do świadomego wyboru, np. sposobu leczenia. Co istotne, pod koniec XX wieku paternalizm zaczął wzbudzać wiele polemik i kontrowersji nie tylko w środowiskach naukowych, ale też wśród samych pacjentów, którzy dążąc do partnerstwa i podmiotowości w relacji z lekarzem, coraz częściej zaczęli zwracać uwagę na prawa osobowe i respektowanie ich własnej godności. Dodatkowo też, z racji nieograniczonego dostępu do mediów i Internetu, pacjenci zaczęli dysponować pewnym zasobem wiedzy medycznej, co spowodowało, że lekarze

¹⁷ F. Zerbe, *Paternalizm w stosunkach lekarz – pacjent*, [w:] *Wybrane problemy deontologii lekarskiej*, red. R. Szulc, Poznań 1999.

przestali być dla nich, jak niegdyś, bezwzględnie cenionymi autorytetami i ekspertami.

Obecnie w środowiskach medycznych coraz śmieiej próbuje się odchodzić od modelu paternalistycznego w kierunku partnerskiego współdziałania, gdzie charakterystyczny staje się współdziałanie lekarza i pacjenta w podejmowaniu decyzji związanych z procesem leczenia¹⁸. Dokonuje się też próby ukonstytuowania nowego modelu, zbliżającego do symetrii w relacji „lekarz – pacjent”, tzw. modelu leczenia zorientowanego na pacjenta, w którym pacjent jest niekwestionowanym podmiotem działań lekarza. Co istotne, lekarz w modelu tym zobowiązany jest podejmować decyzje tylko w porozumieniu z pacjentem, przy uwzględnieniu nie tylko medycznych, moralnych i organizacyjnych aspektów prowadzonej terapii, ale także jednostkowej, rodzinnej i społecznej sytuacji chorego oraz jego subiektywnych doznań, potrzeb emocjonalnych i postawy w odniesieniu do choroby i jej leczenia¹⁹. I choć, patrząc na przemiany kulturowe i społeczne dokonujące się na przestrzeni ostatnich lat, sprawa negowania paternalizmu wydaje się oczywista i w pełni uzasadniona, to jednak jest ona o wiele bardziej skomplikowana niż się wydaje. Wielu specjalistów zwraca bowiem uwagę, że zasada niezależności i prawa wolnego wyboru pacjenta nie może obowiązywać we wszystkich okolicznościach. Argumentując to, wskazuje się sytuacje kliniczne, przy rozstrzyganiu których absolutnie powinno się nie dopuszczać do zastosowania zasady paternalistycznej, a jako przykład najczęściej podaje się odmowę pacjenta na leczenie w przypadku zagrożenia życia. Niemniej trudności rodzą też sytuacje, w których nie ma obiektywnych możliwości podjęcia przez samego pacjenta rozsądnych decyzji i działań, co wynika z niskiego stopnia jego niezależności. Tutaj przykładami mogą być z kolei brak przytomności chorego, jego niedorozwój lub niedojrzałość, a więc uwarunkowania, które nie pozwalają mu w sposób właściwy i obiektywny ocenić sytuację, i które w znacznym stopniu też ograniczają jego niezależność oraz swobodę wyboru. W takich przypadkach, jak podkreśla Zembaty, interwencja typu paternalistycznego, choć do pewnego stopnia

¹⁸ Mówiąc o modelu zorientowanym na pacjenta, Tobiasz-Adamczyk podkreśla, iż współdziałanie pacjenta w podejmowaniu decyzji jest możliwe jedynie wtedy, gdy zarówno lekarz, jak i pacjent włączeni są w podejmowanie tej decyzji i kiedy obie strony nie tylko dzielą się ważnymi informacjami, co też wspólnie dążą do podjęcia decyzji jak najlepszej dla pacjenta, B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz – pacjent*, s. 55.

