

PORADNIK

Praktyczne porady dla lekarzy,

JAK KOMUNIKOWAĆ SIĘ Z MĘŻCZYZNĄ CHORYM NA RAKA PROSTATY

dr n. med. Mariola Kosowicz

IPSEN
Innovation for patient care



PIERWSZE WRAŻENIE MOŻNA ZROBIĆ TYLKO RAZ

Pierwsze spotkanie z pacjentem to szansa na zbudowanie relacji, która będzie miała wpływ na cały proces komunikacji. Pierwsze wrażenie kształtuje się błyskawicznie nawet w ciągu od 0,1 do 30 sekund. Dlatego warto pamiętać, że ludzie nie oceniają naszych intencji, ale nasze zachowania. Psychologia wyróżnia zjawisko noszące nazwę efekt aureoli (efekt *halo*), które potwierdza, że nasza mimika i gestykulacja, tembr głosu, utrzymywanie kontaktu wzrokowego, pogodne nastawienie – wpływają istotnie na to, jak oceniają nas inni już na początku znajomości. Zdolność do okazywania zainteresowania, szacunek, troska oraz otwartość pomagają zbudować autorytet lekarza. **O czym zatem warto pamiętać:**

1. Przedstaw się, utrzymując kontakt wzrokowy z pacjentem. Dobrą strategią wydaje się wyjście przed gabinet po pacjenta, aby zaprosić go do środka. Należy pozwolić pacjentowi wejść jako pierwszemu, co daje mu sygnał, że jest ważny, ale to lekarz ustala warunki spotkania. Podanie ręki pozwala pacjentom czuć się bardziej komfortowo i tworzy relację quasi-partnerską.



2. Jeżeli pacjent długo czekał, to warto odnieść się do tego np. słowami:

„Zdaję sobie sprawę, że musiał pan długo czekać, za co przepraszam, ale nie zawsze wszystko układa się na czas".

3. Mów spokojnie i rzeczowo, budując do siebie zaufanie pacjenta.
4. Daj znać pacjentowi, że rozumiesz, iż wizyta u lekarza nie jest przyjemnością, ale razem możecie stworzyć atmosferę porozumienia i zaufania. Autentyczna troska o pacjenta daje mu bezcenne poczucie bezpieczeństwa.
5. Rozmowę opieraj na dialogu i otwartości na rozmówcę.
6. Inspiruj pacjenta do współpracy.
7. W sytuacji silnych emocji ze strony pacjenta zachowuj spokój i profesjonalizm:

„Mogę zrozumieć, że jest pan zdenerwowany i wszyscy mamy do tego prawo, ale będzie nam trudno znaleźć porozumienie, kiedy emocje biorą górę. Proszę pozwolić, że przedstawię panu swój punkt widzenia na temat omawianej przez nas kwestii, a pan podejmie decyzję, czy będzie panu to pasowało, czy też nie".

8. Jeżeli coś obiecujesz, to dotrzymuj słowa.
9. **Warto zapamiętać, że chcąc pomagać innym, trzeba przede wszystkim zadbać o osobistą kondycje psychofizyczną.**

PRZEKAZANIE TRUDNEJ INFORMACJI O DIAGNOZIE

E	Emocje
M	Miejsce
P	Perspektywa pacjenta
A	Adekwatny język
T	Treść przekazu
I	Informacje dodatkowe
A	Adnotacja w dokumentacji medycznej pacjenta

EMOCJE – Przekazywanie wiadomości o trudnej diagnozie, powikłaniach leczenia wiąże się z silnymi emocjami lekarza i pacjenta. Przeważająca grupa chorych nie jest przygotowana na trudną informację na temat swojego stanu zdrowia. Warto pamiętać, że emocje są zwykle wywoływane przez konkretne wydarzenie lub sytuację i nie ma złych emocji. Każda emocja stanowi ważną informację na temat stanu psychicznego człowieka. Dlatego czym trudniejsze wydarzenie w życiu człowieka, tym większe prawdopodobieństwo, że mózg odbierze je jako silnie zagrażające i wówczas emocje mogą przeważyć nad racjonalnym myśleniem. Dlatego tak ważne jest znormalizowanie przez lekarza emocji pacjenta:

„Widzę, jak bardzo jest pan zdenerwowany"; „zdaję sobie sprawę, że informacja o diagnozie, leczeniu, może być dla pana dużym szokiem i potrzebuje pan czasu, żeby się z tym oswoić".

