



III OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWA „KOMUNIKACJA W MEDYCYNIE” 30 XI – 1 XII 2018

Warszawski Uniwersytet Medyczny
(Centrum Dydaktyczne, ul. Trojdena 2a)

ABSTRAKTY WYSTĄPIEŃ

30 listopada (piątek)

9.30-11.00 I sesja: INTERDYSCYPLINARNOŚĆ KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ

prof. Tomasz Pasierski (WUM), *Zabieg dużego ryzyka*

Mimo niewątpliwego postępu medycyny ryzyko wielu zabiegów operacyjnych szczególnie przeprowadzanych u osób w podeszłym wieku jest wciąż duże. Świadoma zgoda chorego wymaga poinformowanie go o ryzyku zabiegu. Chory może zareagować na tak informację lękliwie i zrezygnować z ratującego życie zabiegu. Mimo faktu, że świadoma zgoda chorego zwalnia lekarza z odpowiedzialności jest on profesjonalnie odpowiedzialny z to by chory dokonał dobrego dla niego wyboru. Otwiera to pole dla etycznej perswazji, która po spełnieniu szeregu warunków jest dopuszczalną formą przekonania chorego do zabiegu.

dr Jerzy Jarosz (FHO), *Komunikacja w opiece paliatywnej*

C. Saunders podkreśla, że: „opieka paliatywna zaczyna się od zrozumienia, że każdy chory ma swoją własną historię, swoje miejsce w społeczeństwie, swoją kulturę i jest godny szacunku jako niepowtarzalna, jednostka. Szacunek przejawia się również udostępnianiem chorym możliwie najlepszej opieki i zdobyczy nauk medycznych tak by wszyscy mieli szansę dobrze wypełniać swoje życie”.

Takie stawianie priorytetów, koncentracja na potrzebach chorego- model holistyczny „patient-centeredness” konfrontowane jest z modelem medycyny biotechnologicznej, „skoncentrowanej na chorobie”, „evidencebased”.

W swoim wystąpieniu autor będzie chciał przeanalizować na ile wymienione modele medyczne przenikają się w medycynie paliatywnej i jak to wpływa na autentyczność komunikacji lekarz – pacjent.

- Przypomnienie definicji medycyny paliatywnej jako holistycznego podejścia do problemów chorych i ich rodzin borykających się z problemami nieuleczalnej, postępującej i nieuchronnie prowadzącej do śmierci choroby. Dążenie do uzyskania możliwie najlepszej jakości życia w takiej sytuacji
- Problem akceptacji śmierci jako procesu naturalnego i nieuniknionego. Komunikacja – pomoc w procesie dochodzenia do akceptacji – pojęcie „dobrej śmierci”.
- Autonomia chorego. Kluczowa rola komunikacji w akceptacji opieki paliatywnej, unikaniu uporczywej terapii i podejmowaniu innych decyzji związanych z kończącym się życiem.
- Szczególne oczekiwania i rola lekarza w „opiece”, „leczeniu” – „towarzyszeniu” – „wspólnej podróży” z chorym i jego najbliższymi.
- Problem akceptacji własnej śmiertelności przez personel medyczny i jego wpływ na podejmowane decyzje lecznicze.

dr Grzegorz Cebula (CM UJ), *O komunikacji w zespole terapeutycznym*

W ostatnich latach coraz większą uwagę zwraca się na konieczność szkolenia studentów i lekarzy w zakresie komunikacji z pacjentem. Znacznie mniejszą uwagę zwraca się na naukę umiejętności komunikowania się w takich sytuacjach jak przekazywanie pacjenta pomiędzy zespołami czy praca w interdyscyplinarnym zespole terapeutycznym. Wiemy z badań, że trudności związane z porozumiewaniem się w obu opisanych powyżej sytuacjach mogą odpowiadać za występowanie zdarzeń niepożądanych.

Celem wykładu jest przekazanie stosunkowo prostych wskazówek ułatwiających komunikację w zespole terapeutycznym.

Dekalog komunikacji w zespole terapeutycznym:

1. W sytuacjach trudnych i wymagających szybkiego podejmowania decyzji używaj prostych i krótkich komunikatów.
2. Używaj imienia osoby, do której chcesz się zwrócić, ułatwi to dalszą komunikację. Pamiętaj, że ktoś zwykle znaczy nikt.
3. Używaj komunikacji dwukierunkowej. Jeśli zlecasz komuś wykonanie jakiegoś zadania osoba ta powinna powtórzyć jakie zadanie ma wykonać (zamknięta pętla w komunikacji).
4. Pamiętaj to, że o czymś pomyślałeś nie oznacza, że zostało to wykonane. Po drodze na kilku etapach może dojść do przerywania procesu. Pomyślane nie znaczy powiedziane, powiedziane nie znaczy usłyszane, usłyszane nie znaczy zrozumiane, zrozumiane nie znaczy zapamiętane, zapamiętane nie znaczy zaakceptowane, zaakceptowane nie znaczy wykonane.
5. Kontroluj proces komunikacji, jeśli dwie osoby mówią w tym samym czasie zwykle nikt nie wie o co chodzi.
6. Używaj techniki stopklatki do podsumowywania uzyskanych informacji i podejmowania decyzji.
7. Jako kierownik zapewnij członkom zespołu możliwość swobodnego i nieskrępowanego wyrażania swoich opinii.
8. Jako członek zespołu pamiętaj, jeśli masz jakieś Twoim zdaniem dobre pomysły lub nie zgadzasz się z decyzjami kierownika masz obowiązek powiedzieć mu o tym.
9. Jeśli to możliwe unikaj czynników zakłócających (hałas, zmęczenie, itp.) lub, jeśli to nie możliwe, pamiętaj o ich wpływie na jakość komunikacji
10. Zachęcaj do wymiany doświadczeń po zakończonej wspólnej pracy. Rozmowa o tym co się przed chwilą stało dotycząca rzeczy, które się udały i tego co następnym razem trzeba zrobić lepiej zapewnia stały rozwój i doskonalenie zespołu.

Dobra komunikacja w zespole terapeutycznym może znacząco zmniejszyć ryzyko zdarzeń niepożądanych a co za tym idzie zwiększyć bezpieczeństwo pacjenta.

prof. Joanna Jurewicz (UW), *Słowo i ból*

W wystąpieniu przedstawię fundamentalne znaczenie metaforycznego myślenia i wyrażających go wypowiedzi dla zrozumienia doświadczenia bólu. Moją tezą jest, że aparat pojęciowy lingwistyki kognitywnej z jej modelem metafory pojęciowej (zarówno prostej, jak i rozbudowanej) w istotny sposób wyjaśnia naturę porozumienia między lekarzem a pacjentem, jak również unaocznia korzyści dla obu stron wynikające z opowiadania o doświadczeniu bólu przez pacjenta.

mgr Zbigniew Kowalski (komunikacjazpacjentem.pl), *Kluczowe potrzeby rozwojowe personelu medycznego w zakresie kompetencji społecznych*

Celem wystąpienia jest wykazanie, iż profesjonaliści ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy, posiadają istotne potrzeby rozwojowe w ramach kompetencji komunikacyjnych. Drugim celem jest pokazanie tychże. Zgodnie z kanonem wiedzy psychologicznej istotą komunikacji jest definiowanie i zagospodarowanie obszarów łączących dwie strony relacji. Lekarz (lub inny profesjonalista ochrony zdrowia) ma swoje cele, oczekiwania i możliwości, podobnie jak pacjent, który pojawia się w gabinecie, czy szpitalu. Zdolność wyszukania tego, co łączy jest więc kluczowe, a do zdolności tej prowadzi posiadanie oraz wykorzystywanie kompetencji społecznych. W wystąpieniu zostaną wykorzystane badania własne autora, które wskazują na potrzeby i oczekiwania pacjentów w tym zakresie. Niektóre z kompetencji społecznych, a więc zbiorów wiedzy, umiejętności i postaw, w sposób szczególnie predysponują do lepszego budowania relacji z pacjentami, a to z kolei ma kluczowe znaczenie dla możliwości osiągnięcia celów terapeutycznych. Szeroko rozumiany profesjonalizm lekarza jest odbierany przez pacjentów jako właściwe traktowanie bardziej niż jako sprawność diagnostyczna lub posiadanie tytułów naukowych i specjalizacji. Innym powodem, dla których lekarze powinni sprawnie posługiwać się kompetencjami społecznymi jest niezbędne okazanie pacjentowi i jego rodzinie poczucia troski i orientacji na niesienie pomocy, co przekłada się na satysfakcję z leczenia. Coroczny raport „Zdrowie w skrócie” przygotowany przez OECD wskazuje na potrzeby systemów ochrony zdrowia w różnych aspektach. Zawarte w raporcie dane niekiedy bardzo precyzyjnie wskazują na obszary rozwojowe, które znacznie osłabiają system ochrony zdrowia, a dotyczą konkretnych zachowań lekarzy. Należą do nich zainteresowanie punktem widzenia pacjenta, okazywane poprzez umożliwienie zadania pytania. Inną potrzebą jest uważność i autentyczna obecność, którą pacjenci także subiektywnie oceniają, głównie nazywając to „czasem poświęconym na spotkanie”. Ostatnią z ważnych potrzeb rozwojowych personelu medycznego jest kompetencja zwana dystrybucją odpowiedzialności, które wpływa na zaangażowanie pacjentów w proces leczenia dzięki włączaniu go w proces, od podejmowania decyzji do współtworzenia planu stosowania się do zaleceń terapeutycznych.

**11.30-13.00 II sesja: BADANIA EMPIRYCZNE NAD KOMUNIKACJĄ
Z PACJENTEM**

dr Anna Miłoszewska-Kielbiewska (UW), *Kultura komunikacji – kompetencja kluczowa w nowoczesnej opiece zdrowotnej*

O komunikacji z pacjentem w aspekcie etyki czy odpowiedzialności zawodowej napisano wiele. Nie ma natomiast prac o kulturze komunikowania w tej relacji. Być może dlatego, że pierwszym, co przychodzi na myśl, są formuły grzecznościowe i skomplikowane zasady etykiety. A wątpliwość może budzić zasadność reguł *savoir-vivre*’u w rozmach o wartościach fundamentalnych, jak zdrowie czy życie. Tymczasem umiejętność kulturalnej i empatycznej komunikacji jest istotnym czynnikiem warunkującym skuteczność przekazania informacji, ich prawidłowy odbiór oraz poprawne

kształtowanie relacji lekarz-pacjent. Są to kompetencje trudne do zbadania i opisanie, z racji choćby subiektywnego postrzegania kultury osobistej czy wieloznaczności komunikatów o funkcji grzecznościowej. Ważne jednak, aby nie wypaczać kultury komunikacji poprzez sprowadzanie jej do formuł grzecznościowych, zawodowego uśmiechu oraz „pocieszaczy” w rodzaju „wszystko będzie dobrze”. Dlatego w referacie powołam się na ankietę, przeprowadzoną wśród pacjentów, którzy w trakcie ostatniego roku usłyszeli niepomyślnie wieści o zdrowiu własnym/bliskich. Jej wyniki pozwolą wyabstrahować kluczowe elementy kultury komunikacji w trudnej rozmowie z pacjentem, a także wyodrębnić pewne uniwersalia, które warunkują kulturalną rozmowę na trudne tematy medyczne. Tym samym – wspierają budowanie relacji, opartej na zaufaniu, poprawiają efektywność komunikacji i wzmacniają autorytet lekarza.

mgr Anna Lis (UW), *Studium przypadku pacjenta z dyzartrią z jednostronnego uszkodzenia górnego neuronu ruchowego – doniesienie z badań pilotażowych do rozprawy mgr Anny Lis*

W referacie zaprezentowane zostanie doniesienie z pilotażowych badań do rozprawy doktorskiej neurologopedii, Pani mgr Anny Lis, pisanej pod kierunkiem dr hab. Olgi Jauer-Niworowskiej z Zakładu Logopedii i Emisji Głosu Instytutu Polonistyki Stosowanej Uniwersytetu Warszawskiego. Opisane będzie logopedyczne studium przypadku chorego w wieku 75 lat z potwierdzonym w badaniu lekarskim udarem niedokrwinnym jądra soczewkowatego w lewej półkuli mózgu i dyzartrią będącą skutkiem tego udaru.

