

**Stefan Szary**

Collegium Da Vinci, Poznań

## **Efektywna komunikacja i wsparcie pacjenta w wieku podeszłym**

Effective communication and support provided to elderly patients

Słowa kluczowe: osoby starsze, komunikacja, wsparcie

Key words: elderly people, communication, support

### Streszczenie

Ważną grupę pacjentów w dzisiejszym świecie stanowią osoby starsze. Wiek podeszły to czas różnego rodzaju ograniczeń oraz trudności, które występują zarówno w sferze somatycznej, jak i w sferze psychicznej. Umiejętność zrozumienia człowieka starszego, a także prowadzenia właściwej z nim komunikacji wpływa na efektywność wsparcia do przezwyciężania różnego rodzaju przeciwności wynikających z podeszłego wieku. Zagadnienie spotkania, rozmowy oraz wsparcia stanowi bardzo ważny temat zarówno dla lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, ratowników medycznych, jak i dla tych, którzy na co dzień spotykają się i pracują z osobami starszymi.

### Abstract

Nowadays elderly people are an important group of patients. Old age involves various somatic and mental limitations and difficulties. The ability to understand elderly people and to communicate with them adequately influences the effectiveness of support they receive to overcome various obstacles encountered in old age. The problem of meeting, conversation and support is an important issue for physicians, nurses, physiotherapists, paramedics and anybody who meets and works with elderly people on a daily basis.

## Wstęp

Na starość

*Biedna starości, wszyscy cię żądamy,  
A kiedy przyjdiesz, to zaś narzekamy.*

Jan Kochanowski

Temat starości nie należy do zagadnień łatwych. Z jednej strony wydłużenie czasu życia w wieku dwudziestym pierwszym jest niewątpliwie sukcesem, który cieszy, z drugiej strony, budzi niepokoje. Widocznym znakiem starości, tym, co rzuca się w oczy, jest obniżenie sprawności fizycznej, otępienie zmysłów, pogarszanie się wzroku, słabnięcie słuchu, węchu. Dochodzi do procesu degeneracji komórek nerwowych, przez co – wyjaśnia prof. Jerzy Vetulani – zmniejsza się plastyczność mózgu i neurotransmisja – osoby starsze wolniej myślą, stają się mniej elokwentne i trudniej dostosowują się do oczekiwań otoczenia. Pojawiają się także kłopoty z pamięcią. Pogarsza się produkcja melatoniny, hormonu snu, co powoduje kłopoty ze snem. Obniża się poziom serotoniny i dopaminy, co wywołuje złe samopoczucie, utratę radości życia, mniejsze zainteresowanie, a także wycofywanie się z dotychczasowej działalności. Do tego dołączyć się może tęsknota, a nawet zazdrość z tego powodu, że samemu nie jest się już młodym, nie jest się jak dawniej przystojnym, sprawnym, urodziwym, że najpiękniejsze lata i chwile z życia ma się już za sobą [1].

Pytaniem, które chcemy w niniejszym artykule postawić, nie jest kwestia oceny, czy starość jest dobra czy zła. Chcemy zapytać i niejako uchwycić sens czterech ważnych aspektów związanych ze starością i bezpośrednio związanych z codziennym życiem, są nimi:

1. zagadnienie spotkania z człowiekiem starszym,
2. zagadnienie zrozumienia człowieka w wieku podeszłym,
3. zagadnienie rozmowy i wsparcia osoby starszej, która jest pacjentem,
4. znaczenie wartości etycznych w pracy z osobą w wieku podeszłym.

### 1. Zagadnienie spotkania z człowiekiem starszym

Gdy zadamy pytanie: czym jest życie człowieka, wówczas wśród różnych odpowiedzi znajdzie się także wskazanie na czas. Życie to czas – ten który minął, ten, który jeszcze człowiek ma przed sobą, i ten, który przepływa właśnie teraz, dzieje się w tej chwili, najtrudniejszy do uchwycenia, ponieważ nim się zdąży wypowiedzieć tę myśl do końca, „czas już ucieknie” – „czas stale ucieka”.

