

Małgorzata Rębiałkowska-Stankiewicz

Wydział Pedagogiki i Psychologii, Instytut Pedagogiki, Katedra Pedagogiki Opiekuńczej z Profilaktyką Społeczną Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Komunikacja lekarza z pacjentem w chorobie nowotworowej

Doctor–patient communication in neoplastic disease

Abstract

Introduction: The occurrence of neoplastic disease is a serious and unsuccessful change in a man's life situation. Despite the progress in the field of medicine, interpersonal communication is still considered the core of clinical management in the diagnosis, treatment, care for a patient. The patient's satisfaction with the way the treatment is largely conditioned by the quality of doctor-patient communication. Dissatisfaction of the patients with the communication with the physician can greatly reduce the willingness to submit to the regime of treatment, raise doubts about the competence of the physician, extend the period of convalescence.

Material and methods: The study involved 112 oncological patients (104 women and 8 men) aged from 25 to 73 years. The focus group comprised 6 patients at different stages of the disease. The study was conducted in the period from October 2014 to February 2015. The applied research method was a diagnostic survey and a focused group interview.

Results: The information received from the doctor were most highly appreciated (average 1.61) by women aged 30–40 years, with the lowest and highest level of education (average 1.64) and higher education (average 1.57). Doctor-patient communication was given the lowest evaluation by the inhabitants of large cities (1.51). The women patients that have been suffering the most shortly, evaluated the doctor-patient communication most critically (1.55). The focus group research revealed that the main problems in communication relate to the lack of time for the patient, lack of empathy and paternalism in communication.

Conclusions: Health care workers rarely receive adequate training in the field of interpersonal communication, needed to create mutual, satisfying and lasting relationships. Not only patients, but also doctors encounter serious problems in the relationship with the patient. Thus urgent action is needed aimed at humanizing medicine.

Psychiatry 2015; 12, 4: 238–244

Key words: cancer, information, subjective image of the disease, communication, physician

Wstęp

Wystąpienie choroby nowotworowej oznacza poważną i niepomyślną zmianę w sytuacji człowieka. Dane z prowadzonych badań potwierdzają, że emocje, które towarzyszą osobom chorym onkologicznie w kolejnych stadiach choroby, odzwierciedlają zazwyczaj jej powagę i spodziewane następstwa [1–4]. Treść emocji zależy od oceny poznawczej i są to: strach, lęk, czy niepokój — jeśli dominującym elementem sytuacji jest dla chorego zagro-

żenie; gniew, złość — wobec przeszkód i ograniczeń; poczucie winy, wstyd — na przykład związany z następstwami choroby dla rodziny; przygnębienie, apatia — jeśli przeważa przekonanie o własnej bezradności; smutek, żal, a nawet rozpacz — jeśli chory uważa, że poniósł nieodwracalne straty [5, 6]. Choroba nowotworowa na każdym ze swoich etapów powoduje przyływ wielu nowych informacji, często sprzecznych z już posiadanymi. Tym samym uruchamiane są procesy weryfikacji i poszukiwania, a cała ta część poznawczej reprezentacji świata i samego siebie, która dotyczy własnej choroby, staje się centralną i dominującą w strukturze wiedzy. Powstaje subiektywny obraz choroby zwany również obrazem własnej choroby lub koncepcją choroby. Napływające w trakcie trwania choroby informacje można podzielić na cztery grupy:

Adres do korespondencji:

dr Małgorzata Rębiałkowska-Stankiewicz
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy
ul. Chodkiewicza 30, 85–064 Bydgoszcz
tel. 502 701 880
e-mail: malstan@wp.pl

- będące wynikiem obserwacji własnego stanu fizycznego i psychicznego, przebiegu choroby i jej przeżywania;
- pochodzące od lekarza i personelu medycznego;
- pochodzące od innych pacjentów oraz członków rodziny;
- pochodzące z literatury medycznej, popularnonaukowej i mediów [7].

Zgodny z naukową wiedzą medyczną, czyli adekwatny obraz choroby nowotworowej ma ważne konsekwencje dla zachowania się wobec celów zdrowotnych. Generalnie rzecz ujmując, zachowaniom prozdrowotnym sprzyja realistyczny obraz choroby. Oznacza to, że im trafniej osoba ocenia stan swojego zdrowia, jego uwarunkowania i udział określonych czynników w procesie zdrowienia, tym mniejsze prawdopodobieństwo podejmowania aktywności niekorzystnej z punktu widzenia zdrowia (np. odrzucanie wizyt u lekarza, nieprzestrzeganie jego zaleceń, prowadzenie niehigienicznego trybu życia itp.). Subiektywny obraz choroby ma bardzo wyraźne konsekwencje dla pojawiających się u chorych stanów emocjonalnych. Nawiązując do koncepcji R.S. Lazarusa, z oceną choroby jako krzywdy/straty wiąże się: złość, żal, smutek; zagrożeniu towarzyszą: strach, lęk, martwienie się; ocenie choroby jako wyzwania: zarówno emocje negatywne, jak i nadzieja, zapał, podniecenie, rozweselenie [8, 9]. Ze względu na wymiary poszukiwania i unikania informacji przez pacjentów można wyróżnić cztery style radzenia sobie z chorobą:

