

V Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Komunikacja w medycynie”

26-27 listopada 2021

Organizatorzy

Studium Komunikacji Medycznej WUM
Zespół Języka Medycznego Rady Języka Polskiego PAN
Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej
Instytut Języka Polskiego UW
Pracownia Medycyny Społecznej Collegium Medicum UMK
Studium Etyki Lekarskiej WUM
Centrum Nauk Humanistycznych i Społecznych Medycyny WUM

Partnerzy konferencji

Akademia Komunikacji Medycznej
Fundacja Języka Polskiego



KSIĘGA ABSTRAKTÓW

piątek 26 listopada

KOMUNIKACJA MEDYCZNA – NOWE WYZWANIA I PERSPEKTYWY

prof. Piotr Zaborowski (Zespół Języka Medycznego RJP PAN)

Porozumienie z pacjentem: drogi i bezdroża

Określenie „komunikacja z pacjentem” dotyczy wielu elementów wzajemnego kontaktu pomiędzy dwoma podmiotami (osobami). Odbywa się poprzez rozmowę, czyli wymianę słów, ale także przekazywanie mniej lub bardziej świadomie sygnałów niewerbalnych, z niedocenianą na ogół prze wagą tych ostatnich. Zatem, jeśli komunikacja to „słowa i gesty”, to bez wątplenia celem ich użycia w trakcie wizyty lekarskiej jest uzyskanie porozumienia stron kontaktu. Przed dwoma laty analizowałem tło komunikacji słownej, jakim są uwarunkowania kulturowe, w tym kultura języka. Poza językiem literackim istnieje powszechnie stosowany i niezwykle zróżnicowany język, który można określić jako „użytkowo-powszechny, codzienny”. Jego charakterystyczną cechą jest skrótowość. W takim właśnie języku wyrażane są indywidualne przekonania. Także te dotyczące intymnej i osobistej sfery życia, jakimi są zdrowie i choroba oraz chorowanie. Czego zatem dotyczy zjawisko porozumienia z pacjentem? Obustronnego zrozumienia sytuacji i zagrożeń czy uzgodnienia sposobu i metod postępowania? Czy w komunikatach powinna dominować rzeczowość, czy współbrzmienie emocjonalne? Czy używać metafor i porównań? Czy możliwa jest rozmowa ze zrozumieniem pomiędzy osobami o różnych przekonaniach zdrowotnych? Czy porozumienie z pacjentem to to samo, co skłonność do stosowania się do zaleceń i ich wypełnianie? Czy warto przekonywać nieprzekonanego pacjenta?

dr hab. Maria Nowina-Konopka, prof. UJ (Uniwersytet Jagielloński)

Nowe wyzwania komunikacji medycznej w świetle rozwoju koncepcji Human Robot Interaction

Celem wystąpienia jest ukazanie wyzwań stojących przed ekspertami podejmującymi się tematyki komunikacji medycznej w związku z rozwojem koncepcji Human Robot Interaction. W sposób szczególny uwaga poświęcona zostanie funkcjonującym na rynku usług medycznych rozwiązaniom komunikacyjnym typu chat- i voice-bot.

Małgorzata Szczepanek, Jędrzej Ochremiak (Akademia Komunikacji Medycznej)

Potrzeby komunikacyjne pacjentów w relacji z personelem medycznym

Wystąpienie poświęcone jest potrzebom pacjentów w kontaktach z lekarzami i innymi członkami personelu medycznego zaangażowanymi w proces leczenia – pielęgniarkami, ratownikami medycznymi, technikami medycznymi i innymi. Zaprezentowane zostaną w szczególności potrzeby pacjentów w zakresie komunikacji medycznej. Analizie poddana będzie publiczna ochrona zdrowia,

a pandemia koronawirusa będzie stanowiła jedynie punkt odniesienia do głównej osi analiz. Uwzględniony zostanie także głos lekarzy i członków personelu medycznego. Zrekonstruowane zostanie pojęcie partnerskich relacji lekarz – pacjent.

Analizowany materiał pochodzi z badania jakościowego oraz ilościowego zrealizowanego w 2021 roku przeprowadzonego przez Akademię Komunikacji Medycznej, która opracowuje strategię dotyczącą partnerskich relacji personelu medycznego z pacjentami. W ramach badania jakościowego przeprowadzono indywidualne wywiady pogłębione z pacjentami oraz lekarzami i członkami personelu medycznego. W ramach badania ilościowego przeprowadzono 1000 wywiadów internetowych z pacjentami, zapewniając reprezentatywność wyników.

Za najważniejsze wyniki przeprowadzonych badań należy uznać: wyróżnienie skutecznego informowania pacjentów jako potrzeby nadrzędnej, bez zaspokojenia której nie ma miejsca na spełnianie innych potrzeb; zdefiniowanie kolejnych potrzeb pacjentów i w oparciu o nie rekonstrukcję pojęcia partnerskich relacji lekarz – pacjent oraz wyróżnienie kilku typów pacjentów zróżnicowanych pod względem potrzeb i relacji, w jakie są gotowi wejść z lekarzami.

Głównym wnioskiem jest fakt, że choć na partnerskie relacje z lekarzem gotowych jest obecnie niewielu pacjentów, to elementy partnerskiego traktowania są oczekiwane przez znacznie szerszą grupę.

dr hab. Aldona K. Jankowska, prof. UMK (Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Polskie Towarzystwo Komunikacji Medycznej)

Komunikacja medyczna w czasach pandemii SARS-CoV-2

Pandemia koronawirusa z 2019 r. (COVID-19) jest największym współczesnym kryzysem zdrowotnym, który nieuchronnie wpływa na sposób, w jaki praktykowana jest medycyna. W ciągu kilku miesięcy doszło do zmiany sposobu komunikacji z pacjentami, rodzinami i współpracownikami. Zmiany w organizacji opieki zdrowotnej, eksplozja telemedycyny, przyspieszona przez potrzeby i nowe zasady refundacji oraz fizyczne bariery (środki ochrony osobistej, PPE) i zasady zakazu wizyt to nowy krajobraz opieki medycznej.

Dodatkowo nastąpiło zmniejszenie ilości planowanych usług medycznych, w tym wizyt w poradniach ambulatoryjnych, usług diagnostycznych oraz planowanych zabiegów chirurgicznych. Te ograniczenia działań klinicznych do najpilniejszych będą miały niewątpliwie szkodliwy wpływ na pacjentów. Alternatywne sposoby pracy, w tym zastosowanie telemedycyny, ograniczają te szkody. Dzięki tworzonym sprawnie rozwiązaniom elektronicznym medycy utrzymują współpracę w realizacji zadań klinicznych i akademickich. Minimalizacja bezpośredniego kontaktu z pacjentem jest dla personelu medycznego nowością, a sama liczba dostępnych rozwiązań programowych i ich różne funkcje mogą być przytłaczające zarówno dla pacjentów, jak i dla medyków.

W swej istocie praktyka medyczna dotyczy relacji między leczącymi a chorymi i taka powinna pozostać, aby zapewnić współczującą opiekę pacjentom i ich bliskim. Z tego powodu istotna jest odpowiedź na pytanie o sposoby budowania jakości nowych form komunikacji medycznej. Pandemia wymagała szeroko zakrojonych i inwazyjnych działań władz i środowiska opieki zdrowotnej, które wymagają efektywnego komunikowania społeczeństwu. Opracowanie strategii tej komunikacji wymaga analiz oraz interdyscyplinarnej odpowiedzi ze strony środowiska naukowego. Potrzebna jest wiedza pozwalająca na skuteczność komunikacji, która jest kluczowym czynnikiem w walce z pandemią COVID-19.

KOMUNIKACJA W PRAKTYCE KLINICZNEJ – TRUDNE ROZMOWY I NOWE SZANSE

prof. Robert Śmigiel (Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu)

Przekazywanie niepomyślnych informacji w perinatologii i pediatrii

Na postawę pacjenta wobec nowej sytuacji zdrowotnej i akceptację choroby mają bardzo duży wpływ relacje personelu medycznego z pacjentem z chorobą o niekorzystnym rokowaniu. Warto zaznaczyć, że pacjenci bardzo często ubolewają nad sposobem przekazania niekorzystnych informacji. Diagnoza może być druzgocąca, jednak nie do zaakceptowania jest okrutny i bezwzględny sposób jej przekazania.

Przekazując pacjentowi informację o niekorzystnym rokowaniu, należy także pamiętać, że spotykamy go w konkretnym momencie jego życia, nie znając całego kontekstu, w którym pojawia się ciężka choroba. Sposób przekazywania informacji wymaga od osoby, która tej informacji udziela, wiedzy medycznej i psychologicznej, kompetencji (jednym słowem profesjonalizmu), ale także kultury osobistej i przede wszystkim empatii. Osoba przekazująca pacjentowi lub jego rodzicom informację o niepomyślnym rozpoznaniu musi posiadać odpowiednią wiedzę na temat choroby, powinna znać przebieg naturalny choroby i mieć, w miarę możliwości, doświadczenie nabyte z innymi pacjentami z takimi samymi problemami zdrowotnymi.

Praca z rodzicami / opiekunami chorego dziecka wymaga od personelu medycznego szczególnych predyspozycji psychicznych oraz umiejętności wczuwania się w stan i psychikę chorego. Sposób, w jaki udzielana jest informacja, ma ogromne znaczenie dla przystosowania się rodzica dziecka z chorobą o niepomyślnym rokowaniu do nowej sytuacji. Ważne jest, aby informacja udzielana przez lekarza była rzeczowa i przekazywana w sposób jasny i zrozumiały, by służyła obniżeniu lęku towarzyszącego pacjentowi oraz wzmocnieniu woli walki i wiary w skuteczność leczenia. Szczególne znaczenie

ma pierwsza rozmowa lekarza z rodzicami nowonarodzonego dziecka ciężko chorego z wadami rozwojowymi. Ta rozmowa wpływa na sposób postrzegania własnego dziecka przez rodziców oraz powinna pomóc rodzicom w zaakceptowaniu dziecka niepełnosprawnego. Proces akceptacji zależy od wielu czynników i jest zróżnicowany u poszczególnych rodziców, jednak pierwsza rozmowa może dać rodzicom wielkie wsparcie. Jak pokazują badania, przekazywanie rodzicom niepomyślnych diagnoz i informacji o ich dzieciach w sposób niewłaściwy, urażający, nieczuły, niekompetentny może wpływać na ich stosunek do dziecka, a także zranić ich psychikę na wiele lat.

W prezentacji przedstawiono kilka sugestii dotyczących sposobu przekazywania informacji rodzicom dziecka w okresie perinatalnym i postnatalnym.

dr Urszula Tataj-Puzyna, dr Maria Węgrzynowska (Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego)

„Taki normalny ludzki sposób...”. Jak rozmawiać z kobietami po niekorzystnej diagnozie prenatalnej

Badania pokazują, że jednym z najważniejszych aspektów kształtujących doświadczenie kobiet po niepomyślniej diagnozie prenatalnej jest ich relacja z pracownikami ochrony zdrowia. Erich Denney-Koelsch (2018) wyróżniła dwa możliwe wyniki tej relacji: dodatkowe obciążenie lub odciążenie (wsparcie) kobiety.

Opierając się na przeprowadzonych przez nas jakościowych badaniach wśród kobiet po niepomyślniej diagnozie prenatalnej, chciałybyśmy przyjrzeć się komunikacji zachodzącej w relacji kobieta – personel medyczny. Przedstawimy elementy komunikacji między kobietami a pracownikami ochrony zdrowia, które kobiety opisały jako wspierające lub obciążające. Do realizacji celów badania zastosowano podejście jakościowe oparte na wywiadach

częściowo ustrukturalizowanych z 10 kobietami po niepomyślnej diagnozie prenatalnej. Kobiety wskazywały na elementy komunikacji, które były wspierające, tj. empatia, brak oceny, akceptacja oraz rzetelność diagnozy. Dla kobiet ważne było używanie języka personalizującego dziecko, podkreślającego jego wartość. Do elementów obciążających należały komunikaty wykluczające, marginalizujące oraz odbierające nadzieję.

