

Dialog w „trójkącie porozumienia”: relacja lekarz – dziecko – rodzice w sytuacji choroby przewlekłej. Aspekty praktyczne

Dialogue in the “tripartite communication”: doctor – child – parents relationship. Practical aspects

Beata Antoszevska¹, Zbigniew Bohdan²

¹Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

²Gdański Uniwersytet Medyczny

Psychoonkologia 2017, 21 (4): 142–148

DOI: <https://doi.org/10.5114/pson.2017.77549>

Adres do korespondencji

dr Beata Antoszevska
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski
ul. Żołnierska 14
10-565 Olsztyn
e-mail: beata.antoszevska@wp.pl

Streszczenie

Artykuł stanowi próbę przedstawienia wybranych praktycznych elementów składających się na relację pomiędzy lekarzem a chorym dzieckiem i jego rodzicami. Założenie towarzyszące rozważaniom jest następujące: żadne podejmowane oddziaływania w sytuacji choroby dziecka nie mogą odbywać się wyłącznie przy udziale jednego podmiotu: dziecka lub rodziców. Bez wątpienia kluczowa w relacjach z lekarzem jest zrozumiała, trójstronna komunikacja oraz dialog, które warunkują prawidłową współpracę wszystkich podmiotów (a w przypadku małego dziecka – rodziców) oraz przebieg i końcowy wynik leczenia.

Celem niniejszego artykułu nie jest analiza odmienności relacji lekarz – dziecko powstającej w szpitalu czy w trakcie konsultacji medycznej w gabinecie, ale zaznaczenie i wyszczególnienie wspólnych elementów, istotnych dla każdej relacji.

Abstract

This paper aims to present selected elements that constitute the relationship between the doctor and an ill child as well as the child's parents. The discussion is based on the following assumption: all actions undertaken in the situation when a child is ill cannot be performed when only one subject participates in such activities: either a child or the child's parents.

In the interactions with the doctors, tripartite communication is undoubtedly of key importance because the course and final outcome of treatment depend on appropriate cooperation of all involved subjects (and in the case of a small child this includes the parents).

The aim of the presented article is not to analyse the difference between the doctor-child relationship arising in the hospital or during the medical consultation in the office, but instead to highlight detail the common elements that are important for each relationship.

Słowa kluczowe: komunikacja, relacja lekarz – pacjent, relacja lekarz – dziecko, dialog.

Key words: communication, doctor-patient relationship, dialogue, doctor-child relationship.

Uważna relacja lekarz – pacjent i towarzyszący jej dialog są ważne dla chorego niezależnie od jego wieku. W przypadku dzieci mają one szczególne znaczenie i dotyczą nie tylko diagnozy i terapii, ale wywierają wpływ na psychikę (małego lub starszego) pacjenta oraz na aktualne i przyszłe relacje z innymi ludźmi (nie tylko z personelem medycznym). Bez wątplenia można wskazać różnice w relacji, jaką lekarz nawiązuje z dzieckiem i jego rodzicami w trakcie konsultacji medycznej w gabinecie lekarskim i na oddziale czy w klinice szpitala (zwłaszcza w chorobach przewlekłych). Celem artykułu nie jest analiza odmienności, ale zaznaczenie i wyszczególnienie wspólnych elementów, istotnych dla każdej relacji.

W relacji medycznej równie ważna jak wiedza kliniczna i czynności instrumentalne jest strona emocjonalna i czynności ekspresywne. Zazwyczaj dzieci – zwłaszcza chore, bez względu na poziom rozwoju emocjonalnego i poznawczego są świetnymi obserwatorami zachowań dorosłych i wyczuwają ich nastawienie. Może nie zawsze potrafią dokonać werbalizacji swoich spostrzeżeń (jeśli jeszcze nie mówią lub ich poziom intelektualny to uniemożliwia), jednakże są w stanie wyrazić je w inny, pozawerbalny sposób. Dzieci nieporozumiewające się językiem mówionym wykorzystują do tego krzyk, zniecierpliwienie, płacz lub odwrotnie – uśmiech, radość czy chęć przytulenia. Zwykle już 4–5-letnie dziecko, a tym bardziej starsze, potrafi rozpoznać opiekuńczo-pielęgnacyjne intencje lekarza i przyjąc ze zrozumieniem informacje dotyczące np. choroby, sposobu zachowania się przy badaniu, w trakcie procesu leczenia itp. Co więcej, personel medyczny i opiekunowie mogą przekazać je prostym i zrozumiałym językiem, zwiększając szanse na właściwe odczytanie i zrozumienie.