¹⁹ Jak wynika z obserwacji i wskazań środowisk medycznych, potrzeba budowania takiego właśnie modelu inicjowana jest współczesną dominacją chorób przewlekłych, w leczeniu których, jak wskazuje Ostrowska, pacjent staje się coraz bardziej autonomiczną jednostką, przez co znacznie zmniejsza się dystans i asymetria w relacjach między nim a lekarzem, A. Ostrowska, *Rola pacjenta i lekarza: zmiany w scenariuszu*, *Studia Socjologiczne*, 1981, 3.

ograniczająca wolność pacjenta, jest absolutnie uzasadniona i moralnie usprawiedliwiona²⁰.

Mając na uwadze powyższe, warto wskazać, że zastosowanie konkretnego modelu w relacji „lekarz – pacjent” zawsze powinno być ściśle uzależnione nie tylko od oczekiwań pacjenta, lecz także od okoliczności podejmowania interwencji medycznej i konkretnej sytuacji terapeutycznej. Likwidowanie lub nawet znaczące niwelowanie asymetrii w relacji „lekarz – chory” wymaga więc podjęcia wnikliwej analizy sytuacji klinicznej i jednocześnie odpowiedzi na pytania dotyczące choćby tego, czy i ewentualnie w jakim stopniu jest się w stanie zmodyfikować stosunek fachowej wiedzy i umiejętności lekarza do potocznej jedynie wiedzy pacjenta oraz czy i ewentualnie na ile jest się w stanie zminimalizować zależność pacjenta w sprawie jego stanu zdrowia i specjalistycznego procesu leczenia od decyzji lekarza specjalisty.

Wskazane powyżej przykłady pytań i próby odpowiedzi na nie spowodowały, że obecnie za wzorcowy model relacji lekarza z pacjentem uważa się model oparty na komunikacji między nimi, łączący w sobie elementy modelu ukierunkowanego na pacjenta z modelem ukierunkowanym na lekarza, gdzie priorytetem są informacje przekazywane lekarzowi przez pacjenta na temat objawów oraz informacje samego lekarza na temat diagnozy i szczegółów leczenia, przy czym łatwo zauważyć, że model ten opiera się na uzyskaniu informacji umożliwiających postawienie diagnozy i wdrożeniu odpowiedniego procesu terapeutycznego. Charakterystyczny łączony typ relacji w tym modelu, jak wskazują specjaliści, to przede wszystkim wzajemne oddziaływanie oparte na wymianie, które wymaga wspólnej płaszczyzny porozumienia. Aby jednak model ten okazał się skuteczny w rozmaitych sytuacjach klinicznych, proponuje się stosowanie jego trzech zasadniczych rodzajów, zbudowanych na podstawie kryterium stopnia aktywności lub bierności uczestników interakcji „lekarz – pacjent”²¹. I tak, pierwszy zaproponowany rodzaj modelu, tzw. „aktywność – bierność” ma dotyczyć sytuacji, w których pacjent z racji swego stanu jest całkowicie bierny, w związku z czym działania lekarza odbywają się niezależnie od niego. Drugi model – „kierowanie – współpraca” – ma dotyczyć relacji, w których pacjent mimo choroby (dotyczy to chorób o ostrym przebiegu) może realizować zalecenia oczekiwane przez lekarza. Ostatni rodzaj modelu natomiast – „obopólne uczestnictwo” – miałby mieć zastosowanie w przypadku chorób przewlekłych, kiedy lekarz bezpośrednio konsultuje z pacjentem

²⁰ F. Zerbe, *Paternalizm w stosunkach lekarz – pacjent*, [w:] *Wybrane problemy deontologii lekarskiej*.

²¹ A. Ostrowska, *Rola pacjenta i lekarza: zmiany w scenariuszu*, s. 82.

wszystkie ważne dla niego kwestie, lecz pacjent sam, ściśle stosując się do wskazań lekarza, prowadzi własne leczenie²².

