Martyna Czeluśniak
Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
ORCID: 0009-0009-5846-8339

DOI: 10.24987/20838972.22.13

Etyczne aspekty komunikacji z pacjentem. Jej wpływ na motywację pacjenta i proces leczenia

Wprowadzenie

Zdrowie jest dla współczesnego człowieka jedną z najważniejszych wartości. To właśnie ono jest w dużej mierze tym czynnikiem, który sprawia, że człowiek postrzega własne życie jako szczęśliwe i spełnione. Jednak w toku swojej egzystencji doświadcza on sytuacji, w których jego organizm nie funkcjonuje prawidłowo. Choroba lub niepełnosprawność mogą się pojawić na różnym etapie ludzkiego życia i rzutować na przyszłość człowieka. W obliczu takich doświadczeń podejmuje on działania, które mają doprowadzić do poprawy jego zdrowia czy też wyleczenia. Jednak, aby poprawił się stan funkcjonowania chorego, musi zaistnieć relacja między lekarzem i pacjentem. Kontakt między medykiem a chorym opiera się w dużej mierze na właściwych kompetencjach komunikacyjnych oraz na jej etycznych aspektach, które mają wpływ na proces terapii i leczenia.

Artykuł ma charakter analityczno-syntetyczny, jego dopełnieniem są wnioski z badań empirycznych, które zostały przeprowadzone za pomocą wywiadów pogłębionych z dwiema kobietami wykonującymi zawód medyczny, tj. z fizjoterapeutką i z lekarką specjalizującą się w onkologii, oraz z dwiema pacjentkami, z których jedna ma dolegliwości somatyczne, a druga – psychiczne. Dobór pacjentów ma na celu pokazanie ewentualnych różnic w postrzeganiu badanych kwestii, ze względu na specyfikę choroby, a co za tym idzie – odmienne doświadczenia.

Celem pracy jest ukazanie, w jaki sposób różne wymiary komunikacji w medycynie, z uwzględnieniem jej etycznych aspektów, wpływają

na powrót pacjenta do pełni sił. W toku badań zostały przedstawione hipotezy badawcze: 1) Komunikacja niewerbalna nie wpływa na proces leczenia; 2) Sposób komunikacji werbalnej, a przede wszystkim informowanie o diagnozie i rokowaniach, ma wpływ na końcowy wynik leczenia; 3) Osoby wykonujące zawody medyczne mogą poprzez swoje oddziaływania wpłynąć pozytywnie na proces zdrowienia pacjenta i jego motywację oraz siły do leczenia; 4) Osoby wykonujące zawody medyczne są źródłem motywacji pacjenta w procesie zdrowienia w momentach kryzysowych; 5) Jakość relacji na linii pacjent–lekarz jest bardzo istotna dla budowania zaufania podczas procesu leczenia.

Współczesne postrzeganie zdrowia i jego modele

Obecnie na problematykę dotyczącą zdrowia patrzy się nie tylko przez pryzmat nauk medycznych, ale również humanistycznych. Nie istnieje zatem jedna definicja zdrowia, a samo pojęcie ma wymiar interdyscyplinarny i zajmują się nim przedstawiciele różnych dziedzin, np. socjologii, filozofii czy ekologii. Najbardziej rozpowszechnioną współcześnie definicją zdrowia jest ta opracowana przez Światową Organizację Zdrowia, która definiuje je jako „kompletny, fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności”[1]. Można więc zauważyć, że zdrowie ma tutaj charakter holistyczny, pozwala człowiekowi w pełni uczestniczyć w społeczeństwie, spełniać określone zdania czy też odgrywać określone role społeczne. Do tego odwołuje się też Talcott Parons – postrzega on zdrowie jako „optymalną zdolność do efektywnego wykonywania cenionych zadań”[2].

Przyjmuje się, że zdrowie opiera się na kilku paradygmatach. Zaliczają się do nich trzy modele: biomedyczny, biopsychospołeczny (zwany holistycznym) i relacyjny[3]. Pierwszy z nich sięga do dualizmu kartezjańskiego, zgodnie z którym człowiek składa się nie tylko z ciała, ale też z duszy. Sfery te, choć odmienne, jednak się łączą. Istotna jest tu również „mechanistyczna wizja świata i człowieka”; to przez nią zaczęto postrzegać człowieka jako bezduszną maszynę. Model biomedyczny sprawił, że medycyna

[1] Julian Aleksandrowicz, *Sumienie ekologiczne* (Warszawa: Wiedza Powszechna, 1988), 4.

[2] Włodzimierz Piątkowski, „Zdrowie jako zjawisko społeczne”, w *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, red. Jarosław Barański i Włodzimierz Piątkowski (Wrocław: Oficyna Wydawnicza Atut – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, 2002), 15–17.

[3] Halina Wrona-Polańska, „Zdrowie – psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomagania”, *Sztuka Leczenia*, nr 1–2 (2006): 20–22.

zaczęła dzielić się na specjalizacje; w konsekwencji pacjent miał zastrzeżenia do udzielanej mu opieki, ponieważ jego potrzeby nie były uwzględniane w toku leczenia. Ten model medycyny nazywano też naprawczym i można go porównać do oświeceniowej wizji szkiełka i oka, gdzie znaczenie miały jedynie obiektywne dane, wirusy oraz bakterie, bo to one naruszały funkcjonowanie organizmu; pacjent postrzegany jako osoba nie miał zaś znaczenia[4].

