

Marta Chojnacka-Kuraś

Komunikacja medyczna w literaturze przedmiotu. Problemy terminologiczne i definicyjne z perspektywy językoznawczej

Wprowadzenie

Od kilku dekad daje się zaobserwować humanistyczny zwrot w medycynie światowej, który z perspektywy historii medycyny można określić jako powrót do filozoficzno-magicznych źródeł sztuki lekarskiej, opisanej choćby w trzech zbiorach esejów Andrzeja Szczeklika¹. Ten zwrot, nazywany w literaturze przedmiotu *paradygmatem biopsychologicznym* lub *holistycznym*², jest wyrazem rozczarowania nadmierną technologizacją medycyny, dostrzeżenia niedostatków i niebezpieczeństw zbyt formalnego, technicznego podejścia do choroby z pominięciem osoby pacjenta. Przejawami humanistycznego przewrotu w medycynie są m.in. docenienie perspektywy pacjenta (tzn. tego, jak pacjent postrzega swoją chorobę w różnych jej aspektach, co o niej wie, czego oczekuje od lekarza itd.) oraz jego udziału w procesie leczenia zakładającego współpracę z personelem medycznym i rodziną (inaczej mówi się o tym jako o odchodzeniu od modelu paternalistycznego w relacjach między lekarzem i pacjentem na rzecz modelu partnerskiego)³.

Dowartościowanie osoby pacjenta wiąże się z koniecznością podjęcia refleksji nad relacjami łączącymi chorego z lekarzem oraz innymi przedstawicielami opieki

¹ A. Szczekliki, *Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*, Kraków 2007; A. Szczekliki, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Kraków 2009; A. Szczekliki, *Nieśmiertelność. Prometejski sen medycyny*, Kraków 2012.

² Por. m.in. M. Skrzypek, *Biotechnologiczna orientacja współczesnej medycyny a sposoby doświadczania choroby i relacje lekarz – pacjent*, „European Journal of Medical Technologies” 1(6), 2015, s. 24–32; M. Nowina-Konopka, *Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka*, Kraków 2016.

³ Por. m.in. M. Jarosz, Z. Kawczyńska-Butrym, A. Włoszczak-Szubzda, *Modele komunikacyjne relacji lekarz – pacjent – rodzina*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 18, 2012, nr 3, s. 212–218.

medycznej. W założeniu relacje te powinny być takiej jakości, aby mogły doprowadzić do porozumienia między potrzebującym pomocy pacjentem i udzielającym pomocy zespołem medycznym (a także – nie zapominajmy – obecnymi w doświadczeniu choroby bliskimi pacjenta). Takie dobre porozumienie zwiększa w rezultacie skuteczność procesu terapeutycznego, a niekiedy ją wręcz umożliwia (np. w sytuacji, gdy dobrze poinformowany pacjent świadomie podejmuje decyzję o podjęciu leczenia). I w tym kontekście najczęściej pojawiają się w literaturze przedmiotu słowa klucze: *komunikacja, relacja, porozumienie*.

Organizowane w Polsce w ostatnich latach konferencje naukowe dotyczące porozumiewania się uczestników różnorodnych sytuacji komunikacyjnych w medycynie, szczególnie pacjentów i lekarzy⁴, pokazują, że problematyką tą zajmują się przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych. To nie dziwi, ponieważ w obrębie szerokiej tematyki, nazywanej dziś m.in. *komunikacją medyczną*, mieści się wiele szczegółowych zagadnień. Stają się one przedmiotem badań i wielopłaszczyznowych refleksji naukowców z różnych dziedzin, tak medycznych, jak i humanistycznych (np. psychologii, socjologii, językoznawstwa, antropologii, filozofii). Każda z tych dziedzin wnosi swój aparat terminologiczny, każdy badacz zaś – swoje spojrzenie, swoją wrażliwość, wyczucie językowe i sprawność w zakresie stosowania pojęć i formułowania myśli. Przegląd polskich publikacji z zakresu komunikacji medycznej⁵ pokazuje, jak wielu określeń używają autorzy tych tekstów, kiedy nazywają zakres swoich badań. Zagmatwanie terminologiczne jest zjawiskiem dość powszechnym w nauce. Wydaje się jednak, że warto podjąć próbę dostrzeżenia i/lub zaprowadzenia w tej różnorodności pewnego porządku.

W niniejszym artykule stawiam sobie dwa cele. Pierwszym z nich jest przedstawienie wielości sposobów nazywania zarówno samego zjawiska reprezentowanego przez ogólne pojęcie *komunikacja medyczna*, jak i wydzielających się w jego granicach zagadnień szczegółowych. Z tych różnych aspektów stopniowo wyłania się hierarchizacja zjawisk, procesów i relacji dostrzeganych w ramach dziedziny, jaką staje się komunikacja medyczna, a wraz z tą hierarchizacją powstają szczegółowe określenia, w których można widzieć zarys terminologii. Wyrażenia zgromadzone na podstawie przeglądu literatury przedmiotu z tego zakresu analizuję z perspektywy

⁴ M.in. te współorganizowane przez Zespół Języka Medycznego RJP PAN, wymienione we wstępie do niniejszej książki.

⁵ Uwzględnione w niniejszym artykule prace stanowią z założenia pewien wybór (por. bibliografia; niektóre pozycje to tomy zbiorowe, składające się z kilku lub kilkunastu artykułów). Uznałam jednak, że przegląd kilkudziesięciu publikacji z lat 1999–2018, w których tytułach i treści użyte zostały wyrażenia odnoszące się do interesującego mnie zagadnienia, pozwala dostrzec pewne tendencje w nazywaniu omawianej dziedziny i jej różnorodnych aspektów.

językoznawczej – opisują ich budowę formalną oraz semantykę⁶, mając na uwadze zasady, jakimi należy się kierować przy tworzeniu terminologii.

Drugim celem mojej wypowiedzi jest omówienie definicji pojęcia *komunikacja medyczna* zaproponowanej przez Jana Doroszewskiego w publikacjach z lat 2006 i 2007. Należy docenić fakt, że profesor J. Doroszewski, ówczesny przewodniczący Komisji Języka w Medycynie i Naukach Przyrodniczych (dzisiejszego Zespołu Języka Medycznego) Rady Języka Polskiego PAN, postawił pytanie o sens i zakres komunikacji medycznej i podjął próbę jej zdefiniowania na kilka lat przed tym, zanim zaczęła się ona kształtować w Polsce jako nowa dyscyplina badawcza, budząca zainteresowanie wielu środowisk naukowych i nauczana na kierunkach medycznych. Chciałabym zastanowić się nad aktualnością definicji sformułowanych przez J. Doroszewskiego w kontekście zmian wprowadzonych na polskich uczelniach medycznych w zakresie nauczania kompetencji komunikacyjnych, współczesnego rozwoju komunikacyjnego w obszarze opieki zdrowotnej oraz coraz większej aktywności pacjentów w przestrzeni publicznej i w dyskursie dotyczącym tematów związanych z medycyną.

