

Edyta Barnaś

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie, Instytut Ochrony Zdrowia
Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Rzeszowski
State Higher Vocational School in Tarnow, Institute of Health Sciences, Poland
Institute of Obstetrics and Medical Lifesaving, Rzeszow, Poland
corresponding author: ebarnas@interia.eu

Wzorzec etycznej komunikacji w zespole terapeutycznym

Pattern ethical communication in the therapeutic team

Streszczenie

Obecny czas dynamicznego rozwoju wąskich specjalności medycznych wraz z postępującą technicyzacją w medycynie z jednej strony przyczyniają się do poprawy opieki zdrowotnej, z drugiej często są powodem narastania wśród chorych odczuć wyizolowania wskutek wycinkowego traktowania ich problemów. Przeciwwagą na ten stan rzeczy jest tworzenie interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych, których celem nadrzędnym jest przywrócenie dobrostanu bio-psycho-społecznego i duchowego pacjenta. Elementarną częścią funkcjonowania zespołu jest proces komunikowania się na różnych płaszczyznach. Celem artykułu jest przedstawienie zasad prawidłowego komunikowania się z chorym, całość zakończona jest propozycją wzorca etycznej komunikacji w zespole terapeutycznym. Zaproponowany model nie stanowi jednak gotowego algorytmu postępowania, gdyż grozi to rutyną w postępowaniu – intencją autorki było pokazanie ogólnego konstruktu/wzorca komunikacji, który w każdej sytuacji można „nałożyć” na „żyjącą” rzeczywistość dialogu.

Słowa kluczowe: komunikacja, zasady, zespół terapeutyczny

Abstract

The time of dynamic development of the narrow medical specialties along with the progressive spread of technology in medicine, on the one hand contribute to the improvement of health care, on the other hand are often the reason for the rise in patients feel isolation as a result of fragmentary treatment of their problems. The counterweight to this state of affairs is to create a multidisciplinary therapeutic teams whose primary objective is to restore the welfare of bio-psycho-social and spiritual patient. An elementary part of the operation of the team is the process of communication at various levels. The aim of the article is to present the principles of proper communication with the patient, the whole ends in a proposition ethical standard of communication in the therapeutic team. This proposed model is by no means a ready-to-use algorithm showing what one should do and how he/she should act for it could become a routine. The author intended to present a general construct/ standard of communication, which may be “applied” for a “living” reality of dialogue in every situation.

Keywords: communication, policies, therapeutic team

Wstęp

W niniejszym artykule pragnę dokonać usystematyzowania zagadnień związanych z zasadami komunikacji pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego, a pacjentem i jego rodziną. Interesować mnie będą głównie dwie kwestie: relacje wewnątrz zespołu terapeutycznego i relacje pomiędzy zespołem, a pacjentem i jego rodziną. W tych obszarach chciałabym umiejscowić studentów kierunków medycznych sprawujących podczas zajęć na oddziale opiekę nad pacjentem. Uwzględniając aktualny status prawny poszczególnych zawodów medycznych oraz biorąc pod uwagę elementarną tezę filozoficzną, iż człowiek posiada ontologiczną implikację do drugiego bytu osobowego (co odzwierciedla filozofia komunikacji), pragnę dokonać przeglądu relacji interpersonalnych pomiędzy poszczególnymi członkami zespołu terapeutycznego, a chorym i jego rodziną.

Odwołując się do osobistych doświadczeń jako nauczyciel akademicki sprawujący opiekę nad grupą studentów podczas zajęć praktycznych, na co dzień uczestniczę w sytuacjach, gdy studenci stają się uczestnikami komunikacji terapeutycznej z racji podejmowanych działań przy pacjentce. O tym, jak ważne jest dobre, fachowe przygotowanie studenta, nie muszę nikogo przekonywać. Prozaiczne w tym aspekcie może wydawać się nauczanie go sztuki komunikowania się, bo przecież dla zdecydowanej większości z nas jest to czynność, którą wykonujemy automatycznie, od urodzenia, czasem bez refleksji, można by rzec nawykowo. Ale idąc za myślą B. Traudy: *Twój los zależy od Twoich nawyków*, warto rozważyć, czy sztuki tej człowiek nie powinien uczyć się i doskonalić przez całe życie? Biorąc pod uwagę specyfikę kontaktu terapeutycznego personelu z chorym, którego celem jest zdrowie i życie chorego, należałoby pójść jeszcze krok dalej i rozważyć elementarne pytanie etyczne: od czego zależy efektywność dialogu pomiędzy personelem a pacjentem?

