

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Acta Haematologica Polonica

journal homepage: www.elsevier.com/locate/achaem

Warsztaty psychologiczne/Psychological workshops

Komunikacja w hematologii

Communication in haematology



Wiesław Skrzyński*

Klinika Chorób Wewnętrznych i Hematologii, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie,
Kierownik: prof. dr hab. Piotr Rzepecki, Warszawa, Polska

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 10.07.2015

Zaakceptowano: 16.07.2015

Dostępne online: 23.07.2015

Słowa kluczowe:

- relacja hematolog-pacjent
- empatia
- sposoby porozumienia

Keywords:

- Hematologist-patient relationship
- Empathy
- Ways of communication

A B S T R A C T

The doctor-patient relationship is an extremely vital determinant in the process of diagnosis and treatment. When two people meet, it meets two worlds consisting of different genetic features, experiences, family conditions, interests, beliefs, emotions and such a difficult diagnosis. Myeloma, lymphoma, and leukemia brings about a hostile connotation. The hematologist-patient relationship is difficult and asymmetrical from the very beginning. With the advantage of knowledge and competence, which enable a doctor to apply not only the diagnosis but also treatment, a certain level of interference and even the patient's further functioning.

The communication seems to be easy. However, being able to understand another human being, evaluating and seeing things, the way they do is not that simple (empathy). Nevertheless, it is the basis of trust and agreement, without which there is no cooperation essential in the process of treatment and recovery. In recent years, it has been estimated that the level of credibility of words is 7%. The tone of voice is evaluated much higher (38%). It is worth mentioning that the tone of voice makes the most stable and the least controlled way of expression during our life. The highest credibility is assigned to the facial expression as well as the movements of our body (arrangement of our arms and limbs, torso and head). The way we look at each other has always played a major role in contacts with other people.

Difficult situations in communication with a patient can be resolved by Socratic questioning, among which there is the so Socrates' test. It is known to be very useful and effective, when it comes to engaging the patient in the course of treatment. In the hardest situations, the analysis of life balance and value system is crucial, as well as searching for answers concerning the sense of life.

The greatest danger in a successful doctor-patient relationship lies in the lack of time caused by excessive bureaucracy development, which does not decrease due to the technological progress, small number of doctors, overwhelming procedures, in other words, a huge burden.

Good communication is supposed to meet one goal, that is, following the patients, accompanying them in this difficult or perhaps the most difficult time of their lifetime.

© 2015 Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów, Instytut Hematologii i Transfuzjologii. Published by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

* Adres do korespondencji: Klinika Chorób Wewnętrznych i Hematologii WIM, ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa, Polska.
Tel.: +48 22 681 83 99.

Adres email: skrzynski@poczta.onet.pl.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.achaem.2015.07.007>

0001-5814/© 2015 Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów, Instytut Hematologii i Transfuzjologii. Published by Elsevier Sp. z o.o. All rights reserved.

Sposób komunikacji czy, lepiej, porozumiewania się na płaszczyźnie lekarz-pacjent jest istotnym wyznacznikiem jakości diagnozy, przebiegu leczenia i perspektywy rokowania. W rezultacie decyduje o jakości życia w niezmiernie trudnym okresie często wieloletniej choroby wraz ze wszystkimi jej obciążeniami.

Bardzo trudne są konotacje pojęć: białaczka, chłoniak, szpiczak. Taka diagnoza wiąże się zwykle z szokiem, przerażeniem, poczuciem zagrożenia życia i z silnym poczuciem bezradności. „Przecież miało być zupełnie inaczej”. Od zawsze człowiek chce wierzyć, że świat jest sprawiedliwy i każdy otrzymuje to, na co zasługuje [1].

U wielu chorych pojawia się poczucie winy wyrażane poprzez niekończące się myślenie w kategoriach: „gdybym”. Gdybym czegoś nie zrobił, gdybym wówczas inaczej się zachował, gdybym był lepszy. A zatem zostałem ukarany albo nie zasługuję na zdrowie, lepsze lub dłuższe życie.

