

Izabela Stangierska¹,
Wanda Horst-Sikorska²

¹Katedra i Klinika Endokrynologii,
Przemiany Materii i Chorób
Wewnętrznych, Akademia Medyczna
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
²Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej,
Akademia Medyczna
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono ogólne zasady komunikacji oraz problemy spotykane w relacjach lekarzy z pacjentami. Ponadto określono bariery i błędy popełniane we wzajemnych kontaktach, podkreślono podstawowe zasady przekazywania informacji zaś analizę wpływu cech nadawcy, odbiorcy i kontekstu sytuacyjnego potraktowano jako punkt wyjścia do pracy nad poprawą porozumiewania się. Szczególną rolę przypisano umiejętnościom interpersonalnym lekarzy rodzinnych kształtujących postawy i udział pacjentów w procesie leczenia.

słowa kluczowe: komunikacja, lekarz rodzinny, pacjent

”
**Porozumienie między
lekarzami
a pacjentami wpływa
na wypełnianie zadań
warunkujących
rozwiązywanie problemów
zdrowotnych**

Skuteczna komunikacja obecnie jest bardziej pożądana niż kiedykolwiek przedtem. W czasach wzrastającej złożoności wiedzy, wzrasta potrzeba wyjaśniania i tłumaczenia pacjentom skutków wprowadzania nowych rozwiązań terapeutycznych. Człowiek zmagający się z chorobą chce, aby lekarz mógł mu wyjaśnić, dlaczego zaleca wykonywanie określonych badań, a innych, o których dowiaduje się ze środków masowego przekazu, nie. Dodatkowe wyzwanie stanowi niezadowolająca percepcja społeczna spraw związanych ze środowiskiem medycznym, która częściowo wynika z nieumiejętności szybko i przystępnego upowszechniania ważnych informacji z dziedziny medycyny.

Porozumienie między lekarzami a pacjentami wpływa na wypełnianie zadań warunkujących rozwiązywanie problemów zdrowotnych. Często nie zła wola pacjenta,

lecz niezrozumienie zaleceń lekarskich niweczy całą procedurę terapeutyczną. Niestety, ciągle nie docenia się roli innych, poza farmakologicznymi, środków i narzędzi terapii. Bardzo często o skuteczności działań medycznych decyduje dyscyplina w przestrzeganiu diety, regulacji trybu życia, rezygnacji z nałogu. Jasny przekaz o szczególnym znaczeniu terapii nefarmakologicznej lub umiejętne pozyskanie do współpracy rodziny są bezcennymi i niezastąpionymi narzędziami pracy lekarza.

Celem niniejszego artykułu jest przypomnienie ogólnych zasad komunikacji oraz spotykanych w tym zakresie problemów, których ciągła aktualizacja powinna służyć nie tylko pacjentom, ale także ułatwić pracę lekarzom.

Słowa nie zawsze są nośnikami jednoznacznej informacji. Wszyscy doświadczyli-

Adres do korespondencji:

mgr. psychologii Izabela Stangierska
Katedra i Klinika Endokrynologii, Przemiany
Materii i Chorób Wewnętrznych, Akademia
Medyczna im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu
ul. Przybyszewskiego 49
Poznań
e-mail: izabelastangierska@wp.eu

Copyright © 2007 Via Medica
ISSN 1897-3590

śmy różnorodnego odbioru tych samych stwierdzeń w różnym kontekście, ze strony różnych osób i z inną intonacją. Czasem słowa bywają wręcz zbyteczne; wystarczy wymowne spojrzenie, grymas, a już rozumiemy wszystko. Bywa jednak tak, że nic do siebie nie pasuje: słowa przeczą gestom, wyraz oczu budzi mieszane uczucia. Wtedy rodzi się niepokój, dezorientacja i nie wiemy, jak zareagować, więc najczęściej wycofujemy się z relacji. Wolimy opuścić sytuację nieczytelną, kiedy nie umiemy zinterpretować wysyłanych komunikatów, ponieważ czujemy się zagrożeni.

W procesie przekazywania informacji współuczestniczą trzy czynniki: nadawca, czyli osoba, która przesyła określoną informację; odbiorca, czyli osoba, do której dana informacja jest kierowana, oraz określony kod, czyli sposób przekazu tej informacji — obraz, gest, słowo. Muszą też istnieć 3 ogniwa: aktywne słuchanie, słowne przekazywanie informacji i sygnały niewerbalne (gesty, mimika, ton, układ ciała, organizacja przestrzeni itp.).

Wśród wielu psychologów i lekarzy zajmujących się problematyką komunikacji społecznej na szczególną uwagę zasługuje Eric Berne, który interakcje między ludźmi nazywał transakcjami i stwierdził, że nie wszystkie wśród nich są korzystne.

Te transakcje, które sprzyjają porozumieniu i realizacji wspólnych celów, to interakcje równoległe lub komplementarne, to znaczy otwarte, i takie, w których występuje zgodność intencji nadawcy z interpretacją odbiorcy (np. „Która godzina?...Ósma”). Mniej korzystne są transakcje skrzyżowane, gdzie istnieje rozbieżność między intencją nadawcy a interpretacją odbiorcy (np. lekarz nie odpowiada na zadane pytanie, ponieważ jest zajęty czytaniem kartoteki lub nie usłyszał pytania, a pacjent odbiera to jako sygnał wrogości). Najbardziej destruktywne bywają jednak transakcje z podwójną intencją — jedną jawną, a drugą — ukrytą, zakamuflowaną. Takie transakcje prowadzą do tak zwa-

nej gry, a stąd już bardzo blisko do manipulacji, konfrontacji lub do zerwania kontaktu. Treść każdej rozmowy stanowi poziom jawny, natomiast mowa ciała to przekaz ukryty. Psychologiczny sens ukrytej transakcji jest zawsze zdeterminowany znaczeniem przekazu na poziomie psychologicznym.