Różnorodność sposobów nazywania zjawiska (i różnych jego aspektów) reprezentowanego przez pojęcie *komunikacja medyczna*

Poniższa tabela zawiera wyrażenia, które zgromadziłam na potrzeby artykułu.

⁶ Semantyka wyrażeń określających różnorodne zjawiska medyczne i z medycyną związane jest zauważana przez ich użytkowników. Przywiązywanie wagi do znaczenia (bądź odcieni znaczeniowych, konotacji) słów używanych w dyskursie medycznym przejawia się m.in. w poczuciu niektórych pracowników opieki medycznej, że słowa *opieka* i *ochrona* bardziej niż słowo *służba* odpowiadają ich roli (a częściowo także pozycji). Innym przykładem może być obszar opieki paliatywnej i stopniowe odchodzenie od wyrażenia *uporczywa terapia* (z powodu niefortunnych konotacji z uporem tych, którzy tę terapię stosują) na rzecz wyrażenia *terapia daremna* (wprowadzającego zupełnie inną perspektywę oglądu tego samego przecież zjawiska). Rola semantyki jest także widoczna w nauczaniu przyszłych farmaceutów, że w swojej pracy mają do czynienia z *pacjentami*, a nie z *klientami* (te dwa rzeczowniki – właśnie poprzez swoją semantykę – wpływają na sposób postrzegania człowieka przychodzącego do apteki). W pewnym sensie moja wypowiedź wpisuje się w ten obszar, w którym rzeczywistość medyczna styka się z językiem, który tę rzeczywistość w określony sposób opisuje, a nawet kształtuje.

Tabela. Różnorodność sposobów nazywania zjawiska reprezentowanego przez pojęcie *komunikacja medyczna*

KOMUNIKACJA medyczna komunikacja w medycynie komunikacja dotycząca medycyny komunikacja w opiece medycznej/zdrowotnej, w służbie zdrowia medyczna komunikacja interpersonalna komunikacja lekarska komunikacja kliniczna	komunikacja lekarz – pacjent komunikacja między lekarzem a pacjentem (lekarzem i pacjentem) komunikacja lekarza z pacjentem (lekarzy z pacjentami) model komunikacji lekarz – pacjent – lekarz pacjent – lekarz – pacjent komunikacja lekarz – pacjent – rodzina	POROZUMIENIE lekarz – pacjent lekarza z pacjentem lekarza i pacjenta między lekarzem a/i pacjentem z pacjentem	RELACJA lekarz – pacjent lekarza i pacjenta lekarza z pacjentem między lekarzem a/i pacjentem
KOMUNIKOWANIE kliniczne	komunikacja z pacjentem komunikacja z pacjentem (jakims) komunikacja z pacjentką (jakaś) komunikacja z chorym	POROZUMIEWANIE SIĘ lekarza z pacjentem lekarza i pacjenta z pacjentem	KONTAKT lekarz – pacjent (lekarza z pacjentem, lekarza i pacjenta, między lekarzem a/i pacjentem) lekarz – pacjent – lekarz
komunikowanie o zdrowiu	komunikacja pielęgniarka – pacjent komunikacja personelu medycznego z pacjentem/chorym komunikacja w zespole terapeutycznym/medycznym (między przedstawicielami różnych zawodów medycznych; lekarz – lekarz, lekarz – pielęgniarka)		STOSUNEK lekarz – pacjent
	komunikowanie się z pacjentem komunikowanie się lekarza i pacjenta		ROZMOWA (lekarza z pacjentem lekarza i pacjenta)
	komunikacja pacjent – lekarz komunikacja pacjenta z lekarzem	INTERAKCJA lekarz – pacjent lekarza z pacjentem	

Aby uporządkować zgromadzone określenia i stworzyć z nich coś na kształt systemu terminów, służącego rozwojowi omawianej tu dyscypliny badawczej, warto mieć na uwadze, czym są terminy i terminologia. W *Wykładach z leksykologii* Andrzeja Markowskiego czytamy:

TERMINY to swoisty typ słownictwa, obejmujący bardzo liczny zbiór elementów o ograniczonym zakresie użycia. Ograniczenie to wypływa z faktu, że znaczenie wyrazu lub zestawienia wyrazowego będącego terminem jest zrozumiałe tylko wówczas, gdy zna się ich definicję. A taką definicję konstruuje się świadomie po to, by móc precyzyjnie opisać realia charakterystyczne dla danej dyscypliny nauki lub techniki – pojęcia w niej używane, przedmioty, zjawiska i procesy, które opisuje i analizuje.

Zbiór terminów z danej dziedziny tworzy jej terminologię. Należy się starać o to, by terminologia stanowiła spójny system, powiązany takimi relacjami, jak hiponimia – hiperonimia, holonimia, meronimia, antonimia. Niepożądaną są w niej synonimy: każdy desygnat powinien mieć jedną nazwę. Niepożądana jest także polisemia, gdyż każda nazwa powinna odnosić się tylko do jednego desygnatu⁷.

Z powyższego fragmentu wynika przede wszystkim to, że terminy to słowa używane w specjalny sposób – mają ograniczony zakres użycia i ściśle zdefiniowane znaczenie (które może się różnić od znaczenia funkcjonującego w języku ogólnym), zrozumiałe w obrębie danej dziedziny, którą opisują. Dla spójności systemu terminologicznego ważne jest, aby tworzące go wyrażenia nie były ani bliskoznaczne, ani wieloznaczne – chodzi o to, aby jeden termin jednoznacznie wskazywał na jeden desygnat.

Ogląd wyrażen zebranych w tabeli prowadzi do wniosku, że te założenia nie są realizowane – w zgromadzonym materiale jest wiele określeń o zbliżonym znaczeniu, odnoszących się do tego samego zjawiska (por. *komunikacja medyczna*, *komunikacja w medycynie*, *komunikacja kliniczna*, *komunikacja lekarska*). Można to różnie tłumaczyć, np. dążeniem autorów publikacji do unikania powtórzeń albo brakiem określeń, które w tym obszarze byłyby stosowane jako terminy (i które nie mogłyby być dowolnie zmieniane, nawet kosztem względów stylistycznych), czego skutkiem jest dowolność nazywania opisywanego przez danego autora wycinka rzeczywistości (ogółu zjawisk nazywanych pojęciem *komunikacja medyczna* bądź zjawisk bardziej szczegółowych).

