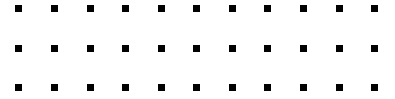


# ROZMOWY O CHOROBIĘ

Czyli dobra komunikacja  
między lekarzem  
a pacjentem chorym na SM.



POLSKIE TOWARZYSTWO  
STWARDNIENIA ROZSIANEGO



“

***Każdy powinien mieć kogoś, z kim mógłby szczerze pomówić, bo choćby człowiek był nie wiadomo jak dzielny, czasami czuje się bardzo samotny.***

**Ernest Hemingway**

”

## **Szanowni Państwo.**

Oddajemy w Wasze ręce publikację, która opisuje relacje między osobą chorującą na stwardnienie rozsiane a lekarzem.

SM to choroba bardzo zróżnicowana. Każdy przypadek jest inny i do każdego należy podchodzić indywidualnie. Ta różnorodność postaci SM to ogromne wyzwanie dla Was, lekarzy – wiemy, że za każdym razem podejmujecie pracę z pacjentem niejako na nowo.

Reprezentując środowisko pacjentów, wyrażamy ogromny podziw i uznanie dla Waszej pracy i wiedzy, ale przede wszystkim dla Waszego wysiłku i empatii, jakie okazujecie ludziom zmagającym się ze stwardnieniem rozsianym. Jesteście dla nich nie tylko medycznym autorytetem, ale często najbardziej zaufaną osobą, której można zwierzyć się z ogromnego niepokoju i stresu związanego z chorobą.

Świadomość bliskości ze swoim lekarzem daje choremu poczucie bezpieczeństwa, zaś szczerą i otwartą rozmowę sprawia, że pacjent lepiej rozumie swoją sytuację. Nie tylko poznaje zagrożenia związane z chorobą, ale także rokowania na przyszłość. Ogromne zaufanie, jakim darzą Was pacjenci, ma jednak wpływ nie tylko na ich stan psychiczny, ale również fizyczny. Wierząc, że wskazówki specjalisty są właściwe, chorzy skrupulatniej wypełniają zalecenia, przestrzegają obowiązków terapii, ale przede wszystkim otrzymują rzecz najcenniejszą – nadzieję na pomyślną terapię. To wszystko jest bezcennym wsparciem, które pozwalają osobom zmagającym się z SM na pokonanie lęków i zagrożeń związanych z chorobą.

Mam nadzieję, że ta publikacja pomoże Wam w nawiązaniu długofalowych, opartych na zrozumieniu relacji z pacjentami. To również wyraz naszej wdzięczności dla Waszej pracy, zaangażowania i po prostu obecności przy chorych. Wierzę, że serdeczność, dobre słowo i drobne gesty wciąż mają wielkie znaczenie.



*Tomasz Poleć*

**Przewodniczący Rady Głównej Polskiego  
Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego**

# IM WIĘCEJ WIEM, TYM LEPSZĄ PROWADZĘ PRAKTYKĘ

## WIEMY, ŻE...

Rozmowy na trudne tematy, jak np. przekazanie diagnozy czy informacji o postępie choroby, nie są dla specjalistów łatwe i często wiążą się z doświadczaniem silnych negatywnych emocji. Wielu lekarzy, chcąc uniknąć takich sytuacji i takiego obciążenia, skraca czas poświęcony na „nieprzyjemną” rozmowę. Często też specjaliści nie czują, że posiadają odpowiednią wiedzę na temat tego, jak udzielać pacjentowi jasnych, pełnych informacji w sposób wrażliwy i empatyczny.

## ...I DLATEGO POWSTAŁ NASZ MATERIAŁ!

Rozmowa o chorobie powinna być prowadzona w taki sposób, by nie wpływać negatywnie na dalsze decyzje życiowe dokonywane przez pacjenta i by motywować go do radzenia sobie z chorobą, dbania o siebie i dawać obraz potencjalnych szans i możliwości.

Choć nauka „dobrej komunikacji” to proces dosyć angażujący, przynosi za to znaczące korzyści. Dobre umiejętności komunikacyjne praktykowane przez lekarzy pozwolą pacjentom w pełni zaangażować się w proces dbania o zdrowie. Lekarzowi z kolei dobra relacja z pacjentem przyniesie większe zadowolenie z pracy i zmniejszy ryzyko wypalenia zawodowego.

To z myślą o Was, Specjalistach i wsparciu Was w nawiązaniu lepszych relacji z pacjentami przygotowaliśmy projekt edukacyjny „Rozmowy o chorobie. Czyli dobra komunikacja między lekarzem a pacjentem chorym na SM”. W ramach projektu stworzyliśmy materiały wideo oraz broszurę. Do współpracy zaprosiliśmy ekspertów praktyków z dziedziny psychologii i medycyny, a także pacjentkę z SM.

Mimo, że skupiliśmy się na przedstawieniu sytuacji pacjentów ze stwardnieniem rozsianym, to jednak wierzymy, że prezentowane treści można odnieść również do osób z innymi chorobami.

Zachęcamy do korzystania z materiałów i życzymy Państwu dobrych, opartych na wzajemnym zrozumieniu relacji z pacjentami.

Informacje o projekcie, filmy i broszurę znajdziecie na: [www.rozmowyochorobie.ptsr.org.pl](http://www.rozmowyochorobie.ptsr.org.pl).

## SM CZYLI CO?

Stwardnienie rozsiane (SM) to przewlekła, zapalna choroba ośrodkowego układu nerwowego (OUN), mediowana przez procesy autoimmunologiczne. Charakteryzuje się demielinizacją, uszkodzeniami aksonalnymi i neurodegeneracją<sup>1</sup>.

## ILE OSÓB CHORUJE NA SM?

Na świecie na SM choruje około 2,8 miliona ludzi<sup>2</sup>, a w Polsce około 50 tysięcy. Choroba diagnozowana jest głównie u osób młodych, pomiędzy 20–40 rokiem życia<sup>3</sup>. Uważa się, że u podłoża SM leży kombinacja czynników genetycznych i środowiskowych<sup>1,4</sup>.

## JAKIE SĄ POSTACIE CHOROBY?

### • CIS

> to pierwszy epizod kliniczny, który sugeruje chorobę demielinizacyjną, ale nie spełnia jeszcze kryteriów pozwalających na rozpoznanie stwardnienia rozsianego. W 80% przypadków jest wstępną prezentacją kliniczną stwardnienia rozsianego<sup>4,5</sup>;

### • rzutowo-remisyjna,

> charakteryzuje się rzutami, czyli okresami pojawiania się nowych lub pogorszenia już istniejących objawów, po których następuje okres remisji; szacuje się, że ta postać SM rozpoznawana jest na początku choroby u około 80–85% osób z SM<sup>4,5</sup>, częściej u kobiet niż mężczyzn;

### • wtórnje postępująca,

> występuje u około 25% pacjentów po około 10–15 latach od rozpoznania postaci rzutowo-remisyjnej<sup>4,5</sup>; charakteryzują ją głównie okresy progresji niepełnosprawności przeplatane okresami względnej stabilizacji stanu neurologicznego<sup>4,5</sup>; rzuty choroby w tej postaci SM są sporadyczne, a z czasem całkowicie zanikają;

### • pierwotnie postępująca,

> występuje u około 10–20% chorych<sup>4,5</sup>; w tym przypadku choroba postępuje od momentu diagnozy, niepełnosprawność narasta, nie ma okresów poprawy funkcjonowania, choć progresja może mieć zmienne tempo<sup>4</sup>; rzuty mogą pojawiać się, ale rzadko i tylko na początku.