Prawie wszyscy stosowali kiedyś „grę” określaną „tak, ale...”, której jawny poziom to gotowość udzielenia pomocy, zaś ukryty to odmowa za pomocą wymówki.

Gry manipulacyjne prowadzą zarówno pacjenci, kiedy swoje niezadowolenie z opieki lekarza okazują nagłym pogorszeniem się samopoczucia wbrew zastosowanemu leczeniu, jak i personel medyczny czy rodzina wobec pacjentów, których należy poinformować o rozpoznaniu ciężkiej choroby. Tę ostatnią grę manipulacyjną określa się słowami „on tego nie znieś”. Jej jawna intencja to ochrona chorego przed niszczącymi emocjami na wiadomość o chorobie, natomiast ukryta i tak naprawdę jedyna prawdziwa — to uniknięcie konfrontacji z jego emocjami w obawie, że nie będzie można im sprostać.

Gry manipulacyjne prowadzą w efekcie do osłabiania więzi, udawania, unikania, pogłębiania poczucia zagrożenia i osamotnienia.

Bywa jednak i tak, że gry manipulacyjne są cennym narzędziem, bardziej przydatnym do poprawy nastroju chorego niż otwarty komunikat. Takim pośrednim „poprawiaczem samopoczucia” może być na przykład wyrażenie zgody na samodzielną wyprawę do łaźienki lub zjedzenie zakazanej potrawy. Jako najskuteczniejszy i sprawdzony sposób porozumiewania się rekomenduje się jednak komunikację otwartą, czytelną, prostą, dopasowaną do możliwości nadawcy i odbiorcy. W im większym stopniu nadawca zna odbiorcę przekazu, jego oczekiwania, możliwości poznawcze, kontekst sytuacyjny, tym trafniej może dobrać słowa i gesty, które ułatwią właściwą interpretację przekazu.

W komunikacji społecznej ważnymi elementami są także intencje i aspekt relacyjny



**Jako najskuteczniejszy
sposób porozumiewania
się rekomenduje się
komunikację otwartą,
czytelną, prostą**



W większym stopniu ufamy treści przekazu niewerbalnego niż tego wyrażonego słowami

przekazu, zakodowany przede wszystkim w komunikatach niewerbalnych. Bywa, że ten aspekt przeważa, zaburzając kontakt. Komunikaty niewerbalne mają bardzo duże znaczenie. W większym stopniu ufamy treści przekazu niewerbalnego niż tego wyrażonego słowami.

Efektywna komunikacja bezpośrednio wpływa na całe nasze życie: rodzinne, zawodowe i towarzyskie. Sztuka porozumiewania się jest ważną, lecz wcale niełatwą umiejętnością, mimo że trenujemy ją od urodzenia, najpierw używając kanałów niewerbalnych, czyli gestów, wzroku, dotyku — tak zwanej mowy ciała, następnie wprowadzając słowa. Choć porozumiewamy się ze sobą przez całe życie, to niełatwo o pełne zrozumienie, a tylko takie gwarantuje dobre relacje między ludźmi. Na przykład, gdy podczas zakupów spotykamy nieuprzejmego sprzedawcę, który nie odpowiada na nasze pytania i zniecierpliwieniem reaguje na prośbę o demonstrację kolejnego towaru, możemy ostro domagać się swoich praw lub po prostu zrezygnować z zakupów w tym sklepie. Dlatego mądrzy przedsiębiorcy w obawie przed utratą klientów i spadkiem dochodów dobierają kadrę pracowniczą, coraz częściej kierując się predyspozycjami osobowościowymi czy umiejętnościami interpersonalnymi kandydatów.

Rolę umiejętności społecznych doceniają także media, urzędy i stopniowo wszystkie miejsca spotkań publicznych, a doradztwo personalne zyskało wysoką rangę zawodową i ważną pozycję w różnych branżach handlowych, produkcyjnych czy urzędniczych. Natomiast nie doczekało się ono należytej pozycji w resortach o szczególnym znaczeniu społecznym, takich jak edukacja czy leczenie, gdzie umiejętności interpersonalne, wrażliwość i empatia powinny stanowić wyjściową bazę zatrudnienia, obok kwalifikacji merytorycznych. Podstawą przyjęcia na studia medyczne wciąż jeszcze jest punktacja w testach weryfikujących wiedzę akademicką. A przecież największe zagrożenie nieodwracalnymi szkoda-

mi, nadużyciami i obustronnymi obciążeniami dotyczy właśnie kontaktów między lekarzem a pacjentem.

Lekarz w swojej pracy nie spotyka się z przypadkiem klinicznym, lecz z żywym człowiekiem, który jest przede wszystkim podmiotem i to o bardzo złożonej i zróżnicowanej konstrukcji.

