

SŁOWO I JEGO ZNACZENIE W RELACJACH LEKARZ–CHORY

DOI: 10.36740/WLek202107138

Krzysztof Bielecki

SZPITAL SOLEC SP. Z O.O, WARSZAWA, POLSKA

Wiad Lek. 2021;74(7):1773-1776

Cielesność i duchowość zawsze idą w parze, jak awers i rewers monety. Nie możemy i nie wolno nam ich rozdzielać i rozpatrywać oddzielnie. Od czasów Kartezjusza biologia i medycyna zajmują się ludzkim ciałem, a sprawy psyche pozostawione są religii, filozofii. Ale są takie specjalności, jak: psychiatria, psychologia, psychoterapia, które łączą sprawy cielesne z duchowymi. Domeną psyche, świadomości są słowa, pojęcia, myśli. Niestety, współczesna medycyna zajmuje się głównie cielesnym wymiarem człowieka.

Najbardziej świadomym i bezpośrednim środkiem komunikowania się, wywierającym wpływ na innych, są słowa. Z nich składa się język. Biologia, psychologia, socjologia, medycyna, technika – wszystkie osiągnięcia w tych dziedzinach zawarte są w języku, którym lekarz komunikuje się z chorym. I my, lekarze, chcemy, aby pacjent nas rozumiał. Ten język musi być zatem elastyczny i rozumiały dla chorego. Przywołam słynne powiedzenie Arystotelesa: „Myśl jak mędrzec, ale mów jak prosty człowiek”.

Język medyczny ma dwa aspekty: poznawczy (badanie chorego, ustalenie rozpoznania choroby i zaplanowanie leczenia) i intencjonalny (życzenia lekarza w stosunku do chorego i chorego w stosunku do lekarza, proponowanego leczenia itp.).

Komunikacja lekarza z chorym powinna opierać się na prawdzie, czyli na zgodzie z rzeczywistością. Ale ta prawda musi być taką prawdą, którą chory jest w stanie udźwignąć. Przejawem prawdy jest prawdomówność. Prawdomówność powinna zawierać dwie formy zgodności (podwójna zgodność):

1. zgodność wypowiedzianego słowa ze stanem myśli,
2. zgodność myśli z obiektywną rzeczywistością.

Grecki filozof, Diogenes, chodził po ruchliwych ulicach starożytnego Koryntu z zapaloną latarnią w biały dzień i zaglądał ludziom w oczy, szukając człowieka. Każdy z nas powinien starać się poznać i zrozumieć drugą osobę. Ale nie chodzi o rozumienie wyłącznie przez nasze zmysły, jak wzrok, słuch, węch. Należy poznać osobiste wartości innej osoby, co niekiedy jest trudne i czasochłonne. Jak pisał książd Tischner, kto nie podejrze do drugiego człowieka z miłością (w rozumieniu *agape*), ten nigdy nie wniknie w jego intymność. Najlepsze poznawanie człowieka jest poprzez miłość. To ona pozwala na odsłonięcie indywidualności i wyjątkowości drugiego człowieka i umożliwia

autentyczny kontakt z nim. Sobie i każdemu człowiekowi należy uświadomić oczywistą prawdę, jaką jest świadomość, że w każdej chwili mego życia zależę od mądrości i pracy drugiego człowieka. Dlatego też każdego z nas powinna cechować wdzięczność.

Wdzięczność pozwala zapomnieć na chwilę o sobie i zobaczyć drugiego człowieka. Wdzięczność jest świadectwem dobroci innych ludzi. Jak twierdził francuski filozof Henri Bergson (1859–1941), wdzięczność (fr. *la grâce*) jest wdziękiem duszy. Przeciwnością wdzięczności jest pretensjonalność, czyli niezadowolenie z tego, co się już otrzymało. Problem ludzkiej wdzięczności pięknie określił największy znawca ludzkiej duszy Jezus Chrystus, który wypowiedział pamiętne zdanie: „Darmo otrzymaliście, darmo dawajcie”. Jak podaje Ewangelista św. Mateusz, słowa te wypowiedział Jezus w mowie misyjnej, gdy rozsyłał Dwunastu Apostołów na misję głoszenia, uzdrawiania i wypędzania złych duchów („Uzdrowiajcie chorych, wskrzeszajcie umarłych, oczyszczajcie trędowatych, wypędzajcie złe duchy!”) (Mt 10,8).

