

## الإعلان عن تشخيص المرض الخطير

جريدة مقاتلي

جامعة البليدة 2

ملخص:

يعتبر الإعلان عن تشخيص المرض الخطير من الوضعيات الحساسة والصعبة التي يعاني منها الطبيب في حياته المهنية، فهو يتم في مقابلة تدوم وفق مقدرة الطبيب على مواجهة هذه الشحنة العاطفية التي تضعه في مواجهة حقيقته كإنسان مصيره الفناء، وضعية لم يحصنه منها تكوينه الأكاديمي ولا تربصاته الميدانية.

بتشخيص المرض الخطير يدخل الطبيب في علاقة جد خاصة مع المريض، علاقة تدخله تجربة معاشة معاناة الآخر، فمن الواضح أن هذا الزمن المهم من الصعب النجاح فيه، ومن الساذج الرغبة في اقتراح وصفات أكيدة المفعول، فلكل شخص حضوره، كما لكل شخص طاقته الخاصة في التفاعل مع الألم وخيبة الأمل، لذا سنحاول من خلال أدبيات المرافقة في نهاية الحياة، أن نحدّد معنى الإعلان عن التشخيص، ولا سيما تشخيص المرض الخطير، بالتعرض إلى العلاقة طبيب-مريض، استراتيجيات الاتصال بينهما، ثم كيف يتم الإعلان (من المعلن؟ عما يعلن؟ كيف يعلن؟ ومتى يعلن؟) وأخيرا كيف يتم التكوين لمقابلة الإعلان عن التشخيص.

الكلمات المفتاحية: العلاقة مريض-طبيب، الاتصال مريض-طبيب، الإعلان عن التشخيص.

تمهيد:

إن أثرى الملتقيات هي تلك التي تمنح الباحثين والمهنيين فضاء لتقاسم التجربة المهنية الثرية لا بالمكتسبات العملية التطبيقية فحسب وإنما بالحوصلة المفاهيمية أيضا المستخلصة من هذه التجارب.

لقد أحيا موضوع هذا الملتقى في نفسي معاشا غنيا بالانفعالات الانسانية تعود إلى سنوات مضت في العمل بمصلحة لطب الأطفال بمستشفى باب الواد، ومشاركة فرقة معالجة (أطباء، نفسانيين، ممرضين، ومربين) تجربتها في مرافقة المرضى ولا سيما مرافقة المرضى في نهاية الحياة، وذلك من خلال جلسات مجموعة الكلام (Groupe de

(parole) من تنشيط نفسانيين من مكتب أطباء بلا حدود، وعلى رأسهم أذكر النفساني الفرنسي "سارج باكي" (Serge Bcqué)، الذي وجه المجموعة للتفكير حول الصعوبات التي يواجهها كل المتدخلين في المرافقة على اختلاف تخصصاتهم ومن بين هذه الصعوبات سأركز في هذا المقام على الإطار النظري من خلال أدبيات المرافقة النفسية للمرضى المصابين بالمرض الخطير وشعور الطبيب بالوحدة في علاقته بالمريض عند إعلانه عن التشخيص. للمريض ولأسرته.

ما نعنيه بالمرض الخطير هو ما عرفته "دولابورت" (C.Delaporte, 2001: 22): "بأنها خطيرة كل الأمراض التي لا يُشفى منها، لأنه لا يوجد علاج شافي لها، أو التي تستقر مخلفة أضرار دائمة، وفي عدد كبير من هذه الحالات يكون مآلها الوفاة".

إن الإعلان عن تشخيص المرض الخطير يُعتبر اختباراً للعلاقة طبيب-مريض، فكيف تبنى هذه العلاقة؟ وكيف يكون هذا الاتصال المتفاعل بين من يحمل المعرفة ومن يرغب في الحصول عليها؟ كيف ينجح الطرفان في الاتصال حين يجب على الطبيب أن يقول في وقت محدود ما يصعب فهمه وعلى المريض فهم ما يتحدى طبيعة الأشياء؟

#### 1- العلاقة طبيب-مريض:

يرتبط الأفراد بعلاقات تنشأ نتيجة اجتماعهم وتفاعلهم، بحيث تأخذ أشكالاً متعددة تبعاً لنوع المصلحة المراد تحقيقها، فالعلاقة هي إذن لقاء شخصان على الأقل: بمعنى طبعان، نفسيتان، تاريخان إلى جانب عوامل أخرى تتمثل في:

- العامل النفسي: القيم الشخصية، التصورات، الأحكام المسبقة، الانفعالات والرغبات.