W odpowiedzi na wszelkie próby budowania nowego modelu relacji „lekarz – pacjent” humanistycznie zorientowane środowiska naukowe wskazują przede wszystkim na konieczność odchodzenia od asymetrycznego modelu relacji „lekarz – pacjent” i skrajnego determinizmu biologicznego w kierunku ujmowania choroby w sposób humanistyczny jako zjawiska bio-psycho-społecznego. Podkreślają też, że oprócz zmiany samego modelu relacji „lekarz – pacjent” istnieje konieczność wprowadzania leczenia wspomagającego i minimalizowania skutków terapii poprzez systematyczne i planowe wspomaganie psychospołeczne chorego. Niestety, mimo wspomnianych wyżej preferencji i postulatów kierowanych do współczesnej opieki zdrowotnej, mówiących o konieczności budowania nowego modelu relacji lekarza z pacjentem, określanego najczęściej jako „system unormowanych oddziaływań wynikających z sytuacji zdrowotnej pacjenta”²³ i o całościowym podejściu do pacjenta, wszelkie zmiany spowalniane są przez znaczący, technologiczny postęp w medycynie, jej informatyzację i specjalizację, wymagania organizacyjne na poziomie instytucjonalnym oraz kwestie niedofinansowania służby zdrowia. Niektórzy wręcz twierdzą, że dystans emocjonalny między lekarzem a pacjentem pogłębia się, a dominującym modelem pracy lekarza z pacjentem jest model biomedyczny, w którym lekarz skoncentrowany jest przede wszystkim na chorym narzędzie, a jego czynności zorientowane są na diagnozę i terapię²⁴. Podkreśla się też, że nadal funkcjonują przede wszystkim stare, zrutynizowane zasady postępowania z chorym, wpływające na to, że relacja między lekarzem a pacjentem ma charakter bezosobowy, w związku z czym przeważa nadrzędna, dominująca, a więc dawna, paternalistyczna postawa lekarza, która w wielu przypadkach (np. w przypadku chorych przewlekle) okazuje się niewystarczająca i niesatysfakcjonująca. Co interesujące, jak wskazuje w kontekście tego Synowiec-Piłat, mimo że te właśnie wzorce są często publicznie krytykowane, to milcząco też są przyjmowane we współczesnej medycynie i niezwykle trudno dokonać ich jednoznacznej rekonstrukcji²⁵.

²² Trudno o formułowanie precyzyjnych, jednoznacznych i powszechnie obowiązujących wytycznych dotyczących komunikacji klinicznej i relacji „lekarz – pacjent”, sprawdzających się w rozmaitych sytuacjach klinicznych. Ważne jest jednak wypracowanie optymalnych i elastycznych wytycznych, które można by stosować w zależności od sytuacji. Wykształconemu w aspekcie komunikacji klinicznej lekarzowi i każdemu innemu pracownikowi medycznemu łatwiej będzie wybrać i zastosować odpowiednią metodę komunikowania się z chorym.

²³ B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz – pacjent*, s. 29.

²⁴ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*.

²⁵ M. Synowiec-Piłat, *Kampanie społeczne na rzecz pacjentów onkologicznych i ich najbliższych*, [w:] *Socjologia i psychologia dla pacjenta*, red. M. Synowiec-Piłat, A. Olechowska-Kotala, Toruń 2012.

Komunikacja kliniczna jako czynnik konstytuujący relację „lekarz – pacjent”

Relację między lekarzem a pacjentem (lub między lekarzem a bliskimi pacjenta, jeżeli pacjentem jest dziecko albo osoba niezdolna do opisanego stanu) najczęściej charakteryzuje się i analizuje w kategoriach interakcji, działania społecznego, „specyficznego zespołu zachowań socjoemocjonalnych”, w których lekarz i pacjent w bezpośrednim kontakcie oddziałują na siebie za pośrednictwem obustronnej komunikacji²⁶.

I choć nie ma obecnie jednej, obowiązującej definicji komunikacji klinicznej, co zdaniem Tobiasza-Adamczyka²⁷ jest wynikiem niejednoznaczności w rozumieniu „dobrej komunikacji”²⁸, warto zwrócić uwagę na interpretację tego pojęcia przez Doroszewskiego, w którym przedstawił on jego szerokie oraz wąskie ujęcie²⁹. I tak, w ujęciu szerokim według powyższego autora komunikację kliniczną należy traktować jako

porozumienie między różnymi – pojedynczymi lub licznymi podmiotami, dotyczące spraw związanych z medycyną, (...) może mieć ono charakter bezpośredni lub pośredni, a cel poznawczy lub pragmatyczny.