1. Styl charakteryzujący się wysokim poziomem poszukiwania informacji przy niskim poziomie unikania informacji.
2. Styl preferujący silne unikanie przy mało intensywnym poszukiwaniu informacji.
3. Styl oparty na wysokim poziomie zarówno poszukiwania, jak i unikania informacji.
4. Styl charakteryzujący się małą skłonnością i do poszukiwania i do unikania informacji [10].

Z powyższymi preferencjami poznawczymi mogą wiązać się określone zachowania. I tak, z poszukiwaniem informacji może iść w parze tendencja do konfrontacji i zwalczania czynników negatywnych, zaś z unikaniem informacji skłonności do wycofywania się i ucieczki. W obliczu nieuleczalnej choroby obydwie style, tj. konfrontacyjny i ucieczkowy okazują się skuteczniejsze niż bierność wyrażająca rezygnację [1]. Treściowe elementy subiektywnego obrazu choroby obejmują kategorie odnoszące się do:

- istoty choroby;
- przyczyn choroby;
- przebiegu choroby i jej uwarunkowań;
- przypuszczeń dotyczących następstw choroby;
- oceny stanu własnego zdrowia [6, 7].

Pomimo niewiarygodnego postępu w dziedzinie medycyny, za główny trzon postępowania klinicznego w dziedzinie diagnozowania, leczenia, opieki nad pacjentem nadal uważa się komunikację interpersonalną. Zadowolenie pacjentów ze sposobu leczenia jest w dużej mierze uwarunkowane jakością komunikacji lekarz–pacjent. Niezadowolenie pacjentów z komunikacji z lekarzem może znacznie ograniczyć wolę podporządkowania się reżimowi leczenia, wzbudzać wątpliwości dotyczące kompetencji lekarza, wydłużyć okres rekonwalescencji. Należy również pamiętać, że w procesie leczenia wymagana jest hospitalizacja chorego, konsultacje lekarskie, co stawia pacjenta w obliczu problemów związanych z przetwarzaniem wielu informacji, koniecznością wchodzenia w relacje z personelem medycznym i innymi chorymi oraz adaptacją do nowego środowiska [11]. Pobyt w szpitalu jest równoważny z oderwaniem człowieka chorego od naturalnego środowiska, codziennych obowiązków i ról, ograniczeniem kontaktów z najbliższymi osobami. W tej sytuacji u wielu chorych znacznie obniża się zdolność zapamiętywania informacji, występują trudności w rozumieniu znaczenia nowych pojęć i wiedzy o chorobie przekazywanej przez lekarzy i pielęgniarki. Pacjent ma poczucie niewiedzy odnośnie do przebiegu choroby, stosowanego leczenia i rokowania, co znacznie zwiększa stres i poczucie zagrożenia. Równocześnie chciałby on wiedzieć więcej, mieć udział w podejmowaniu decyzji dotyczących jego życia, ciała i osoby, lecz brak dostatecznej wiedzy oraz trudności związane z uwagą i myśleniem mogą utrudniać podejmowanie ważnych decyzji.

Jakość komunikacji lekarz–pacjent jest wynikiem różnych czynników, związanych zarówno z personelem medycznym jak i chorym. W badaniach wykazano ogromne znaczenie, jakie w procesie leczenia przypisuje się zaufaniu pacjenta do lekarza. Prawidłowa komunikacja ułatwia wyrażenie zgody na zabiegi lecznicze i stosowanie się do zaleceń medycznych [12, 13].

Materiał i metody

Przedmiotem prezentowanych badań jest komunikacja lekarz–pacjent w sytuacji choroby nowotworowej. Celem badań jest poznanie i analiza opinii pacjentów chorych na chorobę nowotworową dotyczących oceny ich komunikacji z lekarzem oraz oczekiwań w tym zakresie. W trakcie badań szukano odpowiedzi na następujące pytania:

- Jakie są opinie pacjentów onkologicznych dotyczące oceny i oczekiwań wobec komunikacji lekarz–pacjent?
- Jak pacjenci oceniają informacje otrzymywane od lekarza? Jakie czynniki socjodemograficzne różnicują te opinie?