Współzależność lekarza i dziecka pacjenta oraz jego rodziców powinna stworzyć szczególną relację, zwłaszcza ze względu na jej najmłodszy podmiot – dziecko. W literaturze oddziaływanie lekarz – dziecko – rodzice nazwane jest relacją trójstronną, ponieważ wszystkie osoby w niej uczestniczące obserwują się i wzajemnie komunikują.

Nie sposób w trójstronnej relacji zapomnieć o znaczeniu używanych słów, jak również całej komunikacji pozasłownej (mimice, gestach, organizacji przestrzeni). Oczywiście swoisty język poznania będzie dostosowany do sposobu pojmowania słownictwa, rozumienia pojęć. Inaczej komunikujemy się z niemowlęciem, dzieckiem w wieku szkolnym czy nastolatkiem lub nastolatką. Te same zachowania czy sygnały mogą być opacznie rozumiane. Bliskość stworzona dla przedszkolaka – wzięcie na kolana, nie będzie dobrze odbierana przez nastolatka lub nastolatkę. Zatem ważna

jest ostrożność i uwzględnianie odmienności oraz odrębności w pojmowaniu świata, wzajemnych relacji przez dziecko, młodzież i dorosłych. Przykładem ilustrującym powyższą uwagę może być sytuacja mająca miejsce podczas obchodu, kiedy to ordynator, oceniając wygląd małej dziewczynki, powiedział do asystenta: „To dziecko wydaje się jakieś małe, rzucić je na siatki centylowe”. Po wyjściu lekarzy dziecko zaczęło głośno szlochać. Zapytane przez pielęgniarkę o powód płaczu odpowiedziało: „Bo ja nie chcę, żeby oni mnie gdzieś rzucali”.

Bez wątplenia to lekarz w dużej mierze decyduje o kształcie i charakterze relacji z pacjentem, ponieważ to on przyjmuje chorego „u siebie”, decyduje o powitaniu, przebiegu wizyty, w tym aktywności pacjenta, sposobie leczenia i jego zakończeniu. Warto wspomnieć o interesującym zjawisku neuronów lustrzanych odgrywających istotną, aczkolwiek niedocenianą rolę w spotkaniu lekarz – pacjent. Tu naprzeciw siebie siadają lekarz i pacjent z własnymi nastawieniami i oczekiwaniami, które decydują o przebiegu intuicyjnych procesów spostrzegania i odzwierciedlania oraz wywierają większy wpływ na efekt terapii niż niejedno oddziaływanie terapeutyczne [1]. Oczywiście nastawienia i oczekiwania lekarza mogą być bardzo zróżnicowane. W postawie lekarza pacjent może odczytać wiele niewypowiedzianych, jednak wyczuwalnych informacji. Pomimo wysiłku, który lekarz włoży w grzeczność i poprawne zachowanie, nie będzie w stanie ukryć swego negatywnego nastawienia. Przekaz ów (niewypowiedzianych słów) rozpoczyna się z chwilą wejścia do gabinetu, i wyraża się w przyjętej postawie lekarza, sposobie patrzenia czy tonie wypowiedzianych słów (do tego dochodzą inne liczne sygnały o podobnym charakterze, np. spokojne bądź nerwowe ruchy, spoglądanie na zegarek) [1].

Niewątpliwie trudno jest nawiązać dobrą relację z kimś przerażonym, w dodatku wcześniej doświadczonym złymi przeżyciami. Często dziecko od wejścia do gabinetu pyta: „Czy masz igłę?” lub wykrzykuje: „Tylko nie patykiem!”. I wówczas pomaga strój lekarza, np. krótki rękaw. Można pokazać otwarte dłonie, zwracając się do dziecka spokojnym tonem: „Zobacz, niczego nie schowałem. Też boję się zastrzyków”. Łagodząco może działać wystrój wnętrza gabinetu, kolor fartucha, maskotki wystające z kieszeni, kończące wizytę naklejki (będące dla dziecka nagrodą). Czasem można wykorzystać obecność rodzica lub rodzeństwa i rozpocząć badanie od starszego dziecka, pokazując jednocześnie, że obawy są niepotrzebne. Wiadomo, że obie strony muszą się wzajemnie poznać, doświadczyć. Pomocna może być rozmowa na tematy niezwiązane z chorobą, np. o elementach