Autorki zaprezentują dynamikę zmian objawów dyzartrii wynikającej z jednostronnego uszkodzenia górnego motoneuronu w fazie ostrej udaru mózgu. Podstawą analizy będą porównania trzykrotnej realizacji prób motoryki niewerbalnej oraz powtarzania i odczytywania materiału wyrazowego nagrane podczas ustrukturuwanego badania logopedycznego. Określą zmiany jakościowe (zmiany możliwości oddechowo-fonacyjnych realizacji, zmiany w realizacji głosek języka polskiego, poziom zrozumiałości mowy) i ilościowe (np. czas i jakość fonacji) w nasileniu zaburzeń realizacyjnych u badanego pacjenta. Przedstawią też zmiany w nasileniu zaburzeń motoryki niewerbalnej u zbadanego chorego.

Opracowany materiał wnosi nowe informacje, gdyż objawy dyzartrii wynikającej z uszkodzeń górnego neuronu ruchowego nie były dotąd opisywane w polskim piśmiennictwie logopedycznym. Nie opisywano także dynamicznych zmian w nasileniu objawów tego zaburzenia u chorych w ostrej fazie udaru mózgu. Wyżej wymieniony typ dyzartrii na populacji chorych anglojęzycznych opisał m.in. J. R. Duffy w publikacji *Motor Speech Disorders* [2005] na podstawie badań przeprowadzonych w grupie pacjentów Mayo Clinic z udarem mózgu.

Leszek Denkwicz (NextMedica), *Monitoring doświadczeń pacjentów narzędziem poprawy relacji personelu medycznego z pacjentami*

Żeby poprawić relacje personelu medycznego z pacjentami w proces poprawy musi zostać zaangażowana kadra zarządzająca oddziałem szpitalnym. Bez zrozumienia przez kierownika oddziału, wartości wynikających z partnerskich relacji z pacjentami, bez jego pełnego zaangażowania, żadne działania nie przyniosą efektów. Kadrze zarządzającej musimy udowodnić, że korzyści przeważają nad barierami i nie można czekać na zmniejszenie biurokracji, poprawę systemu ochrony zdrowia czy zmianę nastawienia pacjentów do personelu medycznego. Jeśli to nam się uda to musimy jeszcze dać kadrze wszystkie niezbędne narzędzia i informacje, żeby do zaangażowania się w proces zmiany relacji z pacjentami, w sposób skuteczny, włączył się również pozostały personel. Żeby przekonać lekarza czy pielęgniarkę do zastosowania konkretnych narzędzi budowania relacji musimy pokazać, że ma to sens. Zrobić to można tylko poprzez zmierzenie poziomu relacji na początku wprowadzania zmian i kontynuację pomiaru przez cały czas trwania projektu poprawy. Pomiaru dokonujemy prowadząc krótki wywiad na każdym oddziale, na małej grupie pacjentów w dniu wypisu lub telefonicznie po opuszczeniu szpitala. Po pierwszych 6 tygodniach przygotowujemy analizę, używając wykresu liniowego w czasie, dla każdego oddziału i poszczególnych pytań naszego wywiadu.

Mediana tego wykresu stanowi dla nas linię bazową czyli poziom relacji pomiędzy personelem a pacjentami na początku projektu. Określamy cel, zazwyczaj poprawę o 10% i zaczynamy nasze działania edukacyjne. Są to działania kompleksowe, szkolenie kadry zarządzającej, warsztaty dla lekarzy i pielęgniarek, kurs e-learning dla całego personelu, plakaty dla personelu przedstawiające wyniki monitorowania doświadczeń pacjentów oraz plakaty skierowane do pacjentów. Przez cały czas trwającego ok 4 miesiące projektu kontynuujemy mierzenie poziomu relacji personelu z pacjentami i na bieżąco informujemy uczestników projektu o wynikach pomiaru. Kadra zarządzająca oddziałami mając wyniki monitorowania relacji z pacjentami, może omówić je podczas odpraw i zachęcić do konkretnych działań, które proponujemy podczas naszych szkoleń. Jeśli tak się stanie to na oddziale jest zrobiony pierwszy krok mający na celu poprawę relacji z pacjentami.

mgr Dorota Minta (NextMedica), *Poprawa relacji personelu medycznego z pacjentami na podstawie doświadczeń szpitala. Studium przypadku (z udziałem gości)*

Spojrzenie na relacje personelu medycznego z pacjentami oczami przedstawicieli jednego ze szpitali biorących udział w projekcie „Dobre relacje z pacjentem”. Moderowana dyskusja z dyrektorem szpitala, kierownikiem oddziału, lekarzem, pielęgniarką, pełnomocnikiem praw pacjenta. Omówienie korzyści i barier na drodze budowania relacji z pacjentami. Zalety i wady projektu poprawy jakości i bezpieczeństwa leczenia „Dobre relacje z pacjentem” Omówienie projektu i wyniku monitorowania doświadczeń pacjentów na przykładzie zaproszonego szpitala.

13.00-14.00

SESJA PLAKATOWA

Joanna Baranowska, mgr Iwona Kiersnowska, prof. Piotr Węgrzyn (WUM), *Kluczowa rola komunikacji w mentoringu okiem studentki Położnictwa*

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 o zawodach pielęgniarki i położnej gwarantuje położnym szereg świadczeń medycznych wykonywanych w ramach samodzielności zawodowej. Świadczy to o szerokim zakresie umiejętności położnych oraz wskazuje na dużą odpowiedzialność ponoszoną przez przedstawicielki tej profesji. Rodzi się zatem konieczność rozwijania kompetencji zawodowych oraz podnoszenia motywacji do rozwoju wśród studentek.

Zasadnym działaniem wydaje się być zastosowanie mentoringu w celu podniesienia jakości praktyk zawodowych. Celem tego zabiegu jest rozwijanie potencjału ucznia poprzez doskonalenie umiejętności praktycznych, merytorycznych oraz komunikacyjnych. Fundamentem mentoringu jest bezpośredni i indywidualny nadzór mentora nad studentem. Kontakt między obiema stronami jest oparty na komunikacji oraz wzajemnym zaufaniu. Taki rodzaj współpracy jest szansą dla młodego pokolenia na rozwijanie umiejętności analitycznego myślenia, oceny sytuacji i planowania opieki nad pacjentką. Uczniowie czują się pewniej w środowisku szpitalnym, mają większą odwagę, by zadawać kolejne pytania, pogłębiać wiedzę i rozwijać sprawność manualną.

Budowanie dwuosobowego zespołu daje możliwość niemalże natychmiastowej konsultacji oraz udzielenia studentowi wsparcia emocjonalnego. Tak bliski poziom komunikacji buduje poczucie bezpieczeństwa w nowym oddziale oraz pozwala konstruować młodej osobie pewność w zawodzie. Mentor ma szansę na wnikliwą obserwację swojego podopiecznego oraz ocenę jego postępów w rozwoju. Mentoring obejmuje swym zakresem również doradztwo i projektowanie sukcesu studenta. Nowoczesna dydaktyka otwiera perspektywę na czerpanie z doświadczenia autorytetu oraz pozwala zainspirować się postawą zawodową mentora. Życzliwa i profesjonalna pomoc udzielona personelowi medycznemu na początku drogi zawodowej owocuje chęcią kształcenia kolejnych pokoleń.

Agata Kołodziejczyk (DCO, UMW), Elżbieta Tkaczyszyn-Mika (DCO), *Osobowość pacjenta onkologicznego jako moderator sposobu komunikowania się z nim*

Wprowadzenie: Choroba nowotworowa jest obecnie uważana za jedno z najbardziej obciążających pod względem psychologicznym schorzeń (Juczyński, 2010). Wieloaspektowość czynników stresogennych pojawiających się na każdym etapie diagnostyki i leczenia oraz różnice osobowościowe pacjentów, przekładają się na odmienne style radzenia sobie z nową, kryzysową sytuacją. Z kolei, dywersyfikacja potrzeb zależnych od indywidualnych preferencji pacjentów, manifestujących się w odmiennym przystosowaniu psychicznym do choroby, skłania psychologów do poszukiwania adekwatnych form komunikacji, dostosowanych indywidualnie do chorego.

Rozwinięcie: Prezentowane badanie miało na celu znalezienie odpowiedzi na pytanie o podmiotowe uwarunkowania strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową a tym samym wskazanie optymalnych form komunikacji dostosowanych do poszczególnych pacjentów. Metodologia: Cechy osobowości mierzono przy użyciu Inwentarza Osobowości NEO-FFI, natomiast przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej kwestionariuszem Mini-MAC. Przebadano 100 osób. Zależności między zmiennymi sprawdzono przy użyciu jedno- i wieloczynnikowej analizy regresji liniowej. Z kolei różnice międzygrupowe testowano testem t-Studenta.

Wyniki: Wykazano związki pomiędzy cechami osobowości a wybieranymi strategiami radzenia sobie z chorobą nowotworową. Neurotyczność korelowała dodatnio ze stylem destrukcyjnym ($r=0,61$; $R^2=0,50$; $p<0,001$). Z kolei ekstrawersja wiązała się dodatnio ze stylem konstruktywnym ($r=0,36$; $R^2=0,22$; $p<0,001$). Ugodowość korelowała ujemnie ze stylem destrukcyjnym ($r=-0,21$; $p<0,05$). Nie zaobserwowano związku między otwartością na doświadczenie a którymś ze stylów radzenia sobie z chorobą. Kobiety, istotnie częściej niż mężczyźni, wybierały destrukcyjne style radzenia sobie ze stresem (30 ± 9 vs. 26 ± 7 pkt.; $t=2,41$; $df=98$; $p=0,02$).

Dyskusja: Predyspozycje indywidualne w postaci najbardziej stałych cech osobowości warunkują wybór strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową. Wyniki badania są również spójne z predyspozycjami osobowościowymi kobiet. Kobiety mają większą skłonność do przeżywania negatywnych emocji co przekłada się na ich wybór strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową.

Wnioski: Uzyskane wyniki umożliwiają planowanie zróżnicowanych działań terapeutycznych wobec pacjentów o odmiennym nasileniu poszczególnych cech osobowości, w tym wyborze form komunikacji.