Forma wypowiedzi (w postaci wykazanej empatii, akceptacji i nadziei) miała większe znaczenie niż treść przekazu i kształtowała doświadczenie kobiet kontynuujących ciążę po diagnozie. Ważne jest edukowanie personelu medycznego w zakresie potrzeb komunikacyjnych kobiet po niepomyślnej diagnozie prenatalnej.

prof. Dagmara Mirowska-Guzel (Warszawski Uniwersytet Medyczny, Komitet Terapii i Nauk o Leku Polskiej Akademii Nauk)

Komunikacja dotycząca niebezpieczeństw związanych z farmakoterapią

Komunikowanie się dotyczące bezpieczeństwa odbywa się na wielu poziomach, w tym w relacji: firma farmaceutyczna (tzw. podmiot odpowiedzialny) i/lub agencja dopuszczająca lek do obrotu (np. Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych; Europejska Agencja Leków; Amerykańska Agencja ds. Leków i Żywności) – lekarz, lekarz – pacjent, pacjent – podmiot odpowiedzialny i/lub agencja dopuszczająca lek do obrotu. W momencie wprowadzania leku na rynek wiedza na temat jego bezpieczeństwa jest ograniczona i na bieżąco uzupełniana. Dokumentem przeznaczonym dla lekarza i stanowiącym zbiór informacji na temat m.in. możliwych działań niepożądanych wraz z przewidywaną częstością ich występowania dla danego produktu leczniczego jest Charakterystyka Produktu Leczniczego (ChPL). Jej odpowiedzialnym dla odbiorców usług medycznych (chorych i ich opiekunów) jest

ulotka dla pacjenta (UP). Dodatkowo od 2005 r. dla wszystkich leków w momencie ich rejestracji musi być złożony do agencji rejestracyjnej Plan Zarządzania Ryzykiem (*Risk Management Plan* – RMP). Przedstawia on przegląd problemów związanych z bezpieczeństwem stosowania produktów leczniczych oraz proponowane działania w celu ich monitorowania i zarządzania nimi po wprowadzeniu do obrotu. Jest to dokument, który w zależności od czasu, który upłynął od momentu dopuszczenia do obrotu danego leku i od konieczności jego dodatkowego monitorowania, składa się z części przeznaczonych zarówno dla lekarza (poradnik, lista kontrolna), jak i dla pacjenta (karta ostrzegawcza lub informacyjna). Grupa odbiorców RMP jest zróżnicowana i dlatego jego podsumowanie dostępne dla szerokiego grona odbiorców powinno być napisane i przedstawione w jasny i czytelny sposób.

System nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii już po dopuszczeniu leku do obrotu (pharmacovigillance) przewiduje szereg działań umożliwiających jak najszybsze i właściwe informowanie o problemach związanych z bezpieczeństwem leków, np. o nowych, wcześniej nieznanach, ciężkich niepożądanych działaniach leku (ndl), które pojawiają się w trakcie obecności leku na rynku i wpływają na stosunek korzyści do ryzyka produktu leczniczego. Mogą one wymagać szybkiego rozpowszechnienia, aby ograniczyć niekorzystne skutki związane z jego stosowaniem. W takiej sytuacji powstaje komunikat do fachowych pracowników opieki zdrowotnej (*Dear Health Care Professional Letter* – DHCPL, w skrócie nazywany *Dear Doctor Letter* – DDL), w którym zawarta jest nie tylko informacja na temat stwierdzonego działania niepożądanego, ale także opis zaleconego postępowania w celu ograniczenia występowania ndl. Wszystkie wymienione wyżej dokumenty mają ściśle ustrukturyzowaną formę, co ułatwia znalezienie poszukiwanych informacji i zapewnia przejrzystość przekazu, dostosowanego do odbiorcy.

dr Stanisław Maksymowicz, mgr Maria Libura (Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie)

Przekazywanie niepomyślnych wiadomości pacjentom z ALS

Stwardnienie zanikowe boczne (ALS) jest rzadką, nieuleczalną i śmiertelną chorobą neurodegeneracyjną, której mediana czasu przeżycia od początku choroby do śmierci wynosi od 20 do 48 miesięcy. Przekazanie informacji o rozpoznaniu ALS jest trudnym zadaniem dla lekarzy i doświadczeniem zmieniającym życie pacjentów.

Naszym pierwszym celem była ocena, w jakim stopniu przestrzegane są zasady przekazywania niepomyślnej informacji zawarte w protokołach takich jak SPIKES i EMPATIA wedle doświadczeń pacjentów z ALS. Chcieliśmy również określić, czy istnieją inne, nieujęte w tych protokołach preferencje pacjentów i problemy komunikacyjne charakterystyczne dla chorób rzadkich.

Uczestnicy naszego badania zostali zrekrutowani za pośrednictwem kliniki neurologii. 24 pacjentów z potwierdzonym rozpoznaniem ALS wzięło udział w

badaniu przy użyciu wywiadu pogłębionego (kwestionariusza własny): 9 kobiet, 15 mężczyzn w wieku od 30-39 do 60-69 lat.

Analiza wykazała, że w doświadczeniach pacjentów z ALS sposób przekazywania diagnozy wiązał się z istotnymi naruszeniami dostępnych protokołów. Pacjenci spotykali się także z nihilizmem terapeutycznym, ponieważ byli postrzegani jako „przypadki beznadziejne”. W przeciwieństwie do ośrodków onkologicznych poradnie neurologiczne nie uwzględniają potrzeb związane z końcem życia w standardowych schematach postępowania.

Proponujemy, aby przy zastosowaniu odpowiednich protokołów rozszerzyć procedurę przekazywania informacji o rozpoznaniu ALS o niezbędne elementy: przygotowanie planu leczenia z informacją o rehabilitacji i wyzwaniach zdrowotnych i pielęgnacyjnych, udzielenie wsparcia psychologicznego, dostarczenie pacjentowi użytecznych informacji o chorobie, zabezpieczeniu społecznym i możliwościach leczenia oraz skierowanie pacjenta do wyspecjalizowanych placówek zajmujących się chorobą.

KOMUNIKACJA W PRAKTYCE KLINICZNEJ – NARZĘDZIA I ŹRÓDŁA INSPIRACJI

dr Sebastian A. Zdończyk (Akademia Pomorska w Słupsku, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Korczaka w Słupsku)

Prehabilitacja jako nowa przestrzeń komunikacji pomiędzy pacjentem onkologicznym a zespołem terapeutycznym

Prehabilitacja stanowi kompleksowe, interdyscyplinarne, wielokierunkowe przygotowanie pacjenta do długotrwałego i najczęściej wyczerpującego leczenia. Celem prehabilitacji jest usprawnienie procesu zdrowienia pacjenta, by powrót do zdrowia przebiegał bez powikłań oraz by był jak najszybszy.

Istotnym elementem procesu terapeutycznego pacjenta onkologicznego jest stosowanie się do uzyskanych zaleceń. Właściwa komunikacja pomiędzy pacjentem i zespołem terapeutycznym wpływa na powodzenie zastosowanych procedur terapeutycznych.

Celem wystąpienia jest ukazanie zasad (elementów) prehabilitacji jako nowej przestrzeni do skutecznej komunikacji pomiędzy zespołem terapeutycznym i pacjentem hematoonkologicznym zakwalifikowanym do procedury auto SCT (ang. *autologous stem cell transplantation*; autologiczny przeszczep komórek macierzystych polega na pobraniu komórek macierzystych z organizmu

pacjenta i ich zamrożeniu). Badanie ma charakter pilotażowy. Do badania włączono 46 pacjentów zakwalifikowanych do procedury auto SCT. Pacjenci zostali objęci wsparciem informacyjnym w zakresie: przygotowania żywieniowego, ćwiczeń fizycznych, psychologicznym, uzależnień oraz pozostałych niezbędnych konsultacji i procedur specjalistycznych.

Analiza badań pokazała, że badani pacjenci stosowali się do zaleceń zespołu terapeutycznego, wykonywali zlecone badania, przestrzegali zasad epidemicznych. Wsparcie informacyjne przełożyło się również na poziom wiedzy o procedurze auto SCT. Prehabilitacja stanowić może nową przestrzeń komunikacyjną pomiędzy pacjentem a personelem medycznym. Pacjenci objęci wsparciem prehabilitacyjnym stosowali się do uzyskanych zaleceń a zatem byli skuteczniej przygotowani do procedury auto SCT.

lek. Adrianna Beczek (Uniwersytet Jagielloński)

Znaczenie koncepcji doświadczeń granicznych Karla Jaspersa dla codziennej praktyki klinicznej

Zawody medyczne nawet w obiegowej opinii są uważane za trudne, a ich wykonywanie za bardzo wyczerpujące. Ta trudność polega m.in. na tym, że każdego dnia klinicyści spotykają się z cierpieniem i śmiercią. Poprzez ukazanie praktyki medycznej w kontekście teorii sytuacji granicznych niemieckiego filozofa Karla Jaspersa, można pokazać, że ten aspekt trudności zawodowych może być dla klinicystów szansą na osobisty rozwój zamiast być kolejnym czynnikiem wpływającym na syndrom wypalenia zawodowego. Jest to tym samym przykład tego, jakie znaczenie dla medycyny ma filozofia.

Celem wystąpienia jest przedstawienie teorii Jaspersa w sposób zrozumiały nie tylko dla filozofów oraz pokazanie, w jaki sposób może ona być istotna dla osób wykonujących zawody medyczne. Na początku XX w. Karl Jaspers ukuł określenie „sytuacje graniczne” (niem. *Grenzsituationen*). Sytuacje graniczne są specyficznym rodzajem sytuacji życiowych. Ich cechą charakterystyczną jest to, że „pokazują ludziom ich ostateczną klęskę” lub „udowadniają brak

absolutu”. Według Jaspersa sytuacji granicznych doświadczamy podczas walki, kiedy padamy ofiarami przypadku, jesteśmy świadkami śmierci lub dręczy nas poczucie winy. Sytuacje graniczne są ważne dla Jaspersa pod wieloma względami, ale w swoim *Wstępie do filozofii* wymienia je jako jedno z głównych źródeł myśli filozoficznej i skupia się na ich fundamentalnej roli dla dociekań filozoficznych. Według Jaspersa są także niezbędne dla rozumienia istnienia samego w sobie, ponieważ pozwalają na „radowanie się z własnej siły” i dają siłę na „stawianie czoła nieuniknionemu”. Klinicyści, stawiając czoła sytuacjom granicznym w swojej codziennej pracy, mogą zauważyć ich specyfikę i przez to nauczyć się czerpać z nich siłę, potrzebną zarówno w zawodzie, jak i w codziennym, prywatnym życiu.

Przedstawiciele zawodów medycznych mogą czerpać z trudności wpisanej w naturę wykonywanej przez nich pracy. Komunikacja interdyscyplinarna jest istotna w nauce i codziennej pracy klinicznej.

lek. Anna Kołodziejek (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Pomoce decyzyjne w praktyce lekarza

Od lat 60. ubiegłego wieku w systemach ochrony zdrowia krajów rozwiniętych coraz powszechniejsze stawało się stosowanie modelu partnerskiej relacji lekarz –pacjent i ewoluującej z niego idei *shared decision making*. Zmiana rodzaju relacji między lekarzem a pacjentem wymogła stworzenie nowych narzędzi, które wspierają obie strony w porozumieniu się na temat przebiegu procesu diagnostyki i leczenia.

Celem wystąpienia jest przedstawienie korzyści wynikających ze stosowania *decision aids* podczas konsultacji z pacjentem oraz omówienie niezbędnych elementów, które powinny być uwzględnione przy tworzeniu takiego rodzaju narzędzia.