Model biopsychospołeczny, inaczej holistyczny, powstał na podstawie badań naukowych, które wskazywały, że emocje mogą warunkować pojawienie się chorób psychosomatycznych. Ponadto zauważono, że medycyna nie potrafi wyjaśnić patogenezy chorób, opierając się wyłącznie na modelu biomedycznym. Model holistyczny zakłada, że ciało, psychika i umysł są ze sobą w relacji. W tym ujęciu postrzega się człowieka jako integralną całość, której nie należy dzielić na „części składowe", gdyż „całość zwana człowiekiem jest czymś więcej niż sumą swych części składowych"[5]. Medycyna holistyczna zakłada zatem, że chory człowiek aktywnie uczestniczy w procesie leczenia oraz że powinien on zachowywać równowagę we wszystkich sferach życia, ponieważ dzięki temu zyska zdrowie oraz szczęście. W tym modelu medycyny nie stawia się lekarza w centrum procesu leczenia, ale postuluje się interdyscyplinarne podejście do pacjenta i konsultowanie go w ramach różnych specjalizacji – celem jest przecież doprowadzenie pacjenta do zdrowienia. Model ten zwraca uwagę na wartość rozmowy: daje ona możliwość poznania warunków zarówno społecznych, jak i psychologicznych, w których żyje pacjent. Zestawia się je z warunkami biologicznymi, które determinują jego życie. Ostatni ze wspomnianych modeli, relacyjny, koncentruje się na kontakcie między pacjentem a lekarzem bądź zespołem lekarskim, zaangażowanym w proces leczenia.

Definicje choroby i jej postrzeganie społeczne

Jeśli chodzi o definicje, to *Wielki słownik języka polskiego* definiuje chorobę jako stan organizmu, który powoduje, że człowiek źle się czuje, a tego złego samopoczucia „nie można jednak powiązać z krótkotrwałym, przejściowym uwarunkowaniom psychologicznym lub bytowym, lecz z dolegliwościami wywołanymi przez zmiany strukturalne lub zmienioną czynność organizmu"[6]. Wyróżnia się dwa główne ujęcia choroby. Pierwsze z nich odwołuje

[4] *Ibidem*, 20.

[5] Ewa Starzyńska-Kościuszka, „Holistyczna (całościowa) koncepcja zdrowia. Zdrowie jako wartość", *Humanistyka i Przyrodoznawstwo*, nr 16 (2010): 321–322.

[6] „Choroba", w *Wielki słownik języka polskiego*, dostęp 30 kwietnia 2025, https://wsjp.pl/haslo/podglad/11815/choroba/4758918/organizmu.

się do klinicznej definicji choroby i podaje, że jest to brak zdrowia, który ma „wpływ na integralność lub funkcjonowanie fizyczne i/lub psychiczne osoby"[7]. Za ten typ przeważnie człowiek nie ponosi odpowiedzialności moralnej, ponieważ (raczej) nie chce być chory, ale może wzmacniać przyczynę choroby np. przez nadużywanie alkoholu i w ten sposób doprowadzić do marskości wątroby. Choroba związana z osobą to natomiast „niemożność wykorzystywania w danej sytuacji całej energii i wszystkich zdolności normalnie pozostających do jej dyspozycji"[8]. W tym kontekście może zaistnieć pewna odpowiedzialność związana np. z brakiem dojrzałości u osoby chorej lub jej otoczenia[9].

Socjologia określa choroby jako dewiację społeczną – choroba zaburza porządek społeczny, w którym za normę uchodzi sukces oraz aktywne życie. Socjolog medycyny T. Parsons uważał, że tylko człowiek cieszący się pełnią zdrowia może w optymalny sposób odgrywać istotne role społeczne i wykonywać wynikające z nich zadania[10].

Reakcje społeczne na chorobę stają się silniejsze, jeśli jest ona widoczna, co może być źródłem piętna; to kolejna kategoria, przez którą można rozpatrywać chorobę. Erving Goffman to pojęcie odnosił zwłaszcza do osób chorujących psychicznie. Dział socjologii, jakim jest socjologia medycyny, postrzega chorobę jako swego rodzaju zależność, która objawia się zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej, w zależności od rodzaju schorzenia. Oba typy są postrzegane przez społeczeństwo jako odmienność, która ma różny stopień nasilenia i wymusza ona swego rodzaju kontrolę społeczną u osób, które są dotknięte chorobą[11].

Socjologowie zauważają jednak nie tylko negatywne konotacje choroby. Zmagania człowieka z chorobą mogą mieć pozytywne przełożenie na jego historię życiową. W wymiarze mikrospołecznym, czyli w odniesieniu do rodziny, choroba może pozytywnie wpłynąć na jakość relacji między jej członkami; może sprawić, że zaadaptują się do sytuacji, jaką jest choroba. Jednak są rodziny, w których wystąpienie choroby bądź niepełnosprawności będzie czynnikiem zagrażającym trwałości najmniejszej komórki społecznej, jaką jest rodzina[12]. Człowiek ma zdolność do adaptacji nawet w sytuacji choroby,

[7] Miguel Ángel Monge Sánchez, red., *Etyka w medycynie* (Warszawa: MediPage, 2012), 187–188.

[8] *Ibidem*, 187.

[9] *Ibidem*.

[10] Jarosław Barański i Włodzimierz Piątkowski, red., *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny* (Wrocław: Oficyna Wydawnicza Atut – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, 2002), 24–25.

[11] *Ibidem*, 26.

[12] Piątkowski, „Zdrowie jako zjawisko", 26.

która jest zjawiskiem wielowymiarowym i może nawet przynieść choremu korzyści – może on odkryć swój potencjał, siłę wewnętrzną, być zdolnym do większej autorefleksji i bardziej doceniać pozytywne aspekty życia. Wyostrzeniu może ulec empatia, poczucie wartości własnej egzystencji; występuje to zwłaszcza w przypadku zagrożenia życia[13].

Znaczenie komunikacji interpersonalnej w medycynie

Doświadczenie choroby czy też pogorszenia stanu zdrowia niejako wymusza na człowieku wejście w relację interpersonalną z lekarzem, który jest powołany do tego, by pomóc w powrocie do zdrowia lub w zapewnieniu jak najlepszej jakości życia chorego. Niezbędna jest w tym procesie odpowiednia komunikacja; jej jakość przybliża do osiągnięcia celów terapeutycznych.

