

Krzysztof SobczakZakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej
Katedra Medycyny Społecznej
Gdański Uniwersytet Medyczny

Przekazywanie informacji o niekorzystnej diagnozie i rokowaniu

Communicating bad news about the diagnosis and prognosis

STRESZCZENIE

Niniejszy artykuł prezentuje schematy komunikacyjne oraz zasady notyfikacji wiadomości o niekorzystnej diagnozie i rokowaniu. W odniesieniu kulturowym, które gruntuje aksjologię medyczną, ukazano przykładowe protokoły komunikacyjne, funkcjonujące w anglosaskiej oraz europejskiej przestrzeni wartości. Opisano schematy komunikacji bezpośredniej i pośredniej, w tym także negocjacyjny model notyfikacji. W każdym z tych przypadków protokoły informacyjne mają na celu podniesienie poziomu bezpieczeństwa i zaufania oraz redukcję poziomu lęku, tak ze strony lekarza, jak i pacjenta.

Forum Medycyny Rodzinnej 2014, tom 8, nr 6, 320–328

słowa kluczowe: komunikacja medyczna, zasady przekazywania informacji o niekorzystnym rokowaniu, protokoły komunikacyjne w relacji lekarz pacjent

ABSTRACT

The following article presents communication patterns as well as the rules concerning the notification of information about unfavorable diagnosis and prognosis. In the cultural aspect which gives the basis for medical axiology, what is shown are exemplary communication protocols that function in Anglo-Saxon and European space of values. Patterns of direct and indirect communication are described here, including the negotiating model of notification. In each and every case information protocols are meant to increase the level of safety and trust, and also the reduction of doctor's and patient's fear level.

Forum Medycyny Rodzinnej 2014, vol 8, no 6, 320–328

key words: medical communications, rules for the communication of information on adverse prognosis, communication protocols in the doctor-patient relationship

Adres do korespondencji:

dr n. med. Krzysztof Sobczak
Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej
Katedra Medycyny Społecznej
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Tuwima 15, 80–313 Gdańsk
tel.: (058) 349–15–51
e-mail: ksobczak@gumed.edu.pl

WSTĘP

Przewartościowanie stosunków społecznych, jakie dokonało się przez odejście od paterna-

lizmu i zwrot w stronę pryncypializmu, zaowocowało na gruncie medycyny między innymi powiększeniem znaczenia autonomii pacjenta.

Jednym z następstw owej transformacji stała się modyfikacja relacji między lekarzem i pacjentem. Istotne kryterium wyznaczające jakość opieki medycznej zaczęła stanowić komunikacja. Ze strony pacjenta jest ona istotnym czynnikiem określającym poziom zaufania, bezpieczeństwa i satysfakcji z usług medycznych. Ze strony lekarza od zawsze stanowiła podstawowe narzędzie zdobywania informacji o chorym i chorobie, ale z czasem psychologia kliniczna wykazała, że właściwa komunikacja jest także niezwykle ważnym narzędziem istotnie wpływającym na proces terapeutyczny.

Z rezultatów badań wynika, że skuteczna komunikacja w znacznym stopniu modyfikuje oddziaływanie medyczne poprzez wzrost poziomu zaufania do lekarza i samego leczenia. Składowe tego efektu to między innymi konsekwentne przestrzeganie zaleceń lekarskich, głębsze zaangażowanie w proces terapeutyczny, wydajniejsza współpraca z lekarzem, subiektywnie zmniejszony poziom odczuwania dyskomfortu spowodowanego objawami schorzenia (na przykład bólu) [1] czy też lepsza wydolność psychiczna, co w konsekwencji skutkuje szybszym powrotem do zdrowia i/lub łagodniejszym przebiegiem choroby. Z drugiej strony poziom dyskomfortu pacjenta, w tym także natężenie odczuwanego bólu, wzrasta w sytuacji lękowej i stresowej, która skorelowana jest z brakiem informacji lub poczuciem posiadania informacji niepełnej czy niezrozumiałej [2].

Mimo wiedzy na ten temat, kwestia przekazywania niekorzystnych wiadomości pozostaje nadal problematyczna. Z badań Twycrossa [3] wynika, że „lekarze pytani, czy chcieliby znać prawdę o swojej śmiertelnej chorobie, odpowiedzieli w 80%, że tak, natomiast ci sami lekarze zapytani, czy byłiby skłonni mówić prawdę swoim pacjentom, w 80% odpowiedzieli, że nie [...]” [4]. Oken wykazał, że odsetek lekarzy, którzy nie przekazywali informacji na temat niekorzystnej diagnozy i rokowania, wynosi — w zależności od sformułowania pytania — od 62 do 92% [5].