- العامل الاجتماعي: الانتماء إلى فئة مهنية، فئة سن، ثقافة وأدوار محددة.

- العامل الفسيولوجي: الإدراكات الخاصة بكل فرد من الجانب الفسيولوجي.

(A. Manoukian, A. Massebeuf, 2001: 9)

تشمل العلاقة (معالج - معالج) على أبعاد حددتها "فالكون" (N.Falcon, 2002)

فيما يلي:

\*العلاقة الاجتماعية: حين نكون في حضرة شخص آخر، فلا يمكننا عدم الاتصال إذا خاطبناه أو التزمنا الصمت، فالعلاقة ليست مجرد تواجد لشخصين ولكنها أيضاً تفاعل لإنسانين يشغل كل منهما مكانة خاصة داخل الجماعة التي ينتميان إليها.

إن اللجوء إلى المعاناة الجسمية كهوية اجتماعية قد تشكّل عند بعض الأشخاص "المهمشين" الملجأ الوحيد لمحاولة ربط علاقة اجتماعية. بالنسبة لهؤلاء فإنّ طلب العلاج أو دخول المستشفى في حالة استعجالية هي محاولة الدخول في علاقة أكثر من كونها طلب علاج شافي، من بين هؤلاء من يرفض "الشفاء" محافظا بذلك على المرض الشيء الذي يرهق المعالجين ويشعرهم بالعجز الممزوج بالعدوانية.

\*علاقة التبعية: التبعية هي أن يصبح الفرد تابعا لشيء أو لشخص آخر ( الانقياد، العبودية، الطاعة، الخضوع) أما في حالة العلاقة معالج – معالج فيجب التمييز بين التبعية الفزيولوجية والتبعية النفسية وإن كانتا مترابطتين، بحيث يجد المريض نفسه في حالة تبعية تختلف من حيث طبيعتها وشدتها حسب شخصية المريض والطبيب وطبيعة المرض.

\* علاقة الأمومة: يمكن أن تعرف على أنها علاقة بالآخر شبيهة بالعلاقة (أم – رضيع) من خلال الألفة وحذف الكلفة، بسبب وضعية التبعية الناجمة عن المرض.

\* العلاقة التربوية: إنها علاقة المعلم بالتلميذ التي تنتظم حول تبليغ معرفة، هذا نجده في علاقة العلاج لأن المريض يتوجه إلى الطبيب كشخص يفترض أنه يعلم على المستوى التشخيصي والعلاجي.

\* العلاقة التعاونية: وهي تعني مساعدة الآخر على أخذ القرار بالبحث عنه سويا من خلال تفاعل يؤدي إلى التسهيل، الرضا، الاستقلالية عوض أن يكون مفروضا من الخارج.

\*علاقة السلطة: وهي القدرة على التأثير في الآخر بغرض توجيه أعماله نحو أعمال محددة من طرف من يملك السلطة، والطبيب نتيجة لشهادته وقدرته على الإقناع فهو يمثل وجه السلطة الأبوية التي تبحث عن التأثير على الآخر من أجل صالحه.

\* علاقة القبول: هو أن يقبل الأول ما يعرضه الثاني: هبة أو هدية إلخ. من المهم بهذا الشأن التفكير حول مفهوم التبادل الذي يسمح للأشخاص بأن يكونوا في وضعية التساوي، هذه الوضعية التي لا نجدها في العلاقة طبيب- مريض التي تشعر هذا الأخير بالدين اتجاه الطبيب الذي يقدم له علاجا مجانيا يُخل بعلاقة التبادل التي لا تكون إلا إذا دفع المريض أجره علاجه دون أن يُعوض.

\* العلاقة العلاجية: إن العلاقة طبيب – مريض الجيدة قدر الإمكان ضرورية لفهم وقبول المريض للعلاج، فالمريض يطالب بالدرجة الأولى بتشخيص المرض، وعلاجه ثم تأتي العلاقة لخلق السياق المناسب لذلك.

## 2- الاتصال طبيب- مريض:

يتصف الاتصال معالج – معالج في طب السرطان بخصائص مختلفة، تستلزم التفاعل بين شخصين في وضعية غير متساوية ومحمّلة بانفعالات مختلفة كقلق، العدوانية، الإحباط وأحيانا الرضا أيضا الذي يُيسر العلاقة وبالتالي السير الحسن للعلاج. يعمل الاتصال على تقديم المعلومات المناسبة، التربية الصحية والمساندة التي تُسهّل تكيف المريض، بحيث يشكل الخلل في الاتصال مشاكل عديدة كعدم الاستجابة وعدم الرضا عن العلاج بالنسبة للمريض، أما من بالنسبة للمعالج فيكون سببا في عدم ادراكه للحاجيات النفسية الاجتماعية للمريض.

