

Katarzyna Kamińska¹, Kamil Bielak¹, Marzena Świstak² 

¹Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Lekarski, al. Raławickie 1, 20-059 Lublin

²Uniwersytet Marii Curie – Skłodowskiej w Lublinie, Wydział Prawa i Administracji, Instytut Nauk Prawnych, Katedra Prawa Informatycznego i Zawodów Prawniczych, Pl. M. Curie – Skłodowskiej w Lublinie, 20 – 031 Lublin

e- mail: katarzynaakaminska00@gmail.com

DEONTOLOGIA PROCESU KOMUNIKACJI POMIĘDZY LEKARZEM ONKOLOGIEM I PACJENTEM DEONTOLOGY OF THE COMMUNICATION PROCESS THE ONCOLOGIST AND THE PATIENT

ABSTRACT

The research objective the authors have set themselves is to discuss ethical aspects relating to the oncologist-patient relationship in the context of cancer treatment. The authors consider the problem of ethical aspects such as the autonomy of the patient, i.e. his/her right to self-determination and to decide on his/her treatment, and trust, which is the foundation of the doctor-patient relationship. Issues relating to the doctor's independence and his or her loyalty to the patient are also referred to. The authors helpfully refer to principles derived from the SPIKES protocol to help overcome basic communication difficulties. Indeed, communicating unhelpful information should be a basic skill of the oncology physician and should be based on deontological principles, moral values, and a proper communication process, all of which are indispensable in the context of effective cancer treatment, while, of course, complying with current legislation. As a result of the research, it was noted that the area of cancer treatment is a particularly difficult area of interface between current legislation, deontological norms and the treatment process. It is therefore crucial to find a so-called 'third way' that, while respecting the applicable law, will allow the patient to feel treated with dignity, with the highest possible ethical standards.

This article is a starting point for further research work around aspects of patient rights, particularly in the context of the right to information, in the context of a specific category of people undergoing cancer treatment. This issue is extremely complex, multifaceted, interdisciplinary and, due to its topicality, deserves an in-depth study. In conducting the research, a method of analysis was used which included current studies, reports relating to the issue of communication between the oncologist and the patient. In addition, a formal and dogmatic method was used to identify legal issues.

KEY WORDS: SPIKES protocol, oncology patient, the right to information.

STRESZCZENIE

Celem badawczym jaki postawili sobie autorzy jest omówienie aspektów etycznych odnoszących się do relacji lekarz onkolog - pacjent w kontekście leczenia chorób nowotworowych. Autorzy rozważają problem aspektów etycznych, takich jak autonomia pacjenta, czyli jego prawo do samostanowienia i decydowania o swoim leczeniu, oraz zaufanie, które jest fundamentem relacji między lekarzem a pacjentem. Przywoływane są również kwestie związane z niezależnością lekarza i jego lojalnością wobec pacjenta. Autorzy pomocniczo odwołują się do zasad wynikających z protokołu SPIKES, który ma pomagać w przewyżnianiu podstawowych trudności komunikacyjnych. Przekazywanie niepomysłnych informacji powinno bowiem stanowić podstawową umiejętność lekarza onkologa i opierać się na zasadach deontologicznych, wartościach moralnych, właściwym procesie komunikacji, które są nieodzowne w kontekście efektywnego leczenia chorób nowotworowych, oczywiście z zachowaniem obowiązujących przepisów. W wyniku przeprowadzonych badań zauważono, że obszar terapii chorób nowotworowych jest szczególnie trudnym obszarem styku obowiązujących przepisów prawa, norm deontologicznych i procesu leczenia. Kluczowe jest zatem odnalezienie tzw. trzeciej dro-

gi, która pozwoli – przy jednoczesnym poszanowaniu obowiązującego prawa – zapewnić pacjentowi poczucie bycia traktowanym z godnością, z zachowaniem jak najwyższych standardów etycznych.

STRESZCZENIE

Artykuł jest punktem wyjścia do prowadzenia dalszych prac badawczych wokół aspektów praw pacjenta, szczególnie w kontekście prawa do informacji, w kontekście szczególnej kategorii osób podlegających terapii onkologicznej. Problematyka ta jest niezmiernie złożona, wieloaspektowa, interdyscyplinarna, a ze względu na swoją aktualność, zasługuje na pogłębione opracowanie.