Lekarze nadal nie zdają sobie sprawy z leczącej lub chorobotwórczej mocy słów, emocji, gestów, przekonań, pragnień, wiary, nadziei, dotyku czy innych gestów miłości. Na szczęście ostatnio wraca do łask i znaczenia klinicznego forma dotyku, jako prozdrowotnego kontaktu. Jak wykazały badania naukowe oceniające prozdrowotny wpływ placebo, pod wpływem dobrego dotyku zwiększa się wydzielanie korzystnych neurohormonów.

Jednak w dzisiejszych czasach lekarz nie ma czasu na bezpośredni kontakt z chorym. Podczas rozmowy z chorym, zamiast słuchać go i obserwować jego mowę ciała, lekarz patrzy w ekran komputera, bo tego wymaga od niego system.

W czasie pandemii wymyślono teleporady. I tu kolejne nieporozumienie. Trudnych problemów zdrowotnych dotyczących chorego nie powinno się omawiać i załatwiać telefonicznie. Kontakt osobisty lekarza z chorym jest konieczny! Stanowczo nie jest to temat na teleporady. Ktoś taki jak statystyczny pacjent przecież nie istnieje. Każdy chory jest inny i choruje inaczej na tę samą chorobę. Zbieramy już negatywne żniwo tej formy relacji lekarza z chorym. Telemedycyna, teleopieka, teleporada to nie jest już ani moja medycyna ani Hipokratesa, prof. Andrzeja Szczeklika czy prof. Juliana Aleksandrowicza.

W rozmowie z chorym należy starać się wszystko upraszczać, wyjaśniać, bo jak wiadomo, w ciemności wszystko przeraża. Unikajmy trudnych, fachowych, niezrozumiałych dla chorego medycznych określeń, żargonu, a już na pewno nie używajmy nazw łacińskich, których chory z pewnością nie zrozumie. Nie trzeba się popisywać, to nie wzmocni naszego autorytetu.

W miarę możliwości należy podawać optymistyczne informacje, budzące nadzieję. Francuski psycholog i farmaceuta Émile Coué (1857–1926) wprowadził nowatorską metodę samowyzwalanej, świadomej autosugestii. Kazał swoim pacjentom codziennie przed pójściem spać powtarzać szeptem od 20 do 30 razy mantrę: „Z każdym dniem, pod każdym względem, czuję się coraz lepiej i lepiej”. U wielu chorych uzyskiwał znakomite efekty lecznicze.

Słowa trafiają głębiej niż nam się wydaje. Mogą przynieść wielką korzyść, ale i mogą wyrządzić istne spustoszenie w psychice pacjenta.

Chorzy w większości przypadków są niezwykle wyczerpani na negatywne komunikaty podawane przez lekarza. Unikać należy takich określeń jak „ciężka choroba” – lepiej powiedzieć „nie jest to łatwa do leczenia choroba”. Nie powinno się mówić przy chorym „stan terminalny”, a raczej powiedzieć coś takiego: „możemy spodziewać się pewnych powikłań, ale będziemy w tym razem i postaramy się jakoś sobie z tym powikłaniem poradzić”. Użycie formy liczby mnogiej pozwoli pacjentowi odczuć, że niezależnie od rokowania nie jest pozostawiony sam z diagnozą i planem leczenia, pokaże mu zaangażowanie i troskę lekarza, da przekonanie, że z jego stanem można „coś” zrobić, obniży poziom lęku.

Aby w rozmowie z chorym być wiarygodnym, trzeba wierzyć w to, co się mówi. Sprzężenie wiary chorego i lekarza w powodzenie leczenia i powrót do zdrowia czyni cuda. Dzięki synergiczności wspólne działania dają większe lub nowe efekty.