Jak podaje literatura przedmiotu, relacja lekarz–pacjent jest działaniem społecznym, „w którym tak lekarz, jak i pacjent oddziaływają na siebie za pośrednictwem komunikowania, wymiany symboli werbalnych i niewerbalnych, modyfikując wzajemnie swoje zachowania"[14]. Dla lekarza komunikacja między nim a pacjentem ma bardzo duże znaczenie; jakość komunikowania ma bowiem wpływ na to, czy pacjent we właściwy sposób przekaże lekarzowi wszystkie istotne informacje na temat swojego stanu, czy będzie potrafił opisać obserwowane u siebie objawy. Właściwa komunikacja ze strony lekarza wpływa też na to, czy pacjent zaakceptuje postawioną przez niego diagnozę, a co za tym idzie, czy podejmie proponowane przez medyka leczenie i będzie stosował się do zaleceń i wskazówek dotyczących utrzymania efektów leczenia i ewentualnej profilaktyki.

Literatura przedmiotu wyróżnia trzy typy interakcji w medycynie. Pierwszy z nich, „aktywność – bierność", ma miejsce wtedy, gdy pacjent jest dotknięty ostrym stanem chorobowym, a jego zachowanie odznacza się uległością, zarówno podczas samej diagnozy, jak i procesu leczenia. Drugi typ interakcji, „kierowanie – współpraca", zachodzi wtedy, gdy chory przejawia zdolność do współpracy z personelem. Lekarz występuje tu jednak w pozycji autorytetu, a jego decyzje dotyczące procesu leczenia mają wymiar autorytatywny. Trzeci typ opiera się natomiast na „współuczestnictwie" i ma miejsce wtedy, gdy pacjent cierpi na chorobę przewlekłą.

[13] „Czy z poważnej choroby może wyniknąć coś dobrego", Fundacja Dobro Powraca, dostęp 30 kwietnia 2025, https://dobropowraca.pl/baza-wiedzy/czy-z-powaznej-choroby-moze-wyniknac-cos-dobrego.

[14] Agnieszka J. Kowalska, Mirosław J. Jarosz, Jarosław Sak, Jakub Pawlikowski, Rafał Patryn, Anna Pacian i Anna Włoszczak-Szubzda, „Etyczne aspekty komunikacji lekarz–pacjent", *Medycyna Ogólna* 16, nr 3 (2010), dostęp 30 kwietnia 2025, https://www.monz.pl/pdf-73196-10018?filename=Etyczne%20aspekty.pdf.

Terapia opiera się w tym wypadku na zasadach partnerstwa oraz obopólnej odpowiedzialności za rezultaty całego toku leczenia lub – w przypadku niepełnosprawności – rehabilitacji[15].

W toku interakcji na linii lekarz–pacjent istotna jest zarówno komunikacja werbalna, jak i niewerbalna. Podstawowym zadaniem komunikacji werbalnej jest informowanie pacjenta o tym, jaki jest jego stan zdrowia. Częstą trudnością jest to, że zalecenia kierowane w stronę pacjenta nie są przez niego przestrzegane lub są przestrzegane w sposób niewłaściwy, co zagraża jego dobrostanowi. Lęk, który może towarzyszyć choremu w trakcie leczenia, wpływa negatywnie na zdolność zapamiętywania istotnych informacji medycznych. Lekarz powinien w sposób wystarczający informować pacjenta o leczeniu, tak by był on świadomy tego, jak będzie ono wyglądać, i by mógł wyrazić na nie świadomą zgodę. Jak podaje literatura przedmiotu: „Niedostateczne informowanie jest jedną z najczęstszych skarg pacjentów. Tymczasem właśnie udzielanie informacji w szpitalu na temat spodziewanych bodźców może w istotnej mierze np. zredukować napięcie związane z zabiegami chemioterapii i bólami porodowymi"[16]. Aby komunikacja werbalna była skuteczna, lekarz powinien wypowiadać się jasno oraz w sposób zrozumiały dla pacjenta, komunikat powinien być formułowany w sposób jasny oraz spójny. Praktyka pokazuje, że najistotniejsze informacje należy podawać nie tylko na początku, ale również akcentować je na końcu wypowiedzi, by podkreślić ich znaczenie, a tym samym, żeby pacjent je zapamiętał i zastosował w swoim życiu. Lekarz powinien też się upewnić, że pacjent zrozumiał wszystkie informacje, które zostały mu przekazane podczas wizyty. Na poprawę procesu przekazu informacji może również wpłynąć pisemne przekazanie zaleceń.

W toku komunikacji z pacjentem personel medyczny nie powinien upominać czy ganić pacjenta, gdyż może to wywołać u niego opór czy niechęć do leczenia. Medyk nie może też ignorować komunikatów pacjenta i przerywać jego wypowiedzi, bo może to sprawić, że pacjent zacznie postrzegać swój problem jako mniej istotny, a nawet może poczuć się odrzucony i niezrozumiany. Lekarz powinien unikać moralizowania (może wywołać gniew u pacjenta), zbytniego wypytywania czy też nakazywania (może nasilić bezradność, lęk oraz niechęć). Nieodpowiednie może okazać się też zbyt „płytkie" pocieszanie pacjenta (pacjent może czuć się niezrozumiany

[15] Jarosław Barański, „Interakcja lekarz–pacjent", w *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, red. Jarosław Barański i Włodzimierz Piątkowski (Wrocław: Oficyna Wydawnicza Atut – Wrocławski Wydawnictwo Oświatowe, 2002), 158–161.

[16] Małgorzata Kaczor i Alicja Michalak, „Przychodzi pacjent do lekarza... czyli psychologiczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem", dostęp 1 maja 2025, https://www.sztukaleczenia.pl/pub/2010/4_MKaczor_AMichalak.pdf.

i ignorowany)[17]. Komunikacja werbalna powinna opierać się też na słuchaniu, w którym słyszy się drugą osobę. Istotne, by było ono twórcze, czynne, wrażliwe, uważne, „pełne empatii i nieosadzające"[18]. Nie chodzi więc tylko o słyszenie słów, ale też o usłyszenie przekazu, który rozmówca chce przekazać. Warto przy tym pamiętać, by nie oceniać tego, co mówi pacjent, i okazywać mu akceptację i uwagę. W komunikacji werbalnej pomocne jest również parafrazowanie wypowiedzi pacjenta, które sprawia, że czuje się on usłyszany, zrozumiany i zaakceptowany. Medyk nie powinien obawiać się momentów ciszy; w niektórych sytuacjach jest ona cenniejsza niż słowa, bo niesie za sobą ważniejsze informacje.