W prowadzeniu badań posłużono się metodą analizy obejmującej aktualne opracowania, raporty odnoszące się do kwestii komunikacji pomiędzy onkologiem – pacjentem. Ponadto, celem wskazania na zagadnienia prawne odwołano się metody formalno – dogmatycznej.

SŁOWA KLUCZOWE: protokół SPIKES, pacjent onkologiczny, prawo do informacji.

WSTĘP

Najnowsze dane epidemiologiczne wskazują na stały wzrost zachorowań na różnego rodzaju nowotwory w ostatnich latach, osiągając w 2020 roku wartość 171,2 tys. nowych zachorowań i 100,3 tys. zgonów z tego powodu (Didkowska et al., 2021). Specyfiką choroby nowotworowej jest jej dynamiczny przebieg, który wymaga od chorego umiejętności radzenia sobie w tej stale transformującej sytuacji. O tym, jak (i czy) chorzy radzą sobie z przeżyciami związanymi z chorobą decydują między innymi przekazywane komunikaty (informacje), jakie posiadają na temat choroby, leczenia i oddziaływania innych osób wobec choroby danej osoby. Brak wiarygodnych informacji o chorobie lub informacje fałszywe, oparte na stereotypach budują nieprzystosowane postawy emocjonalne wobec choroby i całego procesu leczenia (Żukowska, 2011).

Niewątpliwie dodatkowe trudności generuje długotrwałość zmagania się z chorobą nowotworową, co w konsekwencji determinuje zmiany w dotychczasowym sposobie życia i jego jakości. Terapia przeciwnowotworowa, poza oczekiwanymi korzyściami w postaci wyleczenia lub przedłużenia życia, prowadzi bowiem do wystąpienia szeregu niepożądanych objawów (Osoba, 2000). Skutki uboczne z zastosowanej terapii prowadzą do umiarkowanego lub silnego uczucia dyskomfortu, negatywnego obrazu własnej osoby i upośledzenia relacji międzyludzkich. Takie obciążenie psychiczne wynika z faktu zagrożenia życia, pojawienia się następujących czynników: dolegliwości bólowych, leczenia, uzależnienia od leków, od pomocy innego człowieka, konieczności powtarzających się hospitalizacji, utraty kontroli nad własnym życiem, oraz niepewności dotyczącej najbliższej przyszłości. Pacjent dotknięty chorobą nowotworową czuje bezsilność, nie może wpłynąć na przebieg choroby. Ten brak osobistego wpływu na przezwyciężenie choroby może pogłębiać bierną postawę wobec całego procesu leczenia (De Boer et al., 1995).

We wspomnianych warunkach, codzienna praca lekarza onkologa wiąże się z koniecznością prowadzenia rozmów z pacjentem i jego rodziną w kwestii postawionej diagnozy, przebiegu leczenia i niekorzystnego rokowania związanego z chorobą nowotworową. Relacja między onkologiem a pacjentem powinna opierać się na zasadach deontologicznych, wartościach moralnych, właściwym procesie komunikacji, które są nieodzowne w kontekście efektywnego leczenia chorób nowotworowych. Aspekty etyczne, takie jak autonomia pacjenta, czyli jego prawo do samostanowienia i decydowania o swoim leczeniu, oraz zaufanie są fundamentem relacji między lekarzem a pacjentem. Przywoływane są również kwestie związane z niezależnością lekarza i jego lojalnością wobec pacjenta (Wyszkowska et al., 2021).

Obszar terapii chorób nowotworowych jeszcze szczególnie trudnym obszarem styku obowią-

zujących przepisów prawa, norm deontologicznych i faktycznego procesu leczenia. Ten ostatni jest szczególnie wymagający, długotrwały, uciążliwy, generujący wiele zmian w otoczeniu pacjenta. Przy tym jest to sfera, która dotyka szczególnie wrażliwych praw, które zasługują na szczególną ochronę. Zasady te muszą być uzupełnione nie tylko o odpowiednie ramy prawne, które chronią prawa i wolności pacjenta oraz regulują działanie lekarza, ale także normy deontologiczne. Stąd też niewątpliwie jest to obszar badawczy, który powinien być rozwijany z korzyścią tak dla pacjentów onkologicznych, jak i lekarzy (Kowalska et al., 2010).

