

Aleksandra Wieczorek¹, Agnieszka Fusińska-Korpik^{1,2}, Łukasz Cichocki^{1,2}

Program edukacyjny „Kontakt w leczeniu” – opis, cele, podstawy teoretyczne

Educational program “Communication in the Treatment Process” – description, goals, and theoretical background

¹ Ośrodek Edukacji, Badań i Rozwoju, Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie, Kraków, Polska

² Katedra Psychiatrii, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków, Polska

Adres do korespondencji: Agnieszka Fusińska-Korpik, ul. Łokietka 154N/2, 31-334 Kraków, e-mail: afusinska-korpik@afm.edu.pl

Streszczenie

Efektywna komunikacja medyczna jest niezwykle ważnym aspektem medycyny zorientowanej na pacjenta. Pozwala na osiągnięcie lepszych rezultatów leczenia, a w przypadku pacjentów doświadczających problemów natury psychicznej ma kluczowe znaczenie. Badania jednoznacznie wskazują, że jakość komunikacji to podstawowy element świadczeń medycznych, który nie tylko wpływa na zadowolenie pacjentów, ale także może zmniejszać ryzyko wypalenia zawodowego wśród personelu mającego kontakt z chorymi. Poczucie wzajemnego zrozumienia przekłada się na zaufanie i przyczynia do bardziej skrupulatnego przestrzegania zaleceń lekarskich. Biorąc pod uwagę współpracę całego personelu medycznego i niemedycznego, wysoka jakość komunikacji redukuje ryzyko napięć i konfliktów, zmniejsza też liczbę skarg zgłaszanych przez pacjentów. Zarówno wyniki badań, jak i doświadczenia własne wskazują, że osoby z zaburzeniami psychicznymi często czują się niezrozumiane, stygmatyzowane czy ignorowane przez personel placówek ochrony zdrowia. Bazując na powyższych założeniach, eksperci Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie opracowali autorski program „Kontakt w leczeniu”. Został on zrealizowany w 2018 roku ze środków Ministerstwa Zdrowia i objął ponad 2500 profesjonalistów w województwach małopolskim i podkarpackim. Celem projektu było podniesienie kompetencji komunikacyjnych personelu medycznego i niemedycznego w kontakcie z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi. Autorzy artykułu szczegółowo opisują założenia teoretyczne, cele i przebieg programu.

Słowa kluczowe: edukacja, komunikacja medyczna, zaburzenia psychiczne

Abstract

Effective medical communication is an extremely important aspect of patient-centered medicine. It allows for achieving better treatment outcomes and is of key importance in the case of patients experiencing mental problems. Research clearly indicates that the quality of communication is a fundamental element of medical services, which not only affects patient satisfaction, but can also reduce the risk of burnout among staff who have contact with patients. A sense of mutual understanding translates into trust and contributes to more conscientious adherence to medical recommendations. Considering the cooperation of all medical and non-medical personnel, high-quality communication reduces the risk of tensions and conflicts, as well as the number of complaints reported by patients. Both research findings and our own experience show that individuals with mental disorders often feel misunderstood, stigmatised, or ignored by healthcare personnel. Based on the above assumptions, the experts from Józef Babiński Specialist Hospital in Kraków developed their own program entitled “Communication in the Treatment Process.” It was implemented in 2018 by the Ministry of Health among over 2,500 professionals in the Małopolskie and Podkarpackie provinces. The aim of the project was to improve the communication skills of medical and non-medical personnel in the context of communication with patients with mental disorders. The paper describes in detail the theoretical background, the goals, and the course of the program.

Keywords: education, medical communication, mental disorders

WSTĘP

Zagadnienia związane z komunikacją medyczną, przez wiele lat pomijane i niedoceniane zarówno w procesie kształcenia profesjonalistów, jak i w codziennej praktyce klinicznej, doczekały się ostatnio większego zainteresowania. Stają się coraz bardziej obecne w szkoleniu uniwersyteckim i podyplomowym lekarzy oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych (Małecki *et al.*, 2017). Liczne badania przeprowadzone w minionych dekadach niezbicie wskazują, że odpowiednia komunikacja jest jednym z najistotniejszych czynników wpływających na rezultaty leczenia. Anna Zembala (2015, s. 35) pisze, że „efektywna komunikacja lekarza z pacjentem wiąże się z lepszymi wskaźnikami zdrowia somatycznego, psychicznego i społecznego. Jest jedną z ważniejszych zmiennych mających wpływ na proces powrotu do zdrowia pacjenta, a także zapobieganie nawrotowi choroby”. Znajduje to potwierdzenie w wynikach różnych badań, na które powołują się autorzy artykułu *Medical communication: a core medical competence* (Jankowska i Pasierski, 2014). Piszą oni, że chorzy mający poczucie dobrego kontaktu ze swoimi lekarzami nie tylko są bardziej zadowoleni z terapii, ale również łatwiej zdrowieją i lepiej funkcjonują. Dzieje się tak, ponieważ lekarze z wysoko rozwiniętymi umiejętnościami komunikacyjnymi potrafią identyfikować problemy pacjenta i w razie potrzeby odpowiednio modyfikować postępowanie. Coraz więcej pracowników ochrony zdrowia ma świadomość, że brak dobrej współpracy między lekarzem, pielęgniarką czy innym przedstawicielem personelu a chorym prowadzi do gorszych rezultatów leczenia. Nawet najdroższe leki czy najnowsze technologie medyczne niewiele zdziałają, jeśli zabraknie ludzi zaangażowanych w pomoc cierpiącemu pacjentowi.

