Ludzkość i empatia

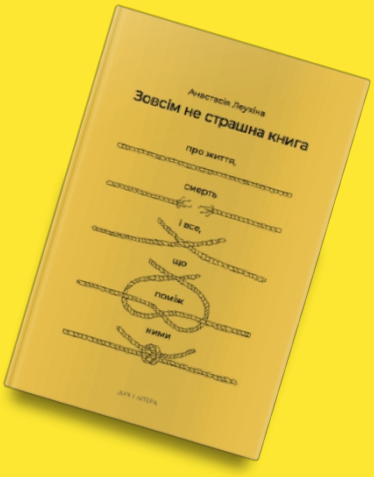
w służbie zdrowia

podręcznik dla nauczycieli

pomysł i opracowanie
Anastasia Leukhina

„Wcale nie straszna książka o życiu, śmierci i wszystkim, co pomiędzy” — to swego rodzaju „pierwsza pomoc”, stworzona jako instrukcja-przewodnik dla tych, którzy sami zmagają się z ciężką, zagrażającą życiu chorobą lub z niepokojem szukają odpowiedzi na pytanie, jak pomóc bliskiej osobie w pokonaniu tej czy innej sytuacji. Nieuleczalna diagnoza wciąż „przekreśla” w pacjencie człowieka ze wszystkimi jego potrzebami i uczuciami, jednak „Książka o życiu, śmierci i wszystkim, co pomiędzy, wcale nie jest straszna” pokazuje, że wszystko może i powinno być inaczej. Ta książka
— pomost dla lekarzy do uczuć pacjenta. Pomost dla społeczeństwa do osób ciężko chorych. W końcu jest to pomost dla pacjentów do samych siebie. W końcu każdy człowiek, niezależnie od choroby, ma prawo do godnego życia i radości.

http://non-scary.org/



Organizacja społeczna „Goryzonty” — dodajemy ludzkości do opieki zdrowotnej

Zespół osób o podobnych poglądach, który buduje horyzontalne relacje między ludźmi w medycynie i edukacji oraz prowadzi kampanię edukacyjną skierowaną do lekarzy i pacjentów, aby bronić godności każdej osoby, której życie zostało „przekreślone” przez postawioną diagnozę.
Dzięki działalności organizacji i jej partnerów bliscy mogą przebywać na oddziale intensywnej terapii wraz z pacjentami przez całą dobę (zarządzenie Ministerstwa Zdrowia nr 592), a dziesiątki tysięcy Ukraińców, których dzieci trafiły na oddział intensywnej terapii, mają odtąd do dyspozycji poradnik „Z dzieckiem na oddziale intensywnej terapii: pytania i odpowiedzi”.

Niniejsza publikacja została wydana w ramach realizacji ukraińsko-szwajcarskiego projektu „Rozwój edukacji medycznej”, który jest realizowany na Ukrainie przez Szwajcarski Instytut Zdrowia Tropikalnego i Społecznego (Swiss TPH) przy wsparciu Szwajcarskiej Agencji Rozwoju i Współpracy (SDC).

Kierowniczka biura projektowego:
Dr Tetiana Stepurko
tetiana.stepurko@mededu.org.ua

Lider projektu:
Martin Raab, kierownik działu Szwajcarskie Centrum Zdrowia Międzynarodowego, Szwajcarski Instytut Zdrowia Tropikalnego i Publicznego (Swiss TPH) Socinstrasse 57, 4051 Bazylea, Szwajcaria
martin.raab@swisstph.ch

Dane kontaktowe biura w Kijowie:
ul. Liuteranska 6B, lok. 43, 01001 Kijów, Ukraina Telefon: +380 44 384 10 09
mededu.org.ua

MedEduUkraine

Rozwój edukacji medycznej

Leukhina A. G.
Bohdan D. B.
Borovyk I. O.
Gavrysh T. S.
Galiash N. B.
Gwardowska O. O.,
Golowin O. A., Gorecka
A. M., Gorska O. V.
Gusak S. R.
Ignaszczuk O. V.
Kachnowa M. G.
Korotun O. P.
Kostjuk O. O.
Movchan I. V.
Petrynych O. A.
Povar N. A.
Rudakova N. E.
Sendecka T. M.
Tykholaz Yu. V.
Turpakova Yu. O.
Kharitonov O. V.
Shunko E. E.
Shchudrova T. S.

LUDZKOŚĆ I EMPATIA W OPIECE ZDROWOTNEJ

PODRĘCZNIK DLA WYKŁADOWCÓW

MAJSTER KSIĄŻEK
KIJÓW
2022

UDC

Leukhina A. G.

Bohdan D. B., Borowik I. O., Hawrysz T. S., Galiasz N. B., Gowardowska O. O., Golowin O. A., Gorecka A. M., Gorska O. V., Gusak S. R., Ignaszczuk O. V., Kachnowa M. G., Korotun O. P., Kostjuk O. O., Movchan I. V., Petrynych O. A., Povar N. A., Rudakova N. E., Sendetska T. M., Tykholaz Yu. V., Turpakova Yu. O., Kharitonov O. V., Shunko E. E., Shchudrova T. S.

Ludzkość i empatia w opiece zdrowotnej. Podręcznik dla wykładowców. – Kijów : Majster knig : 2022. – …….s., il.

ISBN

Podręcznik „Ludzkość i empatia w opiece zdrowotnej" to pierwsze ukraińskie wydawnictwo poświęcone sposobom nauczania na uczelniach medycznych przedmiotów związanych z podejściem zorientowanym na pacjenta, które powinno mieć również charakter interdyscyplinarny. Podręcznik powstał na wzór ukraińsko-szwajcarskiego kursu szkoleniowego „Ludzkość i empatia w opiece zdrowotnej" dla pracowników służby zdrowia zajmujących się edukacją w ramach projektu „Rozwój edukacji medycznej". Współautorzy podkreślają wyjątkowe znaczenie podejścia zorientowanego na człowieka w przeciwieństwie do podejścia paternalistycznego podczas udzielania pomocy medycznej na wszystkich etapach: konsultacji, diagnostyki, profilaktyki, leczenia i rehabilitacji. Osoby świadczące pomoc medyczną – lekarze i pielęgniarki – powinny rozwijać kompetencje w zakresie budowania szacunku i empatii w komunikacji z pacjentami już podczas nauki w szkole wyższej.

Podręcznik ma na celu poprawę ogólnego poziomu jakości komunikacji, ukierunkowanej na budowanie w każdym przypadku zaufania i współpracy na rzecz ochrony zdrowia. Publikacja zawiera uporządkowane materiały teoretyczne i praktyczne opracowania oparte na aktualnej wiedzy na temat godnej komunikacji, etyki i empatii, mające na celu rozwiązanie pilnych współczesnych zadań dotyczących dobrobytu człowieka.

Publikacja zawiera wiele narzędzi służących do profesjonalnego postępowania w trudnych sytuacjach, podczas przekazywania złych wiadomości oraz do prowadzenia komunikacji opartej na empatii podczas konsultacji medycznych. Znajdują się w niej również listy kontrolne dla pracowników służby zdrowia i pacjentów – przydatne wskazówki, które staną się nieocenioną pomocą dla wszystkich osób zainteresowanych kwestiami opieki medycznej.

Podręcznik został napisany dla pracowników służby zdrowia zajmujących się edukacją, dla pracowników medycznych wszystkich specjalności i szczebli, a także dla pacjentów oraz koordynatorów grup wsparcia pacjentów i innych społeczności.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadna część tej książki nie może być powielana, skopiowana ani wykorzystana w jakikolwiek inny sposób w jakiejkolwiek formie bez pisemnej zgody właściciela praw autorskich.

© Anastasia Leukhina, 2022
© Ukraińsko-szwajcarski projekt „Rozwój edukacji medycznej", 2022
© Alina Borisowa, projekt 2022

Людяність та емпатія

w zakresie opieki zdrowotnej

podręcznik dla wykładowców

pomysł i opracowanie Anastasia Leukhina

Link do wersji elektronicznej:
mededu/library/ludianist-ta-empatia

Niniejsza publikacja powstała w ramach realizacji ukraińsko-szwajcarskiego projektu „Rozwój edukacji medycznej”, realizowanego na Ukrainie przez Szwajcarski Instytut Zdrowia Tropikalnego i Publicznego (Swiss TPH) przy wsparciu Szwajcarskiej Agencji Rozwoju i Współpracy (SDC). Projekt jest finansowany przez Szwajcarską Agencję Rozwoju i Współpracy. Poglądy i idee przedstawione w niniejszym wydawnictwie należą do autorów i niekoniecznie odzwierciedlają poglądy Szwajcarskiej Agencji Rozwoju i Współpracy.

UDC

ISBN

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Швейцарська Конфедерація

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Бенефіціар проекту

Swiss TPH
Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut

РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
УКРАЇНО-ШВЕЙЦАРСЬКИЙ ПРОЕКТ

ГОРИЗОНТАЛІ

SPIS TREŚCI

Przedmowa od zespołu projektowego 11
Jak zrodził się pomysł stworzenia kursu 17
Dlaczego człowieczeństwo i empatia są tak aktualne? 21
Czego dowiedzieliśmy się z ankiety na temat gotowości lekarzy do pracy z ludźmi oraz zapotrzebowania pacjentów na ludzkie podejście? 22
Jak powstał ten przewodnik 26
Zespół autorów kursu 29
Jak można korzystać z niniejszego podręcznika? 46
Historie sukcesów we wdrażaniu kursu 47

CZĘŚĆ I

Format nauczania i jego dostosowanie do potrzeb różnych grup docelowych 55
Ramy merytoryczne kursu 58
Jak w nauczaniu kursu można wykorzystać „Zupełnie nie straszną książkę...” 61
Tata Julii 62
Skąd wiemy, że podejście zorientowane na pacjenta działa? 63

Temat 1. Podejście zorientowane na człowieka 69
Historia o godności, prawie wyboru i ostatnim zaciągnięciu się papierosem 73

Temat 2. Empatia 77
Jak nadać medycynie bardziej ludzki wymiar? 79
Historia Natalii, która nie idzie do lekarza, dopóki nie „przegra” 79

Temat 3. Zaufanie w relacjach z pacjentem. Konsultacja jako przestrzeń do budowania relacji partnerskich 87
Historia o Iwanie i wrażliwym neurochirurgu 89

Temat 4. Podmiotowość i autonomia pacjenta. Granice zawodowe. 95
Historia o manii Marii i dylematach związanych z leczeniem 97

Temat 5. Poufność 103
Historia młodej lekarki i jej śmiechu z geja zakażonego wirusem HIV 105

Temat 6. Kryzysowe stany emocjonalne i złe wiadomości 111

Historia o Tetianie i wiadomości w kopercie 113

Temat 7. Konflikty i trudne rozmowy 119
Historia o wojowniczej babci i przeklinającym anestezjologu 121

Temat 8. Tolerancja i różnorodność: jak i dlaczego pracować z różnymi ludźmi 127
Historia o Andriju i lekarce rodzinnej, która zmieniła jego życie 129

CZĘŚĆ II
Zebrane i opracowane materiały dydaktyczne do zajęć z tematów kursu

Temat 1. Podejście zorientowane na człowieka 137
Część 1. Materiały teoretyczne 141
Część 2. Zadania praktyczne. Przypadek do omówienia 149

Temat 2. Empatia 159
Część 1. Materiały teoretyczne 163
Część 2. Zadania praktyczne 169
Badanie i uświadamianie własnych przeżyć jako druga strona empatii 177

Temat 3. Zaufanie w relacjach z pacjentem. Konsultacja jako przestrzeń do budowania relacji partnerskich 191
Część 1. Materiały teoretyczne 195
Model konsultacji klinicznej Calgary-Cambridge 195
Część 2. Zadania praktyczne 206

Temat 4. Podmiotowość i autonomia pacjenta. Granice zawodowe. 213
Czym ten rozdział różni się od pozostałych pod względem treści i struktury? 216
Część 1. Materiały teoretyczne 217
Podmiotowość i granice 220
Jak prawidłowo przekazywać pacjentowi informacje i określać poziom szczegółowości potrzebny każdemu do podjęcia wspólnej decyzji 223
Część 2. Zadania praktyczne 244

Temat 5. Poufność 247
Część 1. Materiały teoretyczne 251

Pojęcia „informacja” i „informacja poufna” 251
Autonomia, jej zasady, pojęcie „zgody na przekazanie informacji” 252
Prywatność i zasady jej zapewnienia. 253
Część 2. Zadania praktyczne 258

Temat 6. Kryzysowe stany emocjonalne i złe wiadomości 261
Część 1. Materiały teoretyczne 265
Przekazywanie złych wiadomości 265
Opieka u kresu życia 272
Powiadomienie o śmierci 274
Kryzysowe stany emocjonalne 274
Pomoc psychologiczna w przypadku ciężkiej straty 279
Część 2. Zadania praktyczne 282
Książki i filmy o kryzysach życiowych 286

Temat 7. Pacjenci w trudnych sytuacjach. Konflikt 289
Część 1. Materiały teoretyczne 293
Część 2. Zadania praktyczne 300

Temat 8. Tolerancja i różnorodność 305
Część 1. Materiały teoretyczne 309
Dyskryminacja 309
Komunikacja międzykulturowa i różnorodność kulturowa 313
Część 2. Zadania praktyczne 337

Zamiast posłowia 341
Historia o mamie Alli i znaczenie doboru słów 342
Listy kontrolne dla pracowników służby zdrowia i pacjentów 347
Podstawowa lista kontrolna godności dla pracownika służby zdrowia 351
Podstawowa lista kontrolna dotycząca szacunku dla pacjenta 355

Słowa wsparcia od liderów opinii 360
Ogromne podziękowania 363

SŁOWO WSTĘPNE OD ZESPOŁU PROJEKTU

Tetiana Stepurko
kierowniczka biura wdrożeniowego
(ukr.)nor-szw. projektu „Rozwój
medychnoyio świata", wykładowczyni Narodowego
uniwersytetuerzy „Akademia Kijowsko-Mohylańska"



Świat się zmienia. W sferze zawodowej i społecznej pojawiają się nowe wyzwania, w obliczu których czujemy się niepewnie. Właśnie teraz patrzymy na minione chwile w pracy świeżym okiem i już widzimy, że sposób, w jaki kiedyś radziliśmy sobie z codziennością i trudnościami, przestał nas satysfakcjonować, a prawdopodobnie także nasze otoczenie, a może nawet społeczeństwo jako całość. W pewnym momencie życia zawodowego zauważamy, że mamy lukę w wiedzy lub umiejętnościach, ale nie widzimy, gdzie moglibyśmy się czegoś nowego nauczyć. Obserwujemy pojawianie się nowych rozwiązań, które mają ułatwić nam realizację stojących przed nami zadań.

Innowacyjne, aktualne i istotne zawody, wiedza, umiejętności oraz sposoby ich zdobywania – to wszystko rodzi się w zdrowej edukacji. Edukacja i odpowiednia przestrzeń, stworzona wraz z tymi, którzy dążą do rozwoju, dodają motywacji, pewności siebie, służą jako bodziec i podstawa rozwoju zawodowego i osobistego.

Ukraińsko-szwajcarski projekt „Rozwój edukacji medycznej" stanowi platformę, która pomaga nauczycielom akademickim, lekarzom i pielęgniarkom w wygodnym i dogłębnym przyswajaniu nowych umiejętności oraz wiedzy w gronie równie zaangażowanych i kompetentnych profesjonalistów. Konsultantka projektu Anastasia Leukhina – mistrzyni w zmienianiu fragmentów tego świata na lepsze. Zbierając w swojej książce „Zupełnie nie straszna książka..." historie pacjentów, ich bliskich, lekarzy, pielęgniarek i menedżerów, dała nam do zrozumienia, że istniejący ból musi zostać złagodzony. Ból ten wynika ze złożonych sytuacji w służbie zdrowia. Nie jest to ból fizyczny, ale ludzki. Dotyczy on stosunku, komunikacji, wartości humanitaryzmu i godności.

Projekt zaproponował Anastazji, opierając się na przykładach z książki „Wcale nie straszna książka...”, opracowanie produktu edukacyjnego, który pomógłby studentom uczelni medycznych oraz praktykom – lekarzom i pielęgniarkom – przerwać krąg nieporozumień i wzajemnych oskarżeń oraz wkroczyć na nową ścieżkę partnerskiej współpracy i empatycznego podejścia. Nie obyło się też bez „ukrytego” zamysłu (w rodzaju hidden curricula): przez pół roku nauczyciele akademiccy z dziedziny medycyny ramię w ramię opracowywali kurs, ucząc się (learning by doing) kompetencyjnego podejścia w edukacji pod okiem Anastazji.

W kalendarzu zbliża się koniec tego trudnego roku 2021, a pierwsze kroki w kierunku opieki medycznej zapewniającej większy poziom godności zostały już podjęte. Grupa nauczycielek medycyny wraz z Anastazją opracowała ten przewodnik. Wierzymy, że zaproponowane narzędzia i zdobyte przez Państwa umiejętności będą impulsem do wydania nowej książki Anastazji o godnej i ludzkiej interakcji między pacjentami a osobami udzielającymi pomocy. To osobiście doda mi pewności, że żyjemy w świecie, który ceni ludzkie życie.



Anastasia Leukhina,
konsultantka ukraińsko-szwajcarskiego projektu „Rozwój edukacji medycznej”, trenerka oraz moderatorka, przewodnicząca organizacji pozarządowej „Horizontali” oraz wykładowczyni w Kijowskiej Szkole Ekonomii

Swoją pracę w służbie zdrowia rozpoczęłam od walki. Mój nowo narodzony syn Maksymka zmarł za zamkniętymi drzwiami oddziału intensywnej terapii. Jego babcia stała tej nocy na zimnej klatce schodowej pod drzwiami. Nikt jej nie poinformował o Maksymce ani nie dał możliwości pożegnania się. Często wspomina ściany pod tymi drzwiami, które były pokryte ogłoszeniami. Ogłoszenia te zawierały wiele zakazów i były napisane w tonie, jakby były stworzone dla mieszkańców kolonii o zaostrzonym rygorze, a nie dla rodziców zestresowanych krytycznym stanem własnego dziecka. Zakazy i surowe wymagania raniły, brak możliwości przebywania z dzieckiem traumatyzował, a brak informacji – zabijał.

Kampania #пуститевреанимацию, którą założyłam wraz z innymi mamami, stała się jednym z pierwszych oddolnych ruchów pacjentów na Ukrainie, który nie tylko walczył z systemem, ale także wywalczył dla ludzi prawo do przebywania przy bliskich, gdy ci znajdują się na oddziale intensywnej terapii. To było wielkie zwycięstwo: Ministerstwo Zdrowia zatwierdziło rozporządzenie, a my, jako społeczność pacjentów, poczuliśmy siłę wspólnoty.

Mijały lata, a praktyka dostępu znacznie różniła się w zależności od szpitala: rozporządzenie było jedno, ale pracownicy medyczni i administratorzy w placówkach – różni. W niektórych szpitalach odwiedziny były nieograniczone 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Inne naruszały rozporządzenie, ustalając godziny odwiedzin lub trzymając drzwi zamknięte. Nasze badanie opinii pacjentów i odwiedzających wykazało, że największymi problemami dla nich są brak dostępu, niewystarczające informacje o pacjencie oraz złe traktowanie przez personel medyczny. Pacjenci i ich rodziny mają duże zapotrzebowanie na lepszą komunikację.

Zdałam sobie sprawę, że samo nakazanie lekarzom i administratorom otwarcia oddziałów intensywnej terapii to za mało. Ważna jest zmiana paradygmatu relacji między personelem medycznym a pacjentami. Dużo uczyłam się o facylitacji – w dużej mierze po to, aby mieć narzędzia pomagające pacjentom i lekarzom lepiej się porozumieć. Dzięki profesjonalnemu przygotowaniu w dziedzinie budowania pokoju, dwudziestoletniemu doświadczeniu w nauczaniu negocjacji i komunikacji oraz dziesięciu latom nauki psychologii procesowej udało mi się wnieść wiedzę z zakresu rozwiązywania konfliktów do tej interakcji.

Wymagało to badania zjawisk i eksperymentowania z różnymi formatami – od szkolenia personelu medycznego w celu przekazania narzędzi komunikacyjnych, po dialogi terapeutyczne, aby wysłuchać i zrozumieć ich ból. Ku mojemu zaskoczeniu, bólu było wiele. Wiedziałam o różnych wymiarach bólu pacjentów, ale nie zdawałam sobie sprawy, że ból odczuwają również lekarze i pielęgniarki, jakiego rodzaju jest ten ból i dlaczego tak bardzo opierają się otwartości i szczerości w relacjach.

Te rozmowy, w połączeniu z moją pracą nad sobą i własną terapią traumy, zmieniły moje postrzeganie relacji między personelem medycznym a pacjentem. Wcześniej całą odpowiedzialność za te relacje zrzucałam na pracowników służby zdrowia, uważając ich za winnych wielu problemów. Teraz rozumiem, że te relacje to nasza wspólna odpowiedzialność. Że pacjent oraz lekarz lub pielęgniarka są w równym stopniu odpowiedzialni za jakość dialogu i poziom wzajemnego zaufania. A zaufanie ma bezpośredni wpływ na wyniki leczenia. I ważne jest, abyśmy nauczyli się nawiązywać ten dialog z obu stron.

Ten kurs i podręcznik stanowią więc analizę tego, jak przejść od paternalizmu lub konsumpcjonizmu do prawdziwego partnerstwa. Przed nami jeszcze długa droga i niezmiernie się cieszę, że udało nam się zebrać ten zespół współautorów i znaleźć możliwości, by wspólnie postawić te pierwsze kroki.



Olena Ignashchik
koordynatorka projektu ukraińsko-szwajcarskiego „Rozwój edukacji medycznej”

Z wykształcenia jestem lekarką i mam doświadczenie w nauczaniu na uniwersytecie medycznym. Przechodząc przez wszystkie etapy kształcenia – studia licencjackie, magisterskie, staż, studia podyplomowe – odczuwałam brak wiedzy na temat pracy z ludźmi. Miałam szczęście do wykładowców – to wspaniali ludzie, którzy własnym przykładem empatycznego podejścia pokazali, że w medycynie możliwe jest ludzkie traktowanie.

Jednak tego nie było w programie nauczania. Podczas zajęć nie otrzymałam żadnych narzędzi, algorytmów ani schematów komunikacji w medycynie dotyczących praktyk podejścia zorientowanego na człowieka. Tylko standardowe medyczne schematy typowego wywiadu i zbierania wywiadu medycznego.

Jak radzić sobie w trudnych sytuacjach? Jak przekazywać ludziom złe wiadomości? Jak komunikować się z różnymi osobami, które trafiają do mnie na wizytę? – wszystko to robiłam intuicyjnie, opierając się na własnych wyobrażeniach, a nie na wiedzy i umiejętnościach.

Kiedy przeczytałam „Książkę wcale nie straszną...” Anastazji Leuchinowej[1], bardzo mi było przykro dowiedzieć się, że pacjenci tak często znajdują się w sytuacjach, w których brakuje porozumienia z personelem medycznym, kiedy otrzymują zbyt mało lub w ogóle nie otrzymują wsparcia, którego potrzebują, gdy pozostają sami ze swoimi lękami i bólem, a pracownicy służby zdrowia zazwyczaj nie posiadają wiedzy i umiejętności, które pomogłyby im komunikować się z pacjentami z człowieczeństwem i empatią.

[1] Anastasia Leukhina. Książka wcale nie jest straszna. O życiu, śmierci i wszystkim, co pomiędzy. – Kijów: Duch i Litera, 2020. – 368 s.

Kiedy jako zespół projektowy zaczęliśmy omawiać pomysł stworzenia takiego kursu i podręcznika, ogarnęło nas niesamowite poczucie inspiracji wynikające ze świadomości, że robimy coś ważnego i pożytecznego. Ważną na każdym etapie edukacji – wyższej i podyplomowej, ważną dla lekarzy i pielęgniarek. A co najważniejsze – ważną dla pacjentów, którzy chcą, aby ich słuchano, aby ich opinia była brana pod uwagę przy podejmowaniu decyzji, aby szanowano ich granice i aby lekarz mógł ich wspierać w trudnych sytuacjach.



Maria Khrapachova
redaktorka, założycielka Studia „Dalej za tekstem”

Z podręcznikiem „Ludzkość i empatia w opiece zdrowotnej” zapoznałam się na etapie, gdy publikacja miała być cienką broszurą – nośnikiem głównych idei zaproponowanych przez uczestniczki ukraińsko-szwajcarskiego projektu „Rozwój edukacji medycznej”. Rękopis podręcznika wyglądał jak zbiór tabel z objaśnieniami zebranych w dokumencie Google. Czytałam i łapałam się na tym, że czuję, jakby w końcu spełniało się moje bardzo ważne i głębokie pragnienie, i bardzo chciałam, aby te teksty zostały dopracowane, uzupełnione i zebrane nie tylko w liniowy łańcuch, ale w spójny, lśniący wielościan.

W ciągu następnych kilku miesięcy podręcznik powiększył się dziesięciokrotnie i przekształcił się w przyszły przewodnik, w którym dawne komentarze do tabel stanowiły już pełną, merytoryczną „treść” wszystkiego, co powinni przyswoić pracownicy służby zdrowia, których będą tego uczyć. Ludzkość, etyka, komunikacja ekologiczna, priorytet osobistej godności ludzkiej w każdej sytuacji z udziałem pracowników służby zdrowia i pacjentów, empatia, zaufanie i współpraca na rzecz ochrony zdrowia.

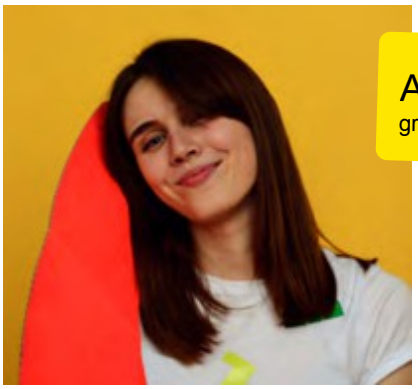
Materiały podręcznika zostały podzielone na dwie części: podstawy metodyczne i wytyczne wraz z przykładowymi historiami – w pierwszej, a konkretne treści szkoleniowe – w drugiej. Niektóre rozdziały podręcznika budziły wątpliwości, czy rzeczywiście sąsiadujące tematy są podobne pod względem gęstości treści oraz czy wszystko, co istotne, znalazło się w nich i czy otrzymało odpowiednie miejsce oraz formę wyrażenia.

Niektóre tematy stanowiły „wyzwanie merytoryczne”, ponieważ coś może być trudne nie samo w sobie, ale ze względu na kontekst i osobiste doświadczenia osób – pracowników służby zdrowia zajmujących się edukacją – którzy podjęli się przetłumaczenia ogromnej ilości współczesnej wiedzy z dziedziny nauk humanistycznych dla swoich kolegów. Wiedza ta i umiejętności są nowatorskie i pożądane – nadszedł czas, aby stały się częścią medycyny.

Obserwacja tego, jak bardzo praca nad podręcznikiem okazała się dla współautorów niekiedy trudna, pokazuje, że dla tych ludzi, pionierów, bardzo, bardzo ważne jest, aby człowieczeństwo, empatia i komunikacja ekologiczna stały się dla społeczności medycznej zrozumiałe i powszechnie stosowane. Ciągle zachwyca mnie siła motywacji tych ludzi. Praca współautorów podręcznika jest ważna dla całego systemu opieki zdrowotnej, a więc dla każdego z nas, bo wszyscy bywamy pacjentami.

Większości materiałów w podręczniku poprzedzają nazwiska osób, które nad nimi pracowały. Wszystko inne napisała Anastasia Leukhina.

Moim kolejnym pragnieniem jest doczekać się, aż na podstawie tej publikacji powstaną kursy szkoleniowe w uczelniach medycznych, a absolwenci zaczną stosować podejście skoncentrowane na pacjencie, a wszystko to przyczyni się do zdrowszego systemu opieki zdrowotnej, a także przyniesie owocną informację zwrotną, dzięki której powstanie kolejna wersja podręcznika o człowieczeństwie i empatii – jeszcze doskonalsza.



Alina Borysowa,
graficzka, współzałożycielka projektu Intozine

Uwielbiam realizować projekty, które ludzie tworzą z wewnętrznej potrzeby, traktując je jako dzieło życia, i które mogą coś zmienić w świecie. Temat empatii bardzo mnie zainteresował, kiedy Anastasia zaproponowała mi udział w pracy nad tą publikacją, mówiąc, że chce, abym „wniosła swoje ciepło i empatię” do tego projektu. Empatia to moja siła, którą chcę wnosić do projektów, którymi się zajmuję.

SKĄD WZIĘŁA SIĘ IDEA STWORZENIA KURSU

Obserwując dialogi w środowiskach medycznych i pacjentów oraz historie pojawiające się w mediach, można zauważyć, że między pacjentami a pracownikami służby zdrowia panuje spore napięcie. Pracownikom służby zdrowia trudno jest wytrzymać obciążenie, są wyczerpani zmęczeniem i wypaleniem emocjonalnym, są spięci z powodu dużej niestabilności w systemie opieki zdrowotnej oraz nierozwiązanych problemów finansowych, prawnych i społecznych w miejscu pracy. Są wyczerpani wewnętrznymi konfliktami i często przenoszą ich napięcie na zewnątrz, na relacje z pacjentami i ich rodzinami. Pracownicy służby zdrowia potrzebują uznania i wdzięczności – ze strony państwa, kierownictwa, pacjentów i całego społeczeństwa, ale nie otrzymują ich w wystarczającej ilości.

Z drugiej strony pacjenci również są w stanie gotowości. Ich własne doświadczenia oraz historie innych osób dają wiele powodów do strachu i nieufności. Pacjenci często stają się zakładnikami zmian organizacyjnych. Skarżą się, że nie tylko nie spotykają się z wystarczającym szacunkiem i zrozumieniem, ale nie otrzymują nawet podstawowych informacji na temat stanu zdrowia (swojego lub członków rodziny). Napięcie w korytarzach i salach placówek medycznych, spowodowane niskim poziomem zaufania, tworzy dość wrogą atmosferę, w której niekomfortowo czują się wszystkie strony: ani lekarze, ani pacjenci nie czują się bezpiecznie.

Na taką sytuację wpływa kilka czynników. Są to:

Po pierwsze, **autorytarna kultura interakcji wewnątrz szpitali, która sprzyja paternalistycznemu podejściu do pracy z pacjentami**. W środowisku medycznym istnieje wiele wzorców zachowań charakteryzujących się wyniosłym podejściem do personelu i pacjentów, ale zbyt mało wzorców opartych na szacunku i partnerstwie. Młodzi specjaliści obserwują doświadczonych mistrzów i naśladują ten styl w swojej pracy.

Po drugie, **brak szkoleń z zakresu komunikacji oraz radzenia sobie z własnymi i cudzymi emocjami w programach kształcenia lekarzy i pielęgniarek.** Wielu lekarzy i pielęgniarek chce lepiej komunikować się i rozwiązywać konflikty, ale po prostu nie umie tego robić. Całe ich dotychczasowe kształcenie opierało się na pracy z ciałem i chorobą; pracy z ludźmi poświęcano niewiele uwagi.

Całe kształcenie pracowników służby zdrowia opierało się wokół pracy z ciałem i chorobą; pracy z ludźmi poświęcano niewiele uwagi

W jednym z rozdziałów „Książki wcale nie strasznej...” sformułowano niskie oczekiwania pacjentów wobec pracowników służby zdrowia. Mówi się, że aby się nie rozczarować, nie należy niczego oczekiwać. My, zespół projektowy podręcznika, chcemy zmienić tę sytuację. Podnieść poprzeczkę jakości w relacjach, stworzyć przestrzeń dla partnerskiej współpracy i podnieść poziom zadowolenia z relacji pracownik medyczny-pacjent, dbając jednocześnie o zasoby emocjonalne pracowników medycznych.

Czego można oczekiwać od personelu medycznego?

Na razie trzeba stwierdzić to, co oczywiste: większość ukraińskich lekarzy i pielęgniarek nie potrafi w odpowiedni sposób przekazać pacjentom informacji o poważnej diagnozie lub śmierci. Pacjenci zauważają, że pracownicy służby zdrowia unikają tych rozmów, licząc, że ktoś inny zrobi to za nich. Ale tego kogoś innego wciąż nie ma. Rozmowa z pacjentami i ich bliskimi o nieuleczalnych chorobach lub śmierci to ważna, ale bardzo trudna część praktyki lekarskiej. Wydaje się ona o wiele trudniejsza z powodu braku odpowiednich umiejętności i przygotowania u pracowników służby zdrowia, a czasem także własnych zasobów emocjonalnych.

Chciałoby się wierzyć, że w krytycznych momentach lekarze i wszyscy, którzy mają kontakt z pacjentem, okażą zrozumienie, zapewnią wsparcie psychologiczne i wyważone porady. W rzeczywistości jednak najlepszą strategią dla pacjentów i ich rodzin jest brak oczekiwań. Zachowanie personelu medycznego w takich sytuacjach bywa bardzo różne i zależy od konkretnej osoby oraz jej stanu. Jeśli więc trafiłeś na lekarza z sercem – ciesz się i dziękuj, a jeśli nie – postaraj się nie smucić i nie marnuj sił na irytację.

Najlepszą strategią jest nie mieć żadnych oczekiwań

Pracownicy służby zdrowia również ciężko przeżywają złe wiadomości dotyczące swoich pacjentów, ale nie są przeszkoleni w zakresie wspierania ani siebie, ani chorych. Doświadczają oni silnego wypalenia emocjonalnego również dlatego, że w warunkach ukraińskich nie przewidziano dni wolnych ani profesjonalnej pomocy psychologicznej w okresie, w którym muszą sobie z tym poradzić

w związku ze śmiercią pacjenta. Oni również często czują się bezradni lub są rozgniewani, że nie udało im się uratować pacjenta, i unikają kontaktu z bliskimi zmarłego, między innymi po to, by nie ujawniać prawdziwych uczuć, z którymi nie potrafią sobie poradzić.

Czasami unikanie rozmów jest jedynym znanym sposobem zapobiegania wypaleniu zawodowemu i zachowania energii. Tak się dzieje, że pacjenci i ich rodziny w pewnym sensie pozostają sami ze złymi wiadomościami, o których nie zostali poinformowani[1] .

[1] Anastasia Leukhina. Książka wcale nie jest straszna. O życiu, śmierci i wszystkim, co jest pomiędzy nimi. – Kijów: Duch i Litera, 2020. – 368 s.

Dlatego niniejszy przewodnik stanowi próbę włączenia praktycznego szkolenia z zakresu komunikacji i radzenia sobie z konfliktami do praktyki medycznej. Zamiast postawy wyższości i braku szacunku wobec pacjentów, budujemy relacje oparte na człowieczeństwie i otwartości między pracownikami służby zdrowia a pacjentami. To właśnie dobre relacje będą głównym wyznacznikiem jakości i skuteczności w medycynie przyszłości. Trzeba umieć je budować i rozwijać.

W zamian za postawę wyniosłą i brak szacunku wobec pacjentów tworzymy oprogramowanie ludianostitavidkritosti

Nowe oprogramowanie składa się z kilku elementów: poprawnej pracy z hierarchią poprzez przejście od relacji paternalistycznych do partnerskich, wysokiej jakości komunikacji oraz radzenia sobie w sytuacjach konfliktowych.

Rangi to przywileje, źródła podmiotowości i siły człowieka w różnych kontekstach. Są one różnorodne – na przykład zawodowe, społeczne, psychologiczne, duchowe. W relacji pacjent – lekarz ranga występuje po obu stronach. U lekarza i pielęgniarki wynika ona z wiedzy i doświadczenia zgromadzonych przez lata lub dziesięciolecia pracy.

W przypadku pacjenta – w jego wiedzy na temat własnego życia, wartościach oraz zrozumieniu swojej drogi i odpowiedzialności za własne zdrowie. W ukraińskiej rzeczywistości często można zaobserwować zaburzenia w postrzeganiu rang: pacjent nie potrafi lub lekceważy swoją rangę i siłę, a lekarz, wyolbrzymiając swoje uprawnienia, nadużywa swojej rangi i decyduje za pacjenta, co deprecjonuje jego rangę pacjenta. Należy to zmienić – przede wszystkim po to, aby chronić lekarza przed nadmierną odpowiedzialnością i oskarżeniami. A także po to, aby zmniejszyć presję psychologiczną na niego/nią. Właśnie dlatego będziemy mówić o konieczności przejścia od podejścia paternalistycznego do partnerskiego formatu relacji z pacjentami.

Dobra komunikacja to podstawowe narzędzie budowania zaufania i radzenia sobie z praktycznie wszystkimi wyzwaniami. Wszystko można rozwiązać poprzez dialog. Dobra – prosta i przemyślana – komunikacja ratuje obecnie wiele istnień ludzkich przed COVID-19 (i nie tylko). Zła komunikacja zabija. Czasami w dosłownym tego słowa znaczeniu.

Konflikty pochłaniają wiele czasu i energii lekarzy, dlatego umiejętność radzenia sobie z nimi oraz ich moderowania może znacznie odciążyć personel medyczny. Moderowanie konfliktów wymaga umiejętności wysłuchania i zrozumienia różnych stron sporu, śledzenia dynamiki relacji między nimi oraz znajdowania rozwiązań, które łagodzą napięcia emocjonalne i poprawiają stosunki. W przeciwieństwie do dyrektywnego podejścia do prowadzenia pacjentów lub nauczania, w którym następuje przekazywanie jedynej słusznej prawdy od jednej strony do drugiej, facylitacja pozwala zbadać różne punkty widzenia i znaleźć dobre rozwiązanie dla różnych stron, z uwzględnieniem ich interesów, wizji, obaw i zastrzeżeń.

(X)oro komunikacja, poprawne postępowanie z [illegible] facylitacja konfliktów może zdziałać cuda

Przejście od paternalizmu (gdy ktoś stoi wyżej) do partnerstwa (gdy jesteśmy na równi) jest niezbędne zarówno w organizacjach, jak i w programach edukacyjnych, a także w relacjach między pracownikiem służby zdrowia a pacjentem. Zmiana kultury nauczania w medycznych uczelniach wyższych w kierunku ułatwiania wyrażania różnych poglądów i budowania relacji z uczestnikami programów edukacyjnych wpłynie również na relacje lekarz – pacjent w kontekście leczenia – ponieważ bardziej partnerskie i równe relacje edukacyjne oraz formaty pomogą lekarzom i pielęgniarkom lepiej odczuć wszystkie zalety dobrze zbudowanych relacji. Pracownicy służby zdrowia, którzy doświadczą szacunku i partnerskiego podejścia ze strony wykładowców, nie będą już w stanie z łatwością stosować autorytaryzmu podczas swoich wizyt.

DLACZEGO LUDZKOŚĆ I EMPATIA SĄ AKTUALNE?

Prawdopodobnie nie jest to pełna lista argumentów przemawiających za aktualnością empatii, więc możecie zgłębić tę kwestię wraz ze swoimi słuchaczami i uzupełnić ją.

W medycynie pojawiają się zmiany technologiczne – sztuczna inteligencja, konsultacje zdalne, swobodny dostęp do ogromnych zasobów informacji medycznej, badań i protokołów leczenia, a także wiele innych technologii interakcji z pacjentem. Jeszcze trochę, a empatia i umiejętność komunikowania się z pacjentem staną się niemal jedyną (trochę tu przesadzam, ale jednak) przewagą żywego lekarza nad robotem lub bazą danych. A ta konkurencja może być zaciekła.

Zmiany w systemie finansowania – perspektywa finansowania opartego na zasadzie, że klient lub państwowy nabywca usług medycznych płaci za konkretną osobę, a nie za liczbę łóżek, nadeszły już nawet na Ukrainie. Poziom zadowolenia pacjenta będzie miał wpływ na poziom finansowania placówek medycznych. A empatyczna komunikacja zawsze otrzyma podczas ankiety pacjenta więcej punktów niż defensywny dystans. Rywalizacja o pacjenta już powoli się rozwija, a wygrają nie tyle sprzęt i budynki, co ludzie, personel i ich stosunek do pacjentów.

Niedobór kadr to już bardzo dotkliwy problem dla wielu szpitali, a rywalizacja o pracowników w obliczu migracji za granicę będzie się zaostrzać. Badania pokazują, że w 80% przypadków przyczyny wypalenia zawodowego personelu wynikają z czynników systemowych i organizacji pracy, a tylko w 20% – z przyczyn osobistych[1] . Dlatego ważne jest, aby rozwijać empatię nie tylko w stosunku do pacjentów, ale także w stosunku do współpracowników i własnego personelu. Nie da się bowiem poprawić stosunku do pacjentów bez poprawy stosunku do personelu. Włączenie empatii do kultury organizacyjnej placówek medycznych oraz praktyk pracy z personelem może stać się ważną przewagą konkurencyjną w walce o talenty.

Skargi pacjentów – źródło stresu i frustracji, a także pochłaniacz czasu zarówno personelu medycznego, jak i administracji[2] . Zagraniczne badania pokazują, że znaczna część skarg wynika ze złej komunikacji. Analiza skarg na młodych lekarzy wykazała cztery główne tematy: komunikacja niewerbalna (kontakt wzrokowy, mimika i mowa ciała), komunikacja werbalna (umiejętność słuchania i trafność doboru słów), treść (zły dobór ilości i jakości przekazywanych informacji), a także złe podejście (brak szacunku i empatii)[3] .

[1] Alla Bojko, prezentacja, kurs partnerski „Najlepsze praktyki w zarządzaniu placówką medyczną”, Wypalenie zawodowe wśród pracowników służby zdrowia .

[2] Abdelrahman, W., & Abdelmageed, A. (2017). Zrozumienie skarg pacjentów. BMJ: British Medical Journal, 356. URL: www.bmj.com/content/356/bmj.j452

[3] Kee, J. W., Khoo, H. S., Lim, I., & Koh, M. Y. (2018). Umiejętności komunikacyjne w relacjach pacjent-lekarz: nauka na podstawie skarg pacjentów. Health Professions Education, 4(2), 97-106. URL: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452301116301225

CO DOWIEDZIELIŚMY SIĘ Z ANKIETY DOTYCZĄCEJ GOTOWOŚCI LEKARZY DO PRACY Z LUDŹMI ORAZ POTRZEB PACJENTÓW W ZAKRESIE LUDZKOŚCI?

Rozpoczynając prace nad kursem szkoleniowym, który poprzedzał powstanie niniejszego podręcznika, zapytaliśmy studentów uczelni medycznych oraz praktykujących lekarzy, na ile czują się obecnie przygotowani do pracy z ludźmi. Wyniki ankiety przeprowadzonej wśród 468 studentów i 167 praktykujących lekarzy wykazały, że tylko 7,5% studentów i 19,7% lekarzy uważa się za w pełni przygotowanych do pracy z ludźmi. Zatem aktualność kursu szkoleniowego dotyczącego komunikacji oraz interakcji między lekarzem a pacjentem nie budzi wątpliwości żadnej z grup docelowych.

7,5% studentów i 19,7% lekarzy uważa się za gotowi do pracy z ludźmi

Planując treść kursu, staraliśmy się nie tylko odzwierciedlić punkt widzenia środowiska akademickiego, ale także odpowiedzieć na aktualne zapotrzebowanie studentów i lekarzy na naukę pracy z ludźmi, dlatego zapytaliśmy ich również o oczekiwania dotyczące tematów, które chcieliby zobaczyć w programie szkolenia. Okazało się, że najbardziej pożądane są tematy dotyczące pracy z „trudnymi" pacjentami, relacji lekarz–pacjent oraz przekazywania pacjentowi prawdy. Wszystkie te oczekiwania znalazły odzwierciedlenie w celach i treści kursu „Empatia i człowieczeństwo w pracy pracownika służby zdrowia"

W trakcie opracowywania kursu znaleźliśmy również kilka współczesnych ukraińskich badań, które pokazują, że zapotrzebowanie na szacunek i bardziej empatyczną komunikację wśród pacjentów jest dość wysokie.

Organizacja pozarządowa „Afina" przeprowadziła ankietę wśród pacjentów onkologicznych (2019). W pytaniu o najlepsze źródło informacji na temat leczenia lekarze zajmują ostatnie miejsce (11%) po grupach pacjentów onkologicznych (70%) i Internecie (30%). I to najprawdopodobniej świadczy nie o braku wiedzy, ale o niskim poziomie komunikacji i zdolności lekarzy do dialogu.

