

Na czym polega współpraca lekarza z pacjentem?

Aldona Katarzyna Jankowska

Współpraca lekarza z chorym jest działaniem obu stron we wspólnym celu, jakim jest zdrowie pacjenta. Lekarz wnosi do tej współpracy swoją wiedzę, doświadczenie kliniczne oraz kompetencje społeczne: umiejętność skutecznego porozumiewania się, radzenia sobie ze stresem, tworzenia dobrej relacji i motywowania innych. Wkładem chorego jest zdolność do realizacji wspólnie przyjętego planu terapeutycznego. W takim rozumieniu współpraca prowadzi do stosowania przez pacjenta zaleceń leczenia farmakologicznego i nefarmakologicznego. Warunkiem skutecznego leczenia jest bowiem nie tylko prawidłowo zaplanowana terapia, lecz także sumienne przyjmowanie leków i przestrzeganie wielu zasad składających się na samokontrolę i samoleczenie. Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych oraz stopień realizacji terapii przez pacjenta definiują terminy *compliance* i *adherence*.

Compliance. Pochodzące z języka łacińskiego słowo *compliance* oznacza: wypełniać, dokonywać procesu czy transakcji, a także: spełniać obietnicę. Według oksfordzkiego słownika języka angielskiego pojęcie ma następujące główne znaczenia: działanie w zgodzie z czymś, uleganie pożądanemu, prośbie, warunkowi, kierunkowi itp.; praktyczna zgoda [Aronson, 2007]. W znaczeniu medycznym polski odpowiednik *compliance* stanowią określenia: „respektowanie zaleceń”, „stosowanie się do zaleceń lekarskich”, „zakres, do jakiego zachowanie pacjenta w odniesieniu do przyjmowania leków, przestrzegania diety i modyfikacji stylu życia pozostaje zgodny z zaakceptowanymi przez chorego zaleceniami medycznymi” [Kuna, Gaciong, 2008]. Paternalistyczna relacja między lekarzem a pacjentem w ujęciu *compliance* prowadzi do skutecznej współpracy w sytuacji, gdy pacjent z ufnością i przekonaniem realizuje zalecenia

lekarza, jednak nie przynosi ona dobrych rezultatów, kiedy poziom motywacji lub zaufania pacjenta jest niski. Wówczas nawet silna presja ze strony lekarza wywołuje sprzeciw i w konsekwencji działa na szkodę chorego. Całkowita władza lekarza i ograniczenie praw pacjenta są wadami modelu *compliance*.

Adherence. Terminem odzwierciedlającym współpracę między pacjentem a lekarzem, uwzględniającym rolę pacjenta w podejmowaniu decyzji zdrowotnych, jest *adherence*. Termin *adherence* („przyleganie”, „dotrzymanie”, „przywarcie”) wyraża to, w jakim stopniu pacjent przestrzega planu terapeutycznego, który został mu zaordynowany przez lekarza. *Adherence* jest pojęciem rozszerzającym definicję *compliance* o poszanowanie woli pacjenta odnośnie do leczenia. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia *adherence* to „stopień, w jakim zachowanie pacjenta jest zgodne z zaleceniami świadczeniodawcy opieki zdrowotnej” [Sabate, 2003]. *Adherence* uwzględnia rolę pacjenta w poprawie skuteczności leczenia. Chory ma większą swobodę w podejmowaniu decyzji dotyczących swojego stanu zdrowia. Jednocześnie zmiana ulega rola lekarza. Jeśli pacjent zdecyduje się postąpić wbrew wskazaniom specjalisty, jego działanie nie jest już bezwarunkowo potępiane. Relacja między lekarzem a pacjentem jest relacją partnerską [Chatterjee, 2006]. *Medication adherence* definiuje czas, w jakim pacjent przyjmował leki zgodnie z zaleconym schematem ich dawkowania.

Adherence w chorobach przewlekłych

W przypadku chorób przewlekłych pojęcia *adherence* używa się do określenia sumy działań (*com-*

pliance oraz *persistence*) opisujących prawidłowe przestrzeganie wytycznych w leczeniu długoterminowym. Niepełne przestrzeganie zasad terapii długoterminowej definiowane jest jako *poor adherence*. *Persistence* zaś określa czas, w którym terapia jest prowadzona.