Idea zespołów terapeutycznych

Na co dzień obserwujemy dynamikę w rozwoju nauk medycznych i technologicznych, czego konsekwencją jest powstanie wielu wąskich dyscyplin, w których specjalizują się członkowie różnych zawodów medycznych. W samej medycynie tylko

istnieje obecnie kilkanaście specjalności. Taka sytuacja doprowadza z jednej strony do poprawy opieki zdrowotnej, czego przykładem są coraz dłuższe wskaźniki przeżywalności np. w chorobach przewlekłych, nowotworowych, z drugiej jednak powoduje to konieczność zawężania swoich umiejętności zawodowych do jednej konkretnej dyscypliny, gdyż nie mamy możliwości „bycia dobrym” we wszystkich istniejących specjalnościach. Taka sytuacja powoduje dysonans pomiędzy profesjonalizacją zawodów medycznych, a całościową opieką, jakiej oczekuje pacjent. Odpowiedzią na to zapotrzebowanie stało się tworzenie zespołów terapeutycznych, których celem nadrzędnym jest przywrócenie dobrostanu bio-psycho-społecznego i duchowego pacjenta. Zadania stojące przed zespołem terapeutycznym dotyczą: – wspólnoty celu działania i odpowiedzialności za jego realizację, – wspólnego ustalenia zakresu działań oraz związanych z nimi indywidualnych obowiązków i uprawnień, – sprawnego obiegu informacji [1].

Cel nadrzędny (czyli dobro chorego) jest osiągnięty poprzez ustalenie planu leczenia, zatrzymanie procesu chorobowego, przywrócenie niezaburzonego funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie, poprawę jakości życia, zapobieganie nawrotom choroby. Cele szczegółowe wyznaczają obszary działania poszczególnych jego członków. Niekwestionowanym liderem w zespole terapeutycznym jest lekarz, to on nadaje kierunek obserwacji i działań pozostałym członkom zespołu, ale to pielęgniarka/położna sprawuje całodobową opiekę nad pacjentem. Ma więc możliwość wnikliwej obserwacji jego problemów, objawów i zachowań, reakcji na lek i jego dawkę, jego samopoczucia, narastania objawów niepożądanych i wystąpienia powikłań. Jest źródłem wielu istotnych informacji pomocnych w codziennej pracy zespołu. W praktyce, w zależności od sytuacji zdrowotnej pacjenta, zespół pracujący z nim w oddziale jest mniej lub bardziej liczny i często składa się z wielu innych profesjonalistów i tak np. rehabilitanci, dietetycy, psychologowie, osoba duchowna itd. Ale zawsze opiera się na trzech głównych filarach tj. lekarz – pielęgniarka – pacjent [2]. Połączenie wiedzy i profesjonalizmu wszystkich członków zespołu jest wyznacznikiem sukcesu terapeutycznego w postaci dobrostanu pacjenta. Zastanawiając się nad ideą powoływania zespołów terapeutycznych, pojawia się refleksja, że idea zespołów terapeutycznych, to nie jakaś nowatorska myśl, bowiem od wieków sztuka leczenia chorych była oparta na troskliwości i dążeniu do osiągnięcia dobrostanu przez chorego. Jednakże warto zatrzymać się nad tym, co znane i oczywiste, by przemyśleć to i osadzić w zmieniających się warunkach życia.

W kolejnej części opracowania zajmę się trzema płaszczyznami komunikacji w zespole terapeutycznym: komunikacji pomiędzy poszczególnymi członkami zespołu terapeutycznego, relacji z pacjentem i relacji z samym sobą. To omówienie pomoże nam odpowiedzieć na wyjściowe pytanie dotyczące warunków efektywnej komunikacji w zespole terapeutycznym.