stroju, przyniesionych zabawkach, rodzeństwie, pani z przedszkola itp. Z pewnością nie jest to czas stracony, ponieważ można wówczas obserwować zachowanie dziecka, mierzyć podstawowe parametry życiowe, oceniać rozwój. Źle postrzegane są ruchy gwałtowne, formy przemocy i przymusu oraz pośpiech. Zawsze budzą reakcję odwrotną i niewspółmierną – opór, niechęć, obronę i agresję. Często wyciągnięta na powitanie ręka zawisa bez akceptacji, ale nie powinno to zniechęcać do ponownego jej wyciągnięcia po wykonanym badaniu (jako sprawdzian, czy udało się nam przekonać małego oponenta do siebie). W końcu nie wszyscy muszą lubić lekarzy. Na marginesie warto także przywołać niepożądane postawy rodziców, którzy wobec tzw. dziecka niegrzecznego stosują straszak wychowawczy w postaci lekarza z bolesną strzykawką: „Jak będziesz niegreczny/niegrzeczna to pójdziemy do doktora i zrobi ci zastrzyk!”.

Lekarz powinien włożyć nieco wysiłku w ocenę więzi między dzieckiem a jego otoczeniem. Czasem pierwszą przeszkodą w rozmowie są lęki samych rodziców, ich osobiste doświadczenia z medycyną, wiedza pochodząca z Internetu, znużenie przewlekłością choroby i kolejnymi jej etapami. Prawnie do 16. roku życia to rodzice są pomostem do informowania dziecka o jego stanie ogólnym, mogą się nie zgodzić na pełny zakres informacji. Trudno zyskać zaufanie dziecka wobec zapłakanej matki (sprzeczność postrzeganych postaw i niespójna informacja pozawerbalna). W sytuacji choroby wszyscy dorośli są postrzegani jako strona. Lepiej powiedzieć mniej, ale prawdziwie niż motać się kłamstwami (bo taki scenariusz może wymykać się spod kontroli i wymagać z czasem wielopiętrowej układanki).

Zasady postępowania i przekazywania informacji zawsze są indywidualne. W przypadkach chorób z zagrożeniem życia rozmowę o skali zagrożenia i następstwach choroby powinien przeprowadzać najbardziej doświadczony lekarz. Strategię takiej rozmowy wyznaczają: życie, rozmówca i skala problemu. Informacja powinna być udzielana rodzicom w odpowiednich warunkach, zrozumiałym dla nich językiem, bez pośpiechu, z licznymi pauzami umożliwiającymi krótkie podsumowania omawianych kwestii. Dobrze jest, by rozmówca nie był sam, ale przyszedł z osobą towarzyszącą (zapewniającą wsparcie), najlepiej współmałżonkiem. Często właśnie ta pierwsza rozmowa zostaje bardzo dokładnie zapamiętana, stanowi element kaleczący i traumatyczny, do którego się wraca z żalem (zwłaszcza po niekorzystnym przebiegu choroby). Rodzice przekazują dzieciom bezwiednie lub świadomie własny sposób widzenia danej sytuacji, kształtując tym samym nastawienie

do badań diagnostycznych, spotkania z lekarzem czy ogólnej sytuacji szpitalnej. Ważne jest, by były one jak najbardziej obiektywne i realistyczne, konstruktywne oraz mobilizujące [2].

Czasem zdarza się – jak wskazuje literatura przedmiotu, że rodzice przerażeni tym, co dzieje się z dzieckiem (zwłaszcza wówczas, kiedy nie można ustalić rozpoznania), okazują bezradność i ich wkład w leczenie ogranicza się do zapewnienia choremu najbardziej podstawowych potrzeb, bez aktywnej współpracy z lekarzem. Jednak w miarę trwania procesu leczenia zaczynają poszukiwać informacji, doceniają starania personelu medycznego, obdarowują go zaufaniem, co zwrótnie umożliwia ich aktywny, odpowiedzialny i świadomy udział w procesie terapeutycznym. W sytuacjach ekstremalnych personel medyczny podlega takim samym prawom psychicznym jak inni i z pewnością nie jest idealny. Obie strony dialogu mają swoje indywidualne doświadczenia, predyspozycje i cechy charakteru. Oczekiwanych postaw czy zachowań z całą pewnością nie ucząją we właściwym zakresie studia medyczne. Można się ich nauczyć (przy dobrych chęciach) przez różne formy naśladownictwa, samokształcenie, powtarzające się relacje zawodowe z innymi chorymi.