Główną przyczyną unikania przez lekarzy bezpośredniego przekazywania informacji o niekorzystnej diagnozie i rokowaniu jest brak dostatecznie rozwiniętych umiejętności komunikacyjnych [6]. Ów deficyt odpowiada za poczucie dyskomfortu, lęku i niepewności zawodowej, co skutkuje unikaniem rozmów diagnostycznych lub popełnianymi w nich błędami. Jeżeli większość lekarzy przyznaje, że spotyka się z problemami w tym zakresie, to wynikają one z niedostatecznego zaangażowania w wiedzę i umiejętności z zakresu komunikacji. Biomedyczny model edukacji jest bowiem z góry nastawiony na rozwój umiejętności technicznych i nie kładzie nacisku na umiejętności o charakterze interpersonalnym [7]. Skutkiem tego jest częste przyjmowanie fałszywych założeń: przekonanie, że prawda spotęguje cierpienia pacjenta, osłabi jego wolę życia, pozbawi sił witalnych i zaneguje wolę do zmagania się z chorobą, że chory nie chce w istocie znać prawdy lub też, że procesu notyfikacji powinien dokonać ktoś inny, na innym etapie leczenia [4].

Badając i diagnozując wybrane aspekty komunikacji medycznej, a wreszcie wychodząc naprzeciw potrzebom tak pacjentów, jak i lekarzy psycholodzy kliniczni zaczęli budować protokoły komunikacyjne. Zawierają one wskazania podstawowych kroków i zasad, jakimi należy się kierować, aby skutecznie przekazać niekorzystną informację medyczną. W zależności od aksjologii kulturowej, modele notyfikacyjne przyjmują właściwą dla nich formę. Na gruncie bioetyki anglosaskiej, gdzie pacjent posiada prawo do pełnej wiedzy na temat diagnozy, rokowania i możliwych form terapii, stosuje się model komunikacji otwartej. Przyjmuje się bowiem za dominującą zasadę autonomii pacjenta, z której wypływa obowiązek przekazania informacji o niekorzystnej prognozie, nawet wówczas, kiedy lekarz podejrzewa, że taka informacja będzie miała negatywny wpływ na pacjenta [8]. Tradycja europejska nakazuje uwzględnić sytuację chorego i daje lekarzowi prawo do



Główną przyczyną unikania przez lekarzy bezpośredniego przekazywania informacji o niekorzystnej diagnozie i rokowaniu jest brak dostatecznie rozwiniętych umiejętności komunikacyjnych

rezygnacji z przekazania wiedzy na temat nieomyślnych rokowań w pewnych ściśle określonych okolicznościach. Bołoz zaznacza, że „do anglosaskiego i europejskiego sposobu przekazywania informacji choremu dodaje się niekiedy trzecią formę, polegającą na tym, że lekarz pomaga pacjentowi, aby mógł on sam odkrywać stopniowo prawdę o swoim stanie zdrowia” [9]. Na gruncie zróżnicowanych aksjologii medycznych można wyróżnić w tym zakresie następującą typologię notyfikacji:

- **model informacji bezpośredniej;**
- **model informacji ograniczonej;**
- **negocjacyjny model informacji.**



Przekazanie informacji o diagnozie i prognozie należy do obowiązków lekarza, ale powinność ta może być realizowana wtedy i tylko wtedy, kiedy pacjent tego oczekuje i wyraża na to zgodę

PRZYKŁADOWY PROTOKÓŁ NOTYFIKACJI W MODELU ANGLOSASKIM (MODEL INFORMACJI BEZPOŚREDNIEJ)

Jednym z najbardziej rozpowszechnionych schematów notyfikacji wiadomości o niekorzystnym rokowaniu jest w USA protokół SPIKES *Six-Step Protocol* (tłum. cierań, kolec). Składa się on z trzech poziomów. Pierwszy dotyczy przygotowania się lekarza do procedury notyfikacji, drugi określa zasady przekazywania informacji o niekorzystnej diagnozie, trzeci podkreśla konieczność obserwacji i reakcji lekarza na zachowanie pacjenta. Cała procedura zawiera się w następujących po sobie krokach [7, 8, 10, 11]:

1. *Przygotowanie do rozmowy (S — Setting)*: polega na zebraniu i przeanalizowaniu wszystkich niezbędnych faktów medycznych, które mogą być przydatne podczas notyfikacji. Sugeruje się, że skutecznym zabiegiem redukującym stres może okazać się dla lekarza podjęcie „mentalnej próby” projektującej tok rozmowy, pojawienie się możliwych pytań ze strony pacjenta, czy też negatywnych emocji. Krok ten obejmuje również organizację odpowiednich warunków, sprzyjających poufności i prywatności rozmowy (wyeliminowania ingerencji czynników lub osób trzecich, które mogłyby zakłócić spotkanie) oraz zagwarantowanie odpowiedniej ilości

czasu. Podkreśla się, zasadność organizacji warunków przestrzennych spotkania, takich jak umiejscowienie pacjenta w taki sposób, aby mógł siedzieć frontalnie w stosunku do lekarza, zniwelowanie barier przestrzennych między rozmówcami, co sprzyja utrzymywaniu kontaktu wzrokowego, poczuciu otwartości i szczerości. Warto również podjąć próbę określenia, czy — a jeżeli tak — to kto powinien być dodatkowym uczestnikiem spotkania (członek rodziny, osoba bliska, pielęgniarka czy duchowny).

2. *Ustalenie tego, ile pacjent wie? (P — Perception)*: opiera się na zasadzie „zanim powiesz, pytaj” [5], której celem jest ustalenie za pomocą pytań otwartych obrazu choroby, jaką posiada pacjent, jego kondycji emocjonalnej oraz stosunku wobec choroby i dalszej terapii (na przykład jaką pacjent ma wiedzę na temat przyczyn objawów choroby? Co wie o swojej chorobie? Jakie ma oczekiwania względem terapii? Jak bardzo choroba wpływa na jego samopoczucie psychiczne i emocjonalne?). W ten sposób, na podstawie zebranych informacji można dokonać indywidualizacji informacji.
3. *Ustalenie tego, ile pacjent chce wiedzieć? (I — Invitation)*: przekazanie informacji o diagnozie i prognozie należy do obowiązków lekarza, ale powinność ta może być realizowana wtedy i tylko wtedy, kiedy pacjent tego oczekuje i wyraża na to zgodę. Unikanie wiedzy w aspekcie niekorzystnego rokowania może wynikać z psychologicznej strategii radzenia sobie z chorobą, może też mieć konotacje etniczne, religijne czy społeczno-ekonomiczne. Dlatego należy najpierw ustalić, czy wiadomość jest przez pacjenta oczekiwana, a jeżeli tak, to na jakim poziomie szczegółowości należy dokonać notyfikacji (na przykład, czy jeżeli diagnoza okaże się poważna, to czy chce o niej wiedzieć? Czy pacjent jest osobą, która chce znać wszystkie fakty

i szczegóły? Czy w przypadku, kiedy pacjent nie chce znać diagnozy i prognozy lub też jej szczegółów, jest jakaś osoba, której należałoby przekazać te informacje?).

4. *Przekazanie informacji (K — Knowledge)*: ta część procesu notyfikacji powinna rozpoczynać się techniką zwaną „strzałem ostrzegawczym”. Dzięki niej pacjent i/lub jego najbliżsi będą mogli przygotować się na nadejście złych informacji (na przykład „mam do przekazania wiadomości gorsze, niż się spodziewałem; niestety nie mam dobrych wieści”). Warto pamiętać, że z reguły pacjenci, którzy chcą planować swoje dalsze życie w nowej sytuacji, pragną znać szczegóły prognozy, natomiast pacjenci, których diagnoza zaskoczyła, wolą otrzymać informacje ogólne. Istotne w tej części rozmowy jest również przestrzeganie kilku prostych zasad, które w znaczący sposób mogą poprawić jakość notyfikacji. Po pierwsze należy pamiętać, że poziom stresu i odczuwane emocje stanowią jeden z rodzajów wewnętrznych barier komunikacyjnych i utrudniają zrozumienie wiadomości. Używanie zrozumiałych słów dla pacjenta i unikanie technicznego-medycznego języka znacznie poprawia jakość komunikacji (na przykład zamiast „biopsja” można powiedzieć „próbki tkanek”). Po drugie całą informację, którą mamy do przekazania, należy pofragmentować na części, upewniając się po każdej z nich, czy została przez pacjenta rozumiana. Po trzecie należy unikać nadmiernej (bezmysłnej) szczerości (na przykład nowotwór jest bardzo złośliwy i niemożliwy do wyleczenia). Po czwarte, jeżeli pacjent domaga się informacji dotyczącej prognozy długości przeżycia należy rozważyć podanie zakresu czasu, unikając wyznaczania czasowej granicy przeżycia (na przykład zamiast informować pacjenta, że zostało mu około sześciu miesięcy życia, można powiedzieć „jedna trzecia osób przeży-