Zapytajmy z kolei: czym jest spotkanie z drugim człowiekiem? Spróbujmy odpowiedzieć: spotkanie z innym to wydarzenie, w którym bardzo ważną rolę pełni czas. Spotkanie to w gruncie rzeczy chwile krótsze lub dłuższe, w których „ja” i „ty” wzajemnie skierowani jesteśmy na siebie. Spotkanie to czas dany, ofiarowany sobie nawzajem. Owo skierowanie „ku sobie nawzajem” jest istotnym elementem każdego spotkania, w odróżnieniu od jedynie „bycia obok” siebie. Kiedy na przykład czekam w poczekalni do lekarza, zajęty swoimi myślami i obok mnie siedzi drugi człowiek, także zajęty swoimi myślami, wówczas nie mówimy o wydarzeniu spotkania między nami. Spotkanie z drugim człowiekiem jest taką formą czasu, w której doświadcza się „wzajemnego skierowania uwagi na siebie”, doświadcza się wzajemności, wzajemnego zainteresowania, otwarcia jeden na drugiego. Spotkanie to czas, w którym „ja” i „ty” przekraczamy granice własnej samotności, osamotnienia, czy izolacji. „Ja” i „ty” wzajemnie dajemy sobie czas (można też powiedzieć: dzielimy się czasem).

W odniesieniu do człowieka starszego, który jest pacjentem, aby mogło wydarzyć się spotkanie, musi pojawić się – podkreśla prof. Antoni Kępiński – prawdziwa „chęć zbliżenia się do człowieka starszego. I tu trzeba być szczerym w stosunku do samego siebie; nie zawsze ta chęć istnieje” [2]. Bez chęci spotkania pojawia się niebezpieczeństwo, że zamiast prawdziwej życzliwości, prawdziwej obecności, prawdziwej otwartości pacjent dostrzeże fałszywą maskę lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty. Korzystny efekt spotkania zostanie wówczas co najmniej zmniejszony, a może nawet całkowicie przekreślony.

Nie mówimy w tym miejscu o sprawach abstrakcyjnych, lecz próbujemy uchwycić istotę, sens spotkania, które stanowi ważną część życia lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty. Posłuchajmy z uwagą wypowiedzi dwóch pacjentów, którzy byli wdzięczni za doświadczenie prawdziwych spotkań ze swoim lekarzem. Byli on pacjentami prof. Kępińskiego. Pierwszy z nich wspomina:

*[Kraków. Szpital w Krakowie-Kobierzynie] Ten malutki pokoik w piwnicy, to okienko poniżej poziomu chodnika, tworzyło specyficzny nastrój. W fotelu siedział Docent, palce miał założone na policzek, brodę opartą na rękę, i słuchał. Słuchał, słuchał, i sam niewiele mówił. Ale to co mówiliśmy, to było pełne... szoku. Siadam przy Kępińskim i opowiadam o swoich spostrzeżeniach... W pewnym momencie pyta mnie Docent, jak wyglądają te Pańskie zjawiska na ulicach? Więc ja mówię: wysuwanie języków, złośliwe śmiechy, znaki rękami... – I to tak wszędzie gdzie Pan chodzi? – Wszędzie! – Panie doktorze, niech się pan ubiera, idziemy na Rynek. Wziął mnie pod rękę, przeszliśmy miasto, okrążyliśmy Rynek. Dostrzegłem te swoje „złudzenia”, może w mniejszym stopniu, może dlatego, że nadający widzieli, że nie jestem sam, a może dlatego, że uspokajała mnie obecność docenta Kępińskiego. Psychoterapia zaczęła wyglądać coraz ciekawiej. Te nasze rozmowy, jak zauważyłem, miały zainteresowanie obustronne, i to mnie pobudzało. Kiedyś siadam przy doktorze Kępińskim, jak zawsze przyjął tą swoją pozę, i słucha, słucha, słucha, a ja czym więcej słucha, tym więcej mówię. Wreszcie już nie miałem nic więcej do powiedzenia, i widzę, że Docent śpi. Oczywiście nie miałem z tego tytułu pretensji, gdyż wiedziałem jak ten człowiek szalenie pracuje [3].*

Zwróćmy uwagę na określenia, które zostały wypowiedziane: „uspokajała mnie obecność”, „rozmowy miały zainteresowanie obustronne”. Istotnymi ce-

chami spotkania były: czas, bardziej słuchanie niż mówienie, obecność, która rozładowywała napięcie lękowe przez wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa, a przy tym wszystkim bycie zwykłym człowiekiem, który czuje nieraz zmęczenie i senność. Żadnej sztuczności i żadnego udawania. Spotkanie prawdziwych ludzi wzajemnie otwartych na siebie.