Chciałabym jednak zwrócić uwagę na ciekawy przykład określeń, które funkcjonują już jako terminy w dydaktyce medycznej, konkretnie w nauczaniu kompetencji komunikacyjnych na uczelniach medycznych (nie odnotowałam ich w tabeli, gdyż dotyczą bardzo wąskiego działu w obrębie omawianej problematyki). Są to jednostki dotyczące symulacji medycznej, takie jak: sama *symulacja medyczna* (przy uczelniach medycznych powstają *centra symulacji medycznej*), *symulator pacjenta*,

⁷ A. Markowski, *Wykłady z leksykologii*, Warszawa 2012, s. 156–157

pacjent symulowany (lub *symulowany pacjent*), *pacjent standaryzowany* (lub *standaryzowany pacjent*) oraz skrót *SP* odnoszący się do obu „typów” pacjentów.

Te zestawienia wyrazów – terminy – mają ograniczone zakresy użycia i ściśle określone znaczenia. Określenie *symulator pacjenta* odnosi się do grupy obiektów obejmujących wiele podkategorii, np. symulator pacjenta dorosłego, symulator noworodka, dziecka, symulator pacjenta urazowego, symulator laparoskopowy itd. Wyrażenie to oznacza „sztucznego pacjenta”, urządzenie wyglądające jak człowiek (pacjent), z wbudowanym modelem fizjologicznym, które służy do zdobywania, ćwiczenia i rozwijania umiejętności klinicznych uczących się studentów i doskonalących się lekarzy. Na znaczenie przedmiotowe, instrumentalne, a nie osobowe wskazuje w tym zestawieniu rzeczownik *symulator* (por. rzeczownik o znaczeniu osobowym *symulant* ‘człowiek, który wprowadza otoczenie w błąd, udając coś, np. chorobę’). Co innego oznaczają wyrażenia *pacjent symulowany* i *pacjent standaryzowany* – oba te terminy odnoszą się do człowieka (prawdziwego), który wciela się w postać pacjenta, „udaje”, „symuluje”, „gra” pacjenta⁸. Człony przymiotnikowe wprowadzają tutaj szczegółowe rozróżnienie: *pacjent symulowany* oznacza „zdrowego człowieka, który potrafi realistycznie i dokładnie odtworzyć historię przebiegu choroby, naśladować fizycznie i emocjonalnie [...] prawdziwego pacjenta”⁹, z kolei *pacjent standaryzowany* to taki „pacjent, który daje możliwość ćwiczenia wybranych umiejętności identycznych dla wszystkich studentów, w identycznych lub podobnych warunkach”¹⁰ – czyli „udaje” coś w ujednolicony sposób, aby stworzyć wszystkim studentom takie same warunki szkoleniowe i egzaminacyjne. Warte podkreślenia jest to, że z różnicą budowy omówionych powyżej wyrażen związana jest różnica ich semantyki i denotacji – to właśnie służy różnicowaniu szczegółowych zjawisk w obrębie danej dyscypliny naukowej.

Przejdę teraz do omówienia zebranych w tabeli wyrażen. Dwie kwestie uważam za warte poruszenia. Są to: 1) porównanie budowy i semantyki konstrukcji odnoszących się do omawianej w tym artykule dziedziny: *komunikacja medyczna*, *komunikacja w medycynie*, *komunikacja dotycząca medycyny*, *komunikacja w opiece medycznej* i *komunikacja kliniczna*; 2) odtworzenie sposobu, w jaki zestawiani są ze sobą w poszczególnych wyrażeniach uczestnicy „medycznej sytuacji komunikacyjnej”.

⁸ Warto odnotować, że forma tych zestawień nie jest jeszcze uregulowana – przymiotniki *symulowany* i *standaryzowany* występują w niektórych użyciach w prepozycji, a w niektórych w postpozycji, co jest typowe dla wyrażen terminologicznych (por. *niedźwiedź brunatny*, *węgiel drzewny*).

⁹ Źródło: <http://www.uwm.edu.pl/pro-edu/art/131/pacjent-symulowany-i-standaryzowany.html> (dostęp: lipiec 2019).

¹⁰ Źródło: <http://www.uwm.edu.pl/pro-edu/art/131/pacjent-symulowany-i-standaryzowany.html> (dostęp: lipiec 2019). Osoby zainteresowane tą tematyką zachęcam do lektury książki pod red. Kamila Torresa i Andrzeja Kańskiego *Symulacja w edukacji medycznej*, Lublin 2018. Na temat pacjentów symulowanych piszą Magdalena Horodeńska i Jonathan Silverman w rozdziale *Pacjenci symulowani w edukacji medycznej – aspekty praktyczne*, s. 139–160.

Komunikacja... jaka?

Pierwszym ze sposobów nazywania ogólnego zagadnienia, którego dotyczy niniejszy artykuł, jest wyrażenie *komunikacja medyczna*, czyli zestawienie rzeczownika z dookreślającym go przymiotnikiem relacyjnym w postpozycji. Dla przymiotników relacyjnych charakterystyczne jest to, że pokazują jedynie relację między swoją podstawą a określanym rzeczownikiem, bez precyzowania, na czym ta relacja polega. Wyrażenie *komunikacja medyczna* może być zatem rozumiane bardzo szeroko i obejmować różnorodne treści łączące komunikację i medycynę: zarówno tematykę (komunikacja dotyczy medycyny, czyli w rozumieniu ogólnym, podawanym w słownikach języka polskiego: zdrowia, choroby i profilaktyki, ale czy pojmowanej naukowo, czy potocznie – tego nie rozstrzyga), jak i uczestników komunikacji (osoby związane z medycyną, pracujące w zawodach medycznych, uczestniczące w sytuacjach komunikacyjnych dotyczących zdrowia, choroby, profilaktyki – gdzieś tu dopiero w strukturze semantycznej tego wyrażenia pojawia się pacjent, tak istotny, stawiany w centrum zainteresowania badaczy komunikacji medycznej). Określenie zawierające wyrażenie przyimkowe *komunikacja w medycynie* wydaje się tożsame z *komunikacją medyczną*. W wielu kontekstach mogą one być używane zamiennie, bez wprowadzania istotnych różnic znaczeniowych. Jednak z perspektywy semantyki leksykalnej (szczególnie tej zorientowanej kognitywnie, m.in. zgodnie z modelem gramatyki kognitywnej Ronalda Langackera¹¹) między członami *medyczny* i *w medycynie* jest subtelna różnica semantyczna, polegająca na innym obrazowaniu tej samej treści, na innym rozłożeniu akcentów. Określenie z przyimkiem (*komunikacja w medycynie*), mające podstawy metonimiczne, wskazuje na medycynę jako zakres (granice) komunikacji i bardziej niż do tematyki komunikacji odnosi się do uczestników i miejsc związanych z medycyną (są to przedstawiciele medycyny jako dyscypliny badawczej i praktyki medycznej – ci, którzy „pracują w medycynie”, „komunikują się ze sobą w medycynie”). Oba te wyrażenia mają dość ogólne znaczenie i „chowają” pacjenta w swojej strukturze znaczeniowej. Pacjent jako uczestnik komunikacji zostaje „wydobyty na powierzchnię” w wyrażeniach typu: *komunikacja lekarza z pacjentem*, *komunikacja lekarz – pacjent*. Do tych określeń wrócę w kolejnym podpunkcie.