PROTOKÓŁ SPIKES JAKO NARZĘDZIE STOSOWANE W KOMUNIKACJI POMIĘDZY LEKARZEM ONKOLOGIEM I PACJENTEM ONKOLOGICZNYM

Pomocnym i bardzo praktycznym instrumentem, który może stanowić swoisty fundament w komunikacji pomiędzy lekarzem onkologiem i pacjentem onkologicznym jest protokół przekazywania niepomyślnych informacji SPIKES autorstwa Baile et al. (Baile et al., 2000) (tab. 1, 2). Jest to proces etapowany, co niewątpliwie odzwierciedla charakter stopniowego przekazywania pacjentowi niekorzystnych informacji.

Tabela 1. Protokół SPIKES — etapy przekazywania niepomyślnych informacji (Jarosz, 2013).

S	<i>Setting</i>	Stosowne otoczenie
P	<i>Perception</i>	Poznanie stanu wiedzy chorego
I	<i>Invitation</i>	Zaproszenie do rozmowy
K	<i>Knowledge</i>	Przekazanie informacji
E	<i>Emotions and Empathy</i>	Emocje i empatia
S	<i>Strategy and Summary</i>	Plan działania i podsumowanie

Tabela 2. Protokół SPIKES — pomocnicze zwroty (przykłady z literatury przedmiotu) (Jarosz 2013).

S	<i>Setting</i>	Proszę usiąść. Czy chciałby Pan/i, aby ktoś towarzyszył panu/i podczas tej rozmowy?
P	<i>Perception</i>	Co sądzi Pan/i o swoim stanie zdrowia?
I	<i>Invitation</i>	Czy potrzebuje Pan/i bardziej szczegółowych informacji? Czy chciałby Pan/i, abym przedstawił Panu/i szczegółowe wyniki badań?
K	<i>Knowledge</i>	Niestety, wyniki Pana/i badań nie są najlepsze. Czy wyraziłem się w sposób zrozumiały? Czy chce Pan/i, abym powtórzył jakieś kwestie?
E	<i>Emotions and Empathy</i>	Co najbardziej Pana/i martwi? Żałuję, że nie mam dla Pana/i lepszych informacji.
S	<i>Strategy and Summary</i>	Umówiłem Pana/i z radioterapeutą, który szczegółowo przedstawi plan leczenia napromieniowaniem.

DETERMINANTA S - SETTING A PRAWO DO INTYMNOŚCI I PRYWATNOŚCI
PACJENTA W ŚWIETLE KEL

Etap Setting jest pierwszym krokiem w procesie przekazywania niepomysłnych informacji. Autorzy protokołu SPIKE proponują, aby zorganizować pacjentowi stosowne miejsce i wyodrębnić czas spotkania z pacjentem. Wskazuje się kilka podstawowych wskazówek, które mają służyć osiągnięciu postawionego celu, zwłaszcza:

- lekarz powinien przeznaczyć czas wyłącznie dla chorego;
- wybierając termin przeprowadzenia rozmowy, należy zadbać o to, by chory nie odczuwał żadnych silnych dolegliwości;
- dobrze jest zapytać pacjenta, czy chce, aby w rozmowie uczestniczyła bliska mu osoba;
- należy zadbać, aby wybrana przestrzeń dawała poczucie intymności (osobne pomieszczenie lub wydzielenie miejsca na sali za pomocą parawanu), żeby nikt nie wchodził w czasie planowanej rozmowy;
- lekarz powinien zadbać o przekaz niewerbalny, okazując pewność siebie, spokój i opanowanie;
- rozmowa powinna przebiegać na siedząco, bez barier fizycznych (np. biurko, stolik).

Protokół niewątpliwie w swoich zaleceniach koresponduje z gwarancjami zawartymi w Kodeksie Etyki Lekarskiej (KEL), który stanowi, że lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności (art. 12 ust. 1 KEL). Wypada wspomnieć też treść art. 16 ust. 1 zd. 2 KEL, który wskazuje, że informowanie rodziny lub innych osób powinno być uzgodnione z chorym (z zastrzeżeniem, że pacjent nie jest nieprzytomny lub niepełnoletni, bowiem w takich przypadkach obowiązują inne reguły) (Kodeks etyki lekarskiej, 2023).

