

Monika Waligórska

Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wydział Lekarski

Podarunek uwagi – co może zmienić chwila poświęcona na rozmowę z pacjentem.

1. Wstęp.
2. Korzenie umiejętności prawidłowej komunikacji z pacjentem.
3. Korzyści dobrego dialogu.
4. Bezosobowość.
5. Opisy przypadków.
6. Zakończenie.

1. *„Wszyscy na tym świecie pracujemy, służąc w jakiś sposób ludziom. My pracujemy bezpośrednio dla człowieka. Obiektem naszych badań i naszej pracy jest człowiek, który staje przed nami, mówi nam o sobie, prosi pomóżcie mi i oczekuje od nas pełni naszej egzystencji.”*<sup>1</sup> Te słowa skierowały mnie na zgłębianie tematu całkowitego oddania pacjentowi siebie w chwili dialogu oraz istoty słuchania w przebiegu terapii. W mojej pracy przedstawiam problem umiejętności poprawnej komunikacji lekarza z chorym i jej wpływ na procesy leczenia.

2. *„Szeroko zakrojone badania wykazały, że bez względu na to jak dużą wiedzę może mieć klinicysta, jeśli nie jest w stanie zawiązać dobrej komunikacji z pacjentem to mu nie pomoże.”*<sup>2</sup> Ta nadprzyrodzona moc niektórych lekarzy, ma swoje korzenie jeszcze wcześniej niż na studiach medycznych. Młody człowiek wybiera kierunek studiów z określonym, już po części ukształtowanym charakterem. Skąd wiadomo, że jest dobrym człowiekiem? A jeśli nie jest to, czy studia zmieniają jego podejście? Na każdym zakręcie podkreślana jest nam istota wywiadu, ale nie ma za wiele czasu ani możliwości przekonania się o tym w praktyce. Jak rozmawiać z osobą chorą terminalnie? Jak rozmawiać z rodziną? Jak przekazywać informacje? Jak poświęcić całkowicie swoją uwagę choremu, mimo natłoku myśli i obowiązków? Możemy podchwytывать postawy lekarzy, jednak nie zawsze są one słuszne. W szpitalu rzadko widuje wywiady przeprowadzane na siedząco. Są to pytania w biegu i pośpiechu. Patrzymy na to i uczymy się, a może raczej myślimy „ja taki nie będę”. Ostatecznie nauczymy się ( lub nie ) tego wszystkiego, gdy zostaniemy rzućeni na wielką wodę pracy na własną rękę. Prawidłowo?

3. W latach 70. i 80. XX w. badania udowodniły powiązania pomiędzy układem odpornościowym i mózgiem. W 1980 r. Robert Ader po raz pierwszy użył terminu

psychoneuroimmunologia.<sup>3</sup> Dziś wiemy, że aktywność układu odpornościowego w sytuacji stresu spada.<sup>4</sup> Stan psychiczny pacjenta przekłada się na pracę jego układu immunologicznego, a więc również na tempo rekonwalescencji. Nie jest to tylko zasługa organizmu chorego, ale i współpracy samego pacjenta. On częściej i chętniej przestrzega zasad leczenia, kiedy zlecone są przez lekarza, z którym ma dobry kontakt. Mniejsze znaczenie ma tutaj ogrom wiedzy lekarskiej.<sup>5,6</sup> Więcej zaufania ze strony chorego niesie za sobą dodatkowe informacje istotne dla procesu leczenia, a uważny dialog zapewnia rzetelne wykonanie pracy lekarskiej. Jest to również zapewnienie, że pacjent dobrze zrozumie zalecenia. Spotkałam się z niejednym przypadkiem nieporozumień co do techniki inhalacji, ilości zażywanych leków, a nawet drogi ich podania – np. per os zamiast per rectum.

4. Bezosobowość – mały, wielki problem współczesnej medycyny. Każdy chory to człowiek, który ma swoją godność. Podejście indywidualne może wiele zmienić w postrzeganiu przez niego lekarza. Zdarzało mi się słyszeć, gdy lekarz zwraca się do starszej pani ‘babciu’ lub do starszego o wiele od siebie pana po imieniu ‘Benon’. Kiedy lekarz orientuje się w historii choroby i wie jak pacjent się nazywa, bo zapytał : Panie Lewandowski, jak tam dzisiaj pańska rana? , to znak dla chorego, że może mu zaufać. Nieznajomość pacjenta tworzy barierę, która może uniemożliwiać prawidłowy przepływ informacji. Bariere, która sprawia, że nie jest to już nasz pacjent tylko – ‘ten spod piątki’.

5. W tej części chciałabym przytoczyć kilka przypadków z różnych oddziałów, aby przedstawić wagę problemu w różnych dziedzinach medycyny.