Korzystając z serwisu Info Sapiens, przeanalizowaliśmy odpowiedzi na otwarte pytanie dotyczące 5 cech lekarza, które pacjenci onkologiczni biorący udział w tej ankiecie uznali za istotne, i uzyskaliśmy interesujące dane. Pogrupowaliśmy odpowiedzi respondentów w 5 kategorii. Najważniejszymi cechami lekarza okazały się:

Profesjonalizm – kompetencje, doświadczenie, ciągły rozwój w swojej dziedzinie, ciekawość, talent i inteligencja	**82%**
Inteligencja emocjonalna – człowieczeństwo, empatia, wrażliwość, szacunek, takt, cierpliwość, tolerancja, troska	**72%**
Pozytywne nastawienie i uczciwość – szczerość, dobroć, uczciwość, otwartość, poczucie humoru, brak korupcji	**61%**
Komunikatywność – uważność, umiejętność słuchania i wyjaśniania, otwartość i jasność	**50%**
Cechy zawodowe – punktualność, odpowiedzialność, uprzejmość, dostępność, umiejętność przyznania się do błędu, odwaga i determinacja	**34%**

Z tych danych wynika, że – oprócz kompetencji zawodowych – inteligencja emocjonalna, pozytywne nastawienie i uczciwość, komunikatywność oraz cechy zawodowe zajmują niezwykle wysokie miejsce w rankingu cech pracownika służby zdrowia, które są ważne dla pacjenta. Jeśli połączymy odpowiedzi dotyczące inteligencji emocjonalnej i komunikatywności (która nie jest możliwa bez wysokiego poziomu rozwoju emocjonalnego) z pozytywnym nastawieniem i uczciwością w jedną kategorię „umiejętności miękkich", to takie „umiejętności miękkie" przeważą nad profesjonalizmem.

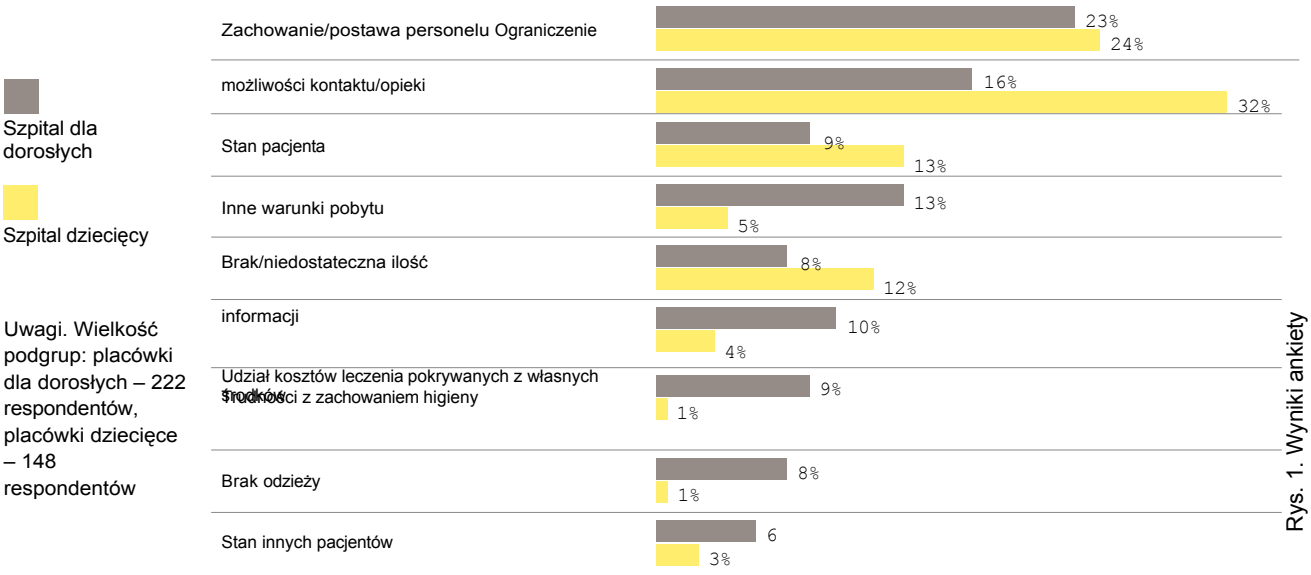
Umiejętności miękkie: inteligencja emocjonalna, pozytywne nastawienie i uczciwość, komunikatywność	**96%**
Kompetencje	**82%**
zawodowe	**34**

Nie oznacza to, że ludzie będą wybierać spośród lekarzy tych, którzy dobrze mówią. Oznacza to, że zarówno kompetencje zawodowe, jak i umiejętności miękkie są nieodłącznymi składnikami profesjonalizmu pracownika służby zdrowia. Nie „albo – albo", ale obie jednocześnie: zarówno IQ, jak i EQ.

W badaniu dotyczącym praktyk otwartości oddziałów intensywnej terapii, przeprowadzonym przez organizację pozarządową „Horizontali" we współpracy z Info Sapiens (2019), widać, że najtrudniejszymi i najbardziej bolesnymi aspektami pobytu na oddziale intensywnej terapii dla pacjentów i ich rodzin były: postawa personelu (23%), ograniczenia w kontaktach i opiece (16%) oraz brak informacji (8%). Ciekawym faktem jest to, że te „miękkie kwestie" w relacjach niepokoiły bliskich nawet bardziej niż krytyczny stan pacjenta czy kwestie finansowe związane z jego leczeniem.

W dyskusjach lekarze i pielęgniarki dość często zadają pytanie, czy kompetencje komunikacyjne powinny stanowić podstawowy element, czy też są jedynie dodatkiem do wiedzy i umiejętności medycznych. Badania te pokazują, że ze strony pacjentów istnieje duże zapotrzebowanie na ludzkie podejście i wysokiej jakości komunikację, a profesjonalizm lekarza/pielęgniarki nie polega wyłącznie na wiedzy medycznej i umiejętnościach technicznych związanych z wykonywaniem zabiegów medycznych. Umiejętność komunikowania się, nawiązywania dialogu, słuchania pacjenta i uwzględniania jego stanu emocjonalnego są równie ważne jak kompetencje medyczne.

Co byłoby dla Ciebie lub Twojej bliskiej osoby najtrudniejszym, najbardziej bolesnym lub upokarzającym momentem podczas pobytu na oddziale intensywnej terapii?



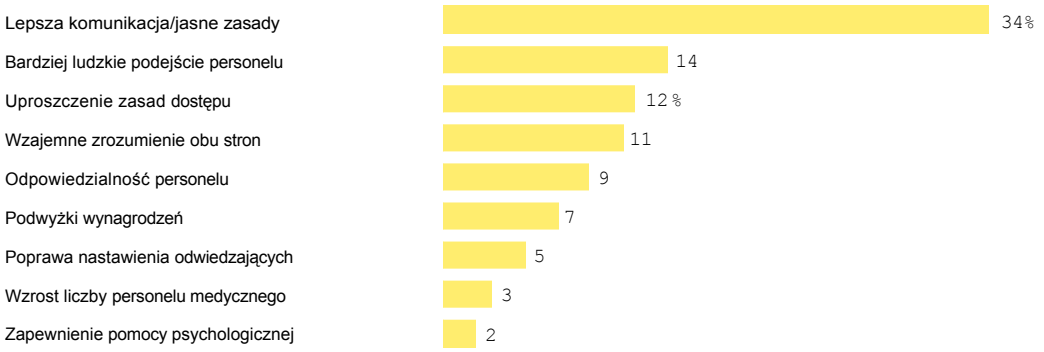
Uwagi. Wielkość podgrup: placówki dla dorosłych – 222 respondentów, placówki dziecięce – 148 respondentów

Rys. 1. Wyniki ankiety

Odpowiedzi na pytanie „Co może poprawić relacje między personelem a gośćmi?” wykazały, że 4 najpopularniejsze propozycje respondentów dotyczyły właśnie empatycznej komunikacji, a mianowicie (1) lepsza komunikacja i jasne zasady (34%), bardziej ludzkie podejście personelu (14%), uproszczenie zasad dostępu (12%) oraz wzajemne zrozumienie obu stron (11%).

W odpowiedzi na skargi pacjentów dotyczące braku wystarczającej komunikacji lekarze często przypominają, że ich zadaniem jest leczenie, a komunikacją i wsparciem powinni zajmować się psychologowie. Pacjenci mają jednak inne zdanie: zaledwie 2% uważa, że pomoc psychologiczna rozwiąże ten problem. Zatem oczekiwanie „wbudowanej funkcji empatii” jest dość powszechne wśród ukraińskich pacjentów.

Co, Państwa zdaniem, może poprawić interakcję między personelem medycznym a pacjentami na oddziale intensywnej terapii?



Rys. 2. Wyniki ankiety

Zatem zarówno pracownicy służby zdrowia, jak i pacjenci potrzebują lepszej komunikacji i bardziej ludzkiego podejścia. Dlatego zapraszamy do wspólnego zgłębiania tych tematów i eksperymentowania.

SKĄD WZIĘŁ SIĘ TEN PRZEWODNIK

Pomysł na stworzenie kursu zrodził się z książki „Zupełnie nie straszna książka o życiu, śmierci i wszystkim, co pomiędzy". Książka ta stała się dla lekarzy i pielęgniarek przewodnikiem po świecie pacjentów, dostarczyła przykładów i zrozumienia tego, co rani pacjentów i z czego najbardziej cierpią oni oraz ich rodziny, a także – co najbardziej cenią i za co są wdzięczni personelowi medycznemu w bezpośrednim kontakcie.

Książka stała się narzędziem promującym bardziej ludzkie i empatyczne podejście do pacjentów i lekarzy w ramach systemu opieki zdrowotnej. Długo zastanawiałam się nad opracowaniem kursu dla lekarzy i pielęgniarek: miałam wiele (głównie negatywnych) doświadczeń w kontaktach z pracownikami służby zdrowia, ale brakowało mi lekarskiego punktu widzenia na relacje z pacjentami – nie rozumiałam wystarczająco dobrze perspektywy lekarza i jego bolączek. Postanowiłam więc znaleźć partnerów do współpracy wśród lekarzy i kolegów-pedagogów z różnych uczelni medycznych. To właśnie oni lepiej rozumieją zarówno potrzeby pracowników służby zdrowia i studentów, jak i sposoby przekazywania im informacji. A historie z książki stały się naszymi pomocnikami – łatwo przekształcają się w przypadki do omówienia lub gry fabularne do analizy.

Dzięki ukraińsko-szwajcarskiemu projektowi „Rozwój edukacji medycznej" przeprowadziliśmy konkurs rekrutacyjny i zaprosiliśmy do współpracy 15 wykładowców oraz lekarzy praktyków z siedmiu uczelni medycznych na Ukrainie. Podczas regularnych spotkań trwających sześć miesięcy wspólnie określaliśmy cele i ramy merytoryczne kursu, wybieraliśmy główne zagadnienia i ustalaliśmy priorytety. Wszystkie pomysły i opracowania przechodziły przez filtry różnych interesariuszy: nauczycieli, pracowników służby zdrowia, lekarzy, pielęgniarek i, oczywiście, pacjentów. Dość często powodowało to napięcie i niezbędne tarcia, aby zbadać przeciwstawne stanowiska, znaleźć złoty środek i nie popadać w skrajności. Cały ten proces nazywaliśmy warsztatem opracowywania kursu, a jego uczestniczki – mistrzyniami. To właśnie warsztat jest przestrzenią do eksperymentów, bezpiecznej nauki, poszukiwania form i doskonalenia umiejętności.

Wszystkie pomysły i wyniki pracy przechodziły przez filtry różnych interesariuszy

Początkowe dyskusje były ożywione: szukaliśmy równowagi między powierzchownym programem, obejmującym szerokie spektrum zagadnień, a szkoleniem umiejętności

w zakresie komunikacji i stosowania protokołów w kontaktach z ludźmi. W wyniku tych intensywnych dyskusji doszliśmy do wniosku, że kurs należy oprzeć na modelu zorientowanym na pacjenta jako głównej idei szkolenia i przedstawić jego praktyczne zastosowanie w ośmiu częściach. Mieliśmy wiele dyskusji na temat tego, czy możemy dodać blok dotyczący rozwoju inteligencji emocjonalnej i samoregulacji w warunkach stresowych w celu zapewnienia bezpieczeństwa emocjonalnego i zapobiegania wypaleniu zawodowemu pracowników służby zdrowia – i doszliśmy do porozumienia, że taki kurs warto opracować osobno.

Podczas pracy nad programem wspólnie zbadaliśmy i osiągnęliśmy konsensus w następujących kwestiach:

- jak zbadać problematyczne obszary i potrzeby grupy docelowej, aby uwzględnić je podczas opracowywania; jak zbudować logikę kursu szkoleniowego;
- jak wybrać główny punkt ciężkości i priorytet kursu oraz uniknąć typowego podejścia „im więcej, tym lepiej”;
- jakie pytania i bloki powinny rozwijać główny temat;
- jaką listę wiedzy i postaw należy włączyć do kursu, jakie metody i formaty wybrać do ćwiczenia umiejętności;
- jak wykorzystać storytelling i włączyć głosy pacjentów do nauczania pracowników służby zdrowia; jak moderować złożone i niejednoznaczne dyskusje podczas nauczania.

Format warsztatów zakładał facylitację pracy grupy oraz stworzenie przestrzeni do wspólnego poszukiwania punktów styku w warunkach różnorodności. Każda z uczestniczek pełniła rolę współfacylitatorki i współautorki kursu. Uczestniczki w małych grupach przygotowywały każdą sesję i opracowywały części metodyczne podręcznika, a także omawiały, udzielały informacji zwrotnej i uzgadniały treść. Razem uczyłyśmy się nie tylko tworzyć nowy kurs szkoleniowy, ale także wypróbowywałyśmy nowe interaktywne metody nauczania.

Facylitacja pracy grupy i przestrzeń wobec wspólnego badania w warunkach różnorodności

Nie mogę przestać myśleć, że trafiły mi się wyjątkowe grupy i uczestniczki. Spodziewałam się bardziej konserwatywnej publiczności, która intensywnie opierałaby się

do zmian. Inspiruje mnie otwartość ludzi na nowości oraz ich poważne podejście do własnego rozwoju zawodowego.

Uczestniczkom czasami nie było łatwo przedstawiać swoją pracę do omówienia z kolegami z innych uczelni. Dało się odczuć stres związany z oczekiwaną krytyką przeprowadzonej sesji. W tej napiętej atmosferze szczególnie odczuwalny był dyskomfort wynikający ze świadomości przez uczestniczki własnej niedoskonałości. Jednak bez tego dyskomfortu zmiany nie są możliwe. Nauczyłyśmy się więc wykorzystywać go w zdrowych dawkach, aby doskonalić siebie, swoje stanowiska i umiejętności.

Dzięki temu, że zamiast „jedynego głosiciela prawdy" mieliśmy wiele wersji i indywidualnych głosów, a także samorefleksję, każda uczestniczka mogła:

- zapoznać się z najlepszymi światowymi praktykami i innowacjami,
- porównać swoje podejście do różnych kwestii z tymi praktykami,
- nauczyć się nowych podejść poprzez wspólne nauczanie tematów, które są dla nas nowe – udowodniono bowiem, że najlepiej uczymy się, gdy uczymy innych.

Doszliśmy do wniosku, że stworzenie przestrzeni do badania praktyk, uprzedzeń, sygnałów werbalnych i niewerbalnych oraz ułatwianie wspólnego poszukiwania odpowiedzi jest skutecznym podejściem do analizy interakcji międzyludzkich w profesjonalnym kontekście medycznym. W końcu interakcje międzyludzkie nie znoszą algorytmów – ludzie, sytuacje i wyzwania są zawsze różne, dlatego dla pracowników służby zdrowia ważne jest, aby znali siebie i swoje reakcje oraz opanowali podstawowe narzędzia komunikacyjne pozwalające radzić sobie z napięciami w całej ich różnorodności.

Interakcje międzyludzkie nie znoszą algorytmów

AUTORSKI
KOLEKTYW KURSU





ZESPÓŁ AUTORSKI KURSU

Do naszego zespołu zaprosiliśmy lekarzy i wykładowców o różnorodnym doświadczeniu zawodowym: zarówno z poziomu studiów licencjackich w dziedzinie pielęgniarstwa, jak i studiów podyplomowych, posiadających doświadczenie w nauczaniu pielęgniarek oraz doświadczenie w pracy za granicą i na Ukrainie. Różnorodność i przestrzeń na jej rozwój stały się kryteriami, zgodnie z którymi stworzyliśmy szerokie ramy w celu zapewnienia jakości i uwzględnienia różnych podejść.

Z przyjemnością przedstawiamy więc współautorki naszego kursu:

Iryna Borowik

docentkkafedyterapiitasimejnej medycyny. Narodowy Uniwersytet w Tarnopolu
medyczny(uniwersytet) im. Iwana Gorbaczewskiego



„Czy poziom empatii zależy od wieku, płci, doświadczenia i specjalizacji pracownika medycznego? Czy można rozwinąć empatię i w jaki sposób? Najbardziej zapadła mi w pamięć niespodziewana dla mnie zgrana praca, entuzjazm i chęć współpracy kolegów, którzy wcześniej mało się znali. Z czasem staliśmy się zespołem, w którym każdy jest wysłuchany i uwzględniona jest opinia każdego”.

Daryna Bohdan

koordynatorka ds. rozwoju potencjału oraz monitorowania i oceny projektu „Rozwój edukacji medycznej”



„Do dziś pamiętam mojego chirurga, Żywodernykowa, i zapamiętałam go nie tyle ze względu na nazwisko, co dlatego, że leczył nie tylko moją rękę, a nawet nie tylko moich rodziców – rozmawiał ze mną i traktował mnie, dziewięciolatkę, z szacunkiem jako pacjentkę. Z wyrozumiałością podchodził do mojego strachu i bólu. To właśnie dzięki umiejętnościom i gotowości tego chirurga do wyrozumiałego podejścia do mnie, mojego stanu i moich przeżyć w mojej pamięci zachowało się nie traumatyczne, a „przygodowe” doświadczenie.

Empatia nie zależy więc ani od wieku, ani od płci, ani od kraju, w którym się urodziłeś, a nawet od nazwiska. Dołączyłam do zespołu specjalistek pracujących nad tym kursem, kierowana „socjalno-pracowniczym” przekonaniem o wartości empatii i możliwości zmiany każdego człowieka. Oczywiście, aby nabyć tę umiejętność – umiejętność empatii – ważne jest nie tylko przeczytanie „książki o empatii”, ale także udzielenie sobie odpowiedzi na pytania: dlaczego potrzebuję tego jako lekarz, czy nie będzie to dodatkowym obciążeniem, które tylko pogłębi wypalenie zawodowe, czy mam wystarczająco dużo czasu na okazywanie empatii, jak empatia może wpływać na jakość życia zawodowego lekarza, jaki wpływ może mieć na jakość relacji z pacjentem i wyniki jego leczenia itp. Dyskusje na temat wszystkich tych kwestii, wszystkich „za” i „przeciw” były cenne ze względu na swoją różnorodność, szczerość i głębię. Było to niezwykle cenne i żywe doświadczenie, za które jestem wdzięczna wszystkim zaangażowanym!

Natalia Galiash
adiunkt na Katedrze Pediatrii nr 2, Ternopolski Narodowy Uniwersytet Medyczny
im. Iwana Gorbaczewskiego



„Wszyscy obecnie mówimy o ludzkości i empatii pracowników służby zdrowia, ale moim zdaniem większość z nich jest z natury ludzka. W końcu wybrali szlachetny zawód, polegający na pomaganiu ludziom w trudnych sytuacjach. Dlaczego więc tak często spotykamy się z brakiem tego człowieczeństwa w placówkach medycznych? Moim zdaniem problem leży w wyparciu nauczania tzw. umiejętności miękkich z programów nauczania uczelni medycznych.

Podczas opracowywania tego kursu uderzyła mnie oczywiście liczba zaangażowanych, wysoce profesjonalnych, pełnych entuzjazmu nauczycielek medycyny, gotowych rzucić wyzwanie teraźniejszości, aby wspólnie kształtować lepszą kadrę medyczną, doskonalsze społeczeństwo medyczne i lepszą opiekę medyczną na Ukrainie. Z tego, co zapadło mi w pamięć – różnorodność opinii, poglądów i doświadczeń. Podziwiam profesjonalizm, wytrwałość i entuzjazm naszej moderatorki Anastazji Leuchinowej, która odważyła się podnieść temat człowieczeństwa w medycynie na nowy poziom i skutecznie zjednoczyć nas wszystkich w celu stworzenia niezwykle ważnego kursu.

Anastasia Gorecka

kierownik służby psychologicznej Instytutu Edukacji i Badań Naukowych ds. jakości Edukacji, Charkowski Narodowy Uniwersytet Medyczny



Olga Gwardowska

asystentka na katedrze ftiziologii i pulmonologii, Charkowski Narodowy Uniwersytet Medyczny



„Jak oceniać wstępną gotowość ludzi do bycia lub nie bycia lekarzem (a co za tym idzie – ich zdolność i gotowość do empatii i tym podobnych)? Jak oceniać to w trakcie nauki na wszystkich jej poziomach? Bardzo często wymagania, jakie pacjenci stawiają lekarzom, wykraczają poza granice ich obowiązków i uprawnień, co powoduje dysonans. Co należy zrobić/zmienić, aby osiągnąć harmonię w tej kwestii? Podczas pracy nad kursem współautorki były pod wrażeniem – ich osobistych doświadczeń, historii życia, poglądów na problematyczne kwestie, osiągnięć”.

Olena Gorska

wykładowczyni na wydziale nauk medyczno-profilaktycznych i diagnostyki laboratoryjnej, Akademia Medyczna w Równem



„Opracowanie kursu i napisanie podręcznika zbiegło się w czasie z moimi osobistymi doświadczeniami. Zrozumiałam, jak ważne jest, gdy komunikacja przebiega płynnie, gdy pacjent i lekarz są partnerami, gdy ktoś cię słucha i rozumie, przekazuje informacje i daje wybór, gdy pyta cię o zdanie. Zdałam sobie sprawę, że jako lekarz nie nauczono mnie tego. Jako pacjentka – potrzebuję tego. Jako wykładowczyni – tego nie uczę. Wiedziałam, że będzie to trudne emocjonalnie, a także fizycznie, ale podjęłam decyzję, aby zabrać się do pracy.

Myśli, które stały się dla mnie ulubionymi:

„Ludzie wybierają człowieczeństwo”,
„Dla pacjentów liczą się nie tylko umiejętności zawodowe”,
„Empatia nie oznacza wypalenia”.

Jestem niezmiernie wdzięczna wszystkim uczestniczkom warsztatów. Warsztaty stały się dla mnie ogromnym wsparciem w mojej osobistej historii.

Sofia Gusak

adiunkt na Katedrze Medycyny Wewnętrznej nr 2 Ternopolskiego Narodowego Uniwersytetu Medycznego Uniwersytetu im. Iwana Gorbaczewskiego



„W prowadzeniu kursu medycyny paliatywnej bardzo pomogła mi książka „Zupełnie nie straszna", która wywarła na mnie ogromne wrażenie i dzięki której głębiej zrozumiałam sferę wsparcia paliatywnego w ostatnich dniach i miesiącach życia pacjentów. Ponieważ kurs jest nowy, program wymaga dopracowania. Jak ją ulepszyć? Jak przekazać słuchaczom kursu to, co najważniejsze, i w ogóle, jak przyciągnąć uwagę studentów do tego, bardzo aktualnego dzisiaj, tematu? Jak nauczyć przyszłych lekarzy zasad skutecznej komunikacji, której fundamentem jest empatia? W poszukiwaniu odpowiedzi na te pytania trafiłam na warsztaty.

Podczas warsztatów najbardziej zapadła mi w pamięć wspólna praca autorów, dyskusje, wątpliwości i mnóstwo pytań, które ostatecznie pomogły nam dotrzeć do prawdy. Odkryłam dla siebie nowe horyzonty w rozumieniu relacji pacjent–lekarz. Skuteczne leczenie to skuteczna komunikacja, właściwie zbudowana relacja lekarz–pacjent, to granice zawodowe, wspólne podejmowanie decyzji. To empatia. Tego można i warto się uczyć".

.

Olena Ignashchenk

koordynatorka ds. edukacji medycznej w ramach ukraińsko-szwajcarskiego projektu „Rozwój edukacji medycznej”



„Jestem niezmiernie wdzięczna, że książka „Zupełnie nie straszna” istnieje i że mogą ją przeczytać zarówno pacjenci znajdujący się w trudnej sytuacji, jak i ich bliscy oraz lekarze. Przekształcenie głównych idei książki w kurs szkoleniowy dla studentów i lekarzy, a także przygotowanie podręcznika dla tych, którzy będą wykładać ten temat lub cały kurs, to ważny krok, podjęty z wielką odpowiedzialnością. Proces współtworzenia z nauczycielami różnych uczelni wyższych Ukrainy oraz pracownikami służby zdrowia różnych specjalności był pełen dialogów, dyskusji i wymiany pomysłów – to właśnie w tym procesie powstaje kurs. Jednak w centrum uwagi twórczyń zawsze pozostaje potrzeba człowieczeństwa i empatii w relacjach między specjalistami medycznymi a pacjentami. Było to niezwykłe doświadczenie wspólnego tworzenia w gronie niezrównanego zespołu osób o podobnych poglądach”.

Olena Korotun

adiunkt na katedrze pediatrii i chorób zakaźnych dzieci,
Państwowy Uniwersytet Medyczny w Bukowinie:



„Lekarze i pracownicy służby zdrowia często czują się bezradni w sytuacjach konfliktowych z pacjentami lub gdy muszą przekazać złe wieści. A pacjenci uważają, że pracownicy służby zdrowia są cyniczni i bezduszni. W rzeczywistości empatia, budowanie relacji opartych na zaufaniu oraz ludzkie podejście to umiejętności, których można i należy się uczyć. Dla mnie najważniejsze jest uświadomienie sobie przez lekarzy i pracowników służby zdrowia, że człowieczeństwo, empatia i komunikacja z pacjentami nie są czymś dodatkowym czy drugorzędnym, że jest to, po pierwsze, kluczowa i niezbędna kompetencja pracownika służby zdrowia, a po drugie – niezwykle ważne narzędzie służące zapewnieniu zgodności z przepisami, rozwiązywaniu konfliktów i skarg oraz zapobieganiu własnemu wypaleniu zawodowemu. Nie mniej ważne jest również zrozumienie przez pacjentów, że lekarz lub pracownik służby zdrowia to również człowiek z własnymi emocjami, przeżyciami i potrzebami. „Pacjent nie jest kawałkiem mięsa, a lekarz nie jest robotem” – to moje kluczowe przesłanie.

Olena Kostyuk

adiunkt na katedrze neonatologii, Narodowy Uniwersytet Zdrowia Ukrainy im. Platona Szupyka



„Ciekawy i ważny temat. Z tymi kwestiami spotykam się codziennie w praktyce. Zaskoczyła mnie ogromna ilość nowych informacji: jak wiele jeszcze nie wiemy! Zaskoczyła mnie wiedza i narzędzia, z których możemy korzystać w praktyce. Zapadła mi w pamięć niezwykle interesująca praca zespołowa”.

Anastasia Leukhina

przewodnicząca organizacji społecznej „Goryzontali”, autorka książki „Zupełnie nie strasznej książki o życiu, śmierci i wszystkim co jest pomiędzy nimi”, konsultantka ukraińsko-szwajcarskiego projektu „Rozwój edukacji medycznej”.

„Cieszę się, że tworzymy nową jakość w relacjach między pacjentami a lekarzami. Pozwoli nam to wzbudzić zaufanie w sektorze opieki zdrowotnej, a zaufanie czyni cuda”.



Oksana Petrynych

adiunkt na katedrze medycyny rodzinnej,
Państwowy Uniwersytet Medyczny w Bukowinie:



„Kwestia humanitaryzmu w medycynie jest dla mnie bardzo bolesna. Niedawno na Facebooku krążyło zdjęcie przedstawiające operacje usuwania migdałków i migdałków gardłowych u dzieci w ZSRR. Kiedy je zobaczyłam, poczułam się tak, jakbym na nowo przeżywała to, co spotkało mnie w wieku 12 lat. Niestety, wiele okropności odziedziczyliśmy po tamtej medycynie, a brak humanitaryzmu nigdzie nie zniknął. Jako studentka na praktykach, już w niepodległej Ukrainie, widziałam łyżeczkowanie macicy bez znieczulenia, a przy tym namawianie tej kobiety: „Nie krzycz, to powinno ci się podobać...” Dlaczego lekarze tak postępują? Czy to skutki jakichś traum z dzieciństwa, ochrona przed wypaleniem zawodowym, błędna motywacja do wykonywania zawodu, czy coś jeszcze? Jak to zmienić?”

Natalia Povar
wykładowczyni na Katedrze Nauk Medyczno-Profilaktycznych i Diagnostyki Laboratoryjnej,
Akademia Medyczna w Równem



„Trudno mi znaleźć słowa współczucia,
które wyraziłyby żal, jaki odczuwam”.

„Jedną z najważniejszych kwestii jest dla mnie to, jak podczas zajęć kształtować u studentów podejście do pacjentów skoncentrowane na człowieku. W szczególności podczas zajęć z empatii. Jest dla mnie jasne, że niezbędnym warunkiem jest empatyczne podejście samego wykładowcy do studentów.

Ale – czy to wystarczy?

Proponować filmy, książki na ten temat? Biorąc pod uwagę obciążenie studentów uczelni medycznych, ilu z nich obejrzy film, a tym bardziej przeczyta książkę?

Włączać do zajęć dyskusje na najbardziej kontrowersyjne tematy? Wykorzystywać gry fabularne?

Pracując już w naszym warsztacie, zobaczyłam wiele nowych interaktywnych narzędzi, które można wykorzystać do osiągnięcia tego celu. Dziękuję wszystkim kolegom i już przyjaciołom za to doświadczenie!

Pozostaje jednak wiele otwartych pytań. Czy stosowanie gier fabularnych na zajęciach jest właściwe? Zawsze istnieje ryzyko, że dotkniemy osobistej historii studenta.

Mam nadzieję, że pracując bezpośrednio ze studentami i korzystając z różnych narzędzi współczesnej pedagogiki, dojdziemy do porozumienia, które z nich sprawdzają się najlepiej w konkretnych sytuacjach podczas omawiania różnych tematów tego kursu.

Natalia Rudakowa

wykładowczyni na katedrze zdrowia psychicznego i fizycznego
Lwowska Akademia Medyczna im. Andrieja Krupinskiego



„Ludzkość i empatia – czy są to cechy wrodzone, czy można je w sobie rozwinąć? W jakim stopniu nasz system edukacji może zaakceptować takie cechy u studenta i nie zniszczyć ich w trakcie jego rozwoju jako przyszłego pracownika służby zdrowia w systemie zawodowym? Zaskoczyła mnie ilość informacji i narzędzi, które już od dawna są stosowane w innych krajach, ale w Ukrainie nadal spotykają się ze strachem i niezrozumieniem ze strony pracowników służby zdrowia. Pół roku naszego kursu – niesamowity zespół profesjonalistów, praca entuzjastów”.

Julia Tycholaz

wykładowczyni komisji cyklu dyscyplin przyrodniczych,
Winnicka Wyższa Szkoła Medyczna im. akademika Danila Zabolotnego



„Co skłoniło mnie do udziału w tworzeniu tego kursu? Zapewne świadomość, że w wielopoziomowej strukturze przedmiotów na uczelniach medycznych brakuje dyscyplin, które uczą umiejętności komunikowania się z pacjentami oraz empatii – słuchania, rozumienia, reagowania, współdziałania i wspólnego podejmowania decyzji. Umiejętności te są niezwykle potrzebne w pracy pracownika służby zdrowia, ponieważ w znacznym stopniu od nich zależy stan emocjonalny i samopoczucie pacjenta”

Julia Turpakowa

wykładowczyni przedmiotów z zakresu pediatrii,
Akademia Medyczna w Równem



„Zawsze interesowały mnie specyficzne aspekty relacji między pracownikiem medycznym a pacjentem, ponieważ jest to interakcja między dwojgiem ludzi, a jeśli uda im się nawiązać właściwy kontakt – staną się partnerami, sprzymierzeńcami w pokonywaniu wyzwań, jakie stawia przed nimi choroba. Jeśli jednak nie znajdą wspólnego języka – historia potoczy się jak w bajce o „wozie i tam". Zastanawia mnie też jeszcze jedna kwestia: lekarz to też człowiek, a jeśli będzie wszystko przeżywał osobiście, to nie wytrzyma długo w tym zawodzie... Jak znaleźć idealne podejście... Czy w ogóle istnieje? Ciekawie było to przeanalizować i być może znaleźć pewne strategie, które pozwoliłyby zachować zdrowie fizyczne pacjentów i zdrowie psychiczne lekarza".

Elizaweta Szupko

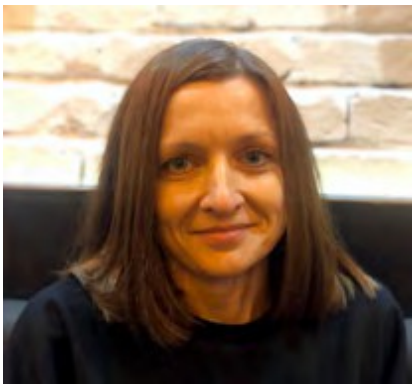
kierowniczka katedry neonatologii,
Narodowy Uniwersytet Zdrowia Ukrainy im. Platona Szupyka



„Kwestie komunikacji, humanitaryzmu i zorientowania na pacjenta są bardzo ważne dla społeczności medycznej, pacjentów i całego społeczeństwa. Zdrowie człowieka to największa wartość. Zawsze podkreślam, że zdrowie człowieka zaczyna się kształtować w okresie rozwoju płodowego i w pierwszych latach życia. Edukacja społeczeństwa oraz odpowiednia komunikacja między świadczeniodawcami a pacjentami, oparta na wzajemnym szacunku i humanitaryzmie, mogą uczynić świat lepszym, przyjaznym i bezpiecznym. Właśnie podręcznik opracowany przez grupę autorów wniesie istotny wkład w te zmiany. Dla mnie osobiście współpraca w grupach roboczych z członkami zespołu autorskiego stała się ważnym doświadczeniem komunikacyjnym i dała odpowiedzi na trudne pytania. Dziękuję wszystkim!

Tetiana Shchudrova

adiunkt na katedrze farmakologii,
Państwowy Uniwersytet Medyczny w Bukowinie



„Młodzi lekarze rozpoczynają samodzielną praktykę, nie dysponując wystarczającym zestawem umiejętności komunikacyjnych i wiedzy niezbędnych w pracy pracownika służby zdrowia. Dlatego uzasadnione jest opracowanie i wdrożenie takiego praktycznego kursu przeznaczonego dla studentów ostatnich lat studiów.

Podczas pracy w warsztacie zdobyłam niesamowite doświadczenie i czerpałam ogromną satysfakcję ze współpracy i współtworzenia z kolegami z różnych uczelni. Podobał mi się format pracy w postaci dyskusji w małych grupach, nowe metody nauczania oraz możliwość uzyskania informacji zwrotnej.

JAK MOŻESZ WYKORZYSTAĆ TEN PODRĘCZNIK?

Możesz wykorzystać ten kurs jako podstawę i prowadzić go jako przedmiot obowiązkowy lub fakultatywny w swojej uczelni. Poniżej podzielimy się historią kolegów z Uniwersytetu Bukowinskiego jako przykładem tego, jak można to wdrożyć, biorąc pod uwagę wymagania akademickie i autonomię uniwersytecką.

Możesz wybrać dowolny temat i zgłębić go w ramach istniejącego kursu – lub stworzyć nowy: tematy są tak obszerne, że każdy z nich może stać się osobnym kursem z praktycznym ćwiczeniem umiejętności.

Możecie również **wykorzystać te materiały, aby włączyć** bardziej empatyczne podejście i związane z nim narzędzia **do kursów, które już prowadzicie**. Przykładowo, podczas analizy ćwiczeń symulacyjnych zwracajcie uwagę uczestników na jakość interakcji z pacjentem, a nie tylko na czynniki medyczne i leczenie fizyczne.

Opracowaliśmy wiele pomysłów dotyczących treści i formatu różnych zajęć. W materiałach, które znajdziesz w tym tekście oraz pod kodami QR w każdym rozdziale, zobaczysz zarówno ciekawe modele lub protokoły pracy, jak i przykłady zadań testowych oraz metodologię prowadzenia gier fabularnych, oraz pomysły na wykorzystanie filmów i strukturę ich omówienia – tak więc, podobnie jak w przypadku klocków Lego, **możecie mieszać i dobierać dla siebie tę mieszankę, która najlepiej odpowiada potrzebom waszej grupy**, waszej uczelni lub waszego kursu. Możecie rozszerzać lub „ograniczać" proponowane pomysły w czasie, tworząc z nich takie kombinacje, które będą adekwatne do waszych możliwości i ograniczeń.

HISTORIE SUKCESÓW WE WDRAŻANIU KURSU

Po opracowaniu kursu „Ludzkość i empatia w pracy personelu medycznego” stanęliśmy przed nowym wyzwaniem. Jak wdrożyć kurs do programu nauczania? Jakie procedury biurokratyczne trzeba pokonać? Czy współautorki kursu są gotowe go prowadzić?

Bardzo ważną rolę w integracji kursu z procesem nauczania odegrały współautorki kursu dzięki swojej wytrwałości, chęci prowadzenia zajęć i gotowości do pokonywania wszystkich procedur administracyjnych, które czasami wydawały się przeszkodami. Dlatego dzielimy się historiami o synergii naszych mistrzyń i administratorów uczelni wyższych podczas wdrażania kursu w ich placówkach.



(Tetyan)aShchudrova:teorety kurs z bioetyki, który nie działa

Prowadzę przedmiot „Podstawy bioetyki”, którego część tematów powinna, moim zdaniem, stanowić podstawę proponowanego kursu. Przedmiot ten jest wykładany studentom pierwszego roku wydziałów medycznych. Jednak studenci nie są jeszcze gotowi na przyswojenie tych informacji i szczerze mówiąc nie rozumieją istoty omawianych problemów etycznych, ponieważ na tym etapie nie mają jeszcze kontaktu z prawdziwymi pacjentami i nie zdają sobie sprawy z problemów komunikacyjnych i etycznych związanych z interakcją lekarza z pacjentem/rodziną/opiekunami. W związku z tym młodzi lekarze rozpoczynają samodzielną praktykę, nie dysponując wystarczającym zestawem umiejętności komunikacyjnych i wiedzy niezbędnych w pracy pracownika służby zdrowia. Dlatego racjonalne jest opracowanie i wdrożenie podobnego, zorientowanego na praktykę kursu do nauki na wyższych latach studiów.

Uniwersytet Medyczny w Bukowinie: praca zespołowa wykładowców oraz zapotrzebowanie studentów, pomnożone przez wsparcie kierownictwa

Trzy uczestniczki warsztatów pochodziły z Bukowinskiego Państwowego Uniwersytetu Medycznego – obecnie prowadzą na tej uczelni kurs zatytułowany „Komunikacja medyczna (umiejętności komunikacji z pacjentami). Doradztwo zorientowane na pacjenta
doradztwo”. Autorki kursu – Oksana Petrynych, Olena Korotun

oraz Tetiana Szczudrowa – pracują na różnych katedrach. Olena wykłada choroby zakaźne dzieci i pediatrię dla studentów 5. roku (katedra) pediatrii i chorób zakaźnych dzieci, Oksana – praktykę ogólną – medycynę rodzinną na 6. roku (katedra medycyny rodzinnej), a Tetiana – farmakologię oraz podstawy bioetyki i bezpieczeństwa biologicznego dla studentów trzeciego roku (katedra farmakologii). Połączyły siły, aby stworzyć ten kurs i wspólnie go prowadzić. Praca na różnych katedrach, przeładowanie programów nauczania przedmiotów odpowiadających tematyce kursu – wszystko to nie stało się przeszkodą w tym, aby kurs został terminowo zgłoszony na targi przedmiotów fakultatywnych i wdrożony już w roku akademickim 2021-2022.

Po pierwsze, Olena, Oksana i Tetiana zdążyły zgłosić opis kursu, który nie był jeszcze w pełni opracowany, na targi przedmiotów fakultatywnych dla studentów IV roku Wydziału Medycznego nr 2 (termin zgłoszeń na inne kursy już minął). Stało się to jeszcze przed osiągnięciem półmetka prac nad kursem – autorki miały jedynie zwięzły konspekt przedmiotu, a praca nad podstawowymi materiałami była w samym rozkwicie. Jednak wiara w nieugiętość terminów i chęć prowadzenia zajęć sprawiły, że niemożliwe stało się możliwe, a kurs zatytułowany „Komunikacja medyczna (umiejętności komunikacji z pacjentami). Doradztwo zorientowane na pacjenta" znalazł się w ofercie do wyboru dla studentów.

Pomysł wykładowczyń został bardzo ciepło przyjęty przez administrację BDMU – zarówno przez prorektora ds. dydaktycznych Igora Gerusza, jak i kierownika działu dydaktyczno-metodycznego Włodzimierza Chodorowskiego oraz koordynatorkę ukraińsko-szwajcarskiego projektu
„Rozwój edukacji medycznej" na BDMU Tetiana Bilous – stali się współtwórcami tej historii sukcesu, wkładając wysiłek w wprowadzenie kursu do programu.

Kurs dotyczący doradztwa zorientowanego na pacjenta wybrało 12 grup. Popularność nowego kursu, prowadzonego przez nieznanych studentom wykładowców, bez opinii przekazywanych pocztą pantoflową, zaskoczyła nie tylko autorki, ale i administrację.

„To właśnie ta historia sukcesu stanowi inspirację dla całego naszego zespołu autorskiego – czujemy, że to, co robimy, jest ważne nie tylko dla pacjentów, ale także dla lekarzy i wykładowców: istnieje duże zapotrzebowanie na umiejętności komunikacyjne i empatyczne podejście wśród studentów" – opowiada jedna ze współautorek kursu.

Jednak fakt, że na nowy kurs zapisało się 12 grup studenckich, nie oznacza jeszcze szczęśliwego zakończenia. Przed administracją stanęło nowe wyzwanie: wykładowczynie pracują na różnych katedrach – a kurs jest jeden i będzie prowadzony

w 12 grupach. Czy próbowaliście kiedyś rozdzielić godziny wykładowe między trzy różne katedry?

Jednak i w tym przypadku mądrość administracji oraz przychylność kierowników katedr naszych wykładowczyń zwyciężyły nad biurokracją. Znaleziono rozwiązanie! Udało się rozdzielić zarówno grupy, jak i godziny zajęć między katedry.

Dlaczego tak szczegółowo opisujemy tę sytuację? Aby pokazać, że pokonanie każdego poziomu trudności w edukacyjnej biurokratycznej łamigłówce, procedurze administracyjnej i sytuacji jest możliwe, jeśli osoby, od których zależą zmiany w kształceniu pracowników służby zdrowia, są pełne chęci i rozumieją znaczenie tego tematu oraz potrzeby studentów, lekarzy i pacjentów. W końcu wszystkie uczelnie mają prawo do modyfikowania swojego procesu edukacyjnego. A naszym ambitnym celem jest uczynienie kursu z humanistyki obowiązkowym przedmiotem na wszystkich wydziałach.

Jednak to jeszcze nie wszystko. Kiedy chęć współautorek kursu do jego prowadzenia spotyka się z zapotrzebowaniem słuchaczy (studentów) i spotyka się z poparciem kierownictwa na różnych szczeblach, zdarzają się cuda. O jednym z nich – poniżej, ponieważ sukces kursu o humanizmie i empatii, zgłoszonego na targi w BDMU – nie jest jedyną historią, o której warto opowiedzieć.

Wykładowczynie kursu podzieliły się swoimi doświadczeniami ze studentami podczas spotkania studenckiego koła naukowego poświęconego centrum symulacyjnemu; z doktorantami – w ramach kursu „Zarządzanie czasem i komunikacja w medycynie"; z lekarzami – podczas kursów ustawicznego rozwoju zawodowego na wydziale kształcenia podyplomowego; oraz z kolegami-pedagogami podczas spotkań grup rówieśniczych w ramach ustawicznego rozwoju zawodowego. A teraz wszyscy chcą więcej!

