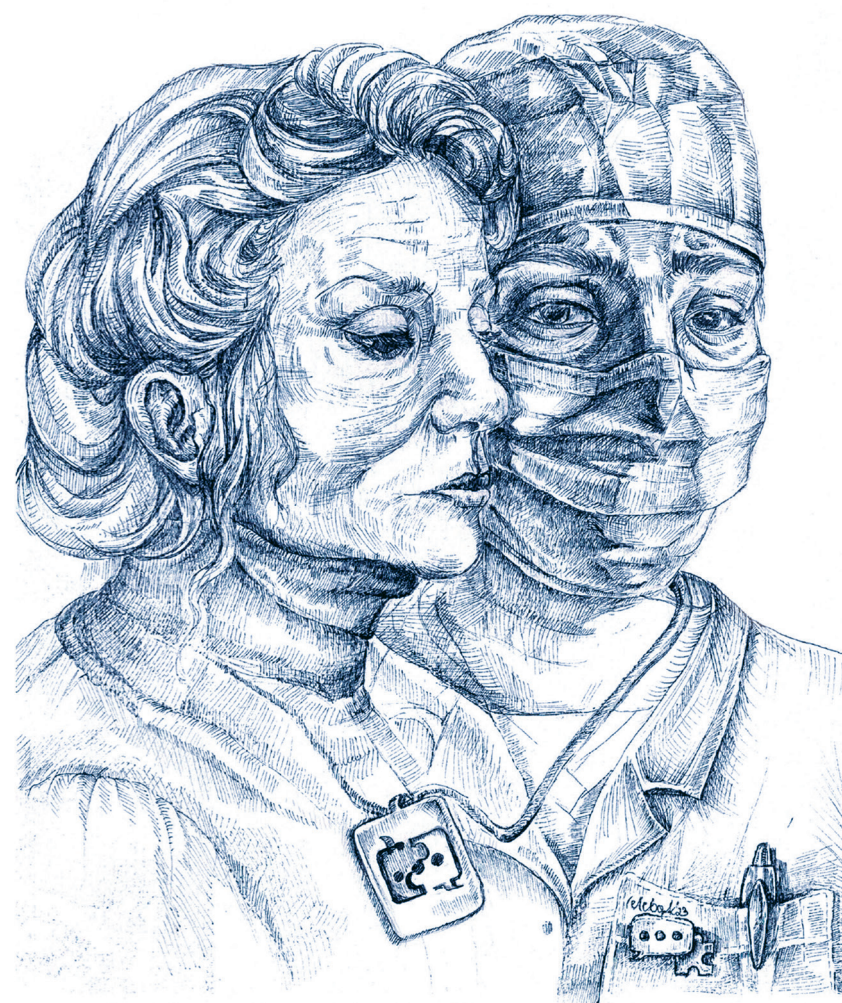


PRZEKAZYWANIE NIEKORZYSTNYCH INFORMACJI MEDYCZNYCH

WSKAZÓWKI, PROPOZYCJE, ROZWIĄZANIA

pod redakcją

Krzysztofa Sobczaka
Macieja Wałkiewicza
Julii Lenkiewicz



GDANSKI
UNIWERSYTET
MEDYCZNY

Copyright © by Gdański Uniwersytet Medyczny, 2023

Licencja CC-BY-NC-ND

Autorzy:

Anna Bollin, Zuzanna Chmielewska, Ewa Celebąk, Jakub Deleżuch, Jan Frey,
Magdalena Grubba Michalina Gryzio, Julia Gwiazda, Karolina Hark,
Michalina Herold, Julia Jastrzębska Natasza Kałczuga, Agata Kotłowska,
Julia Lenkiewicz, Oliwia Lenkiewicz, Dominika Mindak, Aleksandra Pajdak,
Jan Plenikowski, Julia Polańska, Julia Przeniosło, Paulina Przygoda,
Agnieszka Sobczak, Krzysztof Sobczak, Marcin Trzeciński, Agata Zdun-Ryżewska

Recenzenci:

dr n. społ. Agata Rudnik, dr n. społ. Antonina Doroszevska

Korekta: Bartłomiej Siek

Projekt okładki: Małgorzata Omilian-Mucharska

Grafika na okładce: Ewa Celebąk

Skład: Mariusz R. Marszałkowski/GUMed

<http://doi.org/10.31373/swl1>

ISBN: 978-83-67147-29-3

**PRZEKAZYWANIE NIEKORZYSTNYCH
INFORMACJI MEDYCZNYCH**
WSKAZÓWKI, PROPOZYCJE, ROZWIĄZANIA

pod redakcją
Krzysztofa Sobczaka
Macieja Walkiewicza
Julii Lenkiewicz

Wydawnictwo Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
Gdańsk 2023

Spis treści

Wprowadzenie	6
------------------------	---

ROZDZIAŁ I. WYBRANE ASPEKTY PRZEKAZYWANIA NIEKORZYSTNYCH INFORMACJI MEDYCZNYCH

Przekazywanie niekorzystnych informacji medycznych – ograniczenia protokołów komunikacyjnych	9
<i>Krzysztof Sobczak</i>	
Komunikacja werbalna w służbie zdrowia	16
<i>Ewa Celebąk, Natasza Kałczuga</i>	
Jak odczytywać zachowania niewerbalne pacjentów?	36
<i>Agata Zdun-Ryżewska</i>	

ROZDZIAŁ II. PROTOKOŁY NOTYFIKACYJNE DOTYCZĄCE PRZEKAZYWANIA INFORMACJI O NIEKORZYSTNEJ DIAGNOZIE I ROKOWANIU

PEWTER	46
<i>Ewa Celebąk, Natasza Kałczuga</i>	
SPIKES	57
<i>Agata Kottowska, Julia Przeniosło</i>	
P-A-C-I-E-N-T-E	63
<i>Jakub Deleżuch, Julia Gwiazda</i>	
BREAKS	66
<i>Marcin Trzciński, Julia Lenkiewicz</i>	
ABCDE	71
<i>Oliwia Lenkiewicz, Julia Lenkiewicz</i>	
COMFORT	75
<i>Dominika Mindak, Agnieszka Sobczak</i>	
Metoda dialektyczna jako sposób przekazywania niekorzystnych wiadomości	80
<i>Julia Gwiazda, Aleksandra Pajdak</i>	

ROZDZIAŁ III. PROTOKOŁY NOTYFIKACYJNE PRZYGOTOWANE NA POTRZEBY WYBRANYCH SYTUACJI KLINICZNYCH

EMPATIA – protokół przekazywania niepomyślnych wiadomości stworzony na potrzeby onkologii dziecięcej i poradni genetycznych.	88
<i>Magdalena Grubba, Paulina Przygoda</i>	
Metoda pięciu kroków – przekazywanie informacji o śmierci lub chorobie dziecka w czasie ciąży.	94
<i>Zuzanna Chmielewska, Jan Plenikowski</i>	
Model przekazywania niekorzystnych informacji osobom dotkniętym zaburzeniami rozwoju intelektualnego.	98
<i>Michalina Herold</i>	
CONES – przekazywanie informacji o błędach medycznych, powikłaniach, nagłym pogorszeniu stanu zdrowia lub śmierci pacjenta	103
<i>Jan Frey, Julia Polańska</i>	
Protokół CONNECT – przekazywanie niekorzystnych wiadomości przy użyciu telefonu lub połączenia audio-video.	107
<i>Krzysztof Sobczak</i>	

ROZDZIAŁ IV. NARZĘDZIA KOMUNIKACYJNE SŁUŻĄCE PRZEKAZYWANIU INFORMACJI O ŚMIERCI PACJENTA

„In person, in time...” – procedura powiadamiania o śmierci pacjenta	113
<i>Michalina Gryzio, Julia Jastrzębska</i>	
GRIEV_ING – model postępowania dla pracowników medycznych w informowaniu rodziny pacjenta o jego śmierci	119
<i>Karolina Hark, Anna Bollin</i>	

WPROWADZENIE

Przeszłość medycyny należy do technologii i komunikacji z pacjentem. Maszyny coraz sprawniej przetwarzają dane i wspierają klinicystów w ich codziennej pracy. Z drugiej strony, w następstwie rosnącej technicyzacji, umiejętności efektywnego komunikowania się z pacjentami stają się kluczowymi i coraz bardziej poszukiwanymi kompetencjami. Dobra komunikacja pozwala na bardziej skuteczne i nierzadko tańsze leczenie wynikające z lepszego zrozumienia zaleceń i stosowania się do nich przez pacjentów. Oznacza też m.in. lepsze zarządzanie czasem pracy i rzadsze skargi, a także wzrost satysfakcji z otrzymanej pomocy po stronie pacjentów. Kompetencje komunikacyjne stanowią umiejętności, których można się nauczyć i które należy nieustannie doskonalić.

Praca, którą oddajemy czytelnikom, została przygotowana przez pracowników i studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, którzy z myślą o swoich koleżankach i kolegach podjęli trud przeanalizowania różnych modeli i zasad komunikacyjnych pomocnych w sytuacjach przekazywania niekorzystnych informacji medycznych.

W rozdziale pierwszym wprowadzamy czytelników w tematykę komunikacji z pacjentem, odnosząc się do ogólnych zasad i wskazówek, które warunkują ten proces. Omawiamy aspekty komunikacji niewerbalnej i werbalnej, które mogą okazać się przydatne podczas przekazywania niekorzystnych wiadomości. Czytelnicy znajdą tutaj także ogólne wprowadzenie do omawianych protokołów ze szczególnym uwzględnieniem ograniczeń prezentowanych narzędzi. Stanowią one raczej podpowiedzi i drogowskazy, które muszą zostać wypełnione należyтым treningiem praktycznym, aby się nimi właściwie posługiwać.

W rozdziale drugim proponujemy przegląd wybranych narzędzi komunikacyjnych, które ułatwiają przekazywanie wiadomości o niekorzystnej diagnozie i rokowaniu.

W rozdziale trzecim odnosimy się do sytuacji szczególnie trudnych, takich jak: przekazywanie niekorzystnych informacji rodzicom dzieci chorujących onkologicznie, rozmowa o śmierci lub chorobie dziecka w czasie ciąży czy komunikacja z osobą z niepełnosprawnością intelektualną. Czytelnicy znajdą także w tym fragmencie rozwiązania dotyczące sposobów przekazywania informacji o błędach medycznych, notyfikacji o po-

wikłaniach lub nagłym pogorszeniu stanu zdrowia. Jedno z prezentowanych rozwiązań zawiera także wskazówki dotyczące komunikacji niekorzystnych wiadomości medycznych lub śmierci z wykorzystaniem połączenia telefonicznego lub audio-video.

W rozdziale czwartym opisaliśmy modele zawierające wskazówki dotyczące sytuacji związanych z koniecznością przekazania informacji o śmierci pacjenta.

Mamy nadzieję, że ta praca pomoże osobom uczącym się komunikacji w doskonaleniu tego ważnego elementu warsztatu pracy klinicznej. Chcielibyśmy, aby zebrane protokoły i narzędzia stały się pomocą dydaktyczną, dzięki której uczestnicy warsztatów i treningów będą mogli bardziej efektywnie rozwinąć swoje kompetencje komunikacyjne.

W tym miejscu chcieliśmy uprzejmie podziękować Pani dr Antoninie Doroszewskiej ze Studium Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Pani dr Agacie Rudnik z Zakładu Psychologii Klinicznej i Zdrowia Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego za wszystkie cenne uwagi i odpowiedzi.

Krzysztof Sobczak, Maciej Walkiewicz, Julia Lenkiewicz

Rozdział I

WYBRANE ASPEKTY PRZEKAZYWANIA NIEKORZYSTNYCH INFORMACJI MEDYCZNYCH

PRZEKAZYWANIE NIEKORZYSTNYCH INFORMACJI MEDYCZNYCH – OGRANICZENIA PROTOKOŁÓW KOMUNIKACYJNYCH

Wprowadzenie

Socjolingwistyczna hipoteza relatywizmu językowego, inaczej nazywana hipotezą Sapira-Whorfa, zakłada, że istnieje pewna relacja między językiem, którego używamy a postrzeganiem rzeczywistości społecznej. Dwa różne języki tylko do pewnego stopnia dają się „przełożyć”, ponieważ światy, które opisują, mogą być podobne, ale nigdy nie takie same. Język wpływa na nasze myślenie, dostarcza nazw oraz kategorii, którymi określamy stany emocjonalne czy opisujemy zachowania¹. Konstruowanie sensów również w obrębie jednego języka ma charakter dynamiczny, język zmienia się, rozwija, także w obszarze własnych znaczeń². Jak zauważa Renata F. Meuter, język ma znaczenie: „w tworzeniu barier w dostępie do opieki zdrowotnej, ma kluczowe znaczenie dla systemów opieki zdrowotnej, w których mamy do czynienia z coraz większą liczbą zróżnicowanych kulturowo i językowo populacji zarówno wśród pacjentów, jak i lekarzy” [1].

W perspektywie umiejętności przekazywania niekorzystnych informacji wydaje się, że przyjęcie hipotezy Sapira-Whorfa może prowadzić do poważnych konsekwencji:

¹ Członkowie plemienia Pintupi zamieszkujący Zachodnią Australię potrafią doświadczać 15 różnych rodzajów strachu [2].

² Za przykład może nam posłużyć pojęcie *ringxiet*, które nazywa poczucie zaniepokojenia i napięcia wywołane niemożliwością odebrania dzwoniącego telefonu. Uczucie to pojawiło się w następstwie powszechnego dostępu do smartfonów. Między innymi Ajish G. Mangot i wsp. opisali konsekwencje wpływu tego rodzaju napięcia na zachowania studentów medycyny podczas praktyk klinicznych [3].

- po pierwsze, nie da się zbudować uniwersalnego protokołu, który wykorzysta jakąś ukrytą mechanikę, która dzięki swojej ogólności będzie wolna od ograniczeń kulturowych, społecznych, religijnych czy osobowych pacjentów i lekarzy,
- po drugie, sposób socjalizacji, w tym także socjalizacji zawodowej medyków, wpływa istotnie na ich kompetencje (w tym ograniczenia) komunikacyjne. Istnieje wiele strategii, a ich efektywność różni się i w dużej mierze zależy od programu kształcenia [4],
- po trzecie, otwartość i wrażliwość na kulturowe i społeczne uwarunkowania tak lekarzy, jak i pacjentów (która nabiera szczególnego znaczenia w dobie globalizacji) nie może zostać w żaden sposób skutecznie określona w skończonym katalogu preferowanych postaw i zachowań,
- po czwarte, protokoły mogą co najwyżej określić pewne ramy komunikacyjne, które należy wypełnić każdorazowo nową treścią powstającą w indywidualnym i konkretnym spotkaniu pacjenta, jego bliskich i personelu medycznego,
- po piąte, osobiste doświadczenia pacjentów i lekarzy warunkują w istotny sposób postrzeganie przez nich choroby oraz jej konsekwencji [5].

Można więc powiedzieć, że relacja między personelem a pacjentami i ich bliskimi daleko wykracza poza interakcję między osobami. Na jej jakość i dynamikę wpływa wiele czynników, które tworzą labirynt wzajemnie przenikających się sieci powiązań [5].

Uwarunkowania kulturowe

Protokoły notyfikacyjne powstają na gruncie określonych aksjologii społecznych. Rozwiązania konstruowane w kulturze anglosaskiej podkreślają wartość autonomii pacjentów. Modele kontynentalne kładą większy nacisk na ich dobro [6]. Z kolei propozycje azjatyckie silnie akcentują rolę rodziny jako struktury mediującej w komunikacji między lekarzem a pacjentem [7]. Tego rodzaju uwarunkowania powodują, że kopiowanie dobrze funkcjonujących rozwiązań w jednym systemie społecznym nie musi wcale przynosić pozytywnych efektów w inaczej zorganizowanej strukturze społecznej. Taką sytuację możemy zaobserwować m.in. w niemieckich badaniach dotyczących potrzeb i preferencji pacjentów, wobec których zastosowano amerykański protokół SPIKES [8]. W innych analizach Henoka Fissehy i współpracowników SPIKES użyty wobec pacjentów z Etiopii skutkowało niską oceną standardu komunikacyjnego [9]. Tego rodzaju czynników wynikających z kontekstów kulturowych jest znacznie więcej: społecznie uwarunkowane struktury władzy (np. określające rolę lekarza), różnice płci, społeczne konteksty chorób czy pozycja i znaczenie rodziny jako struktury opowiedzianej za wsparcie, to tylko niektóre aspekty, które stanowią ważne determinanty komunikacji medycznej. Między innymi dlatego niektórzy z badaczy postulują włącze-

nie do protokołów notyfikacyjnych kontekstu etnograficznego, aby realizować bardziej holistyczny model opieki [10].

Czynniki psychospołeczne

Wiele badań ujawniło rolę czynników psychospołecznych, które nawet w ramach jednego systemu kulturowego istotnie wpływają na sposób komunikacji. Między innymi doświadczenia pacjentów, ich zdolności poznawcze, rodzaj dolegliwości, płeć, a nawet miejsce świadczonych usług medycznych warunkują indywidualne oczekiwania w kontekście komunikacji z lekarzem. W badaniach Pii von Blanckenburg i współpracowników zauważono, że pacjenci z wyższym poziomem zaburzeń lękowych preferowali komunikaty związane ze wsparciem emocjonalnym, chorzy z depresją oczekiwali z kolei rzadszego odwoływania się do emocji [1]. Pacjenci młodszy, kobiety i osoby z wyższym wykształceniem z reguły deklarują większe zapotrzebowanie na szczegółowe i wyczerpujące informacje dotyczące diagnozy i terapii. Wymagają od lekarzy większej uwagi i wsparcia emocjonalnego [11].

Z naszych badań wynika, że w kontekście przekazywania informacji o niekorzystnej diagnozie pacjenci najrzadziej preferują model paternalistyczny (5,1%). Najczęściej był on wybierany przez starszych pacjentów i mężczyzn. Model informacyjny (18,8%) był częściej wskazywany przez kobiety i pacjentów powyżej 40. roku życia [5]. Warto także zaznaczyć, że są chorzy (około od 10% do 20%), którzy nie chcą poznać żadnych szczegółów dotyczących własnego stanu zdrowia.

Istnieją badania wskazujące, że również kontekst miejsca przekazania diagnozy może mieć wpływ na ocenę jakości komunikacji medycznej. Pacjenci odwiedzający gabinet prywatny posiadali, w naszych badaniach, większą szansę na wyrażenie swoich wątpliwości co do zaproponowanego postępowania terapeutycznego niż pacjenci leczeni w szpitalach czy przychodniach publicznych [5].

Znajomość języka, szczególnie w aspekcie ruchów migracyjnych i globalizacji, ma fundamentalne znaczenie dla komunikacji medycznej, zwłaszcza w sytuacjach związanych z przekazywaniem niekorzystnych informacji medycznych. Leah Karliner ujawniła, że w krajach anglojęzycznych populacje z ograniczoną znajomością języka angielskiego otrzymują gorszą opiekę niż osoby biegle mówiące po angielsku [12].

Czynników psychospołecznych, które warunkują konteksty komunikacji medycznej, jest oczywiście o wiele więcej. Próba ich skatalogowania prawdopodobnie zakończyłaby się fiaskiem. Ta konstatacja może nas prowadzić w stronę rozumienia protokołów jako „drogowskazów komunikacyjnych”, formalnych odpowiedzi, ram, które każdorazowo należy wypełnić indywidualną treścią podczas spotkania z pacjentem.

Struktura protokołów

Myślę, że można przyjąć z pewnym prawdopodobieństwem, że część autorów protokołów komunikacyjnych jest świadoma ich zalet i wad. Ta świadomość prawdopodobnie indukuje mnogość rozwiązań co do przeznaczenia, struktury czy rodzajów proponowanych rozwiązań.

Pierwsze wytyczne dla praktyki komunikacji medycznej pojawiły się w USA w latach 60. i 70. XX w. [13] na gruncie ruchu dekonstruującego paternalizm medyczny oraz „humanizującego śmierć”. Chcąc zwrócić uwagę na ważność komunikacji dla relacji personelu medycznego i pacjentów, zaczęto wypracowywać „standardy” lub „zasady opisujące dobre praktyki komunikacyjne”. Ta logika nie tylko akcentowała znaczenie komunikacji i jej jakości, ale przyczyniła się także do rozwoju kompetencji miękkich w trakcie kształcenia akademickiego.

Na przestrzeni lat powstało wiele rozwiązań, które skrytalizowano w formie protokołów komunikacyjnych. Do najbardziej rozpowszechnionych należą modele „liniowe” lub „krokowe” takie jak np. SPIKES. Opisują one kolejne aspekty rozmowy, porządkując ją i akcentując najważniejsze etapy. Innym rozwiązaniem są standardy oparte na katalogu kompetencji, które kładą nacisk na rozwój niezbędnych dla efektywnej komunikacji z pacjentem doświadczeń. Przykładem takiego rozwiązania jest protokół COMFORT. Istnieją także propozycje, takie jak metoda dialektyczna, odwołujące się do określonych technik komunikacyjnych.

W bogatym katalogu rozwiązań możemy odnaleźć różne aksjologie. Są protokoły akcentujące rolę rodziny i ważność jej współpracy z personelem medycznym (np. COMFORT). Są rozwiązania ukierunkowane na komunikację z rodzicami pacjentów pediatrycznych (np. EMPATIA). Możemy spotkać propozycje przygotowane na potrzeby komunikacji zdalnej (CONNECT czy modyfikacja protokołu służącego notyfikacji informacji o śmierci pacjenta „In person, In time...”). Znajdziemy również protokoły przeznaczone dla konkretnych grup pacjentów, np. model przekazywania niekorzystnych informacji osobom z niepełnosprawnością intelektualną czy kobietom, u których zdiagnozowano śmierć płodu lub jego wadę rozwojową (Metoda pięciu kroków).

Podsumowanie

Od wielu lat w literaturze przedmiotu prowadzona jest dyskusja dotycząca oceny skuteczności rozwiązań i efektów stosowania protokołów. W jej przebiegu zrodził się szereg argumentów krytycznych, które można sprowadzić do kilku zarzutów:

- większość protokołów nie bierze pod uwagę płci, przekonań religijnych czy rodzaju choroby, chociaż badania podkreślają istotność tych zmiennych jako warunkujących preferencje komunikacyjne pacjentów,
- najpopularniejsze rozwiązania są najczęściej kopiowane i nie uwzględniają różnic społeczno-kulturowych, co w konsekwencji może prowadzić do skutków o charakterze jatrogennym,
- protokoły ograniczają interakcje lekarza z pacjentem do określonej liczby kroków, nie podkreślając warstwy sytuacyjnej i indywidualności spotkania, pomijając oczekiwania i potrzeby pacjentów,
- protokoły liniowe są w dużej mierze nieadaptacyjne [14] i zakładają asymetrię ról polegającą na kierownictwie lekarza dokonującego notyfikacji,
- protokoły skupiają uwagę pacjenta i lekarza na jednej rozmowie, tymczasem wiele badań podkreśla, że przekazywanie niekorzystnych informacji jest bardziej adaptacyjne, jeśli zostanie potraktowane jako proces [15], który posiada swoją indywidualną dynamikę, dzięki której chory może przyswoić trudne wiadomości w czasie właściwym dla niego [16],
- protokoły „drenują” personel medyczny z kompetencji komunikacyjnych (lub konieczności ich nieustannego rozwoju), sprowadzając rozmowę do określonej mechaniki [13],
- protokoły mogą generować złudną nadzieję, że dla każdego chorego da się zastosować taki sam model komunikacyjny, przyczyniają się tym samym do rozpowszechniania iluzji jednej odpowiedzi, iluzji, że istnieje jedno optymalne rozwiązanie każdego problemu medycznego [13] (że lekarz posiada prawdę obiektywną o stanie zdrowia pacjenta – a takie myślenie może mieć charakter utopii i powodować jatrogenne następstwa),
- wiele badań wskazuje, że stosowanie protokołów w praktyce sprowadza się do ich częściowego wykorzystania, manipulowania ich treściami i interpretowania na wiele różnych sposobów [13],
- protokoły prowadzą do rosnącej biurokratyzacji i regulacji praktyk opieki zdrowotnej [13] opartej o kolejne procedury.

Istnieje kilka argumentów przemawiających za stosowaniem protokołów jako ważnych narzędzi komunikacyjnych:

- istniejące rozwiązania nieliniowe zwracają uwagę na rozwój kompetencji i umiejętności komunikacyjnych,
- protokoły stanowią skuteczne i efektywne narzędzie edukacyjne w procesie kształcenia studentów i personelu medycznego,

- dzięki protokołom interwencji medycznej w sytuacjach trudnych staje się zunifikowana i może podlegać bardziej efektywnej ewaluacji, co daje pracownikom opieki zdrowotnej możliwość refleksyjnej oceny własnych działań i umiejętności [13],
- protokoły przyczyniają się do rozwoju kompetencji zawodowych i komunikacyjnych,
- protokoły podnoszą standard i jakość opieki medycznej,
- wiele badań podkreśla, że protokoły „odbarczają” emocjonalnie lekarzy, gruntując ich poczucie profesjonalizmu i redukując stres związany z notyfikacją trudnych informacji medycznych.

Zalety i wady protokołów były w literaturze przedmiotu wielokrotnie dyskutowane. Ich zwolennicy twierdzą, że protokoły mogą podnieść jakość opieki i zredukować liczbę błędów. Krytycy z kolei argumentują, że przyczyniają się do konstruowania medycyny opartej na „książkach kucharskich” oraz skutkują obniżeniem kwalifikacji lekarzy i tym samym jakości opieki [13]. Myślę, że aby podjąć się próby oceny ich przydatności i skuteczności, należy najpierw je poznać, do czego w niniejszej publikacji gorąco zachęcamy.

Bibliografia

1. von Blanckenburg P, Hofmann M, Rief W, Seifart U, Seifart C. Assessing patients preferences for breaking bad news according to the SPIKES-Protocol: the MABBAN scale. *Patient Educ Couns*. 2020;103(8):1623-9.
2. Watt-Smith T. Księga ludzkich uczuć. Konieczny J, tłumacz, Warszawa: W.A.B.; 2015.
3. Mangot AG, Murthy VS, Kshirsagar SV, Deshmukh AH, Tembe DV. Prevalence and pattern of phantom ringing and phantom vibration among medical interns and their relationship with smartphone use and perceived stress. *Indian J Psychol Med*. 2018;40(5):440-5.
4. Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Acad Med*. 2004;79(2):107-17.
5. Sobczak K, Leoniuk K. Doctors' attitudes in the situation of delivering bad news: patients' experience and expectations. *Arch Med Sci*. 2023;19(4):1-9.
6. Sobczak K. Przekazywanie informacji o niekorzystnej diagnozie i rokowaniu. *Forum Med Rodz*. 2014;8(6):320-8.
7. Pun J. A study of Chinese medical students' communication pattern in delivering bad news: an ethnographic discourse analysis approach. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):286.
8. Seifart C, Hofmann M, Bär T, Riera Knorrenschild J, Seifart U, Rief W. Breaking bad news-what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Ann Oncol*. 2014;25(3):707-11.
9. Fisseha H, Mulugeta W, Kassu RA, Geleta T, Desalegn H. Perspectives of protocol based breaking bad news among medical patients and physicians in a teaching hospital, Ethiopia. *Ethiop J Health Sci*. 2020;30(6):1017-26.
10. Rollins LK, Hauck FR. Delivering bad news in the context of culture: a patient-centered approach. *J Clin Outcomes Manag*. 2015;22(1):21-26.
11. Sobczak K, Leoniuk K, Janaszczuk A. Delivering bad news: patient's perspective and opinions. *Patient Prefer Adherence*. 2018;12:2397-404.

12. Karliner LS. Protocols can lead to equitable emergency cardiac care for patients with language barriers, but quality communication remains important for access, outcomes, and prevention. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. 2020;6(4):229-30.
13. Berg M. Problems and promises of the protocol. *Soc Sci Med*. 1997;44(8):1081-8.
14. Villagran M, Goldsmith J, Wittenberg-Lyles E, Baldwin P. Creating COMFORT: a communication-based model for breaking bad news. *Communication Education*. 2010;59(3):220-34.
15. Dean A, Willis S. The use of protocol in breaking bad news: evidence and ethos. *Int J Palliat Nurs*. 2016;22(6):265-71.
16. de Walden-Gałuszek K. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: PZWL; 2011. 200.

ib Ewa Celebąk
Kierunek Psychologia zdrowia
Wydział Nauk o Zdrowiu z IMMiT
Gdański Uniwersytet Medyczny

ib Natasza Kałczuga
Kierunek Psychologia zdrowia
Wydział Nauk o Zdrowiu z IMMiT
Gdański Uniwersytet Medyczny

KOMUNIKACJA WERBALNA W SŁUŻBIE ZDROWIU

Wprowadzenie

Komunikację można postrzegać jako jeden z głównych składników pracy klinicznej. Jest ona kluczowa we wszystkich aspektach pracy z chorym, a także na każdym etapie leczenia. W ten właśnie sposób lekarz nawiązuje relację z pacjentem, przekazuje i otrzymuje informacje oraz podejmuje decyzje dotyczące leczenia. Przekazywanie niekorzystnych informacji medycznych jest specyficzną sytuacją kliniczną. Posiadanie rozwiniętych umiejętności w tym zakresie jest szczególnie ważne w sytuacjach, w których zagrożone jest życie pacjenta. Dbłość o sposób przekazania wiadomości świadczy nie tylko o kompetencjach komunikacyjnych nadawcy, ale także o jego wrażliwości, uprzejmości i uważności na chorego. Rozmowa bezpośrednia, która jest kwintesencją komunikacji werbalnej, w przekazywaniu informacji o niepomyślnym rokowaniu jest dla chorego szansą na uzyskanie od lekarza obok niechcianej diagnozy także słów wsparcia, wiedzy odnośnie do kolejnych etapów postępowania czy zapewnienia, że pacjent nie zostanie pozostawiony sam sobie i uzyska pomoc, której potrzebuje [1].

Mimo codziennego kontaktu z pacjentem, pod presją różnych czynników, np. wysokiego poziomu biurokracji w ochronie zdrowia, może pojawić się tendencja do pomijania rozmowy bezpośredniej i nieuwzględniania jej podczas opieki medycznej. W niniejszym tekście postaramy się omówić elementy komunikacji werbalnej, czyli odnoszące się do treściowego aspektu wypowiedzi [2]. Poświęcimy szczególną uwagę temu, jak wpływa ona na relację między pracownikiem ochrony zdrowia a pacjentem. Dodatkowo przed-

stawimy wskazówki dotyczące tego, w jaki sposób można poprowadzić rozmowę tak, aby była ona bardziej efektywna, oraz czego powinniśmy unikać w kontakcie z pacjentem.

Dlaczego warto dbać o dobrą komunikację?

Komunikacja pomiędzy pracownikiem ochrony zdrowia a pacjentem wpływa na wiele aspektów procesu leczenia. Wśród nich możemy wyróżnić: samopoczucie chorego, jego zadowolenie z opieki czy postrzeganie oraz rozumienie przekazywanych mu informacji medycznych. Ponadto może ona determinować to, w jaki sposób pacjent radzi sobie z chorobą oraz jak określa swoją jakość życia [3,4].

Przekazywanie informacji dotyczących stanu zdrowia oraz planu leczenia powinno odbywać się w sposób umożliwiający pacjentowi świadomy oraz aktywny udział w procesie leczenia, tj. w sposób jasny, zrozumiały i dostępny. Ważne jest dostosowanie formy przekazywanych treści i uwzględnienie czynników takich jak możliwości poznawcze, wiek, przebyte i współistniejące choroby, cechy indywidualne pacjenta [5,6].

Pracownicy ochrony zdrowia są zobowiązani do przekazywania informacji w szerokim zakresie, informacji dotyczących celu, działania i skutków podawanych leków oraz procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a także informacji o stanie zdrowia, dostępnych metodach diagnostycznych i leczniczych, prawdopodobnych następstwach ich stosowania bądź odstępiania od nich, obecnych wynikach leczenia oraz prawdopodobnych rokowaniach. Takie działanie nie jest tylko dobrą praktyką, ale również obowiązkiem osoby wykonującej zawód medyczny. Informowanie pacjenta jest wyrazem poszanowania jego godności i prawa do samostanowienia [5].

W tabeli 1 zostały przedstawione korzyści płynące z prawidłowej komunikacji. Wyszczególniono pozytywne aspekty dotyczące nie tylko samego pacjenta czy jego rodziny, ale też lekarza. Jak można zauważyć, dobra komunikacja jest istotna dla zapewnienia wysokiej jakości opieki medycznej. Wiele skarg pacjentów na opiekę może wynikać właśnie z niewłaściwej komunikacji.

Korzyści z dobrej komunikacji w procesie leczenia

Lekarz	Pacjent
Możliwość wcześniejszego wykrycia komplikacji.	Poczucie bezpieczeństwa i godności oraz poufności informacji.
Zapobieganie kryzysom medycznym i kosztownym interwencjom.	Poczucie kontroli nad własnym stanem zdrowia (<i>przekonanie posiadania pełnej informacji na temat choroby</i>).
Zapewnienie lepszego wsparcia pacjentom.	Lepsze zrozumienie przekazywanych informacji.
Lepsze wyniki leczenia.	Lepsze wyniki leczenia.
Większa satysfakcja z pracy zmniejsza frustrację związaną z pracą.	Zwiększona satysfakcja z leczenia dzięki lepszemu zrozumieniu dolegliwości związanych z chorobą.
Zmniejszenie się oporu pacjenta wobec terapii i osoby lekarza, wzrost aktywności pacjenta w terapii (<i>przez co nie trzeba go kontrolować, gdyż samodzielnie dba o swoje dobro</i>).	Posiadanie wiedzy umożliwiającej decyzyjność w terapii – m.in. informacje uzyskane od lekarza na jej temat.
Zmniejszenie stresu związanego z pracą i wypaleniem zawodowym.	Poczucie bycia słuchanym i rozumianym (<i>pacjent czuje się swobodnie, mówiąc o swojej chorobie</i>).
Zdobycie bardziej precyzyjnych informacji, niezbędnymi do dokładnego zdiagnozowania problemów.	Możliwość podzielenia się istotnymi informacjami, niezbędnymi do dokładnego zdiagnozowania problemów.
Lepsze zrozumienie potrzeb pacjenta oraz objawów jego choroby.	Skrócenie pobytu w szpitalu i zmniejszenie kosztów leczenia.
Zwiększenie poziomu zaufania pacjenta wobec lekarza.	Trafniejsza diagnoza.
Istotny wzrost poziomu satysfakcji pacjenta (<i>a co za tym idzie malejąca liczba skarg na poszczególnych lekarzy, ogólnie na ochronę zdrowia, oraz spadek zachowań agresywnych i roszczeniowych</i>).	
Podniesienie samooceny lekarza.	