Sam fakt, że lekarz, korzystając z narzędzi medycyny opartej na dowodach (*evidence-based medicine*, EBM), wybierze dla chorego najskuteczniejszą terapię, nie gwarantuje jeszcze wyników zgodnych z oczekiwaniami. Może się bowiem zdarzyć, że po wyjściu z gabinetu lekarskiego pacjent albo nie zrealizuje recepty, albo nie zacznie przyjmować zakupionego leku, bo zaniepokoją go i zniechęcą informacje znalezione w ulotce albo w internecie. Ma to rozległe konsekwencje zarówno dla chorego, jak i dla lekarza oraz całego systemu opieki zdrowotnej. Przykładowo pacjent z nadciśnieniem tętniczym, który nie podejmie leczenia w odpowiednim czasie, ryzykuje wystąpieniem powikłań długotrwanie utrzymującego się podwyższonego ciśnienia krwi. W dłuższej perspektywie zaniedbanie terapii może sprawić, że chory będzie wymagał przewlekłej, intensywnej i bardzo kosztownej opieki, przykładowo z powodu udaru mózgu.

Wysokie umiejętności komunikacyjne są ważne również dla samego lekarza. Wyniki badań pokazują bowiem, że profesjonaliści, którzy umieją efektywnie kontaktować się z pacjentami, rzadziej doświadczają wypalenia zawodowego,

są mniej zestresowani i czerpią więcej satysfakcji z wykonywanej pracy (Suchman *et al.*, 1993).

Dzięki prowadzonym badaniom i zebranemu doświadczeniu klinicznemu można zaobserwować zmiany w sposobie komunikacji między pracownikami ochrony zdrowia a chorymi. Dehumanizujący model biomedyczny jest powoli zastępowany przez medycynę zorientowaną na pacjenta. W praktyce polega to na odchodzeniu od tradycyjnego modelu relacji lekarz–pacjent, czyli modelu autorytarnego lub paternalistycznego, na rzecz modelu partnerskiego czy systemowo-partnerskiego. W modelach wywodzących się z paradygmatów biomedycznych to lekarz – w związku ze swoimi kompetencjami i wiedzą – podejmował decyzje dotyczące zdrowia pacjenta, a komunikacja przebiegała jednokierunkowo i często sprowadzała się do przekazania choremu skąpych informacji o rozpoznaniu czy stosownych zaleceń. W nowych modelach komunikacji, które uwzględniają również inne wymiary zdrowia człowieka: psychologiczny, socjologiczny i ekologiczny, lekarz pozostaje ekspertem, nie ogranicza się jednak do wymiaru biomedycznego. Bierze pod uwagę podmiotowość chorego, którego traktuje holistycznie, uwzględniając wszystkie wyżej wymienione aspekty. Środkiem do realizacji celu jest tu odpowiednia komunikacja – musi ona przebiegać dwukierunkowo albo wręcz cyrkularnie, ze względu na istotną rolę rodziny pacjenta w modelu systemowo-partnerskim (Jarosz *et al.*, 2012; Zembala, 2015). Wymaga to od profesjonalistów odpowiednio wysokich kompetencji komunikacyjnych.

Obserwacje poczynione na świecie prowadzą do zmian także w warunkach polskich. Jak już wspomniano, możliwość współdecydowania przez pacjenta o strategiach leczenia korzystnie wpływa na proces powrotu do zdrowia (Stewart *et al.*, 2003). Natomiast brak możliwości wyboru metody terapeutycznej to jeden z częstych powodów, z których chorzy zmieniają lekarza (Greenfield *et al.*, 1985). Prawo do współdecydowania o swoim leczeniu pacjent „nabywa” właśnie w modelach, które zakładają partnerski układ między nim a profesjonalistą. Oznacza to, że wybierając metodę terapii, lekarz traktuje pacjenta indywidualnie i uwzględnia nie tylko samą jednostkę chorobową, ale również wiedzę danej osoby o chorobie i możliwościach leczenia oraz zasoby (finansowe, rodzinne, zawodowe), którymi dysponuje chory. Wymaga to od lekarza odpowiednich umiejętności komunikacyjnych. Skargi zgłaszane przez pacjentów częściej dotyczą braku kompetencji komunikacyjnych niż braku wiedzy lub kompetencji profesjonalnych – rozumianych tradycyjnie, czyli nieuwzględniających komunikacji jako składowej profesjonalizmu (Kaplan *et al.*, 1989). Zostało to dostrzeżone przez ośrodki akademickie kształcące nowe pokolenia lekarzy. W rezultacie komunikacja medyczna nauczana jest tam na równi z innymi przedmiotami: chorobami wewnętrznymi, pediatrią lub chirurgią (Małecki *et al.*, 2017).