Komunikacja osobowa, a zespołowa

Chcąc zająć się wszystkimi aspektami efektywnej komunikacji, warto zastanowić się czym w ogóle jest komunikacja międzyludzka. Czym jest komunikacja? Nie ma w literaturze jednoznacznej definicji pojęcia: komunikacja, bowiem zarówno czasownik komunikować (się), jak i rzeczownik komunikacja mają wiele znaczeń. Termin ten odnosi się do każdego typu kontaktu, przez co traci swoją specyfikę. Semantyka tego słowa, zdaniem Baylon'a, oznacza kontakt ludzkich umysłów (mózgów); w języku potocznym oznacza łączność, środki do utrzymywania tej łączności, przekazywanie wiadomości, wymianę informacji. Powszechność tego zjawiska prowadzi do wyodrębnienia dwóch nurtów: komunikacji masowej (wykorzystującej kanały transmisji) oraz komunikacji interpersonalnej (bezpośrednia wymiana dialogowa pomiędzy ludźmi) [3]. Pamiętajmy, że w odróżnieniu od świata zwierząt tylko ludzie posługują się językiem, mową, tworząc wspólnotę, społeczeństwo. Według Gadamera, to nie rozum jest przyczyną powstawania wspólnoty, daje tylko możliwość porozumiewania się. Komunikowanie się zatem pełni twórczą rolę społeczną, stwarza więzi międzyludzkie, jest łącznikiem. Język jest fonicznym uzewnętrznianiem doznań jednostki, dzięki temu adresat ma szansę wyjść poza zbiór jedynie własnych doświadczeń [4].

Rozwój cywilizacji, towarzyszący proces globalizacji z jednej strony przyczynia się do rozwoju, upowszechniania różnych form komunikacji, a z drugiej potęguje poczucie izolacji i anonimowości człowieka, paradoksalnie ujawniając problemy w komunikowaniu się z otoczeniem i samym sobą, poprzez nasilenie się zjawiska „samotności w tłumie”. W praktyce szpitalnej (i nie tylko) często spotykamy się z podobnymi sytuacjami, gdy pacjenci korzystając z informacji znalezionych w internecie, w pełni polegając na tym źródle, wymuszają na personelu sprawującym nad nią opiekę, konkretny model postępowania/leczenia zaczerpnięty ze strony internetowej, nie pozwalając na modyfikacje wynikające z aktualnego stanu zdrowia. Rosnąca

liczba tego typu zachowań stawia pod znakiem zapytania jakość i wiarygodność takich relacji, wraz z refleksją o możliwość poznania drugiego człowieka i zawiązania z nim relacji osobowych. Wątpliwości te pomaga rozwiązać filozofia dialogu, zwana także filozofią komunikacji. Filozofia ta wyraża się poprzez codzienne akty komunikacji, w oparciu o interakcje symboliczne, gry językowe, zdecydowanie mniej interesują ją podziały, struktura i system językowy. Filozofia ta jest mocno powiązana z praktyką społeczną i kulturową, a wyraża się poprzez komunikację międzyludzką. Komunikację przez niektórych określaną mianem komunikologii, a podstawą której jest mowa, która nie oznacza tylko dźwięków, ale również cały kontekst zachowań: gestykulacja, mimika, intencje osób uczestniczących w relacji, posiadana przez nich wiedza, doświadczenie i cały ich konstrukt osobowościowy [5].

Komunikacja grupowa (zespołowa) będzie obejmowała grupę osób uczestniczących w komunikacji, są to: lekarz – pacjent – student – opiekun studenta. Natomiast płaszczyzna osobowa, może odbywać się na poziomie interpersonalnym (relacje: lekarz – pacjent; student – pacjent), bądź intrapersonalnym (tj. relacja z samym sobą). Wychodząc od najprostszej wersji komunikacji z samym sobą, wewnątrzosobowej (intrapersonalnej), po analizie form, jakie może ona przybierać: dialog z samym sobą, stawianie pytań i szukanie odpowiedzi, analiza krytyczna przeszłości i projektowanie przyszłych zdarzeń, porządkowanie myśli, spostrzeżeń, wiedzy i wyciąganie wniosków, samoocena umiejętności społecznych, projektowanie swojego wizerunku, widzimy, że tylko z pozoru jest ona prosta [6].