wa ponad sześć miesięcy, ale połowa żyje około pół roku. Co to oznacza dla Ciebie, nie jestem w stanie powiedzieć, ale musimy mieć nadzieję, że będzie dobrze”). Po piąte należy unikać stwierdzeń definitywnych (na przykład „niestety nic więcej nie jestem w stanie dla Ciebie zrobić.”), istnieją bowiem inne istotne cele terapeutyczne szczególnie ważne dla pacjenta, takie jak kontrola bólu, czy łagodzenie objawów. Ostatnim zaleceniem, wymagającym podkreślenia jest zasygnalizowanie pacjentowi gotowości do udzielenia mu odpowiedzi na wszelkie pytania, czy też wyjaśnienie wątpliwości.

5. *Reagowanie na emocje pacjenta i osób mu towarzyszących (E — Emotions)*: stanowi jedną z najtrudniejszych części notyfikacji. Reakcje pacjentów są nieprzewidywalne, spontaniczne i najczęściej niekontrolowane. Mogą przybierać wszystkie odcienie od wycofania się, cichej niezgody czy zaprzeczania, po ekspresję gniewu, złości, a nawet wstydu. Istotne jest, aby dać czas i możliwość pacjentowi na wyrażenie emocji, przestrzenią tą jest zgoda na ciszę. W sytuacji dostarczenia niekorzystnych wiadomości lekarz powinien zaoferować wsparcie przez postawę empatyczną. Po pierwsze, zapewniając o zrozumieniu (na przykład „wyobrażam sobie, że ta wiadomość jest trudna i zaskakująca”, „postaram się pomóc”). Po drugie, stwarzając możliwość nazwania swoich emocji, co stanowi istotny katalizator (na przykład „wygląda na to, że jest Pani/Pan rozgniewana. Proszę powiedzieć, co Pani/Pan czuje?”, „Co Panią/Pana martwi najbardziej?”). Niezmiernie ważną rolę pełni tu czas. Jeśli emocje nie zostaną przez pacjenta dostatecznie opanowane dalsze planowanie będzie nieefektywne, stąd w niektórych wypadkach należy rozważyć, czy nie należałoby przejść do planowania dalszych czynności terapeutycznych na kolejnej wizycie.



Warto pamiętać, że z reguły pacjenci, którzy chcą planować swoje dalsze życie w nowej sytuacji, pragną znać szczegóły prognozy, natomiast pacjenci, których diagnoza zaskoczyła, wolą otrzymać informacje ogólne



Należy także omówić możliwe źródła wsparcia (na przykład rodzina, przyjaciele, duchowny), czy wskazać na możliwość skorzystania z instytucjonalnych form pomocy (na przykład pomocy społecznej, psychologa klinicznego, terapeutycznej grupy wsparcia itp.)

6. *Zaplanowanie kolejnych kroków (S — Strategy)*: może obejmować dalszą szczegółową diagnostykę i/lub określenie kolejnych etapów terapeutycznych. Protokół podkreśla w tym miejscu odniesienie do modelu dialogicznej relacji lekarz-pacjent. Przedstawiając możliwe formy terapii i uzgadniając wybór jednej z nich z pacjentem, po pierwsze stwarza się możliwość kontroli pacjenta nad jakością dalszego życia. Po drugie podział odpowiedzialności za skutki terapii jest czynnikiem istotowo redukującym poczucie porażki ze strony lekarza. Po trzecie stanowi czynnik aktywizujący pacjenta w dalszej terapii, co zwiększa jej skuteczność przez ściślejsze przestrzeganie zaleceń. Ważne jest, aby upewnić się, że pacjent zrozumiał cele i wytyczne dalszej terapii. Istotne również jest to, aby zapewnić pacjenta, że nie został sam ze swoją chorobą. Należy także omówić możliwe źródła wsparcia (na przykład rodzina, przyjaciele, duchowny), czy wskazać na możliwość skorzystania z instytucjonalnych form pomocy (na przykład pomocy społecznej, psychologa klinicznego, terapeutycznej grupy wsparcia itp.).