## JAKIE SĄ OBJAWY SM?

Objawy SM są bardzo zróżnicowane. Do najczęściej występujących należą<sup>6</sup>:

- osłabienie siły mięśniowej,
- zaburzenia widzenia,
- zaburzenia czucia i koordynacji ruchowej,
- zaburzenia funkcji pracy pęcherza moczowego,
- zespół przewlekłego zmęczenia,
- mogą pojawić się też: ból, dysfunkcje seksualne, problemy poznawcze czy zaburzenia nastroju.

Obecnie pacjenci z rzutowo-remisyjną postacią SM mogą korzystać z wielu opcji terapeutycznych spowalniających przebieg choroby. Na rynku pojawiły się też leki dla osób z postępującymi postaciami choroby, a badania kliniczne nad kolejnymi substancjami wciąż trwają. Leczenie należy rozpoczynać tak szybko, jak to możliwe, ponieważ wtedy przynosi ono najwięcej korzyści<sup>7</sup>.

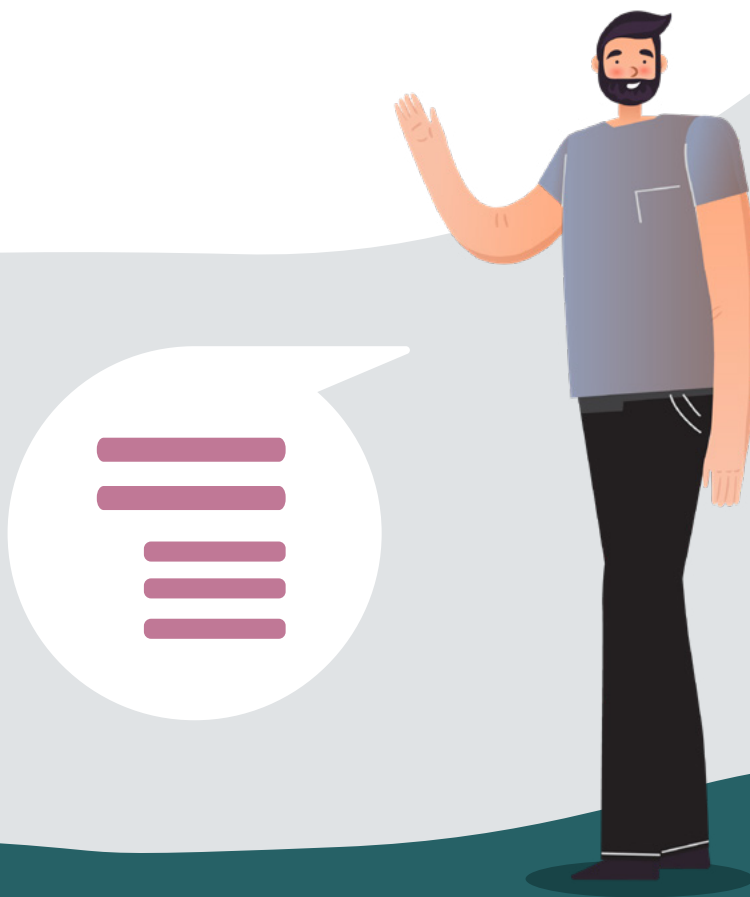
## PAMIĘTAJMY:

u każdego stwardnienie rozsiane ma indywidualny przebieg, na który wpływ może mieć wiele czynników: objawy i ich nasilenie, możliwości terapeutyczne i moment wdrożenia leczenia immunomodulującego, ale też dostęp do odpowiedniej rehabilitacji, wsparcie społeczne czy psychologiczne<sup>8</sup>.

## DIAGNOZA – U KOGO I JAKIE SĄ JEJ SKUTKI?

Choroba ta diagnozowana jest przeważnie u osób młodych, będących często w przełomowych i kluczowych momentach życia. Rozpoznanie choroby przewlekłej to trudny moment. Pacjenci muszą poradzić sobie nie tylko z diagnozą i jej przyszłymi konsekwencjami zdrowotnymi, ale również z naturalnymi reakcjami, które pojawiają się wraz z informacją o chorobie: szokiem, lękiem, poczuciem straty i obawą o przyszłość.

Takie uczucia towarzyszą im też w innych momentach choroby, np. gdy zmienia ona swój charakter lub gdy nasila się u nich niepełnosprawność. Co więcej, osoby z SM muszą wypracować sposoby radzenia sobie z licznymi wyzwaniem, jakie stawia choroba, a z upływem czasu również je modyfikować. Obszar ten dotyczy sytuacji zawodowej, finansowej, rodzinnej, społecznej i psychologicznej.



## ZACZNIJMY OD ROZMOWY: CZYLI KILKA SŁÓW O TYM, JAK SŁOWA ZMIENIAJĄ RELACJĘ LEKARZ–PACJENT!

**Ze względu na charakter choroby i na jej liczne konsekwencje społeczne i psychologiczne, lekarz – w rozmowach o SM – powinien wykazywać się nie tylko wiedzą medyczną, ale też i odpowiednimi kompetencjami komunikacyjnymi.**

### WYRAŻ WSPARCIE!

Zarówno w momencie diagnozy jak i później, osoby z SM często nie wiedzą, czy i jak poradzą sobie w nowej sytuacji. W ich codzienność wkrada się poczucie lęku, a ich przyszłość staje się niepewna. W tych momentach każde słowo lekarza jest dla nich jak „wyrocznia”, to właśnie w gabinecie szukają wsparcia i informacji.

### A co na to badania?

Pokazują, że problemy komunikacyjne mogą negatywnie wpływać zarówno na zrozumienie przez pacjenta informacji związanych z przebiegiem choroby i celami terapeutycznymi, jak również na jego zaangażowanie w leczenie<sup>8</sup>. To, w jaki sposób specjalista mówi o diagnozie i terapii oraz jak uważnie słucha pacjenta, decyduje o jakości ich relacji, która powinna być otwarta, oparta na zaufaniu i wzajemnym szacunku<sup>8</sup>.

### POSTAW NA EMPATIE

Empatia, czyli zdolność do rozumienia doświadczeń wewnętrznych innej osoby oraz umiejętność komunikowania tego zrozumienia, w istotny sposób może pomóc lekarzom w zapewnieniu odpowiedniej jakości opieki, zaspokajającą zarówno emocjonalne, poznawcze jak i biologiczne potrzeby pacjenta<sup>10</sup>.



## A co na to badania?

Dowodzą, że dobra relacja i komunikacja między lekarzem a pacjentem ułatwia temu drugiemu regulowanie emocji związanych z chorobą, rozumienie informacji medycznych, psychologiczne dostosowanie się do sytuacji. Samemu lekarzowi pozwala natomiast na lepsze rozpoznawanie potrzeb pacjentów<sup>11</sup>.

## DOBIERAJ JĘZYK

**Forma komunikacji może się zmieniać, w zależności od potrzeb pacjenta na danym etapie choroby. Zawsze jednak należy dbać o kontakt wzrokowy, słuchać bez przerywania, empatycznie reagować, ustalać wspólnie z pacjentem realistyczne cele radzenia sobie z chorobą, uwzględniające jego potrzeby i możliwości<sup>12</sup>.**

**Pacjent powinien mieć również świadomość i zapewnienie, że wszystkie informacje, które przekazuje lekarzowi, są poufne. Pamiętajmy, że odpowiednio dobrane i przekazane informacje mogą zmniejszać lęk związany z diagnozą<sup>13</sup>.**

## A co na to badania?

Wykazały, że wsparcie lekarza jest istotnym czynnikiem predykcyjnym adherencji, czyli stosowania się do leczenia i zaleceń lekarskich. Osoby z SM – choć chcą być zaangażowane w podejmowanie decyzji o leczeniu – nie chcą podejmować ich samodzielnie, ale być traktowani po partnersku<sup>9</sup>.