### I wspomnienie drugiego pacjenta:

*Gdy wchodziło się do jego gabinetu, wystarczyło często spojrzenie Profesora, by się lżej zrobiło chorym nerwom. Stosunek jego do pacjenta był cudowny. Pacjent po wizycie u profesora wychodził pełen otuchy i stan jego zmieniał się radykalnie. Siebie umniejszał, a nas wywyższał. Bo przypisywał sobie przeciętność, niezaradność, niezręczność, a nam siłę, sprawność, inteligencję i dobroć. Starał się dostrzec w nas co dobre i piękne – i pięknieliśmy we własnych oczach, nabieraliśmy do siebie szacunku, nieraz po raz pierwszy w życiu akceptowaliśmy siebie. Miałem szczęście być jego pacjentem przez kilka lat. Nie waham się użyć określenia „szczęście”, choć do jego gabinetu sprowadziła mnie choroba, a więc cierpienie... Był równorzędnym partnerem tych „podróży w głąb mojej duszy”. Ja czułem się jego przewodnikiem, bo to było moje wnętrze, nie jego. Poruszaliśmy się, jak by to była wyprawa grotolazów do niezbadanego, podziemnego labiryntu. Ja szedłem pierwszy i mówiłem, co widzę. Jednocześnie czułem się asekurowany przez postępującego za mną krok za krokiem profesora. Kardynalnym warunkiem było tu milczenie profesora, życzliwe, czujne, aprobujące. To było milczenie – bodziec, milczenie – pomoc. Czułem się jakby nobilitowany tą jego postawą. Wyszukiwał czasem we mnie jakiś pozornie mały szczegół, epizod, i kazał mi zatrzymać się razem z nim i podziwiać to nasze wspólne odkrycie jak prawdziwe dzieło sztuki. Był wrażliwy na piękno, szukał go w nas, chciał je znaleźć. Prawdziwą „spowiedzią” był ten kontakt między dwojgiem ludzi, zwany niezbyt trafnie psychoterapią [3].*

W opisie uwidacznia się spotkanie, które przywracało poczucie sensu i wzmacniało chęć życia drugiemu człowiekowi. Powyższa wypowiedź pokazuje bardzo wyraźnie, że wszelka postawa wyższości, zarozumiałości, megalomanstwa nie prowadzi do uznania autorytetu. Przeciwnie, stanowią barierę, która utrudnia prawdziwe spotkanie. Zamiast spotkania, ma się przekonanie o jego pozorności. Można czasami usłyszeć: „Spotkałem lekarza, lecz nie człowieka”. „Spotkałem pielęgniarkę, fizjoterapeutę, itd., lecz nie człowieka”. Często wynika to z kompleksów, z postawy wewnętrznego niedoceniań lub przeceniania siebie, przed którymi nie chronią ani tytuły naukowe, ani sprawowana funkcja społeczna. Owocem prawdziwego spotkania jest to, jak powiedział pacjent, że człowiek pięknieje we własnych oczach, że nabiera do siebie szacunku, że nieraz po raz pierwszy w życiu akceptuje siebie, że powraca do niego sens i chęć życia.

## 2. Zagadnienie zrozumienia człowieka w wieku podeszłym

Każdy z nas żyje w świecie i każdy z nas ma swój własny świat. A ten świat to wiedza o nim, nasze przeświadczenia, przemyślenia, doświadczenia i różne

przeżycia, które odcisnęły swój wyraźny ślad. Są wydarzenia, których nigdy nie zapomnimy. Są sytuacje, które zmieniły w życiu wszystko o 180 stopni. Inny był nasz świat w dzieciństwie, inny w młodości, inny jest teraz, inny będzie w starości, inny jest w zdrowiu, inny w chorobie. Może nawet nie tyle świat, ile nasze sposoby bycia w świecie.

