

**DR. HERCZEG LÁSZLÓ**

## **Kommunikáció a rákbeteggel és családjával**

### **Módszertani összefoglaló**

**Összefoglalás** ♦ *A rák diagnózisának közlése rendkívüli körülményt igényel, mert azonnal lesújtó stigmaként éli meg a beteg és az érte aggódó környezet is. Régebben a rosszul hangzó diagnózist a beteg gyakran nem is tudta meg, csak a családdal közölték. Így később döbrent rá, hogy félrevezették, és ez bizalomvesztést, gyakran konfliktust is eredményezett a családdal és a kezelőorvossal. Az 1997-es egészségügyi törvény az alapvető betegjogok közé sorolja a betegek tájékoztatáshoz való jogát, amit manapság sokan úgy értelmeznek, hogy kertelés nélkül közölni kell a beteggel a diagnózist. Ez legtöbbször traumatikus élményt jelent az érintetteknek. Manapság az internet segítségével bárki azonnal megfejtetheti a diagnózist, és gyakran ijesztő színben, eltorzítva jut információhoz. Ez reményvesztettséget okoz és megingatja a kezelésbe vetett bizalmat is. A betegnek joga van megismerni, de nem kötelező mindent megtudni a betegségről. Az orvos-beteg kommunikációnak kölcsönös bizalmon alapulva, a beteg érdekeit és szükségleteit figyelembe véve kell megvalósulnia. Frank D. Ferris, az Ohio State University Palliatív Medicina részleg vezetője a hazai palliatív ellátással foglalkozó szakembereknek bemutatta azt a hatlépéses protokollt, ami a legalkalmasabb a hatékony, betegközpontú tájékoztatás megvalósítására.*

## **Communication with cancer patients and their families**

**Abstract** ♦ *Communicating a diagnosis of cancer requires special prudence since the patient might immediately perceive it as an overwhelming stigma and the worried family could feel the same way, as well. Formerly the patient often wasn't informed about the ill sounding diagnosis, it was disclosed to the family only. The patient at a later stage suddenly realized that they had been misled, and that often resulted in loss of confidence and in a conflict with the family and the attending physician. Act CLIV of 1997 on Health classified the right to information as a fundamental right of patients, which has mainly been interpreted that the diagnosis needs to be bluntly communicated to the patient. This generally causes a traumatic experience for the people concerned. Nowadays anyone can find out the diagnosis via the*

*internet and usually obtains terrifying and distorted information, which leads to hopelessness and falters trust in the treatment. Patients have the right to know about their illness, but it is not obligatory to know everything about it. Doctor-patient communication must be based on trust while taking into account the interests and needs of the patient. Frank D. Ferris, Executive Director of Palliative Medicine at Ohio State University has presented a six-step protocol to Hungarian specialists of palliative care, which is the most appropriate way to carry out effective and patient-oriented communication.*

### **Az orvos-beteg kommunikáció alapjai**

Az orvos-beteg kapcsolat minősége meghatározó, mert a jó kapcsolat kiépítése és megtartása az együttműködés és a hatékony betegellátás alapja. Ebben gyökerezik a beteg biztonságérzete, és az orvos számára is sikerélményt jelent a beteg bizalmának és együttműködésének elnyerése. A beteg és az orvos kapcsolatára jellemző az információs asszimetria, ami a két fél eltérő helyzetéből is adódik. A beteg az orvostól függ, az orvos pedig bizonyos mértékig fölérendelt helyzetben van, hasonlóan a gyermek-szülő kapcsolathoz. Az egyik fél segítséget kér, kissé kiszolgáltatott helyzetben van, míg a másik fél cselekvőképes segítséget ad. A beteg információhiánya és az orvosi tudás többlete is meghatározza egymáshoz viszonyított helyzetüket. (Pilling, 2008)

