

# Problemy komunikacyjne w otoczeniu pacjenta w kontekście emocji związanych ze śmiercią

## Communication problems in the environment of the patient in the context of emotions associated with death

Tadeusz Dyk, Marcin Kolwicz✉

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, ul. Żołnierska 48, 71-210 Szczecin  
✉ rutinex@pum.edu.pl

### ABSTRACT

As a result of cultural changes and technological advances in medicine the perception of death has changed in modern societies. It is becoming increasingly taboo. At the same time, there are always communication problems in relationships between a dying patient, the environment, and medical personnel. The solution to these problems lies in the skilful communication by doctors of a diagnosis painful for the patient and his/

her family, and its acceptance by those concerned. Mutual communication between all participants in the therapeutic process (both medical professionals, the patient and his/her family) requires an awareness of the natural psycho-sociological reaction related to receiving information related to traumatic events such as death, and not avoiding the truth about the fatal disease.

**Keywords:** relationship; illness; doctor; family.

### ABSTRAKT

W konsekwencji przemian kulturowych i postępu technologicznego w medycynie we współczesnych społeczeństwach nastąpiła zmiana postrzegania śmierci. Staje się ona coraz częściej tematem tabu. Jednocześnie cały czas pojawiają się trudności komunikacyjne w relacjach na płaszczyźnie umierający pacjent-otoczenie-personel medyczny.

Rozwiązanie wspomnianych trudności jest możliwe dzięki umiejętnościom przekazania przez lekarzy diagnozy bolesnej dla

pacjenta i jego rodziny oraz jej przyjęcia przez zainteresowanych. Niezbędna we wzajemnej komunikacji wśród wszystkich uczestników procesu leczenia (zarówno pracowników medycznych, chorych, jak i ich rodzin) jest świadomość naturalnych reakcji psychosocjologicznych związanych z przyswajaniem traumatycznych wydarzeń takich jak śmierć oraz nieunikanie prawdy o śmiertelnej chorobie.

**Słowa kluczowe:** relacja; choroba; lekarz; rodzina.

## SPOŁECZNO-KULTUROWY WYMIAR ŚMIERCI

Śmierć można określić jako stan charakteryzujący się ustaniem oznak życia, który spowodowany jest nieodwracalnym zachwianiem równowagi funkcjonalnej i załamaniem wewnętrznej organizacji ustroju. Powszechnie obowiązującą w medycynie jest definicja, wg której dopiero śmierć pnia mózgu pozwala uznać człowieka za nieżyjącego [1], choć w Polsce ta definicja podważana jest przez neurochirurga – prof. Jana Talara.

Śmierć jako końcowy etap choroby jest postrzegana nie tylko jako zjawisko fizyczne i biologiczne, ale również jako wydarzenie społeczne. Zjawisko śmierci jest więc przedmiotem zainteresowania zarówno socjologii medycyny, jak i etyki medycznej.

Z socjologicznego punktu widzenia śmierć ma wymiar indywidualny, rodzinny i grupowy. Śmierć jednego członka rodziny zuboża nie tylko całą rodzinę, ale może mieć wpływ także na kręgi społeczne z nią związane (sąsiedzi i znajomi). Grupa osób powiązanych z rodziną zmarłego tworzy mechanizmy mające na celu złagodzenie skutków tej straty (łęk przed pustką i utratą sensu życia, jakie mogą dotknąć rodzinę),

a także pomagające pogodzić się ze śmiercią bliskiej osoby i umożliwiające odnalezienie się w nowej sytuacji.

Do elementów więzi silnie spajającej grupę w obliczu śmierci można zaliczyć wysłuchanie bliskich zmarłego oraz rytury kulturowe i religijne związane ze śmiercią, jak np. zwyczaj odwiedzin i żegnania się z osobą umierającą, składanie wyrazów współczucia rodzinie zmarłego, wspólne odmawianie modlitwy w domu zmarłego. Tradycyjne wzory oraz normy związane z opawą śmierci (udział w kondukcje pogrzebowym, bicie dzwonów w kościele), obowiązujące głównie na wsiach i w mniejszych miejscowościach, oprócz wsparcia rodziny zmarłego informują całą społeczność o fakcie śmierci. Przypominają w ten sposób o jej istnieniu i nieuchronności.