Jeszcze bardziej dewastujące może być słowo pisane. Wiemy, jak źle reagują chorzy na informacje zawarte w ulotce o leku. Lekarz powinien razem z chorym przeczytać informacje niezbędne przed rozpoczęciem stosowania leku, zwrócić uwagę na przeciwwskazania, środki ostrożności, interakcje np. z alkoholem oraz innymi lekami i wyjaśnić dawkowanie. Powinno się wyjaśniać leczące działanie substancji zawartych w leku i dopiero potem wspomnieć o ewentualnych niepożądanych skutkach ubocznych czy powikłaniach polekowych.

Podobnie rzecz się ma z podpisywaniem przez chorego świadomej zgody na operację. Idealnie, jeśli lekarz, najlepiej operator, przedstawia leczące działanie planowanej operacji i jednocześnie wyjaśnia choremu ewentualne zagrożenia mogące wystąpić w trakcie operacji lub po niej. Nie wolno chorego zostawiać samego z formularzem zgody na operację w ręku i zlecać Mu podpisanie tej zgody.

Słowo powinno być „testamentem czynu”, czyli czyn – postępowanie powinno być fizyczną realizacją znaczenia i treści słowa.

W relacji lekarz–chory należy pamiętać słowa prof. Marcina Kacprzaka, rektora Akademii Medycznej w latach

1955–1962, kiedy studiowałem medycynę na warszawskiej *Alma Mater*: „Lekarz czasem wyleczy, często może pomóc choremu, ale zawsze powinien pocieszać chorego”.

W podobnym duchu odnajduję zapis Ludwika Perzyny, lekarza, który wpłynął znacząco na rozwój medycyny w Polsce, zawarty w jego książce „Lekarz dla włościan, czyli rada dla pospólstwa” wydanej w roku 1793: „To, co jednemu (w domyśle choremu) może pomóc niekoniecznie drugiemu (w domyśle choremu) może pomóc, ba, czasem zaszkodzić może”. Ten genialny lekarz przewidział rozwój spersonalizowanej medycyny tak rozwijanej obecnie.

Znaczenie słowa w relacjach międzyludzkich podkreślał już chłop-bibliofil z Cisownicy na Śląsku Cieszyńskim – Jura Gajdzica (1777–1840), pisząc w swoich chłopskich „zapiśnikach” (pamiętnikach), że cała potęga Człowieka jest zawarta w słowie.

Relacji lekarza z pacjentem może przyświecać piękne powiedzenie Jana Pawła II: „Kochajmy bez żądania, mówmy bez obrażania i słuchajmy bez osądzania”.

W rozpoznawaniu chorób ważna jest wiedza medyczna lekarza, ale równie ważne są informacje uzyskane od chorego. Ja traktuję pacjenta jako eksperta w jego sprawach. Lekarz widzi najczęściej pacjenta po raz pierwszy, nic nie wie o nim, nic nie wie o jego dolegliwościach i chorobie. Dlatego tak ważnym jest, aby mieć czas wysłuchać chorego i jego najbliższych. Pięknie to ujął w swoich naukach dla studentów kanadyjski profesor medycyny William Osler (1849–1919), który odegrał kluczową rolę w przekształceniu organizacji i programu nauczania medycyny, podkreślając znaczenie doświadczenia klinicznego: „Listen to the patient, he is telling you the diagnosis” – „Słuchaj pacjenta, on ci mówi rozpoznanie choroby”.

Co się stało z klasycznym badaniem lekarskim chorego, którego uczyłem się z podręcznika profesora Witolda Orłowskiego (1874–1966) „Zarys ogólnej diagnostyki lekarskiej”? Do dzisiaj sięgam do tego podręcznika. Przypomnę, że badanie lekarskie składa się z badania podmiotowego i przedmiotowego. Badanie podmiotowe polega na zebraniu dokładnego wywiadu chorobowego i uzyskaniu informacji na temat całościowej oceny chorego. Badanie przedmiotowe, tzw. badanie fizykalne, składa się z czterech części: oglądanie, badanie ręczne, opukiwanie i osłuchiwanie.