W rozumieniu wąskim natomiast oznacza ona

porozumienie między lekarzem a pacjentem, pielęgniarką lub innym pracownikiem służby zdrowia, zachodzące w ramach stosunku opieki medycznej, czyli postępowania leczniczego bądź zapobiegawczego.

Komunikację z kolei wyłącznie między lekarzem a pacjentem Doroszewski interpretuje jako

medyczną komunikację interpersonalną łączącą lekarza z pacjentem (...) umyślne, świadome i celowe, bezpośrednie lub pośrednie przekazywanie informacji wraz ze

²⁶ B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz – pacjent*.

²⁷ Tamże.

²⁸ Dla jednej grupy dobra komunikacja z pacjentem może oznaczać takie same dobre relacje między osobami, jak ma to miejsce w innych sytuacjach społecznych. Dla innych z kolei wymiar dobrej komunikacji między lekarzem a pacjentem oznacza postępowanie psychoterapeutyczne i w tym rozumieniu dobra komunikacja to wzajemna współpraca lekarza i chorego oraz zobowiązanie oparte na wzajemnym zaufaniu. Ten rodzaj komunikacji, jak wskazuje Tobiasz-Adamczyk, oparty jest na modelu „orientacji ukierunkowanej na pacjenta”, a więc na modelu, w którym pacjent postawiony jest w centrum konsultacji, przez co lekarz poznaje nie tylko jego możliwości, ale też jego uczucia, emocje i oczekiwania związane z chorobą, B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz – pacjent*.

²⁹ J. Doroszewski, *Komunikacja pacjenta z lekarzem: literatura, stanowiska, problemy*, [w:] *Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem*, Warszawa 2006, s. 43.

zjawiskami jej towarzyszącymi przez jedną osobę (nadawcę) drugiej osobie (odbiorcy) – przy czym, jak dodaje – jest to wymiana znaków językowych i pozajęzykowych, mająca na celu doskonalenie postępowania lekarskiego oraz wzajemne zbliżenie tych osób ze szczególnym uwzględnieniem etycznych i psychologicznych aspektów opieki zdrowotnej oraz wzajemne oddziaływanie na postępowanie³⁰.

Skupiając uwagę jedynie na komunikacji klinicznej między lekarzem a pacjentem, należy podkreślić, iż jest ona procesem złożonym, zachodzącym na wielu poziomach (w tym werbalnym i niewerbalnym) i zawsze wiążącym się z całym spektrum różnorodnych aspektów mających miejsce w obszarze współczesnej medycyny i środowiska medycznego. Co ważne, komunikacja między lekarzem a pacjentem jest nie tylko specyficznym zjawiskiem społecznym i elementem należącym do podstaw praktyki lekarskiej, poprzez który lekarz zbiera informacje od pacjenta i poznaje jego potrzeby, ale też niezbędnym czynnikiem do wytworzenia specyficznej i sprzyjającej terapii nici porozumienia i obopólnego zrozumienia. Wszystko to z kolei jest ściśle związane z uregulowaniami prawnymi, wskazaniem zawartymi w Kodeksie Etyki Lekarskiej oraz etycznym wymiarem udzielania informacji pacjentowi, w tym z zapewnieniem mu udziału w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym³¹ oraz zachowaniem jego godności³². Co warto więc podkreślić, w komunikacji między lekarzem a pacjentem, w znacznej mierze wpływającej przecież na całokształt relacji między nimi, ważna jest wymiana informacji, w tym właściwe przedstawienie objawów przez pacjenta oraz właściwe przekazanie informacji o terapii przez lekarza, co klasyfikowane jest do działań instrumentalnych. Istotne są też umiejętności lekarza w zakresie przekazywania pacjentowi oznak troski i zaangażowania w jego problemy, okazywania szacunku, zaufania i empatii, zainteresowania i otwartości w celu obniżenia napięcia u pacjenta, co z kolei skupia się w obszarze działań emocjonalnych.

³⁰ Tamże, s. 46.