### **Az orvos-beteg konzultáció stílusai**

Byrne és Long (Byrne-Long, 1976) konzultációs modellje szerint az orvos-beteg konzultáció két fő viselkedésmintával írható le: orvos-központú és beteg-központú. Ezek egyensúlya szabja meg, hogy mennyire orvos- vagy betegközpontú a találkozás. Az orvos-központú kommunikációban az orvos kevesebb teret enged a betegnek, mert elsődleges célja a gyors információszerzés és átadás. Célrányos, többnyire eldöntendő (igen/nem választ igénylő) kérdéseket tesz fel, és röviden közli az információt. Nem magyarázza el a döntéseit, nem ad alkalmat a betegnek a visszakerdezésre, vagy más reakcióra, egyéb problémák kifejtésére, és érzelmi reakcióikat is figyelmen kívül hagyja. Az orvos-centrikus stílus kevesebb időt vesz igénybe az első megbeszélés alkalmával, de hosszabb távon sokkal gyakoribb találkozást igényel. Ennek oka a félreértések tisztázása, az utasítások nem kellő betartása, a megfelelő együttműködés hiánya, ami nem egyszer konfliktusokhoz is vezet és a kölcsönös elégedetlenség tovább rontja a gyógyítás hatékonyságát.

Byrne és Long kutatása szerint a legtöbb gyakorló orvos inkább az orvos-centrikus kommunikációt használja. Az orvos információtöbblete a betegségről és a kezelésről még inkább arra készíti őt, hogy a döntés jogát és a felelősségét magára vegye, és ezzel mintegy gyermeki alávetett szerepbe helyezze a beteget. Így teljes mértékben az orvos kezébe kerül a kontroll, a beteg önállósága és felelőssége is csorbul. Régebben ez a páciens biztonságérzetét növelte, szorongását is csökkentette. A mai kor embere sokkal több autonómiát igényel, ezért az orvos autoriter magatartása előli menekülés ellenállást, tiltakozást, az utasítások be nem tartását váltja ki.

A beteg-központú kommunikációban az orvos több aktivitást enged a betegnek, figyelembe veszi a problémáról alkotott elképzeléseit, félelmeit és elvárásait is. Ennek során elmondja a beteg az elképzeléseit a problémájáról, beszámol a félelmeiről, reményeiről, elvárásairól. Könnyebben fény derül a rejtett problémákra is. Az orvos stílusa megértő, a beteg viselkedésére, érzéseire való odafigyelés a jellemző. Az orvos a beteg érdeklődésének megfelelően nyújt tájékoztatást a betegségről és a teendőkről. A beteg intellektuális teljesítményéhez igazodva közös döntést tudnak hozni a szükséges terápiás folyamat végigviteléről, ezáltal a megértésen és bizalmon alapuló tartós együttműködés alakul ki. Az ismételt találkozások során már lényegesen leegyszerűsödik a megbeszélés, lerövidül a konzultáció ideje, és kölcsönös meglegedettséggel épül tovább a bizalmi kapcsolat. Nem kell az ellenállás és értetlenség legyőzésére, a félreértések tisztázására fecsérelni az időt.

Vannak olyan nehéz helyzetek, amikor a legkörülményesebb módon kell a kommunikációs eszköztárat elővenni. A hospice ellátás során nagyon nagy figyelmet kell fordítani az orvos-beteg kapcsolatra, mert az életvég közeli állapot még érzékenyebbé teszi a pácienseket.

### **A rossz hír közlése**

A rák diagnózisának közlése rendkívüli körülményt igényel (Donovan, 1999), mert azonnal lesújtó stigmaként éli meg a betegségben szenvedő személy és az érte aggódó környezet is. A rossz hír hallatán a betegeknek gyakori a lelki összeomlás és beindulnak a nem tudatos elhárító mechanizmusok.

A rák diagnózis közlése olyan érzelmi választ vált ki, ami gyakran gyászreakciót kelt, megjelenik az elutasítás, a tagadás, a düh, az alkudozás, a kétségbeesés, esetleg reményvesztettség, majd a beletörődés és végül az elfogadás (Kübler-Ross, 1988).

A kíméletesnek gondolt közlésformák számos csapdát rejtenek magukban. A könnyedebbnak szánt csomagolás („Van egy jó és egy rossz hírem...”), a bagatellizálás („Van egy kis probléma...”), a vigasztalás („Nem olyan veszélyes, ma már sokan meggyógyulnak ebből.”) a lényeg elhallgatásával, a tények kicsinyítésével sok félreértésre adhat okot. Ilyenkor a beteg könnyelmű, felelőtlen döntést hozhat, akár el is utasíthatja az orvostudomány által ajánlott kezelést, esetleg a könnyebb, kíméletesnek látszó megoldással kecsegtető, divatos alternatív lehetőségeket kutatja.