W rozmowie z pacjentem istotne są nie tylko same słowa, ale też to, w jaki sposób są one przekazywane. Komunikacja niewerbalna, czyli ekspresja mimiki, ton głosu, gesty, mowa ciała, niesie za sobą znaczenie, jeśli chodzi o przekazywanie informacji medycznych, oraz informuje o stanie psychofizycznym pacjenta. W przeszłości zarówno lekarze, jak i uzdrowiciele stawiali diagnozy na podstawie obserwacji stanu pacjenta, nie opierając się jedynie na jego słowach. Pacjenci również potrafią odczytywać komunikaty niewerbalne, które są do nich wysyłane w gabinecie lekarskim. „Lekarze, którzy wykazują wrażliwość na mowę ciała i postawę pacjentów wyrażające ich emocje, są oceniani"[19]. Podstawową funkcję w komunikacji niewerbalnej zajmuje dotyk, który jest nie tylko sposobem na to, by zbadać pacjenta, ale ma on także wymiar symboliczny: pokazuje troskę, wsparcie oraz zaangażowanie medyka. Równie istotny jest kontakt wzrokowy, który może sprawić, że pacjent w sposób bardziej otwarty i szczery będzie komunikował się w gabinecie lekarskim. Należy jednak pamiętać, że zbyt długie i uporczywe wpatrywanie się w niego albo unikanie kontaktu wzrokowego mogą spowodować wzrost niepokoju oraz lęku. Pacjent zwraca ponadto uwagę na wyraz twarzy personelu; mimika jest nośnikiem emocji i „narzędziem", dzięki któremu można okazać pacjentowi wsparcie czy troskę. Nie można też zapomnieć o znaczeniu modulacji głosu. Lekarz, który udziela pacjentowi pomyślnych informacji dotyczących jego leczenia, wpływa na redukcję jego niepokoju, jest to istotne zwłaszcza przed ważnym zabiegiem, któremu chory będzie poddany, dlatego zaleca się ich podawanie ciepłym, uspokajającym głosem. Lekarz również analizuje komunikaty niewerbalne takie jak mimika, ton głosu, bo są one nośnikiem informacji na temat stanu zdrowia pacjenta.

[17] *Ibidem*.
[18] *Ibidem*.
[19] *Ibidem*.

Etyczne aspekty komunikacji medycznej i ich wpływ na proces zdrowienia pacjenta

Medycyna to szczególna dziedzina z punktu widzenia etycznego, ponieważ następuje tu spotkanie z jedną z najważniejszych – o ile nie najważniejszą – wartości: ludzkim zdrowiem. Bezpośrednio oddziałuje to na jakość i długość życia człowieka. Dlatego dotykając kwestii komunikacji w medycynie, warto zastanowić się nad etycznymi aspektami, które wpływają na proces powrotu do zdrowia pacjenta. Są one dostrzegalne już podczas komunikacji na linii medyk–pacjent.

Jednym z najważniejszych aspektów etycznych, które obowiązują w medycynie, jest poszanowanie *autonomii pacjenta*, z którą wiąże się np. wyrażenie świadomej zgody na leczenie – na wszystkie interwencje medyczne, którym poddany jest pacjent. Należy zaznaczyć, że zgoda ta jest dobrowolna. Pacjent ma również prawo do otrzymania informacji o swoim stanie zdrowia, ukazywane mu są wszystkie ewentualne metody leczenia, omawia się też stopień ryzyka podjęcia terapii w stosunku do korzyści. Niemniej ważną jest kwestia *szacunku oraz godności* pacjenta, każdy bowiem, niezależnie od wieku, pochodzenia, płci, orientacji seksualnej, ma prawo do bycia traktowanym z należytym szacunkiem i godnością. Godność bowiem przynależy każdej osobie ludzkiej z samego faktu bycia człowiekiem, powiązana jest ona również z wolnością i podmiotowością.

> Istotą godności człowieka jest jego podmiotowość, a więc swoboda postępowania zgodnie z własną wolą oraz wewnętrznego samookreślenia i kształtowania otoczenia stosownie do owej autonomii. Oczywiście autonomia jednostki musi uwzględniać autonomię innych ludzi i nie oznacza braku ograniczeń swobody postępowania. W tym sensie zasada godności jest punktem wyjścia, fundamentem dla zasady wolności[20].

Komunikacja musi zatem opierać się na szacunku do pacjenta i nie może naruszać jego godności. Nie można pominąć *zasady poufności*, która dotyczy tajemnicy lekarskiej. Informacje o stanie zdrowia i przebiegu leczenia pacjenta są tajne i mogą być wykorzystane tylko w nadzwyczajnych sytuacjach, przewidzianych zapisem prawnym bądź wówczas, gdy pacjent wyrazi zgodę na poinformowanie jego rodziny. Zarówno treści werbalne, jak i dokumentacja objęte są zasadą poufności. W procesie leczenia fundamentalną kwestią wydaje się *empatia* – umiejętność wczuwania się w stany emocjonalne, przeżywane przez drugą osobę. Podczas komunikacji z pacjentem

[20] Jacek Pawłowicz, „Godność człowieka fundamentem jego wolności", *Ukraińska Polonistyka*, nr 9 (2012): 3.

to właśnie empatyczne zdolności lekarza pozwalają na lepsze zrozumienie potrzeb chorego. Empatia pozwala również na spojrzenie na pacjenta jak na człowieka, a nie tylko przypadek medyczny. Dzięki empatii medyk może trafniej dopasować plan leczenia. Empatia to nie tylko współczucie, to także umiejętność słuchania w sposób aktywny, skoncentrowany na potrzebach rozmówcy. Umożliwia lekarzowi zrozumienie tego, jaki jest tymczasowy stan pacjenta i całościowa historia jego terapii. Empatyczny lekarz lepiej radzi sobie z negatywnymi sytuacjami, co pozwala uzyskać lepsze rezultaty leczenia.