O tym, jak ważną rolę w procesie leczenia pełnią relacje społeczne, niech świadczy potwierdzony w badaniach naukowych „efekt placebo” w samym kontakcie z lekarzem. Osoba lekarza stanowi istotny element terapii, potrafi właściwie zmotywować pacjenta do walki z chorobą, wyciszyć nadmiernie rozbudowane emocje, przywrócić poczucie kontroli nad objawami, zwiększyć poczucie bezpieczeństwa. To wszystko wymaga pewnych kompetencji psychologicznych, takich jak: empatia, aktywne słuchanie, prowadzenie rozmowy terapeutycznej, odczytywanie sygnałów niewerbalnych i inne. Dlatego przygotowanie lekarzy do prawidłowego komunikowania się z chorymi czy wręcz ich psychologiczna weryfikacja zawodowa powinny stanowić przedmiot zainteresowania szerszych kręgów społecznych. Nieprawdą jest, że w edukacji medycznej całkowicie pomija się tę dziedzinę wiedzy, ponieważ problematyka komunikacji lekarza z pacjentem znalazła już swoje miejsce w programie nauczania, lecz wciąż nie ma ona odpowiedniego znaczenia, a praktyka zawodowa nadal wskazuje na istnienie niedoskonałości.

Wyniki badań pilotażowych prowadzonych w krajach Unii Europejskiej wykazały bardzo niski poziom poprawności komunikowania się lekarzy z pacjentami, jakby w kontakcie z chorymi zanikały nawyki z życia codziennego. Lekarze nie odpowiadali na pytania, nie nawiązywali kontaktu wzrokowego, demonstrowali pośpiech i zniecierpliwienie, wyrażali się nieprecyzyjnie, tak jak w znanym dowcipie:

W gabinecie lekarskim siedzi pacjent. Wchodzi lekarz i w pośpiechu mówi: muszę



Lekarz w swojej pracy nie spotyka się z przypadkiem klinicznym, lecz z żywym człowiekiem

załatwić ważny telefon, a w tym czasie proszę oddać moc do jednego ze słoiów stojących na półce. Wróć za 10 minut. Po 20 minutach lekarz wraca, zastaje zdemolowany gabinet i spoczonego, dyszącego pacjenta: 'Co się stało?' — pyta zdziwiony. 'Myśli pan, że to tak łatwo trafić do słoiika stojącego na półce!' — odpowiada pacjent.

Zdenerwowany pacjent, spieszący się lekarz, nieprecyzyjne polecenie i brak informacji zwrotnej o zrozumieniu przekazu — to podstawowe grzechy komunikacji. Co należy zrobić, aby sposób komunikowania się był efektywny, nie niszczył relacji, lecz je umacniał?

Po pierwsze, trzeba uświadamiać sobie błędy, jakie się popełnia, po drugie, stosować zasady skutecznej komunikacji, a po trzecie, uwierzyć, że samodoskonalenie w tym zakresie przynosi ewidentne korzyści.

Trudno o efektywną komunikację, jeżeli na przykład mówi się zbyt szybko, niewyraźnie artykułuje wyrazy, stosuje wyrażenia żargonowe lub niejasne określenia, a uwagę koncentruje się na wybranych faktach zamiast na całokształcie wypowiedzi. Poważnym utrudnieniem jest też stan psychofizyczny, który doraźnie zmienia sposób postrzegania zdarzeń. Istotnymi barierami utrudniającymi porozumienie są także: domyślanie się, przygotowywanie odpowiedzi, wybiórcze słuchanie i ocenianie. Zbędne jest też krytykowanie i obwinianie rozmówcy, przerywanie mu, szufladkowanie i zasypywanie nadmiarem informacji (tab. 1).

Aby rozpoznać błędy w komunikacji, warto przypomnieć niektóre zjawiska, które utrudniają zrozumienie przekazu zawartego w komunikacie.

Różnice w interpretacji tej samej wypowiedzi przez kilka osób wynikają przede wszystkim z faktu, że każda osoba posiada własny kontekst poznawczy (bagaż doświadczeń), który w sposób nieświadomy wpływa na jej sposób myślenia. Napięcie emocjonalne, lęk, niepewność czy inne okoliczności towarzyszące mogą dodatkowo zakłócać odbiór przekazu.

Najtrudniejszym zadaniem bywa na ogół nawiązanie pierwszego kontaktu, zwłaszcza w sytuacji, gdy nasilone emocje dezorganizują procesy poznawcze (uwagę, pamięć, racjonalne myślenie), wywołują napięcie i obniżają kontrolę zachowania. Wówczas najlepiej najpierw wyciszyć emocje, udzielić wsparcia i dać wyraz pełnej akceptacji przeżyć pacjenta lub odroczyć rozmowę. Ilość informacji powinna być wtedy maksymalnie zredukowana, podana w uproszczonej formie i wielokrotnie powtórzona. Niezbędne będzie także upewnienie się o zrozumieniu przekazu, czyli pozyskanie informacji zwrotnej. Przydatną techniką poprawiającą relacje z pacjentem jest umiejętność dopasowania się do jego stylu bycia, osobowości, zachowania, czyli porozumiewanie się na tych samych falach, co w skrajnej formie nazywa się „techniką kalki” (tab. 2).

