

Prawo pacjenta z uszkodzeniem słuchu do informacji medycznej a kwestia świadomej zgody na podejmowanie interwencji medycznych

Marta Makara-Studzińska, Agnieszka Joanna Kowalska

Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy: Respektowanie prawa pacjenta do informacji medycznej jest obowiązkiem lekarza i stanowi warunek właściwej relacji profesjonalista medyczny – pacjent opartej na poszanowaniu podmiotowości chorego oraz prawa do podejmowaniu świadomych, autonomicznych decyzji.

Celem niniejszej pracy jest zatem zwrócenie uwagi czytelnika na rolę i znaczenie prawidłowej komunikacji lekarza z pacjentem (ze szczególnym uwzględnieniem pacjenta niesłyszącego), której wyrazem jest m.in. respektowanie prawa pacjenta do informacji medycznej oraz prawa chorego do poszanowania autonomii.

Skrócony opis stanu wiedzy: Szacunek lekarza względem pacjenta wyrażający się m.in. poprzez umożliwienie choremu świadomego udziału w podejmowaniu decyzji medycznych daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa co w efekcie ułatwia współpracę i skuteczne motywowanie chorego do aktywnego uczestnictwa w trakcie całego procesu leczenia. Szczególne problemy w zakresie respektowania prawa pacjenta do informacji dotyczą chorych dotkniętych dysfunkcjami słuchu. Pacjenci niesłyszący napotykają olbrzymie trudności w kontaktach z pracownikami ochrony zdrowia większości polskich placówek medycznych z uwagi na barierę komunikacyjną uniemożliwiającą w pełni swobodne porozumiewanie.

Podsumowanie: Problematyka przekazywania choremu informacji medycznej oraz odbierania od niego świadomej zgody na interwencje medyczne to niezwykle trudne aspekty relacji lekarz – pacjent, wymagające każdorazowo delikatności, taktu oraz subtelności postępowania profesjonalisty medycznego. Problemy komunikacyjne zachodzące pomiędzy pracownikiem ochrony zdrowia a pacjentem niesłyszącym wymagają wprowadzenia konkretnych rozwiązań na poziomie organizacyjnym (jakie funkcjonują już z powodzeniem w innych krajach) zapewniających pacjentom głuchym możliwość swobodnego korzystania z opieki medycznej.

Słowa kluczowe

prawa pacjenta, informacja medyczna, zgoda pacjenta, interwencje medyczne, głusi

WPROWADZENIE I CEL PRACY

Prawo pacjenta do informacji medycznej jest jednym z fundamentalnych praw pacjenta, a także jednym z podstawowych praw człowieka [1]. Rzetelna informacja o stanie zdrowia [2], rokowaniach, proponowanych i możliwych metodach postępowania medycznego stanowi warunek legalności udzielanej przez pacjenta zgody na wszelkie interwencje medyczne [2]. Obowiązkiem lekarza jest bowiem respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w procesie podejmowania decyzji medycznych (art. 13 ust. 1 KEL) [3]. W świetle art. 5 Europejskiej Konwencji Bioetycznej interwencji medycznej można dokonać wyłącznie po uzyskaniu świadomej i swobodnej zgody pacjenta [4].

W świetle art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści informacja przekazywana przez lekarza powinna być „przystępna” [4, 5]. Bardzo często jednak pacjenci czują się niedoinformowani, wręcz pomijani w procesie podejmowania decyzji medycznych. Przekazywane przez lekarza

informacje są dla nich mało zrozumiałe w związku z czym nie ułatwiają podjęcia świadomej decyzji w przedmiocie podjęcia bądź zaniechania leczenia. Owy deficyt informacji w powiązaniu z brakiem szeroko pojętego wsparcia, a także poczuciem niepewności związanym z chorobą potęguje strach utrudniający efektywną współpracę chorego z zespołem terapeutycznym. Jedyne holistyczne spojrzenie na pacjenta, uwzględniające jego różnorodne problemy, ograniczenia i potrzeby umożliwia profesjonalistom medycznemu otoczenie chorego kompleksową opieką i wsparciem (również informacyjnym) oczekiwanym w sytuacji choroby.