Komunikując się z pacjentem, lekarz powinien mieć świadomość tego, że jego empatię można odczuć. Pacjent, odbierając komunikaty niewerbalne, takie jak dotyk, ton głosu, gesty, spojrzenie, może odczuć to, czy lekarz okazuje mu empatię. „To nie tylko kwestia słów, ale także mowy ciała, tonu głosu i gestów. Pacjenci czują się bardziej zrozumiani, gdy widzą, że lekarz lub personel medyczny naprawdę przejmuje się ich stanem zdrowia i dobrostanem [...]. Skuteczne techniki komunikacyjne, takie jak aktywne słuchanie, zadawanie otwartych pytań i potwierdzanie zrozumienia, pomagają w wyrażaniu empatii w sposób konkretny i praktyczny”[21]. Równie istotne jak empatia jest też *współczucie*, które ma wpływ na różne aspekty zdrowia i szybsze zdrowienie, bowiem współczucie otrzymywane zarówno od rodziny, jak i medyków może przyczynić się do lepszego reagowania na leczenie i oddziaływania medyczne. Osoby, które chorują przewlekle bądź zmagają się z niepełnosprawnością, dzięki współczuciu i wsparciu emocjonalnemu mogą lepiej radzić sobie z ograniczeniami, bo czują, że są zrozumiane. Zarówno empatia, jak i współczucie w pozytywny sposób wpływają na całość leczenia i powodują, że pacjent szybciej dochodzi do zdrowia, bo chory bardziej angażuje się w proces leczenia, czuje się jego uczestnikiem oraz osobą współodpowiedzialną za terapię[22]. Komponent etyczny zawiera się też w *jasnej komunikacji*, przejawiającej się w tym, że medyk używa języka dostosowanego do możliwości poznawczych pacjenta, a niezrozumiałe terminy medyczne odpowiednio wyjaśnia. Lekarz powinien się upewnić, czy chory zrozumiał jego komunikat, i w razie wątpliwości wytłumaczyć niejasności, tak by pacjent był poddany efektywnemu leczeniu, które przyniesie dobry efekt terapeutyczny. W procesie leczenia niezwykle istotną rolę ma prawda o stanie zdrowia, o ile lekarzy dysponuje

[21] „Rola empatii i współczucia w procesie leczenia: Jak wspierać pacjentów na każdym etapie?” Fundacja Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, 9 października 2023, dostęp 20 maja 2025, https://www.humanizacjamedycyny.pl/6138/rola-empatii-i-wspolczucia-w-procesie-leczenia-jak-wspieracpacjentów-na-kazdym-etapie.

[22] *Ibidem*.

odpowiednią wiedzą na ten temat. Lekarz musi podać prawdę w ten sposób, by pacjent potrafił ją przyjąć. Andrzej Szczeklik powiedział, że

> lekarz nie powinien ukrywać prawdy przed chorym. Ale też chory nie powinien nagle usłyszeć od lekarza całej prawdy. Istota tkwi w tym, by przedstawić prawdę w odpowiedni sposób. Trzeba się do niej zbliżyć wraz z chorym stopniowo i niekoniecznie znowu do samego końca. Za żadne skarby świata nie należy odbierać nadziei. Ona jest czarodziejką posiadającą magiczną władzę, której każdy pacjent i jego rodzina chwyta się jak tonący koła ratunkowego, jest potężną siłą, która stawia czoła w chorobie[23].

Lekarz, przekazując pacjentowi prawdę o chorobie nieuleczalnej, powinien przekazać mu prawdziwą informację na temat jakości choroby, metod terapii i rokowań w takim wymiarze, jaki jest niezbędny, by szanować godność człowieka i móc z nim współpracować. W przekazie prawdy trzeba unikać przekazywania wiedzy, którą można określić jako zbędną, po to, by nie wywoływać nadmiernego niepokoju u pacjenta. Gdy pacjent prosi, by przekazać mu całą prawdę o chorobie i możliwościach leczenia, lekarz przychyla się do jego prośby, gdy „jest racjonalna gwarancja, że jest on na tę prawdę przygotowany". Ponadto medycyna nie ma charakteru absolutnego, dlatego należy dać pacjentowi nadzieję na to, że jego stan ulegnie poprawie.

Nie można zapomnieć o tym, że *chory powinien być uznany za osobę*, która jest pełnowartościowa, dlatego powinien być traktowany z poszanowaniem jego godności, co samo w sobie tworzy relację i wpływa na przebieg oraz rezultat leczenia. Będąc pełnowartościową osobą, chory powinien być *zaangażowany w decyzje dotyczące swojego leczenia*. Ma on prawo poszukiwać dostępnej wiedzy na ten temat, konsultować się z wieloma specjalistami, dokonywać zmiany lekarza, jeśli uzna to za konieczne. Może też nie wyrazić zgody na wykonanie procedur medycznych, które proponuje lekarz, co również jest związane z warstwą komunikacyjną. Z punktu widzenia etycznego bardzo ważne jest, by *podtrzymywać nadzieję*, która jest postrzegana stan radosnego oczekiwania na dobro. Pozwala ona na zachowanie spokoju oraz bezpieczeństwa w trudnych życiowych sytuacjach. Jej utrata często wiąże się z załamaniem psychiki człowieka i szybszym postępem choroby. Należy jednak pamiętać, że lekarz nie powinien budować nadziei, opierając się na banałach, sloganach, bo jej skutki mogą sprawić, że pacjent straci

[23] „Na co chorują lekarze?, rozmowa z prof. A. Szczeklikiem z Collegim Medicum UJ", *Polityka*, nr 40 (2007): 34.

do niego zaufanie[24]. Z podtrzymaniem nadziei wiąże się również wpływ na poziom motywacji u pacjenta do podjęcia i kontynuowania leczenia.

Badania empiryczne – perspektywa lekarzy i pacjentów związana z etycznymi aspektami komunikacji podczas leczenia i ich wpływ na stan pacjentów

Na podstawie przeprowadzonych badań, w których uczestniczyły dwie pacjentki – jedna otrzymała diagnozę schizofrenii, a druga zmaga się z niepełnosprawnością ruchową (mózgowym porażeniem dziecięcym) – można wywnioskować, że znaczenie odpowiedniej komunikacji werbalnej i niewerbalnej miało wpływ na proces terapeutyczny i efekty leczenia obu pacjentek, co potwierdzają i przebadane pacjentki, i lekarze. Jeśli chodzi o komunikację werbalną, może ona sprawić, że pacjent podejmie pracę terapeutyczną; będzie stanowiła czynnik podtrzymujący terapię.