- Jakie są subiektywne doświadczenia pacjentów związane z komunikacją z lekarzem w przebiegu choroby nowotworowej?
- Jakie oczekiwania w zakresie komunikacji lekarz–pacjent zgłaszają pacjenci?

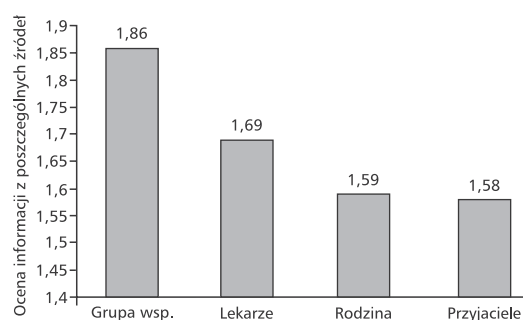
Zastosowaną metodą badawczą jest sondaż diagnostyczny (strategia ilościowa) oraz zogniskowany wywiad grupowy (strategia jakościowa, jako uzupełnienie analizy ilościowej i pomoc w interpretacji wyników). W badaniach wzięło udział 112 pacjentów chorych onkologicznie (104 kobiety i 8 mężczyzn) w wieku 30–73 lat. W grupie fokusowej było 6 pacjentek, na różnych etapach choroby — w okresie remisji, leczenia, wznowy choroby. Badania przeprowadzono w okresie od października 2014 do lutego 2015 roku w czterech filiach Akademii Walki z Rakiem i stanowią one fragment szerszych badań dotyczących funkcjonowania w chorobie onkologicznej. Zastosowanym narzędziem badawczym była zmodyfikowana Skala Wsparcia Społecznego zawierająca twierdzenia dotyczące jakości informacji otrzymywanych od lekarza (ocena w skali 0–3 punkty) [14].

Wyniki

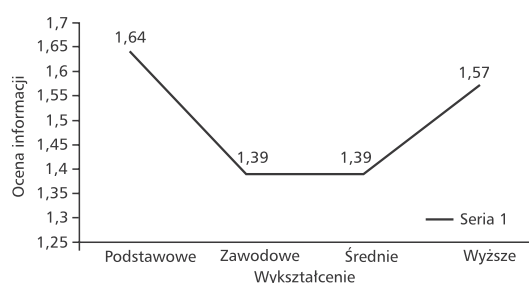
Analizując uzyskane wyniki można zauważyć, że informacje otrzymywane od lekarza oceniane były dość wysoko (1,69). Wyżej (1,86) pacjenci oceniali informacje, które otrzymują w ramach grupy wsparcia (A AWzR, kademia Walki z Rakiem). Niekoniecznie oznacza to, że informacje z tego ostatniego źródła są bardziej rzetelne. Należy podkreślić, że w realizowanym w AWzR procesie psychoedukacji wykorzystywane są metody aktywizujące, których istotą jest:

- przenoszenie akcentu z procesu nauczania na proces uczenia się;
- uwzględnianie emocjonalnego aspektu tego procesu;
- stwarzanie uczącym się przestrzeni do samodzielnego myślenia i działania.

Tak więc uczestnicy spotkań mogą podejmować decyzje dotyczące przebiegu, modyfikacji procesu uczenia się, wywierają aktywny wpływ na wszystko co dzieje się w grupie, negocjują treści i formy uczenia się, zgłaszają własne potrzeby dotyczące wiedzy i umiejętności. Osoba prowadząca zajęcia jest zaś organizatorem procesu doświadczania, współplanującą z grupą jej aktywność i koordynującą realizację wspólnego planu działania [15]. Należy podkreślić, że pacjenci mają coraz większe oczekiwania wobec służby zdrowia, a ich leczenie wydaje się być bardziej złożone i kompleksowe niż kiedykolwiek wcześniej. Warto zwrócić uwagę na to, że pomimo iż lekarz nadal cieszy się poważaniem społecznym na tle



Rycina 1. Średnie oceny informacji otrzymywanych z poszczególnych źródeł przez pacjentów chorych onkologicznie
Figure 1. Average assessment of information received from various sources by oncological patients

