

mgr KAROLINA NAPIWODZKA

Streszczenie rozprawy doktorskiej: „Działanie komunikacyjne i podejście dyskursywne w relacji lekarz-pacjent”

Przedłożona rozprawa doktorska nosi tytuł "Działanie komunikacyjne i podejście dyskursywne w relacji lekarz-pacjent". Zawiera pięć rozdziałów i przedstawia efekty realizacji następującego głównego celu badawczego: przeanalizowania w sposób teoretyczny, jakie są szanse na dalszy rozwój relacji dialogiczno-partnerskiej pomiędzy lekarzem i pacjentem w kierunku dyskursywnym. Chodzi o taką strukturę relacji, aby jak najpełniej upodmiotowić pacjenta (z uwagi na prawa pacjenta, oparte na nowoczesnej zasadzie indywidualnej autonomii i samostanowienia); by zaprojektować warunki sprzyjające jego możliwie szerokiej partycypacji w procesie podejmowania decyzji medycznych (klinicznych), jednocześnie określając realistycznie ramy instytucjonalne i ograniczenia obiektywne, bądź wynikające ze stanu zdrowia i woli pacjenta. Nie było celem tej rozprawy apologetyczne i dogmatyczne przedstawienie teorii Habermasa, a raczej systematyczna i możliwie zwięzła prezentacja a) interakcji komunikacyjnej jako z jednej strony intersubiektywnej relacji stale i w różnych formułach (m.in. dramaturgicznej) pozwalającej ludzkim podmiotom koordynować rozmaite praktyki (co naturalnie zachodzi także w kontekstach klinicznych), a z drugiej strony – jako obopólnego rozumienia i uznania znaczeń i sensów tego, co ludzie nawzajem przekazują sobie w aktach mowy (co również wydaje się – a przynajmniej powinno wydawać – nieobce w komunikacji klinicznej z udziałem pacjenta, zwłaszcza zaś w relacji między nim a lekarzem); b) prezentacja, na czym polegają, spełnienia jakich elementarnych reguł wymagają, i jak bardzo są przydatne dyskursy (teoretyczny, praktyczny w rozmaitych odmianach, ekplikacyjny, aplikacyjny, itd.). Prezentacja ta celowo niemal zupełnie pomija adaptację dyskursu dla kontekstów prawniczych, która zdominowała studia nad dyskursem w formie, jaka na podstawie pionierskich założeń rozwijał przez ponad pół wieku J. Habermas. Unikanie kontekstów prawniczych (z niewielkimi, zasadnymi wyjątkami) pozwoliło zanalizować najbardziej praktyczne (praktykwalne) założenia dyskursów w roli procedur przydatnych w podejmowaniu decyzji i poszukiwaniu rozstrzygnięć na gruncie medycyny, które również wymagają argumentacyjnego uzasadniania i konsensualnej akceptacji decyzji lub rozwiązań jako „ważnych”, a do dyskursu zgłaszanych z „roszczeniem do ważności” (zarówno w sensie epistemologicznym na gruncie teoretycznych dyskursów, jak i do słuszności i prawomocności na gruncie dyskursów praktycznych).

Oprócz tego centralnego zadania badawczego w rozdziale II przedstawiono ewolucję zakresu, a także form partycypacji pacjenta w kontekstach medyczno-klinicznych (i kliniczno-etycznych) angażujących go w rozmaite interakcje komunikacyjne, aż po modele deliberacyjne i ich ocenę przez J. Habermasa. Z kolei w rozdziale V gruntownie (na gruncie międzynarodowej jak i krajowej literatury przedmiotu oraz stosownych przepisów prawnych i kodeksów etyki lekarskiej) zaproponowana została węższa i szersza formuła „zgody świadomej”. W szerszej formule zgoda świadoma jest zreflektowana i objaśniona dyskursywnie i stanowi integralny element sumy aktów akceptacji na poziomie dyskursu klinicznego z udziałem wszystkich uczestników (uprawnionych lub upoważnionych do takiego udziału). Jednakże świadoma zgoda pacjenta może występować – i de facto rzeczywiście występuje – jako akt samoistny, lecz owa samoistość, odosobnienie, komunikacyjno-dyskursywna izolacja mogą go sprowadzić do słabo zreflektowanego, niemal machinalnego i pełnego rezygnacji gestu aprobaty (lub odmowy). Analiza pokazała, że instytucja „zgody świadomej” jest interpretowana w sposób niejednoznaczny na gruncie rodzimego prawa. Zarazem w kontekście prawa pacjenta do informacji jest czymś niezbywalnym, mającym wielki potencjał, którego realizacja (a także uświadomienie – co było jednym z celów tej pracy) zasługuje na dyskursywne wsparcie. Oprócz zgody pacjenta jako elementu zgody konsensualnej rozważono, w jaki sposób rozstrzygnięcia kliniczne (z udziałem lub bez udziału pacjenta) zamiast wytwarzać i należycie uzasadniać nowe, powszechnie akceptowalne normy (do

czego w gruncie rzeczy powołany jest dyskurs praktyczny zwłaszcza w adaptacjach do kontekstu legislacji i orzecznictwa) – stosuje istniejące już ogólne normy prawne, procedury, protokoły, także normy etyczne właśnie tam, gdzie podejmowane są decyzje dotyczące stanu zdrowia i optymalnego planu leczniczego dla konkretnego pacjenta (konkretnego przypadku). Dyskurs może bowiem służyć wspólnemu (z udziałem pacjenta) doborowi, zbudowaniu i zastosowaniu wobec niego takiego scenariusza leczniczego, że będzie on optymalnej jakości, będzie uwzględniał priorytety czysto biomedyczne (do kategorii biomedycznych eksperci medyczni coraz częściej sprowadzają 'zdrowie') wraz z priorytetami, jakie uosabia pacjent.