W kontekście komunikacji werbalnej w opinii pacjentek ważna wydaje się umiejętność zadawania pytań, co ma też znaczenie diagnostyczne. Komunikacja werbalna jest też czynnikiem, który buduje relację na linii pacjent–lekarz, ma wpływ na zaufanie powstałe na tej płaszczyźnie, tworzy więzi od początku relacji terapeutycznej, potrafi nawet wpłynąć na decyzję o zmianie lekarza. Na znaczenie komunikacji werbalnej zwracają też uwagę przedstawiciele zawodów medycznych biorący udział w badaniach – fizjoterapeutka i lekarka specjalizująca się w onkologii: według nich ważne jest porozumiewanie się takim językiem, który jest dla pacjenta zrozumiały; w celu obrazowego wyjaśnienia trudniejszych kwestii można wspomóc się stworzoną przez siebie ilustracją. Zdaniem onkolożki należy w sposób przemyślany podawać informacje; pacjent powinien znać szczególnie te, które są niezbędne dla prawidłowego przebiegu procesu leczenia, a więc można pomijać nieistotne z punktu widzenia chorego szczegóły medyczne i terminy, których nie przyswoi chociażby ze względu na silne emocje, które towarzyszą diagnozie. Wywiad i rozmowa na temat leczenia, która zawiera plan terapii, są również powiązane z komunikacją werbalną. Istotny też wydaje się sposób komunikacji lekarza z pacjentem już podczas pierwszej wizyty i stawianie na niej, wydawać by się mogło, niekorzystnych i przedwczesnych rokowań. Znaczenie komunikacji werbalnej podkreślają też medycy. Ważny jest czas i cierpliwe odpowiadanie na pytania pacjenta

[24] Wiesław Przyczyna, „Prawda i prawdomówność w relacjach lekarz–pacjent", w *Porozumienie z pacjentem relacja i komunikacja*, red. Jan Doroszewski, Marek Kulus i Andrzej Markowski (Warszawa: Wolters Kluwer, 2014), 28–31.

oraz okazanie wsparcia. W procesie komunikacji między lekarzem a pacjentem komunikaty zaklasyfikowane jako werbalne czy też niewerbalne można odnieść do zagadnień związanych z etyką, dla której szczególne znaczenie ma poszanowanie dla godności pacjenta, a podejmowane działania mają służyć jego dobrostanowi. Szczególne znaczenie w odniesieniu do komunikacji zarówno werbalnej, jak i niewerbalnej wydaje się, że mają jej etyczne aspekty. Jeśli chodzi o etykę lekarską, to jej zasady wywodzą się „z ogólnych norm etycznych"[25]. Fundamentem komunikacji etycznej jest godność każdego człowieka, która jest prawem przyrodzonym. W myśl Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 1948 roku: „Wszyscy ludzie rodzą się wolni i równi pod względem swej godności i swych praw"[26]. Poszanowanie godności pacjenta jest szczególnie ważne, gdy jest on poddawany leczeniu w trakcie hospitalizacji. Jedna z pacjentek doświadczyła nieposzanowania swojej godności podczas pobytu w szpitalu psychiatrycznym, gdzie została unieruchomiona; było to związane w dużej mierze z komunikacją, a więc z kwestią przekazania diagnozy, sprecyzowania celu leczenia, wyjaśnienia pacjentowi zasadności zaproponowanej terapii i farmakoterapii. Pomocne podczas rozmów terapeutycznych mogą się okazać również przykłady innych pacjentów, których stan się poprawił. To, na co zwracają jednak uwagę badani medycy: należy unikać porównań, ponieważ każdy organizm ludzki reaguje w odmienny sposób na leczenie. W celu zachęcenia pacjenta do kontynuowania terapii lekarz może porozmawiać z jego bliską rodziną, jednak nie zawsze przynosi to oczekiwany rezultat. Przykładem może być historia drugiej pacjentki, chorującej onkologicznie: nie chciała ona podjąć leczenia. Medyk może zadziałać demotywująco na pacjenta poprzez stawianie diagnoz nieuprawnionych, bez wcześniejszego dogłębnego zapoznania się ze stanem pacjenta, lub przez stosowanie kwantyfikatorów wielkich, takich jak np. „nigdy", „zawsze"[27]. Miało to miejsce w przypadku pacjentki chorującej psychicznie, która usłyszała, że „nigdy nie wyzdrowieje i skończy w DPS-ie".

W trakcie badań została poruszona również kwestia motywacji. Pacjentki, z którymi zostały przeprowadzone wywiady, stanowią przykład

[25] „Kodeks etyki lekarskiej", dostęp 20 maja 2025, https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej.

[26] Ewa Kołodziejek, „Etyczność języka w komunikacji", w *Poradnik: Jak mówić i pisać o grupach narażonych na dyskryminację. Etyka języka i odpowiedzialna komunikacja*, Inicjatywa Fleishman Hillard, dostęp 20 maja 2025, https://etykajezyka.pl/etyka-jezykowa-i-komunikacja-niedyskryminacyjna.

[27] „Zawsze i nigdy", Bezpieczna przystań. Gabinet psychologiczny, dostęp 20 maja 2025, https://bezpieczna-przestrzen.pl/index.php/2018/11/06/kwantyfikatory-wielkie-zawsze-nigdy.

na to, że odpowiednia komunikacja werbalna i niewerbalna, z zachowaniem zasad etyki, oraz motywacja przejawiająca się w relacji między osobą leczącą a pacjentem mogą w znaczący sposób wpłynąć na poprawę ich funkcjonowania. Warto zaznaczyć, że są to pacjentki dotknięte ciężkimi chorobami – somatyczną i fizyczną, jednak obie przejawiają upór i wolę walki o poprawę jakości swojego życia. Dla obu pacjentek duże znaczenie miała empatia ze strony medyków, traktowanie ich w sposób podmiotowy i budowanie relacji terapeutycznej, która wpływała na kontynuację leczenia.