Ważnym zagadnieniem jest pytanie: jaki jest świat człowieka starego? Czym różni się on od świata dziecka, czym różni się od świata człowieka młodego? Czy jesteśmy w stanie – ja i pacjent w wieku podeszłym – naprawdę się zrozumieć? Czy w ogóle wiem, o co człowiekowi starszemu naprawdę chodzi? Czego on naprawdę potrzebuje? Co go naprawdę najbardziej martwi? Co go niepokoi i co go cieszy?

Zrozumienie człowieka ściśle jest powiązane z próbą zrozumienia jego świata. W innym przypadku rozminiemy się, powstanie przekonanie: „on/ona mnie nie rozumie” i pogłębi się uczucie bolesnego osamotnienia.

Powiedzieliśmy wcześniej, że świat to czas. W eseju „Człowiek stary i lekarz” prof. Antoni Kępiński napisał krótkie, kluczowe zdanie, które mocno powinno zapisać się w pamięci: „młodzi żyją przyszłością, starzy przeszłością” [2]. O tej banalnej prawdzie często się zapomina. A to w jej pryzmacie uwidaczniają się osiowe problemy starości: „samotność, wiek, bilans życiowy, ciało, śmierć” [2]. Polskie przysłowie mówi:

*Za młodu żyjesz marzeniem,  
na starość wspomnieniem.*

Świat człowieka starszego to często świat jego wspomnień. Czas na ich wysłuchanie, to z jednej strony usłyszenie o wydarzeniach, które człowiek ten osobiście przeżył, a z drugiej zmniejszenie u niego poczucia samotności. „Człowiek stary – pisze Kępiński – nie czuje się już tak niepotrzebny, gdyż zainteresowanie słuchającego wskazuje na to, że jego doświadczenia życiowe mogą się komuś przydać” [2]. Warto zapamiętać to, co obok wielu innych wartości w szczególności sposób wyróżniało prof. Kępińskiego, a mianowicie, że życzliwość wobec pacjenta, życzliwość wobec człowieka starszego, potrafi nieraz przywrócić człowiekowi utraconą chęć życia. Człowiek naprawdę żyje wtedy, gdy widzi w swym życiu sens. Czas, by wysłuchać życzliwie pacjenta starszego, ma głęboki sens terapeutyczny, może nawet nieraz bardziej skuteczny niż tabletki na uspokojenie.

### 3. Zagadnienie rozmowy i wsparcia osoby starszej, która jest pacjentem

Prof. Linus Geisler w książce *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch* [4], w rozdziale *Gespräche mit dem alten Menschen*, omawia istotne czynniki spotkania,

którego celem jest efektywna komunikacja, oraz wsparcie pacjenta w wieku podeszłym. W spotkaniu z pacjentem mamy do czynienia z informacjami dwojakiego rodzaju:

1. informacją werbalną – zawierająca to, „co” rozmówca mówi oraz to „jak” mówi,
2. informacją niewerbalną – którą są wszelkie zachowania towarzyszące podczas spotkania.

Istotą rozmowy nie jest „gadanie”, lecz słuchanie, mówienie i wzajemne rozumienie.

Każde spotkanie zawiera w sobie następujące formy zachowań podczas rozmowy:

1. zadawanie pytań i udzielanie odpowiedzi,
2. aktywne słuchanie – cierpliwe, bez przerywania wypowiedzi,
3. obserwacja – kontakt wzrokowy,
4. reagowanie – uśmiech, potwierdzenie zrozumienia, zdziwienie.

Rozmowa jest rodzajem interakcji – wzajemnego oddziaływania na siebie. Upředzenie może rodzić upředzenia, podobnie agresja może wywoływać agresję, irytacja, irytację itp.

Celem spotkania i rozmowy terapeutycznej jest udzielenie wsparcia pacjentowi wieku podeszłym, na które składają się takie czynniki jak:

1. zmniejszenie poziomu napięcia lękowego,
2. przywrócenie utraconej chęci życia,
3. podniesienie poziomu samooceny,
4. wzmocnienie poczucia sensu poprzez akceptację,
5. wzmocnienie nadziei poprzez zrozumienie i pomoc.