Decision aids, czyli pomoce decyzyjne, są narzędziem pomagającym pacjentowi w podjęciu decyzji dotyczącej dostępnych mu opcji terapeutycznych. Jakkolwiek w języku polskim *decision aids* nie są jeszcze powszechnie

używane, anglojęzyczne pomoce decyzyjne są coraz bardziej popularne. Inicjatywa The International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) opracowuje i aktualizuje wytyczne, wskazujące niezbędne elementy, które powinna zawierać pomoc decyzyjna, aby skutecznie pełniła swoją rolę. Pomoce decyzyjne mogą być używane w wąskich specjalizacjach, a także w podstawowej opiece zdrowotnej. Łączą w sobie edukowanie pacjentów na temat ich schorzenia, przedstawianie możliwych rozwiązań terapeutycznych wraz z ich wadami i zaletami oraz motywowanie pacjentów do rozpoznania wartości, które będą dla nich najistotniejsze wraz z postępem choroby, a które powinny odgrywać istotną rolę w obieraniu konkretnego kierunku w procesie leczniczym.

Pomoce decyzyjne korzystnie wpływają na rozumienie własnych problemów zdrowotnych przez pacjentów, budują poczucie podmiotowości w kontakcie z personelem medycznym i posiadania wpływu na podejmowane decyzje dotyczące własnego zdrowia. Konieczne jest zwiększanie świadomości istnienia pomocy decyzyjnych wśród pracowników systemu ochrony zdrowia, a także opracowanie polskojęzycznych wersji pomocy decyzyjnych do użytku m.in. w codziennej praktyce lekarskiej.

dr Diana Saniewska (Uniwersytet w Białymstoku), **mgr Janusz Rutkowski** (Uniwersytet JiNan w Kantonie)

Wilk opowiada o SMA – terapia, informacja, komunikacja marketingowa

SMA (ang. *spinal muscular atrophy* – rdzeniowy zanik mięśni) należy do chorób rzadkich, a więc takich, na które zapada mniej niż 5 na 10 000 osób w populacji. Szacuje się, że w Polsce jest nie więcej niż 1000 chorych z SMA w różnym wieku. Środowisko pacjentów oraz ich rodzin reprezentuje Fundacja SMA, która zgodnie ze swoim statutem prowadzi różnorodne i wszechstronne działania na rzecz osób obciążonych tą chorobą. W związku tymi działaniami o SMA zaczęło być głośno, gdy do obrotu rynkowego trafił

pierwszy na świecie lek hamujący postęp choroby (Spinraza), należący do najdroższych leków w historii farmacji. Fundacja od lat podejmuje działania ukierunkowane na szerzenie wiedzy o SMA – we własnym zakresie, jak też w ramach rozmaitych kooperatyw. Jedną z ostatnich jest polska edycja publikacji *Wilk opowiada o SMA* przygotowana we współpracy z koncernem farmaceutycznym Biogen, który wprowadził na rynek wspomniany lek.

W wystąpieniu prezentujemy publikację *Wilk opowiada o SMA*, umieszczając ją w kontekście podobnych pozycji zaliczanych do bajek terapeutycznych. Wyróżniamy i omawiamy trzy funkcje tej publikacji: terapeutyczną, informacyjną oraz marketingową, odnosząc się do działań Fundacji z zakresu komunikacji i public relations. Omawiamy także prowadzoną w mediach społecznościowych Fundacji kampanię promującą książkę. Naszym celem jest też popularyzowanie wiedzy o SMA w środowisku osób, które zawodowo mogą mieć kontakt z chorymi, ich rodzinami, opiekunami.

Materiał: Jacopo Casiraghi, *Wilk opowiada o SMA*, Warszawa 2021; treści z mediów społecznościowych Fundacji SMA. Metody: Wykorzystujemy przede wszystkim analizę filologiczną (analizę treści wg W. Pisarka) oraz elementy krytycznej analizy dyskursu (KAD); nasze podejście jest zorientowane jakościowo. Fundacja SMA prowadzi efektywne działania promujące, wykorzystując narzędzia typowe dla marketingu biznesowego, czego przykładem jest omawiana publikacja oraz promująca ją kampania. Działania w mediach społecznościowych Fundacji wpisują się w koncepcję marketingu społecznego, realizującego działania edukacyjne i uświadamiające, współtworzą pozytywny obraz organizacji, a treści książki spełniają kryteria stawiane publikacjom typu biblioterapeutycznego. Splot trzech funkcji (terapeutycznej, informacyjnej oraz marketingowej) sprawia, że książka *Wilk opowiada o SMA* oraz działania promujące publikację są modelowym przykładem tworzenia i wykorzystywania narzędzi komunikacji marketingowej z najmłodszymi chorymi oraz ze środowiskiem pacjenckim i społeczeństwem.

dr hab. Joanna Pazik (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Trening balintowski jako narzędzie rozwoju osobistego pracowników ochrony zdrowia

Trening balintowski to metoda pracy grupowej, w trakcie której podczas sesji trwającej 60–90 minut jeden z uczestników (lekarz, pielęgniarka lub inny przedstawiciel zawodu pomocowego) przedstawia swoją relację z pacjentem. Są to pacjenci z niejasnej przyczyny trudni, zagadkowi lub tacy, którzy sprawiają, że lekarz czuje się nieswojo. Interesują nas również pacjenci, których referent lubi lub o których się martwi, ale nie jest pewien, jak im pomóc. Dyskusja w grupie skupia się na tym, co dzieje się w relacji referent – pacjent. Celem pracy jest zrozumienie psychicznych aspektów relacji pomocowej. Uczestnicy grupy próbują identyfikować się z bohaterami prezentowanej relacji, zrozumieć ich perspektywę. W pracy grupy wykorzystuje się specyficzne techniki (wywodzące się m.in. z psychodramy). Ważnym elementem pracy jest również analiza zjawisk pojawiających się podczas pracy grupy (proces grupowy).

Praca w grupie Balinta stanowi użyteczne narzędzie osobistego rozwoju uczestników treningu. Pracujemy z osobistym doświadczeniem, na granicy

tego, co świadome i nieświadome. Różnorodność perspektyw uczestników grupy umożliwi nam dotarcie do nienazwanych dotąd przekonań i uczuć, co prowadzi do doznania wyraźnej ulgi towarzyszącej zazwyczaj momentowi „aha” – swoistemu momentowi olśnienia.

Udział w treningu pozwala uczestnikom w bezpiecznych warunkach odtworzyć trudne, czasem dotkliwe lub traumatyzujące spotkanie z pacjentem i przyjrzeć się temu doświadczeniu ze zdystansowanej pozycji obserwatora. Sprzyja to nauce pomieszczenia nieprzyjemnych emocji. Możliwość podzielenia się swoją trudnością z kolegami umożliwia odkrycie: „nie jestem sam, inni czują podobnie”; daje sposobność uczenia się od siebie nawzajem strategii radzenia sobie z trudnościami, nadawania nowych znaczeń sytuacjom i zachowaniom pacjenta, które wydają się z pozoru niezrozumiałe lub wrogie.

Bezpieczna atmosfera, elementy zabawy i autentyczne spotkanie z innymi profesjonalistami uczy członków grupy przyjmować bardziej zdystansowaną, zrelaksowaną postawę w obciążających emocjonalnie sytuacjach, w czasie wykonywania ich zawodowych obowiązków. Treningi balintowskie prowadzone są przez liderów zrzeszonych w Polskim Stowarzyszeniu Balintowskim (www.balint.pl).

SŁOWO W KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ

dr hab. Agnieszka Kiełkiewicz-Janowiak, prof. UAM
(Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu)

Problemy z porozumieniem w ochronie zdrowia: rola kontekstów

Klasyczne teorie komunikacji (Arystoteles) zakładały, że komunikacja polega na tym, że nadawca wysyła komunikat, który odbiorca interpretuje w okre-

ślonym kontekście. Jednak osiągnięcie porozumienia wymaga od rozmówców wzajemnego zajmowania pozycji drugiego i swoistej współpracy. Bariery w komunikacji mogą mieć różne źródła: posługiwanie się innymi językami, odmienność kulturowa czy odmienność etniczna wydają się oczywiste. Wtedy potrzebna jest pomoc tłumacza albo eksperta od komunikacji interkulturowej. Niektóre inne źródła braku porozumienia są mniej jednoznaczne. Tutaj rozmówcy posługują się tym samym językiem, mają pozornie te same cele i motywacje. Wystarczy jednak, że różnią się dostępem

do zasobów kontekstu oraz sposobem ich użycia do interpretacji komunikatu, a następuje drobne nieporozumienie albo wręcz komunikacyjny kryzys.

Celem prezentacji jest eksplikacja mechanizmu zależności pomiędzy kontekstem a interpretacją komunikatu na podstawie analizy wybranych fraz związanych z ochroną zdrowia. Kontekst ten (odmienny dla porozumiewających się) bywa przyczyną mimowolnego braku porozumienia.

W prezentacji odwołuję się do modelu kontekstualizacji Johna Gumperza (1922–2013), jednego z twórców etnografii komunikacji oraz socjolingwistyki interakcyjnej. Gumperz (1992) twierdził, że komunikacja jest interpretacją komunikatów silnie zależną od kontekstu. Zakładał on współpracę rozmówców, w tym uważne odbieranie wskazówek z kontekstu (tzw. contextualisation cues). Każdy z rozmówców tworzy hipotezę dot. intencji nadawcy, a bazuje ona na założeniach wypływających z wiedzy pozajęzykowej. W toku interakcji jest konstruowana, negocjowana. Lekarz/medyk i pacjent – ludzie komunikujący się w kontekście ochrony zdrowia – różnią się wiedzą merytoryczną i doświadczeniem. W tym przypadku problemy z porozumieniem można by zasadniczo przypisać różnicy między językiem specjalistycznym (medyka) a ogólnym (pacjenta). Jednak należy zwrócić uwagę na sytuacje, kiedy te „dwa języki” (lekty) są jednobrzmiące (jak we frazach „nie współpracuje”, „bez zmian”), a wtedy kontekst jako podstawa interpretacji – odmienna dla medyka i pacjenta – rodzi zgoła odmienne interpretacje znaczenia.

Przyczyną nieporozumienia nie musi być rozbieżność między wiedzą medyczną interlokutorów. Może nią być niezajomość konwencji stylistycznych różnych lektów, nieumiejętność lub brak woli interpretowania wskazówek płynących z kontekstów, zarówno własnego, jak i rozmówcy. Brak porozumienia jest kosztowny, choć w ochronie zdrowia nieco trudny do obliczenia. Zauważając specyficzne i mniej typowe okoliczności tych problemów, należy uczulić na ich istnienie zarówno profesjonalistów medycznych, jak i pacjentów. Obie strony interakcji mogą i powinny starać się nauczyć otwartości i wrażliwości na punkt widzenia drugiego.

dr Aleksandra Nowakowska-Kutra (Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy)

Komunikowanie się kobiet w ciąży z pracownikami ochrony zdrowia w świetle teorii kodów językowych w ujęciu Basila Bernsteina

Basil Bernestein opracował swoją koncepcję kodów językowych, w celu wyjaśnienia przyczyn niepowodzeń szkolnych uczniów pochodzących z klasy robotniczej.

Celem wystąpienia będzie próba wyjaśnienia zjawisk językowych, które mają miejsce w trakcie komunikacji kobiet w ciąży z pracownikami ochrony zdrowia i wyjaśnienia podłoża wzajemnego niezrozumienia i konfliktów. Celem wystąpienia będzie także ukazanie innego, niż tradycyjne, związane na przykład ze zróżnicowanymi dochodami, podłoża nierówności społecznych w zdrowiu, jakimi są właśnie odmienne kody językowe oraz kapitał kulturowy i społeczny pacjentki w ciąży

Omówione zostanie ryzyko, które niesie posługiwanie się odmiennymi kodami językowymi przez lekarza lub położną i pacjentkę, związane z trudnościami lub niemożnością przeprowadzenia odpowiedniego wywiadu oraz wywoływaniem niezamierzonych reakcji i emocji (rozważanych z perspektywy socjologicznej), będących skutkiem interakcji społecznej o charakterze symbolicznym.