Stosunek do śmierci uległ jednak modyfikacjom wraz z przemianami cywilizacyjnymi. Wśród nich należy wymienić rozwój miast i związaną z nim zmianę organizacji życia, rozwój medycyny, proces sekularyzacji oraz przemiany socjologiczne związane z charakterem rodziny. Współczesne postawy wobec śmierci określa się jako śmierć odwróconą lub śmierć „na opak”. Zjawisko to polega na tym, że śmierć zostaje wyparta

ze świadomości i jest właściwie nieobecna w dyskursie publicznym. Wzory zachowań dotyczące sytuacji śmierci mają zaprzeczyć jej istnieniu. Coraz rzadziej składa się kondolencje, nie nosi się żałoby, nie odmawia się modlitwy, w której może uczestniczyć cała zbiorowość. Umieranie następuje znacznie częściej w szpitalu niż w domu i dlatego też zjawisko śmierci staje się coraz bardziej odległe od życia codziennego. Uroczystości pogrzebowe (szczególnie w większych miastach) odbywają się głównie na cmentarzu i są niezauważalne dla osób, które w nich nie uczestniczą. Zmienia się również język codzienny opisujący zjawisko śmierci. Coraz rzadziej prowadzi się rozmowy na tematy z nią związane, a jeśli to konieczne, to używane są terminy zastępcze, np. człowiek nie umiera, tylko odchodzi. Od zjawiska śmierci izolowane są dzieci, których nie dopuszcza się do kontaktu z osobami umierającymi (dawniej w rodzinach wielopokoleniowych taki kontakt był powszechny).

Również ogólny przekaz kulturowy skupia się na osobach młodych i w średnim wieku, a starość jest ignorowana i uważana za coś wstydlivego (mimo coraz większej liczby osób starszych we współczesnych społeczeństwach), co stanowi kolejną przesłankę wypychania z życia codziennego zjawiska śmierci.

Przemiany kulturowe wpłynęły również na zmianę sposobu postrzegania śmierci przez rodzinę w relacjach z osobami chorymi. Niejednokrotnie stwarza się choremu złudzenie, że jego stan nie jest najgorszy, że może wyjść z choroby, że śmierć jest możliwa do uniknięcia, nie udziela mu się też pełnej informacji dotyczącej diagnozy lekarskiej. Nadchodząca śmierć jest wręcz niejednokrotnie czymś niespodziewanym, postrzeganym jako błąd w sztuce lekarskiej, czyli błąd techniczny. Pogłębianie się takiego myślenia może skutkować licznymi procesami i oskarżeniami pod adresem szpitala i środowiska medycznego [2].

Zmiana paradygmatu śmierci wpływa więc na trudności dotyczące przyswajania problemu śmierci, umiejętności rozmawiania o niej i tym samym komunikowania się na linii pacjent–rodzina pacjenta–lekarz.

Drugą przyczyną trudności komunikacyjnych jest klasyczna forma funkcjonowania szpitali, w której priorytetem są działania w zakresie medycyny naprawczej. Szpitale niejednokrotnie nie są więc przygotowane do realizacji zadań wynikających z opieki nad człowiekiem umierającym. Sytuacja taka ma miejsce nie tylko ze względu na brak wykwalifikowanego personelu (psychologów), ale i odpowiednich umiejętności psychospołecznych wśród lekarzy i pielęgniarek.

Wspomniane trudności powodują więc, że niezbędne staje się określenie mechanizmów wprowadzania śmiertelnie chorego w proces umierania. Konieczna do wypracowania wspomnianych mechanizmów jest świadomość dotycząca stanów emocjonalnych zarówno pacjenta, jak i jego otoczenia, które są związane z pojawiającą się perspektywą śmierci.

## **FAZY PRZYSWAJANIA ŚMIERTELNEJ DIAGNOZY**

Propozycją modelowego ujęcia procesu dotyczącego komunikacji i przyswajania emocji związanych ze śmiercią przez pacjentów i ich rodziny jest koncepcja etapów umierania opisana

przez Elizabeth Kubler-Ross. Koncepcja ta dotyczy traumatycznych wydarzeń w życiu człowieka i opiera się na naturalnych reakcjach obronnych człowieka dotkniętego różnymi formami straty.

