

Agnieszka Kielkiewicz-Janowiak  
Magdalena Zabielska

# Komunikacja lekarz – pacjent: krytyczna analiza dydaktycznych materiałów instruktażowych

## Wstęp

Komunikacja między pacjentem a lekarzem to ważny element w codziennej praktyce lekarzy i w doświadczeniach pacjentów<sup>1</sup>. Programy kształcenia studentów medycyny (oraz lekarzy) jeszcze do niedawna uwzględniały ten problem w ograniczonym zakresie, poświęcając mu jednostkowe zajęcia w ramach innego przedmiotu, oferując zajęcia fakultatywne lub nawet kwestionując sens przedsięwzięcia<sup>2</sup>. Niestety, eksperci – zagraniczni i krajowi – ubolewają nad stanem praktyk komunikowania się z pacjentem w polskiej służbie zdrowia<sup>3</sup>. Jednak od kilku lat znacząco wzrasta świadomość wagi umiejętności komunikacyjnych pracowników sektora medycznego, stąd coraz liczniejsze kursy i warsztaty dotyczące tej tematyki, oferowane zarówno przez stowarzyszenia lekarskie, jak i firmy szkoleniowe. Także wiodące uczelnie medyczne poświęcają komunikacji coraz więcej uwagi i miejsca w programach

---

<sup>1</sup> Zob. I.V.R. Taveira-Gomesa, M. Mota-Cardosoa Figueiredo-Braga, *Communication skills in medical students – An exploratory study before and after clerkships*, „Porto Biomedical Journal” 2016, tom 1, nr 5, s. 173–180.

<sup>2</sup> Na tę kwestię zwrócił uwagę Jonathan Silverman, prezydent European Association of Communication in Healthcare, ekspert w dziedzinie komunikacji w kontekście medycznym i jeden z autorów *Calgary-Cambridge guide to the medical interview*, zawierającego schemat przeprowadzania wywiadu z pacjentem. W swoim wystąpieniu na konferencji dotyczącej komunikacji w medycynie zadaje on pytanie, czy nauczanie owego zagadnienia to „zajęcie dla hobbystów” (ang. *minority sport*) czy dominujący trend (J. Silverman, *Teaching clinical communication: A mainstream activity or just a minority sport?*, odczyt wygłoszony podczas „International Conference on Communication in Healthcare”, Oslo 2008).

<sup>3</sup> *OECD Report, Health at a glance: Europe 2016. State of health in the EU cycle*, European Commission 2016; S. Górski, *Polski dramat w relacji lekarz pacjent*, <http://cakj.pl/2016/11/28/polski-dramat-w-relacji-lekarz-pacjent/>; dostęp: 1.10.2018.

nauczania. Przy ich realizacji wykorzystuje się materiały dydaktyczne oparte na analizie nagranych konsultacji lekarskich, odgrywaniu ról lub scenariuszach klinicznych z udziałem pacjenta standaryzowanego/symulowanego. Tego typu materiały mogą być tworzone przez samych lekarzy, specjalistów z dziedziny nauk o zdrowiu (np. psychologów), jak również przez ekspertów od komunikacji. Językoznawcy podkreślają w tym kontekście znaczenie badań z zakresu szeroko pojętej analizy dyskursu, szczególnie analizy konwersacyjnej.

W niniejszym artykule przyjmujemy podejście pragmatyczno-fenomenologiczne, zakładając, że rozmowa pacjenta i lekarza jest w istocie nawiązywaniem relacji w celu „doświadczania siebie w dialogu”. Dlatego kładziemy nacisk na jej interakcyjny charakter. Naszym celem jest przeprowadzenie analizy danych językowych i wyłonienie strategii komunikacyjnych lekarzy i pacjentów, aby wskazać elementy, w których materiały szkoleniowe mogą być ulepszone. Przedstawimy wyniki analizy filmów instruktażowych, ilustrujących sytuacje konsultacyjno-diagnostyczne w leczeniu chorób nowotworowych. Są to scenki filmowe zawierające przykłady trudnych rozmów w procesie diagnozowania i leczenia tych chorób. Wskazujemy w szczególności na różnice pomiędzy scenkami instruktażowymi a naturalną rozmową w zakresie cech werbalnych i niewerbalnych.

Struktura pracy jest następująca: najpierw nakreśliśmy tło teoretyczne badania (odnosząc się m.in. do filozofii Martina Bubera i tzw. nauczania problemowego), podkreślamy możliwość zastosowania badań językoznawczych w nauczaniu komunikacji w kontekście medycznym, a następnie prezentujemy wyniki analizy materiałów instruktażowych wraz z podsumowaniem.

## 1. Tło teoretyczne

Po pierwsze, teoretycznie znacząca dla niniejszej analizy jest filozofia dialogu M. Bubera, austriackiego filozofa i religioznawcy, autora jednej z najważniejszych prac dotyczących filozofii dialogu pt. *Ja i Ty*. Według niego życie człowieka zorientowane jest na relację z kimś lub z czymś – „być oznacza bycie w relacji, wzajemności, zrozumieniu i świadomości drugiej osoby”<sup>4</sup>. Innymi słowy, bez Ty nie ma Ja. M. Buber wyróżnia dwa typy relacji: Ja – To oraz Ja – Ty. Relację Ja – To postrzega jako relację podmiotu z przedmiotem, charakteryzującą się dystansem i przekonaniem Ja, że To może być opisane, przeanalizowane i sklasyfikowane. W konfiguracji Ja – Ty mamy do czynienia ze spotkaniem dwóch istot ludzkich w holistycznym

---

<sup>4</sup> J.G. Scott, R.G. Scott, W.L. Miller, K.C. Stange, B.F. Crabtree, *Healing relationships and the existential philosophy of Martin Buber*, „Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine” 2009, tom 4, nr 11, <http://www.peh-med.com/content/4/1/11>; dostęp: 11.03.2017.

doświadczeniu relacji<sup>5</sup>. W relacji Ja – Ty rozmówca „nie jest wtedy rzeczą wśród rzeczy i z tych rzeczy się nie składa”<sup>6</sup>. John Scott i in. podkreślają, iż „relacja Ja – Ty jest trudna do opisania, gdyż jej natura nie daje się uchwycić w przedmiotowej perspektywie analitycznego języka Ja – To”<sup>7</sup>. Choć filozofia M. Bubera nie została stworzona z myślą o komunikacji lekarz – pacjent, jej zastosowanie w tym właśnie kontekście wydaje się zasadne ze względu na charakter owej relacji, tj. potrzeby wzajemnego zrozumienia, empatii i upodmiotowienia osoby leczonej<sup>8</sup>. Podczas gdy relacja Ja – To może być zinterpretowana w kontekście medycznym jako asymetryczna relacja władzy między lekarzem a pacjentem, relacja Ja – Ty oznacza relację dwóch równoprawnych uczestników komunikacji, przyjmujących różne role i perspektywy oraz postawy<sup>9</sup>.