### Bibliografia:

1. Filippi, M., Bar-Or, A., Piehl, F., Preziosa, P., Solari, A., Vukusic, S., Rocca, M. A. (2018). Multiple sclerosis. Nature Reviews Disease Primers, 4(1): 43.
2. Atlas of MS 3rd Edition, Part 1 Mapping Multiple Sclerosis Around the World. Key epidemiology findings (2020). Multiple Sclerosis International Federation.
3. Bonek, R. (2020). Epidemiologia. W: R. Bonek (red), Stwardnienie rozsiane od chemokin do przeciwciał monoklonalnych (str. 13-30). Warszawa. PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
4. Mycko, M. (2020). Genetyka i czynniki ryzyka. W: R. Bonek (red), Stwardnienie rozsiane od chemokin do przeciwciał monoklonalnych (str. 43-50). Warszawa. PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
5. Bonek, R. (2020). Fenotypy i przebieg naturalny stwardnienia rozsianego. W: R. Bonek (red), Stwardnienie rozsiane od chemokin do przeciwciał monoklonalnych (str. 117-142). Warszawa. PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
6. Rejda, K., Betscher, E. (2020). W: R. Bonek (red), Stwardnienie rozsiane od chemokin do przeciwciał monoklonalnych (str.75-115). Warszawa. PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
7. Giovannoni, G., Butzkueven, H., Dhib-Jalbut, S., Hobart, J., Kobelt, G., Pepper, G., Sormani, M. P., Thalheim, C., Traboulsee, A., Vollmer, T. (2015). Brain health: time matters in multiple sclerosis. UK: Oxford PharmaGenesis Ltd.
8. Goverover, Y., Genova, H. M., DeLuca, J., Chiaravalloti, N. D. (2017). Impact of multiple sclerosis on daily life. W: N. D. Chiaravalloti i Y. Goverover (red), Changes in the brain: Impact on daily life (str. 145-165). Springer-Verlag Publishing.
9. Costello, K., Kennedy, P., Scanzillo, J. (2008). Recognizing nonadherence in patients with multiple sclerosis and maintaining treatment adherence in the long term. Medscape Journal of Medicine, 10(9): 225.
10. Messina, M. J., Costa, G. D., Rodegher, M., Moiola, L., Colombo, B., Comi, G., Martinelli, V. (2015). The Communication of Multiple Sclerosis Diagnosis: The Patients' Perspective. Multiple Sclerosis International, vol. 2015.
11. Fong Ha, J., Longnecker, N. (2010). Doctor-Patient Communication: A Review. The Ochsner Journal, 10(1), 38-43.
12. Alroughani, Raed. A. (2015). Improving communication with multiple sclerosis patients. Neurosciences, 20(2), 95-97.
13. Solari, A., Acquarone, N., Pucci, E., Martinelli, V., Marrosu, M. G., Trojano, M., Borreani, C., Mesmer Ucelli, M. Communicating the diagnosis of multiple sclerosis - a Qualitative study. Multiple Sclerosis Journal, 13(6), 763-769.

# OTWARTOŚĆ I EMPATIA: BEZCENNA POMOC W TERAPII

wskazówki i porady neurologa

**Szanowni Państwo,**

w poniższym materiale znajdziecie wskazówki ułatwiające właściwy przekaz diagnozy stwardnienia rozsianego. Przygotowując je słuchałam wypowiedzi pacjentów, opinii Was – lekarzy, ale również wykorzystałam swoje własne doświadczenia. Wierzę, że ta wiedza będzie dla Was wsparciem podczas codziennej praktyki i pomoże Wam i Waszym pacjentom lepiej przejść przez ten bardzo ważny moment w terapii.



*Agnieszka Słowik*

profesor dr hab. n. med.

Konsultant Krajowa w Dziedzinie Neurologii



## PUNKT WIDZENIA NEUROLOGA

rozmowa z prof. Agnieszką Słowik



## MOMENT DIAGNOZY ma długotrwałe efekty

*To jedna z najgorszych  
chwil w moim życiu.*

*Przejdziemy  
przez to razem.*

### **KROK 1: przyjazne warunki**

- zadbajmy o możliwie największy komfort – wygodę dla pacjenta, np. fotel zamiast krzesła;
- zaplanujmy odpowiednią ilość czasu;
- pamiętajmy o spokoju: wyłączmy telefon, dopilnujmy, żeby nikt nie przeszkadzał nam w trakcie rozmowy, nie pukał do drzwi, nie wchodził;
- skupmy się: rozmowa nie może być jedną z kilku spraw załatwianych jednocześnie, a pacjent nie może odnosić wrażenia, że lekarz się spieszy i chce zakończyć rozmowę jak najszybciej.

**ważne:** pacjent musi mieć pewność, że ten czas jest przeznaczony tylko i wyłącznie dla niego.

### **KROK 2: obecność bliskich**

- zaproponujmy pacjentowi możliwość odbycia tej ważnej rozmowy w obecności osoby bliskiej; nie zawsze pacjenci mają świadomość, że na rozmowę z lekarzem mogą zaprosić bliską osobę;
- przekazmy pacjentowi, że każdy temat związany z chorobą może być omawiany w przyszłości w obecności osób bliskich, np. planowanie ciąży czy wybór kolejnej terapii.

### **KROK 3: odpowiednie przygotowanie**

- przemyślmy, jakie zagadnienia powinniśmy szczegółowo omówić podczas tej konkretnej rozmowy;
- zaproponujmy możliwość robienia notatek; podczas stresowej sytuacji pacjent może wiele spraw zapomnieć, notowanie pomoże mu przyswoić ważne elementy terapii.

## O CZYM MÓWIĆ:

pytania, które pomogą nam przeprowadzić rozmowę o chorobie.

*Jest tyle spraw, które  
powinnam chyba wiedzieć...*

*Zgadza się, ale mamy czas,  
żeby omówić je wspólnie.*

- Jaki jest mechanizm choroby?
- Czy choroba jest uleczalna?
- Jak choroba przebiega, jakie są etapy choroby?
- Czy choroba ma wpływ na codzienne funkcjonowanie, np. czy pacjent może podejmować wysiłek fizyczny, uprawiać sport, czy może chodzić na imprezy, czy może pić alkohol, palić papierosy, czy może pracować i podróżować, czy może mieć dziecko, czy choroba powoduje tylko niesprawność fizyczną czy też ma wpływ na psychikę, np. czy depresja, bezsenność, nerwowość są wynikiem choroby?
- Czy można wykonywać swoją dotychczasową pracę, czy trzeba planować zmianę pracy?
- Czy choroba jest dziedziczna?
- Czy choroba jest zakaźna?
- Czy choroba skraca życie?
- Jakie są sposoby spowalniania przebiegu choroby?
- Jak działają leki stosowane w SM i czy są to leki refundowane?
- Jak wybierane są leki dla pacjenta?
- Czy leki są bezpieczne i jakie są skutki uboczne ich zażywania?
- Czy odżywianie ma wpływ na przebieg choroby?
- Z jakich świadczeń pacjent może skorzystać?
- Jak w Polsce zorganizowany jest system opieki dla pacjentów chorujących na SM?
- Na czym polega program lekowy i co gwarantuje?
- Czy pacjent ma wpływ na przebieg choroby poprzez swoje zachowania prozdrowotne, np. poprzez zaprzestanie palenia papierosów, utrzymywanie stabilnej wagi ciała, leczenie wszystkich ognisk zapalnych, unikanie słońca?