DETERMINANTY: P – PERCEPTION, I – INVITATION, K – KNOWLEDGE,
E - EMOTIONS AND EMPATHY A PODSTAWOWE ZASADY PRZEKAZYWANIA
NIEKORZYSTNYCH INFORMACJI ZAWARTE W KEL

W etapie protokołu SPIKE oznaczonym jako P – Perception, przed przekazaniem kluczowej informacji należy dowiedzieć się co chory wie o sytuacji zdrowotnej, w której się znajduje, pozwalając mu na swobodną wypowiedź. Można dzięki temu uzyskać informacje, które pomogą ocenić, jaką wagę będzie mieć dla chorego przekazywana niekorzystna wiadomość (skale dysproporcji między rzeczywistością medyczną a wiedzą pacjenta). Pomocne mogą okazać się pytania otwarte, np. Co myśli Pan/i o stanie swojego zdrowia? Co wie Pan/i o swojej chorobie? Jak Pan/i myśli, dlaczego zleciliśmy tyle badań? (Jarosz, 2013; Sobczak, 2014).

W kolejnym etapie I – Invitation należy ocenić, ile chory chce wiedzieć na temat swojego stanu zdrowia. Powinny pojawić się m. in. takie pytania jak: Czy chce Pan/i, abym szczegółowo wytłumaczył wyniki badań? Czy chce Pan/i porozmawiać o swojej chorobie, czy woli Pan/i, abym porozmawiał z Pana żoną/Pani mężem? Jeśli na tym etapie zajdzie interakcja z chorym, oznacza to chęć i gotowość kontynuowania tematu. Może się jednak zdarzyć, że pacjent onkologiczny przemilczy poruszony temat lub poprosi o przekazanie tych informacji osobie bliskiej. Takie zachowanie należy zinterpretować jako znak, że nie chce (lub nie jest gotowy) przyjąć dalszych informacji. W takiej sytuacji należy zakończyć rozmowę, ustalając dalsze postępowanie (zapropionować następne spotkanie lub ustalić, której osobie można przekazać stosowne informacje) (Jarosz, 2013; Sobczak, 2014).

Po przeprowadzeniu uprzedniego rozpoznania kolejnym etapem jest tzw. strzał ostrzegawczy

w etapie K – Knowledge. Pomocniczo można posłużyć się zwrotami: Niestety, nie mam dla Pana/i dobrych informacji. Wyniki badań nie są najlepsze. Sytuacja wygląda poważniej niż się spodziewaliśmy. Jest to kluczowy moment całej rozmowy. Dopiero gdy pacjent onkologiczny wyrazi zainteresowanie w stronę informacji przekazywanych przez lekarza np. pytając o szczegóły lub prosząc o rozwinięcie tematu, można pogłębić przekazywane informacje sposobem zwiezły i zrozumiały dla pacjenta (krótkie komunikaty z każdorazowym upewnieniem się, że zostały one prawidłowo zinterpretowane przez pacjenta). Gdyby nie było pozytywnej interakcji ze strony pacjenta onkologicznego, należy odstąpić od pogłębiania przekazu, bowiem możliwe jest zaistnienie ryzyka wzmocnienia mechanizmów obronnych oraz zmiany postawy wobec lekarza na negatywną. W takiej sytuacji można zaproponować spotkanie w innym terminie, dając choremu czas na oswojenie się z zaistniałą sytuacją (Jarosz, 2013; Sobczak, 2014).

W prowadzonym dialogu nie można zabraknąć sprzężenia emocjonalnego pomiędzy pacjentem onkologicznym, a onkologiem (determinanta E - Emotions and Empathy). Należy więc zidentyfikować emocje chorego i spróbować odkodować ich przyczyny. Pomocnicze mogą być pytania: Widzę, że jest Pan/i zmartwiony/a. Co najbardziej Pana/ią martwi? Należy reagować z empatią na emocje pacjenta. Można wyrazić głośno swoje odczucia, np. Chciałbym mieć dla Pana/i lepsze informacje. Załuję, że nie mam dla Pana/i lepszych informacji. Ważne, aby słowa były szczere, a postawa autentyczna i naturalna (Jarosz, 2013; Sobczak, 2014).

Zwłaszcza wspomniane cztery determinanty znajdują odzwierciedlenie w przepisach KEL. Artykuł 17 stanowi, że w razie niepomyślniej dla chorego prognozy, lekarz powinien poinformować o niej chorego z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji. Generalnie ustanawia się także zasadę, że lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź o leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie (art. 16 ust. 1 KEL). Reguła ta doznaje ograniczenia, gdy pacjent jest nieprzytomny lub niepełnoletni (art. 16 ust. 2-3 KEL). Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia, a przekazywane pacjentowi onkologicznemu informacje powinny być sformułowane w sposób dla niego zrozumiały (art. 13 ust. 1-2 KEL) (Kodeks etyki lekarskiej 2023).

