

Postawy i priorytety przyszłych lekarzy a przekazywanie złych wiadomości

Future doctors' priorities and approach to breaking bad news

Monika Rucińska¹, Karolina Osowiecka², Magdalena Mikulska³, Teresa Piesik⁴

¹Katedra Onkologii Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Hospicjum Centrum Opieki Paliatywnej w Olsztynie

²Katedra Psychologii i Socjologii Zdrowia oraz Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

³Fundacja im. Księdza Jana Kaczkowskiego

⁴Puckie Hospicjum pw. św. Ojca Pio

Streszczenie

Wstęp: Przekazywanie złych wiadomości jest trudnym zadaniem, z którym musi się zmagać każdy lekarz niezależnie od specjalizacji i miejsca, w którym pracuje. Posiadanie odpowiedniej wiedzy i umiejętności dotyczących trudnych rozmów z pacjentem i jego rodziną ułatwia te rozmowy i poprawia jakość relacji lekarz–pacjent–rodzina.

Cel pracy: Celem pracy była ocena postaw studentów medycyny wobec przekazywania złych wiadomości i wpływu udziału w Areopagu Etycznym na zmianę tych postaw oraz postrzegania ważności poszczególnych obszarów życia w kontekście pracy lekarza.

Materiał i metody: Badanie dotyczyło uczestników Areopagu Etycznego, który odbył się w Puckim Hospicjum w wakacje 2018 r. Przeprowadzone zostało za pomocą kwestionariusza ankietowego wypełnianego przez uczestników kursu przed i po jego zakończeniu.

Wyniki: Badaniem objęto 20 studentów medycyny. Ankietowani uważali, że lekarz powinien mówić prawdę pacjentowi o rozpoznaniu i złym rokowaniu (*zdecydowanie tak* przed i po kursie odpowiedziało odpowiednio 65% i 90% respondentów). Wszyscy badani uważali, że prawda pomaga pacjentom (*zdecydowanie pomocna* przed i po kursie odpowiedziało odpowiednio 45% i 80% respondentów) i że możliwe jest takie przekazanie informacji o złym rokowaniu, aby nie pozbawić pacjenta nadziei (*zdecydowanie tak* przed i po kursie odpowiedziało odpowiednio 45% i 85% respondentów). W przypadku zachorowania na ciężką chorobę wszyscy respondenci stwierdzili, że chcieliby poznać prawdę o rozpoznaniu i złym rokowaniu. Przeprowadzony kurs istotnie wpłynął na przewidywania dotyczące nasilenia niektórych negatywnych odczuć, które mogą towarzyszyć przekazywaniu trudnych informacji pacjentowi oraz na postrzeganie priorytetów w kontekście pracy lekarza (wzrost znaczenia dbania o siebie).

Wnioski: Szkolenia dla studentów medycyny w dziedzinie przekazywania niepomyślnych wiadomości pomagają kształtować prawidłowe postawy przyszłych lekarzy.

Słowa kluczowe: przekazywanie złych wiadomości, Areopag Etyczny.

Abstract

Introduction: Proper knowledge and skills in communication with patients and their families are important for medical doctors. The aim of the study was to evaluate the attitude of medical students towards breaking bad news and the influence of participation in Areopag Etyczny on change of attitude.

Material and methods: The analysis included participants of the Areopag Etyczny course in Puckie Hospice in summer 2018. The study was conducted using a questionnaire filled out by participants before and after the course.

Results: The study included 20 medical students. According to the respondents' opinion the doctor should inform patients about diagnosis and poor prognosis (definitely yes before and after the course – 65% and 90% respondents, respectively). All subjects felt that truth helps patients in some way (definitely helps before and after the course – 45% and 80% respondents, respectively). All respondents believed that it is possible to provide information about a poor prognosis in such

a way as not to deprive someone of hope (definitely yes before and after the course – 45% and 85% respondents, respectively). In the case of a serious illness, all students claimed that they wanted to know the truth. The course significantly influenced the predictions regarding the severity of some negative feelings that may accompany breaking bad news. The perception of priorities in the context of daily medical practice also was changed (increasing importance of taking care of oneself).

Conclusions: The training for medical students in breaking bad news helps to create the proper attitudes of future doctors.

Key words: breaking bad news, Areopag Ethics.

Adres do korespondencji

dr Monika Rucińska, Katedra Onkologii *Collegium Medicum* Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Hospicjum Centrum Opieki Paliatywnej w Olsztynie,
e-mail: m_rucinska@poczta.onet.pl

WSTĘP

Przekazywanie złych wiadomości jest trudnym zadaniem, z którym musi się zmagać każdy lekarz niezależnie od specjalizacji i miejsca, w którym pracuje. Aby było to łatwiejsze, lekarze powinni posiadać odpowiednią wiedzę i umiejętności, jak rozmawiać z pacjentem i jego rodziną. Zajęcia dotyczące relacji lekarz–pacjent, w tym sposobu przekazywania niepomyślnych informacji, odbywają się obecnie na wielu uczelniach medycznych w ramach nauczania przeddyplomowego, są też prowadzone na kursach podyplomowych. Wydaje się jednak, że nadal pozostaje to temat, któremu poświęca się zbyt mało uwagi, szczególnie w odniesieniu do związanych z nim zagadnień psychologicznych, a nie tylko formalnych i prawnych. Informowanie pacjentów o ciężkiej chorobie i złym rokowaniu budzi wiele emocji, z którymi dla dobra pacjenta, a także swojego, lekarz powinien umieć sobie odpowiednio radzić. Przede wszystkim należy poznać i nazwać te emocje. Ważne jest, aby zrozumieć własne nastawienie do choroby, kalectwa, śmierci oraz uświadomić sobie osobiste priorytety w kontekście pracy z pacjentami i ich rodziną. Warto znać swoje możliwości, ale też ograniczenia.