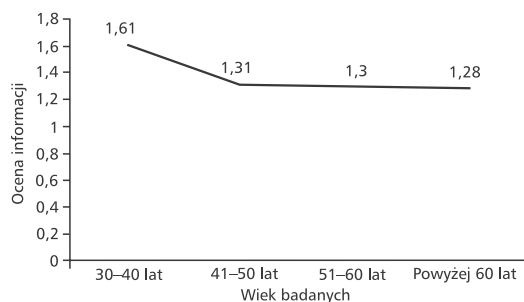


Rycina 2. Wykształcenie badanych a średnie oceny informacji otrzymywanych od lekarza
Figure 2. The education level of the surveyed and the average assessment of information received from the doctor

innych zawodów, to jego pozycja nie jest już tak znacząca jak w przeszłości. Po pierwsze dlatego, że społeczeństwo staje się coraz bardziej wykształcone a po drugie — jest bardziej świadome swoich praw. Co więcej lekarz przestaje być jedynym źródłem wiedzy odnośnie do zdrowia i choroby, dzisiejszy pacjent, choćby za sprawą mediów, ma dostęp do wielu informacji [16].

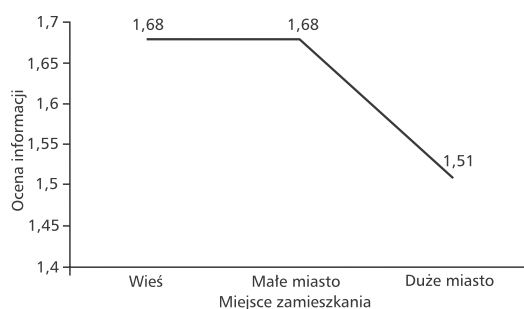
Informacje otrzymywane od lekarza najniżej oceniają kobiety z wykształceniem średnim (1,39) i zawodowym (1,39). O najwyższej ocenie informacji przez grupę kobiet z wykształceniem wyższym (1,57) i podstawowym (1,64), mogły decydować nieco inne mechanizmy: być może, że kobiety słabiej wykształcone, wysoko ceniły sobie każdą otrzymaną poradę i informację o chorobie, natomiast kobiety z wykształceniem wyższym, częściej doceniały jakość i przydatność tych informacji.

Informacje otrzymywane od lekarzy najwyżej (średnia 1,61) oceniły kobiety w wieku 30–40 lat. Można przypuszczać, że kobiety młode potrafią lepiej wykorzystać dostarczane im informacje o chorobie, lub wykazują wyższą umiejętność w ich przetwarzaniu Krzywa wykresu



Rycina 3. Wiek badanych a średnie oceny informacji otrzymywanych od lekarzy

Figure 3. The age of the surveyed and the average assessment of the information received from doctors



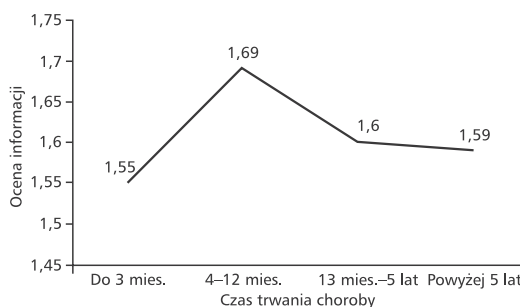
Rycina 4. Wielkość środowiska zamieszkania badanych a średnie oceny informacji otrzymywanych od lekarza

Figure 4. The size of the dwelling environment of the surveyed and the average assessment of information received from the doctor

dotycząca oceny informacji wskazuje, że ich ocena wraz z wiekiem kobiet jest coraz niższa. Można przypuszczać, że jest to związane z obniżoną wraz z wiekiem, percepcją napływu nowych informacji [17].

Analizując dane dotyczące wpływu miejsca zamieszkania badanych, na ocenę informacji otrzymywanych od lekarzy można zauważyć, że najniżej oceniały je mieszkanki dużych miast. Można sądzić, że większy dostęp do różnego rodzaju specjalistów, alternatywnych źródeł wiedzy, a także być może większe wymagania dotyczące świadczonych przez lekarzy usług powodują, że kobiety mieszkające w dużych miastach bardziej krytycznie (1,51) oceniają pomoc ze strony lekarzy niż kobiety będące mieszkankami wsi (1,68) i małych miast (1,68).

Kobiety chorujące do 3 miesięcy najniżej oceniały informacje od lekarza (1,55). Krzywa oceny w dalszych etapach choroby rośnie, natomiast u kobiet chorujących powyżej 5 lat znów spada (1,59). Wydaje się, że w początkowym okresie choroby pacjenci potrzebują więcej informacji, wyjaśniających istotę choroby, propozycje leczenia czy rokowanie. Pacjenci chorujący powyżej 5 lat, z racji remisji, mają rzadszy kontakt z lekarzem, co



Rycina 5. Czas trwania choroby a średnie oceny informacji otrzymywanych od lekarzy

Figure 5. The duration of the disease and the average assessment of information received from doctors

może powodować u nich poczucie niedoinformowania, szczególnie przy często występującym w tej grupie pacjentów syndromie „miecza Damoklesa” [18].