Inni chorzy są z kolei przekonani, że to Bóg ma swoje powody, gdy pozwala na nieszczęście czy nieuleczalną chorobę. Tylko człowiekowi trudno jest je zrozumieć. Jest za słaby, zbyt mało ważny albo za mało mądry. Może zatem nie należy, wręcz nie wypada stawiać pytań o przyczynę i sens? Często w takim przypadku pojawia się poczucie dezorientacji i osamotnienia. Pytanie „dlaczego ja?” nabiera jeszcze silniejszego nasycenia poczuciem niesprawiedliwości. Wielu ludzi obok, wcale nie lepszych, cieszy się dobrym zdrowiem, może tak wiele planować, a mnie spotyka takie nieszczęście.

Jeszcze inni idą znacznie dalej – może jakiś ukryty plan, jakieś głębokie powody lub możliwość zmiany w życiu tych chorych sprawiają, że tak dla nich jest lepiej? Akurat tych wybranych spośród wielu innych. Ale jak odnieść to do katastrofy tysięcy ludzi, którzy tracą życie w trzęsieniu ziemi lub innej katastrofie?

Są też i tacy, którzy chcą wierzyć w szlachetną siłę cierpienia. W takim przypadku najwięksi bandyci (Hitler, Stalin, Mao) byłiby narzędziami w rękach dobrej sprawy. Absurd trudny do wyobrażenia. Ponadto cierpienie miałyby twórczy sens jedynie wówczas, gdyby towarzyszyła mu świadomość konkretnej zmiany, naprawy lub działania. Dziecko powinno doskonale wiedzieć, czego od niego oczekujemy, gdy wyrażamy dezaprobatę. A jak można by wyjaśnić korekcyjny sens cierpienia w przypadku małych dzieci? Interpretacja nieszczęścia jako próby jest nie do przyjęcia. Jeśli ta próba dotyczy tylko odpowiednio silnych do jej zniesienia, to może lepiej byłoby być znacznie słabszym i nie zachorować? Tego typu wyjaśnienia są raczej wyrazem bezsilności wobec tego, co nieuchronne i równocześnie niezrozumiałe [2].

Spójrzmy na możliwość istnienia sprawiedliwego świata. Gdyby tak było, wszyscy wzięliby udział w wyścigu, kto lepszy. Obowiązywałaby ścisła księgowość, dokładne rozliczenie każdego zachowania i każdego słowa. Każdy gest miałby swoje konsekwencje. Wszystko stałoby się niezmiernie przewidywalne. A nawet tak samo jednoznacznie automatyczne. Dla wszystkich jednakowo. „Wrzuć pieniążek, wyskoczy czekoladka”. Ależ byłoby nudno! A do tego nie byłoby miejsca na skończoność ludzkiego istnienia. Ponadto świat już dawno by nie istniał. Nas również by nie było. Nie zmieścilibyśmy się.

Świat funkcjonuje zgodnie z prawami natury. Natura jest moralnie ślepa, nie ma możliwości stosowania określonych kryteriów wartości. Dobrzy ludzie podlegają prawom natury tak samo jak wszyscy. Białaczka i chłoniak nie mają sumienia ani możliwości dokonywania ocen lub wydawania wyroków. Świat, w którym niektórzy ludzie nie podlegaliby prawom natury, byłby przecież jeszcze bardziej niezrozumiały i w konsekwencji pozbawiony sensu.

Przewlekła, nieuleczalna choroba powoduje z upływem czasu, jak pokazują wieloletnie obserwacje, znużenie nie tylko samego chorego, ale także jego bliskich oraz osób opiekujących się nim. Cierpliwość nie należy do mocnych stron współczesnego człowieka. Chory często czuje się niezrozumiany i opuszczony. Kontakty stają się coraz bardziej powierzchowne. Wzrasta druzgocące poczucie samotności, a w miejsce upragnionego wsparcia pojawia się znużenie.