Areopag Etyczny to inicjatywa księdza Jana Kaczkowskiego i Piotra Szeląga. Pierwsza edycja Areopagu Etycznego odbyła się w 2008 r. na Półwyspie Helskim. Od tego czasu warsztaty dla studentów medycyny z zakresu komunikacji i etyki w medycynie są organizowane co roku w wakacje w Pucku przy Puckim Hospicjum, a od 2019 r. także w Sopocie z inicjatywy Fundacji im. Księdza Jana Kaczkowskiego. Na tych innowacyjnych szkoleniach studenci medycyny zdobywają wiedzę psychologiczną i praktyczną, uczą się dobrej rozmowy, ćwiczą przeprowadzanie trudnych rozmów nie tylko z pacjentami i ich bliskimi, ale też ze współpracownikami, innymi lekarzami, a nawet z samym sobą. Celem szkoleń jest również pokazanie, jak ważne

jest dbanie o siebie i o własną dobrą kondycję psychofizyczną, co ma niewątpliwą wpływ na efektywność i jakość pracy lekarza. Według organizatorów Areopagu Etycznego dobry nowoczesny lekarz to osoba, która „świadomie decyduje, kim będzie dla siebie i swoich pacjentów” oraz „świadomie buduje relacje z pacjentem i jego bliskimi oraz współpracownikami i przełożonymi” [1].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena postaw studentów medycyny wobec przekazywania złych wiadomości i wpływu udziału w Areopagu Etycznym na zmianę tych postaw oraz postrzegania ważności poszczególnych obszarów życia w kontekście pracy lekarza.

MATERIAŁ I METODY

Badanie dotyczyło uczestników Areopagu Etycznego, który odbył się w Puckim Hospicjum pw. św. Ojca Pio w wakacje 2018 r. Uczestnikami kursu byli studenci medycyny. W badaniu zastosowano kwestionariusz ankietowy opracowany w Katedrze Onkologii *Collegium Medicum* Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, zwalidowany i wykorzystany wcześniej [2]. Kwestionariusz uzupełniono o dodatkowe 2 pytania dotyczące emocji towarzyszących przekazywaniu złych wiadomości i 2 pytania oceniające postrzeganie wartości. Ankietę przeprowadzono dwukrotnie: przed i po kursie. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy.

W celu porównania zmiennych zależnych jakościowych zastosowano test McNemara, a ilościowych – test Wilcoxon. Za wartość istotną statystycznie przyjęto $p < 0,05$. Analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą programu TIBCO Software Inc. (2017). Statistica (data analysis software system), version 13. <http://statistica.io>.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Parametr	n	%
Wszyscy	20	100
Płeć		
kobiety	13	65
mężczyźni	7	35
Wiek	zakres 21–28 lat, średnia 24,3 ± 1,6 roku mediana 24 lata	
Miejsce zamieszkania		
wieś	1	5
miasto do 50 tys.	3	15
miasto do 100 tys.	1	5
miasto powyżej 100 tys.	15	75
Czy któreś z Twoich rodziców jest lekarzem?		
tak	7	35
nie	13	65
Czy ktoś z Twoich bliskich chorował na nowotwór?		
tak	14	70
nie	6	30

WYNIKI

Badaniem objęto 20 studentów medycyny w wieku 21–28 lat (mediana 24 lata), 13 kobiet (65%) i 7 mężczyzn (35%). Większość respondentów to osoby mieszkające w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców (75%), których rodzice nie byli lekarzami (65%), a ktoś z bliskich chorował na nowotwór (70%) (tab. 1.).

Wszyscy ankietowani na pytanie, czy lekarz powinien mówić pacjentowi prawdę o rozpoznaniu i złym rokowaniu, odpowiedzieli twierdząco. *Zdecydowanie tak* przed kursem odpowiedziało 65% ankietowanych, natomiast po zakończeniu kursu takiej odpowiedzi udzieliło 90% respondentów; różnica ta nie była jednak znamieną statystycznie ($p = 0,07$). Wszyscy badani uważali, że możliwe jest takie przekazanie informacji o bardzo złym rokowaniu, aby nie pozbawić pacjenta nadziei. *Zdecydowanie tak* odpowiedziało przed kursem 45% studentów, a po jego zakończeniu 85% respondentów ($p = 0,01$). Oprócz jednej osoby badani (95%) już przed kursem uważali, że lekarz nie może odstąpić od informowania chorego o rozpoznaniu i złym rokowaniu na prośbę rodziny pacjenta. Na pytanie: „czy myślisz, że poznanie prawdy o rozpoznaniu i złym rokowaniu pomaga w czymś pacjentowi”, przed rozpoczęciem kursu wszyscy studenci odpowiedzieli twierdząco. Po zakończeniu kursu 80% ankietowanych uważa, że prawda o rozpoznaniu i złym rokowaniu jest *zdecydowanie* pomocna pacjentowi, wobec 45% respondentów przed rozpoczęciem kursu ($p = 0,05$). Większość ankietowanych zarówno przed, jak i po kursie twierdziła, że lekarz nie może