Specyfika dialogu i relacji trójstronnej

O swoistości dialogu i relacji – jak wspomniano na początku – decyduje kilka czynników, spośród których istotne są m.in. wiek pacjenta i sytuacja medyczna. Dzieci w różnych grupach wiekowych wymagają odmiennego podejścia, co więcej – stworzenia odmiennej relacji w obrębie tylko jednej (poszczególnej) grupy wiekowej. Nie tylko w pediatrii – choć tu szczególnie – zauważa się, że skuteczność terapii jest funkcją dobrego dialogu lekarza z dzieckiem i jego opiekunami.

Relacja, jaką lekarz nawiązuje (lub nie) z małym pacjentem, jest istotna już w odniesieniu do najmłodszych – noworodków. Noworodek od początku dobrze słyszy, ma świetny węch, smak, odczuwa dotyk i ból (wbrew temu, co sądzono jeszcze w latach 80. minionego wieku) i sygnalizuje światu swoją niewygodę. Wiadomo, że noworodki przespiają niemal 21 godzin na dobę. Te kilka godzin czuwania jest z pewnością obszarem nawiązywania dobrych relacji i wzajemnego poznawania. A zatem w kontakcie z noworodkiem nie powinno się zapominać o jego zdolnościach i potrzebach. Zapewnienie stabilnego środowiska, stałych pozytywnych bodźców utwierdza dziecko w poczuciu bezpieczeństwa, pozwalając mu na równomierny, intensywny rozwój. Spokojny ton wypowiada-

nych słów, ciepły i czuły, ciepły dotyk uspokajają dziecko i minimalizują ryzyko wystąpienia traumy, jednocześnie zwiększając szanse na dokładne badanie i zaufanie ze strony rodziców. Trzeba zauważyć, że to, co dzieje się pomiędzy najmłodszym dzieckiem a lekarzem, jest bacznie obserwowane przez rodziców. Często spotkania z lekarzem są lekcją życia, nauką pożądaných postaw rodzicielskich (rzadko kto ma w sobie wystarczającą wiedzę dotyczącą pielęgnacji, żywienia i rozwoju dziecka).

Niemowlęta i kilkuletnie dzieci, by czuć się bezpiecznie, potrzebują ochronnych ramion matki lub ojca. Wizyta tej grupy pacjentów powinna być rozpoczęta rozmową z rodzicem lub opiekunem, który w jej trakcie ośmiela dziecko do nieznanego mu osoby – lekarza, zmniejszając lęk i doznania bólowe [3]. Józef Bożek [4] zwracał uwagę na znaczenie, jakie ma obserwacja przez dziecko rozmowy rodzica z lekarzem. Dziecko dzięki niej wierzy, że to, co robi lekarz, jest wiadome rodzicom. Buduje to zaufanie do lekarza. Niemowlęta i małe dzieci bardzo uważnie obserwują otoczenie i przyglądają się dorosłym. Znaczenie ma niemal wszystko: ciepła ręka, płynność i pewność ruchów badającego, pogodny usposobienie, umiejętność rozmawiania, skłonność do zabawy. Nie trzeba zapominać, że badaniem powinien być objęty cały czas pobytu dziecka w gabinecie. Można skutecznie wykorzystać sen dziecka, by ocenić jego stan ogólny i parametry życiowe. Potem niepokój związany z rozbieraniem i badaniem mogą znacznie zmienić obserwowane elementy. Małe dzieci są uważnymi obserwatorami, świetnie wyławiają z otoczenia osoby ważne, znane z poprzednich spotkań. Zobrazowaniem powyższych słów może być sytuacja, w której do sali chorych wkracza wieloosobowy obchód, ważne i decyzyjne osoby (m.in. profesor, ordynatorzy). Naprzeciw staje 3-letnia dziewczynka, ocenia ze swego poziomu „mur” dorosłych, który wydaje się nieprzystępny i obcy. Wreszcie uśmiecha się, zobaczywszy w trzecim rzędzie postać stażysty (znanego z zabaw, codziennych spotkań). Podchodzi do niego i mówi: „Bądź krówką” (wcześniej bawili się w zgadywanie nazw zwierząt po ich odgłosach).