Strategia poprawy efektywności terapii zakłada świadomy udział chorego i przekonanie go o celowości zaleceń. Zmiana postawy z biernej na czynną często jest owocem kompromisu między lekarzem a jego pacjentem. O *non-adherence* decyduje również zdolność pacjenta do właściwego zrozumienia instrukcji przedstawionych przez lekarza. Niewłaściwa komunikacja lub brak komunikacji między pacjentem a lekarzem powoduje spadek poziomu satysfakcji i motywacji u chorego.

Termin *concordance* został pierwotnie sformułowany jako „nowe podejście dotyczące zarówno przepisywania, jak i sposobu przyjmowania zaleconych leków”. To rodzaj sojuszu zawartego między chorym a lekarzem. W tym sojuszu specjalista przyznaje pacjentowi prawa w zakresie podejmowanego leczenia. W czasie wyboru terapii decyzje podejmowane są wspólnie. Porozumienie zostaje osiągnięte podczas negocjacji, w których uszanowane są poglądy i życzenia pacjenta. Ideą *concordance* jest równość. Informacje uzyskane od chorego stanowią dla lekarza podstawę ustalenia preferencji dotyczących strategii leczenia. Koncepcja *concordance* uwzględnia też aspekt ekonomiczny. Poza lekarzem, który proponuje leki, i pacjentem, który je wybiera, ważnym elementem jest koszt leczenia. Pacjenci kupujący leki na miarę swoich możliwości finansowych aktywnie uczestniczą w leczeniu i są bardziej przekonani o skuteczności terapii. Według Światowej Organizacji Zdrowia nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych dotyczy około 50% pacjentów chorujących przewlekłe [Sabate, 2003], a to obniża skuteczność leczenia, powodując jednocześnie wzrost liczby powikłań i zgonów.

Poza szpitalem pacjent nie zawsze jest w stanie konsekwentnie trzymać się ustalonego planu. Zrozumienie czynników kierujących pacjentem podczas trwania terapii wymaga przyjęcia jego punktu widzenia. Zachowanie *adherence* jest mniejsze, niż powinno być z wielu powodów. Wśród głównych czynników można wymienić m.in.: niewystarczającą wiedzę na temat choroby, niewłaściwą relację lekarz-pacjent, niezrozumienie potrzeby stosowania długotrwałej terapii, działania niepożądane leków, jak również wiek chorego [Sawyer, 2003].

Przestrzeganie procedur leczenia długoterminowego polega na systematycznym przyjmowaniu leków przez chorego, ściśle według wskazań, i wymaga zmian dotychczasowych przyzwyczajeń i samodyscypliny. Chory nie zawsze jest w stanie właściwie oszacować zagrożenie i w rezultacie często ocenia je jako niskie. Często brakuje mu motywacji do ciągłego pilnowania określonych godzin zażycia leków. Przerwy w dawkowaniu prowadzą do niewłaściwej kontroli procesu chorobowego i skutkują pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta – z powodu zaostrzenia choroby podstawowej z jej możliwymi powikłaniami.

Współpraca z pacjentami z chorobami o poważnym rokowaniu

Gdy rozpoznana choroba jest poważna, współpraca z pacjentem jest szczególnie ważna i od samego początku bardzo trudna. Często o całym jej przebiegu decyduje sposób przekazania informacji o złej sytuacji zdrowotnej chorego. Istotnego znaczenia tego elementu współpracy z chorym dowiodły badania F. Fanga, w których wykazano, że przyczyną samobójstw u pacjentów onkologicznych jest nie tyle niekorzystny przebieg choroby, ile sama diagnoza. Istnieje bardzo silny związek między uzyskaniem informacji o rozpoznaniu choroby nowotworowej i datą zgonu z powodu samobójstwa [Fang i wsp., 2012]. Proces przekazania informacji o rozpoznaniu poważnej choroby, będący jednym z najtrudniejszych zadań lekarza, można porównać do innych procedur medycznych, które wymagają realizacji etapowego planu. W protokołach medycznych, takich jak resuscytacja krążeniowo-oddechowa lub postępowanie w kwasicy ketonowej, każdy krok musi zostać właściwie przeprowadzony, a udana realizacja kolejnego elementu zależy od prawidłowego przeprowadzenia i zakończenia poprzedniego etapu [Baile i wsp., 2000]. Postępowanie lekarza w czasie przekazywania złych wiadomości wymaga podobnej świadomości znaczenia poszczególnych etapów tego procesu oraz delikatności, precyzji, czujności i konsekwencji.