Chcąc dokonać analizy tego, co dokładnie jest początkiem komunikacji, pomocą służy cytat z Mądrości Syracha: *Początkiem każdego dzieła – słowo, a przed każdym działaniem - myśl...* Innymi słowy można by powiedzieć za Sokratesem, że myślenie to bezdźwięczny dialog pomiędzy mną a mną samą [7]. Dialog wewnętrzny jest sprawą bardzo osobistą, indywidualną i najczęściej w niewielkim procencie wyrażany na zewnątrz. Z kolei to, co uzewnętrzniamy można rozpatrywać na płaszczyźnie komunikacji interpersonalnej. *Sytuację interpersonalną określamy jako zdarzenie zaplanowane lub spontaniczne z udziałem przynajmniej dwóch osób, pozostających wobec siebie w jakiejś relacji, mówiących bezpośrednio na jakiś temat w określonym miejscu* [8]. Powyższa definicja określa ten rodzaj komunikacji jako każdy aspekt kontaktu dwojga osób, ale korzenie komunikacji interpersonalnej sięgają możliwości poznania Drugiego człowieka i celem jej jest nawiązanie z Drugim autentycznego dialogu.

Doświadczenie relacji, zdaniem E. Levinasa *znajduje się nie w syntezie, lecz w ludzkim twarzą w twarz, w społeczności, w jej moralnym znaczeniu. Tak samo w relacji międzyosobowej nie chodzi o to, by myśleć razem mnie i innego, lecz być „twarzą w twarz”* [9]. W dialogu pomiędzy pacjentem – członkiem zespołu terapeutycznego istotne jest, by pamiętać, że druga osoba (Inny) jest bytem, z którym człowiek wchodzi w prawdziwe relacje, a który według Levinasa ujawnia się poprzez twarz. Termin twarzy to symbol oznaczający szczerość w relacjach, pokazanie naszego prawdziwego ja, towarzyszących emocji, posiadanej wiedzy, ale i niewiedzy, z towarzyszącą jednocześnie pewnością, że nie jestem oceniany, klasyfikowany, szufladkowany przez rozmówcę, że nasz dialog jest autentyczny i niepowtarzalny dla obydwu stron: pacjenta i członka zespołu terapeutycznego. Bardzo plastycznie ujął to E. Levinas używając określenia „naga Twarz”. Pragmatycznie oznacza to obiektywizm, nie ocenianie innych, otwartość w relacjach. W każdej relacji istnieje pewne niebezpieczeństwo, że zamiast brać człowieka całościowo, zaczniemy zwracać uwagę na szczegóły, np. rodzaj schorzenia, wiek, wykształcenie chorej, rodzaj odbytego zabiegu i stosownie do wybiórczych danych będziemy prognozować, stawiać diagnozę, dobierać konkretne działania. Takiemu selektywnemu myśleniu i postępowaniu warto przeciwstawić myśl E. Levinasa, z której wynika, że *gdy widzisz oczy, czoło, brodę drugiego i gdy potrafimy je opisać, oznacza to że zwracamy się do drugiego jako do przedmiotu. Najlepszy sposób poznania drugiego to taki, w którym nie zauważymy nawet koloru jego oczu* [9]. Pokazuje to jak cienka jest linia pomiędzy traktowaniem człowieka podmiotowym, a przedmiotowym.

Warto pamiętać, że w spotkaniu podmiotowym stykają się różne poglądy, wartości i normy, które powinny zostać zaakceptowane i uszanowane. Obie strony spotkania są osobami różniącymi się osobowościowo, posiadającymi inne doświadczenia, poglądy itp., aby więc spotkanie urzeczywistniło się musi nastąpić zgoda obu stron na odrzucenie wszelkich kryteriów racjonalności i intencjonalności. Prawdziwe spotkanie dwóch nawet skrajnie różnych (pod względem światopoglądu, wykształcenia itp.) osób jest możliwe, bo każdy człowiek jest uzdolniony do przeżycia „cudu” spotkania, który polega na zaniku tożsamości i obcości Ja i Ty, tworząc wspólnotę My, tj. zespół terapeutyczny, którego celem nadrzędnym jest dobro chorego. Celowo w tym miejscu posłużono się zaimkami osobowymi (Ja, Ty, My), chcąc wyeksponować, iż w komunikacji interpersonalnej wchodzimy w kontekst tożsamości własnej i drugiej osoby. Bez względu bowiem na to, kto w danej chwili mówi i kto słucha, każda

z osób biorących udział w tym akcie ma świadomość własnego udziału w pierwszej osobie, czyli *Ja*, jak również świadomość udziału Drugiego Ja, czyli *Ty* [10].