Wyniki badań i praktyka kliniczna wskazują, że pacjenci z zaburzeniami psychicznymi często doświadczają problemów w komunikacji z lekarzami czy pielęgniarkami, co jest

częścią stygmy zaburzeń psychicznych w ochronie zdrowia (*mental illness-related stigma in health care*) (Henderson *et al.*, 2014; Knaak *et al.*, 2017). Objawy zaburzeń psychicznych, przykładowo wycofanie i nieufność, mogą być przyczyną dodatkowych trudności komunikacyjnych (Biegański i Tudorowska, 2016). W zależności od rodzaju i celu kontaktu istotne są zrozumienie potrzeb pacjenta, dostosowanie komunikatów do jego możliwości rozumienia czy akceptacja jego sposobu funkcjonowania (Wilczek-Rużyczka, 2007). W opiece psychiatrycznej kontakt terapeutyczny jest wyjątkowo ważny, ale znajomość technik komunikacji pomocnych w kontakcie z osobami doświadczającymi zaburzeń psychicznych może ułatwić także diagnostykę i leczenie chorób somatycznych (choćby dzięki lepszemu rozumieniu zgłaszanych dolegliwości).

Wobec zmieniających się paradygmatów współczesnej medycyny niezbędne staje się podnoszenie kompetencji komunikacyjnych pracowników ochrony zdrowia przez odpowiednie programy szkoleń podyplomowych. Możliwość taką dawał projekt „Kontakt w leczeniu”¹, bazujący na podstawowych założeniach medycyny zorientowanej na pacjenta, czyli zrozumieniu i wzajemnym szacunku. Głównym celem programu było rozwijanie kompetencji komunikacyjnych pracowników opieki zdrowotnej.

PROJEKT

Program został opracowany w 2017 roku przez zespół ekspertów – psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów – ze Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie. Zyskał akceptację Ministerstwa Zdrowia, a jego realizację w 2018 roku sfinansowano ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. Łącznie przeszkolono ponad 2500 osób w województwach małopolskim i podkarpackim.

Autorzy programu wyszli z założenia, że dla osób mających w pracy kontakt z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi największe znaczenie będą mieć części praktyczna szkolenia i możliwość zdobycia nowych doświadczeń, zarówno na poziomie poznawczym, jak i emocjonalnym. Ponieważ szkolenie dotyczyło szczególnej grupy pacjentów, przyjęto, że niezbędne jest zapoznanie uczestników nie tylko z zagadnieniami odnoszącymi się do teorii komunikacji, ale również z podstawowymi informacjami na temat zaburzeń psychicznych. Wyjściowo program szkoleń składał się z dwóch bloków po 4 lub 8 godzin – w zależności od czasu trwania całego szkolenia. Początkowo szkolenia jednodniowe miały być przeznaczone dla pracowników niemedycznych, czyli farmaceutów oraz sekretarek i pracowników rejestracji medycznej, natomiast dwudniowe – dla przedstawicieli zawodów medycznych, czyli lekarzy i pielęgniarek. Z czasem założenia uległy pewnym przekształceniom.

Grupa odbiorców znacznie się powiększyła i objęła wiele kolejnych zawodów medycznych i niemedycznych: fizjoterapeutów, sanitariuszy, logopedów, terapeutów zajęciowych, pracowników socjalnych, asystentów rodziny, kuratorów sądowych, funkcjonariuszy policji i innych². W związku z poszerzeniem grupy docelowej większość szkoleń odbywała się w grupach mieszanych, złożonych z przedstawicieli różnych zawodów. Dokładano wszelkich starań, aby grupy były jak najmniej heterogeniczne (np. łączono pracowników służb mundurowych). Wyjątek stanowiły szkolenia realizowane w placówkach zajmujących się opieką nad osobami z zaburzeniami psychicznymi. Ze względu na specyfikę omawianych problemów, na które wpływać mogą relacje między pracownikami i sposób zarządzania placówką, oddziaływaniami obejmowano cały zgłoszony personel. Zajęcia miały charakter wykładowo-warsztatowy, przy czym część wykładową starano się ograniczyć do niezbędnego minimum. Podkreślić należy, że zajęcia dwudniowe, które zapewniały więcej czasu na pracę warsztatową, preferowane były zarówno przez uczestników, jak i przez wykładowców.

W trakcie opracowywania programu szkolenia bazowano na doświadczeniu edukacyjnym ośrodków akademickich szkolących studentów medycyny i organizatorów szkoleń podyplomowych – kursów psychoterapeutycznych. Cenne uzupełnienie wiedzy i praktyki pracowników szpitala stanowiła współpraca z Zakładem Dydaktyki Medycznej (ZDM) Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Umożliwiła ona połączenie eksperckiej wiedzy z obszaru psychiatrii i psychoterapii z nowoczesnymi metodami edukacyjnymi, jakimi są praca z symulowanym pacjentem i wykorzystanie materiałów audiowizualnych.