J. Scott i in. zainspirowani filozofią M. Bubera, zaproponowali tzw. związek uleczenia (ang. *healing relationship*), który zakłada „wyleczenie lub, jeśli nie jest to możliwe, znalezienie znaczenia choroby poza jej doświadczaniem”<sup>10</sup>. Autorzy wyróżniają w tej relacji trzy procesy: wartościowanie, świadomość władzy (lekarza) oraz wytrwałość. Znaczenie subiektywnej perspektywy w relacji z drugim podkreśla również Maria Nowina-Konopka, zauważając, że „za centralny punkt ujęcia fenomenologicznego przyjmuje się definiowanie komunikowania jako doświadczania siebie poprzez dialog”<sup>11</sup>. Autorka dodaje: „Porozumiewanie się jest bowiem procesem towarzyszącym jednostce przez autopsję, a osobiste doświadczenie jednostka poddaje subiektywnej interpretacji, uznając je następnie za prymarny punkt odniesienia”<sup>12</sup>.

Drugim elementem tła teoretycznego w niniejszym artykule jest zagadnienie szeroko pojętego nauczania problemowego (ang. *problem-based learning – PBL*), które, naszym zdaniem, jest stosownym podejściem do nauczania poprawnej relacji z pacjentem. Metoda ta zakłada nauczanie poprzez rozwiązywanie problemów na podstawie sytuacji zaczerpniętych z życia. Nauczanie problemowe może odbywać się z zastosowaniem symulacji (ang. *simulation-based medical education – SBME*). Zaletą tej metody jest zorientowanie na potrzeby uczącego się, któremu umożliwia

<sup>5</sup> A. Messinger, B. Chin-Yee, *I and Thou: Learning the 'human' side of medicine*, „Medical Humanities” 2016, tom 42, s. 184.

<sup>6</sup> M. Buber, *I and Thou*, 2nd edition, New York 1958.

<sup>7</sup> J.G. Scott, R.G. Scott, W.L. Miller, K.C. Stange, B.F. Crabtree, *op. cit.*

<sup>8</sup> *Ibidem*; J.G. Scott, D. Cohen, B. DiCicco-Bloom, W.L. Miller, K.C. Stange, B.F. Crabtree, *Understanding healing relationships in primary care*, „Annals of Family Medicine” 2008, tom 4, nr 6, s. 315–322.

<sup>9</sup> B. Davies, R. Harre, *Positioning: The discursive production of selves*, „Journal for the Theory of Social Behaviour” 1990, tom 20, nr 1, s. 43–63.

<sup>10</sup> J.G. Scott, R.G. Scott, W.L. Miller, K.C. Stange, B.F. Crabtree, *op. cit.*

<sup>11</sup> M. Nowina-Konopka, *Komunikacja lekarz – pacjent: Teoria i praktyka*, Kraków 2016, s. 15. Zob. też: E. Griffin, *Podstawy komunikacji społecznej*, Gdańsk 2003, s. 66.

<sup>12</sup> M. Nowina-Konopka, *op. cit.* Zob. też: R. Craig, *Communication theory as a field*, „Communication theory” 1999, nr 9, s. 138.

się nabywanie wiedzy poprzez praktykę w kontrolowanych aczkolwiek realistycznych warunkach<sup>13</sup>. Pozwala to na stworzenie bezpiecznego środowiska, w którym popełnianie błędów nie rodzi ryzyka<sup>14</sup>. W takiej symulacji może brać udział również pacjent standaryzowany/symulowany, co jeszcze bardziej zwiększa realistyczność sytuacji<sup>15</sup>.

W nauczaniu problemowym i/lub w symulacji mają zastosowanie konkretne materiały instruktażowe dla lekarzy i studentów, takie jak nagrania (autentycznych) konsultacji lekarskich czy scenariusze kliniczne z udziałem pacjenta standaryzowanego/symulowanego, które są tworzone przez lekarzy lub specjalistów od komunikacji. W tym kontekście chcemy zwrócić uwagę na znaczenie badań językoznawczych w ramach szeroko pojętej analizy dyskursu, szczególnie analizy konwersacyjnej jako użytecznej perspektywy wraz z jej aparatem pojęciowym i narzędziami. Analiza konwersacyjna (ang. *Conversation Analysis*) jako metoda badań językoznawczych umożliwia badanie „sekwencji” aktów mowy i zdarzeń, tj. tego, w jaki sposób to, co się mówi, wpływa na następujące potem wypowiedzi i wydarzenia. Wydaje się to szczególnie istotne na przykład w kontekście wywiadu lekarskiego i porządku informacji, które lekarz uzyskuje i przekazuje. Poniżej podano fragment konwersacji pomiędzy lekarzem i pacjentem<sup>16</sup> w formie transkrypcji, przedstawiającej nie tylko treść, ale również sposób jej przekazania:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1 | D | so your 3 daughters must <i>love</i> having little babies |
|   |   | \   |
| 2 | P | (1)   |
| 3 | D | your other children (.) the girls do they help you with = |
|   |   | /   |
| 4 | P | = yeah the first one help me                              |
| 5 | D | I bet <sup>17</sup>                                       |

<sup>13</sup> J. Ende, *Feedback in clinical medical education*, „Journal of American Medical Association” 1983, tom 250, s. 777–782.

<sup>14</sup> J.A. Gordon, W.M. Wilkerson, D.W. Shaffer, E.G. Armstrong, „*Practicing*” *medicine without risk: Students’ and educators’ responses to high-fidelity patient simulation*, „Academic Medicine” 2001, tom 76, s. 469–472.

<sup>15</sup> J. Silverman, J. Draper, S.M. Kurtz, *Teaching and learning communication skills in medicine*, 2nd edition, Oxon 2005.

<sup>16</sup> C. Roberts, S. Sarangi, *Theme-oriented discourse analysis of medical encounters*, „Medical Education” 2005, tom 39, s. 634.

<sup>17</sup> W cytowanym fragmencie rozmowy użyto następujących znaków:

\ – intonacja opadająca

/ – intonacja wznosząca

= – brak ciszy pomiędzy wypowiedziami

(.) – pauza krótsza niż sekunda

Więcej na temat zasad transkrypcji zob.: G. Jefferson, *A technique for transcribing laughter and its subsequent acceptance / declination*, [w:] G. Psathas red., *Everyday language: Studies in ethnomethodology*, New York 1979, s. 79–96; J. Gumperz, N. Berenz, *Transcribing conversational*

Można tu zauważyć swego rodzaju nieporozumienie w komunikacji, kiedy to pacjentka nie reaguje (o czym świadczy 1-sekundowa pauza, wers 2) na komentarz lekarza, że jej dzieci z pewnością kochają swoje młodsze rodzeństwo (wers 1). W rezultacie widzimy, że lekarz przeformułował swój komentarz na pytanie: czy trzy córki pacjentki pomagają jej w opiece nad małymi dziećmi (wers 3), co z kolei wywołuje oczekiwaną odpowiedź (wers 4). W analizie konwersacyjnej taki zabieg nazywa się „naprawą” (ang. *conversational repair*)<sup>18</sup>. Przedstawienie tego problemu komunikacyjnego w formie sekwencji następujących po sobie zdań i odpowiednie oznaczenie, jak zostały wypowiedziane (tj. uwzględnienie trwania poszczególnych segmentów oraz sposobu ich wypowiedzenia), pozwala na precyzyjną identyfikację momentu zajścia nieporozumienia oraz ewentualnie wskazanie, jak zaradzić podobnym sytuacjom.