W relacji z pacjentem hematologicznym pojawiają się zwykle trudne pytania: jak rozmawiać, by uzyskać zaufanie pacjenta, jak milczeć, gdy nie ma adekwatnych do sytuacji słów i jak wspierać, by nigdy nie zgasła nadzieja. Wyzwania nieprawdopodobnie trudne, ale konieczne, jeśli mamy czerpać satysfakcję z wykonywanych zajęć i mimo upływających lat nie doprowadzić do wypalenia i pustki.

Przekaz informacji

Znaczna część ludzi, a więc także pacjentów, ma trudności z rozumieniem prostych wiadomości. Podstawowym zadaniem jest dostosowanie języka do poziomu pacjenta, bez względu na to, jak bardzo jego możliwości są niewielkie. Pacjent przychodzi głównie po pomoc w pokonaniu lęku, obaw. Nigdy nie wolno odbierać nadziei. Pacjent nie lubi u lekarza wyrażać „nie wiem”. Toleruje je wówczas, gdy lekarz dopowiada: „mam wątpliwości, ale zrobimy jeszcze badanie...”, „muszę skonsultować z...”. Pacjent akceptuje wówczas wyższy stopień trudności, ale ufa lekarzowi poszukującemu, który nie zostawia go w niepewności.

Nie należy zadawać choremu pytań zaczynających się od „dlaczego?” Pytanie rozpoczynające się od „dlaczego” niesie w sobie rodzaj oskarżenia, stawia pacjenta w sytuacji dla niego zbyt trudnej. Odpowiedź na pytanie „dlaczego” należy do lekarza. I nie zawsze jest możliwa. Pacjent opisuje swoje objawy, usiłuje zrozumieć coś, czego nie akceptuje. Wyraża sprzeciw wobec własnych dolegliwości i objawów. Przecież każda choroba jest nie w porę. A cóż dopiero choroba hematologiczna niosąca z sobą tak duże zagrożenie.

Należy z naciskiem podkreślić, że pacjenci najlepiej pamiętają informacje przekazywane na początku i na końcu rozmowy. Stąd nie do przecenienia jest znaczenie pierwszego spotkania z hematologiem. Często wyznacza poziom zaufania i jakość relacji przez cały okres leczenia. Chorzy znacznie lepiej przyswajają informacje wypowiedziane z zaangażowaniem i w warunkach zachowania pewnej intymności, a więc nie na korytarzu czy w obecności innych osób.

Im trudniejszy stan pacjenta, tym bardziej asymetryczna relacja. To oczywiste. Ale w sytuacji remisji, nieoczekiwanej poprawy stanu zdrowia, warto powrócić do podmiotowego traktowania pacjenta i dialogu opartego na współpracy.

W sytuacjach trudnych stosuje się dawkowanie informacji (silne leki podaje się po kropelce). Warto stosować tzw. strzał kontrolny w rodzaju stwierdzenia typu: wydaje mi się, że pana choroba wygląda na poważniejszą niż się wcześniej wydawało. Koniecznie należy dobrze rozpoznać, jak dużo konkretny pacjent chce wiedzieć, oraz ustalić, jakiego rodzaju pomocy potrzebuje. Zakończeniem rozmowy jest zawsze dar nadziei – w żadnym wypadku nie pozostawimy chorego bez pomocy. Choćby pomocą mógł być już tylko gest lub środek przeciwbólowy.

Przewaga mimiki i gestów nad słowami

Nadmiar słów, nasilenie bełkotu powoduje dewaluację wiarygodności słowa. Dlatego mowa ciała, mimika i gesty lekarza oraz jego postawa mają większe znaczenie dla oceny jego wiarygodności. Zdajemy sobie bowiem sprawę z tego, że właśnie mowa ciała jest mniej kontrolowana i kontrolowalna, a dzięki temu bardziej spontaniczna. Czasami słowa są wręcz zbyteczne. Wystarczy wymowne spojrzenie, gest, grymas, a wszystko staje się oczywiste.