Prof. Geisler wymienia dziewięć podstawowych zasad podczas spotkania z pacjentem w wieku podeszłym:

1. Poznanie granic i ich respektowanie,
2. Świadomość typowych barier komunikacyjnych: głuchota, zaburzenia widzenia, obniżona sprawność fizyczna, problemy z pamięcią,
3. Świadomość takich pułapek jak: pseudo-chorobowość, przenoszenie problemów w chorobę, choroba jako maska, środek lub sygnał,
4. Uwzględnienie historii życia pacjenta – okazanie zainteresowania, empatii, zrozumienia,
5. Unikanie „błędów niewybaczalnych”: minimalizowanie znaczenia, poniżanie, zniechęcanie, pouczanie z pozycji wyższości,
6. Zapytanie o stałość opieki, uwzględnienie jej w planie leczenia,
7. Impuls do życia aktywnego – lepszy „łagodny stres” niż totalne wyręczenie,

8. Świadomość tego, że lekarz, pielęgniarka – to czasami jedyna forma kontaktu społecznego,
9. Więcej rozmowy, a mniej leków! [4].

Efektywna komunikacja oraz udzielane lub otrzymywane wsparcie odgrywają w życiu każdego człowieka ogromną rolę. Ważność tych zagadnień jest jednak szczególnie w odniesieniu do ludzi w wieku podeszłym. Trudno wyobrazić sobie prawdziwą pomoc, w tym także medyczną, pielęgniarską czy rehabilitacyjną bez umiejętności przeprowadzenia terapeutycznego spotkania i rozmowy z człowiekiem starszym, którego jednym z celów jest udzielenie mu właściwego wsparcia.

#### 4. Znaczenie wartości etycznych w pracy z osobą w wieku podeszłym

Autentyczna rozmowa i efektywne wsparcie pacjenta w wieku podeszłym są możliwe do osiągnięcia jedynie na fundamencie stosowania wartości etycznych, wśród których w odniesieniu do pracy z pacjentem w wieku podeszłym, w szczególności warto zwrócić uwagę na:

1. uszanowanie godności człowieka starszego,
2. uszanowanie intymności pacjenta w wieku podeszłym,
3. uszanowanie jego poglądów i przekonań (światopoglądowych, religijnych),
4. okazywanie życzliwości,
5. okazywanie empatii,
6. zachowywanie cierpliwości,
7. działanie pełne wyrozumiałości.

Praca z pacjentem w wieku podeszłym wymaga profesjonalizmu we wszelkim działaniu medycznym, rehabilitacyjnym, pielęgniarskim, co bezpośrednio powiązane jest z realizacją kompetencji psychospołecznych oraz etycznych.

Słusznie zauważył niegdyś filozof Ludwig Wittgenstein, że najtrudniej przychodzi nam zauważyć to, co leży przed naszymi oczami [5]. Sprawy tak oczywiste jak szacunek, życzliwość, serdeczność nie dla wszystkich osób pracujących z pacjentami w wieku podeszłym są czymś oczywistym. We współczesnej cywilizacji, wciąż jeszcze, niestety, obowiązuje zasada użyteczności, według której człowiek jest dobry, dopóki jest użyteczny. „Zasada ta – pisał prof. Kępiński – godzi przede wszystkim w ludzi starych, on nie nadążają za tempem współczesnego życia, nie mają sił, aby sprostać różnego rodzaju obowiązkom i rolom, jakie życie narzuca, gubią się w chaosie informacji itd. Poczucie nieprzydatności zwykle znacznie przyspiesza proces starczej degradacji, a z reguły obniża

samopoczucie. Jest ono jednym z ważnych czynników prowadzących do depresji” [6]. Wielu pacjentów w wieku podeszłym przeżywa dramat osamotnienia, niepotrzebności, choroby, depresji. Powraca w tym miejscu wspomniane już wcześniej zagadnienie czasu. Czas poświęcony na wysłuchanie wspomnień człowieka starszego stanowi niezwykle ważny element procesu terapeutycznego. Według prof. Kępińskiego ofiarowanie czasu człowiekowi starszemu, okazanie mu zrozumienia, podkreślenie dodatnich aspektów jego życia, w znacznym stopniu pomaga „lżej znosić kłęski starości” [6]. Nie jest to nigdy czas stracony. Lekarzowi, pielęgniarce, fizjoterapeucie, którzy pracują z pacjentem w wieku podeszłym powinna zawsze towarzyszyć wewnętrzna myśl: możliwe, że dla tego człowieka jestem już teraz jedyną osobą, która naprawdę chce go zrozumieć i jest mu życzliwa [2].