W tym kontekście warto poruszyć problematykę poszanowania prawa pacjenta dotkniętego uszkodzeniem narządu słuchu do informacji medycznej. Osoby niesłyszące funkcjonują w świecie pozbawionym abstrakcji, w związku z czym oczekują od lekarza nader konkretnych, jasnych i precyzyjnych informacji przekazanych w sposób dla nich czytelny, zrozumiały i jednoznaczny.

W naszym kraju żyje kilka milionów osób dotkniętych uszkodzeniem narządu słuchu [6]. Obecnie w Polsce nie istnieje zunifikowana nomenklatura dotycząca uszkodzeń narządu słuchu bowiem dysfunkcję tę badają i opisują przedstawiciele wielu dziedzin nauki, którzy (dla swoich potrzeb)

Adres do korespondencji: Marta Makara-Studzińska, Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Chodźki 15, 20-093 Lublin.

E-mail: mmakara@go2.pl

stosują różnorodne definicje określające uszkodzenie słuchu oraz osoby nimi dotknięte [6]. Warto odnotować jednak, że Międzynarodowe Biuro Audiofonologii (BIAP) podjęło próbę unifikacji pojęć związanych z głuchotą [6]. Zgodnie z zaleceniami BIAP właściwym określeniem stosowanym przez przedstawicieli wszystkich dyscyplin nauki badających dysfunkcję narządu słuchu powinno być pojęcie uszkodzenia słuchu (hearing impairment) oraz osoby z uszkodzonym słuchem (w stopniu lekkim, umiarkowanym, znacznym bądź głębokim) [6].

Osoba dotknięta uszkodzeniem słuchu charakteryzuje się obniżeniem stanu sprawności funkcjonalnej narządu słuchu, utrudniającej, ograniczającej lub uniemożliwiającej codzienne życie, zgodnie z przyjętymi normami prawnymi i zwyczajowymi [6]. Wg klasyfikacji Międzynarodowego Biura Audiofonologii stopień uszkodzenia narządu słuchu określany jest na podstawie tzw. progowego ubytku słuchu mierzonego w decybelach za pomocą audiometru dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz [6]. W zależności od ubytku słuchu wyróżnia się uszkodzenie słuchu w stopniu lekkim (ubytek słuchu >20dB do 40 dB), umiarkowanym (ubytek słuchu >40 dB do 70 dB), znacznym (ubytek słuchu >70 dB do 90 dB) oraz głębokim (ubytek słuchu >90 dB) [6].

Większość przypadków poważnych uszkodzeń narządu słuchu ma miejsce przed 5 rokiem życia (głuchota prelingwalna – powstała w wieku 2-3 roku życia bądź perilingwalna – powstała w okresie opanowywania języka tj. w wieku 3-5 lat) [6]. Wyróżnia się ponadto głuchotę postlingwalną – powstałą po 5 roku życia [6].

Ze względu na ogromne znaczenie sprawności narządu słuchu dla prawidłowego rozwoju osobniczego i społecznego jednostki naturalną konsekwencją utraty słuchu są zaburzenia o charakterze psychologicznym oraz społecznym znajdujące wyraz w nasilających się problemach wychowawczych, dydaktycznych i rehabilitacyjnych [6]. Osoba niesłysząca ze względu na specyfikę swojej niepełnosprawności wymaga kompleksowej pomocy i wsparcia ze strony powołanych do tego instytucji takich jak Polski Związek Głuchych. Wszyscy podopieczni PZG zgłaszają trudności w porozumiewaniu ze słyszącymi jednak największe bariery komunikacyjne napotykają osoby dotknięte głębokim i znacznym stopniem uszkodzenia narządu słuchu (nazywanych głuchymi lub niesłyszącymi) [6, 7]. Idealnym rozwiązaniem byłoby zatrudnienie w każdej instytucji publicznej (również w placówkach ochrony zdrowia) osoby komunikującej się sprawnie w języku migowym.