Rozpowszechnianie tej tematyki oraz rosnące zapotrzebowanie na umiejętności związane z podejściem zorientowanym na człowieka wśród wszystkich środowisk pracowników służby zdrowia przypomina śnieżkę, która bardzo szybko się toczy i nabiera tempa. A to tylko przykład jednej uczelni kształcącej lekarzy.



Oksana Petrynych, Olena Korotun i Tetiana Shchudrova



Historia Oksany Petrynych:
Wiele prób, które dopiero teraz kończą się sukcesem

Jeszcze w 2005 roku, kiedy po raz pierwszy uczestniczyłam w kursie doskonalenia umiejętności pedagogicznych w Kijowie – był to kurs doskonalenia tematycznego przy Instytucie Medycyny Rodzinnej – opowiadano nam o modelu interakcji z pacjentem zorientowanym na człowieka. Na dysku zachowały się dwa filmy, które już teraz w naszym warsztacie Olena Korotun i Tetiana Szczudrowa mogły wykorzystać w swoim temacie jako jedyne praktyczne przypadki, nagrane w języku ukraińskim. W filmach tych w roli lekarza wystąpił znany wszystkim Władysław Odryński. I właśnie wtedy Wład, w ramach jakiegoś projektu, zajmował się już rozwiązaniem problemu podejścia zorientowanego na człowieka.

Pamiętam, że na swoim stanowisku pracy, będąc młodą asystentką (był to właściwie pierwszy lub drugi rok pracy na katedrze jako pracownik dydaktyczny), starałam się opowiadać o tym, że jeśli konsultujesz pacjenta i stosujesz model zorientowany na pacjenta, to pozwala ci to nawet zastosować właściwy algorytm postępowania z nim. I oto próbowałam to wprowadzić: podawałam konkretne przykłady tego, jak lekarz poszedł niewłaściwą drogą, a właściwą w przypadku kaszlu, w przypadku niestrawności.

Jednak biorąc pod uwagę zasadę przypisania do konkretnego rejonu, która obowiązywała piętnaście lat temu w systemie opieki ambulatoryjnej, podejście zorientowane na pacjenta nie cieszyło się zbyt dużym popytem, ponieważ niezależnie od tego, jak się pracowało, każdy miał swój rejon, a pacjent nigdzie nie uciekł.

Po wprowadzeniu reformy medycznej na poziomie podstawowym lekarze zaczęli w pewnym stopniu konkurować o pacjenta, oferując ludziom coś, czego nie oferuje inny lekarz. Nowe podejście stało się już popularne, ponieważ ludzie naprawdę cenią sobie ludzkie podejście. Nie tylko profesjonalizm lekarza, jego umiejętności twarde, ale także ludzkie podejście

Z czasem ukończyłam szkolenie na facylitatora w Grupie Równych, bardzo dobrze poznałam Anastazję Leuchinę i właśnie dlatego, kiedy zaproponowała pomysł stworzenia kursu szkoleniowego, nie mogłam się nie zgodzić. Temat ten był dla mnie już znany, ponieważ zajmowałam się nim jako wykładowca i czekał on na swój czas.





Akademia Medyczna w Równem: wielka chęć pomnożona przez elastyczność w zarządzaniu

Natalia Povar i Olena Gorska rozpoczęły prowadzenie swojego kursu „Ludzkość i empatia w pracy personelu medycznego" jako przedmiotu fakultatywnego w ramach studiów wieczorowych na poziomie licencjackim. Od września 2021 roku studentkami Natalii i Oleny są praktykujące pielęgniarki, które mają już doświadczenie (zarówno pozytywne, jak i mniej pozytywne) w kontaktach z pacjentami.

Aby wprowadzić kurs do programu nauczania, Natalia i Olena musiały przejść kilka etapów: zdecydować, czy będzie to przedmiot fakultatywny, czy obowiązkowy, na którym roku i na którym wydziale ma się on znaleźć, kto będzie go prowadził oraz jakie przeszkody biurokratyczne trzeba pokonać, aby zrealizować wszystkie etapy.

Władze Akademii Medycznej w Równem nie sprzeciwiły się i poparły pierwotną nazwę kursu. Jednak wykładowczynie nie zdążyły zakończyć dostosowania kursu dla studentów pielęgniarstwa przed zakończeniem targów przedmiotów fakultatywnych. Dzięki otwartości i kreatywności administracji znaleźli rozwiązanie – zaproponowali kurs na targach dla studentów studiów licencjackich w trybie wieczorowym, które miały się jeszcze odbyć. W wyniku tych targów na kurs zapisało się 42 studentów, których podzielono na dwie grupy. Kurs jest już prowadzony – żyje w myślach studentów, w dyskusjach podczas zajęć i poza nimi.

„Chciałam rozpocząć prowadzenie kursu zaraz po zakończeniu warsztatów – póki dyskusje, pomysły i emocje są jeszcze świeże w pamięci. Zdawaliśmy sobie sprawę, że musimy jeszcze dostosować ten materiał do potrzeb pielęgniarek z tytułem licencjata. I ważne było dla nas, aby podnieść poziom całej tej grupy. Dalej wszystko było proste. Poszłam do prorektora i opowiedziałam o kursie. Od razu zrozumiał wartość takiego kursu i zgłosiliśmy się do konkursu na zajęcia wieczorowe" – opowiada Natalia Povar.

Olena Gorska dodaje: „Mieliśmy spore dylematy, kiedy dzieliliśmy tematy. Do ostatniej chwili nie wiedzieliśmy, czy oddzielić człowieczeństwo od empatii. Po przeprowadzeniu pierwszych zajęć praktycznych zrozumiałam, że trzeba podzielić te dwa tematy na dwa osobne spotkania. Pierwsze zajęcia to zapoznanie się ze studentami oraz z podejściem zorientowanym na pacjenta. Mówisz „podejście zorientowane na pacjenta", a wśród studentów zaczyna się ożywiona dyskusja. Ledwo zdążyłam wtrącić słowo. A kiedy zaczęliśmy mówić o empatii – zostało bardzo mało czasu. Zrozumiałam więc, że te tematy warto rozdzielić.

Zapytałam studentów, jak rozumieją empatię i czego oczekują od tego kursu. Okazało się, że przede wszystkim chcą się nauczyć: „Jak komunikować się, wspierać pacjenta, a jednocześnie nie wypalić się?". Jedna ze studentek jest starszą pielęgniarką oddziału w centrum perinatalnym. Powiedziała, że dla niej ważne jest, aby dowiedzieć się, jak właściwie okazywać ludziom współczucie. Ponieważ ona

widziała w swojej pracy wiele różnych rzeczy, ale do dziś nie wie, jak właściwie okazywać współczucie. Wielu mówiło, że empatia to bardzo popularny temat, dlatego wybrali tę dyscyplinę. Chcą nauczyć się komunikować z pacjentami".



Olena Ignashchuk: orientacja na pacjenta i grupy rówieśnicze

Uruchomienie i „testowanie" kursu to nie tylko inicjatywa poszczególnych kolegów. To ciągła wymiana – pomysłów, doświadczeń, wiedzy – między nauczycielami, między katedrami, a nawet między uczelniami. Zapotrzebowanie na ten temat istnieje wśród nauczycieli różnych specjalizacji, ponieważ temat człowieczeństwa i empatii jest uniwersalny i dotyczy komunikacji we wszystkich dziedzinach.

W 2020 roku ukraińsko-szwajcarski projekt „Rozwój edukacji medycznej" zainicjował nową inicjatywę – Grupy rówieśnicze dla nauczycieli akademickich kierunków medycznych jako format ciągłego rozwoju zawodowego. Grupy rówieśnicze to regularne spotkania nauczycieli akademickich o równym statusie, które dają uczestnikom możliwość omówienia tematów lub przypadków ważnych dla ich rozwoju zawodowego, zadawania pytań, dzielenia się doświadczeniami w bezpiecznym środowisku, a wszystko to bez konieczności przerywania pracy.

Od 2021 roku 25 facylitatorów w Ukrainie organizuje spotkania grup rówieśniczych w medycznych uczelniach wyższych. Po dwie takie grupy działają zarówno w Akademii Medycznej w Równem, jak i na Bukowinskim Państwowym Uniwersytecie Medycznym.

Według wyników ankiety przeprowadzonej wśród uczestników grup rówieśniczych w 2021 roku najpopularniejszym tematem okazało się właśnie podejście zorientowane na człowieka.

Więcej informacji na temat grup rówieśniczych można znaleźć tutaj: mededu.org.ua/group

Ponadto uczestniczki naszego kursu szeroko popularyzują ten temat również na konferencjach poświęconych edukacji medycznej. Tak więc pani Oksana Petrynych w maju 2021 roku wystąpiła na Ogólnoukraińskiej konferencji naukowo-praktycznej z udziałem międzynarodowym „Aktualne zagadnienia kliniczne, diagnostyczne i terapeutyczne na różnych etapach świadczenia pomocy medycznej", zorganizowanej przez Akademię Medyczną w Równem, z referatem „Podejście zorientowane na człowieka w medycynie: 8 „filarów".

Przed nami jeszcze niejedna burza podczas prowadzenia kursu, niejedna ożywiona dyskusja ze studentami i niejedna modyfikacja przypadków klinicznych, ponieważ prowadzenie kursu to także wspólne tworzenie, teraz już ze studentami.

CZĘŚĆ 1

FORMAT NAUCZANIA I JEGO DOSTOSOWANIE DO POTRZEB RÓŻNYCH GRUP DOCELOWYCH

Jedną z podstawowych zasad skutecznej komunikacji (a nasze nauczanie jest właśnie komunikacją, która zmienia ludzi i ich postrzeganie swojej działalności) jest znalezienie odpowiedniej równowagi między tym, co odbiorcy chcą usłyszeć, a tym, co my chcemy przekazać.

znaitvbalansmiedztym,szoau odbiorcy chcą usłyszeć,
itym, co chcemy przekazać

Znaleźliśmy wiele wspólnego w podejściach do pracy z różnymi odbiorcami i zgodziliśmy się, że niezależnie od poziomu odbiorców dobrze sprawdzą się takie podejścia:

Mniej teorii, więcej praktyki

- Mniej teorii, więcej praktyki: przedstawiać materiał teoretyczny zwięźle i obrazowo.
- Praktyczność i nauka oparta na doświadczeniu, aby uczestnicy mogli przeżyć sytuacje i poczuć się w różnych rolach interakcji.
- Elastyczność dzięki różnym formatom i otwartość na eksperymenty z różnymi rodzajami ćwiczeń, gier fabularnych, studiów przypadków, pracy ze standardowymi pacjentami.
- Duża uwaga poświęcona sformułowaniu celów ćwiczeń i pytań, wysokiej jakości i dobrze ukierunkowana analiza wyników.

Mniej prawd, więcej ułatwień

- **Uwaga: prośba o instrukcje.** Choćby ktoś nie chciał otrzymać skryptów do typowych sytuacji komunikacyjnych, w rzeczywistości trudno jest uogólniać ludzkie interakcje za pomocą algorytmów. Będziecie musieli pokazać algorytmy, przekazać znaczenie określonych kroków i nauczyć uczestników improwizować z tym narzędziem w zależności od sytuacji – biorąc pod uwagę różnych ludzi i różne konteksty.
- Stwórz przestrzeń i czas na autorefleksję dotyczącą własnego stanu, uczuć, emocji, a także sytuacji, które już przeżyłeś.
- Nie moralizowaniu, tak – szczeremu dialogowi. Mniej prawd, więcej facylitacji.
- Praktyczne ćwiczenie umiejętności w małych dawkach, z wystarczającą przestrzenią na dyskusję.
- Wykorzystanie filmów, zdjęć, oglądanie filmów lub seriali; angażowanie słuchaczy w tworzenie własnych treści wideo i naukę w miejscu pracy.

Nie– moralizatorstwu, tak – szczeremu dialogowi

Wraz z uczestniczkami warsztatów przeanalizowaliśmy potrzeby różnych grup odbiorców z branży medycznej – pielęgniarek i lekarzy. Przedstawiamy wyniki naszej wspólnej refleksji na temat specyfiki pracy wykładowcy z każdą z tych grup – w kontekście akademickim i podyplomowym.

Tab. 1

Specyfika pracy z różnymi grupami docelowymi

	Studenci (szkolnictwo wyższe)	Praktykanci (kształcenie podyplomowe)
Pielęgniarki	motywować do nauki (wykorzystywać i omawiać różne filmy, zapraszać praktykujące pielęgniarki w celu dzielenia się doświadczeniem); stymulować refleksję (analizę własnych działań i odczuć); angażować w aktywną pracę w mikrogrupach lub zespołach; wpływać na emocje; przekazywać znaczenie wzorców do naśladowania	włączyć do tematu: wzbudzić zainteresowanie i „zastanowić" (w sensie „zaskoczyć"); stymulować refleksję i budować pomosty z praktyką; uwzględniać relacje lekarz-pielęgniarka oraz podział obszarów odpowiedzialności między nimi.
Lekarze	wizualizacja, obrazowość; korzystanie z mediów społecznościowych w praktyce (konta zawodowe); doskonalenie umiejętności komunikacyjnych, w tym z kolegami (granice komunikacji); zrozumienie znaczenia wzorców do naśladowania;	„diagnoza" odbiorców pod kątem stosunku do różnych kwestii związanych z podejściem zorientowanym na człowieka; analiza własnych przypadków uczestników (edukacja horyzontalna); indywidualne podejście; znajomość dynamiki grupy oraz szczególny nacisk na pracę z zastrzeżeniami.

RAMY TREŚCIOWE KURSU

Jak widać w poniższej tabeli, opartej na podejściu kompetencyjnym, jako główny temat tego kursu postanowiliśmy wybrać relacje między pacjentami a pracownikami służby zdrowia. Wierzymy,

Tab. 2

Postawy, wiedza i umiejętności, na których skupia się kurs

	Postawy	Wiedza
Pacjent-choroba		
Relacje pacjent-lekarz	Podejście zorientowane na człowieka jako podstawa filozofii relacji z pacjentem	**Empatia i wsparcie:** zaufanie, wzajemny szacunek, wzajemne zrozumienie i odpowiedzialność w pracy z pacjentami; zrozumienie, co oznacza wsparcie i współczucie oraz dlaczego są one istotne w pracy lekarza; zrozumienie osobistych granic w pracy z pacjentami; tolerancja i różnorodność: jak i dlaczego należy pracować w różny sposób z różnymi ludźmi i, pomimo różnic między nimi, szanować ich jako osoby. **Podmiotowość i poufność:** pacjent jako podmiot podejmujący decyzje; szczegóły dotyczące informacji (treść, zakres), które są przekazywane pacjentowi; znaczenie poufności oraz związane z nią kwestie prawne. **Kryzys i konflikt:** co należy wiedzieć o konflikcie, aby go rozwiązać; co sprawia, że pacjenci są trudni; czym są kryzysowe stany emocjonalne i jak wpływają na interakcję; etapy żałoby.
Lekarz jako specjalista		

zarówno oś „pacjent i choroba”, jak i oś „pracownik medyczny jako zawód” zasługują na bardziej szczegółowe omówienie w ramach innych kursów. Szczególnie ważne jest studiowanie zarówno psychologii pacjentów, jak i strategii zapobiegania wypaleniu zawodowemu wśród lekarzy, ale biorąc pod uwagę wybrany punkt ciężkości, pozostawiliśmy te tematy na inne zajęcia.

Umiejętności

Empatia i wsparcie:

budowanie relacji opartych na zaufaniu z pacjentem;

praktyczna umiejętność okazywania empatii oraz udzielania wsparcia, współczucia, pierwszej pomocy psychologicznej;

utrzymywanie granic osobistych;

postrzeganie konsultacji jako przestrzeni do budowania relacji

jak i dlaczego praca z różnymi ludźmi wymaga innego podejścia oraz jak, pomimo dzielących ich różnic, szanować ich jako osoby.

Subiektywność i poufność:

jak prawidłowo przekazywać pacjentowi informacje i określać, jaki poziom szczegółowości jest potrzebny dla każdego;

jak w praktyce zapewnić:

poufność (co to oznacza w praktyce, co jest dozwolone, a co nie),

prawo do autonomii (jak omawiać z pacjentem decyzje dotyczące przebiegu leczenia i pomagać mu w ich podejmowaniu).

Kryzys i konflikt:

jak radzić sobie w trudnych sytuacjach;

jak rozpoznać złożoność pacjenta i zrozumieć, gdzie leżą jej przyczyny; jak

komunikować się w stanie silnego napięcia emocjonalnego i stresu;

jak przekazywać złe wiadomości.

JAK W PRZEPROWADZANIU KURSU MOŻNA WYKORZYSTAĆ „KSIĄŻKĘ, KTÓRA W OGÓLE NIE JEST STRASZNA...”

Zrozumienie i wrażliwość na sytuację drugiej strony to jedna z podstawowych zasad skutecznej komunikacji i budowania relacji opartych na zaufaniu. Umiejętność obserwowania i odnotowywania różnych aspektów historii życia pacjenta oraz dostosowywania swoich działań komunikacyjnych i medycznych do jego potrzeb świadczy o wysokim poziomie wrażliwości pracowników służby zdrowia i przejawach człowieczeństwa. Bohaterowie książki pomagają zrozumieć, co dzieje się z drugiej strony, z perspektywy pacjenta.

Zrozumienie i uważność doinnejstronviestodnim
z podstawowych zasad skutecznej komunikacji

„Książka wcale nie jest straszna…” – to zbiór ponad 60 historii różnych osób, uzupełniony o praktyczne porady lekarzy, psychologów i pacjentów. Pomimo kilku historii z życia lekarzy, w tym w roli pacjenta, książka zaprasza do podróży przez doświadczenia pacjentów. Dzięki językowi prawdziwych historii różnych ludzi pozwala zrozumieć, jakie działania i zachowania personelu medycznego dotykają do żywych, co powoduje ból, a co leczy rany lub zmniejsza poziom stresu.

Historie zawarte w książce opisują sytuacje, które miały miejsce na Ukrainie w realiach współczesności. Można je wykorzystać jako studia przypadków do dyskusji, a na ich podstawie opracować scenariusze do gier fabularnych lub ćwiczeń z udziałem pacjenta modelowego.

Oto przykład tego, jak wykorzystaliśmy historię z książki jako przypadek do nauki komunikacji w warunkach konfliktu podczas Azowskiej Szkoły Medycyny Rodzinnej:

Ojciec Julii

„W domu długo odciągały ten chwila, kiedy przetłumaczm ojca na znieczulenie opioidowe, bo znajoma lekarka (terapeutka, nie jest onkologiem inie licłukpalitywniejej dodatek grobu) powiedziała, że gdy tylko zacznie przyjmować mor fin, nie zostanie mu już wiele czasu.

Kolizwyczainizneboluwalniwżeniedop mogli – a było ich tak wiele (deksalgin, spazmalgon,kever,nalbuf in, no-spa, dimedrol itp.), które z tej listy można było b złożyć mały farmakologiczny przewodnik, – i lekarz lekarz opieki paliatywnej wyjaśnił nam, że ból trzeba wyprzedzać,anie«gasić pożarw», mi z m z mamą zdecydowaliśmy: nadszedł czas, aby kupić morfinę.

Mama poprosiła rodzinną lekarka wypisanie receptę na różowym formular o podanie morfiny i plaster z fentanylem. Lekarka opowiadała, szotojeszczenietrzebabyło,szomożąddjuższ szkodzi zdrowiu (ojciec jest w opiece paliatywnej, dajcie spokój!), a plaster z fentanylem jest drogi. Poradziła, żeby kupićjeszczewodpiąteki dotegomyznbólu i robić zastrzyki. Ciekawe jest jej bezpośrednie cytat: „trzeba się bawić”, to jeśli nie pomaga jeden lek, wstrzyki innego. Ale u chorych na rak, znaczy, w ostatnich stadiuma już po nie ma ciała, mięśni, gdzie możliweakolotyk a bawić się środkami przeciwbólowymi, gdy bliską osobę dręczy ból _ tego nie życzyłabym nikomu.

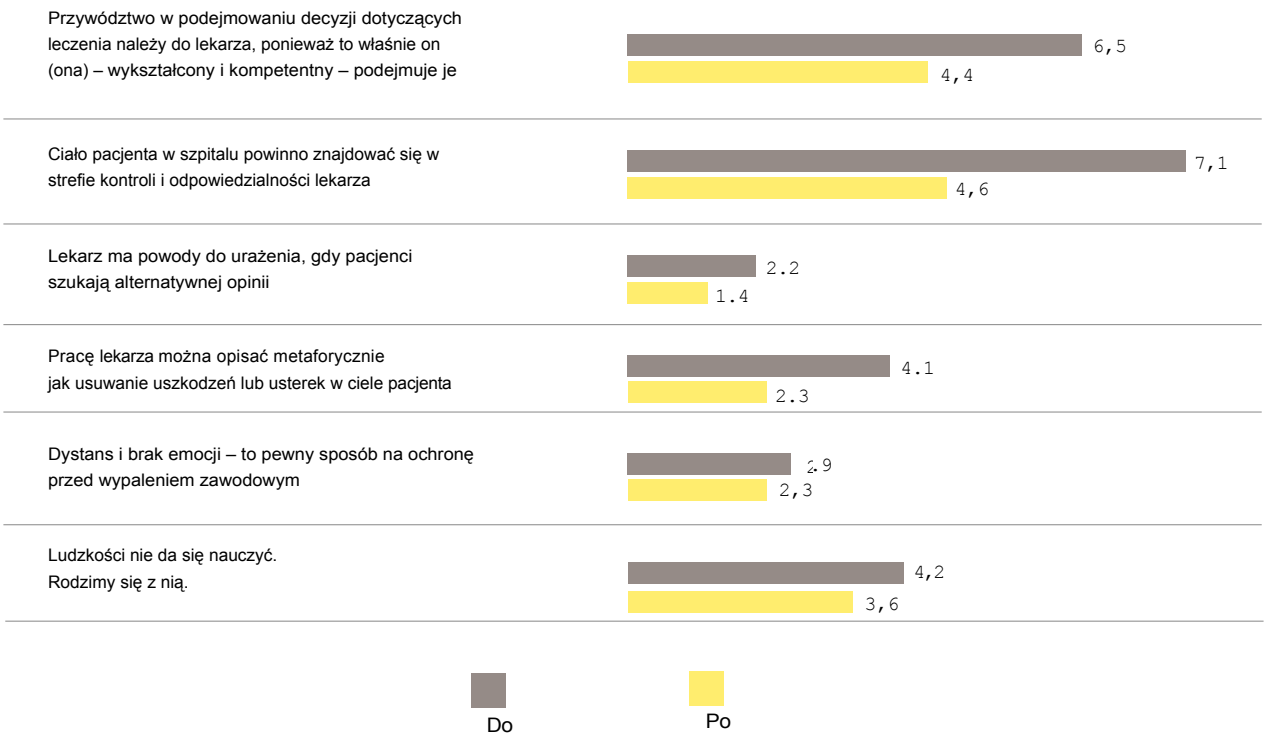
Czwartek 25 lipca 2019 r. Ojcu z Już od samego rana boli, Wstrzyk mu nalbufin („bawię się”, ja poradziła rodzinna). Nie pomaga. uję. 30 minut kolu no-shpu, analgin, dimeprol (nadal „bawię się”, ja k poradilarodzina na) – nie pomaga, ból tylko narasta.

Zaczynam dzwonić po kolei do wszystkich znanych mi lekarzy i pytać, jak można pomóc tacie, nadal „bawić się” z ręce drżą. W mama końcu dzwoni do swojej rodziny i już krzycząc żądaby zastrzykami, wystawiono murecepte na morfinę

Zadanie:
Jesteś koleżanką lekarza rodzinnego taty Julii i dawną znajomą Julii. Chce ona przyjść do ciebie i poprosić o radę. Przygotuj się do rozmowy z nią i przeanalizuj sytuację z obu stron (Julii i lekarza), korzystając z tabeli przedstawiającej strukturę złożonej rozmowy.

SKĄD WIEMY, ŻE PODEJŚCIE SKONCENTROWANE NA PACJENCIE SIĘ SPRAWDZA?

Kiedy zaczynaliśmy pracę nad kursem w formie warsztatów, był to eksperyment i nie mogliśmy dokładnie przewidzieć, co otrzymamy w finale. Każdy wchodził w ten proces tworzenia z własną perspektywą „nauczyciela", „lekarza", „pacjenta", własnymi oczekiwaniami, wiedzą i postawami – co czasami tylko zaostrzało i wzbogacało dyskusje warsztatowe. W trakcie dyskusji, poszukując porozumienia, dopracowywaliśmy bowiem nasze poglądy i krystalizowaliśmy przesłania, które chcielibyśmy przekazać słuchaczom kursu.



Rys. 3
Zrozumienie człowieczeństwa: ankieta przed i po warsztatach

Informacje zwrotne od uczestniczek potwierdziły również trafny wybór formatu szkolenia (bardziej horyzontalny/oparty na równości). Tutaj wszystkie uczestniczki miały możliwość aktywnego włączenia się w proces. Szczere zaangażowanie każdej z współtwórek w rezultacie zmieniło podejście do wielu aspektów omawianych tematów. Przykładowo, po uczestnictwie w warsztatach uczestniczki znacznie rzadziej zgadzają się z następującymi stwierdzeniami:

„Przywództwo w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia należy do lekarza, ponieważ to właśnie on/ona jest przeszkolony/a i kompetentny/a, aby je podejmować".

„Ciało pacjenta w szpitalu powinno znajdować się w strefie kontroli i odpowiedzialności pracownika służby zdrowia".

„Metaforycznie można opisać pracę lekarza jako usuwanie uszkodzeń lub awarii w ciele pacjenta".

Daryna Bohdan





KTÓ POMY PROPONUJ
RE SKY E DOTY KAŻDEGO
RORADNIK
BLOKU NAUCZANIA TEMA
E TÓW?

TEMAT 1

Podejście zorientowane na człowieka

TEMAT 1
PODEJŚCIE SKONCENTROWANE NA CZŁOWIEKU

W przeszłości główną rolę w procesie leczenia odgrywali lekarze. Ale czasy się zmieniają. Podczas badania komunikacji pracowników służby zdrowia z chorymi okazuje się, że podczas konsultacji pacjent występuje w roli partnera. To on jest ekspertem: nikt lepiej od niego nie opowie o funkcjonowaniu jego organizmu, o zaburzeniach oraz o przyczynie zwrócenia się o pomoc. Dlatego obecnie najbardziej autorytatywne źródła, takie jak WHO, piszą o pomocy zorientowanej na pacjenta, osobę lub człowieka.

Miriam Duvaigel,
profesor komunikacji w medycynie na Uniwersytecie w Gandawie (Belgia),
prezeska Europejskiego Stowarzyszenia Komunikacji w Ochronie Zdrowia

Przeanalizowaliśmy wiele różnych artykułów i książek, aby przygotować ten przewodnik. Napotkaliśmy różne nazwy, które określają to, co jest dla nas ważne:

- człowiek – to coś więcej niż jego diagnoza,
- pacjent – to coś więcej niż tylko jego ciało,
- a lekarz – to coś więcej niż tylko swój zawód.

Zarówno lekarz, jak i pacjent – to ludzie. Za każdym razem mają inny nastrój i odczucia. Mają różne przekonania i poglądy.

Znaleźliśmy tak różne nazwy dla podejścia, które podzielamy: podejście skoncentrowane na człowieku i pacjencie, model biopsychomedyczny, podejście zorientowane na relacje. Nie martwcie się więc, jeśli

w różnych źródłach na różne nazwy. Najważniejsze jest to, aby – niezależnie od tego, jak je nazwiemy – zarówno człowieczeństwo, jak i współodczuwanie, empatia oraz współczucie – były obecne w naszych relacjach z pacjentami. Z całym bogactwem niuansów, które odzwierciedlają różnorodność ludzkich charakterów, nastrojów i uczuć.

Jakkolwiek bysmy je nazwali – czy to człowieczeństwo, współodczuwanie, empatię czy współczucie – one(mają) być obecnym w relacji (z)(pacjentem)

Wierzymy, że uda nam się stworzyć przestrzeń dla relacji między pacjentem a lekarzem – przestrzeń, w której jest miejsce na potrzeby emocjonalne i duchowe, w której szanuje się różnorodność, a ludzie słuchają się nawzajem. Pracujemy nad tym, aby przyszli lekarze i pielęgniarki byli lepiej wyposażeni w narzędzia komunikacyjne i wiedzę:

- jak pracować z odmiennością, nie osądzając,
- jak okazywać współczucie i wsparcie, nie wypalając się,
- jak być blisko, nie tracąc siebie.

W tym rozdziale dowiesz się o transformacji relacji lekarz–pacjent, która miała miejsce w ciągu ostatnich stu lat na świecie, znajdziesz przykłady trudnych przejść od autorytarnej do partnerskiej interakcji z najnowszej historii praktyki medycznej na Ukrainie i będziesz mógł sprecyzować, na czym polega to samo podejście zorientowane na człowieka w kontekście medycznym.

Zdajemy sobie sprawę, że droga do partnerskich relacji między pracownikami służby zdrowia a pacjentami jest długa i wyboista, ponieważ będzie wymagała zmiany zachowań po obu stronach. Pacjenci będą musieli wziąć na siebie większą odpowiedzialność za decyzje dotyczące swojego zdrowia, a lekarze – podzielić się tą odpowiedzialnością z pacjentami. Obie strony muszą wykazać się większą otwartością na słuchanie i szacunkiem – tak jak zrobił to pielęgniarz w historii o ojcu Larisy, którą znajdziecie poniżej; a co najważniejsze – pracować nad umiejętnościami komunikacyjnymi.

HISTORIA O GODNOŚCI, PRAWIE DO WYBORU I OSTATNIM ZACIĄGNIĘCIU SIĘ PAPIEROSEM

U taty zdiagnozowano agresywnego mięsaka z przerzutami w całym ciele, w tym w mózgu. Jego ręce i nogi zaczęły puchnąć i sinieć. Po tygodniu postawiono diagnozę: gangrena. Amputacja obu rąk trwała prawie dobę, zszywali rany, podawali krew. Lekarz ostrzegł, że reakcje po wybudzeniu mogą być różne, dlatego ważne jest, aby ktoś był przy nim.

Kiedy przywieziono go na oddział intensywnej terapii, odzyskał przytomność i spojrzał na mnie. Nie rozumiał, co się stało, próbował podnieść ręce, ale nie było czego podnosić. Tata zapytał:

– Co się ze mną stało?

Próbowałam mu to wyjaśnić. Zaczął płakać.

– „Proszę, odejdź" – powiedział i stracił przytomność.

Następną rzeczą, jaką pamiętam, jest to, jak podsuwał mi policzek, żebym go ogoliła. Wyglądało to tak, jakby się przygotowywał, stroił.

– Tak bardzo chcę zapalić. Daj mi papierosa.

– Tato, zapytam lekarza. Nie mogę sama tego robić, biorąc pod uwagę twój stan. Grzecznie porozmawiałam z lekarzem. Zdecydowanie zabronił palenia, tłumacząc, że masz przerzuty do mózgu i już pierwszy zaciągnięcie się może wywołać nieprzewidywalne konsekwencje.

Tata wciąż powtarzał, że zapalenie papierosa to jego jedyne pragnienie. Obiecałam, że następnym razem i później, i pojechałam do domu.

– Tata zmarł. Właśnie zadzwonili ze szpitala – tata odszedł.

Natychmiast udałam się na oddział. Jego sala była już pusta. Leżał sam, a teraz nikogo tam nie było. Ostrożnie weszłam do sali i poczułam zapach dymu tytoniowego. Taty już nie było – a dym wciąż unosił się w powietrzu.

Po korytarzu nerwowo chodził sanitariusz. Był to mężczyzna w podeszłym wieku, całkowicie łysy, czymś przypominał zabójcę z horroru. Kiedy tata trafił na oddział, powiedziano mi, że jest to bardzo doświadczony sanitariusz i że będzie dobrze opiekował się moim ojcem.

I oto stoję przed nim, patrzymy na siebie.

– Dałeś mu papierosa?

– Nie mogłem tego nie zrobić. Bardzo o to prosił. Powiedział, że to jego ostatnie życzenie, że ma do tego prawo, że tego chce i że to jego decyzja. I dałem mu papierosa…

Larisa, „Wcale nie straszna książka o życiu, śmierci i wszystkiego, co między nimi"

Cele:

Postawy	Wiedza	Umiejętności
Podejście zorientowane na człowieka jako podstawa filozofii relacji z pacjentem.	zasady podejścia skoncentrowanego na pacjencie, zalety podejścia skoncentrowanego na pacjencie, zasady komunikacji lekarskiej w podejściu zorientowanym na pacjenta.	

Kluczowe przesłanie:

PODEJSCIE SKONCENTROWANE NA PACJENCIE TO SPOSIBNADANNJAME OPIEKI ZDROWOTNEJ, JAKJEGOWDPO ODPOWIADA INDYWIDUALNYM ZGODNIE ZPOTRZEBAMI I WARTOSCIAMI PACJENTOW. ATAKOZVR SZANUJE ICH ZYCZENIA TAPEREVAG I PRZY PODEJMOWANIU DECYZJI (DOTYCZĄCYCH) WŁASNEGO ZDROWIA I LECZENIA.

Co należy przekazać:

- Zasady podejścia skoncentrowanego na pacjencie: pacjent nie jest ofiarą ani przedmiotem, jest partnerem.
- Podejście skoncentrowane na pacjencie a podejście paternalistyczne w relacjach lekarz–pacjent. Model biopsychospołeczny a model biomedyczny.
- Elementy podejścia skoncentrowanego na pacjencie: empatia, szacunek, zaangażowanie, relacje, komunikacja, wspólne podejmowanie decyzji, podejście holistyczne i indywidualne, koordynacja pomocy. Zalety podejścia skoncentrowanego na pacjencie: wysoki poziom zaufania, zrozumienie potrzeb, zmniejszenie lęku, zwiększenie poziomu satysfakcji.
- Zasady komunikacji w podejściu skoncentrowanym na pacjencie.
- Schemat skutecznej komunikacji (według Silvermana): treść, proces, postrzeganie.
- W jaki sposób podejście skoncentrowane na pacjencie sprzyja realizacji powszechnego dostępu do usług opieki zdrowotnej.
- Kluczowe strategie WHO dotyczące rozwoju systemu opieki zdrowotnej w celu wdrożenia podejścia zorientowanego na pacjenta.

Jak prowadzić zajęcia:

Biorąc pod uwagę, że temat nie przewiduje ćwiczenia umiejętności, zalecamy przeplatanie miniwykładów z przykładami i interaktywnymi dyskusjami. Na przykład:

- sprawdzenie poziomu wiedzy wyjściowej (test) w formie elektronicznej lub papierowej;
- mini-wykłady;
- interaktywne dyskusje;
- pokaz filmów z poradami w obu formatach.

Wnioski:

Podejście skoncentrowane na pacjencie to sposób świadczenia pomocy medycznej, który uwzględnia wartości, życzenia i preferencje pacjenta oraz angażuje go w proces leczenia.

Podejście zorientowane na pacjenta zostało wprowadzone w ubiegłym stuleciu jako przeciwwaga dla paternalizmu w medycynie oraz w ramach kształtowania modelu biopsychospołecznego.

Podejście skoncentrowane na pacjencie to nowa filozofia i sposób myślenia, oparty na szacunku i empatii wobec osób korzystających z opieki medycznej, uwzględniający czynniki społeczne wpływające na stan zdrowia. Podejście zorientowane na pacjenta traktuje zdrowie nie tylko jako brak choroby, ale jako pełne życie człowieka, stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu.

Tworzenie systemów opieki zdrowotnej zorientowanych na człowieka ma kluczowe znaczenie dla osiągnięcia Celów Zrównoważonego Rozwoju.

Materiały robocze zawierające bardziej szczegółowe pomysły, przykłady możliwych zadań testowych oraz listę literatury zalecanej można znaleźć w drugiej części podręcznika oraz pod kodami QR w odpowiednim temacie drugiej części podręcznika (str. 157).

TEMA 2
T

Empatia

TEMAT 2. EMPATIA

Empatia — postawić się w sytuacji drugiej osoby, poczuć to, co ona czuje, spojrzeć jej oczami.

Daniel G. Pink

JAK WPROWADZIĆ LUDZKOŚĆ DO MEDYCYNY?

HISTORIA NATALII, KTÓRA NIE UDZIE SIĘ DO LEKARZY, DOPÓKI NIE „PRZEGRZEJE SIĘ"

„Wiem, że to nieodpowiedzialne i zupełnie nie dorosłe, ale rzadko chodzę do lekarzy. I to bez względu na to, do kogo: do dentysty, okulisty, ginekologa czy neurologa. Dopóki nie jest gorąco, nie idę. Doznałam urazu kręgosłupa w wypadku drogowym. Chcę po prostu czuć się jak zwykły człowiek, a nie jak „dzieciak na wózku" – to historia mojej koleżanki Natalii.

Niemal każdego dnia zajmuję się konfliktami między pacjentem a lekarzem, szukając odpowiedzi na pytania: jak zmienić stosunek lekarza do pacjenta i odwrotnie? Jak nauczyć tych ludzi wzajemnego słuchania się? Jak przerwać błędne koło nieufności i rozpaczy?

Często nie udajemy się do lekarzy, ponieważ nie chcemy spotykać się z poniżaniem i brakiem podstawowego szacunku wobec nas, z sarkazmem i manipulacjami. To właśnie z powodu późnego zwracania się o pomoc tracimy wiele istnień ludzkich, ponieważ w późnych stadiach chorób lekarze często nie są w stanie pomóc. Wierzę więc, że odrobina człowieczeństwa i empatii w korytarzach szpitalnych i gabinetach lekarskich dosłownie będzie ratować życie.

Zdaję sobie sprawę, że droga do partnerskich relacji między pracownikami służby zdrowia a pacjentami jest długa i wyboista, ponieważ wymaga zmiany zachowań obu stron. Wierzę jednak, że uda nam się stworzyć przestrzeń dla relacji, w której jest miejsce na potrzeby emocjonalne, w której szanuje się różnorodność, a ludzie naprawdę się słuchają.

Historia Natal**czy** nie dotyczy wyłącznie życia osoby poruszającej się na wózku. Dotyczy ona każdego z nas.

„Przed każdą wizytą u lekarza przygotowuję się psychicznie. W głowie kłębią mi się pytania: »Co mam powiedzieć?«, »Jakie słowa wybrać?«, »Czy jestem gotowa, by dziś znów zobaczyć zdezorientowanego lekarza?«. Tak naprawdę chcę mieć pewność, że personel placówki medycznej będzie dla mnie przyjazny i że otrzymam pomoc. I że wraz z leczeniem ciała nie będę musiała jeszcze długo leczyć urazów psychicznych spowodowanych tym wszystkim, co usłyszałam i przeżyłam.

Brak taktu i empatii boli bardziej niż brak dostępu do toalety. Na pewno usłyszę od lekarzy, pielęgniarek i sanitariuszy słowa współczucia dotyczące mojego trudnego losu osoby niepełnosprawnej, heroizmu mojego męża, który do tej pory mnie nie opuścił: „CO? Nadal nie możesz poruszyć nóżką?", nazywają mnie „dzieckiem na wózku" i mówią: „Boże, jak ty żyjesz?". Chcę, żeby oszczędzono mi konieczności wysłuchiwania tego całego strumienia świadomości. Żeby mówiono o mnie „osoba z niepełnosprawnością", a nie „inwalidka". Żeby ludzie pracujący w szpitalu potrafili oddzielić chamstwo od empatii, własne osądy od uprzejmych frazesów, takt od bezczelności.

Jap po prostu chce czuć się jak zwykła osoba
ljudihjou,an e „dzieckiem w wózku"

Wizyta u neurologa. Lekarka spojrzała na mnie tylko raz. Potem przez całe badanie odwracała wzrok, patrzyła wszędzie, tylko nie na mnie. Rozmawiała z pielęgniarką, z moim mężem, ale nie zwracała się do mnie. Czułam się jak osoba z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. A kiedy zwróciłam się do tej samej lekarki, aby uzyskać zaświadczenie dla Ukrzaliznyci, zdołała ona przepisać na kartkę papieru formatu A6 niemal całą opinię medyczną dotyczącą mojego urazu i wszystkich współistniejących schorzeń. W tamtym czasie sama jeszcze nie uświadomiłam sobie i nie zaakceptowałam wszystkich punktów z listy, nie mówiąc już o dzieleniu się tą informacją z całym światem i Ukrzaliznycią. A ta lekarka oburzyła się, kiedy poprosiliśmy ją, by przepisała i wspomniała tylko o tym, że nie mogę chodzić i jestem zmuszona korzystać z wózka. Chcę, żeby takie drobiazgi stały się ważne. Żeby patrzono mi w oczy. I jeszcze chcę, żeby ze mną rozmawiano, bo jestem człowiekiem.

Chcę, żeby ze mną rozmawiali, bo ja—lubięto

Wizyta u ginekologa. Zazwyczaj lekarz zadaje typowe (ale nie wszystkie!) pytania i zapisuje odpowiedzi. Kiedy dowie się o synu, z jakiegoś powodu na pewno westchnie z ulgą i powie: „Jak dobrze, że jest dziecko”. Da do zrozumienia, że nawet nie powinnaś myśleć o dzieciach, a potem z zadowoleniem i demonstracyjną ulgą pożegna się, nie przeprowadzając badania. Nie ma gdzie mnie zbadać. W końcu nie ma sprzętu dla pacjentek z urazami rdzenia kręgowego. Zapraszamy mojego męża. On sadza mnie na to przeklęte krzesło. Bo innego nie ma. Chcę, żeby było wygodnie zarówno dla mnie, jak i dla lekarza, i żebyśmy nie musieli prosić nikogo o pomoc.

Oddzielić chamstwo od empatii, Takt od obojętności,

Z powodu biurokratycznych wymogów muszę regularnie przebywać w szpitalu przez kilka tygodni. W tym okresie trafiam do szpitala razem z mężem. Ponieważ pomimo niestandardowej rampy przy wejściu i szerokich drzwi bez progów do sal, nie wszędzie dotrę samodzielnie. Jednak dostępność nie jest największym problemem.

Kiedyś płakałam, potem się złościłam i odpowiadałam ostro, teraz to wszystko albo mnie bawi, albo irytuje. Ale wiem na pewno, że zasługuję na więcej szacunku i godności. Zasługuję na ludzkie traktowanie i odrobinę empatii. Bo jestem człowiekiem.

Co więc należy zmienić, aby Natalia i my wszyscy nie mieliśmy negatywnych, traumatycznych doświadczeń w szpitalach oraz w konkretnych sytuacjach kontaktu z lekarzami, pielęgniarkami i innym personelem medycznym?

Po pierwsze, należy pamiętać, że człowiek jest czymś więcej niż tylko diagnozą. Pacjent jest czymś więcej niż tylko swoim ciałem. Lekarz jest czymś więcej niż tylko swoim zawodem.

Po drugie, należy popularyzować i wdrażać podejście zorientowane na człowieka w systemie opieki zdrowotnej Ukrainy. W różnych źródłach nazwy tego podejścia różnią się – podejście zorientowane na człowieka i pacjenta, model biopsychomedyczny, podejście zorientowane na relacje.

Jednak niezależnie od nazwy, istota pozostaje ta sama — człowieczeństwo, współodczuwanie, empatia i współczucie — oto główne filary relacji między lekarzem a pacjentem.

Wraz ze wszystkimi niuansami, które odzwierciedlają różnorodność ludzkich charakterów, nastrojów i uczuć, muszą one koniecznie być obecne w relacjach między lekarzem a pacjentem.

Chodzi o zmianę zachowania nie tylko lekarzy i całego personelu medycznego. Pacjenci będą musieli wziąć na siebie większą odpowiedzialność za decyzje dotyczące swojego zdrowia, a lekarze – podzielić się nią z pacjentami. Obie strony muszą wykazać się większą otwartością na słuchanie i szacunkiem. A co najważniejsze – pracować nad umiejętnościami komunikacyjnymi.