Podjęcie to również umożliwia dokładną analizę nie tylko tego, co zostało powiedziane, ale również w jaki sposób; dlatego analizie mogą być również poddane m.in. intonacja, pauzy, kontakt wzrokowy i gesty<sup>19</sup>, co pozwala na szczegółowe zrozumienie praktyk komunikacyjnych i ich funkcjonowania, na przykład w kontekście medycznym. Taką informację tylko w niewielkim stopniu można pozyskać bezpośrednio z deklaracji rozmówców w wywiadach jakościowych, ponieważ ich uczestnicy nie są świadomi wszelkich okoliczności i konsekwencji komunikatów słownych<sup>20</sup>. Wyniki uzyskane w tego typu badaniach rzeczywistości medycznej mogą stanowić wsparcie wszelkich praktyk szkoleniowych poprzez wskazanie relacji pomiędzy konkretnymi zachowaniami komunikacyjnymi i ich rezultatami, co z kolei może pomóc w dekonstruowaniu wpływu komunikacji na proces diagnozowania i leczenia, a ostatecznie na dobrostan pacjentów i ludzi w ogóle. Podsumowując, badania z zastosowaniem analizy konwersacyjnej mogą w znaczącym stopniu przyczynić się do formułowania konkretnych zaleceń dotyczących skutecznej komunikacji we wrażliwym społecznie kontekście, identyfikowania błędów oraz sugerowania możliwości ich korekty.

---

exchange, [w:] J. Edwards, M. Lampert (red.), *Transcription and coding methods for language research*, New Jersey 1993.

<sup>18</sup> E.A. Schegloff, *Recycled turn beginnings: A precise repair mechanism in conversation's turn-taking organization*, [w:] G. Button, J.R.E. Lee (red.), *Talk and social organization. Multilingual Matters*, Clevedon 1987, s. 70–85; H. Sacks, E.A. Schegloff, G. Jefferson, *A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation*, „Language” 1974, tom 50, s. 696–735.

<sup>19</sup> J. Sidnell, T. Stivers, *The handbook of conversation analysis*, Malden, MA 2013.

<sup>20</sup> *Ibidem*; R. Parry, V. Land, J. Seymour, *How to communicate with patients about future illness progression and end of life: A systematic review*, „BMJ Supportive & Palliative Care” 2014, tom 4, s. 332, 339.

## 2. Dane i metody

Przedmiotem analizy w niniejszym tekście są materiały dydaktyczne w postaci filmów instruktażowych na temat komunikacji z pacjentem w chorobie nowotworowej, wydane w roku 2016 w ramach projektu badawczego prowadzonego na jednym z polskich uniwersytetów medycznych. Ilustrują one sytuacje trudnych rozmów konsultacyjno-diagnostycznych w leczeniu chorób nowotworowych. Forma wydawnictwa to dwie płyty DVD, które zawierają siedem filmów instruktażowych opatrzonych komentarzami psychologów klinicznych. W trakcie analizy wybrane fragmenty zostały przetranskrybowane, a następnie przeanalizowane pod kątem prezentowanych w nich technik komunikacji z pacjentem oraz ich ogólnego charakteru.

Badaniu poddano mechanizmy interakcji między lekarzem a pacjentem, z uwzględnieniem nierównowagi statusu i władzy uczestników. Zwracamy też uwagę na problem różnic pomiędzy scenkami instruktażowymi a naturalną rozmową: czy i na ile są one uzasadnione dydaktyczną funkcją materiału, a w jakim stopniu mogą razić jako nienaturalne i przez to podważać sensowność zamierzonego zastosowania.

Inspiracją i punktem wyjścia naszych dociekań analitycznych były pytania o źródła braku porozumienia w komunikacji dotyczącej diagnozy i leczenia, sposób wyeliminowania błędów i usprawnienia komunikacji w procesie kształcenia i doksztalcenia lekarzy, jak również możliwości podniesienia świadomości pacjentów w tym zakresie. Biorąc pod uwagę dość rozpowszechnione przekonanie, że – jak pisze Jacek Dąbała – lekarze „mówią niezrozumiale, za mało, chaotycznie, lekceważąco, pospiesznie, z dystansem, nie nawiązują empatycznego porozumienia z chorym” oraz że „nie potrafią przekładać języka specjalistycznego na zwyczajny, powszechnie rozumiały”<sup>21</sup>, wymienione kwestie można uznać za niezwykle istotne społecznie, a zapewne też diagnostycznie.

## 3. Wyniki i dyskusja

Przed wszystkim w analizowanych materiałach daje się zaobserwować pewną „sterylność” i nienaturalność sytuacji komunikacyjnej. Objawia się to na różne sposoby. Po pierwsze, w rozmowach niemal nie występuje mowa jednoczesna, co może być pewnego rodzaju cechą dystynktywną produkcji instruktażowej. Materiał instruktażowy jako gatunek ma cechy doskonałości, jest w pewnym sensie produktem wyidealizowanym, ponieważ ma służyć jako model i klarownie przedstawiać pożądane zachowania, nie pozostawiając uczącemu się wątpliwości. Po drugie, można zaobserwować tu nieprzerwany kontakt wzrokowy. Być może materiały instrukta-

<sup>21</sup> J. Dąbała, *Rozmowa o zdrowiu. Sztuka właściwej komunikacji z pacjentem*, <http://premium.gazetalekarska.pl/0514/?p=218>; dostęp: 1.10.2017.

zowe, z definicji koncentrując się na zachowaniu lekarza, pokazują znacznie większy stopień kontaktu wzrokowego niż prawdziwe konsultacje. Trzeba zauważyć, że w realnej praktyce lekarz skupia się na wypełnianiu dokumentacji, choć niektórzy lekarze zapewne potrafią dzielić uwagę pomiędzy ekran komputera i twarz pacjenta. Wydaje się jednak, że pacjenci dość powszechnie narzekają na brak kontaktu z lekarzem właśnie z powodu braku kontaktu wzrokowego („cały czas coś tam pisał”)<sup>22</sup>. M. Nowina-Konopka sugeruje, że ograniczony kontakt wzrokowy ma poważne konsekwencje i może podważyć zaufanie pacjenta:

Lekarz zapatrzony w dokumentację, piszący na komputerze, badający pacjenta bez choćby przelotnego nawiązywania nim kontaktu wzrokowego jest zgodnie z opinią chorego mniej profesjonalny, a nawet nieszczerzy<sup>23</sup>.