Opracowano na podstawie: [1, 4, 7-8].

Specyfika komunikacji werbalnej

W komunikacji werbalnej, gdy patrzymy na kontekst medyczny, rozróżniamy część kognitywną, skupioną na leczeniu (komunikacja instrumentalna), oraz część emocjonalną, skupioną na opiece (komunikacja afektywna). Oba komponenty uzupełniają się wzajemnie [3].

W praktyce medycznej na pierwsze miejsce często wysuwa się komunikacja instrumentalna. Zawiera ona wszystkie umiejętności oraz wiedzę ekspercką, po którą zgłasza się i której oczekuje pacjent podczas konsultacji medycznej. Obserwujemy wtedy zachowania takie jak udzielanie informacji medycznych, zadawanie pytań pacjentowi, analiza wykonanych testów i badań, zalecenia dotyczące leczenia oraz omówienie jego powodów, korzyści czy skutków ubocznych [3, 9].

Przy całej procedurze konsultacji medycznej ważne jest, aby informacje były przekazane w sposób zrozumiały dla pacjenta. Za tę część odpowiedzialna jest komunikacja afektywna, podczas ramach której lekarz próbuje nawiązać relację oraz stara się traktować pacjenta jako osobę, a nie jedynie jako przypadek. Komunikacja afektywna jest złożona. Tutaj zwracamy uwagę na sposób formułowania wypowiedzi oraz jej ładunek emocjonalny. W kontakcie z pacjentem na początku lekarz przedstawia się, a następnie zwraca się do pacjenta, okazując troskę i empatię, udziela werbalnego wsparcia oraz stara się być przyjazny, otwarty, szczerzy i pełen troski [3, 9].

Takie rozróżnienie rodzajów komunikacji, umożliwia dostrzeżenie pewnej różnicy między nimi oraz sposobu, w jaki mogą się uzupełniać. W kontakcie z pacjentem w momencie, gdy komunikacja instrumentalna związana z leczeniem wywoła trudności emocjonalne (np. informacja o diagnozie lub operacji wywoła niepokój u pacjenta), komunikacja afektywna może skutecznie przywrócić równowagę emocjonalną oraz wesprzeć w trudnej sytuacji [3, 9-10].

Umiejętności interpersonalne związane z komunikacją werbalną

W komunikacji werbalnej pierwszym istotnym krokiem jest ciekawość. Pomaga ona w kontakcie z pacjentem poprzez uważne szukanie informacji niezbędnych dla procesu leczenia. Oprócz pragnienia poznania, które umożliwia zbadanie perspektywy pacjenta oraz jego narrację i historię choroby, potrzebna jest też pewna gotowość i otwartość na przyjęcie tego, co pacjent ma do powiedzenia [11].

Kolejny aspekt dotyczy empatii. Empatyczna werbalizacja następuje poprzez identyfikowanie uczuć swoich i pacjenta oraz niezaprzeczanie im. Dzięki umiejętności spostrzeżenia nastawienia i oczekiwań rozmówcy empatyczny lekarz w naturalny sposób nawiązuje dobry kontakt i wytwarza więź z pacjentem. Ważna jest uważność w tym pro-

cesie – aby nie przekroczyć pewnych granic zawodowych. Może zdarzyć się, że opieka nad pacjentem będzie wymagała innego podejścia, co będzie wiązało się z postawą bardziej zdystansowaną oraz stanowczą [10-11].

Niezwykle istotnym elementem komunikacji jest uświadomienie sobie własnych słabości, błędów i ograniczeń. Dopiero gdy to zrobimy, jesteśmy w stanie pracować nad sobą, a następnie poprawić swoje umiejętności. Ważna jest uważność i otwartość, ponieważ bez nich możemy nie dostrzec błędów takich jak zbyt szybkie tempo mówienia, niewyraźna artykulacja wyrazów lub używanie niezrozumiałych dla pacjenta sformułowań [10].

Jak przekazywać informacje pacjentom?

Pracownicy ochrony zdrowia mogą nie zdawać sobie sprawy, że na co dzień korzystają z dwóch języków. Jednym z nich jest język potoczny, drugim – trudniejszy dla osób spoza branży medycznej – język medyczny. Pacjenci zazwyczaj nie są zaznajomieni ze specjalistycznym słownictwem, dlatego warto upewniać się, czy wszystko zostało zrozumiane. Przydatne przy tym jest używanie jasnych i precyzyjnych określeń. W sytuacji, gdy pacjenci posiadają podstawową wiedzę na temat języka medycznego i starają się go używać tak, aby uzyskać więcej informacji oraz osiągnąć lepszy kontakt z lekarzem, nadal należy rezygnować z próby upewnienia się, czy wszystkie informacje zostały należycie zrozumiane [3].

Najlepszym wyjściem jest wypracowanie wspólnego słownika dotyczącego poruszanego tematu oraz unikanie profesjonalnego słownictwa (w mowie potocznej niektóre słowa mogą oznaczać zupełnie co innego), skrótów myślowych (*proszę się przygotować* – co właściwie zrobić?) bądź żargonu medycznego, który może wprowadzać w błąd (np. *wynik negatywny* – który dla pacjenta jest korzystny) [10].

Zazwyczaj najtrudniejszym etapem jest pierwsze spotkanie i nawiązanie kontaktu – szczególnie w sytuacji, gdy pacjent jest nieufny i nie wie, czego się spodziewać. Silne emocje dezorganizują procesy poznawcze (uwagę, pamięć i racjonalne myślenie) oraz wywołują stany napięcia. Gdy się tak dzieje, najlepiej na początku udzielić wsparcia, spróbować wyciszyć emocje, dać wyraz pełnej akceptacji, w skrajnej sytuacji odroczyć rozmowę [10].

Przed przekazaniem komunikatu ważna jest analiza możliwości emocjonalnych, sensorycznych i poznawczych. Jest to istotne dla dobrania odpowiednich środków przekazu. W przypadku występowania deficytu słuchu, pamięci bezpośredniej lub uwagi warto zastosować pisemną formę podczas nawiązywania kontaktu lub używać wielokrotnych powtórzeń. Natomiast ograniczenia poznawczo-intelektualne stwarzają po-

trzebę uproszczenia informacji, która nadal powinna być jednak precyzyjna i wielokrotnie powtarzana. Ważne jest przy tym, żeby pozyskiwać informacje zwrotne, które będą potwierdzeniem właściwego zrozumienia sytuacji [10].

Tworząc relację terapeutyczną z pacjentem, należy dążyć do stworzenia klimatu redukującego poczucie zagrożenia i niepewności. Zwiększa to poczucie bezpieczeństwa pacjenta [2].

Przekazywanie niepomysłnych wiadomości zawsze jest trudne dla obu stron. Mimo najlepszych chęci ze strony lekarza przekazywane informacje mogą wywołać szok. Treści, których jest za wiele i przychodzą za szybko, nie zostają wtedy przyswojone. Istotne jest, aby upewnić się, czy i jak pacjent zrozumiał przekazane mu informacje, a następnie odpowiedzieć na jego pytania po wcześniejszym ich doprecyzowaniu. Przykładowa sytuacja, która może stworzyć nieporozumienie: *Panie doktorze, ile jeszcze to potrwa?* Zapytanie może odnosić się do długości życia lub leczenia [10].

W kontakcie z pacjentem profesjonalny lekarz powinien okazywać mu cierpliwość i szacunek, stworzyć sytuację bezpiecznej rozmowy oraz okazać swoje zrozumienie. Mimo różnych reakcji emocjonalnych – nieraz gwałtownych – starać się współczuć oraz pozwolić pacjentowi na wyrażanie uczuć. Zachowanie pacjenta często wynika z niepokoju, złości lub zagubienia. Należy jednak cały czas pamiętać o granicach zawodowych oraz – w momencie, gdy jest to wskazane – przyjąć postawę stanowczą i zdystansowaną [12-13].

W sytuacjach, gdy stawiane są pytania dotyczące drażliwych tematów czy intymnych sfer życia, warto kierować się delikatnością. Można spróbować wyjaśnić, po co nam te informacje, oraz zapewnić o poufności [12].

Rozmowa prowadzona w duchu cierpliwości i szacunku zaowocuje zadowoleniem pacjenta, zwiększeniem jego poczucia wartości oraz takim zakończeniem kontaktu terapeutycznego, dzięki któremu pacjent ma poczucie zrozumienia oraz „zaopiekowania” [13].

Techniki usprawniające komunikację, przydatne szczególnie podczas przekazywania niepomysłnych informacji

W komunikacji z pacjentem lekarzowi potrzebna jest pewna wszechstronność relacyjna. Jest to zdolność do dopasowania się do sposobu komunikacji i wchodzenia w relację z różnymi pacjentami w taki sposób, aby stać się osobą, której pacjent w danym momencie potrzebuje. Do osiągnięcia takiej umiejętności potrzebna jest pewna doza samorefleksji i nastawienia pełnego szacunku i akceptacji. Pomocne w tym podejściu będą też techniki opisane poniżej oraz przedstawione w tabelach 1 i 2 [11, 14-17].

Zwięzłość komunikatów

Zwięzłość i jasność komunikatu są niezwykle ważne, by nie przytłoczyć pacjenta nadmiarem informacji. Jasność komunikatu osiągniemy poprzez używanie prostego i zrozumiałego słownictwa, a jego zwięzłość dzięki przekazywaniu tylko przydatnych oraz niezbędnych treści. Długość wypowiedzi należy dostosować do sytuacji. Najlepiej używać krótkich komunikatów i unikać zdań wielokrotnie złożonych [18].

Technika strzału ostrzegawczego

Ważne jest, aby dostosować zakres informacji do zasobów poznawczych pacjenta – nie przekazywać więcej, niż w danej chwili jest w stanie przyjąć i chce usłyszeć. Sposobem na przygotowanie osoby na niekorzystne bądź trudne informacje jest technika sygnału ostrzegawczego. Przykładem jest zdanie: *Niektórzy pacjenci chcą więcej wiedzieć o swojej chorobie...* Następnie reakcja pacjenta wskaże nam, czy należy kontynuować rozmowę. W sytuacji, gdy musimy przekazać natychmiast ważną informację, możemy użyć sygnału ostrzegawczego, aby przygotować osobę na nadchodzący komunikat. Mówimy przykładowo *Przykro mi, że muszę Panu/i przekazać tę informację...; Chciałbym mieć lepsze wieści...*, a następnie, po parosekundowej przerwie, kończymy zdanie [10].

Konfrontacja

Technika ta ma pomóc wyjaśnić niespójność i ambiwalencję w odpowiedziach oraz oświadczeniach pacjenta [12]. Podczas rozmowy mogą u niego pojawić się emocje, które nie są zauważane przez klinicystę do momentu, gdy wypowiedź pacjenta i jego zachowanie zaczynają być skrajnie niespójne. Aby rozstrzygnąć, jakie nastawienie naprawdę dominuje u pacjenta, używamy technik konfrontacyjnych [10].

Jedną z technik konfrontacyjnych z rzeczywistością jest urealnienie. W sytuacji, gdy pacjent ze względu na swoją chorobę postrzega zniekształcony obraz rzeczywistości, lekarz ma obowiązek przybliżyć mu swoją alternatywną wizję. Ważne jest, aby kategorycznie nie zaprzeczać (spowoduje to natychmiastowe wycofanie się pacjenta z kontaktu), lecz wskazać na możliwość innego postrzegania oraz wyjaśnienia sytuacji [12].

Uzupełniającą metodą jest słowne wyrażanie wątpliwości przez lekarza co do adekwatności sądów i spostrzeżeń pacjenta. Stosując tę metodę nie skupiamy się na okazaniu aprobaty lub dezaprobaty, lecz na zachęcaniu do zmiany sposobu patrzenia na dane zagadnienie. Wskazujemy na odmienne punkty widzenia [12].

Skłonienie do refleksji, a przez to konfrontowanie pacjenta z jego spostrzeżeniami, można osiągnąć poprzez poszukiwanie źródeł emocji. Jest to próba skłonienia do

refleksji nad stanem emocjonalnym oraz jego bezpośrednimi przyczynami. Lekarz zachęca do poszukiwania związków między zachowaniem pacjenta a jego uczuciami. Następnie próbuje przetłumaczyć to, co mówi pacjent, na język uczuć. Lekarz, wykorzystując swoją empatię, koncentruje się na tym, co pacjent prawdopodobnie czuje, opowiadając np. o swoich obawach dotyczących choroby [12, 19]. Przykłady zdań przedstawiono w tabeli 2.

Stosowanie pytań otwartych

Konsultacja medyczna, nawet jeśli jest poprzedzona wywiadem chorobowym, powinna być rozmową. Zdarza się, że zamiast wzajemnej wymiany informacji pojawia się monolog ze strony lekarza lub pacjenta. Klinikista w obu przypadkach musi wiedzieć, jak postępować, a następnie dobrać odpowiednie środki, tak aby uzyskać jak najwięcej potrzebnych informacji od pacjenta. Należy pozwolić mu swobodnie mówić, jednocześnie kontrolując przebieg wywiadu [12, 18, 20].

W sytuacji, gdy mamy do czynienia z osobą małomówną i nieśmiałą, pomocne będzie zadawanie pytań otwartych, naprowadzenie na możliwe odpowiedzi oraz zachęcanie do pytań. Pracownik ochrony zdrowia nie może dopuścić do sytuacji, w której swoim słowotokiem sprawia, że rozmówca jedynie odpowiada na szybko zadane pytania zamknięte [12, 21]. Pytania otwarte dają pacjentowi większą szansę na rozwinięcie tematu i ujawnienie istotnych treści [10].

Stosowanie się do poniższych wskazówek może przyczynić się do jeszcze dokładniejszej i bardziej skutecznej komunikacji z pacjentem.

Tabela 1. Techniki usprawniające komunikację

Formułowanie interpretacji na próbę – po otrzymaniu informacji od pacjenta – w celu uzyskania informacji zwrotnej od pacjenta (parafrazowanie).
Formułowanie zwięzłych i jasnych komunikatów.
Nadawanie jasnego sensu wypowiedziom nieprecyzyjnym (klaryfikowanie) – upewnianie się, czy lekarz zrozumiał dobrze wypowiedź pacjenta.
Nazywanie uczuć własnych i rozmówcy (werbalizacja).
Podawanie ważnych informacji na początku i na końcu wypowiedzi (efekt pierwszeństwa i świeżości).
Podkreślanie istotnych treści.
Podsumowanie wiadomości co jakiś czas.
Porządkowanie zdarzeń w czasie lub według ich skutków (= znajdowanie logiki w wypowiedziach pacjenta).
Powtarzanie wielokrotnie tej samej informacji w wielu różnych formach.
Przekazywanie informacji związanych z zagadnieniami, o których pacjent już słyszał (= ułatwianie zapamiętywania).
Stosowanie pytań otwartych.
Stosowanie sygnału ostrzegawczego przed złymi informacjami.
Urealnianie, słowne wyrażanie wątpliwości, poszukiwanie źródeł emocji (konfrontacja).
Zachęcanie do rozwinięcia opisu problemów, o których pacjent wspominał ogólnikowo.
Zadawanie pytań o zdrowie psychiczne, a nie tylko somatyczne.

Opracowano na podstawie: [10, 12, 18, 21-22]

Tabela 2. Przykładowe zwroty, szczególnie potrzebne w przekazywaniu niepomyślnych informacji

Na początek rozmowy: • Czy ktoś rozmawiał z Panem* na ten temat? • Jakie informacje Panu przekazano, co Pan wie na dany temat?
Określenie potrzeb pacjenta: • Czy chciałby Pan, aby Pana rodzina była obecna, kiedy będziemy o tym rozmawiać? • Czy wolałby Pan, żebym rozmawiał o tym z Panem, czy z Pana córką? • Niektórzy ludzie chcą być bardzo zaangażowani w podejmowanie decyzji dotyczących ich opieki medycznej, a niektórzy chcą, aby lekarz po prostu wydał im zalecenia – jak Pan czuje, która forma jest bliższa Panu? • Czy mógłby mi Pan to przybliżyć?
Konfrontacja treści: • Słyszę, że mówi Pan – wszystko jest dobrze, jednak widzę, że jest Panu trudno i płacze Pan... (urealnienie) • Proszę spojrzeć... czy nie wydaje się Panu to nierzeczywiste? (słowne wyrażanie wątpliwości) • Mówi Pan, że... Jakże to budzi w Panu uczucia? (poszukiwanie źródeł emocji) • Jak Pan ocenia swoje postępowanie? Czy w tej chwili jest Pan zadowolony ze swojego postępowania? (zachęcenie do oceny) • Pacjent mówi: <i>Jestem martwy w środku</i>, klinicysta odpowiada: <i>Rozumiem to tak, że nie ma Pan energii do życia...</i> (próba przetłumaczenia języka uczuć)
Przekazywanie informacji z wcześniejszym ostrzeżeniem: • Co lekarz powiedział Panu wcześniej? • Kiedy pojawił się pierwszy symptom, pomyślał Pan, że co to może być? Ostrzeżenie może na przykład brzmieć: <i>Miał miejsce poważny wypadek samochodowy; Pana żona brała w nim udział</i>. Słuchacz ma chwilę, aby zrozumieć komunikat. Po tym następuje zła wiadomość. <i>Z przykrością muszę Panu powiedzieć, że Pana żona nie przeżyła.</i> • Przykro mi, że muszę Panu to powiedzieć. • Wiem, że to nie jest dobra wiadomość. • Chciałbym mieć lepsze wieści. • Wydaje mi się, że Pańska choroba wygląda na poważniejszą, niż się na początku wydawało. • Mam Panu do przekazania złe wieści. Przykro mi, że muszę to Panu powiedzieć.

Po przekazaniu niepomysłnej wiadomości:

- *Wiem, że to może być przytłaczające; przekazałem Panu wiele informacji. Czy jest Pan w stanie zastanowić się nad pytaniami, które chciałby Pan mi zadać?*
- *Wiem, że to musi być trudne. Proszę mi wyjaśnić, co Pan zrozumiał? Chcę się upewnić, że wyraziłem się jasno.*
- *Czy Pan wie, co to znaczy? Proszę powiedzieć mi swoimi słowami.*

Wsparcie emocjonalne:

- *Widzę, jak bardzo jest to przykre.*
- *Czy mogę potrzymać Pana za rękę.*
- *Przykro mi z tego powodu. Jest to bardzo trudna wiadomość. Czy są jakieś pytania, na które mógłbym teraz odpowiedzieć? Więcej na ten temat będziemy rozmawiać w następnym tygodniu.*
- *Słyszę, że martwi się Pan (wymienić objawy, ból, skutki uboczne itp.)*
- *To jest choroba postępująca, ale na pewno zrobimy dla Pana wszystko, co w naszej mocy (należy być pełnym nadziei i współczucia, ale nie należy dawać fałszywego obrazu sytuacji).*
- *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. Mówi Pan, że wszystko jest dobrze, a płacze Pan?*
- *Rozumiem, że czuje się Pan obezwładniony przez lęk...*
- *Jakie to budzi w Panu uczucia?*
- *Niepokoi mnie, że Pan...*

Wsparcie instrumentalne:

- *Przygotowałem dla Pana kilka ważnych informacji, które mogą się Panu przydać.*
- *W sytuacji, kiedy trzeba wybrać konkretną placówkę: Istnieje kilka placówek, do których mógłby Pan się udać. Chciałbym, żebyśmy wspólnie zastanowili się nad najlepszą dla Pana opcją (wyliczenie placówek).*

Zakończenie rozmowy:

- *Jeśli informacje powinny być rozłożone na kilka wizyt: Wiem, że to skomplikowane; możemy porozmawiać ponownie jutro, abym mógł odpowiedzieć na wszystkie Pana pytania.*
- *W razie, gdyby nasunęły się Panu jakiekolwiek pytania, proszę pamiętać, że jestem do Pana dyspozycji. Chętnie na nie odpowiem.*
- *Proszę pamiętać, że jestem tu, żeby Panu pomóc.*
- *W razie, gdyby potrzebował Pan kolejnej rozmowy, proszę dać znać.*

Opracowano podstawie: [2, 10, 12, 23-26]

* W przykładowych wypowiedziach i pytaniach przyjęto formę „Pan” jako najprostszą gramatycznie. Na potrzeby konkretnej sytuacji komunikacyjnej należy dopasować formy zwracania się do pacjenta zgodnie z jego oczekiwaniami i dotychczasową współpracą z lekarzem/pracownikiem systemu ochrony zdrowia.

Czego unikać w rozmowie z pacjentem?

Nie wszystkie zachowania lekarza podczas kontaktu z pacjentem mają wartość terapeutyczną. Niektóre praktyki stosowane podczas pracy klinicysty z pacjentem lub jego rodziną są błędami jatrogennymi. Do takich błędów należą m.in. wypytywanie z nadmiernym zaangażowaniem i naciskiem o konkretne objawy, sugerowanie dolegliwości i odpowiedzi na zadane przez klinicystę pytania, pomniejszanie cierpień opisywanych przez pacjenta oraz żądania udowodnienia prawdziwości zgłaszanych dolegliwości. Wymienione zachowania są nieetyczne, nie są jednak jedynymi, które zakłócają komunikację lekarz–pacjent. Poniżej przedstawiono praktyki, które nie są korzystne dla kontaktu medycznego, oraz wskazówki, jak uniknąć wymienionych błędów [12].

Nie oszukuj pacjenta, ale też nie odbieraj mu nadziei

Nadzieja może być związana z wieloma aspektami. Nawet jeśli nie jest możliwe całkowite wyzdrowienie, nie należy jej pacjentom odbierać. Może ona być związana jeszcze z szansą na polepszenie stanu zdrowia (przynajmniej na pewien czas), potrzebą domknięcia spraw, realizacją niektórych planów lub chociaż ze spokojną śmiercią w otoczeniu ukochanych osób [10].

Bądź gotowy na ciszę

Po otrzymaniu niekorzystnych wiadomości pacjent potrzebuje chwili na przyswojenie informacji. Cisza nie świadczy o niekompetencji lub ignorowaniu problemu przez lekarza, ale o jego akceptacji i próbie zrozumienia reakcji pacjenta [10].

Brak pytań i komentarzy ze strony pacjenta nie jest sygnałem, że chce on zrezygnować z prawa do informacji. Pacjent może nie posiadać odpowiedniej wiedzy umożliwiającej sformułowanie pytania. Innym wyjaśnieniem jest nieśmiałość lub skrupowanie rozmowę w warunkach, które nie zapewniają intymności. W związku z tym jedynie w sytuacji, gdy pacjent w sposób niebudzący wątpliwości oznajmia, że jego wolą jest bycie nieinformowanym (fakt ten powinien być udokumentowany), dopuszczalne jest, żeby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzieliła informacji [5].

Wycucie momentu, w którym powinna nastąpić kontynuacja rozmowy, będzie łatwiejsze, gdy podążymy za pacjentem, tzn. wczujemy się w jego potrzeby i emocje. Chwila napięcia podczas oczekiwania może być nieprzyjemna, jednak nie należy się jej bać. W odpowiednim momencie zastosowana może zostać technika werbalizacji: nazywanie reakcji pacjenta oraz zadawanie mu pytań, np. takich jak: *Czuję, że trudno Panu mówić o tym temacie, czy coś Pana zaniepokoiło? Czy chce mnie Pan o coś zapytać?* [10].

Nie uciekaj od pacjenta

Przekazywanie niepomysłnych wiadomości powinno odbywać się w odpowiednich warunkach umożliwiających spokojną rozmowę. Niedopuszczalne jest zostawienie pacjenta samego natychmiast po przekazaniu złych informacji [10].

Nagle odejście dotyczy nie tylko fizycznego opuszczenia, ale także unikania bądź zmieniania tematu omawianego z pacjentem w celu odejścia od tego rodzaju treści, których klinicysta jest niepewny. W danym momencie lekarz wycofuje się, ponieważ treści są niewygodne oraz niepokoją nie tylko pacjenta, ale również samego klinicystę [12].

Ucieczka może spowodować, że pacjent nie będzie miał szansy zadać nurtujących go pytań – a w konsekwencji wiadomości będą błędnie zrozumiane. Należy doprecyzować informacje, odpowiedzieć na pytania, zapewnić pacjenta, że nie zostaje sam oraz nastąpi kontynuacja opieki medycznej [10].

Nie ukrywaj emocji i frustracji

Niektóre konflikty pojawiają się jako konsekwencja nieujawnienia swoich frustracji i emocji. Źródło sporu może być nieoczywiste zarówno dla pacjenta, jak i pracownika medycznego. Konflikt może eskalować i powodować coraz większą wrogość w relacji pacjent–lekarz, mimo pozornie błahej genezy. Taka sytuacja jest trudna – powoduje poczucie bezradności, złości, niepewności lub smutku. Klinicysta powinien potrafić rozpoznać swoje emocje i reakcje na daną sytuację, ale również zwracać uwagę na sygnały płynące od pacjenta, dotyczące jego stanu emocjonalnego. Dzięki rozwijaniu swoich umiejętności w zakresie rozpoznawania uczuć i uważności lekarz może szybciej reagować na daną sytuację, a w konsekwencji osiągać sukces kliniczny [7].

Unikaj paternalizacji

Zachowania zaliczane do paternalizacji lekarskiej to wszystkie przejawy chęci utrzymywania kontroli podczas interakcji medycznej. Są nimi m.in. dominowanie w rozmowach, wyolbrzymianie dla podkreślenia swojego zdania, kłótniowość, dramatyzowanie oraz wykorzystywanie informacji o pacjencie przeciwko niemu [3, 27].

Zachowania kontrolujące pojawiają się w momencie, gdy celem wypowiedzi jest wpływ na zachowanie odbiorcy oraz osiągnięcie założonych przez siebie celów [3, 28]. Pokusa kontroli może być nieświadoma, a ingerencja w działanie pacjenta, ograniczanie jego wolności oraz praw pojawić się w myśl jak najlepszej nad nim opieki. Motywacją może być opinia, że rozmówca nie jest zdolny do samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących kwestii zdrowia.

Obecna dobra praktyka i model medyczny odchodzą od paternalizmu na rzecz indywidualizmu. Dominującym modelem w komunikacji jest wzajemna wymiana informacji – niedominowanie rozmówcy oraz wspólne podejmowanie decyzji przy większym skupieniu na pacjencie i stawianiu go w centrum procesu leczenia [7, 29-30].

Nie kieruj się stereotypami w podejmowaniu decyzji

Może wydawać się, że osoby z niższej klasy społecznej (bierzemy pod uwagę m.in. dochód i wykształcenie) nie potrzebują większej ilości informacji oraz kontaktu. Jest to błędne założenie. Zauważalna jest tym samym potrzeba unikania dyskryminacji kogoś ze względu na status społeczny. Badania pokazują, że pacjenci z wyższych klas społecznych w większym stopniu otoczeni są troską, mają lepszy kontakt z pracownikami ochrony zdrowia, a także otrzymują więcej informacji medycznych [9, 31-32].

Co może mieć wpływ na nastawienie, a następnie działanie lekarza? Pracownicy ochrony zdrowia mają tendencję do udzielania informacji w zależności od cech i umiejętności pacjenta, np. jego stylu komunikacji. Nastawienie klinicysty zmienia się znacząco w stronę pozytywną w momencie, gdy pacjent zadaje pytania, ma wyważoną ekspresję odczuwanych emocji oraz otwarcie wyraża swoją opinię [9]. Możliwe, że takie zachowanie stereotypowo wskazuje na osobę wykształconą, będącą w stanie przyjąć z łatwością przekazywane treści. Pomimo tych przypuszczeń badacze nie stwierdzili jednak związku między częstotliwością zadawania pytań przez pacjentów a ich wykształceniem czy możliwością przyswajania informacji [9]. Podobna sytuacja może dotknąć pacjentów odczuwających wysoki poziom lęku.

Badania Richarda L. Streeta pokazują, że ocena pacjenta może nastąpić jeszcze przed rozpoczęciem nawiązywania z nim kontaktu [32]. Dzieje się tak przykładowo wtedy, gdy z góry jest znany jego status społeczny i ekonomiczny. Lekarze posiadający taką wiedzę mogą automatycznie ignorować sposób formułowania komunikatów przez pacjenta [9, 32]. Dobrą praktyką jest znajomość swoich wewnętrznych przekonań oraz stereotypów, ponieważ wpływają one na nastawienie oraz rozmowę z pacjentem. W trakcie udzielania informacji medycznej zaleca się, aby klinicysta pokierował konsultacją tak, by pacjent brał w niej aktywny udział. Szczególnie ważne w tym aspekcie jest okazywanie troski oraz niepomijanie osób z niższych klas społecznych. Lekarz powinien zachęcić do omówienia obaw pacjenta oraz zadawania przez niego pytań i nie może zapominać o aktywnym słuchaniu [9].

Przeszkody w komunikowaniu się

Efektywna komunikacja zależy od wielu czynników. Niektóre z nich skutecznie utrudniają kontakt z pacjentem. Nieświadome bariery mogą być stałym składnikiem rozmów bądź pojawić się nagle, np. gdy nasz stan psychofizyczny jest nie najlepszy. Do wspomnianych barier należą: domyślanie się, przygotowywanie odpowiedzi zanim pacjent zada lub skończy pytanie, wybiórcze i niedokładne słuchanie oraz ocenianie. Niepotrzebne jest również krytykowanie i obwinianie pacjenta (w tym momencie rozmówca zamyka się na treści i przyjmuje postawę obronną), przerywanie mu lub przekazywanie nadmiaru informacji [10]. Zachowanie, które dodatkowo może spowodować wycofanie się z relacji z lekarzem, to przejawiana przez niego chęć kontroli, narzucanie odbiorcy swojej woli i wizji. Strategia taka będzie wywoływać opór u rozmówcy, a tym samym spowalniać proces leczenia [2].

Brak aktywnego słuchania

Najczęstszym powodem frustracji i niezadowolenia wśród pacjentów jest brak aktywnego słuchania ze strony lekarza. Świadczeniobiorcy skarżą się na to, że nie uzyskują odpowiedzi na swoje pytania oraz bywają niedopuszczani do głosu. W momencie, gdy mogą już zadać pytanie, często przerywa im się, zanim zdążą skończyć wypowiedź. W odwrotnej sytuacji jednak, gdy to klinicysta mówi, brakuje przerw na zastanowienie się nad treścią komunikatu lub zadanie pytania [8].

Lęk i jego przejawy

Ograniczanie rozmów czy ich unikanie może być związane z poczuciem niekompetencji. Lęk przed rozmową pojawi się, gdy lekarz nie jest w stanie, w swoim przekonaniu, pomóc pacjentowi – przez co czuje się całkowicie bezradny. Przykładem takiej sytuacji jest rozmowa z umierającym pacjentem, kiedy potrzebuje on od klinicysty wsparcia psychologicznego. Pacjent paliatywny, intensywnie odczuwający ból, może cierpieć tak intensywnie, że opiekujący się nim personel w pewnym sensie będzie współodczuwać to cierpienie. Z tego powodu moment bezradności może doprowadzić do poczucia niekompetencji – sytuacji, której klinicysta chce uniknąć. W trakcie studiów przyszli pracownicy ochrony zdrowia nie są przygotowywani na opisaną powyżej sytuację. Nie otrzymują na ogół wskazówek, jak powinni postępować w takiej sytuacji, a jeśli już takie wskazówki są przekazywane, to mają charakter ogólnikowy i bardzo uproszczony. Brak algorytmu

czy klarownej instrukcji będzie powodem lęku i unikania przez lekarzy pacjentów problematycznych [18, 33].

Kolejnym rodzajem bariery utrudniającej kontakt z pacjentem jest lęk przed poczuciem winy. Lekarz w momencie przekazywania niekorzystnych informacji dotyczących leczenia czy diagnozy może mieć poczucie winy wobec pacjenta. Zwłaszcza gdy podczas rozmowy pacjent reaguje emocjonalnie na otrzymane wiadomości i próbuje znaleźć osobę współwinną całej sytuacji. Dodatkowo w momencie, gdy pacjent jest przewlekłe lub nieuleczalnie chory i w niewielkim stopniu można mu pomóc, pojawia się poczucie winy związane z ograniczeniami medycyny [18, 34].

Ostra reakcja emocjonalna pacjenta sama w sobie może być lękotwórcza. Obawa rozmowy o chorobie, objawach czy rokowaniach może być spowodowana spodziewaną reakcją pacjenta na przekazywane informacje. Klinicysta często nie wie, w jaki sposób rozmawiać oraz jak zachować się w obecności pacjenta, który reaguje gniewem, złością czy płaczem na usłyszane treści [18, 35].

Lekarz funkcjonuje w pewnym środowisku, w którym z powodów zawodowych może uchodzić za eksperta. Zdarza się, że podczas codziennej praktyki pojawia się lęk przed ujawnieniem niewiedzy lub przed krytyką ze strony innych lekarzy. Klinicyści usiłują maskować swoją niewiedzę – nie jest to jednak droga do budowania zaufania. Niezależnie od intencji pracownika ochrony zdrowia ukrywanie pewnych niepewności i nieścisłości ma poważne konsekwencje, takie jak utrata zbudowanego zaufania do lekarza oraz w następstwie niechęć do współpracy z nim [18].