Taki sposób interpretacji warto przeciwstawić innym dyscyplinom, które postulują sztuczne sformułowania typu nadawca, odbiorca, przestrzeń publiczna komunikatów. Taki bowiem podział powoduje koncentrację na etapach komunikacji, wprowadzając schematy zachowań w rozmowie, klasyfikując odbiorcę do konkretnej grupy, koncentracją na eliminacji „szumów” podczas rozmowy itp. Całość nie się ze sobą poważne niebezpieczeństwo utraty autentyczności dialogu, jego żywego charakteru spotkania, a tylko skupienie się na technicznej stronie dialogu.

Podstawy wzorcowej komunikacji

Kontynuując powyższe rozważania, chciałabym poruszyć problematykę komunikacji, analizując elementy składowe wzorcowej komunikacji pomiędzy chorym a zespołem terapeutycznym. Na początek należałoby spojrzeć na komunikację w szerszym aspekcie uwzględniającym wymiar kulturowy i społeczny funkcjonowania medycyny. W tym kontekście zagadnienia komunikacji w medycynie można rozważyć na poziomie komunikowania: – intermedycznego (przepływ informacji instytucjonalnej medycznej i paramedycznej np. media, internet, prasa); – intramedycznego (np. komunikowanie specjalistyczne, wewnątrzmedyczne); – interpersonalnego (relacje pomiędzy pacjentem a członkiem zespołu terapeutycznego); – intrapersonalnego (mowa wewnętrzna z samym sobą) [11]. Te ostatnie dwa poziomy są celem moich rozważań. Niewątpliwie akt komunikowania jest uzależniony od wielu czynników, które w sposób pragmatyczny wpływają na jakość tej komunikacji. Istotnymi czynnikami są: celowość kontaktu i rodzaj zadań do wykonania (porada, postawienie diagnozy, wytłumaczenie zasad pielęgnacji, odżywiania się w domu itp.); osoba uczestnicząca w dialogu (kim jest, jakie jest jej dotychczasowe doświadczenie związane z chorowaniem, jaka jest możliwość kontaktu z nią, jakie pełni role społeczne/zawodowe, jakie ma oczekiwania w związku z pełnionymi rolami, jaki jest jej system wartości); czasoprzestrzeń kontaktu (osobne pomieszczenie, sala chorych lub korytarz, spokój/pospiech itp.) [12, 13, 14, 15].

Podstawą kontaktu z pacjentem jest kontakt słowny (komunikacja werbalna). Już Arystoteles definiował człowieka, jako istotę żywą posiadającą *logos*. Przez *logos* rozumie on rozum, myślenie, a przede wszystkim język [16]. Istotnie język jest

najdoskonalszym osiągnięciem ludzkości. W akcie komunikacji z chorym przyjmujemy określoną postawę, precyzujemy swoje myśli i porządkujemy poglądy, określamy wtedy również sami przed sobą swoją tożsamość. Warto tu przytoczyć cytaty z Heideggera: *My – ludzie – jesteśmy rozmową. Był człowiek ma podstawę w mowie; ale mowa dzieje się dopiero w rozmowie* [17]. Tak więc użycie języka naturalnego – mowy jest warunkiem odbycia się aktu rozmowy pomiędzy dwojgiem osób, z której jedna jest osobą mówiącą, druga słuchającą. Aby zaistniało wzajemne porozumienie muszą oni posługiwać się kodem (językiem), który musi być znany obu osobom. Pragmatycznie patrząc, jest to częsty błąd w komunikacji z chorym, gdy posługujemy się specjalistycznymi zwrotami, które zupełnie nic nie mówią podopiecznemu, a dodatkowo nasilają poczucie lęku o swój stan zdrowia.

Dlatego warto pamiętać o wskazówce Arystotelesa, by mowę swą dostosować do słuchacza – jego wieku, płci itp. [16]. Stąd istotnym jest by komunikat w relacji z Drugim rozumieć w ontologicznie szerokim sensie. Komunikat nigdy nie jest czymś w rodzaju transmisji przeżyć, np. poglądów i życzeń, z wnętrza jednego podmiotu do wnętrza innego. Jest raczej artykulacją rozumiejącego wspólnego bycia. Współbytovanie jest już z istoty jawne we współpołożeniu i współrozumieniu [17]. Tylko tak rozumiane przekazywanie komunikatów gwarantuje, że unikniemy błędów w komunikacji polegających na używaniu medmowy w kontakcie z chorym. Potwierdza tym samym elementarne założenia komunikacji, oparte na relacji – współbytowaniu, trosce i empatii, które warunkuje współrozumienie tego, co pacjent już wie, poznania jego dotychczasowych doświadczeń w danym obszarze i wspólnego ustalenia dalszych działań i postępowania. Zasadniczo każdy postrzega świat po swojemu (lekarz – pacjent) i w toku porozumiewania się przedstawia swój punkt widzenia innym, jednocześnie poznając ich sposób postrzegania świata. Jest to zgodne ze twierdzeniem Gadamera: *Rozumiemy coś tylko wtedy, gdy to nasze rozumienie da się zakomunikować innym; rozumienie zdarza się między ludźmi, a nie w duszy abstrakcyjnej, izolowanej jednostki* [4].