Po trzecie w końcu, widz ma wrażenie pewnej sztuczności zachowań, co może być z kolei efektem niedoskonałości warsztatu aktorskiego uczestników planu filmowego.

Ogólnie rzecz biorąc, materiały instruktażowe minimalizują różnice pomiędzy celami/nastawieniami uczestników dialogu, takich jak: u lekarza – (większa) koncentracja na problemach zdrowotnych (wyływająca z jego roli społeczno-zawodowej mającej na celu przywrócenie zdrowia); u pacjenta – (większa) koncentracja na problemach emocjonalnych (wynikająca z braku przystosowania się do roli „przejsiowej”, mającej na celu odzyskanie zdrowia<sup>24</sup>).

W sekcji poniżej zostaną zaprezentowane transkrypcje wybranych fragmentów filmów ze stosownymi komentarzami, pogrupowane według strategii dotyczących komunikowania się z pacjentem.

### 3.1. Adaptacja językowa

W ochronie zdrowia dominuje obecnie pogląd, że w komunikacji z pacjentem należy unikać używania fachowej terminologii, ponieważ pacjent jej nie rozumie, a przynajmniej nie w ten sam sposób co lekarz<sup>25</sup>. W celu zoptymalizowania komunikacji należy więc ocenić potrzeby i możliwości pacjenta (np. zakres jego obeznania z terminologią medyczną) i dostosować się do niego pod względem leksykalnym, na swój sposób „tłumaczyć” specjalistyczny żargon na język, jeśli nie powszechnie

<sup>22</sup> A być może ten efekt to skutek ujęć kamerowych, tzw. granie „do kamery”.

<sup>23</sup> M. Nowina-Konopka, *op. cit.*, s. 93.

<sup>24</sup> Por. *Ibidem*, s. 71–72.

<sup>25</sup> Por. J. Silverman, J. Draper, S.M. Kurtz, *op. cit.*; M.R. Dahm, *Tales of time, terms, and patient information-seeking behavior – an exploratory qualitative study*, „Health Communication” 2012, tom 27, s. 682–689; A.M. Fields, C.S. Freiberg, A. Fickenscher, K.H. Shelley, *Patients and jargon: Are we speaking the same language?*, „Journal of Clinical Anesthesia” 2008, tom 20, s. 343–346.

znany, to chociaż bardziej przystępny<sup>26</sup>. Taką swoistą adaptację leksykalną można zaobserwować w omawianych materiałach dydaktycznych.

W przykładzie (1) lekarka wyjaśnia pacjentce charakter badania, o które ta pyta, ponieważ (rzekomo) ma się mu poddać kuzynka pacjentki<sup>27</sup>. Widzimy tu uproszczony opis narzędzia i środka, które będą używane (lekarka używa wyrażen *specjalne urządzenie* i *specjalne płyny*), oraz zobrazowanie samej procedury za pomocą analogii do typowych czynności sprzątania wykonywanych w gospodarstwie domowym:

(1)

P: *a na czym to polega? to powiem kuzynce*

L: *kolonoskopia polega na zbadaniu **specjalnym urządzeniem** jelita grubego, wcześniej **oczyszczamy** przewód pokarmowy, **żeby tam nic nie zalegało**, oczywiście są do tego **specjalne płyny*** [R1 04:40 – 04:54]<sup>28</sup>

Podobną technikę zastosowano w przykładzie (2), w którym schemat leczenia jest przedstawiony przez porównanie do konkretnych czynności – zabijania i uszkodzania:

(2)

P: *czy chemioterapia **zabije** komórki nowotworowe? a co ze zdrowymi komórkami?*

L: *chemioterapia **zabija** komórki nowotworowe i niestety **uszkadza** komórki zdrowe* [R3 05:52 – 06:06]

## 3.2. Strategie komunikacyjne

### 3.2.1. Empatia: utożsamianie i wspólne działanie

W rozmowie dotyczącej zdrowia jednej ze stron, zarówno w kontekście instytucjonalnym, jak i prywatnym, uzasadnione i oczekiwane jest występowanie współodczuwania jako przejawu chęci udzielenia wsparcia choremu. Pracownik ochrony zdrowia, ale także inny pacjent, wyraża solidarność i deklaruje zrozumienie problemów chorego, nawet jeśli nie jest w stanie mu pomóc w inny sposób. W poniższych przykładach lekarz i (w przykładzie 6) dietetyczka jednoznacznie stawiają się na równi z pacjentem, używając pierwszej osoby liczby mnogiej i podkreślając w ten sposób wspólność działań i celów.

<sup>26</sup> T.A. Roper, N. Cox, *Core aspects of history-taking and examination*, [w:] T. Roper (red.), *Clinical skills*, 2nd edition, Oxford 2014, s. 10–27.

<sup>27</sup> Jest to przykład częstej u pacjentów strategii, kiedy zasięgają informacji na temat drażliwych czy intymnych dolegliwości, udając, że pytają w czyimś imieniu, czyli ukrywając, że chodzi o ich własne problemy.

<sup>28</sup> „L” oznacza lekarza lub lekarkę, „D” dietetyczkę, „P” pacjenta lub pacjentkę, a „R” oraz następujący po literze numer oznacza numer konkretnej rozmowy (filmu) oraz moment w nagraniu, w którym ten fragment się pojawia.



(3)

L: *to jest badanie które każdy z nas w pewnym wieku powinien wykonać* [R1 04:36 – 04:40]

(4)

P: *panie doktorze, ale czy to moja wina [że że ta choroba się rozwinęła*L: *[naprawdę proszę się przede wszystkim nie obwiniać, musimy teraz zewrzeć szyki i zacząć się leczyć* [R2 05:24 – 05:35]<sup>29</sup>

(5)

L: *no to co? działamy?*P: *działamy* [R2 09:18 – 09:25]

(6)

D: *teraz możemy razem, wspólnie opracować strategię działania*

(...)

D: *posiłki powinny być częste ale mniejsze*P: *i to pomoże?*D: *szukamy najlepszej strategii* [R5 00:43 – 03:31]

Jak widać, analizowane filmy instruktażowe zawierają obrazy lekarzy, którzy w komunikacji z pacjentem okazują empatię i zachęcają do wspólnego działania. To ostatnie wyrażane jest poprzez zastosowanie zaimków i czasowników w pierwszej osobie liczby mnogiej, co przyczynia się do wrażenia, iż lekarz współdziała ramię w ramię z pacjentem przeciwko chorobie (przykłady 3–6). Obecna jest tu również charakterystyczna dla dyskursu o chorobie metafora wojny (por. wyrażenia *zewrzeć szyki*, *strategia działania*), która ma za zadanie motywować pacjenta do walki z wrogiem – w tym przypadku z chorobą<sup>30</sup>.