³¹ R. Grzegorzycykowa, *O terapeutycznej funkcji mowy na tle innych funkcji wypowiedzi*, [w:] *Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem*; Z. Czernicki, *Problemy prawne przekazywania informacji o stanie zdrowia w praktyce rzecznika odpowiedzialności zawodowej*, [w:] *Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem*.

³² Coraz częściej podkreśla się też znaczenie udziału samego dziecka (do tej pory najczęściej bagatelizowanego) w komunikacji, która ma swój przebieg w triadzie lekarz – rodzic – dziecko. Argumentuje się to tym, że komunikacja między lekarzem a dzieckiem pozytywnie wpływa na efekty leczenia. W obszarze tym podkreśla się przede wszystkim konieczność ujawniania dwóch rodzajów potrzeb dziecka, zarówno tych, które są przez niego zgłaszane, jak też emocjonalnych, które nie są dla niego zrozumiałe. Poza tym, wskazuje się na aspekt strukturalny spotkania dziecka z lekarzem, związany z tzw. „podwójną asymetrią pozycji dziecka względem lekarza” (lekarz jako specjalista – autorytet i dorosły).

Podsumowując jeszcze raz, warto podkreślić, że komunikacja

powinna służyć lekarzowi do poznania stanu somatycznego i psychicznego pacjenta oraz do utworzenia planu postępowania terapeutycznego, pacjentowi zaś do poznania i zrozumienia diagnozy i projektu leczenia³³.

Lekarzowi potrzebna jest zatem oprócz wiedzy medycznej również wiedza z zakresu zagadnień psychologicznych oraz socjologicznych, a więc zagadnień, które będą ugruntowywać jego umiejętności w obszarze interakcji społecznych i komunikacji międzyludzkiej, której jakość i efektywność w zawodzie lekarza jest szczególnie istotna.

Nauczanie i doskonalenie umiejętności komunikacyjnych w polskich ośrodkach akademickich - diagnoza i potrzeby

W polskiej służbie zdrowia istnieje wiele niepokojących barier w komunikacji klinicznej, wśród których najczęściej wymieniane są: stosowanie przez lekarzy żargonu medycznego, socjokulturowe różnice między lekarzem a pacjentem, ograniczające zdolności wysławiania się, emocje pacjenta oraz jego ograniczenia poznawcze, wiek i poziom inteligencji³⁴. Konsekwencją tego jest mało satysfakcjonująca dla pacjenta komunikacja z personelem medycznym, w tym przede wszystkim z lekarzami, odzwierciedlająca się w coraz większej liczbie konfliktów, pretensji i oskarżeń zgłaszanych pod ich adresem. Stan ten jest o tyle niepokojący, że powszechnie już stwierdza się, iż jakość komunikacji klinicznej wpływa nie tylko na zachowanie pacjentów, ale także na wykonywanie zawodu medycznego, współpracę z chorym i rezultaty prowadzonej terapii.

Na tle tego na forum naukowym coraz częściej pojawia się pytanie, czy komunikacja z pacjentem powinna być rozpatrywana jako element postawy pracownika medycznego czy jako zespół konkretnych umiejętności sprzyjających dobremu porozumiewaniu się z pacjentem³⁵. W odpowiedzi na to De Walden-Gałuszko wskazuje, że na dobrą komunikację kliniczną wpływają z pewnością predyspozycje osobowościowe pracownika medycznego, ale

³³ J. Doroszewski, *Komunikacja pacjenta z lekarzem: literatura, stanowiska, problemy*, [w:] *Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem*.

³⁴ A. Doroszewska, *Nauczanie komunikacji z pacjentem*, [w:] *Socjologia i psychologia dla pacjenta*, red. M. Synowiec-Piłat, A. Olechowska-Kotala, Toruń 2012.