PRZYKŁADOWY PROTOKÓŁ NOTYFIKACJI W MODELU EUROPEJSKIM (MODEL INFORMACJI BEZPOŚREDNIEJ)

Analizując polską literaturę przedmiotu można odnaleźć niezwykle interesującą próbę stworzenia protokołu komunikacyjnego, opracowanego przez Barton-Smoczyńską, przeznaczonego do notyfikacji informacji o śmierci płodu lub jego chorobie [12]. Proponowany schemat notyfikacji składa się z pięciu kroków:

1. *Krok pierwszy „razem”*: informacja, jaką przekazuje lekarz, powinna być skierowana do obojga z rodziców (najlepiej jednocześnie). Celem takiego podejścia jest próba zminimalizowania stresu przez eliminację konieczności samodzielnego przekazania przez matkę informacji o stracie

dziecka ojcu. Ponadto ograniczona zostaje możliwość interpretacji i zniekształcenia informacji diagnostycznych, a w konsekwencji ogranicza poczucie winy. Ważnym aspektem jest także możliwość zapewnienia sobie przez rodziców wsparcia. Istotne, aby przekazanie informacji przebiegało w partnerskiej atmosferze, maksymalizującej poczucie bezpieczeństwa.

2. *Krok drugi „intymność”*: kluczowym jest, aby podczas procesu notyfikacji zagwarantować intymność tak, aby rodzice mogli swobodnie ujawnić swoje emocje bez obawy na reakcje osób trzecich.
3. *Krok trzeci*: dotyczy formy komunikacji, a więc rezygnacji z technicznego języka medycznego na rzecz słów dla rodziców zrozumiałych oraz możliwie szczegółowej informacji. Podkreśla się, aby mówić o dziecku jako o osobie. Obserwacja zachowań rodziców może stać się istotnym elementem mogącym katalizować emocje rodziców poprzez prośbę o ich opisanie. Fundamentalną formę dobrej komunikacji stanowi empatia, życzliwość i szacunek.
4. *Krok czwarty „konkretne rady”*: istotne — z punktu widzenia rodziców — jest zagospodarowanie ich świadomości wiedzą na temat miejsc uzyskania możliwej pomocy w sytuacji wystąpienia stresu pourazowego lub symptomów depresji. Ważne jest także, aby poinformować o możliwości pogrzebu dziecka.
5. *Krok piąty „powtarzaj”*: polega na powtarzaniu informacji kluczowych diagnostycznie, dopóki nie zostaną zrozumiane, dopełnieniem tego procesu jest zapewnienie lekarza o gotowości do udzielenia odpowiedzi na wszelkie pytania.

ZASADY UDZIELANIA INFORMACJI W MODELU OGRANICZONYM

Podstawowe założenie „aksjologii zastrzeżonej świadomości”, stanowi uznanie, że powinnością lekarza jest takie oddziaływanie, które minimalizuje cierpienia i dyskomfort choroby

pacjenta, nie tylko w aspekcie somatycznym, ale również w przestrzeni psychoemocjonalnej. Lekarz na gruncie wiedzy-władzy oraz wynikającej z niej odpowiedzialności, odwołując się do zasady altruizmu, ma prawo, a niekiedy i obowiązek, ograniczać pacjentowi informację dotyczącą jego diagnozy i rokowania, przeciwdziałając tym samym pogorszeniu stanu zdrowia i ograniczając cierpienia. Postawa ta znajduje swój wyraz w założeniach, że „prawda może zabić” lub też „na przyjęcie prawdy pacjent musi być gotowy”. Aksjologia miękkiego paternalizmu zakłada w tym zakresie autonomię lekarza, która może być jednak ograniczona wolą chorego, jeżeli ten żąda informacji na temat rozpoznania i rokowania. Zwolennicy tego modelu notyfikacji wychodzą z założenia, że jeżeli pacjent takiego żądania nie wypowie wprost, nie jest gotowy na to, aby usłyszeć prawdę. Stąd zadaniem lekarza będzie, na gruncie wiedzy i doświadczenia, jakie posiada, dozowanie informacji lub też takie kierowanie chorym, aby ten samodzielnie odkrył prawdę o swoim stanie zdrowia. Część zwolenników tego stanowiska uznaje również, że efektywnym sposobem na dostarczenie niekorzystnych informacji może być ujawnienie prawdy rodzinie lub bliskim pacjenta, którzy są w stanie skuteczniej niż lekarz dozować wiadomości choremu, zgodnie z jego indywidualnymi potrzebami i możliwościami.