Pozwala to zbudować w pacjencie poczucie zrozumienia, a lekarzowi podejść spokojniej do emocji pacjenta. **Warto spojrzeć na osobę chorą z pozycji żyrafy, czyli z pewnej perspektywy, dystansu, widząc problem wielowątkowo i nie oceniając człowieka po jego emocjach.**

MIEJSCE – Rozmowę należy prowadzić w warunkach, które zapewnią komfort pacjentowi i lekarzowi, a takim miejscem powinien być gabinet. **To, że pacjent lub jego bliscy chcą rozmawiać z lekarzem nawet na korytarzu, wynika z ogromnego napięcia emocjonalnego. Wówczas warto spokojnie wyjaśnić pacjentowi, dlaczego korytarz, klatka schodowa w szpitalu to nie są odpowiednie miejsca do rozmowy:**

„Rozumiem, że chcieliby państwo jak najszybciej ze mną porozmawiać, ale z szacunku do państwa i samego siebie chciałbym tę rozmowę przeprowadzić w gabinecie".

Rozmowa, badanie powinny odbyć się w miejscu, gdzie inne osoby, również z personelu medycznego, nie zakłócą intymności spotkania. Dla wielu pacjentów badanie urologiczne, np. *per rectum*, może stanowić duży problem emocjonalny i wymaga od lekarza zrozumienia, stworzenia odpowiednich warunków do badania oraz znormalizowania lęku pacjenta:

„To zupełnie normalne, że może pan odczuwać niepokój przed badaniem, ale spróbujmy przez to przejść. Z mojej strony obiecuję przeprowadzić badanie sprawnie".

Niewskazany jest pośpiech. Warto również uwzględnić preferencje pacjenta dotyczące obecności osób wspierających.

PERSPEKTYWA PACJENTA – Przed przekazaniem diagnozy powinno się wysłuchać krótkiej opinii pacjenta o stanie jego zdrowia oraz obaw z nim związanych. **Przy każdej wizycie warto zapytać pacjenta o jego o stan psychiczny i straty, których doświadcza przez chorobę i leczenie**, m.in. ograniczenie możliwości wykonywania pracy, uprawiania sportu, realizacji potrzeb seksualnych. Znając perspektywę pacjenta, jego nastawienie do leczenia, można uniknąć omawiania faktów, które są dla niego jasne, i przede wszystkim zweryfikować jego nieadaptacyjne przekonania dotyczące choroby: „Wiem, że to będzie straszne leczenie"; „trzeba się pogodzić z tym, że życie się już kończy"; „mężczyzną to już byłem, teraz skupię się na tym, żeby



jeszcze trochę żyć". Słuchając wypowiedzi pacjenta, lekarz może dostosować język przekazu do jego możliwości intelektualnych i emocjonalnych. **Ważny aspekt budowania porozumienia z pacjentem stanowi uznanie prawa pacjenta do zweryfikowania diagnozy z innym lekarzem i kiedy taka sytuacja ma miejsce, nie należy traktować tego jako podważenia swoich kompetencji.**

ADEKWATNY JĘZYK – Należy dostosować język przekazu do możliwości poznawczych i emocjonalnych pacjenta. Dlatego w trakcie rozmowy warto się upewnić, czy pacjent rozumie to, co do niego mówimy:

„Czy to, co w tej chwili panu przekazuję, jest zrozumiałe? Pytam, ponieważ zależy mi na tym, żeby posiadał pan rzetelną wiedzę na temat swojego stanu zdrowia i czuł się dzięki temu bezpiecznie".

TREŚĆ PRZEKAZU – **Bezpośrednio przed przedstawieniem diagnozy warto uwzględnić tzw. zdanie ostrzegające, np.:**

„Bardzo mi przykro, że nie mam dla pana/państwa lepszych informacji".