Na końcu wachlarza lęków znajduje się najbardziej pierwotny lęk. W każdym społeczeństwie pojawia się pewien poziom obawy (lęku) przed śmiercią. Badacze pokazują, że jest on wyższy wśród grup lekarzy, którzy mają kontakt z pacjentami w terminalnym okresie nieuleczalnej choroby. Pracownicy ochrony zdrowia wypierają oraz zaprzeczają swojej śmiertelności, dlatego też mogą wybierać pacjentów, którzy jak najbardziej będą podtrzymywać wewnętrzną iluzję wiecznego życia i zdrowia [18, 36]. Lęk przed świadomością własnej nieuchronnej śmierci może być powodem, nawet nieuświadomionym, unikania kontaktu z umierającym pacjentem i wybierania do rozmowy tylko tych z szansą na lepsze rokowania.

Bariery techniczne

Komunikacja może być utrudniona lub niemożliwa, gdy pojawią się bariery niezależne od nas, takie jak np. pacjent niemy, niesłyszący lub posługujący się innym językiem niż przedstawiciel zawodu medycznego. Mimo trudności nadal powinniśmy szukać rozwiązania i spróbować się porozumieć, np. poprzez kontakt z tłumaczem rekomendowanym

i znajdującym się na liście właściwego oddziału NFZ (następnie należy upewnić się, że pacjent zgadza się na obecność osób trzecich podczas konsultacji medycznej) [5].

Dobłą praktyką jest przygotowanie się na możliwe trudności z wyprzedzeniem. W ramach przygotowania można zapoznać się z procedurami placówki, w której się pracuje, zapytać, czy dostępni są tłumacze. Jeśli odpowiedź jest pozytywna, należy doprecyzować, na jakich zasadach działają, w jakich godzinach pracują oraz jakie języki są im znane. Dodatkowo warto edukować się i zaznajomić z informacjami, jak funkcjonują oraz jaki *savoir vivre* w danej grupie obowiązuje, np. w środowisku osób głuchych.

Tabela 3. Przykładowe zwroty, których należy unikać w kontakcie z pacjentem

W trakcie rozmowy (stosowanie pytań zamkniętych) • Czy rozumie Pan*, co powiedziałem? • Czy wszystko, o czym tu mowa, ma sens?
W trakcie niechcianej rozmowy (niby-pytania, pytania nieprofesjonalne i zabronione): • Już Pana nie boli, prawda? • Dlaczego nie przyszedł Pan na umówioną wizytę? • Proszę mi powiedzieć: czy boli Pana serce? czy zażywał Pan leki? jakie dokładnie i czy był Pan u kardiologa? • Czy naprawdę jest Pan tak nierozumny, że muszę cały czas powtarzać... • Czy nie chce, czy nie może Pan zrozumieć tego, co mówię? • Co jest z Panem nie tak?
Podczas przekazywania niepomyślnych wiadomości: • To cięższe, niż się ludziom wydaje. • Większość ludzi w tej sytuacji... • Gdybym był na Pana miejscu...
Po przekazaniu niepomyślnych informacji: • Niech Pan będzie dzielny. • Nie ma powodu do obaw.
Na reakcję emocjonalną pacjenta: • Wiem, jak się Pan czuje. • Rozumiem, przez co Pan przechodzi. • Proszę wziąć się w garść.
Na zakończenie: • Nic więcej nie możemy dla Pana zrobić.

Opracowano na podstawie: [2, 8, 10, 12, 23-26].

* W przykładowych wypowiedziach i pytaniach przyjęto formę „Pan” jako najprostszą gramatycznie. Na potrzeby konkretnej sytuacji komunikacyjnej należy dopasować formy zwracania się do pacjenta zgodnie z jego oczekiwaniami i dotychczasową współpracą z lekarzem/pracownikiem systemu ochrony zdrowia.

Zakończenie

Dbłość personelu medycznego o sposób mówienia może świadczyć nie tylko o kompetencjach komunikacyjnych lekarza, ale także o jego wrażliwości, uprzejmości i uważności [1]. Konieczne jest przekazanie pacjentowi informacji dotyczących stanu zdrowia i planu terapeutycznego w sposób umożliwiający mu świadomy i aktywny udział w procesie leczenia. Kompetencje komunikacyjne lekarza, które pozwalają przeprowadzić bardziej skuteczną diagnozę kliniczną, obniżają frustrację i stres oraz zwiększają satysfakcję wynikającą z pracy [4, 37].

Bibliografia

1. Nowina Konopka M. Komunikacja lekarz–pacjent: teoria i praktyka. Kraków: Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2016. 202.
2. Mastalerz-Migas A, Jankowska AK, Barański J, redaktorzy. Komunikowanie się lekarza i pacjenta w medycynie rodzinnej. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2021.
3. Ong LM, de Haes J, Hoos AM, Lammes FB. Doctor–patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995;40(7):903-18.
4. Jahan F, Siddiqui H. Good communication between doctor–patient improves health outcome. *Eur J Med Health Sci*. 2019;1(4):1-5.
5. Sadowska M. Obowiązek informacji jako czynnik bezpieczeństwa zdrowotnego. *TEKA Polit Sci Intern Relat*. 2020;14(1):87-99.
6. Stychlerz A. Zakres informacji przekazywanych pacjentowi. *Forum Med Rodz*. 2008;2(6):471-3.
7. Ha JE, Longnecker N. Doctor–patient communication: a review. *Ochsner J*. 2010;10(1):38-43.
8. Kee JW, Sing Khoo H, Lim I, Koh MY. Communication skills in patient–doctor interactions: learning from patient complaints. *Health Profess Educ*. 2018;4(2):97-106.
9. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor–patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns*. 2005;56(2):139-46.
10. Stangierska I, Horst-Sikorska W. Ogólne zasady komunikacji między pacjentem i lekarzem. *Forum Med Rodz*. 2007;1(1):58-68.
11. Dyche L. Interpersonal skill in medicine: the essential partner of verbal communication. *J Gen Intern Med*. 2007;22(7):1035-9.
12. Ogłodek E, Moś D, Araszkiewicz A. Zasady kontaktu terapeutycznego lekarza z pacjentem. *Zdr Publ*. 2009;119(3):331-4.
13. Heiskell LE, Pasnau RO. Psychological reaction to hospitalization and illness in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am*. 1991;9(1):207-18.
14. Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. *Patient Educ Couns*. 2006;61(3):319-41.
15. Zinn WM. Transference phenomena in medical practice: being whom the patient needs. *Ann Intern Med*. 1990;113(4):293-8.
16. Branch Jr WT. Teaching respect for patients. *Acad Med*. 2006;81(5):463-7.
17. Novack DH, Epstein RM, Paulsen RH. Toward creating physician–healers: fostering medical students' self-awareness, personal growth, and well-being. *Acad Med*. 1999;74(5):516-20.
18. Świrydowicz T. Psychologiczne aspekty komunikowania się z pacjentem w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej. W: O utrudnieniach w porozumiewaniu się : perspektywa języka

- i komunikacji. Obrebska M, redaktor. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; 2011. 175-206.
19. Ventegodt S. Every contact with the patient should be therapeutic. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2007;20(6):323-4.
 20. Blau JN. Time to let the patient speak. *BMJ.* 1989;298(6665):39.
 21. Dobosiewicz AM, Zmaczyńska T, Podhorecka M, Zukow W. Rola skutecznej komunikacji chory–personel medyczny w procesie leczenia pacjenta hospitalizowanego. *J Educ Health Sport.* 2016;6(9):789-96.
 22. Broglie M. Der Behandlungsvertrag im Rahmen des Patientenrechts. *Internist.* 1999;40(11):M336-40.
 23. Nardi TJ, Keefe-Cooperman K. Communicating bad news: a model for emergency mental health helpers. *Int J Emerg Mental Health.* 2006;8(3):203-7.
 24. Minichiello TA, Ling D, Ucci DK. Breaking bad news: a practical approach for the hospitalist. *J Hosp Med.* 2007;2(6):415-21.
 25. Miranda J, Brody RV. Communicating bad news. *West J Med.* 1992;156(1):83-5.
 26. Sobczak K. The procedure for death notification – „In Person, In Time...”. *Anaesthesiol Intens Ther.* 2013;45(4):241-3.
 27. Klein Buller M, Buller DB. Physicians' communication style and patient satisfaction. *J Health Soc Behav.* 1987;28(4):375-88.
 28. Kaplan SH, Greenfield S, Ware Jr JE. Assessing the effects of physician–patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care.* 1989;27(3 suppl):S110-27.
 29. Herndon JH, Pollick KJ. Continuing concerns, new challenges, and next steps in physician-patient communication. *J Bone Joint Surg Am.* 2002;84(2):309-15.
 30. Arora NK. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med.* 2003;57(5):791-806.
 31. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care.* 1988;26(7):657-75.
 32. Street Jr RL. Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Soc Sci Med.* 1991;32(5):541-8.
 33. Maguire P, Faulkner A. Improve the counselling skills of doctors and nurses in cancer care. *BMJ.* 1988;297(6652):847-9.
 34. Seravalli EP. The dying patient, the physician, and the fear of death. *N Eng J Med.* 1988;319(26):1728-30.
 35. Gorlin R, Zucker HD. Physicians' reactions to patients: a key to teaching humanistic medicine. *N Eng J Med.* 1983;308(18):1059-63.
 36. Antonelli F. Oblicza śmierci. Jak kształtować właściwą postawę wobec śmierci? Dembska J, tłumacz. Kraków: Wydawnictwo „M”; 1995. 216.
 37. Travaline JM, Ruchinskas R, D'Alonzo GE. Patient-physician communication: why and how. *J Am Osteopath Med.* 2005;105(1):13-8.

JAK ODCZYTYWAĆ ZACHOWANIA NIEWERBALNE PACJENTÓW?

Wprowadzenie

W 1970 r. Julius Fast opublikował wznawiany do dnia dzisiejszego podręcznik pt. *Mowa ciała*, który rozpoczął erę niezwyklej popularności tematu zachowań niewerbalnych i ich znaczenia w codziennych interakcjach zarówno w życiu prywatnym, jak i zawodowym [1]. Współcześnie termin komunikacji niewerbalnej jest stosowany w znacznie szerszym kontekście niż mowa ciała [2]. Obejmuje zagadnienia związane z aranżacją przestrzeni i szeroko pojmowanego kontekstu interakcji międzyludzkiej; fizyczną charakterystykę (np. ogólny wygląd, budowę ciała, zapach); sposób ubioru (wraz z dodatkami) oraz dynamiczne zmiany zachodzące w obszarze twarzy, głosu i ciała. To właśnie te ostatnie są określane mianem zachowań niewerbalnych. Obejmują one: wyraz twarzy, sposób mówienia / ton głosu, gestykulację, postawę i mowę ciała, dystans, dotyk i kontakt wzrokowy. Wszystkie te zmiany pojawiają się w tzw. kanale niewerbalnym, który jest paralelny do wypowiadanego komunikatu. Kanał niewerbalny, filogenetycznie starszy i obecny również w świecie zwierzęcym, ma olbrzymie znaczenie w procesie komunikacji [3]. Do najczęściej wskazywanych funkcji tego kanału należą [4]:

- dostarczanie wskazówek pozwalających na definiowanie i rozumienie wypowiadanego przekazu (dostarczenie kontekstu wypowiedzi),
- przekazywanie dodatkowych informacji, które mogą uzupełnić albo nadawać zupełnie nowe znaczenie wypowiadany komunikatom werbalnym,

- regulowanie interakcji poprzez generowanie komunikatów będących informacją zwrotną (potakiwanie, dawanie niewerbalnych oznak, że się słucha, jest się zainteresowanym, że się kończy wypowiedź i czeka na odpowiedź...),
- dostarczanie informacji, które zastępują komunikaty werbalne (np. machanie dłonią na pożegnanie, które odpowiada wypowiedzianemu słownie „do zobaczenia”).

Według badaczy niewerbalna komunikacja podlega w większości takim samym regułom jak procesy werbalnej komunikacji. Dotyczy to zagadnień takich jak: zasady, intencjonalność, świadomość, jawność, stopień kontroli, aspekt prywatności vs publiczności [5]. Sposób wypowiedzi słownej reguluje m.in. gramatyka. Podobnym zasadom podlegają komunikaty niewerbalne, zwłaszcza jeśli spojrzymy na nie w kontekście kulturowym. Student witający się z koleżankami na uczelni, całując je w dłonie, może wywołać różne reakcje w grupie koleżanek. To, co zadziwi u rówieśnika, może być z kolei akceptowalne u przestrzegającego sztywnych zasad przedwojennego wychowania dziadka w trakcie spotkania rodzinnego.

Uogólniając wyniki dotychczasowych badań, można założyć, że większość aktów komunikacji jest intencjonalna w procesie służenia określonym celom wymiany myśli. Zachowania niewerbalne wydają się jednak dużo bardziej złożone pod tym względem niż werbalne i większy ich procent może być zarówno poza intencjonalną kontrolą, jak i poza świadomym planem kreowania konkretnego wizerunku autoprezentacyjnego [6]. Na przykład osoba mówiąca celowo nieprawdę jednocześnie może niewerbalnie wykazywać oznaki dużego napięcia i niepokoju pozostające całkowicie poza obszarem kontroli. Komunikacja werbalna jest również nabywana w sposób bardziej jawny i wydaje się bardziej publiczna. Sztuka budowania poprawnych wypowiedzi jest umiejętnością, na którą kładzie się duży nacisk w każdej szkole. Sztuka interpretowania zachowań niewerbalnych jest czymś, czego każdy uczy się samodzielnie w świecie codziennych interakcji, i od poziomu uważności i wrażliwości własnej zależą umiejętności w tym obszarze. Kwestie publiczności i prywatności (kiedyś w sposób uproszczony przypisywane w tym pierwszym przypadku komunikacji werbalnej, w drugim do niewerbalnej) wydają się aktualnie zacierać w świecie, w którym coraz bardziej liczy się nie tylko wiedza i doświadczenie (to, co mówisz), ale i atrakcyjność przekazu i umiejętność skupienia uwagi (to, jak mówisz i jak przy tym wyglądasz).

Wydaje się, że badanie znaczenia zachowań niewerbalnych towarzyszy ludzkości od zarania dziejów. Filozofowie, pisarze, poeci, politycy i mówcy od czasów starożytności zwracali uwagę na to zagadnienie, podkreślając znaczenie harmonii i spójności wypowiedzi słownych i bezsłownych, co miało znacznie zwiększać siłę przekazu [7]. Od tego czasu prężnie rozwijają się dwa nurty badań nad komunikacją niewerbalną: w obszarze emocji i ich ekspresji oraz obszarze interakcji międzyludzkich, który dotyczy bezpo-

średniego procesu komunikacji [8]. Współcześnie badaniami zachowań niewerbalnych i całego obszaru komunikacji niewerbalnej zajmują się przedstawiciele wielu dyscyplin (np. psychologowie, socjologowie, politolodzy, antropolodzy, artyści, specjaliści z obszaru zarządzania, kształtowania wizerunku, marketingu), uzyskując dość spójne rezultaty, które mają służyć przede wszystkim praktyce.

Zachowania niewerbalne i ich znaczenie

Począwszy od badań z lat 70. i 80. XX w. zakłada się, że większość wiadomości wymienianych w codziennej komunikacji pochodzi z kanału niewerbalnego. W zależności od badania ten zakres waha się od 65% do aż 95% wszystkich wymienianych w interakcji informacji [9]. Pewne jest, że jeśli skupiamy się tylko na słowie mówionym, to umknie nam olbrzymia ilość informacji, która mogłaby być niezwykle użyteczna w kontaktach interpersonalnych.

Osoby, które wykorzystują procesy komunikowania się na co dzień, zwykle szybko uczą się ogromnego znaczenia praktycznego komunikacji niewerbalnej oraz kilku niepisanych zasad efektywnego jej odczytywania. Przyznając, że jest to potężne źródło informacji, zachowują pełną świadomość konieczności nieustannej uważności i raczej stawiania hipotez niż formułowania tez ostatecznych na podstawie gestów czy postawy. Bywa, że ktoś zafascynowany tematem sięga po kilka poradników z tego obszaru z prostymi wskazówkami np. „ręce skrzyżowane oznaczają postawę zamkniętą” i zawzięcie stosuje te wskazówki w życiu, narażając się niekiedy na spore nieporozumienia, bo np. osobę zaszufadkowaną jako zamkniętą należałoby określić raczej jako zmarzniętą. Wydaje się, że najłatwiej odczytywać niewerbalne zachowania dzieci i ludzi, których dobrze znamy. Pełna, nieskrępowana jeszcze regułami codziennych interakcji, dziecięca ekspresja i świadomość nietypowości zachowań naszych bliskich może być cenną wskazówką przy stawianiu hipotez. Zmiany w zachowaniach, zestawienia kilku gestów, które zbiegają się w czasie, są również silniejszym źródłem hipotez niż utrzymywana stale, kontrolowana postawa czy pojedynczy gest [10]. Taka kontrola komunikacji niewerbalnej jest dość typowa dla wielu sytuacji z życia codziennego zwanych przez psychologów skryptowymi, które bardzo trudno jest interpretować. Ludzkie zachowania, także niewerbalne, są podporządkowane pewnemu skryptowi. Dość dobrze znany wszystkim jest scenariusz zachowania się w teatrze, kościele czy na uczelni. Wydaje się, że im bardziej skryptowa sytuacja, tym bardziej trzeba się skupiać na subtelnych oznakach.

Inną trudnością, która może przeszkadzać w interpretacji, może być nasz własny związany z emocjami subiektywizm, osobista kalka własnych przeżyć, doświadczeń i schematów, którą nakładamy na aktualną sytuację. Inaczej zinterpretujemy lekki

uśmiech, który pojawi się w rozmowie z osobą, którą lubimy i szanujemy, a inaczej w interakcji z naszym zawziętym adwersarzem. Im mniej zniekształceń poznawczych, które sprawiają, że jesteśmy bardziej we własnej głowie i pod wpływem tego, co się w niej dzieje, a nie w otaczającym nas świecie, tym lepsza jest nasza umiejętność odczytywania komunikatów niewerbalnych – można bardzo dużo wyczytać, ale trzeba umieć czytać.

Są osoby, które opisuje się określeniem: „mają dobrą intuicję do ludzi”. Najprawdopodobniej są to osoby, które m.in. w sposób nieświadomy wychwytyują dużo informacji z zachowań niewerbalnych. W przypadku takich osób warto przenieść te zdolności obserwacji w obszar świadomych działań i wskazać, w jaki najefektywniejszy sposób można używać tej wiedzy jako narzędzia w kontakcie z innymi osobami. W dalszej części przyjrzymy się kilku przykładowym aspektom zachowań niewerbalnych, na które warto zwracać uwagę.

Twarz

Z wszystkich obszarów, jakimi mogą płynąć komunikaty niewerbalne, twarz wydaje się najbardziej złożonym ich źródłem [11]. Znaczenie może mieć wygląd twarzy w obszarze jej budowy, jak i dodatków (np. w postaci okularów, których noszenie sprawia wrażenie, że jesteśmy postrzegani jako bardziej inteligentni). Niestety to powierzchowne źródło informacji jest wykorzystywane do dokonywania szybkich ocen, które ludzie w warunkach eksperymentalnych i naturalnych mogą formułować w czasie od kilku do kilkunastu sekund – rzut oka na twarz i „wiemy”, czy ta osoba jest godna zaufania, czy jej raczej nie polubimy. Niedawno został opublikowany artykuł, w którym opisano prosty algorytm oceny ludzkiej twarzy, na podstawie którego można przewidzieć ludzkie reakcje [12].

Dużo ciekawszym (i nie powiązanim ze stereotypami) źródłem informacji są zmiany dynamiczne w obszarze twarzy, czyli ruchy mięśni skutkujące zmianami w mimice [13]. Ludzka twarz jest świetnym źródłem informacji o przeżywanych emocjach. Zjawisko to jest badane od czasów Karola Darwina, który napisał pracę *O wyrazie uczuć u człowieka i zwierząt*, poprzez prace psychologa Paula Ekmana, który dowiódł uniwersalności odzwierciedleń emocji na ludzkich twarzach niezależnie od kultury pochodzenia, aż po dzisiejsze badania, np. w obszarze mikroekspresji, które chętnie wykorzystują firmy szkoleniowe.

PRZYKŁADOWE PORADY PRAKTYCZNE

Mikroekspresje mogą być trudne do uchwycenia i rozpoznania (zwłaszcza jeśli uwzględnimy kontekst kultury, który ma olbrzymie znaczenie dla ujawniania lub ukrywania niektórych emocji). Pomocnymi obszarami do obserwacji w tym względzie mogą okazać się ruchy oczu, brwi oraz usta. Każda emocja stanowi ich kombinację. Jednym ze sposobów na naukę rozpoznawania mikroekspresji jest przywo-

łanie własnych wspomnień z przeszłości wraz z towarzyszącą im określoną emocją i obserwowanie swojej twarzy w lustrze. Innym sposobem jest imitowanie przed lustrem zmian mimicznych typowych dla danej emocji i uważna obserwacja. Smutna mina najpewniej zmanifestuje się otwartymi ustami, kącikami ust skierowanymi ku dołowi, opuszczeniem powiek i oczami skierowanymi, podobnie jak głowa, ku dołowi, kąciki brwi zostają uniesione ku górze. Gniewnemu wyrazowi twarzy towarzyszyć będą brwi ściągnięte w dół i ku sobie, ich wewnętrzne kąciki skierowane są w dół, w stronę nosa, oczy szeroko otwarte, tak aby górne powieki zetknęły się z opuszczonymi brwiami wyrażając tzw. „piorunujące spojrzenie”, zaciśnięte mocno wargi. Takie ćwiczenia mogą pomóc uwrażliwić siebie i ułatwić odczytywanie emocji z twarzy innych. Uważność w tym obszarze może być bardzo przydatna, ponieważ większość ekspresji emocji trwa około dwóch sekund (choć zdarzają się i krótsze, i dłuższe). Nieznacznie wyrażona i długo utrzymująca się ekspresja emocji, może świadczyć o świadomym kontrolowaniu emocji i wyraźnym wysiłku autoprezentacyjnym [14].

Sposób mówienia

To często niedoceniane, kolejne niezwykle złożone źródło informacji, według Francisca Nolana „mówienie jest zarówno czynnością, jak i osobnym językiem” [15]. Zmiany w sposobie mówienia, rytm, nie płynność, szybkość, głośność, tembr głosu to niektóre parametry, które mogą być wykorzystane jako źródło hipotez uzupełniających słowo mówione. Nasze emocje, na co wskazywał również już Karol Darwin, a także, jak dowodzą niektóre badania, nawet nasza osobowość może być „słyszalna” w głosie [16]. Na przykład badania Chao Hu i współpracowników wykazały, że można przewidzieć na podstawie głosu takie cechy osobowości jak np. ekstrawersję i neurotyzm [17].

PRZYKŁADOWE PORADY PRAKTYCZNE

Wielu szkoleniowców i coachów zgłębiając temat skutecznej komunikacji, na wstępie cytuje regułę 7/38/55. Do powstania tej reguły doprowadziły klasyczne badania Alberta Mehrabiana i współpracowników, w trakcie których kluczowe było znalezienie odpowiedzi na pytanie: co jest ważniejsze dla znaczenia komunikatu w przypadku, kiedy mamy do czynienia ze sprzecznościami: treść komunikatu czy sposób jego wypowiedzenia [18]? Już pierwsze badania dowiodły, że jeśli postucha się osoby, która wypowiada trzy pozytywne słowa i trzy negatywne, trzema różnymi sposobami mówienia (w sposób pozytywny, neutralny czy negatywny), to osoby badane, oceniając postawę i emocje osoby wypowiadającej te słowa, kierują się sposobem mówienia. Wyłoniona na tej podstawie i błędnie powszechnie stosowana reguła zakłada, że o znaczeniu komunikacji w 7% decydują użyte słowa, a w 38% sposób mówienia (55% to omawiana w dalszej kolejności mowa ciała). Sam Mehrabian przestrzegał przed nadinterpretacją i bezrefleksyjnym stosowaniem tej reguły [19], chociaż trzeba przyznać, że jego badania zwróciły uwagę na ten pozawerbalny aspekt procesu komunikowania. W bliższych naszym czasom badaniom w obszarze medycznym dotyczącym afektywnego tonu wypowiedzi lekarzy i pacjentów leczonych z powodu reumatyzmu autorzy dowiedli, że nawet proste parametry takie jak: siła ekspresji emocji w głosie, zabarwienie emocjonalne komunikatu negatywne (złość/irytacja i lęk/nerwowość) oraz pozytywne (zainteresowanie/zaangażowanie, przyjazność/ciepło, dominacja/asertywność, sympatia/empatia) były w stanie stać się dobrym predyktorem współpracy (adherence) między lekarzem a pacjentem [20].

Gestykulacja

Gesty są to zwykle ruchy wykonywane przez ręce i dłonie (choć przy bardzo emocjonującej opowieści niektórzy wykorzystują w procesie gestykulowania niemalże całe ciało). Gesty nie mają struktury języka (np. jak język migowy), chociaż są pewne gesty tzw. emblematyczne, które mają umowne, niekiedy nawet międzynarodowe znaczenie, np. kciuk wzniesiony do góry, który oznacza akceptację czy pozytywne nastawienie, albo palec wskazujący położony na ustach oznaczający prośbę lub nakaz zachowania ciszy. Zazwyczaj gesty towarzyszą mowie, ilustrując, uzupełniając i wzmacniając przekaz. Wśród takich gestów towarzyszących kanałowi werbalnemu wyróżniamy: gesty ikoniczne (odtwarzają obiekt o którym mówimy ukazując jego wielkość albo ruch), metaforyczne (reprezentują abstrakcyjne idee albo koncepcje, np. gdy mówimy o konieczności wzniesienia się ponad własne uprzedzenia), indeksacyjne (których zadaniem jest skupienie uwagi, np. wskazanie czegoś palcem albo brodą), gesty związane z rytmem wypowiedzi (podkreślają aspekty naszej wypowiedzi, na które chcemy zwrócić szczególną uwagę) [21]. Wydaje się, że stosunkowo proste zasady używania gestykulacji w trakcie wypowiedzi w pewien sposób czynią je mniej użytecznymi w procesie odczytywania zachowań niewerbalnych. Mniej jednak nie oznacza wcale. Brak gestykulacji, nadmierna gestykulacja, powtarzające się charakterystyczne dla danej osoby gesty mogą być również cennym źródłem informacji.

PRZYKŁADOWE PORADY PRAKTYCZNE

Słowo mówione i gestykulację w większości przypadków należy traktować łącznie jako całość kompozycji. Jeśli mielibyśmy użyć metafory kompozycji muzycznej, to słyszalny utwór byłby całością komunikacji, a na gesty można byłoby spojrzeć jak na dyrygenta. Pewne aspekty komunikatu zostają podkreślone, bo tak zostało zaplanowane, a pewne aspekty zostają ujawnione i podkreślone nawet w sposób nieświadomy. Według badaczy zjawiska znaczenia gestykulacji warto uczyć się w praktyce poprzez wykorzystanie własnej „intuicji” w procesie śledzenia codziennych interakcji. Każdy gest może być wytłumaczony mechanicznie jako ruch będący rezultatem napięcia mięśni. Zwykle jednak intuicyjnie czujemy, że za tym ruchem kryje się coś więcej. To coś więcej to kontekst nie tylko fizjologiczny, ale psychologiczny, kulturowy, a przede wszystkim kontekst wolności i autentyczności ekspresji własnej [22]. Wiele badań wskazuje na użyteczność świadomości gestów w relacji lekarz–pacjent nawet w temacie konkretnej rozmowy o bólu. W tym przypadku najczęściej lekarze otrzymują informacje za pomocą kanału werbalnego, ale są one często wzmacniane i uzupełniane właśnie gestami. Pacjenci nie tylko wskazują na bolące miejsce, dodatkowo wykonują gesty obrazujące rodzaj subiektywnych odczuć związanych z naturą dolegliwości bólowych. Badania wykazały, że ludzie opowiadający o doznaniach bólowych wykonują na każde 100 słów około 4 gestów związanych z bólem, z których część odnosi się do informacji nieujawnianych w czasie rozmowy, a bardzo użytecznych w procesie stawiania diagnozy [23].

Kontakt wzrokowy

Stare polskie przysłowie głosi, że oczy są zwierciadłem duszy. Kontakt wzrokowy zajmuje ważne miejsce w obszarze zachowań niewerbalnych zarówno jako obszar uzupełniający komunikację słowną, jak i osobny kanał komunikowania się. Brak kontaktu wzrokowego, intensywny kontakt wzrokowy (np. dwóch bokserów mierzących się wzrokiem przed walką albo dwójka zakochanych wędrująca nad Motławą), płynące z oczu łzy, rozszerzające się źrenice dają niezwykle precyzyjne informacje, których nie sposób pomylić z niczym innym. Już niemowlęta w zadziwiająco szybki sposób lokalizują kształt dwóch, dużych, ułożonych horyzontalnie półokręgów, ignorując pojedyncze czy potrójne figury w podobnym do oczu kształcie [24]. I chociaż wydaje się to zaskakujące, to są doniesienia potwierdzające fakt, że ludzie potrafią odczytywać emocje nie tylko z całej twarzy, ale że do ich poprawnego odbioru wystarczy właśnie fragment oczu i ich okolicy [25].

PRZYKŁADOWE PORADY PRAKTYCZNE

Zdecydowana większość z nas utrzymuje kontakt wzrokowy podczas bezpośredniego spotkania na poziomie obserwacji twarzy rozmówcy wynoszącym około 60%. U pacjentów, którzy doświadczają lęku lub zawstydzenia z reguły kontakt ten zostaje zredukowany do około 30%. Ich głowa jest pochylona, a wzrok zostaje skierowany w stronę podłogi. Z kolei pacjenci doświadczający złości, utrzymują kontakt wzrokowy na poziomie > 90%. Patrzą prosto w oczy, mówią szybko, głośno i zdecydowanie, często dynamicznie gestykulując [26]. Należy pamiętać, że zależności te są względne, a pacjenci z zaburzeniami np. neurologicznymi, demencją lub będący pod wpływem leków mogą wykazywać zachowania niespecyficzne, w których komunikacji niewerbalna nie odzwierciedla ich wewnętrznych doświadczeń.

Mowa ciała

Najobszerniejszy dział zachowań niewerbalnych obejmuje zagadnienia związane z postawą, sposobem poruszania się, proksemiką i dotykiem. Postawa ciała, czyli pozycja ciała i zmieniający się układ jego poszczególnych części względem siebie, w pionierskich badaniach była wiązana z szeroko definiowaną pozytywnością (postawa otwarta, wykazująca uważność) oraz negatywnością (postawa zamknięta) [27]. Późniejsze badania dowiodły, że za pomocą tzw. mowy ciała jesteśmy w stanie przekazać znacznie więcej subtelniejszych informacji niż tylko otwartość czy rezerwę. Nasze emocje, stosunek wobec rozmówcy, prawdomówność, zestresowanie, a nawet romantyczne zainteresowanie może znaleźć swoje odzwierciedlenie w postawie i ruchach ciała [28].

Proksemika, czyli zarządzanie przestrzenią między osobami, także odnosi się do zależności między ludźmi a ich otoczeniem. Pierwsze w tym obszarze badania Edwarda T. Halla dołożyły kolejne źródło wiedzy w kontekście zachowań niewerbalnych [29]. Znaczenie może mieć u komunikujących się ze sobą ludźmi zarówno ułożenie poszcze-

gólnych części ciała względem siebie (skierowanie ku sobie vs odwrócenie), jak fizyczny dystans (w tym dotyk), jaki między nimi zostaje zachowany. Badania te są kontynuowane do dziś, także z kontekstem klinicznym.

PRZYKŁADOWE PORADY PRAKTYCZNE

Już we wcześniejszych podrozdziałach z poradami praktycznymi pojawiały się ogólne wskazówki, które mogą być drogowskazem w procesie nauki tego, jak skutecznie korzystać z tego olbrzymiego źródła informacji, jakim są zachowania niewerbalne. Przede wszystkim należy uświadomić sobie znaczenie tego rodzaju komunikacji. Większość ludzi po spokojnej rozmowie z kimś, kto nie życzy im dobrze, kończy z poczuciem napięcia i niesmaku i jest doskonale świadoma własnych odczuć, ale kompletnie nieświadoma przyczyn, które są zakorzenione w zachowaniach towarzyszących wydałoby się spokojnej wymianie myśli. W kolejnym kroku uświadamiania sobie wszystkich czynników wpływających na proces komunikacji zawierałaby się uważna obserwacja własnych zachowań niewerbalnych (z rozdzieleniem na odrębne obszary) i wreszcie następowałaby świadoma obserwacja zachowań innych osób. Najbardziej praktyczną wskazówką będzie polecenie codziennych ćwiczeń i odpowiedniej lektury, która paradoksalnie wcale nie sprowadza się do popularnych podręczników i poradników na temat komunikacji niewerbalnej, ale do rzetelnego zgłębienia przydatnych działań psychologii (np. w obszarze psychologii społecznej, psychologii ewolucyjnej, emocji i motywacji) oraz do uczenia się od osób, które umieją się bardzo dobrze komunikować w trakcie interakcji zwykłych czy specjalistycznych, w postaci różnego rodzaju warsztatów i szkoleń, co może pomóc zbudować dobre podwaliny pod codzienne własne praktykowanie.

Bibliografia

1. Fast J. Body language. New York: M. Evans; 1970.
2. Frank MG. Understanding nonverbal communication. Course guidebook [DVD]. Virginia: The Great Courses; 2016.
3. Frank MG, Shaw AZ. Evolution and nonverbal communication. W: Matsumoto D, Hwang HC, Frank MG, redaktorzy. APA handbook of nonverbal communication. Washington: American Psychological Association; 2016. 45-77.
4. Ekman P, Friesen WV. The repertoire of nonverbal behavior: categories, origins, usage, and coding. *Semiotica* 1969;1(1):49-98.
5. Matsumoto DR, Frank MG, Hwang HS, redaktorzy. Nonverbal communication, science and applications. Los Angeles: SAGE; 2013.
6. Ekman P. Telling lies: clues to deceit in the marketplace, politics, and marriage. 1st ed. New York: Norton; 1985.
7. Manusov V. A history of research on nonverbal communication: our divergent pasts and their contemporary legacies. W: Matsumoto D, Hwang HC, Frank MG, redaktorzy. APA handbook of nonverbal communication. Washington: American Psychological Association; 2016. 3-17.
8. Keating CF. The life and times of nonverbal communication theory and research: past, present, future. W: Matsumoto D, Hwang HC, Frank MG, redaktorzy. APA handbook of nonverbal communication. Washington: American Psychological Association; 2016. 17-43.
9. Matsumoto D, Frank MG, Hwang HS. Reading people: introduction to the world of nonverbal behavior. W: Matsumoto D, Frank MG, Hwang HS, redaktorzy. Nonverbal communication, science and applications. Los Angeles: SAGE; 2013. 3-15.
10. Pease A, Pease B. Mowa ciała. Grabiak J, tłumacz. Poznań: Rebis; 2007. 42-47.