Kolejna zastosowana metoda badawcza, zogniskowany wywiad grupowy, miał na celu uzupełnienie powyżej prezentowanych wyników oraz pomoc w ich interpretacji. W trakcie dyskusji zadano pacjentkom pytania: Jak oceniają informacje otrzymywane od lekarza? Jakie problemy w komunikacji lekarz–pacjent najczęściej napotyka? Co chciałby zmienić w interakcji z lekarzem? Uzyskane wypowiedzi pacjentek zostały sklasyfikowane według częstości zgłaszania w dyskusji poszczególnych problemów:

1. Pośpiech, brak czasu: „W szpitalu najczęściej mówili przy innych chorych, albo udzielali informacji w pośpiechu, na korytarzu. Nie umiem się dopasować do chorego”; „Przy każdej rejestracji był inny lekarz, bo się wymieniają”; „Jestem po chemii i radioterapii, nie mam jednego lekarza. Chodzę do pokoju kontrolnego i tam trzeci raz jest inny lekarz”; „Moją największą zmurą do dziś dnia, bo chodzę na okrągło na kontrole co 3 miesiące, jest to, że nie ma stałego lekarza, który od początku do końca zna historię”; „Miałam na kartce przygotowane pytania. Czekalam na ta wizytę, żeby dowiedzieć się czegoś więcej. Nie miałam szans zadać żadnego pytania z listy. Miałam wrażenie, że jestem intruzem i przeszkadzam bo on się spieszy”; „Nie miała dla mnie nigdy nawet sekundy”.
2. Brak empatii ze strony lekarza: „Ja potrzebuję zwykłej rozmowy, co mi grozi, jakie są konsekwencje, jakie mam szanse. I potrzebuję nadziei. Trochę boją się wchodzić w tę taką sferę emocjonalną. Nie chcą dotykać tego. Wolą sucho przekazać fakty. Najlepiej jeszcze jak najmniej”; „Odpowiadał mi zdawkowo, jednym zdaniem. Już do niego nie wrócę pomimo że to dobry lekarz. Trzeba szukać lekarza, który da wsparcie”; „Działają jak automaty, nie dostrzegają

chorego. Dla lekarza jesteśmy tylko przypadkiem chorobowym”; „Brak mi uśmiechu, zainteresowania. Czuję się jak intruz, że przeszkadzam, najlepiej jakby mnie nie było”; „Lekarze są bardzo oszczędni w słowach a człowiek chory potrzebuje informacji, troski, zrozumienia”; „Wizyta trwała pewnie z pięć minut, To było na tej zasadzie, że weszłam, a on trzyma wyniki moich badań i mówi: „Pani ma raka”; „Lekarze są bardzo oszczędni w słowach. Człowiek chory potrzebuje informacji a oni po prostu nic nie mówią”.

3. Paternalizm: „Na pytania pacjentów lekarze odpowiadają krótko i niezrozumiale. Pacjenci są tak zestresowani wagą rozmowy z lekarzem, że zapominają o części pytań, czasem wstydzą się je zadać”; „Mówią tak, że nic z tego nie rozumiem. Nie czuję się jak partner. Traktują z góry”; „Zapytałam, a on „Nie będę Pani wykładu z medycyny robił”; „Albo taki tekst: nie musi Pani tego rozumieć”; „Lekarza irytuje jak zaczynam pytać: Panie doktorze a może inne leki?. Wtedy usłyszałam: A co Pani jest lekarzem”; „Ale mi się wydaje, że tak nigdy nie jest, że lekarz z pacjentem tak na zasadzie partnerskiej. Zawsze lekarz jakoś wyżej, jest mądrzejszy, i to jest na zasadzie takiego posłuszeństwa”; „Poszłam i mówię, że bolą mnie kości, stawy, bardzo źle się czuję, czy to może być od tych leków?” I usłyszałam: „A czytała Pani ulotkę? To niech Pani przeczyta”.

Obok negatywnych wypowiedzi pojawiły się również dobre doświadczenia w kontakcie z lekarzem: „Jak weszłam do gabinetu usłyszałam: Przede wszystkim jestem Pani przyjacielem a potem lekarzem”; „Co mnie zdziwiło, pierwszy raz w życiu mi się tak zdarzyło, że ja wchodzę do gabinetu, a on wstaje i mi się przedstawia. I ja byłam w szoku, że tak można”; „On po prostu powiedział: »Z mojej strony zrobię wszystko, żeby było dobrze«”. „Tak mnie pogłaskał i wystarczyło. Coś takiego, takie ludzkie podejście normalnie. Więc to jest tak bardzo ważne”; „Tłumaczył mi powoli, stopniowo, spokojnie, takim językiem, który rozumiałam”; „On mnie zapytał »Jak Pani sobie radzi?«, i ja się rozplakałam... ze wzruszenia, że mnie o to pyta. Żaden lekarz wcześniej mnie o to nie zapytał.”

