

# KOMUNIKACJA Z CHORYM ONKOLOGICZNYM – ROLA PIELEŃNIARKI



**Dr n med. i n. o zdr. Łukasz Marcin Sitko**  
**Prof. dr hab. Elżbieta Krajewska-Kułak**



**KOMUNIKACJA  
Z CHORYM ONKOLOGICZNYM  
– ROLA PIEŁĘGNIARKI**



**Uniwersytet Medyczny w Białymstoku**



**KOMUNIKACJA  
Z CHORYM ONKOLOGICZNYM  
– ROLA PIELEŃNIARKI**

**Dr n med. i n. o zdr. Łukasz Marcin Sitko  
Prof. dr hab. Elżbieta Krajewska-Kulak**

**Białystok 2026**

## RECENZENCI MONOGRAFII

**Dr hab. n. o zdr. Mariusz Wysokiński**

Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Zakład Podstaw Pielęgniarstwa i Dydaktyki  
Medycznej, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu,  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

**Prof. dr hab. n. o zdr. Elżbieta Grochans**

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny

**Prof. dr hab. n. med. Jan Karczewski**

Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

## AUTORZY MONOGRAFII

**dr n. med. i n. o zdr. Łukasz Marcin Sitko**

Doktorant, Zakładu Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak**

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

**ISBN – 978-83-68761-38-2**

**Wydanie I**

**Białystok 2026**

Okładka opracowanie graficzne własne z wykorzystaniem zdjęcia zakupionego  
w <https://pl.freepik.com/>

Monografia powstała na bazie rozprawy doktorskiej

dr n. med. i n. o zdr. Łukasza Marcina Sitko

Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny,  
do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.

Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Monografia wydana wyłącznie w formie online

Pełna wersja dostępna online na stronach

[https://www.umb.edu.pl/wnoz/o\\_wydziale/monografie\\_pracownikow\\_wnz](https://www.umb.edu.pl/wnoz/o_wydziale/monografie_pracownikow_wnz)

[https://www.umb.edu.pl/monografie\\_konferencyjne](https://www.umb.edu.pl/monografie_konferencyjne)

*Natura dała nam  
dwoje oczu, dwoje uszu,  
ale tylko jeden język po to,  
abyśmy więcej patrzyli i słuchali, niż mówili*  
*Sokrates*



## Słowo wstępne

Komunikowanie interpersonalne jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka. Od zarania dziejów ludzie i zwierzęta komunikowali się ze sobą i ciągle doskonaląc tę umiejętność. Przekazywali sobie informacje już około 25 000 lat temu, do czego służyły malowidła i rysunki naskalne w jaskiniach. Sumerowie 3000 lat p.n.e. przekaz, w postaci piktogramów i obrazków, zapisywali drewnianym rylcem, na dwustronnych tabliczkach, przy pomocy pisma klinowego. Za milowy krok w rozwoju komunikacji uważa się upowszechnienie papirusu w basenie Morza Śródziemnego, w epoce hellenistycznej, po dotarciu do Grecji (VI w. p.n.e.) i Rzymu (III w. p.n.e.). Fenicjanie (2 tys. lat p.n.e.) posługiwali się już pismem alfabetycznym, zawierającym tylko 22 znaki (same spółgłoski). Umożliwiało im to zastąpienie piktogramów znakami reprezentującymi określone dźwięki mowy. W starożytnej Grecji i Imperium Rzymskim do alfabetu fenickiego dodano samogłoski, ale pisano wyłącznie dużymi literami, na woskowych, tabliczkach, zrobionych z dwóch deszczulek. Do ręcznego zapisywania używano rylca (drewnianego lub wyrabianego z kości słoniowej). W średniowieczu posługiwano się alfabetem stylizowanym z małymi i dużymi literami, a przekazywane treści pisano piórem i atramentem. W XV wieku znano już mechaniczny zapis znaków (prasa drukarska) na papierze. W cesarstwie rzymskim do porozumiewania wykorzystywano telegraf optyczny (cesarstwo rzymskie), a od 1753 roku telegraf elektryczny (Morrison). Kolejnym przełomem w procesie kontaktów międzyludzkich było skonstruowanie telefonu (1876 rok, A.G. Bell), radia (1894 rok, G. Marconi) oraz telewizji (1926 rok, J.L.). W obecnych czasach nikt już nie wyobraża sobie komunikacji bez komputera (1944, Aiken i zespół), Internetu (1969, USA), czy telefonu komórkowego (1973, Martin Cooper).

Nie można jednak zapominać, że nic nie zastąpi właściwie dobranego słowa. Już Adam Mickiewicz pisał „*Nic pożądanszego a nic trudniejszego na ziemi, jak prawdziwa rozmowa*”

Bezpośrednia rozmowa jest niezastąpionym narzędziem nie tylko budowania relacji, ale także wsparcia emocjonalnego oraz zrozumienia drugiego człowieka. Oferuje kontekst niewerbalny, którego brakuje w komunikacji cyfrowej. Jest fundamentem wychowania, budowania zaufania oraz bezpośredniej konsultacji. Ma to szczególne znaczenie w codziennej praktyce współpracy z chorymi. Rozmowa z chorym jest to bowiem jedno z najtrudniejszych zadań przed jakimi stają lekarze, pielęgniarki, rodziny chorych.

Dr Mariola Kosowicz (psycholog, psychoonkolog, psychoterapeuta systemowy) podkreśla, że *„nie można powiedzieć choremu – „wiem, co czujesz” - bo zdrowa osoba nie wie. Nie można też powiedzieć – „będzie dobrze” - bo jak będzie, nie wiadomo”*.

Współczesna pielęgniarka nie może być prawdziwą profesjonalistką bez umiejętności właściwego przekazu swojej wiedzy, poglądów, emocji, uczuć oraz odpowiedniej interpretacji wiadomości przesyłanych jej przez pacjenta.

Komunikacja to o wiele więcej niż mówienie i słuchanie. Trzeba pamiętać, że w każdej relacji międzyludzkiej mamy określone role i ich świadomość, jej dobre rozumienie, identyfikowanie się z nią i spełnianie w niej powoduje, że relacja staje się lepsza, bardziej wartościowa.

Partnerskie traktowanie pacjenta to nie tylko bycie miłym, grzecznym, kłanianie mu się i witanie podaniem ręki. To ustalanie wspólnych celów i opracowania wspólnego planu działania. Kluczem jest nie tyle, czy powiedzieć choremu o stanie jego zdrowia, ale jak to zrobić i jak towarzyszyć mu w tym trudnym momencie. Ks. Jan Kaczkowski w swojej książce *„żyć aż do końca. Instrukcja obsługi choroby”*, powtarzał *„Pacjent, z którym dobrze się skomunikowano, nie będzie wracał wiele razy, żeby zapytać o to samo, nie zacznie podważać metod leczenia i zastosuje się do zaleceń lekarza.... (...) chory powinien wiedzieć krok po kroku, jakie działania ma podjąć w kwestii swojego leczenia (...) Sposób komunikowania się z pacjentem trzeba dostosować do sytuacji i jego sprawności intelektualnej (...) O dobrej komunikacji lekarza z pacjentem nie decyduje wcale długość czasu poświęconego na rozmowę, lecz jego jakość (...)*.

Nawiązanie kontaktu z osobą chorą nie jest łatwe, dlatego zdolności komunikacyjne powinny być rozwijane od pierwszego roku studiów oraz pogłębiane w trakcie następnych lat nauki i później w pracy zawodowej. Z jednej strony zagwarantuje to choremu poczucie bezpieczeństwa i wyeliminuje negatywne emocje związane z trudnościami porozumienia się z personelem, a z drugiej strony pozwoli na lepsze zrozumienie potrzeb pacjenta i większą satysfakcję z wykonywanej pracy.

Skuteczna komunikacja nie jest jedynie wrodzonym talentem, lecz także umiejętnością, którą można rozwijać poprzez praktykę, treningi oraz świadomą analizę swoich zachowań, bo jak twierdził John Powell *„Komunikacja pracuje dla tych, którzy dla niej pracują”*, a John D. Rockefeller podkreślał, że *„zdolność komunikacji jest najwyższym cenionym towarem”*. Mamy więc nadzieję, że ta monografia będzie kolejnym krokiem w tym kierunku.

*Łukasz Marcin Sitko, Elżbieta Krajewska-Kulak*

## **SPIS TREŚCI**

<b>Wykaz skrótów</b>	<b>11</b>
<b>Zadania komunikacji medycznej</b>	<b>13</b>
<b>Potrzeby komunikacyjne pacjentów hospitalizowanych</b>	<b>17</b>
<b>Wpływ komunikacji medycznej na jakość opieki nad pacjentem</b>	<b>21</b>
<b>Ogólne zasady komunikowania się personelu medycznego z pacjentem</b>	<b>25</b>
<b>Rodzaje zakłóceń i bariery w komunikacji medycznej</b>	<b>33</b>
<b>Specyfika oddziałów onkologicznych i chorych onkologicznie w tym w kontekście komunikacji interpersonalnej</b>	<b>39</b>
<b>Propozycja podejścia komunikacji motywacyjnej w procesie zdrowienia – rola pielęgniarek i pielęgniarzy</b>	<b>45</b>
<b>Piśmiennictwo</b>	<b>54</b>
<b>Aneks - Propozycje literatury do pogłębienia wiedzy</b>	<b>59</b>



## WYKAZ SKRÓTÓW

<b>ESMO</b>	<i>European Society for Medical Oncology</i> Europejskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej
<b>MI</b>	<i>Motivational Interviewing</i> Dialog motywujący
<b>NURSE</b>	Akronim N ( <i>naming</i> - nazywanie) U ( <i>understanding</i> – zrozumienie) R – ( <i>respecting</i> - szacunek) S ( <i>supporting</i> - wsparcie) E ( <i>exploring</i> - eksploracja)
<b>NVC</b>	<i>Nonviolent Communication</i> Porozumienie Bez Przemocy
<b>OARS</b>	Akronim O ( <i>Open-ended questions</i> ) – Zadawanie pytań otwartych: A ( <i>Affirmations</i> ) – Afirmacje/wzmacnianie R ( <i>Reflective listening</i> ) – Odzwierciedlanie (słuchanie refleksyjne) S ( <i>Summaries</i> ) – Podsumowania
<b>SPIKES</b>	Akronim S ( <i>Setting</i> – właściwe otoczenie) P ( <i>Perception</i> – poznanie stanu wiedzy współrozmówcy) I ( <i>Invitation</i> – zaproszenie do rozmowy/informowanie) K ( <i>Knowledge</i> – przekazanie niepomyślnej informacji) E ( <i>Emotions and Empathy</i> - emocje, empatia) S ( <i>Strategy and Summary</i> - plan działania, podsumowanie)



## ZADANIA KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ

*Jeśli nie potrafisz czegoś wytłumaczyć w prosty sposób,  
to znaczy, że się na tym nie znasz*  
Albert Einstein

Komunikowanie się – to pojęcie pochodzące od łacińskich słów, **communicare** – co w tłumaczeniu na język polski oznacza „uczynić wspólnym, połączyć, naradzać się, udzielić komuś wiadomości”, **communicatio** – „wymiana, łączność, rozmowa” oraz **communio** – „wspólność, poczucie łączności” [1].

Skuteczną komunikację definiuje się za to jako „proces wysyłania informacji w taki sposób, że wiadomość otrzymana ma możliwie zbliżone znaczenie do wiadomości zamierzonej” [2].

Aby w prawidłowy sposób przedstawić zadania komunikacji medycznej należałoby wyjść od definicji - czym jest komunikacja medyczna i jaka jest struktura procesu komunikacji.

**Komunikacja medyczna** to proces porozumiewania się pomiędzy pracownikami ochrony zdrowia i pacjentami (również z ich bliskimi), a także porozumiewanie się pracowników ochrony zdrowia pomiędzy sobą (w zespołach medycznych), zachodzące w ramach stosunku opieki zdrowotnej, tj. postępowania leczniczego lub profilaktycznego [3].

Doroszewski [4] w swoich rozważaniach o komunikacji medycznej wprowadził wąskie i szerokie ujęcie zakresu tego zjawiska:

- **w szerokim znaczeniu** - jest to porozumienie pomiędzy pojedynczymi lub licznymi podmiotami, które dotyczy spraw związanych z medycyną.

Przybierać może charakter:

- bezpośredni,
- pośredni.

Ma cel:

- poznawczy (m.in.: dydaktyka, konsultacja, oświata zdrowotna),
- pragmatyczny (czyli wywoływanie określonych zachowań ludzkich)
- **w wąskim ujęciu** - jest to porozumiewanie pomiędzy lekarzem, pielęgniarką lub innym pracownikiem ochrony zdrowia, a pacjentem, zachodzące w ramach stosunku opieki medycznej, tj. postępowania leczniczego lub zapobiegawczego.

Komunikacja pomiędzy ludźmi może być werbalna bądź niewerbalna i odbywać się w kontekście [1]:

- **semantycznym** - fakty/czynniki poprzedzające akt komunikacji lub z nimi współistnieją;
- **interpersonalnym** - relacje łączące strony komunikacji (nastawienie emocjonalne, relacje władzy-podporządkowanie);
- **zadaniowym** – wszystkie uwarunkowania w których odbywa się komunikacja (praca, nauka);
- **kulturowym** – oznacza wspólnotę doświadczeń pozajęzykowych osób wchodzących w interakcje [1].

Do tego, aby komunikacja zaistniała potrzebne są cztery ogniwa [1]:

- **nadawca** – źródło komunikatu (od nadawcy zależy wybór kodu i kanału komunikacji);
- **odbiorca** – adresat komunikatu (jednocześnie stanowi źródło sprzężenia zwrotnego);
- **kod** – sposób przekazywania informacji (dźwięk, gest, obraz, wyraz mimiczny);
- **kanał** – środek, dzięki któremu informacja pokonuje dystans od nadawcy do odbiorcy.

Wszystkie te elementy biorą udział w komunikacji – która może mieć wymiar komunikacji werbalnej i niewerbalnej [5].

Ponadto oprócz przedstawionych wyżej elementów wchodzących w skład procesu komunikacji należy uwzględnić również sam kontekst (miejsce i czas, warunki w jakich odbywa się proces komunikacji), a także szum informacyjny (zakłócenia) [6].