11. Ekman P, Friesen WV, O'Sullivan M, Scherer K. Relative importance of face, body, and speech in judgments of personality and affect. *J Pers Soc Psychol.* 1980;38(2):270-7.
12. Peterson JC, Uddenberg S, Griffiths TL, Todorov A, Suchow JW. Deep models of superficial face judgments. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2022;119(17): e2115228119.
13. Hwang HC, Matsumoto D. Facial expressions. W: Matsumoto D, Hwang HC, Frank MG, redaktorzy. *APA handbook of nonverbal communication.* Washington: American Psychological Association; 2016. 257-289.
14. Ekman P. *Emocje ujawnione.* Białas W, tłumacz. Gliwice: Helion; 2012.
15. Nolan F: Degrees of freedom in speech production: an argument for native speakers in LADO. *Int J Speech Language Law* 2012;19(2):263-89.
16. Scott S, McGettigan C. The voice: from identity to interactions. W: Matsumoto D, Hwang HC, Frank MG, redaktorzy. *APA handbook of nonverbal communication.* Washington: American Psychological Association; 2016. 289-307.
17. Hu C, Wang Q, Short LA, Fu G. Speech spectrum's correlation with speakers' Eysenck personality traits. *PLoS ONE* 2012;7(3):e33906.
18. Mehrabian A, Wiener M. Decoding of inconsistent communications. *J Pers Soc Psychol.* 1967;6(1):109-14.
19. Amsel TT: An urban legend called "The 7/38/55 Ratio Rule". *Eur Polygraph.* 2019;13(2):95-9.
20. Street RL, Marengo MF, Barbo A, Lin H, Garcia Gonzalez A, Richardson MN, Suarez-Almazor ME. Affective tone in medical encounters and its relationship with treatment adherence in a multiethnic cohort of patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Rheumatol.* 2015; 21(4):181-8.
21. Cartmill EA, Goldin-Meadow S. Gesture. W: Matsumoto D, Hwang HC, Frank MG, redaktorzy. *APA handbook of nonverbal communication.* Washington: American Psychological Association; 2016. 307-335.
22. Flusser V. *Gestures.* Roth NA, tłumacz. Minneapolis: University of Minnesota Press; 2014.
23. Rowbotham S, Holler J, Lloyd D, Wearden A. How do we communicate about pain? A systematic analysis of the semantic contribution of co-speech gestures in pain-focused conversations. *J Nonverbal Behav* 2012;36(1):1-21.
24. Hess EH. *The tell-tale eye: How your eyes reveal hidden thoughts and emotions.* New York: Van Nostrand Reinhold; 1975.
25. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Jolliffe T. Is there a "language of the eyes"? Evidence from normal adults, and adults with autism or Asperger syndrome. *Visual Cognition* 1997;4(3):311-331.
26. Clark AD, Beck TA. Zaburzenia lękowe. *Podręcznik z ćwiczeniami opartymi na terapii poznawczo-behawioralnej.* Zagrodzki M. tłumacz. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2018.
27. Mehrabian A. *Silent messages.* Belmont: Wadsworth Publishing Company; 1971.
28. Matsumoto D, Hwang HC, Frank MG. The body: postures, gait, proxemics and haptics. W: Matsumoto D, Hwang HC, Frank MG, redaktorzy. *APA handbook of nonverbal communication.* Washington: American Psychological Association; 2016. 387-401.
29. Hall ET. *The hidden dimension.* New York: Anchor Books, Doubleday; 1966.
30. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej dotyczące kształcenia kompetencji komunikacyjnych na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym [Internet]. Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej; 2021 [dostęp: 27.05.2022.] <https://komunikacjamedyczna.pl/category/rekomendacje/>

Rozdział II

PROTOKOŁY NOTYFIKACYJNE DOTYCZĄCE PRZEKAZYWANIA INFORMACJI O NIEKORZYSTNEJ DIAGNOZIE I ROKOWANIU

 **Ewa Celebąk**
Psychologia Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu
Gdański Uniwersytet Medyczny

 **Natasza Kałczuga**
Psychologia Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu
Gdański Uniwersytet Medyczny

PEWTER

Wprowadzenie

Przekazywanie niepomyślnych wiadomości jest nieodłącznym elementem pracy lekarza. Za niepomyślną wiadomość medyczną można uznać każdą informację, która wpływa niekorzystnie na pacjenta oraz związaną z tym jego przyszłość [1]. Interpretacja tego rodzaju informacji jest przez pacjenta podyktowana m.in. oczekiwaniami, subiektywnym odczuwaniem choroby oraz tym, czy i na ile pacjent zna swój faktyczny stan zdrowia. Na interpretację tę wpływają doświadczenia chorego, jego osobowość, poglądy, postrzeganie najbliższego otoczenia i podejście emocjonalne [2]. Przekazywanie niepomyślnych wiadomości medycznych stanowi istotne źródło stresu dla obu stron – zarówno dla pracownika ochrony zdrowia (nawet dla doświadczonego klinicysty) [3-6], jak i pacjenta [7].

Umiejętna komunikacja jest jednak istotna również dla procesu zdrowienia chorego oraz dla kształtowania jego umiejętności radzenia sobie z trudną sytuacją. Niewłaściwe przekazywanie niekorzystnych wiadomości medycznych ma negatywny wpływ na ocenę satysfakcji pacjenta z opieki terapeutycznej i jest związane z częstszym nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych. Wpływa także na decyzje dotyczące opcji leczenia oraz pogarsza możliwości adaptacyjne do nowej sytuacji [8]. Osoba przekazująca informacje nie może zmienić wiadomości, które odbiorcy usłyszą. Istnieją jednak sposoby, dzięki którym można złagodzić negatywny wpływ tych informacji.

Jedną z metod przekazywania niepomyślnych wiadomości jest protokół komunikacyjny, wykorzystujący formułę mnemotechniczną **PEWTER**: **P** – **Prepare** (*Przygotowanie*), **E** – **Evaluate** (*Ocena*), **W** – **Warn** (*Ostrzeżenie*), **T** – **Tell** (*Rozmowa*), **E** – **Emotional response** (*Wrażliwość na emocje*), **R** – **Regroup** (*Wsparcie*). Został opracowany i opu-

blikowany w 2006 r. przez Thomasa J. Nardi oraz Kathleen Keefe-Cooperman, badacz z Long Island University w czasopiśmie *International Journal of Emergency Mental Health*. Model został stworzony na potrzeby uzupełnienia lub przypomnienia wiedzy z zakresu komunikacji w sytuacji dla pacjenta niepomyślnej bądź kryzysowej.

Protokół

Protokół PEWTER to model, który może być wykorzystany jako schemat służący do złagodzenia stresu zarówno nadawcy, jak i odbiorcy złych wiadomości. Protokół wskazuje na sześć kluczowych elementów procesu komunikacji, do których odnoszą się uniwersalne wskazówki dotyczące postępowania i postawy podczas przekazywania niekorzystnych informacji.

P – Prepare (*Przygotowanie*)

Przekazywanie złych wieści rozpoczyna się od momentu przygotowywania do rozmowy pod różnymi względami. Składowymi tego procesu są elementy związane z kontekstem edukacyjnym, psychologicznym, fizycznym oraz duchowym.

Warstwa edukacyjna odnosi się do merytorycznego przygotowania się do rozmowy, odbycia odpowiednich szkoleń z zakresu komunikacji, jak również rozwinięcia swoich kompetencji poprzez praktykę. Polega na nauce rozpoznawania sygnałów dotyczących potrzeb i oczekiwań pacjentów, a w konsekwencji dostosowywania sposobu przekazywania informacji [8]. Dobrze wykształcone zdolności komunikacyjne są niezwykle istotnym elementem praktyki medycznej. Stanowią kluczowy element przekazywania niepomyślnych informacji pacjentowi i jego bliskim [6]. Ćwiczenia z zakresu komunikacji prowadzone jeszcze na studiach poprawiają umiejętności i redukują znacząco stres studentów i rezydentów, a także wpływają pozytywnie na atmosferę pracy [9]. Wyniki badań pokazują, że studenci i rezydenci biorący udział w szkoleniach z zakresu komunikacji z pacjentem i jego rodziną oceniają siebie jako lepiej przygotowanych do podjęcia się zadania, jakim jest przekazywanie niepomyślnych wiadomości. Uważają się za bardziej skutecznych w tym zakresie, bardziej angażują się w to zadanie oraz faktycznie wykonują je lepiej [8].

Przygotowanie psychologiczne różni się od przygotowania edukacyjnego. Jego specyfika polega na kształtowaniu świadomości swoich myśli, wartości i potrzeb emocjonalnych. Można je rozwijać tylko w miarę upływu czasu. Przydatne jest również odpowiednie wsparcie ze strony mentora, supervizora lub terapeuty. Zaufana osoba może monitorować nasze działanie oraz wskazywać inne rozwiązania, których możemy nie zauważać w danej sytuacji. Dodatkowo klinicyści powinni zdawać sobie sprawę z własnych ograniczeń oraz mocnych stron, a także przekonań na temat swojej roli w przekazywaniu niepomyślnych

informacji. Sposób postrzegania przez lekarza jego funkcji będzie determinować emocje, których będzie on doświadczał. Perspektywa pełnienia roli „złego posłańca” może prowadzić do zniechęcenia, wypalenia zawodowego, a nawet depresji. Postrzeganie siebie jako osoby przekazującej informacje, które są niepokojące, ale niezbędne dla procesu zdrowienia, jest źródłem pozytywnych uczuć oraz satysfakcji i nadziei [7].

Umiejętność identyfikowania osobistych emocji, takich jak smutek, złość, strach lub poczucie winy, pomaga nie wyłączać się emocjonalnie podczas przekazywania złych wiadomości. To normalne, że pojawiają się silne uczucia, zwłaszcza w trudnych sytuacjach. Zachęcamy do przeżywania tych emocji i nadawania im znaczenia. Takie podejście pracownika ochrony zdrowia prowadzi do sytuacji, w której jego obecność ma większą wartość terapeutyczną w czasie, gdy przebywa on z pacjentem [10]. Samoświadomość jest niezbędnym elementem pracy, w której mamy bezpośredni kontakt z pacjentem. Jest ona rozumieniem wpływu własnego świata wewnętrznego na zachowanie, wartości i postawy wobec otaczającego daną osobę świata zewnętrznego. W konfrontacji z pacjentem lekarz powinien unikać podejmowania działań, które są podyktowane emocjami związanymi z jego prywatną sytuacją. Wymaga to uświadomienia sobie własnych trudności oraz przepracowania ich [11]. Samoświadomość pomaga w odróżnieniu odczuwania swoich emocji od współczucia, a także od emocji, które przeżywa pacjent. Umożliwia też pewien rodzaj pozytywnego nastawienia i życzliwości, które są kluczowe dla interakcji pomiędzy ludźmi.

Opisywany model dzieli fizyczne aspekty przekazywania informacji na dwie części: czynniki zewnętrzne i wewnętrzne. Do czynników zewnętrznych należą aspekty związane z doбором lokalizacji, natomiast czynniki wewnętrzne związane są ze stanem psychofizycznym osoby przekazującej niepomysłne informacje. Zalicza się do nich głód, sen, obecność osób trzecich w pomieszczeniu, kondycję fizyczną oraz psychiczną. Podejmując się trudnej rozmowy, przeprowadzająca ją osoba powinna zadbać o to, aby być w jak najlepszej kondycji psychofizycznej.

W przekazywaniu złych wieści ważna jest rola otoczenia. Spotkanie powinno nastąpić w miejscu komfortowym, relatywnie cichym, zapewniającym pacjentowi poczucie prywatności. Miejsce rozmowy powinno pozwalać na zachowanie odpowiedniego dystansu pomiędzy osobami, tak aby wszyscy jej członkowie mogli czuć się komfortowo. Jeśli w rozmowie uczestniczy nie tylko pacjent, ale też jego najbliżsi, to czynnik ten powinien być wzięty pod uwagę przy wyborze lokalizacji [12, 13].

Dodatkowo podczas rozmowy należy kierować swoje słowa bezpośrednio do pacjenta. Należy pamiętać, że informacje, które przekazuje lekarz, są zazwyczaj istotne dla pacjenta, jego procesu leczenia, diagnozy lub funkcjonowania w przyszłości. Z tego powodu należy zwrócić szczególną uwagę na to, aby nie miał on poczucia, że jest lekcewa-

żony, a przekazywane wiadomości są całkowicie nieistotne dla mówiącego. Odbiorca komunikatu będzie czuć się bardziej komfortowo i łatwiej będzie mu przyjąć jakiekolwiek informacje, gdy podczas rozmowy odniesie wrażenie, że poświęcono mu uwagę i otoczono go troską [14].

Wybór momentu przekazywania niepomyślnych wiadomości jest także istotny. Jeśli to możliwe, rozmowa powinna się odbyć w momencie, gdy lekarz jest wypoczęty i czuje się emocjonalnie na siłach, aby przeprowadzić rozmowę. Ważne jest, by mieć wystarczająco dużo czasu na kontakt z chorym. Przekazując pacjentowi wiadomość, pracownik opieki zdrowia prawdopodobnie będzie musiał uporać się z silną reakcją emocjonalną u pacjenta lub/i jego bliskich. Należy unikać sytuacji, w których lekarz jest zmęczony, np. z powodu nocnego dyżuru, lub spieszy się, aby dokończyć obchód, czy też idzie zaraz na wizytę do innego pacjenta. Podobnie moment przekazania niepomyślnych wieści powinien być także dostosowany do pacjenta – powinien on być w stanie dobrze usłyszeć i zrozumieć informację. Należy unikać dostarczania niepomyślnych wiadomości bezpośrednio przed skomplikowaną procedurą medyczną oraz kiedy istnieje podejrzenie, że świadomość i myślenie pacjenta są zaburzone przez działanie leków, uciążliwy ból, silny lęk lub depresję. Jeśli przy informowaniu pacjenta obecni mają być jego bliscy, moment przekazywania wiadomości powinien być dobrany tak, aby mogli oni dotrzeć na spotkanie, a także mieli możliwość bezpośrednio po rozmowie wesprzeć chorego. Najlepszym rozwiązaniem jest zapytać pacjenta o to, kogo z bliskich preferuje, aby miał możliwość samodzielnego wyboru, kto dokładnie ma się znaleźć koło niego w trudnej sytuacji [14].

Osoby pracujące w zawodach medycznych stosunkowo często pracują w otoczeniu śmierci i umierania, przez co częściej są narażone na problemy natury egzystencjalnej, wyzwania psychologiczne i dystres emocjonalny związany z opieką nad człowiekiem u schyłku życia. Duchowość, rozpatrywana w kontekście troski o zdrowie, może być rozumiana jako pewien ważny aspekt ludzkiej natury. Będzie on odnosił się do sposobu, w jaki chorzy poszukują celu i określają wartość życia. Dodatkowo duchowość to doświadczenie i obecność w danej chwili, kontakt z samym sobą, z innymi, z naturą oraz z tym, co znaczące lub święte [15]. Duchowość jest kategorią szerszą niż religijność [7, 16].

Otwartość na rozmowę o śmierci, która została osiągnięta przez samoświadomość stosunku do własnej śmiertelności, jest ważnym elementem jasnej i skutecznej komunikacji z pacjentem, zwłaszcza u kresu jego życia [17]. Osoby posiadające większą samoświadomość zdają się lepiej radzić sobie ze śmiercią – z myśleniem na jej temat, a także z akceptacją jej nieuniknioności. Pokazuje to, że szeroko rozumiana troska o siebie oraz rozwój samoświadomości wzmacnia wewnętrzny świat osoby, wpływa na jakość jej życia oraz jakość dostarczanej przez nią profesjonalnej opieki [18].

Pacjenci oczekują od swoich lekarzy holistycznego podejścia [16] oraz relacji, w której będą czuć się na tyle bezpiecznie i swobodnie, aby móc poruszyć tematy egzystencjalne. Może pojawić się u nich pragnienie rozmowy dotyczącej śmierci – ważne, aby nie unikać tego tematu. Dlatego istotna jest świadomość, że śmierć (również własna) jest nieunikniona, oraz przepracowanie tej informacji we własnym zakresie, zanim nawiąże się kontakt z pacjentem. Zaangażowanie lekarza w dyskusję na powyższe tematy umożliwia zapewnienie lepszej opieki medycznej, pomaga pacjentowi radzić sobie z chorobą i zbudować zaufanie do personelu medycznego [16, 19-21].

Podsumowując, etap przygotowania w modelu PEWTER oznacza jak najlepszą gotowość na rozmowę, w której przekazuje się niepomyślne wiadomości. Dodatkowo warto pamiętać, że wszystkie powyżej wymienione elementy muszą być rozwijane i pielęgnowane, ponieważ „przygotowywanie” jest procesem. Odpowiednie jego przepracowanie przynosi korzyści obu stronom: zarówno odbiorcy informacji, jak również nadawcy [7].

E – Evaluate (*Ocena*)

Po przygotowaniu do rozmowy z pacjentem i decyzji dotyczącej tego, kto i jak dokładnie powinien zostać poinformowany (pacjent, jego krewni czy oboje) oraz w jakiej kolejności powinno to nastąpić, należy przypomnieć sobie lub sprawdzić raz jeszcze także szczegółowe informacje dotyczące wyników badań [23].

Podstawowym elementem, od którego należy zacząć, jest próba zorientowania się, czy pacjent i jego bliscy wiedzą, z kim rozmawiają – czy znają tożsamość i rolę osoby, która przekazuje im informacje [13, 23]. Komponent oceny odnosi się także do zebrania informacji na temat tego, co pacjent już wie o swojej chorobie lub czego się domyśla [10, 22]. Warto, sondując ten problem, zadać proste pytanie otwarte dotyczące wiedzy na temat zaistniałej sytuacji zdrowotnej już na początku rozmowy. Dokładność tych informacji pomoże w dostosowaniu komunikatu do odbiorcy [7]. Ocena poziomu wiedzy pacjenta i/lub jego rodziny może stać się łatwiejsza poprzez stosowanie pytań otwartych według schematu „pytaj – mów – pytaj” [10, 22]. Stosowanie tego rodzaju pytań usprawni kontakt i ujawni, co należy wyjaśnić lub jakie informacje skorygować [7]. Należy spodziewać się, że odbiorcy będą dyskutować, a kluczowe wiadomości trzeba będzie powtarzać kilka razy [13]. Wysłuchanie wątpliwości i poznanie potrzeb pacjentów jest istotne ze względu na ich zdrowie i perspektywę dalszego leczenia [23].

W – Warn (*Ostrzeżenie*)

Ostrzeżenie to jeden z najważniejszych etapów przekazywania złych wieści. Przygotowuje ono na nadchodzącą niepomyślną informację [24]. Odstęp czasowy między samym ostrzeżeniem a wiadomością nie musi być długi – wystarczy kilka sekund. Jest on po-

trzebny, ponieważ pozwala odbiorcy na psychiczne przygotowanie się na informacje. Następuje wtedy subtelna zmiana w myśleniu i nastawieniu osoby, a siła złych wieści zostaje złagodzona [7, 24].

Przed samym rozpoczęciem właściwego komunikatu może być wskazana krótka neutralna rozmowa, ułatwiająca nawiązywanie kontaktu z pacjentem i/lub jego rodziną. Ważne, aby nie zajmowała ona całego czasu i nie wypierała głównego celu rozmowy [23]. Należy zacząć od słów o mniejszym ładunku emocjonalnym, ale w pewnym momencie wskazane jest użycie jednoznacznych, konkretnych słów takich jak np. „nowotwór”, „AIDS”, „zawał mięśnia sercowego” [14]. Utrzymanie odpowiedniego nastroju i tonu rozmowy może być utrudnione, zwłaszcza jeśli pacjent doświadcza dużego stresu, a jego sytuacja zdrowotna jest dla niego zaskoczeniem [23]. Z tego powodu sugeruje się, aby lekarz uprzedził pacjenta, że ma z nim do omówienia coś poważnego. Często odpowiednie jest podkreślenie, że będzie to trudne dla obu stron. Następnie należy się zatrzymać, obserwować skutki tych słów i ocenić gotowość pacjenta do kontynuacji rozmowy [14].

T – Tell (*Rozmowa*)

Podczas rozmowy istotne jest nie tylko znaczenie słów, ale także ich dobór oraz barwa i ton głosu. Należy je zawsze dostosować do indywidualnych potrzeb i zasobów chorego [12]. W chwili przekazywania niepomysłnych informacji należy unikać eufemizmów, terminów technicznych i żargonu [7, 10, 13]. Niedostosowanie języka może dezorientować pacjenta lub stworzyć niewidzialną barierę między nim a osobą przekazującą wiadomości. Zdarza się, że lekarze używają eufemizmów, aby złagodzić wydźwięk złych wiadomości [10], jednak może to prowadzić do dwuznaczności i braku zrozumienia. Efektywną formą komunikacji jest używanie prostego języka i popularnego słownictwa. Ułatwi to pacjentowi zrozumienie wiadomości. W przypadku, kiedy pacjent życzy sobie poznać specjalistyczne pojęcia medyczne, warto zadbać także o ich pisemną wersję, tak aby mógł on do nich wrócić po czasie [13]. Dodatkowo ton głosu powinien odzwierciedlać szczerze zaangażowanie i współczucie. Nie jest wskazane, aby był surowy lub pozbawiony emocji [7].

Podczas rozmowy należy stworzyć atmosferę, która ułatwi pacjentowi zadawanie pytań. Pomoże ona określić poziom zrozumienia i skorygować ewentualne błędne wyobrażenia. Zdarza się, że pacjent przytakuje, zgadzając się z tym, co słyszy, choć tak naprawdę nie rozumie użytych słów [7]. Należy pozostawić pacjentowi chwilę czasu na to, aby mógł on przyswoić usłyszane informacje oraz zastanowić się nad ewentualnymi pytaniami. Podczas przekazywania niekorzystnych informacji należy starać się o to, aby komunikat był jak najbardziej przystępny. Warto zadawać pytania otwarte. Cenne będzie też poproszenie o informację zwrotną, aby upewnić się, czy wiadomość została dobrze zrozumiana [7, 12, 25-26].

Bariery i trudności w przekazywaniu informacji mogą wynikać z szerokiego spektrum indywidualnych różnic, potrzeb pacjentów i ich najbliższych. Będzie to konsekwencja pochodzenia z odmiennych środowisk, kultur, kręgów religijnych, językowych czy posiadania różnego poziomu inteligencji. Wiek i płeć także mają znaczenie. Czynniki te wskazują lekarzom dodatkowy aspekt, który należy uwzględnić przy dostosowywaniu języka podczas rozmowy [27].

E – Emotional response (*Wrażliwość na emocje*)

Wrażliwość emocjonalna oznacza umiejętność zwrócenia uwagi na werbalne i niewerbalne reakcje odbiorcy. Niektóre osoby mogą od razu przyswoić wiadomości oraz kontynuować rozmowę, podczas gdy inne mogą być na tyle przytłoczone, że nie będą w stanie zrozumieć przekazywanych im informacji [7]. Złych wieści nie można zmienić, można jednak zmienić sposób ich przekazywania, co w znacznym stopniu wpływa na emocje i związane z nimi zachowanie pacjenta i/lub jego rodziny oraz ich postawę wobec sytuacji i personelu medycznego [2, 12, 28].

Nie można zapominać o tym, że aspekty wywiadu najbardziej interesujące dla lekarza mogą nie być ważne dla pacjenta. Po prostym i jasnym przekazaniu istotnych informacji należy zaproponować przerwę, która pozwoli na zadawanie pytań oraz umożliwi przyswojenie wiadomości przez pacjenta [23]. Reakcja pacjenta na niepomysłne informacje zależy od wielu czynników – w tym oczekiwań, wcześniejszych doświadczeń oraz czynników osobowościowych. Może pojawić się np. szok, przerażenie, złość, niedowierzanie, zaprzeczanie [7, 14] lub pozornie niestosowne zachowanie takie jak śmiech. Z drugiej strony zdarza się, że pacjent zachowuje stoicki spokój, pojawia się osłupienie czy brak widocznej ekspresji emocjonalnej [7]. Każda osoba może zareagować w inny sposób na tę samą wiadomość [2, 23]. Nie ma jednej „prawidłowej” lub „typowej” reakcji na otrzymanie złych wiadomości. Rolą osoby przekazującej informacje jest ułatwienie przyjęcia informacji czy to natychmiast, czy też – jeśli to właściwe i możliwe – w ciągu następnych spotkań [7].

Skrajną formą reakcji emocjonalnej jest pojawienie się silnego zaprzeczenia ze strony pacjenta lub członka jego rodziny. Zaprzeczenie należy rozumieć jako mechanizm obronny na zbyt bolesne i zbyt niekomfortowe informacje. Prawda może okazać się za trudna, aby można było ją w tej chwili przyswoić. Jeśli pacjent nadal współpracuje przy leczeniu, okres zaprzeczania może nie być problematyczny. Zaleca się, aby lekarz utrzymywał kontakt z takim pacjentem, jednocześnie delikatnie i powoli starał się oswajać go z prawdą. Jeśli pacjent cały czas zdecydowanie zaprzecza rzeczywistości, nie należy podważać jego interpretacji. Z czasem, być może wraz z postępem choroby, pacjent i członkowie rodziny będą w stanie znieść złe wieści [14].

W momencie, gdy wydaje się, że dalsze informacje nie zostaną zrozumiane lub zapamiętane, osoba przekazująca niepomyślnie wieści powinna zdecydować o chwilowej przerwie lub, jeśli uzna to za konieczne, zakończeniu spotkania. Inną możliwością jest zasugerowanie pacjentowi, aby ktoś z bliskich uczestniczył w rozmowie [7]. Dodatkowa osoba będzie mogła zapamiętać niezbędne informacje za pacjenta, a obecność bliskiego może okazać się ważnym elementem wsparcia w trudnej sytuacji. W razie potrzeby należy zaplanować kolejne spotkanie w późniejszym, ale niezbyt odległym terminie. Osoba udzielająca pomocy powinna zachęcać do korzystania z wszelkich dostępnych form wsparcia społecznego (np. przyjaciół, członków grupy wsparcia itp.). Stworzenie takiej sieci społecznej zazwyczaj bardzo pomaga w procesie zdrowienia [7].

Sugeruje się, by po przekazaniu złych wiadomości osoba je przekazująca wyraziła żal z powodu zaistniałej sytuacji. Komunikat ten nie powinien jednak sygnalizować brania odpowiedzialności za złą sytuację czy przepraszania za nią, ale raczej powinien wyrażać współczucie, stanowić wyraz empatii [15].

R – Regroup (Wsparcie)

Podczas przekazywania niepomyślnych wieści ważne jest nie tylko okazanie troski o emocje pacjenta, ale również fizyczna i materialna pomoc. Po trudnej rozmowie pracownik ochrony zdrowia powinien postarać się o zapewnienie pacjentowi lub jego rodzinie dostępu do środków, które mogłyby pomóc w radzeniu sobie z trudną sytuacją lub przekierować do osoby, która jest w stanie to zrobić. Działanie takie powinno obejmować poinformowanie pacjenta o możliwości skorzystania z pomocy społecznej, psychologicznej czy materialnej (np. zasiłek dla przewlekle chorych, wniosek o wsparcie finansowe do ubezpieczyciela) oraz innych form, które potencjalnie mogłyby pomóc pacjentowi lub jego rodzinie w sytuacji, w której się znaleźli [13].

W zależności od sytuacji pacjent i/lub jego najbliżsi powinni także uzyskać od lekarza informacje na temat procesu zdrowienia. Lekarz powinien też przekierować pacjenta i/lub jego rodzinę do lokalnego psychoterapeuty, kiedy uważa to za stosowne [7]. Na tym etapie pomocne mogą być różnego rodzaju broszury oraz przygotowane wcześniej gotowe materiały z namiarami do wybranych instytucji i specjalistów. Dostępność potrzebnych instytucji można także sprawdzić w Internecie, gdzie istnieją specjalne strony zawierające listy konkretnych placówek. Należy pamiętać, że wybór placówki, do której kierujemy pacjenta, powinien być także podyktowany odległością od jego miejsca zamieszkania, tak aby zminimalizować ewentualne dodatkowe problemy związane z transportem.

Struktura protokołu PEWTER

P

Pamiętaj o odpowiednich szkoleniach z zakresu komunikacji.
Praktykuj, np. poprzez szkolenia z elementami symulacji.
Uświadom sobie własne myśli, wartości i potrzeby emocjonalne.
Uświadom sobie własne mocne i słabe strony, a także ograniczenia.
Korzystaj w razie potrzeby z pomocy np. mentora, superwizora, terapeuty.
Uświadom sobie, czym jest rola osoby przekazującej niepomysłne wieści.
Zadbaj o odpowiednie, pozwalające na prywatność miejsce przekazywania informacji.
Zachowaj odpowiedni dystans, odległość pomiędzy osobami.
Zadbaj o swoje potrzeby fizyczne (sen, głód, zmęczenie).
Zadbaj o swoje potrzeby psychiczne (np. rekreacja, medytacja).
Uświadom sobie niemożność uniknięcia śmierci (także własnej).
Oswój tematy egzystencjalne i nie unikaj ich w rozmowie.

E

Oceń, co pacjent wie o tym, co się z nim dzieje teraz.
Oceń, co pacjent wie o tym, co się działo z nim w przeszłości.
Oceń, co pacjent czuje w związku z zaistniałą sytuacją.

W

Upprzedź pacjenta lub jego rodzinę o poważnym temacie rozmowy.
Zachowaj odpowiedni odstęp czasowy między samym ostrzeżeniem a wiadomością.

T

Używaj prostego języka – unikaj żargonu.
Sprawdzaj rozumienie komunikatu przez pacjenta (stosuj pytania otwarte, poproś o komunikat zwrotny).
Zachowuj szczerzy, łagodny i pełen współczucia ton głosu.
Unikaj suchego, pozbawionego emocji przekazu.

E

Obserwuj reakcje werbalne i niewerbalne pacjenta.
Przygotuj się na różne możliwe reakcje pacjenta bądź rodziny
(wyparcie, niewskazane emocje, np. śmiech lub brak okazywania emocji).
W razie silnej reakcji emocjonalnej przerwij lub przełóż rozmowę bądź też podejmij próbę
rozmowy z osobą bliską pacjentowi/rodzinie pacjenta.
Zachęcaj do korzystania z systemu wsparcia społecznego (np. przyjaciół, rodziny).

R

Zapewnij dostępne środki pomocy lub skieruj do osób, które mogą taką pomoc zapewnić.
Przełącz informacje na temat procesu żałoby i zdrowienia.
Skieruj w razie potrzeby do lokalnego psychoterapeuty.

Opracowano na podstawie: [7].

Bibliografia

1. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J*. 1984;288(6430):1597-9.
2. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004;363(9405):312-9.
3. Orgel E, McCarter R, Jacobs S. A failing medical educational model: a self-assessment by physicians at all levels of training of ability and comfort to deliver bad news. *J Palliat Med*. 2010;13(6):677-83.
4. Birkeland AL, Dahlgren L, Hägglöf B, Rydberg A. Breaking bad news: an interview study of paediatric cardiologists. *Cardiol Young*. 2011;21(3):286-91.
5. Hulsman RL, Pranger S, Koot S, Fabriek M, Karemaker JM, Smets EMA. How stressful is doctor-patient communication? Physiological and psychological stress of medical students in simulated history taking and bad-news consultations. *Int J Psychophysiol*. 2010;77(1):26-34.
6. Reed S, Kassis K, Nagel R, Verbeck N, Mahan JD, Shell R. Breaking bad news is a teachable skill in pediatric residents: a feasibility study of an educational intervention. *Patient Educ Couns*. 2015;98(6):748-52.
7. Nardi TJ, Keefe-Cooperman K. Communicating bad news: a model for emergency mental health helpers. *Int J Emerg Mental Health*. 2006;8(3):203-7.
8. Meunier J, Merckaert I, Libert Y, Delvaux N, Etienne AM, Liénard A, Bragard I, Marchal S, Reynaert C, Slachmuylder JL, Razavi D. The effect of communication skills training on residents' physiological arousal in a breaking bad news simulated task. *Patient Educ Couns*. 2013;93(1):40-7.
9. Van de Kieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician*. 2001;64(12):1975-8.
10. Minichiello TA, Ling D, Ucci DK. Breaking bad news: a practical approach for the hospitalist. *J Hosp Med*. 2007;2(6):415-21.
11. Longhurst M. Physician self-awareness: the neglected insight. *CMAJ*. 1988;139(2):121-4.
12. Sparks L, Villagran MM, Parker-Raley J, Cunningham CB. A patient-centered approach to breaking bad news: communication guidelines for health care providers. *J Appl Communication Res*. 2007;35(2):177-96.
13. Harrison ME, Walling A. What do we know about giving bad news? A review. *Clin Pediatr*. 2010;49(7):619-26.
14. Miranda J, Brody RV. Communicating bad news. *West J Med*. 1992;156(1):83-5.
15. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, Chochinov H, Handzo G, Nelson-Becker H, Prince-Paul M, Pugliese K, Sulmasy D. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. *J Palliat Med*. 2009;12(10):885-904.
16. Best M, Butow P, Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Educ Couns*. 2015;98(11):1320-8.
17. Rodenbach RA, Rodenbach KE, Tejani MA, Epstein RM. Relationships between personal attitudes about death and communication with terminally ill patients: how oncology clinicians grapple with mortality. *Patient Educ Couns*. 2016;99(3):356-63.
18. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50(2):200-7.
19. Ehman JW, Ott BB, Short TH, Ciampa RC, Hansen-Flaschen J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch Intern Med*. 1999;159(15):1803.
20. Taylor D, Mulekar MS, Luterma A, Meyer FN, Richards WO, Rodning CB. Spirituality within the patient-surgeon relationship. *J Surg Educ*. 2011;68(1):36-43.
21. Magyar-Russell G, Fosarelli P, Taylor H, Finkelstein D. Ophthalmology patients' religious and spiritual beliefs: an opportunity to build trust in the patient-physician relationship. *Arch Ophthalmol*. 2008;126(9):1262-5.