## 2-1 استراتيجيات الاتصال:

إن استراتيجيات الاتصال لا تعد غاية في حد ذاتها، بل وسائل تهدف إلى تقييم وضعية المريض، إعلامه، نصحه، ومساندته بحيث علمها الكشف عن حاجيات المريض والاستجابة لها، وأن تزرع الثقة، أن تدعو إلى التعاون أن تحث على الاستقلالية. أن تقوي القبول والرضا عن العلاج، من بين هذه الاستراتيجيات نذكر ما يلي:

\* إستراتيجية التقييم: يعمل التقييم على حصر طبيعة المشاكل في يعيشها المريض وتصوراته للمرض، يكون التقييم في المقابلة الأولى لجمع المعلومات اللازمة، كما أنه من اللازم الاستمرار في التقييم من خلال المقابلات المتتالية لفهم تصور المريض لتطور وضعيته، فالتقييم يهدف إلى فهم مشاكل المريض وليس الحكم على أقواله.

\* إستراتيجية الإعلام: الشيء الأكيد هو أن الإعلام وظيفة هامة تكمن في تقليص ذلك الإحساس الصعب المتمثل في الشك الذي غالبا ما يعيشه المرضى.

\* إستراتيجية المساندة: تكمن أهمية المساندة في كونها تخلق الثقة اللازمة لعلاقة تسمح للمريض بالتعبير عن أحاسيسه، فهي تحمل معنى التسهيل، المشاركة الوجدانية والطمأنة، إنها سلوك إيجابي متقبل للمريض ومرضه، تسمح له بالتنفيس عن

انفعالاته، وبترميم تقديره لنفسه، والاعتراف به كإنسان لا كمريض. غير أن الطبيب المعرض لضغوطات العمل في مصلحة لطب السرطان، يكون من أصعب المهام بالنسبة له أن يحافظ على علاقة المساندة.

\* الاستراتيجيات غير اللفظية: تتم هذه الاستراتيجيات بتبني هيئة تبيّن الاهتمام والانفتاح، مثل مواجهة المريض، تجنب ثني الرجلين والساعدين، الانحناء الخفيف اتجاه المريض، الاتصال البصري، الابتسام الخفيف، تحريك الرأس، أن يكون مسترخي وأن يحترم أزمنا الصمت.

\* التسهيل: وذلك باستخدام كلمات وتبني سلوكا يشجع المريض على مواصلة الحديث، فهو عرض للإصغاء ودعوة للاسترسال في التعبير.

\* التعاطف: إنها الاستراتيجية التي تسمح للمعالج بالتعبير عن فهمه لوضعية المريض ولأحاسيسه، وهي تختلف في هذا عن المشاركة الوجدانية (La sympathie)، والتقمص الإسقاطي (l'identification projective) (Razavi, D et Delvaux, N, 1998).

### 3- قول الحقيقة بين الإعلام والإعلان عن التشخيص:

من الباحثين من يرى أن الأطباء قبل ظهور مرض السيدا كانوا لا يكشفون لمرضاهم عن خطورة مرضهم، حتى لا يفقدونهم الأمل، وحتى لا يبعثون فيهم ردة فعل مفرطة أو غير متحكم فيها، فالعلاقة طيب – مريض كانت تحت صبغة ما لا يقال (Le non dit) الذي يحمي من الفيض الانفعالي المؤلم، لكن بظهور مرض السيدا أصبح من غير اللائق إخفاء الحقيقة عن المريض حول وضعه الصحي، بحيث تطورت التدخلات الطبية لتفسح المجال أمام طريقة جديدة للتواجد في العلاقة تستند على المشاركة في المعلومات وفي الحوار.

(Brocq, H.2008)

### 3-1 معنى الإعلام:

جاءت كلمة إعلام من الكلمة اللاتينية (Informer) وهي تعني "تشكيل"، "إعطاء شكل" مادة خام، ثم أخذ هذا المفهوم معنى التثقيف، والتربية، أي بمعنى إعطاء شكل للروح [استعملت كلمة (Informer) في البداية لوصف فن إعطاء شكل للمادة مادة الحطب،

استعمل أرسطو هذا المصطلح لوصف عمل النجار وهو ينحت تمثالا، بهذه الصورة المستعارة من أرسطو فإن فكرة "المادة" توجي بوجود ما يحمل صفة المقاومة، وفي هذا السياق فإن المعلومة الطبية تأتي لمقابلة شخص لا يخلو من المعرفة، شخص يحمل تاريخه الشخصي، معتقداته، قناعاته، وانفعالاته، لهذا ستكون ردة فعل المريض أمام الإعلام وفقا "لقصة مرضه"(Marzano, 2006, p. 92.)