wzbudzać w pacjencie nadziei na lepsze rokowanie, niż to jest w rzeczywistości ($p = 0,62$). W przypadku zachorowania na ciężką chorobę wszyscy respondenci uważają, że chcieliby poznać prawdę o rozpoznaniu i złym rokowaniu (90% uczestników odpowiedziało *zdecydowanie tak* zarówno przed, jak i po zakończeniu kursu), także jeżeli choroba dotyczyłaby kogoś z ich bliskich (*zdecydowanie tak* uważało 50% ankietowanych przed kursem i 75% po kursie; $p = 0,13$). Na pytania: „czy w przypadku zachorowania na ciężką chorobę chciałbyś wiedzieć jak długo będziesz żyć?” oraz „czy w przypadku zachorowania na ciężką chorobę kogoś z Twoich bliskich chciałbyś, aby poznał on prawdę o tym, jak długo będzie żył?” większość osób odpowiadało *tak* zarówno przed, jak i po kursie ($p > 0,05$).

Studenci uważają, że przekazywanie złych wiadomości o rozpoznaniu i rokowaniu przyszłym pacjentom będzie prawdopodobnie sprawiło im trudności. Po zakończeniu kursu tylko 2 osoby (10%) odpowiedziały na to pytanie *zdecydowanie tak*, podczas gdy przed zajęciami takiej odpowiedzi udzieliło 6 studentów (30%), ale była to różnica nieznamieną statystycznie ($p = 0,11$) (tab. 2.).

Przeprowadzony kurs istotnie wpłynął na przewidywania dotyczące nasilenia niektórych odczuć, które mogą towarzyszyć przekazywaniu trudnej informacji pacjentowi: zmniejszył się przewidywany niepokój ($p = 0,04$), lęk ($p = 0,05$), zakłopotanie ($p = 0,03$), irytacja ($p = 0,016$), poczucie przytłoczenia ($p = 0,002$), poczucie winy ($p = 0,004$), obawa ($p = 0,003$), rozgoryczenie ($p = 0,04$), poczucie porażki ($p = 0,012$), przygnębienie ($p = 0,02$), rozczerwienie ($p = 0,003$), bezradność ($p = 0,0004$), bezsilność ($p = 0,002$), niepewność ($p = 0,036$), a znamienne zwiększyło się przewidywane poczucie odprężenia ($p = 0,04$), spokoju ($p = 0,004$), poczucie pewności ($p = 0,0015$), poczucie siły ($p = 0,05$) i poczucie bezpieczeństwa ($p = 0,017$) (tab. 3.).

Po szkoleniu zaobserwowano zmiany w postrzeganiu priorytetów w kontekście pracy lekarza. Stwierdzono wzrost znaczenia dbania o siebie ($p = 0,038$), dbania o swój komfort ($p = 0,001$), dbania o hobby ($p = 0,009$), pozwolenia na odczuwanie własnych emocji ($p = 0,03$) (tab. 4.).

Na pytanie dotyczące najistotniejszych obszarów życia osoby badane najczęściej wskazywały rodzinę i bliskich (65%), związek (20%) i siebie (15%). Uczestnictwo w warsztatach spowodowało, że po ich zakończeniu respondenci częściej na pierwszym miejscu wskazywali siebie (45%) (ryc. 1.).

DYSKUSJA

Przekazywanie złych wiadomości stanowi jedno z trudniejszych wyzwań wpisanych w codzienną

Tabela 2. Wyniki ankiety

Odpowiedzi udzielane przed i po kursie		Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Czy lekarz powinien mówić pacjentowi prawdę o rozpoznaniu i złym rokowaniu?	przed	13 (65)	7 (35)	0	0
	po	18 (90)	2 (10)	0	0
Czy Twoim zdaniem możliwe jest takie przekazanie informacji o bardzo złym rokowaniu, aby nie pozbawić pacjenta nadziei?	przed	9 (45)	11 (55)	0	0
	po	17 (85)	3 (15)	0	0
Czy uważasz, że lekarz może odstąpić od informowania chorego o rozpoznaniu i złym rokowaniu na prośbę rodziny pacjenta?	przed	0	1 (5)	10 (50)	9 (45)
	po	0	0	4 (20)	16 (80)
Czy myślisz, że poznanie prawdy o rozpoznaniu i złym rokowaniu pomaga w czymś pacjentowi?	przed	9 (45)	11 (55)	0	0
	po	16 (80)	4 (20)	0	0
Czy sądzisz, że lekarz może wzbudzać w pacjencie nadzieje na lepsze rokowanie, niż to jest w rzeczywistości?	przed	3 (15)	4 (20)	4 (20)	9 (45)
	po	2 (10)	3 (15)	3 (15)	12 (60)
Czy w przypadku zachorowania na ciężką chorobę chciałbyś poznać prawdę o rozpoznaniu i złym rokowaniu?	przed	18 (90)	2 (10)	0	0
	po	18 (90)	2 (10)	0	0
Czy w przypadku zachorowania na ciężką chorobę kogoś z Twoich bliskich chciałbyś, aby poznał on prawdę o rozpoznaniu i złym rokowaniu?	przed	10 (50)	10 (50)	0	0
	po	15 (75)	5 (25)	0	0
Czy w przypadku zachorowania na ciężką chorobę chciałbyś wiedzieć, jak długo będziesz żyć?	przed	7 (35)	9 (45)	4 (20)	0
	po	4 (20)	14 (70)	2 (10)	0
Czy w przypadku zachorowania na ciężką chorobę kogoś z Twoich bliskich chciałbyś, aby poznał on prawdę o tym, jak długo będzie żył?	przed	4 (15)	12 (70)	4 (15)	0
	po	4 (20)	13 (65)	3 (15)	0
Czy uważasz, że przekazywanie złych wiadomości o rozpoznaniu i rokowaniu Twoim przyszłym pacjentom będzie sprawiało Ci trudności?	przed	6 (30)	10 (50)	4 (20)	0
	po	2 (10)	12 (60)	5 (25)	1 (5)