Empatia może być również wyrażona poprzez mimikę:

(7)

D: *proszę pana, proszę sobie przypomnieć swoje odczucia na widok (.) takiej wielkiej porcji obiadu którą przynosi panu żona*P: **[krzywi się]**D: *no właśnie **[uśmiech]*** [R5 03:31 – 03:45]

W przykładzie (7) dietetyczka omawia z pacjentem szczegółowy plan diety w przypadku konkretnej choroby, nawiązując do znanych pacjentowi sytuacji związanych ze spożywaniem posiłku, co budzi u pacjenta pożądaną reakcję wstrętu.

<sup>29</sup> W przetranskrybowanych fragmentach rozmów użyto następujących znaków (por. przypis 17):

[– mowa jednoczesna,

(.) – pauza krótsza niż sekunda,

(...) – pominięty fragment wypowiedzi.

<sup>30</sup> P. Hodgkin, *Medicine is war: And other medical metaphors*, „The British Medical Journal” 1985, tom 291, s. 1820–1821; S. Sontag, *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*, London 1991.

Kolejną strategią wyrażania empatii jest świadome zastosowanie mowy ciała jako elementu wspomagającego komunikację werbalną.

(8)

L: *zaproszenie nie jest obowiązkowe i nic pani nie musi, ale (.) [przybliżyła się do pacjentki] pani Mario (.) jeżeli chce pani być zdrową kobietą, zdrową babcią, prawda?*

P: *no [uśmiech]*

L: *to powinna pani takie badanie wykonać [R1 01:08 – 01:19]*

W tym wypadku mamy do czynienia z lekarką, która redukuje fizyczny dystans między sobą a pacjentką, zbliżając się do niej. Natomiast w przykładzie (9) lekarz oprócz werbalnego wyrażania wsparcia bierze pacjentkę za rękę, co stanowi już kontakt bezpośredni.

(9)

L: *proszę przede wszystkim być dobrej myśli, bo to jest w tej chwili najważniejsze [bierze pacjentkę za rękę] [R2 09:10 – 09:17]*

Należy zwrócić uwagę, że przykłady (8) i (9) pokazują zachowania, które mogą być odczytane jako moralnie niejednoznaczne: z jednej strony pracownik opieki zdrowotnej wykazuje dobrą wolę i intencję udzielenia wsparcia, z drugiej zaś wyraźnie narusza autonomię pacjenta, przekraczając granice prywatności – poprzez wywieranie presji czy fizyczny dotyk.

### 3.2.2. Odwrócenie ról

Strategia tzw. odwrócenia ról objawia się w formie zmiany perspektywy pacjenta na perspektywę lekarza. W poniższych przykładach pacjentka decyduje się na bezpośrednie skonfrontowanie postępowania lekarza z sytuacją, gdyby choroba dotknęła jego samego lub jego najbliższych: „gdyby (.) u kogoś w rodzinie, pana rodzinie”, „czy swoją rodzinę leczyłby pan dokładnie tak samo jak mnie?”. Tego typu pytania mogą być sygnałem obawy ze strony pacjentki, iż może nie otrzymać opieki najwyższej jakości. Tym samym mają one – w intencji pacjentki – sprowokować bardziej szczerą odpowiedź, a może nawet zmianę sposobu myślenia lekarza i uzyskanie korekty postępowania medycznego<sup>31</sup>.

<sup>31</sup> Profesor Tomasz Pasiński sugeruje w wywiadzie, że lekarz ma tu okazję wyrazić empatię i solidarność z pacjentem: „staram się wejść w skórę pacjenta i pokazać mu, że reprezentuję jego interes. Gdy pyta: »«Co pan by zrobił na moim miejscu?»«, to obok poglądu strictly medycznego opartego na najlepszej wiedzy, staram się mieć wgląd w jego indywidualną sytuację. »Na pana miejscu – mówię – wybrałbym to a to...«. Tłumaczę, na czym polega istota jego choroby, mówię, że sukces leczenia zależy od jego skrupulatności. Pacjent musi to dobrze rozumieć” (T. Pasiński, *Pacjent też człowiek. Porozmawiaj z nim*, <http://www.medexpress.pl/lekarz/pacjent-tez-czlowiek-porozmawiaj-z-nim/18891/>; dostęp: 29.05.2018).

(10)

P: *panie doktorze, ja zadam panu takie pytanie, proszę mi powiedzieć, gdyby (.) u kogoś w rodzinie, **pana rodzinie**, zdiagnozowano taki sam nowotwór, czy zastosowałby pan taką metodę leczenia? czy **swoją rodzinę** leczylby pan dokładnie tak samo jak mnie?*

L: *zdecydowanie tak! ja mam w rodzinie osoby które taką terapię przeszły [R3 05:19 – 05:40]*

Oczywiście otwarta reakcja lekarza jest akceptowalna i może być uznana za profesjonalną tylko pod warunkiem, że za jego domniemanym szczerym wyznaniem kryje się prawda.

(11)

L: *ma pani jeszcze jakieś pytania?*

P: *tak (.) czy **swoją rodzinę** leczylby pan dokładnie tak samo jak mnie?*

L: ***mam nadzieję że nie będę musiał** ale tak, dokładnie tak samo [R4 07:03 – 07:14]*

Strategia tego typu „(re)pozycjonowania” może być sklasyfikowana jako przykład komunikacji perswazyjnej. W odróżnieniu od komunikacji informacyjnej, która służy jedynie przekazaniu informacji bez potrzeby wywarcia wpływu na odbiorcę, komunikacja perswazyjna jest „procesem interaktywnego uzależnienia”<sup>32</sup>. Oznacza to, że nadawca (tu: pacjent) wpływa na działanie odbiorcy (tu: lekarz), wymuszając wyrażenie osobistego punktu widzenia. Odbiorca z kolei poddaje się tej presji, aby skłonić pacjenta do podjęcia optymalnej decyzji.

Autorzy omawianego tu materiału szkoleniowego podkreślają w komentarzu, że „[o]trzymana odpowiedź dotycząca formuły leczenia i faktycznie istniejących przypadków w rodzinie lekarza stanowi silne źródło wsparcia emocjonalnego” (R3 komentarz odautorski). Budzić wątpliwości może jednak inny fragment (R4), w którym lekarz zaczyna swą odpowiedź tak: „mam nadzieję że nie będę musiał” (przykład 11), co mimo wszystko może rodzić pewną obawę po stronie pacjenta. Odwołując się do zasady współpracy (ang. *cooperative principle*) Paula Grice’a<sup>33</sup> oraz zasad grzeczności (ang. *politeness maxims*) Geoffreya Leecha<sup>34</sup>, możemy stwierdzić, że w powyższym przykładzie lekarz (być może mimowolnie) łamie w szczególności zasadę zrozumienia (ang. *consideration maxim*): zwiększa dyskomfort rozmówcy, implikując coś nieprzyjemnego na temat jego sytuacji (viz. „nie chciałbym, by ktoś z moich bliskich był w pani sytuacji; mam nadzieję, że tak się nie stanie”).