W praktyce medycznej umiejętność dialogu z Drugim jest sztuką, którą człowiek uczy się przez całe życie. Powołując się na słowa polskiego lekarza, A. Kępińskiego, rozmowa z chorym to *swoista forma kontaktu międzyludzkiego i trudno ją zamknąć w formach określonych z góry. Każdy kontakt z drugim człowiekiem jest bowiem w mniejszym lub większym stopniu nieprzewidywalny i nieoznaczalny* [18]. Można tu znaleźć pewną analogię do Gadamera, który pisał, że człowiek jest bytem

wyjątkowym. To doświadczanie drugiego Ty musi być szczególne, skoro Ty nie jest przedmiotem. Każda relacja interpersonalna jest „fenomenem moralnym”, której istotą jest gotowość wysłuchania i chęć zrozumienia drugiej osoby [19].

Efektem tego procesu jest porozumienie i akceptacja – to właśnie jest konkluzją i celem podejmowanego dialogu z chorym. Należy pamiętać, że dialog jest efektem i jednocześnie ważną częścią spotkania. *A spotkanie to coś więcej niż tylko spostrzeżenie, czy też stanięcie obok. Jest ono wydarzeniem, w którym człowiek doświadcza drugiego w jego prawdzie. Ten spotkany nigdy nie jest kimś doskonałym i w pełni zrealizowanym. On zawsze pozostaje w sytuacji niepełności, ułomności i braku* [20]. Szczególnie łatwo ten cytat odnieść do chorego, który znalazł się w nowej sytuacji zwykle przymusowej hospitalizacji, rezygnacji/ograniczenia pełnienia dotychczasowych ról społecznych, zawodowych i dla którego każda forma kontaktu z personelem to szereg informacji werbalnych i pozawerbalnych, które odnosi do siebie i swojego stanu zdrowia.

Często właśnie te niewerbalne (pozajęzykowe) sygnały są istotniejszym elementem kształtującym nastawienie pacjenta do choroby i współpracy z zespołem terapeutycznym. Jak trafnie ujął to Abercombie: *głoski wypowiadamy ustami, ale mówimy całym ciałem*. Komunikując się z chorym bardzo często posługujemy się całym wachlarzem zachowań tzw. niewerbalnych, które towarzyszą, współistnieją wraz z prowadzoną rozmową. Istotę mówienia M. Heideggera ujął w taki sposób: *człowiek mówi. Mówimy na jawie i we śnie. Mówimy stale; także wtedy, gdy nie wypowiadamy ani słowa, lecz tylko słuchamy albo czytamy, nawet wtedy, gdy właściwie ani nie słuchamy, ani nie czytamy, natomiast oddajemy się pracy lub korzystamy z wolnego czasu. Stale w jakiś sposób mówimy. Mówimy, bo mówienie jest dla nas czymś naturalnym* [21].

Mówienie werbalne i pozawerbalne odbywa się jednocześnie, dzieje się ciągle, czasem jest to proces niezależnie od tego, czy sobie to uświadamiamy, czy też nie. Stąd, jako jedną z niezbędnych i podstawowych zasad komunikacji interpersonalnej z chorym, wskazuje się zachowanie spójności między przekazem werbalnym a ekspresją niewerbalną, a to jest możliwe jedynie przy wzajemnej akceptacji i poszanowaniu. Można zatem powiedzieć, że mówienie może się wyrażać we wszystkich formach istnienia i funkcjonowania człowieka: w jego zachowaniu, aparycji, w spojrzeniu, dotyku, ekspresji mimicznej lub gestach. Nawet poprzez ubranie, fryzurę czy makijaż komunikujemy coś innym ludziom [22]. Niezawodnymi technikami

niewerbalnymi w kontakcie z chorym są najczęściej: wzrok i dotyk, które zazwyczaj ułatwiają komunikację i poprawiają kontakt, lecz nadużywane czy stosowane bez akceptacji pacjenta może łatwo zaburzyć relację terapeutyczną.