*Na III Oddziale Psychiatrycznym Kobięcym w Toruniu zostaliśmy poproszeni o zebranie wywiadu z pacjentką, lat 51. Pacjentka po próbie samobójczej, rozkleiła nasze serca rozczulającą historią o swojej samotności, złośliwych synach i mężu alkoholiku, którego wyrzuciła z domu. Pani X płakała i opowiadała o bezsensowności swojego życia, a my nie chcąc wiele drążyć mieliśmy już w głowie diagnozę – depresja. Podziękowaliśmy jej, aby zaraz przekonać się jak bardzo się myliliśmy. Lekarz, który miał wówczas z nami zajęcia był zaszokowany naszą diagnozą. Była to wieloletnia alkoholiczka, a synowie bardzo się o nią troszczyli. Nie dopytaliśmy o to, dlaczego często zmieniała mieszkania ( traciła je z powodu problemów finansowych, które wynikały z nałogu ), pracę i dlaczego jest bezrobotna. Ostatecznie miało to wpływ na ukształtowanie się w naszych głowach niesłusznej diagnozy, zbyt szybko i zbyt pochopnie.*

Kolejny przykładem są pacjenci pediatryczni, a właściwie chciałabym, aby przykładem był sam lekarz. Dużym problemem w pediatrii są rodzice dzieci, którzy często nie potrafią dziecku prawidłowo przedstawić roli lekarza. Słyszałam kiedyś w poczekalni: „ Nie dam pani doktor cię skrzywdzić”. Chciałoby się wtedy uświadomić temu rodzicowi, że to on krzywdzi to dziecko strasząc je lekarzem.

*Do poradni zgłosiła się matka z chłopcem, mającym od około roku problem z zaparciami. Lekarz znając pacjenta chciał skierować go na manometrię anorektalną. Matka powiedziała przy dziecku, że on sobie na to nie pozwoli. Pan doktor zwrócił się do małego pacjenta i wytłumaczył mu bardzo prostymi słowami : „ Słuchaj, musimy zrobić takie badanie. Włożymy ci w pupę balonik i on się będzie trochę rozszerzał, ale to nie jest nic straszego, nic nie będzie bolało..” Mały chłopiec rozplakał się, ale po chwili wytarł łzy i powiedział : „, No dobra”.*

Inny problem w pediatrii to wypowiadanie się za dziecko. W takich sytuacjach powinniśmy wiedzieć, że nie należy ślepo ufam rodzicom. Poświęcenie chwili na rozmowę sam na sam z dzieckiem może nam dać o wiele więcej.

Chirurgia:

*Pacjentka z zapaleniem pęcherzyka żółciowego, cholecystektomia planowana na następny dzień. Pani Y leży skulona w łóżku. Jest przerażona, nie wie ‘co jej będą robić’ ‘kto ją będzie operował’ ‘czy blizna będzie duża’. Nie wie, bo nikt jej nie powiedział, a ona nie ma Internetu, żeby sprawdzić.*

*Druga pacjentka przed planową operacją pomostowania aortalno- wieńcowego. Uśmiechnięta opowiada o panu doktorze : „, Pan doktor to wspaniały człowiek, robił mi już zastawkę. Wiem, że jestem w dobrych rękach to się nie boję”.*

Nie ważne jak poważna jest operacja i jakie może nieść za sobą konsekwencje. Dobry chirurg powinien porozmawiać z chorym przed każdą operacją, żeby tak jak w przypadku dzieci nie pozwalać pojawienie się u pacjenta niewiedzy, a co za tym idzie - strachu.

5. Największymi wrogami poprawnej komunikacji są niewiedza i brak czasu . To ten drugi wydaje się barierą nie do pokonania. Możemy zastąpić go nauką konkretnego, zwięzłego przekazywania informacji. Ważne jest również niezmiennianie swojego zdania, bo jak mówi dr Piotr Wojcieszek „ Słowo ‘nie’ zmienione na ‘tak’ może wywołać mnóstwo niepotrzebnego bólu. [...] leczenie to jak chodzenie po kruchym lodzie. Żeby zostać dobrym lekarzem trzeba mieć za sobą kontakt z tysiącami chorych ludzi. ”<sup>7</sup>

---

<sup>1</sup> Ks. R. Hordik, Ks. M. Tyckun ( 2011) *Święta Joanna Beretta Molla. Wierność powołaniu i afirmacja życia.* s.22

<sup>2</sup> Asnani MR. (2009). Patient-physician communication. WestIndian Med J, 58(4):357-61. [Pubmed](#)

<sup>3</sup> University of Rochester Medical Center. Retrieved 1 November 2014. The Papers Of Robert Ader, Ph.D. [Urmc](#)

<sup>4</sup> Kiecolt-Glaser JK, Glaser R., McGuire L, Robles TF. (2002) Psychoneuroimmunology and Psychosomatic Medicine: Back to the Future. Psychosomatic Medicine 64: 15-28 [Pubmed](#)

<sup>5</sup> Sullivan, L. M., Stein, M. D., Savetsky, J. B., & Samet, J. H. (2000). The doctor-patient relationship and HIV-infected patients' satisfaction with primary care physicians. Journal of General Internal Medicine, 15, 462-469. [Pubmed](#)

<sup>6</sup> Heisler, M., Bouknight, R. R., Hayward, R. A., Smith, D. M., & Kerr, E. A. (2002). The relative importance of physician communication, participatory decision-making, and patient understanding in diabetes self-management. Journal of General Internal Medicine, 17, 243-252 [Pubmed](#)

<sup>7</sup> D. Korytko, K. Bochenek (2015) *Ludzie czy bogowie.* S. 20