يحمل الإعلام الطبي حسب "مالزاك" و"لكوز"(Malzac, P et Le Coz, P, 2006) معنى تقليم، ونحت وتحليل لشخصية المريض، فمن الناحية النفسية فإن إعلام المريض يمكن فهمه كعمل نحت حقيقي تكون المادة فيه انفعالية يأتي الإعلام ليلتقي بتصورات المريض، كفن تشكيل "مادة" التطلعات التي تكون الفضاء العقلي والانفعالي للمريض.(Brocq, H.2008)

يعد الإعلان عن التشخيص ساعة حقيقة آثارها عميقة، إنه وقت أساسي في حياة من يعيشه: المرضى طبعا لكن الأطباء أيضا، يكون الإعلام لفظيا وهذا يعني اتصلا شفويا بحيث تحمل الكلمات تسمية للمرض، ترى "دولابورت" (C.Delaporte,2001:17): "أن المريض وأسرته سيستمعون من شخص ثالث الاعتراف بخلل أو شذوذ كان معروفا عند المريض، لكنه لم يكن يحمل اسما، وطالما لم يحمل اسما فإنه لم يكن موجودا." لذا فبالإعلان عن تسمية المرض يصبح المرض واقعا حقيقيا يُلصق بالشخص بطاقة يحتل بها مكانة المريض.

إن أول واجب للطبيب حسب أبقراط هو عدم الإيذاء، وهذا لا ينطبق على التدخلات على جسم المريض فحسب، وإنما يمتد أيضا إلى معاناته النفسية، مع هذا يضطر الطبيب أحيانا إلى أن يعرض المريض إلى اختبار نفسي مؤلم بإعلانه عن خبر سيئ وشرحه لخطورة الوضعية حتى يحمله على تقبل علاج ثقيل، لأنه لا يُسمح للطبيب بالتضليل العمدي للمريض بتقديم معلومة خاطئة، ولكن في هذه الظروف كيف للطبيب أن يؤلم دون أن يؤلم كثيرا؟

لأجل ذلك يعتبر الإعلام "فن" طبي، فهو لا يقوم على معرفة علمية وتقنية فحسب وإنما يقوم أيضا على خبرة التعاطف والحس الحدسي. يتم التحضير للإعلام مسبقا بحيث لا تترك فرصة للإرتجال، كل كلمة تُقاس ويُحسب لها، فالأمر يقتضي إيجاد الأسلوب الصحيح للاتجاه نحو الحقيقة وذلك على حسب وتيرة المريض، يتقدم الطبيب

بخطى حذرة بحيث تكون الكلمة التي يتلفظ بها تتماشى مع احتياطاته الخطابية. (Le Coz, P. 2012)

### 2-3 خطوات الإعلان:

قدمت "دولابورت" وصفا دقيقا لكيفية الإعلان عن تشخيص المرض الخطير من خلال خطوات نوجزها فيما يلي:

\* من المُعلن؟ من يُفترض عليه أن يعلن عن مرض خطير؟ لمن يرجع هذا الشرف المحزن؟ إن الإعلان عن مرض خطير يستوجب وضع تشخيص، لذا فإن هذا العمل الطبي لا يحق لأحد القيام به سوى الطبيب، ولو أن بعض الأطباء يرون أن صدمة الإعلان تكون أخف إذا تكفل بها أحد أفراد الأسرة، غير أن الأخذ بهذه الفكرة خطأ كبير، لأن الإعلان عن مرض خطير أمر جرح من الضروري أن يُكلف به من لا تربطه بالمريض علاقة عاطفية خاصة، بهذا يكون المُعلم الوحيد هو الطبيب.

يكون الإعلان الموجه إلى المرضى المشرفين على الموت أكثر صعوبة فهو يبعث بأكبر شحنة ضيق وحرغ لسببين: الأول هو عند الإعلان عن التشخيص تقترن بذلك مؤشرات التنبؤ (pronostic) التي غالبا ما تكون سيئة في حالة المرض الخطير، أما السبب الثاني فيتمثل في كون وضعية الإعلان هذه تواجه الطبيب بواقعين متناقضين: من جهة فهو يضع تشخيصا يدل على جدية معارفه الطبية، ومن جهة أخرى عليه أن يُعلم بعجز الطب الجزئي أو الكلي، عليه أن يقول أنه لا وجود لعلاج أكيد، بل سيجرب طرقا معينة، وأن النتائج ليست مضمونة، أي أنه لا علاج إلا ذلك الذي يؤخر المضاعفات.