14.00-15.30 III sesja: INTERDYSCYPLINARNOŚĆ KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ

dr Katarzyna Jankowska, mgr Oliwia Kowalczyk (CM UMK), *Komunikacja z pacjentem w perspektywie medycyny narracyjnej*

Cel: Celem wystąpienia jest przedstawienie idei prof. Rity Charon, oraz zaprezentowanie sposobu prowadzenia zajęć z medycyny narracyjnej, jako nowoczesnego standardu kształcenia studentów kierunku lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, opracowanych na podstawie analizy przedmiotowej literatury oraz doświadczeń Zespołu Pracowni Komunikacji w Medycynie CM UMK zdobytych w czasie warsztatów zorganizowanych i prowadzonych przez prof. Ritę Charon oraz jej współpracowników na Uniwersytecie Columbia.

Metodyka: Materiał opracowano na podstawie wyników analizy piśmiennictwa anglojęzycznego oraz polskojęzycznego, doświadczeń praktyków wdrażających metodykę medycyny narracyjnej w praktyce klinicznej w USA oraz doświadczeń własnych zdobytych w czasie warsztatów zorganizowanych w Uniwersytecie Columbia w Nowym Jorku.

Wyniki: Analiza piśmiennictwa, doświadczeń praktyków oraz doświadczeń własnych wskazują na potrzebę skupienia uwagi w praktyce klinicznej na odrębności, indywidualności pacjenta, jego potrzebach, możliwościach, przekonaniach, jak również na konieczności odniesienia do społeczno-kulturalnej i psychologicznej przestrzeni jego choroby. Wymiar bio-psycho-społeczny, aktywne uczestnictwo pacjenta w podejmowaniu decyzji, oraz jego wcześniejsze doświadczenia stanowią inherentny element procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Takie „zhumanizowanie” relacji lekarza

z pacjentem otwiera „nową” drogę pozyskiwania informacji, polegającą na wsłuchiwaniu się w umiejętnie kierowaną narrację pacjenta przy jednoczesnej obserwacji sygnałów niewerbalnych, co prowadzi do właściwego interpretowania związków przyczynowo-skutkowych stanu chorego, a przez to implikuje stworzenie pełniejszego obrazu diagnostycznego i pozwala na pogłębienie relacji z pacjentem, humanizując praktykę kliniczną .

Podsumowanie: Koncepcja medycyny narracyjnej autorstwa Rity Charon jest odpowiedzią na potrzebę holistycznego spojrzenia na pacjenta i jego chorobę dla zapewnienia opieki prowadzącej do osiągnięcia wspólnie założonych celów diagnostyczno-terapeutycznych. Uzupełniający w stosunku do *EvidenceBasedMedicine* charakter medycyny narracyjnej polega na odniesieniu opowieści pacjenta do jakościowej analizy danych oraz wykorzystaniu efektywności zasobów EBM oraz EBNP. Tak rozumiane praktykowanie owocuje równoczesnym wzrostem kilku czynników: skuteczności wdrożonej terapii, poziomu zaufania pacjenta, poziomu satysfakcji pacjenta, oraz, co nie mniej ważne, poziomu satysfakcji lekarza.

prof. Hanna Serkowska (UW), "The Parallel Chart": narracje lekarzy. Refleksje wokół cyklu "Dienepatiënt" (Ten jeden pacjent) ukazującego się od 2017 r. na łamach niderlandzkiego dziennika „Volkskrant”

"The Parallel Chart" – taki tytuł nosi ósmy rozdział biblii wyznawców medycyny narracyjnej autorstwa Rity Charon ("NarrativeMedicine. Honoring the Stories of Illness", Oxford UP, 2006). Opisuje w niej autorka wyniki eksperymentu, zamieszcza transkrypcje sesji i wyjaśnia, jakimi narzędziami posługuje się w dydaktyce. Eksperyment polegał na tym, że poleciła studentom ostatnich lat medycyny i lekarzom rezydentom, aby poza wpisami w karcie chorego, napisali o swoich pacjentach posługując się zwykłym językiem. Mieli notować, jak podchodzą do doświadczającego choroby pacjenta, jak ich podejście wpływa na opiekę nad pacjentem. Ta narracja miała za zadanie kształcenie wewnętrznego życia lekarzy („develop interior lives as doctors”, Charon 155) przy okazji kształcąc metody rozpoznawania tego, co przechodzą pacjenci i czego doświadczą ich rodzina z powodu choroby a także, niestety, z powodu tego, jak odnoszą się do nich lekarze. Wbrew pozorom głównym celem przyświecającym wpisom w tych Równoległych Kartach Chorego nie był/jest emocjonalny dobrostan lekarzy. W cyklu *Dienepatiënt* (Ten jeden pacjent) lekarze różnych specjalności (korpus obejmuje ok. setki artykułów) opowiadają o pacjencie, który odmienił ich spojrzenie na wykonywany zawód, na powołanie lekarzy, na swoje podejście do zawodu. Moje wystąpienie obejmuje prezentację najciekawszych z tych opowieści.

prof. Agnieszka Kielkiewicz-Janowiak, dr Magdalena Zabielska (UAM), Czy szpitalny wypis to forma komunikacji? Kogo z kim?

Karta informacyjna z leczenia szpitalnego, potocznie zwana „wypisem”, to dokument, jaki pacjent otrzymuje w momencie zakończenia pobytu w szpitalu. Wypis zawiera stałe elementy, m.in. informacje o pacjencie, rozpoznanie, wyniki wykonanych badań, informacje o leczeniu i zalecenia (Górnicz 2011; patrz też Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r.). Zakładając, że funkcją wypisu jest przekazanie informacji (stąd nazwa gatunkowa: ‘karta informacyjna’), naszym celem jest ujawnienie w treści wypisu tej właśnie intencji komunikacyjnej, a więc wyznaczników nadawania przekazu przez konkretnego nadawcę konkretnemu odbiorcy.

Przedmiotem analizy są w szczególności epikryza oraz zalecenia. Ponieważ informacje zawarte w epikryzie i zaleceniach stanowią swego rodzaju wskazania do „kontynuacj[i] opieki szpitalnej w warunkach domowych”, kluczowe przy przeciwdziałaniu niepożądanym powikłaniom, błędom w farmakoterapii po stronie pacjenta czy ponownej hospitalizacji (Bergkvist i in. 2009; Flyer i in. 1988; Karliner i in. 2012), nie bez znaczenia pozostaje warstwa językowa tych części wypisu, gdyż od jej zrozumienia zależy dalsze zdrowie pacjenta (por. Bergkvist i in. 2009; Karliner i in. 2012).

Celem niniejszego wystąpienia jest więc analiza warstwy językowej kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, wydanych w polskich szpitalach w latach 2007 – 2018 w Białymstoku, Poznaniu

i Warszawie. Przedmiotem badań są tu tekstowe wyznaczniki obecności nadawcy i odbiorcy oraz innych elementów schematu komunikacyjnego Arystotelesa (Jakobson 1960). Pomimo iż rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2015 r. nie określa do kogo skierowane są wypisy, zastosowanie w nich form bezpośrednich zwrotów do adresata komunikatu („proszę podawać”), jak i form, które tylko implikują jego obecność („oszczędzający tryb życia”), potwierdza założenie, iż celem epikryzy i zaleceń jest przekazanie informacji przez lekarza pacjentowi (i jego rodzinie) i/lub innemu lekarzowi.

Wyniki analizy przeprowadzonej z perspektywy badacza-językoznawcy z zastosowaniem teorii zaczerpniętej z pragmatyki językoznawczej (implikatura konwersacyjna, Grice 1977) uzupełnione zostaną opiniami lekarza (wywiad) oraz punktem widzenia pacjenta, na podstawie dyskusji na forach internetowych, gdzie pacjenci dzielą się wątpliwościami oraz szukają wyjaśnień i porad. Wnioski mają podnieść świadomość zaangażowanych stron i służyć refleksji nad efektywnością komunikacji między nimi, a w efekcie jej usprawnieniu.

dr Beata Szpingier (UAM), *O przypadkach polisemii i enantioseмии w przekładzie medycznym polsko-włoskim*

Zamiarem tłumaczenia jest znalezienie odpowiedniego ekwiwalentu. Takiego, który w konfiguracji międzyjęzykowej oddaje znaczenie oryginału w tekście docelowym. Dla osiągnięcia tzw. ekwiwalencji formalnej, tłumacz koncentruje się na komunikacie samym w sobie, zarówno jego formie, jak i treści. Głównym zaś celem jest to, by komunikat w języku docelowym odpowiadał w jak największym stopniu różnym elementom języka źródłowego. Wśród kryteriów pragmatycznych precyzujących funkcje i cechy języka specjalistycznego są dokładność wypowiedzi i monoreferencyjność. Lecz tłumacz, przestrzegając wymogów formalnych i przepisów prawa, starając się o dokładny przekład, napotyka na przeszkody natury semantycznej. Musi wybrać ekwiwalent spełniający wymogi określonych przepisów w ściśle określonym kontekście. A tymczasem, polski język medycyny, w przeciwieństwie do włoskiego odpowiednika, posiada elementy przeczące ustalonym regułom. Są to np. polisemia (Metastasi (it.): 1) riproduzione dei processimorbosi, 2) la formazionetumoraleche si è riprodotta czyli nawrót choroby vs przerzut nowotworowy) czy enantioseμία (Kryzys laktacyjny zazwyczaj jest procesem naturalnym (niedobór mleka) vs La crisidella lattazione è di solitounprocessonaturale lub Ustąpienie ostrych objawów choroby vs La crisirisolutivadellostatomorboso). Takie zagadnienia mogą utrudniać komunikację i doprowadzić do poważnych konsekwencji.

dr Marta Chojnacka-Kuraś (UW), *Słownictwo dotyczące bólu fizycznego i sposoby jego komunikowania w podręcznikach do nauki języka polskiego dla studentów medycyny*

Celem referatu jest pokazanie, czy i w jakim zakresie leksyka dotycząca bólu fizycznego jest obecna w wybranych podręcznikach języka polskiego dla studentów medycyny, a więc w podręcznikach do nauki języka specjalistycznego (na różnych poziomach). Interesują mnie także zawarte w materiałach dydaktycznych formy komunikowania się personelu medycznego z pacjentem na temat odczuć bólowych – czy przygotowują one przyszłych pracowników opieki medycznej do rozmowy z pacjentami, posługującymi się językiem ogólnym, stylem potocznym, słownictwem nacechowanym. Punktem odniesienia jest opis sposobów przedstawiania doświadczenia bólu fizycznego we współczesnej polszczyźnie ogólnej, zarówno wyrażenia odnoszące się bezpośrednio do bólu (w tym: czasowniki podstawowe i ich derywaty, np. *rozboleć*, *pobolewanie*, *bolesny*; czasowniki niepodstawowe, nazywające specyficzne odczucia bólowe, np. *ćmić*, *kłuć*, *łamać*, *drapać*; konstrukcje typu *ból* + przymiotnik, *ból* + czasownik), jak i opisy metaforyczne, oddające specyfikę doświadczenia bólowego poprzez przywołanie innych sfer doświadczenia.