praktykę lekarza [3]. Informowanie o niepomysłnych wynikach badań, niekorzystnym rozpoznaniu i złym rokowaniu to stresujący moment dla lekarza, ale przede wszystkim dla pacjenta. Komunikacja lekarza z pacjentem ma wpływ na sposób postrzegania choroby, na decyzje o podjęciu czy kontynuacji leczenia, na postrzeganie przyszłości oraz na szeroko pojętą jakość życia pacjenta. Badania wskazują też na zależność pomiędzy umiejętnościami komunikacyjnymi lekarza a wynikami leczenia [4]. Postawa lekarza i sposób komunikacji mają wpływ na dobrostan psychiczny chorego i jego bliskich. Badania w grupie kobiet z rozpoznaniem raka piersi pokazały zależność pomiędzy pozytywnym odbiorem postawy lekarza w czasie rozmowy o diagnozie a ich psychicznym nastawieniem do choroby [5]. Sobczak i wsp. [6] zebrali opinie pacjentów na temat postawy lekarza w czasie przekazywania złych wiadomości. Okazało się, że prawie połowa pacjentów (45,5%) zmieniła lekarza prowadzącego po uzyskaniu od poprzedniego złych wiadomości, a 5,5% chorych zrezygnowało z leczenia. Na zmianę lekarza i rezygnację z leczenia decydowali się ci pacjenci, którzy negatywnie ocenili sposób przekazania złych wiadomości, tj. ilość czasu poświęconego na

rozmowę, niezwracanie przez lekarza uwagi na ich problemy, stosowanie niezrozumiałej terminologii medycznej, poczucie braku szczerości i brak wsparcia emocjonalnego ze strony lekarza. W przeprowadzonym przez Barnetta i wsp. [7] badaniu wykazano, że 20% pacjentów źle, a 6% badanych bardzo źle odebrało sposób przekazania złych informacji. Przekazywanie niepomysłnych wiadomości przez lekarzy chirurgów było oceniane gorzej niż przez lekarzy innych specjalności. Warto zwrócić na tę zależność szczególną uwagę, ponieważ to właśnie chirurdzy często przekazują takie informacje pacjentom i ich rodzinom [7]. Według Lind i wsp. [8] aż 74% pacjentów dowiedziało się o niepomysłnej diagnozie od chirurga. Pacjenci szczególnie negatywnie oceniają przekazywanie złych wiadomości bezpośrednio na sali pooperacyjnej oraz przez telefon [8]. Greiner i Conklin [9] wykazali, że emocjonalne cierpienie spowodowane nieprawidłowym sposobem przekazu złych informacji przez lekarza dotyczyło 30% badanych pacjentów. Złe informacje dotyczące zdrowia drastycznie zmieniają sposób patrzenia człowieka na przyszłość [10, 11]. Dobra komunikacja z lekarzem pozwala na odpowiednie dostosowanie emocjonalne do sytuacji [12–14].

Tabela 3. Odczuwanie różnych emocji w czasie przekazywania trudnych informacji choremu (skala od 0 do 10, gdzie 0 oznacza nie czuję, 10 – czuję najsilniej w życiu)

Odpowiedzi udzielane przed i po kursie		Mediana	Minimum	Maksimum	p
Niepokój	przed	6,50	3,00	8,00	0,04
	po	5,00	3,00	8,00	
Lęk	przed	5,50	1,00	8,00	0,05
	po	4,00	1,00	7,00	
Ekscytacja	przed	0,50	0,00	4,00	0,06
	po	0,00	0,00	2,00	
Zaciekawienie	przed	1,50	0,00	6,00	0,33
	po	1,00	0,00	7,00	
Radość	przed	0,00	0,00	1,00	1,00
	po	0,00	0,00	4,00	
Zniechęcenie	przed	2,00	0,00	6,00	0,07
	po	1,00	0,00	5,00	
Odprężenie	przed	0,00	0,00	1,00	0,04
	po	0,00	0,00	4,00	
Zakłopotanie	przed	5,00	2,00	8,00	0,03
	po	4,50	0,00	9,00	
Irytacja	przed	2,00	0,00	5,00	0,016
	po	0,00	0,00	5,00	
Poczucie przytłoczenia	przed	6,00	2,00	8,00	0,002
	po	3,50	0,00	8,00	
Poczucie winy	przed	3,00	0,00	6,00	0,004
	po	1,00	0,00	3,00	
Serdeczność	przed	6,00	0,00	10,00	0,42
	po	7,00	0,00	10,00	
Ulgę	Przed	0,50	0,00	4,00	0,81
	Po	0,00	0,00	5,00	
Obawa	przed	6,00	2,00	10,00	0,003
	po	5,00	2,00	7,00	
Gniew	przed	0,50	0,00	5,00	0,37
	po	0,00	0,00	5,00	
Złość	przed	0,50	0,00	5,00	0,14
	po	0,00	0,00	2,00	
Wstyd	przed	2,00	0,00	6,00	0,19
	po	0,00	0,00	6,00	
Spokój	przed	2,00	0,00	7,00	0,004
	po	4,00	0,00	8,00	
Poczucie kompetencji	przed	4,50	2,00	10,00	0,056
	po	5,50	2,00	10,00	
Zainteresowanie	przed	6,00	0,00	10,00	0,36
	po	5,00	0,00	9,00	
Poczucie pewności	przed	1,50	0,00	5,00	0,0015
	po	5,00	0,00	8,00	
Zapał	przed	1,00	0,00	8,00	0,077
	po	4,00	0,00	10,00	
Poczucie siły	przed	1,50	0,00	8,00	0,05
	po	4,00	0,00	8,00	