Jedynym z proponowanych wniosków jest próba unaocznienia potrzeby edukacji i uwrażliwienia pracowników ochrony zdrowia w zakresie różnic w posługiwaniu się kodami językowymi pacjentek w ciąży.

mgr Zuzanna Sękowska (Uniwersytet Warszawski)

Jakie jest doświadczenie w kontakcie z komunikatem dotyczącym stanu zdrowia? Szczepienie przeciw COVID-19. Refleksje o badaniu grupy wiekowej 70+

Wystąpienie jest podsumowaniem procesu badania doświadczenia pacjenckiego (grupy 70+ i 55+) w kontakcie z komunikatami medycznymi dotyczącymi szczepień przeciw COVID-19 i specyfiki języka tych komunikatów. Analiza zgromadzonego materiału przeprowadzona została w ujęciu kulturoznawczym, antropologii słowa.

Celem wystąpienia jest wskazanie, jak procesy językowe i treść komunikatów wpływają na poczucie sprawczości odbiorców (oraz jak owa sprawczość jest przez treść i język komunikatów symbolicznie wzmocniana lub osłabiana).

Badanie, przeprowadzone od marca do września 2021, miało umożliwić sprawdzenie, jakie są doświadczenia wybranej grupy wiekowej 70+ i 55+ z językiem i treścią informacji medycznej / komunikatów medycznych dotyczących szczepień przeciw COVID-19. Podstawowy materiał badawczy stanowiły wywiady przeprowadzone z chętnymi osobami oraz materiały prasowe, komunikaty medialne, oficjalne materiały informacyjne, baza danych ministerialnych itp. Pole komunikacji i pole języka (języka specjalistycznego, opisu procedur itp.) są dla mnie w tym badaniu najważniejsze. Materiały analizowałam, wykorzystując metody z zakresu antropologii kultury i antropologii słowa, antropologii praktyk komunikacyjnych. W czasie trwania badania kryteria uległy zmianie. Paradoksalnie pytanie o doświadczenie pacjenckie uległo poszerzeniu.

Trudno dziś sformułować twarde wnioski. Stawiam raczej pytania o lokowanie seniorów w modelach współpracy z lekarzami, w ramach programu szczepień: o rolę samowiedzy i sprawczości odbiorców (55+ i seniorów) w tym procesie.

dr Sylwia Krukowska (Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM w Łodzi)

Potrzeby i odczucia Polaków w kontakcie z pracownikami ochrony zdrowia oraz wpływ treści przekazywanych przez mass-media na podejście do procesu leczenia podczas pandemii SARS CoV-2

Od ponad roku społeczeństwa na całym świecie żyją w niespotykanych jak dotąd warunkach. Pandemia SARS-CoV-2 z pewnością odcisnęło swoje piętno na wielu ludziach, a jej skutków nie da się jeszcze przewidzieć. Można sądzić, że konsekwencje będą wielorakiej natury: zdrowotnej, ekonomicznej, społecznej oraz psychologicznej. Obserwowany wzrost lęku populacji może wynikać z:

- strachu o zdrowie i życie własne oraz bliskich,
- izolacji od rodziny i samotności,
- braku możliwości pożegnania się z bliskimi i śmierci w szpitalu,
- niepewności związanej z niewystarczającymi działaniami rządu,
- braku dostępności do usług medycznych,
- ograniczenia wolności,
- lęku o przyszłość zawodową i możliwości zarobkowania,
- braku dostępu do rzetelnej informacji,
- specyficznej narracji płynącej z mass mediów, pogłębiającej uczucie strachu, pozbawionej słów pocieszenia i nadziei na zwalczenie pandemii nawet w dłuższej perspektywie.

Celem badania jest określenie potrzeb i odczuć pacjentów w relacji z personelem medycznym w czasie pandemii SARS-CoV-2, identyfikacja przyczyn ich niepokoju, analiza treści przekazywanych przez massmedia, ocena stosunku personelu do pacjentów oraz wpływu wyżej wymienionych czynników na podejście chorych do procesu leczenia.

Badania przeprowadzono na grupie 228 pacjentów, wykorzystując autorskie ankiety. Wyniki poddano analizie statystycznej. Stres w czasie pandemii SARS-

CoV-2 ma negatywny wpływ na zdrowie pacjentów i ich stosunek do procesu leczenia. Ludzie są przestraszeni i przygnębieni z powodu konsultacji medycznych przeprowadzanych online i braku dostępu do specjalistów. Pacjenci pozytywnie oceniają zaangażowanie personelu medycznego w placówkach ochrony zdrowia, choć odczuwają dystans, zniecierpliwienie i stres.

Należy postulować modyfikację przekazu i bardziej odpowiedni dobór treści kierowanych do przeciętnego odbiorcy, by skierować jego uwagę również ku

temu, co dobre i w swojej naturze optymistyczne. Zwiększy to motywację chorych do pójścia do lekarza w razie potrzeby, a z drugiej strony zapobiegnie panice i wzywaniu lekarza bez powodu. Skorzystają na tym obie strony: pacjenci oraz zespół medyczny. Pacjentów należy konsultować z większą empatią i życzliwością. Wpływie to na ich samopoczucie i podejście do procesu leczenia.

sobota 27 listopada

NAUCZANIE KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ – METODY, DOŚWIADCZENIA, WYZWANIA (1)

prof. Zbigniew Czernicki (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Lekarz nauczyciel akademicki w dobie pandemii – nauczanie i leczenie zdalne

Pandemia zmusiła do zmiany organizacji nauczania zawodu lekarza oraz do zmiany systemu prowadzenia leczenia. Celem prezentacji jest przeanalizowanie dotychczasowych doświadczeń i wskazanie dróg uzyskania najlepszych efektów w nauczaniu i leczeniu w nowej dla środowiska medycznego sytuacji.

NAUCZANIE. Jedyną zaletą to jednorazowy dostęp do prezentacji niezależnie od liczby uczestników. Trudności jest znacznie więcej. Brak bezpośredniego kontaktu uniemożliwia wykładowcy ocenę zaangażowania słuchaczy. Utrzymanie interaktywności stanowi duży problem. Duży wpływ na kontakt interpersonalny ma osobisty kontakt ze słuchaczami przed zajęciami i po poni

(„rozmowy kuluarowe”). Brak bezpośredniego kontaktu utrudnia przekazywanie wiedzy w języku angielskim zwłaszcza studentom z krajów nieanglojęzycznych. Największą trudność stanowi nauczanie dyscypliny medycznej z ograniczonym kontaktem z pacjentem. W przypadku mojej specjalności – neurochirurgii – studenci mieli zapewniony kontakt z pacjentem w ciągu jednego dnia w tygodniu dla jednej grupy studenckiej. Staraliśmy się wzbogacić ilustrację sytuacji klinicznych specjalnie przygotowanymi filmami.

LECZENIE. Telemedycyna dawno weszła do praktyki medycznej. W moim ośrodku zostały w ten sposób przeprowadzone dwa przewody doktorskie (pierwszy przed 20 laty), dotyczące przekazywania pomiędzy szpitalami obrazów tomografii komputerowej. Przekazywano też inne informacje, m.in. zapisy elektroencefalografii czy obrazy histopatologiczne. Tuż przed pandemią przeprowadzono informatyzację umożliwiającą stworzenie recept elektronicznych i zdalnego, elektronicznego przekazywania zwolnień lekar-

skich. Przed pandemią były już czynne firmy oferujące usługi leczenia przy komunikacji zdalnej. Takie były początki. W czasie pandemii sformalizowało się leczenie zdalne. Wiele porad lekarskich może być przeprowadzana w takiej formie. Być może na to pole wkroczy sztuczna inteligencja. Moim zdaniem przy prowadzeniu schorzeń przewlekłych wedle dzisiejszego stanu wiedzy konieczna jest co najmniej pierwsza wizyta osobista u lekarza. Znaczna część kontynuacji może być przeprowadzona zdalnie.

Wniosek 1: Efektywność nauczania zależy w dużym stopniu od wykładowcy, na pewno jednak konieczny jest też kontakt z pacjentem w takim zakresie, który umożliwiają warunki epidemiczne. Największy problem to nauczanie przyszłych lekarzy empatii. Wniosek 2: Bardzo ważne jest, aby pamiętać, że telemedycyna nie zwalnia od odpowiedzialności zawodowej, wymaga dużej ostrożności i prowadzenia dokumentacji. Podsumowując, telemedycyna jest uproszczeniem dla pacjenta, ale nie może być powierzchownym uproszczeniem dla lekarza.

lek. Agata Stalmach-Przygoda (Collegium Medicum
Uniwersytetu Jagiellońskiego)

Rekomendacje PTKM dotyczące standardów kształcenia kompetencji komunikacyjnych

W marcu 2021 zostały opublikowane „Rekomendacja Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej dotyczące kształcenia kompetencji komunikacyjnych na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym”. Są one zwięźczeniem wielomiesięcznej pracy doświadczonego (zarówno w zakresie komunikacji medycznej, jak i edukacji medycznej) zespołu. Powstały jako oficjalne stanowisko PTKM, a celem ich opracowania było zapewnienie jakości nauczania komunikacji medycznej, a także standaryzacja programów nauczania realizowanych na różnych uczelniach medycznych w Polsce.

Rekomendacje zawierają wskazówki dotyczące organizacji i przebiegu kształcenia kompetencji komunikacyjnych oraz metod uczenia i weryfikacji efektów uczenia. Biorąc pod uwagę szybkie zmiany, zarówno cywilizacyjne jak

i edukacyjne, jako podstawę do prac nad rekomendacjami zaproponowano profil „absolwenta przyszłości”. W rekomendacjach zaakcentowany został fakt, że nadrzędnym celem pracy lekarza i innych pracowników ochrony zdrowia jest pomoc drugiemu człowiekowi w utrzymaniu lub przywróceniu zdrowia, a komunikacja została wskazana jako jedno z ważnych narzędzi do osiągnięcia tego celu.

W części dotyczącej organizacji podkreślono konieczność wczesnego włączania treści komunikacyjnych do programu nauczania oraz właściwą koordynację nauczania, optymalnie prowadzoną przez specjalizującą się w tych zagadnieniach jednostkę organizacyjną. Kolejna, najobszerniejsza część rekomendacji, zawiera wymienione hasłowo treści, których nie powinno zabraknąć w trakcie szkolenia adeptów medycyny lub stomatologii. Wymienione zagadnienia dotyczą zarówno kwestii ogólnych (wprowadzających w tematykę komunikacji medycznej i naświetlających ją z różnych perspektyw), jak i szczegółowych (związanych z konkretnymi sytuacjami w pracy lekarza). W następnych częściach zasygnalizowane są najbardziej efektywne metody w kształceniu umiejętności komunikacyjnych oraz metody, które w sposób najbardziej trafny i rzetelny służą ocenianiu tych umiejętności. Autorzy rekomendacji podkreślają, że dbałość o odpowiednią edukację w zakresie komunikacji medycznej ma ogromne znaczenie dla przyszłości systemu ochrony zdrowia, efektywności pracy lekarzy i zespołów medycznych, a w rezultacie dla jakości otrzymywanej przez pacjentów opieki.

dr Antonina Doroszewska (Warszawski Uniwersytet Medyczny,
ZJM RJP PAN)

Perspektywa pacjenta w opinii studentów – implikacje dydaktyczne

Perspektywa pacjenta stanowi nie tylko kontekst pozwalający na zrozumienie sytuacji, w jakiej znajduje się chory czy decyzji podejmowanych przez pacjenta, umożliwia także dostosowanie zaleceń do potrzeb lub możliwości

chorego. Jej poznanie jest ważnym elementem wywiadu oraz procesu formułowania i uzgadniania zaleceń.

Celem badania było poznanie opinii studentów o znaczeniu perspektywy pacjenta w praktyce medycznej. Badaniem ankietowym objęto 317 studentów kierunku lekarskiego (II i V roku) oraz 77 studentów Położnictwa (I roku).

Zaobserwowano różnice między studentami analizowanych kierunków związane z ich przekonaniem o tym, czym jest perspektywa pacjenta, a także etapami konsultacji lekarskiej czy położniczej, w której perspektywa ta ma kluczowe znaczenie. Opinie o znaczeniu umiejętności komunikacyjnych w poznawaniu perspektywy pacjenta zmieniały się w toku studiów. Badani krytycznie ocenili swoje kompetencje komunikacyjne, a samoocenę różnicowała płeć respondentów.