A tényekkel nem szembesülő beteg a gyógyulást dühödten keresve könnyen elutasíthatja a tünetek enyhítésének, az életminőség javításának lehetőségét is. Az illúziókban élő beteget felkészületlenül érheti a nem várt rosszabbodás, ami végleg megrendítheti az orvosba és a hozzátartozókba vetett bizalmat. A csalódottság azt az érzetet kelti benne, hogy már senkiben sem bízhat, mindenki összeesküdött ellene, hiszen hazudtak neki.

A tárgyilagos, száraz közlés is csapdákat rejt. A rideg tényközlés félelmet kelt, reménytelenséghez vezet, mert az ijedtség miatt a beteg csak a negatív érzéseire tud figyelni, nem képes reálisan értékelni a helyzetét. A meglepetéstől lebénulva gyakran még egy épkézláb kérdés sem jut az eszébe, csak letaglózottan hallgat.

A tudományos csomagolás gyakran nem érthető a beteg számára és ettől elbizonytalanodik, még kevesebbnek, butábbnak érzi magát és a tehetetlenség érzése vesz erőt rajta. A kioktató, „nevelő” stílus az egészségtelen vagy kockázatkereső életmódra utalással szembefordítja, ösztönös védekezésre, menekülésre és elutasításra készíti a beteget és büntudatot is ébreszt. A csalódás okozta düh célpontja az orvos lesz, és ezért beindulhat a „doktor shopping”, azaz más orvosok felkeresése: hátha biztatóbb, kedvezőbb eredményeket vagy tetszetősebb megoldási javaslatokat kapnak a problémájukra.

A rossz hír hallatán kialakuló félelem sajátos védekező mechanizmusokat, ösztönös elutasítást, háritást indíthat be („Biztosan elcserélték a leletemet...”). A reménytelenség érzete, az elbizonytalanodás, kétségbeesés és a magára maradottság komoly depressziós reakciókat is elindíthat, ami miatt elhamarkodott, vagy helytelen, a kezelést vagy akár az életet is elutasító döntést hozhat a beteg (Kübler-Ross, 1988).

Az orvos szerepét, mint a gyógyítás egyik fontos tényezőjét Bálint Mihály tette igazán közismertté (Bálint, 1961). Megállapítása szerint az „orvos, mint gyógyszer” alkalmazása nem nélkülözheti a hatástani ismereteket. Ügyelni kell az „orvos-gyógyszer” adagolására, figyelni kell az egyéni érzékenységre, a toleranciára, a mellékhatásokra és a kockázatokra is.

## **A kommunikációs kudarcok elkerülésének módja**

Frank D. Ferris, az Ohio State University Palliatív Medicina részleg vezetője mutatta meg a hazai palliatív ellátással foglalkozó szakembereknek azt a hat lépéses protokollt, ami a legalkalmasabb a betegközpontú tájékoztatás megvalósítására. (Ferris, 2017)

A hatékony megbeszélés eléréséhez több dologra is érdemes figyelni:

### *Megfelelő kommunikációs helyzet megteremtése*

A megbeszélés személyességéhez biztosítani kell a zavartalan környezetet, ahol mindenki kényelmesen le tud ülni. Lehetőség szerint egyenrangú helyzetben, egymás felé fordulva kell elhelyezkedni a feleknek.

### *Amit meg kell tudnunk a megbeszélés során*

Mit mondott a kezelőorvosa, akivel először került szóba a betegsége? Mit tud a páciens a betegségéről? Mit értett meg az információkból?

### *Amire figyelni kell*

Kivel kell beszélni? A beteggel vagy a hozzátartozóval? Mit szeretne valójában tudni a beteg és a hozzátartozó?

### *Amitől óvakodni kell*

Ne kezdjük a közléseinket negatív tartalmú bevezető mondatokkal. Rossz előérzetet indít be, ha azt hallja a beteg: „Van néhány rossz hírem.” vagy „Nem erre számítottunk.”