Należy tu zaznaczyć, że negatywnym efektem takiego podejścia może stać się „efekt teatru”. Polega on na tym, że wszystkie osoby, poczynając od pacjenta, przez lekarza, aż po członków rodziny, znają prawdę, ale ukrywają ją wzajemnie, chcąc tym samym oszczędzić sobie nawzajem nieprzyjemności.

ZASADY I SPOSOBY PRZEKAZYWANIA INFORMACJI W NEGOCJACYJNYM MODELU NOTYFIKACJI

W polskiej literaturze omawia się z reguły zalecenia czy wskazówki, mające ułatwić proces przekazywania niekorzystnych wiadomości. Opisywana supozycja zakłada, że lekarz na

gruncie modelu partnerskiego towarzyszy choremu w odkrywaniu prawdy o jego stanie zdrowia. Przekazuje mu więc tylko te informacje, na które pacjent jest gotowy. Podstawą tej aksjologii jest założenie, że proces przekazywania informacji posiada swoją indywidualną dynamikę, którą określają specyficzne czynniki, jak na przykład stan psychiczny pacjenta, wsparcie lub jego brak ze strony najbliższych, poziom aktywności społecznej czy indywidualna relacja z lekarzem. W ramach tych wytycznych de Walden-Gałuszko formułuje na gruncie psychoonkologii podstawowe warunki dobrej komunikacji. Stanowi je po pierwsze przyjęcie holistycznego modelu choroby, to jest uznania, że nie istnieje rozbieżność między przestrzenią somatyczną, psychiczną (duchową) i społeczną. Choroba wydarza się i obejmuje wszystkie te sfery, powodując zawsze zmiany w przestrzeni potrzeb, sposobach myślenia i reakcji emocjonalnych [1]. Po drugie zakłada, że: 1. Prawda jest jak lekarstwo, które trzeba dawkować w zależności od indywidualnych potrzeb i wrażliwości chorego. 2. Przekazywanie złych informacji jest procesem, który trwa wiele dni i ma swoją dynamikę rozwojową” [13].

W swoich pracach autorka wyróżnia trzy sytuacyjne modele komunikacji, które w kolejności dotyczą diagnozy, rozpoznania i rokowania oraz realizacji funkcji terapeutycznej.

1. *Rozmowa diagnostyczna* — polega na właściwym przeprowadzeniu wywiadu medycznego. Do jej głównych zadań należą: „Cel I — od strony pacjenta — ma ustalić: a) co wie on o swojej chorobie; b) jakie są jego główne problemy; c) jak widzi swoją przyszłość; d) czy ma oparcie psychiczne (ewentualnie czy go potrzebuje). Cel II — od strony lekarza i pielęgniarki — mają określić główne problemy i potrzeby chorego w sferze somatycznej, psychicznej, duchowej i socjalnej” [13]. Stosowanie kilku prostych zasad może znacznie ułatwić ten proces: stworzenie warunków do swobodnej rozmowy, poświęcenie na nią



Prawda jest jak lekarstwo, które trzeba dawkować w zależności od indywidualnych potrzeb i wrażliwości chorego



Do najczęściej popełnianych błędów zalicza się: pośpiech, brak wystarczającej ilości czasu, unikanie kontaktu wzrokowego, permanentne stosowanie pytań zamkniętych, podejście rutynowe, pocieszanie chorego, używanie języka technicznego

wystarczającej ilości czasu, skorzystanie z jak najszerszego spektrum informacji: osobna rozmowa z rodziną, stosowanie podczas rozmowy z pacjentem pytań wymagających rozszerzonej odpowiedzi (nie „jak”, a „czy”), aktywnego słuchania (powtarzania sparafrazowanych słów pacjenta, stosowanie funkcji fatycznych języka) i empatycznego odnoszenia się do chorego. Do najczęściej popełnianych błędów zalicza się: pośpiech, brak wystarczającej ilości czasu, unikanie kontaktu wzrokowego, permanentne stosowanie pytań zamkniętych, podejście rutynowe, pocieszanie chorego, używanie języka technicznego [13]. Na tym etapie komunikacyjnym, ważne jest, aby zlecając dalsze badania diagnostyczne poinformować o tym chorego oraz wyjaśnić rodzaj badań i ich celowość. W sytuacji uzasadnionego podejrzenia niekorzystnego rokowania, zabieg ten będzie służył przygotowaniu pacjenta na ewentualną negatywną informację odnośnie rozpoznania [1].