Moja wiara wyrasta z realnych zmian. W 2021 roku dwie uczelnie medyczne w Czerniowcach i Równym uruchomiły kurs „Ludzkość i empatia w opiece zdrowotnej" dla przyszłych lekarzy i pielęgniarek. Stało się to możliwe dzięki wspólnej pracy 15 wykładowczyń uczelni medycznych w ramach ukraińsko-szwajcarskiego projektu „Rozwój edukacji medycznej".

Kurs ten stanowi naszą inwestycję w nową rzeczywistość, w której pacjent i lekarz są partnerami. Nie marnują sił na walkę między sobą, lecz wspólnie zwalczają choroby, ratują życie i dbają o zdrowie.

Dość często, gdy w rozmowach o medycynie pojawia się temat człowieczeństwa, pojawiają się również argumenty dotyczące wypalenia zawodowego. Rozmowy te często kończą się błędnym kołem: pacjenci wymagają uwagi i współczucia, co od personelu medycznego wymaga wielu zasobów, a te szybko się wyczerpują; empatia wyczerpuje lekarzy, dlatego jej nie okazują. Zbadaliśmy empatię i jej związek z wypaleniem zawodowym oraz ustaliliśmy, czy jedno rzeczywiście powoduje drugie. Czy można z całą pewnością stwierdzić, że neurolog i ginekolog w historii Natalczy zachowali się tak właśnie z powodu wypalenia zawodowego?

Szereg badań w języku angielskim pokazuje nam, że negatywny związek przyczynowo-skutkowy między empatią a wypaleniem zawodowym nie istnieje lub nie został udowodniony. Badanie przeprowadzone wśród hiszpańskich lekarzy i pielęgniarek wykazało, że wysoki poziom empatii koreluje z niskim poziomem wypalenia zawodowego, to znaczy, że pracownicy bardziej empatyczni wypalają się mniej, a nie więcej, jak wskazuje powszechna opinia. Badacze doszli do wniosku, że bardziej empatyczni pracownicy służby zdrowia

w podstawowej opiece zdrowotnej mniej ulegają wypaleniu zawodowemu oraz że szkolenia z empatii i komunikacji nie sprzyjają wypaleniu zawodowemu, a wręcz przeciwnie, są skutecznym sposobem zapobiegania wypaleniu.

Postanowiliśmy więc zrozumieć, w jaki sposób empatia może zapobiegać wypaleniu, a nie je wywoływać. Gdzie leżą granice zdrowej empatii? Jak możemy wspierać lekarzy w ich przestrzeganiu?

Istnieje wiele definicji i interpretacji empatii, ale zgodziliśmy się, że warto rozróżnić współczucie, empatię i współprzeżywanie. Naszym zdaniem to właśnie empatia pozwala uniknąć wypalenia zawodowego, a jednocześnie pomaga budować długotrwałe relacje.

Roprzekróinitispwczuwaniesię, empatię i współodczuwanie

Kiedy współczujemy, emocjonalnie zanurzamy się w sytuacji, w pewnym sensie przeżywamy ją razem z pacjentem.

Kiedy współczujemy, nie tylko zanurzamy się emocjonalnie, ale dodatkowo staramy się pomóc/uratować/działać zgodnie z naszymi silnymi emocjami. Podążamy za silnymi odczuciami, przekształcamy je w działanie.

Kiedy okazujemy empatię, odczuwamy to w bardzo niewielkim stopniu i rozumiemy, przez co przechodzi pacjent, a następnie werbalnie lub niewerbalnie okazujemy to zrozumienie, wysyłając sygnał: „Rozumiem, przez co przechodzisz, szanuję twoją wrażliwość, wezmę to pod uwagę w swoich działaniach, jesteś ze mną bezpieczny”.

Empatia — bezpieczny pomost dla (między)lekarzem a pacjentem

Lekarze często pytają nas, czy empatia jest naprawdę potrzebna, zwłaszcza gdy głównym zadaniem lekarza jest wykonywanie zaawansowanych technicznie zabiegów. Na przykład: czy chirurg potrzebuje empatii? Podczas przygotowywania podręcznika

znaleźliśmy badania, które pokazują, że nawet chirurdzy potrzebują empatii i innych kompetencji emocjonalnych. Niepowodzenia w komunikacji to znana przyczyna błędów chirurgicznych. Kompetencje emocjonalne mogą zmniejszyć bariery komunikacyjne w relacjach lekarz – pacjent. Zrozumienie i uwaga poświęcana stanom emocjonalnym lekarza i pacjenta mogą poprawić jakość obiektywnych i subiektywnych badań. Zdolność chirurga do zrozumienia stanu emocjonalnego pacjenta pomaga dostosować strategię leczenia i konsultacji, co prowadzi do wyższego poziomu zadowolenia pacjentów.

Emocje (nawet u chirurgów! Nie trzeba dodawać, że dotyczy to również innych lekarzy i pielęgniarek, którzy mają częstszy kontakt z pacjentami) odgrywają kluczową rolę w radzeniu sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym. Rozwój kompetencji emocjonalnych pomaga zmniejszyć negatywne skutki stresu i wypalenia zawodowego, które, jak wiadomo, są powszechnymi przyczynami pogorszenia zdrowia psychicznego, błędów medycznych oraz rzekomo ochronnej, ale w rzeczywistości destrukcyjnej „depersonalizacji" pacjentów. Wysoki poziom inteligencji emocjonalnej pozwala lekarzowi lepiej rozumieć własne emocje (autoempatia) oraz źródła stresu w otoczeniu, a to z kolei pomaga radzić sobie ze stresem i wychwytywać wypalenie zawodowe na wczesnych etapach. Zrozumienie emocji (zarówno własnych, jak i innych) pozwala lekarzowi skuteczniej reagować na wyzwania zewnętrzne i bardziej troskliwie traktować siebie oraz innych.

Empatyczne zrozumienie wpływa na dobór słów i ton wypowiedzi, a komunikacja zawsze wpływa na poziom zaufania. Dobra komunikacja buduje zaufanie, zła – je niszczy. Wielu autorów zgadza się, że zrozumienie to tylko część układanki; ważne jest również okazywanie tego zrozumienia pacjentowi, aby czuł się wysłuchany i dostrzeżony – to również sprzyja nawiązywaniu lepszych i bardziej opartych na zaufaniu relacji, co z pewnością znajduje odzwierciedlenie w wynikach klinicznych.

Z drugiej strony, będziemy mogli oszczędzać siły i nie popadać w skrajności związane z ciągłym ratowaniem świata. Bo, jak wiemy, jeśli ciągle ratujemy świat, nie dbając o siebie, wypalenie szybko da o sobie znać. Empatia jest więc dość bezpiecznym pomostem w relacjach między lekarzem a pacjentem, który zapewnia oparcie i uziemienie oraz chroni przed porwaniem przez fale ludzkich przeżyć.

Cele:

Postawa	Wiedza	Umiejętności
Podejście zorientowane na człowieka jako podstawa filozofii relacji z pacjentem.	Pojęcia: empatia, współodczuwanie, współczucie.	świadomość własnych przeżyć, uczuć; rozwój spostrzegawczości psychologicznej; kształtowanie umiejętności „odczytywania" sygnałów niewerbalnych; kształtowanie umiejętności empatycznego wyrażania się; rozwój zdolności do empatii.

Kluczowe przesłanie:

EMPATIA POMAGA BUDOWAĆ OPARTE NA ZAUFANIU MIĘDZY LEKARZEM IPA PACJENTEM, ZAPOBIEGAĆ POWSTANIU KONFLIKTI I SPRZYJA ICH PODEJMOWANIE DECYZJI, OGRANICZANIE STRESU I WYG RATOWANIE. TRZEBA JE ROZWIJAC POPRZEZ PRACĘ NAD WŁASNYMI KOMPE I ENCJAMI EMOCJONALNYMI·

Co należy przekazać?

- Różnica między empatią, współczuciem a współprzeżywaniem.
- Protokół NURSE
- Umysł emocjonalny i jego związek z empatią.
- Jak rozwijać kompetencje emocjonalne. Narzędzia do samoregulacji.
- Test kompetencji emocjonalnych.

Jak prowadzić zajęcia?

Zalecamy przeplatanie miniwykładów z przykładami i interaktywnymi dyskusjami, wykorzystywanie studiów przypadków oraz ćwiczenie protokołów empatycznej reakcji.

Wnioski:

Empatia pozwala lepiej budować relacje i skuteczniej pracować z pacjentami.

Empatia zapobiega wypaleniu zawodowemu i pozwala lepiej radzić sobie ze

stresem. Ważne jest, aby rozwijać empatię wobec innych wraz z empatią wobec

siebie.

Rozwój inteligencji emocjonalnej pomoże zwiększyć efektywność interakcji na różnych poziomach i pozwoli zaoszczędzić wiele zasobów.

Rozwój kompetencji emocjonalnych jest na tyle ważny, że warto opracować dla niego oddzielny kurs i włączyć pracę nad nimi do programów różnych kierunków studiów.

Materiały robocze zawierające bardziej szczegółowe pomysły, przykłady możliwych zadań testowych oraz listę zalecanej literatury można znaleźć w drugiej części podręcznika.
oraz za pomocą kodów QR w odpowiednim rozdziale drugiej części podręcznika (str. 190).

TEMA 3
T

Zaufanie w relacji z pacjentem. Konsultacja jako przestrzeń budowania partnerskich

TEMAT 3

ZAUFANIE W RELACJACH Z PACJENTEM. KONSULTACJA JAKO PRZESTRZEŃ DO BUDOWANIA RELACJI PARTNERSKICH

Bez dobrej komunikacji pomoc medyczna jest w najlepszym razie nieskuteczna, a w najgorszym – niebezpieczna.

Anthony L. Sachman
profesor medycyny na Uniwersytecie w Rochester, USA

HISTORIA O IVANIE I WRAŻLIWYM NEUROCHIRURGU

Neurolog zalecił mojemu mężowi konsultację u neurochirurga. Do tego momentu nie mieliśmy doświadczenia we współpracy z neurochirurgami, więc zapytałam, czy może polecić kogoś ze swoich kolegów.

– Możecie udać się do neurochirurga w naszym szpitalu. Słyszałam od kolegów, że jest to „chirurg myślący", no cóż, nie operuje bezmyślnie. Podobno są też dobre opinie o doktorze Romanie H., ale nie wiem, gdzie obecnie przyjmuje.

Razem z mężem postanowiliśmy, że skonsultujemy się z obydwoma. Jeśli zalecenia będą zbieżne – zdecydujemy się na operację u tego, który bardziej, jak to się mówi, przypadnie nam do gustu. Jeśli opinie lekarzy będą sprzeczne – pójdziemy jeszcze do trzeciego lekarza.

Nie będę opisywać wizyty u neurochirurga, który pracuje w tym samym szpitalu co neurolog, bo moja historia dotyczy człowieczeństwa, które nie ma nic wspólnego z tym lekarzem.

Następnego ranka pędzimy do szpitala. Czekamy na swoją kolej i wchodzimy.

Opowiadamy naszą historię. Doktor Roman bada mężczyznę, wydaje swoją opinię i wyjaśnia wszystkie zalety oraz wady operacji. Z całkowitym spokojem odpowiada na wszystkie moje pytania. A potem pozostawia nam decyzję – czy poddać się operacji, czy nie. W słowach lekarza było tyle szacunku, człowieczeństwa i wyważenia, że wystarczyło nam pół dnia, aby podjąć decyzję.

Chciałbym, aby lekarze zdawali sobie sprawę, że pacjent naprawdę się boi. On i jego bliscy się martwią, dlatego zadają pięćdziesiąt pytań wyjaśniających. Dla lekarza to codzienna rutyna, a dla pacjenta – strach i niepewność. Dlatego rozsądni i ludzcy lekarze mają wystarczająco dużo cierpliwości, wiedzy i szacunku dla pacjenta, aby wszystko szczegółowo wyjaśnić.

W drodze na salę operacyjną doktor Roman postanowił mnie pocieszyć:

– Rozumiem, że się pani denerwuje, bo widzę, że ma pani dobrego męża. Ale wszystko będzie dobrze. Jak tylko odzyska przytomność po znieczuleniu, zadzwonię do pani.

Operacja i rehabilitacja przebiegły pomyślnie, a w dniu wypisania ze szpitala odwiedziliśmy lekarza, aby podziękować mu za jego ludzkie podejście i profesjonalizm.

Mówiłam ze łzami w oczach, a lekarz słuchał. Również ze łzami w oczach.

Iwanna, żona pacjenta (imię zmienione)

Zaufanie to rzecz nieuchwytna. Nie da się go dotknąć. Ale jednocześnie jest bardzo konkretne: albo jest, albo go nie ma. Trudno jest znaleźć dla niego definicję lub nakreślić kroki prowadzące do niego, ale zawsze możemy powiedzieć, czy je mamy, czy nie. Tak samo jak Iwanna wraz z mężem doskonale wiedzieli, do jakiego lekarza się udadzą, ponieważ zaufanie i to, jak rozlewa się ono ciepłem w środku i otwiera serce, jest niezawodnym drogowskazem.

Obecność zaufania w relacjach pozwala oszczędzać czas i energię, dodaje im uroku i poczucia bezpieczeństwa. Gdy go brakuje, poświęcamy wiele zasobów na przepisy i procedury, na formalności i papierkową robotę, próbując się zabezpieczyć. W kontekście medycznym zaufanie jest ważne dla obu stron – zarówno dla lekarza, jak i dla pacjenta. Bez zaufania udzielenie pomocy jest prawie niemożliwe, podobnie jak wyzdrowienie.

Bez zaufania udzielenie pomocy jest niemal niemożliwe, jak i wyzdrowienie

Szukając odpowiedzi na pytanie, skąd bierze się zaufanie do lekarza, zrozumieliśmy, że różni ludzie mają różne poglądy. Niektórzy zwracają się do lekarza z pewnym kapitałem zaufania, który lekarz może wykorzystać, aby go pomnożyć i zyskać lojalnego pacjenta, albo stracić ten kapitał. Utracić ją jest oczywiście łatwiej i szybciej niż pomnożyć. Taka zaufanie opiera się zazwyczaj na rekomendacjach znajomych lub bliskich, na zaufaniu do placówki medycznej lub na reputacji i tytułach lekarza.

Inni natomiast przychodzą do lekarza niemal bez zaufania i z bagażem negatywnych doświadczeń, a wtedy zaufanie trzeba zbudować i zasłużyć na nie, aby móc dalej współpracować. W takich przypadkach szczególnie ważny jest pierwszy kontakt – w końcu nie da się zrobić dobrego pierwszego wrażenia dwa razy. Wzajemny szacunek i zrozumienie, umiejętność znalezienia indywidualnego podejścia bardzo wpływają na poziom zaufania pacjenta. Biorąc pod uwagę dość złożony współczesny kontekst i niski poziom zaufania do systemu opieki zdrowotnej w ogóle, lekarze dość często spotykają się z pacjentami z „obciążoną historią”, którzy stracili nadzieję, zostali zawiedzeni lub oszukani przez innych lekarzy. Budowanie zaufania u takich sceptycznych pacjentów wymaga jeszcze większego wysiłku.

Jak więc można budować zaufanie? Na budowanie zaufania wpływają głównie cztery czynniki:

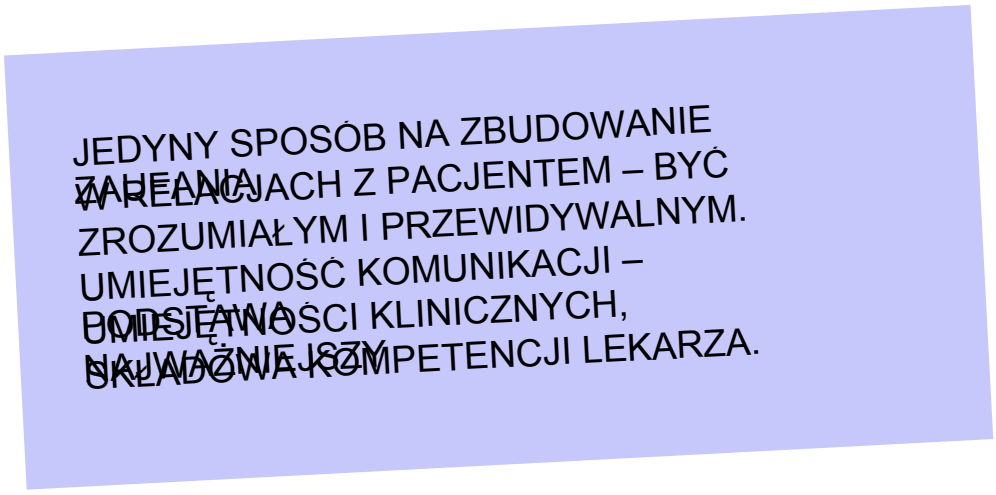
- **Przewidywalność.** Gdy zachowanie lekarza staje się przewidywalne i zrozumiałe dla pacjenta, wzrasta jego zaufanie.
- **Czas i liczba spotkań.** Zaufanie rzadko pojawia się od razu. Jeśli lekarz zachowuje się w sposób zrozumiały i przewidywalny dla pacjenta przez pewien czas i w różnych sytuacjach, z czasem poziom zaufania będzie rósł. Budowanie zaufania to długi proces, a stracić je można w mgnieniu oka.
- **Informacja.** Przekazane informacje sprawiają, że rzeczywistość staje się bardziej zrozumiała i przewidywalna – im lepiej lekarz nawiąże wymianę informacji z pacjentem, im lepiej dostosuje informacje do potrzeb każdego z nich, tym większym zaufaniem będzie się cieszył. Pacjenci zazwyczaj podchodzą z nieufnością do lekarzy, którzy nie dzielą się informacjami.
- **Komunikacja.** Komunikacja jest chyba jedynym narzędziem budowania zaufania w relacjach. To właśnie dzięki niej decydujemy, czy słowa pokrywają się z czynami. To właśnie ta zgodność sprawia, że jesteśmy przewidywalni dla pacjentów. Dlatego w tym rozdziale podręcznika poświęciliśmy dużo uwagi komunikacji z pacjentem podczas konsultacji.

W tym rozdziale omówimy więc budowanie zaufania w oparciu o elementy skutecznej komunikacji podczas konsultacji.

Cele:

Postawa	Wiedza	Umiejętności
Podejście zorientowane na człowieka jako podstawa filozofii relacji z pacjentem.	jak budować zaufanie w relacjach z pacjentem; konsultacja jako przestrzeń do budowania relacji;	osiągnięcie wzajemnego zrozumienia i zaufania; budowanie relacji partnerskich; otwarte pytania; komunikacja werbalna i niewerbalna; badanie emocji pacjenta; empatia.

Kluczowe przesłanie:



Co przekazać:

- Tradycyjny vs model konsultacji skoncentrowany na pacjencie.
- Komunikacja skoncentrowana na pacjencie: podstawowe zasady.
- Struktura konsultacji klinicznej według modelu Calgary-Cambridge.
- Komunikacja niewerbalna podczas konsultacji.
- Triada ICE (ideas, concerns, expectations) w rozumieniu reakcji emocjonalnych.
- Algorytm komunikacji opartej na empatii N.U.R.S.E. (nazwa, zrozumienie, szacunek, wsparcie, zgłębianie).

Jak prowadzić zajęcia:

Postrzegamy to jako praktyczne, interaktywne zajęcia oparte na następujących zasadach:

- od szczegółów do całości: mapy emocji, język empatyczny – poszczególne części konsultacji – konsultacja jako całość;
- od prostego do złożonego: pacjent o pozytywnym nastawieniu, gotowy do współpracy – praca z pacjentem o negatywnym nastawieniu.

W związku z tym proponujemy Państwu wykorzystanie następujących formatów interakcji z odbiorcami:

- sprawdzenie początkowego poziomu wiedzy (test) w formie elektronicznej lub papierowej;
- mini-wykład;
- ankieta ustna/interaktywna/pokaz wideo;
- analiza rzeczywistych przypadków i/lub ich omówienie w małych grupach;
- scenariusz z udziałem pacjenta symulacyjnego, z nagraniem wideo i podsumowaniem;
- końcowy test sprawdzający poziom wiedzy teoretycznej.

Wnioski:

Odpowiedzialność za wynik – wspólna (zarówno lekarza, jak i pacjenta).

Podejście do opieki medycznej zorientowane na pacjenta opiera się na wzajemnym zrozumieniu i współpracy między pacjentem a lekarzem.

Model Calgary-Cambridge opiera się na jasnej strukturze konsultacji lekarskiej i danych potwierdzonych badaniami.

W komunikacji z pacjentem lekarz powinien opierać się na umiejętnościach komunikacyjnych, których skuteczność została potwierdzona licznymi badaniami. Nie należy polegać wyłącznie na własnym doświadczeniu i odczuciach – mogą one prowadzić do wielu błędów.

Zastosowanie modelu konsultacji medycznej zorientowanej na pacjenta z Calgary-Cambridge poprawia wyniki leczenia i zwiększa zaangażowanie pacjentów w proces terapeutyczny, jest opłacalne oraz zmniejsza liczbę skarg i pozwów sądowych.

Materiały robocze zawierające bardziej szczegółowe pomysły, przykłady możliwych zadań testowych oraz listę zalecanej literatury można znaleźć w drugiej części podręcznika oraz pod kodami QR w odpowiednim temacie drugiej części podręcznika (str. 212).

TEMA 4

Autonomia pacjenta i granice w wywiadzie

Tomasz Dawidziak

TEMAT 4. SUBIEKTYWNOŚĆ I AUTONOMIA PACJENTA. GRANICE ZAWODOWE

Aby żyć i pokonywać nowe wyzwania, muszę stać się liderką. Liderką, którą wcześniej nie byłam. Tak, może potrzebować pomocy w codziennych sprawach, jeśli
Będę się czuła źle, ale nie musicie decydować za mnie... Ważne jest dla mnie wsparcie w tej roli liderki: w postrzeganiu siebie i świata, w podejmowaniu trudnych decyzji oraz w reorganizacji własnego życia. Niezależnie od tego, jak to się potoczy i kiedy się zakończy, ważne jest dla mnie, by sama zdecydować, jak przejść tę drogę

Suz Maffert
opowieść z „Wcale nie strasznej książki o życiu, śmierci i wszystkiego, co pomiędzy”

HISTORIA O MAMIE MARII I DYLEMATACH LECZENIA

W zeszłym roku u mojej mamy zdiagnozowano raka. Czwarty stopień zaawansowania, płuca, przerzuty. Żadnej nadziei. Żadnych szans. Liczono najwyżej miesiące.

Przyjęcie takiej wiadomości okazało się bardzo trudne. Zarówno dla niej, jak i dla mnie. Dopiero później zrozumiałam, że lekarze mówili o „leczeniu” wyłącznie z współczucia. W końcu celem leczenia jest wyzdrowienie. A w naszej sytuacji wszelkie działania mieściły się raczej w definicji „opieki paliatywnej”.

Rak to choroba indywidualna. Nie ma tu sprawdzonych metod, które działają u wszystkich. Leczenie dobiera się w zależności od setek konkretnych wskaźników.

Pewnego razu, jeszcze na wczesnym etapie naszej walki, kiedy zabrałam mamę na kolejną z wielu ciężkich procedur, powiedziała: „Masha, czuję się jak kawałek mięsa”. A potem mówiła o jakości życia. O tym, jak ważne jest, by nie stracić rozumu nawet przy śmiertelnej diagnozie. I że gdyby musiała wybierać między jednym dniem pełnego życia a tygodniem półprzytomności, wybrałaby ten dzień.

Nie oznacza to, że należy zaprzestać walki. Jest to, jak zawsze, kwestia niuansów i półtonów. Kwestia równowagi. Nie zmuszaj chorego do robienia czegoś tylko dlatego, że komuś jest niepokojąco. Nie zmuszaj go do przechodzenia przez nieskończoną liczbę bolesnych procedur, których skuteczność zmierza do zera, tylko po to, by uspokoić swoje sumienie – oto, widzicie, robię wszystko, co mogę. Zapytaj go, czego on chce. W takiej sytuacji twoja opinia jest drugorzędna. Możecie namawiać, prosić, przekonywać, ale nie traktujcie pacjenta jak „kawałek mięsa". To jego wybór, a nie wasz.

Maria Popowa,
„Wcale nie straszna książka o życiu, śmierci i wszystkim, co między nimi"

„A pan jest lekarzem?"

Temat podmiotowości pacjenta, jego autonomii oraz granic zawodowych w pracy personelu medycznego wywołał ożywione dyskusje podczas opracowywania tego kursu.

Po pierwsze, paternalistyczny system edukacji medycznej i leczenia opiera się na założeniu, że pacjent jest obiektem, którym zajmują się kompetentni pracownicy służby zdrowia. Nie jesteśmy przyzwyczajeni do traktowania pacjenta jako podmiotu, który może wpływać na to, co się z nim dzieje. Dlatego nawet pod względem terminologicznym trudno nam było dyskutować o podmiotowości człowieka, którą często mylono z podmiotem świadczącym usługi.

Po drugie, relacje paternalistyczne w medycynie odzwierciedlają wielowiekowe historyczne wzorce interakcji między feudałem a poddanymi, między dyktatorem a uciśnionymi, między panem a chłopem pańszczyźnianym. Te nierówności władzy i nieumiejętność korzystania z własnej pozycji zarówno w społeczeństwie ogólnie, jak i w medycynie w szczególności, prowadzą do nadużyć władzy, do braku systemu przeciwwag i hamulców. W rezultacie lekarze „duszą się" pod nadmierną odpowiedzialnością, a pacjenci, oddając się w ręce lekarzy, w przypadku niepowodzeń obwiniają za wszystko pracowników służby zdrowia.

Perekosiuvladitanevminn korzystania z własnego rangompryzwodyatd od nadużyć władzy

Po trzecie, aby wspólnie podejmować decyzje, niezbędny jest pewien poziom „dojrzałości" po obu stronach. I nie chodzi tu o wiek. Ta dojrzałość zakłada szacunek dla drugiej strony oraz umiejętność korzystania z własnej pozycji – pozycji lekarza lub pacjenta. Jednak nie wszyscy pracownicy służby zdrowia i pacjenci są gotowi na nową jakość tych relacji oraz na ponowny podział odpowiedzialności za decyzje dotyczące przebiegu leczenia. Nie wszyscy pacjenci chcą brać na siebie tę odpowiedzialność, a nie wszyscy lekarze – poświęcać czas na dyskusje lub przekazywanie informacji zrozumiałym językiem. Nie wszyscy pacjenci mają wystarczający poziom wykształcenia, aby zrozumieć złożoność problemu. Niektórzy pacjenci, zgodnie ze swoimi tradycjami kulturowymi, nie są przyzwyczajeni do podejmowania samodzielnych decyzji.

Aby wspolnie podejmowac decyzje, niezbędny jest pewien Poziom „dojrzałości" obu stron

Wspólne podejmowanie decyzji nie sprowadza się do tego, by zmusić Maszę i jej mamę z opowieści na początku tego rozdziału do przestrzegania zaleceń lekarza, tak samo jak nie sprowadza się ono do przepisywania pacjentowi wszystkiego, na co ma ochotę, ani do pozostawiania go samego z trudną decyzją. Wspólne podejmowanie decyzji jest możliwe, gdy między pacjentem a pracownikiem służby zdrowia istnieje relacja oparta na zaufaniu, w której mogą oni wpływać na swoje opinie i współpracować w procesie poszukiwania sposobu leczenia, który będzie odpowiedni właśnie dla tego pacjenta, z uwzględnieniem jego wartości i preferencji.

Dlatego ważne jest, aby pracownik służby zdrowia uwzględniał życzenia pacjenta dotyczące jego zaangażowania w podejmowanie decyzji i zachęcał go do brania większej odpowiedzialności za swoje zdrowie, a nie oddawania jej całkowicie w ręce świadczeniodawców. Hipotetyczna mama Maszyna powinna mieć możliwość wpływania na to, co dzieje się z nią i jej ciałem, oraz wybierania drogi, którą chce podążać.

W tym celu specjaliści z branży medycznej i personel pomocniczy powinni wyznaczać zdrowe granice w pracy z ludźmi oraz dokładnie rozumieć, na czym polega różnica między „wpływaniem na czyjeś życie" a „braniem czyjegoś życia w swoje ręce".

Cele:

Postawa	Wiedza	Umiejętności
Podejście zorientowane na człowieka jako podstawa filozofii relacji z pacjentem.	podmiotowość i granice; pacjent jako podmiot podejmujący decyzję; wspólne podejmowanie decyzji (Shared decision making (SDM)); czym są granice; jakie są rodzaje granic;	jak prawidłowo przekazywać pacjentowi informacje i określać dla każdego poziom szczegółowości niezbędny do podjęcia wspólnej decyzji; jak w praktyce zapewnić przestrzeganie granic, określić przekroczenie lub naruszenie granic; jak budować własne granice; co robić w przypadku naruszenia granic.

Kluczowe przesłanie:

WSPÓLNE PODEJMOWANIE DECYZJI JEST KLUCZOWYM ELEMENTEM OCHRONY ZDROWIA. JEST TO MOŻLIWE POD WARUNKIEM PRZESTRZEGANIA GRANIC ZAWODOWYCH MIĘDZY LEKARZEM A PACJENTEM

O czym należy mówić?

- Dobrowolność, świadoma zgoda pacjenta i dane osobowe: praktyczne aspekty stosowania w pracy personelu medycznego.
- Zasady autonomii pacjenta.

- Umiejętności wspólnego podejmowania decyzji: wymiana informacji, aktywne słuchanie, podsumowywanie, pytania otwarte, wyjaśnianie korzyści.
- Świadoma zgoda jako element bezpieczeństwa pacjenta (patient safety).
- Test sprawdzający pewność decyzji SURE (według O'Connora i Légaré: pewność wyboru, zrozumienie informacji, świadomość ryzyka i korzyści, wsparcie).
- Narzędzia wspomagające podejmowanie decyzji diagnostycznych (decision aid).
- Granice i ich rodzaje.
- Prywatność jako kluczowe prawo do autonomii i ochrony godności ludzkiej; zasady poszanowania prywatności.

Jak prowadzić zajęcia?

Ten blok jest dość bogaty w materiał teoretyczny – w końcu ważne jest, aby dobrze rozumieć podstawowe zasady autonomii pacjenta i wspólnego podejmowania decyzji. Dlatego proponujemy „rozrzedzić" go analizą przypadków i poświęcić więcej czasu na sprawdzenie wiedzy.

Proponujemy, w miarę możliwości, przeznaczyć czas na ćwiczenie umiejętności, odwołać się do poprzedniego rozdziału, który zawiera szczegółowe informacje na temat struktury konsultacji według modelu Calgary-Cambridge, oraz przećwiczyć umiejętności, które są najbardziej istotne dla drugiej połowy konsultacji – etapów wyjaśniania, planowania i zakończenia spotkania.

Warto w szczególności skupić się na przekazywaniu informacji, pomocy w przyswajaniu wiedzy, budowaniu wzajemnego zrozumienia, planowaniu działań oraz podsumowywaniu. Wspomniany już w kilku rozdziałach trójkąt ICE (badanie pomysłów, oczekiwań i obaw) może również stanowić przydatne narzędzie do wspólnego podejmowania decyzji.

Wnioski:

Wspólne podejmowanie decyzji – to nowy paradygmat relacji między lekarzem a pacjentem. Obie strony muszą nauczyć się komunikować i dzielić się odpowiedzialnością.

Prywatność i dobrowolność są ważnymi zasadami w relacjach, chronionymi przez prawo.

Pacjent jest panem swojego ciała i ma prawo odmówić leczenia lub wybrać inną drogę.

Podczas podejmowania decyzji należy oceniać nie tylko sytuację kliniczną i ryzyko, ale także uwzględniać czynniki społeczno-ekonomiczne, psychologiczne oraz preferencje każdego pacjenta.

Wyraźnie wyznaczone granice zawodowe zapobiegają wypaleniu emocjonalnemu i powstawaniu nieprzyjemnych sytuacji. Wyznaczanie granic oraz konstruktywne rozwiązywanie konfliktów w przypadku ich przekroczenia to umiejętność, która wymaga ćwiczeń.

Materiały robocze zawierające bardziej szczegółowe pomysły, przykłady możliwych zadań testowych oraz listę zalecanej literatury można znaleźć w drugiej części podręcznika oraz pod kodami QR w odpowiednim temacie drugiej części podręcznika (str. 246).

TEMA 5
T

Poufność

TEMAT 5 POUFNOŚĆ

Relacje między lekarzem a pacjentem – główny punkt ciężkości etyki w medycynie. Są to relacje osobiste i zawodowe, oparte na zaufaniu, pewności, godności i wzajemnym szacunku. Zaufanie to pomost w relacji lekarz – pacjent. Ważne jest nie tylko oczekiwanie pełnego zaufania od pacjenta, ale także stworzenie solidnych fundamentów, które staną się podporą dla budowania zaufania ze strony pacjenta.

Peter A. Clark

HISTORIA O MŁODEJ LEKARZ I JEJ ŚMIECH Z GEJA ZAKAŻONEGO WIRUSEM HIV

– Wyobrażacie sobie, przywieziono do naszego oddziału „podejrzanego". No cóż, taki właśnie jest, gej, czego on chciał? – mówi z uśmiechem moja koleżanka ze studiów, która w weekendy dorabia na oddziale intensywnej terapii w jednym z kijowskich szpitali.

Grupa się śmieje, a mnie ogarnia odraza. Nie do pacjenta, ale do tych ludzi, którzy nigdy nie słyszeli o empatii, akceptacji, braku osądzania. O tajemnicy lekarskiej też nie słyszeli. Z opowieści rozumiem, że informacje o pacjencie, jego stanie, orientacji seksualnej są dostępne nie tylko dla całego oddziału intensywnej terapii, ale także dla każdego innego personelu, potencjalnych pacjentów, a nawet dla nas, studentów czwartego roku uniwersytetu medycznego.

Aż strach mi pomyśleć, w jakim piekle żyje teraz ten młody człowiek: w ciężkim stanie na oddziale intensywnej terapii, przytomny czy nie (chciałabym nawet wierzyć, że śpi i nie słyszy, nie widzi spojrzeń personelu). Informacja o statusie HIV-pozytywnym wywołuje odmowy świadczenia usług medycznych, nieproszone uwagi na temat stylu życia. Zamiast

Zamiast rzetelnej porady na temat zagrożeń, pacjent spotyka się z potępiającymi komentarzami ze strony wszystkich, od pielęgniarki po ordynatora. A potem plotki docierają do znajomych, którzy zaczynają unikać kontaktu, albo do pracodawców, którzy zwalniają tę osobę, zwłaszcza gdy praca wiąże się z kontaktem z klientami lub podopiecznymi (dziećmi).

Kilka lat później, już w trakcie pracy, poznaję innego pacjenta, 30-letniego mężczyznę, który dowiedział się o swoim pozytywnym statusie HIV na oddziale intensywnej terapii, kiedy choroba zaatakowała jego mózg. On również jest gejem, bardzo utalentowaną i interesującą osobą, wspaniałym towarzyszem. Wspominam tego drugiego chłopaka i ogarnia mnie świadomość piekła, w którym wciąż żyją osoby z HIV. To piekło nie wynika z niedoskonałości leczenia, nie. Wynika z nieumiejętności szanowania i dostrzegania nie diagnozy, ale człowieka.

Daryna Dmitriewska, lekarz rodzinny

W ukraińskiej rzeczywistości kwestie poufności są często niedoceniane. Ilu ludzi cierpi z powodu rozpowszechniania informacji o swoich diagnozach? Ile ludzkich żyć i rodzin legło w gruzach z powodu nieostrożnego i nieprzemyślanego ujawniania informacji? Ilu lekarzy uważa za normę rozmowę z pacjentem na temat szczegółów diagnozy lub leczenia na korytarzach szpitalnych w obecności innych osób?

Lekarze omawiają szczegółowe przypadki swoich pacjentów w grupach publicznych, upubliczniają wypisy swoich kolegów, odmawiają pacjentom dostępu do historii choroby lub wyników badań. Wszystkie te przypadki to nie tylko rażące naruszenia etyki lekarskiej, ale także prawa. Granice między sferą prywatną a publiczną są często zatarte, dlatego wielu wydaje się, że poufność to po prostu podążanie za modą lub biurokracja.

W rzeczywistości poufność ma bardzo praktyczne zastosowanie. Aby móc pomóc pacjentowi, pracownik służby zdrowia musi uzyskać jak najwięcej informacji o jego zdrowiu i okolicznościach, które doprowadziły do zaburzeń w organizmie. Zasady poufności zostały stworzone po to, aby pacjent mógł bez zbędnych wątpliwości opowiedzieć wszystko tak, jak jest, a lekarz – wyciągnąć z tego wnioski w celu uzyskania pełnego obrazu klinicznego i ustalenia dalszego planu postępowania. Poufność jest zabezpieczeniem zaufania w tym procesie, a także czynnikiem, który bezpośrednio wpływa na kompletność informacji.

Poufność i prywatność są ze sobą ściśle powiązane. I o ile poufność jest wymogiem uregulowanym prawnie, o tyle prywatność ma więcej wymiarów. W szczególności prywatność dotyczy wszystkich czynności, które wykonujemy w odniesieniu do ciała: pytania osoby o zgodę na dotknięcie, zakrywanie nagiego ciała, zadbanie o zasłonę i możliwość przebrania się bez obcych oczu. Traktować z szacunkiem ciało zmarłego. Wszystko to dotyczy szacunku dla człowieka, jego ciała i informacji o tym, co się z nim dzieje. Gdyby medycyna stała się religią, szacunek dla ciała i świętość tajemnicy lekarskiej mogłyby stać się jej ołtarzem.

Gdyby medycyna stała się religią, szacunek do ciała i świętość tajemnicy lekarskiej Tajemnice mogłyby stać się jej ołtarzem.

W tym rozdziale przeanalizowaliśmy, co w praktyce oznacza poufność oraz jakie przepisy ją regulują, a także zebraliśmy szereg przydatnych linków, z których skorzystanie pomoże naszym słuchaczom zachowywać się w sposób bardziej właściwy i uchroni ich przed skargami w relacjach z pacjentami. Ważne jest dla nas, aby dbać o poszanowanie danych osobowych, tak aby żaden z pacjentów Daryny nie musiał przechodzić przez piekło w drodze do własnego zdrowia.

Cele:

Postawa	Wiedza	Umiejętności
Podejście zorientowane na człowieka jako podstawa filozofii relacji z pacjentem.	jakie informacje i w jakim zakresie należy przekazywać pacjentowi; co należy wiedzieć o poufności: dlaczego jest to ważna zasada i jakie są główne kwestie prawne.	jak prawidłowo przekazywać informacje i określać, jaki poziom szczegółowości jest potrzebny dla każdego pacjenta; jak w praktyce zapewnić poufność oraz prawo człowieka do autonomii; jak omawiać z pacjentem decyzje dotyczące przebiegu leczenia i pomagać w podejmowaniu decyzji.

Kluczowe przesłanie:

POUFNOŚĆ – PODSTAWOWY CEGŁA W BUDOWANIU ZAUFANIA MIĘDZY PERSONELEM MEDYCZNYM A PACJENTEM. JEST NIEZBĘDNA ZARÓWNO Z ETYCZNEGO, JAK I Z PRAWNEGO WZGLĘDÓW

Co należy przekazać?

- Pojęcia „informacja” i „informacja poufna”.
- Autonomia, jej zasady, pojęcie „świadomej zgody”.
- Prywatność i zasady jej zapewnienia. Zasady ochrony prywatności w placówkach medycznych.
- Poufność, zasady jej przestrzegania.
- Odpowiedzialność za ujawnienie tajemnicy lekarskiej.
- Warunki, w których można naruszyć zasady poufności.
- Udzielanie pacjentom dostępu do informacji: obowiązki pracowników służby zdrowia, ryzyko. Specyfika dostępu do informacji o dzieciach.

Jak prowadzić zajęcia?

Pytania do refleksji i wspólnej dyskusji w małych i dużych grupach.

Testy poziomu

początkowego. Studia

przypadków do omówienia.

Ćwiczenia praktyczne z doskonaleniem umiejętności przekazywania informacji, zachęcania pacjenta do zadawania pytań oraz udzielania na nie odpowiedzi.

Wnioski:

Pacjent powinien otrzymać pełną i wyczerpującą informację na temat stanu swojego zdrowia w przystępnej formie, aby mógł uczestniczyć w podejmowaniu decyzji.

Zgoda na rozpowszechnianie informacji o stanie zdrowia – to prawo pacjenta.

Do informacji poufnych, które podlegają ochronie, należą dane osobowe, stan zdrowia i stan emocjonalny oraz informacje finansowe.

Pacjent powinien mieć swobodny dostęp do swojej dokumentacji medycznej. Pacjent może odmówić obecności studentów lub stażystów podczas leczenia.

Materiały robocze zawierające bardziej szczegółowe pomysły, przykłady potencjalnych zadań testowych oraz listę zalecanej literatury można znaleźć w drugiej części podręcznika oraz pod kodami QR w odpowiednim temacie drugiej części podręcznika (str. 259).

TEMA
T 6

Kryzyso wezłe wiadom ości

stany emocjona lne

TEMAT 6.

KRYZYSOWE STANY EMOCJONALNE I ZŁE WIADOMOŚCI

„Personel medyczny unika przekazywania złych wiadomości dotyczących diagnozy lub śmierci, mając nadzieję, że ktoś inny zrobi to za nich. Ale tej innej osoby nie ma i nie będzie. Ponieważ rozmowa z pacjentami i ich bliskimi o nieuleczalnych chorobach lub śmierci jest ważną, ale bardzo trudną częścią praktyki lekarskiej. Wydaje się ona sto razy trudniejsza z powodu braku odpowiednich umiejętności i przygotowania, a czasem także własnych zasobów emocjonalnych”.

Anastasia Leukhina
„Wcale nie jest to straszna książka o życiu, śmierci i wszystkim, co jest pomiędzy nimi”

W książce „Zupełnie nie straszna książka” znajduje się historia lekarki Tatiany, która swoją diagnozę onkologiczną otrzymała w korytarzu prywatnej kliniki, w zapieczętowanej kopercie. Nikt nawet nie wyszedł do niej, aby przekazać jej tę wiadomość i być przy niej, aby ją wesprzeć. Brak otwartej komunikacji i niedobór informacji to kluczowe punkty sporne w relacjach między pacjentami a personelem medycznym.

HISTORIA O TETIANIE I WIADOMOŚCI W KOPERCIE

Jest lekarką. Jedną z najlepszych ginekologów-endokrynologów w Kijowie. Nie da się dostać się do niej na wizytę bez wcześniejszej rejestracji. Ale nawet wtedy trzeba czekać około miesiąca. Codziennie bada kobiety pod kątem zgrubień w piersiach i jak tylko może, przekonuje je, by regularnie zgłaszały się do ginekologa i mammologa. Sama wykryła u siebie zgrubienie i poszła na mammografię. Zwróciła się do prywatnej kliniki, aby nie spotkać się ani z kolegami lekarzami, ani ze swoimi pacjentkami.

„O dziesiątej rano czekałam na wynik mammografii w korytarzu. Wyszła do mnie asystentka lekarza i bez słowa wręczyła mi kopertę z diagnozą „rak” w środku. Mimo że już i tak wiedziałam, co się ze mną dzieje,

że jestem wykształcona i dobrze poinformowana, płakałam, kiedy otworzyłam kopertę i przeczytałam diagnozę. Kilka minut wcześniej lekarz dostrzegł guz, napisał (lub napisała) słowa „rak piersi” w wniosku, ale dlaczego nie zdołał powiedzieć mi o tym osobiście? Przecież wtedy nawet kilka słów wsparcia stałoby się dla mnie oparciem. A milcząco wręczyć kopertę i zostawić pacjenta samego z tak straszną diagnozą – to okrutne.

O 11:00 zaczynałam przyjęcie na drugim końcu miasta. Opanowałam się i pojechałam do pracy. Ale na moim miejscu mogła znaleźć się inna osoba, która mogłaby nie wytrzymać takiego napięcia nerwowego.

Dlaczego wszystko jest takie bezduszne i nieludzkie? Lekarze nie chcą przekazywać złych wiadomości, mają nadzieję, że zrobi to za nich ktoś inny.

Mimo że wielokrotnie informowałam ludzi o podejrzeniu chorób nowotworowych, sama miałam trudności z poradzeniem sobie z tymi złymi wiadomościami. Żal mi było siebie i dzieci.