Wyniki badania mogą mieć znaczenie w budowaniu programu kształcenia w zakresie komunikacji, wskazując efekty uczenia (wiedzę i umiejętności), które wpłyną na rozwój umiejętności poznawania perspektywy pacjenta i jej uwzględniania w praktyce.

lek. Michał Pers (Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego)

Wpływ pandemii COVID-19 na postawy skoncentrowane na pacjencie wśród studentów Collegium Medicum UJ

Opieka skoncentrowana na pacjencie jest definiowana jako opieka zgodna z wartościami, potrzebami oraz życzeniami pacjenta i jest osiągalna, gdy lekarz angażuje pacjenta w dyskusje i decyzje zdrowotne. Postawa lekarza skoncentrowana na pacjencie ma pozytywny wpływ na satysfakcję pacjenta,

współpracę pacjenta w procesie terapeutyczno-leczniczym, zdrowie pacjenta, koszty leczenia, ale również zmniejsza częstość skarg pacjentów, co jest udowodnione naukowo. Nauczanie takich postaw powinno być więc wpisane w program nauczania studentów medycyny.

W 2019 roku na świecie wybuchła pandemia COVID-19, która przerwała edukację studentów w trybie stacjonarnym i na masową skalę wprowadziła nauczanie zdalne na polskich uczelniach. Celem prezentowanego badania jest ocena tego, jak pandemia wpłynęła na postawy skoncentrowane na pacjencie wśród studentów Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Przed pandemią rozpoczęliśmy ocenę przy pomocy skali *Patient-Practitioner Orientation Scale* [PPOS] postaw skoncentrowanych na pacjencie wśród studentów I, V i VI roku CM UJ [0]. Skala zawiera dwie podskale – Sharing [PPOS-S] i Caring [PPOS-C]. Oryginalne badanie zostało przerwane przez pandemię, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej powtórzyliśmy zbieranie danych 5 miesięcy po wybuchu pierwszej fali pandemii w Polsce [1]. W analizie pozostawiliśmy wyłącznie studentów, którzy wypełnili ankiety przed pandemią i po jej wybuchu (w sumie 40 osób). Po zakończeniu zbierania danych zaprosiliśmy studentów do udziału w dyskusji moderowanej (tzw. grupie fokusowej). Została przeprowadzona transkrypcja przeprowadzonego spotkania. Wynik jest poddawany analizie jakościowej w momencie składania tego abstraktu.

Główne wyniki są następujące. Studenci I osiągnęli wyższe wyniki niż studenci 0 w PPOS (4,09 v 2,87, $p < 0,005$), PPOS-C (4,33 v 2,71, $p < 0,005$), PPOS-S (3,86 v 3,03, $p < 0,005$). Wnioski: pandemia COVID-19 spowodowała wzrost postaw skoncentrowanych na pacjencie wśród studentów CM UJ. Analiza jakościowa może wskazać główne przyczyny tego wzrostu.

NAUCZANIE KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ – METODY, DOŚWIADCZENIA, WYZWANIA (2)

mgr Piotr Zawadzki (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Komunikacja z pacjentem a bezpieczeństwo pacjenta w warunkach symulacji medycznych

Symulacja medyczna stanowi bardzo przydatne narzędzie w nauczaniu studentów kierunków lekarskich. Dzięki symulowanym scenom, które są wzorowane na prawdziwych wydarzeniach z życia szpitalnego, ich uczestnicy mogą się przekonać, jak postąpiliby bądź zachowali się w danej sytuacji w realnym życiu. Symulatory wysokiej wierności, z którymi studenci mogą porozmawiać w trakcie zajęć, dają możliwość doskonalenia swoich umiejętności komunikacyjnych.

Celem pracy było pokazanie, że można udoskonalić swoje umiejętności komunikacyjne, rozmawiając z zaawansowanym symulatorem pacjenta i jak duży wpływ może mieć to przygotowanie zawodowe na bezpieczeństwo pacjenta na oddziale szpitalnym.

Badanie obejmowało studentów 5 i 6 roku kierunku lekarskiego uczących się na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Kwestionariusz ankiety wypełniło 349 respondentów. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiet. Wszystkie obliczenia i wykresy wykonano przy użyciu programu SPSS wersja 23 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel.

Wyniki pokazują, że pozyskanie informacji od symulatora wysokiej wierności jest trudniejsze niż od pacjenta na oddziale. Wpływ na to może mieć słaba jakość dźwięku symulatora oraz wiedza o tym, że symulacja nie jest sytuacją realną. Jednak zdaniem większości ankietowanych studentów nauka komunikacji w trakcie symulacji medycznej może wpłynąć na bezpieczeństwo pacjenta na oddziale.

W przedstawionej pracy wykazano, że można uczyć się komunikacji z pacjentem, rozmawiając z zaawansowanym symulatorem podczas symulacji medycznych, i jak duży może to mieć wpływ na bezpieczeństwo pacjentów na oddziale. Należy prowadzić więcej zajęć w Centrach Symulacji Medycznej, umożliwiając wspólne ćwiczenia kierunków lekarskiego, pielęgniarstwa oraz ratownictwa medycznego. Potrzeba również poprawić jakość głosu symulatorom pacjentów, dzięki czemu takie zajęcia będą bardziej efektywne.

mgr Wojciech Oronowicz-Jaśkowiak, Szymon Śleboda
(Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Czy gra komputerowa Esteville może rozwijać empatię? Implikacje dla komunikacji medycznej

Gry komputerowe są z powodzeniem wykorzystywane w dydaktyce. Podkreśla się, że angażują one studentów bardziej niż tradycyjne formy nauki. Jednym z obszarów zastosowania gier komputerowych jest komunikacja medyczna, w której podkreśla się znaczenie empatii.

Celem wystąpienia jest prezentacja wstępnych badań związanych z możliwym wpływem grania w Esteville na empatię uczestników badania. Uczestnikom badania zaprezentowany został Kwestionariusz Empatii Osobowej (Uchnast, 2001). W dalszej kolejności przechodzili oni pierwszy rozdział gry komputerowej Esteville. Po tygodniu był drugi pomiar kwestionariuszowy. Pomiar empatii różnił się od siebie. W zależności od wybranych czynników kwestionariusza, drugi pomiar kwestionariuszowy był średnio wyższy od kilku do kilkunastu procent ($p < 0,05$). Gra komputerowa Esteville może wspomagać rozwój empatii, która ma kluczowe znaczenie dla właściwej komunikacji z pacjentem. Omówione zostaną ograniczenia metodologiczne badania, tj. brak grupy kontrolnej oraz niska liczebność grupy badawczej.

lek. Aleksandra Makojnik (Health Education England North West, International GP Recruitment Programme)

Język kształtuje rzeczywistość – lingwistyczne aspekty komunikacji medycznej

Analiza słownictwa pomocy naukowych używanych w nauczaniu komunikacji przyszłych lekarzy oraz wypowiedzi studentów medycyny uczestniczących w Sopockim Areopagu Etycznym 2020 ujawnia niespójność przekazu z deklarowanymi celami komunikacji (poprawa dokładności, efektywności i jakości opieki medycznej, relacji terapeutycznej, zadowolenia oraz wzajemnego wspierania się pacjentów i lekarzy). Efektem jest uprawiany nadal autorytarny i skoncentrowany na lekarzu model komunikowania się z pacjentem. Nie sprzyja to tworzeniu standardu skutecznej konsultacji. Wyzwaniem dla tworzenia i rozpowszechniania takiego standardu jest także rozproszenie organizacji i jednostek zajmujących się językiem komunikacji medycznej. Obecnie są to (poza uczelniami medycznymi) m.in. PTKM, PTMR, KLR, Zespół Języka Medycznego przy Radzie Języka Polskiego, Koło Naukowe Humanistyki Medycznej UJ czy Klinika Komunikacji Medycznej przy Fundacji im. Ks. Jana Kaczkowskiego.

Celem wystąpienia jest refleksja nad lingwistycznymi aspektami komunikacji medycznej na podstawie treści podręczników i innych pomocy używanych w nauczaniu, a także doświadczenia własnego w pracy ze studentami polskich uczelni medycznych. Wskazuję także potrzebę opracowania i wdrożenia standardu skutecznej konsultacji lekarskiej.

Rozważam niuanse lingwistyczne komunikacji medycznej na podstawie poniższych przykładów:

1. porada, wizyta, konsultacja, kontrola – jak nazwa spotkania lekarza z pacjentem określa środek ciężkości w ich relacji;
2. w czym mogę pomóc, co mogę dla pani/pana zrobić – jak język początku konsultacji ustawia scenę do samego końca i wpływa na dynamikę;
3. patient centred, doctor led – konsultacja skoncentrowana na pacjencie, prowadzona przez lekarza;

4. compliance, adherence, concordance, empowerment – retoryka współdzielonego podejmowania decyzji;

5. modyfikacja/kreacja terminologii – czy jest: a) konieczna b) możliwa na przykładzie kampanii przemianowania programu profilaktyki raka szyjki macicy w Wielkiej Brytanii.

Przekaz powinien być spójny nie tylko z pozostałymi elementami, ale również z deklarowanymi celami komunikacji oraz służyć uzyskaniu najlepszych standardów i wyników opieki medycznej. W związku z tym należy dochować należytej staranności w tłumaczeniach oraz tworzeniu terminologii pomocy naukowych, a także w bezpośrednim nauczaniu komunikacji medycznej. Należy używać języka świadomie i precyzyjnie, co pozwoli na ustalenie jednolitych standardów komunikacji lekarz – pacjent.

dr Agnieszka Pawlak-Kałużyńska, dr Magdalena Wieczorkowska, dr Paweł Przyłęcki (Uniwersytet Medyczny w Łodzi)

Relacje wykładowcy – studenci na uczelniach medycznych w Polsce

Podstawą nauczania jest właściwa komunikacja między nauczycielem a uczniem. Jest ona szczególnie istotna na studiach medycznych, na których podczas uczenia ma miejsce nie tylko przekaz wiedzy, ale również socjalizacja do takich zawodów zaufania społecznego jak: lekarz, lekarz stomatolog, ratownik medyczny, fizjoterapeuta czy pielęgniarka. Jak powszechnie wiadomo, wykonawcy tych profesji są obarczeni dużą odpowiedzialnością za zdrowie i życie swoich pacjentów. Podczas diagnozy i całego procesu leczenia ważna jest z kolei komunikacja z pacjentami, która – jeśli jest właściwa – w istotny sposób wpływa na szybkość procesu diagnozowania i skuteczność leczenia. Podczas studiów na kierunkach medycznych studenci nie tylko uczą się zagadnień i procedur medycznych, ale powinni też nauczyć się odpowiednio komunikować, zarówno poprzez zajęcia z komunikacji, jak

i w trakcie codziennej komunikacji z wykładowcami oraz podczas zajęć klinicznych, kiedy obserwują komunikację wykładowców z pacjentami i ich rodzinami. Brak umiejętności komunikacyjnych wśród przyszłych wykonawców zawodów medycznych czy nabycie niewłaściwych schematów komunikacyjnych może w dłuższym okresie przekładać się na takie negatywne zjawiska jak: nieumiejętność nawiązania kontaktu z pacjentami i ich rodzinami, złe relacje interpersonalne między współpracownikami oraz z przełożonymi, błędy jatrogenne, szybkie wypalenie zawodowe.

Celem wystąpienia jest przedstawienie wyników badania przeprowadzonego przez zespół badawczy Zakładu Socjologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Badanie dotyczyło m.in. tego, czy i w jakim zakresie na studiach medycznych można zdobyć kompetencje komunikacyjne, jak kształtują się relacje wykładowca – student, co w tych relacjach studenci oceniają pozytywnie, a co negatywnie, jak często zdarzają się niewłaściwe zachowania, z molestowaniem i molestowaniem seksualnym włącznie, z czego mogą wynikać i co można zrobić, aby im zapobiec.

Badanie jest przeprowadzane z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety rozpowszechnianego drogą internetową. Grupą badawczą są studenci kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego kształtujący się na uczelniach medycznych publicznych i niepublicznych. Badanie jest w trakcie realizacji.