W przypadku starszych dzieci zwiększają się możliwości komunikacji werbalnej. Zarówno pytania dziecka, jak i spokojne wyjaśnienia lekarza są bardziej skuteczne. Dzieci w wieku szkolnym chcą zrozumieć, co lekarz robi, i będą próbowały dzielnie uczestniczyć w wizycie. Im więcej dziecko wie o swojej chorobie (jeśli chciało być o niej poinformowane), tym więcej jest w stanie zrobić, by ją kontrolować, zapobiegać jej negatywnym konsekwencjom. Jednocześnie lekarz, okazując szacunek

dziecku jako uczestnikowi rozmowy, sprawia, że czuje się ono ważne, a także na tyle swobodne, by zadawać istotne pytania [5]. Rozmowa winna toczyć się w języku pojęć dostosowanym do możliwości rozumienia dziecka. Niewiele się o tym mówi, jednak w komunikacji z dzieckiem dobrze jest czasem wykorzystać humor w trakcie rozmowy i badania. Dobrze, jeśli lekarz choć trochę utożsamia się z rozmówcą, może czegoś nie umieć, czegoś nie wiedzieć (np. dlaczego trzymana w ręku zabawka koń jest fioletowa? To Pony!), może nie znać postaci z bajek, nazw i imion maskotek warzyw otrzymany w promocji w markecie). Wtedy lekarz wymaga wsparcia, opieki i odwracając się rolę badanego i badającego. Zatraca się ważność i hierarchia, pojawia nowa wartość – bliskość i równość podmiotów.

Nastolatki to inna, trudna, specyficzna, jak również bardziej samodzielna grupa pacjentów. Ta część chorych zwykle nie odwiedza lekarza, a jeśli już, to po przemyśleniu i najczęściej z istotnymi objawami wymagającymi leczenia. To wiek, kiedy zwykle rozwijający się organizm nie wymaga szczególnej obecności doktora (choć procesy rozwojowe należałyby objąć obserwacją i życzliwym dozorem). Nastolatki krytycznie oceniają świat dorosłych, bardziej liczą się z opinią grupy rówieśniczej. Dlatego w relacji cenią wysokie umiejętności komunikacyjne i otwartość na dialog. Nastolatki są postrzegane jako zamknięte w sobie, mało rozmowne czy wprost przeciwnie – najlepiej znające się na zdrowiu (wysłuchane w sobie). Pomocne może być nawiązywanie do własnych doświadczeń bycia nastolatkiem, do okresu buntu i oceny świata według własnych kryteriów. Można dyskutować na temat obowiązujących lektur, zespołów muzycznych, tabeli rozgrywek piłkarskich, planów edukacyjnych itp. Trzeba się starać nie osądzać, a raczej budować klimat zaufania i zainteresowania. Niekiedy nastolatkom mogą towarzyszyć rodzice, ale częściej wolą oni rozmawiać z lekarzami sam na sam. Jeśli w rozmowie pojawią się informacje, których znajomość przez rodziców jest niezbędna, lekarz powinien przedyskutować z nastolatkiem, co i kiedy może czy musi im przekazać [6]. Należy pamiętać, że 16-latek ma określoną osobowość prawną. Może nie zgodzić się na proponowane leczenie, nie zaakceptować placówki medycznej czy też osoby leczącej. Wszystko więc opiera się na pertraktacjach i akceptacji wstępnych założeń. Posłużymy się przykładem: licealista mający skomplikowaną sytuację rodzinną (oboje rodzice założyli nowe rodziny) i towarzyską (brak przyjaciół, zmiana szkoły, absencje chorobowe) był przez otoczenie latami oszukiwany, że jest leczony z powodu zapalenia węzłów (w rzeczywistości

chorował na zaawansowaną ziarnicę). Podczas jednej z konsultacji specjalistycznych w ośrodku zagranicznym zorientował się, że jego stan jest poważny. Został wprost poinformowany o rozpoznaniu, zaawansowaniu choroby i prawdopodobnym niepomyślnym rokowaniu – przeżył kryzys zaufania do całego świata dorosłych, szczególnie do lekarzy. Po powrocie do kraju nie zgodził się na żadną z proponowanych mu terapii i po kilku miesiącach zmarł. Argumentował swą decyzję następująco: „Jak mogę wam uwierzyć teraz, jeśli przez 2 lata wszyscy mnie oszukiwaliście?”.