Jak pokazują badania antropologa A. Mehrabiana w procesie komunikowania interpersonalnego tylko 7% informacji przekazywanych jest przez słowa osoby mówiącej, 38% przez brzmienie jej głosu i aż 5% przez mowę ciała [23]. Podążając za myślą Steve Armstronga *niczego dobrego nie można się spodziewać, gdy nie ma informacji zwrotnej* [24], można by powiedzieć, że mowa ciała (komunikaty niewerbalne) często jest właśnie sygnałem zwrotnym mówiącym nam o tym, jak pacjent odbiera przekazywaną przez nas informację.

Podsumowując całość dotychczasowych rozważań trzeba podkreślić, iż najważniejszym celem podejmowanej komunikacji w zespole terapeutycznych jest dobro chorego. Zdecydowana większość opracowań pokazuje wartość dobra chorego z perspektywy medyków, nie samego pacjenta [25], dlatego warto w tym kontekście wrócić do źródeł tego pojęcia rozumianego przez Arystotelesa jako cel działań człowieka: *kiedy człowiek podejmuje działanie to przyświeca mu cel, w którym działający podmiot upatruje określone dobro. Dobro bliższe służy zazwyczaj osiągnięciu dalszego i trudniejszego dobra* [26]. W tym kontekście każdy kontakt z Drugim powinien być podejmowany z intencją czynienia dobra, takiego działania, by szanować Inność Drugiego i dążyć w swoich działaniach, jako pracownika ochrony zdrowia, do tego, co jest możliwie najlepsze w tej konkretnej sytuacji chorego.

Zakończenie

Na koniec więc należałoby odpowiedzieć na podstawowe pytanie zawarte we wstępie pracy, dotyczące warunków efektywnego dialogu pomiędzy personelem a pacjentem. Propozycją na rozwiązanie tego zagadnienia może być etyczny wzorzec komunikacji w zespole terapeutycznym, który będzie stanowił konkluzję dotychczasowych rozważań. W interpretacji tego zagadnienia posłużę się najprostszym klasycznym schematem opartym na arystotelesowskiej triadzie komunikowania (nadawca – przekaz – odbiorca), odkrytym na „nowo” w latach 50. przez komunikologa H. Lasswella. Model ten mimo różnych późniejszych modyfikacji, zasadniczo ujmuje to, co się dzieje podczas komunikowania się ludzi. Lasswell formułuje go krótko w postaci pytań: *Kto? – Co mówi? – Jakim hasłem? – Do kogo? – Z jakim efektem?* [27].

Należałoby podkreślić, iż zaproponowany model nie stanowi gotowego algorytmu postępowania w komunikacji z pacjentem, gdyż jak wiemy założeniem algorytmów jest wypracowanie stałego schematycznego postępowania, co w efekcie prowadzi do rutyny. Natomiast zamiarem autora było pokazanie ogólnego konstruktu/wzorca komunikacji, który w każdej sytuacji można „nałożyć” na „żyjącą” rzeczywistość dialogu.

Sztuka kontaktu, bycia z Drugim w relacji terapeutycznej jest bardzo ważną, lecz niełatwą umiejętnością, do której przygotowujemy się poprzez zajęcia warsztatowe na studiach, ale proces nie kończy się wraz z ich ukończeniem. Każdy członek zespołu terapeutycznego musi dążyć do samodoskonalenia swoich umiejętności komunikacyjnych, by sprawnie stosować zasady skutecznej komunikacji i co się z tym wiąże, uświadamiać sobie własne emocje, popełniane błędy i niedoskonałości. Bieżąca analiza własnego postępowania (odpowiedzialność przed sobą samym) w tym zakresie pozwoli na uniknięcie popełnianych błędów w przyszłości. Należy pamiętać, że proces komunikowania z chorym za każdym razem jest wyjątkowy i inny, bo każdy napotkany człowiek to inna osobowość i historia. Jak trafnie ujął to Lord Chesterfield w „Listach do Syna”: *wykształcenie zdobywa się czytając książki, ale inne, ważniejsze wykształcenie – znajomość świata zdobywa się tylko dzięki czytaniu ludzi i studiowaniu ich różnych wydań*. Podążając za jego myślą, można by dodać studiowaniu ich różnych wydań, w tym także siebie, bo długo nam jeszcze przyjdzie się uczyć, jak być samym sobą (Dostojewski). Z pewnością sztuka komunikowania jest jedną z tych, które pomagają nam odkrywać i kształtować siebie. Nie jesteśmy w stanie rozwinąć naszego ludzkiego potencjału, gdy komunikujemy się z innymi z dużym dystansem, bezosobowo i jednostronnie. Człowiek jest istotą społeczną, a komunikacja jest procesem określającym jacy naprawdę jesteśmy.