Podczas badania musi zostać nawiązany dobry kontakt z pacjentem tzw. sojusz terapeutyczny i ma się na to załedwie 25 sekund. Co i jak ma mówić lekarz? Tego właśnie uczymy się jako lekarze przez całe zawodowe życie. O wartości i znaczeniu rozmowy z chorym stanowi kilka czynników. Około 10% rozmowy to treść merytoryczna, pozostałą część stanowi forma wypowiedzi, tembr głosu lekarza, mowa jego ciała, czyli gesty, spojrzenie, pozycja ciała itd. Ważne są takie pytania ze strony lekarza, jak np. „czy Pani mnie słyszy?”, „czy Pan mnie dobrze widzi?”. Pamiętam, jak któregoś dnia do gabinetu w przychodni chirurgicznej weszła o kulach, widocznie bardzo cierpiąca starsza Pani, ze złością wymalowaną na twarzy, już od wejścia zdenerwowana. Czuję, że nawiązanie sojuszu terapeutycznego w ciągu 25 sekund będzie trudne. Myślę,

od czego zacząć. I nagle podniosłem się z fotela i podbiegłem do chorej, pytając, gdzie zrobiła sobie takie piękne siwe pasemka na głowie. Chora stanęła i oniemiała. Ale spojrzała na mnie i uśmiechnęła się. Już wiedziałem, że dalej będzie dobrze. I tak się stało.

Innym razem pewna aktorka przed Bożym Narodzeniem przyszła do mnie z mamą, która miała trudne powikłania okołostomijne. Mama była bardzo wystraszona, zdenerwowana i zboląła. Tym razem zacząłem od śpiewania kolędy „Wśród nocnej ciszy”. Po czterech zwrotkach chora z uśmiechem powiedziała „Niech Pan ze mną robi, co Pan zechce”. Mieliśmy już dobry kontakt.

Słyszałem, jak kiedyś kardiolog podczas obchodu przy jednym z pacjentów powiedział, że chory ma „rytm cwałowy serca”. Taki rytm oznacza ciężką niewydolność serca, źle rokujący objaw. Ale chory skojarzył sobie rytm cwałowy z cwałem konia, co zinterpretował jako objaw dobrze rokujący i wbrew rokowaniom wyzdrowiał. Przy innej chorej lekarz nieopatrznie określił jej stan jako terminalny. Chora to usłyszała i tego samego wieczoru zmarła. Czyżby autosugestia? Wpływ psychiki na kondycję i funkcjonowanie organizmu jest potężny! Lepiej takich sytuacji unikać i uważać, co się mówi przy chorym.

Często do pacjenta mówimy: „Proszę zadbać o siebie”. Ale co to konkretnie znaczy? Każdy może rozumieć to inaczej. Czy nie lepiej zalecić konkretnie, prostym językiem co chory ma jeść, ile i jak ma się ruszać itp. Większość chorych nie doświadczyła troski o siebie.

Większość dorosłych pacjentów nie była w dzieciństwie mądrze kochana przez rodziców. Tacy mniej siebie cenią, są niedowartościowani, nie potrafią zadbać o siebie, prosić o pomoc. Lekarz w rozmowie z takimi chorymi musi pamiętać o ich trudnym dzieciństwie. Tacy są szczególnie nadwrażliwi na negatywne informacje. Jeśli pacjent w dzieciństwie i młodości słyszał często od rodziców „martwię się o Ciebie”, to – nauczony, że gdy ma kłopoty, choruje, to mama jest smutna, zaś tata nerwowy, a tego każde dziecko chce przecież unikać – jako dorosły może mieć utrwalone zatajanie negatywnych informacji przed rodziną, otoczeniem, nie chcąc być ciężarem, źródłem smutku i zmartwień. Wręcz może starać się „zasłużyć” na zadowolenie, uśmiech rodziny, opiekunów. Może się zdarzyć, że nie przyzna się lekarzowi do wszystkich dolegliwości, obserwując uważnie spojrzenie lekarza, wyraz jego twarzy, gesty towarzyszące słuchaniu i mówieniu podczas wywiadu. Żeby nie być problemem.