Podczas dyskusji, jaka wywiązała się na posiedzeniu Zespołu Języka Medycznego poświęconym terminologii dotyczącej komunikacji medycznej, profesor A. Markowski stwierdził, że jeśli szukamy pojęcia, które ma nazywać omawianą tu dyscyplinę, to takie nieprecyzyjne znaczenie, z jakim mamy do czynienia w wyrażeniu *komunika-*

¹¹ Polskim czytelnikom, chcącym poznać gramatykę kognitywną w ujęciu R. Langackera, polecam następujące prace autora: *Wykłady z gramatyki kognitywnej: Kazimierz nad Wisłą, grudzień 1993*, Lublin 1995; *Wykłady z gramatyki kognitywnej: Lublin, maj 2001*, Lublin 2005; *Gramatyka kognitywna. Wprowadzenie*, tłum. E. Tabakowska i zesp., Kraków 2009.

cja medyczna, może być pożądana. Pozwala ono ująć szeroko zakres dziedziny, dając przy tym możliwość uwzględnienia w jej obrębie różnych szczegółowych zjawisk.

Niektóre wyrażenia z omawianej grupy można interpretować jako zawężające to szerokie odniesienie *komunikacji medycznej* i skupiające się na określonych składnikach treściowych. Określenie *medyczna komunikacja interpersonalna* (stosowane przez J. Doroszewskiego w publikacji z 2006 roku) wskazuje na bezpośredni charakter aktu komunikacyjnego, który zachodzi między poszczególnymi osobami (bez precyzowania, kim te osoby są). Wyrażenie *komunikacja dotycząca medycyny* wskazuje na tematykę komunikacji, bez dookreślenia ról i kompetencji jej uczestników. Konstrukcja *komunikacja lekarska* wydobywa lekarza jako główny podmiot komunikujący się (w domyśle) z pacjentem lub z innymi specjalistami. To wyrażenie ujmuje komunikację medyczną jednostronnie, z perspektywy lekarza (wyłącza nawet innych przedstawicieli zawodów medycznych: pielęgniarki, farmaceutów, ratowników medycznych). Pacjent jako uczestnik komunikacji jest zasygnalizowany pośrednio w wyrażeniu *komunikacja w opiece medycznej* (lub *komunikacja w opiece zdrowotnej/w ochronie zdrowia*) – słowa *opieka* i *ochrona* wywołują system skojarzeń z sytuacją, w której ktoś opieki, ochrony potrzebuje (pacjent, chory człowiek) i ktoś tę opiekę, ochronę oferuje (personel medyczny). Podobnie dzieje się w wyrażeniu *komunikacja w służbie zdrowia*, które zakłada, że – poprzez niesienie pomocy w zakresie zdrowia – ktoś (personel medyczny) służy komuś (pacjentom, chorym).

Na koniec tej części chcę omówić wyrażenie *komunikacja kliniczna* (por. także *komunikowanie kliniczne*). Pod względem semantycznym wydaje się ono najbardziej specjalistyczne i ograniczone do konkretnych sytuacji i miejsc. Przymiotnik *kliniczny* w słownikach języka polskiego jest definiowany jako ‘dotyczący leczenia w klinice, stosowany, przeprowadzany w klinice’ (*Uniwersalny słownik języka polskiego* – USJP), w użyciu najczęściej tworzy połączenia typu: *literatura kliniczna, badania kliniczne, testy/doświadczenia kliniczne, obserwacje kliniczne, ocena kliniczna, rozpoznanie kliniczne*. Podstawa tego przymiotnika, rzeczownik *klinika*, oznacza ‘szpital lub oddział szpitalny zajmujący się nie tylko leczeniem chorych, ale także prowadzeniem badań naukowych oraz szkoleniem studentów i lekarzy’ (*Wielki słownik języka polskiego* – WSJP)¹². Określenie *kliniczny* ma zatem bardzo sprecyzowany zakres użycia (węższy niż przymiotnik *medyczny*) i budzi skojarzenia z miejscem, w którym w centrum uwagi znajduje się patologiczny stan ludzkiego organizmu, poddawany obserwacji i leczeniu. W tle pozostają treści dotyczące np. profilaktyki zdrowotnej (czy zajęcia dla przyszłych rodziców prowadzone w ramach szkoły rodzenia mieszczą się w granicach pojęcia *komunikacja kliniczna*?) bądź komunikacji z pacjentami

¹² Warto odnotować, że używanie słowa *klinika* w znaczeniu ‘prywatna placówka oferująca usługi lekarskie dla ludzi lub zwierząt’ jest w WSJP opatrzona komentarzem normatywnym „błędne” (https://www.wsjp.pl/index.php?id_hasla=7253&id_znaczenia=2603793&l=13&ind=0).

objętymi opieką paliatywną (czy w hospicjach też mamy do czynienia z komunikacją kliniczną?)¹³.

Wyrażeniem *komunikacja kliniczna* konsekwentnie¹⁴ posługuje się w swoich publikacjach Justyna Deręgowska¹⁵. Definiując interesujący ją obszar badań, który nazywa *komunikacją kliniczną*, pisze następująco:

Komunikacja kliniczna natomiast oznacza szereg relacji między pracownikami medycznymi oraz między nimi a pacjentami; relacji, które oprócz umiejętności i kompetencji w zakresie komunikacji interpersonalnej budowane są także przez inne różnorodne zależności, w tym uwarunkowania psychospołeczne, systemy wartości, środowiska kulturowe i predyspozycje osobowościowe uczestników komunikacji oraz niezależne od nich czynniki formalne¹⁶.

W tym samym artykule autorka przywołuje szerokie i wąskie rozumienie komunikacji medycznej zaproponowane przez J. Doroszewskiego w 2006 roku, przy czym cytowaną definicję przypisuje terminowi *komunikacja kliniczna*. Tymczasem J. Doroszewski nie posługiwał się w artykułach przywołanych przez J. Deręgową pojęciem *komunikacja kliniczna*. W jego pracach znajdziemy takie wyrażenia, jak: *komunikacja medyczna*, *komunikacja między lekarzem a pacjentem*, *komunikacja lekarz – pacjent* i inne warianty.