Tabela 1

Techniki usprawniające komunikację

- Sprzężenia zwrotne
- Zastosowanie wielu kanałów
- Proste, krótkie komunikaty
- Zasada redundancji (wielokrotne powtarzanie informacji w różnych formach)
- Ankiety
- Ograniczona ilość i kolejność ważnych informacji
- Podkreślanie
- Werbalizacja (nazywanie uczuć własnych i rozmówcy)
- Umiejętność aktywnego słuchania

**”
Decyzję
o kontynuacji rozmowy
najtrafniej wyznaczają
reakcje odbiorcy, zgodnie
z zasadą „podążania
za pacjentem”**

Tabela 2

O wiele lepiej zapamiętuje się informacje, które:

- są podane na początku lub na końcu — efekt zapamiętywania i efekt świeżości
 - są podane w niezwykle sposób
 - mają jakiś związek z zagadnieniami, o których już coś wiemy
 - są często powtarzane
 - są przekazywane z entuzjazmem
- To zdolność do rozumienia uczuć innych i własnych oraz umiejętne z nich korzystanie

Decyzję o kontynuacji rozmowy najtrafniej wyznaczają reakcje odbiorcy, zgodnie z zasadą „podążania za pacjentem”, za jego emocjami, potrzebami, tokiem myślenia.

W sytuacji napięcia najbardziej boimy się milczenia. Wówczas pomocna okazuje się technika wyczekiwania, werbalizacji, nazywania reakcji pacjenta, zadawania pytań („widzę, że trudno Panu/Pani mówić, czy coś Pana/Panią zaniepokoiło, może chce Pan/Pani o coś zapytać?”) czy po prostu towarzyszenia mu.

W kontaktach z pacjentem lekarz wykorzystuje zawsze dwa kanały oddziaływania: czynności instrumentalne, czyli te, które ściśle wiążą się z leczeniem, oraz czynności ekspresywne, to znaczy zaspokajające potrzeby psychologiczne. W momencie gdy czynności instrumentalne mogą wywołać problemy emocjonalne (np. operacja czy inne zabiegi wywołujące niepokój pacjenta), czynności ekspresywne ukierunkowane na stan emocjonalny

mogą przywrócić zakłóconą równowagę. Nic więc dziwnego, że w oczekiwaniach pacjentów wobec lekarzy funkcje instrumentalne mogą schodzić na dalszy plan. Dowodem niech będą wyniki badań kilkusetosobowej grupy chorych, gdzie w ankiecie zawierającej między innymi pytanie: „Jaki powinien być lekarz?” — na pierwsze miejsce wysunęły się wymagania dotyczące funkcji ekspresywnej (tab. 3).

Funkcja ekspresywna to nie tylko uświadomienie na emocje pacjenta, lecz przede wszystkim wyrażanie i odczytywanie własnych emocji. Nie znając bowiem własnych uczuć, nie zrozumiemy, co się dzieje z pacjentem. Często własny lęk czy rozdrażnienie mylnie przypisuje się innym osobom na zasadzie projekcji. Próbując określić czyjeś uczucia, należy zawsze analizować słowa wraz z całym kontekstem wypowiedzi, czyli: tonem głosu, kontaktem wzrokiem, mową ciała. Wszystkie te elementy określa się mianem ekspresji niewerbalnej. Badania komu-

Tabela 3

Cechy relacji lekarz–pacjent

- Intymność (przekraczanie granic, dotyk, tematy intymne)
- Charakter perswazji i negocjacji
- Cel relacji:
 - zdobycie informacji przydatnych w diagnozie i leczeniu
 - przekonanie i pozyskanie pacjenta do współpracy
 - przekazanie niezbędnych informacji dotyczących choroby, leczenia, rokowania i koniecznych badań oraz zabiegów
 - wytworzenie właściwego obrazu choroby
 - ukierunkowanie zachowań, zmian w trybie życia
 - rozwiązanie problemów psychospołecznych
- Indywidualizowany charakter (osobowość lekarza, pacjenta, rodzaj choroby, miejsce i charakter leczenia)

Tabela 4

Cechy poprawnej komunikacji z pacjentem

- Wiarygodność, profesjonalizm i życzliwość
- Indywidualne podejście
- Przewaga słuchania
- Zgodności zachowań werbalnych i niewerbalnych
- Zrozumiałość i prostota przekazu
- Stymulowanie do przekazu zwrotnego
- Poznawanie potrzeb pacjenta i ich zaspokojenie
- Stosowanie pytań otwartych — które dają możliwość swobodnej wypowiedzi
- Zadawanie pytań dotyczących problemów psychologicznych, nie tylko somatycznych
- Zachęcanie do wyjaśniania problemów, które pacjent sygnalizuje tylko ogólnikowo
- Umiejętne posługiwanie się ciszą

nikacji interpersonalnej dowodzą, że poszczególne kanały przekazu informacji mają zróżnicowany wpływ na kształtowanie ogólnej oceny wypowiedzi. O ogólnej ocenie wypowiedzi w 7% decyduje treść wyrażona słowami, w 38% — przekaz zawarty w tonie głosu, a w 55% — przekaz zawarty w mimice twarzy. Komunikacja jest zaburzona, gdy aspekt relacyjny dominuje nad treściowym i nie stosuje się podstawowych zasad poprawnej komunikacji.

Skuteczne porozumiewanie się z otoczeniem zapewni konsekwentne przestrzeganie trzech ważnych reguł: jasności komunikatu (prostego, zrozumiałego słownictwa), jego zwięzłości (skręcanie wypowiedzi) i empatii (umiejętność wczucia się w rolę rozmówcy, jego nastawienia i oczekiwania co do formy i zawartości wysyłanych komunikatów).