Zniekształcenia przekazywanych komunikatów mogą być spowodowane wieloma czynnikami m.in. [7]:

- używanie słów niezrozumiałych dla partnera rozmowy;
- brak koncentracji partnerów;
- złe warunki komunikowania się;
- cechy nadawcy i odbiorcy;
- brak czasu nadawcy na przygotowanie się.

Należy mieć na uwadze, że skuteczność komunikowania zależy od dwóch bazowych form komunikacji werbalnej oraz niewerbalnej, które wzajemnie się przenikają [1].

**Komunikacja werbalna**, czyli słowna, odnosi się do treściowego aspektu wypowiedzi [5]. To jeden ze sposobów porozumiewania się ludzi – głównie na poziomie intelektualnym poprzez mowę, pismo. Język jest podstawowym narzędziem do wyrażania i rozumienia idei bądź uczucia.

Rozróżnia się kilka rodzajów komunikatów werbalnych [1]:

- polecenia, instrukcje;
- mowę nieformalną;
- komunikowanie emocji;
- wyrażanie postaw;
- wypowiedzi wykonawcze (głosowanie, sądzenie, nazywanie);
- zwyczaje społeczne (np. pozdrowienia, życzenia);
- pytania;
- informacje;
- wypowiedzi ukryte/metakomunikaty.

**Komunikacja niewerbalna** - jest formą obejmującą wszelkie zamierzone i niezamierzone przekazy informacji bez używania słów (przekazywane w geście, wyrazie twarzy, sposobie mówienia, pisania, chodzenia, odbijający „pieczęć” osobowości człowieka) [5].

To mowa ciała, postawa, ruchy rąk, gestykulacja, ton głosu czy mimika twarzy są ważnym zbiorem informacji m.in.: o tym jaki jest stan emocjonalny odbiorcy, jaką przyjmuje postawę, czy też jakie są jego potrzeby emocjonalne [8].

Zachowania niewerbalne mogą wyrażać [8]:

- dominację,
- pewność siebie,
- zdecydowane działanie,

ale również odwrotność tego w postaci [8]:

- lęku,
- niepokoju,
- strachu,
- zdenerwowania itd..

W środowisku medycznym komunikacja to najważniejszy element pracy całego zespołu. Relacja pielęgniarka – pacjent, pielęgniarka – lekarz mogą mieć istotny wpływ na proces zdrowienia chorego [9].

**Komunikacja w ujęciu ogólnym** pełni następujące zadania [10]:

- **informacyjne** - mające związek z obserwacją i kształtowaniem środowiska; poprzez komunikowanie jednostki uzyskują wiedzę o najbliższym otoczeniu – co pozwala na podejmowanie wyborów i decyzji;

- **edukacyjne, połączone jest z funkcją informacyjną** - już pierwsi badacze wspominali, że ludzkość dzięki procesowi komunikowania ma możliwość przekazywania z pokolenia na pokolenie uczuć, wiedzy i wartości;
- **identyfikacji osobistej** - pozwalająca na wzmocnienie wzorów zachowań i wartości przekazywanych w procesach komunikacyjnych;
- **integracyjne** - nawiązująca do powstawania więzi pomiędzy jednostkami a społecznościami;
- **mobilizacyjne** - pojawiająca się w kontekście jednokierunkowych procesów perswazyjnych [10].

Z kolei **komunikacja zdrowotna, medyczna** w odniesieniu do kontaktu z pacjentem obejmuje dwie sfery [11]:

- nadawanie informacji przez personel medyczny,
- sposób odbioru tej informacji przez pacjenta [11].

W opiece medycznej komunikacja odgrywa kluczową rolę i realizuje zamierzone cele poprzez [12]:

- umiejętne rozwijanie relacji interpersonalnych w sposób odpowiednio indywidualnie do rozmówcy;
- prowadzenie opieki i leczenia w sposób indywidualny dostosowany do pacjenta;
- poszanowanie wzajemnych relacji;
- wzajemne rozwiązywanie konfliktów.

## POTRZEBY KOMUNIKACYJNE PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH

*Największym problemem w komunikacji jest to,  
że nie słuchamy, żeby zrozumieć.*

*Słuchamy, żeby odpowiedzieć*

*Magdalena Trus-Urbańska ("DoSłownie. Rzecz o porozumiewaniu się")*

Komunikacja personelu medycznego z pacjentami nabiera coraz większego znaczenia. Zaufanie pacjenta może przybierać formę niekwestionowanej ufności do autorytetu medycznego lub ufności, która jest oparta na otwartej komunikacji (pozwalającej na wymianę informacji i uczuć). Zaufanie jest ogniwem łączącym procesy zachodzące w placówkach medycznych – z których pacjent powinien wyjść nie tylko zdrowszy, ale także zadowolony z jakości usług [13].

Każdy człowiek powinien zostać otoczony troską w kontekście problemów i potrzeb zdrowotnych. Światowa Organizacja Zdrowia przedstawia pojęcie „zdrowie” następująco: *„Zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego, a nie wyłącznie brakiem choroby lub niedomagania (ułomności)”* [14].

Interakcja międzyludzka umożliwia formułowanie oczekiwań względem innych oraz zbudowanie *„prawidłowo skonstruowanego przekazu pozwala na zakomunikowanie otoczeniu własnych potrzeb”* [15].

Jak przekonuje Łuczak [16] rozmowa z chorym to sztuka. Na portalu internetowym jednego z hospicjum tłumaczył, że pacjentom nie zależy, by lekarze mówili wiele, lecz nastawili się na uważne słuchanie. *„Pustki [...] nie sposób wypełnić słowami, wypełnić ją może jedynie obecność człowieka. Chory często stawia trudne pytania. Nie należy spieszyć się z odpowiedzią. Chory dobrze wie, że my jej także nie znamy. Dlaczego więc stawia takie pytania? Może dlatego, żeby podzielić się bólem. Może to być także forma nawiązania z nami kontaktu”* [16].

Warto nadmienić, że pacjent (zwłaszcza przewlekle chory) powinien być wprowadzany w podstawy stosowanej w jego przypadku terminologii, gdyż minimalne kompetencje w tym zakresie pozwolą mu łatwiej odnajdywać się w jego sytuacji [15].

Personel medyczny powinien rozpoznać kompetencje kulturowe i komunikacyjne pacjenta i tym samym dostosować poziom stosowania terminologii do jego zrozumienia [15].

Pacjent, który otrzymuje niepomyślną diagnozę – zaczyna odczuwać negatywne emocje

m.in.: strach który powoduje falę niepewności i wątpliwości. Moment w którym zapoznaje się z diagnozą okazuje się: „*przełomowy dla jego dalszych losów. Często w tej właśnie chwili decyduje się, czy chory podejmie, czy odrzuci leczenie, z jakim nastawieniem stanie do walki [...] Pacjenci są oszołomieni, informacja o chorobie najczęściej jest pełnym zaskoczeniem. Potrzebują uspokojenia i dobrej energii, aby zmierzyć się z sytuacją, w której się znaleźli*” [15].

Jedną z ważniejszych potrzeb komunikacyjnych pacjentów jest ich wysłuchanie. Niestety często nie otrzymują odpowiedzi na trudne i niewygodne pytanie np.: „*Czy ja umieram?*”? Przyjęcie postawy zamkniętej przez personel medyczny znajdujący się najbliżej pacjenta odbiera mu być może szansę na wypowiedzenie się, zwierzenie się ze swych obaw, lęków czy wyrażenie prośby [15].

Pacjenci potrzebują uwagi i czasu, skupienia się na ich problemie. Daje to im gwarancję zainteresowania się konkretnie nimi, ich przypadkiem, ich osobą i ich schorzeniem. Pacjent nie wie, jak bardzo podzielną uwagę ma jego lekarz prowadzący i nie bardzo interesują go omawiane w czasie wizyty procedury - dla niego ważny jest jego indywidualny, jednostkowy przypadek. W związku z tym kontakt chorego z lekarzem i jakość tego kontaktu jest niezwykle istotną składową procesu leczenia [15].

Komunikacja powinna realizować potrzebę opowiedzenia swojej historii – a ta historia powinna być wysłuchana przez lekarza. To daje pacjentowi poczucie komfortu, pełni funkcję rekonstrukcji swojej tożsamości w innym kontekście (pacjent jako chory) oraz sprzyja zrozumieniu swojej choroby [17].

Komunikacja powinna również ułatwić rozpoznanie relacji pomiędzy stanem psychicznym pacjenta, a fizycznym odczuwaniem choroby [17].

Pacjent oczekuje w procesie komunikacji z lekarzem przede wszystkim informacji o charakterze specjalistycznym. Sam przekaz nie powinien być pozbawiony emocji, bowiem ich rozpoznanie, reagowanie, wyrażenie ma wpływ na kształtowanie relacji jaka rozwija się pomiędzy pacjentem a lekarzem [17].

Komunikacja powinna w sposób otwarty odzwierciedlać zasadę wzajemności, zgodnie z którą stopień realizacji oczekiwań jej uczestników jest negocjowany [17].

Warto pamiętać, że leczenie choroby nowotworowej jest długotrwałym procesem, a samo jej rozpoznanie dla pacjenta to bardzo trudne wydarzenie stresowe, wiążące się z wieloma dolegliwościami fizycznymi oraz skutkami leczenia chemicznego oraz radiologicznego [18].

Ważną rolę w komunikacji klinicznej pomiędzy chorym i lekarzem pełni **zrozumienie oparte na empatii**. Empatia to [19]:

- zdolność do rozumienia i współodczuwania emocji innych osób, pozwalająca spojrzeć na świat z ich perspektywy
- fundament relacji społecznych, które łączą komponenty poznawcze (zrozumienie sytuacji) i emocjonalne (współodczuwanie)
- to pomost pozwalający budować szacunek i zrozumienie,
- to pokazanie otwartości na dialog,
- to korzystanie z doświadczeń pacjenta,
- to umożliwienie tworzenie sojuszy,
- to pomoc we wspólnym wypracowaniu działania optymalizującego realizację zadań.

Empatia bywa mylona ze współczuciem, a to nie to samo. Współczucie odnosi się do reakcji na cierpienie drugiej osoby, jest emocją ukierunkowaną na cudzy dyskomfort, zawiera element troski lub smutku i chęci udzielenia wsparcia. Poza zrozumieniem zawiera gotowość do niesienia pomocy. Zdolność empatii dotyczy nie tylko negatywnych odczuć, ale też tych, pozytywnych. Umożliwia „wczucie się” w stan drugiej osoby bez względu na to, czy doświadcza ona lęku, radości, frustracji czy ekscytacji, umożliwia przede wszystkim dostrzeganie cudzych przeżyć [19,20].

W tym kontekście wzrasta rola empatii personelu medycznego, która daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa, budzi sympatię i pozytywną energię (poprzez szacunek i aktywne słuchanie), rodzi zaufanie oraz zwiększa motywację [19]. Osoby empatyczne [19];

- potrafią aktywnie słuchać i rozumieć,
- łatwiej jest im spojrzeć na sytuację z punktu widzenia innej osoby,
- są w stanie lepiej przewidywać jej reakcje [19].

Jeśli pacjent czuje się wysłuchany i rozumiany, to chętniej udziela dokładnych odpowiedzi, zadaje dodatkowe pytania i ujawnia ważne szczegóły dotyczące objawów, co ewidentnie zwiększa trafność wywiadu oraz ułatwia proces diagnostyczny [19].

Empatyczny kontakt przynosi korzyści również lekarzowi, który odczuwa większą satysfakcję z pracy i rzadziej zdradza symptomy wypalenia zawodowego [20].

Kluszczyńska i Włodarczyk [21] przeprowadziły badania dotyczące komunikacji werbalnej i niewerbalnej pomiędzy pacjentem a pielęgniarką. Objęły nimi grupę 132. pacjentów (81. kobiet i 51. mężczyzn) hospitalizowanych na oddziale pooperacyjnym po zabiegach kardiochirurgicznych. Okazało się, że większość chorych zwróciła uwagę, w jaki

sposób komunikaty były przedstawiane, czy personel medyczny poświęcał pacjentom wystarczającą ilość czasu oraz czy informacje były przekazywane w sposób zrozumiały. Ponad połowa ankietowanych oczekuje od pielęgniarek fachowej wiedzy, obecności oraz gotowości do pomocy. Duże znaczenie dla chorych podczas rozmowy miał również kontakt wzrokowy, życzliwość oraz wiarygodność przekazu. Wyniki badania pokazują, że osoby chore oczekują od personelu medycznego zainteresowania, poświęcenia czasu oraz posiadania usystematyzowanej wiedzy na temat opieki nad pacjentem. Poza tym, oprócz komunikatów werbalnych potrzebują wsparcia i obecności. Okazało się także, że komunikacja niewerbalna w większym stopniu wpływała na jakość relacji pomiędzy pielęgniarką a pacjentem niż kontakt werbalny [21].

## WPLYW KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ NA JAKOŚĆ OPIEKI NAD PACJENTEM

*Komunikacja to umiejętność, której można się nauczyć.  
To jak jazda na rowerze czy pisanie na maszynie.  
Jeśli tylko nad nią popracujesz,  
możesz bardzo szybko poprawić jakość każdej części swojego życia*  
Brian Tracy

W literaturze przedmiotu [22] podkreśla się, że dominująca rola w kreowaniu wizerunku organizacji szpitala przypada prawidłowo funkcjonującej wewnętrznej komunikacji interpersonalnej. Wyniki badań dowodzą, że pracownik spędza średnio 75–80% dnia pracy na komunikowaniu się, około 45 minut na każdą godzinę [23].

W szpitalach w realizacji zadań operacyjnych również musi dochodzić do aktu rozmowy, a sam system komunikacji można porównać do krwiobiegu. Ciągłość i doskonałość obu procesów skutkuje efektywniejszym funkcjonowaniem organizacji bądź organizmu [24].

W opiece zdrowotnej komunikacja obejmuje dwa główne obszary [25]:

- pomiędzy profesjonalistami medycznymi a pacjentami,
- pomiędzy pracownikami medycznymi zaangażowanymi w opiekę zdrowotną.

Oba te aspekty mają wiele cech wspólnych i dążą do tych samych celów, takich jak [25]:

- usprawnienie komunikacji w celu zwiększenia efektywności usług medycznych,
- poprawa jakości opieki nad pacjentami.

W komunikacji medycznej (wąsko rozumianej) jej centrum dotyczy komunikacji (spotkania) pacjenta z przedstawicielem personelu medycznego. W literaturze przedmiotu [3] wskazuje się tu głównie lekarza, jednak należy podkreślić, że jest to pewne zawężenie, bowiem komunikacja medyczna wykracza poza tę relację.