Z perspektywy przyjętej w niniejszym opracowaniu nie są to fakty bez znaczenia. W poszukiwaniu terminu najlepiej oddającego istotę omawianej tu dziedziny warto rozważyć różnice (choćby najsubtelniejsze) między bliskimi sobie określeniami *kliniczny* i *medyczny*. Być może naukowy opis omawianego obszaru wymaga zachowania ich obu. W niektórych ośrodkach daje się zaobserwować większa popularność terminów nawiązujących formalnie do medycyny, a nie do kliniki. Przykładami mogą być m.in. nazwy powołanych w ostatnich latach w Polsce jednostek naukowo-dydaktycznych (np. Studium Komunikacji Medycznej WUM, Pracownia Komunikacji w Medycynie bydgoskiego Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum

¹³ Można odnieść wrażenie, że semantyka przymiotnika *kliniczny* w polszczyźnie nie przystaje do szeroko zakrojonej definicji pojęć *komunikowanie kliniczne* czy *komunikacja kliniczna*, zawartej w książce Marii Nowiny-Konopki. Brzmi ona tak: „Komunikowanie kliniczne to zaś system relacji komunikacyjnych zachodzących pomiędzy bardzo różnymi podmiotami, dotyczących kwestii medycznych lub z medycyną związanych” (M. Nowina-Konopka, *Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka...*, s. 30–31).

¹⁴ Autorka w jednym miejscu użyła wyrażenia *komunikacja medyczna*. Nie nadała mu innego znaczenia, więc przyjmuję, że uznała to określenie za bliskoznaczne.

¹⁵ J. Deręgowska, *Nauczanie komunikacji klinicznej w polskich ośrodkach akademickich – potrzeby i perspektywy*, [w:] *Pomiędzy zarządzaniem procesami edukacyjnymi a rynkiem pracy*, red. I. Werner, E. Więcek-Janka, Łódź 2014; J. Deręgowska, *Profesjonalna komunikacja w opiece zdrowotnej jako element wsparcia pracowników zawodów medycznych i pacjentów – oczekiwania i potrzeby*, „Studia Edukacyjne” 35, 2015. Podobną tendencję widać w książce M. Nowiny-Konopki, *Komunikacja lekarz – pacjent...*

¹⁶ J. Deręgowska, *Nauczanie komunikacji klinicznej...*, s. 170.

UMK) i konferencji (np. cykl odbywających się w Warszawie konferencji „Komunikacja w medycynie”), a także tytuł wydanego w Krakowie pierwszego podręcznika akademickiego *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*¹⁷.

Komunikacja lekarz – pacjent, czyli kto uczestniczy w komunikacji medycznej?

Wśród interpretowanych tu wyrażen zawierających określenia osób, które się ze sobą komunikują (tworzą relację, porozumiewają się), dominują te z rzeczownikami *lekarz* i *pacjent* – odnoszącymi się do najważniejszych uczestników omawianej relacji. Wyrażenia te przybierają różnorodne formy: z myślnikiem, z różnymi przyimkami, ze spójnikiem, ale jedną cechą mają wspólną – niemal zawsze na pierwszym miejscu wymieniany jest lekarz (por. *komunikacja lekarz – pacjent*, *komunikowanie się lekarza i pacjenta*, *komunikacja lekarza z pacjentem*, *komunikacja między lekarzem i pacjentem*). Wyrażenia z odwrotnym usytuowaniem osób pojawiają się w analizowanych tekstach sporadycznie. Takie uszeregowanie fraz rzeczownikowych w przywołanych konstrukcjach można uznać za ikoniczną reprezentację określonego sposobu myślenia naszej społeczności: relacja lekarza i pacjenta jest asymetryczna (choćby ze względu na wiedzę tego pierwszego i związaną z nią przewagę; pacjent zgłasza się do lekarza, bo potrzebuje jego pomocy), to na lekarzu spoczywa większa odpowiedzialność za jakość relacji z pacjentem¹⁸. W nowszej literaturze dużo uwagi poświęca się modelowi partnerskiemu, który dowartościowuje pacjenta (jego doświadczenie chorowania) i angażuje go w proces leczenia jako partnera dla lekarza, czyli kogoś, z kim lekarz może współpracować, wspólnie dążyć do wyznaczonego celu. Konstrukcje z rzeczownikiem *lekarz* umieszczonym na początku nie oddają tej tendencji.

Konstrukcja z myślnikiem *komunikacja lekarz – pacjent*¹⁹ wyraża w skróconej formie relację między wymienionymi osobami (zestawia je ze sobą w sposób, który

¹⁷ *Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, red. M. Nowina-Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki, Kraków 2018.

¹⁸ Postawa pacjenta jest oczywiście równie ważna. Pacjenci coraz częściej poszukują na własną rękę informacji na temat swojego zdrowia i znajdują je w różnych źródłach (głównie internetowych), nierzadko stając się najlepszymi specjalistami od swojej choroby (od tego konkretnego doświadczenia choroby). Nie można jednak oczekiwać, że każdy pacjent będzie odpowiednio przygotowany (pod względem merytorycznym i komunikacyjnym) do rozmowy z lekarzem. Wszystkich pacjentów nie da się wyszkolić, ale lekarzy, pielęgniarki czy innych przedstawicieli opieki medycznej można wyposażyć w odpowiednie narzędzia i kompetencje w ramach systemowo realizowanego kształcenia przed- i podyplomowego.

¹⁹ Warto przy okazji zaznaczyć, że ten skrócony sposób nazywania jest w tekstach różnie realizowany (orto)graficznie: zamiast myślnika pojawia się dywiz, por. *komunikacja lekarz-pacjent* (ten zapis jest kalką angielskiego wyrażenia *doctor-patient communication*), znak interpunkcyjny oto-

na zasadzie analogii do innych przykładów może sugerować rywalizację²⁰). Bywa też zapisywana z cudzysłowem lub kursywą (*komunikacja „lekarz – pacjent”*), co sygnalizuje dystans i świadomość autora, że włącza do tekstu sformułowanie nie własne, używane przez innych autorów. Bardziej doprecyzowanymi formami są wyrażenia z użyciem przyimka (prostego lub złożonego): *komunikacja lekarza z pacjentem*, *komunikacja między lekarzem a pacjentem* albo *komunikacja między lekarzem i pacjentem*. Wyrażenie z przyimkiem złożonym *komunikacja między lekarzem i pacjentem* wydaje się najpełniejsze, wyznacza uczestników relacji i kładzie nacisk na to coś, co rozgrywa się między nimi: spotkanie, rozmowa, emocje. Segment *i* łączy lekarza i pacjenta na zasadzie równorzędności. Wersja przyimka złożonego *między czymś a czymś* jest uznawana przez źródła normatywne za poprawniejszą, pojawia się w wielu wyrażeniach utartych (np. *przyjdę między dwunastą a trzynastą; jestem między młotem a kowadłem*). Wydaje się jednak, że w odniesieniu do ludzi (szczególnie w relacji lekarz – pacjent) przyimek z segmentem *i* spełnia lepiej swoją funkcję, gdyż nie wprowadza elementu przeciwstawienia, który potencjalnie ma w sobie *a*.