Celem niniejszej pracy jest zatem zwrócenie uwagi czytelnika na rolę i znaczenie prawidłowej komunikacji lekarza z pacjentem (ze szczególnym uwzględnieniem pacjenta niesłyszącego), której wyrazem jest m.in. respektowanie prawa pacjenta do informacji medycznej oraz prawa chorego do poszanowania autonomii.

OPIS STANU WIEDZY

Przekazywanie choremu informacji na poszczególnych etapach postępowania medycznego służy realizacji jednego z podstawowych praw pacjenta – prawa do informacji medycznej. Podmiotowa relacja lekarza z pacjentem oparta na szczerzej i życzliwej postawie profesjonalisty medycznego daje choremu poczucie bezpieczeństwa i kontroli nad biegiem wydarzeń. Bardzo ważne jest indywidualne podejście

profesjonalisty medycznego do każdego pacjenta. Wskazane jest również dostosowanie zakresu przekazywanych informacji do poziomu intelektualnego pacjenta, jego wieku, stanu zdrowia oraz aktualnego stanu psychicznego tak, by ułatwić choremu podjęcie racjonalnej decyzji co do dalszego postępowania. Warto odnotować, że lekarz może zaniechać informowania chorego o stanie zdrowia bądź o leczeniu na jego wyraźne życzenie (art. 16 ust. 1 KEL). Profesjonalista medyczny może też ograniczyć zakres przekazywanych pacjentowi informacji jeżeli uzna, że przemawia za tym dobro pacjenta – tzw. „przywilej terapeutyczny” (art. 31 ust. 4 UoZL) [3, 4, 5]. Przesłankami dopuszczającymi możliwość zastosowania „przywileju terapeutycznego” są: niepomyślne rokowanie oraz wzgląd na dobro pacjenta (w szczególności na stan psychiczny chorego) [4]. Ocena czy przesłanki dopuszczalności zastosowania instytucji „przywileju terapeutycznego” mają w danym przypadku miejsce należy do samego lekarza, nie istnieją bowiem żadne zobiektywizowane kryteria oceny [4]. Instytucja „przywileju terapeutycznego” znajduje zastosowanie zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów cierpiących na choroby nowotworowe.

Jednym z najbardziej czytelnych przejawów aktywnego udziału chorego w procesie diagnostycznym i leczniczym jest akt udzielania zgody na procedury medyczne. Każde postępowanie medyczne (zabiegawcze, diagnostyczne, lecznicze) wymaga bowiem ważnie wyrażonej, świadomej zgody uprawnionego podmiotu. Najczęściej to sam pacjent podejmuje decyzje w przedmiocie wdrożenia bądź zaniechania leczenia, a w razie gdy nie jest on zdolny do świadomego decydowania konieczna jest tzw. zgoda zastępcza wyrażana przez przedstawiciela ustawowego (art. 15 ust. 1 KEL) [3, 4].

W praktyce lekarza POZ mamy najczęściej do czynienia ze zgodą na badanie wyrażaną w formie ustnej. Wzmoczonej ostrożności, a w związku z tym szczególnej formy, wymagają jednak sytuacje udzielania świadczeń zdrowotnych osobom niepełnoletnim, poszerzania zakresu diagnostyki medycznej, jak również wykonywania drobnych zabiegów [2].

Warto przypomnieć iż osoba faktycznie opiekującą się pacjentem tzw. opiekun faktyczny (np. opiekun na obozie harcerskim) może w świetle prawa wyrazić zgodę jedynie na przeprowadzenie badania osoby małoletniej bądź niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody (art. 32 ust. 3 UoZL) [5]. W razie konieczności dokonania innego niż badanie świadczenia zdrowotnego konieczna jest natomiast zgoda przedstawiciela ustawowego pacjenta (np. rodzica). W przypadku pacjentów, którzy ukończyli 16 rok życia oraz osób całkowicie ubezwłasnowolnionych ale będących w stanie z wystarczającym rozeznaniem wyrazić opinię w sprawie badania bądź innej procedury medycznej, wymagana jest zgoda zarówno przedstawiciela prawnego jak i samego pacjenta – tzw. zgoda podwójna, zwana również w doktrynie zgodą kumulatywną (art. 32 ust. 4 i 5 UoZL) [4,5].