Nie jest przypadkiem to, że podręcznik *Etyki lekarskiej* zaczyna się od przypomnienia myśli prof. Władysława Biegańskiego, lekarza, logika, filozofa: „Nie będzie dobrym lekarzem, kto nie jest dobrym człowiekiem” [7]. Praca z pacjentem, a zwłaszcza z pacjentem w wieku podeszłym, zakłada jako warunek konieczny permanentną pracę nad sobą, której celem jest rozwój etyczny pracownika medycznego. W tym kontekście słusznie mówi się o zawodach medycznych, nazywając je powołaniem.

## Zakończenie

Z całą pewnością, każdy człowiek, gdyby tylko mógł, chciałby mieć piękną starość. Powstaje pytanie: Czy można coś zrobić, zanim ona nadejdzie? Prof. Jerzy Vetulani w przeprowadzonym z nim wywiadzie-rzecz radził w następujący sposób: „Oscar Wilde mawiał: aby zachować młodość, uczyniłbym wszystko z wyjątkiem diety i ćwiczeń fizycznych. Ale niestety, są to dwa najprostsze i najskuteczniejsze leki przeciwstarzeniowe: mało i zdrowo jeść oraz ćwiczyć przynajmniej pięć razy w tygodniu. Pół godziny ruchu dziennie zmniejsza znacząco ryzyko zawału, wylewu, cukrzycy, osteoporozy i niektórych nowotworów. Regularne ćwiczenia hamują zmiany w neuronach, bo wzmagają produkcję BDNF, białka chroniącego neurony. Do tych dwóch rzeczy zniechęconych przez Oscara Wilde’a dodałbym też trzecie lekarstwo na starość: wysiłek intelektualny. Sprawia on, że w hipokampie tworzą się nowe komórki nerwowe, intelektualnie więc „młodniejemy”. (...) Dobrze, jeśli seniorzy uczą się obsługi komputera, wybierają na uniwersytety trzeciego wieku czy po prostu spotykają ze znajomymi. Nie zamykajmy się na starość w domach. Jeśli trochę się postaramy, to może być naprawdę fajny czas – na luzie, ale wciąż twórczy, ciekawy. Niewiele już na starość trzeba, za to wiele można” [1].



Warto do powyższych słów prof. Vetulaniego dodać szczególną wartość spotkań i rozmów z pacjentami w wieku podeszłym. Dając – otrzymujemy, nie zawsze mając świadomość tego, jak wiele w naszym życiu zawdzięczamy spotkaniu drugiemu człowiekowi.

## Bibliografia

1. Vetulani J., Mazurek M.: Bez ograniczeń. Jak rządzi nami mózg, PWN, Warszawa 2015: 111-115.
2. Kępiński A.: Rytm życia. Kraków 1994: 230-237.
3. Ryn Z. J.: Antoni Kępiński – wzór lekarza, uczonego i nauczyciela. *Annales: etyka w życiu gospodarczym* 2007; 10, 2: 105-116; [http://www.annaesonline.uni.lodz.pl/archiwum/2007/2007\\_02\\_ryn\\_105\\_116](http://www.annaesonline.uni.lodz.pl/archiwum/2007/2007_02_ryn_105_116). Pdf [dostęp z dnia: 27.03.2017].
4. Geisler L.: *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch*, Frankfurt a. Main 1992, [http://www.linus-geisler.de/ap/ap00\\_inhalt.html](http://www.linus-geisler.de/ap/ap00_inhalt.html) [dostęp z dnia: 28.03.2017].
5. Wittgenstein L.: *Uwagi o religii i etyce*, tł. M. Kawecka, W. Sady, W. Walentukiewicz, Kraków 1995: 151.
6. Kępiński A.: *Melancholia*, Kraków 1993: 42-43.
7. Brzeziński T.: *Etyka lekarska*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.