Decydujące znaczenie może mieć brak zgodności, niska kompatybilność słów, spojrzenia, gestu. Natychmiast pojawia się niepokój, dezorientacja, brak zaufania i rezygnacja z porozumienia.

W ostatnich latach ocenia się, że poziom wiarygodności słów wynosi zaledwie 7%. Znacznie lepiej oceniana jest wiarygodność tonacji głosu (38%). Warto przy tym pamiętać, że właśnie ton głosu jest najbardziej stabilnym i w najmniejszym stopniu kontrolowalnym wyrazem naszej ekspresji w ciągu życia [3]. Największy poziom wiarygodności przypisuje się mimice oraz dużym ruchom naszego ciała (układ ramion i kończyn, układ tułowia i głowy).

Od zawsze w kontaktach zwracano szczególną uwagę na sposób i zakres patrzenia w oczy. Z jednej strony nie ulega wątpliwości, że bezpośrednio utrzymywanie wzroku świadczy o szczerości i zdecydowaną większość czasu rozmowy należy patrzeć w oczy rozmówcy. Z drugiej strony należy pamiętać, że czynność ta podlega kontroli i jej znaczenie jest powszechnie znane. Wielu ludzi o niezbyt szczerych zamiarach i znacznych umiejętnościach manipulacyjnych potrafi patrzeć prosto w oczy. Równocześnie ciągle patrzenie w oczy przez hematologa mężczyznę w oczy atrakcyjnej dziewczyny może powodować wrażenie zbyt osobistego zaangażowania [4]. Warto pamiętać o podstawowych zasadach organizacji przestrzeni w miejscu prowadzenia rozmowy z pacjentem, choć nie zawsze jest to możliwe. Decydujący jest tu stan zdrowia pacjenta.

Dwoje uszu i jedno usta

Obustronny organ słuchu wskazuje jednoznacznie na możliwość jego wykorzystania z ogromną korzyścią dla pacjenta, który uzyskuje szansę na przekaz swojej opowieści o sobie i swoim chorym życiu. Zdecydowana większość ludzi zgłaszających się do lekarza oczekuje najpierw zrozumienia i wsparcia, a potem diagnozy. A ta w hematologii wywołuje zwykle przerażenie i szok. Sama wiedza

hematologa bez umiejętności empatii staje się bezduszną technologią.

Przestrzeń pomiędzy hematologiem i chorym powinna być jednoznacznie życzliwa. Staje się taką wówczas, gdy lekarz budzi zaufanie swoją otwartością i troską. Ani w czasie LEP-u, ani w czasie egzaminu specjalizacyjnego z hematologii, ani nawet w czasie nominacji profesorskiej nie odbywa się koronacja powodująca narodziny nieomyślności i wszechmocy. Żadne funkcje ani stanowiska nie zwalniają lekarza z wysiłku uczenia się porozumiewania z chorym człowiekiem.

Zagrożenia

Oczywiście z konieczności wymienię tylko niektóre z nich. Wydaje się, że najczęściej obecne.