W przekazywaniu złych wiadomości istotne jest nie tylko werbalne przekazanie ich treści, lecz także:

- umiejętność pozawerbalnego wsparcia pacjenta,

- umiejętność radzenia sobie ze stresem wywołanym przez oczekiwania pacjentów i zaangażowanej rodziny,
- stworzenie możliwości udziału pacjenta w podejmowaniu decyzji medycznych,
- odpowiedź na emocjonalne reakcje pacjenta oraz znalezienie odpowiedzi na pytanie: jak dać nadzieję, gdy sytuacja jest trudna?

W czasie lat swojej pracy lekarz w zależności od reprezentowanej specjalności przekazuje złe wiadomości pacjentom i ich rodzinom od kilkudziesięciu do wielu tysięcy razy [Maynard, 1996]. Jest to zdarzenie szczególnie stresujące, zwłaszcza w sytuacji, gdy lekarz jest niedoświadczony, a wiadomość dotyczy dziecka lub bardzo młodej osoby bądź szanse na powodzenie leczenia są ograniczone.

Przykładem narzędzia ułatwiającego budowanie dobrej współpracy z pacjentem w szczególnie trudnej sytuacji, jaką stanowi rozpoznanie poważnej choroby, jest protokół przekazywania niepomyślnych wiadomości – EMPATIA.

E – Emocje

M – Miejsce

P – Perspektywa pacjenta

A – Adekwatny język

T – Treść wiadomości

I – Informacje dodatkowe

A – Adnotacja w dokumentacji

E – Emocje

Głęboki kontekst emocjonalny pozostaje nieodłącznym elementem przekazania złych wiadomości. Ten kontekst obejmuje zarówno emocje pacjenta, jak i lekarza. Otrzymanie wiadomości o poważnej chorobie jest z natury odbierane przez pacjenta jako wrogie, bywa opisywane jako „uderzenie w głowę” albo „wybuch bomby”. Lekarz przekazujący informacje o poważnym zagrożeniu dla zdrowia i życia również doświadcza wielu negatywnych emocji. Istnieją różne strategie obronne stosowane przez pracowników opieki medycznej w takich sytuacjach. Niektóre z nich pozwalają na budowanie zaufania pacjenta, inne

mogą być przyczyną zaprzepaszczenia szansy na dobrą współpracę. Błędna strategia w sytuacji przekazywania złych wiadomości to na przykład maksymalne skracanie rozmowy, nadmierna medykalizacja języka, utrudniająca pacjentowi pełne zrozumienie jego sytuacji, lub używanie pseudożartobliwych określeń typu: „Ma Pan kalafiora w jelicie”. Takie postępowanie w trakcie rozmowy pogłębia w pacjencie poczucie uprzedmiotowienia i lekceważenia. Przed przystąpieniem do rozmowy z pacjentem należy poświęcić kilka chwil na przygotowanie jej planu – uwzględniającego treść i kolejność informacji przekazywanych pacjentowi. Stworzenie planu obejmuje staranną znajomość szczegółowego rozpoznania, dotychczasowego przebiegu choroby, jej aktualnego stadium, planów postępowania i rokowania.