Szczególne problemy w zakresie respektowania prawa pacjenta do informacji medycznej oraz prawa do wyrażania zgody na leczenie dotyczą pacjentów dotkniętych dysfunkcjami narządu słuchu. Dane szacunkowe wskazują iż w naszym kraju żyje około 50 tys. osób niesłyszących, ok. 800 tys. osób dotkniętych uszkodzeniem narządu słuchu w stopniu umiarkowanym oraz ok. 2 do 3 milionów osób z uszkodzeniem słuchu w stopniu lekkim [6]. Głusi napotykają olbrzymie trudności komunikacyjne w kontaktach z pracownikami ochrony zdrowia większości polskich placówek medycznych.

Należy podkreślić, że pacjent niesłyszący ma pełne prawo do uzyskania rzetelnej informacji medycznej (przekazanej w sposób dla niego czytelny i zrozumiały – najlepiej z udziałem osoby posługującej się językiem migowym) bowiem, w większości przypadków, jest on zdolny do jej przyjęcia i zrozumienia.

Warto zaznaczyć, że pacjenci niesłyszący pomimo pewnych ograniczeń związanych z dysfunkcją narządu słuchu bardzo często odznaczają się znaczną zaradnością życiową, wykonują pracę zarobkową (uwzględniającą rzecz jasne ograniczenia związane z głuchotą), a w związku z tym nie można traktować ich jako osoby ułomne, niemogące z rozeznaniem decydować o swoim zdrowiu. Bezwzględnie niedopuszczalne jest dyskryminowanie pacjentów niesłyszących.

Problemy w komunikacji z pacjentem niesłyszącym aktualizują się zwłaszcza w sytuacji konieczności przekazania choremu informacji medycznej i odebrania od niego ważnie wyrażonej, poinformowanej (informed consent) zgody na interwencje medyczne. Dość często lekarze POZ spotykają się w swojej praktyce z niesłyszącymi dziećmi niesłyszących rodziców. Przeprowadzenie wywiadu lekarskiego, wyrażenie zgody na badania oraz zabiegi medyczne, a następnie przekazywanie zaleceń lekarskich jest w takich przypadkach bardzo utrudnione. Nieoceniona okazuje się wówczas rola tłumacza języka migowego, który ułatwi kontakt lekarza z małoletnim pacjentem i jego rodziną.

Niejednokrotnie osoby głuche odmawiają współpracy z zespołem terapeutycznym ze względu na nieufność i strach potęgowane trudnościami we wzajemnym porozumieniu i zrozumieniu. Obecność tłumacza języka migowego (bądź pracownika ochrony zdrowia przeszkolonego w tym zakresie), który wyjaśni choremu zasadność procedury medycznej jest wówczas niezastąpiona. System kształcenia przyszłych pracowników ochrony zdrowia, a zwłaszcza lekarzy, lekarzy dentyistów, ratowników medycznych, pielęgniarek, fizjoterapeutów, ale również rejestratorów medycznych i pracowników administracyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia, którzy pozostają w bezpośrednim kontakcie z pacjentem powinien zatem uwzględniać elementarne umiejętności porozumiewania się z niesłyszącymi pacjentami w języku migowym (tj. zawierającym znaki zaczerpnięte z klasycznego języka migowego oraz gramatykę języka narodowego) [6, 7, 8].