**14.00-15.30 IV sesja: PRAKTYKA WIELOASPEKTOWEJ OPIEKI NAD
PACJENTEM**

dr hab. Anna Słysz, mgr Krzysztof Nowak (UAM), *Rola kontaktu z lekarzem na różnych etapach życia*

Dla pacjentów kontakt z lekarzem może pełnić różne funkcje, nie tylko związane bezpośrednio z otrzymywaniem pomocy. Taką funkcją może być na przykład dawanie poczucia intymności czy wzmacnianie samostanowienia. W referacie zaprezentowane zostaną wyniki badań nad rolą kontaktu z lekarzem, w zależności od fazy rozwoju pacjenta. W badaniu uczestniczyły 72 osoby (45 kobiet i 27 mężczyzn) w wieku od 18 do 95 lat, którzy zostali podzieleni na dwie grupy wiekowe (faza wczesnej i późnej dorosłości). Wykorzystano Kwestionariusz Funkcji Kontakt z Lekarzem (Nowak, 2017), który powstał na bazie Kwestionariusza Przyjaźni McGill. Otrzymane wyniki sugerują, że osoby młodsze i starsze nie różnią się pod względem większości funkcji, jakie spełnia kontakt z lekarzem.

mgr Karolina Małocha (UMCS), *Wpływ stresu na komunikacyjne możliwości dziecka*

W literaturze medycznej, psychologicznej i pedagogicznej dość wąsko poruszany jest temat wpływu stresu na rozwój dziecka i korelacja pomiędzy negatywnymi doświadczeniami emocjonalnymi a rozwojem komunikacyjnych i językowych możliwości dziecka. Również w logopedii tematyka ta stanowi swoiste novum. Istnieje więc potrzeba podjęcia badań empirycznych, zwłaszcza w kontekście przemian cywilizacyjnych i obyczajowych, które nastąpiły w ostatnich latach, kiedy stres stał się nieodłącznym elementem życia. W przygotowywanej rozprawie doktorskiej, która plasuje się w nurcie badań logopedycznych, podjęłam następujący problem badawczy: jak niekorzystne uwarunkowania emocjonalne wpływają na rozwój komunikacyjnych i językowych sprawności dziecka; czy narażenie dziecka na stres w okresie ontogenezy mowy ma negatywny wpływ na jego komunikację słowną i pozasłowną? Jako logopeda diagnozujący zaburzenia rozwoju mowy na te pytania często poszukuję odpowiedzi.

W literaturze przedmiotu przyjmuje się, że dziecko w normie rozwojowej do 6. roku życia powinno opanować język etniczny. Badania własne, zaplanowałam w grupie 30 dzieci 6-letnich z domu dziecka i z rodzin zastępczych, które przeżyły silny stres w związku ze zmianą środowiska wychowawczego. Badanie ma wykazać stan ich możliwości językowych i komunikacyjnych w porównaniu z grupą kontrolną, złożoną z dzieci 6-letnich zdrowych, wychowywanych w środowisku rodzinnym. Problem badawczy, który podjęłam na potrzeby doktoratu, jest istotny nie tylko dla logopedów, ale również pracowników resortu zdrowia i oświaty, którzy w praktyce klinicznej i w pracy wychowawczo-dydaktycznej stykają się z interferencją biologicznych i środowiskowych uwarunkowań determinujących rozwój dziecka. W wystąpieniu zaprezentuję stan badań nad wpływem czynnika stresogennego na rozwój dziecka oraz metodologię badań własnych wraz z wynikami badań pilotażowych.

dr Urszula Okulska-Łukawska (UW), *Wykorzystanie bajek dla dzieci w terapii rodzinnej zorientowanej na okoliczności śmierci*

Doświadczenie choroby lub okoliczności losowych zagrażających życiu powoduje konieczność zmierzenia się z problemem śmierci przez osoby dotknięte tragedią. W rodzinach, które przeżywają dramat z powodu odchodzenia najbliższych częstymi uczestnikami sytuacji konfrontowania się ze śmiercią są dzieci. Z myślą o nich powstają teksty pedagogiczne przedstawiające problem odchodzenia jako nieodłączny element życia, który jest zrozumiały i możliwy do przyjęcia przez najmłodszych. Taką funkcję edukacyjno-terapeutyczną w doświadczeniach związanych ze śmiercią pełni omawiana w niniejszym referacie bajka *Gęś, śmierć i tulipan*, autorstwa Wolfa Erlbrucha. Przyjęta w analizie perspektywa lingwistyczna odsłania dyskursywne mechanizmy rekontekstualizacji

doświadczenia śmierci w dziecięcej narracji świata bajki. Stosowane środki retoryczne, takie jak metafory, analogie czy personifikacja, których multimodalnym dopełnieniem jest przekaz wizualny, służą oswojeniu dzieci z realnie doświadczanym problemem śmierci. Przedstawiając to zjawisko na prostym przykładzie bohaterów ze świata zwierząt, omawiana bajka kształtuje postawy zrozumienia zaistniałych zdarzeń i okoliczności, współczucia i empatii dla spotykanych postaci, refleksyjnego spojrzenia na własne położenie, a także poszukiwania dróg wyjścia z zaistniałej sytuacji. Postawy te prowadzą do przebudowania relacji dziecka z osobą zmarłą oraz najbliższym otoczeniem w kierunku normalizacji i akceptacji nowego położenia. Konstruowane w ten sposób znaczenia pełnią funkcję regulacyjną w życiu dziecka dotkniętego dramatem śmierci, integrując jego świat na poziomie kognitywnym, relacyjnym, emocjonalnym i etycznym. Taka interakcja przyczynia się do podejmowania przez dzieci problemu śmierci i rozumienia go w naturalnych dla człowieka kategoriach biologicznych, społecznych i duchowych. W szerszym wymiarze komunikacja ta rozwija kompetencje kulturowe stanowiące podstawę dialogu społecznego, w którym realizuje się dyskursywny proces konstituowania ludzkiej wspólnotowości i podmiotowości.

Karolina Radomska, Adam Siwiak (UJ), *Komunikacja z kobietą w ciąży zagrożonej lub poronionej*

Wstęp: Znaczenie komunikacji medycznej w okresie ciąży i okołoporodowym zdają się mieć szczególne znaczenie zwłaszcza w sytuacji ciąż wysokiego ryzyka oraz w przypadku doświadczenia utraty ciąży. Sposób przekazywania informacji o wszelkich komplikacjach ciąży, w połączeniu ze znaczną wrażliwością, zwiększoną podatnością na stres, zaburzenia nastroju i zaburzenia lękowe ciężarnej, wpływa na jej dalsze funkcjonowanie psychofizyczne i poczuciedobrostanu.

Rozwinięcie: Sytuacje utraty dziecka wymagają szczególnego wsparcia oraz zachowania taktu i delikatności nie tylko ze strony najbliższych, ale również przez lekarzy i personel medyczny. Ważne wydaje się zwłaszcza udzielenie wsparcia emocjonalno-komunikacyjnego, informacyjnego oraz instrumentalnego. Brak lub niewłaściwe przekazywanie informacji (również nt. możliwości dalszej opieki psychologicznej) mogą utrudnić proces adaptacji, żaloby czy radzeniasobieżestratę.

Zakończenie: Niedostatecznie długi czas poświęcany przez personel medyczny rodzicom po stracie oraz nierzetelne bądź niepełne przekazywanie wiedzy i nieprzestrzeganie określonych zasad komunikacyjnych, może zmniejszać poczucie bezpieczeństwa oraz istotnie wpływać na poziom lęku i cały proces godzenia się ze stratą.

lek. mgr Agata Leśnicka (ISPL), *Komunikacja w seksuologii*

Seksuologia jest dziedziną interdyscyplinarną, zajmująca się nie tylko patologią, ale i zdrowiem seksualnym, a także jest ona obszarem, który budzi skrajne emocje i wciąż otoczony jest aurą tajemniczości. Z tego względu komunikacja pacjent-lekarz dotycząca zdrowia seksualnego stawia szczególne wyzwania i zasługuje na odrębny wykład. Jednocześnie zdrowie seksualne, rzetelna informacja z tego zakresu oraz obowiązek zachowania profesjonalnych granic jest pacjentowi gwarantowane przez Kodeks Etyki Seksuologa PTS czy Powszechną Deklarację Praw Seksualnych. W prelekcji podjęto zagadnienia komunikowania otwartości na zbieranie wywiadu seksuologicznego przez lekarza jeszcze przed wizytą poprzez np. własną stronę internetową, ubiór, elementy wystroju gabinetu, co wpływa na gotowość pacjenta do poruszania kwestii seksuologicznych ze specjalistą. Następnie poruszono kwestię oczekiwań obu stron co do tego, która pierwsza powinna poruszyć temat seksualności i u wspólniania języka opisującego cykl reakcji seksualnych. Dane dotyczące seksualności są danymi szczególnie wrażliwymi, ich zbieranie powinno mieć uzasadnienie medyczne. Lekarze często czują się niekompetentni w tej dziedzinie, gdyż w programie ich nauczania istnieje deficyt zajęć dydaktycznych z zakresu seksuologii. Z drugiej strony dostęp do specjalisty seksuologa jest w Polsce mocno ograniczony ze względu na niewielką liczbę lekarzy mających szkolenie w tej dziedzinie. Obszar leczenia seksuologicznego zdominowany jest przez psychologów prezentujących mocno zróżnicowany poziom wiedzy i doświadczenia klinicznego i których praca pozbawiona jest nadzoru porównywalnego z dotyczącym wykonywania zawodu lekarza. Na zakończenie poruszono temat seksualności w relacji lekarz-pacjent w szczególnych grupach pacjentów takich jak przedstawiciele LGBT czy osoby z niepełnosprawnością intelektualną.