Tabela 3. Cd.

Odpowiedzi udzielane przed i po kursie		Mediana	Minimum	Maksimum	p
Poczucie bezpieczeństwa	przed	1,50	0,00	8,00	0,017
	po	4,50	0,00	8,00	
Rozgoryczenie	przed	2,50	0,00	9,00	0,04
	po	0,50	0,00	9,00	
Znudzenie	przed	0,00	0,00	2,00	1,00
	po	0,00	0,00	4,00	
Poczucie porażki	przed	4,00	0,00	7,00	0,012
	po	2,00	0,00	5,00	
Przygnębienie	przed	5,00	3,00	8,00	0,02
	po	3,00	0,00	8,00	
Rozczarowanie	przed	4,00	0,00	10,00	0,003
	po	1,50	0,00	6,00	
Bezradność	przed	7,00	4,00	9,00	0,0004
	po	3,50	0,00	8,00	
Bezsilność	przed	6,50	4,00	10,00	0,002
	po	4,50	0,00	8,00	
Przerażenie	przed	3,50	0,00	10,00	0,17
	po	2,00	0,00	9,00	
Niepewność	przed	6,00	2,00	8,00	0,036
	po	5,00	0,00	9,00	
Poczucie akceptacji	przed	2,50	0,00	10,00	0,26
	po	4,50	0,00	7,00	
Współczucie	przed	8,00	4,00	10,00	0,64
	po	8,00	4,00	10,00	
Nadzieja	przed	6,00	1,00	10,00	0,82
	po	7,00	0,00	10,00	

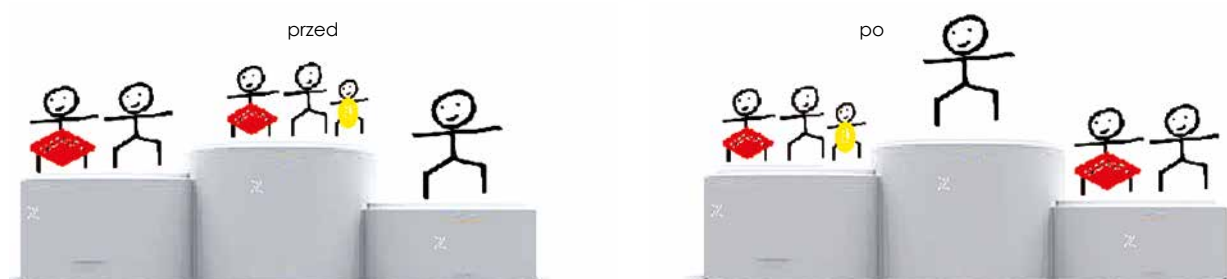
Lekarze czasami obawiają się reakcji pacjenta, ponieważ często nie wiedzą, jak sobie z nią poradzić. Nie informując chorego, ukrywając niekorzystne wiadomości o rozpoznaniu i rokowaniu bądź przekazując je wyłącznie rodzinie bez uzgodnienia tego z pacjentem, lekarze często powołują się na dobro i chęć ochrony chorego, nieodbieranie mu nadziei i chęci do życia. Ponadto lekarze nie przekazują złych wiadomości, bo obawiają się odrzucenia przez chorego [15].

Chociaż rozmowa z pacjentem i przekazywanie złych wiadomości jest rutynową czynnością w codziennej pracy lekarza, nie jest to zadanie łatwe nawet dla doświadczonych onkologów, a co dopiero dla młodszych lekarzy. Wyzwaniem jest rzetelne poinformowanie pacjenta w sposób dla niego zrozumiały, bycie szczerym wobec pacjenta, a jednocześnie niepozbawienie pacjenta nadziei oraz radzenie sobie z emocjami chorego i własnymi [16–18]. Ważne jest, aby lekarze zdobyli niezbędną wiedzę i przeszli odpowiednie szkolenie, aby nauczyli się odpowiednich technik przekazywania złych informacji, ale