\* عما يُعلن؟ ماذا سيقول المُعلن؟ الجواب واضح سيقول الحقيقة، لكن علينا أن نحدّد ما نعنيه بالحقيقة، فالحقيقة هي أن يقال بوضوح الاسم الدقيق للمرض. حين يقدم اسم المرض يسقط القناع ويبدأ الصراع، صراع يقوده كل من المريض والطبيب، من المؤكد أن استراتيجيات مكافحة تطور المرض تكون مقبولة أحسن لو كان العلاج المقترح مفسّر بدقة كما فُسّر المرض، كما أن إعطاء أسماء وتفسيرات للألام والأعراض تخفّف حدّة القلق من المجهول. بإعلام المريض فإننا سنلقي به في البئر، لذا علينا تفادي الإعلام الراجم كأن نلقي فجأة بالحقيقة في وجهه قبل أن يتوقعها، أو أن يكون الإعلام مغربلا إلى حد أنه يبعث بالقلق في نفسية المريض.

عندما ندلي بالتشخيص، فإن الإدلاء بالتنبؤ لا يليه حتما، إلا إذا طُرح السؤال من طرف المريض أو أسرته، فهنا لا نتحدث إلا بلفظ "من الممكن" أو بفرضيات للتأكيد على كون ما نقوله مبني على إحصائيات لا تنطبق حتما على المريض. إن الحالة الوحيدة التي يوجب فيها التحدث عن مآل المرض هي تلك التي تتطور بسرعة نحو الموت، والأفضل هنا أن يعلم المريض وأسرته في وقت واحد.

\* كيف نُعلن؟ وهل أسلوب الإعلام واحد وموحد؟

تكون الذهنية ساعة الإعلان عن التشخيص لدى كل من الطبيب والمريض مختلفة، فبالنسبة للمريض وأسرته فإن الكلمة التي سيسمعونها جديدة، أفاقها مفتوحة على فراغ أسود ينتظر الاكتشاف والتنظيم، في حين أن الطبيب بتلفظه لاسم المرض يعلم ما يحويه هذا الاسم، واليقين الذي يصحبه والاحتمالات غير الأكيدة والمقلقة التي يطرحها، للأول فهو الفراغ الكبير وللثاني فهو الأفق المحدود ولأجل هذه المفارقات يجب أن يكون حوار حقيقي بين الطرفين.

من الواضح أن هذا الزمن المهم من الصعب النجاح فيه، ومن الساذج الرغبة في اقتراح وصفات عجيبة المفعول، لذا لا يمكن تحديد طريقة مثلى للإعلان عن التشخيص، بهذا يكون الطبيب أمام تمرين صعب فهو يعلم أن بهذا الإعلان سيصدم، ويجرح ويهدم آمالا، ومن جهة أخرى بالرغم من هذا أو بسبب هذا عليه أن يواجه المريض بسلوك بناء مع ضرورة التزامه بالسكينة، فالآلام النفسية للطبيب يجب مداراتها لأنه باختياره لهذه المهنة فقد عرض نفسه يوميا لمعايشة معاناة الآخرين.

هناك حسب "دولابورت" (Delaporte) طرق لمقابلة الإعلان يجب إقصاءها، بحيث يمكننا تحديد سلوكين متعارضين لكن يؤديان إلى نفس النتيجة السيئة مع العلم أن مقابلة الإعلان لا يمكن استدراكها لأن زمنها فريد، فالحالة الأولى حين يكون الطبيب طبيبا بشكل مبالغ فيه، ثم الحالة الثانية حين يكون فظا، فكلتا الحالتين لا تسمح بانطلاق علاقة التبادل اللازمة لمعاش صحيح للمرض، يقترب من هذا السلوك أيضا مظهر الطبيب الحزين والمهيب، هذه الهيئة التي يراها الأطباء مناسبة إنما هي تعكس مدى ضيقهم، كما أنها تفصح عن خطورة الوضع قبل أن يُصرح به، عكس هذا فإن من الأطباء من يعمد إلى اللامبالاة والبرودة لإخفاء ضيقه.

\* متى يُعلن؟ أي من أين تبدأ الدقيقة الأبدية؟ إن التساؤل عن زمن الإعلان قد يبدو بلا معنى لكنه سيلعب الدور الأهم في كيفية إدراك ومعايشة المرض.