**16.00-17.15 V sesja: PRAKTYKA WIELOASPEKTOWEJ OPIEKI NAD
PACJENTEM**

dr Katarzyna Broczek (WUM), *Komunikacja z pacjentem w podeszłym wieku*

Źródłosłów słowa komunikacja (łac. communico, communicare) wskazuje na wielość znaczeń i ról procesu porozumiewania się. Szczególne znaczenie ma prawidłowa komunikacja z pacjentami w starszym wieku, gdyż trudności w tym procesie mogą przyczynić się do niepowodzenia terapii, utraty zaufania do ochrony zdrowia, a nawet groźnych dla życia powikłań leczenia lub jego zaniechania. Proces starzenia się i wiele chorób wieku podeszłego sprzyjają występowaniu trudności w komunikowaniu się przez osoby starsze, ale za niepowodzenia w komunikacji odpowiedzialny jest głównie nieodpowiednio przygotowany personel medyczny. Instytucje zajmujące się zdrowiem seniorów opracowały ogólne zasady efektywnej komunikacji z osobami starszymi i szczegółowe zalecenia dotyczące komunikowania się z pacjentami z niedosłuchem, niedowidzeniem i zaburzeniami funkcji poznawczych. Ciągłe doskonalenie się personelu medycznego w zakresie komunikacji może przyczynić się do poprawy jakości opieki geriatrycznej i sprzyjać tworzeniu przyjaznego środowiska dla seniorów.

mgr Magda Schromová, dr Aleksandra Kalata-Zawłocka (UW), *Usługi tłumaczenia na odległość w środowisku medycznym – korzyści i ograniczenia*

Z usług tłumaczenia na odległość (ang. *video-remoteinterpreting (VRI)* lub *video relay services (VRS)*) korzystają osoby głuche na całym świecie, w tym coraz częściej w Polsce. Choć stanowi wciąż jeszcze stosunkowo mało znany, rozwijający się segment rynku tłumaczeń, tłumaczenie na odległość niewątpliwie przyczynia się do zwiększenia dostępności osób głuchych do różnych sfer życia. Wychodząc naprzeciw potrzebie zwiększania dostępności usług medycznych dla tej grupy pacjentów, również coraz więcej placówek medycznych decyduje się korzystać z tłumaczenia na odległość. Tłumaczenie na odległość nie oznacza jednak panaceum na wszystkie bolączki tłumaczeniowe głuchych. Poza oczywistymi korzyściami, jak szybki i łatwy dostęp do tłumacza czy niższa cena usługi tłumaczenia, korzystanie z tłumaczenia na odległość wiąże się bowiem z różnorodnymi ograniczeniami i wyzwaniem. Amerykańskie Biuro Tłumaczy dla Głuchych RID nie zaleca korzystania z tłumaczenia na odległość m.in. w sytuacjach badań specjalistycznych, w sytuacjach zagrażających życiu, gdy pacjentami są dzieci, lub gdy komunikacja z pacjentem dotyczy trudnych tematów, np. śmiertelnej choroby. Tłumacze języków migowych doświadczają problemów tłumaczeniowych wynikających z komunikacji za pośrednictwem wideorozmowy, a i sami pacjenci niejednokrotnie mają negatywne odczucia w związku z korzystaniem z usług tłumacza, który nie jest fizycznie obecny podczas wizyty u lekarza. Przy okazji omawiania tematu tłumaczenia na odległość nasuwają się zatem pytania o to, czym charakteryzuje się tłumaczenie na odległość w porównaniu z tłumaczeniem tradycyjnym, czyli takim, w którym tłumacz fizycznie uczestniczy? Jak tłumaczenie na odległość sprawdza się w sytuacjach komunikacji w środowisku medycznym? Jak usługi tłumaczenia na odległość oceniają pacjenci, a co mają o nich do powiedzenia wykonujący je tłumacze? W procesie zwiększania dostępności głuchych pacjentów do służby zdrowia warto dowiedzieć się, jak rozsądnie i skutecznie korzystać z nowoczesnych technologii. Świadomość korzyści ale i ograniczeń wynikających z korzystania z tłumaczenia na odległość przyczyni się do poprawy jakości usług medycznych świadczonych osobom głuchym.

mgr Maria Libura (UWM), *Zasady skutecznej komunikacji z dorosłym pacjentem z niepełnosprawnością intelektualną – doświadczenia międzynarodowe*

Wprowadzenie: Dorosli pacjenci z niepełnosprawnością intelektualną napotykają na specyficzne trudności w dostępie do opieki medycznej. Jedną z podstawowych barier stanowi komunikacja z lekarzem i innymi przedstawicielami zawodów medycznych. Brak przygotowania personelu w tym zakresie stanowi dodatkowe ryzyko dla tej szczególnie narażonej na wykluczenie grupy pacjentów, obniżając skuteczność interwencji medycznych, a w skrajnych przypadkach – ją udaremniając.

Cel i metoda: Celem pracy jest przedstawienie międzynarodowych doświadczeń we wprowadzaniu modeli komunikacji z pacjentem z niepełnosprawnością intelektualną. W tym celu dokonano przeglądu publikacji dostępnych na portalach medycznych oraz wybranych zaleceń towarzystw medycznych i organizacji osób z niepełnosprawnościami.

Wyniki: Z tekstów poświęconych zasadom i modelom komunikacji z pacjentami z niepełnosprawnością jednoznacznie wynika, że jest to obszar poważnych zaniedbań, których skutkiem bywa nieadekwatna do potrzeb opieka medyczna. Czynniki poprawiającymi jakość komunikacji są osobiste doświadczenia lekarza - kontakt z pacjentami z niepełnosprawnością intelektualną, a także przygotowanie do specyfiki pracy z tą grupą chorych na etapie kształcenia przed- i podyplomowego. Wykorzystanie zasad komunikacji było większe wówczas, gdy personel medyczny posiadał instrumenty ułatwiające wspólne podejmowanie decyzji medycznych dostosowane do specjalnych potrzeb. W szczególności istotną rolę odgrywało wyposażenie gabinetów w piktogramy dopasowane do kontekstu medycznego. Innym czynnikiem był trening kadr medycznych w zakresie posługiwania się prostym językiem dostosowanym do możliwości rozmówcy. Istotną rolę pełniły postawy i przekonania lekarzy dotyczące zdolności osób z niepełnosprawnością intelektualną do podejmowania decyzji o własnym zdrowiu i leczeniu, a także właściwe przygotowanie samych pacjentów do leczenia na wcześniejszych etapach procesu diagnostycznego i terapeutycznego. Jednocześnie zastosowanie odpowiednich modeli komunikacji nie tylko zwiększa skuteczność leczenia, ale także częstotliwość i zakres ewentualnych epizodów zakłócenia pracy placówki medycznej spowodowanych brakiem zrozumienia procesu leczenia oraz podwyższonym poziomem lęku u pacjenta.

Konkluzje: Przygotowanie kadr medycznych do pracy z pacjentem z niepełnosprawnością intelektualną jest niezbędnym warunkiem poprawy jakości opieki medycznej nad tą grupą pacjentów. Wskazane jest kształtowanie takich postaw wobec tej grupy w przebiegu kształcenia medycznego, które podkreślają znaczenie (nawet ograniczonej) autonomii i zdolności do podejmowania decyzji. Posługiwanie się prostym językiem, umiejętność korzystania z piktogramów, pomocy tłumaczy języka migowego i metod AAC – stanowią kluczowe kompetencje wspomagające komunikację, które powinny być reprezentowane w zespole medycznym pracującym z pacjentami z niepełnosprawnością intelektualną.

mgr Anna Daria Nowicka, *Dialog motywujący jako metoda wzmocnienia przymierza terapeutycznego między lekarzem a pacjentem*

Jednym z kluczowych czynników blokujących dalszy postęp w skutecznym leczeniu jest zbyt mała motywacja pacjentów do przestrzegania zaleceń lekarskich, co jest szczególnie istotne przy chorobach przewlekłych. Nawet najlepsza diagnoza i propozycja terapii niewiele pomoże, jeśli pacjent nie będzie przestrzegał zaleceń. Według badań ponad 50% chorych przewlekle nie przestrzega zaleceń lekarskich. Ten stan rzeczy może poprawić zastosowanie przez lekarzy „dialogu motywującego”. Dialog motywujący to „oparta na współpracy i skoncentrowana na osobie forma prowadzenia rozmowy, służąca wydobywaniu i wzmacnianiu motywacji do zmiany” (Miller i Rollnick). Jej twórcami są William Miller (profesor psychiatrii i psychologii) oraz Stephen Rollnick (profesor psychologii zajmujący się komunikacją w obszarze zdrowia psychicznego). Choć metoda została opracowana w celu zwiększenia skuteczności leczenia uzależnień, okazała się efektywna także w innych obszarach m.in. medycynie i psychoterapii. Dialog motywujący polega na wydobywaniu z pacjenta jego osobistej motywacji i gotowości do zmiany.

W uproszczeniu metoda opiera się na fakcie, że:

- Pacjent najchętniej przyznaje rację argumentom, które wypowiada sam (czyli to pacjent powinien wypowiadać argumenty za zmianą np. nawyków żywieniowych, a lekarz tak poprowadzić rozmowę, aby ułatwić pacjentowi wypowiadanie tych argumentów i utwierdzenie się w ich słuszności).
 - Pacjent posiada wystarczające zasoby, aby podjąć optymalne działania w celu poradzenia sobie z problemem.
 - Lekarz dąży do tego, aby pacjent „namówił sam siebie” do zmiany postępowania, przy czym, aby motywacja utrzymywała się przez długi czas, musi być zgodna z systemem wartości i celów pacjenta.
 - Motywacja pacjenta jest najsilniejsza, jeśli on sam zmianę sposobu funkcjonowania ocenia jako ważną i czuje, że potrafi ją wcielić w życie. Rolą lekarza jest umocnienie go w tym.
- Zastosowanie tej metody w komunikacji lekarza z pacjentem przekłada się na większą aktywność oraz automotywację pacjenta w procesie leczenia oraz przyjęcie przez niego odpowiedzialności za swoje zdrowie, a co za tym idzie - za przestrzeganie zaleceń lekarskich.

1 grudnia (sobota)

9.30-11.00 VI sesja: NAUCZANIE KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ

dr Agata Stalmach-Przygoda (CM UJ), *Ewolucja we współpracy z pacjentem - compliance, adherence and concordance. Co to znaczy dla polskich pacjentów i lekarzy?*

Zasady współpracy pomiędzy lekarzem i pacjentem w ostatnich kilkudziesięciu latach podlegały ewolucji. Uwarunkowane to było m.in. zmianą charakteru dominujących w społeczeństwie schorzeń: z chorób ostrych na przewlekłe, jak i w konsekwencji zmianą miejsca udzielania świadczeń medycznych. Obecnie większość z nich udzielana jest ambulatoryjnie a zasadnicza część leczenia odbywa się w domu. Co za tym idzie poszerzył się zakres wpływu zachowania pacjenta na ostateczny efekt terapeutyczny poprzez stopień przestrzegania zaleceń. Wraz ze zmianami społecznymi obniżyło się również zaufanie do autorytetów. Wzrosła natomiast świadomość pacjentów i potrzeba współdecydowania oraz aktywnego udziału w decyzji i realizacji procesu diagnostycznego i terapeutycznego.

W ślad za powyższymi postępuje też ewolucja w relacji lekarz-pacjent. W przeszłości wystarczające wydawało się być samo przestrzeganie zaleceń tzw. *compliance* - definiowane jako zakres, w jakim zachowanie pacjenta jest zgodne z zaleceniami lekarza przepisującego lek. Fazę pośrednią stanowiła tzw. *adherencja* (ang. *adherence*), w ramach której uwzględniany jest pewien stopień uzgodnienia oraz założenie, że nie można pacjentowi przypisywać winy za nieprzestrzeganie zaleceń. Etap finalny stanowi współpraca terapeutyczna (ang. *concordance*) oparta na wyborze metody terapii z uwzględnieniem perspektyw obu stron: lekarza i pacjenta, z zaznaczeniem współodpowiedzialności.

W trakcie wykładu zostaną przedstawione różne tłumaczenia słowa: *concordance* z omówieniem odmiennych aspektów rozumienia tego pojęcia w polskich warunkach.

Zostaną również zaprezentowane wstępne wyniki ankiety przeprowadzonej wśród lekarzy i pacjentów, opartej na skali *LeedAttitudeTowardsConcordance II (LATCon II)*. Badanie ma na celu określenie nastawienia do współpracy terapeutycznej.