O w pełni efektywnej komunikacji można mówić dopiero wówczas, kiedy treść wypowiedzi jest rozumiana zgodnie z intencjami nadawcy przekazu. Niewłaściwe odczytanie intencji z jednej strony, zawoalowane oczekiwania z drugiej to trudności, których wciąż doświadczamy w codziennych kontaktach. Brak oczekiwanej reakcji na wysłany sygnał słowny czy odmowa komunikowania się również są informacją dla odbiorcy. Nie można się „nie komunikować”, zatem nie wszystkie komunikaty będą odbierane zgodnie z naszymi intencjami i zamierzeniami.

Odbiorca będzie oceniać także to, co nie jest do niego adresowane (tab. 4).

Milczenie lekarza zajętego uzupełnianiem kartoteki może stanowić dla pytającego pacjenta sygnał wrogości czy lekceważenia, a ominięcie jego łóżka w czasie wizyty może wywołać poczucie niepokoju i zagrożenia.

Dlatego warto jako stałą zasadę komunikacji przyjąć czytelność działania poprzez wyjaśnianie, na przykład „pan wczoraj dowiedział się o wszystkim, więc dzisiaj nic nie muszę już dodać”.

Stalą tendencją powinno być także nastawienie na odbiór informacji zwrotnych poprzez właściwe odekodowanie sygnału połączone z obserwacją odbiorcy i tak zwane aktywne słuchanie (parafrazowanie wypowiedzi pacjenta, zadawanie pytań, potwierdzanie zrozumienia i uwagi słowami oraz gestami). Aktywne słuchanie służy uzyskaniu wiarygodnych informacji, poznaniu punktu widzenia rozmówcy, jego uczuć, emocji i postaw. Wymaga ciągłego śledzenia toku rozumowania respondenta, przyjmowania jego punktu odniesienia. Jest narzędziem, które pozwala zminimalizować rozbieżności między treścią wypowiedzianą przez nadawcę i odebraną przez odbiorcę. Dzięki technikom aktywnego słuchania lekarz potrafi właściwie dobrać odpowiedni moment do przekazania informacji o chorobie nowotworo-

wej oraz trafnie ocenić zapotrzebowanie na zakres tej informacji. Otwarte pytanie skierowane do pacjenta o aktualną wiedzę o chorobie pozwoli na zweryfikowanie błędnego myślenia i ułatwi trudną rozmowę o przyszłości, da także punkt wyjścia do „podążania za oczekiwaniami pacjenta” i gotowości do przyjęcia dalszych informacji. Choć stały kontakt i obserwacja są podstawą oceny stanu emocjonalnego pacjenta, to dopiero werbalna deklaracja pacjenta powinna stanowić ostateczne podłoże decyzji o tym, co jest niezbędne i możliwe w dalszym postępowaniu.

Rozmowa o nieuleczalnej chorobie czy złym rozpoznaniu wymaga uprzedniego przygotowania merytorycznego, dawkowania informacji, a także odpowiedniego czasu i warunków zapewniających intymność — nigdy nie powinna się odbywać na korytarzu. Wymaga także uporania się z własnymi emocjami oraz pełnej akceptacji reakcji pacjenta. Rozmowa taka jest wyjątkowo trudnym obowiązkiem dla lekarza. Dlatego dużą pokusą bywa ucieczka w grę komunikacyjną określaną „on tego nie zniesie”, która umożliwia uniknięcie lub odroczenie trudnej rozmowy pod pretekstem troski o samopoczucie pacjenta. W rezultacie ochraniane są własne uczucia lekarza i nieporadność, z którymi można sobie poradzić przez solidne przygotowanie się do zadania. Jeśli jednak zdarzy się, że lekarz nie jest w stanie sprostać konfrontacji z pacjentem, lepiej będzie, jeśli powierzy to zadanie rodzinie lub na przykład psychologowi, ponieważ swoimi emocjami mógłby wprowadzić zamęt i pogorszyć stan psychiczny pacjenta. Kiedy zaś emocje lekarza utrudniają podjętą już rozmowę, zamiast udawania i ich ukrywania zaleca się wyjaśnienie powodu zdenerwowania (technika werbalizacji), nazwanie swoich uczuć lub odroczenie spotkania na inny termin. W obliczu silnych emocji zawodzi bowiem pełna kontrola wypowiedzi, a kontrola sygnałów niewerbalnych jest jeszcze trudniejsza. Człowiek zagrożony chorobą atawistycznie re-

aguje wzmożoną wrażliwością poznawczą. W nastawieniu na obronę przed zagrożeniem, wyczulony — odbierze każdy sygnał nadawcy, łatwo wychwyci fałsz. Dlatego w kontakcie z chorym na nowotwór nieprzydatne są żadne maski, a nawet najlepiej dobrane słowa, jeśli towarzyszy im pośpiech, umykające spojrzenie i niekontrolowane gesty, które dekonspirują niepewność i nieszczerłość lekarza, a przez to wzmagają poczucie zagrożenia u chorego i utrudniają współpracę.

Jako niezbędną i podstawową zasadę komunikacji interpersonalnej wskazuje się zatem zachowanie spójności między przekazem werbalnym a ekspresją niewerbalną, a to jest możliwe jedynie przy pełnej szczerości. W sytuacji gdy pacjent wyraźnie sygnalizuje niechęć do poznania szczegółów lub jest w złym stanie emocjonalnym, należy odroczyć rozmowę lub zaniechać dalszej informacji. Właściwe odczytanie sygnałów niewerbalnych pozwala zareagować adekwatnie do sytuacji.