Informację o diagnozie należy przedstawiać w sposób zwięzły i zrozumiały. Długi wstęp i poruszanie tematów pobocznych zazwyczaj budują jeszcze większe niepotrzebne napięcie. Powinno się unikać podawania informacji niepotwierdzonych, jak również zbyt optymistycznego lub pesymistycznego przekazu. Należy skupiać się na faktach! Dawkować informacje, jeżeli pacjent tego potrzebuje, i upewniać się, czy i jak pacjent rozumie przekazywane treści. Stosować krótkie przerwy w wypowiedzi, dzięki którym pacjent będzie miał szansę przyjąć i zrozumieć wypowiadane przez lekarza treści. **Należy zwracać uwagę na komunikaty niewerbalne (np. zacieranie dłoni, tembr głosu, skierowanie wzroku w podłogę lub w sufit, nerwowe ruchy na krześle, poruszanie nogą, trzymanie twarzy w dłoniach, itp.) i w razie potrzeby przerwać wypowiedź**, upewniając się, czy pacjent jest w stanie przyjąć informacje o chorobie:



„Przepraszam, ale odnoszę wrażenie, że jest pan bardzo zdenerwowany tym, o czym rozmawiamy, i chcę się upewnić, czy jest pan w stanie dalej słuchać. Czy mogę coś wyjaśnić?"

INFORMACJE DODATKOWE – **Należy przedstawić pacjentowi plan leczenia, rokowania, uwzględniając fakty, ale pozostawiając nadzieję niezależnie od sytuacji zdrowotnej pacjenta.** Warto pamiętać, że nadzieję można pokładać także w możliwości podjęcia leczenia zarówno przyczynowego, jak i paliatywnego. Perspektywa realnej pomocy pozwala choremu na tworzenie planów życiowych, nawet jeśli mają one charakter krótkofalowy.

Przekonanie pacjenta, że zostanie otoczony opieką na każdym etapie leczenia, może być czynnikiem chroniącym przed poczuciem opuszczenia i lękiem przed cierpieniem.

„Chciałbym, aby miał pan świadomość, że na każdym etapie choroby, leczenia służę swoją wiedzą i wsparciem; nie zostanie pan bez pomocy".

Pacjent ma prawo do wiedzy na temat dostępnych sposobów leczenia, a lekarz, bez względu na swoją specjalizację, powinien przedstawić pacjentowi możliwe drogi działania.



Należy pozwolić pacjentowi zadać pytania i w odpowiedni sposób porządkować wypowiedzi wielowątkowe:

„Przepraszam, że przerywam. Rozumiem, że ma pan bardzo dużo wątpliwości i tym samym wiele pytań, ale nie damy rady omówić ich na jednym spotkaniu. Chciałbym, żeby wyszedł pan ze spotkania z jakąś wartością dodaną, dlatego proponuję, żeby zacząć od tematu, który w tej chwili stanowi dla pana największy problem".

Należy przedstawić pacjentowi działania, w które może się zaangażować na rzecz swojego zdrowia, tak aby zachował przekonanie o realnym wpływie na swoje życie:

„Jestem przekonany, że każdy z nas – ja i pan, mamy wiele do zrobienia, aby cały proces pana leczenia mógł jak najlepiej przebiegać, a więc chciałbym, żeby pana zaangażowanie było proaktywne i żeby skupił się pan na realnych działaniach, dzięki którym będzie pan dbał o jakość swojego życia, a co za tym idzie – o stan swojego organizmu. Proszę pomyśleć o zdrowej diecie, spacerze, relacjach z ludźmi, bliskości, intymności itp.".

ADNOTACJA W DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA – Należy sporządzić notatki z rozmowy z pacjentem, wpisując również informacje pozamedyczne, ale istotne w procesie leczenia (stan psychiczny, wątpliwości pacjenta itp.).