Fizjoterapeutka oraz lekarka, z którymi zostały przeprowadzone rozmowy, duże znaczenie przypisują roli nadziei w procesie zdrowienia pacjenta; tego, że lekarz nie ma prawa jej odbierać, bo nie potrafi on przewidzieć wszystkich czynników mogących oddziaływać na organizm pacjenta. Jest to też ważne z punktu widzenia etyki. Jeśli chodzi o nawiązanie i podtrzymanie relacji terapeutycznej, istotne są zaufanie oraz etyczne aspekty przejawiające się w komunikacji werbalnej i niewerbalnej, takie jak godność, prawo do informacji, szacunek, które również wpływają na jakość kontaktu między lekarzem a pacjentem. Pacjent bowiem, ufając lekarzowi, nie będzie obawiał się mówić o swoich wątpliwościach, zadawać pytań czy nawet przyznać, że nie stosuje się do zaleceń (wspomina o tym onkolog). W toku leczenia istotny jest wymiar prawdy, który przejawia się m.in. poprzez umiejętne informowanie pacjenta o tym, jak będzie przebiegał proces leczenia oraz jakie są diagnozy.

Z punktu widzenia badanych przedstawicielek zawodu medycznego najważniejsze dla nich zasady etyczne, którymi starają się kierować w swojej pracy, dotyczą postrzegania chorego jako osoby i szanowania jego poglądów; obie kobiety przyjmują założenie etyczne, by „po pierwsze nie szkodzić". W toku rozmowy zostały wymienione kwestie związane ze świadomą zgodą i tym, by nie odbierać pacjentowi nadziei na wyzdrowienie.

W toku przeprowadzonych badań zweryfikowane zostały hipotezy badawcze i na podstawie zgromadzonego materiału można stwierdzić, że komunikacja niewerbalna wpływa na proces leczenia, a nawet może jest ważniejsza niż komunikacja werbalna. Sposób komunikacji werbalnej, a przede wszystkim informowanie o diagnozie i rokowaniach, ma wpływ na końcowy wynik leczenia. W wyniku satysfakcjonującej komunikacji i relacji terapeutycznej, której determinantem jest też komunikacja niewerbalna, pacjentki doświadczyły poprawy swojego stanu zdrowia. Prawdziwa okazała się też hipoteza zakładająca, że osoby wykonujące zawody medyczne mogą poprzez swoje oddziaływania wpłynąć pozytywnie na proces zdrowienia pacjenta, jego motywację oraz siły do leczenia – w wyniku interakcji medycznych, takich jak omówienie planu leczenia, czy nawet ze względu na czynniki osobowościowe lekarza poprawie uległ stan pacjentek. Osoby wykonujące

zawody medyczne są źródłem motywacji pacjenta w procesie zdrowienia w momentach kryzysowych. Hipoteza ta została zweryfikowana w sposób częściowy, bowiem nie zawsze pacjent upatruje motywacji w osobie lekarza, czasem znajduje ją w sobie i swoich przekonaniach lub w innych osobach, w pasji lub w sile wyższej. Jakość relacji na linii pacjent–lekarz jest bardzo istotna dla budowania zaufania podczas procesu leczenia. Zarówno lekarka i fizjoterapeutka, jak i pacjentki potwierdziły zasadność tej tezy; satysfakcjonująca relacja terapeutyczna buduje obopólne zaufanie.

Reasumując, komunikacja medyczna, a w szczególności jej etyczne aspekty, ma wpływ na stan motywacji pacjenta do kontynuowania leczenia oraz pielęgnowania w sobie nadziei na powrót do pełni sił. Odpowiednia komunikacja, zarówno werbalna, jak i niewerbalna, z uwzględnieniem aspektów etycznych, takich jak godność osobowa pacjenta, szacunek, jego prawo do informacji oraz wiara w to, że można mu pomóc dostępnymi środkami medycznymi, sprawiła, że pacjentki, które zgodziły się na udział w badaniach, nie tylko funkcjonują lepiej, ale też nie ustają w drodze do poprawy swojego zdrowia – mimo że w toku ich historii medycznej to właśnie komunikacja z byłymi już lekarzami spowodowała u nich kryzys. Na znaczenie komunikacji zwracają uwagę także badani medycy, którzy w swojej pracy starają się w sposób rozważny porozumiewać z pacjentem, nie stawiać nieuprawnionych diagnoz oraz nie odbierać nadziei. Znamienne wydają się zatem słowa Wiliama Oslera w świetle tematu podjętego w niniejszym artykule: „Praktyka medyczna jest sztuką, a nie zawodem; powołaniem, a nie biznesem; powołaniem, w którym twoje serce będzie ćwiczyło się na równi z głową”[28].

Bibliografia

Aleksandrowicz, Julian. *Sumienie ekologiczne*. Warszawa: Wiedza Powszechna, 1988.

Barański, Jarosław. „Interakcja lekarz–pacjent”. *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, redaktorzy Jarosław Barański i Włodzimierz Piątkowski, 158–16. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Atut – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, 2002.

Barański, Jarosław, i Włodzimierz Piątkowski, red. *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Atut – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, 2002.

Monge Sánchez, Miguel Ángel, red. *Etyka w medycynie*. Warszawa: MediPage, 2012.

Pawłowicz, Jacek. „Godność człowieka fundamentem jego wolności”. *Ukraińska Polonistyka*, nr 9 (2012): 3.

[28] „Konsultacje”, Joanna Gawlikowska – psychiatria, dietetyka i medycyna estetyczna, dostęp 30 października 2025, https://joannagawlikowska.pl/konsultacje.

„Na co chorują lekarze?, rozmowa z prof. A. Szczeklikiem z Collegim Medicum UJ", *Polityka*, nr 40 (2007): 34–37.

Piątkowski, Włodzimierz. „Zdrowie jako zjawisko społeczne". W *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, redaktorzy Jarosław Barański i Włodzimierz Piątkowski, 15–17. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Atut – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, 2002.