Lekarz posiadający predyspozycje osobowościowe czy umiejętności nabyte w drodze doświadczenia lepiej poradzi sobie z trudnymi zadaniami. Do takich predyspozycji i umiejętności zalicza się empatię i asertywność. Empatia ułatwia kontakt poprzez wyobrazeniowe stawianie się na miejscu chorego, które nie powinno jednak oznaczać nadmiernego i nieograniczonego zaangażowania emocjonalnego w jego sprawy, ponieważ grozi to wypaleniem zawodowym (stanami depresyjnymi, otępieniem emocjonalnym, obronną utratą wrażliwości). Umiejętność dystansowania się do spraw, nad którymi nie ma się kontroli, odreagowywanie napięć i regeneracja psychiczna w innych dziedzinach życia to elementy asertywności, która powinna stanowić skuteczne antidotum w obronie równowagi psychicznej. Asertywność to przyjazna, łagodna stanowczość, pozbawiona znamion agresji i uległości. Nastawienie na jednoczesną realizację potrzeb własnych i odbiorcy chroni przed manipulacją, pozwa-



Asertywność to przyjazna, łagodna stanowczość, pozbawiona znamion agresji i uległości

la na kontrolę sytuacji i wzajemną ochronę granic psychologicznych. Ludzie różnią się pod względem empatyczności i asertywności, jednak obie te cechy można wytrenować, a najlepszym wzmocnieniem motywującym do samodoskonalenia jest doświadczanie ich przydatności w codziennej pracy. Dzięki empatii łatwiej można uzyskać wgląd w emocje oraz sposób myślenia pacjenta i trafniej zdecydować, czy pełna informacja o chorobie jest wskazana i niezbędna. Zapotrzebowanie na taką informację jest różne i zindywidualizowane. Ogólnie przyjmuje się, że kiedy sytuacja jest obciążająca emocjonalnie, ale można na nią wpływać, wtedy wiedza o zagrożeniu jest wskazana, jeśli nie — może stanowić tylko dodatkowy balast, pogłębiający dyskomfort psychiczny i wówczas nie zawsze jest konieczna, chyba że przemawiają za nią inne okoliczności życiowe. Głębokiej rozwadze zaleca się prośbę osób bliskich o informację z wyłączeniem chorego. Jedynie dobra znajomość układów rodzinnych i wnikliwość obserwatora zapobiegną tu popełnieniu błędu natury etycznej i prawnej. Według Kodeksu Lekarskiego pacjent, jeśli jest nim dorosła osoba, powinien wiedzieć wszystko o swoim stanie zdrowia, gdyż to on podejmuje decyzję dotyczącą leczenia. Rodzina dostaje informacje tylko za zgodą pacjenta. Gdy pacjent jest niepełnoletni, informacje na temat jego stanu zdrowia otrzymują rodzice i oni decydują, co przekazać pacjentowi — dziecku. Zakres informowania rodziny zależy przede wszystkim od zgody i potrzeby osoby chorej, choć nie zawsze jest to tak oczywiste. Czym należy się więc kierować? W takim przypadku przydatną zasadą skutecznej komunikacji ponownie okazuje się „podążanie za pacjentem”, który sam wskaże nam drogę. Cennym narzędziem pracy będzie także umiejętne stosowanie techniki komunikacji werbalnej. Pytania otwarte mało dyscyplinują wypowiedzi pacjenta, ale dają większą szansę ujawnienia najistotniejszych informacji i ułatwiają kontakt. Pytania zamknięte

konkretyzują dane i są bardziej przydatne przy krępujących tematach. Natomiast ankiety neutralizują zakłopotanie, gdy barierą jest wiek lub płęć lekarza. Ważne, aby nie przytłaczać pacjenta nadmiarem informacji, mówić o tym, co dla niego przydatne i niezbędne, używać krótkich zdań. Warunkiem poprawiającym komunikację jest również „wspólny słownik” w zakresie poruszanego tematu, prostota słów, unikanie profesjonalnego nazewnictwa, żargonu (np. „wynik jest negatywny” — a dla pacjenta korzystny), skrótów myślowych (np. „proszę się rozebrać” — co właściwie zdjąć?). Arystoteles radeł: „Myśl, jak mędrzec, lecz mów jak prosty człowiek”.

Przekazywanie złych informacji to najtrudniejszy obowiązek lekarza. Istnieją pewne fundamentalne zasady, których należy przestrzegać. Przede wszystkim nie oszukiwać, nie odbierać pacjentowi nadziei (choć niekoniecznie na wyzdrowienie), nie stawiać prognoz co do długości życia. Nadzieja to szansa na okresową poprawę stanu zdrowia, na wypełnienie podjętych zobowiązań, na realizację planów lub przynajmniej na spokojną śmierć w otoczeniu bliskich itp.! Nie należy bać się ciszy — nie świadczy ona o braku kompetencji czy ignorancji problemu. Pacjentowi potrzebny jest czas na stawienie czoła złej wiadomości, a lekarzowi na akceptację reakcji pacjenta! Trudną rozmowę należy przygotować, poświęcić na nią czas i zadbać o intymność miejsca. Przekazywanie niekorzystnych informacji powinno być procesem, który czasami trwa długo i ma swoją dynamikę. Dobrze jest zacząć od ustalenia stanu już posiadanej wiedzy na temat choroby. Ważne więc będą pytania typu: „Co lekarz powiedział panu wcześniej?”. Należy być uwrażliwionym na komunikaty wpływające z poziomów werbalnego i niewerbalnego, co pomoże ustalić zapotrzebowanie pacjenta na zakres informacji, aby nie mówić więcej niż pragnie on w danej chwili wiedzieć! Przydatną techniką bywa tak zwany strzał ostrze-