ETYCZNE I PRAWNE ASPEKTY KOMUNIKACJI MEDYCZNEJ

prof. Maria Boratyńska (Uniwersytet Warszawski)

Żądanie przez pacjenta „informacji nadmiernej”

Tematem wystąpienia jest dozwolone prawem ustosunkowanie się do zadawanych nierzadko przez pacjentów tzw. dziwnych pytań, które mogą wydawać się w najlepszym razie przejawem przesadnej dociekliwości. Wymaga to wyjściowego ustalenia kryteriów i zakresu należnej pacjentowi informacji oraz określenia, co poza ten zakres wykracza, więc nie może być przedmiotem obowiązku. (Osobnym zagadnieniem jest zakres informacji należnej od pielęgniarek i położnych, które tutaj nie będzie omawiane.) W tym celu zostanie wyjaśnione pojęcie „informacji nadmiernej” tak z punktu widzenia pacjenta, jak i z punktu widzenia lekarza. Następnie zostaną rozważone przesadne żądania informacyjne jako hipotetyczne nadużycie prawa do informacji albo jako spowodowane fałszywym przekonaniem (w tym zaszczepionym wcześniej przez rozmaitych znachorów). Wreszcie – na tle dokonanej oceny prawnej – będą zarekomendowane prawidłowe postawy informacyjne oraz sposoby aktywnego wspierania przy prostowaniu

fałszywych przekonań, jak również adekwatnego reagowania na żądania informacyjne nacechowane premedytowaną przesadą.

prof. Tomasz Pasierski (Warszawski Uniwersytet Medyczny)

Etyczne aspekty komunikacji w medycynie

Nauczanie komunikacji w medycynie skupia się zazwyczaj na optymalizacji formy komunikacji. Dla właściwych relacji między lekarzem i pacjentem najważniejsza jest jednak etyczność jej treści. Najtrudniejsze etycznie są przekazywanie złych wiadomości i podejmowanie decyzji o ryzykownych terapiach. Pole konfliktu przebiega pomiędzy działaniem na rzecz dobra pacjenta a poszanowaniem jego autonomii. Kodeks Etyki Lekarskiej w niewielkim stopniu dotyka tych problemów. Doskonaląc formę komunikacji w medycynie, nie można zapominać o jej etycznych aspektach.

mgr Magdalena Matysiak, mgr Agnieszka Gibalska-Dembek
(Centrum Medyczne Żelazna)

Jak zapobiegać kryzysom wizerunkowym szpitala, czyli o współpracy pomiędzy personelem medycznym, pełnomocnikiem ds. praw pacjenta i rzecznikiem prasowym

Szacunkowo ok. 80% skarg pacjentów dotyczy komunikacji między personelem medycznym i pacjentami. Szybkość i sposób podejmowanych działań pozwala zminimalizować ryzyko kryzysu wizerunkowego placówki. Odpowiednio wypracowane procedury dają pacjentowi poczucie uczestniczenia w wyjaśnianiu trudnej sytuacji.

Celem wystąpienia będzie przedstawienie współpracy pomiędzy personelem medycznym a pełnomocnikiem ds. praw pacjenta, jego roli w komunikacji z pacjentem oraz o jego współpracy z rzecznikiem prasowym. Zaprezentowane zostaną własne wieloletnie doświadczenia szpitala specjalistycznego św. Zofii.

Pełnomocnik ds. praw pacjenta może stanowić wsparcie w komunikacji i budować „pomosty porozumienia” między pacjentami a personelem. Współpraca pełnomocnika z rzecznikiem prasowym szpitala pomaga zapobiegać kryzysom wizerunkowym szpitala.

WYZWANIA KOMUNIKACYJNE W DOBIE NOWYCH TECHNOLOGII

dr hab. Wojciech Glinkowski (Warszawski Uniwersytet Medyczny, Polskie Towarzystwo Telemedycyny i eZdrowia,)

Telemedycyna 2021

Pandemia choroby koronawirusowej 2019 (COVID-19) przyspieszyła przejście na zdalne konsultacje w dziedzinie medycyny. Rola telemedycyny szybko ewoluje w różnych specjalnościach medycznych i ortopedii. Telemedycyna jeszcze nigdy nie była tak szeroko i tak szybko wprowadzana. W związku z rozprzestrzenieniem się epidemii koronawirusa COVID-19 (SARS-COV-2) organizowanie wizyt telemetrycznych jest uzasadnione. Zdalna forma kontaktu pacjenta z lekarzem jest elementem walki z pandemią.

Telemedycyna (TM) wykorzystuje nowoczesne technologie telekomunikacyjne do wymiany informacji medycznych i zapewnienia opieki medycznej ludziom na odległość. Początkowo TM miała na celu poprawę opieki zdrowotnej dla pacjentów w odległych lokalizacjach, teraz ma ona szeroki zakres kliniczny, a jej ogólnym celem jest zapewnienie wygodnej, bezpiecznej

oraz efektywnej czasowo i kosztowo opieki medycznej. Pandemia koronawirusa w 2019 r. spowodowała znaczące zmiany w dostępie do opieki zdrowotnej i potrzebach związanych z dostawą w całym kraju. Na szczęście od 2015 roku telemedycyna jest prawnie usankcjonowana w kraju, dając lekarzom kilka instrumentów usprawniających zdalne operacje w ciągu ostatnich dwóch lat.

Telemedycyna to zdalna usługa medyczna związana z wykonywaniem zawodu medycznego, w tym z odpowiedzialnością zawodową. Pozwala na ocenę, diagnozowanie i leczenie pacjentów w odległych lokalizacjach z wykorzystaniem technologii telekomunikacyjnych i łączy teleinformatycznych. Telemedycyna dotyczy w szczególności zdalnych usług klinicznych. Terminy „teledrowie” czy „e-zdrowie” to pojęcia szersze, niekoniecznie związane z procesem leczenia, e-Zdrowie może również dotyczyć zdalnych usług nieklinicznych, takich jak szkolenia medyczne, spotkania administracyjne i medyczne uczenie się przez całe życie, rozpowszechnianie informacji

medycznych. Telemedycyna zmniejsza izolację pacjentów i lekarzy i ma zastosowanie w małych placówkach medycznych w odległych lokalizacjach.

Wiele specjalności podkreśla obecnie znaczenie telemedycyny jako czynnika zmieniającego procedury medyczne. Dynamika rozwoju usług telemetrycznych znacznie wzrosła, odnotowano wzrost liczby świadczonych usług od początku 2020 r. i liczba ta nadal jest wysoka i sięga niejednokrotnie wzrosty o 2 a nawet 3 rzędy wielkości odbywanych zdalnie wizyt lekarskich w porównaniu z okresem przed pandemią. Zwiększyła się również liczba artykułów naukowych dotyczących telemedycyny i choroby koronawirusowej COVID-19. W bazie Pubmed liczba publikacji osiągnęła liczbę 3636 artykułów opublikowanych w 2020 r., a jeszcze ponad 1 miesiąc przed końcem 2021 r. liczba ta jest równa 3759.

Po wybuchu pandemii Covid-19 telekonsultacje medyczne z wykorzystaniem różnych technologii stały się ważnym narzędziem komunikacji między lekarzami (zarówno pierwszego kontaktu, jak i specjalistami) a pacjentami podstawowej opieki zdrowotnej w wielu krajach. Jakość komunikacji lekarza z pacjentem jest istotnym czynnikiem, który korzystnie wpływa na wyniki leczenia i satysfakcję pacjenta. Jakość komunikacji lekarz – pacjent jest krytycznym czynnikiem wpływającym na wyniki leczenia i zadowolenie pacjenta z opieki. Jak dotąd niewiele jest badań dokumentujących wpływ telemedycyny (TM) na komunikację lekarz – pacjent. Przegląd dotychczas opublikowanych badań wskazuje na występowanie różnic pomiędzy konsultacjami za pośrednictwem systemów teleinformatycznych a konsultacjami odbywającymi się osobiście pod względem charakterystyki sposobów komunikacji lekarz – pacjent. Należy przypuszczać, że dalszy rozwój sposobów komunikacji podobnie jak rozwój technologii będzie dążył do zacierania różnic między efektami komunikacji zdalnej i stacjonarnej w celu uzyskania równorzędnej satysfakcji pacjenta i lekarza z udzielanych porad.

dr Justyna Tymińska (Uczelnia Łazarskiego)

Praktyczne aspekty komunikacji z pacjentem podczas telekonsultacji

Jako wprowadzenie omawiam następujące zagadnienia: 1) rozwój telemedycyny i wprowadzenie telekonsultacji do polskiego systemu ochrony zdrowia; 2) zalety i wady telekonsultacji; 3) prawne aspekty prowadzenia telekonsultacji (konieczność weryfikacji tożsamości pacjenta, komu możemy ich udzielać); 4) elementy telekonsultacji (weryfikacja tożsamości pacjenta, badanie podmiotowe, przekazywanie informacji o rozpoznaniu, diagnostyce lub leczeniu, w tym przekazywanie niepomyślnych informacji).

Celem wystąpienia jest przedstawienie praktycznych aspektów komunikacji podczas telekonsultacji w oparciu o własne doświadczenia i piśmiennictwo. Omawiam takie oto kwestie: 1) umiejętności komunikacyjne niezbędne do weryfikacji tożsamości pacjenta podczas telekonsultacji; 2) umiejętności komunikacyjne niezbędne do oceny stanu zdrowia pacjenta i poznawania jego perspektywy podczas telekonsultacji; 3) zasady przekazywania informacji o rozpoznaniu, diagnostyce lub leczeniu podczas telekonsultacji; 4) przekazywanie niepomyślnych informacji podczas telekonsultacji (elementy protokołu SPIKES).

Najważniejsze wnioski: 1) zbudowanie relacji lekarz – pacjent podczas telekonsultacji jest trudniejsze niż podczas wizyty stacjonarnej z uwagi na liczne bariery; 2) komunikacja werbalna pełni większą rolę podczas telekonsultacji niż podczas wizyty stacjonarnej; 3) czynniki paralingwistyczne mają szczególne znaczenie w komunikacji podczas telekonsultacji; 4) przekazywanie szczególnie niepomyślnych informacji w miarę możliwości nie powinno się odbywać podczas telekonsultacji.

dr Barbara Baranowska (Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego), **mgr Agnieszka Gibalska-Dembek** (Centrum Medyczne Żelazna)

Awantura wielorybia, czyli jak komunikacja prowadzona w social mediach może zmienić wizerunek szpitala

Celem wystąpienia jest analiza komunikacji między szpitalem i kobietami na przykładzie „awantury wielorybiej” w Szpitalu w Oleśnicy oraz roli i odpowiedzialności rzecznika szpitala w tym zakresie.

Na przykładach aktywności osób reprezentujących ochronę zdrowia w social mediach będziemy rozważać konsekwencję wypowiedzianych słów, odpowie-

dzialność placówki za przekaz oraz rolę rzecznika szpitala w komunikacji. Zastanowimy się nad tym, w jaki sposób wypowiedzi personelu mogą wpływać na poczucie podmiotowości i bezpieczeństwa pacjentów. Dodatkowo w trakcie wystąpienia przedstawimy dobre praktyki mające na celu usprawnienie komunikacji i łagodzenie napięć pojawiających się w social mediach między szpitalem a pacjentami.

Oficjalne strony prezentujące szpital stanowią o wizerunku placówki, a prezentowana na nich właściwa komunikacja i uważny na słowa przekaz jest niezbędnym elementem jakości. Błędy w komunikacji mogą negatywnie wpływać na poczucie bezpieczeństwa pacjentów oraz zniechęcać do korzystania z usług danej placówki.

SESJA WYSTĄPIEŃ MŁODYCH BADACZY

Alicja Dziecioł (Uniwersytet Warszawski)

Profesjolekt pielęgniarek nefrologicznych – analiza semantyczna i słotwórcza

Wystąpienie dotyczy profesjolektu w pielęgniarstwie nefrologicznym i mając na uwadze specyfikę specjalizacji, głównie pielęgniarek zajmujących się w sposób profesjonalny opieką nad pacjentem ze schorzeniami nerek w dializoterapii.

