

Rola relacji lekarz-pacjent w diagnostyce i leczeniu chorób nowotworowych

Autor tekstu: **Artur Pilaciński**

Rak jest chorobą wdzierającą się we wszystkie sfery życia chorego: dotykającą jego najbliższe otoczenie, czasami zupełnie dezorganizując wcześniejsze (tj. przedchorobowe) relacje, wspólne plany. Obecna bezsilność nauki zarówno w zwalczaniu, jak i identyfikacji przyczyn nowotworów potęguje wrażenie, że rak jest choroba tajemniczą i warunkuje pewien specyficzny odbiór społeczny osób chorych. Można stwierdzić, że często ich sytuacja podobna jest do tej w jakiej znajdują się chorzy psychicznie: otoczenie odbiera ich z pewnym lękiem, o którego przyczynach możemy tylko domniemywać. Ten element specyficznego odbioru pacjentów z nowotworem wydaje się szczególnie istotny, jeśli wziąć pod uwagę, że trudno może być wykorzenić go z kontaktów chorego z pracownikami służby zdrowia.

W kształceniu personelu medycznego coraz większą wagę przykładana się do przekazywania wiedzy o pozamedycznych aspektach choroby, co pozostaje nie bez związku z najnowszymi odkryciami psychobiologii (szczególnie psychoneuroimmunologii), opisującymi pozytywny związek pomiędzy stanem psychicznym pacjenta a szansami wyleczenia (np. Wrześniewski, 2000). Mimo to, wydaje się, że w warunkach polskiej służby zdrowia praktyka w tym zakresie może odbiegać od „wysokich standardów”, zarówno z powodu niedostatku materialnego lecznictwa, jak i pewnej kultury panującej w instytucjach opieki zdrowotnej. Tak lekarze, jak i pielęgniarki nie wiedzą często, jak traktować osoby u których stwierdzono nowotwór, zwłaszcza jeśli rokowania są niepomyślnie. Szczególnie ważny jest ten problem w przypadku lekarzy, bowiem to oni odgrywają niezwykle ważną rolę w starciu pacjenta z chorobą nowotworową. To właśnie lekarz dostarcza pacjentowi informacji o przyszłości: komunikuje diagnozy, określa szanse wyleczenia. Można przyjąć, że choć pielęgniarki i inny personel medyczny warunkują jakość życia chorego podczas pobytu w szpitalu, o tyle do lekarza należy rola kluczowa: uwolnienia pacjenta od głównej przyczyny cierpienia. Stąd kontakt pacjenta z lekarzem jest ważny dla całego procesu zmagania z chorobą nowotworową: od jego przebiegu w dużym stopniu zależy sukces leczenia.

Zdarza się często, że nastawienie pacjenta wobec lekarza ma wpływ na chorobę jeszcze przed jej rozwinięciem się. Istnieje szereg stwierdzonych związków pomiędzy stylem czy środowiskiem życia człowieka, a prawdopodobieństwem rozwinięcia się u niego choroby nowotworowej (ibid.). Oparte na nich wnioski: korzyści z zachowań prozdrowotnych oraz zagrożenia płynące np. z palenia tytoniu są szeroko nagłaśniane w mediach, w czym upatruje się sposobu docierania do szerokich rzesz odbiorców. Również lekarze często udzielają pacjentom bezpośredniej informacji odnośnie do konieczności zmiany trybu życia, przeprowadzki z uciążliwego miejsca zamieszkania, itp. Od stosunku pacjenta do tych zaleceń będzie zależało ich wypełnianie, co bezpośrednio przekłada się na późniejsze szanse zachorowania. Jeśli lekarz udziela informacji oraz przedstawia zalecenia w sposób zbyt kategoryczny, opowiadając pacjentowi o konsekwencjach niestosowania się do nich, może wywołać tym zbyt duży lęk i w konsekwencji unikanie przez pacjenta przykrych informacji (Aronson i in. 2003). Podobnie ma się sytuacja z przyjmowaniem leków czy poddawaniem się zaleceniom lekarza w odniesieniu do chorób na które pacjent cierpiał przed zachorowaniem — w tym przypadku negatywne konsekwencje mogą ujawniać się na dwa sposoby: po pierwsze, nielezione mogą owocować osłabieniem odporności organizmu, co ma wpływ na późniejszy proces leczenia ewentualnego nowotworu; po drugie, unikowy styl reagowania na zalecenia lekarskie (czyli mówiąc wprost: ignorowanie ich) może się utrwalić i przełożyć na zachowanie pacjenta w innych sytuacjach.