يتوقف سلم الزمن على متغيرين، الأول متعلق بالتشخيص: المتحقق منه أو الغامض والثاني متعلق بما يدركه المريض عن حالته. في الحالة الأولى عندما يكون التشخيص أكيدا بالنسبة للشخص الذي يشعر بأنه يحمل شيئا خطيرا هل علينا قول الحقيقة مباشرة؟

الإجابة هنا مرتبطة بعامل وجود أو عدم وجود علاج، إن في حالة وجود آمال علاجية مع احتمالات لكبح تطور المرض وحتى أمل الشفاء مثل ما هو الحال بالنسبة لبعض أنواع السرطان، هنا يكون الإعلام مباشرة ودقيقا، أما إذا انعدم العلاج، فالإسراع بالإعلام لا يكون مستحبا، فلا يُنصح به في المقابلة الأولى بل يتأنى الطبيب إلى أن يكون فكرة عن نفسية المريض.(C.Delaporte,2001)

#### 4- الطبيب وصعوبة الإعلان عن التشخيص:

نادرا ما نتحدث عن الطبيب وعن الإرهاق المهني الذي يعيشه في مهنته، وعن معاناته النفسية وشعوره بالوحدة ساعة الإعلان عن تشخيص المرض الخطير، الإعلان عن الانتكاسة، والإعلان عن توقيف العلاج الكيميائي وضرورة الاقتصار على مسكنات الألم. في هذا الجو المشحون بالانفعالات يمكننا تحديد بعض الصعوبات التي يعيشها الطبيب في مهمة الإعلان عن التشخيص:

\* صعوبة الإعلان: كيفما يكون الحال فإن الإعلان في جوهره يحمل شيئا من المستحيل، يفسر الطبيب الواقع الطبي وفقا لمعرفته العلمية ليوضح للمريض وجود مرض، مراحل تطوره، سبل العلاج ونتائجه المحتملة، لكن هذا الخطاب من المستحيل سماعه، خاصة إذا كان المرض غير قابل للشفاء، مع تنبؤ سيئ، يصاب به شاب كان حتى الآن في صحة جيدة، من المستحيل استيعاب ذلك، من المستحيل التفكير في واقع صاعق للمريض بهذه الدرجة، فكيف يمكن للطبيب التصريح به بطريقة مرضية؟

\* الإعلان حوار متناقض: يطلب المريض من الطبيب الحقيقة عن نتائج الفحوصات الطبية، وهو في هذا لا يتمنى الحصول إلا على أخبار سارة، ومن جهته يطلب الطبيب

من المريض أن يفهم ويستوعب تشخيصا صادما دون تعبير انفعالي. في هذا تكمن صعوبة هذا التبادل المتناقض الذي يضعهما فيه الإعلان، بالنسبة للطبيب أن يقول مالا يمكن سماعه، وبالنسبة للمريض أن يسمع مالا يمكن فهمه.

\* تأنيب الضمير: يمكن أن يحدث الإعلان بشكل سيئ وصادم بالنسبة للطبيب، سيذكر لمدة طويلة هذا الزمن الذي توقف، هذا الحوار الذي أخذ منعطفًا خاطئًا، سيذكر المعلومة التي نسي ذكرها، أو على العكس من ذلك سيذكر الحقيقة التي قالها حين كان عليه التريث. فعلى سبيل المثال أن لا يوضح الطبيب للمريض احتمالية الإبتكاس، هو مثال عن إعلان مبتور، لأن الطبيب ودون أي يشعر قد اختزل جزء المستحيل الذي لا يمكن قوله، وبفضل هذا السهو يتم الإعلان بصفة حسنة. لا يحدث شيء، لا قلق، لا دراما. ولكن بهذا أيضا لا تُنسج أية علاقة بين الطبيب والمريض، هناك إخراس لواقع من الصعب تغييره، يرجع إلى السطح بعنف مع أول مناسبة من خلال أسلوب التعبير الخاص بكل شخص.

\* جهل الطبيب لميكانزماته الدفاعية: حتى وإن كان من الصعب الاعتراف به، فإن الأطباء يشكلون ميكانزماتهم الدفاعية الخاصة، كالتقمص خاصة إذا كان هناك تشابه في المهنة أو في تاريخ الميلاد، أو الكذب عن السهو بإدعائه ضرورة الانتظار للحصول على النتائج النهائية الأمر الذي يمكنه من تأجيل لحظة قول الحقيقة، أو ميكانيزم الترشيح حين يستعمل الطبيب مصطلحات طبية غامضة يصعب على المريض فهمها، أو الهروب إلى الأمام حين يلقي الطبيب دفعة واحدة بكل الحقيقة الطبية، كأنه يتحرر من حمل ثقيل، أو حين لا يتوقف عن الكلام ليشتغل كل الفضاء حتى لا يبقى للمريض مجال للتعبير عن أي مطلب. (Ruszniewski, M. et Bouleuc, C, 2012)