Z kolei szeroki zakres komunikacji medycznej obejmuje te działania komunikacyjne przedstawicieli systemu opieki medycznej, których cel zgadza się dobrem pacjenta osadzone w aktualnej wiedzy i wynikające z poszanowania jego podmiotowości [3].

Nie można pielęgnować chorego bez uprzedniego nawiązania z nim dobrego kontaktu. W dodatku pacjent powinien zaaprobować taką współpracę, co nierozzerwalnie wiąże się z procesem komunikowania, a w zasadzie umiejętnością nawiązywania z pacjentem dobrego kontaktu. Budowanie kontaktu/komunikacji odbywa się poprzez wymianę informacji

wyrażoną odpowiednimi znakami, a więc słowami, gestami, mimiką twarzy, wyglądem, tonem głosu oraz innymi niewerbalnymi sygnałami, które bez odpowiedniej kontroli i świadomości ich użytkowania i znaczenia mogą często zaszkodzić w budowaniu dobrej płaszczyzny kontaktu z pacjentem. Pielęgniarka nie tylko jest rozmówcą, ale także często słuchaczem skarg, narzekań, rozgoryczeń, cierpienia osoby chorej [26,27,28].

Warto podkreślić, że niewłaściwe formy komunikacji mogą przyczyniać się do zwiększenia dyskomfortu pacjenta, w tym nasilenia bólu, lęku i stresu [29].

Pacjent powierzający się opiece pielęgniarki komunikuje potrzebę pomocy i oczekuje, że jego prośba zostanie spełniona przez osobę godną zaufania, profesjonalną i kompetentną. Kluczowe jest, aby pielęgniarka była świadoma swojej roli i odpowiedzialności. W sytuacjach, gdy nie jest możliwe ukrycie przygnębienia, rozczarowania czy zdenerwowania, warto szczerze wyjaśnić pacjentowi swoją sytuację, co może pomóc w zachowaniu otwartości i zaufania w relacji terapeutycznej [30].

Na samą jakość opieki wpływ ma podejście do budowania relacji lekarza – pacjenta. Kuczyńska [31], analizując obszar zainteresowań lekarza, wyróżnia dwa podejścia do budowania relacji z pacjentem:

- **Podejście somatyczne** – koncentrujące się na założeniu, że ciało i umysł stanowią jedność, a emocje i przeżycia są zapisane w fizjologii, czyli opiera się na wiedzy medycznej i dotyczące sytuacji, w których lekarz skupia się głównie na chorobie oraz procesie leczenia. Skupia się na uważności (*mindfulness*), oddechu i sygnałach niewerbalnych, aby stworzyć bezpieczną przestrzeń terapeutyczną. Charakteryzuje się ono zamkniętym stylem komunikacji, a wszelkie interwencje opierają się na naukowych podstawach. Informacje o samopoczuciu pacjenta są traktowane jako dane dotyczące jego stanu zdrowia.
- **Podejście holistyczne** – uwzględniające nie tylko aspekt medyczny, ale także indywidualną sytuację życiową pacjenta. Opiera się na wiedzy zarówno z nauk medycznych, jak i społecznych, a komunikacja ma charakter otwarty. Pacjent postrzegany jest jako integralna całość – unikalna jednostka, a nie tylko jako „zestaw objawów chorobowych”. Zakłada ono równoważenie aspektów fizycznych, psychicznych (emocjonalnych) oraz społecznych i duchowych, co sprzyja budowaniu zaufania, zaangażowania pacjenta w proces leczenia oraz osiągnięciu lepszych efektów terapeutycznych. Personel medyczny dąży do uzyskania jak najszerszego obrazu życia pacjenta, starając się zrozumieć znaczenie choroby w jego codziennym funkcjonowa-

niu, a dodatkowo wspiera chorego w adaptacji do nowej sytuacji zdrowotnej. W praktyce oznacza ono, że np. wizyta lekarska lub terapeutyczna nie kończy się na badaniu fizykalnym, obejmując rozmowę o stresie, diecie, o otoczeniu oraz samopoczuciu emocjonalnym, a to pozwala na pełniejsze zrozumienie pacjenta. [31].

Kompetencje w zakresie komunikacji z pacjentem mają kluczowe znaczenie w aspekcie chorób onkologicznych, szczególnie w sytuacjach, gdy lekarz zmuszony jest do przekazania pacjentowi niekorzystnych wiadomości oraz zarządzania emocjami, które towarzyszą tej trudnej sytuacji [32,33].

Trzeba pamiętać, że lęk u pacjentów często wynika z braku wystarczających informacji na temat diagnozy, rokowań oraz planu leczenia, a także z przekazywania informacji, które są nieadekwatne do zdolności percepcyjnych pacjenta, niespójne lub nadmiernie obciążające. Skuteczność umiejętności komunikacyjnych lekarza ma istotny wpływ na wyrażenie zgody przez pacjenta na proponowaną terapię, jego zaangażowanie w proces leczenia, a także na tempo rekonwalescencji [32,33].

W leczeniu i opiece komunikacja odgrywa kluczową rolę w osiągnięciu zamierzonych celów, na co wpływa wiele czynników, w tym [34]:

- trafną ocenę sytuacji, w jakiej znajduje się lekarz lub pielęgniarka;
- umiejętność budowania relacji interpersonalnych w sposób dostosowany do każdej osoby;
- indywidualne podejście do pacjenta, uwzględniające jego potrzeby;
- szacunek dla wzajemnych relacji, aby żadna ze stron nie czuła się poszkodowana
- w przypadku pojawienia się problemów między obiema grupami zawodowymi;
- skuteczne rozwiązywanie konfliktów.

Jednym z ważniejszych czynników przytoczonych wyżej jest **umiejętność budowania relacji interpersonalnych**. Od jakości komunikacji zależy bowiem, czy pacjent będzie w stanie wystarczająco przekazać informacje o objawach swojej choroby, czy zaakceptuje diagnozę oraz czy zdecyduje się na podjęcie leczenia. Komunikacja pacjent–choroba–medyk pełni trzy funkcje [35]:

1. **Informacyjno-diagnostyczną** – jej celem jest wzajemne zrozumienie i porozumienie. Medyk przekazuje informacje o chorobie, jej przyczynach oraz sposobach leczenia, a pacjent opisuje objawy, swój styl życia oraz odczucia emocjonalne. Efektem tej części komunikacji jest postawienie diagnozy oraz opracowanie zaleceń.

2. **Perswazyjną** – jej celem jest przekonanie pacjenta do zmiany postawy na bardziej prozdrowotną.
3. **Terapeutyczną** – mającą na celu zapewnienie wsparcia psychicznego pacjentowi, pomagając mu w radzeniu sobie z emocjami, takimi jak rozpacz, lęk, czy niepewność.

Efektywna komunikacja ma kluczowe znaczenie w całym procesie leczenia i pielęgnacji, prowadząc do pozytywnych rezultatów. Wykazano, że zadowolenie pacjenta, na każdym etapie leczenia i opieki, w dużej mierze zależy od jakości komunikacji z zespołem terapeutycznym. Natomiast brak umiejętności w zakresie komunikacji interpersonalnej może prowadzić do poważnych strat, wpływając negatywnie na przebieg leczenia oraz jakość opieki [36].

## OGÓLNE ZASADY KOMUNIKOWANIA SIĘ PERSONELU MEDYCZNEGO Z PACJENTEM

*Gdybyśmy byli tak mądrzy, by wsłuchać się w ciszę!*

*Lecz wciąż jesteście ludźmi*

*i nie potrafimy nawet słuchać własnych rozmów*

*Paulo Coelho („Pielgrzym”)*

Z właściwą komunikacją z pacjentem nierozzerwalnie wiąże się **empatia**. Jak już wspomniano empatia to zdolność do wczuwania się w wewnętrzny stan emocjonalny drugiej osoby, obejmująca nie tylko rozumienie jej uczuć, ale również umiejętność ich adekwatnego komunikowania oraz podejmowania działań mających na celu udzielenie wsparcia. Jest to złożony proces psychologiczny integrujący mechanizmy afektywne, kognitywne i behawioralne, umożliwiające adekwatne reagowanie na przeżycia, doświadczenia i emocje innych osób [37]. Okazywanie empatii odgrywa istotną rolę w zwiększaniu zaufania pacjentów do personelu pielęgniarskiego i medycznego oraz ułatwianiu szczerzej komunikacji, co ma bezpośrednie znaczenie terapeutyczne. Brak empatii może prowadzić do powstania tzw. błędnego koła, w którym nieufność pacjenta wobec pielęgniarek przyczynia się do pogorszenia relacji interpersonalnych, co negatywnie wpływa na jakość opieki. Empatia nie jest jedynie zagadnieniem o charakterze moralnym i filozoficznym, lecz stanowi kluczową kompetencję zawodową współczesnej pielęgniarki. [37, 38].

Kolejnym ważnym elementem w komunikacji jest **umiejętność odczytywania sygnałów i komunikatów niewerbalnych** przez lekarza, pielęgniarkę lub innego członka zespołu terapeutycznego. Komunikacja niewerbalna przebiega głównie na poziomie emocjonalnym i towarzyszy wypowiedziom ustnym. Ważną cechą w komunikacji niewerbalnej jest czas – co się dzieje „tu i teraz” [1].

Wśród zachowań niewerbalnych można wyróżnić [1]:

- **paralingwistykę** (tonacja wypowiedzi, akcent, tempo, rytm, siła głosu) np. sposób wypowiedzenia zdania „zapraszam do gabinetu” może przyczynić się do chęci nawiązania kontaktu z lekarzem i analogicznie może powodować niechęć, lęk;
- **proksemikę** (zależności przestrzennych między rozmówcami (np. aranżacja miejsca, ustawienie mebli);
- **kinezjetykę** (komunikacja ciałem, obejmująca gesty, mimikę twarzy i ruchy ciała).

Komunikaty niewerbalne pełnią szereg funkcji takich jak: komunikowanie emocji, wyrażenie postaw, podtrzymywanie rozmowy, pozdrowienia, uwiarygodnienie komunikatu werbalnego bądź jego zaprzeczenie, czy dostarczenie kontekstu dla słów.

Komunikacja niewerbalna stanowi nawet ponad 90% przekazu emocji i intencji, uzupełniając lub zaprzeczając komunikatom werbalnym. Jest kluczowa dla budowania relacji oraz wywierania pierwszego wrażenia. Stanowi kluczowe źródło informacji na temat uczuć, emocji oraz postaw pacjentów [1, 39].

Warto pamiętać, że w wielu przypadkach stan fizyczny lub psychiczny chorego może bowiem znacząco utrudniać bądź uniemożliwiać werbalną interakcję, co sprawia, że przekaz pozawerbalny staje się fundamentalnym narzędziem komunikacji pomiędzy pacjentem a personelem pielęgniarskim [1, 39].

Każdy uczestnik interakcji wnosi do procesu komunikacyjnego własne emocje, oczekiwania, potrzeby, cechy osobowości, temperament oraz doświadczenia życiowe, które w sposób istotny wpływają na jej przebieg [1]. Istotne znaczenie dla kształtowania postawy wobec rozmówcy zarówno na etapie inicjacji kontaktu, jak i w dalszych fazach interakcji mają takie elementy jak [1]:

- wygląd zewnętrzny,
- ubiór,
- postawa ciała,
- sposób konstruowania wypowiedzi,
- ton i modulacja głosu,
- dobór słów,
- gestykulacja,
- mimika,
- kontakt wzrokowy.

Ważnym aspektem komunikacji jest fakt, że w przypadku rozbieżności pomiędzy komunikatem werbalnym a niewerbalnym odbiorca częściej przypisuje większą wiarygodność sygnałom niewerbalnym [1]. Co ważne, świadomość własnej mowy ciała, zwłaszcza w kontekście stresu, czy zmęczenia, umożliwia świadomą kontrolę i korektę, co przekłada się na poprawę skuteczności komunikacji. Z kolei dostrzeżenie przez rozmówcę niespójności w zachowaniu partnera interakcji może skłonić go do dopytania o kwestie, które pierwotnie nie miały zostać ujawnione [1].

Obok empatii i komunikacji niewerbalnej ważna jest **metoda aktywnego słuchania**,

czyli ukierunkowanie na pełne zrozumienie treści i znaczenia przekazu werbalnego rozmówcy. Charakteryzuje się szacunkiem oraz pozytywnym nastawieniem wobec partnera interakcji. Obejmuje zarówno werbalne, jak i niewerbalne środki komunikacyjne, takie jak [1]:

- utrzymywanie kontaktu wzrokowego,
- przyjęcie otwartej postawy ciała,
- odpowiedni dystans interpersonalny,
- potakiwanie głową,
- stosowanie wyrażenń wspierających, które zachęcają rozmówcę do kontynuowania wypowiedzi i sygnalizują aktywne uczestnictwo w dialogu [1].

Aktywne słuchanie, pomimo swojej czasochłonności, odgrywa istotną rolę w praktyce pielęgniarskiej, stanowiąc kluczowy element efektywnej komunikacji z pacjentem. Badania nad procesem komunikacji interpersonalnej wykazują, że słuchanie zajmuje około 50% czasu poświęconego na interakcję werbalną. Dowiedziono ponadto, że człowiek przyswaja jedynie około połowę przekazu słownego, a po upływie kilku godzin zapamiętuje zaledwie 25% treści [40].

W aktywnym słuchaniu wykorzystuje się różne techniki, które potwierdzają zaangażowanie słuchacza w proces komunikacji. Do najczęściej stosowanych należą [1]:

- **parafrazowanie:** polegające na streszczeniu wypowiedzi rozmówcy własnymi słowami. Umożliwiająca zweryfikowanie, czy prawidłowo zrozumiano komunikat i zapewniająca klarowność w interpretacji przekazu;
- **klaryfikowanie:** mające na celu uporządkowanie wypowiedzi, która może być chaotyczna, wielowątkowa lub trudna do zrozumienia. W celu poprawy atmosfery komunikacyjnej, lekarz czy pielęgniarka mogą przyjąć postawę sugerującą, że ewentualne nieporozumienie wynika z niedostatecznego przekazania informacji z ich strony;
- **odzwierciedlanie:** polegające na wyrażeniu i odzwierciedleniu uczuć rozmówcy, co pozwala na przekazanie pacjentowi, że jego emocje zostały dostrzegane i zrozumiane. Taka technika sprzyja budowaniu relacji opartej na zaufaniu i empatii;
- **podsumowanie:** polegające na krótkim i zwięzłym streszczeniu dotychczasowej rozmowy, co pozwala na uporządkowanie informacji oraz pokazanie, że rozmówca został uważnie wysłuchany. Działa to jako potwierdzenie zaangażowania w proces komunikacji [1].