### *A tájékoztatás módja*

Adjunk át pontos, de nem túl részletes információkat. Rövid mondatokban beszéljünk, kerülve a szakkifejezéseket. A közlés után mindig álljunk meg és várjunk, figyeljünk a beteg reakciójára.

### *Az érzelmek kezelése*

Mindig adjunk teret a visszajelzésre, bátorítsuk a beteget kérdésre, engedjünk lehetőséget a reagálásra! A csend a legjobb eszköz arra, hogy a beteg megszólaljon. Minél hosszabban hallgatunk, annál inkább érzi a páciens, hogy lehetőséget kapott a gondolkodásra és szinte kényszerrel érez a megszólalásra, kérdésre. Ha nem tud megszólalni, akkor bátorítsuk a látható érzelem visszatükrözésével: „Úgy látom lesújtotta a hír.” „Mondja ki bátran: most mire gondol?”

### *A tájékoztatás lezárása*

Mondjuk el, hogy milyen javaslataink vannak az elkövetkező időszakra és készítsünk közösen tervet a teendőkről. Mindig kérdezzük meg a lezárás előtt, hogy van-e még valamilyen kérdése. Tájékoztassuk arról, hogy mikor, hogyan és kitől kérhet segítséget.

## **A hatlépéses kommunikációs protokoll**

### **1. Kezdeményezés, bevezetés**

Bármennyire is nehéznek tűnik a feladat, az orvos dolga, hogy kezdeményezze a beteggel (és a családdal) a beszélgetést. Megfelelő alkalmat és elegendő időt kell szánni a zavartalan beszélgetésre. A beteg döntse el, hogy kik legyenek jelen az első megbeszélésen

A következő két lépés szorosan egymáshoz kapcsolódik. Ennek során az orvos puhatolózik, informálódik.

### **2. Mit tud a páciens?**

Arra kell kérdésekkel biztatnunk, hogy mondja el, mi van a fejében, mi foglalkoztatja?

*Mire gondol?* Mit mondott a kezelőorvosa, aki megállapította a diagnózist? Mit hallott másoktól? Olvasott-e valamit erről?

*Mit érez?* Próbálja meg kimondani, de ha nem sikerül, akkor mi fogalmazzuk meg a látható jelek alapján a lehetséges érzéseit. Itt elő kell venni az empátiát és a verbális visszatükrözés eszközét. Kérdezzük meg: mi aggasztja? Mitől fél? Mit remél? Milyen elvárásai vannak? Mire számít?

### **3. Mennyit szeretne tudni?**

Érdeemes megkérdezni, hogy mire kíváncsi a páciens a betegségével, állapotával kapcsolatban? Van, akit a részletek, van, akit csak általánosságok érdekelnek. A fiatalabb generáció érdeklődésének fókuszában többnyire a gyógyulás vagy a túlélés esélyei, a várható élettartam szerepel. Az idősebb generáció többnyire a rá váró kezelések, teendők iránt érdeklődik. Van, aki nem is akar igazán tudni a betegségről, csak vigaszra vagy biztatásra vágyik ebben a nehéz helyzetben.

### **4. Információ megosztás, átadás**

A betegnek joga van tudni mindent a betegségről, de nem kötelessége, ezért csak annyit adjunk tudtára, amennyire valóban szüksége van. A valódi kérdés az, hogy szeretne-e pontos tájékoztatást kapni a prognózisról vagy csak a támogatásunkra számít a rá váró időszakban?

Kérdezzük meg: van-e tapasztalata hasonló sorsú betegekről? Pontosan mit szeretne tudni, mire kíváncsi? Ha felteszi a kritikus kérdést: „mennyi időm van?”, akkor meg kell tudnunk, hogy miért szeretné ezt tudni illetve mennyire pontosan akarja tudni?

A daganatos betegségekről vannak világszerte a legpontosabb statisztikai adatok, így viszonylag könnyű az ismeretek birtokában pontos választ adni. A Gauss görbe szerinti eloszlást érdemes megmutatni. Mindenki könnyen megérti, ha egy harang alakú görbét lerajzolunk, és elmagyarázzuk, hogy az átlaghoz viszonyítva vannak rövidebb és hosszabb ideig élők is.