M – Miejsce

Konieczne jest znalezienie odpowiedniego, spokojnego miejsca, które pozwalałoby na przeprowadzenie rozmowy na siedząco i bez ingerencji osób trzecich. Czas tej rozmowy powinien być przeznaczony wyłącznie na nią. Lekarz nie powinien w jej trakcie odbierać telefonu ani rozwiązywać innych problemów. Do pacjenta należy decyzja, czy w czasie tej rozmowy chce być sam z lekarzem, czy chciałby, aby uczestniczyła w niej jeszcze jakaś inna osoba wspierająca go, np. współmałżonek. Jeśli rozmowa dotyczy dzieci, kluczowa jest obecność obojga rodziców. Natomiast kwestię obecności dziecka w trakcie tej rozmowy rozstrzygają rodzice i lekarz, kierując się między innymi wolą pacjenta, jego wiekiem i dojrzałością emocjonalną.

P – Perspektywa pacjenta

Przed przekazaniem wiadomości trzeba wysłuchać krótkiej opinii pacjenta o jego stanie zdrowia oraz zapytać o jego obawy. To pozwala poznać poziom wiedzy chorego i jego nastawienie. Wysłuchanie pacjenta pozwala uniknąć omawiania faktów, które są dla pacjenta jasne, dostosować formę i język rozmowy do potrzeb pacjenta i jego gotowości do przyjęcia informacji oraz poznać jego perspektywę widzenia choroby. Pacjent w trakcie tej wypowiedzi przekazuje lekarzowi wiele informacji pozawerbalnie, dlatego w tym przypadku szczególnie istotny jest kontakt wzrokowy z pacjentem.

A – Adekwatny język

W trakcie udzielania informacji należy dołożyć starań, aby używany język był zrozumiały i dostosowany do pacjenta. Ważne jest unikanie żargonu medycznego.

T – Treść wiadomości

Bezpośrednio przed podaniem złej wiadomości warto powiedzieć tak zwane zdanie ostrzegające, pozwalające pacjentowi podnieść gardę. Może być to zdanie w rodzaju: „Wolałbym, żeby ta wiadomość była lepsza” lub „Bardzo mi przykro, że nie mogę mieć dla Pana/Pani lepszych informacji”. Treść wiadomości należy przekazać bezpośrednio i jak najprościej. Po przekazaniu wiadomości należy unikać pokusy natychmiastowego pocieszania pacjenta. Chwila milczenia po jej przekazaniu jest odbierana na przez pacjentów jako wyraz szacunku dla nich.

I – Informacje dodatkowe

Kolejnym etapem rozmowy jest zapewnienie o dalszej opiece i stałej gotowości do wsparcia, przedstawienie planu leczenia, planu postępowania, szczegółów rokowania oraz odpowiedzi na pytania pacjenta. Pacjent, ze względu na przeżywany stres, zwykle jest w stanie zapamiętać około 40% informacji przekazywanych mu w trakcie tej rozmowy. Z tego powodu warto przedstawić mu konkretny termin kolejnej rozmowy, w trakcie której będzie mógł uzyskać odpowiedzi na pojawiające się pytania. Czas między tymi dwoma rozmowami pozwoli pacjentowi sprecyzować wątpliwości. Warto zaproponować mu zapisanie pytań. Taki plan pozwala uniknąć poczucia niedoinformowania oraz wielokrotnych i niesatysfakcjonujących rozmów. W czasie rozmów z pacjentem nie powinno pojawić się sformułowanie w rodzaju: „Nic nie można zrobić” lub „Nie ma już żadnej nadziei”. Ważne jest, żeby mówić prawdę i jednocześnie, niezależnie od sytuacji zdrowotnej pacjenta, pozostawiać mu nadzieję. W niektórych przypadkach będzie to nadzieja na czas bez bólu, pozwalający na realizację jakichś marzeń chorego, lub nieokaleczające leczenie, a w innych – na całkowite wyzdrowienie. Istotne jest zachowanie akceptujące reakcję pacjenta, bez oceniań go i presji, oraz udzielenie emocjonalnego

wsparcia pacjentowi i współudział pacjenta w podejmowaniu decyzji medycznych. Upodmiotowienie pacjenta jest procesem, który pomaga mu odzyskać kontrolę nad swoim życiem, przejąć inicjatywę i podejmować decyzje.

A – Adnotacja w dokumentacji

Ze względów medyczno-prawnych wskazane jest przygotowanie krótkiej notatki z treści rozmowy oraz podpisanie jej przez lekarza i pacjenta.