Zasadniczym celem jest ukazanie sposobów wzbogacania leksyki tej grupy zawodowej. Materiał badawczy będący podstawą badań w niniejszym wystąpieniu opiera się przede wszystkim na przeprowadzonych ankietach i licznych rozmowach, które pozwoliły na uzyskanie informacji o świadomości językowej badanych pielęgniarek nefrologicznych z różnych stacji dializ w województwie mazowieckim (szpitale w Warszawie i w Mińsku Mazowieckim) oraz województwie śląskim (szpitale w: Pszczynie, Tychach, Żywcu, Bielsko-Białej i Wrocławiu). Analiza odpowiedzi z ankiet miała służyć skom-

pletowaniu i uzupełnieniu materiału językowego pochodzącego z wcześniejszych, bezpośrednich rozmów z reprezentantami badanej grupy zawodowej. W ostatecznej wersji kwestionariusz ankiety składał się z 6 pytań, które można podzielić na 2 grupy: 1) pytania weryfikujące i uzupełniające informacje na temat kształtu i specyfiki profesjolektu pielęgniarek nefrologicznych uzyskane na podstawie wcześniejszych rozmów; 2) pytania dotyczące usytuowania zawodowego respondenta (staż pracy, miejsce pracy), uwzględniające przynależność do grupy zawodowej pielęgniarek nefrologicznych. W celu dokonania analizy został zebrany materiał językowy, składający się z 132 jednostek słownictwa środowiskowego, które zostały wyekscerpowane z ankiet przeprowadzonych w 11 szpitalach w Polsce.

Analiza słotwórcza profesjolektu wykazała, że w polskiej leksyce zawodowej pielęgniarek nefrologicznych produktywnie są w różnym stopniu następujące formy derywacji: derywacja semantyczna (metafora), derywacja motywowana podobieństwem elementów rzeczywistości (metonimia), derywacja morfologiczna (derywacja afiksalna, derywacja wsteczna). W strukturze

profesjolektu analizowanego ze względu na stopień ciągłości (analizy) jednostek leksykalnych można zaobserwować następujące proporcje: a) jednostki jednowyrazowe – 41,6% (w tym: rzeczowniki: 37,1% zasobu leksykalnego, czasowniki 0,75%, przymiotniki 3,0%); b) konstrukcje wielowyrazowe – 35,6%; c) skrótowce – 22,7%

Profesjolekt pielęgniarek nefrologicznych nie cechuje się dużą dynamiką i zmiennością. Jego użytkownicy natomiast wykazują się sporą kreatywnością przejawiającą się w tworzeniu nowych form językowych. Mają świadomość istnienia leksemów i połączeń wyrazowych charakterystycznych dla ich grupy i tylko przez nią rozumianych. Zdają sobie sprawę z tego, że używane przez nich terminy profesjolektalne służą nazwaniu różnych aspektów związanych z pracą zawodową. Jednostki leksykalne najczęściej używane przez polskie pielęgniarki nefrologiczne dotyczą chorób, leczenia i wyposażenia oddziałów szpitalnych. Obraz świata pielęgniarek nefrologicznych nie jest „antropocentryczny”, jak ma to miejsce w innych profesjonalnych odmianach polszczyzny. Kreatywność językowa jest charakterystyczną cechą polskich pielęgniarek. Słownictwo środowiskowe pielęgniarek nefrologicznych nie wykazuje tendencji do samoizolacji. Rozpatrywany profesjolekt nie jest jednolity. Jego charakterystyka zależy od czynników pozajęzykowych, głównie miejsca zamieszkania oraz statusu naukowego członków mikrogrupy.

Monika Miłośz (Uniwersytet Warszawski)

Lekarz na Instagramie i jego rola we współczesnej edukacji zdrowotnej – analiza językowo-retoryczna

Internet stał się istotnym źródłem informacji dla pacjentów. Według badań GUS każdego dnia korzysta z niego blisko 86,7% gospodarstw domowych w Polsce. Aktywność lekarzy na Instagramie (fotograficzny serwis społecznościowy) to nowy obszar badań nad komunikacją zdrowotną. W wystąpieniu chcę odpowiedzieć na pytanie: czy i jak profile tego rodzaju budują świadomość zdrowotną odbiorców, oraz czy działalność lekarza w sieci może mieć charakter edukacyjny i być oceniana pozytywnie.

Celem wystąpienia jest analiza treści pod kątem retoryczno-językoznawczym, m.in.: analiza stylu wypowiedzi, wskazanie cech narracji, określenie frekwencji poszczególnych leksemów oraz wskazanie środków perswazji, a także ocena ich skuteczności.

W analizie skupiam się na jednym z najbardziej popularnych polskich profili we wskazanym obszarze. „Mama.i.stetoskop” to konto na Instagramie, prowadzone przez lek. specjalności rodzinnej Katarzynę Woźniak. Konto obserwowane jest przez 144 000 osób (pomiar z 10.09.2021). Wnioski opieram na analizie i kategoryzacji 100 postów na Instagramie, z okresu styczeń 2021 – wrzesień 2021. Z wyselekcjonowanej próby skupiam się na następujących kategoriach treści edukacyjnych: profilaktyce zdrowotnej, pracy zawodowej lekarza oraz ukazywaniu perspektywy pacjenta. Wszystkie treści zostaną przeanalizowane za pomocą narzędzia korpusu językowego – korpusomat.pl, które pozwoli na wygenerowanie dokładnych statystyk dotyczących frekwencji leksemów, kolokacji oraz rozkładu słów kluczowych w zależności od czasu publikacji. Analiza łączy narzędzia tradycyjnej retoryki z badaniami językowymi.

Końcowe wnioski wskazują na to, że Instagram może pełnić istotną rolę we współczesnej edukacji z zakresu profilaktyki zdrowotnej. Aktywny na Instagramie lekarz docierając do szerokiego grona odbiorców, może rozwinąć zagadnienia, na które często brakuje czasu w gabinecie lekarskim – zgłębić istotę problemu oraz podkreślić rolę medycyny stylu życia. Treści na profilu lekarza pełnią funkcję perswazyjną i wykorzystują klasyczne mechanizmy retoryczne, dzięki czemu nawiązana zostaje bliższa relacja z odbiorcą, a cała komunikacja jest bardziej skuteczna.

Krystyna Gawleńska (Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego)

Założenia opieki psychiatrycznej w podręcznikach dla pielęgniarek w kontekście medycyny narracyjnej

Opieka nad pacjentem z zaburzeniami psychicznymi nie istnieje bez akceptacji jego wieloznacznej i złożonej sytuacji. Pacjent psychiatryczny jest zatem pacjentem, w pracy z którym niezbędne są szczególne sposoby postępowania. Wejście w jego sytuację stanowi wyzwanie, którego podjęcie decyduje o adekwatnej i skutecznej pomocy. Jedną z najistotniejszych funkcji, którą pełni personel pielęgniarski pracujący w oddziałach psychiatrycznych, koncentruje się na budowaniu relacji terapeutycznej i właściwym komunikowaniu z chorym. Wiąże się ona z otwarciem na opowieści chorego. Wiedza i umiejętności, co zrobić z takimi opowieściami, wydaje się kluczowa dla pozytywnej relacji pomiędzy pielęgniarką a pacjentem.

Celem wystąpienia jest analiza założeń relacji terapeutycznej nawiązywanej między personelem pielęgniarskim i pacjentem objętym opieką psychiatryczną, prezentowanych w polskiej literaturze dydaktycznej dla pielęgniarek psychiatrycznych w II. dekadzie XXI wieku, w odniesieniu do obecnego w medycynie narracyjnej modelu relacji opierającego się na uważności, reprezentacji i przyswojeniu (ang. *attention, representation, affiliation*).

Komunikowanie się i relacja terapeutyczna stanowią według niektórych autorów najważniejszą rolę pielęgniarki i podstawę sprawowanej przez nią opieki (Tyran 2015; Kluszczyńska, Włodarczyk 2019; Wilczek-Różycka 2019; Owsianowska et al. 2020). Założenie to przyjmuje model relacji międzyludzkich H. Peplau, który przyczynił się istotnie do rozwoju pielęgniarstwa psychiatrycznego i jest w dalszym ciągu przywoływany w specjalistycznej literaturze dydaktycznej dla pielęgniarek (Górna, Jaracz, Rybakowski 2016; Wilczek-Różycka 2019). Jednak kształtowanie relacji terapeutycznej i właściwe komunikowanie się jest w niej omawiane w szerszej perspektywie, w której zwraca się uwagę na indywidualne podejście do

pacjenta, w tym m.in. uważne słuchanie jego wypowiedzi, jej właściwe interpretowanie i rozpoznawanie czy akceptowanie doświadczenia choroby.

Aspekty te zawierają się w założeniach medycyny narracyjnej, której praktykowanie w zawodzie pielęgniarskim, często nieuświadomione i nieintencjonalne, bywa utożsamiane z istotą opieki skoncentrowanej na pacjencie (Zurzycka, Radzik 2015). Obecny w medycynie narracyjnej model zorientowany na uważność, reprezentację i przyswojenie można zatem wiązać z założeniami relacji i komunikacji terapeutycznej między pielęgniarką i pacjentem. Odpowiadanie na potrzeby i problemy chorego wpisane w jej aktywność zawodową wymaga wprawdzie uważnej obserwacji i słuchania, uchwycenia tego, co dostrzeżone, nadania znaczeń i zinterpretowania oraz odpowiedniego zaprezentowania, by budowanie więzi odbywało się na zasadach wzajemności. W modelu H. Peplau wyróżnia się cztery fazy relacji terapeutycznej (orientacji, identyfikacji, eksploatacji, rozwiązania), którą pielęgniarki kształtują poprzez stosowanie odpowiednich zachowań terapeutycznych i technik komunikowania (Górna, Jaracz, Rybakowski 2016; Wilczek-Różycka 2019). W rozmowie z pacjentem psychiatrycznym, zmierzającej do pełniejszego zrozumienia jego przeżyć i ustalenia ich znaczeń, uważne słuchanie umiejscawia się zatem jako podstawę budowanej relacji, która domaga się dostrzegania szczegółów na różnych poziomach wzajemnego kontaktu (Charon, et al. 2020). To, co dostępne percepcji, powinno zostać uchwycone w reprezentacji, aby stać się rzeczywistością możliwą do rozważenia, a następnie zaprezentowania innym (Charon, Hermann, Devlin 2016). Uważność i reprezentacja jako odpowiedź w dialogu zwiększającą przejrzystość nie tylko względem pacjenta, ale także samego siebie. Kontakt z innym wiąże się z bowiem z kontaktem z samym sobą (Zurzycka et al. 2016; Chojnacka-Kuraś 2019; Warmbier 2020). Wzajemna wymiana informacji w zespole terapeutycznym poprzez rozmowę czy raporty pielęgniarskie umożliwia pełniejsze odczytywanie stanu pacjenta, konieczne w kolejnych fazach relacji terapeutycznej. Pomoc pacjentowi w uporządkowaniu i zrozumieniu sensu własnych przeżyć należy bowiem do zadań zespołu pielęgniarsko-leczącego. Kompetencje narracyjne jako zdolność do rozpoznawania, przyswajania i postępowania z opowieściami pacjentów zawierają się zatem w założeniach komunikacji terapeutycznej. Wzajemne rozpoznawanie

się uczestników spotkania terapeutycznego zostanie w wystąpieniu zaprezentowane na przykładzie relacji nawiązanej między pacjentką młodzieżowego oddziału psychiatrycznego a pracującą w oddziale na stanowisku pielęgniarki autorką pracy.

Wnioski. Teoria narracyjna stanowi źródło wzbogacenia praktyki pielęgniarstwa psychiatrycznego. Aspekty istotne w modelu narracyjnym dopełniają i wzmacniają założenia relacji terapeutycznej między pielęgniarką psychiatryczną a pacjentem. Rozwijanie kompetencji narracyjnych wśród personelu oddziałów psychiatrycznych może pozytywnie przyczynić się do praktykowania właściwych zasad komunikowania terapeutycznego. Uwaga, reprezentacja i przyswojenie są obecne w modelach relacji pielęgniarka – pacjent, ich wyeksponowanie w literaturze dydaktycznej może pozwolić na bardziej świadome i sprawniejsze praktykowanie medycyny narracyjnej przez pielęgniarki psychiatryczne.

