

BOŻENA AKSAMIT: Nikt nie lubi być poświadczonym złą nowiną. Lekarze muszą, bo to jest wpisane w ich zawód...

ALEKSANDRA MODLIŃSKA: Rzeczywiście, mamy z tym problemy. Szczególnie młodzi medycy, którzy nie mają własnych doświadczeń.

Studenci mają przecież zajęcia z medycyny paliatywnej i komunikacji.

- Zajęcia w szpitalu w kilkuosobowych grupach, którymi opiekuje się asystent. Trudno, żeby taka grupka, stojąca przy łóżku umierającego, poruszała istotne tematy, czy ćwiczyła na nim przekazywanie trudnych informacji. Teoretycznie wiedzą o umieraniu wszystko. Zajęcia z opieki paliatywnej mają wielowymiarowy charakter, studenci zajmują się nie tylko fizyczną stroną odchodzenia, ale też potrzebami emocjonalnymi chorego i jego rodziny. Uczą się jak zadbać, aby pacjenta nie bolało, nie wymiotował, mógł swobodnie oddychać. Mają zajęcia z psychologiem na temat zasad komunikacji z chorym.

Jak można się tego nauczyć, żeby nie ranić chorych i ich rodzin, ale też chronić siebie? Bo przecież ze szpitala lekarz wraca do domu, rodziny, przyjaciół.

- Najlepiej od doświadczonego lekarza. Relacja mistrz - nauczyciel ciągle jest w tym zawodzie najważniejsza. Młody lekarz obserwując swojego mistrza, uczy się od niego, jak budować relacje z chorym.

Czyli jak rozmawiać z pacjentami?

- Między innymi, ale także dokonywania właściwych wyborów. Ratowania chorego do momentu, gdy to jest możliwe, a potem powiedzenia „dość” i stawienia czoła tej trudnej decyzji, gdy trzeba powiedzieć o swojej bezradności i nadchodzącej śmierci. Jeżeli lekarz nie nauczy się tego, to może narażać chorego na niepotrzebne cierpienie, bojąc się na przykład powiedzieć mu lub jego rodzinie o faktycznym stanie zdrowia. Wtedy, lecząc na siłę, komuś kogo i tak nie można uratować zabiera się ostatnie chwile życia, w których mógłby uporządkować swoje sprawy. Tego nie można się nauczyć z książek czy z wykładów. Najlepiej uczyć się, gdy obserwujemy postępowanie osoby, którą darzymy zaufaniem i szacunkiem.

Młodym medykom jest pewnie szczególnie trudno, bo w dzisiejszych czasach ludzie za wszelką cenę trzymają się myśli, że będą żyć wiecznie.

- Największe problemy mają lekarze zaraz po studiach. Zaczyna się samodzielna praca. Ktoś po raz pierwszy prowadzi pacjenta, przywiązuje się do niego, zaprzyjaźnia, a gdy chory umiera, zazwyczaj bardzo to przeżywa.

A starsi lekarze?

- Bywa różnie, doświadczenie pomaga, ale nad emocjami nie można zapanować. Łatwiej jest kłamać, przemilczać czy być nie miłym niż powiedzieć prawdę.

Czy lekarzy uczy się, jak radzić sobie ze stresem, na który są narażeni w pracy?

- W szpitalach brakuje dostatecznej opieki psychologicznej dla chorych. Nikt nawet nie myśli więc o lekarzach. Sami muszą sobie radzić i różnie to się kończy. Gdy lekarz spotyka się z chorym, który już nie wyzdrowieje, z nastawieniem, że z nim porozmawia, czasami pojawia się tak gigantyczne współczucie, że nie jest w stanie wydusić ani słowa. Jeśli ktoś nie ma doświadczenia, zapamięta to jako jedno z najbardziej traumatycznych przeżyć i nigdy więcej z nikim na temat śmierci nie będzie rozmawiał.

Czasem lekarzowi łatwiej jest kłamać

- Z głodnym nie rozmawia się o niebie. Najpierw trzeba zadbać, żeby chorego nie bolało. A potem ewentualnie poruszać tematy dotyczące spraw ostatecznych - z dr **Aleksandrą Modlińską** z Zakładu Medycyny Paliatywnej Akademii Medycznej w Gdańsku rozmawia **Bożena Aksamit**

Ale ten zawód stale ociera się o śmierć.

- Oczekujemy, że lekarz będzie rozmawiał takownie i kompetentnie o śmierci, a spora część lekarzy ma problemy ze zwykłą komunikacją. Posługują się wysoko specjalistycznym słownictwem. Gdy pojawia się chory, potrafią powiedzieć: niech mi pan teraz nie przeszkadza. Chory, którego nie można wyleczyć, jest traktowany jako osoba porażka lekarza, a przecież nieszczęście dotyczy pacjenta. Lekarze nie powinni o tym zapominać.