Mivel senkinél sem lehet pontosan megítélni, hogy egy adott személyre melyik érvényes, ezért a legjobb válasz: „bízunk a legjobb kimenetelben, de készülünk fel a legrosszabbra is.”

A tájékoztatásban van egy rejtett és gyakori hibalehetőség. A legtöbb orvos hajlamos a várható időtartamot felfelé jósolni, mert neki is nehéz szembenézni a veszteséggel. A túlbecslés a környezetnek is rossz, mert a realitás felülírja azt, és ilyenkor óhatatlanul csalódnak az orvosban, aki nem jól mérte fel a helyzetet. Ugyanakkor az alulbecslés a betegben és a hozzátartozókban reményvesztettséget okoz, ami fokozza a tehetetlenség érzetet.

A pontosabb tájékoztatás elősegítésére Frank D. Ferris Palliative and Hospice Care Ohio Health orvos-továbbképző anyagában szereplő táblázat tartalmazza az inoperábilis, az előrehaladott vagy metasztázist adó daganatok várható éves túlélési valószínűségét %-ban kifejezve, és a túlélés átlagát hónapokban. (Ferris, 2017) *(ld. az 1. táblázatot)*

**1. táblázat: Túlélési átlagok inoperábilis, előrehaladott vagy metasztázist adó daganatok esetén**

Inoperábilis, előre haladott vagy metasztázist adó daganatok		
Maximális kezelés esetén	1 éves túlélés (%)	Túlélési átlag (hónap)
Húgyhólyagrák	26	12
Agyi áttétek	---	7
Agydaganat (Glioblastomamultiforme)	30	14
Emlőrák	72	24
Méhnyak laphámrák	20	9
Vastag- és végbélrák	36	20-24
Ismeretlen primer carcinomák	35	8-13
Nyelőcsőrák	20	10-12
Gyomorrák	23	6-12

Fej- nyakrák	26	7-10
Veserák	---	15-24
Májrák	---	8-10
Nem kis sejtes tüdőrák	25	6-15
Kis sejtes tüdőrák	---	6-12
Melanoma	70-80	20-24
Petefészekrák	59	15-24
Hasnyálmirigyrák	27	6-11
Prosztatarák	---	49
Szarkóma	---	12-14

### **5. Érzelmekre/érzésekre reagálás, visszatükrözés**

A kommunikáció minden lépésénél figyeljünk a megjelenő nonverbális jelekre: a beteg arckifejezésére, testtartására, a kezek kifejező játékára (pl. az ujjak tördelése), a feszengésre, az ülésen elhelyezkedésre, a szemkontaktus meglétére vagy az elrévedezésre. Ha tiltakozást, hártást, elterelést, erős érzelmi megnyilvánulásokat észlelünk, akkor visszatükrözéssel segítsük a ventillálást, különben kommunikációs blokk alakul ki és nem lesz képes befogadni az információkat, megszűnik a kreatív együttműködés.

Sokat segít a kommunikáció folytatásában és az érzelmek kimondásában, ha az orvos szóban visszatükrözi a betegben lévő érzéseket. Néhány jól bevált visszajelzés: „Úgy látom, nagyon megdöbbenette a hír.” „Nehéz szembesülni ezzel a helyzettel.” „Hirtelen azt sem tudja, hogy mit gondoljon erről.” „Most nagyon tanácstalannak érzi magát.” A rossz hír hallatán kialakuló reakciót sokan – főleg a férfiak – igyekeznek elleplezni, mert szégyellik kimutatni gyengeségüket, megrendülésüket. Könnyíthet a páciens helyzetén a normalizáló technika: „Mindenki így érzi magát egy ilyen helyzetben, vagy egy ilyen hír hallatán.”

Az erős érzelmi reakciókat lecsendesítve lehet továbblépni a további teendőkre.

### **6. Összefoglalás, tervezés, követés**

A megbeszélés során törekedni kell arra, hogy találja meg a páciens a legfontosabb teendőket, amit még a jelenlegi állapotában képes elvégezni és ennek alapján készüljön pontos tervközeli határidőkkel. Ilyenkor felmerülhet minden olyan dolog, feladat, amit át kellene adni másoknak. Vannak eddig halogatott találkozások, kibékülések, megbeszélések, levelek megírása, minden olyan dolog, amit fontos lenne még elintézni. Sokat segítenek a célirányos

kérdések is: „Vannak elintézendő, függőben lévő dolgai?” „Van olyan dolog vagy feladat, amit át szeretne adni valakinek?” „Van, ami nyomasztja és szeretné elintézni?” „Rendelkezett-e már arról, hogy a bankszámlájához ki férhet hozzá, ha már nem tud ilyen dologban személyesen intézkedni?”