Agata Kotłowska, Kinga Paradowska, Julia Lenkiewicz, Oliwia Lenkiewicz, Julia Przeniosło, Marcin Trzciniński, Jan Plenikowski, dr Krzysztof Sobczak (Gdański Uniwersytet Medyczny)

Przekazywanie niekorzystnej diagnozy – doświadczenia i obawy studentów medycyny

Liczne badania ujawniły, że nie tylko otrzymanie, ale i dostarczanie niekorzystnych wiadomości medycznych wiąże się z dużym stresem i obciążeniem psychofizycznym. Występuje jednak znaczny deficyt badań analizujących to, w jaki sposób rzeczywiste zanurzenie w doświadczeniu przekazywania niekorzystnej diagnozy wpływa na postawy studentów medycyny.

Celem naszej pracy było zbadanie tego, w jaki sposób doświadczenie bycia adresatem, obserwatorem oraz nadawcą informacji o niekorzystnej diagnozie wpływa na postawy i emocje studentów. Badanie przekrojowe zostało zrealizowane metodą ilościową z zastosowaniem techniki CAWI. Dobór badanych miał charakter losowy, a kryterium włączenia do badania stanowiło

posiadanie statusu studenta V i VI roku kierunku lekarskiego. Do grupy badanej dotarliśmy za pomocą mediów społecznościowych, poprzez kontakt z uczelniami i samorządami studenckimi. W badaniu wzięło udział 321 studentów V i VI roku z 14 polskich szkół medycznych.

Wśród badanych aż 26,5% (n = 85) otrzymało w swoim życiu niekorzystną informację medyczną. 204 studentów (63,6%) podczas praktyk klinicznych obserwowało lekarza, który przekazywał tego rodzaju informację pacjentowi. W obu tych grupach doświadczanie to okazało się istotnie i wpłynęło na samoocenę badanych. Studenci ci rzadziej deklarowali, że nie potrafią przekazywać niekorzystnych informacji medycznych. Aż 29 studentów (9%) ujawniło, że znalazło się w sytuacji, w której osobiście dokonało notyfikacji. Doświadczenie to ujemnie korelowało z reakcjami lękowymi i stresowymi badanych oraz obawami przed reakcjami emocjonalnymi pacjentów.

Zanurzenie w doświadczenie sytuacji, w której zostaje przekazana informacja o niekorzystnej diagnozie, może stać się dla studentów istotną okazją do osobistej refleksji oraz rozwoju kompetencji komunikacyjnych i emocjonalnych.

Szymon Pełczyński (Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu)

Wyzwania komunikacji medycznej na oddziałach intensywnej terapii

Główną grupą pacjentów oddziałów intensywnej terapii (OIT) są pacjenci z niewydolnościami wielonarządowymi, których świadomość jest zaburzona w przebiegu choroby lub sedacji farmakologicznej. Z tego względu kontakt pacjent – personel medyczny jest utrudniony bądź niemożliwy. Podejmowanie decyzji terapeutycznych, często związanych z procesem umierania, wymusza kontakt z rodzinami chorych. Z tego powodu wskazane jest rozwijanie przez anesteziologów-intensywiistów umiejętności komunikacyjnych.

Wystąpienie ma następujące cele: 1) przedstawienie odrębności komunikacji z pacjentami oddziałów intensywnej terapii i z ich rodzinami; 2) omówienie problemów komunikacji z pacjentami, rodzinami oraz wewnątrz zespołu

interdyscyplinarnego w trakcie pandemii COVID-19; 3) identyfikacja metod poprawy jakości komunikacji w intensywnej terapii.

Pacjenci OIT pomimo różnego stopnia zaburzenia świadomości w dużej części są w stanie odbierać bodźce (np. szum urządzeń, dźwięk alarmów, sztuczne światło, ból wynikający z obecności cewników i innych procedur inwazyjnych), które w tym stanie będą przez nich nieprawidłowo percepowane, co może wywoływać majaczenie (delirium), spektrum zaburzeń wpływających negatywnie na stan fizyczny i psychiczny pacjenta oraz jego rokowania. Czynnikiem ograniczającym delirium są m.in. adekwatna sedacja, zachowanie rytmu dobowego oraz próby nawiązywania kontaktu przez personel podczas procedur lub rodzinę podczas odwiedzin. Podczas pandemii COVID-19 odnotowuje się częstsze występowanie delirium wśród pacjentów OIT, co wynika z nałożenia się wielu czynników. Przeciążenie kadry medycznej w trakcie fal epidemii wiązało się ze spadkiem jakości udzielanej opieki. Stosowane środki ochrony indywidualnej utrudniały nawiązanie kontaktu z pacjentem, a nawet mogły wyzwać lęk (np. poprzez skojarzenie kombinezonu z kosmitą). Ciężki przebieg niewydolności oddechowej w COVID-19 wiąże się z niedotlenieniem układu nerwowego, często wymaga intensyfikacji wentylacji mechanicznej oraz sedacji. Jednym z istotnych powikłań intensywnej terapii jest zespół PICS (post-intensive care syndrome) – zespół zaburzeń psychicznych (depresja, stany lękowe, zespół stresu pourazowego), korelujących z częstością delirium, oraz fizycznych (przewlekłe osłabienie, brak możliwości powrotu do pracy), które utrudniają powrót do zdrowia po opuszczeniu oddziału. Obecność rodzin na OIT jest ważna ze względu na możliwość nawiązywania kontaktu z pacjentem (wpływając pozytywnie na jego stan) oraz udział w podejmowaniu istotnych decyzji terapeutycznych, takich jak kontynuacja lub zaprzestanie dalszego leczenia, w szczególności terapii daremnej. Zakaz odwiedzin wymusza przekazywanie informacji o stanie chorego drogą telefoniczną, zwiększa ryzyko nieporozumień, w tym trudności w zrozumieniu ciężkości choroby, a w przypadku przekazywania informacji trudnych (m.in. zgonu) zwiększa ryzyko traumatyzacji. Opisuje się analogiczny zespół PICS-f, który obejmuje nieprawidłowe przeżywanie żałoby, zaburzenia lękowe i depresyjne oraz konflikty wśród rodzin pacjentów leczonych na OIT. Powstają narzędzia

wspomagające komunikację (zdalną) z rodziną, np. formularz Best Case/Worst Case, który w formie wykresu przedstawia możliwe scenariusze terapeutyczne oraz kierunek, w którym zmierza stan pacjenta. Ważnym problemem jest weryfikowanie tożsamości osób kontaktowych celem dochowania tajemnicy medycznej. Środki ochrony indywidualnej znacząco pogarszają jakość komunikacji wśród personelu medycznego, w szczególności komunikacji werbalnej, co może opóźnić postępowanie w sytuacjach kryzysowych, np. przy nagłym pogorszeniu stanu pacjenta. Opracowano systemy komunikacji niewerbalnej, np. system znaków migowych oznaczających wybrane zaburzenia stanu pacjenta. Wysoki poziom stresu oraz wypalenie zawodowe sprzyjają pojawianiu się konfliktów wewnątrz zespołów medycznych.

Należy podejmować próby nawiązania kontaktu z pacjentami z zaburzeniami świadomości. Wprowadzenie prostych interwencji może ograniczyć częstość delirium w OIT, a tym samym poprawić stan pacjenta. Pacjenci OIT są w grupie wysokiego ryzyka zespołu stresu pourazowego oraz innych powikłań psychicznych, podobne zaburzenia mogą ujawniać się u rodzin chorych. Pandemia COVID-19 pogłębiła problem niedostatecznego angażowania rodzin w proces terapeutyczny osób krytycznie chorych. Należy rozwijać narzędzia usprawniające komunikację na odległość w sytuacjach ograniczających wizyty stacjonarne, w szczególności pacjentów o złych rokowaniach, może to ułatwić prawidłowe przeżycie żałoby. Środki ochrony indywidualnej ograniczają jakość komunikacji między członkami zespołu medycznego oraz wprowadzają uczucie anonimowości. Niezbędne jest opracowanie spójnego systemu porozumiewania się w sposób niewerbalny.

Łukasz Grabowski (Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu)

Komunikacja terapeutyczna z pacjentem chorującym na ostre zaburzenie psychiatryczne z kręgu schizofrenii w warunkach klinicznych – doświadczenia i refleksje osobiste

Choroby psychiatryczne są to takie endogenne lub egzogenne zaburzenia psychiczne, które charakteryzują się głębokim, całościowym i radykalnym przebiegiem objawów klinicznych. Wśród symptomów wyróżnia się: urojenia,

omamy, dziwaczność zachowania, pobudzenie, nadmierna aktywność lub spowolnienie i osłupienie. Chory nie ma wglądu w swój stan i nie może rozróżnić rzeczywistości od doznań psychotycznych. Początek chroniczny daje zazwyczaj gorsze rokowania od nagłego. Wśród psychoz schizofrenicznych wskazuje się trzy najważniejsze zespoły objawów: paranoidalny, katatoniczny i hebefreniczny.

Celem wystąpienia jest przedstawienie Słuchaczom osobistych doświadczeń klinicznych z zakresu nawiązywania i podtrzymywania kontaktu terapeutycznego z pacjentem chorującym na schizofrenię. Całość procesu została podzielona na cztery części: nawiązanie kontaktu, pierwsza konsultacja – zrozumienie psychozy, kolejne konsultacje i obserwacja kliniczna.

Nawiązanie kontaktu należy do trudnych wyzwań w warunkach klinicznych, jakie stwarza zamknięty oddział szpitala psychiatrycznego. Pacjent może być nieufny i początkowo odmówi konsultacji. Kontakt będzie prawdopodobnie przez niego rozpatrywany w zakresie urojeń i doświadczeń omamowych. Należy uszanować dystans pacjenta i jego autonomię. Często do utrudnienia komunikacji przyczyniają się dodatkowo formalne zaburzenia myślenia. Pierwsza konsultacja jest okazją do zrozumienia świata psychotycznego pacjenta, opisanego jego systemu urojeń oraz diagnozy innych zaburzeń psychopatologicznych. Nazywanie objawów jest ważne dla obserwowania postępu choroby lub jej remisji. Kolejne konsultacje pozwalają na utrwalenie

kontaktu terapeutycznego i identyfikację trudnych emocji wymagających przepracowania. Warto jest rozmawiać na temat tego, jak chory czuje się na oddziale, czego się obawia lub co sprawia, że czuje się lepiej. Pacjenci chroniczni często mogą być w stanie dostrzec brak poprawy swojego stanu lub jego lekooporność. Pomocny może być w tym wypadku dialog motywujący. Obserwacja kliniczna powinna skupić się zarówno na stanie psychicznym, jak i fizycznym pacjenta. Należy zwracać uwagę na jego zachowanie poza konsultacjami i podczas wizyt lekarskich. Istotną częścią obserwacji jest kontrola dynamiki urojeń, czyli jakie elementy przestają być dla pacjenta ważne w systemie urojeniowym, a jakie do niego włącza, natężenie urojeń i krytycyzm chorego wobec tego systemu. Jeśli urojenia są utrwalone, to prawdopodobnie ich dynamika będzie mniejsza, niż w fazie ostrej.

Formułuję następujące wnioski: 1) główne symptomy choroby psychotycznej obejmują część pozytywną (wytwórczą): urojenia, omamy; oraz część negatywną: autyzm, ambiwalencja, ambitendencja, ambisentencja; 2) we wczesnej fazie choroby pacjent może nie być krytyczny wobec swoich objawów; 3) kontakt terapeutyczny z pacjentem ze schizofrenią można podzielić na trzy fazy: nawiązanie kontaktu, pierwsza konsultacja i kolejne konsultacje; 4) obserwacja kliniczna powinna być prowadzona przy każdym kontakcie z chorym; 5) diagnoza psychopatologiczna jest ważna dla kontroli dynamiki urojeń i rozwoju choroby.