Stosowanie tych technik wspomaga efektywność komunikacji, a także przyczynia się do lepszego zrozumienia i budowania pozytywnych relacji w kontekście opieki zdrowotnej. Należy nadmienić, że deficyty w zakresie aktywnego słuchania są jedną z głównych przyczyn nieporozumień w procesie komunikacji, co może negatywnie wpływać na jakość relacji terapeutycznej. Wzmoczona inwestycja czasowa w budowanie właściwego kontaktu z pacjentem oraz poświęcenie uwagi na uważne wysłuchanie jego potrzeb korelują z wyższą oceną jakości opieki pielęgniarskiej w aspekcie komunikacyjnym. Ponadto, aktywne słuchanie stanowi fundamentalne narzędzie w zarządzaniu sytuacjami konfliktowymi, przyczyniając się do redukcji napięcia emocjonalnego i ograniczenia eskalacji negatywnych reakcji [40].

Umiejętność efektywnej komunikacji personelu medycznego z pacjentem stanowi fundament procesu diagnostycznego oraz terapeutycznego. W przypadku chorób przewlekłych lub terminalnych może nawet pełnić kluczową rolę jako podstawowa forma terapii [41].

Zgodnie z zasadami komunikacji lekarza z pacjentem, przedstawionymi przez Stangierską i Horst-Sikorską [42], skuteczna interakcja opiera się na wiarygodności, profesjonalizmie oraz życzliwości.

Kluczowe znaczenie ma indywidualne podejście do pacjenta, przewaga aktywnego słuchania oraz spójność komunikacji werbalnej i niewerbalnej. Istotne jest również stosowanie jasnego i zrozumiałego języka, zachęcanie do przekazu zwrotnego oraz rozpoznawanie i zaspokajanie potrzeb pacjenta [42].

W procesie komunikacji zaleca się wykorzystanie pytań otwartych, umożliwiających swobodną wypowiedź, uwzględnianie aspektów psychologicznych obok problemów somatycznych, a także zachęcanie pacjenta do doprecyzowania sygnalizowanych trudności. Ponadto, istotnym elementem skutecznej komunikacji jest umiejętne wykorzystywanie ciszy, jako narzędzia wspierającego dialog [42].

Warto również podkreślić, że dobór odpowiednich technik komunikacyjnych powinien uwzględniać zarówno cechy odbiorcy, preferencje i możliwości nadawcy, jak i specyfikę danej sytuacji. W literaturze fachowej wyróżnia się grupy pacjentów, które wymagają zastosowania szczególnych metod komunikacji [42]:

- **pacjenci terminalni** – kluczowe w tym przypadku jest redukcowanie lęku i niepewności, umożliwienie poczucia kontroli poprzez dokonywanie wyborów, kształtowanie adekwatnego obrazu choroby oraz wspieranie więzi rodzinnych;

- **pacjenci uzależnieni** – istotne jest przedstawienie dla nich wpływu substancji na organizm, obrazowe ukazanie zmian chorobowych, uświadomienie konieczności abstynencji, wskazanie na istnienie uzależnienia i potrzebę podjęcia leczenia, a także zaprezentowanie praktycznych rozwiązań oraz zaangażowanie rodziny w proces terapeutyczny;
- **dzieci** – komunikacja powinna obejmować nawiązanie kontaktu z rodziną i oddziaływanie na jej emocje, wyjaśnianie procedur medycznych w przystępny sposób, minimalizowanie niepokoju oraz skuteczne łagodzenie bólu [42].

W komunikacji z pacjentem onkologicznym kluczowe znaczenie ma odpowiednie przekazywanie informacji dotyczących diagnozy oraz rokowania, zwłaszcza w kontekście schorzeń o nieuchronnym przebiegu śmiertelnym. Proces ten stanowi jedno z najbardziej wymagających i psychicznie obciążających zadań personelu medycznego – głównie pielęgniarek, które spędzają najwięcej czasu przy pacjencie. W celu minimalizacji ryzyka tych zaburzeń komunikacyjnych oraz optymalizacji procesu przekazywania trudnych informacji opracowano protokół SPIKES [43,44].

Jest to jeden z najpopularniejszych na świecie protokołów szczegółowo opisujących procedurę przekazywania niepomyślnych informacji (w tym informacji o śmierci). Źródło stworzony został jako narzędzie pomocne w pracy z pacjentami onkologicznymi i ich rodzinami. Opracowany został w 2000 roku przez zespół Waltera Baile’a i Roberta Buckmana. Był przez lata modyfikowany i stał się drogowskazem w najróżniejszych specjalizacjach medycznych. Protokół SPIKES to narzędzie [43,44,45]:

- praktyczne i łatwe do opanowania, które logicznie porządkuje kolejne etapy procesu i daje informatorowi poczucie bezpieczeństwa i kontroli nad sytuacją,
- mobilizujące do zachowania wrażliwości i uważności na reakcje chorego, zmniejszając tym samym ryzyko podjęcia kroków nieadekwatnych do możliwości emocjonalnych/ intelektualnych współrozmówcy
- zalecające udzielenie choremu wsparcia
- dobre jako wyjściowy schemat do rozmowy, z możliwością modyfikacji, w zależności od rodzaju przekazywanych informacji, stanu osoby informowanej, jej możliwości i gotowości do uzyskiwania informacji.
- zwiększające satysfakcję pacjentów o 47% i redukuje stres lekarzy prowadzących trudne rozmowy (badanie ASCO 2024)

Badania z 2024 roku przeprowadzone przez *European Society for Medical Oncology*

[cyt. za 45] wykazały, że lekarze którzy korzystali ze strukturyzowanych protokołów komunikacji doświadczali znacząco niższego poziomu stresu i wypalenia zawodowego. Według raportu, 65% lekarzy onkologów bez szkolenia w zakresie komunikacji przyznało, że unikało trudnych rozmów lub odkłada je w czasie, co negatywnie wpływało na relację z pacjentem i jakość opieki [cyt. za 45].

Każdy etap SPIKES ma konkretne cele: od przygotowania otoczenia (S) przez zbadanie wiedzy pacjenta (P), po wspólne ustalenie strategii (S). Lekarze przeszkoleni w SPIKES raportują o 34% niższy poziom wypalenia zawodowego przy przekazywaniu złych wiadomości. W 2025 roku integracja SPIKES z telemedycyną stała się standardem – protokół działa również w komunikacji online. SPIKES - to akronim, którego litery oznaczają różne aspekty komunikacji m.in.: [43, 44,45]:

- **S (Setting)** – właściwe otoczenie - stworzenie odpowiednich warunków do trudnej rozmowy, zapewniając prywatność i spokój, jest kluczowe. Osoba przekazująca informacje powinna mieć dokumentację medyczną i wyjaśnić swoją rolę, a rozmówca musi mieć możliwość wyboru uczestników spotkania; Wykazano [cyt. za 45], że pierwsze 90. sekund rozmowy kształtuje ton całego spotkania. Jeśli pacjent poczuje, że masz dla niego czas i pełną uwagę, będzie otwarty na trudne informacje.
- **P (Perception)** – poznanie stanu wiedzy współrozmówcy – zweryfikowanie wiedzy najbliższych na temat chorego i jego stanu somatycznego. Szczególną uwagę należy zwracać na stosowane przez nich słownictwo, poziom zrozumienia sytuacji oraz przejawy zaprzeczania. Wiedza ta pozwoli nam odpowiednio zbudować kontakt w dalszych etapach rozmowy. Temu służą takie pytania jak np. „*Czy coś już Państwo wiecie na temat stanu zdrowia .....?*”; „*Czy jakieś informacje zostały Państwu przekazane?*”; „*Czy wiecie Państwo, dlaczego poprosiliśmy Was o kontakt?*”. Badanie Imperial College London z 2024 roku [cyt. za 45] wykazało, że 72% pacjentów przychodzi na wizytę, mając już własną teorię na temat swojego stanu zdrowia (niestety często błędną) i jeżeli nie pozna się tej teorii, informacja im przekazana może zostać zinterpretowana przez pryzmat tych błędnych założeń.
- **I (Invitation)** – zaproszenie do rozmowy/informowanie – zaproszenie pacjenta do współdecydowania o tempie i zakresie informacji. Zweryfikowanie, wykorzystując wiedzę o współrozmówcy zdobytą na poprzednim etapie (poziom zrozumienia sytuacji, poziom zaprzeczenia oraz możliwości intelektualnych) jak szczegółowe informacje pacjent chciałaby usłyszeć. Wykazano [cyt. za 45] np. że w USA 93%

pacjentów chce znać pełną diagnozę natychmiast, podczas gdy w niektórych krajach azjatyckich ten odsetek spada do 40-50%. Według badania Centrum Onkologii w Warszawie [cyt za 45] z kwietnia 2025, około 78% polskich pacjentów onkologicznych chce znać pełną prawdę o diagnozie, ale 45% z nich woli otrzymać ją etapami, po prostu nie wszystko na raz. Na tym etapie ważne jest zaakceptowanie każdej decyzji chorego, pamiętając o różnicach indywidualnych w gotowości do przyjmowania trudnych wiadomości (głównie w sytuacji przekazywania niepomyślnych informacji o stanie zdrowia).

- **K (Knowledge)** – skuteczne przekazanie niepomyślniej informacji - *Zasada „Warning shot”* – *strzał ostrzegawczy*. Nie powinno się wchodzić od razu do sedna, a dać pacjentowi sekundę na przygotowanie. Należy rozpocząć od stwierdzenia, np. *„Jest mi bardzo przykro, ale mam dla Pani/Pana złą wiadomość”*. Następnie przekazać informację, używając języka odpowiedniego do możliwości intelektualnych oraz wieku współrozmówcy, nie używając przy tym żargonu medycznego. Wiadomość podać w sposób jasny, nie pozostawiając wątpliwości co do ich przekazu. Aby uniknąć nieporozumień, nie używać przy tym określeń typu *„odszedł”, „poszedł do nieba”, „przeniósł się do lepszego świata”*, lepiej powiedzieć np. *„Pani/Pana mąż/żona nie żyje?; „..... umarł/umarła dziś około godziny 18”, „Mąż/żona/dziecko jest w krytycznym stanie”*. Następnie upewnić się, czy współrozmówca dobrze zrozumiał przekaz, a także czy potrzebuje znać więcej szczegółów. Trzeba dać czas na przetworzenie informacji i reakcję zanim przekaże się dalsze wiadomości np. *„Czy wszystko co powiedziałam/łem jest dla Pani zrozumiałe?”.* Dopiero wtedy kiedy ma się pewność, że współrozmówca jest gotowy i wyraża chęć dalszej rozmowy, należy przekazać dalsze informacje. Warto je jest dzielić na mniejsze „porcje” i sprawdzać na ile są one zrozumiałe dla rozmówcy, np. *„Czy ma Pani/Pan do mnie jakieś pytania”; „Czy chciałaby/lby Pani/Pan wiedzieć coś więcej?”* Badanie University of Toronto z 2024 wykazało [cyt. za 45], że pacjenci, którzy otrzymali *„warning shot”* przed diagnozą, zapamiętywali o 34% więcej szczegółów z dalszej części rozmowy niż ci, którym powiedziano wprost bez przygotowania.
- **E (Emotions and Empathy)** – emocje i empatia - reakcja na emocje rozmówcy powinna być adekwatna i pełna zrozumienia, unikając pocieszania lub umniejszania sytuacji. Po przekazaniu informacji należy dać czas rozmówcy na wyrażenie swoich emocji. Najlepiej jest poczekać w milczeniu, aż rozmówca oswoi się z przekazaną mu

wiedzą i na nią zareaguje. Następnie można dać wyraz empatii i zrozumienia, identyfikując przy tym doświadczane przez współrozmówcę emocje (smutek, gniew, wstyd, złość) i ich możliwe źródło, poprzez stwierdzenie np. „*Wyobrażam sobie jak jest Pani/Panu ciężko w tym momencie?*”; „*Wydaje mi się że jest Pani/Pan zła/zły?*”; „*Wszystkie Pani/Pana uczucia i myśli są zupełnie normalne*”; „*To zrozumiałe, że takie uczucia/ myśli się teraz pojawiają*”. Wykazano [cyt. za 45] w badaniu British Medical Journal z 2025, że 71% lekarzy przyznaje, że czuło dyskomfort wobec płaczu pacjenta, a 54% starało się jak najszybciej wrócić do „bezpiecznej” rozmowy o faktach medycznych.

- **S (Strategy and Summary)** – plan działania i podsumowanie – etap kończący spotkanie:
  - W przypadku przekazywania niepomysłnych informacji o stanie zdrowia chorego przedstawia się plan dalszych oddziaływań medycznych.
  - W przypadku informowania o śmierci pacjenta stworzenie wraz z rodziną planu dalszego postępowania (m.in. poinformowanie o możliwości donacji narządów).
  - Podsumowanie przeprowadzonej rozmowy, weryfikując czy wszystko co zostało przekazane jest zrozumiałe.
  - Sprawdzenie w jaki sposób współrozmówca zinterpretował przekaz.
  - Zapewnienie współrozmówcy wsparcie ze strony bliskich osób lub powiadomienie o jego sytuacji odpowiednie do tego instytucje

Warto pamiętać, że nie zawsze można stosować SPIKES. Do takich wyjątków należą takie sytuacje jak [45]:

- Pacjent w delirium/zmienionej świadomości – nie ma sensu przekazywać mu diagnozy, a komunikację należy przekierować do rodziny
- Pacjent wyraźnie odmawia rozmowy – należy uszanować jego autonomię
- Tzw. sytuacja super pilna, kiedy minuty decydują o życiu – wtedy należy poinformować rodzinę w telegraficznym skrócie (decyzje podejmuje zespół medyczny).

Podsumowując - skuteczny proces komunikacyjny pozwala na identyfikację potrzeb pacjenta oraz jego otoczenia. Umożliwia rozwiązywanie napięć i konfliktów między pacjentem a jego bliskimi. Ponadto, komunikacja stanowi istotne wsparcie w codziennej pracy personelu medycznego, usprawniając organizację opieki [46].