³⁵ Tamże.

istnieje też całe spektrum umiejętności i kompetencji społecznych, które powinny bazować na określonej wiedzy i powinny być nabyte w procesie edukacji, w związku z czym umiejętności prowadzenia konstruktywnej rozmowy z pacjentem i tworzenia odpowiednich dla takiej rozmowy warunków pracownik medyczny powinien się po prostu nauczyć³⁶. To jednak wymaga rozwiązań systemowych, w tym wypracowania dobrych i konkretnych praktyk, a także konsekwentnego włączania elementu edukacji z komunikacji klinicznej do procesu edukacji medycznej. Niestety, obecnie na uczelniach medycznych w Polsce nie ma obowiązkowego kursu z obszaru komunikacji z pacjentem. Co więcej, istnieje spora grupa nauczycieli akademickich i samych studentów kwestionująca zasadność nauczania adeptów zawodów medycznych komunikacji klinicznej. U wielu budzi to bowiem obawę przed dodatkowymi obciążającymi ich obowiązkami.

Inaczej niż w naszym kraju podejście do komunikacji klinicznej i jej nauczania kształtuje się w krajach Europy Zachodniej czy Stanach Zjednoczonych. Tam, jak podaje Silverman³⁷, starania o wartościową komunikację z pacjentem stanowią długą i mocno ugruntowaną tradycję, a przedmiot z zakresu komunikacji klinicznej na studiach medycznych jest przedmiotem obowiązkowym, skupiającym się na składowych kontaktach z pacjentem, a więc rozpoczęciu sesji, zbieraniu wywiadu, badaniu lekarskim, budowaniu relacji, wyjaśnianiu, planowaniu oraz zamknięciu sesji³⁸.

Dobre i sprawdzone już wzorce zachodnie wskazują, iż wypracowanie wartościowego, humanistycznie zorientowanego modelu w komunikacji klinicznej staje się niezbędne także w naszej służbie zdrowia. Dodatkowo należy podkreślić, że sprawdzone praktyki w tym zakresie ważne są nie tylko ze względu na relacje z pacjentem, ale też ze względu na relacje między pracownikami opieki zdrowotnej. Dobrą komunikację i dobre relacje w środowisku pracowników służby zdrowia można bowiem rozpatrywać jako czynnik wspomagający w radzeniu sobie w trudnych sytuacjach klinicznych, jako element wsparcia w obszarze radzenia sobie ze stresem zawodowym, a więc także jako czynnik profilaktyczny w kontekście zespołu dezadaptacyjnego.

³⁶ K. De Walden-Gałuszko, *U kresu*, Gdańsk 2000.

³⁷ J. Silverman, *Doing qualitative research*, London 2009.

³⁸ W Polsce wyjątek stanowi Warszawski Uniwersytet Medyczny, na którym od 2008 roku odbywają się zajęcia fakultatywne z zakresu komunikacji z pacjentem (niestety, o znacznie ograniczonej liczbie godzin). W innych polskich uczelniach medycznych aspekty komunikacji klinicznej pozostają przypadkowo wpisane w zajęcia z psychologii i socjologii, tudzież zajęcia kliniczne.

Reasumując, warto też podkreślić, że niekwestionowanym podłożem roli, jaką pełnią przedstawiciele zawodów medycznych, a szczególnie lekarz, jest medyczna wiedza naukowa oraz specjalistyczne umiejętności i kompetencje. I choć wspólnie te stanowią wyuczony zawód, to istnieje jeszcze inny czynnik, tzw. „sztuka lekarska”, którą według Tobiasz-Adamczyk stanowią „te wszystkie nieuchwytnie składniki zachowań, które są najbardziej istotne dla relacji z pacjentem”³⁹. I choć podkreśla się, że składniki te nie podlegają naukowej modyfikacji i całkowicie są zależne od osobowości lekarza, to bez wątplenia wyraźnie korespondują z umiejętnością komunikowania się z pacjentem, poprzez którą wyraża się nie tylko humanistyczna wrażliwość, ale także autorytet lekarza.