Przed każdym zabiegiem operacyjnym lekarz ma nie tylko powinność ale i obowiązek przeprowadzenia z chorym rozmowy w trakcie której wyjaśnienia mu cel i rodzaj proponowanego leczenia, przewidywane korzyści wynikających z zastosowania konkretnej metody terapii, stopień ryzyka związanego z planowaną procedurą medyczną [8], a także informuje o możliwościach zastosowania alternatywnych metod postępowania medycznego, jeżeli takowe istnieją (art. 13 ust. 3 KEL) [3, 4]. Wszystkie te informacje są pacjentowi niezbędne do świadomego i pełnego udziału w procesie leczenia. W przypadku wyrażania przez pacjenta zgody na procedury medyczne związane z podwyższonym ryzykiem dla zdrowia bądź życia chorego, niezbędna jest szczególnie rzetelna informacja medyczna. W sytuacji gdy pacjentem jest osoba niesłysząca bezwzględnie konieczna jest obecność tłumacza języka migowego, który nie tylko umożliwi przekazanie choremu informacji medycznych ale również upewni lekarza w przekonaniu, że pacjent zrozumiał treść przekazu, a jego zgoda jest w pełni świadoma.

Zgoda pacjenta podjęta z dostatecznym rozeznaniem i odnotowana w dokumentacji medycznej jest nie tylko podsta-

wowym warunkiem zgodnego z prawem działania lekarza, ale także ważnym kryterium oceny moralnej jego poczynań i intencji [9, 10]. W tym kontekście należy zwrócić uwagę na procedury tzw. podwyższonego ryzyka, kiedy konieczne jest odebranie od pacjenta zgody wyrażonej w szczególnej formie [11]. W przypadku konieczności wykonania zabiegu operacyjnego bądź metody leczenia/ diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta wymagana jest bowiem zgoda pisemna (art. 34. UoZL) [5].

Podejmowanie przez lekarza jakichkolwiek czynności medycznych z pominięciem etapu uzyskania uprzedniej zgody kompetentnego podmiotu dopuszczalne jest wyjątkowo w przypadkach wskazanych w ustawach (art. 15 ust. 3 KEL) [3, 12]. Są to tzw. stany niecierpiące zwłoki, kiedy stan oczekiwania wynikający z podjęcia kroków w kierunku uzyskania zgody kompetentnego podmiotu groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia (art. 34 ust. 7 UoZL) [5]. Do stanów nadzwyczajnych, o których warto wspomnieć należy m.in. sytuacja tzw. „rozszerzenia pola operacyjnego”, czyli konieczności zmiany zakresu procedury medycznej wynikającej z niespodziewanego pojawienia się nieprzewidzianych okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby choremu niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a niezwłoczne uzyskanie zgody pacjenta bądź jego przedstawiciela ustawowego nie jest możliwe [13-16].

Lekarski obowiązek informowania pacjenta o stanie jego zdrowia, dostępnych metodach leczenia i prognozach będący podstawą świadomego udzielonej zgody na procedury medyczne (zwanej w doktrynie zgodą „poinformowaną” bądź „oświeconą”) pozostaje w nierozdzielalnym związku z bezwzględnym obowiązkiem niesienia pomocy lekarskiej wyrażającej się w ratowaniu życia i zdrowia chorego. Wszelkie działania lekarza powinny mieć zatem na względzie przede wszystkim troskę o pacjenta w myśl zasady *salus aegroti suprema lex esto* (art. 2 ust. 2 KEL) [3].

PODSUMOWANIE

Problematyka informowania chorego o stanie jego zdrowia oraz odbierania świadomej zgody na interwencje medyczne to niezwykle istotne aspekty relacji lekarz-pacjent [12]. Ważne jest aby informacja udzielana pacjentowi była rzetelna, dla chorego zrozumiała – udzielona wyłącznie w bezpośrednim, otwartym kontakcie pacjent – lekarz (broszury i ulotki informacyjne mogą pełnić wyłącznie rolę pomocniczą) [17]. Zgoda na zabieg medyczny musi być konkretna, szczegółowa, wyrażona z dostatecznym rozeznaniem i dobrowolna [17].