Ewolucja od *compliance* (przestrzeganie) do *concordance* (współpraca), która stawia pacjenta w centrum całego procesu terapeutycznego, stanowi szansę na prawdziwy postęp w medycynie poprzez poprawę zarówno w zakresie efektywności, jak i wprowadzenie rozwijających i wzbogacających opiekę medyczną wartości w relacji lekarza-pacjenta.

dr Łukasz Małecki (CM UJ), *Zanim zaczniesz uczyć. Komunikacja medyczna - wskazania, dawkowanie, interakcje z innymi metodami*

Dynamiczny rozwój komunikacji medycznej w Polsce w ostatnich latach doprowadził tą dziedzinę do wyjątkowego miejsca. Miejsca, w którym podjęta musi zostać decyzja co do dalszych ścieżek rozwoju i perspektyw stojących przed komunikacją medyczną. Miejsca, z którego można zobaczyć już drogę, którą komunikacja medyczna przeszła i wyciągnąć wnioski z wszystkich potknięć i sukcesów. Wreszcie miejsca, w którym komunikacja medyczna w Polsce stopniowo wyrasta na prężną i samodzielną dziedzinę naukową. Gdzie jesteśmy i dokąd idziemy, jaki wpływ mamy na rzeczywistość i jaki wpływ możemy mieć. I co to wszystko znaczy dla naszych studentów?

dr Katarzyna Jankowska (CM UMK), COPERNICUS – *model kształcenia kompetencji komunikacyjnych w medycynie*

Wprowadzenie: Kształcenie kompetencji komunikacyjnych jest aktualnym wyzwaniem, stojącym przed uczelniami medycznymi w Polsce. Po wielu latach intensywnej pracy osób promujących nową interdyscyplinarną dziedzinę jaką jest komunikacja medyczna, jednoznaczna stała się odpowiedź na pytanie: czy należy kształcić studentów kierunków medycznych w zakresie kompetencji komunikacyjnych? Aktualnie najistotniejszym pytaniem jest: jak to zrobić właściwie? Model COPERNICUS jest nowoczesną propozycją modelu takiego kształcenia.

Rozwinięcie: Model został stworzony w oparciu o doświadczenia własne, doświadczenia wieloletnich nauczycieli komunikacji medycznej, piśmiennictwo i doświadczenia praktyczne ze szkoleń i obserwacji kształcenia studentów kierunku lekarskiego na wiodących uniwersytetach na świecie.

Wyniki: Model łączy nauczanie oparte na symulacji medycznej, elementy medycyny narracyjnej, szerokie ukazanie perspektywy pacjenta, refleksję nad postawami z praktycznym kształceniem klinicznym.

Dyskusja: Kształcenie kompetencji komunikacyjnych wymaga szczególnych i unikalnych kompetencji dydaktycznych nauczyciela akademickiego oraz odpowiednich narzędzi. Stworzony model posiada elementy wspólne z Kalamazoo Consensus Statement, Calgary-Cambridge i Four Habits.

Wnioski: Cechą, która wyróżnia i potencjalnie zwiększa skuteczność modelu COPERNICUS jest głębokie zakorzenienie w praktyce klinicznej.

lek. Martyna Borowczyk (UMP), *O sztuce złotego środka, czyli jak zmiękczyć twardziela, jak wzmocnić wrażliwca*

W profilach osobowości studentów medycyny, uwzględniając całą gamę postaw pomiędzy, rysują się dwie wyraźne antypody – twardzi zwolennicy medycyny opartej na dowodach, wyznawcy konkretności oraz empatyczni, emocjonalni i wrażliwi mistrzowie trudnych rozmów. Jednym z głównych wyzwań procesu kształcenia wydaje się być nauczenie sztuki komunikacji i uwrażliwienie na potrzebę dbałości o nią tych pierwszych, jak również wzmocnienie tych drugich poprzez pracę nad ich kompetencjami lekarskimi, znajomością postępowania, rzetelnością sądów, radzeniem sobie z nadmiernym obciążeniem presją czasu i emocjami. Pułapką uczenia samych wytycznych może być pominięcie osobowego charakteru adresatów opartych o nie działań – pacjentów. Nie mniejszą pułapką wydaje się jednak ograniczenie kształcenia komunikacji do „laboratoryjnych” warunków rozmów z pominięciem kontekstu decyzji klinicznych i przełożenia wiedzy na praktykę. Pokazanie jak sposób komunikacji wpływa na ilość i rzetelność uzyskanych danych medycznych może przekonać do jej roli mędrca ze „szkiełkiem i okiem”, a osadzenie trudnych rozmów i realiów komunikacyjnych w kontekście wiedzy może ochronić (nad)wrażliwego przed brakiem, niezbędnego często, dystansu, błędnymi decyzjami opartymi o ocenę emocji pacjenta bez uwzględnienia jego stanu klinicznego i etapu choroby, poczuciem skrajnej niegotowości do podjęcia pracy w momencie zakończenia studiów, pokusą porzucenia wykonywania wymarzonego zawodu z poczuciem przytłoczenia czy innymi aspektami

syndromu wypalenia zawodowego. Miejscem, w którym połączyć mogą się obie perspektywy kształcenia mogą być centra symulacji medycznej. Kreowane w nich realia, scenariusze angażujące szeroki wachlarz umiejętności i kompetencji studentów mogą być maksymalnie bliskie życiu, w którym kontekst wiedzy, decyzji dotyczących postępowania medycznego, wyboru leków i dawek spotyka się zawsze z kontekstem spotkania dwóch ludzi z całym bogactwem ich historii, potrzeb i oczekiwań. „Psyche” i „soma”, tak bliskie sobie w życiu, nie powinny być sztucznie od siebie oddzielane w kształceniu. Odpowiedzialnością nauczycieli akademickich jest tworzenie ze swoich studentów lepszych ludzi i lekarzy. Celem niniejszego wystąpienia będzie przedstawienie konkretnych propozycji sposobu prowadzenia zajęć i kreowania scenariuszy, które mogą pomóc tę odpowiedzialność wypełnić.

11.30-13.00 VII sesja: NAUCZANIE KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ

Bogumiła Kowalska, Anna Kocurek, dr Agata Stalmach-Przygoda, dr Łukasz Małecki, dr Stanisław Górski, dr Michał Nowakowski (CM UJ), *Wpływ sposobu wprowadzenia do kursu komunikacji medycznej na zaangażowanie studentów podczas zajęć praktycznych*

Wprowadzenie: Kontraktowanie zajęć to jedna z metod dydaktycznych, która, dzięki włączeniu studentów w proces ustalania obowiązujących zasad obowiązujących na kursie, pozwala na lepsze zrozumienie wymagań i dzielenie współodpowiedzialności za całokształt zajęć. Nie zbadano do tej pory wpływu kontraktowania na proces uczenia się umiejętności komunikacyjnych i współpracy w grupie studentów pochodzących ze Środkowej Europy.

Rozwinięcie: Celem badania przeprowadzonego w roku akademickim 2017/18 było porównanie poziomu satysfakcji z nauki, aktywności i stosowania się do obowiązujących zasad zachowania w trakcie zajęć w dwóch grupach studentów. W grupie eksperymentalnej zasady te były efektem negocjacji i wspólnego ustalenia między nauczycielem a studentami, natomiast w grupie kontrolnej zasady i reguły zostały narzucone przez koordynatora kursu i przedstawione na pierwszych zajęciach przez prowadzącego asystenta. Studenci przystępowali do kursu w grupach ćwiczeniowych liczących 8-10 osób, zajęcia były prowadzone przez przeszkolonych nauczycieli komunikacji medycznej. Przydział grupy dziekanatowej do pionu eksperymentalnego i kontrolnego badania był losowy. Badanie otrzymał zgodę komisji bioetycznej UJ, udział w nim był dobrowolny.

Wyniki i dyskusja: Łącznie w badaniu wzięło udział 53 studentów, w tym 25 w pionie eksperymentalnym (3 grupy dziekanatowe) i 28 w grupie kontrolnej (również 3 grupy dziekanatowe). Na zakończenie kursu proszono studentów oraz pomagających w przeprowadzeniu zajęć pacjentów symulowanych o wypełnienie ankiety i ocenę kursu oraz zaangażowania studenckiego w skali od 1 do 5. W pionie eksperymentalnym studenci wyżej oceniali kurs (4,36 vs. 4,25), swoje zaangażowanie (4,16 vs 3,82) oraz zaangażowanie grupy (4,68 vs 4,04; $p= 0,0016$). Podobne wyniki (wyższą ocenę zaangażowania studentów w dyskusje oraz odgrywane scenki) uzyskano porównując wyniki ankiety wśród pacjentów symulowanych ($n=30$). Uzyskane wyniki dowodzą siły wpływu kontraktowania na przebieg zajęć – są one spójne mimo stosunkowo niewielkiej liczebności próby badawczej i istnienia wielu potencjalnych czynników zakłócających.

Wnioski: Podsumowując, kontraktowanie jako metoda dydaktyczna pozwalająca studentom na dzielenie współodpowiedzialności za całokształt kursu, jest prostym i skutecznym narzędziem budowania motywacji do uczestnictwa w zajęciach komunikacji medycznej.

dr Stanisław Górski (CM UJ), *”Platforma Edukacyjna – Wywiad Lekarski. Techniki komunikacyjne w medycynie” – multimedialne narzędzie do nauki komunikacji w zbieraniu wywiadu*

Studenci uczelni medycznych, jak i doświadczeni medycy coraz częściej sięgają po rozwiązania multimedialne, ułatwiające przyswojenie materiału i zebranie dodatkowych danych. Stanowią one kompleksowe i łatwiej dostępne niż tradycyjne podręczniki źródło wiedzy. W obliczu takiego zapotrzebowania powstała *” Platforma Edukacyjna – Wywiad Lekarski. Techniki komunikacyjne w medycynie.”* Stanowi ona podsumowanie treści przekazywanych studentom Wydziału Lekarskiego CMUJ z zakresu komunikacji z Pacjentem, na przedmiocie Laboratorijne Nauczanie Umiejętności Klinicznych. Platforma zawiera 10 modułów, z których każdy zawiera część teoretyczną oraz 1 lub 2 zadania praktyczne. Po rozwiązaniu zadań, odpowiedzi są zapisywane i wyświetlany jest komentarz eksperta, odnoszący się do ewentualnych wątpliwości pojawiających się w czasie rozwiązywania zadań i systematyzujący zdobyte umiejętności. W konstrukcji zadań praktycznych wykorzystano pytania otwarte i zamknięte, zdjęcia, filmy. Po ukończeniu wszystkich modułów, student otrzymuje Certyfikat ukończenia kursu e-learningowego: *„Nauka zbierania wywiadu lekarskiego. Techniki komunikacyjne w medycynie.”*

Celem wystąpienia będzie prezentacja założeń i możliwości Platformy oraz zaproszenie do współpracy celem wspólnego rozwijania tego narzędzia oraz współpracy badawczej w tym zakresie.

dr Antonina Doroszevska, mgr Agnieszka Oronowicz-Jaśkowiak, mgr Wojciech Oronowicz-Jaśkowiak, lek. Joanna Michalik (WUM), *Szaleństwo czy metoda? E-learning jako jedna z metod w nauczaniu kompetencji komunikacyjnych*

Wprowadzenie: Coraz więcej uniwersytetów medycznych wprowadza obowiązkowe zajęcia komunikacji. Każdy uniwersytet wprowadza różne formy prowadzenia zajęć, różna jest także liczba godzin przeznaczonych na kształcenie kompetencji komunikacyjnych. Od bieżącego roku akademickiego studenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego mają możliwość zapoznania się z wprowadzeniem do komunikacji w formie e-learningu.