## RODZAJE ZAKŁÓCEŃ I BARIERY W KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ

*Kto mówi językiem niezrozumiałym dla nikogo poza nim,  
nie mówi w ogóle.*

*Mówić, to mówić do kogoś.*

*Hans Georg Gadamer*

Model relacji pomiędzy pacjentem a personelem medycznym można, za Pupek-Musialik [47] opisać następująco:

- interakcja opierająca się na wspólnym rozwiązywaniu problemu zdrowotnego;
- pacjent stanowiący centralny element tej relacji;
- komunikacja otwarta, dwukierunkowa i oparta na wzajemnej zależności;
- zaufanie i szacunek, jako fundamentalne wartości tej relacji;
- pełnienie przez personel medyczny nie tylko roli eksperta, ale również doradcy i edukatora, przy czym kolejność tych funkcji jest istotna;
- kluczowym celem działań personelu medycznego jest dobro pacjenta, a nie osiągnięcie korzyści materialnych lub niematerialnych;
- poszanowanie autonomii pacjenta jako istotny aspekt podejmowanych działań;
- zarówno pacjent, jak i personel medyczny uczestniczą w procesie decyzyjnym i ponoszą za niego odpowiedzialność;
- personel medyczny wykazuje umiejętność aktywnego słuchania pacjenta;
- skuteczna komunikacja jest istotnym elementem kompetencji zawodowych pracownika medycznego.

Warto podkreślić, że proces komunikacji w relacji pacjent–choroba–medyk napotyka liczne bariery, które mogą utrudniać skuteczne porozumiewanie się stron.

Pierwszą z nich stanowią **bariery emocjonalne**, wynikające z powszechnego, lecz nie do końca trafnego przekonania, że profesjonalizm pracowników ochrony zdrowia oznacza wyłącznie racjonalne podejście i brak emocji. W rzeczywistości zarówno pacjent, jak i personel doświadczają silnych reakcji emocjonalnych. Jednakże sposób kształcenia pracowników ochrony zdrowia często sprzyja postawie dystansu wobec pacjentów, co w założeniu ma chronić ich psychikę, lecz w praktyce prowadzi do barier komunikacyjnych. Manifestuje się to okazywaniem wyższości, brakiem dialogu z pacjentem oraz stosowaniem

autorytarnego stylu komunikacji. Choć takie podejście może wydawać się mechanizmem obronnym, faktycznie przyczynia się do ograniczenia skutecznej wymiany informacji i budowania relacji terapeutycznej [48].

Po stronie pacjenta **emocje wynikają głównie z lęku przed bólem**, diagnozą, metodami leczenia, utratą poczucia bezpieczeństwa, izolacją społeczną czy brakiem nadziei. Silne przeżycia emocjonalne mogą negatywnie wpływać na zdolności poznawcze pacjenta, utrudniając mu przyswajanie i analizowanie przekazywanych informacji [48].

W tabeli zobrazowano częste reakcje emocjonalne i sugestie jak na nie reagować, czego unikać jak na nie reagować [cyt. za 45].

Drzewo reakcji	Szczegóły
├─ PŁACZ	<p><b>Przyczyna</b> → Uwolnienie stresu, żałoba</p> <p><b>Reaguj</b> → Podaj chusteczkę; bądź w ciszy; pozwól płakać</p> <p><b>Unikaj mówienia</b> → „Proszę się nie denerwować”, „Wszystko będzie dobrze”</p>
├─ GNIEW	<p><b>Przyczyna</b> → Poczucie niesprawiedliwości, bezsilność</p> <p><b>Reaguj</b> → „Rozumiem Pani/Pana gniew”; nie bierz do siebie</p> <p><b>Unikaj</b> → Tłumaczenia i ripostowania</p>
├─ ZAPRZECZENIE	<p><b>Przyczyna</b> → Mechanizm obronny</p> <p><b>Reaguj</b> → Szanuj; nie forsuj akceptacji</p> <p><b>Unikaj mówienia</b> → „Musi Pani/Pan to zaakceptować”, „Niech się Pani/Pan zmierzy z prawdą”</p>
├─ NEGOCJACJE	<p><b>Przyczyna</b> → „Może to pomyłka?”, „Chcę drugiej opinii”</p> <p><b>Reaguj</b> → Podaj opcje; zaproponuj konsultację/drugą opinię</p> <p><b>Unikaj</b> → Urażenia; przekonywania o swojej nieomyślności</p>
└─ CISZA / SZOK	<p><b>Przyczyna</b> → Zamrożenie, niemożność przetworzenia</p> <p><b>Reaguj</b> → Bądź w ciszy; delikatnie: „Co Pani/Pan teraz czuje?”</p> <p><b>Unikaj</b> → Zalewania dodatkowymi informacjami</p>

Według badania z 2025 roku 68% onkologów doświadcza wtórnego stresu pourazowego związanego z trudnymi rozmowami [cyt. za 45].

Drugą istotną barierę stanowi **ograniczona wiedza medyczna pacjenta oraz selektywne przetwarzanie informacji**. Jest to uniwersalna cecha ludzkiego poznania,

prowadząca do różnic w rozumieniu komunikowanych treści. Przewyciężenie tej przeszkody wymaga odpowiednio prowadzonej komunikacji, opartej nie tylko na przekazywaniu informacji, ale także na weryfikacji ich przyswojenia przez pacjenta. Obowiązkiem pracownika ochrony zdrowia jest dostosowanie języka do poziomu wiedzy i kompetencji pacjenta, unikając hermetycznego żargonu medycznego, który może stać się kolejną barierą komunikacyjną. Kluczowe jest również aktywne słuchanie i obserwacja pacjenta, pozwalające na upewnienie się, że przekazane treści zostały przez niego właściwie zrozumiane [48].

W piśmiennictwie podkreśla się, że pacjenci „różnią się nie tylko tym, ile chcą wiedzieć, ale jak chcą to usłyszeć”, co obrazuje poniższy schemat [45].

#### └─ PACJENT ANALITYK

- | └─ Potrzeby: Wszystkie dane, liczby, statystyki
- | └─ Dostosowanie komunikacji: Podać konkretne wskaźniki, procent przeżywalności, dokładne nazwy

#### └─ PACJENT PRAKTYK

- | └─ Potrzeby: Co mam robić? Co to znaczy dla codzienności?
- | └─ Dostosowanie komunikacji: Skupić się na planie działania, konkretnych krokach

#### └─ PACJENT EMOCJONALNY

- | └─ Potrzeby: Wsparcie, zrozumienie, nadzieję
- | └─ Dostosowanie komunikacji: Więcej czasu poświęcić na emocje, mniej podawać technicznych szczegółów

#### └─ PACJENT DELEGUJĄCY

- | └─ Potrzeby: Niech bliski wie, niech lekarz decyduje
- | └─ Dostosowanie komunikacji: Szanować wybór, ale zapewnić, że pacjent może zmienić zdanie

Istotną przeszkodą w efektywnej komunikacji między pacjentem a personelem medycznym są **czynniki psychologiczne**. Jednym z kluczowych problemów jest psychiczny opór pacjenta, który często wynika z poczucia naruszenia jego autonomii. Może on przejawiać się postawą agresywną lub przekorną. Samo doświadczenie choroby, prowadzące do bezradności, poczucia niesprawności czy niższej wartości, może także generować taki opór. Jednak istotnym jego źródłem bywa również autorytarna postawa medyka, który nie uwzględnia potrzeby współdecydowania pacjenta w procesie leczenia [35].

Pacjenci często stosują **mechanizmy obronne, takie jak zaprzeczanie**, które prowadzi do bagatelizowania choroby i lekceważenia zaleceń terapeutycznych. Niedocenianym, lecz równie istotnym problemem są ograniczenia w rozumieniu i zapamiętywaniu przekazywanych informacji. W kontekście terapii może to skutkować niewykonaniem zaleceń, co negatywnie wpływa na proces leczenia [35].

Najważniejszą barierą komunikacyjną pozostaje jednak **brak poczucia satysfakcji pacjenta z kontaktu z medykiem**. Jego poziom zależy w głównej mierze od jakości relacji między obiema stronami, kształtowanej poprzez skuteczną komunikację. Pacjent oczekuje przede wszystkim empatii oraz zrozumienia swoich obaw i niepokojów ze strony personelu medycznego [35]. Do barier komunikacyjnych zalicza się następujące czynniki [1,15]:

- **różnice w postrzeganiu** – wynikające z odmiennego poziomu wiedzy i doświadczenia interlokutorów oraz uwarunkowań sytuacyjnych.
- **różnice językowe** – utrudnienia komunikacyjne mogące wynikać z braku precyzji, stosowania żargonu lub różnic w zakresie używanego słownictwa.
- **szumy komunikacyjne** – wszelkie czynniki zakłócające przekaz i odbiór informacji:
  - szum fizyczny (zewnątrzny lub mechaniczny) - zakłócenia pojawiające się podczas przesyłania lub odbioru sygnałów (np. hałas silnika, wentylatora, rozmowy w tle, czy duża odległość między nadawcą a odbiorcą);
  - szum psychiczny - zakłócenia wynikające z nastawienia odbiorcy – od uprzedzeń i niechęci po bezkrytyczne uwielbienie. obejmuje również ocenę rozmówcy, poczucie wyższości lub niższości, depresję, hipomanię, a także ograniczenia intelektualne i brak spostrzegawczości. utrudnia odbiór kluczowych treści, a czasem uniemożliwia ich pełne zrozumienie;
  - szum semantyczny - zakłócenie wynikające z niezamierzonej przez nadawcę zmiany lub utraty znaczenia komunikatu, co utrudnia jego prawidłowy odbiór. Zazwyczaj wynika z użycia skomplikowanej lub specjalistycznej terminologii, uniemożliwiającej odbiorcy pełne zrozumienie przekazu.
  - czynniki emocjonalne – reakcje emocjonalne wpływają zarówno na sposób formułowania komunikatów, jak i na ich odbiór oraz interpretację.
  - niespójność komunikatów – brak zgodności między komunikacją werbalną a niewerbalną może prowadzić do dezorientacji odbiorcy.
  - brak zaufania – wiarygodność przekazu jest uzależniona od poziomu zaufania do jego nadawcy.

Komunikacja interpersonalna między pielęgniarką a pacjentem pełni funkcję terapeutyczną, gdy przyczynia się do redukcji lęku, zapobiegania błędom jatrogennym oraz motywowania chorego do walki z chorobą [40, 49].

Efektywność tego procesu wpływa na adaptację pacjenta do warunków szpitalnych, jego samopoczucie oraz tempo rekonwalescencji. Współczesna pielęgniarka powinna nie tylko znać techniki skutecznej komunikacji, ale także być świadoma barier i błędów zakłócających ten proces. Elementy takie jak nakazy, moralizowanie, ocenianie, ignorowanie, przerywanie, groźby, nadmierne wypytywanie czy nieadekwatne pocieszanie mogą utrudniać budowanie relacji opartej na partnerstwie [40, 49]:

- **chwalenie połączone z oceną** - bywa odbierane jako manipulacja, wzmacniając nierówność w komunikacji;
- **groźenie i upominanie**, typowe dla relacji hierarchicznych - mogą budzić opór i sprawiać, że pacjent czuje się infantylizowany;
- **moralizowanie („powinieneś”)** - wywołuje opór i poczucie winy;
- **nadmierne wypytywanie** - może sprawić, że pacjent czuje się ignorowany i pozbawiony przestrzeni do wyrażenia własnych wątpliwości;
- **nakazywanie** - narzuca pacjentowi wolę pielęgniarki, wzmacniając jego bezradność i lęk, co utrudnia współpracę;
- **nieprofesjonalne uspokajanie i pocieszanie** - mogą sugerować brak zrozumienia, a bagatelizowanie problemów pacjenta często wynika z bezradności pielęgniarki;
- **osądzanie i obwinianie** - prowadzą do niepewności, obrony własnego wizerunku i złości.
- **pouczanie, ignorowanie i przerywanie** - blokują relację terapeutyczną, wywołując u pacjenta frustrację i poczucie odrzucenia.

W komunikacji z pacjentem należy dążyć do porozumiewania opartego na empatii. Porozumienie Bez Przemocy (NVC - *Nonviolent Communication*), opracowane przez Rosenberga [50], to metoda komunikacji oparta na empatii, rozpoznawaniu emocji i potrzeb własnych oraz rozmówcy, która opiera się na czterech krokach:

- **obserwacja** – obiektywny opis faktów bez oceniania;
- **uczucia** – identyfikacja i nazwanie emocji związanych z daną sytuacją;
- **potrzeby** – określenie niezaspokojonych potrzeb stojących za emocjami;
- **prośby** – formułowanie konkretnej prośby odpowiadającej na zidentyfikowaną potrzebę.

W skrócie empatyczna komunikacja to: **Obserwacja** -> **Uczucia** -> **Potrzeby** -> **Prośby**, co obrazują tzw. "żelazne zasady" empatycznej komunikacji [51]:

1. **Słuchanie uważnie, co mówi rozmówca** – dopytywanie, gdy czegoś się nie rozumie, skupianie się na zrozumieniu perspektywy drugiej osoby, a nie na ocenie.
2. **Nie etykietowanie w rozmowie drugiej osoby** – absolutne unikanie sformułowań typu „*Ty zawsze...*”, „*Jak zwykle...*”, „*bo Ty nigdy...*”, które „zamykają” rozmówcę.
3. **Mówienie o sobie, a nie o innych (komunikat "JA")** – wyrażanie swoich uczuć i potrzeb zamiast oskarżać, używając sformułowań "*Czuję...*", "*Potrzebuję...*" zamiast "*Ty mnie zdenerwowałeś/łaś*".
4. **Skupianie się na uczuciach i potrzebach** – staranie się dostrzec, jakie emocje i potrzeby stoją za zachowaniem własnym i rozmówcy, nawet gdy komunikat jest agresywny.
5. **Działanie w oparciu o prośby, a nie żądania** – formułowanie prośby w sposób jasny, konkretny i pozytywny, pozostawiając rozmówcy przestrzeń na odmowę (budowanie kontaktu zamiast przymusu).