Pierwsza faza zaprzeczenia i izolacji jest emocjonalną reakcją pacjenta na wiadomość o nieuleczalnej chorobie. Najczęściej reaguje on słowami: „Nie, to niemożliwe, to nie ja...”. Takie zachowanie może być formą obronną zarówno przed uciążliwościami związanymi z chorobą, jak i perspektywą zbliżającego się końca. Jest reakcją na wstrząs, który może prowadzić do zburzenia całego dotychczasowego świata chorego.

Kiedy faza zaskoczenia minie i chory zaczyna odzyskiwać stan równowagi psychicznej, próbuje negować fakty: „Nie, to mnie nie dotyczy”. W tej fazie chory neguje słyszane informacje, wyraża brak zgody na zaistniałą sytuację. Nie wierzy w wyniki badań, domagając się ich powtórzenia i tłumacząc niekorzystny ich wynik niesprawną aparaturą medyczną i pomyleniem ich przez laboratorium z wynikami innej osoby. Szuka zaprzeczenia diagnozy, udając się do innych lekarzy. Niekiedy rozmawia o swoich dolegliwościach, jednak w sposób demonstracyjny usiłuje je bagatelizować.

Często strach i brak wsparcia mogą powodować pogłębienie izolacji chorego, jego całkowite wycofanie się z codziennego życia i niepodejmowanie żadnych obowiązków, a nawet prowadzić do zerwania wszelkich kontaktów międzyludzkich. Sama postawa zaprzeczenia może mieć różne stopnie nasilenia, występując nie tylko po postawieniu diagnozy, ale również w późniejszych fazach.

Po fazie zaprzeczenia najczęściej pojawiają się takie stany emocjonalne jak: gniew, bunt, wściekłość, zazdrość. Wyartykułowaniem tych uczuć są pretensje kierowane do personelu medycznego, do rodziny, do Boga. Lekarze, zdaniem chorego (a także jego rodziny), popełnili błąd, zbyt późno diagnozując chorobę, ponadto są bezsilni, jeśli chodzi o dalszy rozwój choroby. Pielęgniarze są natomiast mało empatyczni, zbyt rutynowo wykonują swoje obowiązki, traktują chorego przedmiotowo.

Rodzina jest oskarżana przez chorego o zbyt rzadkie odwiedziny i zajmowanie się wyłącznie własnymi problemami. Wreszcie adresatem wspomnianych reakcji jest sam Bóg, który zawiódł i nie może już być Bogiem miłości, jeśli dopuszcza, by człowiek cierpiał. Gniew chorego na tym etapie znajduje więc konkretne ujście.

W fazie tej człowiek zaczyna zazdrościć innym ludziom zdrowia. Pojawiają się pytania, w tym i to: „Dlaczego właśnie ja?”. Podobne pytania zadają najbliżsi: „Taki dobry człowiek. Dlaczego on?”. Formułowanie tego typu pytań może być więc odzwierciedleniem stanów emocjonalnych odczuwanych zarówno przez osobę chorą, jak i członków jej rodziny.

Kolejną fazą jest targowanie się, będące próbą odroczenia śmierci. Chory przyjmuje postawę, którą można określić jako handlową, będącą elementem składowym zjawiska tzw. religijności naturalnej („jeśli Bóg postanowił zabrać mnie z tej ziemi, to może wysłucha mnie, jeśli poproszę i zaoferuję coś w zamian”). Pacjent targując się z Bogiem, obiecuje dobre uczynki w zamian za pomoc w wyzdrowieniu. Najczęściej

chorzy pragną przedłużenia życia bez cierpień lub dolegliwości fizycznych, a pragnienia te przyjmują postać próśb: „Obym tylko zobaczył, jak moje dziecko zdaje maturę”, „Panie Boże, zatrzymaj proces choroby, a obiecuję, że będę regularnie uczęszczał na nabożeństwa”. Niekiedy chorzy otwarcie pragną wejść w układ ze szpitalem (a tak naprawdę skrycie z Bogiem), przyrzekając ofiarować swoje ciało nauce, jeśli lekarze zastosowałyby najnowsze procedury medyczne w celu przedłużeniu ich życia. Ten etap targowania się z Bogiem przebiega zazwyczaj w tajemnicy. Czasem pacjent zwierza się kapelanowi bądź bliskiej osobie [3].