Rozwinięcie: Celem zajęć prowadzonych przez e-learning dla studentów WUM jest wprowadzenie w zagadnienia teoretyczne oraz pokazanie przykładowych rozmów, które mają zobrazować, w jaki sposób omawiane teorie można zastosować w praktyce.

Cel wystąpienia: Celem wystąpienia będzie refleksja nad korzyściami i ograniczeniami tej formy kształcenia w zakresie kompetencji komunikacyjnych. Przedstawione zostaną ponadto podstawowe założenia kursu e-learningowego.

Wnioski: Zajęcia z komunikacji medycznej prowadzone na Warszawskim Uniwersytecie medycznym wykorzystują zajęcia w formie tradycyjnej oraz e-learningowej. Połączenie obu metod może przynieść korzyść dla procesu dydaktycznego.

lek. Michał Pers (CM UJ), *Wpływ kursu Komunikacji Klinicznej na postawę skoncentrowaną na pacjencie wśród studentów Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego*

Istnieją dowody naukowe, że w trakcie zajęć klinicznych następuje regresja Postawy Skoncentrowanej na Pacjencie (PSP) wśród studentów medycyny. W 2013 roku w Uniwersytecie Jagiellońskim Collegium Medicum do programu nauczania został wprowadzony obowiązkowy kurs Komunikacji Klinicznej (KK). Kurs bazował na modelu Calgary-Cambridge i został rozłożony na 4 lata. Celem badania była ocena wpływu KK na postawę skoncentrowaną na pacjencie. Rozwinięcie Retrospektywnie w zakresie PSP porównaliśmy studentów, którzy uczestniczyli w pierwszej edycji kursu w języku polskim (KK+, n=160), w języku angielskim (KKen+, n=55) oraz rok starszych studentów, którzy w swoim programie studiów nie posiadali KK (KK-, n=122). Użyliśmy dwóch skal do pomiaru postawy skoncentrowanej na pacjencie - The

LeedsAttitude to Concordance (LATCon) oraz Patient-PractitionerOrientationScale (PPOS). W obu skalach wyższy wynik oznacza lepszą PSP. Uzyskaliśmy zgody autorów skal na ich użycie oraz tłumaczenie, co wykonaliśmy zgodnie z wytycznymi WHO w zakresie tłumaczenia i adaptacji narzędzi. Studenci zostali poproszeni o wypełnienie formularza zawierającego obie skale oraz pytania dotyczące wieku, płci, motywacji do studiowania medycyny oraz wyboru przyszłej specjalizacji. Uczestnictwo było dobrowolne, a studenci zostali w pełni poinformowani o badaniu. Komisja bioetyczna Uniwersytetu Jagiellońskiego wyraziła oficjalną zgodę na badanie. Analiza statystyczna została wykonana w programie R, v.3.4.2. Wyniki Nie było statystycznie istotnych różnic w zakresie LATCon wśród KK+ i KK-, ale KK+ osiągnęli statystycznie wyższe wyniki w zakresie PPOS niż KK- (2,91 v 2,74; p=0,003). Nie było istotnych statystycznie różnic w skalach PPOS i LATCon pomiędzy KK+ i KKen+. Dyskusja i wnioski Bombeke i współpracownicy w 2011 roku dowiedli, że trening umiejętności komunikacyjnych może pogłębić regresję PSP u studentów Uniwersytetu w Antwerpii. KK przeprowadzony w Uniwersytecie Jagiellońskim Collegium Medicum poprawił PSP wśród studentów medycyny. W celu zrozumienia rozbieżności w wynikach należy rozważyć porównanie struktury obu kursów.

14.00-15.30 VIII sesja: BADANIA EMPIRYCZNE NAD KOMUNIKACJĄ Z PACJENTEM

dr Piotr Daniluk (Tuw PZUW), Współpraca z ubezpieczycielem w zakresie poprawy jakości komunikacji interpersonalnej pacjent – personel medyczny w oparciu o zasadę wzajemności w ubezpieczeniach OC podmiotów leczniczych

Każdy szpital zobowiązany jest do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Ochrona tego typu ma na celu zapewnienie rekompensaty w przypadku, gdy dojdzie do niekorzystnych następstw zdrowotnych w czasie leczenia lub diagnostyki pacjenta.

Tuw Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych jest odpowiedzią Grupy Kapitałowej PZU na coraz szersze zainteresowanie ubezpieczeniami wzajemnymi. Ubezpieczenia zawierane w oparciu o zasadę wzajemności jako jedyne umożliwiają optymalną współpracę stron. Wynika to z modelu biznesowego - ubezpieczony jest również członkiem Towarzystwa, członkiem związku wzajemności. Redukcja liczby zdarzeń skutkujących wypłatą świadczenia zwiększa prawdopodobieństwo skorzystania z systemu dopłat i zwrotów składek. Stronom umowy ubezpieczeniowej zależy na wprowadzaniu mechanizmów redukujących ryzyko i zwiększających poziom bezpieczeństwa pacjentów.

Tuw PZUW od początku swojej działalności konsekwentnie rozwija metody współdziałania z podmiotami leczniczymi w zakresie zwiększenia bezpieczeństwa leczonych i diagnozowanych pacjentów. Istotnym elementem tej polityki jest cykl bezpłatnych szkoleń dla szpitali. Projekt objęty jest Patronatem honorowym Ministra Zdrowia, oparty jest na dwóch filarach:

- systemie identyfikacji ryzyka
- systemie szkoleń dla personelu medycznego i osób zarządzających szpitalami.

Identyfikacja ryzyka oparta jest o audyt medyczny przeprowadzony przez specjalistów Tuw PZUW, lekarzy posiadających duże doświadczenie kliniczne i ubezpieczeniowe. Po wizytacji opracowana zostaje lista rekomendacji dla szpitala oraz precyzyjne dostosowanie szkoleń dla personelu aby uzyskać synergii w zakresie minimalizacji ryzyka ubezpieczeniowego

Jest rzeczą oczywistą, że prawidłowa komunikacja interpersonalna ma kluczowe znaczenie dla poprawy bezpieczeństwa hospitalizowanych pacjentów. Z tego względu jednym z najważniejszych szkoleń z pakietu jest szkolenie w zakresie sposobów prawidłowej komunikacji z pacjentami oraz pomiędzy personelem leczniczym.

Od początku 2018 roku w szkoleniach wzięło udział ponad 10 000 osób, w tym dyrektorzy szpitali, ordynatorzy, lekarze, pielęgniarki, specjaliści ds. epidemiologii i zakażeń szpitalnych i specjaliści ds. jakości z 40 szpitali. Szkolenia z zakresu komunikacji interpersonalnej przeprowadzono dla około 5 000 pracowników z 10 szpitali. Średnio uzyskano dziesięcioprocentową poprawę jakości komunikacji z pacjentami. Projekt finansowany jest z funduszu prewencyjnego Tuw PZUW.

dr Tomira Chmielewska-Ignatowicz (UKSW), *Ocena jakości komunikacji lekarz-pacjent w opinii lekarzy będących pacjentami onkologicznymi*

Problematyka komunikacji między lekarzem a pacjentem jest szczególnie ważnym zagadnieniem w sytuacji konieczności przekazania pacjentowi diagnozy choroby nowotworowej. Pomimo istnienia wielu modeli budowania właściwej – ze społecznego, psychologicznego terapeutycznego punktu widzenia - komunikacji, między uczestnikami tegoż aktu komunikacji, niezwykle zasadna wydaje się być dogłębna analiza tego, jaki model komunikacji jest najpopularniejszy wśród lekarzy przekazujących diagnozę choroby nowotworowej pacjentom, będącym jednocześnie lekarzami. Czy fakt, że pacjentem staje się lekarz istotnie wpływa na zmianę sposobów budowania relacji z lekarzem prowadzącym? W jakim stopniu posiadana przez pacjenta-lekarza wiedza medyczna wpływa na budowanie relacji z lekarzem prowadzącym, jak również na stosowanie się do wybranej terapii? Punktem wyjścia do podjęcia próby znalezienia odpowiedzi na powyższe pytania badawcze będą wnioski z pilotażowych badań jakościowych (pogłębione wywiady), przeprowadzonych w 2017 r. przez prelegentkę, na grupie 12 pacjentów onkologicznych będących jednocześnie lekarzami.

mgr Anna Charko (Ludzie i medycyna), *Pacjenci-innowatorzy – partnerzy dla lekarzy*

Pacjenci-innowatorzy to rosnąca grupa aktywnych pacjentów, którzy chcą współpracować z lekarzami: czasem chodzi o poprawę własnego stanu zdrowia, czasem o zwiększenie wiedzy dostępnej ogółowi pacjentów, czasem też o wzbogacenie nauki poprzez prowadzenie własnych badań. Prawdziwe innowacje powstają z prawdziwej potrzeby. Choroba stawia człowieka wobec takiej właśnie prawdziwej potrzeby. Zaczyna on szukać rozwiązań. Czasami błądzi – poszukuje na osłep informacji w internecie, łapie się zwodniczych obietnic szarlatanów, wymusza na swoim lekarzu stosowanie konkretnej terapii. Wtedy jest trudny w kontakcie i w leczeniu. Ale ta postawa aktywna ma też inną manifestację – w postaci pacjentów-innowatorów, którzy poszukują rozwiązań dla własnej choroby w partnerstwie z lekarzami i ze społecznością naukową. Czasem wymyślają rozwiązania, które pomogą im lepiej radzić sobie z codziennością mimo choroby, jak np. DebbyElnatan, która wymyśliła i stworzyła specjalną uprząż dla swojego syna z porażeniem mózgowym, aby malec mógł „chodzić” przywiązany do jej nóg. Czasem szukają sposobów, by spowolnić nieuchronny postęp choroby, jak DiogoLopes z chorobą Charcota, Mariego i Tootha, który gra na pianinie. Czasem tworzą urządzenia, które są na tyle skuteczne, że wprowadzone zostają do produkcji, jak Tal Golesworthy, który wspólnie ze swoim lekarzem wymyślił system wspomagający pracę aorty w Syndromie Marfana, co uratowało życie nie tylko jemu samemu, ale już ponad 70 innym osobom. Niektórzy też stają się naukowcami, z bardzo wąską specjalizacją: badają konkretny przypadek, jak chora na Parkinsona Sara Riggare, która prowadzi precyzyjne obserwacje własnych parametrów i właśnie usiłuje obronić pracę doktorską na podstawie tych obserwacji.