Pacjentki w swoich wypowiedziach szukały również usprawiedliwienia dla występujących w komunikacji z lekarzem braków: „Lekarze mają takie tłumy pacjentów, że jakby chcieli im odpowiadać, to musieliby chyba się składować”; „Ona już jest taka gruboskórna. Ja się już do niej przyzwyczaiłam i nie wyobrażam sobie innego lekarza”; „Jakby lekarz miał z każdym rozmawiać, to nie miałby czasu na nic innego”; „Jeśli widzę lekarza, który jest na dyżurze 24 godziny, autentycznie, 24 godziny, w międzyczasie robi pięć operacji. No i zadaj mu jeszcze

jakieś pytania”; „Był oschły, traktował taśmowo, ale to było trochę na takiej zasadzie, że czuć było, że już tych pacjentów tyle przyjął, że w sumie to już chciałby, żeby to tak szybko poszło”.

Wśród zgłaszanych przez pacjentów oczekiwań względem komunikacji lekarz-pacjent, można wymienić następujące: „Zaangażowanie wobec pacjenta”; „Lepsze podejście do chorego”; „Uśmiech”; „Większa troska o pacjenta”; „Nie tylko leczenie, ale też zainteresowanie się chorym, opiekowanie się nim”; „Więcej czasu dla pacjenta”; „Okazywanie współczucia”; „Słuchanie tego co pacjent mówi”; „Mówienie nie tylko o leczeniu, ale też jak pacjent ma się zachowywać w chorobie, żeby sobie pomóc”; „Mówienie tak, abym zrozumiała”.

Dyskusja

Problemy komunikacji mają obecnie znacznie większe znaczenie niż dawniej, co powoduje, że wzrastające zapotrzebowanie na dobrą komunikację pacjenta z lekarzem nie jest zaspokajane w sposób zadowalający. Powoduje to liczne napięcia, pretensje, przeradzające się niekiedy w otwarty konflikt [19]. Współcześnie kadra medyczna ma coraz większą wiedzę, kompetencje i w związku z tym, posługuje się nie tylko językiem fachowym, medycznym, lecz często akademickim. Lekarz posiadający wiedzę i umiejętności z zakresu medycyny często automatycznie stawia pacjenta w pozycji podporządkowanej. A przecież jednostka, która wchodzi w rolę pacjenta, nie traci swojej podmiotowości, autonomii, wolności [20]. W sytuacji chorób zagrażających życiu, chory oczekuje wyrozumiałości, współczucia, empatii, informacyjnego wsparcia redukującego lęk i poczucie zagrożenia. Pacjent jest w stanie podjąć decyzje dotyczące leczenia, jedynie wtedy, gdy ma wystarczającą liczbę informacji, przekazywanych w sposób przystępny i zrozumiały. Najczęstsze braki w komunikacji lekarz i pacjenta dotyczą:

- nieuwzględniania indywidualnych potrzeb pacjenta,
- stosowanie podejścia „góra–dół” (układ hierarchiczny),
- wykluczenie pacjenta z procesu leczenia,
- używanie niezrozumiałych terminów medycznych [21, 22].

Mówiąc o dobrej komunikacji lekarza z pacjentem można przyjąć pewne ogólne założenia:

1. Należy uznać holistyczne traktowanie pacjenta, nierozdzielność psychiki i ciała, wzajemna integracja fizyczna, społeczną, psychiczną i duchową w życiu pacjenta.
2. Trzeba uwzględnić fakt, że sytuacji poważnej choroby towarzyszą zmiany emocjonalne, zmiany w zakresie potrzeb, myślenia.

3. Warto pamiętać, że istnieje sprzężenie zwrotne między lekarzem a pacjentem — obie strony na siebie oddziałują.
4. W procesie komunikacji nadawca przekazuje odbiorcy komunikat, informację, oczekując na reakcję, informację zwrotną dotyczącą poziomu zrozumienia.
5. Procesowi przekazywania informacji często towarzyszy tak zwany szum informacyjny. Może on być czysto fizyczny (hałas, inne bodźce), jak i psychiczny (zdenerwowanie, napięcie itp.). Należy zadbać o zapewnienie odpowiednich warunków do przekazu informacji, szczególnie gdy rozmowa jest treściowo i emocjonalnie ważna [19].