A teendők között fel kell állítani fontossági sorrendet és ennek megfelelő határidőket is meg kell határozni. Minél rosszabb a prognózis, annál közelebbi határidők kellene. A beteggel tudatni kell, hogy a kezelés, kórlefolyás során számítani kell váratlan, előre kiszámíthatatlan, meglepetésszerű problémákra is, ami miatt későbbre halasztott dolgokat esetleg már képtelen lesz elvégezni. A beteget cselekvésre bátorítja, ha azt hallja: „ha túl lesz a feladatokon, akkor már semmivel sem kell törődni, csak önmagával, aki most a legfontosabb.” „Én örülnék a legjobban, ha minél később lenne erre szükség.” Mindenki (a páciens és a hozzátartozók is) hálásak lesznek, amikor már túl vannak a megoldandó feladatokon.

A lezárás fontos részeként össze kell foglalni a teendőket és meg kell egyezni a folytatásban, az előttünk álló időszak követésében. Tudnia kell a páciensnek, hogy mikor és milyen problémákkal kit kereshet meg.

A rákos betegek további sorsának alakulásában nagy szerep jut az orvos-szakmai teendők mellett a családtagoknak is. Alapvető igény, hogy mindenki saját maga szeretne dönteni a saját sorsáról. Ugyanakkor a családtagok is igényt tartanak arra, hogy az élet fontos döntéseibe beleszólásuk legyen vagy legalább is tudomást szerezhessenek róla. A mindennapi gyakorlat azt mutatja, hogy kritikus helyzetekben a családi döntéseket valamelyik domináns szerepben lévő családtag hozza.

Az egészségügyi ellátó rendszerben az egészségügyi személyzet végzi a beteggel kapcsolatos teendőket, de ezen túl a család vagy a szűkebb környezet gondoskodik a betegről a mindennapokban, ezért kihagyhatatlan a családtagokkal történő kommunikáció. Alapvető etikai kérdés, hogy a beteg sorsáról, kezeléséről közös döntést kell hozni, aminek őszinte légkörben kell megtörténnie!

### **Családi megbeszélés**

A családdal történő kommunikáció fontosságát indokolja, hogy az aggódó hozzátartozók részéről leggyakrabban elhangzó kérés: „ne tudja meg a beteg!” Ennek háttérében a rossz érzések megélésétől való félelem áll. A szeretet és a megóvás szándéka vezeti a családtagokat

és a veszteségtől való félelem gyakran elnyomja a racionalitást. Beindul egy jól ismert háritás: „amiről nem beszélünk, az nincs.” A probléma feloldására szolgál a családi megbeszélés.

A családi megbeszélést megelőzően egy segítő team létrehozása szükséges, amiben az orvos mellett egy mentálhigiénés gyakorlattal rendelkező szakember is részt vesz. Vele előzetesen megbeszélik a beteg helyzetét és az előttük álló feladatokat. Erre azért van szükség, mert a többszereplős megbeszélésen a mentálhigiénés szakember moderálja, vezeti a folyamatot és az orvos szerepe főként a szakmai kérdésekre korlátozódik.

Nem ritkán a családtagok különböző álláspontot képviselnek, akár a köztük lévő nyílt vagy rejtett konfliktusok is felszínre kerülhetnek, ezért elengedhetetlen a mentálhigiénés szakember tapasztalatának, mediációs eszköztárának igénybe vétele.

A családdal történő kommunikáció során is hat szempontnak kell érvényesülni – figyelve az indulatok, érzések, konfliktusok kezelésére –, a beteg és a család, mint rendszer érdekeit szem előtt tartva.