OPIS SZKOLENIA

Jak wspomniano powyżej, szkolenie trwało jeden lub dwa dni, w zależności od potrzeb i grupy zawodowej. Wersję jednodniową zaplanowano dla profesjonalistów, którzy mają mniejszy kontakt z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi, a więc dla farmaceutów czy pracowników rejestracji. Wersja dwudniowa, pierwotnie przewidziana dla lekarzy i pielęgniarek, została zmodyfikowana i dostosowana do potrzeb różnych grup zawodowych biorących udział w projekcie. Dostosowanie polegało przede wszystkim na właściwym zaprojektowaniu warsztatów, tak aby odpowiadały one potencjalnym doświadczeniom uczestników. O ile w przypadku elementów mniej ustrukturyzowanych (takich jak dzielenie się własnym doświadczeniem) było to zadanie stosunkowo proste, o tyle w przypadku pracy z symulowanym pacjentem/klientem każdorazowo dokonywano analizy i ewentualnej modyfikacji treści scenariuszy pod kątem specyfiki grupy. Zarówno zgłaszające się placówki, jak

¹ Pełna nazwa projektu: „Szkolenia personelu medycznego i niemedycznego mającego kontakt z pacjentami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne oraz rodzinami pacjentów”.

² Pełny wykaz zawodów, których przedstawiciele mogli wziąć udział w projekcie, jest dostępny na stronie www.kontaktwleczeniu.pl.

i pojedynczy uczestnicy mieli możliwość wyboru rodzaju szkolenia po zapoznaniu się z programem. O wyborze często decydowało nie samo wykształcenie, ale doświadczenie i potrzeby uczestnika (dotyczyło to m.in. psychologów reprezentujących różne sektory opieki zdrowotnej). Treści szkolenia nie różnicowano pod względem stylów komunikowania się.

Na początku szkolenia prowadzący i członkowie grupy przedstawiali się sobie nawzajem, odbywała się też część formalna związana z ewaluacją projektu. Następnie przystępowano do pierwszego ćwiczenia, roboczo zatytułowanego „Mówię – słucham”.

MÓWIĘ – SŁUCHAM

Opracowując tę część warsztatu, bazowano na ćwiczeniu wykorzystywanym w brytyjskim systemie szkolenia lekarzy i pielęgniarek. W czasie krótkiego i prostego eksperymentu „Mówię – słucham” każdy z uczestników może osobiście doświadczyć, czym jest komunikacja, zwłaszcza ta niewerbalna. Moi Ali, autorka serii artykułów *Communication skills*, w części zatytułowanej *Non-verbal communication* podkreśla, że każda interakcja między ludźmi jest komunikacją (Ali, 2018a). Będąc z inną osobą, świadomie lub nieświadomie przekazujemy jej wiadomość. W komunikacji medycznej szczególnie ważne jest uświadomienie sobie, co jako pracownicy ochrony zdrowia komunikujemy pacjentowi oraz jak nasze zachowanie i postawa wpływają na jakość komunikacji (Ali, 2018b).

Ćwiczenie wykonywane było w parach. Każdy uczestnik miał do odegrania trzy rodzaje scenek, przy czym trzy razy należało zagrać lekarza lub własną rolę zawodową, a trzy razy – pacjenta. W pierwszej scenie pacjent przychodził do profesjonalisty i zgodnie z instrukcją usiłował opisać pomieszczenie, w którym się znajduje. Profesjonalista bardzo skrupulatnie notował, co druga osoba mówi, ale nie nawiązywał żadnego innego kontaktu. W drugiej scenie pacjent zachowywał się tak samo jak w pierwszej, natomiast profesjonalista był chaotyczny, wstawał z krzesła, chodził po pomieszczeniu, zaglądał do wymagowanej szafy, odbierał telefon, szukał czegoś w plecaku. Ostatnia scenka polegała na uważnym, empatycznym słuchaniu przez lekarza treści wypowiedzianych przez pacjenta, ale bez zadawania pytań czy komentowania. Po krótkiej przerwie na zanotowanie własnych refleksji następowała zamiana ról.

Po całym ćwiczeniu, trwającym maksymalnie 10–15 minut, uczestnicy dzielili się odczuciami z poszczególnych sytuacji i refleksjami na temat możliwych konsekwencji różnych stylów komunikowania się. W odniesieniu do profesjonalisty zamkniętego (scenka pierwsza) i chaotycznego (scenka druga) przeważały uwagi krytyczne. W przypadku pracownika zamkniętego często zwracano uwagę na poczucie bycia lekceważonym, zagubienie, złość, trudność w nawiązaniu kontaktu i niepewność. Jednak dla niektórych osób była to sytuacja komfortowa i bezpieczna – miały one poczucie, że dzięki skrupulatnemu notowaniu nic nie zostanie

pominięte, a postawa profesjonalisty pomogła im opanować lęk towarzyszący osobistemu kontaktowi. W przypadku pracownika chaotycznego zdecydowanie dominowały złość, przekonanie o niekompetencji rozmówcy i świadomość marnowania czasu, co zwykle całkowicie zniechęcało do mówienia. Pracownik empatyczny (scenka trzecia) zbierał najwięcej pochwał, ale występowało tu również ryzyko nadmiaru – nienaturalności, przesadnego wpatrywania się w oczy etc. Niekiedy obie strony podkreślały ograniczenie polegające na braku informacji zwrotnej.