Nasilenie objawów w następnej fazie, czyli depresji, następuje wtedy, gdy fakt nieuleczalności choroby i śmierci staje się dla pacjenta niezaprzeczalny i niepodważalny. Pierwsze objawy depresji mogą przejawiać się już w pierwszej fazie. Depresji towarzyszy zazwyczaj poczucie winy (choroba jest karą) oraz brak woli walki. Chory unika kontaktu z otoczeniem, nie oczekując pocieszenia ze strony innych osób.

Depresja może mieć charakter reaktywny albo przygotowawczy. Depresja reaktywna jest reakcją na objawy choroby i niemożność wypełnienia ról społecznych (np. rodzica, małżonka, żywiciela rodziny). Depresja przygotowawcza natomiast związana jest z przygotowaniem się chorego na moment śmierci.

Dopiero po pokonaniu depresji chory może wejść w ostatni etap – akceptacji choroby. Nie każdy jest w stanie przezwyciężyć stany depresyjne (dlatego faza ta nie jest udziałem wszystkich śmiertelnie chorych). Pacjent, który godzi się z perspektywą śmierci, nie jest już załamany ani gniewny z powodu swego przeznaczenia; oczekuje ostatecznego z bezradnością, ale i ze spokojem. Ten etap może być nacechowany emocjami bezsilności i straty głównie ze strony bliskich, dlatego też większej pomocy psychologicznej i duchowej niż umierający chory może wymagać rodzina.

Długość poszczególnych faz choroby śmiertelnej oraz ich intensywność mogą przebiegać odmiennie u poszczególnych pacjentów. Są one zawsze uzależnione od indywidualnych predyspozycji i charakteru osoby, a także od indywidualnego systemu wartości, religijności i wiary (które mają wpływ głównie na występowanie ostatniej fazy). Niemniej jednak w każdej z tych faz chory może przejawiać objawy strachu, lęku i przerażenia. Emocje te mogą być wyrażane za pomocą słów, agresywnych zachowań, niekiedy milczenia [4].

Znajomość kolejnych stanów emocjonalnych oraz fazy opisanych reakcji emocjonalnych jest pomocna w odpowiednim reagowaniu na zjawisko śmierci zarówno dla chorego, dla jego otoczenia, jak i dla personelu medycznego; może prowadzić do momentu akceptacji i przyjęcia zbliżającej się śmierci.

## KOMUNIKOWANIE W PROCESIE UMIERANIA

W pracy lekarza codziennością, ale i obowiązkiem wynikającym z prawa pacjenta do informacji dotyczących jego stanu zdrowia, jest umiejętne przekazywanie wiadomości. Pomimo że już Hipokrates w swych zaleceniach deontologicznych przestrzegał, by mówić choremu o przewidywaniach lekarza, aktualny

pozostaje dylemat dotyczący tego, jak i kiedy przekazywać pacjentowi informacje o jego chorobie.

W budowie pozytywnej relacji stron dialogu lekarz–pacjent i jego bliscy istotna jest zasada prawdomówności. Niezbędna wydaje się też ocena zakresu informacji, jakie pacjent może otrzymać. Prowadzący rozmowę powinien w swoich wypowiedziach uwzględniać nie tylko stan, ale także wiek i wykształcenie chorego.

Przekazanie choremu złej wiadomości o stanie jego zdrowia zobowiązuje lekarza do bezwzględnego przestrzegania zasady niepozostawienia człowieka samego ze świadomością śmierci. Okazywanie choremu zrozumienia, szacunku, a przede wszystkim empatia mogą mieć wpływ na przeżywanie poszczególnych faz choroby. Prowadzący rozmowę, przekazując informację o rokowaniach, powinien znaleźć tzw. złoty środek, tzn. jednocześnie nie odbierać, ale i również nie dawać pacjentowi niepotrzebnych nadziei. Mechanizacja i biurokratyzacja medycyny oraz dominacja modelu paternalistycznego w relacjach lekarz–pacjent skutkują niekiedy niewłaściwym przekazywaniem informacji o śmiertelnej chorobie zarówno choremu, jak i jego rodzinie (np. na korytarzu szpitala).