## SPECYFIKA ODDZIAŁÓW ONKOLOGICZNYCH I CHORYCH ONKOLOGICZNIE W TYM W KONTEKŚCIE KOMUNIKACJI INTERPERSONALNEJ

*Jedną z najbardziej podstawowych potrzeb wszystkich ludzi  
jest chęć rozumienia i bycia rozumianym.*

*Najlepszym sposobem zrozumienia ludzi jest słuchanie ich.*

*Ralph Nichols*

Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem szacuje, że w 2008 roku na świecie odnotowano około 12,7 miliona przypadków zachorowań na nowotwory, z czego około 7 milionów osób zmarło z powodu tej choroby. W Europie co roku chorobę nowotworową rozpoznaje się u 1.7 miliona osób, a około 962 000 umiera, a w Polsce co roku notuje się około 1 000 zachorowań i około 9 000 zgonów [53].

Według najnowszych prognoz Światowej Organizacji Zdrowia, opublikowanych na łamach najnowszego wydania "Lancet Onkology", w 2030 roku w 184 krajach choroba nowotworowa będzie dotyczyć 22,2 mln ludzi, czyli aż o 75% więcej niż w 2008 roku [54].

Ocenie z chorobą nowotworową zmagają się w Polsce 450 tys. osób. Według Krajowego Rejestru Nowotworów, zachorowalność na raka zwiększyła się o 40 procent [54].

W tym miejscu warto podkreślić, choroba nowotworowa może trwać od kilku tygodni do nawet kilkunastu lat, charakteryzując się nieodwracalnymi zmianami patologicznymi oraz koniecznością ciągłego monitorowania stanu zdrowia i leczenia [55].

Pacjent z chorobą nowotworową musi walczyć z **bólem somatycznym**. Analiza literatury przedmiotu wskazuje, że ból u pacjentów onkologicznych może także wynikać z procedur diagnostyczno-terapeutycznych, takich jak pobieranie materiału do badań, czy badania kontrolne. Często występuje również ból związany z leczeniem, w tym chemioterapią i radioterapią, a także ból towarzyszący objawom współwystępującym, takim jak nudności, brak apetytu, czy biegunki [56].

Choroba przewlekła, zabiegi chirurgiczne oraz długotrwałe leczenie prowadzą do **ograniczenia sprawności pacjenta**, wpływając na jego aktywność oraz często prowadząc do utraty dotychczasowej roli społecznej w rodzinie, pracy zawodowej i społeczeństwie. Ponadto pojawiają się one także w sferze prokreacyjno-seksualnej, ponieważ choroba lub związane

z nią dolegliwości mogą wywołać wstyd i lęk przed zbliżeniem, spowodowane zmianami na ciele, a także prowadzić do agresji seksualnej lub oziębłości płciowej [56].

Skutki uboczne zastosowanej terapii mogą prowadzić do umiarkowanego lub silnego dyskomfortu, **negatywnego postrzegania własnej osoby oraz pogorszenia relacji interpersonalnych**. Obciążenie psychiczne wynika przede wszystkim z poczucia zagrożenia życia oraz występowania szeregu czynników, takich jak dolegliwości bólowe, wymagające leczenia, uzależnienie od farmakoterapii, konieczność korzystania z pomocy innych osób, powtarzające się hospitalizacje, utrata kontroli nad własnym życiem oraz niepewność co do najbliższej przyszłości [57].

Pacjent onkologiczny często doświadcza poczucia bezsilności wobec przebiegu choroby, co może prowadzić do biernej postawy w procesie terapeutycznym i ograniczenia zaangażowania w leczenie [57].

Diagnoza nowotworu zmusza pacjenta do zmierzenia się z nową, trudną i nieznaną sytuacją zarówno medycznie, jak i społecznie. Chory musi stawić **czoła reakcji otoczenia**, a sposób w jaki poradzi sobie w tej sytuacji, zależy od jego **osobowości i umiejętności komunikacyjnych**. Pacjentem staje się w momencie potwierdzenia choroby badaniami, jednak każdy przeżywa diagnozę inaczej. Postrzeganie siebie jako osoby chorej zależy od porównań z innymi oraz od społecznych norm. Nawet bez widocznych objawów nowotwór może już prowadzić do wykluczenia, ponieważ samo uświadomienie o tym otoczenia powoduje zmianę relacji z chorym [58].

Choroba onkologiczna znacząco wpływa na codzienne relacje społeczne, obejmujące kontakty ze znajomymi, współpracownikami oraz społecznością. Wiele osób nie posiada odpowiedniego przygotowania ani umiejętności prowadzenia rozmów z osobą dotkniętą poważnym schorzeniem. Tematyka ta może wywoływać zakłopotanie i dyskomfort, co skutkuje różnorodnymi reakcjami – **niektórzy unikają rozmów o chorobie**, podczas gdy inni podejmują ten temat, jednak brak wiedzy może sprawić, że sposób komunikacji stanie się dla **chorego niekomfortowy lub obciążający** [59].

Choroba nowotworowa stanowi istotną próbę dla dotychczasowych relacji interpersonalnych. Może ujawnić, że bliscy przyjaciele, w których pacjent pokładał największe nadzieje, zawodzą lub całkowicie wycofują się z jego życia. Tego rodzaju doświadczenie może negatywnie wpłynąć na proces leczenia, a poczucie opuszczenia przez najważniejsze osoby dodatkowo potęguje emocjonalne obciążenie chorego [59].

Postępujący rozwój choroby nowotworowej prowadzi **do istotnych zmian w wyglądzie**

**pacjenta.** Dochodzi do stopniowej utraty masy ciała, zmniejszenia elastyczności skóry, jej suchości, szorstkości oraz zmian w pigmentacji. Dodatkowe modyfikacje w wyglądzie wynikają z efektów ubocznych leczenia onkologicznego. Chemioterapia i radioterapia często powodują całkowitą utratę owłosienia, dalszą redukcję masy ciała oraz liczne objawy somatyczne, takie jak przewlekłe zmęczenie, nudności, wymioty czy świąd skóry [60,61].

Znaczne konsekwencje niesie także leczenie chirurgiczne, które w zależności od lokalizacji nowotworu może wiązać się z amputacją piersi, usunięciem zębów, części języka, żuchwy lub kończyn. Dodatkowo blizny pooperacyjne oraz inne skutki terapii, np. wyłonienie stomii, mogą istotnie wpływać na postrzeganie własnej atrakcyjności. W efekcie pacjent często doświadcza pogorszenia **samooceny, co może prowadzić do społecznego wycofania** w celu uniknięcia sytuacji wywołujących dyskomfort psychiczny [60,61].

Skutki uboczne leczenia mają wpływ na komunikację pacjenta. W terminalnym stadium choroby pacjenci często doświadczają halitozy, czyli nieprzyjemnego zapachu z ust, wynikającej ze zmian patologicznych w układzie oddechowym i pokarmowym. Objaw ten może powodować **znaczny dyskomfort oraz przyczyniać się do unikania kontaktów społecznych**, co dodatkowo pogłębia izolację chorego [62].

Kolejnym istotnym problemem jest kserostomia (suchość w jamie ustnej). Jest ona wynikiem m.in. zmniejszonego wydzielania śliny, działania leków oraz stosowania radioterapii i chemioterapii. Objaw ten prowadzi do znacznego dyskomfortu, pogarsza samopoczucie chorego i może powodować ból, uczucie pieczenia języka, zaburzenia smaku oraz trudności w połykaniu i mówieniu/komunikowaniu oraz zwiększenia ryzyka próchnicy, chorób dziąseł i infekcji [63].

Do tego wszystkiego dochodzą problemy komunikacyjne pacjent- personel medyczny. Raporty organizacji medycznych z roku 2025 [cyt. za 45] pokazują, że średni czas wizyty w poradni onkologicznej w Polsce to 7 – 18 minut, podczas gdy przekazanie diagnozy nowotworowej według standardów ESMO (*European Society for Medical Oncology*) powinno trwać minimum 20-30 minut. Z kolei badanie opublikowane w *Journal of Clinical Oncology* w sierpniu 2024 [cyt. za 45] wykazało bezpośrednią korelację pomiędzy jakością komunikacji przy diagnozie a przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych. Okazało się, że pacjenci, którym diagnozę przekazano zgodnie z protokołem SPIKES, mieli o 41% wyższy wskaźnik adherencji do leczenia w pierwszych 6. miesiącach terapii. Było to spowodowane tym, że rozumieli swój stan, czuli wsparcie i byli partnerami w procesie leczenia, a nie biernymi odbiorcami nieprzyjemnych wiadomości [45].

Badania z zakresu psychologii środowiskowej pokazują, że 76% pacjentów lepiej zapamiętywało treść rozmowy, gdy odbywała się ona w spokojnym, prywatnym miejscu [cyt. za 45].

Wykazano też, że pacjenci którzy uczestniczyli w rozmowie z osobą z towarzyszącą zapamiętywali o 60% więcej informacji z rozmowy niż ci, którzy przychodzili sami. Taka osoba towarzysząca mogła też zadawać pytania, które pacjent w szoku może nie był w stanie sformułować [cyt. za 45].

Według badania Patient Experience Survey 2024 przeprowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, 89% pacjentów onkologicznych w Polsce oczekuje transparentnej, partnerskiej komunikacji z lekarzem. To wzrost o 23 punkty procentowe w porównaniu z 2020 rokiem [cyt. za 45].

Warto pamiętać, że pacjenci mają dziś większy dostęp do informacji medycznych (choć nie zawsze rzetelnych), co jednocześnie zwiększa ich potrzebę rozmowy z ekspertem, który pomoże te informacje zinterpretować [45]

W onkologii trudności komunikacyjne dotyczą także pacjenta w stanie terminalnym, który traci kontrolę nad własnym ciałem i życiem, w tym także nad decyzjami dotyczącymi leczenia. W takiej sytuacji szczególna rola przypada komunikacji empatycznej, która ma moc przywracania pacjentowi choćby części poczucia godności i sprawczości [64].

W tym miejscu warto wspomnieć o technice NURSE [65], która wykorzystywana jest w opiece medycznej do budowania empatii i efektywnej komunikacji z pacjentem doświadczającym trudnych emocji, pomagając personelowi medycznemu w sposób uporządkowany reagować na emocje pacjenta. Jest szczególnie przydatna przy przekazywaniu niepomyślnych wiadomości, w opiece nad pacjentami w stanie terminalnym oraz w codziennej pracy z osobami przewlekle chorymi. Pozwala na zredukowanie lęku i napięcia u pacjenta, zbudowanie atmosfery zaufania oraz pokazanie mu, że jego uczucia są ważne i akceptowane [65].

Praca z osobami umierającymi jest jednym z największych wyzwań - wymaga odwagi, empatii i gotowości do towarzyszenia w cierpieniu.

Na oddziale medycyny paliatywnej każda rozmowa z pacjentem terminalnym ma ogromne znaczenie.

Trzeba pamiętać, że wypowiedane słowa, ton głosu oraz sposób mówienia mogą przynieść ulgę, ale mogą także pogłębić lęk i samotność.

NURSE to kolejny akronim, który uzupełnia SPIKES. To pięć sposobów reagowania na emocje pacjenta [65,66]:

- **N** – *Naming* (Nazywanie)

Pierwszy krok to rozpoznanie i nazwanie emocji, które odczuwa pacjent.

Np. stwierdzenie:

*„Widzę, że jest Pani/Pan zmartwiona/y”*

*Słyszę w Pani/Pana głosie niepokój”*

*„Widzę, że jest Pani/Pan zszokowana/y.”*

*„To musiało być bardzo trudne do usłyszenia”*

Nazwanie emocji sprawia, że pacjent czuje się zauważony i wysłuchany

- **U** – *Understanding* (Zrozumienie)

ten etap to okazanie zrozumienia dla emocji pacjenta

np. stwierdzenie:

*„To naturalne, że Pani/Pan się boi, gdy przyszłość wydaje się niepewna”*

*„Rozumiem, że to przytłaczająca wiadomość”*

*„To naturalne, że czuje Pani/Pan teraz strach.”*

Dzięki temu chory zyskuje poczucie akceptacji i bezpieczeństwa

- **R** – *Respecting* (Szacunek)

W przypadku osób w terminalnym stadium choroby, często pozbawionej wpływu na swoje ciało i decyzje, wypowiedane do niej słowa mają ogromne znaczenie.

np. stwierdzenie:

*„Podziwiam odwagę, z jaką Pani/Pan to wszystko znosi.”*

*„Widzę, jak bardzo zależy Pani/Panu na rodzinie – to pokazuje pana siłę.”*

Wyrażenie uznania dla odwagi, szczerości czy wytrwałości pacjenta wzmacnia jego poczucie wartości, co można umocnić słowami: *„Podziwiam, że potrafi Pan o tym mówić tak otwarcie”*.

- **S** – *Supporting* (Wsparcie)

Udzielenie wsparcia może przyjąć formę prostego zapewnienia np.

*„Jestem przy Pani/Panu”*

*„Nie zostawię Pani/Pana samej/go”*

*„Nasz zespół będzie Pani/Panu towarzyszył.”*

*„Jestem tu, aby wspierać Panią/Pana i rodzinę w tym czasie”*.

W ten sposób pacjent otrzymuje jasny komunikat, że nie jest sam w swoim cierpieniu.

- **E** – *Exploring* (Eksploracja)

Ostatni krok to zachęta do wyrażenia uczuć i obaw, co pozwala to lepiej poznać świat wewnętrzny chorego i dostosować opiekę do jego potrzeb.

Stwierdzenie np.

„Co najbardziej Panią/Pana teraz niepokoi?”

„Czego obawia się Pani/Pan najbardziej?”

„Co najbardziej Panią/Pana martwi w tym wszystkim?”

„Co mogłoby teraz pomóc?”

Metoda NURSE w opiece nad pacjentem terminalnym staje się „mostem pomiędzy światem medycyny a światem ludzkich przeżyć. Dzięki niej personel może stać się nie tylko opiekunem, ale i towarzyszem – kimś, kto pomaga przejść przez ostatni etap życia z godnością i spokojem” [67].

## PROPOZYCJA PODEJŚCIA KOMUNIKACJI MOTYWACYJNEJ W PROCESIE ZDROWIENIA – ROLA PIELEŃNIAREK I PIELEŃNIARZY

*Nigdy nie bój się wyznaczyć sobie zbyt wysokich celów;  
nawet jeśli nie osiągniesz ich, będziesz miał coś wartościowego*

*Michał Anioł*

W codziennej pracy wszystkich członków zespołu terapeutycznego, rozmowa z pacjentem odgrywa bardzo ważną rolę. To nie tylko kwestia przekazywania informacji, ale również budowania zaufania, zwiększania zaangażowania pacjenta i motywowania go do podejmowania decyzji związanych ze zdrowiem.