Ćwiczenie to pozwalało nie tylko wprowadzić element zabawy, rozluźnienia i rozgrzewki, ale także zobaczyć, jak silne emocje mogą się pojawić w krótkim czasie w zależności od stylu komunikacji i jak znacząco mogą wpłynąć na dalsze relacje. Ciekawe były obserwacje związane z treścią wypowiedzi pacjentów, która z założenia miała być powtarzalna i neutralna emocjonalnie. Chaotyczny pracownik zniechęcał do mówienia, a zamknięty często skłaniał do „suchych” wypowiedzi skupionych na detalach („białe ściany”, „żółte lampy”). Z kolei empatyczna postawa pracownika nierzadko sprawiała, że pacjent wplatał w opis pomieszczenia treści zabarwione emocjonalnie („przytulne”, „sympatyczne”, „ciepłe”, „zimne”).

DOŚWIADCZENIA WŁASNE – ODGRYWANIE RÓL

Po omówieniu ćwiczenia „Mówię – słucham” uczestnicy byli proszeni o ponowne podzielenie się w pary, ewentualnie w 3–4-osobowe grupki. Teraz zadanie polegało na odegraniu scenki z własnego życia zawodowego, pokazaniu jakiejś sytuacji trudnej z komunikacyjnego punktu widzenia. Najpierw uczestnik opisywał koleżde/koleżance z pary lub zespołu konkretnego pacjenta i problem, czyli krótko przedstawiał, na czym polegała trudność i co się nie udało. Następnie wcielał się w rolę swojego pacjenta, a zadaniem kolegi/koleżanki była próba podjęcia konstruktywnego działania w roli profesjonalisty.

Dość często nie udawało się odegrać scenki zgodnie z instrukcją – wykonanie ćwiczenia sprowadzało się do opisu trudnych sytuacji i rzeczywistości, w jakiej przyszło pracować osobom szkolonym. Mimo to ćwiczenie miało sporą wartość. Szkoleni dostrzegali, że zajęcia nie są oderwane od codziennej praktyki zawodowej. Wspólne omawianie trudnych sytuacji, z którymi się mierzyli i wobec których nierzadko byli bezradni, dawało poczucie siły tkwiącej w grupie. W toku dyskusji niejednokrotnie udawało się znaleźć rozwiązania, które wcześniej nie przychodziły uczestnikom do głowy. W wielu przypadkach nie był to wynik aktywności prowadzących, lecz rezultat wymiany doświadczeń między szkolonymi. Jako osoby nie tylko projektujące szkolenia, ale także szkolące mieliśmy wówczas poczucie głębokiego sensu wspólnej refleksji, której z reguły towarzyszyło wsparcie emocjonalne.

Szkoleni i szkolący tworzyli razem swoistą grupę superwizyjno-balintowską. Część superwizyjna polegała na wskazywaniu wcześniej niedostrzeganych aspektów rzeczywistości

i lepszym rozumieniu osób zaangażowanych w trudne sytuacje komunikacyjne (pacjentów/klientów i członków ich rodzin oraz profesjonalistów, ich przełożonych i współpracowników). Część balintowska dawała możliwość „zwentylowania”, czyli odbarczenia emocjonalnego, ujawnienia swoich uczuć w atmosferze akceptacji. W różnych grupach różnie kształtowały się proporcje powyższych elementów. W zespołach mniej przeciążonych i bardziej otwartych na refleksję przeważała część superwizyjna. Kiedy zaś prowadzący mieli poczucie ogromnego przeciążenia emocjonalnego czy wręcz wypalenia zawodowego szkolonych, dominowała część balintowska.

W przypadku osób, którym udało się odegrać rolę swojego pacjenta, możliwe były pogłębiona refleksja nad emocjami pojawiającymi się w relacji oraz lepsze zrozumienie zachowań obu stron. Doświadczenie to jest potencjalnie istotnym czynnikiem modyfikującym postawy profesjonalistów, pomaga bowiem uzyskać wgląd w perspektywę poznawczą i emocjonalną pacjenta.

Relatywnie krótkie ćwiczenie (trwające około 15–20 minut) dostarczało materiału do pracy właściwie na cały pozostały czas szkolenia. Nawet na późniejszych etapach warsztatów – w trakcie ćwiczenia z symulowanym pacjentem, przekazywania materiału teoretycznego czy oglądania filmów – można było się odnosić do opisanych/odegranych sytuacji z praktyki zawodowej uczestników.

SYMULOWANY PACJENT

W czasie szkoleń dwudniowych blok poświęcony porozumiewaniu się z osobami, które doświadczają różnorodnych zaburzeń psychicznych, obejmował pracę z symulowanym pacjentem (SP). Jest to metoda bazująca na założeniach teoretycznych nauczania przez doświadczenie (*experiential learning*) w bezpiecznych warunkach laboratoryjnych. Jak piszą autorzy artykułu *Wprowadzenie całościowego kursu komunikacji medycznej dla studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum*, praca z SP umożliwia ćwiczenie umiejętności klinicznych i analizę konsekwencji konkretnych zachowań (Małecki *et al.*, 2017, s. 78). Rozwija aspekt emocjonalny i poznawcze opracowanie treści komunikacji, a także wspiera umiejętności obserwacyjne.