Na sali, na której jest sześć czy osiem łóżek, trudno jest rozmawiać z chorym o tym, że umiera, o spisanie testamentu, pożegnaniu się z rodziną.

- Na rozmowy o umieraniu nie ma miejsca na sali, ale nie ma też czasu. Na wielu oddziałach nie ma przestrzeni, gdzie można by spokojnie porozmawiać z rodziną chorego.

Polskie szpitale ledwo co nadają się, żeby w nich chorować, co dopiero umierać.

- Z jednej strony, mamy w świadomości idealny obraz, że pojedynczy lekarz w pięknym pokoju porusza bardzo wysublimowane tematy. Z drugiej, jest wiele szpitali, gdzie niespokojone są podstawowe potrzeby. Z głodnym nie rozmawia się o niebie. Najpierw trzeba zadbać, żeby chorego nie bolało. A potem ewentualnie poruszać tematy dotyczące spraw ostatecznych.

Jeśli chory chce?

- Oczywiście. Czas na poważne rozmowy wybiera on sam. I tylko od nas, lekarzy i bliskich, zależy, czy schowamy głowę w piasek. Polacy pojmują śmierć w kategoriach tej dzikiej, nieoswojonej, którą najlepiej schować do kąta, a pacjenta osłonić parawanem. Najczęściej w amerykańskich fil-

mach oglądamy dziś, jak lekarze i rodzina rozmawiają z umierającym, który przekazuje ostatnią wolę, po czym wszyscy się żegnają. Potem, gdy realnie doświadczamy śmierci, wpadamy w popłoch, bo nasza rzeczywistość wygląda zupełnie inaczej.

Gdy lekarz spotyka się z chorym, który już nie wyzdrowieje, z nastawieniem, że z nim porozmawia, czasami pojawia się tak gigantyczne współczucie, że nie jest w stanie wydusić ani słowa

Polacy pojmują śmierć w kategoriach tej dzikiej, nieoswojonej, którą najlepiej schować do kąta, a pacjenta osłonić parawanem

U nas przed laty też tak było, odchodziło się wśród bliskich i przyjaciół. Był czas na ostatnie rozmowy, pożegnania.

- Tak, ale dziś połowa Polaków umiera w szpitalach.

Ludzie boją się śmierci, chcą wierzyć, że będą żyć wiecznie. Ale ona prędzej czy później zjawi się w naszym życiu.

- Tak. I trzeba zadbać, aby ten czas był jak najlepszy. Człowiek ma prawo, żeby umierać w godnych warunkach. Odchodzenie jest związane z cierpieniem. Bardzo często pracownicy hospicjum pielęgnują chorego, robią wszystko, aby ból był jak najmniejszy, a rodzina po jego odejściu mówi: „ale się nacierpiał”. Czynnikiem, któ-



ry powoduje, że ból staje się nie do zniesienia, może być cierpienie psychiczne. Chory boi się śmierci. Cierpienia bliskich. Dociera do niego, że niczego już więcej w życiu nie zrobi.

Od tego jak wyglądało nasze życie zależy nasza śmierć. Może za mało o niej rozmawiamy, stąd ten strach?

- Nie należy przesadzać, ale trzeba mieć świadomość, że życie kiedyś się skończy. Przychodzi starość, zapadamy na nieuleczalne choroby. Lekarze też zaklinają rzeczywistość na poziomie języka: gdy onkolog mówi pacjentowi, że zachorował na raka, podaje mu informację, że 30 proc. chorych udaje się wyleczyć. Nigdy nie mówi, że umiera 70 proc.

Nie chcą straszyć?

- Pewnie tak, bo chory nie powinien tracić nadziei, to pomaga w leczeniu. A z drugiej strony, to nie lekarz, tylko pacjent sam policzy, że siedmiu na dziesięciu umiera.

Boimy się śmierci histerycznie, a z drugiej strony, gdy nam bezpośrednio nie zagraża, jest czymś ekscytującym.

- Od jakiegoś czasu, gdy mówiąc kolokwialnie, pojawiła się tendencja do przeginięcia w drugą stronę. Gdy w Gdańsku powstało Hospicjum im. ks. Dutkiewicza, zaczęły pojawiać się rozmaite osoby, które chciały zobaczyć śmierć. A hospicja, jak kiedyś powiedział jeden ze studentów, są dla żywych, nie dla umarłych. Chodzi o to, żeby chorzy mogli żyć, najlepiej jak to jest możliwe w ograniczonym perspektywą umierania świecie. Jednak cały czas to jest życie. ●