Postępowanie lekarskie podczas przekazywania złej wiadomości można podzielić na kilka etapów. Po pierwsze należy zorientować się, jakie pacjent ma informacje na temat swojej choroby i ile chce wiedzieć w danym momencie. Należy pamiętać, że pacjent w czasie przebiegu choroby może zmienić swoją postawę co do chęci uzyskiwania informacji.

Kolejny etap to przekazanie złej wiadomości i jednocześnie stawianie czoła reakcji pacjenta na otrzymaną wiadomość, które powinno obejmować: ujawnienie odczuć pacjenta, okazanie mu pełnego zrozumienia i empatii, zasygnalizowanie gotowości do wsparcia pacjenta oraz ujawnienie własnych przeżywanych emocji.

Ostatni etap to ostateczne zmierzenie się z problemem, szukanie najbardziej optymalnych rozwiązań, ujawnienie płynących z zaistniałej sytuacji konsekwencji, zaplanowanie dalszego postępowania. Prowadzący rozmowę powinien dać choremu czas na oswojenie się z przekazaną wiadomością, a następnie po kilku dniach wrócić do tematu rozmowy. Ze względu na wstrząs emocjonalny, który „paraliżuje” pacjenta, nie jest on w stanie przyjąć żadnej innej informacji.

Podczas przekazywania złych informacji należy też pamiętać, że komunikowaniu werbalnemu towarzyszy świat sygnałów pozawerbalnych. Istotne są miejsce i sytuacja, w których złe wiadomości są przekazywane. Nie należy tego robić w obecności innych osób z personelu medycznego i pacjentów. Otoczenie powinno zapewniać intymność; może to być gabinet lekarski lub dom chorego. Samopoczucie pacjenta powinno być w miarę dobre, a jego stan fizyczny bez ostrego bólu. Sama rozmowa powinna odbywać się bez pośpiechu, w spokojnej atmosferze (tylko na siedząco), z poświęceniem choremu całej uwagi i czasu. Przekazujący informacje powinien stale utrzymywać kontakt wzrokowy z pacjentem.

Dla złagodzenia emocji i napięcia związanego z kresem życia istotne jest przeprowadzenie z chorym szczerą rozmowę na temat jego sytuacji. Lekarz powinien zachęcać pacjenta do zadawania pytań. Do błędów należy pochopte udzielanie

rad, minimalizowanie uczuć chorego, zdawkowe uspakajanie, pytanie o stan samopoczucia czy używanie przez lekarza żargonu medycznego. Niewskazane jest też udzielanie nieprzemysłanych odpowiedzi na pytania typu: „Jak długo będę jeszcze żyć? Ile mi czasu pozostało? Czy już umieram”? Niezbędne jest przekonanie chorego i jego rodziny o granicach dotyczących stawianej diagnozy: „Jako lekarz nie potrafię precyzyjnie odpowiedzieć, kiedy nastąpi śmierć”. Należy pamiętać, że podstawowym zadaniem opieki medycznej jest cierpliwe pomaganie pacjentowi, pomoc w ujawnianiu jego emocji, okazywanie zrozumienia, niesienie pomocy we wszystkich etapach jego choroby, a nie wyrokowanie [5].