## ROZMOWA I CO DALEJ?

*Chciałabym zapytać o coś, ale mam obawy.*

*Spokojnie, postaram się pomóc.*

### **PYTAJMY:**

po omówieniu podstawowych zagadnień dowiedzmy się, czy pacjent ma pytania dotyczące choroby.

**ważne:** lekarz powinien rzeczowo i wnikliwie odpowiedzieć na każde pytanie zadane przez pacjenta; oczywiście możemy nie znać odpowiedzi na każde z nich, ponieważ wiele zagadnień związanych z SM nie zostało jeszcze wyjaśnionych. W takiej sytuacji, zamiast krótkiego *nie wiem* (słyszając to, pacjent może mieć wrażenie, że lekarz jest niekompetentny), warto jest powiedzieć: *nauka jeszcze nie zna odpowiedzi na to pytanie albo jeszcze nie wiemy wszystkiego o stwardnieniu rozsianym.*

### **SKIERUJMY PACJENTA DO SPECJALISTY:**

na końcu wizyty przekazmy pacjentowi nazwisko lekarza prowadzącego oraz termin kolejnej wizyty w poradni.

### **BĄDŹMY KONKRETNI:**

dokładnie opowiedzmy, jak będzie wyglądało leczenie, z jaką częstotliwością będą odbywać się wizyty lekarskie, jak takie wizyty będą wyglądały i jak długo będą trwały; opowiedzmy, jakie badania będą wykonywane regularnie i gdzie będą miały miejsce, w jaki sposób pacjent będzie miał wybierany lek, co będzie brane pod uwagę przy jego wyborze.

**ważne:** pacjent musi mieć świadomość jasnej ścieżki terapii; musi też wiedzieć, czy może mieć wpływ na to, czym będzie leczony.

## **ZAPEWNIJMY OPIEKĘ:**

podczas rozmowy zapewnimy pacjenta, że ośrodek, który reprezentujemy lub do którego skierujemy pacjenta, ma odpowiednie kompetencje w leczeniu SM; dzięki temu, pacjent zyska pewność, że w przypadku wystąpienia nowych objawów choroby, zostanie od razu przyjęty i poddany leczeniu. Pacjent musi wiedzieć, co powinien robić dalej/jakie powinny być kolejne kroki, bo w przeciwnym razie może przerwać proces diagnostyczny lub nie podjąć terapii.

**ważne:** poinformujemy pacjenta o krokach leczenia w sytuacji pojawienia się ostrych objawów; dzięki temu pacjent poczuje się bezpieczniej. *Jeśli lekarz nie mówi mi o dalszych krokach uznaję, że wszystko, co powinno być zrobione, zostało zrobione.*

## **PAMIĘTAJMY O WSPARCIU PSYCHOLOGICZNYM:**

zmierzenie się z diagnozą przewlekłej choroby neurologicznej jest bardzo dużym stresem; jeśli pacjent uzna, że potrzebuje wsparcia psychologicznego albo sami uznamy, że taka pomoc byłaby wskazana, podajmy mu kontakt do psychologa w ramach PTSR (nr telefonu: 22 127 48 50) lub zaproponujemy skierowanie do Poradni Zdrowia Psychicznego.

**ważne:** podkreślmy znaczenie i kompetencje organizacji pacjenckich, grup wsparcia i fundacji; zachęćmy pacjenta do kontaktu z tymi organizacjami oraz do pogłębiania swojej wiedzy na temat choroby, np. uczestnicząc w wykładach dla pacjentów.

## **NIE ZOSTAWIAJMY PACJENTA Z WĄTPLIWOŚCIAMI:**

na koniec każdej rozmowy zapytajmy pacjenta o wątpliwości i kwestie, które są jeszcze dla niego niezrozumiałe; zaproponujemy też kolejne spotkanie, jeśli pacjent będzie odczuwał taką potrzebę.

**ważne:** pacjent nie może wyjść z rozmowy przerażony; ważne jest, żebyśmy zrozumieli jego silne emocje oraz wykazali się empatią.





# DOBRA KOMUNIKACJA, LEPSZA RELACJA

## wskazówki i porady psychologa

### **Drodzy Specjaliści,**

do projektu „Rozmowy o chorobie. Czyli dobra komunikacja między lekarzem a pacjentem z SM“ dołączyłam na zaproszenie Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego. To niezwykle istotny temat nie tylko w kontekście stwardnienia rozsianego, ale również wielu chorób przewlekłych.

W swojej mojej pracy szkoleniowej oraz terapeutycznej z lekarzami, pielęgniarkami i edukatorami, a także przedstawicielami innych zawodów związanych z medycyną, wielokrotnie słyszałam, jak trudno przekazać informacje dotyczące długofalowego leczenia chorób przewlekłych. Często przyczyną jest strach przed reakcją i emocjami pacjenta, ale na obiekcje ma również wpływ tak prozaiczna przyczyna jak ograniczony czas wizyty.

Mam nadzieję, że moje wskazówki pomogą Wam polepszyć komunikację z pacjentem. Jestem bowiem przekonana, że to właśnie rozmowa, odpowiednie nastawienie i empatia budują efektywną relację opartą na zaufaniu. Dodatkową korzyścią dla Państwa będzie również poprawa skuteczności wykonywanej pracy oraz przekonanie o własnych kompetencjach jako specjalisty.



*Katarzyna Romanowicz*

**psycholożka kliniczna i psychoterapeutka  
poznawczo-behawioralna PTPB**





## O CZYM DZIŚ POROZMAWIAMY... CZYLI 4 TEMATY, KTÓRE CHCĘ WAM PRZYBLIŻYĆ:

1. Czym jest komunikacja?
2. Rodzaje komunikacji – werbalna i niewerbalna – i ich wpływ na budowanie relacji.
3. Narzędzia komunikacji: parafrazy, pytania, informacje zwrotne.
4. Radzenie sobie z emocjami w kontakcie z pacjentem chorym przewlekle



# 1. CZYM JEST KOMUNIKACJA?

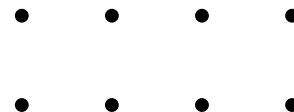
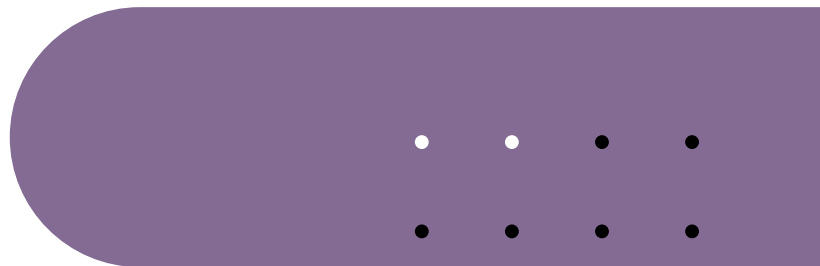
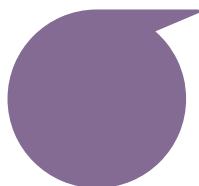
*Co to właściwie jest ta komunikacja?*

*To przede wszystkim zrozumienie!*

**Komunikacja to proces przebiegający między nadawcą komunikatu, a jego odbiorcą. W każdej komunikacji istnieją filtry, zakłócenia i jest to coś naturalnego.**

**Przykładem takiego filtru są:**

- **po stronie pacjentów** to np. lęk związany z diagnozą choroby przewlekłej, motywacja do leczenia, w tym. gotowość do akceptacji choroby czy obiekcje związane z wyborem leczenia;
- **po stronie lekarza** to zmęczenie i wynikająca z niego selektywna uwaga, poczucie braku wpływu na działania pacjenta czy obawy przed reakcjami emocjonalnymi pacjenta na to, co usłyszy.