Osoby dotknięte dysfunkcjami narządu słuchu ze względu na znaczne trudności komunikacyjne jakie napotykają w placówkach ochrony zdrowia bardzo niechętnie odwiedzają gabinety lekarskie, a na hospitalizację decydują się w ostateczności. Niesłyszące kobiety z obawy przed barierą komunikacyjną rzadko zgłaszają się na profilaktyczne badania ginekologiczne [7]. Tłumacz języka migowego niezbędny jest zatem we wszystkich placówkach medycznych, do których zgłaszają się osoby potrzebujące pomocy: gabinety lekarskie, psychoterapeutyczne, stomatologiczne, sale porodowe, izby przyjęć, oddziały szpitalne itd. Jedynie rzetelne tłumaczenie umożliwi pacjentowi niesłyszącemu dostęp do pełnej informacji medycznej i daje mu poczucie bezpieczeństwa

zwłaszcza w sytuacji stresowej jaką jest pobyt w szpitalu, na izbie przyjęć czy na sali porodowej [18]. Tłumacz języka migowego niejednokrotnie staje się dla osoby głuchej przewodnikiem po skomplikowanej rzeczywistości i cennym doradcą w trudnych sytuacjach życiowych [18].

W krajach, w których na finansowanie opieki medycznej przeznaczane są środki nieporównywalnie większe niż w Polsce, osoby niesłyszące mają zagwarantowane z urzędu tłumaczenia tłumaczy języka migowego, dzięki czemu nieliczne są przypadki negatywnych skutków nieważnych oświadczeń woli [19]. W każdej szwedzkiej placówce medycznej (na wypadek wizyty głuchego pacjenta) zatrudniony jest tłumacz języka migowego [20] co niezwykle ułatwia prace personelu medycznego oraz gwarantuje osobie niesłyszącej możliwość swobodnego komunikowania za pośrednictwem osoby tłumacza. W naszym kraju język migowy znają nieliczni pracownicy ochrony zdrowia [20]. Problematiczny jest również fakt, że głusi zwykle słabo czytają i piszą co dodatkowo istotnie utrudnia kontakt lekarza z niesłyszącym pacjentem [20]. Obecność tłumaczy języka migowego w placówkach ochrony zdrowia jest zatem jednym z istotnych gwarantów realnego przestrzegania praw przysługujących niesłyszącym pacjentom. W Polsce problematyka respektowania prawa pacjenta niesłyszącego do informacji medycznej i świadomego wyrażania zgody na procedury medyczne wciąż pozostaje w fazie projektów na przyszłość, stanowiąc prawdziwe wyzwanie dla środowiska lekarskiego, prawniczego oraz całego społeczeństwa [19].

Prawa pacjenta dotkniętego uszkodzeniem narządu słuchu wymagają wzmożonej ochrony ze względu na rodzaj i specyfikę dysfunkcji utrudniającej głuchym samodzielne, skuteczne zabieganie o respektowanie ich praw. Jesteśmy obecnie na etapie kreowania racjonalnego rozwiązania, które umożliwi osobom niesłyszącym swobodne korzystanie z opieki medycznej pomimo istnienia bariery komunikacyjnej.

Rola i znaczenie tłumaczy języka migowego jest wciąż niedoceniana i niedofinansowana. Należy jednak pamiętać, że dopóki głusi będą pozostawali bez opieki tłumaczy ich prawa w placówkach ochrony zdrowia nie będą w pełni chronione i respektowane.