W procesie leczenia partnerem i główną postacią lekarskich rozmów jest pacjent. Praktykowanie postawy zorientowanej na pacjenta rozwija klimat zrozumienia i zaufania. Budowanie relacji partnerskiej nie wyklucza budowania autorytetu lekarza. Ważne jest, aby widział on w pacjencie człowieka, a nie jedynie chorobę. Partnerstwo między profesjonalistą i pacjentem powoduje, że chory czuje się swobodny, więcej mówi o swojej chorobie. Ponadto angażowanie go w proces leczenia przyczynia się do aprobaty z jego strony, a w konsekwencji do postępowania zgodnie z wcześniej zaproponowanym planem leczenia [23].

Wnioski

Z przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

1. Pracownicy służby zdrowia rzadko otrzymują odpowiednie przygotowanie w dziedzinie komunikacji interpersonalnej, niezbędne do tworzenia wzajemnych, satysfakcjonujących i trwałych relacji.
2. W relacji lekarz–pacjent należy promować podejście zorientowane na pacjenta, które angażuje go

w proces podejmowania decyzji na rzecz zdrowia, uwzględnia otoczenie społeczno-ekonomiczne oraz wyznawane wartości. W podejściu tym traktuje się pacjenta jak partnera.

3. Nie tylko pacjenci, ale również lekarze natrafiają na poważne problemy w relacjach z pacjentem. Konieczne są zatem działania zmierzające do humanizacji medycyny.
4. W literaturze dotyczącej komunikacji lekarz–pacjent zbyt mało jest opisu konkretnych wskazówek na ten temat, opisów konkretnych zachowań — zarówno skutecznych, jak i nieskutecznych. Ten brak należy uzupełnić i poprzeć prowadzeniem warsztatów z komunikacji. Ważne jest opracowanie na tyle ogólnego systemu komunikacji, aby dotyczył on wszystkich pacjentów.
5. Główne, uniwersalne zasady komunikacji lekarz–pacjent to między innymi zwracanie uwagi na emocjonalny kontekst wypowiedzi, umiejętność rozwiania niepokojów pacjenta, utrzymanie równowagi pomiędzy troską a informacją.

Można zatem powiedzieć, że „narasta sprzeciw wobec traktowania choroby wyłącznie jako dolegliwości. [...] Mam na myśli utrwalony wzorzec praktyki medycznej, w którym lekarz i pacjent działają całkowicie osobno według własnych praw i mają odmienne systemy informacji. [...] Lekarz może stać się doradcą pacjenta, jeżeli potrafi wniknąć w jego emocjonalne potrzeby w procesie zwanym aktywnym słuchaniem. [...] tak więc profesjonalista musi coraz bardziej interesować się, jak pomóc drugiemu człowiekowi w zmianie jego postawy i zachowania. Osiągnięcie tych celów wymaga umiejętności całkowicie odmiennych niż te, których tradycyjnie uczy się na uczelniach medycznych, gdzie kładzie się nacisk na diagnozę i leczenie choroby” [21].

Streszczenie

Wstęp: Wystąpienie choroby nowotworowej oznacza poważną i niepomyślną zmianę w sytuacji człowieka. Pomimo postępu w dziedzinie medycyny, za główny trzon postępowania klinicznego w dziedzinie diagnozowania, leczenia, opieki nad pacjentem nadal uważa się komunikację interpersonalną. Zadowolenie pacjentów ze sposobu leczenia jest w dużej mierze uwarunkowane jakością komunikacji lekarz–pacjent. Niezadowolenie pacjentów z komunikacji z lekarzem może znacznie ograniczyć wolę podporządkowania się reżimowi leczenia, wzbudzać wątpliwości dotyczące kompetencji lekarza, wydłużyć okres rekonwalescencji.

Materiał i metody: W badaniach wzięło udział 112 pacjentów chorych onkologicznie (104 kobiety i 8 mężczyzn) w wieku od 25 do 73 lat. W grupie fokusowej było 6 pacjentek, na różnych etapach choroby. Badania przeprowadzono w okresie od października 2014 do lutego 2015 roku. Zastosowaną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny oraz zogniskowany wywiad grupowy.

Wyniki: Informacje otrzymywane od lekarza zdecydowanie najwyżej (średnia 1,61) oceniły kobiety w wieku 30–40 lat, z najniższym i najwyższym poziomem wykształcenia (średnia 1,64) oraz z wykształceniem wyższym (średnia 1,57). Komunikację lekarz–pacjent najniżej oceniały mieszkanki dużych miast (1,51). Kobiety chorujące najkrócej, najbardziej

krytycznie oceniały komunikację lekarz–pacjent (1,55). Wyniki badań fokusowych ujawniły, że główne problemy w komunikacji dotyczą braku czasu dla pacjenta, braku empatii oraz paternalizmu w komunikacji.