W ramach projektu „Kontakt w leczeniu” praca z SP polegała na przygotowaniu aktorów odgrywających role pacjentów psychiatrycznych na podstawie specjalnie opracowanych scenariuszy, odnoszących się do typowych problemów, z którymi stykają się pracownicy szeroko rozumianej ochrony zdrowia. Zgodnie z zaleceniami Małeckiego i wsp. (2017) scenariusze skonstruowano tak, by zawierały momenty zwrotne, w których dalszy przebieg wydarzeń zależy od zachowania uczestnika szkolenia (przykładowo zachowanie to nasila niepokój pacjenta lub przeciwnie – sprawia, że pacjent się uspokaja).

Poprzez pracę z SP trenowano głównie umiejętność dostrzegania zaburzeń psychicznych u osób spotykanych

podczas codziennej praktyki. Dodatkowo ćwiczone takie sposoby komunikacji, które umożliwiają optymalną realizację konkretnego zadania (zbadanie chorego, przeprowadzenie EKG czy wykonanie iniekcji) – realizacja rutynowych obowiązków bywa bowiem utrudniona ze względu na zaburzenia psychiczne niektórych pacjentów. Praca z SP służy przetrenowaniu różnych możliwych zachowań, tak aby każdy uczestnik znalazł najefektywniejsze formy komunikacji. Opisywana forma nauki rekomendowana jest jako szczególnie skuteczna w nauczaniu komunikacji medycznej (Silverman *et al.*, 2013), co potwierdzają wyniki ewaluacji projektu – uczestnicy szkoleń wyjątkowo wysoko ocenili właśnie to doświadczenie.

SZKOLENIE TEORETYCZNE

Program szkolenia obejmował dwa bloki teoretyczne. Pierwszy, dotyczący komunikacji, odbywał się po ćwiczeniu z odgrywaniem ról i miał formę krótkiego wykładu prezentującego podstawowe definicje. Bazowano tu na podręczniku *Komunikacja z pacjentem* Marty Makary-Studzińskiej (2012), który każdy z uczestników otrzymywał wraz z kompletem materiałów³ opracowanych przez autorów szkolenia. Blok o komunikacji prowadzony był przez psychologa/psychoterapeutę.

Ponieważ kluczowe znaczenie w komunikacji z pacjentem ma doświadczenie emocjonalne, powyższe informacje uzupełniono o czteropłaszczyznową teorię komunikacji, którą zaproponował Friedemann Schulz von Thun (2007). Zakłada ona, że komunikacja odbywa się nie tylko na płaszczyźnie rzeczowej (czyli nie jest jedynie wymianą informacji), ale również, a może przede wszystkim, na płaszczyźnie potrzeb, ujawniania siebie oraz relacji i związanej z nią wymiany emocjonalnej. Niewerbalne aspekty komunikacji bywają mocno niedoceniane, zwłaszcza w odniesieniu do komunikacji na linii pacjent–lekarz, która cechuje się dużym nasyceniem informacyjnym. Mimika twarzy, gestykulacja, ton głosu to ważne elementy komunikacji niewerbalnej, będące odbiciem stanu emocjonalnego. Umiejętność rozoznania własnych emocji i prawidłowego odczytania emocji drugiej osoby jest niezwykle istotna w kontakcie z każdym człowiekiem, w szczególności zaś z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi. Tutaj bowiem w ekstremalnych sytuacjach – do których należą ostra psychoza czy mutyzm – może pojawić się trudność z wymianą informacji w formie słów, dlatego niezbędna jest umiejętność korzystania z innych kanałów komunikacyjnych. W przeciwnym razie mogą powstać brzemienne w skutkach nieporozumienia. Kluczowa jest świadomość, że to, co zostało powiedziane, i to, co zostało usłyszane, zależy od płaszczyzny, z której komunikat wyszedł i na którą trafił.

Podczas szkolenia prezentowano ponadto metodę FUKO. Jest to łatwa do zapamiętania technika, która może pomóc

³ Komplet materiałów dydaktycznych jest dostępny na stronie www.kontaktwleczeniu.pl, w zakładce Materiały edukacyjne.

w unikaniu nieporozumień i konfliktów. Umożliwia komunikowanie się z uwzględnieniem wymiaru emocjonalnego bez znajomości skomplikowanych mechanizmów obronnych i posiadania kompetencji psychoterapeutycznych oraz pozwala uporządkować złożoną sytuację komunikacji. Oczywiście nie jest to metoda idealna ani uniwersalna, ale gdy w konkretnej sytuacji zaczynają dominować irytacja i złość, może pomóc w odzyskaniu kontroli nad emocjami i rozpoczęciu efektywnej komunikacji. Ostatnio zyskała dużą popularność w coachingu, treningach asertywności etc. FUKO wywodzi się z koncepcji *nonviolent communication*⁴, czyli porozumienia bez przemocy, opracowanej przez Marshalla Rosenberga (2003). Kolejne litery akronimu oznaczają: *fakt, uczucia, konsekwencje, oczekiwania*.