PIŚMIENNICTWO

1. Wroński K, Cywiński J, Depta A, Bocian R, Dziki A. Czy pacjenci są dobrze informowani o stanie swojego zdrowia przez lekarzy? *Współcz Onkol* 2008;12(5):234-239.
2. Jurek T, Świątek B. Prawne aspekty relacji lekarz-pacjent w praktyce lekarza rodzinnego. *Przew Lek* 2008;(1):261-264.
3. Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. (tekst jednolity; zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy).
4. Świdarska M. Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Toruń: Wydawnictwo Dom Organizatora 2007, p.43-53,96:153-158.
5. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry Dz.U. 1997 Nr 28, poz. 152 z późn. zm.
6. Szczepankowski B, Koncewicz D. Język migowy w terapii. Łódź: Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Łodzi/ Edukacyjna Grupa Projektowa; 2008. p.7-35.
7. Szarkowska E. Język migowy znają tylko nieliczni pracownicy służby zdrowia. <http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/1238,%C4%99zyk,migowy,znaj%C4%85.html> (dostęp:2011.07.16).
8. Wagner RA. Informed Consent. http://www.emedicinehealth.com/informed_consent/article_em.htm (dostęp: 2011.07.17)
9. Wroński K. Obowiązek lekarzy do informowania chorych o ryzyku i skutkach zabiegu operacyjnego. *Onkol Pol* 2008;11(1):26-28.
10. Atras A, Patryn R, Marczewski K. Procesy diagnostyczno-lecznicze a potrzeba udzielenia zgody przez pacjenta w opinii lekarzy. *Prz Lek* 2007;64(7/8):525-527.
11. Chmielewski H, Dębiec J, Kasprzak B. Aspekty prawno-medyczne zgody pacjenta. *Aktual Neurol* 2003;3(3):232-235.
12. Błaszczuk J, Szymański P, Lesiak P, Nienartowicz M. Świadoma zgoda chorego – kiedy konieczne jest pisemne potwierdzenie? *Pol. Med Rodz* 2004;6(3):890-894.
13. Błaszczuk J, Karlic G, Strutyńska-Karpińska M, Markocka-Mączka K. Świadoma zgoda na leczenie. *Adv Clin Exp Med*. 2002;11(1)suppl.1,49-52,sum. – Konferencja naukowa pt. Człowiek, medycyna, kultura fizyczna Wrocław 25-26.04. 2002.
14. Szewczyk K. Bioetyka. Medycyna na granicach życia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2009.p.127.
15. Zajdel J. Prawo medyczne dla kardiologów. Łódź: Wydawnictwo Progress; 2009.p.95.
16. Zajdel J. Prawo w medycynie. Podręcznik dla lekarzy. Łódź: Wydawnictwo Progress; 2007.p.19-20.
17. Świdarska M. Prawo pacjenta do informacji, wyrażenia lub odmowy zgody na interwencję medyczną w świetle nowej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i znowelizowanej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Część I. <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=546> (dostęp:2011.07.16).
18. Bezubik M. Łącznik dwóch światów. <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/73517> (dostęp:2011.07.16).
19. Furman-Łajszczyk K. Zgoda na zabieg medyczny: ani blankietowa, ani dorozumiana. http://prawo.gazetaprawna.pl/artykuly/334053,zgoda_na_zabieg_medyczny_ani_blankietowa_ani_dorozumiana.html (dostęp:2011.07.16)
20. Lisowska B. Ważna umiejętność migania. <http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/6234,wa%C5%BCna,umiej%C4%99tno%C5%9B%C4%87,migania.html> (dostęp:2011.07.16).

The right of a patient with hearing impairment to medical information and the issue of informed consent for undertaking medical interventions

Abstract

Introduction and objective of the study: Respecting a patient's right to medical information is the physician's responsibility and is a prerequisite for a proper relationship between medical professionals and patients, which should be based on respect for the subjectivity of the patient and the right to make informed, autonomous decisions.

The objective of the study, therefore, is to focus attention on the role and importance of proper patient-doctor communication (with particular emphasis on the hearing-impaired patient), which is reflected, among others, by respecting a patient's rights to medical information and the respect for the patient's autonomy.

Brief description of the state of knowledge: Physician's respect for a patient, expressed among others, by facilitating the conscious participation of the patient in medical decision-making, provides the patient with a sense of security which, in turn, simplifies collaboration and effective motivating of the patient to active participation in the treatment process. Specific problems with regard to respecting the patient's right to information concern patients suffering from hearing impairments. Deaf patients face enormous difficulties in dealing with health professionals in the majority of Polish medical facilities, due to the communication barrier that hinders free communication.

Conclusion: The issue of transmitting medical information to patients and receiving informed consent for medical interventions from them is an extremely difficult aspect of the doctor-patient relationship, each time requiring delicacy, tact and subtlety in the conduct of medical professionals. Communication problems occurring between a health worker and a deaf patient require specific solutions at the organizational level (which already operate successfully in other countries) to ensure deaf patients the freedom to use medical care.

Key words

patient's rights, medical information, patient's consent, medical interventions, deaf people