Non-adherence w leczeniu onkologicznym

Dotychczas problem *non-adherence* w leczeniu onkologicznym był zminimalizowany, ponieważ terapia odbywała się w warunkach szpitalnych. Jednak w ostatnich latach coraz większe znaczenie w leczeniu onkologicznym ma stosowanie leków doustnych. Zaletami stosowania tej postaci leków są następujące korzyści dla pacjenta: zmniejszenie zakłóceń w codziennym funkcjonowaniu, zmniejszenie liczby wizyt w klinice lub gabinecie lekarskim, zmniejszenie kosztów związanych z transportem, eliminacja potrzeby dostępu dożylnego. Wielu pacjentów ma większe zaufanie do leków doustnych, ponieważ postrzega je jako mniej toksyczne. Wadą zaś jest zmniejszenie kontaktu pacjentów z lekarzem i brak bezpośredniego nadzoru nad terapią. Poważnymi niebezpieczeństwami są złożoność dawkowania, działania niepożądane i toksyczność leków. Im bardziej skomplikowany jest schemat dawkowania leku, tym trudniej pacjentowi go zrealizować. Przyjęcie przez pacjenta pojedynczej dawki leku jest bardziej prawdopodobne niż zażycie wielu leków. Błędy w przyjmowaniu leków polegają na niezazyciu leku w określonym czasie, na pominięciu jednej dawki preparatu, na zmniejszeniu dawki lub na stosowaniu schematu dawkowania niezgodnego z tym zaleconym przez lekarza oraz na nieprawidłowych odstępach czasowych w podawaniu leków.

Bardzo dużym wyzwaniem emocjonalnym dla lekarza jest współpraca z chorymi w opiece paliatywnej, dla których właśnie prawidłowa komunikacja i relacja z lekarzem są niezmiernie ważne. W takim leczeniu szczególnego znaczenia nabierają słowa Ba-linta: „lekarz też jest lekiem”.

Wymiary współpracy lekarza z pacjentem

W raporcie WHO z 2003 roku określono następujące wymiary *adherence*, rozumiane jako grupy czynników o udowodnionym wpływie na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

Czynniki społeczne i ekonomiczne

Im wyższy jest status socjoekonomiczny społeczeństwa, tym rzadziej *non-adherence* wynika z działania czynników społecznych i ekonomicznych, takich jak ubóstwo, niski poziom wykształcenia, stopień bezrobocia czy zbyt wysokie koszty leków.

Organizacja systemu zdrowotnego

Ciągłość opieki medycznej i dostępność konsultacji lekarskich w większym stopniu wpływają na *adherence* niż parametry socjodemograficzne (wiek, płeć, poziom wykształcenia). Przyczynami złej współpracy z chorym mogą być: zbyt słabo rozwinięty system świadczenia usług zdrowotnych, brak szkoleń w zakresie kompetencji komunikacyjnych dla personelu medycznego, zbyt krótki czas konsultacji albo zbyt słaby system edukacji pacjentów.

Czynniki związane ze stosowaną terapią

Warunkiem osiągnięcia sukcesu w leczeniu choroby jest dostosowanie terapii do potrzeb chorego. Czynniki, które o tym decydują, są: złożoność terapii medycznej, czas trwania leczenia, występowanie skutków ubocznych oraz dostęp do pomocy lekarskiej w trudnej sytuacji pogorszenia stanu zdrowia. Ustalenie planu terapeutycznego powinno być oparte na dążeniu do leczenia najważniejszych objawów choroby i do optymalizacji schematu leczenia, takiego, aby był wygodny, a tym samym możliwy do zrealizowania przez pacjenta.

Czynniki związane z pacjentem

W tej grupie należy podkreślić wiedzę, nastawienie, przekonania i oczekiwania chorego, jego niepokój związany z możliwością wystąpienia działań niepożądanych oraz ewentualne negatywne przekonania

na temat skuteczności leczenia. Negatywne nastawienie pacjentów często jest konsekwencją przekonań panujących w ich środowisku.

Czynniki związane ze stanem pacjenta

Zły stan pacjenta, szybka progresja choroby, liczne działania niepożądane i uboczne terapii obniżają motywację pacjenta do współpracy.