Tatiana Popowa
„Wcale nie straszna książka o życiu, śmierci i wszystkim, co między nimi”

Według najnowszych badań przeprowadzonych wśród pacjentów onkologicznych tylko w 58% przypadków pacjenci dowiadywali się o swojej diagnozie od lekarza. Co trzeciemu pacjentowi lekarz nie przekazał diagnozy.[1]

„Nigdy nas tego nie uczono” – mówią pracownicy służby zdrowia. Przekazywanie złych wiadomości i omawianie diagnozy to nie lada wyzwanie dla każdego. Trzeba bowiem nie tylko dobrać właściwe słowa, aby nie zranić człowieka. Nie tylko poradzić sobie z własnym niepokojem o życie pacjenta i bezradnością w jego leczeniu. Trzeba być przy pacjencie, wytrzymać łzy lub stan zamrożenia, odpowiadać na pytania i powtarzać informacje kilka razy, ponieważ zdolność człowieka do analizowania i zapamiętywania informacji w stanie emocjonalnego kryzysu gwałtownie słabnie. Potrzeba dużo cierpliwości i empatii.

Wśród pracowników służby zdrowia bardzo powszechne jest przekonanie, że ciągłe noszenie emocjonalnej kamizelki kuloodpornej chroni człowieka przed wypaleniem zawodowym. Długotrwałe noszenie metalowej kamizelki kuloodpornej może uszkodzić kręgosłup i wywołać przewlekłe problemy z plecami, dlatego każdy rodzaj kamizelki kuloodpornej jest zaprojektowany

[1] Badanie przeprowadzone przez BFP „Kropla krwi” oraz organizacji pozarządowej „Atena. Kobiety przeciwko rakowi” przy wsparciu Międzynarodowego Funduszu „Odrodzenie”. Przedstawiono wyniki ankiety internetowej, przeprowadzonej w 2021 r.

na 1–2 godziny noszenia dziennie. Tak samo jest z emocjonalną kamizelką kuloodporną: ciągłe jej noszenie, zamknięcie w sobie i utrzymywanie dużego dystansu wobec własnych uczuć oraz uczuć osób z otoczenia – męczą i utrudniają budowanie relacji, uniemożliwiają otrzymywanie informacji zwrotnej i wdzięczności. Wyczerpuje to nie mniej niż kontakt z ludźmi, dlatego ważne jest, aby wybierać, w jakich przypadkach ochrona emocjonalna jest naprawdę konieczna. Na dłuższą metę szkodzi ona zdrowiu psychicznemu, a nie chroni go.

Ciągłe noszenie emocjonalnej zbroi

Nasze badanie wykazało, że studenci uczelni medycznych szczególnie obawiają się takich rozmów i wiadomości dotyczących śmierci. Częstotliwość takich sytuacji w kontaktach z pacjentami zależy od specjalizacji lekarza. Niemniej jednak prawie każdy z nas znalazł się lub znajdzie się w sytuacji, w której konieczne będzie przekazanie pacjentowi złych wiadomości. Nie pozostaje nam więc nic innego, jak uczyć się metod przekazywania złych wiadomości, doskonalić umiejętności empatycznego słuchania, pozbywać się stereotypowych zwrotów w stylu „trzymaj się" czy „wszystko będzie dobrze" i otworzyć swoje serce choćby na odrobinę.

Zebraliśmy porady najlepszych psychologów i lekarzy dotyczące przekazywania złych wiadomości oraz radzenia sobie z silnymi emocjami. Mamy nadzieję, że te informacje pomogą Państwu i Państwa słuchaczom opanować niepokój i obawy oraz wspierać pacjentów w trudnych sytuacjach. Czasami pacjenci zapominają to, co słyszą, ale otwarte spojrzenie lub troskliwe gesty w tych niezwykłych chwilach będą im długo pozostawać w pamięci dzięki Państwa człowieczeństwu.

Cele:

Postawa	Wiedza	Umiejętności
Podejście zorientowane na człowieka jako podstawa filozofii relacji z pacjentem.	Czym są kryzysowe stany emocjonalne i jak wpływają one na interakcję; etapy żałoby.	jak komunikować się w stanach wysokiego napięcia emocjonalnego i stresu; przekazywanie złych wiadomości.

Kluczowe przesłanie:

LEKARZE MUSZĄ SIĘ UCZYC
I ĆWICZYC UMIEJĘTNOSCI
PRZEKAZYWANIE ZŁYCH
WIADOMOŚCI
Z ROZUMIENIEM I
WSPÓŁCZUCIEM
I OBOWIĄZKOWE
WSPARCIEM, ABY CZŁOWIEK
NIE POZOSTAWAŁA SAM NA SAM
Z TRUDNĄ SYTUACJĄ.

Co przekazać?

- Kryzysowe stany emocjonalne, oznaki przeżywania żałoby (według Lindemana), etapy żałoby (według Kübler-Ross) oraz okresy żałoby (według Zintl i Volkan).
- Wsparcie psychologiczne na różnych etapach żałoby.
- Kategorie pacjentów w kryzysowych stanach emocjonalnych i strategie pracy z nimi.
- Przekazywanie złych wiadomości i protokół **SPIKES** (setting, perception, invitation, knowledge, emotion-and-empathy, strategy, summary): przygotowanie, świadomość, zgoda, wiedza, emocje/empatia, strategia, podsumowanie).

Jak prowadzić zajęcia?

Nauczanie asynchroniczne (materiały przygotowujące do zajęć).

Omówienie proponowanych tematów w małych grupach:

- jakie tematy rozmów są trudne dla lekarza;
- komu będziecie przekazywać złe wiadomości (pacjentowi, bliskim, znajomym);
- dlaczego lekarze nie chcą przekazywać złych wiadomości;

- przypomnij sobie sytuacje z własnego życia lub praktyki, kiedy to Tobie lub komuś innemu przekazano złe wiadomości w nieodpowiedni sposób.

Jakie są zalety i wady obecności krewnych na oddziale intensywnej terapii

Gra fabularna (odgrywanie rozmowy z pacjentem cierpiącym na takie schorzenia jak RZS, astma, cukrzyca w trójkach) z dyskusją w grupach.

Dyskusja typu „akwarium" z ogólną dyskusją. Praca z

przypadkami klinicznymi (metoda zadań klinicznych).

Obejrzenie filmów przedstawiających niewłaściwy i właściwy sposób przekazywania złych wiadomości, a następnie dyskusja w małych grupach.

Wykorzystanie prezentacji na Dysku Google w trybie edycji, tablic Padlet i Miro.

Wnioski:

Złe wiadomości dotyczące stanu zdrowia wywołują ogromny stres związany z obawami i niepewnością co do przyszłości.

Różne osoby przechodzą przez etapy żałoby w różny sposób, zmiana stanu emocjonalnego jest naturalna, należy to uwzględnić przy budowaniu komunikacji z pacjentem i jego rodziną. Na różnych etapach żałoby mogą sprawdzać się różne strategie wsparcia.

Dla pracowników służby zdrowia ważne jest, aby nauczyć się pracować z osobami w stanach kryzysowych i przekazywać im aktualne i prawdziwe informacje dotyczące ich stanu zdrowia.

Strategie reagowania na różne sytuacje kryzysowe mogą być różne.

Materiały robocze zawierające bardziej szczegółowe pomysły, przykłady potencjalnych zadań testowych oraz listę zalecanej literatury można znaleźć w drugiej części podręcznika oraz pod kodami QR w odpowiednim temacie drugiej części podręcznika (str. 287).

TEMAT 7

Konflikty i trudne rozmowy

TEMAT 7
KONFLIKTY I TRUDNE ROZMOWY

Jeśli unikasz konfliktu, aby zachować pokój,
rozpoczynasz wojnę w swoim wnętrzu.

Cheryl Richardson

HISTORIA O WOJOWNICZEJ BABCI I WULGARNEM ANESTEZJOLOGU

Przywieziono 9-miesięczne dziecko. Wrząca woda. Oblało się. Powierzchnia oparzeń – 70%. W takich sytuacjach zapewnienie dostępu dożylnego i rozpoczęcie podawania płynów w dużych ilościach to kwestia życia lub śmierci.

Szybko zabraliśmy dziecko na oddział intensywnej terapii. Proszę mamę, żeby poczekała za drzwiami. Jak skończymy zabiegi, wpuszczę ją. Leki znieczulające i uspokajające, żeby złagodzić ból i trochę uspokoić małego pacjenta.

Próbuję założyć cewnik do żyły podobojczykowej. Jeden nieprawidłowy ruch – i można przebić płuca. W tym momencie do sali wpada babcia malucha, kobieta około pięćdziesiątki, wraz z jakąś krewną, i zaczyna go szarpać w panice, zrywa opatrunki, narzekając, że my, głupcy, zmyliśmy białko jajka z oparzeń.

Kiedy dziecko trafiło do nas, było całe umazane jajkiem. Białko na oparzenie – najlepszy środek, jeśli chcesz, żeby wszystko skończyło się sepsą i śmiercią.

Ostrożnie wyjąłem igłę, a potem wybuchnąłem potrójną serią przekleństw. Przez całe pięć lat pracy nigdy tak nie krzyczałem. Dosłownie siłą wypchnąłem babcię i jej przyjaciółkę, po czym zamknąłem drzwi.

– Wezwiemy policję! – krzyczała babcia.

Drżałem z wściekłości. Założyłem cewnik, wpuszczono mamę, która okazała się całkiem rozsądną osobą. Żałuję, że pozwoliłem sobie na krzyki i przekleństwa. Ale sama sytuacja mogłaby się nie wydarzyć, gdyby w szpitalu była ochrona, a na drzwiach oddziału intensywnej terapii znajdował się solidny zamek.

Im bardziej krewni wywierają presję i przypisują etykietki, tym bardziej pracownicy służby zdrowia pragną schronić się za wysokim murem. A im wyższy ten mur, tym większa nieufność. Błędne koło: nieufność rodzi zamknięcie, a zamknięcie – nieufność.

Jak przerwać to błędne koło?

Pracownicy służby zdrowia muszą nauczyć się komunikować i w miarę możliwości wspierać obecność i wsparcie krewnych. A krewni – nauczyć się ufać.

Iwan Czernenko, anestezjolog

Początkowo nazwaliśmy ten rozdział „Trudni pacjenci". Jednak podczas przygotowań zrozumieliśmy, że w sytuacjach konfliktowych nie ma trudnych pacjentów ani prostych lekarzy, nie ma czerni i bieli – za każdym razem istnieje wiele różnych odcieni, które trzeba umieć rozróżniać. Każdy z nas w pewnych okolicznościach może stać się trudny dla innych, zawsze są ku temu przesłanki i przyczyny. A zrozumienie źródeł tego, co postrzegamy jako „trudność" u innych, jest kluczem do pozytywnego rozwiązywania konfliktów.

Niebyłjestzklasytych(pacjentów)ów– każdy z nas w pewnych obstavinach może stać się trudne dla innych

Globalny raport o kapitale ludzkim (2008) wskazuje, że 85% pracowników doświadczyło konfliktów w pracy. W większości przypadków (67%) konflikt jest spowodowany stresem i dużym obciążeniem pracą. 60% pracowników nigdy nie uczyło się zarządzania konfliktami ani ich rozwiązywania, ale 95% spośród tych, którzy przeszli szkolenie, twierdzi, że pomogło im to lepiej radzić sobie w sytuacjach konfliktowych i znajdować wspólne rozwiązania.

Z naszych obserwacji wynika, że poziom konfliktowości w ukraińskich szpitalach jest wyższy niż średnia światowa. Ciężkie warunki pracy, ogromny poziom stresu, brak wystarczającego finansowania oraz napięcia w relacjach z pacjentami spowodowane nieprzejrzystością i nierozwiązanymi kwestiami finansowymi, zmęczenie i nieufność podsycana przez media, ciągłe zmiany systemu i praktyk – wszystkie te czynniki sprawiają, że pracownicy służby zdrowia są podatni na konflikty. Wiele badań pokazuje, że najczęściej uczestnikami konfliktów są pielęgniarki.

Konflikty – to element strukturalny każdego systemu i relacji w nim. Mogą one wynikać z kwestii komunikacyjnych, strukturalnych lub osobistych i przejawiać się w różnych sytuacjach i zachowaniach. Większość szkół rozwiązywania konfliktów traktuje go jako okazję do poprawy status quo i uregulowania relacji. Najważniejsze jest to, jak z nim pracować, aby przynosił korzyści, a nie wyrządzał szkody.

Główną strategię radzenia sobie z konfliktem należy opierać nie tyle na unikaniu konfliktu, ile na przygotowaniu pracowników służby zdrowia do skutecznego zapobiegania konfliktom i ich rozwiązywania. Aby lekarze tacy jak Ivan lepiej rozumieli wojownicze babcie z przytoczonej historii, potrafili poradzić sobie z własnymi i babcinymi przeżyciami oraz pomóc sobie i babci w uregulowaniu sytuacji konfliktowej.

Podstawową strategią pracy z konfliktem powinno być nie tyle skupiać się na unikaniu, co raczej kierować na przygotowanie do skutecznego rozwiązywania

Jakie elementy szkolenia z zakresu radzenia sobie z konfliktami mogą być szczególnie istotne dla pracowników służby zdrowia?

Uważność i samoświadomość. Jak reagujesz na sytuacje konfliktowe? Jakie masz nawyki w radzeniu sobie z konfliktami? Co wywołuje u Ciebie emocje i jak dobrze radzisz sobie z własnymi emocjami?

Zrozumienie i otwartość na poznanie drugiej strony, uznanie naturalnych różnic w postrzeganiu i interpretacji wydarzeń lub intencji. Czy potrafisz

Czy potrafisz spojrzeć na sytuację z perspektywy drugiej strony, przeanalizować jej logikę i sposób postrzegania problemu? Jak dobrze radzisz sobie w sytuacjach silnego napięcia i pomagasz innym złagodzić emocjonalne napięcie?

Komunikacja, umiejętność mówienia i słuchania. Żadnego konfliktu na świecie nie da się rozwiązać bez dobrej komunikacji. To, jak dobrze potrafimy wyrażać swoje napięcie, sformułować problem, słuchać i dostrzegać informacje werbalne i niewerbalne płynące od drugiej strony, wpływa na naszą zdolność do radzenia sobie z konfliktem i przekształcania go z zagrożenia w szansę.

Wewnętrzne zasoby. Radzenie sobie z konfliktem wymaga wiele sił. Poziom energii wewnętrznej i stan emocjonalny mają ogromny wpływ na to, jak dobrze poradzimy sobie w sytuacji konfliktowej. Dlatego dbanie o siebie i praca nad własnym wypaleniem zawodowym są ważnymi sprzymierzeńcami w rozwiązywaniu konfliktów.

Cele:

Postawa	Wiedza	Umiejętności
Podejście zorientowane na człowieka jako podstawa filozofii relacji z pacjentem.	Czym jest konflikt, przyczyny jego powstawania, podstawowe strategie zapobiegania i postępowania w sytuacjach konfliktowych; sytuacje, w których pacjent może stać się „trudny”. Poszukiwanie skutecznego podejścia do pacjentów w stanach emocjonalnego kryzysu.	demonstracja skutecznej komunikacji opartej na empatii, unikanie konfliktowych typów komunikacji i zachowań; ocena stanu emocjonalnego pacjentów; komunikacja z pacjentami w trudnych stanach emocjonalnych; rozwiązywanie konfliktów poprzez rozwiązywanie problemów; okazywanie empatii.

Kluczowe przesłania:

PODSTAWOWĄ STRATEGIĘ RADZENIA SOBIE Z KONFLIKTEM NIE NALEŻY OPARŁA NA UNIKANIU KONFLIKTU, ALE NA PRZYGOTOWANIU DO SKUTECZNEGO PRZECIWDZIAŁANIA I ROZWIĄZYWANIA.

UMIEJĘTNOŚCI RADZENIA SOBIE Z KONFLIKTEM MOŻNA SIĘ NAUCZYĆSIĘ POPRZEZ POZNANIE SIEBIE, UMIEJĘTNOŚĆ WYSŁUCHANIA I UZNANIA PUNKTU WIDZENIA DRUGIEJ STRONY, JAKOŚCIOWĄ KOMUNIKACJĘ ORAZ DBANIE O SWOJE ZASOBY

Co należy przekazać?

- Konflikt, jego cykl i możliwe przyczyny.
- Strategie postępowania w sytuacjach konfliktowych (według Thomasa i Killmana).
- Cele, interesy i stanowiska w negocjacjach.
- Struktura trudnych rozmów (fakty, emocje, zagrożenie dla ego).
- Protokół EVE (emocja, walidacja, empatyczna odpowiedź).
- Komunikacja bez przemocy.
- Sygnały werbalne i niewerbalne w sytuacji konfliktowej.

Jak prowadzić zajęcia?

Interaktywne dyskusje.

Praca z przypadkami w formacie „akwarium” lub w małych grupach.

Ćwiczenie poszczególnych umiejętności podczas pracy nad studiami przypadków.

Analiza/opis filmów demonstracyjnych przedstawiających różne sytuacje konfliktowe.

Wnioski:

Konflikt – nieodłączny element pracy pracownika służby zdrowia. Pracy z konfliktem można się nauczyć. A to warsztaty na całe życie.

Istnieją różne strategie postępowania w sytuacji konfliktowej, ważne jest, aby wybierać je odpowiednio do kontekstu/problemu.

Przygotowanie do trudnych rozmów oraz analiza sytuacji konfliktowych z różnych perspektyw pomagają zwiększyć własną skuteczność.

Dbanie o siebie jest ważne, aby móc skutecznie rozwiązywać konflikty. Komunikacja i

przygotowanie to podstawowe narzędzia rozwiązywania konfliktów.

Materiały robocze zawierające bardziej szczegółowe pomysły, przykłady możliwych zadań testowych oraz listę zalecanej literatury można znaleźć w drugiej części podręcznika oraz pod kodami QR w odpowiednim temacie drugiej części podręcznika (str. 303).

TEMA 8
T

Tolerancja i różnorodność: jak i dlaczego pracować z innymi ludźmi

TEMAT 8. TOLERANCJA I RÓŻNORODNOŚĆ: JAK I DLACZEGO WARTO PRACOWAĆ Z RÓŻNYMI LUDŹMI

Ludzie nienawidzą się nawzajem, ponieważ się boją; boją się, ponieważ nic o sobie nie wiedzą; nie wiedzą, ponieważ nie komunikują się.

Martin Luther King

HISTORIA O ANDRZE I LEKARZCE, KTÓRA ZMIENIŁA JEGO ŻYCIE

Andrij* – chłopak transpłciowy, od kilku lat przechodzi terapię hormonalną i zupełnie nie wyróżnia się spośród zwykłych Ukraińców. Pracuje w fabryce, zajmuje się też trochę przedsiębiorczością; jest bardzo pracowity i wspierający, czuję to nawet ja. A poza tym od dziesięciu lat kocha dziewczynę, mają niesamowity związek, prawdziwą rodzinę, której przez cały ten czas państwo nie uznawało, bo Andrij miał dokumenty na kobietę.

* imiona zmienione

Andrij poprosił o spotkanie kilka miesięcy po tym, jak wydałam mu zaświadczenie lekarskie o zmianie płci.

– To moja mama zrobiła to na drutach dla ciebie i dla pani psychiatry. Przeglądała twoje zdjęcia w sieci, żeby dobrać kolory – powiedział, podając mi zwinięty, niesamowicie delikatny i zwiewny szal. – Jest wdzięczna za to, co dla mnie zrobiłaś.

– A ja nic nie zrobiłam. Po prostu wykonywałam swoją pracę, bo jestem lekarzem rodzinnym.

– Daryno Ihorivno, zmieniłaś moje życie. Po raz trzeci poprosiłem Maszę* o rękę i niedawno się pobraliśmy. Chcę spędzić z nią całe życie – mówi ze łzami w oczach i pokazuje mi zdjęcia ze ślubu.

Słabo je widzę – również przez łzy.

– Poza tym pogodziłem się z mamą, a objawy długotrwałej depresji ustąpiły – dodaje Andrij.

Andrij zwracał się do innych lekarzy w swoim mieście. Odmawiali mu pomocy z powodu niewiedzy, uprzedzeń i niechęci do uznania jego istnienia. Różnię się od nich tylko tym, że widzę człowieka, a nie jego narządy płciowe.

Boli mnie, gdy słyszę, że Andrij musi przejechać pół kraju, aby uzyskać podstawową pomoc medyczną. Mnie kosztowało to kilka podpisów na wstępnie wypełnionym formularzu. Bardzo proste i logiczne. Czy to zrobić? – nie miałam wątpliwości. Dorastałam w otoczeniu ludzi, którzy uznają nadrzędność prawa i godność ludzką. Zrozumienie, że wszyscy ludzie są różni, a jednocześnie równi, przyszło mi łatwo – wystarczyło tylko uświadomić sobie, że dotyczy to absolutnie wszystkich. I mnie również. Chciałabym, aby świat akceptował mnie taką, jaką jestem, prawdziwą. Dlatego tak właśnie akceptuję moich pacjentów.

Jesteśmy w stanie zmieniać życie ludzi dzięki naszemu sercu i kilku pociągnięciom długopisu. Dysponujemy odpowiednimi wytycznymi i instrukcjami, mamy dostęp do światowych badań naukowych oraz kierujemy się zasadami otwartości i gotowości do pomocy każdemu. Nie mamy prawa tego NIE robić.

Daryna Dmytriewska, lekarz rodzinny

Społeczeństwo ukraińskie na pierwszy rzut oka wydaje się dość jednolite w porównaniu z innymi. Ludzie mają ten sam kolor skóry, w dużych grupach wyznają określoną wiarę, przeważnie mówią jednym lub dwoma językami i dorastali w mniej więcej podobnych kontekstach kulturowych. Na pierwszy rzut oka wszyscy wyglądają podobnie, a „norma" jest zrozumiała. Po dziesięcioleciach radzieckiej polityki instytucjonalizacji, kiedy to osoby z jakimiś odstępstwami od
„Normy" sprawiały, że osoby te stawały się niewidoczne i były izolowane od społeczeństwa w odosobnionych placówkach za wysokimi ogrodzeniami, przez co przyzwyczailiśmy się nie spotykać się z odmiennością i nie dostrzegać jej w codziennym życiu. Dlatego spotkanie z osobą transpłciową, taką jak na przykład Andrij, może wywołać u wielu ludzi spory szok
– przede wszystkim z powodu braku wiedzy na temat tożsamości płciowych oraz braku wcześniejszych doświadczeń w kontaktach z przedstawicielami społeczności LGBT.

Ukrywanie swojej odmienności było strategią przetrwania w totalitarnym państwie radzieckim. Niestety, strategia ta pozostaje skuteczna również dzisiaj. Negatywne doświadczenia w kontaktach z personelem medycznym, spowodowane nie tak rzadkim w środowisku medycznym uprzedzeniem, tak podkopują zaufanie, że ludzie decydują się nie zwracać się o pomoc, aby nie „narażać się" na chamstwo i nowe traumy. Lekarze odmawiają udzielenia pomocy medycznej pacjentom „innym" pod różnymi względami. Ludzie, bez przesady, umierają bez potrzebnej im pomocy. Na papierze zabija ich rak lub udar. Ale w rzeczywistości zabija ich obojętność, odrzucenie i niezrozumienie.

(L)yevb obojętność, brak akceptacji i niezrozumienie

Demokratyzacja, globalizacja, mobilność, upowszechnianie nowych technologii oraz gwałtowne zmiany w komunikacji coraz bardziej zmieniają rozumienie normy. Jednolitość ustępuje miejsca różnorodności jako normie. Przed społeczeństwem w ogóle, a przed systemem opieki zdrowotnej w szczególności, pojawiają się nowe wyzwania. Jak dostosować się do różnorodności? Jak zapewnić osobom z różnymi ograniczeniami równy dostęp do opieki medycznej? Jak zmniejszyć nierówności i zapewnić powszechny dostęp do usług medycznych? Jak uwzględnić specyfikę różnych grup społeczno-kulturowych w planowaniu usług medycznych?

Wymaga to niemałego wysiłku związanego z poznawaniem świata, który nie jest nam zbyt dobrze znany, ludzi i kultur „po drugiej stronie", nauki różnych języków (w tym komunikacji bez przemocy) oraz prowadzenia dialogu. Ale przede wszystkim ta otwartość wymaga od nas nauki i ponownego przemyślenia siebie, naszych wartości i ludzi wokół nas. Andrij nie jest winny tego, że jest inny, potrzebuje takiej samej akceptacji i szacunku, jak wszyscy inni ludzie wokół nas.

Różnorodność zastępuje jednolitosc jak norma

Podczas dyskusji na temat różnorodności i tolerancji większość czasu poświęciliśmy na badanie własnych uprzedzeń. Jak bowiem możemy uczyć innych tolerancji i niedyskryminacji, skoro sami mamy podobne

Luki? Uprzedzenia i stygmatyzacja, które prędzej czy później mogą przerodzić się w dehumanizację, wynikają z braku kontaktów i własnych doświadczeń w obcowaniu z tymi czy innymi grupami, a także z mowy nienawiści, ksenofobii, rasizmu i innych form dyskryminacji (seksizm, ageizm itp.), które są aktywnie propagowane w przestrzeni publicznej. Dlatego naszym głównym zadaniem podczas przygotowywania kursu jest poznanie własnych uprzedzeń i praca nad nimi.

W tym rozdziale uchyliliśmy rąbka tajemnicy na temat wartości i umiejętności komunikacyjnych, które pomogą wam lepiej zorientować się w kwestiach zarządzania różnorodnością oraz zwiększyć poziom tolerancji wobec ludzi i ich poglądów. Biorąc pod uwagę duże zróżnicowanie w grupach studenckich i środowiskach medycznych, szczególnie przydadzą się wam umiejętności facylitacji i radzenia sobie z napięciami w grupie.

Cele:

Postawy	Wiedza	Umiejętności
Podejście zorientowane na człowieka jako podstawa filozofii relacji z pacjentem.	Tolerancja i różnorodność.	jak i dlaczego pracować z różnymi ludźmi i szanować ich jako ludzi.

Kluczowe przesłanie:

GŁÓWNA ZASADA W PRACY
Z RÓŻNYMI LUDŹMI – TRAKTOWAĆ
DO LUDZI JAK DO OSÓB,
NAWET JEŚLI NIE WSZYSTKO
ZROZUMIEĆ LUB NIE PODZIELAĆ ICH

POSTĘPOWANIE WOBEC SIEBIE,
DOSTRZEGAĆ W NICH LUDZI, A NIE
TYLKO
WŁASNE
UPRZEDZENIA.

Co należy przekazać:

- Uprzedzenia i dyskryminacja.
- Formy dyskryminacji w praktyce medycznej.
- Wyrozumiałość i tolerancja.
- Kwestie wrażliwe w praktyce medycznej: język, sygnały niewerbalne, postawy kulturowe, poglądy religijne, seksualność.
- Zasady stosowania modelu Calgary-Cambridge oraz rozwijanie umiejętności ukierunkowanych na badanie i poszanowanie specyfiki kulturowej oraz wartości – słuchanie, gromadzenie informacji, organizowanie konsultacji oraz przekazywanie informacji pacjentowi.
- Protokół BALANCE.
- Praca z rodzinami i dziećmi.
- Specyfika pracy z przedstawicielami różnych grup, często marginalizowanych w społeczeństwie ze względu na seksualność, tożsamość płciową, podeszły wiek, niepełnosprawność lub zaburzenia psychiczne.

Jak prowadzić zajęcia:

Refleksja nad różnorodnością własnych uprzedzeń w grupie i poziomem ich uświadomienia.

Gra fabularna lub studium przypadku: dyskusja w dużych i/lub małych grupach.

Oglądanie i analiza filmów z różnymi przykładami.

Żywa biblioteka z przedstawicielami różnych grup oraz stworzenie możliwości praktyki w organizacjach i instytucjach w celu bezpośredniego kontaktu i badania osób z różnych grup społeczno-kulturowych.

Wnioski:

Pacjenci zasługują na szacunek po prostu dlatego, że są ludźmi. Nie muszą odpowiadać czyimś wyobrażeniom o normie, aby zasługiwać na godne traktowanie.

Pacjenci mają prawo być inni, mają prawo wierzyć w coś innego niż to, do czego jesteśmy przyzwyczajeni, mają prawo odmówić czegoś lub, przeciwnie, prosić o uwzględnienie ich specyfiki.

Dla pracownika służby zdrowia ważne jest, aby być świadomym własnych uprzedzeń i pracować nad nimi. Doświadczenie i bezpośredni kontakt z ludźmi, którzy nie wpisują się w wąskie ramy jednolitej „normy" – to najlepszy sposób radzenia sobie z uprzedzeniami.

Osoby najbardziej marginalizowane w społeczeństwie są zazwyczaj celem dyskryminacji i uprzedzeń. Są one wrażliwe na werbalne i niewerbalne przejawy stosunku do nich.

Dla pracowników służby zdrowia ważne jest, aby udzielać pomocy medycznej bez osądzania pacjentów i nie przekraczać granic profesjonalnej komunikacji. Narzędzia KKM pozwalają rozwinąć umiejętności komunikacyjne, aby robić to lepiej.

Materiały robocze zawierające bardziej szczegółowe pomysły, przykłady potencjalnych zadań egzaminacyjnych oraz listę zalecanej literatury można znaleźć w drugiej części podręcznika oraz pod kodami QR w odpowiednim temacie drugiej części podręcznika (str. 340).

CZĘŚĆ 2

ZEBRANE I OPRACOWANE METODY MATERIAŁY DO ZAJĘĆ Z TEM KURSU ATÓ W

Przed Państwem część materiałów roboczych, które przygotowaliśmy podczas pracy nad kursem i podręcznikiem. Bardzo staraliśmy się nadać im jednolitą strukturę, jednak nie wszędzie nam się to udało: materiały zostały przygotowane na bardzo różne zajęcia i przez różne ekspertki – dlatego zgodziliśmy się, że niewielkie różnice nam nie przeszkodzą.

Uwaga! Na końcu każdego bloku znajdziecie linki i kody QR do pełnej wersji materiałów (tak, dobrze zrozumieliście – nie cała treść zmieściła się w drukowanej książce) – dlatego też duża liczba scenariuszy, pytań testowych, linków do polecanych filmów i literatury znajduje się w pełnej wersji materiałów w formie elektronicznej. W wersji elektronicznej zachowaliśmy również oryginalny styl prezentacji materiałów, składnię i ortografię.

Mamy nadzieję, że pomysły i metody przedstawione poniżej okażą się dla Państwa przydatne i będą inspiracją do wprowadzania zmian tam, gdzie się Państwo znajdują.

TEMAT 1

Podejście zorientowane na człowieka

TEMAT 1
PODEJŚCIE SKONCENTROWANE NA CZŁOWIEKU

Szczegółowo opracowane przez Julię Tycholaz i Elizabetę Szunko



Julia Tycholaz, wykładowczyni komisji ds. przedmiotów przyrodniczych, Winnicka Wyższa Szkoła Medyczna im. akademika Danila Zabolotnego



Elizaweta Szunko, kierowniczka katedry neonatologii, Narodowy Uniwersytet Zdrowia Ukrainy im. Platona Szupyka

CELE DYDAKTYCZNE

- poznanie zasad podejścia zorientowanego na pacjenta oraz jego zalet w komunikacji lekarskiej/pielęgniarskiej.

Postawy	Wiedza	Umiejętności
Podejście zorientowane na pacjenta jako podstawa filozofii relacji z pacjentem.	zasady podejścia skoncentrowanego na pacjencie, zalety podejścia skoncentrowanego na pacjencie, zasady komunikacji lekarskiej w podejściu zorientowanym na pacjenta.	

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Część **o r g a n i z** acyjna, wprowadzenie do przedmiotu – **15 min.**

Miniwykład (krótkie omówienie materiału teoretycznego) – **20 min.**

Refleksje studentów – **10 min.**

Praca z przypadkami w małych grupach – **15 min.**

Omówienie przypadków (podsumowanie) – **15 min.**

Refleksja podsumowująca. Końcowa kontrola wiedzy teoretycznej (w formie elektronicznej lub papierowej) – **15 min.**

Łącznie – **90 min.**

Materiały do zajęć

CZĘŚĆ 1. MATERIAŁY TEORETYCZNE I NE

Zasady podejścia skoncentrowanego na pacjencie

Jedną z najważniejszych cech opieki zdrowotnej w XXI wieku jest przejście pacjenta z pozycji „ofiary okoliczności" do pozycji aktywnego uczestnika procesu leczenia. Partnerstwo z społeczeństwem oraz przywiązywanie szczególnej wagi do poszerzania praw i możliwości obywateli oraz pacjentów zostały określone jako najważniejsze zadanie strategiczne europejskiego systemu opieki zdrowotnej. Wymaga to konieczności reorientacji opieki zdrowotnej w kierunku pomocy skoncentrowanej na pacjencie.

Czym jest podejście skoncentrowane na pacjencie i na czym polega? Podejście skoncentrowane na pacjencie to sposób świadczenia opieki medycznej, który odpowiada indywidualnym potrzebom i wartościom pacjentów, a także uwzględnia ich życzenia i preferencje przy podejmowaniu decyzji dotyczących własnego zdrowia i leczenia.

Na czym polega specyfika podejścia skoncentrowanego na pacjencie?
Na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej główną różnicą między strategią pomocy zorientowaną na pacjenta a tradycyjnym modelem świadczenia pomocy jest to, że nacisk kładziony jest na zdrowie człowieka jako całości. Pacjent jest postrzegany nie tylko w kontekście konkretnej choroby, z którą zgłosił się do lekarza, ale także w kontekście codziennego życia, relacji z rodziną i społeczeństwem przez całe życie. Maksymalna poprawa jakości życia jest ważnym celem leczenia.

Ewolucja podejścia zorientowanego na pacjenta
Pojęcie podejścia „skoncentrowanego na pacjencie" (patient-centered) pojawiło się kilkadziesiąt lat temu jako przeciwwaga dla „paternalistycznego" tradycyjnego podejścia, które propagowało postulat „lekarz wie lepiej".

Biomedyczny model interakcji lekarz–pacjent istniał od wielu stuleci i zajmował się głównie objawami choroby pacjenta. Pod koniec lat 70. George Engel, amerykański terapeuta i psychiatra, zaproponował model biopsychospołeczny, który uwzględniał zarówno biologiczne aspekty choroby, jak i czynniki psychologiczne i społeczne wpływające na przebieg choroby i powrót do zdrowia.

Model biopsychospołeczny opiera się na holistycznym podejściu do człowieka (z greckiego holos – całość), co oznacza „całościowość", podczas gdy model biomedyczny skupiał się głównie na chorobie. Holistyczne spojrzenie na zdrowie zakłada, że istnieją różne przyczyny powstawania chorób. Dlatego ważne jest, aby wziąć pod uwagę różne czynniki i warunki, w jakich znalazła się dana osoba, oraz to, w jaki sposób wpłynęły one na jej stan. Model biomedyczny ograniczał wyjaśnienie choroby głównie do czynników biologicznych.

Zgodnie z modelem biopsychospołecznym zachowanie człowieka ma znaczący wpływ na zdrowie, może powodować ryzyko zachorowania lub pomóc w powrocie do zdrowia. Natomiast model paternalistyczny zapewniał, że ludzie nie są odpowiedzialni za swoje choroby. Brak choroby był oznaką dobrego samopoczucia fizycznego.

Model biomedyczny	Model biopsychospołeczny
nacisk na chorobę;	podejście holistyczne;
uwzględnia się przyczynę choroby przed innymi czynnikami wpływającymi na zdrowie pacjenta;	zakłada się, że zdrowie i choroba są związane z wieloma przyczynami, które mają różny wpływ;
„proste" biologiczne wyjaśnienie choroby;	medycyna integracyjna bierze pod uwagę różne czynniki, które mogły spowodować chorobę;
ludzie nie ponoszą odpowiedzialności za choroby;	zachowanie człowieka wpływa na jej zdrowie, ludzie mogą zmieniać swoje zachowanie.
brak choroby jako oznaka dobrego samopoczucia fizycznego.	

Podejście skoncentrowane na pacjencie ewoluowało i nadal się rozwija wraz z modelem biopsychospołecznym. Wprowadzenie modelu biopsychospołecznego wymagało zmiany sposobu myślenia lekarzy, w szczególności zrozumienia, że pacjent jest osobą i ma prawo uczestniczyć we wszystkich procesach związanych ze swoim zdrowiem. Pod koniec lat 70. XX wieku WHO ogłosiła konieczność aktywnej roli i zaangażowania pacjentów w celu poprawy zarówno jakości, jak i skuteczności opieki medycznej, w związku z czym podejście skoncentrowane na pacjencie stało się cechą charakterystyczną „medycyny właściwej".

Elementy podejścia skoncentrowanego na pacjencie

Naukowcy obecnie określają następujące elementy podejścia skoncentrowanego na pacjencie:

Empatia – to umiejętność słuchania i słyszenia, współczucia, emocjonalnego wspierania osoby, która otrzymuje pomoc medyczną. Empatia oznacza obecność w kontakcie z pacjentem, zrozumienie jego sytuacji.

Szacunek – to traktowanie z szacunkiem świadomego wyboru pacjenta, jego potrzeb, przekonań, wartości, wspieranie godności ludzkiej i uznanie jego integralności, odpowiedzialności, a jednocześnie jego stanu emocjonalnego.

Zaangażowanie – nie oznacza jedynie poświęcania czasu na interakcję z pacjentem. Chodzi o chęć zrozumienia pacjenta i zbliżenia się do jego postrzegania własnej sytuacji lub choroby (jego obaw, uczuć, oczekiwań...). Pracownik służby zdrowia powinien być uważny i oddany.

Relacje, wzajemne relacje – oznaczają wzajemne zaufanie między lekarzem a pacjentem, partnerstwo, które zakłada wzajemną odpowiedzialność.

Komunikacja to dwustronna interakcja między pracownikiem medycznym a pacjentem, wymiana informacji. Dzięki komunikacji wartości i stanowisko pacjenta zostaną wysłuchane i uwzględnione w procesie wspólnego podejmowania decyzji dotyczących jego zdrowia.

Wspólne podejmowanie decyzji oznacza, że osoba jest aktywnie zaangażowana w proces udzielania jej pomocy medycznej, co obejmuje motywację, samodzielność i udział w leczeniu.

Podejście holistyczne zakłada, że wszystkie aspekty życia pacjenta mają wpływ na jego zdrowie. Czynniki pozamedyczne mogą wpływać na chorobę lub powrót do zdrowia, dlatego należy je uwzględnić w procesie udzielania pomocy medycznej. Podejście holistyczne stanowi podstawę modelu biopsychospołecznego.

Podejście indywidualne – powiązane z podejściem holistycznym, zakłada badanie indywidualnych aspektów życia pacjenta, które mogą wpływać na proces udzielania pomocy medycznej.

Koordynacja opieki – obejmuje współpracę i współdziałanie zarówno między różnymi rodzajami i poziomami opieki medycznej, jak i innymi usługami (socjalnymi, psychologicznymi, pomocy w życiu codziennym).

Co może dać podejście skoncentrowane na pacjencie?

1. Wysokiej jakości relacje oparte na zaufaniu między pacjentem a lekarzem, umiejętność przekazywania informacji i okazywania empatii – to najsilniejszy czynnik motywujący pacjenta do zaangażowania się w proces leczenia i świadomego udziału w nim.

2. Kiedy lekarz wykazuje zrozumienie potrzeb pacjenta, poziom jego lęku znacznie się obniża.

3. Pacjenci zadowoleni z podejścia lekarza wykazują wyższy poziom dobrego samopoczucia psychicznego, zgłaszają mniej skarg, lepiej rozumieją swoją chorobę i dążą do samodzielnego dbania o swoje zdrowie.

U podstaw podejścia skoncentrowanego na pacjencie leży skuteczna komunikacja między lekarzem a pacjentem, która zwiększa zadowolenie pacjenta. Z drugiej strony szacunek dla pacjenta, zrozumienie jego sytuacji i uznanie jego odpowiedzialności stanowią ważny element w zapobieganiu wypaleniu emocjonalnemu lekarza.

Koncepcja relacji partnerskich opartych na współpracy oznacza przejście od paternalizmu lekarskiego do relacji opartej na wzajemnej interakcji między pacjentem a lekarzem. Lekarz staje się liderem w tej interakcji. Dlatego kompetencje komunikacyjne stają się najważniejszym elementem lekarskiego profesjonalizmu. I tym trzeba i można się uczyć przez całe życie zawodowe.

> *Kiedy lekarz wykazuje zrozumienie potrzeb pacjenta, poziom jego lęku znacznie się obniża. W badaniu skuteczności kompetencji komunikacyjnych lekarzy wykazano, że zmniejszenie stresu emocjonalnego pacjenta wiąże się z empatycznymi reakcjami lekarza na emocjonalne reakcje pacjenta oraz z przystępnością i jasnością informacji przekazywanych przez specjalistę. Pacjenci, którzy byli zadowoleni z podejścia lekarza, wykazywali wyższy poziom dobrostanu psychicznego, rzadziej zgłaszali skargi, lepiej rozumieli swoją chorobę i starali się samodzielnie dbać o swoje zdrowie.*
>
> *Stuart i współautorzy (2000) wykazali, że spersonalizowane podejście lekarza do pacjenta, kontakt wzrokowy i szczegółowe wyjaśnienia dotyczące choroby wiążą się z mniejszym dyskomfortem, mniejszym niepokojem i lepszą poprawą zdrowia psychicznego u pacjentów z chorobami przewlekłymi... Badania wykazały wpływ czynników psychospołecznych*

na osiągnięcie remisji w chorobach onkologicznych, polegający na tym, że chory lepiej radzi sobie ze stresem wywołanym chorobą, bardziej ufa lekarzowi, a co za tym idzie wykazuje większe zaangażowanie w leczenie. Zadowolenie pacjentów z komunikacji z lekarzami silnie koreluje z ogólnym zadowoleniem pacjentów z opieki medycznej.

Zasady komunikacji medycznej w podejściu skoncentrowanym na pacjencie

Do głównych zasad komunikacji medycznej zalicza się:

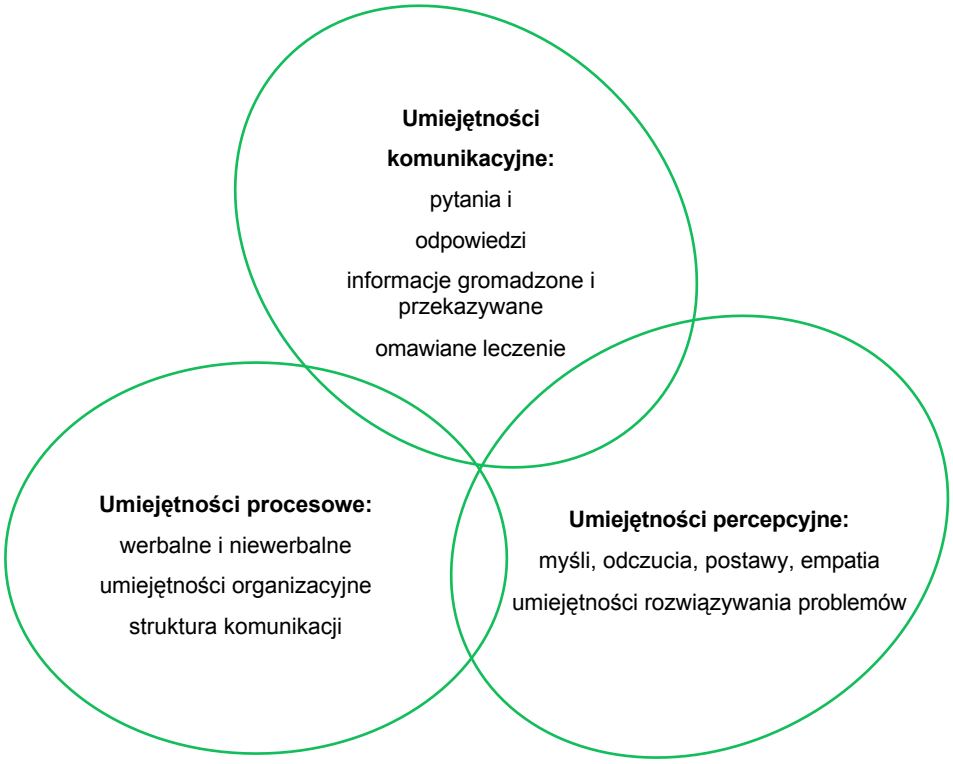
- słuchanie empatyczne – świadome współodczuwanie aktualnego stanu emocjonalnego drugiej osoby bez utraty poczucia zewnętrznego pochodzenia tego przeżycia;
- aktywne słuchanie – odzwierciedlanie uczuć, otwarte pytania;
- informowanie pacjenta;
- zachęcanie pacjenta do aktywności;
- uznanie wartości doświadczenia pacjenta.