W wyrażeniu *komunikacja z pacjentem* albo *komunikacja z chorym* osoba lekarza (bądź innego przedstawiciela opieki medycznej, który wchodzi w relację z pacjentem) zostaje wyzerowana, nie pojawia się „na powierzchni”. Jednak sama konstrukcja z przyimkiem *z* poprzedzającym rzeczownik *pacjent* od razu pokazuje, z czyjej perspektywy ujęta zostaje komunikacja (pacjent jest czyjś, człowiek staje się pacjentem w chwili, w której ktoś zaczyna nad nim sprawować opiekę medyczną).

Próbą rozbudowania dwuelementowego modelu relacji (uwzględniającego tylko lekarza i pacjenta) są konstrukcje: *komunikacja lekarz – pacjent – rodzina* (*komunikacja w relacji lekarz – pacjent – rodzina*) oraz *komunikacja lekarz – pacjent – lekarz*. Pierwsza z nich wprowadza dodatkowy komponent, członków rodziny lub osoby bliskie, których rola w procesie diagnostyczno-terapeutycznym jest coraz bardziej doceniana. Druga konstrukcja zaś ukazuje komunikację lekarza i pacjenta jako dynamiczną relację dwustronną, zwrotną, w której przepływ informacji zachodzi w obie strony. Taki sposób nazwania (zapisu) relacji lekarza i pacjenta zbliża się do wspomnianego modelu partnerskiego. Być może w tym kontekście warto byłoby wziąć pod uwagę zapis z innymi znakami graficznymi, które na poziomie symbolicznym pokazywałyby podmiotowy, partnerski stosunek do pacjenta (i oddziaływał na wyobraźnię), np. *komunikacja lekarz ↔ pacjent*.

czony jest spacjami lub nie, por. *komunikacja lekarz-pacjent*, *k. lekarz–pacjent*, *k. lekarz – pacjent*). Uważam, że należałoby ujednoczyć ten zapis, aby wprowadzić spójność nazywania centralnej relacji w obrębie dyscypliny. Sugerowałabym, aby autorzy wzorowali się na zapisie *komunikacja lekarz – pacjent*, stosowanym m.in. w artykułach zebranych w publikacji *Pozozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, red. J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski, Warszawa 2014. Wydaje się zresztą, że ten zapis jest stosowany najczęściej.

²⁰ Por. typowe sposoby mówienia (i pisania) o zmaganiach sportowych: *mecz Niemcy – Francja, pojedynki na szczycie Lechia Gdańsk – Jagiellonia Białystok*.

Nazwaniu relacji pacjenta (ze specyficznymi cechami) z innymi przedstawicielami zawodów medycznych (z pracownikami placówek medycznych, którzy sprawują opiekę nad pacjentem) służą uszczegółowione konstrukcje, np.: *komunikacja pielęgniarka – pacjent, komunikacja personelu medycznego z pacjentem, komunikacja położna – pacjentka, komunikacja z pacjentem onkologicznym, komunikacja z pacjentem objętym opieką paliatywną, komunikacja w pediatrii* (a więc domyślnie: z dzieckiem i jego rodzicami/opiekunami) itd. Trudno tu mówić o osobnych terminach, są to po prostu realizacje pewnych typów konstrukcji leksykalnych potrzebnych do opisywania tej dziedziny. Na ich podstawie widać, jakie obszary w obrębie komunikacji medycznej są współcześnie dostrzegane (i nazywane) jako przestrzenie specyficznych relacji wymagających osobnego opracowania.

Inny układ uczestników komunikacji medycznej wydobywa wyrażenie *komunikacja w zespole terapeutycznym/medycznym*. Termin ten zwraca uwagę na stosunkowo niedawno dostrzeżone i włączone w zakres naukowej refleksji zagadnienie: wymianę informacji i budowanie porozumienia między specjalistami z różnych dziedzin medycznych lub osobami, które sprawują nad pacjentem opiekę w danym czasie, z którymi pacjent ma styczność, np. podczas pobytu w szpitalu (m.in. ratownicy medyczni, pielęgniarki, chirurdzy, anestezjolodzy, fizykoterapeuci, psychologzy, salowe). Użyte w tym wyrażeniu słowo *zespół* wprowadza scenariusz współpracy – ludzie tworzący zespół mają wspólny cel, wykonują różne zadania; różnią się od siebie zakresem kompetencji, ale dzięki temu uzupełniają się i razem mogą osiągnąć więcej (w tym wypadku – dla dobra pacjenta)²¹.

Definicja komunikacji medycznej zaproponowana przez Jana Doroszewskiego

W artykule z roku 2006 J. Doroszewski sformułował definicję zjawiska, które nazwał *komunikacja lekarz – pacjent*:

Komunikacja *lekarz – pacjent* (porozumienie lekarza z pacjentem) jest to świadoma (celowa, zamierzona) wymiana znaków językowych i innych znaków zachodząca między lekarzem a pacjentem, która jest związana z opieką nad zdrowiem ludzi (leczenie chorób, zapobieganie chorobom, utrwalanie stanu zdrowia i in.). Spełnia ona kilka funkcji, tj. funkcję informacyjną, pragmatyczną, emocjonalną i etyczną²².

²¹ Zwracają na to uwagę Grzegorz Cebula i Stanisław Górski, autorzy rozdziału *Komunikacja w zespole terapeutycznym (Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy...*, s. 183–184).

²² J. Doroszewski, *Przegląd zagadnień związanych z komunikacją lekarz – pacjent*, [w:] *Komunikacja lekarz – pacjent w diagnostyce i leczeniu nowotworów*, red. J. Doroszewski, A. Markowski, J. Meder, Warszawa 2006, s. 10.