Działania umożliwiające poprawę współpracy z chorym

W celu osiągnięcia lepszych wyników leczenia oraz uzyskania poprawy rokowania należy poszukiwać metod poprawy współpracy lekarza z pacjentem. Należą do nich:

- Zaufanie jako podstawa relacji lekarza z pacjentem,
- Edukacja zdrowotna pacjenta i jego rodziny,
- Wygodny i zrozumiały plan terapii,
- Możliwość kontaktu telefonicznego z lekarzem lub pielęgniarką,
- Stały, dość częsty rytm spotkań lekarza z pacjentem,
- Dobra komunikacja z chorym i rodziną.

Zaufanie w relacji lekarza z pacjentem

Motywacja chorego do przestrzegania określonego planu terapeutycznego – schematu dawkowania leków i elementów leczenia nefarmakologicznego – wiąże się z zaufaniem do lekarza. Dobra relacja między lekarzem a pacjentem przekłada się na poprawę wyników leczenia i zmniejsza ryzyko przerwania terapii. Zachowanie *adherence*, kiedy pacjenci czy ich rodziny są osądzone lub odczuwają nieprzychylną postawę zespołu medycznego, jest słabsze. Lekarze, którzy są wrażliwi na mowę ciała i przyjmują wobec pacjentów postawę empatyczną, są wyżej przez nich cenieni, a to staje się powodem wzrostu *adherence*.

Edukacja zdrowotna pacjenta i jego rodziny

Duże znaczenie mają wiedza oraz umiejętności zdobyte przez pacjenta i jego rodzinę podczas kontaktu z personelem medycznym. Pacjenci czy osoby wspierające ich nie zawsze zdają sobie sprawę z priorytetów w przebiegu leczenia. W niektórych sytuacjach dochodzi do rozbieżności w ocenie celów terapii. Przykładem jest sytuacja, gdy chorzy i ich rodziny skupiają uwagę na uniknięciu krótkoterminowych zagrożeń, podczas gdy celem lekarzy jest eliminacja długoterminowych powikłań. Zapobieganie błędom wynikającym z nieświadomości w stosowaniu terapii jest najskuteczniejszą metodą poprawy *adherence*. Działanie zapobiegawcze może obejmować edukację na temat każdego leku lub dotyczyć schematu dawkowania leków. Celem edukacji zdrowotnej jest, między innymi, nauczanie pacjenta metod ułatwiających stosowanie terapii, np. rutynowych schematów, podczas których będą przyjmowane kolejne dawki: zażywanie leku podczas posiłku, ustawienie alarmu w telefonie. Analizując z pacjentem prowadzenie samokontroli i przestrzeganie zaleceń, należy pamiętać, że nabywanie właściwych nawyków jest procesem wymagającym czasu oraz wielokrotnego prowadzenia rozmów wyjaśniających i motywujących.

Wygodny i zrozumiały plan terapii

Złożoność schematu leczenia jest potencjalną przyczyną *non-adherence*. Wyznaczona liczba dziennych dawek jest odwrotnie proporcjonalna do przestrzegania dawkowania przepisanych leków.

Możliwość kontaktu telefonicznego z lekarzem lub pielęgniarką

Możliwość odbycia rozmowy z osobą kompetentną w przypadku pojawienia się wątpliwości, na przykład co do sposobu podawania leku, działań niepożądanych czy interakcji między lekami zapisanymi przez różnych lekarzy, jest niezwykle ważnym elementem kuracji.

Stały, dość częsty rytm spotkań lekarza z pacjentem

Następujące po sobie w zaplanowanym rytmie konsultacje zapewniają ciągłość leczenia, budują zaufa-

nie, sprzyjają osiągnięciu *concordance*. Ważne jest, żeby monitorować terapię. Najprostszym sposobem jest pytanie pacjenta, czy regularnie zażywa leki. W celu utrzymania motywacji pacjenta należy zachęcać go do przestrzegania planu terapeutycznego i motywować do szukania rozwiązań przy pojawiających się trudnościach w realizacji zaleceń.