<sup>32</sup> B. Dobek-Ostrowska, *Komunikowanie polityczne i publiczne*, Warszawa 2007, s. 85.

<sup>33</sup> P. Grice, *Logic and conversation*, [w:] P. Cole, J. Morgan (red.), *Syntax and semantics. 3: Speech acts*, New York 1975, s. 41–58.

<sup>34</sup> G. Leech, *Principles of pragmatics*, London 1983.

### 3.2.3. Użycie form adresatywnych

Inną ciekawą kwestią zaobserwowaną w trakcie analizy jest ustanawianie relacji, między innymi za pomocą formy zwracania się do pacjenta. W jednej ze scenek pielęgniarka pyta pacjentkę podczas pierwszego spotkania o to, jak chciałaby, aby się do niej zwracać. Pielęgniarka rozpoczyna od formy ułatwiającej identyfikację pacjenta, typowej dla kontekstu szpitalnego: „pani Kowalska”, aby później zaproponować formę mniej oficjalną: „pani Halinko”, która może pomóc zmniejszyć dystans między rozmówczyniami, szczególnie wobec przewidywanej zwiększonej częstotliwości kontaktów w przypadku pacjentki onkologicznej, bohaterki tej scenki. Chwilę później, już bez uzgadniania form *explicité*, uczestniczki dialogu ustalają względnie nieformalny sposób zwracania się pacjentki do pielęgniarki:

(12)

Pielęgniarka: *ja się dzisiaj będę panią zajmować, powiem o wszystkich badaniach, jakie panią czekają, dobrze, pani Kowalska? czy mogę mówić pani Halinko?*<sup>35</sup>

Pacjentka: *tak, proszę, będzie mi bardzo miło*

Pielęgniarka: *mi również będzie miło*

(...)

Pacjentka: *dziękuję, pani...*

Pielęgniarka: *...Aniu*

Pacjentka: *dziękuję, pani Aniu* [R6 01:00 – 02:37]

## 3.3. Pozostałe uwagi

### 3.3.1. Rodzaj gramatyczny

W analizie opisów filmów zaobserwowałyśmy również problem rodzaju gramatycznego. W opisach scenek autorzy analizowanego materiału konsekwentnie stosują formy rodzaju męskiego w odniesieniu do uczestników dialogu, bez względu na ich płeć. I tak rzeczowniki *lekarz*, *dietetyk* uznawane są za formy generyczne, tj. uniwersalnie nazywające osoby płci męskiej i żeńskiej. Fragment komentarza (13)

<sup>35</sup> Warto zwrócić uwagę, że formy zwracania się stosowane w szpitalu są specyficzne i często kontrastują z zasadami grzeczności językowej ogólnie przyjętymi poza instytucją (np. zwracanie się pielęgniarki po imieniu do o wiele starszej pacjentki). W tym wypadku użycie nazwiska pacjentki można próbować wytłumaczyć w dwojaki sposób: 1. w szpitalu personel stara się jednoznacznie zidentyfikować pacjenta, w obawie przed pomyłką w podaniu leków lub zastosowaniu procedur; można to uznać za specyficzne połączenie funkcji adresatywnej z referującą (por. M. Łaziński, *O panach i paniach. Polskie rzeczowniki tytułarne i ich asymetria rodzajowo-płciowa*, Warszawa 2006, s. 89); konwencja ta aktualnie została wyeliminowana przez przepisy RODO; 2. drugorzędne wydaje się wyjaśnienie, że według ekspertów sekwencja pan/i + nazwisko jest dialektalna (występuje „w polszczyźnie gwarowej oraz w wariantach wiejskim i małomiasteczkowym polszczyzny ogólnej” – M. Łaziński, *op. cit.*, s. 99), charakterystyczna m.in. dla Polski zachodniej (wpływ języka niemieckiego).

dotyczy rozmowy między dietetyczką a pacjentem płci męskiej, jednak w obydwu przypadkach zastosowana jest rzekomo generyczna forma w rodzaju męskim.

(13)

*Dodatkowym utrudnieniem w budowaniu autorytetu jako **specjalisty** może być duża różnica wieku pomiędzy **dietetykiem** a pacjentem.*

Podobna sytuacja pojawia się w napisach końcowych, gdzie o ile w przypadku zawodu pielęgniarki rodzaj gramatyczny nazwy zawodu odpowiada płci aktorki, o tyle w przypadku pacjenta już tak nie jest.

(14)

- *pielęgniarka [nazwisko aktorki]*
- *pacjent [nazwisko aktorki]*

W związku z tym rodzi się pytanie, dlaczego słuszne jest według autorów produkcji nazwanie kobiety wykonującej zawód pielęgniarki *pielęgniarką*, ale kobietę będącą pacjentką nazywa się *pacjentem*? Dodatkowo w opisach interakcji z pacjentem czasem unika się odwołania do płci, które gramatyka języka polskiego *de facto* wymusza. Przykładowo w poniższym fragmencie (15) użyto formy nieoznaczonej:

(15)

***Osoba** ma już za sobą historię leczenia onkologicznego.*

Odwierciedla to zmiany aktualnie zachodzące w języku polskim, w toku których rzeczowniki w rodzaju żeńskim są wciąż innowacjami gramatycznymi, powoli i z trudem przyjmującymi się w uzusie. Stopień akceptacji dla form rzeczowników odnoszących się do kobiet jest czasem trudny do przewidzenia. I tak na przykład w ochronie zdrowia, o ile wybór pomiędzy słowami *pielęgniarz* i *pielęgniarka* jest dyktowany płcią osoby wykonującej zawód, o tyle już w przypadku rozróżnienia *lekarz/lekarzka* kryterium płci nie jest oczywiste, a liczne kobiety wykonujące zawód są nazywane formą rzeczownika w rodzaju męskim *lekarz* (i wiele z nich tę formę preferuje, najpewniej z powodu prestiżu, jaki ona niesie). Ogólna tendencja jest taka, że w nazywaniu mężczyzny pracującego w danym zawodzie zasadą jest uzgodnienie semantyczno-gramatyczne (czyli płeć męska powiązana jest z gramatycznym rodzajem męskim, np. *pielęgniarz*), natomiast gdy chodzi o kobietę, zasada ta najczęściej nie obowiązuje, a kryterium semantyczne jest podrzędne (czyli kobietę nazywa się rzeczownikiem w rodzaju męskim, nieco myląco zwanym też generycznym, tj. uniwersalnym, np. *lekarz, pacjent*).