Została ona obwarowana we wstępie kilkoma zastrzeżeniami, które zacierają nieco jej wydźwięk. Zgodnie z przyjętymi przez autora założeniami wykrojony obszar badawczy dotyczy komunikacji lekarzy z pacjentami we wszystkich dziedzinach medycznych poza psychiatrią, przy czym pomija komunikację między przedstawicielami zawodów medycznych oraz komunikację medialną. Choć w przywołanej definicji wymienieni zostali tylko pacjent i lekarz, J. Doroszewski podkreślał, że kwestie omawiane w jego artykule dotyczą także komunikacji pacjentów z pielęgniarkami (pomiął przedstawicieli innych zawodów medycznych, tworzących zespół terapeutyczny/medyczny²³).

W wydanej rok później publikacji J. Doroszewski użył (bodaj po raz pierwszy w literaturze podejmującej tę problematykę) sformułowania *komunikacja medyczna*. Zdając sobie sprawę z wieloznaczności terminu *komunikacja* (które w odniesieniu do opieki nad pacjentem rozumiał jako szeroko pojmowane porozumienie), ograniczył swoje rozważania do zjawiska nazwanego *medyczną komunikacją interpersonalną* i zaproponował dwa rozumienia tego pojęcia: wąskie i szerokie. Wyznaczył tym samym ściśle centrum omawianego obszaru komunikacyjnego i zjawiska od niego oddalone.

Wąskie znaczenie komunikacji medycznej (określane w skrócie, umownie jako *komunikacja lekarz – pacjent*) w ujęciu J. Doroszewskiego to:

[...] porozumienie między lekarzem, pielęgniarką lub innym pracownikiem służby zdrowia a pacjentem, zachodzące w ramach stosunku opieki medycznej, tj. postępowania leczniczego lub zapobiegawczego²⁴.

J. Doroszewski, wzięwszy pod uwagę specyfikę relacji terapeutycznej, istotne dla niej względy lingwistyczne oraz warunki praktyki medycznej, zaproponował w dalszym toku rozważań następującą, obszerniejszą definicję wąsko pojmowanej komunikacji medycznej interpersonalnej:

[...] komunikacja między lekarzem lub pielęgniarką a pacjentem (w skrócie: komunikacja lekarz – pacjent) jest to rodzaj komunikacji interpersonalnej łączącej te osoby w trakcie bezpośredniej opieki zdrowotnej nad pacjentem, tj. leczenia, profilaktyki, rehabilitacji. Innymi słowy, 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 postępowanie²⁵.

²³ Por. przyp. 19.

²⁴ J. Doroszewski, *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. Doroszewski, Warszawa 2007, s. 43.

²⁵ *Ibidem*, s. 46.

Definicja ta nie straciła według mnie aktualności. Uwzględniła wiele elementów, które także dziś uważane są za podstawę dobrej praktyki komunikacyjnej w relacji z pacjentem i których uczy się w ramach edukacji medycznej. Sytuuje ona pacjenta w centrum i ujmuje go podmiotowo (jako partnera w procesie leczenia) i holistycznie (akcentuje względy etyczne i psychologiczne sprawowanej nad chorym opieki medycznej), za cel komunikacji (realizującej się w warstwie werbalnej i niewerbalnej) uznaje doskonalenie postępowania lekarskiego przy współdziałaniu pacjenta (komunikacja jest zatem ujęta jako czynnik warunkujący skuteczność leczenia).

Pewne wątpliwości może natomiast budzić szerokie ujęcie komunikacji medycznej:

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)²⁶.

Sformułowania zawarte w powyższej definicji są bardzo ogólne²⁷, wydają się one zbyt niejednoznaczne, nawet jak na definicję szerokiego rozumienia komunikacji medycznej. Nasuwają się pytania o zakres i składowe tej komunikacji: Kim są wspomniane przez autora podmioty? Czy jednym z nich musi być lekarz lub inny przedstawiciel opieki medycznej? Czy możliwa jest komunikacja medyczna między chorymi i ich bliskimi lub między chorymi i społeczeństwem? Co dokładnie kryje się pod wyrażeniem *sprawy związane z medycyną* – czy każda rozmowa o zdrowiu wpisuje się w szeroko pojętą komunikację medyczną? Cele także zostały zakrojone szeroko. Na przykład to, co według definicji należy do celów pragmatycznych, mieści się już w zakresie pojęcia *komunikowanie o zdrowiu*.

Chęć wyznaczenia granic obszaru nazywanego *komunikacją medyczną* skłania do zastanowienia, czy w obrębie tej dziedziny jest miejsce na nowe formy komunikacji, dzielenia się doświadczeniem choroby, aktywności organizacji pacjentów, z jakimi mamy do czynienia współcześnie. Chodzi mianowicie o takie zjawiska, jak: blogi internetowe (często wydawane w postaci książkowej), dzienniki, wspomnienia chorych i lekarzy, którzy stali się pacjentami, wywiady z osobami, które mają za sobą doświadczenie ciężkiej choroby, kampanie społeczne uświadamiające społeczeństwu istotę danego zaburzenia (np. autyzmu czy chorób psychicznych). J. Doroszewski wspominał w swojej definicji o mediach jako kanale komunikacji medycznej. Można sądzić, że miał na myśli raczej telewizyjne lub prasowe wypowiedzi lekarzy bądź

²⁶ *Ibidem*, s. 43.

²⁷ J. Doroszewski zaznaczył w swojej publikacji, że tak rozumiana komunikacja nie jest przedmiotem dalszej refleksji. Autor jedynie sygnalizuje takie jej rozumienie, a całą uwagę skupia na komunikacji interpersonalnej lekarz – pacjent.

porady udzielane za pośrednictwem mediów niż blogi internetowe. Wydaje mi się, że wymienione powyżej zjawiska, takie jak choćby udostępniane szerokiemu gronu odbiorców historie pacjentów, wyrażające ich indywidualne przeżycia i emocje towarzyszące doświadczeniu choroby, komunikacją medyczną nie są, przekraczają nawet jej szerokie ujęcie, stając się częścią innego zjawiska – dyskursu medycznego. Stanowią natomiast doskonały materiał do wykorzystania podczas zajęć z komunikacji medycznej – pozwalają studentom dostrzec sposób widzenia choroby z perspektywy nie medycznej, tylko ludzkiej.