Istotny jest także sposób komunikowania się z pacjentem małoletnim. Lekarz prowadzący powinien przekazać dziecku podstawowe informacje dotyczące jego choroby i procesu leczenia. Uważne wysłuchanie opinii dziecka pozwala dostosować język wypowiedzi do jego konkretnej sytuacji. Lekarz powinien być dla rodziców nie tylko rzetelnym źródłem wiedzy o stanie ich dziecka, ale też źródłem wsparcia. Jeśli w czasie kontaktów rodziców z lekarzem nabiera ono przekonania, że jego rodzice obdarzają lekarza zaufaniem, przestaje odczuwać niepokój. Kiedy rodzice dziecka pozostają nieufni w stosunku do lekarza, wówczas również dziecko niechętnie nawiązuje z nim kontakt. Rozmowa z dzieckiem powinna nie tylko przełamywać powstałe bariery, ale przede wszystkim pozwalać na poznanie jego własnej opinii o stanie zdrowia, samopoczuciu i ewentualnych innych problemach. Tylko atmosfera zaufania ze strony dziecka może stać się źródłem takiej rozmowy. Rozmowa powinna być dostosowana do wieku i rozwoju intelektualnego dziecka tak, aby pozwoliła wykryć ewentualne negatywne emocje. Ocena stanu emocjonalnego pozwala na przyjęcie odpowiedniej strategii dotyczącej zakresu kolejnych przekazywanych informacji. Uważa się, że lekarz nie powinien przekazywać całej informacji w przypadku choroby śmiertelnej i nie powinien pozbawiać dziecka nadziei na wyzdrowienie, lecz raczej kreować iluzję pomyślnej przyszłości, gdyż śmiertelna choroba może stwarzać poczucie alienacji, wyobcowania, bycia niezdolnym do wykonywania swej roli. Niekiedy dziecko może też udawać, że jego stan emocjonalny nie jest zły. Ta gra pozorów może z kolei spowodować, że nie zostanie wysłuchane i nie otrzyma należnej mu pomocy [6].

Czasami długotrwała choroba wpływa na dużą dojrzałość dziecka, które może być gotowe na przyjęcie brutalnej prawdy o swoim stanie i zbliżającej się śmierci w większym stopniu niż rodzice.

Informacja o ciężkiej chorobie pacjenta jest zazwyczaj bardzo trudna dla jego rodziny i innych bliskich mu osób. Wpływa ona na przeżywanie wzajemnych relacji zachodzące między otoczeniem a człowiekiem umierającym w ostatnim etapie choroby. Relacja ta może być nacechowana pewną sztucznością i zakłamaniem. Niejednokrotnie bliskie osoby nie wiedzą, jak się zachować i o czym rozmawiać. Skrzętnie ukrywają swe prawdziwe uczucia – lęk oraz smutek. Jest to również trudna sytuacja dla pacjenta, który domyśla się prawdy.

Interakcje otoczenia chorego z umierającym można sprowadzić do czterech typów w zależności od kontekstu świadomości

śmierci: zamkniętej świadomości, podejrzewania, wzajemnego udawania, otwartej świadomości.

Model zamkniętej świadomości odnosi się do sytuacji, w której chory nie zdaje sobie sprawy ze swojego stanu zdrowia. Wiedzę na temat choroby ma natomiast otoczenie pacjenta, które utrzymuje go w nieświadomości.

Model ten może przejść do modelu otwartej świadomości, zwanego też modelem podejrzewania. Mamy z nim do czynienia wówczas, gdy rodzina i personel starają się nie dopuścić do ujawnienia diagnozy, ale pacjent podejrzewa, że jest nieuleczalnie chory i w różny sposób stara się dociec prawdy, którą się przed nim ukrywa.

Model powszechnego udawania występuje wówczas, gdy obydwie strony wiedzą o nieuchronnie zbliżającej się śmierci, ale wzajemnie udają przed sobą, „że nic się nie dzieje”. W rozmowie unika się tych tematów, które mogłyby naruszyć to milczące porozumienie.

Model otwartej świadomości obejmuje w końcu sytuację, w której o śmierci mówi się wprost. Wie o niej sam chory, jego rodzina i personel medyczny. Umieranie i śmierć przestają być tematem tabu. Uważa się, że jest to najkorzystniejsza sytuacja dla wszystkich stron interakcji [7].