**„Myśl, jak mędrzec,
lecz mów jak prosty
człowiek”**

gawczy w rodzaju: „Niektórzy pacjenci chcieliby wiedzieć więcej o swojej chorobie”. Reakcja pacjenta zadecyduje o kontynuacji rozmowy. Wyjaśniając, warto stosować delikatne sformułowania zamiast ostrych, na przykład „nietypowe komórki”, zamiast „rak”. Nie można też uciekać po przekazaniu złej wiadomości. Wskazane jest również zaplanowanie kolejnych spotkań, aby został zachowany kontekst ciągłej opieki. Ważną sprawą jest ustalenie, na ile informacja została zrozumiana i jakie są oczekiwania pacjenta oraz optymistyczne zakończenie rozmowy, na przykład zapewnienie, że pacjent nie zostanie pozostawiony sam sobie, że pojawiający się ból będzie właściwie zwalczany itp. Nie ma sposobu na łagodne przekazanie złej nowiny. Do ludzi nie docierają wiadomości, gdy jest ich zbyt wiele i podawane są zbyt szybko. Na pierwsze informacje reagują szokiem.

Ważne jest, aby raczej odpowiadać na pytania pacjenta, upewniając się zawsze, co one oznaczają, aby uniknąć błędnej odpowiedzi, na przykład „Ile czasu to jeszcze potrwa”, które może dotyczyć długości życia lub długości leczenia.

Rodzinę należy zachęcać do otwartej komunikacji i wsparcia emocjonalnego, zniechęcać do kłamstwa i udawania, które utrudniają komunikację.

Dobór słownictwa i sposób przekazu powinna wyznaczać także analiza możliwości emocjonalnych, sensorycznych i poznawczych pacjenta. Deficyty słuchu, uwagi, pamięci bezpośredniej lub wzmożony lęk sugerują stosowanie pisemnych form wypowiedzi lub ko-

nieczność wielokrotnych powtórzeń. Ograniczenia poznawczo-intelektualne wymagają uproszczeń i wyjątkowej precyzji przekazu, umieszczenia informacji ważnych na początku i na końcu wypowiedzi, wielokrotnego powtarzania i pozyskiwania informacji zwrotnych o właściwym zrozumieniu. Trzeba pamiętać, że interpretacja i ocena sygnału zawsze są uwikłane w kontekst sytuacyjny. Na przykład nagłe zaczerwienienie twarzy może być skutkiem złości, zawstydzenia lub uderzeń gorąca, tak zwanych warów. Jeśli wypowiedź i towarzyszące jej zachowanie wyrażają niekonsekwencję, zawsze w większym stopniu ufa się treści przekazu niewerbalnego, zaś techniką rozstrzygającą bywa konfrontacja, czyli komentarz do wypowiedzi pacjenta (np. „mówisz, że wszystko jest dobrze, a płaczesz?”).

W trosce o komfort psychiczny pacjenta i poprawę własnej sprawności zawodowej warto korzystać także z zasad organizacji otoczenia, pamiętając, że optymalna bliskość przestrzenna pogłębia relacje między obiektami (bliska, sygnalizująca intymność lub dalsza — dystans społeczny), a różnica poziomów wpływa na przykład na odczucie dominacji bądź podporządkowania.

Niezawodnymi technikami niewerbalnymi będą zawsze wzrok i dotyk, które zazwyczaj ułatwiają komunikację i poprawiają kontakt, lecz nadużywane czy stosowane bez akceptacji pacjenta mogą łatwo zaburzyć relację.

Dobór technik komunikacji powinien zależeć zarówno od cech odbiorcy, preferencji i możliwości nadawcy, jak i od charakteru sytuacji (tab. 5).

Tabela 5

Grupy chorych wymagające szczególnych technik komunikacji

- Pacjent terminalny (redukowanie lęku i niepewności, umożliwienie kontroli przez możliwość dokonywania wyborów, kształtowania odpowiedniego obrazu choroby, pogłębianie więzi rodzinnych)
- Pacjent uzależniony (wyjaśnianie wpływu alkoholu na funkcje organizmu, obrazowe przedstawienie zmian, które zaszły w organizmie, uświadomienie konieczności odstawienia alkoholu, wskazanie na istnienie uzależnienia i konieczność podjęcia leczenia odwykowego, wyjaśnienie istoty leczenia, wskazanie możliwych rozwiązań praktycznych, wciągnięcie do współpracy rodziny)
- Dziecko (nawiązanie kontaktu z rodziną i wpływanie na jej emocje, wyjaśnianie prostym językiem poszczególnych czynności, redukcja niepokoju, walka z bólem)