22. Bradley CT, Brasel KJ. Core competencies in palliative care for surgeons: interpersonal and communication skills. *Am J Hosp Palliat Care*. 2007;24(6):499-507.
23. Fallowfield L. Giving sad and bad news. *Lancet*. 1993;341(8843):476-8.
24. Dias L, Chabner BA, Lynch TJ, Penson RT. Breaking bad news: a patient's perspective. *Oncologist*. 2003;8(6):587-96.
25. Hirsh AT, Atchison JW, Berger JJ, Waxenberg LB, Lafayette-Lucey A, Bulcourn BB, Robinson ME. Patient satisfaction with treatment for chronic pain. *Clin J Pain*. 2005;21(4):302-10.
26. Schmid Mast M, Kindlimann A, Langewitz W. Recipients' perspective on breaking bad news: how you put it really makes a difference. *Patient Educ Couns*. 2005;58(3):244-51.
27. Kurer M, Zekri J. Breaking bad news: can we get it right? *Libyan J Med*. 2008;3(4):200-3.
28. Whaley BB redaktor. *Explaining illness*. New York: Routledge; 1999. 376.

 **Agata Kottowska**
Kierunek Lekarski
Wydział Lekarski
Gdański Uniwersytet Medyczny

 **Julia Przeniośło**
Kierunek Lekarski
Wydział Lekarski
Gdański Uniwersytet Medyczny

SPIKES

Wprowadzenie

SPIKES jest protokołem uwzględnionym w wytycznych przekazywania niekorzystnej diagnozy w wielu państwach. Protokół zaprojektowany został w 2000 r. w Stanach Zjednoczonych do wykorzystania w onkologii, ale używany jest także w innych specjalizacjach [1,2]. Model składa się z sześciu kroków: **S – Setting** (*Przygotowanie*), **P – Perception** (*Punkt widzenia*), **I – Invitation** (*Zaproszenie*), **K – Knowledge** (*Wiedza*), **E – Emotions and empathy** (*Emocje i empatia*), **S – Summary** (*Podsumowanie*). Głównym celem tego protokołu było opracowanie takiego modelu przekazywania niekorzystnych wiadomości, który zmniejszy dyskomfort onkologów i zapewni komfort pacjenta. Jednocześnie można poddać dyskusji, czy taka „proceduralizacja” procesu przekazywania niekorzystnej informacji medycznej nie powoduje wręcz obniżenia poziomu empatii ze strony lekarza, który może zbyt koncentrować się na realizowaniu kolejnych etapów postępowania opisanych literami akronimu [3].

Protokół SPIKES został stworzony na potrzeby pracy z amerykańskimi pacjentami onkologicznymi. Różnice etniczne i kulturowe w poszczególnych państwach mogą wpływać na potrzeby pacjenta dotyczące przekazywania niekorzystnej wiadomości medycznej. W Niemczech pacjenci wskazują, że najważniejsze jest dla nich przekazanie w sposób zrozumiały wiadomości na temat choroby, podsumowanie i opracowanie strategii leczenia oraz przygotowanie do rozmowy. Dodatkowo pacjenci wskazywali jako istotne, a nieuwzględnione w oryginalnym protokole SPIKES, aspekty takie jak np. dobra znajomość lekarza, odbycie kolejnej rozmowy na temat diagnozy w obecności bliskich dla

nich osób [4]. Inne niemieckie badania wskazują jednak, że to pierwszy krok protokołu – przygotowanie się do rozmowy – jest najważniejszy, a następne na liście najważniejszych są wiedza i podsumowanie [5]. Dla polskich pacjentów najistotniejszym aspektem okazały się podsumowanie i strategia leczenia. Jednak według badanych niemal połowa lekarzy nie podsumowuje spotkania [6].

Protokół

S – Setting up the interview (*Przygotowanie*)

Autorzy sugerują dwa ważne sposoby przygotowania się do spotkania z pacjentem. Po pierwsze lekarz powinien zaplanować wcześniej, w jaki sposób chce przeprowadzić rozmowę, krok po kroku. Uwzględniając nie tylko treści, które należy przekazać, ale także reakcję pacjenta. Należy wziąć pod uwagę negatywne emocje oraz ewentualną frustrację po obu stronach interakcji. Po drugie istotne jest przygotowanie fizycznej przestrzeni, w jakiej odbędzie się rozmowa. Aby utworzyć sferę prywatności, można udać się do osobnego pokoju lub, gdy nie ma takiej możliwości, zasłonić firanki wokół łóżka chorego. Warto zapytać chorego, czy nie chciałby, aby towarzyszył mu ktoś bliski, np. członek rodziny. Rekomendowane jest przyjęcie pozycji siedzącej tak, aby nie było bariery między lekarzem a pacjentem. Może to być odebrane przez pacjenta jako sugestia, że rozmowa nie odbędzie się w pośpiechu. Warto także uprzedzić o czasie, jakim dysponujemy, bądź czynnikach, które mogłyby przeszkodzić w rozmowie, np. gdy lekarz czeka w danej chwili na ważny telefon. Sugeruje się w miarę możliwości wyłączenie telefonu lub przekazanie go chwilowo innej osobie. Utrzymanie kontaktu wzrokowego bądź fizycznego (np. złapanie za rękę) może wydawać się niekomfortowe, ale w tym kontekście jest ważne w nawiązaniu bardziej intymnej czy wspierającej relacji z pacjentem.

P – Assessing the patient's perception (*Punkt widzenia pacjenta*)

Przed przekazaniem pacjentowi informacji medycznych warto sprawdzić, jak pacjent postrzega swoją chorobę, stan zdrowia i czy na pewno rozumie sytuację, w której się znajduje. Uzyskana w ten sposób informacja zwrotna zapobiega dezinformacji oraz, jeśli to konieczne, umożliwia wytłumaczenie choremu rzeczy dla niego niezrozumiałych. Osadzenie się w punkcie widzenia pacjenta daje możliwość głębszego zrozumienia doświadczanych emocji oraz dostosowania sposobu komunikacji treści medycznych do poziomu zrozumiałego dla odbiorcy. Należy wziąć pod uwagę, czy pacjent na pewno przyjmuje do wiadomości niekorzystnie rokujące fakty medyczne oraz czy nie ma nierealistycznych wyobrażeń dotyczących procesu leczenia.

I – Obtaining the patient's invitation (*Otrzymanie zaproszenia*)

Każdy pacjent ma inne strategie radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Niektórzy oczekują pełnej informacji o szczegółach choroby, przebiegu leczenia i prognoz. Inni, zwłaszcza w późniejszych etapach leczenia, stosują mechanizmy obronne, umożliwiające unikanie konfrontacji z niekorzystnymi informacjami, np. zaprzeczanie. Warto zapytać pacjenta, czy na pewno chce otrzymać pełną informację o swoim stanie zdrowia, czy może wolałby znać jedynie najistotniejsze fakty i skoncentrować się w rozmowie na planie leczenia. Tym, którzy odmówili poznawania szczegółów, można zaoferować, że w przyszłości mogą się o nie upomnieć. Można także zapytać pacjenta, czy chce, aby lekarz poinformował w pełni rodzinę pacjenta pomimo tego, że on sam nie chce otrzymać kompletnej informacji o swoim stanie.

K – Giving knowledge and information to the patient (*Przekazanie informacji*)

Autorzy rekomendują, żeby przekazywanie niekorzystnej informacji medycznej rozpocząć od wstępnego ostrzeżenia – *Niestety, mam złe wieści...* Podają także sugestie/wytyczne, jak w najlepszy sposób przekazać niekorzystną informację medyczną pacjentom. Po pierwsze należy dostosować język do pacjenta (bez zbędnego żargonu medycznego). Warto zadbać o niezbyt kategoryczną formę komunikatów oraz ich odpowiednią liczbę. Informacje należy przekazywać porcjami, stale upewniając się, czy są zrozumiałe dla pacjenta. Ostatnia wskazówka to unikanie sformułowań takich jak *Już nic więcej nie możemy dla pana zrobić*. Należy mieć na uwadze, że nawet jeśli leczenie przyczynowe okaże się nieskuteczne, wciąż pozostaje leczenie paliatywne.

E – Addressing the patient's emotions with emphatic responses (*Emocje i empatia*)

Odpowiednie empatyczne reagowanie na emocje pacjenta to jeden z elementów rozmowy, który może sprawiać trudności. Składa się z czterech etapów:

- Etap 1 – obserwuj emocje pacjenta (przejawiające się np. jako cisza, szok, płacz).
- Etap 2 – zidentyfikuj emocje, jakich doświadcza pacjent, i je nazwij. (Autorzy protokołu proponują zadawanie pytań otwartych, które mogą być w tym przypadku pomocne: np. *Jak Pan się czuje?*).
- Etap 3 – zidentyfikuj przyczynę emocji pacjenta. (Najczęściej jest nią niekorzystna informacja medyczna, jednak jeśli nie jest się pewnym, należy ponownie zapytać pacjenta).
- Etap 4 – daj pacjentowi czas na wyrażenie emocji, a następnie pokaż, że je akceptujesz.

S – Strategy and summary (*Plan działania i podsumowanie*)

Przed omówieniem opcji terapeutycznych i planu leczenia należy upewnić się, że pacjent czuje się gotowy na taką rozmowę. Część pacjentów woli najpierw skonsultować się z bliskimi lub przemyśleć otrzymane wcześniej wiadomości.

Zaangażowanie pacjenta w proces wyboru sposobu leczenia to sposób na pokazanie, że jego potrzeby są priorytetem. Autorzy protokołu podkreślają szczególne znaczenie informacji zwrotnych – upewnianie się, czy pacjent zrozumiał, jak będzie wyglądało leczenie.

Podsumowanie

Protokół SPIKES stał się podstawą wielu wytycznych dotyczących przekazywania niekorzystnej diagnozy. SP(w)ICES to zbiór dwunastu wskazówek, których podstawową ideą jest uwzględnianie różnych preferencji i potrzeb pacjentów na danym etapie realizowania protokołu [7]. Popularyzacja SPIKES spowodowała, że powstały modyfikacje przeznaczone dla pacjentów innych niż onkologiczni. SPIKES-D to narzędzie przygotowane na potrzeby przekazywania informacji pacjentowi o jego procesie demencyjnym, gdzie większy nacisk położony został na zaangażowanie rodziny oraz na unikanie budowania napięcia i dawkowania informacji [8]. SPIKES wykorzystywany jest także jako pomoc przy udzielaniu informacji zwrotnej studentom i lekarzom podczas kształcenia ich kompetencji w przekazywaniu niekorzystnej diagnozy [9,10]. W pandemii, również podczas konsultacji telemedycznych, zalecane jest stosowanie SPIKES w celu zwiększenia komfortu pacjenta w sytuacji braku kontaktu osobistego z lekarzem [11]. Tworzone są także specjalne skale psychometryczne do oceny nastawienia klinicystów oraz studentów medycyny wobec techniki przekazywania niekorzystnej informacji medycznej przy użyciu tej metody [12].

Warto podkreślić, że powszechność SPIKES oraz jego modyfikacje świadczą o jego użyteczności i uznaniu w środowisku klinicystów. Protokół wypełnił lukę w obszarze zasad i metod przekazywania niekorzystnej diagnozy pacjentom onkologicznym i stał się bazą dla protokołów przygotowanych na potrzeby innych jednostek chorobowych.

Struktura protokołu SPIKES

Ⓢ

Zaplanuj rozmowę i określ możliwe reakcje pacjenta.
Przygotuj pomieszczenie do spotkania i zadбай o prywatność.
Usuń bariery między sobą a pacjentem.
Poinformuj o czasie, jakim dysponujecie, i o możliwych przeszkodach.
Utrzymuj kontakt wzrokowy bądź fizyczny.

Ⓟ

Zapytaj o punkt widzenia pacjenta.
Zweryfikuj informacje medyczne podawane przez pacjenta.

Ⓡ

Zapytaj pacjenta, czy chce poznać pełną informację o swoim stanie zdrowia.
Zapytaj pacjenta, czy jego rodzina też ma być poinformowana.

Ⓚ

Dostosuj język do pacjenta.
Ogranicz terminologię medyczną.
Przełącz niekorzystną informację medyczną.
Upewnij się, że pacjent zrozumiał komunikat.

ⓔ

Obserwuj i rozpoznawaj emocje pacjenta.
Reaguj odpowiednio do wyrażanych przez pacjenta uczuć.

Ⓢ

Omów opcje i plany terapeutyczne.
Upewnij się, że pacjent chce kontynuować rozmowę.
Zaangażuj pacjenta w wybór odpowiedniego dla niego planu leczenia.

Opracowano na podstawie: [2].

Bibliografia

1. Park I, Gupta A, Mandani K, Haubner L, Peckler B. Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *J Emerg Trauma Shock*. 2010;3(4):385-8.
2. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
3. Dean A, Willis S. The use of protocol in breaking bad news: evidence and ethos. *Int J Palliat Nurs*. 2016;22(6):265-71.
4. Seifart C, Hofmann M, Bär T, Riera Knorrenschild J, Seifart U, Rief W. Breaking bad news-what patients want and what they get: evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Ann Oncol*. 2014;25(3):707-11.
5. von Blanckenburg P, Hofmann M, Rief W, Seifart U, Seifart C. Assessing patients' preferences for breaking Bad News according to the SPIKES-Protocol: the MABBAN scale. *Patient Educ Couns*. 2020;103(8):1623-9.
6. Marschollek P, Bąkowska K, Bąkowski W, Marschollek K, Tarkowski R. Oncologists and breaking bad news – from the informed patients' point of view. The evaluation of the SPIKES protocol implementation. *J Cancer Educ*. 2019;34(2):375-80.
7. Meitar D, Karnieli-Miller O. Twelve tips to manage a breaking bad news process: using S-P-w-ICE-S – a revised version of the SPIKES protocol. *Med Teach*. 2022;44(10):1087-91.
8. Peixoto VGMNP, Diniz RVZ, Godeiro CO. SPIKES-D: a proposal to adapt the SPIKES protocol to deliver the diagnosis of dementia. *Dement Neuropsychol*. 2020;14(4):333-9.
9. Kistler EA, Chiappa V, Chang Y, Baggett M. Evaluating the SPIKES model for improving peer-to-peer feedback among internal medicine residents: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2021;36(11):3410-16.
10. Gonçalves Júnior J, do Nascimento TGL, Pereira MMM, Moreira EB. Changes in communicating bad news in the context of COVID-19: adaptations to the SPIKES protocol in the context of telemedicine. *Front Psychiatry*. 2020;11:599722.
11. Kaczor M, Doroszevska A, Górnicka B, Mirowska-Guzel D. Evaluation of communication skills among students of the final year of medical faculty Medical University of Warsaw in area of bad news transmission. *Folia Cardiol*. 2021;16(5): 291-5.
12. Dos Santos KL, Gremigni P, Casu G, Zaia V, Montagna E. Development and validation of The Breaking Bad News Attitudes Scale. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):196.

 **Jakub Deleżuch**
Kierunek Psychologia zdrowia
Wydział Nauk o Zdrowiu z IMMiT
Gdański Uniwersytet Medyczny

 **Julia Gwiazda**
Kierunek Psychologia zdrowia
Wydział Nauk o Zdrowiu z IMMiT
Gdański Uniwersytet Medyczny

P-A-C-I-E-N-T-E

Wprowadzenie

Protokół P-A-C-I-E-N-T-E został oparty na znanym modelu SPIKES [1]. Jego struktura i treść zostały dostosowane do specyfiki kulturowej i etnicznej brazylijskich pacjentów. Nazwa protokołu **P-A-C-I-E-N-T-E** pochodzi od portugalsko-angielskiego akronimu: **P – Prepare** (*Przygotowanie*), **A – Assess how much the patient knows and how much they want to know** (*Aktualna wiedza i gotowość pacjenta*), **C – Convite à verdade** (*Zaproszenie do prawdy*), **I – Inform** (*Informacje*), **E – Emotions** (*Emocje*), **N – Não abandone o paciente** (*Nie opuszczaj pacjenta*), **TE – Trace uma estratégia** (*Treść strategii postępowania*) [2].

Protokół

P – Prepare (*Przygotowanie*)

Przygotowując komunikat, należy opierać się na informacjach potwierdzonych przez dokumentację medyczną. W sytuacjach niepewności i wątpliwości należy zapoznać się z literaturą medyczną dotyczącą choroby. Konieczne jest przygotowanie pomieszczenia zapewniającego prywatność i komfort spotkania [3, 4].

A – Assess how much the patient knows and how much they want to know (*Aktualna wiedza i gotowość pacjenta*)

Należy zweryfikować, ile pacjent wie na temat swojej choroby oraz ile chce się o niej dowiedzieć.

C – Convite à verdade (*Zaproszenie do prawdy*)

Na tym etapie pacjent powinien zostać poinformowany o swojej sytuacji zdrowotnej. Można użyć techniki strzału ostrzegawczego, zwracając się do pacjenta np. *Przykro mi, nie mam dla Pana dobrych wieści*. Ważne jest postawienie pytania, czy chory chce znać szczegóły dotyczące swojego stanu zdrowia. Nie wszyscy pacjenci są w tym momencie gotowi, aby kontynuować rozmowę.

I – Inform (*Informacje*)

Z reguły pacjenci chcący znać szczegóły dotyczące swojego stanu zdrowia będą pytać o diagnozę, rokowanie lub szczegółowe wyniki. Należy dostosowywać ilość oraz rodzaj informacji do potrzeb chorego tak, by umożliwić mu podjęcie świadomych decyzji dotyczących leczenia. Charakter informacji musi być jasny i uczciwy, lekarz powinien starać się podtrzymywać nadzieję pacjenta, a jednocześnie realistycznie podchodzić do leczenia. Należy używać właściwych terminów, takich jak „nowotwór” i „przerzuty”, wyjaśniając ich znaczenie. Im lepsze zrozumienie choroby przez pacjenta, tym skuteczniejsze jego zaangażowanie w proces leczenia [5].

E – Emotions (*Emocje*)

Na tym etapie należy umożliwić pacjentowi odreagowanie złych wiadomości, pozwolić mu na wyrażanie emocji. Można wyjaśnić wątpliwości pacjenta w celu budowania poczucia akceptacji i bezpieczeństwa [6].

N – Não abandone o paciente (*Nie opuszczaj pacjenta*)

Należy upewnić się, że choroba pacjenta będzie monitorowana. Należy też zapewnić chorego, że będzie miał wsparcie i lekarz będzie gotowy udzielić mu pomocy.

TE – Trace uma estratégia (*Treść strategii postępowania*)

Podsumowując rozmowę, należy zaplanować opiekę oraz przedstawić opcje leczenia. W miarę możliwości należy uwzględnić w planie opiekę interdyscyplinarną, prosząc o współpracę innych specjalistów, którzy mogą pomóc w kontrolowaniu objawów i monitorowaniu stanu zdrowia pacjenta.

Struktura protokołu P-A-C-I-E-N-T-E

(P)

Zapoznaj się z historią choroby.
Sprawdź dokumentację.
Sprawdź wyniki zleconych badań.

(A)

Oceń poziom wiedzy pacjenta o chorobie.
Oceń gotowość pacjenta do uzyskania wiedzy.

(C)

Oceń gotowość pacjenta do przyjęcia złej wiadomości.
Poinformuj pacjenta o diagnozie.

(I)

Poinformuj pacjenta o wynikach i rokowaniach.
Dostosuj komunikat do potrzeb pacjenta.

(E)

Zapewnij pacjentowi możliwość swobodnego wyrażenia emocji.
Wyjaśnij wątpliwości pacjenta.

(N)

Zapewnij pacjenta o wsparciu.
Określ kolejne etapy towarzyszenia pacjentowi w chorobie.
Zapewnij o dalszej opiece.

(T)

(E)

Zaproponuj metody i sposoby leczenia.
Przedstaw alternatywne metody diagnostyczne i terapeutyczne.
Omów możliwe następstwa lub powikłania.

Opracowano na podstawie: [2].

Bibliografia

1. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
2. Pereira CR, Calonego MA, Lemonica L, Barros GA. The P-A-C-I-E-N-T-E protocol: an instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Rev Assoc Med Bras*. 2017;63(1):439.
3. Shenton AK, Dixon P. The nature of information needs and strategies for their investigation in youngsters. *Library Information Sci Res*. 2004;26(3):296-310.
4. Wilson TD. On user studies and information needs. *J Documentation*, 1981;37(1):3-15.
5. de Walden-Gałuszko K. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011. 241-55.
6. Faulkner A, Maguire P, Regnard C. Breaking bad news – a flow diagram. *Palliat Med*. 1994;8(2):145-51.

 **Marcin Trzcíński**
Kierunek Lekarski
Wydział Lekarski
Gdański Uniwersytet Medyczny

 **Julia Lenkiewicz**
Kierunek Lekarski
Wydział Lekarski
Gdański Uniwersytet Medyczny

BREAKS

Wprowadzenie

Dla części lekarzy rozpoznawanie emocji pacjentów, którzy otrzymali niekorzystną diagnozę, stanowi trudność [1], przez co nie są w stanie zareagować na potrzeby pacjentów w satysfakcjonującym stopniu [2]. Prowadzi to do pełnej gamy negatywnych emocji i nieporozumień w zakresie komunikacji lekarz–pacjent. Protokół BREAKS został opracowany w 2010 r. przez hinduskich naukowców: Vijayakumara Narayanana i Cheriya Koshy'ego oraz lekarza anestezjologa z Nepalu, Bibeka Bista. Protokół ten pomaga lekarzom przygotować się do trudnej rozmowy oraz przypomina o ważnych komponentach empatycznej odpowiedzi lekarza na emocjonalną reakcję pacjenta.

Protokół

Nazwa **BREAKS** jest akronimem, w którym poszczególne litery oznaczają: **B – Background** (*Kontekst*), **R – Rapport** (*Porozumienie*), **E – Explore** (*Rekonesans*), **A – Announce** (*Przekazanie*), **K – Kindling** (*Uprzejmość*), **S – Summarize** (*Podsumowanie*). Niezależnie od charakteru rozmowy pewne kwestie nie powinny być pomijane, zwłaszcza podczas profesjonalnej rozmowy z pacjentem. Jedną z nich jest utrzymanie kontaktu wzrokowego przez cały czas trwania rozmowy. Pokazuje to pacjentowi, że lekarz jest zainteresowany problemami pacjenta i jest gotowy zrobić wszystko, aby je rozwiązać. Empatyczne podejście do problemu polega na zrozumieniu emocjonalnej reakcji pacjenta przy jednoczesnym zachowaniu odpowiedniego dystansu, który pozwoli na zastosowanie wiedzy

i doświadczenia lekarza w sposób optymalnie dostosowany do sytuacji klinicznej pacjenta. Słownictwo lekarza powinno być jasne i zrozumiałe, w przeciwnym razie pacjent poczuje się zagubiony i pozbawiony potrzebnego wsparcia.

B – Background (Kontekst)

Oprócz empatycznej reakcji i zrozumienia lekarz musi zapoznać się z historią choroby pacjenta, tak aby mógł odpowiedzieć na wszystkie wątpliwości związane ze stanem zdrowia chorego. Bardzo często pacjenci konsultują z lekarzem rozpoznanie, o którym wcześniej przeczytali sporo w Internecie. Lekarz musi przygotować się na konfrontację z często niepotwierdzonymi informacjami na temat danej jednostki chorobowej, które może posiadać pacjent. W celu uniknięcia nietaktownych sformułowań i zachowań w trakcie rozmowy należy mieć wzgląd na różnicowanie kulturowe.

R – Rapport (Porozumienie)

Budowanie porozumienia między pacjentem a lekarzem jest ważnym aspektem w prawidłowym przekazywaniu niekorzystnej informacji. Lekarz powinien rozmawiać z pacjentem w sposób empatyczny. Zachowania i sformułowania nacechowane paternalistycznie są negatywnie oceniane przez pacjentów. Ważne jest, aby pacjent miał możliwość przeprowadzenia intymnej rozmowy z lekarzem w kameralnych warunkach oraz aby nie utrudniano mu wyrażania myśli. Komfort pacjenta jest w trakcie całej rozmowy najważniejszym jej elementem. Niezbędne jest stosowanie otwartych pytań, co daje pacjentowi możliwość swobodnego wyrażania wątpliwości i obaw.

E – Explore (Rekonesans)

Sugeruje się, żeby rozmowa rozpoczynała się od sprawdzenia, jaką wiedzę posiada pacjent na temat swojego stanu zdrowia. Jeśli pacjent był już wcześniej poinformowany o swojej diagnozie, a rozmowa z lekarzem ma dla niego jedynie charakter konsultacyjny, prowadzenie konwersacji jest zdecydowanie łatwiejsze. W takiej sytuacji można również uniknąć niepotrzebnej ponownej próby przekazania niekorzystnej diagnozy. Ważne jest, aby lekarz omówił wszystkie aspekty sytuacji pacjenta w sposób skrupulatny, jednocześnie pamiętając o możliwej emocjonalnej reakcji pacjenta. Medycy często mają skłonność do obiecywania pozytywnego efektu terapii przed omówieniem wszystkich jej szczegółów. Jest to niepożądane zjawisko podczas rozmowy. Podsumowanie należy oprzeć na faktach i doświadczeniu lekarza.

A – Announce (*Przekazanie*)

Przed przekazaniem niekorzystnej diagnozy warto skorzystać z tzw. strzału ostrzegawczego, czyli zdania, które przygotowuje pacjenta do odbioru niekorzystnej informacji, może to być np. fraza: *Obawiam się, że sprawa wygląda dość poważnie*. Warto, aby mowa ciała lekarza była, w miarę możliwości, „lustrzanym odbiciem” pozycji pacjenta. Poprawia to relację i zwiększa zaufanie pacjenta do lekarza. Sugeruje się unikania medycznej terminologii, monologów i odniesień do historii o innych pacjentach z podobnymi jednostkami chorobowymi. Podstawowa zasada polega na tym, że przekazywanie więcej niż trzech informacji jednocześnie może prowadzić do ich niezrozumienia przez pacjenta.

K – Kindling (*Uprzejmość*)

Warto mieć na uwadze, że reakcje pacjenta w trakcie przekazywania niekorzystnej diagnozy mogą być diametralnie różne. Pacjenci często po usłyszeniu diagnozy przestają słuchać tego, co mówi do nich lekarz. Ważne jest, aby zadawać pytania pacjentowi, np. *czy jest Pan ze mną? Czy słucha mnie Pan?* W takiej sytuacji sugerowane jest też poproszenie wprost pacjenta o powtórzenie zaleceń. Lekarz powinien unikać monologów, które nie dają pacjentowi szansy na odniesienie się do szczegółów rozmowy. Czasami dochodzi do tzw. wybiórczego słuchania ze strony pacjenta, które może doprowadzić do niekompletnego realizowania zaleceń lekarza. W takiej sytuacji warto poprosić pacjenta o powtórzenie poleceń lekarza.

S – Summarize (*Podsumowanie*)

W podsumowaniu wizyty pożądane byłoby, gdyby lekarz odniósł się do obaw pacjenta. Warto sporządzić pisemne streszczenie zaleceń i w razie potrzeby jeszcze raz przedyskutować ich szczegóły z pacjentem. Przed zakończeniem wizyty wskazane jest ustalenie terminu kolejnego spotkania. Ważne jest, aby upewnić się, że pacjent ma zapewnione wsparcie i opiekę ze strony bliskich po zakończeniu spotkania.

Struktura protokołu BREAKS

B

Przed wizytą dokładnie przeczytaj historię choroby i przygotuj się na ewentualne pytania.
Weź pod uwagę wykształcenie, stan emocjonalny i podłoże kulturowe pacjenta.
Wyłącz telefon komórkowy.
Przygotuj się na załamanie emocjonalne pacjenta – zarezerwuj odpowiednią ilość czasu na wizytę.

R

Podczas rozmowy zachowaj pozytywne nastawienie.
Spróbuj wypracować dobre porozumienie z pacjentem.
Zapewnij pacjentowi komfort i wygodę.
Zadawaj otwarte pytania.

E

Spytaj, co pacjent wie o swoim stanie zdrowia.
Spróbuj zaangażować (za zgodą pacjenta) bliskie mu osoby
w proces decyzji o dalszym postępowaniu.
Nie obiecuj pacjentowi korzystnych efektów terapii.
Przedstaw prognozę w sposób rozsądny, szczegółowy.
Krótko podsumuj dotychczas przekazane fakty.

A

Spytaj pacjenta, czy chce znać szczegółowe informacje o jego stanie zdrowia.
Zastosuj tzw. strzał ostrzegawczy przed przekazaniem niekorzystnej diagnozy.
Unikaj żargonu medycznego.
Nie prowadź monologu, nie opowiadaj historii o podobnych przypadkach.
Przełącz informację w krótkich, łatwo zrozumiałych zdaniach.

K

Daj pacjentowi szansę na wyrażenie emocji.
Zadawaj pytania: *Czy Pan* wciąż mnie słucha?*
Poproś pacjenta o podsumowanie dotychczas przekazanych informacji.
Unikaj długich, monottonnych wypowiedzi bez możliwości zadawania pytań.

S

Podsumuj wszystkie przekazane wiadomości i odpowiedzi na wątpliwości pacjenta.
Sporządź notatkę z przebiegu konsultacji i przekaz ją pacjentowi.
Spytaj, czy pacjent życzy sobie przekazania informacji o diagnozie jego bliskim.
Upewnij się, że pacjent ma zapewnione odpowiednie wsparcie po opuszczeniu gabinetu.

Opracowano na podstawie: [3].

* W przykładowych wypowiedziach i pytaniach przyjęto formę „Pan” jako najprostszą gramatycznie. Na potrzeby konkretnej sytuacji komunikacyjnej należy dopasować formy zwracania się do pacjenta zgodnie z jego oczekiwaniami i dotychczasową współpracą z lekarzem/pracownikiem systemu ochrony zdrowia.

Bibliografia

1. Dosanjh S, Barnes J, Bhandari M. Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Med Educ.* 2001;35(3):197-205.
2. Maguire P, Faulkner A, Booth K, Elliott C, Hillier V. Helping cancer patients disclose their concerns. *Eur J Cancer.* 1996;32A(1):78-81.
3. Narayanan V, Bista B, Koshy C. „BREAKS’ protocol for breaking bad news. *Indian J Palliat Care.* 2010;16(2):61-5.

 **Oliwia Lenkiewicz**
Kierunek Lekarski
Wydział Lekarski
Gdański Uniwersytet Medyczny

 **Julia Lenkiewicz**
Kierunek Lekarski
Wydział Lekarski
Gdański Uniwersytet Medyczny

ABCDE

Wprowadzenie

Na przestrzeni lat opracowano wiele rozwiązań obejmujących rekomendacje dotyczące sposobów właściwej komunikacji lekarz–pacjent [1-3]. Aby uprościć proces poprawnego przekazywania niekorzystnych wiadomości, Michael W. Rabow oraz Stephen J. McPhee w 1999 r. zaproponowali protokół ABCDE, który jest podsumowaniem dostępnych wówczas informacji na temat odpowiedniego porozumiewania się z pacjentem. W tamtym czasie protokół ABCDE był niejako syntezą aktualnej wiedzy, dotyczącej sposobów przekazywania niekorzystnej diagnozy.

Protokół

Nazwa **ABCDE** utworzona została od pierwszych liter poszczególnych kategorii zachowań stosowanych w rozmowie na temat niekorzystnych wiadomości medycznych z pacjentem. Poszczególne litery oznaczają: **A – Advance preparation** (*Wcześniej przygotowanie się do rozmowy*), **B – Build a therapeutic environment/relationship** (*Stworzenie terapeutycznego środowiska/relacji*), **C – Communicate well** (*Porozumiewanie się w odpowiedni, dobry sposób*), **D – Deal with patient and family reactions** (*Zmierzenie się z reakcją pacjenta i rodziny*), **E – Encourage and validate emotions** (*Zachęcenie do wyrażania emocji*). Protokół kładzie akcent na nawiązanie dobrego, bezpośredniego kontaktu z pacjentem. Lekarz nie powinien ograniczać się jedynie do przedstawienia pacjentowi diagnozy przy użyciu żargonu medycznego, ale przede wszystkim powinien okazać mu

empatię, emocje oraz profesjonalizm, upewniając się przy tym, że pacjent rozumie przekazywane mu informacje. Podstawowymi celami ukazanymi w protokole są pozwolenie sobie i pacjentowi na emocje, osiągnięcie wspólnego postrzegania problemu oraz aktywne słuchanie i wzajemne zrozumienie w relacji lekarz–pacjent.

A – Advance preparation (*Wcześniejse przygotowanie się do rozmowy*)

Pierwszym krokiem powinno być zapytanie pacjenta, co wie na temat swojej choroby i jakie są jego emocje z nią związane, a także czy chciałby, aby w rozmowie uczestniczyła bliska mu osoba. Lekarz powinien przygotować się emocjonalnie do przeprowadzanej rozmowy oraz zdecydować wcześniej, jakich wyrażenń należałoby użyć. Klinicyści nie powinni również zapominać o ciągłym doskonaleniu swoich umiejętności przekazywania niekorzystnych wiadomości.