Obserwacje i rozmowy z rodzicami pokazują, że wsparcie udzielane dzieciom przez rodziców w trakcie pobytu w szpitalu stanowi nieocenioną pomoc bez względu na wiek dziecka. Obecność rodziców lub świadomość ich regularnych odwiedzin dają dzieciom poczucie bezpieczeństwa i opieki, a przede wszystkim poczucie bycia kochanym i potrzebnym. Warto zaznaczyć, że odwiedzinom rodzica nie powinno towarzyszyć zbyt wiele osób (zwłaszcza dorosłych), ponieważ wówczas wizyta nie koncentruje się na dziecku, ale na rozmowie o nim – jakby bez niego. Wobec choroby rodzina powinna stanowić monolit: „Nie wiemy, jak zakończy się historia choroby, wierzymy jednak w pomyślność i dobrą przyszłość naszego dziecka. Musi mieć ono pewność naszych intencji i pełne wsparcie”.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że dla małych dzieci proces leczenia jest nieprzewidywalny i pozbawiony prawidłowości. Zmieniający się personel to dla nich zupełnie nowi i obcy ludzie, a zatem stała wytrwała obecność rodziców jest szczególnie pożądana.

Doniosłość kontaktu lekarza z rodzicami

Konsultacje prowadzone z rodzicami wskazują, że bardzo dokładnie pamiętają oni wizyty czy spotkania z lekarzami. Potrafią niekiedy z detalami opisać sposób postępowania lekarza (jak odnosił się on do nich i dziecka, jakich słów używał), jak też okoliczności towarzyszące wizycie. Dzieje się tak szczególnie w sytuacjach chorób przewlekłych lub o niepomyślnym przebiegu. Postęp choroby i jej nieoczekiwane następstwa są kojarzone z pierwszymi spotkaniami ze służbą zdrowia, zaniedbaniami diagnostycznymi, opieszałością w leczeniu. Szczególnego znaczenia nabiera konsultacja lekarska, podczas której wykryta zostaje wada wrodzona lub trwała niepełnosprawność dziecka. Sposób przekazania tej informacji wpływa nie tylko na zaufanie do profesjonalistów i umiejętność współpracy z nimi, lecz także jest istotnym elementem kształtowania dobrostanu oraz możliwo-

ści przystosowania się rodziców do nowej sytuacji [7]. Nikt też nie chce być zwiastunem niepomyślnych wieści. Szczególnie wtedy trzeba głębokiej wrażliwości, taktu i wyczucia chwili, ponieważ taka rozmowa jest pamiętana latami w każdym detalu.

Kolejny przykład dotyczy 12-letniej dziewczynki z nowotworem kości ramiennej. Była przygotowywana do zabiegu amputacji kończyny. Nikt nie chciał być zwiastunem nieszczęścia. Problem miał lekarz leczący, ordynator, psycholog, rodzice. Nikt nie chciał być tym pierwszym informującym. Wezwany do złożenia podpisu zgody na zabieg ojciec zapytał: „Czy muszę podpisać tę dokumentację? Co się stanie, jeśli nie udzielę zgody?”. Rozmowa odbywała się w gabinecie profesora chirurgii. Odpowiedź brzmiała: „Jeśli Pan się nie zgodzi, Agnieszka umrze. Jeśli wykonamy amputację, ma 30% szans na ocalenie”. Ojciec zgodę podpisał. Trzy miesiące później zmarł nagle na zawał. Dziecko żyje. Sytuacje, w których uczestniczymy, mają szczególnie tragiczny ładunek emocjonalny. Podejmowane decyzje zawsze są obciążone jakimś nieprzewidywalnym kosztem.

Kontakty lekarza z rodzicami umożliwiają nie tylko przekazywanie wiedzy i umiejętności dotyczących opieki nad dzieckiem w chorobie, lecz także tworzą przestrzeń do oddziaływania na ich postawy i sposoby zachowań (zwłaszcza wówczas, kiedy są one nieprawidłowe, w przypadku rodziny dysfunkcyjnej itp.).