równocześnie, aby mieli prawidłowo ukształtowane postawy wobec przekazywania niepomyślnych wiadomości. Podobnie jak we wcześniej opublikowanym badaniu [2], niniejsza analiza pokazała, iż studenci medycyny uważają, że przekazywanie złych wiadomości o rozpoznaniu i rokowaniu przyszłym pacjentom będzie prawdopodobnie sprawiło im trudności. W czasie przekazywania niepomyślnych informacji lekarzowi towarzyszą różne emocje. Dwoma głównymi czynnikami zwiększającymi poziom stresu wśród lekarzy w czasie przekazywania złych informacji są brak zdobycia tzw. umiejętności miękkich w czasie studiów oraz utrzymujący się nadal paternalistyczny stosunek lekarzy do pacjentów [19, 20]. Wykazano, iż uczestnictwo w Areopagu Etycznym istotnie wpłynęło na przewidywania dotyczące nasilenia niektórych odczuć, które mogą towarzyszyć przekazywaniu trudnej informacji pacjentowi: zmniejszyły się m.in. przewidywany niepokój, lęk, zakłopotanie, poczucie przytłoczenia, poczucie winy, obawa, bezsilność czy poczucie porażki.

Tabela 4. Postrzeganie różnych obszarów życia w kontekście pracy lekarza (skala od 1 do 10, gdzie 1 oznacza zupełnie nieważny, a 10 – najważniejszy w życiu)

Odpowiedzi udzielane przed i po kursie		Mediana	Minimum	Maksimum	p
Dbanie o siebie	przed	7,00	1,00	10,00	0,038
	po	8,50	4,00	10,00	
Dbanie o swój komfort	przed	7,00	4,00	9,00	0,001
	po	8,00	5,00	10,00	
Dbanie o hobby	przed	6,00	4,00	8,00	0,009
	po	7,00	4,00	10,00	
Dbanie o relacje z bliskimi	przed	9,00	5,00	10,00	0,17
	po	10,00	5,00	10,00	
Dbanie o związek	przed	9,00	3,00	10,00	0,16
	po	10,00	5,00	10,00	
Dbanie o pacjenta	przed	8,50	7,00	10,00	0,11
	po	8,00	6,00	10,00	
Dbanie o rodzinę/bliskich pacjenta	przed	8,00	5,00	10,00	0,73
	po	7,00	5,00	10,00	
Nawiązywanie relacji z pacjentem	przed	9,00	6,00	10,00	0,25
	po	8,00	6,00	10,00	
Nawiązywanie relacji z rodziną/bliskimi pacjenta	przed	8,00	5,00	10,00	0,88
	po	7,50	5,00	10,00	
Rozumienie postaw i emocji pacjenta	przed	9,00	6,00	10,00	0,64
	po	9,00	6,00	10,00	
Rozumienie postaw i emocji rodziny/bliskich pacjenta	przed	8,00	5,00	10,00	0,22
	po	8,00	5,00	10,00	
Rozumienie postaw i emocji własnych	przed	9,00	4,00	10,00	0,37
	po	10,00	6,00	10,00	
Pozwolenie na czucie własnych emocji	przed	8,00	4,00	10,00	0,03
	po	10,00	6,00	10,00	
Zaspokajanie własnych potrzeb	przed	7,00	3,00	10,00	0,06
	po	8,00	5,00	10,00	

**Rycina 1.** Postrzeganie ważności poszczególnych obszarów życia w kontekście pracy lekarza przed i po kursie

W opublikowanym wcześniej badaniu z udziałem studentów V roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie po odbytym kursie z onkologii [2] wszyscy ankietowani uważali, że lekarz powinien mówić prawdę pacjentowi o niekorzystnym rozpoznaniu i rokowaniu. W niniejszym badaniu również wszyscy uczestnicy udzielili takiej odpowiedzi już przed rozpoczęciem

szkolenia, po zakończeniu kursu odpowiedzi zdecydowanie tak udzieliło 90% respondentów. W badaniach opublikowanych w 2003 r., przeprowadzonych wśród studentów V i VI roku Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Białymstoku, odpowiednio 77% i 83% ankietowanych stwierdziło, że w przypadku nieuleczalnej choroby chciałoby znać prawdę o stanie zdrowia [21]. Podobny odsetek

(84% ankietowanych) studentów III roku Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii Akademii Medycznej w Poznaniu chciałoby znać rozpoznanie i rokowanie w pełnym zakresie [22]. Podobnie, 86% biorących udział w badaniu opublikowanym w 2013 r. chciałoby dowiedzieć się o nadchodzącej śmierci [23]. W badaniu przeprowadzonym na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie [2] prawie wszyscy badani studenci medycyny stwierdzili, że w przypadku poważnej choroby chcieliby poznać prawdę o rozpoznaniu i złym rokowaniu, ale część osób nie chciałaby, aby taką informację otrzymali ich bliscy w tej samej sytuacji. W niniejszym badaniu uzyskano podobne wyniki. Powstaje pytanie, jak do powyższych zagadnień odnoszą się sami chorzy. Spośród pacjentów Hospicjum Domo­wego w Białymstoku 73% chciało znać całą prawdę o swoim stanie zdrowia [21]. Z kolei w badaniu Jenkinsa i wsp. 95% ankietowanych pacjentów chciałoby znać rokowanie, a 98% chciałoby wiedzieć, czy chorują na nowotwór [24]. W przeglądzie literatury dotyczącej przekazywania złych wiadomości dokonanym przez Fujimori i Uchitomi wykazano, że zdecydowana większość chorych na nowotwory chce znać prawdę o rozpoznaniu, rokowaniu i postępie choroby [25]. Okazuje się jednak, że wielu chorych, także w Polsce, nie otrzymuje wyczerpujących informacji na temat stanu zdrowia. W badaniu z udziałem 250 pacjentów Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala w Łodzi wykazano, że jedynie 32% chorych czuło się odpowiednio poinformowanych o stanie zdrowia [26].