2. *Rozpoznanie i rokowanie* — oparte na modelu informacyjnym dotyczy właściwego przekazania choremu wiadomości na temat choroby i procesu terapeutycznego oraz zapewnienia wsparcia emocjonalnego. Służy do tego schemat komunikacji oparty na następujących krokach [13]:
 - a) ustalenie zdolności do przyjęcia informacji;
 - b) uzyskanie zgody rodziny;
 - c) określenie zakresu wiedzy na temat choroby, jaką pacjent posiada;
 - d) ustalenie tego, ile pacjent chce wiedzieć;
 - e) zastosowanie techniki „strzału ostrzegawczego”;
 - f) przekazanie informacji, jeżeli pacjent jest na to emocjonalnie gotowy, ma nastąpić w ten sposób, aby chory wypowiedział sam kluczowe kategorie rozpoznania (na przykład „rak”, „nowotwór” itd.). Zadaniem lekarza ma

być dostarczenie wiadomości i opisu rozpoznania, który pacjent samodzielnie nazwie. Pomaga on w odsłonięciu prawdy o chorobie według dynamiki, jaką przejawia pacjent. Lekarz ma potwierdzić rozpoznanie, na które chory zostaje naprowadzony;

- g) odpowiedź na pytania polega na uzupełnieniu wiadomości istotnych z punktu widzenia pacjenta. (W tym obszarze mogą się pojawić pytania dotyczące rokowania — transformacji w przestrzeni jakości życia czy długości przeżycia. Należy podkreślić, że zaleca się dostosowanie liczby informacji do liczby pytań. Szczególnie ważne jest to, aby zdawać sobie sprawę z tego, że ten etap przekazywania wiadomości może, a niekiedy — ze względu na stan pacjenta — musi być rozciągnięty w czasie);
 - h) wsparcie i zagospodarowanie świadomości pacjenta pozytywnymi treściami (dalsza opieka, skuteczność leczenia objawowego itd.).
3. *Rozmowa terapeutyczna* — celem jest „pomoc choremu w zrozumieniu jego problemów, sytuacji, w jakiej się znajduje i własnych uczuć oraz reakcji; pomoc w znalezieniu właściwych sposobów postępowania i rozwiązywania powstających problemów, podtrzymanie psychiczne i rozładowanie emocjonalne” [13]. W tym aspekcie przyjmuje się jako podstawowy warunek skuteczności model dialogiczny, oparty na empatii i zrozumieniu. Szczegółowe formy interakcji poprzedzić musi diagnoza stanu psychoemocjonalnego pacjenta — określenie czy jest to „chory w lęku”, „chory w gniewie”, „chory przygnębiony”, „chory z poczuciem winy i niskiej oceny własnej wartości”, „chory stosujący mechanizm zaprzeczenia” czy „chory odmawiający współpracy”. Rozpoznanie psychoemocjonalnej kondycji pacjenta wyznacza charakter dalszego postępowania [13].

PODSUMOWANIE

Adekwatne zagospodarowanie informacją medyczną świadomości pacjenta należy nie tylko do przestrzeni realizacji podstawowych potrzeb i praw chorego [14], ale wpływa istotnie także na sam proces leczniczy i chorobowy. Do najczęściej występujących jatrogennych oddziaływań medycznych w zakresie komunikacji z pacjentem można zaliczyć takie błędy, jak: kryptoinformacja (na przykład dostarczenie informacji pacjentowi o jego stanie zdrowia w dokumentacji medycznej, a nie w osobistej rozmowie), redukcja informacji do poziomu technicznego (na przykład używanie języka niezrozumiałego dla pacjenta), brak empatii czy ograniczenie się do udzielenia informacji niezbędnych z punktu widzenia lekarza, a pomijających potrzeby pacjenta [15].

Z badań wynika, że szczególną uwagę pacjenci zwracają na postawę lekarza dokonującego notyfikacji, jasność informacji, gotowość do odpowiedzi na pytania oraz na kontekst gwarantujący prywatność [7]. Większość z pacjentów chce otrzymywać szczegółowe informacje na temat rozpoznania i rokowania. Zaledwie około 10% pacjentów nie chce posiadać informacji diagnostycznych tego typu.