By usłyszeć pacjenta, trzeba nauczyć się go słuchać. Trzeba też nauczyć się widzieć go, a nie tylko patrzeć w jego stronę. Kiedy go widzimy i słuchamy, uważnie i życzliwie obserwujemy, nawet gdy milczy, zrozumiemy, co komunikuje „między wierszami” albo obrazem, który nam wysyła.

Słowo zawsze działa na umysł chorego. Często podświadomie. Tworzy się wirtualna rzeczywistość, w którą zostaje wciągnięte ciało chorego. Jako lekarze powinniśmy więc używać w rozmowie z chorym dobrych słów i określeń, wyrażających empatię, jak „dobrze, że jesteś”, „zostań ze mną”, „zajmę się Tobą”, „jesteś w dobrych rękach” itp.

Jak mówią eksperci, nasz mózg nie rozumie zaprzeczeń, słowa NIE. Unikajmy więc sformułowań z „nie”. Jeśli powie-

my: „proszę się nie martwić”, do przestraszonego, niepewnego własnego stanu, sytuacji, rokowań pacjenta dotrze tylko ostatni wyraz. Jego podświadomość zarejestruje, że lekarz mówił coś o zmartwieniu. Bardzo ważne jest, żeby nasze komunikaty formułować w sposób pozytywny. Szczery, uczciwy ale niepozabawiający nadziei. Mobilizujący do walki o powrót do zdrowia i formy. Czyli mówić „proszę być dobrej myśli”.

W relacji z chorym unikajmy definitywnych sformułowań i druzgocących rozpoznań choroby. Lepiej choremu nie mówić, że cierpi na ciężką chorobę. Raczej powiedzieć: „Zrobimy wszystko, aby Pana organizm poradził sobie z tą chorobą, ale może nie być lekko”.

Kiedy i jak mówić choremu prawdę o jego stanie zdrowia? Na ten temat wiele już powiedziano i napisano. Ale radziłbym tu zachować umiar, indywidualną ocenę każdego pacjenta. Trzeba wybrać odpowiedni dla chorego moment, odpowiednie miejsce i odpowiedni sposób przekazania prawdy. Przekazujemy tylko prawdę, która nie zabije chorego. Na pewno nie należy przekazywać prawdy o chorobie telefonicznie, w czasie jazdy samochodem, w windzie, na korytarzu, w tzw. przelocie. Musi to być rozmowa bezpośrednia, patrząc sobie w oczy. W rozmowie lekarz musi być przekonujący i wiarygodny. A co najważniejsze, przekazywana choremu prawda o jego stanie zdrowia musi mu dawać nadzieję. Bez nadziei nie ma człowieka. Dopóki jest nadzieja, dopóty jest życie, jest Człowiek.

Pamiętam młodego mężczyznę, którego operowałem z powodu raka trzustki. Niestety nic nie można było już zrobić. Rokowanie złe, około 3–4 miesiące życia. Po operacji kilka razy dziennie pytał mnie, co z nim będzie. Byłem nieco zirytowany, dlaczego on tak mnie męczy tymi pytaniami. Okazało się, że planował wzięcie dużego kredytu na budowę hotelu. W tej sytuacji usiadłem obok niego, wziąłem za rękę i powiedziałem, że jeśli to ja byłbym w jego sytuacji i z taką chorobą, to na pewno nie brałbym kredytu przynajmniej przez rok. Musiało to zabrzmieć wiarygodnie, bo już więcej się nie pytał. Rana się zagoiła. Został wypisany do domu. Po trzech miesiącach przyszła do kliniki żona z informacją, że chory zmarł. Bardzo trudna sytuacja i bardzo to osobiście przeżyłem.

Wiemy, że ostatnim zmysłem, który zostaje wyłączony podczas wprowadzania chorego w stan znieczulenia ogólnego, jest słuch. W związku z tym trzeba szczególnie uważać w sali operacyjnej podczas usypiania chorego. Należy się powstrzymać od wszelkich rozmów, komentarzy na temat chorego i planowanej operacji aż do momentu, gdy anestezjolog pozwoli rozpocząć operację. Kończąc operację, możemy pozytywnie wyrażać się o stanie zdrowia pacjenta, o powodzeniu operacji, nie wspominając nic o niepowodzeniu operacji, bo tak do końca nie wiemy, kiedy wraca percepcja słuchu. Ja często, jak tylko sytuacja kliniczna pozwala, śpiewam podczas operacji, a zwłaszcza w momencie wybudzania chorego ze znieczulenia ogólnego tzw. narkozy. Śpiewam pieśni pozytywne typu „Alleluja” Leonarda Cohena lub „Wonderful world” Louisa Armstronga.