Jako plan realizacji zasad skutecznej komunikacji proponujemy wykorzystanie opracowanego przez Silvermana i współautorów (rys. 1.1) modelu umiejętności komunikacyjnych, który zakłada doskonalenie trzech nierozerwalnie powiązanych podstawowych umiejętności:

- umiejętności merytoryczne – o czym mówi lekarz;
- umiejętności procesowe – w jaki sposób lekarz się komunikuje;
- umiejętności percepcyjne – o czym myśli i co czuje lekarz.

Podejście zorientowane na pacjenta powinno być wdrażane na różnych poziomach. Wszystko zaczyna się od zmiany wąskiego spojrzenia pracowników służby zdrowia i ich stosunku do pacjenta. Kolejnym krokiem jest zmiana relacji między lekarzem a pacjentem, czyli między świadczeniodawcą a odbiorcą opieki medycznej.

Rys. 4. Rodzaje umiejętności komunikacyjnych i ich wzajemne powiązania (według Silvermana).



Pacjent, świadczeniodawca i państwo powinny stworzyć wspólny system skutecznej współpracy, który w przyszłości przyczyni się do rozwoju medycyny zorientowanej na człowieka.

Dlaczego współczesny system opieki zdrowotnej powinien być zorientowany na pacjenta?

Wprowadzenie podejścia skoncentrowanego na pacjencie stanowi istotną podstawę rozwoju systemu opieki zdrowotnej zorientowanego na ludzi. Świadczenie opieki medycznej w oparciu o podejście zorientowane na pacjenta przyczynia się do realizacji Celu Zrównoważonego Rozwoju nr 3 zawartego w dokumencie ONZ dotyczącym dobrego zdrowia i dobrego samopoczucia ludności.

Cel Zrównoważonego Rozwoju nr 3 polega na zapewnieniu zdrowego stylu życia i dobrobytu ludzi w każdym wieku. Aby zrealizować ten cel, określono szereg zadań, w szczególności dotyczących wprowadzenia powszechnego, uniwersalnego dostępu do usług opieki zdrowotnej (ang. – universal health coverage). Powszechny dostęp do opieki zdrowotnej obejmuje ochronę przed ryzykiem finansowym, dostęp do wysokiej jakości usług medycznych i sanitarnych oraz do bezpiecznych, skutecznych podstawowych leków i szczepionek.

W jaki sposób podejście skoncentrowane na pacjencie sprzyja powszechnemu dostępowi do usług opieki zdrowotnej?

Wszyscy ludzie mają równy dostęp do wysokiej jakości usług medycznych, co obejmuje:

- **wspólnie tworzone** usługi (ang. co-produced health care services), aby odpowiadały potrzebom ludzi;
- usługi koordynowane w celu zapewnienia **ciągłości opieki**;
- usługi są **kompleksowe,** bezpieczne, skuteczne, terminowe i dostępne;
- wszyscy **świadczeniodawcy** są zmotywowani, posiadają odpowiednią wiedzę i umiejętności oraz pracują w sprzyjającym środowisku.

Kluczowe strategie WHO dotyczące rozwoju systemu opieki zdrowotnej w celu wdrożenia podejścia zorientowanego na pacjenta:

1. Wspieranie i angażowanie pacjentów, osób korzystających z opieki medycznej oraz społeczności lokalnych w uczestnictwo w systemie opieki zdrowotnej. Wspólnie opracowane usługi medyczne stanowią jeden ze sposobów realizacji tej strategii.

2. Wzmocnienie zarządzania i odpowiedzialności systemu opieki zdrowotnej zarówno przed organami władzy i zamawiającymi, jak i przed społecznością.

3. Nowa orientacja modelu świadczenia pomocy poprzez wprowadzenie nowoczesnych i innowacyjnych podejść do zarządzania w świadczeniu usług medycznych; innymi słowy – nowego modelu opieki medycznej.

4. Koordynacja i wzmocnienie powiązań systemu opieki zdrowotnej z dostawcami innych usług, przede wszystkim społecznych, psychologicznych, rehabilitacyjnych itp.

5. Stworzenie sprzyjającego środowiska poprzez udoskonalenie ustawodawstwa, opracowanie i realizację polityki w dziedzinie opieki zdrowotnej, monitorowanie i ocenę itp.

Podsumowując część teoretyczną

Podejście skoncentrowane na pacjencie to sposób świadczenia opieki medycznej, który uwzględnia wartości, życzenia i preferencje pacjenta oraz angażuje go w proces leczenia.

Podejście zorientowane na pacjenta zostało wprowadzone w ubiegłym stuleciu jako przeciwwaga dla paternalizmu w medycynie oraz w ramach tworzenia modelu biopsychospołecznego.

Podejście skoncentrowane na pacjencie to nowa filozofia i sposób myślenia, oparty na szacunku i empatii wobec osób korzystających z opieki medycznej, uwzględniający czynniki społeczne wpływające na stan ich zdrowia.

Podejście zorientowane na pacjenta traktuje zdrowie nie tylko jako brak choroby, ale jako pełne życie człowieka, stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu.

Podejście skoncentrowane na pacjencie jest ważnym warunkiem zapewnienia powszechnego dostępu do wysokiej jakości i skutecznych usług opieki zdrowotnej.

Stworzenie systemów opieki zdrowotnej zorientowanych na człowieka ma kluczowe znaczenie dla osiągnięcia Celów Zrównoważonego Rozwoju, w szczególności Celu nr 3 dotyczącego powszechnego dostępu do systemu opieki zdrowotnej.

Podejście skoncentrowane na pacjencie:

- opiera się na nowoczesnych podejściach do zarządzania w zakresie świadczenia opieki medycznej;
- przewiduje koordynację, współpracę i integrację różnych rodzajów i poziomów opieki medycznej, a także z innymi usługami społecznymi;
- opiera się na zasadach efektywności ekonomicznej;
- wykorzystuje innowacyjne technologie informacyjne i komunikacyjne.

CZĘŚĆ 2. ZADANIA PRAKTYCZNE. PRZYPADEK DO OMÓWIENIA

Wprowadzenie do przypadku

Ten przypadek można odegrać lub wyobrazić sobie jako grę fabularną albo „przeanalizować w głowie” scenariusz podobnej rozmowy.

Porównaj tradycyjny scenariusz ze scenariuszem zorientowanym na pacjenta i spróbuj odpowiedzieć na następujące pytania:

- Czy lekarz może zapewnić odpowiednią pomoc, jeśli brakuje mu kontekstu i zrozumienia zachowania lub decyzji pacjenta?
- Co zachęca pacjenta do dzielenia się szczegółami i okolicznościami, a co go do tego zniechęca?
- W jaki sposób komunikacja z lekarzem może być różnie postrzegana przez pacjenta, w zależności od tego, czy lekarz okazuje empatię, czy nie?
- Czy okazywanie empatii rzeczywiście wpływa na wyniki kliniczne?

Najpierw przyjrzymy się punktowi widzenia pacjentki, opisując jej stan zdrowia, a także niektóre jej przekonania i sytuacje. Następnie przedstawimy punkt widzenia lekarza, aby pomóc Państwu zrozumieć, co dokładnie wpływa na jego decyzje i taktykę interakcji z pacjentką.

Przedstawiamy Państwu dwie hipotetyczne rozmowy. W pierwszej lekarz stosuje podejście paternalistyczne, dyrektywne. W drugiej stosowane jest podejście zorientowane na pacjenta.

(Uwaga: dialog opiera się na wieloletnim doświadczeniu w obserwacji rzeczywistych interakcji między lekarzem a pacjentem, ale jest to scenariusz fikcyjny.)

Z perspektywy pacjenta

Maria – 66-letnia kobieta, która od 6 miesięcy jest na dializie.

W końcu przyzwyczaiła się do napiętego harmonogramu, w którym trzy dni w tygodniu poświęca na przygotowanie się do zabiegu oraz dojazdy do i z centrum hemodializy. Maria odczuwa wiele negatywnych emocji i dyskomfortu związanego z samym zabiegiem, który trwa wiele godzin. Nie podoba jej się, że zajmuje to tak dużo czasu. Ten czas mogłaby poświęcić wnukom, ciesząc się przytulnością i komfortem własnego domu, ale jest to poświęcenie, na które świadomie się decyduje.

Maria od dawna zmaga się z nadwagą i cukrzycą. Stara się przestrzegać wszystkich nowych zaleceń i wskazówek lekarki dotyczących diety, ale nie jest to łatwe, a jej pamięć nie jest już taka jak kiedyś. Poczuła się kompletnie zagubiona, gdy lekarka zasypywała ją informacjami o białku, fosforze i potasie. Czy powinna przyjmować leki wiążące, gdy spożywa pokarmy o wysokiej zawartości potasu lub fosforu? (A tak przy okazji, powinna jeść więcej białka, a twaróg nie zawiera białka, więc wydaje się, że to będzie dla niej w porządku. To takie zagmatwane!) Poza tym nie znosi smaku swoich leków wiążących – powodują u niej zaparcia – więc dość często ich unika.

Oprócz nowego planu leczenia Marii trudno jest obliczyć i zmieścić się w swoim budżecie na jedzenie. Z tymi nowymi ograniczeniami wydaje jej się, że wszystkie produkty spożywcze znacznie podrożały. Koniec z owocami i warzywami w puszkach, koniec z ziemniakami, koniec z ryżem pilaw – produktami i potrawami, które wydawały się tanie i łatwe w przygotowaniu, ale powiedziano jej, że jej stan zdrowia nie pozwala już na ich spożywanie. Niedawno podczas rozmowy lekarka dowiedziała się, że Maria dość często jadła makaron z serem.

Czasami pracownicy oddziału hemodializy traktują Marię tak, jakby nie dbała o swoje zdrowie lub nie przestrzegała planu leczenia.

Ale tak naprawdę nie jest jej to obojętne! Naprawdę dba o siebie, jak tylko potrafi; chce obserwować, jak dorastają jej wnuki, nie chce, by jej stan zdrowia dalej się pogarszał, pragnie w końcu doczekać się swojej kolejki na przeszczep nerki. Wie, że aby zrealizować wszystkie te cele, musi pozostać zdrowa i czuje, że z całych sił stara się przestrzegać tych skomplikowanych zasad dietetycznych.

Okiem lekarza

Iryna, lekarz dietetyk, 20 lat doświadczenia zawodowego.

Iryna ma do czynienia z różnymi pacjentami. Od tych, którzy otwarcie rzucają jej wyzwanie, zażywając właśnie to, czego im zabrania, po pacjentów, którzy doznali zawałów serca podczas zabiegu hemodializy, a także niektórych pacjentów, którzy stosują się do jej zaleceń i znacznie dłużej żyją na dializie. Jej zdaniem dobrze dogaduje się z większością z nich, choć czasami zauważa, że niektórzy udają, że śpią, gdy się zbliża. Lubią, gdy przynosi „dializowe smakołyki", aby uzyskać dobre wyniki badań laboratoryjnych.

Do zostania dietetyczką na oddziale hemodializy Irinę zainspirowała historia jej matki, która przez długi czas była na dializie, nigdy, jak się wydawało, nie przestrzegała diety i planu leczenia i zmarła zbyt młodo. Iryna chce pomóc innym uniknąć tej pułapki. Oferuje wiele dobrych materiałów informacyjnych, zasobów i porad, ponieważ ma wieloletnie doświadczenie. Wcześniej uważała, że jeśli pacjenci otrzymają wszystkie te informacje i porady, będą podejmować świadome decyzje, ale ostatnio coraz częściej zadaje sobie pytanie, co jest nie tak z motywacją jej pacjentów.

Nawet gdy Iryna pokazuje im zdjęcia tego, co dzieje się z ich skórą, gdy poziom fosforu jest zbyt wysoki, nie zmieniają oni swojej diety ani nie przyjmują regularnie leków wiążących fosfor. Nawet gdy mówi im, co dokładnie muszą zrobić, aby znaleźć się na liście oczekujących na przeszczep, wielu pacjentów nie zmienia swojego zachowania.

Maria wydaje się jej sympatyczną kobietą, ale wygląda na to, że nie zwraca uwagi na to, co się jej mówi o znaczeniu przestrzegania diety nerkowej. Iryna wielokrotnie opowiadała Marii o ograniczeniach dietetycznych, ale poziom fosforu u niej nadal pozostaje wysoki. Kilka razy Iryna przyłapała Marię na resztkach makaronu i sera. Iryna jest zasmucona tym, że jej pacjentka nie przestrzega diety, tak ważnej dla jej zdrowia.



Tradycyjne podejście

Poniedziałek. Zanim wejdzie do sali Marii podczas dializy, Iryna przegląda wyniki badań laboratoryjnych przeprowadzonych dzień wcześniej. Wyniki nieco się poprawiły, ale poziom fosforu wciąż jest zbyt wysoki! Chwyta materiały informacyjne z listą produktów o wysokiej zawartości fosforu i kieruje się do sali.

W poniższym dialogu oznaczenia w nawiasach kwadratowych zawierają przykłady tego, co można „wyczytać" z wypowiedzi Iryny w każdej rozmowie.

L (Lekarka): „Witam, pani Mario! Jak minął weekend?" *[Nawiązanie kontaktu]*

P (Pacjentka): „Dzień dobry, pani Iryno! Dziękuję, wspaniale. Świętowaliśmy urodziny wnuka, skończył sześć lat, poprosił o przygotowanie jego ulubionego makaronu z sosem serowym. Danie się udało – to był prawdziwy hit!"

L.: „Tak, widzę, że zabrała Pani resztki potrawy na przekąskę. Pamięta Pani, o czym rozmawialiśmy w zeszłym tygodniu na temat sera?" *[Ocena]*

P: „Proszę się nie martwić, pani Iryno, dziś rano nie jadłam ani jajek, ani twarogu, pamiętając o moich wynikach. Wszystko z umiarem, prawda?"

L: „Cóż… właśnie przejrzałam wyniki pani badań laboratoryjnych i poziom fosforu jest nadal zbyt wysoki. Może powinniśmy jeszcze raz przejrzeć te materiały informacyjne o fosforze, pani Mario? Widzi pani, że ser jest na liście produktów o wysokiej zawartości fosforu, a moim zdaniem je pani go za dużo". (Lekarka poświęca około 10 minut na ponowne pokazanie i omówienie materiałów informacyjnych.)
[Udzielanie informacji/porad bez pytania o zgodę.]

P: „Wiem, wiem. Ale staram się ograniczyć jego ilość w mojej diecie. Jak już mówiłam, dziś rano nie jadłam twarogu. I nawet nie jem już pomidorów, które uprawiam i bardzo lubię. Daję je dzieciom i znajomym! Szczerze mówiąc, bardzo tęsknię za czasami przed dializą, kiedy nie musiałam tak martwić się o każdą drobiazg, który wkładam do ust".

L: „Rozumiem, że to trudne, ale wiesz, co się dzieje, gdy nie przestrzegasz diety. Kilka miesięcy temu przebywałaś w szpitalu z infekcją. A przecież chcesz znaleźć się na liście biorców do przeszczepu. Może przyczepisz te materiały informacyjne na lodówce jako przypomnienie? Albo, jeśli chcesz, mogę porozmawiać z twoją córką i poprosić ją, żeby ci przypominała?".

[Próba okazania empatii, ale nieskuteczna; ignorowanie rozmowy o zmianach; stosowanie taktyki zastraszania; wyzwiska; udzielanie informacji/porad bez zgody]

P: „Tak, w zeszłym tygodniu przyczepiłam już ulotki na lodówce. Nie chcę teraz niepokoić córki tą sprawą, jej mała córka jest chora i potrzebuje mojej pomocy".

L: „A co z dziennikiem żywieniowym, pani Mario? Mogłaby Pani prowadzić dziennik, zapisując produkty i potrawy, które Pani spożywa, a wtedy moglibyśmy go wspólnie przejrzeć, aby ustalić, gdzie popełnia Pani błędy. Być może, jeśli uda nam się to dokładnie określić, Pani wyniki ulegną poprawie. Wie Pani, że jako Pani lekarz byłabym bardzo zadowolona, gdyby Pani wyniki były niższe!" *[Szczera chęć pomocy; udzielanie informacji/porad bez zgody]*

P: „Oczywiście, dobrze, moglibyśmy spróbować... nie zaszkodzi spróbować".

L: „Dobrze, świetnie, w takim razie zaplanuj na ten tydzień prowadzenie dziennika żywieniowego. A co z lekami ściągającymi, czy je zażyłaś, czy przyjmujesz je zgodnie z ustaleniami?" *[Dyktowanie celu zdrowotnego zamiast zachęcania pacjentki do jego sformułowania; pytanie zamknięte raczej nie skłoni do szczerej odpowiedzi]*

P: „Tak, tak. Wiem, że mam je przyjmować podczas głównych posiłków i przekąsek".

L.: „W porządku, w porządku! Skontaktuję się z Panią w przyszłym tygodniu, aby przejrzeć Pani dziennik żywieniowy" *[Przesunięcie z tematu zdrowia na kontrolę ćwiczeń pisemnych].*

Podejście zorientowane na pacjenta

Oto powtórzenie tego samego scenariusza, ale z założeniem, że Iryna ukończyła kurs komunikacji. Wykład wprowadzający wywarł na niej duże wrażenie! Następnie ćwiczyła, uczęszczała na wszystkie zajęcia z kształtowania umiejętności komunikacyjnych i faktycznie zaczęła dostrzegać różnicę między stosowaniem tradycyjnego podejścia a podejściem zorientowanym na pacjenta. Znów czerpie radość ze swojej pracy i czuje, że zmienia życie wielu swoich pacjentów.

L: „Witam, pani Mario! Jak minął pani weekend?" *[Nawiązanie kontaktu]*

P: „Dzień dobry, pani Iryno! Dziękuję, wspaniale. Świętowaliśmy urodziny wnuka, skończył sześć lat, poprosił, żeby przygotować jego ulubiony makaron z sosem serowym. Danie się udało – to był prawdziwy hit!"

L: „A więc miło spędziła Pani czas z rodziną! Ten Pani słynny makaron z sosem serowym to prawdziwa pokusa! Wiem, że bardzo się Pani stara, aby ograniczyć ilość sera w diecie, mając na uwadze poziom fosforu". *[Złożona refleksja, zaangażowanie, wsparcie]*

P: „O tak, przecież wiesz, jak bardzo lubię ser! Jednak dziś rano znacznie zmniejszyłam ilość sera i jajek, niewielka ich ilość nie powinna zaszkodzić, prawda?"

L: „To świetnie, że wprowadzacie zmiany! Macie rację, że elastyczne podejście jest kluczowe, a to, co zdecydujecie się ograniczyć, zależy wyłącznie od was". *[Zatwierdzenie, poparcie dla autonomii pacjenta]*

P: „Myślę, że nie ograniczam się wystarczająco. Widzę, że ma Pan tam wyniki moich badań. Wiem, że poziom fosforu nadal jest wysoki".

L: „Tak, to prawda, ale wszystkie pozostałe wskaźniki mieszczą się w dopuszczalnych granicach. A poziom fosforu jest znacznie niższy niż poprzednio. A więc to, co pan robi, ma znaczenie". *[Zatwierdzenie, odwołanie się do osobistej motywacji i poczucia własnej skuteczności]*

P: „Cóż, jak już wspomniałam, staram się ograniczyć jego ilość w mojej diecie. Nie jadłam twarogu dziś rano. Nie jem nawet pomidorów,

które uprawiam i bardzo lubię. Daję je dzieciom i znajomym! Szczerze mówiąc, bardzo tęsknię za czasami przed dializą, kiedy nie musiałam tak martwić się o każdą drobiazg, który wkładam do ust".

L: „Podejmujesz znaczące, ważne kroki! To naprawdę bardzo skomplikowana dieta. A ty wykonałeś niesamowitą pracę, opanowując to wszystko. Zazwyczaj potrzeba czasu, aby to wszystko zrozumieć. Wiem, że wkładasz w to wiele wysiłku i zdajesz sobie sprawę, jak ważne jest to dla twojego zdrowia". *[Stwierdzenie, aprobata z refleksją, przemyślenia na temat wysiłków zmierzających do zmiany]*

P: „Tak, wiem, jak to jest ważne i staram się, chociaż czasami jest to dla mnie trudne".

L: „Co Pana/Panią motywuje?" *[Zachęcanie do rozmowy o zmianach]*

P: „Moje wnuki. Wiesz, ile one dla mnie znaczą. Są dla mnie wszystkim! Chcę pozostać jak najzdrowsza, aby nadal pomagać córce w opiece nad nimi. Poza tym bardzo chcę znaleźć się na liście biorców do przeszczepu".

L: „Pozostać zdrową, znaleźć się na liście biorców i obserwować, jak dorastają te dwa małe wulkaniki energii, które są dla Pani największą motywacją. Ciekawe, czy warto byłoby wybrać tylko jeden lub dwa punkty, które pomogą ci w tym tygodniu pozostać na właściwej drodze?" *[Zastanowienie się, prośba o zgodę, poszukiwanie rozwiązań].*

P: „Z fosforem? (Iryna kiwa głową.) Cóż, te materiały informacyjne są przydatne, ale skupiają uwagę na produktach, których nie należy spożywać. Czy macie takie, które dają wyobrażenie o dozwolonych dla mnie produktach, które mogę kupić w sklepie spożywczym? Bardzo bym chciała, żeby nie były drogie!"

L: „Oczywiście! Mam tutaj broszurę z produktami spożywczymi, które mogą Państwu się przydać, i możemy wspólnie sprawdzić, które z nich są tańsze. W czym jeszcze mogę Państwu pomóc?" *[Propozycja wspólnego podejmowania decyzji]*

P: „Chcę się Panu przyznać, że nie biorę leków wiążących w takiej ilości, jaką Pan mi przepisał. Po prostu nie znoszę ich smaku – czasami powodują u mnie zaparcia".

L: „Dobrze, że o tym wspomniałeś. To całkiem zrozumiałe, że nie masz ochoty ich przyjmować. Wiesz, moglibyśmy spróbować dobrać inny lek. Co o tym sądzisz?" *[Sprawdzenie, propozycja, umożliwienie samodzielnego podjęcia decyzji]*

P: „O! Byłoby dobrze spróbować znaleźć inny”.

L.: „Poproszę pielęgniarkę, aby dała panu kilka próbek do domu, żeby mógł pan spróbować. Widzę, że zabieg dializy dobiega końca. Czy ma pan do mnie jeszcze jakieś pytania? Za chwilę wrócę z materiałami informacyjnymi dla pana. Jakie będą pana dalsze kroki?”

[Przypomnienie o kolejnych krokach, które pomogą w przestrzeganiu planu leczenia]

P: „Po zakończeniu dializy wezmę leki od pielęgniarki i spróbuję je zażyć. Zrozumiałam, że muszę częściej przeglądać te ulotki, które mi Pani przekazuje. Na pewno wezmę pod uwagę nową ulotkę z produktami, które są dla mnie bezpieczne i korzystne. Postaram się też jeszcze bardziej ograniczyć spożycie sera i jajek. W najbliższym czasie nie będzie już urodzin, co pomoże mi trzymać się diety!”

L: „Świetny plan. Jestem przekonana, że jeśli będziesz się go trzymać, pozytywnie wpłynie to na twoje zdrowie. Stopniowo się przyzwyczaisz i łatwiej będzie ci przestrzegać diety – obiecuję!” *[Wyrażenie poparcia oraz odwołanie się do osobistej determinacji i poczucia własnej skuteczności]*

Omówcie oba scenariusze. Zastanówcie się nad podejściem i strategią, które zastosowała Iryna w każdym z nich. Jak zareagowała Maria? Co było skuteczne i dlaczego? Na koniec określcie, w jaki sposób podejście zorientowane na pacjenta może poprawić interakcję lekarza z pacjentem.

Pytania testowe sprawdzające wiedzę znajdują się w pełnej, autorskiej wersji zajęć.

Pytania do dziennika refleksyjnego:

Biorąc pod uwagę moje dotychczasowe doświadczenia, czy mogę określić moje podejście do pacjentów jako zorientowane na człowieka?

Prezentacja tematu pod linkiem:

bit.ly/3rAOXSs

Pełna wersja zajęć pod linkiem:

bit.ly/3okw303

TEMA 2
T

Empatia

TEMAT 2
EMPATIA

Opracowały: Julia Tycholaz, Tetiana Sendecka i Anastasia Leukhina



Julia Tycholaz, wykładowczyni komisji ds. przedmiotów przyrodniczych, Winnicka Wyższa Szkoła Medyczna im. akademika Danila Zabolotnego



Tetiana Sendecka, psycholog, założycielka Sendecka Training Agency



Anastasia Leukhina, przewodnicząca organizacji społecznej „Goryzontali", autorka „Wcale nie strasznej książki o życiu, śmierci i wszystkim, co jest pomiędzy nimi", konsultantka ukraińsko-szwajcarskiego projektu „Rozwój edukacji medycznej"

CELE DYDAKTYCZNE:

- zrozumienie znaczenia empatycznego podejścia w pracy personelu medycznego;
- znać algorytmy komunikacji służące wykazaniu empatii w trakcie rozmowy z pacjentami i ich opiekunami.

Postawa	Wiedza	Umiejętności
Podejście zorientowane na człowieka jako podstawa filozofii relacji z pacjentem.	Pojęcia: empatia, współodczuwanie, współczucie.	uświadomienie sobie własnych przeżyć, uczuć; rozwój spostrzegawczości psychologicznej; kształtowanie umiejętności „odczytywania" sygnałów niewerbalnych; kształtowanie umiejętności empatycznego wyrażania się; rozwój zdolności do empatii.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Część organizacyjna – **5 min.**
Dyskusja wstępna – **10 min.**
Miniwykład (krótkie omówienie materiału teoretycznego) – **15 min**. Praca nad studiami przypadków w małych grupach – **10 min.**
Omówienie studiów przypadków (podsumowanie) – **15 min.**
Interaktywne dyskusje, gra sytuacyjno-rolowa – **50 min.**
P o d sumowanie. Końcowy test sprawdzający poziom wiedzy teoretycznej (w formie elektronicznej lub papierowej) – **10 min**.
Podsumowanie, ogłoszenie ocen – **5 min. Łącznie – 120**

min.

Materiały do zajęć
Pytania do dyskusji wstępnej: jak wyjaśnilibyście pojęcie „empatia” osobie, która nie wie, co to znaczy?

CZĘŚĆ 1. MATERIAŁY TEORETYCZNE

Słowo „empatia” pochodzi od greckiego „patho”, co oznacza głębokie, silne, wrażliwe uczucie (odczucie), zbliżone do cierpienia. Przedrostek „em” oznacza skierowany (ukierunkowany) do wewnątrz.

Empatia to świadome współodczuwanie stanu emocjonalnego innej osoby, zdolność do zrozumienia uczuć drugiej osoby, „odczytywania” jej stanu emocjonalnego i zestawiania z nim własnych myśli i działań.

W neurofizjologicznych mechanizmach empatii biorą udział neurony lustrzane. U naczelnych komórki te skłaniają je do powtarzania tych samych czynności jedna po drugiej, a u ludzi – do śmiechu z żartów, płaczu nad wzruszającymi książkami i filmami oraz nawiązywania przyjaźni.

Nie należy mylić empatii ze współczuciem, ponieważ empatię można okazywać nie tylko w odniesieniu do „trudnych” emocji. Jest to pojęcie głębsze i bardziej zaangażowane niż współczucie, które po prostu uznaje problemy lub uczucia innej osoby.

Empatia to świadoma reakcja na uczucia rozmówcy bez przypisywania sobie cudzych odczuć. Wyróżnia się trzy poziomy empatii: niski, średni i wysoki.

Niski poziom polega na „odczytywaniu” sygnałów niewerbalnych i porównywaniu ich z tym, co widziałeś wcześniej.

U podstaw średniego poziomu leży chęć zrozumienia drugiej osoby, ustalenia przyczyny jej przeżyć, wysłuchania całej historii. Wyrazem empatii na tym poziomie jest umiejętność postawienia się w sytuacji rozmówcy.

Wysoki poziom empatii oznacza zdolność do szybkiego wyczuwania stanu drugiej osoby bez przejmowania się jej problemami; racjonalną analizę stanu emocjonalnego danej osoby, co pozwala udzielić jej rzeczywistej pomocy.

W psychologii empatię postrzega się jako jedność procesów emocjonalnych, poznawczych i wolicjonalnych. Wśród rodzajów empatii wyróżnia się następujące:

- empatię emocjonalną,
- empatię poznawczą,
- empatię predykatywną.

Empatia emocjonalna opiera się na mechanizmach projekcji i naśladowania reakcji motorycznych i afektywnych innej osoby.

Empatia poznawcza opiera się na procesach intelektualnych (porównania, analogie itp.).

Empatia predykcyjna przejawia się jako zdolność człowieka do przewidywania reakcji afektywnych drugiej osoby w konkretnych sytuacjach.

Wyróżnia się szczególne formy empatii: współodczuwanie i współczucie.

Krótka dyskusja: czy Państwa zdaniem istnieje różnica między pojęciami „empatia", „współodczuwanie" i „współczucie"?

Współodczuwanie to przeżywanie przez podmiot tych samych stanów emocjonalnych, które przeżywa inna osoba, poprzez utożsamienie się z nią. Innymi słowy, jest to przeżywanie emocji podobnej do emocji obiektu.

Współczucie to przeżywanie własnych stanów emocjonalnych w związku z odczuciami i uczuciami innej osoby. W przypadku współczucia przeżycia podmiotu i obiektu nie są tożsame.

Pracownicy służby zdrowia działają w relacji „człowiek-człowiek", kiedy dochodzi do procesu wyobrażonego porównywania siebie z inną osobą w celu zrozumienia i odczucia przeżyć oraz uczuć tej osoby. Proces ten stanowi początek empatii klinicznej.

Tabela 3

Związek między empatią, współczuciem i współprzeżywaniem

	Współczucie	Empatia	Współodczuwanie
Definicja	Reakcja, która dość często opiera się na współczuciu, często bez wystarczającego zrozumienia sytuacji, ale w celu uchronienia siebie przed nieprzyjemnymi odczuciami	Reakcja oparta na próbie zrozumienia cudzego cierpienia oraz na komunikacji o nim; nazywanie uczuć drugiej osoby	Odpowiedź, która w wyniku zrozumienia cierpienia próbuje znaleźć możliwe rozwiązania i działania, aby je złagodzić
Reakcja na cierpienie	Zauważyć	Zauważyć i przekazać	Zauważyć, przekazać i podjąć wysiłki, aby złagodzić
Wynik	Samozachowawczość	Szczere zrozumienie tego, kto cierpi, lepszy kontakt z drugą stroną	Ułatwienie ofiar, rzeczywista pomoc
Przykład	To straszne... Trzymaj się... Tak mi przykro...	Pomóż mi zrozumieć, co się z tobą dzieje… Rozumiem, że teraz boli/jest smutno/odczuwacie gniew/rozpacz/niepokój...	Rozumiem, że nie jest wam teraz łatwo, ale co mogę dla Ciebie zrobić, aby poprawić sytuację? W czym mogę pomóc?

K. A. Stepien i A. Baernstein charakteryzują empatię kliniczną nie tylko jako zrozumienie emocji pacjenta, ale także jako realizację przejawów tego zrozumienia w stosunku do niego.

Empatia kliniczna to zdolność do zrozumienia uczuć i przeżyć pacjenta jako całości, do przyjęcia jego strony, bez jakichkolwiek ocenujących sądów na jego temat. Przy tym ważne jest pozytywne nastawienie do osobowości pacjenta.

Według S. W. Mercera empatia kliniczna obejmuje:

1. Zdolność do zrozumienia stanu pacjenta, jego uczuć (emocji).
2. Umiejętność komunikowania się z pacjentem w celu zrozumienia jego stanu psychicznego, emocji oraz sprawdzenia trafności tego zrozumienia.
3. Umiejętność podjęcia określonych działań terapeutycznych (z uwzględnieniem zrozumienia stanu psychicznego pacjenta).

Empatia to proces składający się z dwóch etapów. Na pierwszym etapie ważne jest ustalenie i osiągnięcie jasnego zrozumienia oraz uznania sytuacji i uczuć drugiej osoby, na drugim – przekazanie tego zrozumienia pacjentowi/rozmówcy w jasnej i komfortowej formie.

Większość pracowników służby zdrowia z powodzeniem realizuje pierwszy punkt: potrafi dostrzec i być wrażliwym na sytuację pacjenta – jednak nie zawsze demonstruje to otwarcie, czyli nie realizuje drugiego punktu. Kluczowe w empatii jest właśnie otwarte okazywanie pacjentowi naszego zrozumienia emocji w taki sposób, aby poczuł nasze wsparcie.

Empatię można wyrażać werbalnie i niewerbalnie.

Niewerbalne przejawy empatii:

- gesty,
- wyraz twarzy (mimika),
- poza,
- spojrzenie – kontakt wzrokowy,
- odległość,
- dotyk – przedramię, ramię, plecy (powyżej łopatek).

Werbalnym przejawem empatii są wypowiedzi empatyczne.

Wypowiedź empatyczna to komentarze wspierające, które dość konkretnie nazywają i uznają emocje oraz problemy pacjenta.

Przykłady wypowiedzi empatycznych:

„Widzę, że trudno jest Pani pogodzić się z utratą pamięci przez Pana męża”.
„Rozumiem, jak trudno jest Pani o tym mówić”.
„Rozumiem złość, jaką odczuwa Pani z powodu swojej choroby”.
„Widzę, jak bardzo smuci Panią jej zachowanie”.
„Rozumiem, jak bardzo przeraża Panią stwierdzenie, że ból może powrócić”.

Dość skutecznym sposobem okazania empatii jest technika mnemoniczna **NURSE.**
(zob. również str. 184)

Name – nazwać lub odzwierciedlić emocję pacjenta;
Understand – zrozumieć emocję;
Respect – okazać szacunek;
Support – wspierać;
Explore – zgłębić emocje.

Rozważmy przykład:
Mama chłopca chce zrezygnować ze szczepienia, bo słyszała o możliwych powikłaniach. Empatyczna odpowiedź według schematu N.U.R.S.E. może wyglądać tak:

N	Name	nazwać czy odzwierciedlić emocję – „Obawiacie się ewentualnych powikłań po szczepieniu”.
U	Zrozumienie	zrozumieć emocję – „Rozumiem, martwisz się o swoje dziecko i nie chcesz ryzykować”.
R	Respect	okazać szacunek – „To dobrze, że jest Pani odpowiedzialną mamą i szuka Pani dodatkowych informacji”.
S	Support	wspierać – „Mogę udzielić Pani wyczerpujących informacji na temat tej szczepionki i będziemy mogli bardziej szczegółowo omówić częstotliwość możliwych reakcji u dziecka”.
E	Explore	szczegółowo omówić emocje – „Co jeszcze budzi Pani/Pana obawy związane ze szczepieniem?”

Tab. 4. **NURSE**

Podsumowując część teoretyczną

Empatia pomaga:

- nawiązać kontakt, zapewnić relacje oparte na zaufaniu;
- zwiększyć motywację i poprawić compliance (przywiązanie);
- zmniejszyć emocjonalne napięcie/agresję.

Bez empatycznego podejścia raczej nie będziemy w stanie dostrzec i zrozumieć punktu widzenia, pomysłów, wyobrażeń, motywacji i barier pacjenta. Tylko wtedy, gdy szczerze wykażemy gotowość do zaakceptowania światopoglądu pacjenta, pacjent podzieli się z nami otwarcie i szczerze, abyśmy mogli go wesprzeć i wpłynąć na jego wybór.

Wskazówki dotyczące rozwijania empatii:

Staraj się, aby każdy pacjent czuł, że jest dla Ciebie ważny.

Postaw się w sytuacji pacjenta, biorąc pod uwagę jego emocje, potrzeby i problemy zdrowotne.

Dowiedz się więcej o komunikacji niewerbalnej – mimice, mikroekspresjach, mowie ciała, odczytywaniu z oczu, tonie głosu – aby pomóc sobie w zrozumieniu uczuć pacjenta.

Staraj się sprawiać wrażenie osoby miłej i swobodnej, nawet jeśli tak się nie czujesz.

Pracuj nad zwiększeniem świadomości swojej komunikacji niewerbalnej.

Poproś współpracowników, aby obserwowali Twoje interakcje z kilkoma pacjentami, aby ocenić Twoją empatię.

Posłuchaj, jak znani empatyczni komunikatorzy (np. koledzy, liderzy, przyjaciele, prezenterzy telewizyjni) używają głosu, aby wyrazić empatię. Poćwicz wypowiadanie niektórych zwrotów przed lustrem (np. „Myślę, że może to być trudne...”), oceniaj swoje umiejętności i wprowadzaj poprawki.

Unikaj ocen. Staraj się budować relacje, w których jesteś postrzegany jako uzdrowiciel i sojusznik, a nie tylko jako dostawca usług.

Jeśli masz problemy z empatią wobec konkretnego pacjenta, spróbuj dowiedzieć się, dlaczego tak się dzieje i jak temu zaradzić.

CZĘŚĆ 2. ZADANIA PRAKTYCZNE

Praca z przypadkami w małych grupach

Zadanie
Przeanalizujcie studia przypadków. Zaproponujcie empatyczną odpowiedź zgodnie ze schematem NURSE.

Przypadek 1:

Rodzice, którzy przywieźli dziecko z odległego regionu na konsultację do kliniki kardiochirurgicznej w stolicy, zbyt emocjonalnie reagują na słowa kardiologa, który mówi, że „nie podobają mu się szmery i konieczne jest przeprowadzenie dodatkowych badań serca", i domagają się, aby nie odkładać operacji: „Przeszliśmy już wszystkie badania".

Możliwa odpowiedź zgodnie ze schematem **NURSE:**

Name – nazwać lub odzwierciedlić emocję: „Przeraża Pana/Panią zbliżająca się operacja, a do tego dochodzą jeszcze nowe okoliczności. Niepewność przeraża jeszcze bardziej".

Understand – zrozumieć emocje: „Rozumiem, że najtrudniejsze jest patrzeć, jak choruje wasze dziecko, i czuć, jakbyście tracili kontrolę nad sytuacją".

Respect – okazać szacunek: „Ale przeszli Państwo już tak wiele, udało się Państwu przywieźć dziecko tutaj".

Support – wspierać: „Musimy mieć pewność, że Państwa dziecko jest gotowe do operacji pod względem wszystkich przewidzianych wskaźników. Postaram się zrobić wszystko szybko. To bardzo ważne".

Explore – zgłębić emocje: „Czy jest jeszcze coś, co niepokoi Pana/Panią w związku ze stanem Państwa dziecka?".

Przypadek 2:

Pacjent odmawia poddania się zabiegowi otwarcia panarycia, domagając się zastosowania innej (nieinwazyjnej) metody leczenia, uzasadniając to obawami przed „zarażeniem się wirusowym zapaleniem wątroby": „Proszę przepisać mi maść... albo może coś innego, słyszałem, że można zastosować jakąś radioterapię...".

Możliwa odpowiedź według schematu **NURSE:**

Name – nazwać lub odzwierciedlić emocję: „Boisz się zarażenia wirusowym zapaleniem wątroby".

Understand – zrozumieć emocję: „Rozumiem, to poważna choroba… i teraz tak wiele się o tym mówi…"

Respect – okazać szacunek: „Ale to świetnie, że pan o tym wie i stara się unikać niebezpiecznych sytuacji".

Support – wsparcie: „Proszę, osobiście dopilnuję, aby wszystko było sterylne/użyjemy narzędzi jednorazowych".

E x p l o r e – zgłębić emocje: „Co jeszcze przeraża Pana/Panią w naszym planie leczenia?"

Przypadek 3:

Pacjent, u którego niedawno zdiagnozowano cukrzycę, wyraża obawy związane z wypisaniem ze szpitala, mówiąc: „Nie jestem pewien, czy dam sobie radę z tym wszystkim – ciągłym mierzeniem poziomu cukru i wstrzykiwać sobie zastrzyki".

Możliwa odpowiedź zgodnie ze schematem **NURSE**:

Name – nazwać lub odzwierciedlić emocję: „Wygląda Pan na zaniepokojonego..."

Understand – zrozumieć emocje: „Rozumiem, że otrzymanie takiej diagnozy to naprawdę stresujące doświadczenie".

Respect – okazać szacunek: „Ale świetnie sobie radzisz, szybko się uczysz, dzisiaj bardzo dobrze poradziłeś sobie z paskami testowymi i zastrzykami insuliny".

Support – wspierać: „Jutro rano popracujemy razem jeszcze raz, a ja poproszę pielęgniarkę, która będzie do Pana/Pani regularnie przychodzić, aby odwiedziła Pana/Panią za kilka dni i wspólnie wykonali Państwo te czynności".

Explore – zgłębiać emocje: „Opowiedz mi więcej o tym, co jeszcze martwi cię w kwestii utrzymywania poziomu cukru w domu".

Podsumowanie (omówienie przypadków)

Interaktywna dyskusja

Pytania do dyskusji:
1. Dlaczego dla pracownika służby zdrowia ważne jest okazywanie empatii wobec pacjentów?

Kiedy pracownik służby zdrowia stara się spojrzeć na sytuację z perspektywy pacjenta, może zaproponować mu inne opcje leczenia lub możliwe sposoby pomocy, których prawdopodobnie wcześniej nie rozważał. Pacjentowi znacznie łatwiej będzie porozmawiać o swoich problemach z kimś, kto podchodzi do niego z empatią i znajduje czas, aby spróbować zrozumieć, co czuje i przez co przechodzi.

Uczucia, obawy, oczekiwania i przemyślenia pacjenta są równie ważne jak dolegliwości fizyczne. Biorąc pod uwagę wszystkie te aspekty, pracownik służby zdrowia będzie w stanie lepiej zrozumieć sytuację i ostatecznie udzielić najlepszych porad dotyczących leczenia lub zapewnienia wysokiej jakości opieki. Pracownik służby zdrowia wykazujący empatię pomoże pacjentowi poczuć się swobodnie i wysłuchanym.

Empatia pomoże przełamać liczne bariery między pacjentem a pracownikiem służby zdrowia, z którymi może się on spotkać, oraz stworzyć komfortowe środowisko do komunikacji.

Empatia jest podstawową zasadą podejścia komunikacyjnego zorientowanego na pacjenta. Pracownik służby zdrowia, który potrafi okazać zrozumienie, częściej ma do czynienia z pacjentami, którzy czują się mniej osądzeni i bardziej akceptowani.

Pacjent, który czuje wsparcie i nie musi się bronić, najprawdopodobniej będzie bardziej otwarty na zalecenia dotyczące planu leczenia i zmiany stylu życia. Jednak, choć brzmi to prosto, „bycie bardziej empatycznym" jest dość trudnym zadaniem dla przeciętnego lekarza.

Typowe błędy:

niewystarczające zrozumienie, czym jest empatia. Mylenie empatii ze współczuciem lub okazywanie empatii przez lekarza tylko wtedy, gdy jego zdaniem pacjent jest przygnębiony;

okazywać empatię tylko po to, by zaznaczyć „haczyk" w rubryce „dobry lekarz";

uważać, że bycie empatycznym oznacza udawanie, że wiesz, co dokładnie czuje druga osoba, aby sprawić, by poczuła się lepiej w danej sytuacji;

wierzyć, że bycie empatycznym to prosty sposób na to, by ktoś ci zaufał;

myśleć, że empatia to umiejętność, którą stosuje się tylko w pracy, a nie w życiu codziennym;

myśleć zbyt pragmatycznie. Na przykład twierdzić, że empatia jest ważna, ponieważ zapewnia lekarzowi dobre oceny w ankietach satysfakcji pacjentów

2. Co jest ważniejsze: umiejętność empatii czy współczucia?

Zacznij od przedstawienia swojej osobistej definicji pojęć „empatia" i „współczucie". Twoje definicje mogą różnić się od standardowych. **Omów podstawowe obowiązki lekarza i wyjaśnij, dlaczego umiejętność okazywania empatii i współczucia przez lekarza jest kluczową umiejętnością podczas wykonywania tych obowiązków.**

Lekarze ponoszą odpowiedzialność za przepisanie właściwego leczenia i zapewnienie pacjentowi najlepszej możliwej opieki, wykorzystując połączenie wiedzy akademickiej, krytycznego myślenia oraz komunikacji (z kolegami, pacjentem

i członkami jego rodziny). Najważniejsze jest to, że lekarz nie może wyrządzić krzywdy pacjentowi ani przeprowadzić interwencji medycznej bez świadomej zgody pacjenta.