Fakt to krótka, rzeczowy, nieoceniający opis sytuacji zaistniałej między nadawcą a odbiorcą komunikatu. *Uczucia* to nazwanie emocji wywołanych u rozmówcy przez opisany wcześniej fakt. *Konsekwencje* to zapoznanie osoby z potencjalnymi skutkami danego zachowania – faktu. Wreszcie *oczekiwania* to przedstawienie propozycji konkretnych zachowań, których rozmówca oczekuje, aby uniknąć negatywnych konsekwencji. W wariantcie angielskim (*observations, feelings, needs, requests*) oczekiwania znajdują się przed konsekwencjami – dwa ostatnie człony można czasami stosować zamiennie.

Oto przykład zastosowania techniki FUKO: *Kolejka do okienka w aptece. Jeden z pacjentów zaczyna się awanturować. Jest wulgarny, wykrzykuje wyzwiska w kierunku personelu apteki. Zachowanie to budzi narastającą irytację farmaceuty i utrudnia mu pracę. Może on zachować się w różny sposób: zignorować głośnego klienta, wdać się w agresywną wymianę zdań lub zagrozić wezwaniem policji. Zgodnie z modelem FUKO mógłby zareagować tak: „Proszę pana, jesteśmy w aptece. Zachowuje się pan bardzo głośno i używa niecenzuralnych słów. Takie zachowanie utrudnia mi pracę. Czuję się zakłopotany, kiedy słyszę obraźliwe słowa pod moim adresem. Jeśli nie przestanie pan krzyczeć i przeklinać, będę zmuszony wyprosić pana z apteki. Oczekuję, że spróbuje się pan uspokoić i powie mi spokojnie, o co panu chodzi, żebym mógł panu pomóc”.*

Drugi blok teoretyczny, bardziej rozbudowany w przypadku szkoleń dwudniowych, zawierał podstawowe wiadomości z zakresu zaburzeń psychicznych. Materiał podzielono na pięć grup tematycznych. Wykład prowadził psychiatra, bazując na przygotowanych materiałach edukacyjnych i prezentacjach multimedialnych. Omawiano zaburzenia psychotyczne, zaburzenia afektywne, zaburzenia osobowości, uzależnienia i zespoły otępienne. Wykład o charakterze interaktywnym przeplatany był ćwiczeniami z symulowanym pacjentem i/lub oglądaniem filmów edukacyjnych. Po krótkim teoretycznym przedstawieniu zagadnienia następowała część warsztatowa, w której uczestnicy mogli doświadczyć kontaktu z osobą z zaburzeniami psychicznymi odgrywaną przez SP oraz przetrenować różne formy komunikacji.

Uzupełnienie wiedzy teoretycznej ilustracją kliniczną, proponowaną indywidualnie przez wykładowców i często wynikającą z potrzeb grupy, oraz filmami i kontaktem z SP znacznie uatrakcyjniało szkolenia i pomagało w przyswajaniu lub przypominaniu sobie przekazywanych informacji.

FILMY EDUKACYJNE

W czasie szkoleń jednodniowych, które odbywały się bez udziału SP, w celu prezentacji zaburzeń psychicznych i trudności komunikacyjnych wykorzystywano filmy dydaktyczne. Stanowiły one również cenną pomoc w szkoleniach dwudniowych prowadzonych w grupach bardziej wycofanych i lękowych. Omówienie materiału filmowego otwierało grupę na dyskusję zarówno na temat przedstawianego zaburzenia, jak i zagadnień komunikacyjnych.

Na potrzeby szkolenia nakręcono cztery filmy dydaktyczne – każdy w dwóch wersjach, pokazujących efektywny i nieefektywny sposób komunikacji. Uwzględniono metody komunikowania się z pacjentami z psychozą, uzależnieniem, zespołem otępiennym i w hipomanii. Podobnie jak w scenariuszach ćwiczeń z SP, należało wybrać klinicznie istotne zagadnienie i skoncentrować się na kluczowych, często trudnych aspektach komunikacji, od których zależał dalszy przebieg wydarzeń. W wersjach efektywnych pokazano optymalny przebieg komunikacji, zależny od różnych czynników – przede wszystkim od dostrzeżenia objawów zaburzeń psychicznych i od umiejętności komunikacyjnych (m.in. aktywnego słuchania). Poszczególne techniki komunikacji zostały uwypuklone i podpisane, tak aby widz mógł lepiej przyswoić materiał.