B – Build a therapeutic environment/relationship (*Stworzenie terapeutycznego środowiska/relacji*)

Ważne jest również zaaranżowanie kameralnego miejsca do rozmowy, w którym nikt nie będzie zakłócał przebiegu konwersacji, oraz zapewnienie wszystkim uczestnikom rozmowy miejsc siedzących. Należy dać pacjentowi poczucie, że jest słuchany, oraz okazać zrozumienie w razie przejawu strachu czy wątpliwości na temat bólu i cierpienia.

C – Communicate well (*Porozumiewanie się w odpowiedni, dobry sposób*)

W rozmowie powinno się być bezpośrednim, nie bać się i nie unikać słów takich jak „śmierć” czy „rak”, natomiast nie należy używać eufemizmów oraz zbyt dużej ilości żargonu medycznego. W razie potrzeby należy pozwolić pacjentowi na chwilę ciszy i spokoju oraz zawsze upewniać się, że rozumie on informacje przekazywane przez lekarza.

D – Deal with patient and family reactions (*Zmierzenie się z reakcją pacjenta i rodziny*)

Pacjenci różnie reagują na niekorzystne wiadomości medyczne. Należy odpowiednio ocenić reakcję pacjenta, mając na uwadze, że może ona polegać na różnych mechanizmach. Reakcja walka/ucieczka lub ochrona/wycofanie są przykładami odpowiedzi fizjologicznej, natomiast pacjenci mogą przejawiać również poznawcze strategie radzenia sobie z sytuacją, takie jak wyparcie, niedowierzanie lub akceptacja. Należy pamiętać, że pacjentom mogą również towarzyszyć silne emocje, takie jak złość, strach, poczucie bezsensu, lęk czy smutek [4].

E – Encourage and validate emotions (*Zachęcenie do wyrażania emocji*)

Niezbędnym elementem rozmowy z pacjentem jest zapewnienie go o tym, że ma wsparcie ze strony lekarza. Można również zaoferować pomoc w przekazaniu niekorzystnej diagnozy bliskim pacjenta. Ważne jest, aby upewnić się, jak rozmowa wpłynęła na pacjenta i co oznacza dla niego przedstawiona mu diagnoza. Osoba przekazująca niekorzystną wiadomość nie powinna zapominać o tym, że relacja lekarz–pacjent nie jest jednostronna. Również lekarze muszą radzić sobie z trudnymi emocjami związanymi z takimi rozmowami. Radzenie sobie z własnymi emocjami jest kluczowym elementem przygotowania do odpowiedniej komunikacji z pacjentem.

Struktura protokołu ABCDE

Ⓐ

Zbierz informacje na temat choroby pacjenta.
Przygotuj się do rozmowy (emocjonalnie i merytorycznie).
Stale podnoś swoje umiejętności w przekazywaniu niekorzystnych wiadomości medycznych.

Ⓑ

Znajdź spokojne miejsce do odbycia rozmowy.
Daj pacjentowi możliwość wyrażania wątpliwości i obaw.

Ⓒ

Przekazuj bezpośrednie komunikaty.
Unikaj żargonu medycznego.
Upewnij się, że pacjent zrozumiał przekazane informacje.

Ⓓ

Oceń reakcję pacjenta.
Przygotuj się na silne emocje, np. strach, lęk, smutek.
Aktywnie słuchaj pacjenta i obserwuj jego emocje.

Ⓔ

Zweryfikuj odczucia pacjenta dotyczące rozmowy.
Porozmawiaj o dalszych potrzebach i planach pacjenta.
Okaż wsparcie.
Spróbuj poradzić sobie z własnymi, trudnymi emocjami.

Opracowano na podstawie: [5].

Bibliografia

1. Quill TE, Townsend P. Bad news: delivery, dialogue, and dilemmas. Arch Intern Med. 1991;151(3):463-8.
2. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. J Clin Oncol. 1995;13(9):2449-56.
3. Miranda J, Brody RV. Communicating bad news. West J Med. 1992;156(1):83-5.
4. Monden KR, Gentry L, Cox TR. Delivering bad news to patients. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2016;29(1):101-2.
5. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. West J Med. 1999;171(4):260-3.

-  **Dominika Mindak**
Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku
-  **Agnieszka Sobczak**
Stowarzyszenie Hospicjum im. św. Wawrzyńca w Gdyni

COMFORT

Wprowadzenie

Protokół COMFORT autorstwa prof. Melindy Villagran i współpracowników bazuje na siedmiu filarach obejmujących edukację w zakresie: komunikacji z pacjentem i jego rodziną, skupienia uwagi pacjenta na realiach, uważności, bieżącej sytuacji zdrowotnej, powtarzających się wiadomości i zespołu terapeutycznego [1-3]. COMFORT proponuje nowe podejście do szkolenia personelu medycznego w kompetencjach przekazywania niekorzystnych informacji. Proponowany model opiera się na istniejących już innych protokołach. Ma jednak na celu przede wszystkim skuteczne nauczanie klinicystów, jak skutecznie komunikować się z pacjentem i jego rodziną, a w szczególności przekazywać im informacje o stanie zdrowia i niepomyślnych rokowaniach. COMFORT to nadrzędny zestaw podstawowych kompetencji, których osiągnięcie jest możliwe poprzez szkolenia umiejętności komunikacyjnych, niezbędnych do tego, aby proces przekazywania niekorzystnych wiadomości był przeprowadzany w sposób bardziej adaptacyjny. Nabyte kompetencje powinny być później wykorzystywane automatycznie zarówno przez pacjentów, członków rodzin, jak i klinicystów. Zastosowanie protokołu COMFORT może zmniejszyć ryzyko potencjalnych błędów i nieporozumień, jednocześnie zwiększając szanse na zrozumienie i budowanie zaufania w relacji klinicysta–pacjent [1].

Protokół

COMFORT to akronim, w którym kolejne litery odpowiadają siedmiu kompetencjom: **C – Communication** (*Komunikacja*), **O – Orientation** (*Zorientowanie pacjenta na re-*

alia), **M – Mindfulness** (Uważność), **F – Family** (Rodzina), **O – Ongoing** (Bieżąca sytuacja zdrowotna), **R – Reiterate** (Powtarzanie wiadomości), **T – Team** (Zespół), które powinny stać się praktyką opartą na określonych umiejętnościach komunikacyjnych [1]. Prezentowany protokół nie jest listą kontrolną, ale raczej zestawem wskazówek, które mogą pomóc dostosować informacje do potrzeb pacjentów i ich rodzin. Dzięki uwzględnieniu indywidualności każdej osoby protokół pozwala na dostosowywanie odpowiednich treści do możliwości poznawczych odbiorców [1]. Określono siedem barier utrudniających skuteczne przekazywanie złych wiadomości (błędy w komunikacji, nieorientowanie na rzeczywistość, czynniki rozpraszające w czasie rozmowy z pacjentem czy rodziną, pomijanie znaczenia rodziny w procesie opieki nad pacjentem, niejednoznaczność lub też różne rozumienie pojęć medycznych). Stworzono także siedem rekomendacji [1-3].

C – Communication (Komunikacja)

Lekarze powinni używać jasnego i prostego, dostosowanego do pacjenta języka. Skomplikowany i pełen żargonu język może maskować prawdziwe znaczenie niepomyślnego rozpoznania i z tego powodu niektórym klinicyście wydaje się atrakcyjny. Przekazywanie niekorzystnej informacji wymaga bezpośredniej komunikacji werbalnej i niewerbalnej, która ma duże znaczenie dla pacjenta.

O – Orientation (Zorientowanie pacjenta na realia)

Pacjent w omawianej sytuacji może mieć nierealistyczne oczekiwania dotyczące np. „lekarstwa” na swoją chorobę. Realne oczekiwania dotyczące leczenia powinny być jasno określone, najlepiej prostym językiem, aby nie było niedomówień, wygórowanych pragnień i nierzeczywistych celów. Zorientowanie pacjentów na realia ich stanu pomaga zapobiegać niechcianym zabiegom, uporczywej terapii i nierealistycznym oczekiwaniom dotyczącym powrotu do zdrowia. Pacjenci, którzy rozumieją, w jakiej sytuacji zdrowotnej się znajdują, mają możliwość podejmowania odpowiednich decyzji dotyczących dalszego postępowania.

M – Mindfulness (Uważność)

Lekarze przeprowadzający rozmowę powinni cały czas zwracać uwagę na to, co dzieje się w danej chwili, i adekwatnie reagować na zmieniające się potrzeby pacjenta. Uważność oznacza unikanie czynników rozpraszających zarówno werbalnych, jak i niewerbalnych. Uważność to też aktywne słuchanie i utrzymywanie kontaktu wzrokowego – to pokazanie rozmówcy, że jest się obecnym cały czas, a rozmówca jest ważny. Pacjent lub jego

rodzina są w centrum uwagi. Uważność to też po prostu zastanowienie się, co chcemy powiedzieć.

F – Family (*Rodzina*)

Rodzina powinna być wsparciem dla pacjenta, dlatego ważne jest, aby członkowie rodzin byli włączani do rozmów, w czasie których przekazywane są niepomyślne diagnozy. Należy również budować zaufanie i zrozumienie wśród członków rodziny, aktywnie angażując ich w dialog, który prowadzimy z pacjentem. Dlatego warto traktować obecność rodziny pacjenta jak wsparcie przy przekazywaniu złej informacji. To właśnie członkowie rodziny pozostaną przy nim i będą źródłem wsparcia.

O – Ongoing (*Bieżąca sytuacja zdrowotna*)

Przekazywanie złych wiadomości nie jest jednorazowym wydarzeniem. Niejednokrotnie należy komunikat powtarzać oraz podsumowywać to, co zostało zrozumiane. Pacjent musi mieć świadomość, że taka ciągłość będzie dotyczyła również opieki. Nawet jeśli leczenie zostało zakończone, to pacjent pozostanie pod opieką medyczną, nie będzie pozostawiony sam sobie. Powinno się też zapewnić pacjenta, że dialog z nim i jego rodziną będzie odbywał się nawet po zaprzestaniu leczenia [4-5].

R – Reiterate (*Powtarzanie wiadomości*)

Powtarzanie komunikatów to mechanizm stosowany przy przekazywaniu złych wiadomości w celu uniknięcia fałszywych nadziei na wyleczenie. Znaczenie powtarzających się komunikatów będzie podobne, ale sposób, w jaki zostały one wyrażone, może ulec zmianie. Klinicyści, zamiast omawiać tylko aktualne wyniki, powinni również odpowiadać na pytania oraz przekazywać informacje zwrotne, aby pomóc pacjentom pogodzić się z sytuacją.

T – Team (*Zespół*)

Pacjenci, którzy otrzymali niepomyślną diagnozę, są objęci opieką zespołu terapeutycznego: lekarzy, pielęgniarek, psychologów, pracowników socjalnych i kapelanów. Komunikowanie się z pacjentem oraz w zespole specjalistów pomaga uniknąć błędów i zapewnia chorym oraz ich rodzinom odpowiednią opiekę i wsparcie [5]. Bardzo ważnym elementem, który pozwala uniknąć błędów oraz wprowadza systematyczność i porządek w przekazywanie wiadomości między członkami zespołu, jest dokumentacja elektroniczna.

Struktura protokołu COMFORT

Ⓒ

Dostosuj komunikaty do sytuacji.
Stosuj komunikaty werbalne i niewerbalne.
Traktuj pacjenta i jego rodzinę podmiotowo.
Posługuj się językiem jednoznacznym (w pełni rozumianym przez obie strony).
Stosuj pytania otwarte, by ocenić rozumienie sensu rozmowy przez pacjenta.
Formułuj odpowiedzi w sposób jasny.
Stosuj powtórzenia, by upewnić się, że pacjent rozumie swoją sytuację (np. brak terapii, technologii i leków, które mogłyby wyeliminować chorobę).

⓪

Formułuj oczekiwania w języku odpowiednim dla wykształcenia i wieku pacjenta.
Daj poczucie nadziei jako element pozytywnego procesu leczenia.
Zadbaj o realne wyobrażenia pacjenta i rodziny dotyczące procesu leczenia i opieki.

Ⓜ

Nie uprzedzaj się do rozmowy.
Bądź przygotowany na dynamiczne zmiany.
Okaz empatię pacjentowi i jego rodzinie.
Zapewnij o wsparciu psychicznym i emocjonalnym.
Buduj porozumienie przez interakcje werbalne i niewerbalne.

Ⓕ

Włącz rodzinę w proces opieki nad pacjentem.
Daj rodzinie możliwość budowania sytuacji bliskości.

⓪

Prowadź ciągły dialog na temat opieki.
Zapewnij pacjenta i jego rodzinę o ciągłości opieki mimo niekorzystnej diagnozy.
Zapewnij, że bliscy i rodzina nie pozostają sami nawet po śmierci pacjenta.

Ⓡ

Zadbaj o informację zwrotną.
Dopasuj formę (przy zachowaniu treści) niepomysłnych komunikatów
do potrzeb informacyjnych odbiorcy.

Ⓣ

Zapewnij pacjentowi opiekę całego zespołu lekarzy, pielęgniarek, psychologów, opiekunów.
Zadbaj o właściwą komunikację zespołu z pacjentem i jego rodziną,
a także między członkami zespołu.

Opracowano na podstawie: [1].

Bibliografia

1. Villagran M, Goldsmith J, Wittenberg-Lyles E, Baldwin P. Creating COMFORT: a communication-based model for breaking bad news. *Communication Educ.* 2010;59(3):220-34.
2. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients*. Abingdon Oxon, UK: Radcliffe Medical Press; 1998.
3. Stone D, Patton B, Heen S. *Difficult Conversations: How to discuss what matters most*. New York: Viking; 2000.
4. Fallowfield L. Giving sad and bad news. *Lancet* 1993;341(8843):476-8.
5. Fine RL. Personal choices – communication among physicians and patients when confronting critically ill illness. *Tex Med* 1991;87(9):76-82.

ib Julia Gwiazda
Kierunek Psychologia zdrowia
Wydział Nauk o Zdrowiu z IMMiT
Gdański Uniwersytet Medyczny

ib Aleksandra Pajdak
Kierunek Psychologia zdrowia
Wydział Nauk o Zdrowiu z IMMiT
Gdański Uniwersytet Medyczny

METODA DIALEKTYCZNA JAKO SPOSÓB PRZEKAZYWANIA NIEKORZYSTNYCH WIADOMOŚCI

Wprowadzenie

Zastosowanie „popularnych” protokołów przekazywania niekorzystnych informacji medycznych ma ograniczenie wynikające z kontekstu kulturowego, w którym powstawały. W dobie globalizacji znaczenia nabiera znalezienie stosunkowo stabilnej kulturowo metody. Dialektyczny model przekazywania złych wiadomości opiera się na założeniach psychologii narracyjnej i metodzie majeutycznej [1].

Model został opracowany w 2020 r. przez dr. Krzysztofa Sobczaka z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz dr Agatę Rudnik z Uniwersytetu Gdańskiego. Zaletą metody jest zindywidualizowany sposób prowadzenia rozmowy dzięki zastosowaniu zasad terapii narracyjnej [1].

Metoda

Zweryfikowanie chęci poznania szczegółów dotyczących stanu pacjenta

Pierwszy etap polega na ocenie gotowości pacjenta do rozmowy o problemie medycznym. Poprzez zadanie pytania zamkniętego ukierunkowujemy i przygotowujemy go na dalsze podejmowanie decyzji, m.in. odnośnie do leczenia. Potrzeba zdobycia informacji jest łączona z dyskomfortem związanym z aktualną sytuacją, więc przez spełnienie jej możemy zapewnić pacjentowi komfort [2-3].

Zweryfikowanie wiedzy pacjenta o własnym stanie zdrowia

Na tym etapie poprzez zadawanie pytań otwartych oceniamy szczegółowość wiedzy pacjenta na temat stanu jego zdrowia. Pogłębianie aktywnego słuchania przez stosowanie pytań otwartych pozwala na zbudowanie zaufania pacjenta do lekarza [4].

Ostrzeżenie o złym charakterze wiadomości

Ponownie weryfikujemy gotowość pacjenta do rozmowy o problemie medycznym przez krótki komunikat akcentujący niekorzystny charakter nadchodzących wiadomości.

Opis choroby

W prosty i ostrożny sposób tłumaczymy pacjentowi specyfikę jego choroby, uważnie obserwując reakcje i dostosowując się do nich. Na tym etapie nie nazywamy choroby. Pacjent sam buduje swoje przypuszczenia, co pozwoli mu lepiej przyswoić niekorzystną informację.

Proces dialektyczny kończy się pytaniami pacjenta

Na tym etapie pozwalamy pacjentowi ocenić dotychczasowe komunikaty i zwerbalizować własne przypuszczenia. Umożliwiamy weryfikację przez pacjenta wiedzy na temat choroby. Można przyjąć, że lepsze zrozumienie choroby przez pacjenta może skutkować jego efektywnym zaangażowaniem w proces leczenia [5].

Potwierdzenie w sposób empatyczny informacji o diagnozie/prognozie

Po potwierdzeniu diagnozy skupiamy się na umożliwieniu pacjentowi wyrażania uczuć. Ważne jest to, aby lekarz po przekazaniu złych wiadomości zrobił przerwę w celu umożliwienia choremu zareagowania na to, co zostało powiedziane. Przekazywanie informacji w indywidualnym tempie umożliwia pacjentowi zatrzymanie napływu złych wiadomości w dowolnym momencie. Pacjent powinien mieć szansę na zastanowienie się nad tym, co się stało i jak się z tym czuje. Możliwe, że będzie potrzebował czasu na zaadaptowanie się do niespodziewanej i/lub szokującej informacji. Przekazywanie dalszych informacji powinno nastąpić wtedy, kiedy pacjent emocjonalnie będzie na nie gotowy [6].

Wyrażenie wsparcia i zaproponowanie indywidualnego rozwiązania dla pacjenta

Możemy obniżyć wstępną negatywną reakcję emocjonalną pacjenta przez wzbudzenie w nim poczucia bezpieczeństwa, zapewniając wsparcie i dokładnie wyjaśniając zaproponowaną metodę leczenia. Dostosowujemy szczegółowość komunikatu do gotowości i dotychczasowej wiedzy pacjenta. Zarówno przekazywanie informacji przez lekarza,

jak i jego wspierająca, empatyczna postawa są czymś, co pacjenci wskazują jako ważne w procesie przekazywania niekorzystnych wiadomości. Wpływa to na lepsze zrozumienie zaleceń i rozpoznanie objawów, a także pomaga w zmniejszeniu stresu i niepokoju [7]. Przekazywanie informacji przez lekarza np. na temat aktualnie dostępnych metod leczenia jest ważnym aspektem komunikacji [8].

Włączenie pacjenta w proces podejmowania decyzji o dalszym leczeniu

Po zapoznaniu pacjenta z metodami leczenia zapewniamy mu poczucie kontroli przez angażowanie w proces decydowania o wyborze metody. Pacjenci, którzy aktywnie uczestniczą w decydowaniu o własnym procesie terapeutycznym, osiągają lepsze wyniki niż pacjenci, którzy są biernymi odbiorcami opieki [9].

Podsumowanie spotkania

Upewniamy się, że pacjentowi znane są dalsze kroki postępowania. Uzyskanie informacji zwrotnej, czy pacjent dobrze rozumie przekazane wiadomości na temat leczenia, może zapobiec tendencji do niezrozumienia celu leczenia lub przecenieniu jego potencjalnej skuteczności [10-12].

Struktura metody dialektycznej

Zweryfikowanie chęci poznania szczegółów dotyczących stanu pacjenta		
Zwroty i pytania	Opis i argumentacja	
• <i>Czy chce Pan* poznać szczegóły swojego problemu zdrowotnego?</i>	Pytanie zamknięte przygotowuje pacjenta do podejmowania decyzji. Może on nie być jeszcze gotowy na taką rozmowę i może potrzebować czasu albo może w ogóle nie chcieć znać szczegółów.	
Zweryfikowanie wiedzy pacjenta o jego stanie		
Zwroty i pytania	Opis i argumentacja	
• <i>Jakie dotąd informacje otrzymał Pan od lekarzy?</i> • <i>Co wie Pan dokładnie o swojej sytuacji zdrowotnej?</i> • <i>Rozumiem. Miał Pan wykonywane testy i lekarz skierował Pana do specjalisty w celu dalszej diagnostyki. Czy chciałby Pan poznać teraz wyniki szczegółowe tych testów?</i>	W tym momencie ważne jest, aby używać pytań otwartych. Można również poprosić pacjenta o doprecyzowanie odpowiedzi. Tutaj powinno pojawić się podsumowanie historii pacjenta.	
Ostrzeżenie o złym charakterze wiadomości		
Zwroty i pytania	Opis i argumentacja	
• <i>Bardzo mi przykro, Pana wyniki są gorsze niż się spodziewaliśmy.</i> • <i>Bardzo zmarliwili mnie Pana wyniki.</i>	Po strzale ostrzegawczym i przejściu do kolejnego etapu warto przez chwilę pomilczeć, aby pacjent przyswoił trudną informację.	
Opis choroby		
• <i>Badania wykazały występowanie złośliwych komórek w Pana trzustce.</i> • <i>Zauważyłem, że pojawiły się nowe ogniska choroby.</i>	Chorobę należy opisywać prostymi zdaniami, bez terminologii medycznej. Należy mówić powoli i być przygotowanym na ingerencję pacjenta. W tym momencie należy obserwować reakcje pacjenta. Jeśli wystąpią nadmierne reakcje emocjonalne, należy rozważyć zaproponowanie kolejnego spotkania. Ważne jest, aby nie nazywać choroby, ale ją opisywać.	

Proces dialektyczny kończy się pytaniami pacjenta	
Zwroty i pytania	Opis i argumentacja
• <i>Czy mam przerzut?</i> • <i>Czy to oznacza, że mam nowotwór?</i>	Istotą proponowanego sposobu komunikowania się jest naprowadzenie pacjenta na sytuację, w której sam określa swój stan. Diagnoza pojawiająca się w świadomości pacjenta oraz nazwanie i wypowiedzenie jej przez pacjenta jest kluczowa dla tej metody komunikowania złych wiadomości. Pacjenci, którzy odkrywają w swojej świadomości złą wiadomość, łatwiej ją przyswajają. Ten sposób ujawniania niekorzystnych wiadomości zmniejsza również ilość i intensywność mechanizmów obronnych.
Potwierdzenie w sposób empatyczny informacji o diagnozie/prognozie	
Zwroty i pytania	Opis i argumentacja
• <i>Bardzo mi przykro, badania potwierdziły pojawienie się przerzutów.</i> • <i>Bardzo mi przykro, badania potwierdziły nowotwór.</i>	Ten etap polega na potwierdzeniu diagnozy. Ważne jest umożliwienie pacjentowi okazywania emocji (np. płacz, smutek, dezorientacja, złość). Przyzwolenie na ciszę też daje taką możliwość.
Wyrażenie wsparcia i zaproponowanie indywidualnego rozwiązania dla pacjenta	
Zwroty i pytania	Opis i argumentacja
• <i>Widzę, że jest Pan bardzo zmartwiony. Postaram się Panu jak najlepiej pomóc, dlatego chciałbym zaproponować metodę leczenia...</i> • <i>Zależy mi na Pana powrocie do zdrowia, dlatego musi Pan przyjmować leki, które przepisuję. Może się Pan po nich źle czuć.</i>	Pozytywne obrazy w świadomości pacjenta wzbudzają w nim motywację do walki z chorobą. Wskazane jest wydłużenie kluczowego momentu rozmowy poprzez podjęcie ilustracyjnego opisu działania leków, specyfiki terapii oraz możliwych skutków ubocznych. Zmniejsza to stres i niepokój pacjenta. Ważne jest, aby podczas wyjaśniania tych aspektów wskazać cel, który chcemy osiągnąć. Nie należy zapominać, że szczegółowość takich informacji powinna być dostosowana do potrzeb i możliwości pacjenta. Szczegółowe informacje dotyczące efektów zastosowanego leczenia można omówić podczas kolejnej wizyty. Jeśli to możliwe, dobrym rozwiązaniem jest zilustrowanie wypowiedzi, np. rozrysowaniem treści na schemacie, opisywaniem zabiegu na modelu 3D lub na ilustracji.

Włączenie pacjenta w proces podejmowania decyzji o dalszym leczeniu	
Zwroty i pytania	Opis i argumentacja
- Chętnie odpowiem na Pana pytania. - Co Pan sądzi o mojej propozycji leczenia? - Gdyby po naszym spotkaniu pojawiły się u Pana pytania, wątpliwości, proszę je zapisać na kartce. Przy następnej wizycie będę mógł na nie odpowiedzieć. - Proszę przemyśleć i skonsultować nasze ustalenia. Na następnej wizycie będziemy mogli podjąć decyzję o przyszłym leczeniu.	Niezbędnym elementem komunikacji z pacjentem jest wskazanie gotowości do odpowiedzi na pytania lub wyjaśnienia wątpliwości i wprowadzenie go w tryb decyzyjny. Dzięki temu uzyskuje się informacje o stanie emocjonalnym pacjenta i jego preferencjach co do dalszej terapii. Z punktu widzenia pacjenta możliwości wpływania na sytuację skutkuje zwiększeniem poczucia bezpieczeństwa.
Podsumowanie spotkania	
Zwroty i pytania	Opis i argumentacja
- Jesteśmy umówieni na następną wizytę w ... dnia ... (miejsce i czas). - Wiem, że to jest to dla Pana trudna sytuacja. Postaram się zrobić wszystko, aby mógł się Pan poczuć lepiej.	Podczas podsumowania dobrze jest wskazać pacjentowi planowane kolejne kroki w sposób precyzyjny (za pomocą rzeczowników i liczebników). Należy pamiętać, że wpływ stresu zaburza rozumienie i pamięć, dlatego warto zapisać kluczowe informacje o kolejnej wizycie na kartce, którą otrzymuje pacjent. Przy pożegnaniu należy wyrazić zrozumienie i wsparcie. Odpowiednie sygnały dotykowe mogą podkreślać wyrażaną troskę i podkreślać zaangażowanie.

Opracowano na podstawie: [1].

* W przykładowych wypowiedziach i pytaniach przyjęto formę „Pan” jako najprostszą gramatycznie. Na potrzeby konkretnej sytuacji komunikacyjnej należy dopasować formy zwracania się do pacjenta zgodnie z jego oczekiwaniami i dotychczasową współpracą z lekarzem/pracownikiem systemu ochrony zdrowia.

Bibliografia

1. Sobczak K, Rudnik A. The dialectical method as a way of delivering bad news. *Med Paliat.* 2021;13(1):19-23.
2. Shenton AK, Dixon P. The nature of information needs and strategies for their investigation in youngsters. *Library Information Sci Res.* 2004;26(3):296-310.
3. Wilson TD. On user studies and information needs. *J Documentation.* 1981;37(1):3-15.
4. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof.* 2004;27(3):237-51.
5. de Walden-Gałaszko K. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
6. Faulkner A, Maguire P, Regnard C. Breaking bad news – a flow diagram. *Palliat Med.* 1994;8(2):145-51.
7. Parker PA, Baile WF, de Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *J Clin Oncol.* 2001;19(7):2049-56.
8. Sardell AN, Trierweiler SJ. Disclosing the cancer diagnosis. Procedures that influence patient hopefulness. *Cancer.* 1993;72(11):3355-65.
9. Coulter A, Collins A. *Making shared decision – making a reality.* London: King's Fund; 2011.
10. Eidinger RN, Schapira DV. Cancer patients' insight into their treatment, prognosis and unconventional therapies. *Cancer* 1984;53(12):2736-40.
11. Quirt CF, MacKillop WJ, Ginsburg AD, Sheldon L, Brundage M, Dixon P, Ginsburg L. Do doctors know when their patients don't? A survey of doctor-patient communication in lung cancer. *Lung Cancer.* 1997;18(1):1-20.
12. Conlee MC, Tesser A. The effects of recipient desire to hear on news transmission. *Sociometry.* 1973;36(4):588-99.

Rozdział III

PROTOKOŁY NOTYFIKACYJNE PRZYGOTOWANE NA POTRZEBY WYBRANYCH SYTUACJI KLINICZNYCH

 **Magdalena Grubba**
Kierunek Lekarski
Wydział Lekarski
Gdański Uniwersytet Medyczny

 **Paulina Przygoda**
Kierunek Lekarski
Wydział Lekarski
Gdański Uniwersytet Medyczny

EMPATIA – PROTOKÓŁ PRZEKAZYWANIA NIEPOMYŚLNYCH WIADOMOŚCI STWORZONY NA POTRZEBY ONKOLOGII DZIECIĘCEJ I PORADNI GENETYCZNYCH

Wprowadzenie

Jednym ze sposobów przekazywania pacjentowi niepomyślnej wiadomości jest postępowanie według protokołu EMPATIA. Pierwotna, polskojęzyczna wersja protokołu jest wynikiem pracy z pacjentami Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Collegium Medicum w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu [1]. Następnie opracowano angielską wersję protokołu (EMPATHY), który przeznaczony jest do zastosowania w poradniach i zakładach genetyki klinicznej [2]. Tym, co często łączy wskazane miejsca, jest trójstronność (pacjent, opiekunowie pacjenta i lekarz) oraz perspektywa zmian w życiu pacjenta i jego opiekunów.

Protokół jest zbliżony do popularnego narzędzia SPIKES w aspekcie nakierowania na potrzeby pacjenta oraz przekazania niepomyślnej wiadomości w sposób empatyczny i informacyjny, co ma skutkować zbudowaniem podstaw dobrej współpracy. Protokół EMPATIA różni się jednak od SPIKES naciskiem na empatyczne przygotowanie i przeprowadzenie rozmowy. Ważne jest zarówno merytoryczne przygotowanie się do rozmowy, jak też próba rozpoznania emocji pacjenta, aby móc właściwie zareagować na lęk, smutek czy gniew. Autorka protokołu podkreśla, że przygotowanie klinicysty na różne reakcje emocjonalne pacjenta i wypracowanie umiejętności odniesienia się do nich wpływa nie tylko na polepszenie dalszej współpracy z pacjentem i jego rodziną, ale

zmniejsza też obciążenie psychiczne lekarza. W konsekwencji wydaje czynnikiem chroniącym przed np. wypaleniem zawodowym [2].

Obciążenie psychospołeczne, które generuje niepomyślna diagnoza onkologiczna lub genetyczna, wpływa na jakość współpracy z pacjentem i jego rodziną. Komunikacja oparta na prawdziwych informacjach, okazywaniu wrażliwości i podejściu partnerskim zwiększa satysfakcję z opieki, którą pacjent został otoczony [3].

Protokół

EMPATIA to akronim słów **Emocje, Miejsce i osoby, Perspektywa pacjenta, Adekwatny język, Treść wiadomości, Informacje dodatkowe i Adnotacje w dokumentacji**. Natomiast **EMPATHY** jest anglojęzycznym odpowiednikiem polskiego, akronimem pochodzącym od: **E – Emotions** (*Emocje*), **M – Meeting** (*Spotkanie*), **P – Patient’s perspective** (*Perspektywa pacjenta*), **A – Adequate language** (*Adekwatny język*), **TH – Truth, hope** (*Prawda, nadzieja*), **Y – Yes for patient empowerment** (*Tak dla wzmocnienia pacjenta*). Oba protokoły kładą zatem nacisk na następujące aspekty: emocje, miejsce, perspektywa pacjenta, adekwatność języka, prawdziwa i niosąca nadzieję treść przekazywanej informacji, zapewnienie o dalszej opiece, której jakość zależy od zaangażowania wszystkich stron.

Emocje

Praca z pacjentami z niepomyślną diagnozą wymaga od klinicystów konieczności ciągłego dostosowywania się do nowej sytuacji. Proces adaptacji do tych stresujących zadań wymaga dokładnego rozpoznawania emocji towarzyszącym pacjentom i zależy od zdolności empatycznych pracowników ochrony zdrowia [4]. Podczas przekazywania niekorzystnych wiadomości emocje towarzyszą wszystkim stronom (lekarzom, pacjentom oraz osobom towarzyszącym). Klinicysta może mieć wpływ na sposób zaadaptowania się chorego i jego bliskich do nowej rzeczywistości poprzez odpowiednie przygotowanie do rozmowy. W trudnych sytuacjach można spróbować przewidywać, jakie emocje będą potencjalnie towarzyszyć rozmówcom. Gdy u chorego pojawi się np. lęk, warto odwrócić od niego uwagę lub zminimalizować jego wielkość. W przypadku wystąpienia gniewu lekarz mógłby pomóc w zmianie kierunku emocji. Jeżeli pojawi się smutek, wskazane jest skracanie perspektywy, tworzenie celów oraz dawanie nadziei. Nie należy sprzeciwiać się okazywaniu przez pacjentów emocji np. poprzez płacz – warto wtedy np. sugestywnie zaproponować skorzystanie z chusteczek. Innym ważnym aspektem w pomocy z poradzeniem sobie z silnymi emocjami jest przygotowanie planu, w którym zawarta zostanie kolejność przekazywania informacji.

Miejsce i osoby

Bardzo ważnymi elementami spotkania, w trakcie którego choremu i jego bliskim przekazywana jest niepomyślna wiadomość, są miejsce, osoby oraz czas. Odpowiednie warunki podczas takiej rozmowy powinny być postrzegane jako sposób na edukowanie pacjentów i ich opiekunów, zachęcanie ich do podejmowania decyzji i przygotowania na przyszłość [5]. Niepomyślnie diagnozy powinny być przekazywane w miejscu, które jest prywatne, wygodne i ciche, bez ryzyka rozpraszania uwagi np. dzwoniącym telefonem. Rozmowa powinna odbywać się bez udziału „osób trzecich”, których sytuacja nie dotyczy. Konieczne jest zachowanie prywatności oraz poświęcenie na rozmowę wystarczającej ilości czasu bez sprawiania wrażenia, że się spieszymy. Zaleca się też, aby po rozmowie zostawić opiekunów pacjenta na pewien czas samych. Dzięki temu pacjent i jego bliscy mogą mieć większą gotowość do zadawania pytań w celu rozwiania wątpliwości [6].