Zatem empatia jest ważna, ponieważ pozwala lekarzowi zrozumieć, co może odczuwać pacjent, na co może liczyć pacjent pod względem wyniku klinicznego (na przykład, czy pacjent w podeszłym wieku uzna ograniczoną sprawność ruchową za akceptowalny skutek zabiegu?) W przypadku, gdy zabieg jest bolesny lub budzi strach (jak w przypadku nakłucia lędźwiowego lub zabiegu chirurgicznego), kluczowe znaczenie ma pełna komunikacja lekarza z pacjentem, obejmująca obowiązkowe omówienie przyczyny zabiegu, tego, co pacjent będzie odczuwał w trakcie i po zabiegu, a także ryzyka i możliwych niebezpiecznych konsekwencji.

Okazywanie współczucia jest również ważne podczas rozmowy z pacjentem.

Na przykład, wykonując zastrzyk i wprowadzając igłę, lekarz, który wykazuje empatię, ale nie okazuje współczucia, powiedziałby: „Będzie bolało, ale ból nie potrwa długo, więc proszę się nie denerwować”.

Lekarz, który wykazuje zarówno empatię, jak i współczucie, powiedziałby: „Chcę pana ostrzec, że może pan poczuć coś w rodzaju ukłucia, ale zrobię to tak szybko i bezboleśnie, jak to tylko możliwe, więc proszę się zrelaksować i nie skupiać się na tym zbytnio. Za chwilę będzie po wszystkim”.

Ten przykład pokazuje, jak ważna jest umiejętność łączenia empatii i współczucia przez lekarza podczas wykonywania swojej pracy.

Odpowiedz na pytanie, co jest ważniejsze: empatia czy współczucie? A może obie te cechy są równie ważne?

Zastanów się, czy istnieją okoliczności, w których okazywanie zbyt wielkiego współczucia może wyrządzić krzywdę. Posłuż się własnym doświadczeniem lub obserwacjami i podaj przykład.

Częste błędy:

odpowiadanie na pytanie przed sformułowaniem własnych definicji terminów;

nie zastanawianie się z wyprzedzeniem nad różnicą między tymi dwoma pojęciami oraz nad tym, jak wiążą się one z zawodem lekarza lub innego pracownika służby zdrowia.

3. Jak wyjaśniłbyś pacjentowi, że konieczne jest pobranie kolejnej próbki krwi, ponieważ wyniki ostatniego badania zaginęły?

Postaw się w sytuacji pacjenta. O co może się martwić? Pacjent przeszedł procedurę, która mogła mu się wydawać nieprzyjemna, a teraz, nie z własnej winy, proszony jest o jej powtórzenie. Może go również niepokoić kwestia poufności związana z utratą próbki krwi.

W takiej sytuacji ważne jest, aby komunikować się z pacjentem jasno i uprzejmie, wyjaśnić mu, co się stało, tak aby nie miał wątpliwości, że to rzeczywiście miało miejsce. Nie używaj eufemizmów (słów łagodzących lub maskujących). Postaw się w sytuacji pacjenta, wysłuchaj jego problemów i wszystkiego, co mówi. Możesz powiedzieć: „Bardzo mi przykro, że będzie Pan/Pani musiał/a oddać kolejną próbkę krwi".

Zastanów się, czy nie warto powiedzieć: „Rozumiem, że czujesz się rozczarowany tą sytuacją, ponieważ czekałeś na wyniki badań krwi i jeszcze ich nie otrzymałeś".

A także: „Zapewniam Pana/Panią, że nie udostępnimy wyników Pana/Pani badania nikomu spoza grupy personelu medycznego, który się Panem/Panią opiekuje. Rozumiem Państwa obawy związane z utratą wyników ostatniego badania, ale bardzo poważnie podchodzimy do kwestii poufności i zrobimy wszystko, co w naszej mocy, aby zachować ją".

Często popełniane błędy:

mówić ostro, niegrzecznie lub z dystansem. To prawdopodobnie jeszcze bardziej zasmuci pacjenta, który już wiele przeszedł;

używanie eufemizmów, które mogą wprowadzić pacjenta w błąd lub zmylić go co do tego, co się stało;

obwinianie innych osób za to, co się stało. Nawet jeśli to czyjaś wina, nie poprawi to samopoczucia pacjenta.

4. Dlaczego pracownicy służby zdrowia, którzy są członkami jednego zespołu medycznego, powinni okazywać empatię sobie nawzajem, a także swoim pacjentom?

Praca w służbie zdrowia (na przykład w szpitalu) może być bardzo stresująca i wyczerpująca. Współpracownicy mogą potrzebować wsparcia od kogoś, kto dobrze to rozumie. Okoliczności pozazawodowe mogą wpływać na zdolność członka zespołu do wykonywania swojej pracy, a jeśli ta osoba zdecyduje się podzielić z Tobą swoimi problemami lub obawami, ważne jest, aby okazać empatię i spróbować zrozumieć, co dokładnie przeżywa kolega.

Okazywanie zrozumienia między współpracownikami poprawia zdolność zespołu do współpracy, a tym samym poprawia jakość pomocy udzielanej pacjentom. Praca personelu medycznego może być traumatyczna lub stresująca, co może mieć wpływ na członków zespołu. Obecność empatycznych współpracowników, którym nie jest obojętny los innych, może pomóc zespołowi czuć się bardziej pozytywnie, co będzie wspierać ich w pracy.

5. Jesteś lekarzem. Jak postąpiłbyś w sytuacji, gdyby rodzice przywieźli dziecko na oddział ratunkowy szpitala i byli rozgniewani, że muszą długo czekać na badanie swojego dziecka?

Lekarze czasami mają do czynienia z „trudnymi" pacjentami (nie chodzi tu o ich stan fizyczny, ale o „trudne przejawy emocjonalne/behawioralne"), ale w takiej sytuacji ważne jest, aby okazać empatię i zrozumieć, że dana osoba zazwyczaj ma powód, by zachowywać się właśnie w ten sposób. Spróbuj zastosować technikę **ICE** (ideas, concerns and expectations) – pomysły, obawy i oczekiwania. Wyjaśnij, w jaki sposób dowiedziałbyś się, dlaczego rodzice uważają (pomysły), że muszą długo czekać, dlaczego się tym martwią (obawy) i czego oczekują (oczekiwania) od Ciebie w tej sytuacji.

Zastanów się, dlaczego rodzice mogą odczuwać złość w takiej sytuacji. Najprawdopodobniej martwią się o swoje dziecko i mogą uważać, że personel nie robi wystarczająco dużo, aby pacjent został zbadany jak najszybciej. Omów, w jaki sposób spróbowałbyś uspokoić rodziców. Ważne jest, aby zrozumieć, że rodzice (krewni), których dziecko trafiło na oddział przyjęć szpitala ratunkowego, mogą być bardzo zmartwieni, a Ty musisz pokazać, że chcesz im pomóc w upewnieniu się, że ich dziecko otrzyma najlepszą pomoc i opiekę. Rodzice lub pacjenci na oddziale przyjęć szpitala ratunkowego mogą również znajdować się w stanie stresu z powodów, o których nawet nie myślisz i których nie jesteś w stanie przewidzieć. Dlatego tak ważne jest, aby wysłuchać pacjenta, dać mu możliwość wyjaśnienia swojej sytuacji, a w odpowiedzi zapewnić odpowiednie wsparcie, na przykład umożliwić mu skorzystanie z telefonu.

Typowe błędy:

zapomnienie o pacjencie/rodzicach. Wyjaśnienie, w jaki sposób można opanować sytuację, jest świetnym pomysłem, ale ludzi zawsze bardziej interesuje to, w jaki sposób okazujesz empatię wobec kogoś, kto jest smutny lub przeżywa stres, i rozwiązujesz ich problemy;

niechęć do zapytania osoby o jej punkt widzenia na sytuację. Technika ICE jest właśnie tym, z czego warto skorzystać w takim scenariuszu.

5. Opowiedz o sytuacji, w której wykazałeś się empatią. Powiąż swoją odpowiedź z medycyną oraz z tym, dlaczego empatia jest tak niezbędna w zawodzie medycznym i w jaki sposób ten przykład pomaga ci czuć się (w pewnym stopniu) przygotowanym do praktycznej pracy.

Twój przykład powinien odnosić się konkretnie do Ciebie (opierać się na Twojej konkretnej sytuacji). Weź pod uwagę zarówno werbalne, jak i niewerbalne środki, z których możesz skorzystać, okazując empatię. Nie chodzi tylko o to, co mówisz, ale także o to, w jaki sposób to mówisz!

Część Twoich przemyśleń może dotyczyć tego, co zrobiłbyś inaczej. To pokaże, że potrafisz wyciągać wnioski z własnych doświadczeń.

Typowe błędy:

Nie skupiaj się na własnych historiach, tylko opowiadaj o sytuacjach, w których byłeś świadkiem okazywania empatii przez innych lekarzy. W tym przypadku nie ma to znaczenia, ponieważ ważne jest, aby usłyszeć właśnie o twoim doświadczeniu.

Opowiadanie historii (Twojego przykładu) bez zastanowienia i bez rozszerzania swojego empatycznego zachowania – łatwo jest zagubić się w „opowiadaniu historii" i gadaniu.

Zapomnij o powiązaniu swoich argumentów z medycyną i tym, dlaczego sytuacja, którą opisujesz, świadczy o tym, że pewnego dnia staniesz się dobrym studentem medycyny/lekarzem.

BADANIE I UŚWIADAMIANIE WŁASNYCH DOŚWIADCZEŃ JAKO DRUGA STRONA EMPATII

Umiejętności komunikacji klinicznej są ściśle powiązane z kompetencjami emocjonalnymi – dlatego podczas nauki warto je praktykować i uczyć się ich razem. Zdolność lekarzy do rozpoznawania własnych emocji i radzenia sobie z nimi może poprawić ogólne samopoczucie poprzez zapobieganie stresowi i wypaleniu zawodowemu. Kluczowe znaczenie ma umiejętność rozpoznawania swoich automatycznych reakcji emocjonalnych – to właśnie one najczęściej powodują konflikty, toksyczność w relacjach i wypalenie zawodowe. Zobaczmy więc, jak możemy samodzielnie badać swoje uczucia.

Swoje uczucia można badać w trakcie lub po samym wydarzeniu. W trakcie – oznacza bycie w trakcie komunikacji, bardzo świadomym/świadomą – skupiając się wyłącznie na zrozumieniu emocjonalnego aspektu swojej komunikacji i korygowaniu jej. Po wydarzeniu warto przypomnieć sobie zmiany swoich emocji i przeanalizować swoje zachowanie, aby zwiększyć swoją świadomość, ciekawość i znaleźć nowe opcje, którymi można zastąpić automatyczne reakcje lub szybkie osądzanie innych.

Obserwuj swoje umiejętności:

Rozpoznawaj emocje (swoje i innych osób): zwróć uwagę, na co reagujesz, na co reagują inni, jak emocje wpływają na twoją komunikację.

Na przykład kolega sarkastycznie zwraca ci uwagę w obecności innych, że zapomniałeś podzielić się z nim bardzo ważną informacją o pacjencie. Odpowiadasz z irytacją, że mógł sam zajrzeć do karty pacjenta.

Przeanalizuj przyczyny tych emocji. Dlaczego zareagowałeś? Dlaczego druga osoba zareagowała? Co wywołało (na przykład) twój gniew? A może sarkazm twojego kolegi (sarkazm to zazwyczaj również ukryty gniew)? Zadaj sobie pytanie: czy możesz odejść od automatycznej reakcji emocjonalnej i zamiast tego zastosować empatię? Jak to może wyglądać?

Czujesz się winny i zraniony. Masz problemy w domu, a w pracy brakuje ci sił. Czujesz się poniżony w obecności innych. Twój kolega jest rozczarowany i rozgniewany tym, że musiał wykonywać więcej pracy w sytuacji, gdy i tak ma zadań po uszy, a sam jest na skraju wypalenia zawodowego.

Działaj świadomie i buduj relacje. Zrozumienie własnych emocji i źródeł ich powstawania może pomóc w znalezieniu drogi do rozmowy z drugą osobą. Można przeprosić, można wyjaśnić, co wywołało tak burzliwe uczucia, można bardziej docenić wkład/pracę/stan emocjonalny drugiej osoby. Zbliżenie zaczyna się od małych kroków.

Porozmawiaj z kolegą w cztery oczy. Zacznij od szczerego przeproszenia za to, że nie dopowiedziałeś się, co spowodowało dodatkowe obciążenie dla kolegi. Powiedz mu, że masz problemy w domu i że ostatnio trudno ci się skupić w pracy. Przyznaj, że kolega również znajduje się pod presją i że dodałeś do tego jeszcze więcej napięcia. Twój kolega najprawdopodobniej przyjmie przeprosiny i sam przeprosi za to, że poniżył cię przed innymi ludźmi, oraz życzy ci, aby problemy rodzinne znalazły rozwiązanie. Podziękujesz koledze i zaproponujesz wspólną kawę lub herbatę.

Grupa rówieśnicza w celu zwiększenia własnej świadomości: stwórz małą grupę rówieśniczą z kolegami (można również zaproponować jej utworzenie ze studentami) i spotykajcie się co tydzień na pół godziny, aby dzielić się swoimi obserwacjami i wnioskami z doświadczeń. Obserwowanie, formułowanie i wyrażanie swoich przeżyć to przydatna praktyka w rozwoju kompetencji emocjonalnych.

Więcej informacji można znaleźć w modelu Guide to the iCARE-Haaland Model Resources • CONNECT (tghn.org) – międzynarodowym projekcie badawczym mającym na celu opracowanie uniwersalnych kompetencji emocjonalnych pracowników służby zdrowia z różnych krajów.

Przypadek Tetyany

Część 1

– Jeśli wyniki badań potwierdzą moje przypuszczenia, to pańska choroba jest nieuleczalna i przerodzi się w nowotwór.

– Jak to? Zupełnie nie da się wyleczyć?

– Nie.

5 minut ciszy.

– Co mam zrobić?

Cisza. Każdy siedział w swojej ciszy i swoim bólu.

Możliwe pytania do dyskusji:

Co poszło nie tak? *(W tym miejscu można porozmawiać o zamkniętości lekarza, o zbytniej zwięzłości, o braku dialogu, podsumowania i planu).*

Czy na miejscu pacjentki zdecydowalibyście się na kolejną wizytę u tego lekarza? Dlaczego tak, a dlaczego nie? *(W tym miejscu można zbadać obawy i różne postrzeganie słuchaczy – w końcu ludzie są różni: jedni wrócą, a inni – nie).*

Co lekarz/lekarka mógł/mogła zrobić inaczej? *(Zobacz sekcję o modelu konsultacji Calgary-Cambridge w Temat 3).*

Jak wyglądałaby bardziej empatyczna komunikacja? *(W tym miejscu można wykorzystać informacje z Tematu 3 dotyczące struktury konsultacji oraz z Tematu 6 dotyczące przekazywania złych wiadomości).*

Część 2

To historia moja i mojej ginekolog. Byłam bardzo zła, że tak się ze mną zachowała. Dlaczego nie można było po prostu porozmawiać o wszystkim jak ludzie? Zdążyłam już naznaczyć ją piętnem „nieprofesjonalistki", ale coś w tej historii nie dawało mi spokoju. Chciałam zamknąć ten rozdział, więc ponownie do niej przyszłam. Ale tym razem wszystko było inaczej, rozmawiała ze mną życzliwie, serdecznie i z empatią. To były dwie różne osoby. I wtedy zrozumiałam, że nie wpadłam w historię o „nieprofesjonalizmie", ale w historię, w której ból i uczucia przeszkadzają lekarzowi w skutecznej pracy i troskliwym podejściu do pacjentów.

Możliwe pytania do dyskusji

Jak sądzicie, dlaczego podczas kolejnej wizyty lekarka zachowała się inaczej? *(W tym miejscu można poruszyć temat jej stanu emocjonalnego, ewentualnego braku umiejętności empatycznej reakcji, przekazywania złych wiadomości oraz ogólnie doradztwa, a także tego, jak jej przeżycia wpływają na sposób komunikacji).*

Co pomogło lekarzce zmienić zachowanie podczas kolejnej wizyty pacjentki? *(W tym miejscu można omówić otwartość pacjentki na dialog oraz to, jak podobna strategia może działać w obie strony).*

Jakie wnioski możemy wyciągnąć dla siebie z tego przypadku? *(Umiejętności, kompetencje emocjonalne, większa świadomość).*

Trudno jest zrozumieć innych, jeśli nie rozumie się siebie

Emocje przenikają wszystkie sfery naszego życia i kierują nami w momentach, gdy napotykamy trudności lub zadania, które są zbyt ważne, by polegać wyłącznie na rozumie. Czy tego chcemy, czy nie, emocje są zawsze obecne w naszym życiu: pojawiają się jako reakcja na bodźce. W ciągu życia człowiek gromadzi doświadczenie w postrzeganiu różnych emocji (zarówno własnych, jak i cudzych), które przekształca się w impulsy przejawiające się jako reakcja na konkretną sytuację. Od jakości i zakresu tego doświadczenia zależy nasza umiejętność rozpoznawania i wykorzystywania tej czy innej sytuacji na swoją korzyść. Trudno jest oddzielić życie osobiste od zawodowego, aby całkowicie nie poddawać się emocjom w pracy, dlatego warto nauczyć się sobie z nimi radzić.

Z pomocą przychodzi tu inteligencja emocjonalna (IE), ponieważ to właśnie ona oddaje nam kontrolę nad sytuacjami i zapewnia dostęp do zasobów racjonalnej wiedzy w naszym mózgu.

Termin „inteligencja emocjonalna" po raz pierwszy wprowadzili amerykańscy psychologowie J. Mayer i P. Salovey (1990). Według tych naukowców inteligencja emocjonalna to zbiór zdolności poznawczych pozwalających na rozpoznawanie, rozumienie i kontrolowanie emocji. Mayer i Salovey opracowali również znany test służący do określenia poziomu inteligencji emocjonalnej.

W 1995 roku Daniel Goleman określił pięć następujących zdolności leżących u podstaw inteligencji emocjonalnej:

Świadomość własnych emocji (samoświadomość) – umiejętność rozpoznawania swoich emocji w momencie ich pojawienia się; stanowi podstawę inteligencji emocjonalnej. Zdolność do ciągłego śledzenia uczuć jest niezwykle ważna dla wnikliwości psychologicznej i samopoznania. Ludzie, którzy z pewnością mogą powiedzieć, co dokładnie czują, okazują się lepszymi „pilotami" swojego życia, ponieważ mniej wątpią w słuszność swoich decyzji.

Zarządzanie emocjami – to umiejętność dbania o to, by emocje odpowiadały sytuacji, w której znajduje się dana osoba. Do zarządzania emocjami należą: umiejętność uspokojenia się, umiejętność pozbycia się nadmiernego niepokoju, przygnębienia, drażliwości. Osoby, u których te umiejętności są słabo rozwinięte, cierpią z powodu nadmiernych uczuć i próbują z nimi walczyć, a ci, którzy dobrze je opanowali, znacznie szybciej odzyskują równowagę po przeżytych nieprzyjemnościach lub przeżyciach.

Motywacja własna – kierowanie emocji we właściwym kierunku sprzyja koncentracji uwagi, zwiększa samokontrolę, pomaga stać się bardziej kreatywnym i pomaga nam osiągać wyznaczone cele.

Umiejętność rozpoznawania emocji innych ludzi (empatia) – jest najważniejszą umiejętnością spośród tych, które są niezbędne do pracy z ludźmi. Osoby, u których empatia jest lepiej rozwinięta, są wrażliwe nawet na najmniejsze sygnały wskazujące, czego chcą lub potrzebują inni. Pomaga to empatycznym ludziom osiągnąć sukces w zawodach związanych zarówno z zarządzaniem, jak i troską o innych.

Umiejętność budowania relacji polega na umiejętnym radzeniu sobie z emocjami innych ludzi. Obejmuje to kompetencje społeczne i związane z nimi konkretne umiejętności. To właśnie te umiejętności wzmacniają popularność i cechy przywódcze danej osoby oraz zwiększają skuteczność komunikacji międzyludzkiej. Osoby, które dobrze opanowały umiejętność budowania relacji, doskonale radzą sobie z każdym zadaniem wymagającym płynnej i sprawnej interakcji z innymi ludźmi. Są gwiazdami w dziedzinie komunikacji.

Te elementy inteligencji emocjonalnej odpowiadają kolejnym etapom jej rozwoju.

Przyjrzyjmy się bliżej głównym etapom tego procesu:

Uświadomienie sobie emocji – na tym etapie ważne jest, aby nauczyć się postrzegać wydarzenia wokół siebie przez pryzmat emocji i dostrzegać emocje tam, gdzie zazwyczaj zwraca się uwagę tylko na chłodną kalkulację i racjonalne działania.

Kształtowanie umiejętności „odczytywania" emocjonalnego znaczenia wydarzeń może odbywać się poprzez:

- pogłębiania wiedzy na temat powiązań między racjonalnymi obszarami kory nowej a emocjonalnymi organami układu limbicznego mózgu;
- analizy przypadków z punktu widzenia roli, jaką odgrywa w nich inteligencja emocjonalna;
- analizy emocjonalnych obrazów własnego zachowania;
- prowadzenia dziennika emocji.

Kontrola emocji i motywacja wewnętrzna nie są możliwe bez przejścia przez etap uświadomienia sobie własnych emocji.

Umiejętność rozpoznawania emocji innych ludzi (empatia) – ważne jest, aby pamiętać, że skuteczny rozwój tego elementu inteligencji emocjonalnej jest niemożliwy bez sprawnego opanowania poprzednich. Tylko nauczywszy się rozumieć i akceptować siebie w różnych stanach emocjonalnych i przejawach, uczymy się rozumieć i akceptować innych.

Umiejętność budowania relacji – ostatni krok w rozwoju inteligencji emocjonalnej. Ta umiejętność zakłada opanowanie strategii zarządzania własnymi emocjami oraz emocjami innych osób w celu osiągnięcia wspólnych celów.

Diagnoza poziomu inteligencji emocjonalnej jest pierwszym ogniwem w łańcuchu jej rozwoju – dlatego w załączniku znajdziesz kwestionariusz „inteligencji emocjonalnej" N. Halla, który pomoże określić poziom rozwoju każdego elementu Twojej IE, a także ćwiczenia i techniki, które pomogą lepiej zarządzać własnymi emocjami.

Okażcie wrażliwość i troskę wobec siebie. Pomoże to w budowaniu empatycznych i opartych na zaufaniu relacji z pacjentami.

Kwestionariusz „inteligencji emocjonalnej" N. Halla

Instrukcja: Poniżej przedstawiono stwierdzenia, które w taki czy inny sposób odzwierciedlają różne aspekty Państwa życia. Proszę wpisać w odpowiedniej komórce formularza po prawej stronie od numeru każdego stwierdzenia liczbę punktów, opierając się na ocenie Państwa odpowiedzi:

Całkowicie się nie zgadzam (–3 punkty)

W większości się nie zgadzam (–2 punkty)

Częściowo się nie zgadzam (–1 punkt)

Częściowo się zgadzam (+1 punkt)

W większości się zgadzam (+2 punkty) Całkowicie

się zgadzam (+3 punkty)

Formularz odpowiedzi:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Pytania do ankiety

1. Zarówno negatywne, jak i pozytywne emocje są dla mnie źródłem wiedzy o tym, jak postępować w życiu.
2. Negatywne emocje pomagają mi zrozumieć, co muszę zmienić w swoim życiu.
3. Jestem spokojny/spokojna, gdy odczuwam presję ze strony innych.
4. Potrafię obserwować zmiany w swoich uczuciach.
5. Kiedy jest to konieczne, potrafię zachować spokój i skupienie, aby działać zgodnie z wymaganiami życia.
6. Kiedy jest to konieczne, potrafię wywołać w sobie szerokie spektrum pozytywnych emocji, takich jak wesołość, radość, wewnętrzny entuzjazm i humor.
7. Zwracam uwagę na to, jak się czuję.
8. Gdy coś psuje mi nastrój, potrafię łatwo opanować swoje emocje.
9. Potrafię wysłuchać problemów innych ludzi.
10. Nie skupiam się na negatywnych emocjach.
11. Jestem wrażliwy/wrażliwa na emocjonalne potrzeby innych.
12. Potrafię działać uspokajająco na innych ludzi.
13. Potrafię zmobilizować się do ponownego stawienia czoła przeszkodom.
14. Staram się podchodzić do problemów życiowych w sposób kreatywny.
15. Odpowiednio reaguję na nastrój, motywacje i pragnienia innych ludzi.
16. Z łatwością osiągam stan spokoju, gotowości i skupienia.
17. Kiedy mam na to czas, analizuję swoje negatywne emocje i zastanawiam się, w czym tkwi problem.
18. Potrafię szybko się uspokoić po nieoczekiwanym rozczarowaniu.
19. Świadomość moich prawdziwych uczuć jest ważna dla utrzymania „dobrej formy”.

20. Dobrze rozumiem emocje innych ludzi, nawet jeśli nie są one otwarcie okazywane.

21. Potrafię dobrze rozpoznawać emocje po wyrazie twarzy.

22. Potrafię łatwo odrzucić negatywne uczucia, gdy trzeba działać.

23. Dobrze wychwytuję sygnały w komunikacji, które wskazują na to, czego potrzebują inni.

24. Ludzie uważają mnie za kogoś, kto dobrze rozumie uczucia innych.

25. Ludzie, którzy są świadomi swoich prawdziwych uczuć, lepiej kierują swoim życiem.

26. Potrafię poprawiać innym nastrój.

27. Można ze mną porozmawiać o sprawach dotyczących relacji międzyludzkich.

28. Dobrze dostosowuję się do emocji innych ludzi.

29. Pomagam innym wykorzystywać ich motywacje do osiągania osobistych celów.

30. Potrafię łatwo odciąć się od przeżyć i kłopotów.

Przetwarzanie i interpretacja wyników:

Zsumuj i zapisz wyniki dla każdej skali. Skala „świadomości

emocjonalnej" – punkty 1, 2, 4, 17, 19, 25.

Skala „radzenia sobie z własnymi emocjami" – pytania 3, 7, 8, 10, 18, 30.

Skala „motywacja własna" – punkty 5, 6, 13, 14, 16, 22.

Skala „empatia" – punkty 9, 11, 20, 21, 23, 28.

Skala „rozpoznawanie emocji innych ludzi" – punkty 12, 15, 24, 26, 27, 29.

Poziomy rozwoju składników inteligencji emocjonalnej:

14 i więcej – wysoki poziom. Jego wskaźnikami są nie tylko rozróżnianie emocji czy umiejętność kierowania nimi, ale także zdolność rozumienia, jak wyrażanie przez człowieka własnych emocji wpływa na innych ludzi, oraz uwzględnianie tego w swoim zachowaniu;

8–13 – poziom średni. Świadczy o zdolności do rozróżniania emocji innych ludzi, radzenia sobie z własnymi negatywnymi przeżyciami oraz adekwatnego wyrażania swoich emocji;

7 i mniej – poziom niski. Świadczy o tym, że osoba słabo rozumie swoje emocje i emocje innych ludzi, nie potrafi kontrolować własnych emocji i współczuć innym.

Ogólny poziom rozwoju IE:

70 i więcej – wysoki; 40–
69 – średni;
39 i mniej – niski.

Przydatne techniki rozwoju inteligencji emocjonalnej

Mapa emocji

Emocja	Przyczyny pojawienia się	Objawy fizyczne	Myśli towarzyszące podczas przeżywania emocji	Osoby, z którymi się kojarzy
Gniew				
Odraza				
Strach				
Zaskoczenie				
Radość				
Smutek				

Poświęć kilka minut i spróbuj zrozumieć rolę każdej z tych emocji w swoim życiu. Dodaj do listy inne emocje, które potrafisz w sobie rozpoznać.

Dziennik emocji

Ustaw kilka przypomnień w ciągu dnia pod nazwą „Moje emocje” (7–10 przypomnień). W momencie pojawienia się przypomnienia zadaj sobie pytanie:

Co czuję w tej chwili? Jaka to
emocja?
Jak intensywna jest ta
emocja? Co ją wywołuje?

Zapisuj powiązania między swoimi myślami a emocjami.

Następnie zastanów się i przeanalizuj swój dziennik: jakie emocje

dominują u Ciebie?
Co było przyczyną tych emocji? Jak
intensywne były te emocje? Ile różnych
emocji odczułeś?

Jak radzić sobie z emocjami?

Istnieje prosta technika, która pomoże wam szybko zrozumieć, jaką emocję obecnie odczuwacie, rozpoznać jej przyczynę, a także wskaże możliwe warianty wyjścia z zaistniałej sytuacji.

Czerwone światło
Pozwól sobie poczuć tę emocję (wywołanie emocji). Nazwij ją.

Żółte światło
Zastanów się, dlaczego się pojawiła, jak się czujesz, gdzie dokładnie w swoim ciele odczuwasz tę emocję i jakie to uczucie. Przeanalizuj możliwości wyjścia z sytuacji (uświadomienie sobie emocji).

Zielone światło
Postępuj zgodnie z planem, który wydaje się najlepszy (wyrażanie emocji).

Lista kontrolna samopomocy w przypadku silnych emocji

- **Nie blokuj emocji.** Przyjrzyj się temu, co cię boli i co sygnalizują ci emocje.
- Stwórz dla siebie mapę związków przyczynowo-skutkowych i spróbuj zrozumieć, **co stało się przyczyną tych emocji.**
- Skoncentruj się na wykrytych „bolach” i zastanów się, **jak możesz na nie wpłynąć.**

Przydatne techniki w przypadku silnych emocji

Technika stabilizacji 1

- Rozejrzyj się wokół siebie i znajdź wzrokiem 5 przedmiotów w kolorze niebieskim lub zielonym. Nazwij je.
- Wsłuchaj się i usłysz 4 różne dźwięki. Nazwij je.
- Dotknij dłonią i poczuj 3 różne powierzchnie. Opisz, jak się je czuje w dotyku.
- Poczuj dwa różne zapachy. Nazwij je.
- Wybierzcie coś do spróbowania. Opiszcie, jaki smak wyczuliście. (Być może poczujecie smak w ustach, a jeśli macie taką możliwość, wypijcie trochę wody i spróbujcie, jaki ma smak).

Technika stabilizacji 2

Weź głęboki wdech i wydech. Powoli rozejrzyj się dookoła i znajdź:

- 5 rzeczy, które widzisz,
- 4 rzeczy, których dotykasz,
- 3 dźwięki, które słyszysz,
- 2 zapachy, które czujesz,
- 1 emocję, którą teraz odczuwasz.

Ćwiczenie oddechowe 1

Połóż się wygodnie na plecach, ugnij kolana i oprzyj stopy na podłodze (lub leżance).

Weź głęboki wdech i policz do pięciu. Upewnij się, że brzuch się unosi, a klatka piersiowa, ramiona i lędźwie nie odrywają się od podłogi/kanapy.

Powoli wydychaj powietrze, licząc do pięciu. Postaraj się przycisnąć brzuch do pleców. Wykonaj dwie serie po 10–20 głębokich wdechów i wydechów.

Ćwiczenie oddechowe 2

„Oddychanie kwadratowe": na 1, 2, 3, 4 wdychamy powietrze, na 1, 2, 3, 4 wstrzymujemy oddech, na 1, 2, 3, 4 wydychamy powietrze, a na 1, 2, 3, 4 ponownie wstrzymujemy oddech. Delikatnie i powoli wdychamy powietrze przez nos, wydychamy ustami. Stopniowo zwalniaj tempo liczenia. Jeśli wykonasz to ćwiczenie przez kilka minut, niepokój się zmniejszy.

Technika badania własnych zasobów

Jak wygląda sytuacja z moimi zasobami?

- Przypomnij sobie trudności, które udało ci się pokonać wcześniej. Co ci w tym pomogło?
- Wypisz wszystkie swoje mocne strony. Dodawaj do tej listy wszystkie, które jeszcze zauważysz lub przypomnisz sobie.
- Sporządź listę czynności, które pomagają odzyskać siły i energię emocjonalną.
- Zaplanuj sobie przynajmniej jedną z tych rzeczy na najbliższy czas.

Praktyka wdzięczności

Wdzięczność pomaga odpuścić to, co zbędne, cieszyć się radosnymi chwilami i sprawia, że czujemy się spełnieni.

- Zastanów się i sporządź listę rzeczy, za które jesteś wdzięczny swojej pracy.

- Sporządź listę tego, za co (i komu lub czemu) jesteś wdzięczny w tym miesiącu.
- Sporządź listę tego, za co (i komu lub czemu) jesteś wdzięczny w tym tygodniu.
- Sporządź listę rzeczy, za które (komu lub czemu) jesteś wdzięczny w tym dniu.

Pytania do dziennika refleksyjnego:
Co czuliście podczas zajęć? Czego nowego dowiedzieliście się o sobie, o grupie? Jak wykorzystacie tę wiedzę? Czego się nauczyliście? Jak zdobyta wiedza i umiejętności mogą się przydać w przyszłości? Co było ważne? Nad czym się zastanawialiście? Co się z wami działo? Co należy rozwijać na przyszłość?

Literatura i wersja elektroniczna zajęć:
bit.ly/3Do6RtJ

TEMA 3

Zaufanie w relacji z pacjentem. Konsultacja jako przestrzeń budowania partnerskich



TEMAT 3

ZAUFANIE W RELACJACH Z PACJENTEM. KONSULTACJA JAKO PRZESTRZEŃ DO BUDOWANIA RELACJI PARTNERSKICH

Z wielką dbałością o szczegóły zebrane, uporządkowane i po raz pierwszy przetłumaczone na język ukraiński przez Anastazję Gorecką, Olenę Korotun oraz Tetianę Szczudrową



Anastasia Gorecka, kierownik służby psychologicznej Instytutu Edukacji i Badań Naukowych ds. Jakości Edukacji, Charkowski Narodowy Uniwersytet Medyczny



Olena Korotun, adiunkt na Katedrze Pediatrii i Chorób Zakaźnych Dzieci, Bukowinski Państwowy Uniwersytet Medyczny



Tetiana Shchudrova, adiunkt na katedrze farmakologii, Bukowinski Państwowy Uniwersytet Medyczny

CELE DYDAKTYCZNE

- poznać strukturę konsultacji;
- umieć analizować sygnały niewerbalne podczas komunikacji z pacjentem.

Podejście	Wiedza	Umiejętności
Podejście zorientowane na człowieka jako podstawa filozofii relacji z pacjentem.	jak budować zaufanie w relacjach z pacjentem; konsultacja jako przestrzeń do budowania relacji;	osiągnięcie wzajemnego zrozumienia i zaufania; budowanie relacji partnerskich; otwarte pytania; komunikacja werbalna i niewerbalna; badanie emocji pacjenta; empatia.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Część organizacyjna – **5 min.**
Sprawdzenie poziomu wiedzy wyjściowej (test sprawdzający). Formularze elektroniczne (preferowane) lub papierowe – **10 min.**
Krótkie omówienie materiału teoretycznego (miniwykład). Alternatywnie – sprawdzian ustny/zajęcia interaktywne/pokaz wideo **– 20 min.**
Analiza rzeczywistych przypadków. Jako wariant proponuje się omówienie przypadków w małych grupach **– 20–40 min**
Scenariusz z symulowanym pacjentem z nagraniem wideo **– 20–30 min.**
Podsumowanie **– 30 min.**
Powtórny scenariusz ze zmianą parametrów **– 15 min.**
Powtórna analiza **– 15 min.**
Końcowy test sprawdzający poziom wiedzy teoretycznej **– 5 min.**
(opcjonalnie).
Podsumowanie, ogłoszenie ocen **– 10 min. Łącznie 180**

minut

Materiały do zajęć

CZĘŚĆ 1. MATERIAŁY TEORETYCZNE

MODEL KONSULTACJI KLINICZNEJ KALGARI-KEMBRYDŻ

(na podstawie: Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. Skills for Communicating with Patients. Wyd. 3. Londyn: CRC Press, 2013)

Cel wdrożenia:

- poprawa jakości obsługi pacjentów i ich rodzin,
- zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów,
- zachęcenie personelu do stosowania profesjonalnego i zorientowanego na pacjenta podejścia podczas interakcji z pacjentami i ich rodzinami.



Rys. 6. Struktura konsultacji klinicznej Calgary-Cambridge

Początek spotkania/konsultacji w ramach programu „ ”

1. Przygotowanie
2. Nawiązanie pierwszego kontaktu
3. Ustalenie przyczyny konsultacji/zwrotu się

- powitać pacjenta i zapytać o imię;
- przedstawić się, swoją rolę i charakter rozmowy; w razie potrzeby uzyskać zgodę;
- okazać szacunek i zainteresowanie fizycznym komfortem pacjenta (usunąć bariery);
- upewnić się co do gotowości i komfortu pacjenta;
- określić główny powód zgłoszenia/konsultacji:

  nie używamy słowa „skarga”,
  „Co Pana/Panią niepokoi/martwi?”

- określić ramy czasowe;
- określić problemy/dolegliwości pacjenta lub kwestie, które pacjent chce rozwiązać, zadając odpowiednie pytanie wstępne:

  „Jakie problemy skłoniły Pana/Panią do zgłoszenia się dzisiaj do szpitala (przychodni/ambulatorium/kliniki)?”
  „W czym mogę Panu/Pani pomóc (dzisiaj)?”
  „O czym chciałby Pan/Pani dzisiaj porozmawiać?”
  „Na jakie pytania liczy się Pan/Pani dzisiaj uzyskać odpowiedź?”

- uważnie wysłuchać wstępnej wypowiedzi pacjenta, nie przerywając i nie kierując jego/jej opowieścią;
- potwierdzić otrzymany wykaz dolegliwości i poprosić o uzupełnienie, aby zebrać pełniejsze informacje i ustalić priorytety:

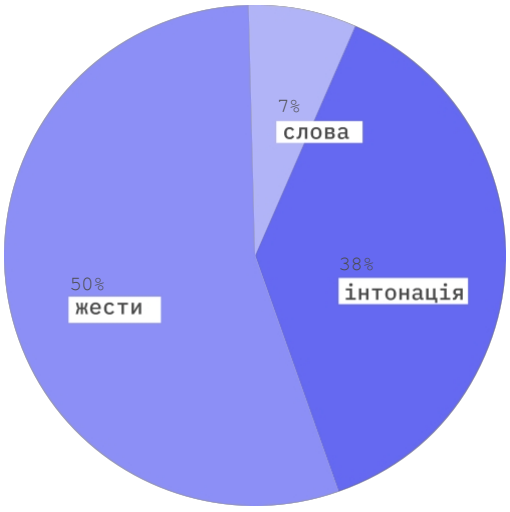
  „A więc dokucza Panu/Pani ból głowy i uczucie zmęczenia. Coś jeszcze?” – powtórzyć co najmniej trzy razy w ciągu 2 minut.

- omówić plan działania, uwzględniając potrzeby pacjenta i lekarza.

Komunikacja niewerbalna

Trzy kanały przekazywania informacji:

- środki werbalne (słowa),
- środki dźwiękowe (intonacja, barwa głosu, tempo mowy),
- środki niewerbalne (mimika, gesty, odległość).



Rys. 7. Środki komunikacji

W jaki sposób możemy w sposób niewerbalny okazać zainteresowanie i nawiązać produktywny kontakt:

- nawiązać kontakt wzrokowy;
- podejść do pacjenta, pokazać, gdzie może usiąść, gdzie może zostawić swoje rzeczy (otwarte gesty wskazujące + słowa);
- odłożyć telefon na bok i nie rozpraszać się nim;
- pochylić się (w stronę pacjenta);
- intonacją dać do zrozumienia, że uważnie słuchamy („rozumiem, jasne, proszę kontynuować”);
- w miarę możliwości unikamy fizycznych barier (stołu między lekarzem a pacjentem);
- nie należy stać, górując nad pacjentem.

Zbieranie informacji

- badanie problemów pacjenta w celu określenia historii biopsychospołecznej:

dane biomedyczne,

stanowisko/punkt widzenia

pacjenta, informacje

wyjściowe/kontekst

- zachęcaj pacjenta do opowiedzenia własnymi słowami o problemie od momentu jego pojawienia się do chwili obecnej;
- stosować pytania otwarte i zamknięte, przechodząc od pytań otwartych do zamkniętych;
- uważnie słuchać, dać pacjentowi możliwość wypowiedzenia się do końca, nie przerywając i dając mu/jej czas na zebranie myśli przed udzieleniem odpowiedzi na pytanie lub kontynuowanie odpowiedzi po przerwie;
- zachęcać pacjenta do opowiadania za pomocą sygnałów werbalnych i niewerbalnych, stosując słowa otuchy, milczenie, powtórzenia, parafrazowanie, doprecyzowanie;
- zwracać uwagę na sygnały werbalne i niewerbalne (mowa ciała, sposób mówienia, wyraz twarzy, nastrój), określając ich znaczenie;
- wyjaśniać niejasne stwierdzenia pacjenta lub te, które wymagają wyjaśnienia:

  „Czy mógłby Pan/Pani wyjaśnić, co ma Pan/Pani na myśli?”
  „Proszę opisać swoje zawroty głowy”

- okresowo podsumowywać to, co usłyszał, aby sprawdzić, czy lekarz prawidłowo zrozumiał słowa pacjenta, proponować pacjentowi poprawienie błędnej interpretacji lub kontynuowanie opowieści *(„A więc, o ile dobrze zrozumiałem/am, niepokoi Pana/Panią…”)*
- używać krótkich, zrozumiałych pytań i komentarzy, unikać żargonu i skomplikowanych terminów;
- ustalać daty i kolejność wydarzeń.

Rozpoznawanie reakcji emocjonalnej pacjenta na objawy oraz jego osobistego kontekstu. Triada ICE (ideas, concerns, expectations) **pomaga zbadać i zrozumieć**:

- stanowisko i emocje pacjenta;
- I – pomysły/wyobrażenia i przekonania pacjenta dotyczące przyczyny problemu;
- C – obawy i przeżycia pacjenta związane z każdym problemem;
- E – oczekiwania pacjenta: cel wizyty i oczekiwania związane z leczeniem;
- wpływ na życie: w jaki sposób każdy problem wpływa na życie pacjenta.

Zachęcaj pacjenta do wyrażania emocji i uczuć:

„Jakie uczucia to w Panu/Pani wywołuje?"
„Jak to wpływa na Pana/Pani życie?"

Okazywać empatię: wyrażać emocje, zrozumienie, szacunek i wsparcie;

- zebrać wywiad osobisty, rodzinny, medyczny i społeczny.

Umiejętność: pytania otwarte i komunikacja niewerbalna

- zachęcanie pacjenta do opowiadania własnymi słowami;
- nie przerywać;
- zadawać pytania otwarte;
- stosować słowa otuchy, milczenie, powtórzenia („echo"), parafrazowanie, doprecyzowanie, krótkie podsumowanie;
- dostrzegać sygnały werbalne i niewerbalne; wykorzystywać komunikację niewerbalną: gesty, mowę ciała, mimikę, sposób mówienia, wyraz twarzy, nastrój.

Umiejętność: badanie emocji

„Co pan/pani czuje w tej sprawie? Proszę opowiedzieć mi o swoich uczuciach”
„Jak ten przewlekły ból głowy wpływa na Państwa życie?”
„Co je wywołuje lub prowokuje?”
„Co najbardziej Cię martwi/przeraża?”

Umiejętność: empatia (NURSE – nazwać, zrozumieć, szanować, wspierać, zgłębiać)[1]

[1] Więcej na ten temat w temacie „Empatia”, str. 165

N – name: nazwać emocję, aby pacjent zrozumiał, że go wysłuchałeś;
U – zrozumienie: okazać zrozumienie;
R – respect: okazać szacunek pacjentowi;
S – support: wyrazić wsparcie;
E – explore: zgłębić emocje pacjenta za pomocą pytań.