Typowa komunikacja skupia się i ogranicza głównie do przekazywania informacji: począwszy od diagnozy, planu leczenia oraz rokowań. Pamiętać jednak należy, że pacjent onkologiczny to nie tylko odbiorca danej wiadomości – to nader często człowiek w kryzysie egzystencjalnym, który potrzebuje czegoś więcej niż danych o chorobie.

**Komunikacja motywacyjna** – to komunikacja, która pomaga pacjentowi (który już się poddał) uwierzyć, że ma wybór. To wykorzystanie języka i postawy do inspirowania. To przejście od rozkazów do dialogu zaspokajającego potrzeby (np. docenienia) i budującego wewnętrzną motywację. Opiera się na jasnym określaniu oczekiwań, pozytywnym wzmacnianiu, aktywnej empatii i budowaniu relacji.

### **Rodzaje motywacji w komunikacji**

- Wewnętrzna: Budowanie pasji i poczucia sensu.
- Zewnętrzna: Nagrody, pochwały, uznanie.
- Pozytywna: Wzmacnianie pożądanych zachowań.
- Negatywna: Unikanie (często mniej skuteczna w długim okresie)

### **Techniki motywowania**

- Docenianie: Regularne chwalenie za konkretne osiągnięcia.
- Słuchanie: Aktywne słuchanie potrzeb rozmówcy.
- Jasna komunikacja: Zrozumiały język i unikanie żargonu

Za technikę komunikacji motywacyjnej uważana jest metoda OARS. Wywodzi się z Motywacyjnego Wywiadu (*Motivational Interviewing*, MI), opracowanego w latach 80. XX

wieku przez Williama R. Millera i Stephena Rollnicka i polega na partnerskim stylu rozmowy, którego celem jest:

- wsparcie pacjenta w zmianie zachowań zdrowotnych
- zwiększenie zaangażowania pacjenta w proces leczenia
- wydobywanie wewnętrznej motywacji pacjenta, zamiast narzucania mu zmian przez personel medyczny

Kluczowe zasady dialogu motywującego to:

- **Akceptacja i empatia:** okazywanie zrozumienia dla emocji oraz sytuacji pacjenta, co buduje poczucie bezpieczeństwa.
- **Partnerstwo:** Współpraca między lekarzem/terapeutą a pacjentem, a nie autorytarna postawa.
- **Współczucie:** Działanie na rzecz dobra pacjenta.
- **Wydobywanie (Ewokacja):** Skupienie się na tym, co pacjent już wie i co może zrobić, zamiast jedynie edukowania go.

Wywiad motywacyjny był początkowo stosowany w leczeniu uzależnień, ale jego skuteczność sprawiła, że szybko znalazł zastosowanie także w medycynie ogólnej, psychologii zdrowia oraz terapii behawioralnej. OARS jako zestaw technik koncentruje się na wspieraniu pacjentów w podejmowaniu decyzji poprzez aktywne słuchanie, wzmacnianie ich motywacji i zaangażowanie w proces leczenia.

**O** (*Open-ended questions*) – zadawanie pytań otwartych

np. "Co Pani/Pan myśli o zmianie diety?", zamiast "Czy zmieni Pani/Pan dietę?".

**A** (*Affirmations*) – Afirmacje/wzmacnianie: docenianie starań i mocnych stron pacjenta,

np. "To wymagało dużo odwagi, że zdecydowała/ł się Pani/Pan na ten krok".

**R** (*Reflective listening*) – Odzwierciedlanie (słuchanie refleksyjne)

parafrazowanie (wyrażeniu myśli pacjenta własnymi słowami przy zachowaniu oryginalnego sensu, ale ze zmienioną strukturą i słownictwem wypowiedzi pacjenta), aby pokazać, że został zrozumiany.

**S** (*Summaries*) – Podsumowania

zbieranie najważniejszych wątków rozmowy, co pomaga w uporządkowaniu motywacji do zmiany

Komunikacja motywacyjna, to komunikacja, w której są używane proste zdania, ale otwierające, nie zamykające. Nie nakazują samej walki w chorobie, ale mają **budować gotowość do niej, uruchamiać dodatkowe zasoby emocjonalne człowieka**. Struktura jaką można wykorzystać w nowym spojrzeniu na komunikację, a która ma motywować, obejmuje:

## R jak rozumienie drugiej osoby

Pielęgniarka/pielęgniarz/lekarz

- pomaga pacjentowi zrozumieć **co się dzieje i co to znaczy dla niego jako człowieka**,
- wykorzystuje aktywne słuchanie jako fundament komunikacji,
- zadaje pytania otwarte: „*Co ta diagnoza w Panu/ Pani uruchamia?*”,
- dopasowuje język do emocji, stanu pacjenta, a nie tylko wiedzy.

## A jako akceptacja

**Akceptacja to nie zgoda na chorobę, ale przyjęcie rzeczywistości** taką, jaka jest poprzez:

- nazywanie emocji („*to naturalne, że Pan/i czuje złość*”),
- pozostawienie przestrzeni na milczenie, ciszę, łzy, niepewność,
- unikanie fraz: „*Proszę się nie zalamywać*”, takie stwierdzenia mogą blokować emocje.

## M jako motywowanie

Tu pojawia się to, co najważniejsze **wewnętrzne „dlaczego” pacjenta**, stąd znaczenie

- rozmowy o wartościach („*co jest dla Pana najważniejsze w tym momencie życia?*”),
- wspierania celów krótkoterminowych („*co może Pan/Pani zrobić dla siebie dziś?*”),
- unikanie słów: „*muszenia*” i „*powinien Pan/Pani*”.

To etap, w którym człowiek zaczyna **odzyskiwać sprawczość w sytuacji w jakiej się znalazł – choroby**.

## A jako akcja – do zdrowienia

Zmiana motywacji w działanie poprzez wdrożenie.

- drobnych decyzji: „*Zadzwoń do córki/syna*”, „*Wyjdę na spacer*”, „*Zjem coś, mimo że nie mam apetytu.*”

świętowanie małych sukcesów, które wzmacniają poczucie wpływu na proces zdrowienia.

Filary nowego sposobu komunikacji to:

1. **Uważność:** aktywne słuchanie, obecność, akceptacja emocji pacjenta.
2. **Empatyczna ciekawość:** pytania, które nie oceniają, tylko pomagają pacjentowi nazwać to, co czuje i myśli.
3. **Wzmacnianie sprawczości:** podkreślanie drobnych decyzji, które pacjent może podjąć („*To Pan/Pani wybiera, jak o tym porozmawiamy*”).
4. **Narracja sensu** – pomaganie w odnalezieniu znaczenia choroby („*co ta sytuacja zmienia w Pana/Pani spojrzeniu na życie?*”).

Komunikacja motywacyjna ma nie tylko informować, ale również:

- **wzmocnić poczucie sprawczości** („*mogę coś zrobić dla siebie*”), („*nie wybieram choroby, ale mogę wybrać sposób w jaki z nią żyje?*”);
- **aktywować nadzieję** („*mam wpływ na przebieg leczenia*”);
- **pomóc odnaleźć sens** („*choroba nie przekreśla mojego życia*”);
- **budować współpracę z personelem** („*lekarz i pacjent są po tej samej stronie*”).

Aby komunikacja motywacyjna odniosła sukces, muszą być spełnione odpowiednie warunki ze strony personelu medycznego i pacjenta

<b>Ze strony personelu medycznego potrzebne są:</b>	<b>Ze strony pacjenta potrzebne są:</b>
Inteligencja emocjonalna i empatia.	Posiadanie zasobów koniecznych do zrozumienia komunikatu (np. umiejętność słuchania ze zrozumieniem – zwłaszcza wielokrotnie złożonych zdań).
Przekładalność perspektyw (umiejętność zrozumienia perspektywy i motywów rozmowy).	Zdolność do automotywacji i samokontroli, które są kluczowe do wdrożenia zmian w życie.
Opanowanie, cierpliwość.	Poczucie sprawstwa i kompetencji (dam radę to zrobić)
Przyjęcie partnerskiej postawy.	Aktywność i konsekwencja w działaniu.
Powstrzymanie się przed „zbawianiem na siłę” i pouczaniem.	Wystarczająca wiedza na temat swojej choroby, zasad terapii itp.
Komunikacja (zarówno umiejętność proaktywnego, empatycznego słuchania, jak i komunikowania się w sposób zrozumiały oraz dopasowany do poziomu rozmówcy).	Przyjęcie odpowiedzialności za swoje życie, zdrowie, decyzje Wgląd w siebie (umiejętność zrozumienia swoich własnych emocji, potrzeb i lęków).

## Implikacje praktyczne dla pielęgniarek/pielęgniarzy

Pielęgniarka/pielęgniarz w onkologii jest najbliżej pacjenta - nie tylko wykonuje procedury, ale towarzyszy mu przez cały cykl leczenia: w chemioterapii, w radioterapii, w sala-po-sali, w dni dobrych i w dniach, które są „bez słów”.

W związku z tym to właśnie pielęgniarki mają największą moc wprowadzania komunikacji motywacyjnej w życie poprzez poniższe działania.

### **Mikro-intervencje zamiast „długich rozmów”**

Komunikacja motywacyjna nie wymaga godzinnej sesji psychoterapii.

U pielęgniarek/pielęgniarzy działa w **krótkich, konkretnych zdaniach**, wypowiedzianych przy:

- zakładaniu wenflonu,
- podawaniu leków,
- obserwacji po chemioterapii,
- zmianie opatrunku.

Przykład:

*„Widzę, że dziś jest Pani/Pan bardziej zmęczona/zmęczony. Co pomogło Pan/Panu przetrwać ostatni cykl?”*

*„Co chciałby Pan zrobić dla siebie po dzisiejszym zabiegu?”*

To 10 sekund. A pacjent czuje się zauważony i ważny.

### **Język, który buduje wpływ zamiast go odbierać**

Często nieświadomie pielęgniarki mówią zdania, które mimo dobrych intencji odbierają pacjentowi siłę:

- *„Proszę być cierpliwym.”*
- *„Nie ma sensu się denerwować.”*
- *„Musi Pani/Pan myśleć pozytywnie.”*

To wywołuje poczucie winy, nie motywację.

Język motywacyjny zmienia to na:

- *„To normalne, że jest Pani/Panu trudno.”*
- *„Co teraz mogłoby Pani/Panu dać choć trochę ulgi?”*
- *„Jak mogę Pani/Panu pomóc w tej chwili?”*

## Podkreślanie realnych, małych sukcesów

Pielęgniarki/pielęgniarze mogą wzmacniać motywację pacjentów, zauważając drobne kroki:

*„Dziś zjadł Pani/Pan trochę więcej niż wczoraj to naprawdę ważny sygnał.”*

*„Widzę, że stara się Pani/Pan ruszać mimo słabszego dnia. To duża rzecz.”*

Dlaczego to działa?

Bo w chorobie onkologicznej „motywacja” to często zwykłe:

- wstałem z łóżka
- zjadłem
- poszedłem do toalety
- zadzwoniłem do kogoś bliskiego

Pielęgniarka/pielęgniarz jest tą osobą, która te rzeczy widzi jako pierwsza.

## Tworzenie przestrzeni do wyrażania emocji

Pielęgniarki/pielęgniarze często boją się „otwierać trudne tematy”, żeby pacjent się nie załamał.

Tłumione emocje zwiększają lęk. Nazwane zmniejszają.

W praktyce wystarczy jedno neutralne zdanie:

*„Co teraz jest dla Pani/Pana najtrudniejsze?”*

*„Z czym zostaje Pani/Pan po dzisiejszych informacjach?”*

Pacjent nie musi odpowiedzieć ale wie, że może.

## Wprowadzenie komunikacji motywacyjnej daje trzy efekty:

1. **Pacjent czuje się partnerem, a nie obiektem procedur.**
2. **Zaufanie rośnie** a to poprawia współpracę w trakcie terapii.
3. **Zmniejsza się obciążenie emocjonalne pielęgniarki/pielęgniarza** bo dialog redukuje napięcie po obu stronach.

Pielęgniarka/pielęgniarz nie staje się terapeutą staje się **towarzyszem**. A w onkologii to często ważniejsze niż każde słowa.

### Komunikaty, które zamykają pacjenta vs. komunikaty, które otwierają

Zamiast tego (zamyka)	Powiedz to (otwiera)
„Proszę się nie bać.”	„Co w tej sytuacji budzi największy lęk?”
„To normalne objawy.”	„Które z tych objawów najbardziej Pani/Pana niepokoją?”
„Musi Pan współpracować.”	„Co pomoże Pani/Panu przejść przez ten etap leczenia?”
„Proszę usiąść i czekać.”	„Jak mogę Pani/Panu ułatwić ten moment oczekiwania?”
„Trzeba być silnym.”	„Co dziś zabrało Pani/Panu najwięcej sił?”
„Będzie dobrze.”	„Czego Pani/Panu teraz najbardziej potrzebuje?”

### Komunikacja w trakcie podawania chemii

Sytuacja kliniczna	Reakcja zamykająca	Reakcja motywacyjna
Pacjent zestresowany przed pierwszą chemią	„Proszę się uspokoić.”	„Co chciałby Pani/Pan wiedzieć, zanim zaczniemy?”
Pacjent denerwuje się wkluciem	„To tylko moment.”	„Co zwykle pomaga Pani/Panu przejść przez takie momenty?”
Pacjent pyta z lękiem o efekty uboczne	„Nie myślmy o tym teraz.”	„Jakie objawy budzą Pani/Pana największe obawy?”

### Reakcje niepożądane po leczeniu

Objawy pacjenta	Złe podejście	Dobre podejście (motywacyjne)
Nudności, osłabienie	„Każdy tak ma.”	„Jak to osłabienie wpływa na Pani/Pan dzień?”
Ból po zabiegu	„Proszę wytrzymać.”	„Co w tym bólu jest dla Pani/Panu najtrudniejsze?”
Problemy ze snem	„To przez stres.”	„Co najbardziej przeszkadza Pani/Panu zasnąć?”