Projekt rozwoju programów nauczania w zakresie komunikacji klinicznej pracowników opieki zdrowotnej – prognozy

Mając na względzie wszelkie problemy i potrzeby w obszarze komunikacji klinicznej w naszym kraju, dokonano diagnozy potrzeb edukacyjnych nauczycieli w tym zakresie i od pewnego czasu podejmowane są działania mające na celu wprowadzenie nauczania i doskonalenia umiejętności komunikacyjnych o europejskich standardach we wszystkich polskich medycznych ośrodkach akademickich. Działania te zapoczątkowane zostały dzięki projektowi rozwoju programów nauczania w zakresie komunikacji klinicznej pracowników opieki zdrowotnej, stworzonemu przez Teachin of European Association for Communication in Healthcare (tEACH) i skierowanemu do krajów europejskich, które obecnie nie mają takich programów bądź posiadają je zaledwie w formie szczątkowej. W ramach projektu i dzięki zaangażowaniu przedstawicieli Centrum Komunikacji Klinicznej w Bydgoszczy, nawiązana została współpraca polskich środowisk naukowych z czołowymi specjalistami – nauczycielami umiejętności komunikowania się z krajów Europy Zachodniej, mająca na względzie pomoc osobom zajmującym się nauczaniem komunikacji klinicznej w Polsce w rozwijaniu programów nauczania i dostosowywaniu ich do specyficznych potrzeb w naszym kraju. Jako podstawowy cel tej współpracy wskazano wykształcenie trenerów komunikacji klinicznej, którzy w całej Polsce będą rozwijali ideę nauczania umiejętności z zakresu komunikacji klinicznej zgodnych ze standar-

³⁹ B. Tobiasz-Adamczyk, *Relacje lekarz – pacjent*, s. 23.

dami światowymi. Dzięki projektowi utworzona została także struktura organizacyjna – sieć „the EACH Poland Network for Communication Teaching and Research” (EACH Poland Network), której celem stało się udzielanie wsparcia polskim nauczycielom i badaczom komunikacji klinicznej, a także motywowanie ich do podejmowania działań na rzecz poprawy opieki nad pacjentem.

W planie (październik 2014) pozostaje uruchomienie cyklu kursów „Train the trainers”, prowadzonych przez członków tEACH, dotyczących nauczania umiejętności komunikowania, przy czym zakłada się, że uczestnicy kursów zostaną liderami mającymi wpływ na decyzje podejmowane w instytucji opieki zdrowotnej, w której pracują. Trwają też intensywne prace nad utworzeniem Komitetu Doradczego, który będzie zrzeszał przedstawicieli polskich uczelni i aktywnie uczestniczył w angażowaniu ośrodków akademickich w rozwój komunikacji klinicznej. Co ważne, kolejnym etapem działań realizowanym w ramach projektu ma być prowadzenie warsztatów z komunikacji klinicznej na szerszą skalę.

Przedstawione powyżej przedsięwzięcie należy traktować nie tylko jako interesujące, ale też ze względu na zaangażowanie wielu specjalistów, również jako bardzo obiecujące. Jego efektem może być bowiem poprawa jakości relacji między pracownikami służby zdrowia, a przede wszystkim relacji między pacjentami a personelem medycznym. W szerszej perspektywie można je odczytywać także jako odpowiedź na potrzebę humanistycznie zorientowanego kształcenia medycznego.

Zakończenie

Nie budzi wątpliwości fakt, iż współczesna przestrzeń opieki zdrowotnej, w tym także zachodzące w niej różnego rodzaju relacje międzyludzkie inicjują wiele często krytycznych refleksji i wniosków. Wpływa to na rosnącą świadomość, że zmiany na polu komunikacji klinicznej i relacji „personel medyczny – pacjent”, w tym relacji „lekarz – pacjent”, są konieczne. Aby jednak do nich doszło, niezbędne staje się wprowadzenie nauczania komunikacji klinicznej w polskich uczelniach medycznych (co od dawna ma już miejsce w uczelniach zachodnich) i potraktowanie tego jako elementu obowiązkowego. Ponadto należy mieć też świadomość, że choć czynione są w tym kierunku pewne znaczące działania, to bez wsparcia państwa i środowisk naukowych, szczególnie środowisk medycznych, rezultaty tych działań mogą być odmienne od oczekiwanych.