Kłopoty z przekazywaniem niepomyślnych wiadomości przez lekarza i ze złym odbiorem takich rozmów przez pacjenta wynikają prawdopodobnie z faktu, że lekarze nadal nie mają wystarczających umiejętności komunikacyjnych i odpowiedniego przeszkolenia oraz wsparcia. Ponadto na postawę lekarzy wobec pacjentów i sposób, w jaki komunikują złe wiadomości, wpływa ich osobiste zapatrywanie na filozofię życia i obawy przed własną śmiercią [27]. Dzierżanowski i wsp. wykazali, że lekarze opieki paliatywnej z dłuższym stażem pracy mniej boją się śmierci niż lekarze młodszy i pracujący jako interniści, co korelowało z łatwiejszym, w mniemaniu ich samych, przekazywaniem złych wiadomości chorym [27]. Lekarze, zdając sobie sprawę ze swoich niedostatków, chcieliby poprawić swoje kompetencje poprzez uczestnictwo w kursach ułatwiających zdobycie potrzebnej wiedzy i umiejętności oraz wsparcie mentora lekarza czy psychologa [27–29]. Followfield i wsp. [30] wykazali, że dobre wsparcie w tej kwestii stanowią specjalnie przygotowane warsztaty dla onkologów. Szkolenia z przekazywania złych wiadomości korzystnie wpływają na zmianę postaw lekarzy oraz na samą pracę [31]. Na Uniwersytecie Medycznym w Brazylii przeprowadzono kurs komunikacji.

Przed kursem tylko 30% studentów była świadoma istoty przekazywania złych wiadomości oraz istnienia specjalnych protokołów dla lekarzy. Po kursie 90% studentów zrozumiało, jak ważną rolę odgrywa sposób przekazu złych informacji, i zaczęło stosować protokoły w swojej praktyce [32]. W niniejszym badaniu również zaobserwowano istotnie korzystny wpływ kursu Areopag Etyczny na zmianę postawy studentów medycyny wobec różnych kwestii i emocji związanych z przekazywaniem złych informacji. W kursach na temat komunikacji wykorzystywane są różne techniki wirtualnej symulacji [33–36]. Areopag Etyczny posługuje się wykładami dotyczącymi komunikacji, aspektów psychologicznych rozmowy, etyki w medycynie, prawa medycznego oraz rozważaniami na temat chorowania i śmierci. Wykorzystuje scenki z udziałem studentów, aktorów i wolontariuszy. Szczególną uwagę zwraca się na to, jak ważna jest samoświadomość, rozwój osobisty, odpowiednia hierarchia potrzeb i wartości samego lekarza. W codziennej praktyce lekarzowi towarzyszy stres emocjonalny i wyczerpanie. Ważne jest, aby lekarz miał czas dla siebie i dla swoich bliskich, na rozwijanie swoich zainteresowań i realizację marzeń. W trakcie Areopagu Etycznego odbywają się też zajęcia sportowe oraz celebryje się spotkania i rozmowy przy stole czy ognisku. Stan zdrowia psychicznego i fizycznego przekłada się na sprawność i efektywność pracy lekarza. Po przeprowadzonym szkoleniu zaobserwowano zmiany w postrzeganiu priorytetów z większą koncentracją na sobie (dbania o siebie, swój komfort, hobby, odczuwanie własnych emocji), ale ważne jest, że nie zmieniło się nastawienie studentów do pacjenta.

WNIOSKI

Przekazywanie złych wiadomości jest wpisane w codzienną praktykę lekarza. Dlatego niezwykle ważne jest nabycie odpowiedniej wiedzy i umiejętności, najlepiej jeszcze przed rozpoczęciem pracy zawodowej, aby ograniczyć zarówno stres samego lekarza, jak i negatywne konsekwencje dla pacjenta związane z jego niewłaściwą postawą. Dla dobra pacjenta ważne jest również, aby lekarz umiał zadbać o swoje zdrowie fizyczne i psychiczne. Kursy, szkolenia i warsztaty dla studentów medycyny w dziedzinie przekazywania niepomyślnych wiadomości są niewątpliwie potrzebne i powinny być prowadzone na szeroką skalę, także w ramach obowiązkowych zajęć w trakcie studiów, aby nauczyć tej trudnej sztuki i kształtować prawidłowe postawy przyszłych lekarzy.