Przyczyna, Wiesław. „Prawda i prawdomówność w relacjach lekarz–pacjent". W *Porozumienie z pacjentem. Relacja i komunikacja*, redaktorzy Jan Doroszewski, Marek Kulus i Andrzej Markowski. Warszawa: Wolters Kluwer, 2014.

Starzyńska-Kościuszka, Ewa. „Holistyczna (całościowa) koncepcja zdrowia. Zdrowie jako wartość". *Humanistyka i Przyrodoznawstwo*, nr 16 (2010): 319–326.

Wrona-Polańska, Helena. „Zdrowie – psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomagania". *Sztuka Leczenia*, nr 1–2 (2006): 19–31.

Netografia

„Choroba". W *Wielki słownik języka polskiego*. Dostęp 30 kwietnia 2025. https://wsjp.pl/haslo/podglad/11815/choroba/4758918/organizmu.

„Czy z poważnej choroby może wyniknąć coś dobrego". Fundacja Dobro Powraca. Dostęp 30 kwietnia 2025. https://dobropowraca.pl/baza-wiedzy/czy-z-powaznej-choroby-moze-wyniknac-cos-dobrego.

Kaczor, Małgorzata, i Alicja Michalak. „Przychodzi pacjent do lekarza… czyli psychologiczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem". Dostęp 1 maja 2025. https://www.sztukaleczenia.pl/pub/2010/4_MKaczor_AMichalak.pdf.

„Kodeks etyki lekarskiej". Dostęp 20 maja 2025. https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej.

Kołodziejek, Ewa. „Etyczność języka w komunikacji". W *Poradnik: Jak mówić i pisać o grupach narażonych na dyskryminację. Etyka języka i odpowiedzialna komunikacja*. Inicjatywa FleishmanHillard. Dostęp 20 maja 2025. https://etykajezyka.pl/etyka-jezykowa-i-komunikacja-niedyskryminacyjna.

„Konsultacje", Joanna Gawlikowska – psychiatria, dietetyka i medycyna estetyczna. Dostęp 30 października 2025. https://joannagawlikowska.pl/konsultacje.

Kowalska, Agnieszka J., Mirosław J. Jarosz, Jarosław Sak, Jakub Pawlikowski, Rafał Patryn, Anna Pacian i Anna Włoszczak-Szubzda. „Etyczne aspekty komunikacji lekarz–pacjent". *Medycyna Ogólna* 16, nr 3 (2010): 427–435. Dostęp 30 kwietnia 2025. https://www.monz.pl/pdf-73196-10018?filename=Etyczne%20aspekty.pdf.

„Rola empatii i współczucia w procesie leczenia: Jak wspierać pacjentów na każdym etapie?" Fundacja Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. 9 października 2023. Dostęp 20 maja 2025. https://www.humanizacjamedycyny.pl/6138/rola-empatii-i-wspolczucia-w-procesie-leczenia-jak-wspieracpacjentów-na-kazdym-etapie.

„Zawsze i nigdy". Bezpieczna przystań. Gabinet psychologiczny. Dostęp 20 maja 2025. https://bezpieczna-przestrzen.pl/index.php/2018/11/06/kwantyfikatory-wielkie-zawsze-nigdy.

Etyczne aspekty komunikacji z pacjentem. Jej wpływ na motywację pacjenta i proces leczenia

Streszczenie

Artykuł oscyluje wokół kwestii związanych z komunikacją i tym, jaki mają one wpływ na relacje terapeutyczną między lekarzem a pacjentem w procesie leczenia. W pracy poruszane są problemy dotyczące definicji i wartości zdrowia oraz choroby.

Autorka koncentruje swoje rozważania na etycznych aspektach komunikacyjnych, takich jak autonomia pacjenta, szanowanie go oraz jego godności. Poruszona jest też kwestia poufności w trakcie terapii czy też wartość empatii oraz współczucia, którymi powinien kierować się lekarz w relacji z pacjentem. W artykule nawiązano też do etycznego wymiaru nadziei podczas leczenia.

Dopełnieniem rozważań teoretycznych są wnioski z badań empirycznych – wywiadów pogłębionych przeprowadzonych przez autorkę z dwiema pacjentkami oraz dwiema kobietami wykonującymi zawody medyczne, które podzieliły się doświadczeniami związanymi z kwestiami komunikacyjnymi i ich wpływem na przebieg i rezultat leczenia.

Słowa kluczowe: komunikacja, etyczne aspekty leczenia, motywacja, rezultat leczenia

Martyna Czeluśniak – ukończyłam studia magisterskie na kilku kierunkach z obszaru nauk humanistycznych i społecznych m.in. socjologia, pedagogika oraz etyka – mediacje i negocjacje, a także studia podyplomowe z zakresu personalizmu i logoterapii w wychowaniu i nauczaniu. Moje zainteresowania naukowe obejmują relację humanistyki i medycyny, aspekty psychologiczne i motywacyjne oraz ich wpływ na życie człowieka, a także edukację alternatywną.

Ethical Aspects of Communication with Patients: Its Impact on Patient Motivation and the Treatment Process

Abstract

The paper oscillates around communication issues and how they affect the therapeutic relationship between doctor and patient in the treatment. The paper addresses issues concerning the definition and value of health and illness.

The author focuses her reflections on ethical aspects of communication, such as patient autonomy, respect, and dignity. It also addresses the issue of confidentiality in therapy and the value of empathy and compassion that should guide the doctor in his/her relationship with the patient. The article also addresses the ethical dimension of hope during treatment.

The theoretical considerations are complemented by the findings from empirical research – in-depth interviews conducted by the author with two female patients and two medical professionals, who shared their experience related to communication issues and their impact on the course and outcome of treatment.

Keywords: communication, ethical aspects of treatment, motivation, treatment outcome

Martyna Czeluśniak – completed master's degrees in several fields in the humanities and social sciences, including Sociology, Pedagogy, and Ethics – Mediation and Negotiation, as well as postgraduate studies in Personalism and Logotherapy in Education and Teaching. Interested in the relationship between the humanities and medicine, psychological and motivational aspects, and their impact on human life, as well as alternative education.