Jeśli pomiędzy lekarzem a pacjentem będzie istnieć odpowiednia nić porozumienia-współpracy w fazie przedchorobowej, ułatwi to również proces diagnostyczny. Pacjent ma wówczas większe szanse na wykrycie niepokojących zmian oraz zdecydowanie większą motywację, by udać się do lekarza, informując go o dolegliwościach. Podobnie gotowość pacjenta do zgłoszenia lekarzowi zaobserwowanych zmian może być wyższa, jeśli zna on lekarza i ma do niego zaufanie. [1] Czynnikiem zaufania odnosi się też do całego środowiska medycznego: pacjent postrzega wizytę u lekarza w kategoriach normalnego procesu decyzyjnego (Heszen-Niejodek, 2006), ważąc potencjalne straty (czas, pieniądze, dobre samopoczucie) i zyski (wyleczenie), więc jeśli nie pokłada wiary w możliwościach medycyny

być lekarze wydają mu się osobami niegodnymi zaufania, z pewnością opóźni to podjęcie przez niego leczenia, co jak wiadomo może mieć zgubny wpływ na jego przebieg.

Ważny jest też czynnik wstydu, jaki może w pacjencie wzbudzać perspektywa przyznania się lekarzowi do określonych dolegliwości, jeśli np. wiążą się one z intymnymi okolicami ciała. Wydaje się, że szczególnie na takie odczucia są narażeni mężczyźni: w ich przypadku, opowiedzenie o problemie lekarzowi-kobiecie jest często traktowane jako przyznanie się do słabości. W przypadku mężczyzn, czynnikiem powstrzymującym przed zgłoszeniem lekarzowi problemów może być też związane np. z lękiem przed bezpłodnością czy utratą pełnej sprawności psycho-fizycznej, jaka groziłaby im w razie niepomyślnego rozpoznania.

Można więc uznać, że na tym etapie pacjent powinien móc oczekiwać przede wszystkim akceptacji ze strony lekarza. Dzięki niej, łatwiej będzie mu przyznać się do zaobserwowanych zmian, a jeśli lekarz wykazuje autentyczną troskę i podczas spotkań z pacjentem nie poprzestaje na rutynowych, zdawkowych pytaniach o stan zdrowia, istnieje duża szansa, że pomoże to w odpowiednio szybkim wykryciu ewentualnej choroby nowotworowej.

Na osobne omówienie zasługuje też kontekst wstępnych badań mających na celu weryfikację podejrzenia nowotworu. Lekarz, chcąc dbać przede wszystkim o dobro pacjenta, powinien zachować delikatność w powiadamianiu go co do swoich podejrzeń i celu przeprowadzenia badań — ze względu na emocje, jakie słowo „rak” wywołałoby — bez względu na dodanie do niego słów „być może” — zarówno u pacjenta, jak i jego najbliższych (Wirsching, 1994). Również komunikowanie (niepomyślnego) rozpoznania, powinno wymagać od lekarza odpowiedniego taktu, rzeczowości i jednocześnie zachowania odpowiedniej empatii wobec pacjenta, starając się jednocześnie dostosować ilość i rodzaj udzielanych informacji o możliwościach dalszego leczenia do aktualnego stanu psychicznego pacjenta.

Ważnym elementem jest tu również sposób, w jaki lekarz porozumiewa się z pacjentem. Kwestia doboru słów przez lekarza jest niebagatelna, bowiem często pacjenci, wobec żargonu którym zostali zasypani przez lekarza, nie podejmują samodzielnych prób zrozumienia natury i mechanizmu choroby, czyli *de facto*, pozostają w niewiedzy odnośnie swojego aktualnego stanu (Heszen-Niejodek, 2006). Można domniemać, że używanie żargonu stanowi pewną formę obrony lekarzy przed przykrymi emocjami, jednak nie należy zapominać, że w diadzie pacjent-lekarz, to pacjent jest ważniejszy i to jego dobro (a więc również prawo do informacji o stanie własnego zdrowia) powinno być stawiane na pierwszym miejscu.

Podjęcie przez pacjenta leczenia, popycha go niejako w nową fazę kontaktów z lekarzem: ten pierwszy oddaje część kontroli nad swoim życiem w ręce drugiego. Od tej chwili to lekarz staje się główną osobą odpowiedzialną za życie chorego i to on dysponuje największym zestawem informacji odnośnie postępów choroby. W tym okresie zaufanie ponownie odgrywa niezwykle istotną rolę, przy czym można dostrzec pojawienie się (czy też silniejsze zarysowanie) elementu wzajemności w relacji: pacjent powinien zaufać lekarzowi że ten zna i stosuje najskuteczniejsze środki leczenia choroby na danym jej etapie, jednocześnie lekarz wierzy pacjentowi, że ten stosuje się do zaleceń i powierza mu prawo wyboru określonych alternatyw w procesie leczenia (np. decyzję o podjęciu bądź nie — chemioterapii).