Zachowania dyrektywne (interakcje asymetryczne) bywają przydatne w sytuacjach nagłych, zagrażających życiu, kryzysowych; postawa współpracy, współdziałania i współdecydowania (interakcje symetryczne) są pomocne w kontakcie ambulatoryjnym, w chorobach przewlekłych, gdzie większą rolę posiada pacjent, zaś lekarz pełni rolę doradcy. Czasy, w których „lekarz był najmądrzejszy”, minęły. Humanizacja zawodów medycznych i podejście holistyczne obecnie prezentowane w medycynie powodują włączenie pacjenta w proces terapeutyczny jako aktywnego uczestnika, ale to wciąż lekarz jest osobą ustalającą zasady tej współpracy. Profesor Antoni Kępiński powiedział kiedyś, że jeśli lekarz twierdzi, że ma zły kontakt z pacjentem, to tak naprawdę uderza tym stwierdzeniem sam w siebie, ponieważ zły kontakt z pacjentem oznacza ograniczony dostęp do objawów choroby i utrudnienia w diagnostyce, a więc dodatkowe obciążenie i brak satysfakcji zawodowej, a to już droga do wypalenia zawodowego. Chociaż piśmiennictwo medyczne donosi, że osobowość lekarza charakteryzuje się wysokim stopniem kontroli emocjonalnej i dużą odpornością psychiczną, to jednak coraz częściej spotykamy się z symptomatyką wypalenia zawodowego lekarzy. Grupą szczególnie narażoną, obok anestezjologów, chirurgów i onkologów, z pewnością będą lekarze rodzinni, czyli tak zwani lekarze pierwszego kontaktu. Ponieważ od pierwszego kontaktu, tak jak od pierwszego wrażenia, zależy najwięcej. Ponadto kontakt z lekarzem rodzinnym rzadko bywa kontaktem pojedynczym, najczęściej jest on powtarzalny, ma charakter stałego doradztwa i w opinii pacjentów wymaga największej odpowiedzialności. Decyzja lekarza rodzinnego często wyznacza przebieg całej terapii i wpływa na dalsze losy pacjentów, a to wiąże się z większym obciążeniem oraz dużymi wyma-

ganiami i oczekiwaniami zarówno ze strony pacjentów, jak i innych specjalistów. Z jednej strony, trwały kontakt z pacjentem daje lekarzowi rodzinnemu szerokie źródło informacji, umożliwia pełniejsze poznanie i zaufanie, daje większą szansę uzyskania informacji zwrotnej umożliwiającej skorygowanie terapii. Z drugiej strony, błędy lekarza rodzinnego rzutują na kontakty z innymi specjalistami i mogą kształtować uprzedzenia i postawy chorych. A zatem do tej właśnie grupy specjalistów powinno się kierować szczególny apel o nieustanne doskonalenie umiejętności społecznych. Zaś jako minimum zaleca się włączenie na stałe do swojej praktyki zawodowej kilku podstawowych przykazań:

- wyrażać się jasno, rzeczowo i zrozumiale;
- aktywnie słuchać;
- powtarzać najważniejsze informacje;
- okazywać zrozumienie i akceptację;
- wyjaśniać, pytać i odpowiadać;
- być uwrażliwionym na odbiorcę, podążać za nim;
- unikać nieszczerości;
- podchodzić indywidualnie i plastycznie;
- interesować się pacjentem, nie tylko jego chorobą;
- uwzględniać kontekst sytuacyjny;
- nie opuszczać w trudnych chwilach;
- dbać o racjonalną nadzieję, wspierać emocjonalnie.

Gotowość do wysłuchania, zachowanie spokoju i pozwolenie na przeżywanie różnych uczuć to najcenniejsze postawy lekarza wobec pacjenta. Dzięki nim łatwiej będzie zdobyć wskazówki diagnostyczne, szybciej zaprogramować terapię, a wzajemne relacje dostarczą satysfakcji i zadowolenia. Przyjazna i życzliwa postawa wobec pacjenta potrafi także zrekompensować wszelkie deficyty kompetencji komunikacyjnych, więc oddajmy naszym pacjentów ludzką, niepotrzebującą słów, serdecznością.



**Czasy,
w których „lekarz był
najmądrzejszy”, minęły**



**Gotowość
do wysłuchania,
zachowanie spokoju
i pozwolenie
na przeżywanie
różnych uczuć
to najcenniejsze postawy
lekarza wobec pacjenta**

PIŚMIENNICTWO

- Aronson E. Psychologia społeczna — serce i umysł. Warszawa 1997.
- Benien K. Jak prowadzić trudne rozmowy. Wydawnictwo WAM, 2005.
- Buczowski K., Krajnik M. Postępowanie lekarza rodzinnego wobec chorych na raka w ostatnich dniach życia. *Polska Medycyna Paliatywna* 2003; 2 (4): 241–250.
- Goleman D. Inteligencja emocjonalna. Media Rodzina, Poznań 1997.
- James M., Jongeward D. Narodzić się, by wygrać. Analiza transakcyjna na co dzień. Dom Wyd. REBIS, Poznań 1994.
- Jamrozek B., Sobczak J. Komunikacja interpersonalna. Wydawnictwo eMPI2.
- Kępiński A. Jak leczyć i poznawać człowieka. Wydawnictwo Literackie 2005.
- Mayerscough P.R., Ford M. Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
- Mayerscough P.R., Ford M. Jak rozmawiać z pacjentem. Podręcznik komunikacji interpersonalnej. Wydawnictwo Naukowe PWN, 2003.
- Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
- Rogiewicz M., Buczowski K. Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i pacjenta z lekarzem. W: Barański J., Waszyński E., Steciwko A. (red.). Komunikowanie się lekarza z pacjentem. Astrum, Wrocław 2000: 39–62.
- Salmon P. Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Gdańsk.
- Schneider D.E., Tucker R.K. Measuring Communicative Satisfaction in Doctor-Patient Relations: The Doctor-Patient Communication Inventory in Health Communication 1992; 4 (1): 19–28.