DETERMINANTA S - STRATEGY AND SUMMARY REGULY INFORMOWANIA O MOŻLIWOŚCI LECZENIA ZAWARTE W KEL

Na koniec procesu komunikacji z pacjentem należy poczynić podsumowanie oraz ustalić dalszy plan postępowania (S - Strategy and Summary), upewniając się, że informacje przekazane zostały właściwie, że chory je właściwie zrozumiał i zapamiętał. Niezmiernie ważne dla pacjenta jest przedstawienie planu działania z podkreśleniem, że taki plan istnieje. Pozwala to choremu na zachowanie nadziei, czyli oczekiwania czegoś dobrego w przyszłości. Istotne jest więc aktywne włączenie pacjenta w proces decyzyjny dotyczący planowania dalszego postępowania. Daje to choremu poczucie możliwości zachowania wpływu na swoje życie, zmniejsza niepewność i niepokój (Jarosz, 2013; Sobczak, 2014).

Tego typu podejście znajduje odzwierciedlenie w przepisach KEL, które stanowią, że relacje między pacjentem, a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu; dlatego pacjent powinien mieć prawo do wyboru lekarza (art. 12 KEL). Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. Informacja

udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały. Powinien również poinformować pacjenta o stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych i spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego (art. 13 KEL). Lekarz leczący nie może sprzeciwiać się także, by chory zasięgał opinii o stanie swego zdrowia i postępowaniu lekarskim u innego lekarza, a wręcz na prośbę pacjenta powinien ułatwić mu taką konsultację (art. 18 KEL). Na życzenie pacjenta powinien ułatwić mu taką konsultację. Lekarz podejmujący się opieki nad chorym powinien starać się zapewnić mu ciągłość leczenia, a w razie potrzeby także pomoc innych lekarzy (art. 20 KEL), zatem planowanie (czy strategia działania) są niezbędne w procesie prawidłowego leczenia zwłaszcza pacjentów onkologicznych, kiedy to aspekt czasu jest kluczowy w jego przebiegu (Kodeks etyki lekarskiej 2023).

DYSKUSJA

Jak wynika z przedstawionych podstawowych reguł, protokół SPIKES jest praktycznym, łatwym narzędziem, które może uprościć skuteczną komunikację z chorym w sytuacji przekazania niepomysłnych informacji i uporządkować etapy procesu komunikacji (Baile et al., 2000; Harrison and Walling, 2010; Otani et al., 2011; Hagerty et al., 2005; Thistlethwaite, 2009). Jednocześnie wymaga dużej wrażliwości i zwrócenia uwagi na reakcje chorego, przez co zmniejsza ryzyko zbytniego forsowania informacji (przekazania treści osobie niegotowej do ich przyjęcia lub ujawnienia za dużej ilości informacji) i potencjalnych negatywnych skutków takiego działania (tab. 3).

Tabela 3. Najczęstsze błędy lekarza podczas przekazywania niepomysłnych informacji na tle protokołu SPIKES wskazywane w literaturze przedmiotu (Jarosz, 2013).

S	<i>Setting</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Pozycja stojąca nad łóżkiem pacjenta • „Chowanie się” za dokumentacją medyczną • Pośpiech
P	<i>Perception</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Niesłuchanie chorego • Stosowanie pytań zamkniętych
I	<i>Invitation</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Brak uważności • Forsowanie wiedzy
K	<i>Knowledge</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Żargon medyczny • Koncentracja na wynikach badań • Forsowanie informacji (pomimo sygnałów, że chory nie chce wiedzieć więcej)
E	<i>Emotions and Empathy</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Brak odniesienia do emocji pacjenta, niezauważanie ich
S	<i>Strategy and Summary</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Nihilizm terapeutyczny • Pozbawienie nadziei