1. Brak czasu, mimo coraz większego zakresu informatyzacji. Jej wdrażanie niesie ze sobą także określone trudności. Nie wszyscy są jednakowo elastyczni i przystosowujący się do nowych wymagań. A ponieważ nikt nie lubi się przyznać do własnej nieporadności, szuka przyczyn we wprowadzanych zmianach i systemie wymagań. Ponadto, zwykle obok tworzenia danych w systemie komputerowym nadal utrzymuje się formę papierową.
2. Przedmiotowe traktowanie i rutyna. Chory człowiek nie jest przypadkiem. Jest osobą potrzebującą pomocy. Oczywiście lekarz jest ekspertem w zakresie choroby, tym większa jego rola, im cięższa choroba. Zawsze jednak pacjent pozostanie ekspertem w zakresie osobistego przeżywania choroby. A zatem pacjent pozostaje współpracownikiem, współuczestnikiem leczenia i procesu zdrowienia, a więc w pewnym sensie jest współodpowiedzialnym za swoje zdrowie i życie.
3. Technologia zamiast empatii. Nic nie zwalnia hematologa z empatii i nic go tak dobrze nie chroni przed znużeniem i wypaleniem jak empatia. Empatia nie polega na współprzeżywaniu z pacjentem i jego rodziną każdej choroby. Polega jednak niewątpliwie na umiejętności rozumienia sytuacji pacjenta, patrzenia na jego los jego oczyma, zaangażowaniu, które mówi pacjentowi, iż może zawsze liczyć na to, że nie zostanie w swojej chorobie i swoich lękach sam.
4. Lęk przed bezradnością jest najgłębszym i najtrudniejszym rodzajem lęku w chorobach hematologicznych. „Czy da się z tego wyjść?” czy też pełne paniki pytanie „czy to moja ostatnia jesień?”. Nigdy nie mamy pewności co do rokowania. Nie warto uzurpować sobie ani wszechwiedzy, ani wszechmocy. Niech nadzieja umiera ostatnia, najlepiej po śmierci.
5. Manipulacjami posługują się zarówno pacjenci, jak i ich rodziny oraz lekarze. Najczęściej ze strony personelu ma to miejsce wówczas, gdy trzeba poinformować pacjenta o rozpoznaniu ciężkiej choroby lub niekorzystnym rokowaniu. Stosuje się wówczas łatwą do zaakceptowania grę „on tego nie zniesie”. Jawna intencja ma na celu ochronę chorego przed niszczącymi emocjami. Natomiast ta prawdziwa stanowi ucieczkę i usprawiedliwienie braku umiejętności poradzenia sobie w tej trudnej sytuacji. Stąd zwykle tak łatwo lekarz informuje członka rodziny, ale

nie jest w stanie rozmawiać szczerze z samym zainteresowanym o jego prawdziwym stanie i związanych z nim zagrożeniach [5].

6. Umieralność na oddziałach hematologii jest niestety wysoka. Najczęściej pacjenci nie potrzebują i nie chcą o tym rozmawiać. To jest zbyt trudne. A poza tym stosują wielorakie mechanizmy obronne, z których wynika zwykle jedno: wiadomo, że przecież dotyczy to choroby znacznie cięższej niż moja, na pewno innej, tam nic się nie dało zrobić, a u mnie będzie zupełnie inaczej. Znamiącą rolę wspierającą odgrywają pacjenci, którzy wychodzą do domu w pełnej remisji lub którzy są po udanym przeszczepie komórek macierzystych.

Biała prawda jako półprawda albo ucieczka

Zabieg usprawiedliwienia się przed mówieniem prawdy zyskał miano „białej prawdy” lub jest zamiennie wyrażany pozorowaną troską o pacjenta za pomocą stwierdzenia „on tego nie znieś”. A przecież tak jednoznacznie problem przekazu nawet najtrudniejszej prawdy określił profesor A. Szczeklik: „Czy zatem choremu mówić prawdę? Odpowiedź brzmi: oczywiście tak. Ale należałoby spytać: jak tę prawdę powiedzieć? Wrażliwość i cechy osobowości lekarza wychodzą na jaw w takich właśnie momentach krytycznych, gdy trzeba zbliżyć się do prawdy, a prawda może być straszna. Czy rzeczywiście chory chce usłyszeć całą prawdę? Nawet kiedy mówi: «wiem, że mam raka, jestem przygotowany na wszystko, proszę mi powiedzieć prawdę – to jego oczy mówią co innego: powiedz mi taką prawdę, jaką chce usłyszeć, daj mi nadzieję.» (...) Decydujący, jak sądzę, jest sposób podania prawdy, styl i czas.” [6].