Ten idealny model relacji opartej na zaufaniu, w rzeczywistości pełen jest wypaczeń, zarówno ze strony lekarzy, jak i pacjentów. Zdarza się, że lekarze podejmują decyzje bez wiedzy i zgody pacjentów, czasem wręcz ich oszukując (np. co do stanu zdrowia, czy skutków ubocznych zabiegów). Z drugiej strony, chory może nie stosować się do zaleceń lekarza, wątpiąc w skuteczność terapii lub żywiąc przekonanie (czasem uzasadnione!), że zalecane leki czy zabiegi mu szkodzą (ibid.). W takich wypadkach, chorym zdarza się też uciekać do środków paramedycyny, w nadziei że za ich sprawą powiedzie się wyleczenie którego nie może dać im tradycyjna medycyna. Często podejmują takie działania w tajemnicy przed lekarzem, nierzadko też rezygnując przy tym z leczenia. Można przypuszczać, że jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest fakt, że uzdrowiciele czy szamani mają znacznie większą możliwość wywierania wpływu: choćby dlatego, że dysponują czasem, (którego brak jest zapracowanym lekarzom), w związku z czym mają szansę wzbudzić w chorym zaufanie i dać mu fałszywą nadzieję. Takie 'dawanie nadziei' jest dla przeciętnego pacjenta dużo bardziej zrozumiałe, niż skomplikowane procedury medyczne, wobec czego jego samopoczucie jest zapewne dużo lepsze, niż podczas klasycznej terapii, często wbrew faktycznemu stanowi zdrowia. Zatem, im mniejsze zaufanie pacjenta do lekarza, tym większa szansa, że zacznie on walczyć z nowotworem na własną rękę, mogąc przy tym — bardziej lub mniej świadomie — sobie szkodzić.

Z pewnego punktu widzenia, jako czynnik zakłócający leczenie, można też postrzegać

zbyt emocjonalny stosunek lekarza do pacjenta lub do samego celu, jakim jest wyleczenie. Szczególnie widoczne jest to w przypadku chorób śmiertelnych, gdzie wiadomo, że walka toczy się o życie. Jeśli wola ratowania pacjenta za wszelką cenę będzie w lekarzu najsilniejszym motywatorem, może okazać się, że podejmuje on działania dyrektywnie, nie licząc się ze zdaniem pacjenta — jego celami, pragnieniami — a często zadając tylko zbędne (np. w terminalnej fazie choroby) cierpienie. Taka postawa lekarza wobec choroby z pewnością zasługuje na obszerniejsze omówienie w osobnej pracy.

Istotnego aspektu relacji, można też upatrywać w swoistej triadzie „lekarz-pacjent-rodzina”, ponieważ często z niej pochodzić mogą różne utrudnienia dla procesu terapii. Często mogą one wynikać z uwikłania lekarza w konflikt pomiędzy rodziną a pacjentem. Jeśli przyjąć, że lekarz powinien być sprzymierzeńcem pacjenta, stawia go to w niezręcznej sytuacji, gdy występuje konflikt pomiędzy oczekiwaniami chorego, a jego rodziny. Może on mieć postać np. rozbieżności co do uznawania sensu dalszej terapii (szczególnie dotyczyć to może terminalnej fazy choroby), gdy rodzina namawia pacjenta do leczenia, wbrew jego woli. Lekarz który pozwoli uwikłać się w taki konflikt, traci zaufanie pacjenta i zamiast sprzymierzeńca, zaczyna być postrzegany jako „zdrajca”. Podobnie jest, gdy wyjdzie na jaw ukrywanie przed pacjentem prawdy o stanie jego zdrowia, w sytuacji gdy lekarz w sekrecie przekazywał te informacje rodzinie.