Nagranie i opracowanie merytoryczne filmów, podobnie jak przygotowanie scenariuszy do ćwiczeń z SP, było procesem żmudnym i pracochłonnym, wymagającym ścisłej współpracy wielu osób – od klinicystów, którzy wybrali zagadnienia, przez konsultantów z ZDM mających doświadczenie w nauczaniu komunikacji medycznej i pracowników administracyjnych, aż po aktorów i ekipę filmową. Ostatecznie jednak zarówno trening z symulowanym pacjentem, jak i filmy spotkały się z dużym zainteresowaniem i pozytywnym odbiorem. Materiał filmowy – technika projekcyjna, która nie obciąża emocjonalnie tak bardzo jak praca z SP – umożliwiał uczestnikom dostrzeżenie różnorodności komunikacji oraz dyskusowanie o popełnianych pomyłkach i zauważanych korzystnych rozwiązaniach. Pokazanie, że nikt nie jest doskonały pod względem komunikacyjnym (a co więcej: że nie istnieje idealny wzorzec komunikacji), często pomagało rozładować atmosferę, obniżyć poziom napięcia i zachęcić szkolone osoby do bezpośredniego kontaktu z symulowanym pacjentem.

PODSUMOWANIE

W świecie zaawansowanej technologii medycznej i nowoczesnych leków doświadczenie kontaktu z drugim człowiekiem udzielającym pomocy choremu nabiera nowego

⁴ Patrz: www.cnvc.org.

znaczenia. Obserwacje kliniczne poparte licznymi badaniami naukowymi niejako wymusiły powrót medycyny do podstawowych wartości, które kształtowały postawy lekarzy przez tysiąclecia. Dziś kierunek nazywany medycyną zorientowaną na pacjenta obliuguje do podnoszenia kompetencji komunikacyjnych nie tylko lekarzy, ale też wszystkich innych pracowników ochrony zdrowia. Szczególnie wrażliwą i wymagającą grupą pacjentów są osoby doświadczające różnorodnych zaburzeń psychicznych. W Polsce, mimo licznych kampanii edukacyjnych, wiedza na temat chorób psychicznych pozostaje niewystarczająca, a doświadczenie kryzysu psychicznego niesie ze sobą ryzyko stygmatyzacji. Projekt „Szkolenia personelu medycznego i niemedycznego mającego kontakt z pacjentami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne oraz rodzinami pacjentów” z jednej strony wpisywał się w nurt podnoszenia kompetencji komunikacyjnych profesjonalistów, a z drugiej przybliżył i oswoił temat zaburzeń psychicznych. Doświadczenia zespołu projektowego wskazują na ogromną potrzebę kontynuacji w obu powyższych zakresach. W trakcie programu i na etapie ewaluacji otrzymano wiele pozytywnych informacji zwrotnych. U uczestników zaobserwowano wzrost zarówno wiedzy, jak i subiektywnie ocenianych kompetencji komunikacyjnych. Osoby biorące udział w programie zwracały uwagę na duże walory praktyczne szkolenia oraz zapotrzebowanie na podobne oddziaływania w różnych grupach zawodowych.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Źródło finansowania

Program „Kontakt w leczeniu” został sfinansowany ze środków Ministerstwa Zdrowia w roku 2018.

Piśmiennictwo

- Ali M: Communication skills 3: non-verbal communication. *Nursing Times* [online] 2018a; 114: 41–42.
- Ali M: Communication skills 5: effective listening and observation. *Nursing Times* [online] 2018b; 114: 60–61.
- Biegański P, Tudorowska M: [Selected aspects of communication in the context of therapeutic contact with the patient mentally ill]. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6: 442–450.
- Greenfield S, Kaplan S, Ware JE Jr: Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 1985; 102: 520–528.
- Henderson C, Noblett J, Parke H et al.: Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 467–482.
- Jankowska K, Pasiński T: Medical communication: a core medical competence. *Pol Arch Med Wewn* 2014; 124: 350–351.
- Jarosz MJ, Kawczyńska-Butrym Z, Włoszczak-Szubda A: Modele komunikacyjne relacji lekarz–pacjent–rodzina. *Med Og Nauk Zdr* 2012; 18: 212–218.
- Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr: Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27 (Suppl): S110–S127.
- Knaak S, Mantler E, Szeto A: Mental illness-related stigma in health-care: barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manage Forum* 2017; 30: 111–116.
- Makara-Studzińska M: *Komunikacja z pacjentem*. Czelej, Lublin 2012.
- Małecki Ł, Stalmach-Przygoda A, Górski S et al.: Wprowadzenie całonocnego kursu komunikacji medycznej dla studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. *Sztuka Leczenia* 2017; (1): 73–84.
- Rosenberg MB: *Porozumienie bez przemocy. O języku serca*. Jacek Santorski, Warszawa 2003.
- Schulz von Thun F: *Sztuka rozmawiania. Część 2. Rozwój osobowy*. Wydawnictwo WAM, Kraków 2007.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J: *Skills for Communicating with Patients*. 3rd ed., CRC Press, London 2013.
- Stewart M, Brown JB, Weston WW et al.: *Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. 2nd ed., Radcliffe Medical Press, Abington 2003.
- Suchman AL, Roter D, Green M et al.: Physician satisfaction with primary care office visits. Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. *Med Care* 1993; 31: 1083–1092.
- Wilczek-Rużyczka E: *Komunikowanie się z chorym psychicznie*. Czelej, Lublin 2007.
- Zembala A: Modele komunikacyjne w relacjach lekarz–pacjent. *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ, Nauki Ścisłe* 2015; 11 (2): 35–50.