### 3.3.2. Styl

Kolejna uwaga dotyczy stylistyki tekstu, która w przypadku analizowanego materiału może sprawiać wrażenie nazbyt akademickiej:

(16)

*Chociaż wydaje się to pozorne i powodowane jest nasilonym łękiem, pozwala utrzymać sposób myślenia o sobie w kategoriach poczucia wpływu.*

*Przyjmuje się, że u około 25% osób poddanych leczeniu objawy są elementem warunkowania związanego z okolicznościami.*

Według autorów projektu Jasnopis, w którym stworzono aplikację do badania tekstów pod względem trudności w ich zrozumieniu, odmiana tekstu lub jego styl stanowi o jego trudności, a styl akademicki jest zaliczany do stylów najtrudniejszych<sup>36</sup>. Zaznaczone sformułowania we fragmencie powyżej oraz zastosowanie w nich konkretnych terminów noszą niewątpliwie znamiona tekstu akademickiego. Co więcej, o trudności tekstu może świadczyć również brak spójności stylistycznej, tj. zjawisko, gdy w danym fragmencie można zauważyć zastosowanie różnych stylów<sup>37</sup>.

W końcu wątpliwości odbiorcy budzić mogą zachowania pracowników ochrony zdrowia, które noszą znamiona nieprawidłowej postawy wobec pacjentów. Przejawiają się one doborem słów i konstrukcji o niepożądanych konotacjach. W przykładach poniżej można wyczuć pewnego rodzaju protekcjonalność w sposobie, w jaki lekarz zwraca się do pacjenta:

(17)

P: *a co by było gdybym nie podjęła leczenia?*

L: *jeśli chce pani wiedzieć, to z mojego doświadczenia wynika, że pacjentka, która nie podejmie leczenia (.) może umrzeć w ciągu dwunastu miesięcy*

P: *no to co teraz?(.) nie wiem, chemia znowu czy czy może operacja?*

L: *myślę, że jednak chemioterapia*

(...)

P: *no a może jakieś inne metody? (.) Piszą o takiej protonoterapii w Krakowie, może coś takiego?*

L: *Nie nie nie nie nie, to w tej chwili w pani sytuacji nie ma zastosowania [R4 02:26 – 04:32]*

(18)

L: *Odczyn zapalny, proszę pana, powoduje gorszy przepływ powietrza [R6 01:47 – 01:51]*

<sup>36</sup> W. Gruszczyński, M. Hadryan, *Cechy tekstu trudnego*, [w:] W. Gruszczyński, M. Ogrodniczuk (red.), *JASNOPIS, czyli mierzenie zrozumiałości polskich tekstów użytkowych*, Warszawa 2015, s. 44.

<sup>37</sup> Cytowany komentarz do filmu instruktażowego został oceniony przez aplikację Jasnopis (<http://jasnopis.pl/aplikacja>) jako „Tekst trudniejszy, zrozumiały dla ludzi wykształconych”. Jednak aplikacja nie wyróżnia sformułowania, które (wykształcone) autorki niniejszego artykułu uważają za nieprzystępne czy wręcz semantycznie puste: „objawy są elementem warunkowania związanego z okolicznościami” (Jasnopis, <http://jasnopis.pl>, 2015).

W jednej ze scenek mamy również do czynienia z sytuacją, kiedy na początku rozmowy lekarz pyta o powód wizyty pacjentki. Pacjentka odpowiada, że „coś się dzieje” z jej piersią, co lekarz już w pierwszej reakcji określa jako „odkrycie [przez nią] guza”. W tym przypadku źródło niepokoju pacjentki wydaje się być zdiagnozowane pośpiesznie i w sposób nieuprawniony. Sformułowanie użyte przez lekarza stanowi swego rodzaju presupozycję, przeoczoną przez autorów materiału, która jednak w modelu komunikacji lekarz – pacjent nie powinna się pojawić, a w prawdziwym życiu mogłaby przynieść niepożądane konsekwencje (np. przerazić pacjentkę):

(19)

P: *coś dzieje się w mojej prawej piersi, myśli pan, że to może być coś poważnego?*

L: *nie wiem, muszę panią najpierw zbadać, prawda? ale zanim to zadam parę pytań, dobrze? (0.7) dobrze, najpierw chciałbym wiedzieć (.) kiedy i w jakich okolicznościach odkryła pani guz?*

(...)

L: *kiedy pani zauważyła że się powiększył?* [R2 00:13 – 00:53]

#### 4. Podsumowanie

Materiały dydaktyczne pokazujące modelowe zachowania pracowników ochrony zdrowia w typowych sytuacjach kontaktu z pacjentem różnią się od prawdziwej praktyki zawodowej. Dla przykładu, materiały instruktażowe pokazują znacznie większy stopień kontaktu wzrokowego niż realne konsultacje, ponadto pomijają niektóre nienormatywne zachowania pacjenta, np. agresję, przejawiającą się podnoszeniem głosu.

Analizowane filmy dydaktyczne wydają się przedstawiać „sterylną” i wyidealizowaną sytuację komunikacyjną, która może być pochodną charakteru nagrań instruktażowych. Wydaje się, że przygotowanie takich materiałów wymaga szczególnego wyważenia stylu: z jednej strony cele dydaktyczne wymuszają pewien stopień „sterylności” czy idealizacji dyskursu, z drugiej zaś przekonanie uczących się do autentyczności przedstawianych sytuacji komunikacyjnych wymaga przedstawienia zachowań naturalnych i spontanicznych. Jednym słowem, pewien kompromis formalno-stylistyczny wydaje się konieczny, aby uzyskać równowagę pomiędzy wiarygodnością przedstawionej sytuacji a jej funkcjonowaniem jako wzorzec. Warto uwagi jest również to, że zarówno w nagraniach, jak i w komentarzach do nich uderzający jest brak symetryczności gramatycznej w żeńskich i męskich nazwach zawodów medycznych.

Co się tyczy prezentowanych w omawianych materiałach strategii w komunikacji lekarz – pacjent, można zaobserwować tu liczne przykłady dostosowania języka lekarza do potrzeb i możliwości pacjenta, sposobów wyrażania empatii oraz negocjowania relacji za pomocą form zwracania się do osoby leczonej. Rekomendo-

wana w tym artykule analiza konwersacyjna jako metoda badawcza może wnieść do procesu przygotowywania rozmów instruktazowych pojęcia i zjawiska występujące w naturalnej komunikacji (np. reformułowanie, naprawa, (re)pozycjonowanie), a ich eksplicytne nazywanie może ułatwić studentom i pracownikom ochrony zdrowia dostrzeganie podobnych zjawisk w praktyce zawodowej. Tym samym pragniemy podkreślić znaczenie i użyteczność badań językoznawczych, szczególnie analizy konwersacyjnej, w kontekście skutecznej komunikacji lekarz – pacjent. Wierzymy, że udoskonalenie materiałów dydaktycznych poprzez zbliżenie ich do faktycznych praktyk językowych i zwiększenie ich autentyczności przełoży się na pożądany efekt dydaktyczny i terapeutyczny.