\* الشعور بالوحدة: جزأ الباحثون الوحدة التي يشعر بها الطبيب إلى ثلاثة أزمنة: يتمثل الزمن الأول في وحدة المعرفة بمعنى أن الطبيب وحده من يعلم بالتشخيص، بمدى احتمالية الخطورة، بالمضاعفات المحتملة، ويعلم أحيانا بدنو الأجل وهذا حمل ثقيل يعيشه الطبيب في وحدة، ثم الزمن الثاني هو زمن إعلان ساعة الوفاة، في الوقت الذي تتم فيه هذه الوظيفة الرمزية بدون أية كلمة يكون الشعور بالوحدة في قمته، أن يدخل الطبيب غرفة محتضر حيث لا يوجد أي فعل تقني عليه القيام به، لا

تشخيص، لا علاج، أحيانا لا يوجد أي تبادل لفظي، يدخل الغرفة لمجرد كونه طبيب عليه أن يقوم بمهمته الأخيرة. أما الزمن الثالث فيتمثل في وحدة ناتجة عن عدم العلم بكيفية العمل في شبكات في فرق متعددة التخصصات التي تعتبر الحل الأمثل للخروج من شعور الوحدة. (Schaerer, R et al, 2002)

\* مواجهة عدوانية المريض وأسرتة: يظهر المريض وأسرتة عدوانيتهم من خلال الشك، الانتقادات، الشكاوى، اللوم، الاعتراضات، الاتهامات، المطالب المبالغ فيها، بحيث اعتبر "روسزنوسكي" (M.Ruszniewski, 1995) هذا "الإسقاط العدواني" أحد أشكال الثورة ضد المرض وتطوره الحتمي، الذي يتحمل مسئوليته الأطباء.

تكون عدوانية المرضى مؤلمة بالنسبة للأطباء، لكن الأصعب هو التحمل اليومي لعدوانية الأسر. (Richard, M-S, 2004)

\* الحاجة إلى تكوين خاص: يرى "بيرو" (Béraud, C. 200) أن تكوين الأطباء الجامعي المتمركز حول المرض يجعلهم يتواجدون حيث العلاج، لذا يبرز المشكل حين لا يكون هناك دواء للعلّة، لأنهم لم يكونوا مهنيين من خلال تكوينهم النظري والتطبيقي لتحليل ووضع مسافة بينهم وبين هذه الظواهر النفسية التي تصبغ معاشهم اليومي، لم يتلقوا عملا تحسيسيا حول كيفية الإصغاء للمعاناة، كما لم يتعلموا كيف سيكون وقع هذه الظواهر على ديناميكية العلاقة طبيب- مريض. (Brocq, H.2008)

##### 5- التكوين:

ما نوع هذا التكوين الذي يهيأ لمواجهة صدمة الحياة التي تسائل الكائن البشري في جوهره، مانوع هذا التكوين الذي يزود الطبيب بما يؤهله للنجاح في مقابلة الإعلان؟

لقد بينت دراسات برخوف (Berkhof, 2011) أن التدخلات الأكثر نجاعة هي التدخل من خلال لعب الدور، والنقاشات في الأفواج الصغيرة، شريطة أن تدوم على الأقل يوما بكامله وأن تتمركز حول المتعلمين، بحيث تدور حول انشغالهم، تساؤلهم، والمواقف العلاجية المعاشة، كما يرى آخرون أن الحل يكمن في العمل بشكل وثيق مع المختصين النفسانيين للتوصل إلى إيجاد استراتيجيات لمواجهة معاناة المرضى ومواجهة قلق الموت.

وإن لم تكن هناك وصفات محددة لطريقة الإعلان إلا أن هناك بعض المحاولات لوضع بروتوكولات للإعلان، منها النموذج الإنجليزي (Le Spikes) الذي عرض فيه (Baile & Anderson, 2010; Baile et al., 2000) المحاور الأساسية للإعلان عن خبر سيئ:

1- الإطار (Cadre): أن يختار الطبيب الغرفة المريحة أكثر، الترتيب لعدم الإزعاج، التفكير في الكلمات المناسبة التي سيقولها والتي سيتجنبها، يمكن عمليا توفير مناديل فهذا مثلا من التفاصيل المفيدة بقدر الإمكان، أن يشجع الطبيب مريضه على أن يحظر المقابلة برفقة فرد من الأسرة أو صديق مقرب، يجب أن يكون على دراية تامة بالملف الطبي وأن يأخذ بعض الثواني للتنفس وللتحضير النفسي. في بداية المقابلة عليه أن يقدم نفسه إن كان لا يعرف المريض أو أسرته، وأن يخلق جوا دافئا.