Podążanie za pacjentem

Brzmi łatwo, ale jest niezmiernie trudne. Zwłaszcza w sytuacji terminalnej, gdy pacjent jest pełen lęku i niepewności. Wówczas pacjent poszukuje odpowiedzi na pytania najtrudniejsze: o wartość i sens życia. Zwykle odpowiedź uwarunkowana jest wynikiem jego bilansu życiowego. Czy warto było? Co się ostatecznie tak naprawdę liczy? Bezwarunkowa akceptacja pacjenta, do której każdy ma prawo, zobowiązuje terapeutę (lekarza, psychologa) do akceptacji systemu wartości, ocen i przekonań pacjenta. Bez względu na własne przekonania i system wartości. Do sprzeciwu mamy prawo wówczas, gdy w grę wchodzi zachowanie szkodzące pacjentowi lub osobom z otoczenia.

Kliniczny dialog jest czymś więcej niż gromadzeniem faktów i zbieraniem danych. Tu chodzi o rozumienie choroby jako pewnego rozdziału historii życia pacjenta i jego

świata. Medyczne wyjaśnienie etiologii, postawienie diagnozy i propozycja terapii muszą współistnieć z historią życia i aktualną sytuacją właściciela zdrowia, choroby i życia.

Reasumując, podążaniu za pacjentem sprzyja w znacznym stopniu [7]:

- zdobycie zaufania, zwłaszcza w czasie pierwszego spotkania,
- okazywanie zrozumienia i bezwarunkowej akceptacji osoby chorego,
- umiejętność cierpliwego wsłuchania się w historię życia i choroby tego konkretnego pacjenta, uwzględnienie jego możliwości, potrzeb i oczekiwań,
- komunikacja jasna i zrozumiała, dostosowana do możliwości poznawczych i emocjonalnych chorego,
- uwzględnienie stanu psychicznego pacjenta, jego motywacji i sposobu radzenia sobie w tej konkretnej sytuacji,
- wzbudzenie nadziei, choćby dotyczyła tylko pomocy i opieki paliatywnej.

Tylko człowiek ma świadomość własnej tożsamości i potrzebę pytania o jutro. Korzysta z niej w celu odkrywania dla siebie zarówno pozytywnych, jak i negatywnych stron istnienia. Żyjemy coraz dłużej. A zaledwie kilkadziesiąt lat wcześniej średnia długość ludzkiego życia wynosiła ok. 40 lat. Sto lat już jest aktualne nie tylko w życzeniach. Coraz więcej chorób może być wyleczonych.

Sukces i niepowodzenie, zdrowie i choroba, życie i śmierć – naturalne wymiary ludzkiego istnienia. Taka kolej rzeczy. Nie wszystko, a może nawet niewiele da się przewidzieć. Dziecko nie ma prawa umierać, młody człowiek nie powinien być chory. A jednak zdarza się inaczej. Każdy ma swój czas. A skoro zwykle nie jest to ta właściwa pora, to tylko dowód, że życie – mimo wszystkich trudów – jest cudowne. A przynajmniej takie bywa.

PIŚMIENNICTWO / REFERENCES

- [1] Aronson E. Psychologia społeczna – serce i umysł. Poznań: Zysk i S-ka; 1997.
- [2] Kushner HS. Kiedy złe rzeczy zdarzają się dobrym ludziom. Warszawa: Verbinum; 1994.
- [3] Nęcki Z. Komunikacja międzyludzka. Kraków: Oficyna Wydawnicza ANTYKWA; 2000.
- [4] Mayerscough PR, Ford M. Jak rozmawiać z pacjentem. Podręcznik komunikacji interpersonalnej. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2003.
- [5] Stangierska I, Horst-Sikorska W. Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem. Forum Medycyny Rodzinnej 2007;1(1):58-68.
- [6] Szczeklik A. Kore. O chorych, chorobach i poszukiwaniu duszy medycyny. Kraków: Znak; 2007.
- [7] Salmon P. Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Gdańsk: GWP; 2003.