## 2. RODZAJE KOMUNIKACJI – WERBALNA I NIEWERBALNA – I ICH WPŁYW NA BUDOWANIE RELACJI.

*Czy tylko słowa mają znaczenie?*

*Czasami gesty mówią więcej niż cały słownik!*

### Komunikację dzielimy na:

- **werbalną**, czyli słowną,
- **niewerbalną**, czyli język ciała, ton głosu, mimika, sposób poruszania się, odległość od rozmówcy, pozycja ciała, kontakt wzrokowy, reakcje fizjologiczne.

### PAMIĘTAJMY:

jeśli pacjent obserwuje nasze ciało i przekaz niewerbalny odzwierciedla emocje lekarza, np. napięcie, pośpiech, niechęć, to pacjent, nawet, jeśli dostanie szczegółowe i merytoryczne wytyczne, zapamięta bardziej kontekst niewerbalny przekazu. Unikajmy zatem sformułowań typu: Proszę się spieszyć, nie mamy za wiele czasu lub Jest Pani już kolejną osobą, która dziś mnie o to pyta.

# CO, JAK I KIEDY MÓWIĆ, żeby dotrzeć z informacją do pacjenta?

## **Dobry start:**

- najlepiej zapamiętujemy to, co na początku („efekt pierwszeństwa”) oraz to, co na końcu rozmowy („efekt świeżości”); w międzyczasie poziom koncentracji obniża się, a uwaga zostaje rozproszona;
- dlatego warto jest zacząć od konkretnych informacji, a wszystkie najważniejsze powtórzyć na końcu rozmowy.

## **Sprawdzanie i podsumowanie:**

- podczas przyswajania informacji występuje również „efekt worka”, czyli nieświadome dodawanie informacji, które nie pojawiły się w przekazywanej treści; dlatego ważnym jest sprawdzanie, co pacjent zrozumiał i informowanie (parafrazowanie) tego, co my zrozumieliśmy; służy temu finalizacja, czyli podsumowanie wizyty, wspólnie z pacjentem.



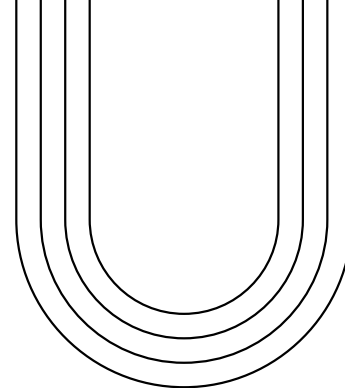
# BARIERY... KTÓRE MOŻNA POKONAĆ!

## Wszystkie rzeczy, które utrudniają nam kontakt to bariery w komunikacji. Są nimi, np.:

- **sposób wypowiedzi:** zbyt szybko, niewyraźnie, za cicho;
- **treść:** dobór słownictwa, sposób budowania wypowiedzi, np. słownictwo zbyt specjalistyczne, zdania wielokrotnie złożone, oceniające: *SM to niepełnosprawność*;
- **personalny atak:**
  - osądzanie, krytyka, obraza, manipulacja, racjonalizowanie, komunikaty „zawsze”, „nigdy”; komunikaty zbyt spoufalające się per „Ty”;
  - decydowanie za innych, rozkazywanie, groźba, moralizowanie: *Musi pan zastosować się do tego leczenia, inaczej choroba będzie szybko postępować*;
  - bagatelizowanie treści płynących od rozmówcy, zmiana tematu, przemilczenie, slogany, doradzanie: *Ja bym się na pani miejscu bardziej tym przejmował*.
- **„bombardowanie”** pytaniami, pytania zamknięte, sugerowanie odpowiedzi: *Nie sądzi pani, że to najlepsze z możliwych rozwiązań?*
- **niepodtrzymywanie rozmowy**, skupienie na własnym toku myślenia i brak relacji z pacjentem, wybiórcze słuchanie;
- **porównywanie** siebie do odbiorcy, bez próby zobaczenia jego perspektywy;
- udzielanie **wybiórczych rad**, np. słuchamy tylko początku wypowiedzi i myślimy, co poradzić; pamiętajmy, że niekiedy pacjent, szczególnie ten, który przeżywa szok i niedowierzanie, chce być wysłuchany i wzmocniony;
- **podwójne komunikaty**, tj. wtedy, gdy postawa i zachowania są sprzeczne z treścią wypowiedzianych komunikatów.

# JAKI ZATEM POWINIEN BYĆ KOMUNIKAT IDEALNY?

Oto 7 podstawowych zasad, które pomogą nam polepszyć relację z pacjentem:



## KONTAKT:

przebiega w możliwie najbardziej sprzyjających warunkach i atmosferze; postarajmy się o czas na rozmowę w spokojnym, komfortowym miejscu, najlepiej nie za biurkiem, a na fotelach, których ustawienie imituje w tarczy zegara godzinę 1:40.

## KOMUNIKATY:

- jednoznaczne i spójne w sferze werbalnej i niewerbalnej; pamiętajmy o zaangażowaniu!
- zwięzłe, krótkie i proste zdania, ewentualnie najpierw intencja, potem zdanie, np. *Pytam o to panią, gdyż wiem z doświadczenia klinicznego, że po otrzymaniu diagnozy nastrój się może pogorszyć, jak się zatem pani czuje?*

## POSTAWA:

bądźmy życzliwi, otwarci, pamiętajmy o łagodnej mimice, spokojnym i ciepłym tonie; niech towarzyszy nam myśl: *Jestem ciekawa/-y, jak pan sobie radzi z diagnozą, i teraz chcę o tym posłuchać;*

## DOPASOWANIE:

starajmy się dopasować ton, tempo i słownictwo do odbiorcy;



## WYMIANA:

rozmawiamy w taki sposób, żeby słuchać i być słuchanym; zadbajmy o przestrzeń dla obu stron na wymianę myśli;

## BRAK OCEN:

unikamy oceniających komunikatów; podział na komunikat „Ty – ja” pozwala zaprezentować swój punkt widzenia bez osądzania drugiej strony; ważne: oddzielajmy problem od osoby!

## AKTYWNE SŁUCHANIE:

w celu podtrzymania rozmowy i lepszego zrozumienia stosujemy parafrazy, klaryfikacje, odzwierciedlenia, dodatkowe pytania; potakujemy, kiwamy głową, utrzymujemy kontakt wzrokowy; empatia przede wszystkim!

## PAMIĘTAJMY:

**zachowania służące efektywnemu słuchaniu, czyli co jako Specjalista możesz zrobić dla swojego rozmówcy:**

- gdy druga osoba mówi, pokaż, że Cię to interesuje: patrz na osobę, uśmiechaj się lub przysłuchuj z zaciekawieniem;
- przyjmij perspektywę drugiej osoby: ona się boi – SM to choroba przewlekła;
- gdy pacjent skończy mówić, podsumuj jego wypowiedź i spróbuj odzwierciedlić to, co usłyszałeś/-eś: *Z tego co zrozumiałam/-em, waha się pan, czy skorzystać z zaproponowanego nowego leczenia, czy pozostać przy dotychczasowym.*

**Gdy jesteś słuchaczem...**

- zadawaj pytania klaryfikujące;
- nie mów *tak, ale...*; to tylko buduje dystans;
- nie osądzaj rozmówcy, np. unikaj sformułowań: *nie można tak myśleć; tak się nie robi.*