2- الإدراك (Perception): المرحلة الثانية هي التقصي عن إدراك المريض لمريضه، على الطبيب أن يطرح أسئلة مفتوحة ليتمكن من فهم مدى معرفة المريض بحالته الصحية لكي يكيف خطابه وفقا لذلك، فبعض المرضى لا يكون لهم أية فكرة عن خطورة مرضهم، بينما يكون البعض الآخر على دراية تامة بما ينتظرهم وعلى إطلاع بالإحصائيات الخاصة بمتوسط العمر المتوقع والمرتبط بالمرض.

3- الدعوة (Invitation): يدعو الطبيب مريضه لأن يخبره عن ما يرغب في معرفته، هل يرغب في قليل أو كثير من المعلومات، ومن أي ناحية من نواحي المرض؟

4- المعرفة (Connaissance): تشمل هذه المرحلة على إعلام المريض بالخبر السيئ، قبل هذا من الضروري أن يبدأ الطبيب بإخبار مريضه بأنه سيعلمه بخبر سيئ، لأن الإعلان في حد ذاته يجب أن يتم على مراحل وليس دفعة واحدة، بلغة واضحة ومفهومة، دون أن يبحث الطبيب عن كلماته، وخلال مراحل الإعلان هذه على الطبيب أن يتحقق من أن المريض قد فهم كل ما قيل له، بحيث يأخذ الوقت اللازم للإجابة على أسئلة المريض.

5- التعاطف (Empathie): بعد الإعلان يجب توقع ردة الفعل الانفعالية للمريض كالحزن أو الغضب، على الطبيب أن يستجيب لها بطريقة متعاطفة.

6- التركيب (Synthèse): المرحلة الأخيرة هي تركيب كل ما قيل، يجب التأكد مجدداً من أن المريض قد فهم ما قيل له، الأمر الذي لا يكون سهلاً في سياق محمل بهذا القدر من الشحنات الانفعالية، بعدها يوصي الطبيب بالعلاج المناسب مع مناقشة كل الخيارات البديلة الممكنة. في الأخير يتأكد من عدم اعتراض المريض على الحل المختار، ثم تغلق المقابلة بتحديد وتيرة المواعيد القادمة، وإعلام المريض عن إمكانية الاتصال بالطبيب أو بأحد من الفرقة إذا لزم الأمر. (Lelorain, S et Sultan, S : 2012)

وأخيراً كما في كل علاقة إنسانية على الطبيب في علاقته بالمريض أن يتعلم تدريجياً كيف يوازن بين أن يقول دون أن يقول، بين ترك الأمل دون الكذب، وبين التعاطف دون الاحتراق.

## المراجع:

- 1- Brocq, H.(2008): Ethique et annonce de diagnostic. Informer ou l'art de mettre les formes, Le journal des psychologues, n 259, p65-69
- 2- Delaporte, C.(2001):Dire la vérité au malade , édition Odile Jacob, Paris
- 3- Falcon,N. (2002): la relation soignant/soigné, nouveaux cahiers de l'infirmière, 2eme édition, Masson, paris.
- 4- Manoukian,A. et Massebeuf, A. (2001): La relation soignant soigné, édition Lamarre; Paris.
- 5- Marzano, M.( 2006): je consens donc je suis, Paris, PUF.
- 6- Lelorain, S. et Sultan, S.(2012): La communication dans la relation de soin : rôle du psychologue », in Serge Sultan et al., Psychologie de la santé, Presses Universitaires de France « Licence », p. 175-196.
- 7- Le Coz, P,(2012): Le rapport du soignant à la mort. Approche philosophique et éthique », in Emmanuel Hirsch, Fins de vie, éthique et société, ERES « Poche Société », p. 35-42.
- 8- Razavi, D et Delvaux, N (1998): La prise en charge médico- psychologique du patient cancéreux, Masson, Paris
- 9- Richard, M-S. (2004): Soigner la relation en fin de vie , familles, malade, soignants, Dunod, Paris.
- 10- Ruzniewski, M. et Bouleuc, C.(2012), L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale épreuve pour le malade, défi pour le médecin, Laennec, Tome 60, p. 24-37.
- 11- Schaerer, R. et al,(2002): La solitude en fin de vie, Laennec, Tome 50, p. 27-38