Budowanie dialogu

W dialogu myśli przybierają postać słów skierowanych do kogoś [8] – z kimś zaistniało spotkanie, z kimś chce się słuchać i mówić. Dialog stanowi wezwanie i zarazem odpowiedź. To coś, co wydarza się między Ja i Ty [9]. Trzeba usłyszeć to, o czym mówił rozmówca, i niejako udzielić odpowiedzi powiązanej z usłyszaną treścią. To dynamiczna i niezwykle krucha sztuka mówienia i słuchania [10]. Każdy uczestnik dialogu jest słuchaczem i mówcą.

Dialog w relacji lekarz – pacjent powinien być świadomym i zrozumiałym przekazem wszystkich osób biorących w nim udział, choć przede wszystkim ciężar odpowiedzialności spada na lekarza. Józef Lipiec [11] uznaje pacjenta za tego, który może i powinien decydować o języku dialogu. Lekarz, dysponując określonym zestawem wyrażeń charakterystycznych dla nauk medycznych, ma go dostosować, tak by nie stwarzać blokad językowych.

Budowanie dialogu to rozumiały język i uważne słuchanie, ale również wzajemne zaufanie

umożliwiająca skuteczne działanie. Zawsze za wyznaczonym tokiem postępowania stoi konkretny człowiek. Nie da się zadekretować właściwych postaw. Nie da się zwyczajnie wyznaczyć, co jest słuszne, a co nie powinno mieć miejsca. Dramat podejmowanych problemów, dramat toczących się zjawisk – często bywają wyznacznikami jakości decyzji, niekiedy wymuszają konieczność skorzystania z mądrości i oceny zespołu terapeutycznego (konsylium specjalistów różnych dziedzin). Dzisiejsza onkologia dziecięca kieruje się innymi prawami, chorzy podlegają ocenie często międzynarodowych gremiów porównujących skuteczność terapii. A co powiedzieć o „schematach spotkania”? Każde przecież jest indywidualne, jednostkowe, niepowtarzalne, bolesne (jeśli prowadzi do przegranej). Piękno spotkania z chorym dzieckiem tym bardziej boli, im więcej w nim głębokiej przyjaźni i zaufania. Cierpienie dziecka budzi w nas, dorosłych, głębokie pytanie o sens, o prawdę, perspektywę życia. Dlatego te dobre relacje tyle kosztują. Zaufanie to jedna z ważniejszych rzeczy w życiu człowieka, którą mogą przekazać dziecku rodzice lub inni, ważni dla niego dorośli. Mogą przekazać zaufanie i otwartość lub wręcz przeciwnie – podejrzliwość i zamknięcie na innych.

Jak już wspomniano, rodzice dostarczają lekarzowi wielu cennych informacji i są wykonawcami jego zaleceń. By postawić trafną diagnozę i zaplanować skuteczne leczenie, medyk musi wierzyć i ufać temu, co przekazują mu rodzice (oczywiście w kwestii obserwowanych u dziecka objawów). Zofia Szymańska [12] w swojej książce *Byłam tylko lekarzem...* przyznaje, że najlepszym obserwatorem dziecka nie jest lekarz, lecz mądra matka. Pewna matka oczekiwała we francuskim szpitalu na przeszczep 3-letniego syna. Nie знаła języka, jedynym pomocnikiem i tłumaczem był Polak mieszkający w sąsiednim miasteczku, który po pracy odwiedzał szpital i wyjaśniał wyniki badań oraz interpretację medyczne. W liście do lekarza leczącego dziecko w Gdańsku napisała: „Doktorze, poruszam się w obcym mi środowisku językowym, przerażona stanem mojego syna. Często, kiedy nie wiem, co do mnie mówią, patrzę w oczy francuskich lekarzy i wiem wszystko, co chcą mi powiedzieć, przed czym chcą mnie chronić...”.

Kolejnymi bardzo ważnymi kwestiami są szczerłość i gotowość podjęcia dialogu. Dialog wymaga bowiem szczerości, która stanowi podstawę wiarygodności kontaktów między ludźmi. Nie można być dobrym lekarzem wyłącznie dla siebie, ponieważ lekarzem zawsze jest się dla kogoś. Dialogiczność znajduje się u podłoża profesji medycznej. Krakowski lekarz Antoni Kępiński pisał, że prawdziwe porozumienie wymaga wyzbycia

się władzy, ponieważ w relacji lekarz – pacjent im większy wpływ chce lekarz wyrzucić na chorego, tym efekt tego jest mniejszy [13].