Większość jednak, w zależności od badań od 50% do 90%, chce znać szczegółowe informacje [16]. „Chorzy znacznie częściej uskarżają się na brak wystarczających informacji (około 60%) niż na niedostateczną opiekę (około 20%) lub niewłaściwe leczenie (około 10%)” [15]. Pacjenci oczekują przede wszystkim informacji na temat diagnozy, przebiegu choroby, metod i sposobów leczenia, działania leków i ich skutków ubocznych, badań dodatkowych i następstw choroby [15].

Lekarze realizujący swój obowiązek przekazywania niekorzystnych wiadomości zaznaczają, że opiera się on na założeniach szacunku wobec chorego, uznania, że ma on prawo do prawdy i dysponowania własnym życiem. Prawda stwarza bowiem możliwość świadomego przeżycia końca życia, może zmobilizować do aktywnego włączenia w proces terapeutyczny oraz gruntuje autorytet i zaufanie wobec lekarza i samej profesji medycznej [5]. Modele komunikacyjne stanowią niezwykle użyteczne narzędzie do realizacji tych celów i wartości. Właściwie stosowane redukują poziom lęku i stresu lekarza, gruntują poczucie profesjonalizmu zawodowego i wreszcie służą samym chorym.



Z badań wynika, że szczególną uwagę pacjenci zwracają na postawę lekarza dokonującego notyfikacji, jasność informacji, gotowość do odpowiedzi na pytania oraz na kontekst gwarantujący prywatność

PIŚMIENNICTWO

1. de Walden-Galuszko K. Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Warszawa 2011, 192–204.
2. Sokółowska M. Socjologia medycyny. Warszawa 1986, 149.
3. Twycross R.G. Care of the terminally ill patients. *Triangle* 1992; 1(31): 1–7.
4. Świrydowicz T. Psychologiczne aspekty przekazywania niepomyślnych informacji o rozpoznawaniu choroby i prognozie. *Nowa Medycyna* 2000; 1. <http://www.czytelniamedyczna.pl/1316,psychologiczne-aspekty-przekazywania-niepomyślnych-informacji-o-rozpoznaniu-chor.html>, dostęp: 15 IV 2013.
5. Oken D. What to tell cancer patients. A study of medical attitudes. *Journal of American Medical Association* 1961; 175: 1120–1128.
6. Narayanan V., Bista B., Koshy C. 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. *Indian Journal of Palliative Care* 2010; 16(2): 61–65.
7. Vandekieft G.K. Breaking Bad News. *American Family Physician* 2001; 15: 1975–1979.
8. Baile W.F., Buckman R., Lenzi R. i wsp. SPIKES — A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist* 2000; 5: 302–311.
9. Bólož W. Prawa człowieka umierającego. *Medycyna Praktyczna* 2008; 11: 140–147.
10. Emanuel L., Ferris F.D., von Gunten Ch.F., von Ronen J.H. Clarifying Diagnosis and Prognosis in Cancer: Guidance for Healthcare Providers: Six Steps for Clarifying Diagnosis and Prognosis. http://www.medscape.org/viewarticle/739252_5, dostęp: 12 kwietnia 2013.
11. Kircher S. M. Learning to Deliver Bad News. *OncoLive* 2011. <http://www.onclive.com/publications/oncology-fellows/2011/april-2011/learning-to-deliver-bad-news/1>, dostęp: 14 kwietnia 2013 r.

12. Barton-Smoczyńska I. Metoda pięciu kroków. Przekazywanie informacji o śmierci dziecka lub chorobie dziecka w czasie ciąży — komunikacja z ciężarną pacjentką. *Życie i płodność* 2009; 4. <http://www.zycieiplodnosc.pl/kwartalnik/artukul/119/>, dostęp: 22 kwietnia 2013 r.
13. de Walden-Gałuszko K. U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. Gdańsk 2000: 80–99.
14. Mykowska A. Satysfakcja pacjenta a jakość obsługi medycznej. *Zdrowie i Zarządzanie* 2002; 4(6): 69–73.
15. Bargiel-Matusiewicz K. Relacja lekarz-pacjent. [W:] *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej*, pod red. Krupki-Matuszczyk I. Katowice 2004: 136–137.
16. Ley P. Giving information to patients. [W:] *Social psychology and behavioral medicine*, pod red. Eiser J.R. New York 1982: 353.