NAJCZĘSTSZE BŁĘDY LEKARZA PODCZAS PRZEKAZYWANIA NIEPOMYŚLNYCH INFORMACJI

S P I K E S

***S*etting** – Pozycja stojąca nad łóżkiem pacjenta, chowanie się za dokumentacją medyczną, pośpiech
***P*erception** – Niesłuchanie pacjenta, stosowanie pytań zamkniętych
***I*nvitation** – Brak uważności
***K*nowledge** – Żargon medyczny, koncentracja wyłącznie na wynikach medycznych, z pominięciem sfery emocjonalnej i psychicznej pacjenta, forsowanie informacji medycznych, pomijając fakt, że pacjent nie jest gotowy do rozmowy
***E*motions and Empathy** – Pomijanie emocji pacjenta
***S*trategy and Summary** – Nihilizm terapeutyczny, pozbawienie pacjenta nadziei



POROZMAWIAJMY O PROBLEMACH INTYMNYCH PACJENTÓW

Chory mężczyzna ma swoją historię życia, swoje marzenia i plany. Choroba może ograniczyć jego aktywność, w tym seksualną, ale nie musi pozbawić go możliwości realizowania swoich marzeń i najgłębszych potrzeb. Niemniej jednak zbyt wielu pacjentów z rakiem prostaty prezentuje przekonanie, że dysfunkcje seksualne są częścią normalnego procesu starzenia się lub nieuniknionym skutkiem ubocznym leczenia onkologicznego, co zniechęca ich do szukania pomocy. Dlatego bardzo ważną rolę w komunikacji na temat skutków ubocznych choroby, leczenia, w aspekcie problemów seksualnych odgrywa lekarz.

1. Lekarz powinien przewidywać zakłopotanie pacjenta i mieć świadomość, że rozmowa o kwestiach seksualnych może być trudna.

2. Lekarz z pozycji swojej roli powinien na samym początku choroby poruszyć z pacjentem problem ewentualnej dysfunkcji seksualnej wynikającej z choroby:

„Poruszając ewentualne konsekwencje planowanego leczenia, chciałbym z panem omówić bardzo delikatny, a zarazem ważny temat wpływu leczenia na pana sprawność seksualną".

3. Należy znormalizować temat problemów seksualnych:

„Temat seksualności jest tak samo ważnym tematem, jak wszystkie inne, dzięki którym może pan zadbać o jakość swojego życia".



4. Ważnym aspektem rozmowy o problemach seksualnych jest poruszenie tematu nietrzymania moczu w kontekście samooceny pacjenta jako mężczyzny i wskazanie na możliwości rehabilitacji urologicznej.

5. Należy zadać pytanie, jak przed chorobą wyglądała aktywność seksualna pacjenta:

„Chciałbym panu zadać bardzo intymne pytanie, ale ważne w kontekście rozważenia pomocy panu w aspekcie wpływu leczenia na pana kondycję seksualną. Czy przed chorobą pana pożycie seksualne było satysfakcjonujące, czy występowały jakieś dysfunkcje?".

6. Pacjent powinien otrzymać od lekarza konkretne informacje, co można zrobić w sytuacji zaburzeń seksualnych wynikających z procesu leczenia.

7. Nie należy oceniać sprawności seksualnej przez pryzmat wieku pacjenta i stanu zaawansowania choroby. Każdy człowiek, bez względu na wiek, chorobę, status społeczny itp. ma prawo do intymności i realizacji swoich potrzeb seksualnych. Ma też prawo oczekiwać, że lekarz potraktuje ten temat z szacunkiem i otwartością.

8. W sytuacji, kiedy pacjent nie radzi sobie z problemem seksualnym na poziomie psychicznym, należy zaproponować konsultacje u psychoterapeuty.



PORADNIK: PRAKTYCZNE PORADY DLA LEKARZY, JAK KOMUNIKOWAĆ SIĘ
Z MĘŻCZYZNĄ CHORYM NA RAKA PROSTATY

AUTOR
dr n. med. Mariola Kosowicz

REDAKTOR PROWADZĄCY
Marcin Szpak

OPRACOWANIE GRAFICZNE
Inga Król

REDAKCJA JĘZYKOWA I KOREKTA
Dominika Zaborowska

WYDAWCA
me medical education
grupa wydawnicza

Medical Education sp. z o.o.
Wydanie pierwsze, Warszawa 2023
© Medical Education sp. z o.o. Wszelkie prawa zastrzeżone.

DRSC-PL-000218

IPSEN
Innovation for patient care

Poradnik powstał dzięki inicjatywie firmy Ipsen.