Zakończenie

Od wielu lat wiadomo, że komórki odpornościowe organizmu człowieka są odbiorcą przekazów wysyłanych przez jego układ nerwowy, a długo-trwałe negatywne emocje i stres znacznie je osłabiają i mogą być toksyczne [14]. Organizm każdego człowieka, szczególnie dziecka będącego w nieustannym procesie rozwoju, by móc prawidłowo funkcjonować, potrzebuje stabilnych, bezpiecznych i stałych sygnałów płynących od osób dorosłych (bliskich). Konieczne wobec powyższego jest ich zaangażowanie i otwarcie się na dialog z rozmówcą – lekarzem czy dzieckiem (w każdym wieku).

Dialog sprzyja wzajemnemu poznaniu – zwłaszcza w przypadku chorego dziecka, szczególnie potrzebującego pomocy, stwarza możliwości zindywidualizowanego, a tym samym bardziej skutecznego oddziaływania. W jaki sposób można uczyć dialogowania?

Na studiach lekarskich będzie to nauka komunikacji z pacjentem obejmująca zarówno umiejętności formułowania i zadawania pytań (m.in. właściwy dobór słów, jasny i zrozumiały komunikat dla odbiorcy), jak i empatycznego wsłuchiwanie się w pacjenta, reagowania na wysyłane przez niego sygnały. Wskazanych umiejętności można się uczyć poprzez lekturę odpowiednich treści, uczestniczyć w wykładach, jak również zajęciach praktycznych czy po prostu obserwować doświadczonych lekarzy (nauczycieli) nawiązujących prawidłowe relacje z pacjentami. Pomocna jest także analiza nagrywanych wywiadów i rozmów prowadzonych z chorymi. Poza tym codzienne funkcjonowanie człowieka oraz relacje nawiązywane z innymi ludźmi spoza sfery zawodowej wspomagają proces budowania umiejętności komunikacyjnych. Powtarzane oraz wyuczone wzory komunikowania stają się naturalną częścią zachowania, przenikając do innych (wszystkich) wymiarów ludzkiego funkcjonowania. Fundamentalną sprawą w każdym zawodzie opierającym się na bezpośrednim kontakcie z osobą jest zainteresowanie skierowane w jej stronę bez względu na zajmowane przez nią stanowisko, posiadaną wiedzę, wiek czy sprawność bądź niepełnosprawność. To, w jaki sposób odnosimy się do innych, od najmłodszych do najstarszych, decyduje o naszym byciu osobą ludzką.

Oświadczenie

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Bauer J. Empatia. Co potrafią neurony lustrzane? PWN, Warszawa, 2015; 99-100.
2. Jarosz M. Psychologia lekarska. PWN, Warszawa 1982.
3. Jankowska AK, Grześk E, Kubica A i wsp. Specyfika współpracy lekarz – pacjent w pediatrii. *Folia Cardiologica Excerpta* 2010; 5: 74-77.
4. Nowotwory wieku dziecięcego. Bożek J (red.). PZWL, Warszawa 1971.
5. Krosch BM, Harding C. Świadomy pacjent. Prószyński i S-ka, Warszawa 1999.
6. Jankowska AK. Postępowanie z dzieckiem i jego opiekunami. Porozumiewanie się z nastolatkiem. W: Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną. Steciwko A, Barański J (red.). Wrocław 2012.
7. Pisula E. Rodzice i rodzeństwo dzieci z zaburzeniami rozwoju. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2007.
8. Stawicka-Zwiahel E. Stworzeni do relacji. Dialogiczne inspiracje Martina Bubera. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2014; 155.
9. Ebner F. Słowo i realności duchowe. Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2006; 11.
10. Barker A. Jak działa rozmowa? W: Doskonała umiejętność komunikacji. Wydawnictwo Helion, Gliwice 2000; 14.
11. Lipiec J. Słowo uzdrawiające. W: Komunikowanie w ochronie zdrowia – interpersonalne, organizacyjne i medialne. Goban-Klas T (red.). ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014; 35.
12. Szymańska Z. Byłam tylko lekarzem... Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1979.
13. Kępiński A. Rytm życia. Warszawa 1999; 265.
14. Joško J. Stres w chorobach przewlekłych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.