Piśmiennictwo

- [1] Jankowiak B., Bartoszewicz A. Komunikowanie się w obrębie zespołu terapeutycznego [w:] Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. (red.) Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2003.
- [2] Brzeziński T. Etyka lekarska. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2002.
- [3] Baylon Ch., Mignot X. Komunikacja. Wydawnictwo Flair, Kraków, 2008.

- [4] Gadamer HG. Rozum, słowo, dzieje. Szkice wybrane. Wydawnictwo PIW, Warszawa, 2000.
- [5] Bączkowski B. Gałkowski P. (red.). Komunikacja przez sztukę. Komunikacja przez język. Zakład Teorii i Filozofii Komunikacji, Poznań, 2008.
- [6] Pomykała E. Doskonalenie umiejętności interpersonalnych. Akademia Obrony Narodowej, Warszawa, 2005.
- [7] Platon. Sofista polityk. Wydawnictwo Antyk, Kęty, 2002.
- [8] Pomykała E. Doskonalenie umiejętności interpersonalnych. Akademia Obrony Narodowej, Warszawa, 2005.
- [9] Levinas E. Etyka i nieskończony. Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej w Krakowie, 1991.
- [10] Pąchalska M., MacQueen B.D. Komunikacja interpersonalna a poczucie tożsamości [w:] Komunikowanie się. Problemy i perspektywy, Kaczmarek B., Kucharski A., Stencel M. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, 2006.
- [11] Gałuszka M., Szewczyk K. Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej. PWN, Warszawa-Lódź, 1996.
- [12] Stangierska I, Horst-Sikorska W. Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem. Wybrane Problemy Kliniczne. 2007, 1(1), 58-68.
- [13] Barton-Smoczyńska I. Podstawy psychologii komunikacji lekarza z pacjentem-wprowadzenie. Medycyna Praktyczna Chirurgia. 2010, 6, 104-106.
- [14] Barton-Smoczyńska I. O partnerstwie w relacjach między lekarzem a pacjentem. Medycyna Praktyczna Ginekologia i Położnictwo. 2010, 4, 92-101.
- [15] Więckowska E. Znaczenie komunikacji niewerbalnej lekarza z pacjentem w kontakcie terapeutycznym. Zdrowie Publiczne. 2008, 118(4), 462-467.
- [16] Arystoteles. Retoryka. PWN, Warszawa, 1953.
- [17] Heidegger M. Bycie i czas. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 1994.
- [18] Grajcarek A. Sztuka rozmowy z chorym. Wydawnictwo Ad Vocem, Kraków, 2001.
- [19] Gadamer H.G. Prawda i metoda. Zarys hermeneutyki filozoficznej. Wyd. Inter Esse, Kraków, 1993, 336.
- [20] Tischner J. Myślenie według wartości. Wydawnictwo Znak, Kraków, 1982.
- [21] Heidegger M. W drodze do języka. Wydawnictwo Baran i Suszczyński, Kraków, 2000.

- [22] Zwoliński A. Mowa ciała: gesty, stroje, tatuaże, makijaż. Wydawnictwo Św. Stanisława BM, Kraków, 2006.
- [23] Pease A. Mowa ciała. Jak czytać myśli ludzi z ich gestów. Wyd. Jedność, Kielce, 2001.
- [24] Por. za: Kwaśniewska A. (tłum.), Feedback, czyli informacja zwrotna. Wydawnictwo Helion, Gliwice, 2008.
- [25] Dobrowolska B. Wprowadzenie do medycznej etyki troski. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz, 2010.
- [26] Arystoteles. Etyka Nikomachejska. Wydawnictwo PWN, Warszawa, 2007.
- [27] Por. za: Dobek-Ostrowska B. (red.). Nauka o komunikowaniu. Podstawowe informacje teoretyczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2001.