Analizowany tutaj materiał dydaktyczny należy, mimo powyższych zastrzeżeń, docenić. Dzięki multimodalności przekazu, materiał w formie audiowizualnej zapewne łatwiej trafia do wyobraźni uczących się niż tradycyjne materiały tekstowe, mniej dynamiczne i pozbawione kontekstu społeczno-psychologicznego. Tym samym sprzyja dobremu zapamiętaniu scen i problemów uznanych przez ekspertów oraz doświadczonych praktyków za ważne i typowe. Nowoczesne kształcenie lekarzy i adeptów zawodu wymaga nowoczesnych oraz przekonujących sposobów i środków nauczania, dla dobra wszystkich zainteresowanych.

## Bibliografia

- Buber M., *I and Thou*, 2nd edition, New York 1958.
- Craig R., *Communication theory as a field*, „Communication theory” 1999, nr 9, s. 138.
- Dahm M.R., *Tales of time, terms, and patient information-seeking behavior – an exploratory qualitative study*, „Health Communication” 27, 2012, s. 682–689.
- Davies B., Harre R., *Positioning: The discursive production of selves*, „Journal for the Theory of Social Behaviour” 20, 1990, nr 1, s. 43–63.
- Dąbala J., *Rozmowa o zdrowiu. Sztuka właściwej komunikacji z pacjentem*, <http://premium.gazeta-lekarska.pl/0514/?p=218>; dostęp: 1.10.2017.
- Dobek-Ostrowska M., *Komunikowanie polityczne i publiczne*, Warszawa 2007.
- Ende J., *Feedback in clinical medical education*, „Journal of American Medical Association” 250, 1983, s.777–782.
- Fields A.M., Freiberg C.S., Fickenscher A., Shelley K.H., *Patients and jargon: Are we speaking the same language?*, „Journal of Clinical Anesthesia” 20, 2008, s. 343–346.
- Gordon J.A., Wilkerson W.M., Shaffer D.W., Armstrong E.G., *“Practicing” medicine without risk: Students’ and educators’ responses to high-fidelity patient simulation*, „Academic Medicine” 76, 2001, s. 469–472.
- Górski S., *Polski dramat w relacji lekarz pacjent*, <http://cakj.pl/2016/11/28/polski-dramat-w-relacji-lekarz-pacjent/>; dostęp: 1.10.2018.
- Grice P., *Logic and conversation*, [w:] Cole P., Morgan J. (red.), *Syntax and semantics. 3: Speech acts*, New York 1975, s. 41–58.
- Griffin E., *Podstawy komunikacji społecznej*, Gdańsk 2003.
- Gruszczyński W., Hadryan M., *Cechy tekstu trudnego*, [w:] Gruszczyński W., Ogrodniczuk M. (red.), *JASNOPIS, czyli mierzenie zrozumiałości polskich tekstów użytkowych*, Warszawa 2015.



- Gumperz J., Berenz N., *Transcribing conversational exchange*, [w:] Edwards J., Lampert M. (red.), *Transcription and coding methods for language research*, New Jersey 1993.
- Hodgkin P., *Medicine is war: And other medical metaphors*, „The British Medical Journal” 291, 1985, s. 1820–1821.
- Jasnopis, <http://jasnopis.pl>, 2015.
- Jefferson G., *A technique for transcribing laughter and its subsequent acceptance/declination*, [w:] Psathas G. (red.), *Everyday language: Studies in ethnomethodology*, New York 1979, s. 79–96.
- Jefferson G., *Glossary of transcript symbols with an introduction*, [w:] Learner G.H. (red.), *Conversation analysis: Studies from the first generation*, Amsterdam 2007, s. 12–31.
- Leech G., *Principles of pragmatics*, London 1983.
- Łaziński M., *O panach i paniach. Polskie rzeczowniki tytułowe i ich asymetria rodzajowo-płciowa*, Warszawa 2006.
- Messinger A., Chin-Yee B., *I and Thou: Learning the ‘human’ side of medicine*, „Medical Humanities” 42, 2016.
- Nowina-Konopka M., *Komunikacja lekarz – pacjent: Teoria i praktyka*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2016.
- OECD Report, *Health at a glance: Europe 2016. State of health in the EU cycle*, European Commission 2016.
- Parry R., Land V., Seymour J., *How to communicate with patients about future illness progression and end of life: A systematic review*, „BMJ Supportive & Palliative Care” 4, 2014, s. 332, 339.
- Pasierski T., *Pacjent też człowiek. Porozmawiaj z nim*, <http://www.medexpress.pl/lekarz/pacjent-tez-czlowiek-porozmawiaj-z-nim/18891/>; dostęp: 29.05.2018.
- Roberts C., Sarangi S., *Theme-oriented discourse analysis of medical encounters*, „Medical Education” 39, 2005, s. 634.
- Roper T.A., Cox N., *Core aspects of history-taking and examination*, [w:] Roper T. (red.), *Clinical skills*, 2nd edition, Oxford 2014, s. 10–27.
- Sacks H., Schegloff E.A., Jefferson G., *A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation*, „Language” 50, 1974, s. 696–735.
- Schegloff E.A., *Recycled turn beginnings: A precise repair mechanism in conversation’s turn-taking organization*, [w:] Button G., Lee J.R.E. (red.), *Talk and social organization, Multilingual Matters*, Clevedon 1987, s. 70–85.
- Schegloff E.A., *Sequence organization in interaction: A primer in conversation analysis*, Cambridge 2007.
- Scott J.G., Cohen D., DiCicco-Bloom B., Miller W.L., Stange K.C., Crabtree B.F., *Understanding healing relationships in primary care*, „Annals of Family Medicine” 4, 2008, nr 6, s. 315–322.
- Scott J.G., Scott R.G., Miller W.L., Stange K.C., Crabtree B.F., *Healing relationships and the existential philosophy of Martin Buber*, „Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine” 4, 2009, nr 11, <http://www.peh-med.com/content/4/1/11>; dostęp: 11.03.2017.
- Sidnell J., Stivers T., *The handbook of conversation analysis*, Malden, MA 2013.
- Silverman J., Draper J., Kurtz S.M., *Teaching and learning communication skills in medicine*, 2nd edition, Oxon 2005.
- Silverman J., *Teaching clinical communication: A mainstream activity or just a minority sport?*, Odczyt wygłoszony podczas „International Conference on Communication in Healthcare”, Oslo 2008.
- Sontag S., *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*, London 1991.
- Taveira-Gomesa I.V.R., Mota-Cardoso Figueiredo-Braga M., *Communication skills in medical students – An exploratory study before and after clerkships*, „Porto Biomedical Journal” 1, 2016, nr 5, s. 173–180.