Perspektywa pacjenta

Lekarz przed przekazaniem głównej wiadomości powinien chwilę porozmawiać z pacjentem, aby zweryfikować poziom jego wiedzy na temat sytuacji klinicznej. Obserwując pozawerbalne komunikaty przekazywane przez pacjenta, lekarz powinien potrafić ocenić, jakie emocje mu towarzyszą. Rozmowa musi być dostosowana do sytuacji pacjenta i jego opiekunów, ich poziomowi lęku i zrozumienia [6]. Sugeruje się, aby dać pacjentowi „przestrzeń” na oswojenie się z nową sytuacją, np. poprzez chwilę milczenia. Gdy wiadomo, na ile chory jest zorientowany co do stanu swojego zdrowia oraz informacji o chorobie, będzie można uniknąć powtarzania informacji lub wręcz przeciwnie, uświadomić mu fakty, z których nie zdaje sobie sprawy, a które są niezbędne do pełnego zrozumienia sytuacji.

Adekwatność języka

Lekarz od początku rozmowy powinien zwrócić uwagę na sposób wypowiedzi pacjenta i osób mu towarzyszących, ponieważ pozwoli mu to na dostosowanie swojego języka do rozmówców. Dzięki temu obie strony mogą uniknąć niedomówień i dezinformacji. Używanie niezrozumiałego dla pacjenta-dziecka języka podczas rozmowy z opiekunami może nasilić u niego lęk, natomiast infantylizacja języka nie pozwala na właściwe omówienie rozpoznania i planowanego leczenia. Z tego powodu często nie jest możliwa jednoczesna rozmowa z małym dzieckiem i jego opiekunami [1]. Ważne jest, aby klinicysta unikał żargonu medycznego. Niezrozumienie lekarza przez pacjenta skutkuje obniżeniem jakości współpracy i zwiększeniem niepokoju u pacjenta i jego opiekunów [2].

Treść wiadomości

Przed przekazaniem niepomyślnej wiadomości warto wypowiedzieć tzw. zdanie ostrzegające (strzał ostrzegawczy) np. *Wolałbym mieć dla Państwa lepsze informacje*. Dostarczana informacja powinna być prawdziwa i niepozbawiona nadziei, co zostało podkreślone w literach T oraz H akronimu EMPATHY. Rekomenduje się, aby trudne informacje przekazać pacjentowi bezpośrednio, zgodnie z prawdą, ale równocześnie z dużym wyczuciem i wsparciem. Wymaga to posiadania wiedzy na temat rozpoznania, dotychczasowego przebiegu choroby, jej stadium oraz możliwości leczenia i rokowania. Przekazanie prawdziwych informacji eliminuje dawanie złudnych nadziei i dostarczanie wiadomości, których sami nie jesteśmy pewni. Należy unikać sformułowań typu: *Nic nie można zrobić czy Nie ma już nadziei* [1].

Informacje dodatkowe

Warto zauważyć, że istnieje zależność między stanem emocjonalnym pacjenta a otrzymaniem diagnozy. W przypadku pacjentów onkologicznych wykazano, że przyczyną samobójstw nie jest niekorzystny przebieg choroby, ale sama diagnoza [7]. Dlatego sposób jej przekazania ma istotny wpływ nie tylko na zrozumienie informacji przez pacjenta i poziom satysfakcji z opieki medycznej, ale przede wszystkim na jego równowagę psychiczną [1]. Pacjent ze względu na szok psychiczny może nie być w stanie sformułować konkretnych pytań ani zapamiętać większości przekazywanych informacji. Warto dać mu możliwość kolejnej rozmowy, podając konkretny termin, sugerując zapisanie sobie nurtujących pytań. Należy omówić plan leczenia oraz szczegóły dotyczące postępowania w przyszłości [1]. Zgodnie z literą Y w akronimie EMPATHY ważne jest uświadomienie pacjentowi i jego opiekunom ich roli i odpowiedzialności za przebieg leczenia. Warto zapoznać pacjenta i jego opiekunów z innymi rodzinami borykającymi się z tym samym problemem, grupami wsparcia i zasobami społecznościowymi [6].

Adnotacje w dokumentacji

Sugeruje się sporządzenie notatki z rozmowy i podpisanie jej przez wszystkich uczestników spotkania. Pacjent może również otrzymać kopię dokumentu. Dla lekarza jest to element zabezpieczenia prawnego. Natomiast dla chorego i jego rodziny może okazać się pomocne, gdy będą chcieli przypomnieć sobie szczegóły rozmowy. Prawdopodobieństwo, że istotne treści nie zostaną dokładnie zapamiętane, jest wysokie ze względu na szok towarzyszący sytuacji. Dodatkowo, w notatce z rozmowy lekarz może zamieścić informacje dotyczące rzetelnych źródeł, w których pacjent może szukać informacji o chorobie.

Struktura protokołu EMPATIA

(E)

Pamiętaj o silnych emocjach towarzyszących przekazywaniu niepomyślnych wiadomości u wszystkich rozmówców.
Odczytuj emocje pacjenta i wykorzystaj je do zbudowania zaufania i dobrej współpracy z pacjentem.
Przygotuj plan rozmowy obejmujący szczegółowe rozpoznanie, dotychczasowy przebieg choroby, jej aktualne stadium, plany postępowania i rokowania.

(M)

Wybierz na spotkanie ciche miejsce, które zapewni zachowanie prywatności.
Dostosuj czas trwania rozmowy do potrzeb pacjenta i jego opiekunów.

(P)

Rozpocznij od określenia wiedzy pacjenta i jego opiekunów na temat rozpoznania.
Uzupełnij brakujące informacje i unikaj powtarzania tych, których pacjent jest świadomy.

(A)

Dostosuj język do rozmówców, aby uniknąć dezinformacji.
Unikaj żargonu medycznego.

(T)

Przekazuj pacjentowi kluczowe wiadomości w sposób bezpośredni, a równocześnie delikatny.
Daj pacjentowi czas na oswojenie się z sytuacją.

(I)

Zapewnij o możliwości kolejnej rozmowy w razie nowych pytań lub wątpliwości.
Poinformuj o planie leczenia i postępowania w przyszłości.
Zapewnij o dalszej opiece.

(A)

Sporządź notatkę z rozmowy
(dla lekarza jest zabezpieczeniem prawnym, a dla pacjenta źródłem informacji).

Opracowano na podstawie: [2].

Bibliografia

1. Jankowska AK. Komunikacja medyczna w onkologii dziecięcej. Przekazywanie informacji o rozpoznaniu choroby nowotworowej. *Psychoonkologia*. 2014;18(4):123-6.
2. Witt MM, Jankowska KA. Breaking bad news in genetic counseling-problems and communication tools. *J Appl Genet*. 2018;59(4):449-52.
3. Gómez-Zúñiga B, Pulido Moyano R, Pousada Fernández M, García Oliva A, Armayones Ruiz M. The experience of parents of children with rare diseases when communicating with healthcare professionals: towards an integrative theory of trust. *Orphanet J Rare Dis*. 2019;14(1):159.
4. Bousquet G, Orri M, Winterman S, Brugière C, Verneuil L, Revah-Levy A. Breaking bad news in oncology: a metasynthesis. *J Clin Oncol*. 2015;33(22):2437-43.
5. Anestis E, Eccles FJR, Fletcher I, Triliva S, Simpson J. Healthcare professionals' involvement in breaking bad news to newly diagnosed patients with motor neurodegenerative conditions: a qualitative study. *Disabil Rehabil*. 2022;44(25):7877-90.
6. Boyd JR. A process for delivering bad news: supporting families when a child is diagnosed. *J Neurosci Nurs*. 2001;33(1):14-20.
7. Fang F, Fall K, Mittleman MA, Sparén P, Ye W, Adami HO, Valdimarsdóttir U. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Eng J Med*. 2012;366(14):1310-8.

 **Zuzanna Chmielewska**
Kierunek Lekarski
Wydział Lekarski
Gdański Uniwersytet Medyczny

 **Jan Plenikowski**
Kierunek Lekarski
Wydział Lekarski
Gdański Uniwersytet Medyczny

METODA PIĘCIU KROKÓW – PRZEKAZYWANIE INFORMACJI O ŚMIERCI LUB CHOROBIE DZIECKA W CZASIE CIĄŻY

Wprowadzenie

Poronienie to termin odnoszący się do „powikłania ciąży, przedwczesnego jej zakończenia i wydalenia jaja płodowego z macicy u człowieka przed ukończeniem 28. tygodnia jej trwania” [1]. Ze wszystkich ciąż 26% kończy się poronieniem [2], biorąc pod uwagę, że często postrzeganie takiej sytuacji przez lekarza i pacjenta jest odmienne, należy zwrócić szczególną uwagę na komunikację w tym obszarze. Lekarz widzi ciążę przez pryzmat kolejnych etapów rozwoju: najpierw zarodka, później płodu, postrzega ją jako stan fizjologiczny, który powinien podlegać medycznej kontroli. Dla pacjentki ciąża oznacza wcielenie się w rolę matki, już od początku nawiązuje ona więź ze swoim dzieckiem [3]. Pacjentki są zaskoczone, a ich reakcje zarówno na poziomie poznawczym, jak i behawioralnym są bardzo silne i dynamiczne. Odczuwają one gniew, poczucie winy czy bezradność, które to uczucia są szczególnie intensywne w chwili zdarzenia [4]. Dysproporcja w postrzeganiu śmierci dziecka może stanowić źródło braku zrozumienia między lekarzem a kobietą. Biorąc pod uwagę, w jak znacznym stopniu dobra komunikacja z ginekologiem wpływa na przeżywanie żałoby, należy dążyć do zmniejszenia tej dysproporcji [5].

Ze względu na fakt, że jednym z bezpośrednio wpływających na głębokość żalu po stracie dziecka czynników jest zachowanie personelu medycznego, warto zapoznać się z metodą pięciu kroków zaproponowaną przez dr Izabelę Barton-Smoczyńską [6].

Protokół

Metoda pięciu kroków to schemat, który zwraca uwagę na newralgiczne punkty komunikacji z rodzicami, którzy doświadczyli straty lub którym przekazujemy informację o chorobie. Schemat można dostosować, używając swoistych dla siebie lub relacji z pacjentką określeń.

Razem

Krok pierwszy wskazuje na to, jak ważne jest, aby informację o śmierci czy chorobie dziecka przekazywać jednocześnie obojgu rodzicom. Przekazanie niekorzystnej diagnozy jedynie matce potęguje jej stres, ponieważ musi ona samodzielnie przekazać tę informację ojcu/partnerowi/bliskim. Na skutek emocji towarzyszących uzyskaniu wiadomości o śmierci czy chorobie dziecka pacjentka może zniekształcić uzyskane od lekarza informacje. Dodatkowo, przekazanie tych wiadomości może być obciążone poczuciem winy. Ważne jest, aby lekarz przekazał pacjentce diagnozę dopiero po zakończeniu badania, kiedy pacjentka jest już ubrana i skupiona na rozmowie. Wskazane jest nawiązanie kontaktu wzrokowego, lekkie dotknięcie przedramienia pacjentki, zwrócenie się po imieniu np. *Pani Katarzyno...*

Intymność

Naturalnymi w tak skrajnej sytuacji, jaką jest otrzymanie wiadomości o śmierci czy chorobie dziecka, są gwałtowne emocje takie jak gniew czy smutek, stąd ważne jest zapewnienie intymności. Możliwość bezpiecznej, tj. nienarażonej na ocenę osób trzecich, ekspresji emocji jest czynnikiem ułatwiającym proces żałoby. Nie należy hamować reakcji pacjenta, jedyne co lekarz może zrobić, to zapewnić o swojej obecności w tak ciężkiej sytuacji. Można zapewnić rodziców, że wszelkie emocje, które odczuwają, są naturalne, jeżeli natomiast sami czujemy smutek, wskazane jest okazanie tego uczucia.

Unikaj żargonu

Określenia takie jak „zarodek” czy „płód” są naturalne dla personelu medycznego, ale mogą one wywoływać dyskomfort u pacjenta. Jako krok trzeci, wskazane jest, by zrezygnować z takiego doboru słownictwa, gdyż wywołuje ono wrażenie przedmiotowego traktowania. Jeżeli znane jest imię dziecka, należy go używać, natomiast jeśli rodzice nie zdążyli nadać mu imienia, można korzystać ze zwrotu „Państwa dziecko”. Przekazując informacje, należy mówić w sposób prosty i rzeczowy, ograniczając się do informacji, które są pewne.

Konkretne rady

Krok czwarty wiąże się z praktycznymi aspektami związanymi z ochroną zdrowia fizycznego i psychicznego rodziców po stracie. Należy poinformować pacjentkę, jakie badania są wskazane po poronieniu, w jakim wypadku należy je wykonać, w jaki sposób może uzyskać pomoc w sytuacji depresji czy stresu pourazowego oraz jak ubiegać się o świadczenia socjalne. Zadaniem lekarza jest również poinformowanie o możliwości pogrzebu; w tej kwestii wybór należy do rodziców, jednak dobrze jest zaproponować rodzicom tę możliwość – pozwala to na adaptacyjne przejście żałoby. Należy też umożliwić pożegnanie z dzieckiem i zachowanie pamiątek w postaci np. zdjęć USG.

Powtarzaj

Silne emocje, które towarzyszą rodzicom podczas otrzymywania niekorzystnych informacji medycznych, mogą sprawiać, że nie będą oni w stanie zapamiętać najważniejszych informacji. Należy stworzyć przestrzeń do zadawania pytań, a także poinformować pacjentów, z kim mogą się kontaktować w razie wątpliwości po wizycie. Praktyczne informacje dotyczące dalszego postępowania pozwalają odzyskać pacjentom poczucie utraconej kontroli.

Struktura metody pięciu kroków

Razem	• Przekaż informację obojgu rodzicom najlepiej w tym samym momencie. • Unikaj sytuacji, w której pacjentka musi samodzielnie przekazać wiadomość partnerowi. • Jeśli niemożliwe jest przekazanie informacji obojgu rodzicom w tym samym momencie w celu zapewnienia pacjentce wsparcia stwórz atmosferę, w której będzie czuła wagę informacji i swoich emocji.
Intymność	• Zadbaj o odpowiednie warunki, w których pacjenci będą mogli okazywać emocje w bezpieczny, komfortowy sposób. • Uszanuj emocje pacjentów, pozwól im na przeżywanie straty na ich własny sposób. • Nie bój się swoich emocji (dla dużej części pacjentów są one dowodem zaangażowania w sprawę). • Zapewnij pacjentów o swoim dalszym wsparciu w trudnej sytuacji.
Unikaj żargonu	• Unikaj używania określeń medycznych takich jak „płód” czy „zarodek”, możesz używać imienia lub słowa „dziecko”. • Przedstaw w sposób jasny przyczynę śmierci dziecka czy sytuację, w której się ono znajduje, przywołując fakty oraz informując o perspektywach. • Określ emocje, które widzisz u pacjentów, oraz te, które sam odczuwasz.
Konkretne rady	• Wskaż miejsca, w których pacjenci mogą uzyskać pomoc psychologiczną i/lub psychiatryczną. • Poinformuj pacjentów o dalszym postępowaniu; wskaż przydatne badania oraz poradnie, do których mogą udać się w dalszej kolejności (np. poradnia genetyczna). • W przypadku poronienia poinformuj o możliwości pogrzebu.
Powtarzaj	• Powtarzaj elementy diagnozy. • Podkreślaj możliwość zadawania pytań.

Opracowano na podstawie: [6-7]

Bibliografia

1. WHO. Why we need to talk about losing a baby. [Internet]. 10.10.2022. <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>
2. Dugas C, Slane VH. Miscarriage. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2022. [Internet] 10.10.2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532992/>
3. Glover V, Capron L. Prenatal parenting. Curr Opin Psychol. 2017;15:66-70.
4. Łuczak-Wawrzyniak J, Czarnecka-Iwańczuk M, Bukowska A, Konofalska N. Wczesne i późne psychologiczne skutki utraty ciąży. Ginekol Pol. 2010;81(5):374-7.
5. Davoudian T, Gibbins K, Cirino NH. Perinatal loss: the impact on maternal mental health. Obstet Gynecol Surv. 2021;76(4):223.
6. 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;3(4):43-9.
7. Sobczak K. Przekazywanie informacji o niekorzystnej diagnozie i rokowaniu. Forum Med Rodz. 2014;8(6):320-8.

MODEL PRZEKAZYWANIA NIEKORZYSTNYCH INFORMACJI OSOBOM DOTKNIĘTYM ZABURZENIAMI ROZWOJU INTELEKTUALNEGO

Wprowadzenie

Wytyczne dotyczące przekazywania niekorzystnych informacji pacjentom zyskują w ostatnich latach coraz większą popularność. W literaturze trudno jednak znaleźć badania i modele dotyczące osób dotkniętych zaburzeniem rozwoju intelektualnego [1-3]. Tradycyjne modele opierają się zwykle na podejściu linearnym, składającym się z kolejnych kroków. Taki model, w przypadku pacjentów z tego rodzaju ograniczeniami poznawczymi, może okazać się niewystarczający, a próby zaadaptowania istniejących narzędzi do przekazywania niekorzystnej diagnozy tak, aby mogły sprostać wymaganiom osób dotkniętych zaburzeniami rozwoju intelektualnego, okazały się niesatysfakcjonujące. Uwagę zwrócono na potrzebę bardziej specyficznej i kompleksowej komunikacji [4-7]. Wyzwaniem jest zweryfikowanie wiedzy pacjenta na temat jego zdrowia oraz określenie, czy jest gotowy usłyszeć niekorzystne wiadomości dotyczące choroby. Sygnały ostrzegawcze (*warning shots*), które zazwyczaj pomagają przygotować pacjenta na przekazanie diagnozy, okazują się też w tym przypadku mylące, ponieważ mogą zwiększać niepokój. Wcześniejsze modele były użyteczne w sytuacjach, gdy diagnozę przekazywano w otoczeniu klinicznym. Jednakże pacjenci z ograniczeniami poznawczymi potrzebują innych, przystosowanych do ich potrzeb warunków [8-10].

Opisywany poniżej model opracowany został w 2012 r. przez Irene Tuffrey-Wijne z St George's University of London. Autorka zaleca jako podstawę postępowania określenie odpowiedniej treści i fragmentów informacji oraz sposobu jej przekazania. Należy zwrócić uwagę na trzy zmienne: (a) zdolności intelektualne i poznawcze pacjenta, w tym

życiowe doświadczenia i światopogląd; (b) inne osoby zaangażowane w sytuację i ich postawę wobec przekazania informacji; (c) wsparcie, dostępne dla wszystkich uczestników sytuacji. Wymienione aspekty zredefiniowały ostateczne wytyczne, tworząc jeden nadrzędny temat „budowania fundamentu wiedzy”, który posłużył jako centralny element protokołu.

Powstały model rekomenduje „przeprowadzenie” procesu jako najlepszego sposobu na przekazanie negatywnej diagnozy pacjentom z zaburzeniami rozwoju intelektualnego, a nie „tradycyjne”, jednorazowe wydarzenie lub linearny ciąg zdarzeń. Przekazując złe wieści, należy raczej odwołać się do szerokiego zakresu odrębnych elementów i fragmentów informacji. Podstawą protokołu jest **budowanie fundamentów wiedzy** (*building a foundation of knowledge*), a pozostałe trzy komponenty to **zrozumienie** (*understanding*), **osoby** (*people*) i **wsparcie** (*support*).

Protokół

Building a foundation of knowledge (*Budowanie fundamentu wiedzy*)

Zaburzony rozwój intelektualny uniemożliwia pacjentom szybkie zrozumienie informacji. Dlatego klinicyści powinni szczególnie pomóc im radzić sobie ze zmieniającą się rzeczywistością. Pacjenci potrzebują więcej czasu na zrozumienie informacji. Poniższe pytania mogą pomóc klinicystom budować podstawy wiedzy:

- 1) Czy pacjent potrafi zrozumieć przekazywane mu informacje?
- 2) Jaką aktualnie wiedzę ma pacjent?
- 3) Z jaką ilością „kawałków wiedzy” (*knowledge chunks*) pacjent jest w stanie sobie poradzić podczas jednej wizyty?
- 4) O ile więcej „kawałków wiedzy” należałoby przekazać pacjentowi, aby pomóc mu zrozumieć sytuację?
- 5) Czy pacjent jest w stanie zrozumieć daną „porcję” informacji w tym momencie?
- 6) Czy ważne jest, aby pacjent zrozumiał konkretną informację TERAZ?
- 7) Jaki jest najlepszy sposób/czas/miejsce, aby pacjent miał największą szansę na zrozumienie?
- 8) Kto najlepiej pomoże pacjentowi w procesie rozumienia?
- 9) Czego potrzebuje pacjent, aby zakomunikować mu wiadomość w najbardziej odpowiedni dla niego sposób?
- 10) Czy przekazanie tej konkretnej „porcji” informacji w tym czasie może w jakiś sposób „zaszkodzić” pacjentowi?

Rekomenduje się, aby:

- Podzielić wiadomość na „kawałki” w celu stworzenia mniej złożonych informacji, takie jak np. *Pielęgniarki robią opatrunki, Uklucie zaboli, Tata jest smutny, Nie mogę chodzić, Często muszę chodzić do szpitala.*
- Podział informacji należy dostosować do potrzeb pacjenta. Niektórzy pacjenci mogą być w stanie zrozumieć dłuższą wypowiedź np. *Musisz iść na Oddział X do budynku naprzeciwko, gdzie zostanie pobrana próbka do badania histopatologicznego.* Inni będą potrzebowali podzielenia jej na mniejsze polecenia: *Idziemy do budynku naprzeciwko.* Następnie: *Teraz będziemy tu siedzieć i czekać na lekarza.* Później: *Ten lekarz igłą pobierze od ciebie materiał do badań.*
- „Budowanie solidnego fundamentu wiedzy” polega na podaniu określonej porcji/„kawałków” informacji w odpowiedniej kolejności. Powoduje to wzrost podstawy wiedzy danej osoby, dzięki czemu można przedstawić kolejne jej części.
- Podczas wywiadu warto sprawdzić, jakie doświadczenia życiowe ma pacjent, co pozwoli na ustalenie jego podstaw wiedzy. Należy zwrócić uwagę na to, jak postrzega świat i jakie ma możliwości przetwarzania danych. Osoby dotknięte głębszymi deficytami poznawczymi mogą mieć ograniczoną wiedzę o świecie. Z tego powodu przy przekazywaniu im nowych informacji, które nie są poparte wspierającymi podstawami, będą wykazywać trudności ze zrozumieniem.
- Należy przekazać informacje w taki sposób, aby każda nowa miała dla pacjenta sens. Dla części pacjentów rozumienie będzie wymagało praktycznego doświadczenia lub odniesienia do jakiejś znanej rzeczywistości. Wypowiedzi odnoszące się do przyszłości, np. że jutro odbędzie się badanie krwi, mogą być niezrozumiane przez niektórych pacjentów. Lepszym sposobem może okazać się zaprezentowanie igły w kontekście pobytu w szpitalnej klinice.
- Niektórzy pacjenci z głębszymi deficytami nie rozumieją pojęcia czasu przyszłego, dlatego np. zamiast zdań: *Nie poprawi się, Leki uśmierzą twój ból,* należy używać słów odnoszących się do teraźniejszości lub bardzo bliskiej przyszłości: *Mama jest zderwowana, Oto lekarstwo.*
- Wiadomości należy przekazywać w formie możliwie najbardziej zrozumiałej dla pacjenta. Powinno się to odbyć przed określeniem, czy pacjent jest w stanie samodzielnie podejmować decyzje. W trakcie jej podejmowania pacjent potrzebuje informacji, które będą na nią wpływały, dlatego tak ważne jest sprawdzenie, czy dana osoba rozumie wszystko w danym momencie.

Understanding (Zrozumienie)

W celu podjęcia decyzji, kiedy i jak powinno przekazać się konkretne składowe negatywnej diagnozy, należy rozważyć „porcje” informacji, które pacjent jest w stanie zrozumieć w danym momencie. W sytuacji, w której pacjent ma trudności w uczeniu się, należy ocenić jego zdolności rozumowania. Klinicyści powinni mieć jasność, jak ustawodawstwo w kraju, w którym praktykują, odnosi się np. do konkretnych stopni zaburzenia rozwoju intelektualnego. Założenie zdolności (*assumption of capacity*) podkreśla, że każdy ją posiada. Do kryterium zdolności należy: zrozumienie, branie pod uwagę i przechowywanie istotnych informacji przez wystarczająco długi czas, który pozwala na podjęcie konkretnej decyzji. Pomimo określenia odpowiednich zdolności przekazywanie informacji w częściach wciąż jest kluczowe. Muszą być one dostosowane do sposobu przetwarzania danych przez pacjenta. Każdy pacjent musi zostać powiadomiony o swoim stanie zdrowia. Jedynie w sytuacji, gdy chory jasno stwierdzi, że nie życzy sobie, aby przekazywać mu określone informacje, powinniśmy się do tego dostosować.

People (Osoby)

Fundamentem przekazywania złych wiadomości jest współpraca wszystkich osób dbających o dobro pacjenta. Rodziny, partnerzy, przyjaciele, pracownicy systemu opieki medycznej, ochrony zdrowia i pomocy społecznej pomagają osobom z niepełnosprawnościami intelektualnymi zrozumieć oraz poradzić sobie z przekazanymi informacjami. Należy natomiast założyć, że nikt nie posiada wszystkich możliwych części wiedzy. Lekarze mają wiadomości bezpośrednio dotyczące choroby. Członkowie rodziny znają fakty z historii życia pacjenta i rozumieją jego sposoby komunikowania się. Neuropsychologowie czy rehabilitanci zajmują się określeniem, jak chorzy radzą sobie z abstrakcyjnymi pojęciami, i oceniają ich zdolności rozumienia. Lekarz powinien konsultować się z tymi osobami przy podejmowaniu decyzji, które informacje mają zostać przekazane i w jaki sposób.

Support (Wsparcie)

Warto podkreślić, że wszyscy zaangażowani w opiekę nad pacjentem dotkniętym zaburzeniem rozwoju intelektualnego, a nie tylko on sam, mogą potrzebować wsparcia. Wiele z tych osób nie ma doświadczenia w przekazywaniu niekorzystnej diagnozy. Niekiedy osoby te za sprawą długości i intensywności kontaktu z pacjentem nawiązują z nim bliższe relacje, przez co mogą odbierać pewne sytuacje z mniejszym dystansem emocjonalnym.

Bibliografia

1. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004;363(9405):312-9.
2. Ptacek JJ, Ptacek JT. Patients' perceptions of receiving bad news about cancer. *J Clin Oncol*. 2001;19(21):4160-4.
3. Randall TC, Wearn AM. Receiving bad news: patients with haematological cancer reflect upon their experience. *Palliat Med*. 2005;19(8):594-601.
4. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin*. 2005;55(3):164-77.
5. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
6. Buckman R. How to break bad news: a guide for health care professionals. Baltimore, MD: John Hopkins University Press; 1992.
7. Kaye P. Breaking bad news: a ten step approach. Northampton: EPL Publications, 1996.
8. McEnhill L. Breaking bad news to people with intellectual disabilities (ID). *J Intellect Disab Res*. 2004;48(4/5):433.
9. Read S. Communication in the dying context. In: Read S, redaktor. *Palliative care for people with learning disabilities*. London: Quay Books, 2006. 93-106.
10. Tuffrey-Wijne I, Bernal J, Hollins S. Disclosure and understanding of cancer diagnosis and prognosis for people with intellectual disabilities: findings from an ethnographic study. *Eur J Oncol Nurs*. 2010;14(3):224-30.
11. Tuffrey-Wijne I. A new model for breaking bad news to people with intellectual disabilities. *Palliat Med*. 2013;27(1):5-12.

 **Jan Frey**
Kierunek Lekarski
Wydział Lekarski
Gdański Uniwersytet Medyczny

 **Julia Polańska**
Kierunek Lekarski
Wydział Lekarski
Gdański Uniwersytet Medyczny

CONES – PRZEKAZYWANIE INFORMACJI O BŁĘDACH MEDYCZNYCH, POWIKŁANIACH, NAGŁYM POGORSZENIU STANU ZDROWIA LUB ŚMIERCI PACJENTA

Wprowadzenie

Protokół CONES został zaprojektowany w celu wsparcia lekarzy w ich praktyce medycznej, w sytuacjach, w których wdrożona terapia nie przynosi oczekiwanych skutków lub wręcz szkodzi pacjentowi. Przekazywanie jasnych informacji w tym zakresie jest dla pacjenta kluczowe, ponieważ podczas sytuacji kryzysowych zaufanie pacjentów do lekarzy zostaje wystawione na szczególne ryzyko [1].

Protokół

Nazwa **CONES** jest akronimem, w którym poszczególne litery oznaczają: **C** – **Context** (*Kontekst*), **O** – **Opening shot** (*Strzał ostrzegawczy*), **N** – **Narrative approach** (*Podejście narracyjne*), **E** – **Emotions** (*Emocje*), **S** – **Strategy and summary** (*Strategia i podsumowanie*). Protokół CONES pozwala na zaplanowanie i przeprowadzenie trudnej rozmowy z pacjentem i/lub jego rodziną na temat nagłego negatywnego zdarzenia, takiego jak np. powikłanie w przebiegu operacji, błąd medyczny czy śmierć naturalna pacjenta. Jest to rozmowa trudna, ale niezbędna dla dobrej relacji lekarz–pacjent. Takie informacje powinny być przekazywane przez lekarza o najdłuższym stażu zawodowym. Protokół CONES zawiera kilka wskazówek, które mogą ułatwić tego rodzaju spotkanie.

C – Context (*Kontekst*)

Ważną kwestią jest nie tylko, co i jak mówimy, ale też całe tło sytuacji. Ważne jest to, żeby przy przekazywaniu trudnych informacji zapewnić intymność pacjentowi i/lub rodzinie. Spotkanie nie powinno odbywać się w pośpiechu, na sali chorych, przy innych pacjentach czy na szpitalnym korytarzu. Należy znaleźć odosobniony pokój, np. gabinet lekarski lub wolny w danym momencie pokój zabiegowy, jeśli nikt inny nie będzie z niego korzystał. Ważne jest, żeby nie przekazywać informacji w biegu, tylko dokładnie przemyśleć, co chcemy przekazać i jak może zareagować pacjent i/lub rodzina. Gdy już usiądziemy w cichym pokoju, wybierzmy takie miejsce, żeby nie tworzyć fizycznych barier między nami a pacjentem, np. w postaci biurka. Należy usiąść blisko pacjenta, jednak trzeba zadbać o to, żeby nie naruszyć jego przestrzeni osobistej. Należy zachować spokój i profesjonalizm podczas całej rozmowy oraz utrzymywać kontakt wzrokowy, chyba że pacjent jest wzburzony.

O – Opening shot (*Strzał ostrzegawczy*)

Rozmowę należy zacząć od zastosowania techniki strzału ostrzegawczego, która ma na celu przygotowanie pacjenta na istotne informacje, które zamierzamy mu przekazać (np. *Muszę z Panem porozmawiać o Pana stanie zdrowia* lub *To kluczowe, aby Pan się skupił, mam ważne informacje na temat zdrowia Pana ojca*).

N – Narrative approach (*Podejście narracyjne*)

Przy przekazywaniu informacji nt. powikłań lub błędów medycznych warto pamiętać o tym, żeby przedstawić pełną chronologię zdarzeń, nie należy obwiniać jednej konkretnej osoby czy usprawiedliwiać siebie. Ważne jest to, żeby zapewnić pacjenta, że jednostka medyczna wyjaśnia wszelkie okoliczności zdarzenia. Należy również szczerze przeprosić, jeśli pojawiły się jakiegokolwiek niedociągnięcia ze strony jednostki medycznej. Pacjenci pozywający szpitale za błędy medyczne domagają się większej szczerości, uznania krzywdy, której doznali, oraz zapewnienia, że wyciągnięto wnioski z tych doświadczeń [2].

E – Emotions (*Emocje*)

Rozmowa na temat niekorzystnej diagnozy może wzbudzić silne emocje u pacjenta, szczególnie jeśli doznał szkody z powodu błędu medycznego. Jeśli pojawią się emocje, należy spróbować wspólnie z pacjentem doprecyzować, jak się czuje, a jeśli odczuwa gniew, spróbować znaleźć źródło tego uczucia (np. strach, poczucie winy, frustracja) – np. *Wygląda Pan na zdenerwowanego, Czy chciałby Pan powiedzieć mi więcej o tym, jak się Pan czuje? Czy jest coś innego w tej sytuacji, co Pana zdenerwowało?* Dobrze jest pozwolić pacjentowi swobodnie się wypowiedzieć. Należy mówić spokojnie i nie podnosić

głosu, kontakt wzrokowy może być przerwany, jeśli pacjent źle na niego reaguje. W kolejnym kroku należy okazać pacjentowi zrozumienie (np. *To zrozumiałe, że Pan tak się teraz czuje, To naturalne, że czuje Pan gniew*). Ważne jest, żeby w celu wsparcia pacjenta nie składać obietnic bez pokrycia, ponieważ niedopełnienie takiej obietnicy będzie prowadziło do utraty zaufania. Należy unikać bagatelizowania sytuacji ogólnymi stwierdzeniami (np. *Wszystko będzie dobrze, Nie będzie tak źle*).

S – Strategy and summary (*Strategia i podsumowanie*)

Na zakończenie rozmowy warto podziękować za poświęcony czas, podsumować wszystkie przekazane informacje i przedstawić plan dalszego działania. Należy dać pacjentowi szansę zadawania pytań. Jeśli jakieś pytanie pozostaje bez odpowiedzi, trzeba to wprost zakomunikować, zapewniając, że ta sprawa zostanie wyjaśniona na następnym spotkaniu.

Struktura protokołu CONES

©

Przygotuj się na to, co chcesz powiedzieć, i na możliwą reakcję pacjenta.
Zacznij rozmowę w cichym miejscu, gdzie nikt nie będzie przeszkadzać.
Usiądź blisko pacjenta, bądź spokojny i utrzymuj kontakt wzrokowy.
Miej przygotowane chusteczki higieniczne.

○

Ostrzeż pacjenta, że informacja, którą chcesz mu przekazać, jest ważna i trudna.