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENICTWO

1. <https://fundacjakaczkowskiego.org/sopocki-aeropag-etyczny/#idea>
2. Rucińska M, Osowiecka K, Kocbach T i wsp. Medical students and delivering poor prognosis and bad news to patients. *Palliat Med Pract* 2018; 12: 106-117.
3. Hulsman RL, Pranger S, Koot S i wsp. 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: 26-34.
4. Zolnierek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 2009; 47: 826-834.
5. Mager WM, Andrykowski MA. Communication in the cancer "bad news" consultation: patient perceptions and psychological adjustment. *Psycho Oncology* 2002; 11: 35-46.
6. Sobczak K, Leoniuk K, Janaszczyk A. Delivering bad news: patient's perspective and opinions. *Patient Prefer Adherence* 2018; 12: 2397-2404.
7. Barnett MM. Effect of breaking bad news on patients' perceptions of doctors. *J R Soc Med* 2002; 95: 343-347.
8. Lind SE, DelVecchio Good MJ, Seidel S, et al. Telling the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol* 1989; 7: 583-589.
9. Greiner AL, Conklin J. Breaking bad news to a pregnant woman with a fetal abnormality on ultrasound. *Obstet Gynecol Surv* 2015; 70: 39-44.
10. Buckman R. Breaking bad news: Why is it still so difficult. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1984; 288: 1597-1599.
11. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news: A review of the literature. *JAMA* 1996; 276: 496-502.
12. Ptacek JT, Ptacek JJ. Patients' perceptions of receiving bad news about cancer. *J Clin Oncol* 2001; 19: 4160-4164.
13. Cameron C. Patient compliance: Recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *J Adv Nurs* 1996; 24: 244-250.
14. Roberts CS, Cox CE, Reintgen DS i wsp. Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychological adjustment and decision-making. *Cancer* 1994; 74: 336-341.
15. Świrydowicz T. Psychologiczne aspekty przekazywania niepomyślnych informacji o rozpoznaniu choroby i prognozie. *Nowa Med* 2000; 97: 74-78.
16. Sykes N. Medical students' fears about breaking bad news. *Lancet* 1989; 2: 564.
17. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Can oncologists detect distress in their outpatients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *Br J Cancer* 1994; 66: 767-770.
18. Platas A, Cruz-Ramos M, Mesa-Chavez F i wsp. Communication Challenges Among Oncologists in Mexico. *J Cancer Educ* 2020 Feb 6.
19. Sobczak K, Pawłowski L, Pietrzykowska M i wsp. Delivering bad news by physicians – Polish reality check. *J Med Sci* 2016; 85: 172-177.
20. Sobczak K, Leoniuk K, Janaszczyk A i wsp. Patients' expectations as to doctors' behaviors during appointed visits. *Health Commun* 2017; 32: 517-519.
21. Matejuk A, Mikołajczyk E, Lewko A i wsp. Opieka paliatywna czy eutanazja – postrzeganie problemu przez pacjentów, lekarzy, studentów medycyny i mieszkańców województwa podlaskiego. *Onkol Pol* 2003; 6: 29-33.
22. Leppert W, Łuczak J, Góralski P. Wybrane problemy opieki paliatywnej i eutanazji w opiniach lekarzy i studentów medycyny. *Pol Med Palliat* 2005; 4: 67-76.
23. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Personal fear of death affects the proper process of breaking bad news. *Arch Med Sci* 2013; 9: 127-131.
24. Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *Br J Cancer* 2001; 4: 48-51.
25. Fujimori M, Uchitomi Y. Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. *Jpn J Clin Oncol* 2009; 39: 201-216.
26. Wroński K, Cywiński J, Depta A i wsp. Czy pacjenci są dobrze informowani o stanie swojego zdrowia przez lekarzy? *Wsp Onkol* 2008; 12: 234-239.
27. Dzierżanowski T, Kozłowski M. Personal fear of their own death and determination of philosophy of life affects the breaking of bad news by internal medicine and palliative care clinicians. *Arch Med Sci* 2019; doi: 10.5114/aoms.2019.85944.
28. Konstantis A, Exiara T. Breaking Bad News in Cancer Patients. *Indian J Palliat Care* 2015; 21: 35-38.
29. Monden KR, Gentry L, Cox TR. Delivering bad news to patients. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2016; 29: 101-102.
30. Fallowfield L, Lipkin M, Hall A. Teaching senior oncologists communication skills: results from Phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *J Clin Oncol* 1998; 16: 1961-1968.
31. Zanello M, Baugnon T, Roux A i wsp. A long-term evaluation of a training program on breaking bad news in pediatric neurosurgery: a pilot study. *J Neurosurg Pediatr* 2020; 13: 1-9.
32. de Moura Villela EF, Bastos LK, de Almeida WS i wsp. Effects on Medical Students of Longitudinal Small-Group Learning about Breaking Bad News. *Perm J* 2020; 24. doi: 10.7812/TPP/19.157. Epub 2020 Feb 14.
33. Carrard V, Bourquin C, Orsini S i wsp. Virtual patient simulation in breaking bad news training for medical students. *Patient Educ Couns* 2020; doi: 10.1016/j.pec.2020.01.019.
34. Vermeylen JH, Wayne DB, Cohen ER i wsp. Promoting readiness for residency: embedding simulation-based mastery learning for breaking bad news into the medicine sub-internship. *Acad Med* 2020; doi: 10.1097/ACM.0000000000003210.
35. Carrard V, Bourquin C, Stiefel F i wsp. Undergraduate training in breaking bad news: A continuation study exploring the patient perspective. *Psychooncology* 2020; 29: 398-405.
36. Schmitz FM, Schnabel KP, Bauer D i wsp. The learning effects of different presentations of worked examples on medical students' breaking-bad-news skills: A randomized and blinded field trial 2018; 101: 1439-1451.