W literaturze przedmiotu podnosi się, że ponieważ pacjenci nie są w stanie ocenić w pełni kompetencji lekarza, to w ocenie komunikacji z lekarzem uwzględnia się m. in. zadowolenie z wyników leczenia, umiejętność słuchania, odczuwanie troski o zdrowie (Williams et al., 1998). Współpraca z pacjentem prowadzona w sposób empatyczny, a następnie jego pozytywna ocena w tym zakresie, może istotnie zwiększyć motywację pacjenta do akceptacji zaproponowanych metod leczenia i podjęcia decyzji ich stosowania (Zembala, 2015). W artykule Wyszowskiej et al. przedstawiono konieczność realizacji zasad komunikacji z pacjentem onkologicznym w kontekście trzech modeli

relacyjnych pacjent – lekarz (model paternalistyczny, partnerski oraz systemowo-partnerski z zarysowaniem tendencji ku zwiększaniu autonomii pacjenta, którego oczekiwania komunikacyjne się zmieniają). W przeprowadzonych badaniach na grupie pacjentów onkologicznych w woj. Pomorskim dostrzeżono, że nie można mówić o osiągnięciu stanu docelowego w tym zakresie. Największa grupa chorych (63,9%) wskazała, że rozumie większość informacji przekazywanych przez lekarza, z wyjątkiem niektórych sformułowań. Jedynie ok. ¼ respondentów wskazała, że rozumie wszystkie informacje przekazywane przez lekarza i są one przystępne i jasne. Prawie 20% ankietowanych stwierdziło, że trwające wizyty lekarskie były zbyt krótkie, a w konsekwencji mogło to prowadzić do zdenerwowania, napięcia obu stron, pośpiechu, nieuprzejmości. Zmiany warunków pracy lekarzy stanowią więc wyzwanie cywilizacyjne i prowadzą do konieczności stałego dostosowywania się i szkolenia w ramach pozyskiwanych kompetencji – także interpersonalnych (Wyszkowska et al., 2021).

Trudności (a nawet wręcz deficyty) w kształtowaniu właściwych postaw interpersonalnych u lekarzy zauważa Rębiałkowska – Stankiewicz. Pracownicy służby zdrowia rzadko otrzymują odpowiednie przygotowanie w dziedzinie komunikacji interpersonalnej, niezbędne do tworzenia wzajemnych, satysfakcjonujących i trwałych relacji. Słusznie zauważa, że istotne jest stworzenie maksymalnie ogólnego, całościowego systemu komunikacji z uwzględnieniem sprzężenia zwrotnego zachodzącego pomiędzy lekarzem i pacjentem (uwzględniając zmienność zachowań tego ostatniego). Istotne jest więc zwrócenie uwagi na stronę emocjonalną wypowiedzi i towarzyszący jej kontekst, zapewnienie obiektywizmu przekazywanej informacji zrównoważonej z podejściem empatycznym. (Rębiałkowska-Stankiewicz, 2015). E. Gacek wręcz proponuje uwzględnienie zmian cywilizacyjnych w procesach rekrutacyjnych personelu medycznego poprzez opracowanie i wdrożenie kryteriów doboru personelu uwzględniających predyspozycje osobowościowe oraz kompetencje komunikacyjne kandydatów do leczenia na oddziałach onkologicznych (Gacek, 2021). Wypada zgodzić się z poglądem, że nie wyklucza to (a wręcz powinno być postrzegane subsydiarnie) procesu nauczania i pozyskiwania wiedzy w zakresie kompetencji komunikacyjnych (Deręgowska, 2015).

PODSUMOWANIE

Niewątpliwie więc codzienna praca lekarza onkologa wiąże się z koniecznością prowadzenia rozmów z pacjentem i jego rodziną w kwestii postawionej diagnozy, przebiegu leczenia i niekorzystnego rokowania związanego z chorobą nowotworową. Aby zmniejszyć poziom niepewności lekarza, wzmocnić jego kompetencje miękkie, a także uniknąć efektów niepożądanych w sferze psychiki pacjenta konieczna jest znajomość podstawowych zasad relacji interpersonalnych i technik komunikacji, które mogą wynikać wprost z posiadanych predyspozycji, ale też pozyskanych i ukształtowanych w procesie nauczania kompetencji.

Komunikacja z pacjentem jest procesem skomplikowanym, nie tylko ze względu na wielość dolegliwości, które mogą się pojawić w procesie leczenia chorób onkologicznych, ale również ze względu na długotrwałość tego procesu i stopień złożoności ludzkich osobowości, a co za tym idzie reakcji na tak trudne życiowo okoliczności.