Ⓝ

Przedstaw chronologię zdarzeń.
Unikaj wymówek i przypisywania winy.
Podkreśl, że staracie się wyjaśnić wszystkie okoliczności zdarzenia.
Szczepnie przeproś za potencjalne niedociągnięcia.

ⓔ

Bądź empatyczny i wysłuchaj wypowiedzi pacjenta.
Nie składaj obietnic, których nie możesz dotrzymać.
Unikaj zapewniania pacjenta, że wszystko będzie dobrze / że nie stała się mu żadna krzywda.

Ⓢ

Podsumuj wszystkie przekazane informacje i zaplanuj następne działania.
Zapewnij pacjenta, że jego sytuacja jest dla Ciebie priorytetem.
Jeśli nie znasz odpowiedzi na jakieś pytanie, przyznaj się do tego i zapewnij, że postarasz się dowiedzieć.

Opracowano na podstawie: [3].

Bibliografia

1. Kilijanek-Cieślik A. Raport „Lekarze w badaniach opinii społecznej 2018”. [Internet] 02.06.2022. https://nil.org.pl/uploaded_images/1575629945_raport-lekarze-w-badaniach-opinii-spolecznej-w-2018-roku.pdf
2. Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet*. 1994;343(8913):1609-13.
3. Baile WF. The complete guide to communication skills in clinical practice. [Internet] 06.06.2022. <https://www.mdanderson.org/documents/education-training/icare/pocketguide-texttabscombined-oct2014final.pdf>

PROTOKÓŁ CONNECT – PRZEKAZYWANIE NIEKORZYSTNYCH WIADOMOŚCI PRZY UŻYCIU TELEFONU LUB POŁĄCZENIA AUDIO-VIDEO

Wprowadzenie

Pandemia COVID-19 zmieniła wiele reguł dotyczących komunikacji w obszarze ochrony zdrowia. Umiejętności rozwijane do tej pory w kontekście bezpośredniego i osobistego spotkania stały się mało skuteczne. W efekcie tych zmian wielu profesjonalistów zdrowia uznało, że nie czują się dostatecznie dobrze przygotowani do dostarczania niekorzystnych informacji medycznych na odległość [1].

Chcąc wyjść naprzeciw tym wyzwaniom, zaproponowałem w 2021 r. narzędzie CONNECT. Ma ono na celu zwiększenie efektywności komunikowania się na odległość i zminimalizowanie ryzyka wystąpienia błędów dzięki zwróceniu uwagi na kluczowe elementy spotkania z pacjentem i/lub jego rodziną. Protokół CONNECT jest jednym z niezliczonych rozwiązań, które zostały zaproponowane jako narzędzia służące do przekazywania niekorzystnych informacji na odległość [2-3].

Protokół

Nazwa **CONNECT** jest akronimem, w którym poszczególne litery oznaczają: **C** – **Context** (*Kontekst*), **O** – **Organization** (*Organizacja*), **NN** – **Near and Niceties** (*Uprzejmości*), **E** – **Emotions** (*Emocje*), **C** – **Counseling** (*Poradnictwo*), **T** – **Taking care** (*Opieka*).

C – Context (*Kontekst*)

Protokół akcentuje konieczność organizacji i przygotowania lekarza do spotkania, podczas którego, poza odniesieniem mentalnym, kładziony jest również nacisk na warstwę organizacyjną. Warto pamiętać, że komunikacja zdalna ogranicza kontekst pozawerbalny rozmowy. Z tego względu ta forma kontaktu może okazać się trudniejsza zarówno dla lekarza, jak i pacjenta lub jego rodziny. Odczytywanie emocji i empatyczne reagowanie na nie jest w kontakcie na odległość utrudnione.

O – Organization (*Organizacja*)

Kolejnym kluczowym elementem jest techniczne zabezpieczenie rozmowy. Komunikacja na odległość może zostać przerwana lub zakłócona okolicznościami, na które rozmówcy nie mają wpływu. Z tego też względu tak ważne jest, aby zabezpieczyć łączność za pośrednictwem awaryjnego połączenia. Dzięki niemu możliwy jest relatywnie płynny powrót do rozmowy. Po stronie lekarza leży konieczność poinformowania swojego rozmówcy, że w przypadku przerwania połączenia będzie on ponawiał niezwłocznie kontakt w ustalonej formule.

Kolejnym ważnym elementem jest troska o zabezpieczenie właściwej jakości kanału komunikacyjnego, który w przypadku połączenia telefonicznego lub audio-video wyznacza m.in. jakość transmisji. W przypadku połączeń audio-video zwrócenie uwagi na odpowiednie ustawienie kamery oraz oświetlenie twarzy osób biorących udział w spotkaniu ułatwia rozmowę i pozwala na efektywniejszy odbiór emocji. Jest to podstawa dla empatycznej postawy i skutecznego reagowania na napięcia, które pojawiają się u pacjenta i/lub członków jego rodziny.

NN – Near and Niceties (*Uprzejmości*)

Rozmowa, w trakcie której pacjent otrzymuje niepomyślne informacje o swoim stanie zdrowia, wymaga relacji opartej na empatii i zaufaniu. Pierwszym krokiem do zbudowania takiego kontekstu jest przedstawienie się i opisanie swojej roli. Pacjent powinien otrzymać informację, że mimo zdalnej komunikacji rozmowa, w której uczestniczy, ma charakter poufny i prywatny. Między innymi maksymalizacja poczucia bezpieczeństwa służyć ma weryfikacji sytuacji, w której znalazł się adresat wiadomości.

E – Emotions (*Emocje*)

W komunikacji zdalnej występuje również więcej barier między nadawcą a odbiorcą (np. jakość połączenia może ograniczać możliwości związane z rozpoznawaniem ekspresji mimicznej, zostają ograniczone zachowania przestrzenne, mogą pojawić się opóźnienia i zakłócenia transmisji dźwięku itd.). Mają one często istotny wpływ na przekaz i od-

biór wiadomości. Stąd tak ważnym elementem jest zwrócenie uwagi na zapewnienie właściwej przestrzeni do rozmowy, która powinna maksymalizować poczucie prywatności i bezpieczeństwa. Ważne jest, aby wyeliminować możliwość uczestnictwa osób trzecich.

Uważność nadawcy powinna być skoncentrowana na analizie reakcji rozmówcy. Ograniczony wymiar ekspresji mimicznych, tonu głosu, możliwości obserwacji zachowań przestrzennych oraz wyeliminowany wymiar proksemiczny stanowią ważne elementy wpływające na jakość komunikacji. Istotnym jest, aby upewnić się, czy istnieje potrzeba odpowiedzi na dodatkowe pytania oraz czy przekaz został przez pacjenta zrozumiany.

C – Counseling (*Poradnictwo*)

Niezwyczajnie istotnym elementem rozmowy jest sprawdzenie tego, czy nadawca właściwie zrozumiał przekazane mu informacje. Otrzymanie niekorzystnej wiadomości jest doświadczaniem emocjonalnie obciążającym odbiorcę. Wymaga jasno sformułowanych wskazówek i propozycji działania, dzięki którym pacjent będzie wiedział, co może zrobić w tej nowej i trudnej dla niego sytuacji.

T – Taking care (*Opieka*)

Kluczowym elementem kończącym rozmowę jest wyrażenie troski i wsparcia. Utrudnienia związane z ograniczeniami kontaktu wzrokowego i wymiaru haptycznego mogą okazać się wyzwaniem. Stąd wyrażenie współczucia, zapewnienie wsparcia i gotowości do kontaktu stanowią tak ważny element podsumowujący rozmowę [4].

Struktura protokołu CONNECT

C

Sprawdź kontakt do pacjenta lub jego rodziny.
Zweryfikuj dane z dokumentacji medycznej.
Przeprowadź „próbę mentalną” – zaprojektuj, co i jak chcesz powiedzieć.
Użyj stroju służbowego.

O

Zapewnij sobie prywatność.
Sprawdź sprzęt (poziom baterii, jakość połączenia).
Przygotuj dodatkowy, awaryjny telefon lub komputer.
Przetestuj połączenie.

N

N

Przedstaw się i wyjaśnij swoją rolę. / Poinformuj, że rozmowa jest poufna.
Upewnij się, że rozmawiasz z właściwym adresatem (lub najbliższymi pacjenta).
Zapewnij, że w przypadku wystąpienia awarii/braku połączenia będziesz kontaktował się niezwłocznie.
Zapytaj o warunki
(Czy osoba, z którą rozmawiasz, jest w miejscu publicznym? czy prowadzi samochód?).
Poproś swojego rozmówcę o takie przygotowanie przestrzeni, które zapewni mu poczucie prywatności (zapewnij, że będziesz czekał, lub umów się na konkretne spotkanie).
Poproś o optymalne ustawienie kamery i mikrofonu dla kontaktów audio-wideo.

E

Użyj pytań otwartych, aby określić poziom aktualnej wiedzy.
Użyj pytań zamkniętych, aby doprecyzować informacje, jeżeli tego potrzebujesz.
Zastosuj metodę strzału ostrzegawczego. / Unikaj żargonu medycznego.
Przekazuj informacje z taktem i ostrożnością.
Odwołuj się do faktów (zdarzeń, miejsc, czasu, danych).
Pozwól na wyrażenie emocji. / Bądź empatyczny i współczujący.

C

Upewnij się, że Twój rozmówca zrozumiał przekaz.
Zaproponuj kolejny krok i przekaz wskazówki. / Uzgodnij dalsze postępowanie.
Zapewnij o gotowości do odpowiedzi na pytania.

T

Upewnij się, czy potrzebne jest dodatkowe wsparcie
(duchownego, opieki społecznej, psychologicznej, medycznej).
Przekaz kontakt do siebie (i instytucji / innej osoby, jeśli jest to wymagane).
Podsumuj kluczowe ustalenia.
Zapewnij o swoim wsparciu i gotowości do kontaktu.
Podziękuj za spotkanie.

Opracowano na podstawie: [4].

Bibliografia

1. Soosaipillai G, Archer S, Ashrafian H, Darzi A. Breaking bad news training in the COVID-19 era and beyond. *J Med Educ Curric Dev.* 2020;7:2382120520938706.
2. Landa-Ramirez E, Dominguez-Vieyra NA, Hernandez-Nunez ME, Diaz-Vasquez LP, Toledano-Toledano F. Communicating bad news in the context of COVID-19. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2020;78(1):59-65.
3. Vitto C, Del Buono B, Daniel L, Rivet E, Cholyway R, Santen SA. Teaching toolbox: breaking bad news with virtual technology in the time of COVID. *J Cancer Educ.* 2022;37(5):1429-32.
4. Sobczak K. The 'CONNECT' protocol: delivering bad news by phone or video call. *Int J Gen Med.* 2022;15:3567-72.

Rozdział IV

NARZĘDZIA KOMUNIKACYJNE SŁUŻĄCE PRZEKAZYWANIU INFORMACJI O ŚMIERCI PACJENTA

ib Michalina Gryzio
Kierunek Psychologia zdrowia
Wydział Nauk o Zdrowiu z IMMiT
Gdański Uniwersytet Medyczny

ib Julia Jastrzębska
Kierunek Psychologia zdrowia
Wydział Nauk o Zdrowiu z IMMiT
Gdański Uniwersytet Medyczny

„IN PERSON, IN TIME...” – PROCEDURA POWIADAMIANIA O ŚMIERCI PACJENTA

Wprowadzenie

Śmierć pacjenta to wydarzenie szczególnie trudne dla jego rodziny i bliskich, ale również dla personelu medycznego [1]. Przekazywanie informacji o śmierci wymaga doświadczenia, znajomości określonych procedur oraz umiejętności komunikacyjnych [2-3]. Ponadto istotne znaczenie ma zrozumienie istoty przeżycia utraty kogoś bliskiego. W obliczu śmierci bliscy mogą oświadczyć bardzo skrajnych i różnorodnych stanów psychicznych, które w zależności od wielu czynników mogą zostać zinternalizowane lub zeksternalizowane. Osobom, które muszą zmierzyć się z wiadomością o śmierci bliskiego, może towarzyszyć rozpacz, szok, zaprzeczenie, osłupienie czy wycofanie. Z drugiej zaś strony ze względu na silną złość i poczucie winy skierowane na siebie lub w kierunku personelu medycznego reakcje bliskich pacjenta mogą przebierać formę agresji [4]. W związku z tym pracownicy medyczni powinni posiadać kompetencje do radzenia sobie z takimi sytuacjami. Istotne są również umiejętności związane z zarządzaniem własnymi emocjami. Przekazanie tego typu informacji, reakcje bliskich po ich otrzymaniu, jak i sam fakt śmierci pacjenta wiążą się z dużym obciążeniem psychicznym [1, 3, 5].

Na przyjęcie informacji o śmierci bliskiego i dalszy przebieg procesu żałoby znacząco wpływa sposób przekazania takiej informacji oraz postawa, którą przejawia osoba przekazująca wiadomość. Nieadekwatne zachowanie lekarza podczas zawiadamiania o śmierci i okoliczności, w jakich przekazanie informacji się odbyło, niejednokrotnie są gorzej wspomniane przez rodzinę niż sam fakt śmierci [4]. Odpowiednia postawa i spo-

sób przeprowadzenia rozmowy mogą chwilowo złagodzić napięcie związane z informacją o śmierci osoby bliskiej i zmniejszyć ryzyko pogłębienia żałoby czy rozwoju stresu pourazowego. Lekarz powinien być ostrożny i w adekwatny sposób dobierać słowa oraz okazywać współczucie i empatię [1-2]. Co ważne, doświadczenie zawodowe nie jest istotnym czynnikiem zmniejszającym lęk i stres wśród lekarzy przekazujących informację o śmierci pacjenta [6]. Dopiero odpowiednie przygotowanie, zwiększające poczucie profesjonalizmu, znacząco polepsza jakość komunikacji oraz samopoczucie lekarzy [2, 4]. Mimo że każda sytuacja, w której bliscy dowiadują się o śmierci pacjenta, może wyglądać inaczej, procedury i wskazówki dotyczące postępowania są niezbędne i mogą znacząco zredukować stres i napięcie lekarzy, a tym samym wesprzeć ich w tym procesie [4].

Jedną z metod powiadamiania o śmierci pacjenta jest protokół komunikacyjny „In person, In Time... – Recommended Procedures for Death Notification” opracowany w Stanach Zjednoczonych w 1992 r. przez lekarza Thomasa Benneta na zlecenie i we współpracy z Office of Attorney General of Iowa, będący odpowiedzią na zapotrzebowanie ze strony systemu ochrony zdrowia (w tym lekarzy sądowych) oraz służb porządku publicznego [4].

Protokół

„In person, In Time...” zawiera uniwersalne wskazówki dotyczące postępowania w przekazywaniu informacji o śmierci i składa się z pięciu elementów.

In Person (*Osobiście*)

Powiadomienie o śmierci powinno odbywać się twarzą w twarz, z naciskiem na uwzględnienie prywatności osób, którym zostaną przekazane informacje, oraz z umożliwieniem im swobodnego przeżywania i okazywania możliwych silnych reakcji emocjonalnych. Dlatego też przekazywanie informacji powinno mieć miejsce w odpowiednich warunkach – najlepiej w ustronnym miejscu, bez ingerencji i obecności osób postronnych. Obecność i empatia osoby powiadamiającej są bardzo ważne, ponieważ stanowią wsparcie dla osoby dowiadującej się o śmierci bliskiej osoby.

In Time (*W odpowiednim czasie*)

Informacje o śmierci pacjenta powinny być przekazywane w możliwie jak najkrótszym czasie od zdarzenia. Przed ich przekazaniem należy potwierdzić tożsamość osoby zmarłej, upewnić się o posiadaniu wszystkich ważnych informacji na temat okoliczności i przyczyn śmierci, a także zdecydować, czy potrzebne jest wsparcie innych osób (np. kapelana, innych członków rodziny czy bliskich). Ważne jest, aby dokładnie usta-

lić, kto nie powinien być obecny podczas bezpośredniego spotkania, w trakcie którego zostanie przekazana wiadomość o śmierci. Należy pamiętać, że urazy traumatyczne po śmierci bliskich są w dużej mierze konsekwencją nieadekwatnej komunikacji między personelem medycznym czy funkcjonariuszami a bliskimi osoby zmarłej (np. kiedy rodzina dowiaduje się o śmierci z mediów).

In Pairs (*W parach*)

Informacje powinny być przekazywane przez zespół dwóch osób, które wspierają się nawzajem, są przygotowane, dzielą się swoimi rolami i są w razie potrzeby gotowe udzielić pomocy odbiorcy wiadomości. Szok, którego doświadcza zawiadamiana osoba, oraz inne silne emocje mogą wywołać nieoczekiwane i trudne zachowania, reakcje emocjonalne czy zaburzenia somatyczne. Taka osoba może wymagać pomocy medycznej i przewożenia do szpitala, stąd konieczność posiadania osobnych samochodów przez zespół osób przekazujących informacje o śmierci w przypadku, kiedy odbywa się to poza szpitalem. Warto wcześniej ustalić, kto odpowiada za przewiezienie pacjenta do szpitala, a kto za wsparcie pozostałych bliskich. Działanie zespołu powinno być jak najefektywniejsze, dlatego potrzebny jest podział zadań i gotowość na różne scenariusze wydarzeń.

In Plain Language (*Prostym językiem*)

Przekaz powinien być bezpośredni. Zgłaszający powinien mówić powoli i pojedynczymi zdaniami, podając konkretne informacje i odpowiadając na ewentualne pytania. Należy zapewnić osobie powiadamianej odpowiednie warunki do odbycia takiej rozmowy – stres i pośpiech utrudniają komunikację. Istotne jest też, aby nie przekazywać informacji chaotycznie, a na początku rozmowy przedstawić się. Przed dostarczeniem informacji należy zastosować technikę strzału ostrzegawczego (*Mamy dla Pana złe wieści...*). Towarzyszyć temu powinno współczucie (*Jest nam bardzo przykro*). Podczas rozmowy zaleca się używanie imienia i nazwiska zmarłego pacjenta. Wskazane jest unikanie słów, które uprzedmiotawiają osobę zmarłą (takich jak na przykład „ciało” czy „denat”), jak i zbyt znanych lub wartościujących (np. *Jest to trudniejsze niż ludzie myślą...*, *Większość ludzi w takiej sytuacji...*, *Gdybym był na Twoim miejscu...*). Podczas notyfikacji lekarze mogą spotkać się z wieloma pytaniami ze strony bliskich dotyczącymi przyczyny, miejsca śmierci czy procedury dalszego postępowania – wszystkie wątpliwości należy wyjaśnić. Jeśli pojawią się pytania, na które zespół nie zna odpowiedzi, również należy to wprost wyrazić.

With Compassion (*Ze współczuciem i empatią*)

Bardzo istotną rolę odgrywają empatia i próba zrozumienia emocji towarzyszących osobom powiadamianym o śmierci bliskiej osoby. Lekarze powinni unikać odwoływania się do subiektywnych opinii i wyrażania osobistych przekonań (np. religijnych – *Taka była wola Boża*). Profesjonalizm przekazywania nieprzychylnych wiadomości oparty na empatii zakłada gotowość wsparcia i pomocy – ofertę kontaktu z osobami, które mogą wesprzeć bliskich (np. rodzina, znajomi, psycholog, duchowny) lub towarzyszyć im podczas pogrzebu (jeśli to możliwe i jeśli wyrażają taką chęć). Ponadto ważne jest, aby momentem zawiadomienia o śmierci nie był moment dostarczenia rzeczy osobistych osoby zmarłej. Należy pamiętać, że taki przekaz często jest traumatyczny, ma swoją dynamikę, a jego akceptacja wymaga czasu i odpowiednich zasobów. Dlatego niektóre dostarczone informacje mogą nie zostać zrozumiane lub mogą zostać uznane za nieistotne. Warto spisać nazwiska i numery telefonów, które będą pomocne w dalszych etapach procesu i podczas niezbędnych procedur.

Struktura procedury „In person, In Time...”

In Person	• Zadbaj o to, aby przekazać informacje o śmierci bliskiego osobiście i twarzą w twarz. • Zorganizuj spotkanie, podczas którego przekazesz informacje, nawet jeśli odbiorca mieszka daleko.
In Time and with Certainty	• Przekaż informacje najszybciej, jak to możliwe. • Przekazuj informacje tylko wtedy, jeśli jesteś pewien, że tożsamość zmarłego została zidentyfikowana dokładnie i poprawnie. • Powiadom osoby z najbliższego otoczenia zmarłego.
In Pairs	• Postaraj się, żeby informacje były przekazywane w zespole przynajmniej dwuosobowym (w zależności od okoliczności i możliwości możesz przekazać informacje o śmierci z członkiem personelu medycznego, lekarzem rodzinnym, duchownym, bliskim przyjacielem osoby zmarłej). • W przypadku konieczności udania się do odbiorcy osobiście – postaraj się zorganizować dwa pojazdy. • Zaplanuj przebieg rozmowy – kto przekaze informacje, w jakim zakresie, co dokładnie powie.
In Plain Language	• Przedstaw się na początku rozmowy (imię, nazwisko, zawód). • Nie przekazuj informacji w pośpiechu. • Używaj bezpośrednich i prostych komunikatów • Unikaj wieloznaczności (np. „odeszła”, „zaginął”, „straciliśmy ją”). • Wyrażaj się z szacunkiem w odniesieniu do zmarłego, używając jego imienia. • Unikaj bezosobowych określeń takich jak „zmarły”, „ciało”, „ofiara”.
With Compassion	• Zaakceptuj emocje odbiorcy i własne – lepiej odebrane zostaną twoje łzy niż chłód i dystans emocjonalny. • Pozwól odbiorcy przeżywać żal, nie zmieniaj tematu rozmowy i nie odwracaj jego uwagi od tego, czego doświadcza. • Unikaj wygłaszania własnych przekonań, np. religijnych. Nie mów: <i>To była wola Boża</i> lub <i>Rozumiem, przez co przechodzisz</i>. • Pamiętaj, aby po przekazaniu informacji o śmierci poświęcić czas na wsparcie i udzielenie ewentualnych wskazówek. • Nigdy nie odchodź od razu po przekazaniu informacji. • Nie przekazuj bliskim osoby zmarłej jej rzeczy, podczas gdy przekazujesz informacje o śmierci.

Opracowano na podstawie: [4].

Bibliografia

1. Shoenberger JM, Yeghiazarian S, Rios C, Henderson SO. Death notification in the emergency department: survivors and physicians. *West J Emerg Med* 2013;14(2):181-5.
2. Rosenzweig MQ. Breaking bad news: A guide for effective and empathetic communication. *Nurse Prac.* 2012;37(2):1-4.
3. Garg A, Buckman R, Kason Y: Teaching medical students how to break bad news. *CMAJ* 1997;156(8):1159-64.
4. Moldovan E. The bad news bearers: the most difficult assignment in law enforcement. *ProQuest Discovery Guides*. 2009:1-23.
5. Baile WF, Buckman R. Breaking bad news. In: Fisch MJ, Bruera E, redaktorzy. *Handbook of advanced cancer care*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2003. 70-87.
6. Sobczak K. The procedure for death notification – „In Person, In Time...”. *Anaesthesiol Intens Ther.* 2013;45(4):241-3.

 **Karolina Hark**
Kierunek Psychologia zdrowia
Wydział Nauk o Zdrowiu z IMMiT
Gdański Uniwersytet Medyczny

 **Anna Bollin**
Kierunek Psychologia zdrowia
Wydział Nauk o Zdrowiu z IMMiT
Gdański Uniwersytet Medyczny

GRIEV_ING – MODEL POSTĘPOWANIA DLA PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH W INFORMOWANIU RODZINY PACJENTA O JEGO ŚMIERCI

Wprowadzenie

Bliscy pacjenta po usłyszeniu informacji o jego śmierci są zagrożeni utratą zdolności do stosowania dojrzałych i skutecznych strategii radzenia sobie. Zwykle nie mają wystarczająco dużo czasu na zaadaptowanie się do wywołującego potencjalny lęk oddziały ratunkowego, a zwłaszcza na przyswojenie tragicznych informacji [1]. Lekarz w tym miejscu ma dodatkowo utrudnione zadanie, ponieważ nie posiadając wcześniejszego kontaktu z bliskimi pacjenta, ma ograniczoną możliwość poznania kontekstu społecznego, kulturowego i religijnego, w jakim informacja zostanie odebrana. Metodą przydatną do powiadamiania rodziny pacjenta o jego śmierci jest opracowana w 2005 r. przez Cherri Hobgood, profesor na wydziale Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Medycznego w Indianie, mnemonika **GRIEV_ING**, w której poszczególne litery odpowiadają następującym pojęciom: **G – Gather** (*Zbierz*), **R – Resources** (*Zasoby*), **I – Identify** (*Identyfikuj*), **E – Educate** (*Edukuj*), **V – Verify** (*Weryfikuj*), **_ – Space** (*Przestrzeń*), **I – Inquire** (*Pytaj*), **N – Nuts and bolts** (*Praktyczne aspekty*), **G – Give** (*Daj*). Protokół powstał na podstawie obszernego przeglądu literatury i przedstawia syntezę kluczowych punktów, które należy przekazać, powiadamiając o śmierci bliskiej osoby. Mnemonika ta jest łatwo przyswajalnym narzędziem pamięciowym, które pozwala lekarzowi dostarczyć rodzinie zmarłego pacjenta odpowiednio uporządkowane informacje w kompletny i dokładny sposób.

GRIEV_ING określa strukturę interakcji lekarz–rodzina zmarłego i standaryzuje rodzaj informacji, które muszą zostać przekazane podczas powiadamiania rodziny pacjenta o jego zgonie. Hobgood w swoich badaniach wykazuje także, że klinicyści stosujący prezentowaną metodę deklarują wzrost pewności siebie i poczucia kompetencji w obszarze przekazywania niepomyślnych informacji pacjentom.

Protokół

G – Gather (Zbierz)

Upewnij się, że zgromadziłeś w cichym, spokojnym i ustronnym miejscu wszystkie niezbędne osoby (najczęściej są to rodzina i przyjaciele zmarłego pacjenta), a także inne znaczące osoby, które wyrażają chęć obecności w tej sytuacji. Warto powiadomić pozostały personel medyczny o swojej niedostępności na czas odbywania rozmowy z bliskimi zmarłego pacjenta i podkreślić, że nie chcesz, aby spotkanie było zakłócanie, chyba że pojawi się sytuacja awaryjna.

R – Resources (Zasoby)

Wykorzystuj dostępne zasoby, takie jak uzyskiwanie wsparcia od pracowników socjalnych, duchownych czy przyjaciół, które mogą pomóc bliskim zmarłego pacjenta w przechodzeniu przez proces żałoby. Określ, które z tych osób powinny być obecne w czasie przekazywania tragicznych wiadomości (uwzględniając zarówno potrzeby rodziny zmarłego pacjenta, jak i swoje).

I – Identify (Identyfikuj)

Przedstaw się i podaj swoje stanowisko (zidentyfikuj siebie samego). Podczas mówienia o zmarłym pacjencie używaj jego imienia i nazwiska (zidentyfikuj pacjenta). Określ, jaki jest aktualny stan wiedzy bliskich pacjenta o okolicznościach jego śmierci (zidentyfikuj stan wiedzy bliskich).

E – Educate (Edukuj)

W paru zdaniach powiadom bliskich pacjenta o wydarzeniach, które miały miejsce zarówno na izbie przyjęć, jak i na oddziale ratunkowym. Poinformuj ich o aktualnym stanie pacjenta. Pamiętaj, aby unikać żargonu medycznego oraz używać prostego i zrozumiałego dla bliskich pacjenta języka.

V – Verify (*Weryfikuj*)

Potwierdź, że pacjent zmarł. Nie używaj eufemizmów, takich jak „odszedł” lub „nie jest już wśród nas”. Wyrażaj się jasno, używając słów „zmarły”, „zmarł”, „nie żyje”, co zniweluje wystąpienie wątpliwości bliskich zmarłego pacjenta dotyczących jego stanu.

— – Space (*Przestrzeń*)

W czasie przekazywania informacji o śmierci pacjenta może zapaść cisza, bliscy zmarłego mogą nie wiedzieć, jak zareagować. Daj im czas na przyswojenie informacji i zapewnij przestrzeń, spokojne miejsce, w którym mogą zareagować na tragiczne wieści i być w tym razem.

I – Inquire (*Pytaj*)

Dowiedz się, czy rodzina ma jakieś pytania i odpowiedz na nie zgodnie ze swoją wiedzą. Nie spekuluj, nie odpowiadaj na pytania, które wykraczają poza stan twojej wiedzy. Bądź szczerzy z rozmówcami i zapewnij im rzetelne źródło informacji, kiedy sam nie jesteś w stanie odpowiedzieć na zadane pytanie.

N – Nuts and bolts (*Praktyczne aspekty*)

Na tym etapie należy zacząć poruszać kwestie związane z formalnościami, takimi jak autopsja, dawstwo organów, zaplanowanie pogrzebu, odebranie rzeczy osobistych zmarłego pacjenta zdeponowanych w szpitalu. Zapewnij bliskich, że te wszystkie kwestie nie muszą być poruszane od razu, staraj się nie obciążać ich zbyt wieloma informacjami w jednej chwili. Zapewnij możliwość zobaczenia ciała osoby zmarłej, upewniając się, że rodzina rozumie, że ich bliski może nie wyglądać dokładnie tak samo, jak go zapamiętali. Postaraj się, aby w pokoju nie panował chaos związany np. z akcją reanimacyjną oraz by pacjent nie miał widocznych śladów krwi czy obrażeń.

G – Give (*Daj*)

Upewnij się, że bliscy osoby zmarłej mają dostęp do wszelkich informacji dotyczących pacjenta, jak i formalności, których należy dopełnić. Zapewnij rodzinie możliwość skontaktowania się z tobą w przyszłości, zaoferuj gotowość do udzielenia odpowiedzi na wszelkie pytania, które mogą pojawić się później. Jeżeli w danym momencie nie możesz odebrać telefonu, pamiętaj, żeby zawsze oddzwonić.

Struktura mnemoniki GRIEV_ING

G

Zbierz rodzinę w możliwie spokojnym i ustronnym miejscu.
Upewnij się, że wszyscy są obecni.

R

Poproś o dostępne wsparcie dla rodziny, np. księdza, rodzinę, przyjaciół.

I

Przedstaw się, zidentyfikuj pacjenta, o którym będziesz mówił z imienia i nazwiska, zorientuj się, ile do tej pory rodzina wie na temat jego stanu i zdarzeń tego dnia.

E

Powiadom rodzinę o wydarzeniach mających miejsce na oddziale ratunkowym,
a także o aktualnym stanie pacjenta.

V

Bądź precyzyjny w wyrażaniu, rodzina musi jednoznacznie usłyszeć, że ich najbliższy zmarł,
używaj słów „zmarł”, „nie żyje”.

—

Zapewnij rodzinie możliwość do okazania reakcji na otrzymane informacje.
Zapewnij rodzinie prywatność do przyswojenia tragedii.

I

Dowiedz się, czy rodzina ma jakieś pytania, i udziel odpowiedzi na każde z nich.

N

Dopytaj o dawstwo narządów, usługi pogrzebowe i rzeczy osobiste.
Zaoferuj rodzinie możliwość zobaczenia ciała i pożegnania.

G

Wręcz swoją wizytówkę i zapewnij dostęp do informacji.
Zaproponuj rodzinie udzielenie odpowiedzi na wszelkie pytania, które mogą pojawić się później.
Zawsze oddzwaniaj.

Opracowano na podstawie: [2].

Bibliografia

1. Kaul R. Coordinating the death notification process: the roles of the emergency room social worker and physician following a sudden death. *Brief Treat Crisis Interv.* 2001;1(2):101-14.
2. Hobgood C, Harward D, Newton K, Davis W. The educational intervention "GRIEV_ING" improves the death notification skills of residents. *Acad Emerg Med.* 2005;12(4):296-301.

dr n. społ. Antonina Doroszevska

„Autorzy zgromadzili bogaty materiał dotyczący komunikacji w sytuacji szczególnie trudnej zarówno dla lekarzy, jak i pacjentów. Wyniki badań potwierdzają, że dla obu stron rozmowy o niekorzystnej diagnozie stanowią wyzwanie i obciążenie emocjonalne. Dlatego zebranie w jednej publikacji tak wielu protokołów ma duże znaczenie, pozwala bowiem na rozpoznanie różnych podejść do przekazywania niepomyślnych informacji, zwrócenie uwagi na elementy tych rozmów, dzięki którym mimo ogromnego ładunku emocjonalnego mogą one stać się rozmowami wspierającymi, a nawet wzmacniającymi chorych czy ich bliskich. Opisane w książce protokoły notyfikacyjne mają stanowić wsparcie dla lekarzy, pomagając zarówno przygotować się do takich rozmów, jak i nadając im strukturę oraz wskazując na kluczowe elementy, o których warto podczas tych rozmów pamiętać”.

(fragment recenzji)

dr n. społ. Agata Rudnik

„To pierwsza polskojęzyczna publikacja tego typu, w której zebrane zostały międzynarodowe protokoły, metody, modele i zasady komunikacji, które znajdują swoje zastosowanie w przypadku przekazywania tak trudnych treści jak np. niekorzystne rokowania czy śmierć bliskiej osoby. Komunikacja w medycynie, w tym medycyna narracyjna to obszary, które są niezwykle istotne, szczególnie obecnie, gdy komunikacja międzyludzka nabiera szczególnego wymiaru. Medycyna to dziedzina rozwijająca się z ogromną prędkością. Aparatura wspomaga personel medyczny w różnych wymiarach, a jednak w jednym nigdy nie zastąpi całkowicie człowieka – właśnie w kontakcie z drugim człowiekiem. Kontakt ten powinien być oparty na szacunku, zaufaniu, wrażliwości i empatii. O tym właśnie traktują prezentowane w niniejszej pozycji metody. Jednocześnie autorzy wskazują i podkreślają, że umiejętności komunikacyjne pomiędzy personelem medycznym a pacjentami i/lub ich bliskimi można (i należy) doskonalić”.

(fragment recenzji)

ISBN 978-83-67147-29-3



9 788367 147293