Wnioski: Pracownicy służby zdrowia rzadko otrzymują odpowiednie przygotowanie w dziedzinie komunikacji interpersonalnej, niezbędne do tworzenia wzajemnych, satysfakcjonujących i trwałych relacji. Nie tylko pacjenci, ale również lekarze natrafiają na poważne problemy w relacjach z pacjentem. Konieczne są zatem działania zmierzające do humanizacji medycyny.

Psychiatria 2015; 12, 4: 238–244

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, informacja, subiektywny obraz choroby, komunikacja, lekarz

Piśmiennictwo:

- Dobrowolska M. Wybrane zasoby psychologiczne pacjentek chorych na raka jajnika a stopień nasilenia skutków ubocznych chemioterapii. *Psychoonkologia* 2013; 17: 56–61.
- de Walden-Gałuszko K., Majkovic M. (red.). Jakość życia w chorobie nowotworowej, Gdańsk 1994.
- Dolińska-Zygmunt G. Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław 2001.
- Izdebski P. Funkcjonowanie osób z chorobą nowotworową po chemioterapii. Bydgoszcz 1998.
- Heszen-Niejodek I. Radzenie sobie z konfrontacją stresową, „Nowiny Psychologiczne” 1991; 1–2.
- Heszen-Klemens I. *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań*. Katowice 1983.
- Łosiak W. Proces zmagania się ze stresem choroby przez pacjentów. W: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiek (red.). *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Kraków 1999: 72.
- Heszen-Niejodek I. (red.). *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*. Katowice 2000: 15.
- Lelonek B., Cieślak A., Kamusińska E. Problematyka stresu w chorobie nowotworowej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013; 21: 128–136.
- Gwozdecka E. Poszukiwanie i unikanie informacji jako sposoby radzenia sobie ze stresem u pacjentów po zawale serca. W: I. Heszen-Niejodek (red.). *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*. Katowice 2000.
- Fukui S., Ogawa K., Ohtsuka M., Fukui N. A randomized study assessing the efficacy of communication skill training on patients' psychologic distress and coping: nurses' communication with patients just after being diagnosed with cancer. *Cancer* 2008; 113: 1462–1470.
- de Walden-Gałuszko K. *Problemy komunikacji*. W: K. de Walden-Gałuszko (red.). *Psychoonkologia*. Kraków 2000.
- Juczyński Z., Szamburska J., Czechowicz E. Informowanie pacjenta o chorobie nowotworowej w opinii i praktyce lekarskiej. „Nowotwory” 1997; 47: 43–57.
- Kmieciak-Baran K. *HIV/AIDS alienacja oraz wsparcie i odrzucenie społeczne*. Gdańsk 1995.
- Rębiałkowska-Stankiewicz M., Kowalczyk M. (red.). *Akademia Walki z Rakiem — wsparcie społeczne*. Toruń 2012.
- Hejwosz D.A., Podejście zorientowane na pacjenta w procesie edukacji. W: M. Cylkowska-Nowak (red.). *Edukacja zdrowotna — możliwości, problemy, ograniczenia*, Poznań 2008: 205.
- Rose J.H., Radziewicz R., Bowmans K.F., O'Toole E.E. A coping and communication support intervention tailored to older patients diagnosed with late-stage cancer. *Clinical Interventions In Aging* 2008; 3: 77–95.
- Neumann M., Wirtz M., Bollschweiler E. i wsp. Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: a structural equation modelling approach. *Patient Educ. Couns.* 2007; 69: 63–75.
- De Walden-Gałuszko K. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa 2011.
- Siminoff L.A., Graham G.C., Gordon N.H., Cancer communication patterns and the influence of patient characteristics: disparities in information-giving and affective behaviors. *Patient Educ. Couns.* 2006; 62: 355–360.
- Nielsen B.K., Mehlsen M., Jensen A.B., Zachariae R. Cancer-related self-efficacy following a consultation with an oncologist. *Psychooncology* 2013; 22: 2095–2101.
- Fagerlind H., Kettis A., Bergström I., Glimelius B., Ring L. Different perspectives on communication quality and emotional functioning during routine oncology consultations. *Patient Educ. Couns.* 2012; 88: 16–22.
- Rodriguez K.L., Bayliss N., Alexander S.C. et al. How oncologists and their patients with advanced cancer communicate about health-related quality of life. *Psychooncology* 2010; 19: 490–499.