Niezaprzeczalnie posiadanie umiejętności z dziedziny komunikacji powinno stanowić najważniejsze miejsce wśród spektrum podstawowych kompetencji lekarza onkologa (Jarosz, 2013). Tezę tę potwierdza również brzmienie przepisów KEL, które w swoim wydźwięku praktycznym odnoszą się do reguł protokołu SPIKE. Dostosowanie się kolejno do poszczególnych determinant protokołu pozwala jednocześnie pozostawać w zgodzie z obowiązującymi lekarza normami deontologicznymi.

LITERATURA

- Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A., Kudelka, A.P. (2000) 'SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer', *Oncologist*, 5, pp. 302–311.
- De Boer, M.P., Pruyn, J.F.A., Van den Borne, H.W. et al. (1995) 'Rehabilitation outcomes of long-term survivors treated for head and neck cancer', *Head Neck*, 17, pp. 503-515.
- Deręgowska, J. (2015) 'Profesjonalna komunikacja w opiece zdrowotnej jako element wsparcia pracowników zawodów medycznych i pacjentów – oczekiwania i potrzeby', *Studia Edukacyjne*, 2015, 35, pp. 349-366.
- Didkowska, J., Wojciechowska, U., Olasek, P., Caetano dos Santos, F., Michałek, I. (2021) 'Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 r.'
- Gacek, E. (2021) 'Wybrane aspekty komunikacji z pacjentem onkologicznym', *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 27, 2, pp. 157-160.
- Hagerty, R.G., Butow, P.N., Ellis, P.M., Dimitry, S., Tattersall, M.H. (2005) 'Communicating prognosis in cancer care: a systematic review of the literature', *Ann. Oncol.*, 16, pp. 1005–1053.
- Harrison, M.E., Walling, A. (2010) 'What do we know about giving bad news? A review', *Clin. Pediatr. (Phila.)*, 49, pp. 619–626.
- Jarosz, M. (2013) 'Przekazywanie niepomysłnych informacji w praktyce klinicznej', *Onkologia w Praktyce Klinicznej*, 9(6), pp. 225–229.
- Kodeks etyki lekarskiej, (2023) on-line: <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej> (dostęp: 23.06.2023).
- Kowalska, A.J., Jarosz, M.J., Sak, J., Pawlikowski, J., Patryn, R., Pacian, A., Wołoszczak–Szubzda, A. (2010) 'Etyczne aspekty komunikacji lekarz – pacjent', *Medycyna ogólna*, 16, pp. 427-435.
- Osoba, D. (2000) 'Health-related quality of life assessment in clinical trials of supportive care in Oncology', *Support Care Cancer*, 8, pp. 84-88.
- Otani, H., Morita, T., Esaki, T. et al. (2011) 'Burden on oncologists when communicating the discontinuation of anticancer treatment', *Jpn. J. Clin.Oncol*, 41, pp. 999–1006.
- Rębiałkowska–Stankiewicz, M. (2015) 'Komunikacja lekarza z pacjentem w chorobie nowotworowej', *Psychiatria*, 2015; 12, 4, pp. 238–244.
- Sobczak, K. (2014) 'Przekazywanie informacji o niekorzystnej diagnozie i rokowaniu', *Forum Medycyny Rodzinnej*, 8, 6, pp. 320-328.
- Thistlethwaite, J. (2009) 'Breaking Bad News — Skills and Evidence', *InnovAiT*, 2, pp. 605–612.
- Williams, S., Weinmen, J., Dale, J. (1998) 'Doctor Patient Communication and Patient Satisfaction',

Family Practice, 15(5), pp. 480–492.

Wyszkowska, Z., Białczyk, K., Michalski, T., ‘Komunikacja pomiędzy lekarzem i pacjentem u chorych na nowotwory’, *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, nr 65 (1/2021), pp. 156-168.

Zembala, A. (2015) ‘Modele komunikacyjne w relacjach lekarz – pacjent’, *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ. Nauki Ścisłe*, 11(2), pp. 35–50.

Żukowska, Ż.E. (2011) ‘Strategie radzenia sobie a znajdowanie korzyści w chorobie nowotworowej’, *Psychologia Jakości Życia*, 10, 1(39-56), pp. 39-56.

§ Praca wpłynęła do redakcji: 02.08.2023r.
Zrecenzowano: 30.08.2023r.
Przyjęto do druku: 13.09.2023r.