Sytuacja, gdy choroba wchodzi w fazę leczenia paliatywnego, jest odmienna od wcześniejszych. Lekarz traci wówczas swoją aurę człowieka, który może uratować chorego. Wówczas relacja pomiędzy nim a pacjentem przechodzi w zupełnie inny wymiar: ogłoszenie bezcelowości leczenia, oznacza dla pacjenta powoli zbliżający się kres życia, dla lekarza zaś może oznaczać przegraną, jeśli tylko myśli on o leczeniu raka w kategoriach wyzwania. Kiedy wysiłki medycyny zawodzą, lekarz staje przed koniecznością wyboru: podjąć nowe 'wyzwanie' (skierować uwagę na tych pacjentów, których jeszcze można wyleczyć), czy wykorzystać dostępne możliwości, aby zapewnić choremu jak największy komfort w kończącym się życiu. Jest oczywiste, że dla wielu lekarzy terapia paliatywna — ograniczająca się często jedynie do podawania coraz większych dawek środków przeciwbólowych — może stanowić porażkę, jednak warto zauważyć, że w tym końcowym okresie leczenia, pacjentowi jak nigdy potrzebne jest wsparcie innych. Jeśli lekarz będzie odczuwał niepowodzenie leczenia jako porażkę, chory niechybnie przejmie od niego taki sposób widzenia własnej sytuacji. Z kolei, spokój i akceptacja stanu rzeczy, jeśli płyną od lekarza, mogą pomóc choremu w radzeniu sobie z emocjami jakie towarzyszą świadomości umierania.

Pewnych aspektów choroby nowotworowej nie można odkryć w laboratoriach, nawet stosując najdoskonalsze techniki badawcze. Są to te wszystkie jej przejawy, które dotyczą subiektywnej, najbardziej ludzkiej strony życia. Gdy medycyna zawodzi, okazuje się, że właśnie świadomość tych pozabiologicznych aspektów raka jest najważniejszą rzeczą, jaką lekarz może dać pacjentowi.

Literatura:

- Aronson, E. i in. (2003) Psychologia społeczna. Poznań: Zysk i S-ka.
- Heszen, I. (2006) Kliniczna psychologia zdrowia. W: Sęk, H. (red) Psychologia kliniczna, t.2. Warszawa: PWN.
- Wirsching, M. (1994) Wokół raka. Gdańsk: GWP.
- Wrześniewski, K. (2000) Psychologiczne uwarunkowania chorób somatycznych. W: Strelau, J. (red.) Psychologia. Podręcznik akademicki. Gdańsk: GWP.

Przypisy:

[1] Taka stałość osoby lekarza prowadzącego może być trudna do zapewnienia w polskich warunkach, ze względu na częstą rotację personelu w ZOZ-ach.

Artur Pilaciński

Studiuje psychologię i kognitywistykę na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

[Pokaż inne teksty autora](#)

(Publikacja: 16-02-2008)

[Oryginał.](http://www.racjonalista.pl/kk.php/s,5741) (<http://www.racjonalista.pl/kk.php/s,5741>)

Contents Copyright © 2000-2008 by Mariusz Agnosiewicz
Programming Copyright © 2001-2008 Michał Przech

Autorem tej witryny jest Michał Przech, zwany niżej Autorem.
Właścicielem witryny są Mariusz Agnosiewicz oraz Autor.

Żadna część niniejszych opracowań nie może być wykorzystywana w celach komercyjnych, bez uprzedniej pisemnej zgody Właściciela, który zastrzega sobie niniejszym wszelkie prawa, przewidziane w przepisach szczególnych, oraz zgodnie z prawem cywilnym i handlowym, w szczególności z tytułu praw autorskich, wynalazczych, znaków towarowych do tej witryny i jakiegokolwiek ich części.

Wszystkie strony tego serwisu, wliczając w to strukturę podkatalogów, skrypty JavaScript oraz inne programy komputerowe, zostały wytworzone i są administrowane przez Autora. Stanowią one wyłączną własność Właściciela. Właściciel zastrzega sobie prawo do okresowych modyfikacji zawartości tej witryny oraz opisu niniejszych Praw Autorskich bez uprzedniego powiadomienia. Jeżeli nie akceptujesz tej polityki możesz nie odwiedzać tej witryny i nie korzystać z jej zasobów.

Informacje zawarte na tej witrynie przeznaczone są do użytku prywatnego osób odwiedzających te strony. Można je pobierać, drukować i przeglądać jedynie w celach informacyjnych, bez czerpania z tego tytułu korzyści finansowych lub pobierania wynagrodzenia w dowolnej formie. Modyfikacja zawartości stron oraz skryptów jest zabroniona. Niniejszym udziela się zgody na swobodne kopiowanie dokumentów serwisu Racjonalista.pl tak w formie elektronicznej, jak i drukowanej, w celach innych niż handlowe, z zachowaniem tej informacji.

Plik PDF, który czytasz, może być rozpowszechniany jedynie w formie oryginalnej, w jakiej występuje na witrynie. **Plik ten nie może być traktowany jako oficjalna lub oryginalna wersja tekstu, jaki zawiera.**

Treść tego zapisu stosuje się do wersji zarówno polsko jak i angielskojęzycznych serwisu pod domenami Racjonalista.pl, TheRationalist.eu.org oraz Neutrum.eu.org.

Wszelkie pytania prosimy kierować do redakcja@racjonalista.pl