### ***1. Megfelelő kommunikációs helyzet megteremtése.***

A megbeszélés személyességéhez biztosítani kell a zavartalan környezetet, ahol mindenki kényelmesen le tud ülni. Ez a találkozás számos esetben nem az orvosi rendelőben, hanem a család lakókörnyezetében zajlik. Lehetőség szerint egyenrangú helyzetben, egymás felé fordulva kell elhelyezkedni a feleknek. Mindenképpen bővebb, de behatárolt időkeretet – akár egy órát – ajánlott rászánni feladatára.

### ***2. Amit meg kell tudnunk***

Elsődleges feladat annak kiderítése, hogy mit tudnak a családtagok, mit mondott a kezelőorvos, mit értettek meg abból, amit már eddig megtudtak, illetve mit gondolnak a helyzetről.

### ***3. A családi megbeszélésre meghívás célkitűzése***

Legfontosabb megtudnunk: miért szeretnék azt, hogy ne tudja meg a beteg.

### ***4. Amit mindenkinek tudnia kell***

Nem hagyható figyelmen kívül az, hogy ha a beteg tisztán akar látni ebben a helyzetben, akkor kötelességünk informálni őt! A betegnek joga van eldönteni, hogy mit is akar. A család nem foszthatja meg a beteget az autonómiájától, hiszen az ő életéről van szó.

### **5. Az érzelmek kezelése**

Odafigyelő attitűddel derítsük ki az óvatosság gyökerét. A „ne tudja meg” kérdés egy pozitív, védő szándékból eredő megnyilvánulás. Ezt az orvosnak vissza kell jeleznie, hogy kiépíthesse a bizalmi hidat a hozzátartozók felé. Erre a célra bevált mondatok: „Úgy látom, nem akarják, hogy lelkiileg sérüljön.” „Nem szeretnék őt semmiképpen sem elkeseríteni.” „Azt látom, hogy nagyon aggódnak érte.” „A legjobbat szeretnék neki.”

### **6. Megegyezés a következő teendőkről**

Amikor sikerült tisztázni a megbeszélés résztvevőivel az alapvető kérdéseket és helyükre kerültek az indulatok, akkor lehet érdemben megegyezésre jutni a további teendőkről. Ehhez össze kell foglalni mindenki számára, hogy mire is jutottak eddig a megbeszélés során. Az összegzést elősegítő kérdések: „Szeretnénk tudni, hogy mit értettek meg az eddigiekből?” „Most mit gondolnak a helyzetről?” A családtagok válláról azzal tudja a team levenni a beteggel történő megbeszélés terhét, ha felkínálja a közreműködést: „engedjék meg, hogy közvetítsünk a beteggel történő megbeszélésben.”

A megbeszélés eredményeit az orvos és a mentálhigiénés team egy megbeszélés keretében kiértékeli, és ha szükséges, akkor következő lépéseket is meghatározhatnak.

### **Záró gondolat**

Az orvos-beteg találkozás daganatos betegek esetén kifejezetten nagy körültekintést igénylő feladat a szakember részéről, mert az első benyomás meghatározza a további együttműködést. Tudnunk kell, hogy a legjobb szándékkal is követhetünk el kommunikációs hibákat, és ismernünk kell ennek következményeit.

A kommunikációs zavarból adódó problémák megelőzésére kiváló eszköz a tapasztalaton alapuló, és jól bevált hat lépéses protokoll követése. A családi megbeszélés – különösen kritikus helyzetekben – elengedhetetlen a gyógyíthatatlan beteg életvégi ellátásában.

## **IRODALOM**

- BÁLINT, M. (1961): *Az orvos, a betege és a betegség*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- BYRNE, P.S. – LONG, B.E.I. (1976): *Doctors talking to Patients*. HMSO London.
- DONOVAN, K. (1999): A rossz hírek közlése. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 3 (1-2): 27-45.

FERRIS, F.D. (2017): *Palliative Care Interdisciplinary Curriculum*. Ohio State University  
Wexner Medical Center, Columbus Ohio.

KÜBLER-ROSS, E. (1988): *A halál és a hozzá vezető út*. Magvető Kiadó, Budapest.

PILLING J. (2008): *Orvosi kommunikáció*. 2. kiad. Medicina Kiadó, Budapest.

**Dr. Herczeg László**

belgyógyász, háziorvos, palliatív orvos

Doktor Herczeg Kft.

herczeg.laszlo@gmail.com