### 3. NARZĘDZIA KOMUNIKACJI: PARAFRAZY, PYTANIA, INFORMACJE ZWROTNE.

*Dlaczego tak dobrze  
nam się rozmawia?*

*Bo potrafimy się słuchać  
i dzięki temu lepiej rozumieć.*

**Podstawowe narzędzia komunikacji, które pomagają w nawiązaniu lepszej relacji z pacjentem to:**

- **PARAFRAZY,**
- **PYTANIA,**
- **INFORMACJE ZWROTNE.**

#### **CZYM JEST PARAFRAZA?**

Parafrazowanie to powtarzanie własnymi słowami tego, co – jak nam się wydaje – powiedziała druga osoba. Możemy w tym celu wykorzystywać takie sformułowania, jak:

- ***O ile Cię dobrze zrozumiałem...***
- ***A więc twierdzisz, że ...***
- ***A więc sądzisz, że ...***
- ***Chcesz powiedzieć, że ...***
- ***Innymi słowy...***





## PYTANIA DZIELIMY NA:

### **otwarte, np.: co?, kto? kiedy? ile? gdzie? w jakim celu?**

warto zacząć od nich rozmowę, np. gdy chcemy zachęcić pacjenta do przedstawienia swoich potrzeb lub zdiagnozować sytuację, z jaką do nas przychodzi;

### **przykład:**

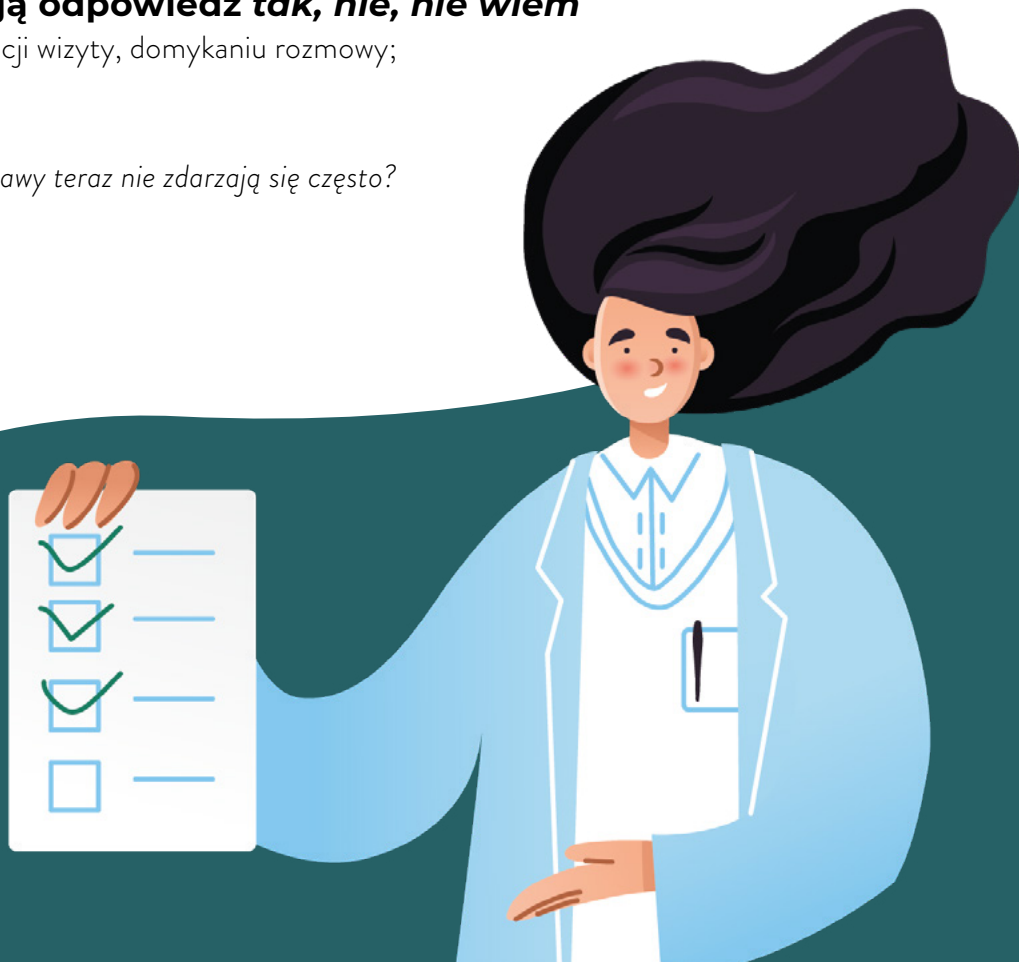
*Co u Pani słyhać? Jak się Pani czuje, w skali od 1–5, gdzie 1 to niedostatecznie, a 5 bardzo dobrze? Kiedy ostatnio objawy choroby były szczególnie dokuczliwe? Jak często się zdarzają się te objawy na przestrzeni, tygodnia, miesiąca?*

### **zamknięte, które dają odpowiedź tak, nie, nie wiem**

służą doprecyzowaniu, finalizacji wizyty, domykaniu rozmowy;

### **przykład:**

*Czy dobrze zrozumiałem, że objawy teraz nie zdarzają się często?*



## ZWROT KU INFORMACJI ZWROTNEJ :)

**Oto podstawowe zasady informacji zwrotnej. Stosując je zyskamy pewność dobrze przeprowadzonej rozmowy.**

### 1. Brak osądów

Mówmy w sposób opisowy, bez osądów. Nie krytykujemy osoby, tylko konkretny rezultat jej działań.

**Jak nie mówić:** *Postąpił pan nieodpowiedzialnie.*

**Jak mówić:** *Zrobił pan przerwę w braniu leków, co wpłynęło na pogorszenie samopoczucia.*

### 2. Dobra informacja

Powiedzmy pacjentowi, na czym polegał popełniony błąd i przedstawmy jego konsekwencje.

**Jak nie mówić:** *Kłamstwo jest niedopuszczalne.*

**Jak mówić:** *Nasza relacja ma opierać się na wzajemnym zaufaniu, dlatego tak ważne jest informowanie zarówno o tym, co pan zrobił, jak i czego pan nie zrobił, żeby wiedziała, z czego wynika pogorszenie samopoczucia.*

### 3. Bez uogólnień

Unikajmy uogólnień w stylu: jak zawsze, nigdy, jak zwykle.

**Jak nie mówić:** *Osoby z SM cierpią na depresję.*

**Jak mówić:** *Zauważyłam, że to już kolejna wizyta, na której ma pan obniżony nastrój i negatywne myśli, warto więc rozważyć konsultację z psychologiem, co pan o tym myśli?*

### 4. Ja – specjalista

Twórzmy komunikaty z pozycji „Ja”; autorytet specjalisty jest dla pacjenta bardzo ważny!

**Jak nie mówić:** *Neurologdy / specjaliści wiedzą, co robią.*

**Jak mówić:** *Zależy mi, żeby pan jako mój pacjent miał przekonanie, że mi ufa i wie, że zastosuję najlepsze możliwe leczenie.*



## 5. Przejrzystość

Informacja zwrotna powinna być jasna i rzeczowa. Dobrze mieć pewność, że pacjent nas rozumie i wie, jak ma zmienić swoje postępowanie.