BIBLIOGRAFIA

- Bujanowska-Fedak M.M., Wróblewska I., *Przekazywanie pacjentowi i jego rodzinie złych i trudnych informacji dotyczących stanu zdrowia*, [w:] *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną*, red. A. Steciwko, J. Barański, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.
- Czernicki Z., *Problemy prawne przekazywania informacji o stanie zdrowia w praktyce rzecznika odpowiedzialności zawodowej*, [w:] *Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem*. Materiały konferencyjne sesji naukowej zorganizowanej przez Radę Języka Polskiego przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, Towarzystwo Naukowe Warszawskie oraz Polską Unię Onkologii wraz z Polskim Towarzystwem Onkologii Klinicznej, Wydawnictwo PAN, Warszawa 2006.
- De Walden-Gałuszko K., *U kresu*, Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 2000.
- Doroszewska A., *Nauczanie komunikacji z pacjentem*, [w:] *Socjologia i psychologia dla pacjenta*, red. M. Synowiec-Piłat, A. Olechowska-Kotala, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2012.
- Doroszewski J., *Komunikacja pacjenta z lekarzem: literatura, stanowiska, problemy*, [w:] *Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem*. Materiały konferencyjne sesji naukowej zorganizowanej przez Radę Języka Polskiego przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, Towarzystwo Naukowe Warszawskie oraz Polską Unię Onkologii wraz z Polskim Towarzystwem Onkologii Klinicznej, Wydawnictwo PAN, Warszawa 2006.
- Drabik-Danis E., Hans-Wytrychowska A., Kurpas D., *Wybrane metody i narzędzia podnoszące efektywność relacji lekarz – pacjent*, [w:] *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną*, red. A. Steciwko, J. Barański, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.
- Grzegorzczkowska R., *O terapeutycznej funkcji mowy na tle innych funkcji wypowiedzi*, [w:] *Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem*. Materiały konferencyjne sesji naukowej zorganizowanej przez Radę Języka Polskiego przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, Towarzystwo Naukowe Warszawskie oraz Polską Unię Onkologii wraz z Polskim Towarzystwem Onkologii Klinicznej, Wydawnictwo PAN, Warszawa 2006.
- Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Společne konsekwencje choroby i niepełnosprawności*, [w:] *Elementy socjologii dla pielęgniarek*, red. J. Tatarynowicz, A. Majchrowska, Z. Kawczyńska-Butrym, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000.
- Kubacka-Jasiecka D., *Kryzys emocjonalny i interwencja kryzysowa – spojrzenie z perspektywy zagrożenia ja i poczucia tożsamości*, [w:] *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, red. D. Kubacka-Jasiecka, T. Ostrowski, Wydawnictwo UJ, Kraków 2005.
- Ostrowska A., *Rola pacjenta i lekarza: zmiany w scenariuszu*, *Studia Socjologiczne*, 1981, 3.
- Pommersbach J., *Wsparcie społeczne a choroba*, *Przegląd Psychologiczny*, 1988, 31.
- Pommersbach J., *Wzór zachowania „A” a wsparcie społeczne i gotowość do korzystania z pomocy*, *Przegląd Psychologiczny*, 1990, 2.
- Sęk H., *Wsparcie społeczne – co zrobić, aby stało się pojęciem naukowym?* *Przegląd Psychologiczny*, 1986, 3.
- Sęk H., *Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu*, [w:] *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*, red. D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch, Wydawnictwo UJ, Kraków 1997.

- Sęk H., Cieślak R., *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Silverman J., *Doing qualitative research*, SAGE Publications, London 2009.
- Sotwin W., *Instytucjonalne tereny wsparcia w Polsce – czy muszą być powodem destruktywnych konfliktów?* [w:] *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*, red. D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch, Wydawnictwo UJ, Kraków 1997.
- Synowiec-Piłat M., *Kampanie społeczne na rzecz pacjentów onkologicznych i ich najbliższych*, [w:] *Socjologia i psychologia dla pacjenta*, red. M. Synowiec-Piłat, A. Olechowska-Kotala, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2012.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Relacje lekarz – pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2002.
- Zerbe F., *Paternalizm w stosunkach lekarz – pacjent*, [w:] *Wybrane problemy deontologii lekarskiej*, red. R. Szulc, Wydawnictwo Uczelniane AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 1999.