### Pacjent wycofany, apatyczny (po kolejnych cyklach)

Zachowanie pacjenta	Słabo wspierający komunikat	Wspierający komunikat
Mało mówi	„Musi Pan z nami współpracować.”	„Co dziś zabrało Pani/Panu najwięcej energii?”
Obojętny, patrzy w bok	„Proszę się bardziej postarać.”	„Co mogłoby Pani/Panu przynieść choć trochę ulgi?”
Placze, nie chce rozmawiać	„Nie płaczemy, trzeba być dzielnym.”	„Chcę być obok. Co się w Pani/Panu teraz dzieje?”

### Trudne rozmowy – pogorszenie stanu

Sytuacja	Komunikat unikający	Komunikat wspierający
Pacjent pyta o rokowania	„To proszę omówić z lekarzem.”	„Co Panią/Pana najbardziej martwi, kiedy myśli Pani o dalszym leczeniu?”
Pacjent płacze po informacji o nawrocie	„Niech się Pani nie żałuje.”	„Co w tej wiadomości uderzyło Panią/Pana najmocniej?”
Pacjent chce wiedzieć, „co dalej”	„Zobaczymy.”	„Co byłoby dla Pani/Pana najważniejsze w najbliższych dniach?”

### Mikrosens – jak pielęgniarka wspiera odradzanie nadziei

Cel komunikacji	Typowe podejście	Podejście oparte na zasobach
Przywrócenie energii	„Musi Pani walczyć.”	„Co dziś dało Pani/Panu choć mały powód do uśmiechu?”
Wzmocnienie poczucia wpływu	„Tak trzeba robić.”	„Na co ma Pani/Pan dziś siłę, a na co nie?”
Podtrzymanie nadziei	„Myśl pozytywnie.”	„Co daje Pani/Pan choć odrobinę poczucia spokoju?”

**Autonomia pacjenta (sedno komunikacji motywacyjnej)**

Styl dyrektywny	Styl motywacyjny
„Proszę tak robić.”	„Jak chciałaby Pani/Pan to zrobić?”
„To musi Pani/Pan zmienić.”	„Jakie zmiany byłyby dla Pani/Pana realne?”
„Proszę się trzymać zaleceń.”	„Co może Pani/Panu pomóc trzymać się zaleceń?”
„Nie wolno tak robić.”	„Co Panią/Pana skłania do takiego wyboru?”

## PIŚMIENNICTWO

1. Konopka Nowina M., Feleszko W., Małecki Ł.: Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy, Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2018.
2. Jasiński T, Szejnberg A.: Doskonalenie pracy pielęgniarskiej – edukacja, kompetencje, komunikacja, jakość. Oficyna Wydawnicza Szkoły Wyższej im. Pawła Włodkowica – Wyd. Naukowe NOVUM, Płock, 2013.
3. Doroszevska A., Chojnacka-Kuraś M., Jankowska A.: Komunikacja medyczna – wyzwania i źródła inspiracji, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, 2023.
4. Doroszewski J.: Komunikacja pacjenta z lekarzem – literatura, stanowiska, problemy [w:] Językowe, psychologiczne i etyczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem, Markowski A., Majkowski J., Meder J., Doroszewski J. (red.), Polska Akademia Nauk, Warszawa, 2007: 41–61 .
5. Kępiński A.: Autoportret człowieka, Wyd. Literackie, Kraków, 1993, 184.
6. Zakrzewska-Bielawska A.: Podstawy zarządzania. Teoria i ćwiczenia, Wyd. Wolters Kluwer. Warszawa, 2012.
7. Łańcucki J. (red.) Podstawy kompleksowego zarządzania jakością. Wyd. Akademii Ekonomicznej, Poznań, 2006.
8. Nęcki Z., Komunikacja międzyludzka, Wyd. Antykwa, Kraków 2000, 194.
9. Jasiński T, Szejnberg A. Doskonalenie pracy pielęgniarskiej – edukacja, kompetencje, komunikacja, jakość. Oficyna Wydawnicza Szkoły Wyższej im. Pawła Włodkowica, Wyd. Naukowe NOVUM, Płock, 2013.
10. Dobek-Ostrowska B. Komunikowanie publiczne i polityczne, Wyd. PWN, Warszawa, 2006.
11. Kwiatkowska A, Krajewska-Kułak E, Panek W. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2012.
12. Jarosz M.J.. Psychologia lekarska, Wyd. PZWL, Warszawa, 1983.
13. Krot K. Zaufanie w relacji lekarz – pacjent – implikacje dla zarządzania zakładem opieki zdrowotnej. Warszawa, Polska: CeDeWu, 2019.
14. Włodarczyk, B.: Edukacja zdrowotna, wyd. PWN, Warszawa, 2010.
15. Nowina Konopka M. Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka. Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej UJ., Kraków, 2016.
16. Łuczak J., Jak rozmawiać z chorym umierającym, <https://hospicjumwagrowiec.pl/jak-rozmawiac-z-chorym-umierajacym.html>, data pobrania 16.02.2025.

17. Stasiuk-Krajewska K., Komunikacja lekarz–pacjent a wizerunek lekarzy i podmiotów zdrowia publicznego, Dziennikarstwo i media, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2016.
18. Kutry-Pachecka M., Stefańska K. Zaburzenia psychiczne u dzieci z rozpoznaną chorobą nowotworową. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 2014, 14(2), 156–163.
19. Griffin, E.: Podstawy komunikacji społecznej. Wyd. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2003.
20. Osmólska-Bogucka A. W poszukiwaniu uniwersalnego schematu relacji pacjent–lekarz i lekarz–pacjent. *Przegląd piśmiennictwa. Magazyn Stomatologiczny*, 2014, 12, 128–132.
21. Kluszczyńska M., Włodarczyk I.: Wpływ komunikacji werbalnej i niewerbalnej na współpracę między pielęgniarką a pacjentem, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2019, 9(4), 273–278.
22. Stor M., Komunikowanie się w organizacji [w:] Zarządzanie kadrami, T. Listwan (red.), C.H. Beck, Warszawa 2006, 287.
23. Stankiewicz J. Komunikowanie się w organizacji, Wyd. Astrum, Wrocław, 1999.
24. Kęsy M. Rola procesu komunikacji w zarządzaniu pracownikami szpitala [w:] *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, Stępniewski J., Karniej P., Kęsy M.(red.) Wolters Kluwer, Warszawa, 2011: 408.
25. Dobska M., Dobski P. Marketing usług medycznych. Wyd. Prawno-Ekonomiczne INFOR, Warszawa, 1999.
26. Barański J, Piłtkowski W. *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wyd. Atut. Wrocław, 2002.
27. Kaźmierczak A. Wpływ komunikacji z personelem medycznym na doświadczanie choroby przez pacjentów. *Homo Communicativus*, 2011, 1(6), 21-37.
28. ńczak S. *Etyka pielęgniarska*, Wyd. Difin SA, Warszawa, 2010.
29. Walden-Gałuszko K. de *.Psychoonkologia w praktyce klinicznej*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, 2011.
30. Motyka H. Komunikacja interpersonalna w opiece medycznej. *Medycyna Rodzinna*, 2013, 4, 124-128.
31. Wroński K., Bocian R., Depta A., Cywiński J., Dzik A. Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent. *Prawne aspekty autonomii pacjenta w opiece zdrowotnej, Nowotwory. Journal of Oncology*, 2009, 59(4), 266-273.

32. Kaczor M, Michalak A. Przychodzi pacjent do lekarza... czyli psychologiczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem. *Sztuka Leczenia*, 2010, 20(1–2), 51–58.
33. Sulkowska A, Milewski S, Kaczorowska-Bray K. Komunikacja lekarz pacjent w opinii pacjentów. *Logopedia Silesiana*. Wyd. Uniwersytetu Śląskiego. Katowice, 2018, 7, 36–55.
34. Jarosz M. J. *Psychologia lekarska*, Wyd. PZWL, Warszawa, 1983.
35. Barański J. Niektóre aspekty komunikowania się lekarza z pacjentem [w:] *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Barański J., Piątkowski Wł (red.); Oficyna wydawnicza Atut, Wrocław, 2002: 162-167.
36. Włoszczak-Szubzda A., Jarosz M.J. Rola i znaczenie komunikacji w relacji lekarz – pacjent – rodzina. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2012, 18(3), 206-211.
37. Janczukowicz J.: Empatia jako zasadnicza kompetencja współczesnego lekarza. *Medycyna po dyplomie*, 2013, 10, 94-101.
38. Barton-Smoczyńska I.: Postawy psychologii komunikacji lekarza z pacjentem – część IV. *Medycyna Praktyczna – Chirurgia*, 2011, 5, 114-116.
39. Sawicka E.: Rozmowa bez słów. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2014, 3, 4-5.
40. Makara-Studzińska M.: *Wybrane zagadnienia z komunikowania społecznego*. Wyd. Czelej, Lublin, 2006.
41. Hebanowski, M., Kliszcz J., Trzeciak, B.: *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem*. Wyd. PZWL, Warszawa, 1999.
42. Stangierska I., Horst-Sikorska W., *Ogólne zasady komunikacji między pacjentem i lekarzem*, *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2007, 1(1), 58-68.
43. Baghdari N., Rad M., Sabzevari M.T.: Effect of SPIKES-based Education by Role Playing and Multimedia Approaches on Breaking Bad News Skills in Midwifery Students (a Comparison), *Acta facultatis medicae Naissensis*, 2017, 34(2), 137-146.
44. Jarosz M.: Przekazywanie niepomysłnych informacji w praktyce klinicznej. *Oncology in Clinical Practice*, 2013, 9(6), 225–229.
45. <https://www.szkoleniacps.pl/jak-przekazywac-niepomyslne-wiadomosci-pacjentom-onkologicznym-glowne-zalozenia-modelu-spikes/>, data pobrania 24.04.2026.
46. Życzkowska J. M.: „Dobra śmierć”, a więc jaka? Oczekiwania pacjentów w ostatnich dniach życia, *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2016, 10(2), 48–53.
47. Pupek-Musialik D. Pacjent–lekarz: relacja pozytywna a może konflikt postaw czy interesów, *Problematy i dylematy współczesnej medycyny*, Ogólnopolska Konferencja Naukowa; Lublin, 2005.

48. Baranowicz I. Rola społeczna chorego [w:] Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny; Barański J., Piątkowski W. (red.) Oficyna wydawnicza Atut; Wrocław, 2002: 75-81.
49. Syguła K.: Błędy w komunikacji terapeutycznej. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2012, 7-8, 10-11.
50. Nagórka-Tempczyk Ż.: Między odrzuceniem a akceptacją - w stronę komunikacji inkluzyjnej, Forum Pedagogiczne, 2017, 1, 131.
51. <https://petraconsulting.pl/5-zasad-empatycznej-komunikacji/>, data pobrania 24.04.2026.
52. Meder J.: Podstawy onkologii klinicznej, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, Warszawa, 2011, 6.
53. Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii, Ministerstwo Zdrowia, grudzień 2015 r., 2. [http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/MPZ\\_onkologia\\_Polska.pdf](http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/MPZ_onkologia_Polska.pdf), data pobrania: 24.02.2025.
54. <https://www.rmfm24.pl/nauka/news-who-w-2030-roku-o-75-procent-wiecej-zachorowan-na-raka,nId,609980>, data pobrania 24.04.2026.
55. Rogiewicz M. Praca psychologa z pacjentem w terminalnej fazie choroby nowotworowej. Pedagogia Chrystiana 2006, 1, 93-110.
56. Binnebesel J. Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową w doświadczeniu pacjentów. Wyd. UMK, Toruń 2003.
57. Kamińska K, Bielak K. Świstak M.: Deontologia procesu komunikacji pomiędzy lekarzem onkologiem i pacjentem, Journal of Life and Medical Sciences, 2023, 2(36), 3-11.
58. Skrzypek M., Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej. Wyd. KUL, Lublin 2011.
59. Kowalski S, Moskal A, Dąbrowski M, Żak K, Wpływ choroby nowotworowej na status ekonomiczny, społeczny i relacje rodzinne [w:] Zadania i wyzwania medycyny – charakterystyka problemów i postępowanie terapeutyczne pod red. Maciąg K., Maciąg M. Wyd. Naukowe TYGIEL, Lublin, 2018: 171.
60. Stępień R., Wiraszka G., Wrońska I., Nowak-Starz G., Nemcova J., Zdziebło K., Ratowska L., Stomia jako czynnik determinujący jakość życia chorych leczonych z powodu raka jelita grubego. Problemy Pielęgniarstwa 2014, 22(2), 190-195.
61. Glińska J., Adamska E., Brosowska B., Lewandowska M., Problemy fizyczne chorych

- w terminalnej fazie choroby nowotworowej a wsparcie społeczne ze strony personelu pielęgniarskiego. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009, 17(3), 190-198.
63. Trella J., Krajnik M., Jassem J. Wybrane problemy w leczeniu przewlekłego bólu nowotworowego w Polsce. *Onkologia Polska* 2005, 8(2), 76-78.
64. Wordliczek J., Dobrowolski J. *Ból ostry*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
65. Chochinov H. M. Dignity in the terminally ill: A cross-sectional, cohort study. *The Lancet* 2002, 360(9350), 2026–2030
66. Back A. L., Arnold R. M., Tulsky J. A. *Mastering Communication with Seriously Ill Patients: Balancing Honesty with Empathy and Hope*. Cambridge University Press, 2015.
67. de Haes H., Bensing J. Endpoints in medical communication research. *Patient Education and Counseling*, 2009, 74(3), 287–294.
68. <https://paliatywny-makowpodhalanski.pl/jak-rozmawiac-z-pacjentem-w-stanie-terminalnym/>, data pobrania 24.04.2026.

## Aneks - Propozycje literatury do pogłębienia wiedzy

1. Feleszko W., Nowina-Konopka M., Małecki Ł. (red.) Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy, Medycyna Praktyczna, Kraków 2018.
2. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, Wydawnictwo PZWL, 2020.
3. Kiljańska M., Rollnick S., Miller W.R., Butler Ch. C. Dialog motywujący w opiece zdrowotnej, Wydawnictwo PZWL, 2025.
4. Myerscough P.R., Ford M., Jak rozmawiać z pacjentem; Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2002.
5. Pink D.H. Drive. Kompletnie nowe spojrzenie na motywację. Wydawnictwo Studio Emka, Warszawa, 2011.
6. Silverman J., Kurtz S., Draper J. Umiejętności komunikowania się z pacjentami, Wydawnictwo MP, Kraków, 2018.







**ISBN – 978-83-68761-38-2**