### WAŻNE!

Informacja zwrotna, czyli przekaz, jak my się czujemy  
i czy rozumiemy dane zachowanie pacjenta, dzielimy na:

#### Informację pozytywną, czyli tzw. technikę UF, w której skład wchodzi:

##### **ustosunkowanie się – U**

to pozytywne, wyrażenie  
aprobaty, uznania dla pacjenta:

*Podoba mi się, kiedy... Dziękuję panu za...*

##### **fakty – F**

konkretne zachowanie, które się chwali:

*Dziękuję, że cierpliwie czekała pani na wizytę.*

#### Informację negatywną, czyli tzw. technikę FUKO, w której skład wchodzi:

##### **F – fakty: konkretne zachowanie;**

**U – ustosunkowanie się: emocje,  
postawy, opinie;**

**K – konsekwencje: opis efektów  
takiego zachowania;**

**O – oczekiwania: przedstawienie  
zachowania pożądanego.**

##### **przykład:**

*Gdy mówi mi pan, że nie stosuje się  
do zalecanego leczenia, obawiam się  
i niepokoję o wyniki badań MRI, chciałbym  
z panem porozmawiać jakie pan widzi  
trudności w stosowaniu się do moich zaleceń.*

## 4. RADZENIE SOBIE Z EMOCJAMI W KONTAKCIE Z PACJENTEM CHORYM PRZEWLEKLE.

*Nie wiem, czy sobie z tym wszystkim poradzę...*

*Jestem tu po to, żeby pomóc.*

### CZYM SĄ EMOCJE?

Emocje są podstawowym, automatycznym i nie zawsze świadomym źródłem informacji o sobie i świecie. Od lat trwa spór, co jest pierwsze w naszym umyśle: myśli czy emocje. Jeśli potraktujemy emocje, jako element stały naszego życia i przestaniemy z nimi walczyć, a je zaakceptujemy, będziemy tracić mniej energii na walkę z nimi.

### PAMIĘTAJMY:

emocje pojawiają się często wtedy, gdy nasze podstawowe potrzeby, takie jak bezpieczeństwo, uznanie, kontakty z innymi nie są zaspokojone.

### JAK SOBIE RADZIĆ Z EMOCJAMI WŁASNYMI I NASZYCH PACJENTÓW?

Gdy pacjent z powodu np. strachu ma wiele obiekcji co do prezentowanych zaleceń, warto zastosować technikę **PIW**, która polega na:

- **Przygarnięciu tego co mówi pacjent,**
- **odczytaniu Intencji pacjenta,**
- **Wzmocnieniu go.**



### **Przykład 1:**

Pacjent: *Czy to potrzebne, żeby zmieniać leczenie. Już się przyzwyczałem.*

**Lekarz stosujący technikę PIW:**

P / *To jedna z kluczowych kwestii,*

I / *aby czuć się bezpiecznie.*

W / *Dlatego proponuję, abyśmy zmiany wprowadzali etapami.*

### **Przykład 2:**

Pacjent: *Nie chce mi się żyć z taką chorobą.*

**Lekarz stosujący technikę PIW:**

P / *Słyszę w tym zdaniu rozżalenie i bezradność.*

I / *Jedną z kluczowych kwestii w życiu jest zdrowie.*

W / *Dlatego zrobimy jak najwięcej, żeby opanować objawy.*

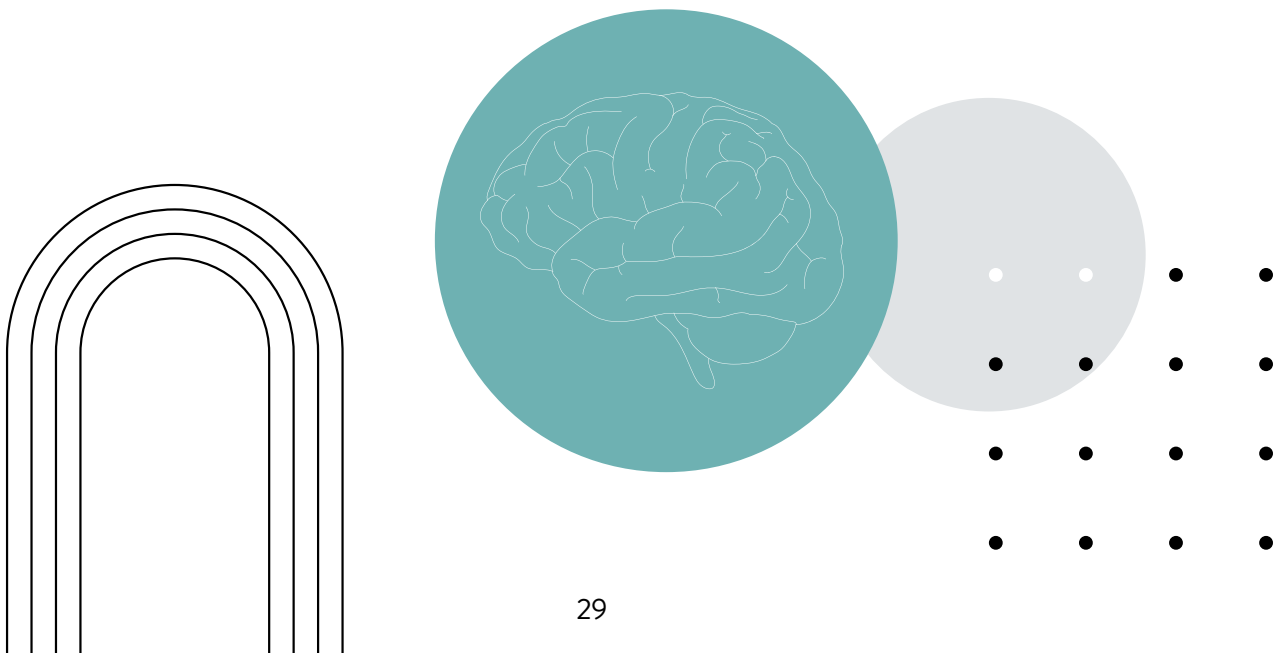
#### **Bibliografia:**

Gordon, T (1994). Wychowanie bez porażek, PAX, Warszawa.

Mehrabian, A. Wiener, M. Decoding of Inconsistent Communications

Peters, S (2019) Paradoks szympansa. Przełomowy program zarządzania umysłem. Wydawnictwo Zys i S-ka. Warszawa.

Rogers, C (1995) On becoming a Person: A therapist's view of psychotherapy. Houghton, Mifflin, Boston.



## TWOJE WSPARCIE JEST DLA MNIE BARDZO WAŻNE

punkt widzenia osoby chorej na SM

### Drogi Specjalisto,

wiem, że komunikacja między nami bywa złożona. Już sam sposób przekazania informacji o diagnozie może wpłynąć na to, z jakim nastawieniem my, pacjenci, wyjdziemy z gabinetu. W moim przypadku specjalistka, która przekazała mi diagnozę potwierdzającą stwardnienie rozsiane, bardzo postarała się, żeby ta rozmowa przebiegała w komfortowych dla mnie warunkach. Przede wszystkim poświęciła mi czas: było go na tyle dużo, aby móc odpowiedzieć na wszystkie moje pytania. Kolejną, z mojego punktu widzenia, najistotniejszą kwestią było to, że specjalistka powiedziała mi dokładnie, co powinnam zrobić dalej. Otrzymałam zatem nie tylko skierowanie do poradni neurologicznej, ale – przede wszystkim – nazwiska lekarzy, którzy w moim mieście specjalizują się w prowadzeniu pacjentów z SM. Podczas spotkania nie udało się jednak uniknąć pewnych niezręczności. Chcąc mnie pocieszyć, lekarka opowiedziała historię pewnej kobiety chorej na SM, biorącej udział w ślubie swojego syna. Oto jeden cytat: Proszę sobie wyobrazić, ona podczas tego wesela nawet sama jadła! Słyszając te słowa i będąc młodą osobą, która dopiero co usłyszała diagnozę dotyczącą choroby, o której praktycznie nic nie wie, było to uderzające zderzenie z moją sprawnością. Pamiętam, że pomyślałam wtedy: Czy rzeczywiście za 20 lat będę co najwyżej „sama jadła”?