## PODSUMOWANIE

Osiągnięcia współczesnej medycyny wprowadziły nową jakość do tradycyjnego pojmowania śmierci. Postęp technologiczny pozwolił na skuteczne ograniczenie lub wyeliminowanie chorób uznawanych wcześniej za śmiertelne. Przemiany kulturowe sprawiły natomiast, że w życiu codziennym temat śmierci jest przemilczany i odsuwany na dalszy plan. Śmierć była wcześniej traktowana w sposób fatalistyczny jako wspólny los i przeznaczenie gatunku ludzkiego, co skłaniało do refleksji. Obecnie nawet zagrożenie beznadziejną chorobą nie zawsze skłania do przygotowania się do śmierci. Tendencje zmierzające do zahamowania i oddalenia nieuchronności śmierci wynikają z naturalnego dla człowieka niepokoju i obaw z nią związanych. Zdając sobie sprawę ze swej słabości, doświadczając poczucia zawiedzenia, niespełnionych marzeń, lęku przed tym, co nieuchronne, człowiek dąży jednocześnie do homeostazy, a zatem do życia [8]. Dlatego też przyjęcie prawdy o zbliżającym się końcu może być niezwykle trudne.

Oprócz unikania prawdy o nadchodzącej śmierci w relacji chory i jego rodzina, problemem mogą być też braki w umiejętnościach komunikacyjnych wśród pracowników medycznych. Problemy komunikacyjne można zniwelować dzięki umiejętności przekazywania przez lekarza niepomyślnej diagnozy. Umiejętność ta powinna być wynikiem zarówno wiedzy nabytej w procesie nauki (na studiach, ale również i podczas specjalistycznych szkoleń), jak i posiadanej empatii, będącej nieodzowną częścią powołania do zawodu lekarza. Niezbędne wydaje się więc zwiększenie w procesie kształcenia zawodów medycznych roli przedmiotów pozwalających na nabycie umiejętności psychospołecznych, takich jak socjologia medycyny i psychologia lekarska.

Istotnym czynnikiem jest samoświadomość pacjenta i jego rodziny, a także wspomniana wiedza lekarza dotyczące stanów emocjonalnych związanych ze śmiercią chorego. Świadomość ta powinna być połączona z postawą szczerości i przyjęcia trudnej prawdy o nadchodzącej śmierci. W przyjęciu, a nawet zaakceptowaniu tej prawdy niezbędne jest posiadanie trwałego fundamentu związanego z systemem wartości, czyli wiary w życie po śmierci. Wiara ta pozwala nie tylko na posiadanie nadziei na możliwość poprawy stanu zdrowia (w medycynie znane są przypadki powrotu do zdrowia, które nie dają się racjonalnie wytłumaczyć), ale może też pomóc w dojrzeniu sensu śmierci będącej końcowym etapem choroby.

## PIŚMIENNICTWO

---

1. Ślipko T. Bioetyka. Najważniejsze problemy. Kraków: Wyd. Petrus; 2009. p. 428-31.
2. Taranowicz I, Kawczyńska-Butrym Z. Śmierć jako zjawisko społeczne. In: Elementy socjologii dla pielęgniarek. Taranowicz I, Majchrowska A, Kawczyńska-Butrym Z, editors. Lublin: Wyd. Czelej; 2000. p. 261-2.
3. Kubler-Ross E. Rozmowy o śmierci i umieraniu. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax; 1979. p. 43-52.
4. Wrona-Polańska H. Psychologiczne aspekty informowania pacjentów o chorobie. In: Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby. Kubacka-Jasiecka D, Ostrowski TM, editors. Kraków: Wyd. UJ; 2005. p. 87-9.
5. Bujnowska-Fedek MM, Wróblewska I. Przekazywanie pacjentowi i jego rodzinie złych i trudnych informacji dotyczących stanu zdrowia. In: Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną. Wybrane zagadnienia. Steciwko A, Barański J, editors. Wrocław: Wyd. Elsevier Urban & Partner; 2012. p. 163-7.
6. Jankowska AK. Postępowanie z dzieckiem i jego opiekunami. Porozumiewanie się z nastolatkiem. In: Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną. Wybrane zagadnienia. Steciwko A, Barański J, editors. Wrocław: Wyd. Elsevier Urban & Partner; 2012. p. 83-91.
7. Ostrowska A. Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa. Warszawa: Wyd. PAN; 1997. p. 146.
8. Komorska M. Postawy wobec śmierci – wybrane zagadnienia. In: Szkice z socjologii medycyny. Libiszowska-Żółtkowska M, Ogryzko-Wiewiórowska M, Piątkowski W, editors. Lublin: Wyd. UMCS; 1998. p. 207.