W czasie dyskusji na temat zakresu zaproponowanej przez J. Doroszewskiego definicji szeroko rozumianej komunikacji medycznej prof. Zbigniew Szawarski przywołał dwie sytuacje komunikacyjne: sejmową debatę nad wnioskiem o wprowadzenie dowolności szczepień oraz protest rezydentów i ich rozmowy z przedstawicielami ministerstwa zdrowia. Na pytanie: czy to są przykłady komunikacji medycznej w szerokim rozumieniu, zgodnie z definicją J. Doroszewskiego trzeba by odpowiedzieć: tak. Wszak komunikowały się ze sobą różne podmioty (nawet zbiorowe) na tematy związane z medycyną (szczepienia, finansowanie służby zdrowia, warunki pracy młodych lekarzy), więc kryteria zostały spełnione. Wszyscy zebrani mieli jednak poczucie, że obie sytuacje nie są tym, w czym widzieliby komunikację medyczną. Nie zgadzały się cele i intencje. Zdaniem dyskutantów istotą zjawisk obejmowanych pojęciem *komunikacji medycznej* powinny być określone wartości i motywacje uczestników komunikacji, dobre intencje (m.in. wypracowanie porozumienia, a nie przeforsowanie stanowiska jednej ze stron) i wartości najistotniejsze, stałe, nie doraźne (w tym zdrowie, życie, dobro drugiego człowieka).

Podsumowanie

Obserwacja wyrażen dotyczących komunikacji medycznej (z perspektywy ich budowy formalnej i semantyki) pokazuje stan dziedziny, w obrębie której one funkcjonują: na jakie zjawiska zwracają uwagę badacze (elementy składowe: uczestnicy, szczegółowe relacje i problemy medyczne) i jak te zjawiska opisują. Konstrukcje leksykalne stosowane przez autorów publikacji z zakresu komunikacji w medycynie oddają ich myślenie o nazywanych i opisywanych zagadnieniach.

Lektura tych opracowań – także pod kątem języka (na poziomie meta) – pozwala zauważyć, jak rodzi się dyscyplina (dydaktyczna i praktyczna), jak kształtuje, różnicuje i poszerza swój zakres. Od *komunikacji lekarskiej* (podobnej do *słownictwa lekarskiego* opisanego przez Jana Masłowskiego w 1971 roku, pomijającego inne zawody medyczne) przez *komunikację kliniczną* (być może pod wpływem języka angielskiego), *komunikację personel medyczny – pacjent, lekarz – pacjent – rodzina, lekarz – pacjent – lekarz* po *komunikację medyczną*, najszerszą zakresowo i najbardziej pojemną semantycznie. Wyrażenia te odzwierciedlają ewolucję modeli sprawo-

wania opieki nad chorym: od modelu paternalistycznego (z nadrzędną rolą lekarza, por. *komunikacja lekarska*) po model partnerski, ujmujący pacjenta podmiotowo i holistycznie, włączający rodzinę i bliskich w proces leczenia.

Refleksja nad definicją komunikacji medycznej siłą rzeczy idzie w parze z refleksją nad samym zjawiskiem i nad jego granicami – zwłaszcza w kontekście nowych zjawisk komunikacyjnych i kulturowo-społecznych. Jak nazwać, jakich słów użyć, jak o tym opowiedzieć? – w tych pytaniach zawiera się myśl o tym, co tak naprawdę kryje się w ramach tej dziedziny, co chcemy badać i opisywać, wreszcie: jakiej komunikacji medycznej chcemy.

Jestem przekonana, że komunikacja medyczna jako dziedzina naukowa będzie się w Polsce rozwijać dynamicznie, zarówno w aspekcie dydaktycznym, jak i w praktyce klinicznej. Mam nadzieję, że opracowanie to pozwoli uchwycić i utrwalić stan refleksji nad komunikacją medyczną dzisiaj, czyli na pewnym etapie jej rozwoju. Za parę lat będzie można do niego wrócić i zobaczyć, co się zmieniło: czy za sprawą nowych wyrażeń lub symboli graficznych wprowadza się nowe komponenty treściowe, wizualizujące kolejną zmianę paradygmatu, czy też wraca się do dawniej stosowanych określeń.

Bibliografia

- Deręgowska J., 2014, *Nauczanie komunikacji klinicznej w polskich ośrodkach akademickich – potrzeby i perspektywy*, [w:] *Pomiędzy zarządzaniem procesami edukacyjnymi a rynkiem pracy*, red. I. Werner, E. Więcek-Janka, Łódź 2014, s. 167–178.
- Deręgowska J., *Profesjonalna komunikacja w opiece zdrowotnej jako element wsparcia pracowników zawodów medycznych i pacjentów – oczekiwania i potrzeby*, [w:] „*Studia Edukacyjne*” 2015, nr 35, s. 359–360.
- Doroszewski J., *Przegląd zagadnień związanych z komunikacją lekarz – pacjent*, [w:] *Komunikacja lekarz – pacjent w diagnostyce i leczeniu nowotworów*, red. J. Doroszewski, A. Markowski, J. Meder, Warszawa 2006, s. 9–17.
- Doroszewski J., *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. Doroszewski, Warszawa 2007, s. 41–61.
- Hebanowski M., Kliszcz J., Trzeciak B., *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem*, Warszawa 1999.
- Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej*, red. A. Ostrowska, Warszawa 2017.
- Jak skutecznie rozmawiać z pacjentem i jego rodziną. Praktyka lekarza rodzinnego*, red. L. Marciniowicz, S. Chlabicz, Warszawa 2014.
- Jarosz M., Kawczyńska-Butrym Z., Włoszczak-Szubzda A., *Modele komunikacyjne relacji lekarz – pacjent – rodzina*, „*Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*” 18, 2012, nr 3, s. 212–218.
- Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem*, red. A. Markowski, J. Majkowski, J. Meder, J. Doroszewski, Warszawa 2007.
- Komunikacja lekarz – pacjent w diagnostyce i leczeniu nowotworów*, red. J. Doroszewski, A. Markowski, J. Meder, Warszawa 2006.

- Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy*, red. M. Nowina-Konopka, W. Feleszko, Ł. Małecki, Kraków 2018.
- Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, red. J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko, Wrocław 2000.
- Markowski A., *Wykłady z leksykologii*, Warszawa 2012.
- Nowina-Konopka M., *Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka*, Kraków 2016.
- Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja*, red. J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski, Warszawa 2014.
- Skrzypek M., *Biotechnologiczna orientacja współczesnej medycyny a sposoby doświadczania choroby i relacje lekarz–pacjent*, „European Journal of Medical Technologies” 2015, nr 1(6), s. 24–32.
- Symulacja w edukacji medycznej*, red. K. Torres, A. Kański, Lublin 2018.
- Szczeklik A., *Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny*, Kraków 2007.
- Szczeklik A., *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Kraków 2009.
- Szczeklik A., *Nieśmiertelność. Prometejski sen medycyny*, Kraków 2012.
- Uniwersalny słownik języka polskiego*, red. S. Dubisz, Warszawa 2003.
- Wielki słownik języka polskiego*, red. P. Żmigrodzki, Warszawa 2007–.