W tej części materiału chciałabym zwrócić Waszą uwagę na nasz – pacjentów – punkt widzenia. Nasze potrzeby, nasze obawy, nasze spojrzenie. Wierzę, że znając „nasze zdanie” będziecie jeszcze lepiej wykonywać swoją pracę. Poznajmy się bliżej!



*Joanna Dronka-Skrzypczak*

autorka vloga „O, choroba”, copywriterka

## DIAGNOZA TO NIE WSZYSTKO, czyli kilka słów od pacjenta o tym, co w komunikacji z lekarzem jest ważne.

*Jaki specjalista  
budzi zaufanie?*

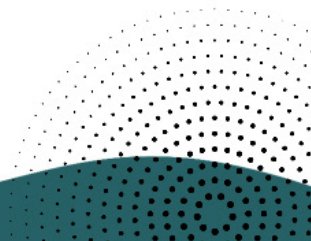
*To ktoś, kto widzi mnie, Joannę,  
a nie tylko chorego na SM człowieka*

W momencie przekazywania diagnozy lekarz przekazuje nie tylko informację o chorobie. Mierzy się też z faktem, że to, co zrobi i powie zostanie z pacjentem na długo po wyjściu z gabinetu. Jak się wtedy zachować? Na co zwrócić uwagę? O co warto zadbać?



## PUNKT WIDZENIA PACJENTA

rozmowa z Joanną Dronką-Skrzypczak



## JAK TO BYŁO W MOIM PRZYPADKU?

Naturalną reakcją specjalisty wydaje się uspokajanie i pocieszanie pacjenta. Jednak z mojego doświadczenia wynika, że **nic nie uspokaja tak skutecznie, jak merytoryczne i wyczerpujące odpowiedzi na pytania pacjenta oraz wskazanie dalszej drogi postępowania**. Ja także zasypałam lekarkę pytaniami, na które – teraz to wiem – nie ma jednej, pewnej odpowiedzi.

*Jakie są rokowania?*

*Jaki będzie przebieg choroby?*

*Czy leczenie zadziała?*

*Czy i kiedy będę niepełnosprawna?*

**Dlatego proszę Was o to, żebyście pamiętali, że w pierwszej chwili wpływa z nas przede wszystkim to, czego najbardziej się boimy.**

## JAKO PACJENT MAM WPŁYW NA SWOJĄ TERAPIĘ.


Wiem, że rolą lekarza jest **znalezienie odpowiedzi na pytania pacjentów**, ale również jest nią troska o to, aby pacjent wyszedł z gabinetu z przekonaniem, że **pomimo diagnozy ma wpływ na to, jak będzie wyglądało jego życie**. Mamy świadomość tego, że wiele chorób jest nieprzewidywalnych, jednak jako pacjenci możemy poprzez proste codzienne nawyki sobie pomagać. Uważam zatem, że warto pokierować nas do innych specjalistów – chociażby psychologa czy podać namiary na fundacje lub stowarzyszenia pacjentów zajmujących się tematyką danej choroby.

**Dlatego proszę Was o profesjonalne wsparcie. To pomoże uniknąć nam sytuacji, kiedy szukamy informacji na własną rękę i trafiamy na osoby chcące wykorzystać nasz stan np. oferując niepotwierdzone naukowo terapie.**





## STEREOTYPY... TO NIE DLA NAS :)



Dla nas, pacjentów przewlekle chorych, **ważne jest to, aby lekarze różnych specjalizacji nie traktowali naszej choroby stereotypowo.** Niejednokrotnie w gabinetach spotykałam się z sytuacjami, kiedy padały komentarze odnośnie mojego wyglądu, w tym tego, czy wyglądam, czy nie wyglądam na chorą. Nie zgadzamy się również z natychmiastowym kojarzeniem stwardnienia rozsianego z wózkiem inwalidzkim czy perspektywą nieodległej niepełnosprawności. W gabinecie u dentysty, ginekologa czy gastrologa liczę na profesjonalne podejście. **Nie chcę, aby lekarze ulegali stereotypom na temat mojego schorzenia. Wiem, że nie każdy specjalizuje się w neurologii, jednak zdarza się, że lekarze innych specjalizacji dają mi nieaktualne rady na temat stwardnienia rozsianego, które są dodatkowo sprzeczne z tym, co mówi mój lekarz neurolog.** Posłużę się swoim przykładem, kiedy dwóch specjalistów przekazało mi zupełnie odmienne porady odnośnie zajścia w ciążę. Wizyta u specjalisty nr 1: dowiedziałam się, że absolutnie nie powinnam mieć dzieci, bo to grozi postępowaniem niepełnosprawności. Wizyta u specjalisty nr 2: powinnam, nie zważając na nic, postarać się o ciążę – pomimo, że byłam w programie lekowym, w którym jest to niezalecane... I bądź tu pacjencie mądry...

**Dlatego proszę, zachowajcie profesjonalne podejście i w komunikacji z nami, skupiajcie się przede wszystkim na problemie, z którym się do Was zwracamy.**

## O Nas

Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego (PTSR) to ogólnopolska organizacja pożytku publicznego, która poprzez działania rzecznicze, kampanie społeczne, projekty edukacyjne i wydawnicze oraz poradnictwo (neurologiczne, psychologiczne, prawne i socjalne) dąży do poprawy jakości życia osób z SM i ich bliskich oraz podnoszenia świadomości o chorobie w społeczeństwie.

## PTSR w liczbach:

**30** lat działalności    **26** oddziałów w Polsce    **6000** członków

## Jak pomagamy?

- **prowadzimy Ogólnopolskie Centrum Informacyjne SM (CISM)**, w którym osoba z SM lub jej bliscy uzyskują wsparcie informacyjne na temat leczenia i rehabilitacji, pomoc psychologiczną, porady prawnika, pracownika socjalnego i neurologa;
- **prowadzimy program Leczenia i Rehabilitacji (PLiR)**, który pozwala osobom z SM na gromadzenie środków finansowych z przeznaczeniem na leczenie i rehabilitację SM;
- **udostępniamy publikacje**, czyli bezpłatne broszury oraz książki o SM dla osób chorujących i ich bliskich;
- **prowadzimy projekty edukacyjne i kampanie społeczne;**

Ponadto, oddziały PTSR prowadzą rehabilitację (domową i stacjonarną), wsparcie psychologiczne, konsultacje neurologiczne i różnego rodzaju warsztaty i zajęcia, mające na celu m.in. aktywizację społeczną i zawodową osób z SM.

## Gdzie nas znaleźć

**Biuro Rady Głównej Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego**

U. Nowolipki 2a, 00-160 Warszawa

Ogólnopolskie Centrum Informacyjne SM: tel. 22 127 48 50

e-mail: [cism@ptsr.org.pl](mailto:cism@ptsr.org.pl); [biuro@ptsr.org.pl](mailto:biuro@ptsr.org.pl)

[www.ptsr.org.pl](http://www.ptsr.org.pl)

Jesteśmy też na Facebooku

“

*Być może dla świata jesteś tylko człowiekiem,  
ale dla niektórych ludzi jesteś całym światem.*

**Gabriel Maria Márquez**

”

## **O projekcie**

Projekt powstał dzięki wsparciu Bristol-Myers Squibb

### **Partnerzy edukacyjni projektu:**

Doradcza Komisja Medyczna PTSR

Warszawski Uniwersytet Medyczny

Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum

© **Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego**

### **Korekta językowa:**

Monika Lewandowska

### **Projekt broszury:**

Karolina Górna i Agata Włostowska

ISBN 978-83-60780-76-3



PATRONI EDUKACYJNI



PARTNER PROJEKTU