W relacji z chorym zawsze należy odpowiadać na jego pytania i upewnić się, czy rozumie nasze wyjaśnienia. To,

co jest niezrozumiałe dla chorego, zwykle interpretuje On to na swoją niekorzyść.

Szczególnie na dobór słów i sposób mówienia muszą zwracać lekarze zajmujący się chorobami intymnych okolic ciała, jak np. proktolodzy, ginekolodzy, dermatolodzy, seksuolodzy. Staramy się unikać lekceważącego tonu głosu, okazywania niesmaku, szyderstwa, zalotów czy przesadnego zachwyty. Trzeba uważać na każde wypowiedziane słowo, aby nie było podtekstu erotycznego, braku szacunku do chorego, poszanowania intymności chorego.

Lekarz powinien rozmawiać z chorym zgodnie z wiedzą i własnym sumieniem. W rozmowie powinien zaszcześcić jak najwięcej nadziei i wiary w skuteczność leczenia. Nie zostawiać chorego sam na sam z niezrozumiałymi dla niego informacjami medycznymi. Często teraz, pracując w szpitalu jako konsultant i jako rzecznik praw pacjenta, biorę udział w obchodach lekarskich. Widzę, jak lekarze w pośpiechu przekazują jakieś informacje chorym, którzy nie rozumieją tego, co im przekazano. Idąc na końcu, zostają z chorym i tłumaczę, co taka informacja oznacza i co do nich mówiono.

Wszystko to, co powyżej napisałem, sam osobiście przeżywałem i nadal przeżywam. Dziękuję Opatrzności za prawie 60 lat lekarskiej posługi chorym. Widzę ogromną rolę słowa mówionego i pisanego w relacjach lekarz–chory. Martwi mnie tylko postępująca technizacja medycyny. Mamy ogromny postęp techniczny w medycynie, ale chorzy są tacy sami jak dawniej, z całym należnym istocie ludzkiej bogactwem indywidualnych cech osobowości i bagażem osobistych doświadczeń. Lekarze coraz mniej rozmawiają z chorymi. Rozumiem i akceptuję postęp

techniczny, cenię i korzystam z dobrodziejstw, które niesie laparoscopia, robotyzacja w medycynie, bioinżynieria, biotechnologia, internet itd. Ale gdy będziesz spragniony i chory, to kto Ci poda szklankę wody i pogłaszcze po rękę? Nadal twierdzę, że w chorobie najlepszym czynnikiem leczącym jest obecność drugiego człowieka.

PIŚMIENNICTWO

1. Tischner J. Krótki przewodnik po życiu. Kraków: Wydawnictwo Znak, 2017.
2. Eichelberger W, Stanisławska IA. Być lekarzem, być pacjentem. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca, 2013.
3. Doroszewski J, Kulus M, Markowski A. Porozumienie z pacjentem. Warszawa ABC Wolters Kluwer business, 2014.
4. Perzyna L. Lekarz dla włościan, czyli rada dla pospólstwa w chorobach i dolegliwościach naszemu kraiovi albo właściwych, albo po większej części przyswoionych, każdemu naszego kraiu mieszkańcowi do wiadomości potrzebna. Kalisz, 1793.
5. Nozderko A. Medycyna? Nie jest na sprzedaż. Warszawa: Wydawnictwo Aluna, 2020

Podziękowanie

Autor dziękuje dr Monice Pujdak –Brzezinka za konsultację psychologiczną

AUTOR KORESPONDENCYJNY

Krzysztof Bielecki

Szpital Solec sp. Z o.o. ,ul. Solec 93, 00-382 Warszawa, Polska

tel: +48602256329

e-mail: prof.bielecki@gmail.com