Dobra komunikacja z chorym i rodziną

Umiejętna rozmowa z chorym przeprowadzona podczas wywiadu czy konsultacji pozwala zwiększać wewnętrzną motywację pacjenta zbudowaną na jego świadomym udziale w procesie leczenia. Podczas takiej rozmowy z pacjentem lekarz dokonuje wyboru jednego z dwóch scenariuszy. Pierwszy z nich jest zgodny z koncepcją *compliance* (model paternalistyczny), drugi reprezentuje ideę *adherence* (lekarz i pacjent są partnerami). Zwykle lepszym wyborem jest przyjęcie koncepcji *adherence*, która pełniej przekłada się na efektywność konsultacji. Sztuka porozumiewania się z chorym wymaga prawidłowej komunikacji werbalnej i niewerbalnej. W czasie tej ważnej rozmowy lekarz przekazuje wiedzę, zachęca pacjenta do współodpowiedzialności w podejmowaniu decyzji oraz aktywnie słucha, co pozwala mu nie tylko usłyszeć treść przekazywanej informacji, lecz także zrozumieć odczucia i intencje pacjenta oraz stworzyć poczucie bezpieczeństwa. Osiągnięcie zaangażowanie pacjenta umacnia jego wiarę w siebie i jest dodatkowym źródłem motywacji w walce z chorobą. Wymaga to od lekarza nie tylko postawienia diagnozy i przekazania informacji na temat leczenia w sposób przystępny dla pacjenta, lecz także wykazania dużych umiejętności tworzenia dobrych relacji interpersonalnych.

Komunikacja werbalna promuje działania w kierunku osiągnięcia *concordance*. Komunikacja niewerbalna jest wyrażana za pomocą języka ciała. Do elementów komunikacji niewerbalnej zalicza się: ton głosu, mimikę twarzy, gesty, wzrok, dotyk. Spośród tych elementów najbardziej potężnymi narzędziami są: dotyk (stanowi element badania pacjenta, ale również niesie w sobie wartość symboliczną, wyrażającą troskę, wsparcie i zaangażowanie) oraz kontakt wzrokowy (wpływa na wzrost zadowolenia pacjenta i może zachęcać do swobodnej, otwartej rozmowy).

Porozumienie, zaufanie i dobra współpraca z lekarzem pozwalają pacjentowi łatwiej przetrwać trudy

choroby i przyjąć bardziej aktywną postawę w procesie własnego leczenia. Wzrost zaangażowania chorych w realizację terapii pozwala znacznie zwiększyć skuteczność leczenia. Warto wykorzystać tę tak osiągalną i wymierną szansę.

PIŚMIENNICTWO

- Aronson J.K., *Compliance, concordance, adherence*, British Journal of Clinical Pharmacology 2007, 63.
- Baile W.F., Buckman R.L. et al., *SPIKES-A six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*, Oncologist 2000, 5, s. 302–311.
- Chatterjee J.S., *From compliance to concordance in diabetes*, Journal of Medical Ethics 2006, 9.
- Fang F., Fall K., Mittleman M., Sparen P. et al., *Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis*, The New England Journal of Medicine 2012, 366, 14; s. 1310–1318.
- Jankowska A.K., Grzešk E., Kubica A., Koziński M., Grąbczewska Z., *Specyfika współpracy lekarz–pacjent w pediatrii*, Folia Cardiologica Excerpta 2010, 5 (2).
- Kuna P., Gaciong Z., *Adherence, compliance, persistence – współpraca, zgodność i wytrwałość – podstawowy warunek sukcesu terapii*, Medycyna po Dyplomie. Wydanie specjalne 2008.
- Maynard D.W., *On „realization” in everyday life: the forecasting of bad news as a social relation*, Am Sociol Rev 1996, 61, s. 109–131.
- Sabate E. (red.), *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*, World Health Organization, Geneva 2003, s. 27–30.
- Sawyer S., Aroni R., *Sticky issue of adherence*, Journal of Pediatrics and Child Health 2003, 39.
- Silverman J., Kurtz S. M., Draper J., *Skills for Communicating with Patients*, Radcliffe Medical Press, Oxford 1998.