Aktywność pacjentów to fakt. Można się jej bać. A można ją przyjąć jako dobrodziejstwo i wspierać. Jak wykorzystać aktywność pacjentów jako ich potencjał do wzbogacenia terapii oraz wiedzy naukowej? Rozmawiać z nimi, dopuszczać ich do głosu, zachęcać do weryfikowania źródeł informacji i do dzielenia się własnymi doświadczeniami ze społecznością innych chorych. Uważam, że intensywny i otwarty dialog pomiędzy lekarzami i pacjentami pozwoli powstrzymać upadające zaufanie do zawodu lekarza. Pozwoli też wypracować wspólnie wiele nowych rozwiązań, które pomogą pacjentom żyć w lepszym komforcie mimo choroby.

dr Marta Makowska (SGGW), *Quantifiedself i self-tracking dla zdrowia. Wpływ technologii mHealth na kontakty lekarza z pacjentem*

Powszechnie w Polsce dostępna technologia mHealth – np. aplikacje w telefonach komórkowych czy innych akcesoriach (np. zegarkach) ofiarowuje nam rozmaite możliwości mierzenia i kwantyfikowania naszych zachowań oraz zdrowia. Aplikacje są w stanie monitorować nasze ciśnienie krwi oraz aktywność fizyczną (np. liczą nasze kroki). Przypominają nam o zażyciu leków, potrzebie odbycia treningu czy wykonaniu pomiarów. Pozwalają określić nasz poziom stresu czy w odpowiedni sposób zarządzić snem. Promotorzy zdrowia podobnie jak i lekarze coraz częściej zachęcają ludzi do używania tej technologii widząc w niej pomoc, ułatwienie we wprowadzeniu zachowań prozdrowotnych.

Niewątpliwie technologia ta wpływa na kontakty i sposoby komunikacji pomiędzy lekarzem i pacjentem. W większości podchodzi się do tych zmian w przychylny sposób wskazując ich pozytywny wpływ na zdrowie. W swoim referacie przedstawię, w jaki sposób podejście *quantifiedself* oraz *self-tracking* mogą przyczyniać się do zmian w koncepcjach zdrowia, tożsamości ludzi oraz postrzeganiu przez nich własnego ciała. Pokażę również jak wiele obaw budzi utrzymanie prywatności gromadzonych danych.

**16.00-17.15 IX sesja: BADANIA EMPIRYCZNE NAD KOMUNIKACJĄ
Z PACJENTEM**

**dr Barbara Baranowska, mgr Iwona Kiersnowska, dr Antonina Doroszevska,
prof. Piotr Węgrzyn (WUM), *Doświadczenia i potrzeby komunikacyjne kobiet
rodzących i położnic w kontekście przekonań dotyczących porodu***

Wyznawane przez rodzące wartości, doświadczenia i oczekiwania, kreują postawy dotyczące postrzegania porodu. Postawa reprezentująca poczucie sprawstwa i pokładanie w kobiecym ciele siły i możliwości samodzielnego urodzenia dziecka, kontrastuje z postawą całkowitego zdania się na pomoc personelu medycznego, bez którego interwencji kobieta, nie jest w stanie sama wydać dziecka na świat. Zgodnie z medycyną opartą na dowodach, przekonania kobiety rodzącej powinny być brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji dotyczących sposobu prowadzenia porodu. Budowanie relacji opartej na rzetelnej informacji, szacunku dla intymności oraz empatii dla matki daje lekarzom i położnym możliwość spełnienia oczekiwań związanych z opieką okołoporodową, co bezpośrednio przekłada się na budowanie pozytywnego doświadczenia kobiety. Właściwa komunikacja pomiędzy kobietą rodzącą a personelem medycznym, ma kluczowy wpływ na decyzje podejmowane przez matkę w sytuacjach wymagających szybkich działań, takich jak wykonanie cięcia cesarskiego czy pomoc za pomocą kleszczy i *vacum*. Ponieważ komunikacja zarówno werbalna, jak i niewerbalna między personelem medycznym a rodzącą kobietą ma bezpośredni wpływ na przebieg porodu, jest jednym z ważnych elementów jakości narodzin. Badanie ma na celu zidentyfikowanie różnic w potrzebach w zakresie komunikacji u kobiet rodzących oraz kobiet w porożu. Dodatkowym celem badania jest analiza doświadczeń i potrzeb komunikacyjnych przez pryzmat podejścia kobiety do narodzin dziecka. Oczekiwania i doświadczenia matek w zakresie komunikacji porównano w odniesieniu do dwóch grup zawodowych: lekarzy i położnych, czyli osób sprawujących bezpośrednią opiekę nad kobietą rodzącą podczas porodu i na oddziale położniczym.

dr Jennifer Castaneda (IMiD), *Etyka cnót i etyka troski w kontekście komunikacji w poradnictwie genetycznym*

Poradnictwo genetyczne stanowi specyficzną formę komunikacji medycznej z uwagi na treść porady oraz jej implikacje dla podjęcia przez pacjentów ważnych życiowych decyzji. Decyzje te mogą dotyczyć na przykład prokreacji, kontynuacji bądź zakończenia ciąży powikłanej poważną wadą u płodu, informowania krewnych o ryzyku genetycznym w rodzinie itd. Specyficzne cechy chorób genetycznych - ich rzadkość, nieuleczalność, dziedziczność, niepewne prognozowanie ich skutków klinicznych - sprawiają, że treść poradnictwa genetycznego jest szczególna. Dotyka ona często wrażliwych tematów osobistych pacjentów, powoduje u nich cierpienie lub poczucie niepewności bądź winy, wywołuje dylematy moralne. Z tej racji osoba, która udziela porady, powinna pogodzić wymóg adyrektywności udzielanych rad ze świadomością etyczno-moralnych implikacji komunikowanej treści podczas poradnictwa genetycznego.

Niniejsza praca jest próbą zastosowania elementów etyki cnót oraz etyki troski jako narzędzi dobrej komunikacji w poradnictwie genetycznym. Etykę cnót omawiam na podstawie pism Edmunda Pellegrina, amerykańskiego internisty i bioetyka, który rozwinął tę dziedzinę w obszarze praktyki medycznej. Główne zasady etyki troski jako nurtu filozoficznego wywodzącego się z teorii feministycznej (reprezentowanej przez Nel Noddings i Carol Gilligan) ukazują w kontekście działania medycznego. W pracy przedstawiam także implikacje wybranych aspektów obu nurtów etycznych dla komunikacji w poradnictwie genetycznym ukierunkowanej na pacjenta. Zwracam szczególną uwagę na: praktyczne zastosowanie zasad sprawiedliwości, szacunku dla godności i autonomii, intelektualnej uczciwości oraz troski o dobro pacjentów w komunikowaniu treści porady genetycznej.

Rozważania etyczne obejmujące między innymi elementy etyki cnót i etyki troski mogą służyć rozwinięciu umiejętności komunikacyjnych genetyków klinicznych oraz innych specjalistów udzielających porad genetycznych. Znaczenie postawy etycznej w przekazywaniu porady o wrażliwej treści nie powinno być lekceważone ani pominięte w kształceniu lekarzy z tej dziedziny.

dr Agnieszka Pawlak, dr Magdalena Wieczorkowska, dr Paweł Przyłęcki (UMŁ), *Nauczanie kompetencji komunikacyjnych w naukach medycznych w środowisku mono- i wielokulturowym*

Efektywna komunikacja między pacjentem a personelem medycznym warunkuje powodzenie procesu diagnozowania i leczenia chorego. Doniesienia naukowe potwierdzają pozytywny wpływ dobrej komunikacji na zdrowie pacjentów. We współczesnej medycynie istotnym składnikiem procesu komunikacji z pacjentem jest również komunikacja z jego rodziną. Nabycie kompetencji miękkich w zakresie komunikacji jest zatem równie ważnym elementem edukacji medycznej, co gruntowna wiedza o strukturze i funkcjonowaniu organizmu ludzkiego.

Pacjent to nie tylko organizm biologiczny, ale także istota społeczna, zatem przedmioty „humanistyczne” (kompetencje generyczne) w medycynie powinny mieć ten sam status, co przedmioty „medyczne”. Nauka komunikowania to nie kształtowanie umiejętności technicznych, w procesie komunikacji dochodzi bowiem do interakcji między osobami o różnych charakterystykach socjodemograficznych i kulturowych. Znajomość tych uwarunkowań jest warunkiem wstępnym do nauki komunikacji interpersonalnej i interkulturowej.

Wystąpienie ma na celu ukazanie procesu dydaktycznego w zakresie komunikacji, systematyzację głównych problemów z nim związanych i porównanie doświadczeń w nauczaniu tych kompetencji w środowisku mono- i wielokulturowym. Jako przykład empiryczny posłuży nauczanie przedmiotów „Socjologia w medycynie” i „Wielokulturowość w medycynie” dla kierunku Lekarskiego w języku polskim oraz angielskim (dla studentów-obcokrajowców).

dr Agnieszka Olchowska-Kotala (UMW), Sposób przedstawienia informacji o skuteczności terapii a interpretacja tej skuteczności

Przekazywanie informacji o ryzyku jest bardzo ważną częścią codziennej praktyki lekarzy. Codziennie zmagają się oni z problemem, jak dużo i jakich informacji powinni udzielić pacjentowi. Przekazywanie informacji ilościowych dotyczących ryzyka jest kluczowym komponentem włączania pacjenta do decyzji medycznych, świadomej zgody, oszacowania ryzyka dotyczącego zdrowia, czy udzielania porady medycznej dotyczącego badań prewencyjnych. Percepcja ryzyka, czyli przekonania badanego o częstości lub możliwości wystąpienia niekorzystnego dla niego zdarzenia, gra centralną rolę w podejmowaniu decyzji zdrowotnych. Informacje przedstawiane pacjentowi o ryzyku związanym z daną procedurą medyczną, czy skutecznością terapii można przedstawić w różny sposób. Jeśli przykładowo ryzyko zapadnięcia na jakiś nowotwór po wzięciu danego leku zmniejszy się z 4% na 2% po 5 latach stosowania leku to można to przedstawiać jako 50% spadek ryzyka. Najczęściej stosowane formaty komunikacji zmian w poziomie ryzyka to: format bezwzględnej redukcji ryzyka (ARR), względnej redukcji ryzyka (RRR) i format liczby osób wymagających leczenia (NNT). Celem badania było sprawdzenie, czy lekarze przypisują taką samą skuteczność lekowi niezależnie od formatu w jakim się tą skuteczność im przedstawi.

Metoda: Badanie wykonano w schemacie wewnątrzgrupowym. Badanym przedstawiono opis skuteczności trzech hipotetycznych leków. W każdym przypadku skuteczność z matematycznego punktu widzenia była taka sama. Dla leku pierwszego zastosowano format bezwzględnej redukcji ryzyka (ARR), dla drugiego - względnej redukcji ryzyka (RRR), a dla trzeciego - liczby osób wymagających leczenia (NNT). W badaniu wzięło udział 83 lekarzy różnych specjalności w wieku 25-81 lat ($M_{wiek} = 41,60$; $SD = 14,93$) w tym 53 kobiety i 30 mężczyzn.

Wyniki: zaobserwowano błędy w interpretacji danych o ryzyku terapii w badanej grupie lekarzy; badani lekarze najwyżej ocenili skuteczność leku, gdy była zaprezentowana w formie względnej redukcji ryzyka (RRR), a najniżej gdy była zaprezentowana w formie liczby osób wymagających leczenia (NNT).

Wnioski: należy wzmocnić wysiłki w procesie kształcenia umiejętności krytycznej analizy ryzyka i komunikacji ryzyka.