Zrozumienie stanu emocjonalnego pacjenta

Każda emocja pełni określoną funkcję społeczną. Zrozumienie emocji drugiej osoby znacznie ułatwia komunikację i pozwala zapobiegać konfliktom.

Podstawowe emocje:

gniew – w celu obrony granic i przywrócenia sprawiedliwości;

smutek i żal – w celu uzyskania wsparcia i reakcji oraz w celu przystosowania się do braku czegoś ważnego, co wcześniej istniało;

strach – w celu realizacji zachowań unikowych, zademonstrowania poczucia zagrożenia;

zdziwienie – w celu zademonstrowania niezrozumienia, zagubienia, w celu zyskania na czasie, aby wyjaśnić i zrozumieć sytuację;

zainteresowanie i podekscytowanie – jako krok w kierunku tego, co potencjalnie może przynieść satysfakcję;

radość – w celu okazania zaufania, zapewnienia bezpiecznego środowiska, wyrażenia chęci zbliżenia się;

odraza – jako sygnał, że coś jest potencjalnie „zaraźliwe";

wstyd i poczucie winy – regulatory norm i zasad społecznych.

Istnieje wiele emocji pochodnych (tęsknota, smutek, irytacja, zazdrość, pogarda…), ale zawsze zawierają one jedną lub więcej emocji podstawowych. Kiedy rozumiemy emocje pacjenta – możemy go „odczytać" i okazać zrozumienie.

Nasze zadania:

- nie ignorować emocji ani pacjenta, ani własnych. Emocje mogą mieć dość silny wpływ na pacjenta, więc mogą być podejmowane emocjonalne decyzje;
- odzwierciedlać emocje („Widzę, że jest Pan/Pani zrozpaczony… widzę, że jest Pan/Pani zirytowany… czy dobrze rozumiem, że czuje się Pan/Pani zagubiony?");
- obecność emocji pozwala nam zrozumieć, a ich całkowity brak może wskazywać na odrętwienie, szok emocjonalny, formalny kontakt z ignorowaniem osobowości człowieka, chęć odcięcia się.

Strukturyzacja konsultacji

Dodawanie otwartości do dialogu:

- na końcu specjalnej serii pytań podsumować, aby upewnić się co do prawidłowego zrozumienia, zanim przejdziemy dalej;
- przechodzić od jednego bloku pytań do drugiego, informując o tym i uzasadniając.

Trzymaj się logiki:

- budować rozmowę w logicznej kolejności;
- kontrolować czas i trzymać się tematu.

Budowanie relacji

Odpowiednie zachowanie niewerbalne:

- kontakt wzrokowy, wyraz twarzy, postawa, pozycja i ruchy ciała, mowa (wysokość, głośność głosu, intonacja);
- czytać, robić notatki lub korzystać z komputera w taki sposób, aby nie zakłócać rozmowy ani wzajemnego kontaktu.

Budowanie relacji i zaufania:

- akceptować poglądy i uczucia pacjenta, nie oceniać;
- wykorzystywać empatię, aby okazać zrozumienie dla uczuć i trudności pacjenta, otwarcie uznawać poglądy i uczucia pacjenta;
- okazywanie wsparcia: wyrażanie troski, zrozumienia, gotowości do pomocy, proponowanie partnerstwa.

Zaangażowanie pacjenta:

- dzielenie się przemyśleniami z pacjentem, aby zachęcić go do dialogu;
- wyjaśniać i uzasadniać metody badania;
- podczas badania fizykalnego pytać o zgodę i wyjaśniać przebieg badania.

Wyjaśnienia i planowanie

Przekazywać konkretne informacje w odpowiedniej formie:

- przekazywać informacje stopniowo i stale sprawdzać, czy pacjent je prawidłowo rozumie;
- ocenić poziom wiedzy pacjenta, ustalić stopień jego zainteresowania uzyskaniem informacji;
- pytać pacjenta, jakie dodatkowe informacje będą przydatne (etiologia, rokowanie);
- udzielać wyjaśnień w odpowiednim czasie, unikając przedwczesnych porad i wniosków.

Pomagać w przyswojeniu i zrozumieniu informacji:

- uporządkować wyjaśnienia: podzielić informacje na poszczególne części, ułożone w logiczny ciąg;
- stosować jasne wskazówki

  „Chciałbym omówić trzy ważne kwestie.”
  „Po pierwsze...”
  „Teraz powinniśmy przejść do omówienia...”

- używać powtórzeń i podsumowań;
- mówić zwięźle, używać prostego i zrozumiałego języka, unikać żargonu lub terminów specjalistycznych albo je wyjaśniać;
- korzystać z wizualnych metod przekazywania informacji: diagramów, modeli, materiałów pisemnych i instrukcji;
- sprawdzać, czy pacjent zrozumiał przekazane informacje (na przykład poprosić pacjenta, aby opisał to, co usłyszał, własnymi słowami), w razie potrzeby udzielić dodatkowych wyjaśnień.

Osiągnąć zrozumienie i porozumienie:

- udzielać wyjaśnień zgodnie z wcześniej ustalonymi wyobrażeniami, odczuciami i oczekiwaniami pacjenta;
- zachęcać pacjenta do współpracy i dawać mu możliwość zadawania pytań oraz proszenia o wyjaśnienia lub wyrażania wątpliwości, a także udzielać mu odpowiednich odpowiedzi;
- rozpoznawać sygnały werbalne i niewerbalne oraz reagować na nie (na przykład: chęć pacjenta do uzyskania informacji lub zadania pytania, przeciążenie informacjami, zmęczenie);
- ustalać i uwzględniać nastawienie, reakcję oraz odczucia pacjenta dotyczące otrzymanych informacji i użytych terminów.

.

Analiza zachowań niewerbalnych pacjenta

Zwróć uwagę, jeśli pacjent zaczyna:

- patrzeć na zegarek, telefon,
- unikać kontaktu wzrokowego (chociaż wcześniej taki kontakt miał miejsce),
- biorąc swoje rzeczy i przyciskając je do siebie (jak osoba na dworcu),
- jego ciało obraca się w stronę drzwi (twarz może być przy tym zwrócona w twoją stronę),
- próbuje zwiększyć dystans,

oznacza to, że on/ona już chce zakończyć kontakt. Przyczyny są różne – brak czasu, spóźnienie, brak zrozumienia, chęć skorzystania z toalety, dyskomfort, strach, niezrozumienie Ciebie.

Planowanie: podejmowanie wspólnych decyzji

- w razie potrzeby dzielenie się swoimi przemyśleniami, pomysłami, dylematami;
- angażowanie pacjenta poprzez przedstawianie propozycji, a nie wydawanie poleceń;
- zachęcaj pacjenta do wyrażania swoich opinii – pomysłów, propozycji i preferencji;
- uzgodnienie planu, który jest do przyjęcia dla obu stron;
- oferowanie wyboru: zachęcanie pacjenta do podejmowania decyzji na takim poziomie, na jakim jest on gotowy to zrobić;
- skonsultować się z pacjentem: czy zgadza się on/ona z planem, czy uwzględniono wszystkie problemy.

Warunki skutecznego wyjaśnienia i planowania

Omówienie badań i zabiegów

- przekazywanie dokładnych informacji o zabiegach: co pacjent może odczuwać i w jaki sposób zostanie poinformowany o wynikach;
- poinformować o celu zabiegów, ich znaczeniu dla leczenia;
- zachęcać do rozmowy o potencjalnych obawach lub negatywnych wynikach.

Omówienie wniosków/diagnozy i znaczenia problemu

- wyrażać swoją opinię i uzasadniać wnioski;
- wyjaśniać przyczyny, powagę, rokowania, krótko- i długoterminowe konsekwencje;
- ustalić opinie, reakcje i nastawienie pacjenta w związku z danym wnioskiem.

Podczas opracowywania wspólnego planu działania

- omawiać różne opcje (np. niepodejmowanie żadnych działań, wykonanie badań, leczenie farmakologiczne, chirurgiczne lub niefarmakologiczne), środki zapobiegawcze;
- przekazywać informacje na temat proponowanych działań lub metod leczenia (jak działają, jakie są ich zalety, możliwe skutki uboczne);
- rozpoznać nastawienie i motywację pacjenta, a także potencjalne przeszkody i obawy związane z planami i metodami leczenia;
- akceptować poglądy pacjenta, bronić alternatywnego punktu widzenia (w razie potrzeby);
- uwzględniać styl życia pacjenta, jego przekonania, uwarunkowania kulturowe i możliwości;
- zachęcać pacjenta do udziału w realizacji planów, przejmowania odpowiedzialności i bycia samodzielnym;
- omawiać systemy wsparcia dla pacjentów, omawiać inne dostępne środki wsparcia.

Zakończenie spotkania/konsultacji

Planowanie

- uzgodnić z pacjentem kolejne wspólne kroki;
- środki bezpieczeństwa: wyjaśnić możliwe nieoczekiwane skutki, co zrobić, jeśli plan nie zadziała, kiedy i jak szukać pomocy.

Zakończenie wizyty

- krótko podsumować spotkanie i doprecyzować plan leczenia lub badań;
- po raz ostatni zapytać, czy pacjent zgadza się z planem, czy jest on dla niego odpowiedni, zapytać o ewentualne korekty, czy pojawiły się jeszcze jakieś pytania itp.

Podsumowując część teoretyczną

Pacjent nie jest ofiarą choroby, pacjent jest partnerem.

Lekarz przedstawia możliwości, a pacjent podejmuje

decyzję.

Odpowiedzialność za wynik jest wspólna (zarówno lekarza, jak i pacjenta).

Umiejętność komunikacji – podstawa umiejętności klinicznych, najważniejszy element kompetencji lekarza.

CZĘŚĆ 2. ZADANIA PRAKTYCZNE

Przykłady przypadków

Przypadki A. Źródło – prawdziwe opinie pacjentów na temat pracy lekarzy z witryn klinik w Ukrainie.

Przypadki B. Źródło – prawdziwe opinie lekarzy o pacjentach z zamkniętych grup zawodowych w mediach społecznościowych.

Przypadek 1 A

Byłam u niej na obserwacji w czasie ciąży. Jako lekarz jest kompetentna, ale jako osoba – nieprzyjemna. Nigdy nie usłyszysz od niej miłego słowa ani uśmiechu, jest jakaś oschła i nieczuła. A jeśli ma zły humor albo zbliża się koniec dnia, to po wizycie wychodzisz z jej gabinetu w naprawdę złym nastroju. Pielęgniarka też jest jakaś dziwna. Czasami odmawiałam badań, które uważałam za niepotrzebne, a lekarz spokojnie na to reagowała, niczego nie udowadniała i nie namawiała. Tak samo było z laboratoriami – robiłam badania tam, gdzie chciałam, i nie było do mnie żadnych zastrzeżeń. Nie żądała żadnych łapówek i nie zaglądała do kieszeni. To ten przypadek, kiedy nie ma nic zbędnego i wszystko jest po kolei. Opinia pozytywna, ale raczej nie zgłosiłabym się do niej ponownie.

Przypadek 2 A

Wyniki lekarz zgodnie z zaleceniami w internecie. a Opinie były jako pozytywne, zarówno pozytywne, jak i negatywne (chodzi o lekarza *****).

Nie mogę nic powiedzieć o kompetencjach opinii lekarza, ale mogę z całą pewnością powiedzieć, że w jej specyficzna sposób sposób z rodzicami i dziećmi. Nietolerancja wobec działań dzieci (nie rozumiem, po co mówić dziecku, że jeśli nadal będzie głośno krzyczeć podczas w szkole, to będą przerw wstrzykiwać mu zastrzyki do ucha). Potem dziwne aluzje, że jeśli nie było poprawy, to prawdopodobnie

nie byliśmy leczeni, chociaż wszystko robiliśmy zgodnie z zaleceniami.

Postanowiłam, że nie jestem już gotowa siedzieć na wizycie z uczuciem odrazy i poczuciem , dlatego więcej do niej nie pójdę.

Przypadek 3 A

Leczyłam się u tej lekarki z (diagnozą) „ob ustr onn ym wirusowe zapalenie płuc”. wirusowym zapaleniu płuc

Nie wrażenie, że dla lekarza najważniejsze jest e leczenie pacjenta, a wypełnien Ii e jak wystawić zwolnienie lekarskie i jak szybko zrzucić pacjenta do szpital. e

W moim przypadku wszyscy byli przepełnieni i nigdzie mnie nie przyjęto. Leczyłam się w domu, na szczęście przyjaciel mojego męża, lekarz, mi pomógł z

w sprawie przepisania niezbędnych leków

.

Przypadek 4 A

Lekarz ***** po prostu chciał wyciągnąć ode mnie pieniądze. Podczas wizyty właściwie mnie nie słuchał, siedział i klikał w telefonie, kiedy opowiadałem o swoim problemie, nie zlecił żadnych badań – od razu przepisał leczenie za kilka tysięcy hrywien.

Jakie umiejętności konsultacyjne należałoby poprawić?

Przypadek 1

Dziadek ma 99 lat. Córka dzwoni prawie codziennie i opowiada, że dziadek dzisiaj odczuwa ból i pieczenie, oraz pyta, kiedy poczuje się lepiej.

Przypadek 2

Dwoje ów z zapaleniem płuc nie chcą antybiotyków. Argument – przecież nigdy nie chorowali.

Przypadek 3 B

To smutny przypadek dotyczący „jasnej przerwy", ale być może pouczający dla tych, którzy uważają, że lekarz niewiele rozumie, lub dla tych, dla których liczy się tylko to, co „powiedziała jakaś babka".

Pacjent, stojąc w kolejce na test PCR, traci przytomność, upada skronią na asfalt, udzielamy pierwszej pomocy medycznej, wraca do siebie, wzywam karetkę + wystawiam pilne skierowanie na leczenie szpitalne z diagnozą: ZCHMT. Pięć razy podchodziłem do niego – mówiłem, że może czuć się normalnie, ale przez kilka dni musi koniecznie przebywać w szpitalu pod obserwacją i przejść dodatkowe badania, a on odpowiadał – dobrze, dobrze. Wczoraj zmarł w domu. Po tym, jak zabrała go karetka, napisał oświadczenie o odmowie hospitalizacji. Dzisiaj przyszedł śledczy – czy nikt go tam nie uderzył…

Przypadek 4

W 34 lata, wezwanie z dolegliwościami „bardzo źle" .Nazaproponowaninadomu odmowa wykonania badań i EKG, „potrzebny lekarz, po prostu,abypodiivsja".Dobre. Na wezwanie – ostrych stanów nie . Główna skarga – suchość w ustach. I zarzuty: dlaczego nie mówicie dokiedytakuczas kolejny

Jakie umiejętności doradcze warto by tu wykorzystać?

Przykładowy scenariusz z nagraniem wideo w centrum symulacyjnym

Jesteś lekarzem ambulatoryjnym. Na wizytę zgłasza się pacjentka, która zgłosiła się na planowe badanie wstępne. Należy przeprowadzić jedynie wywiad z pacjentem, który należy zakończyć w momencie, gdy są Państwo gotowi przejść do badania, informując o tym pacjenta. Wyniki przeprowadzonego wywiadu należy spisać w formularzu udostępnionym na komputerze. Od początku sytuacji proszę działać całkowicie samodzielnie, tak jak zrobiliby Państwo to w rzeczywistości.

Tab. 5.

Lista kontrolna z modelu konsultacji Calgary-Cambridge

Działania lekarza	Opis/Kryteria oceny	Oznaczenie wykonania	Punkty
Nawiązanie kontaktu			
Powitanie	Lekarz wita się z pacjentem		+1
Dbałość o komfort pacjenta	Informuje, gdzie można usiąść, gdzie położyć rzeczy		+1
Przedstawia się	Podaje swoje imię		+1
	Podaje swoją rolę		+1
	Określa charakter konsultacji/cel spotkania/czas		+1
Zgoda na zadawanie pytań	Pyta, czy nie ma zastrzeżeń u pacjenta w celu przeprowadzenia ankiety		+1
Identyfikacja pacjenta	Pyta o imię pacjenta, wiek (rok urodzenia)		+1
Zbieranie informacji			
Pytania otwarte (na początku)	„Co Pana/Panią tu sprowadziło?”, „O czym chciałby Pan/Pani dzisiaj porozmawiać?”, „Z czym Pan/Pani przyszedł/a?”		+1
Rozpoczęcie rozmowy od pytania „Na co się skarżysz?”	Zastosowanie pytania otwartego „Na co się skarżą?”		+0,5

Słuchanie bez przerywania	Niewerbalne okazywanie uwagi		+1
Podsumowanie	Powtarza to, co powiedział pacjent, aby potwierdzić, że dobrze zrozumiał jego wypowiedź, zachęcając pacjenta do poprawiania lub uzupełniania		+1
Badanie przesiewowe	Próbuje wykryć inne (drugorzędne, ukryte) problemy, zadając pytania „Co jeszcze Pana/Panią niepokoi?" lub „Czy to wszystko, co Pana/Panią niepokoi?"		+1
	W tym czasie zwraca się do pacjenta po imieniu (imieniu i nazwisku) i przeprowadza badanie przesiewowe przed rozpoczęciem ustalania szczegółów		+1
Ustalanie pomysłów i opinii pacjenta	Pyta, z czym pacjent wiąże swój stan, nie podając gotowych odpowiedzi		+1
Stosowanie pytań otwartych	Podczas zbierania informacji pyta o coś konkretnego, na przykład „Proszę opowiedzieć o tym bardziej szczegółowo", „Jak można to wyjaśnić/co mogło spowodować ten problem"		+1
Proponowanie własnych wariantów odpowiedzi	Zadając pytanie, proponuj warianty odpowiedzi		– 0,5
Seria pytań	Zadaje kilka pytań pod rząd		– 1
Budowanie relacji w trakcie komunikacji:			
Kontakt wzrokowy	Co najmniej połowa czasu trwania całego wywiadu		+1
Przerywanie	Niewłaściwe w czasie wypowiedzi (repliki), a także frazy, których nie można uznać za pytania doprecyzowujące lub ułatwienie wypowiedzi pacjenta		-1
Zwracanie się do pacjenta	Zwracanie się po imieniu (imię i nazwisko)		+1
Komentarze i ocena zachowania pacjenta	Wyraża opinię na temat spóźnionego zgłoszenia, zaleca uspokojenie się, zwraca uwagę na niepożądany charakter „podobnej reakcji" itp.		-1

Wstrzymywanie się w milczeniu	Kiedy pacjent na chwilę milknie – daje możliwość kontynuowania		+1
Postawa	Słucha pacjenta, nie odrywając wzroku od notatek, stojąc itp.		-1
Empatia	Wykazuje zrozumienie dla uczuć, obaw, problemów itp.		+1
Ułatwianie odpowiedzi pacjenta – aktywne słuchanie	Pomaga pacjentowi poprzez dodawanie otuchy, powtarzanie, parafrazowanie		+1
Wynik komunikacji	Ujawnia wyczerpującą listę problemów pacjenta		+1
	Pozwala sformułować prawidłową hipotezę diagnostyczną		+1
	Zapewnia zadowolenie pacjenta z rozmowy		+1
Pytania doprecyzowujące	„Czy ma Pan/Pani jeszcze jakieś pytania?”		+1
Uzyskana liczba punktów **Maksymalna liczba punktów: 23** **Minimalna liczba punktów wymagana do zaliczenia: 16 (70%)**			

Podsumowanie – Informacja zwrotna

4 etapy:
Student: co zrobiłem dobrze. Student: co mogłem zrobić lepiej. Wykładowca: co zostało zrobione dobrze.
Nauczyciel: co można było zrobić lepiej.

Pytania do dziennika refleksyjnego:

Jak bardzo czułem się komfortowo, odgrywając scenariusz podczas zajęć? Nad czym muszę popracować, aby doskonalić swoje umiejętności w zakresie doradztwa i komunikacji?
Który przypadek wywarł na mnie największe wrażenie i dlaczego?

Prezentacja tematu pod linkiem:

bit.ly/3Ik3HLu

Pełna wersja zajęć pod linkiem:

bit.ly/3DoYiiu

TEMA 4
T

Autonomia pacjenta i granice granice w relacjach

TEMAT 4. PODMIOTOWOŚĆ I AUTONOMIA PACJENTA. GRANICE ZAWODOWE

Z troską o przestrzeganie granic pacjentów materiały do zajęć przygotowała:



Sofia Husak, adiunkt na Katedrze Medycyny Wewnętrznej nr 2 Ternopolskiego Narodowego Uniwersytetu Medycznego im. Iwana Gorbaczewskiego



Olena Kostyuk, adiunkt na Katedrze Neonatologii, Narodowy Uniwersytet Zdrowia Ukrainy im. Platona Szupyka



Tetiana Hawrysz, doktor nauk prawnych, adwokatka, partner zarządzający w kancelarii prawnej ILF



Aleksiej Charitonow, doktor nauk prawnych, adwokat, partner w kancelarii prawnej ILF



Oleksij Golovin, starszy prawnik, kancelaria prawna ILF



Marina Kachnowa, asystentka adwokata, kancelaria prawna ILF



Iryna Movchan, asystentka prawnika, kancelaria prawna ILF



Anastasia Leukhina, przewodnicząca organizacji społecznej „Goryzontali", konsultantka ukraińsko-szwajcarskiego projektu „Rozwój edukacji medycznej"

DLACZEGO TEN ROZDZIAŁ RÓŻNI SIĘ OD INNYCH POD WZGLĘDEM TREŚCI I STRUKTURY?

Temat podmiotowości i granic okazał się dla nas wszystkich najtrudniejszy i uświadomił nam, jak wiele jeszcze musimy się nauczyć. Uczyć się, aby lepiej zrozumieć te, na pierwszy rzut oka abstrakcyjne, ale w rzeczywistości bardzo praktyczne kwestie odpowiedzialności za podejmowanie decyzji, podmiotowości i autonomii pacjenta, zasad i wyjątków od nich na styku sfery medycznej i prawnej. Dlatego ten rozdział różni się od pozostałych. Materiały zawarte w tym rozdziale pomagają wypełnić luki w zrozumieniu podmiotowości i granic oraz umiejętności związanych z nimi. Jej założenia koncepcyjne miejscami podważają tradycyjne przekonania i wierzenia związane z podejściem paternalistycznym. Wszystko to pozwala wypracować wspólną terminologię, zrozumieć logikę prawidłowego budowania relacji z pacjentem oraz uzupełnić wiedzę i umiejętności dotyczące modelu konsultacji medycznej z Calgary-Cambridge (patrz poprzedni rozdział), przygotowując nas do następnego rozdziału poświęconego poufności.

Zdajemy sobie sprawę, że wspólne podejmowanie decyzji i podmiotowość nie są celem samym w sobie, są one drogą do budowania zaufania i zdrowych relacji między lekarzem a pacjentem. Dlatego zapraszamy Państwa do wspólnego pokonywania małych kroków na tej drodze.

W tym rozdziale znajdą Państwo odpowiedzi na następujące pytania:

- Wspólne podejmowanie decyzji w praktyce lekarskiej: po co i jak?
- Podmiotowość i autonomia pacjenta: czym są i jak je realizować?
- Co zrobić, jeśli pacjent nie chce podejmować decyzji?
- W jakich przypadkach lekarz może podejmować decyzje samodzielnie?
- Czym są granice osobiste i jakie są ich rodzaje?

Dziękujemy za konsultacje Victorii Pidvorchanskiej, doradczyni kancelarii prawnej „Asters”, oraz Zoryanie Skaleckiej, docentce Narodowego Uniwersytetu „Akademia Kijowsko-Mohylańska”.

Cele dydaktyczne

Postawy	Wiedza	Umiejętności
Podejście zorientowane na człowieka jako podstawa filozofii relacji z pacjentem.	podmiotowość i granice; pacjent jako podmiot podejmujący decyzję; wspólne podejmowanie decyzji (Shared decision making (SDM)); czym są granice; jakie są rodzaje granic;	jak prawidłowo przekazywać pacjentowi informacje i określać dla każdego poziom szczegółowości niezbędny do podjęcia wspólnej decyzji; jak w praktyce zapewnić przestrzeganie granic, określić przekroczenie lub naruszenie granic; jak budować własne granice; co robić w przypadku naruszenia granic.

CZĘŚĆ 1. MATERIAŁY TEORETYCZNE

Wspólne podejmowanie decyzji (Shared decision making (SDM)

W większości przypadków lekarze są dziś autorytetami, a pacjenci odgrywają jedynie bierną rolę w udzielaniu pomocy. Lekarze instruują pacjentów, co mają robić, przez co ci rzadko uczestniczą w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia. Jednak takie podejście nie jest do końca właściwe w stosunku do pacjenta i wymaga udoskonalenia poprzez przejście do modelu wspólnego podejmowania decyzji. Wymaga ono udoskonalenia poprzez przejście do stosowania wspólnych decyzji.

Wspólne podejmowanie decyzji (WPD) to rozmowa, podejście, w ramach którego lekarz i pacjent wspólnie ustalają plan dalszego leczenia. Personel medyczny pomaga w wyborze metody leczenia w oparciu o preferencje i przekonania pacjenta, wspierając podjęcie właściwej decyzji. Zasada wspólnego podejmowania decyzji ma na celu zapewnienie opieki medycznej dostosowanej do konkretnego pacjenta. Zasada ta składa się z trzech elementów: (1) jasnych, precyzyjnych i uzasadnionych opcji leczenia (dowody naukowe), (2) doświadczenia w ich dostosowywaniu,

a także (3) preferencji samego pacjenta. Ponadto wspólne podejmowanie decyzji uwzględnia czynniki psychologiczne, społeczne i emocjonalne. Wpływają one na wyniki dyskusji.

Osiągnięcie takich wspólnych decyzji zależy od nawiązania ścisłej współpracy opartej na wzajemnym zrozumieniu między lekarzem a pacjentem. Celem jest podjęcie przez pacjenta decyzji dotyczącej takiego leczenia, które odzwierciedla kwestie najważniejsze dla niego.

Podejście oparte na wspólnym podejmowaniu decyzji (WPD) opiera się na świadomej zgodzie i autonomii pacjenta. Świadoma zgoda wynika z faktu, że pacjenci nie mogą podejmować decyzji bez zrozumienia wszystkich zalet i wad proponowanych opcji leczenia. Autonomia zakłada uwzględnienie osobistych wartości i przekonań pacjenta. To wyjaśnia, dlaczego ryzyko i korzyści mogą być różnie interpretowane. Dlatego w niektórych sytuacjach opinia lekarza może różnić się od ostatecznej decyzji pacjenta. W takich przypadkach pracownik służby zdrowia i pacjent muszą dojść do porozumienia co do ostatecznej decyzji. Jednak pacjent musi albo w pełni zrozumieć i zgodzić się ze stanowiskiem lekarza, albo nalegać na swoją decyzję. **Opinia pacjenta powinna być decydująca.**

W związku z tym można stwierdzić, że pacjenci odgrywają kluczową rolę w procesie leczenia. Jednak nie zawsze chcą lub są gotowi uczestniczyć w procesie podejmowania decyzji dotyczących leczenia wraz ze swoimi lekarzami. Jest kilka powodów takiego stanu rzeczy. Po pierwsze, ludzie dzielą się na typy: niektórzy są aktywni i gotowi do wspólnej odpowiedzialności, a inni są bierni i wolą zrzucić z siebie ciężar wyboru leczenia.

Po drugie, pacjent może czuć się niekomfortowo, może brakować mu emocjonalnej więzi z lekarzem. Pacjent może odczuwać presję ze strony personelu medycznego, nie kontrolować samodzielnie sytuacji. Może również wykazywać wysoki poziom lęku, przez co wolałby nie brać udziału w podejmowaniu decyzji medycznych.

Po trzecie, na pacjenta mogą również wpływać różne czynniki (płeć, wiek, wykształcenie, kultura itp.).

Z drugiej strony często zdarzają się sytuacje, w których to właśnie lekarz nie jest zainteresowany wspólnym podejmowaniem decyzji – z powodu ograniczonego czasu, jaki pracownik służby zdrowia może poświęcić każdemu pacjentowi. Problem ten można rozwiązać poprzez

poprawa jakości komunikacji podczas konsultacji. Na przykład: nadanie rozmowie struktury, skupienie się na konkretnym pacjencie, aktywne zadawanie pytań, wyrażanie obaw i celów oraz koncentracja na aspektach emocjonalnych. Wszystko to znacznie poprawi jakość rozmowy i złagodzi presję związaną z ograniczeniami czasowymi.

Każdy **pacjent ma prawo dostępu do własnej dokumentacji medycznej**, co jest zagwarantowane na poziomie ustawowym. Lekarze z kolei mają obowiązek zapewnić taki dostęp. Zapewnienie dostępu do dokumentacji medycznej poprawia zrozumienie przez pacjentów stanu ich zdrowia. Zaczynają oni bardziej aktywnie dbać o siebie. Ma to również pozytywny wpływ na relacje między lekarzem a pacjentem, zwiększa zaufanie, poczucie bezpieczeństwa i zaangażowanie pacjentów. W rezultacie wzrasta ich aktywność we wspólnym podejmowaniu decyzji.

Celem lekarzy jest pomoc pacjentom w podjęciu decyzji, która odzwierciedla ich wartości i preferencje. Pracownicy służby zdrowia mogą to osiągnąć poprzez zachęcanie pacjentów i angażowanie ich we wspólne podejmowanie decyzji. Jednocześnie lekarze, którzy przekazują niejasne lub niekompletne informacje na temat ryzyka i korzyści związanych z daną decyzją, wyrządzają pacjentom „krzywdę".

Popularność praktyki wspólnego podejmowania decyzji na świecie rośnie z każdym rokiem. Niektóre kraje wprowadziły ją już do swoich przepisów prawnych. W Kanadzie utworzono katedrę badawczą zajmującą się tą kwestią. W Anglii powstał program NHS RightCare, którego celem jest realizacja zasady „żadnych decyzji o mnie bez mnie". Niektóre kraje europejskie, w szczególności Francja, uchwaliły ustawy dotyczące „demokracji zdrowia". Ponadto co dwa lata odbywa się Międzynarodowa Konferencja Wspólnego Podejmowania Decyzji (ISDM), a w ramach Salzburg Global Seminar zorganizowano serię sesji poświęconych angażowaniu pacjentów w proces decyzyjny.

Pacjenci, którzy skutecznie uczestniczą w podejmowaniu decyzji, znacznie rzadziej żałują później wybranego sposobu leczenia, bardziej otwarcie komunikują się ze swoimi lekarzami, lepiej znają swój stan zdrowia i ogólnie czerpią większą satysfakcję z leczenia. Wspólne podejmowanie decyzji buduje również silne relacje między pacjentem a lekarzem. Ponadto wspólne podejmowanie decyzji zapewnia zgodę pacjenta na konkretne leczenie i chroni lekarza przed ewentualnymi skargami i/lub pozwami sądowymi w przyszłości. To właśnie takie relacje umożliwiają wspólne podejmowanie decyzji.

SUBIEKTYWNOŚĆ I GRANICE

Życie człowieka jest najwyższą wartością. W pracy lekarza życie pacjenta odgrywa kluczową rolę, ponieważ lekarz leczy człowieka, osobę, a nie jej ciało. Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie (Strasburg, 2005) oraz Deklaracja Edynburska Światowej Federacji Edukacji Medycznej są jednymi z najważniejszych dokumentów dotyczących tych kwestii. Dają one pacjentom prawo do udziału w procesie diagnozowania i leczenia, a także możliwość spotkania w osobie lekarza uważnego słuchacza, wnikliwego obserwatora i skutecznego klinicysty. To wyjaśnia pragnienie i dążenie pacjentów do otwartego dialogu z lekarzami. **Dlatego należy postrzegać pacjenta jako podmiot relacji medycznych, który może wpływać na to, co się z nim dzieje, a nie jako obiekt, który jest leczony przez kompetentnych pracowników służby zdrowia.**

Komunikacja i interakcja pomagają osiągnąć satysfakcję pacjenta i pracownika służby zdrowia z procesu leczenia. Jednak czasami relacje lekarz–pacjent mogą wykraczać poza dopuszczalne ramy.

Amerykańscy psychiatrzy Carol Nadelson i Glen Hubbard definiują granice zawodowe jako pewne ramy relacji, w których jedna osoba powierza swoje dobro drugiej. Zachowanie takich granic między pracownikiem służby zdrowia a pacjentem jest obecnie aktualnym tematem. Stanowi to centralny element właściwej praktyki medycznej i odpowiedniej opieki nad pacjentami. U podstaw takiej praktyki leży zasada**, że lekarz ma obowiązek działać wyłącznie w celu zaspokojenia potrzeb pacjentów,** którzy zawsze oczekują od lekarza zrozumienia, współczucia i uczciwości.

Obecnie praktyka medyczna uległa zmianie, coraz częściej dochodzi do nieformalnych relacji między lekarzem a pacjentem. Może to prowadzić do błędnego zrozumienia przez pacjenta działań pracownika służby zdrowia. Ponadto pojawia się kwestia przestrzegania granic zawodowych. Ich naruszenie może spowodować spadek zaufania pacjenta do lekarza, a także wyrządzić pacjentowi uraz psychiczny, co jest nieetyczne i nieprofesjonalne ze strony pracownika służby zdrowia. Najczęściej przyczyną tego jest błędne emocjonalne postrzeganie przez pacjenta działań lekarza. Również przekroczenie granic może prowadzić do finansowych konfliktów interesów stron lub do szkód fizycznych.

W australijskim Kodeksie postępowania lekarzy stwierdza się, że głównymi zadaniami pracowników służby zdrowia są troska o pacjentów oraz bezpieczna i skuteczna

Lekarz zawsze musi działać w ramach etycznych. Praktyka medyczna obejmuje również omawianie osobistych i poufnych kwestii dotyczących sfery intymnej życia pacjenta oraz przeprowadzanie różnego rodzaju badań, które mogą naruszać granice fizyczne pacjenta. Najbardziej narażeni na naruszenie granic zawodowych są specjaliści z dziedziny psychiatrii i ginekologii. Niemniej jednak granice te muszą być zawsze przestrzegane. General Medical Council (GMC), organ państwowy Wielkiej Brytanii, ustalił, że lekarze nie powinni utrzymywać relacji seksualnych ani emocjonalnie bliskich z pacjentami.

Aby zminimalizować ryzyko naruszenia granic, lekarz musi przestrzegać określonych zasad. A mianowicie – działać wyłącznie na korzyść pacjenta, nie naruszać etyki zawodowej, kontrolować swoje emocje. Czasami to właśnie stan emocjonalny pracownika medycznego staje się przyczyną naruszenia granic zawodowych. Ponadto pacjent również musi przestrzegać norm relacji z lekarzem i szanować jego granice osobiste. Za niedopuszczalne uważa się niepokojenie lekarza kwestiami niezwiązanymi ze stanem zdrowia, spotkania poza miejscem pracy pracownika medycznego, różne nieprzyzwoite propozycje itp.

„Pacjent jest panem swojego ciała”: czym jest podmiotowość i co to oznacza dla praktyki lekarskiej

Każdy obywatel Ukrainy ma konstytucyjne prawo do opieki zdrowotnej.

W momencie zgłoszenia się do placówki służby zdrowia to nieodłączne i nienaruszalne prawo zmienia się z obiektywnego w subiektywne, a osoba ta nabiera statusu pacjenta.

Pacjent z kolei powinien być traktowany nie jako obiekt wymagający leczenia, ale jako podmiot posiadający prawa i obowiązki w zakresie swojego zdrowia. Relacje między pracownikiem służby zdrowia a pacjentem powinny opierać się właśnie na prawach tego ostatniego.

Wykaz tych praw określa się w Podstawach ustawodawstwa Ukrainy o ochronie zdrowia. Oto niektóre z nich:

Prawo do swobodnego wyboru lekarza i metod leczenia

Pacjent może samodzielnie wybrać lekarza prowadzącego lub może go wyznaczyć dyrektor szpitala. Jednak w każdym przypadku pacjent zachowuje możliwość zmiany lekarza zgodnie z własnym życzeniem. Prawo to daje pacjentowi możliwość samodzielnego wyboru specjalisty, do którego ma zaufanie. Jeśli chodzi o metody leczenia, pacjent ma prawo do uzyskania informacji na ten temat. Decyzja powinna być podejmowana wspólnie z lekarzem, jednak ostateczna decyzja należy do pacjenta. Jednocześnie lekarz pozostaje odpowiedzialny za podjęcie takiej decyzji. Odpowiedzialność za wspólną decyzję będzie dzielona między pracownika służby zdrowia a pacjenta. Z tego prawa korzystają osoby, które ukończyły 14 lat.

Prawo do uzyskania rzetelnych i pełnych informacji o stanie swojego zdrowia

Lekarz ma obowiązek udzielić pełnoletniemu pacjentowi wszelkich informacji dotyczących jego stanu zdrowia, zasadności stosowanych metod leczenia, a także wszelkich potencjalnych zagrożeń dla życia i zdrowia. Dostęp do takich informacji może być ograniczony, jeśli ich ujawnienie mogłoby pogorszyć stan zdrowia pacjenta lub zaszkodzić procesowi leczenia. Zapoznanie się z dokumentacją medyczną dotyczącą stanu zdrowia jest ważnym elementem podejmowania dalszych decyzji dotyczących leczenia.

W tym miejscu ponownie powracamy do kwestii świadomej zgody pacjenta. Oprócz tego pacjent ma również:

- prawo do świadomej zgody na stosowanie metod diagnostycznych, profilaktycznych i terapeutycznych, a także prawo do odmowy leczenia;
- prawo do zachowania tajemnicy dotyczącej stanu swojego zdrowia, faktu zwrócenia się o pomoc medyczną, diagnozy, a także informacji uzyskanych podczas badania lekarskiego;
- prawo do wpuszczania do siebie innych pracowników służby zdrowia, członków rodziny i innych osób;
- prawo do skierowania na leczenie za granicę;

- prawo do odszkodowania za szkody wyrządzone zdrowiu;
- możliwość przeprowadzenia niezależnej ekspertyzy medycznej;
- prawo do odwołania się od bezprawnych decyzji i działań pracowników, placówek i organów służby zdrowia.

Jednak oprócz praw pacjent ma pewne obowiązki związane ze swoim zdrowiem. Należą do nich w szczególności: dbanie o swoje zdrowie i zdrowie dzieci; nie wyrządzanie szkody zdrowiu innych obywateli; poddawanie się profilaktycznym badaniom lekarskim i terminowe szczepienia itp.

Ponadto pacjenci są zobowiązani do wykonywania zaleceń lekarskich oraz przestrzegania regulaminu szpitala. Pracownik służby zdrowia nie ponosi odpowiedzialności za zdrowie pacjenta, jeśli ten nie będzie przestrzegał uzgodnionej metody leczenia lub w ogóle się jej odmówi. Należy zwrócić uwagę, że odmówić leczenia może jedynie osoba posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, czyli osoba, która rozumie znaczenie swoich działań i potrafi nimi kierować.

Podsumowując, pragniemy podkreślić, że **pacjent jest podmiotem stosunków prawnych w dziedzinie medycyny na równi z lekarzem.** W żadnym wypadku nie jest on obiektem, który wymaga jedynie leczenia. Pomimo tego, że pacjent nie jest specjalistą w dziedzinie medycyny, należy traktować go z szacunkiem i uwzględniać jego opinię. To właśnie pacjent jest „panem swojego ciała".

JAK POPRAWNIE PRZEKAZYWAĆ PACJENTOWI INFORMACJE I OKREŚLAĆ POZIOM SZCZEGÓŁOWOŚCI, JAKI JEST POTRZEBNY KAŻDEMU Z NICH DO PODJĘCIA WSPÓLNEJ DECYZJI

Model konsultacji medycznej z Calgary-Cambridge, uznawany obecnie za wzorcowy przykład rozmowy klinicznej między lekarzem a pacjentem, zakłada nawiązanie między pacjentem a lekarzem konstruktywnego dialogu, w ramach którego przebieg choroby pacjenta zostanie wyjaśniony w sposób dla niego zrozumiały. Podstawą skutecznej komunikacji między pacjentem a lekarzem jest przekazanie przez tego ostatniego pełnych i rzetelnych informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta. Od tego, na ile zrozumiale lekarzowi uda się wyjaśnić osobie, która potrzebuje

pomocy medycznej, jej diagnozę, plan badań, prognozę możliwego rozwoju choroby itp., zależy skuteczność procesu leczenia.

Ustawodawstwo Ukrainy przewiduje, że pacjent, który ukończył 18 lat, ma prawo do otrzymania rzetelnych i pełnych informacji o stanie swojego zdrowia, w tym do zapoznania się z odpowiednią dokumentacją medyczną dotyczącą jego zdrowia.

Na etapie wyjaśniania i planowania leczenia pracownik służby zdrowia powinien przekazywać informacje w odpowiednich dawkach oraz okresowo sprawdzać, czy pacjent je rozumie, a także odpowiadać na jego pytania wyjaśniające. **Kompletność informacji otrzymanych przez pacjenta ma bezpośredni wpływ na prawidłowe wykonanie zaleceń lekarza.** Dlatego ważne jest, aby specjalista szczegółowo wyjaśnił etiologię (przyczyny i warunki wystąpienia) choroby pacjenta, niuanse przepisanych badań i leczenia, skutki uboczne przepisanych leków oraz mechanizm ich działania.

Relacje partnerskie między lekarzem a pacjentem zakładają, że pacjent otrzymuje prawdziwe informacje o swoim stanie zdrowia. W krajowym ustawodawstwie istnieją wyjątki od tej zasady. Na przykład, jeśli informacja o chorobie pacjenta może pogorszyć jego stan zdrowia lub zaszkodzić procesowi leczenia, pracownicy służby zdrowia mają prawo przekazać mu niepełną informację, pozostawiając mu nadzieję na przedłużenie życia i możliwy pomyślny wynik leczenia. Warto podkreślić, że wymienione przepisy prawne są przestarzałe, ponieważ jeśli **pacjent jest podmiotem podejmującym decyzję, to właśnie on lub ona, a nie ktoś w jego imieniu, powinien decydować, jakie informacje i w jakim stopniu szczegółowości chce poznać.**

Międzynarodowe standardy, które gwarantują pacjentowi prawo do uzyskania pełnych i rzetelnych informacji, jasno ilustrują realizację zasady „primum non nocere” („nie szkodzić!”). Na przykład Konwencja o ochronie praw i godności człowieka w zakresie stosowania biologii i medycyny z 1997 r. stanowi, że każda osoba ma prawo do zapoznania się z wszelkimi informacjami dotyczącymi jej zdrowia. Należy jednak również szanować wolę osób, które nie chcą otrzymywać takich informacji. W wyjątkowych przypadkach, w interesie pacjentów, realizacja wspomnianych praw może być ograniczona przez prawo.

Priorytetem dla lekarza powinno być również przekazywanie pacjentowi informacji o stanie jego zdrowia w przystępnej formie. Poziom szczegółowości informacji przekazywanych pacjentowi może zależeć od szeregu kryteriów, takich jak:

wiek pacjenta, poziom rozwoju i zdolności umysłowe itp. Obecnie obowiązujące protokoły leczenia, wymagania dotyczące metod diagnostycznych, terapeutycznych, profilaktycznych i rehabilitacyjnych są niezrozumiałe dla przeciętnego człowieka. To z kolei oznacza, że podczas rozmowy z pacjentem lekarz powinien używać prostego i zrozumiałego języka, unikać stosowania skomplikowanych terminów medycznych lub, w przypadku ich użycia, wyjaśniać je pacjentowi.

Obowiązujące przepisy w dziedzinie opieki zdrowotnej nakładają na **pracownika służby zdrowia obowiązek przekazania pacjentowi w przystępnej formie informacji na temat stanu jego zdrowia, celu proponowanych badań i działań leczniczych oraz prognozy możliwego przebiegu choroby,** w tym informacji o zagrożeniu dla życia i zdrowia**.** Europejska Karta Praw Pacjenta z 2002 r. przewiduje prawo pacjenta do otrzymania takich informacji, które pomogą mu aktywnie uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. Podobnie w dokumencie stanowiskowym: pielęgniarki i prawa człowieka, Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICNA) (1998) określono, że pracownicy służby zdrowia są zobowiązani do zapewnienia pacjentowi odpowiednich informacji w języku dla niego zrozumiałym, zanim pacjent wyrazi zgodę na jakiekolwiek leczenie lub badanie, w tym na udział w badaniach naukowych.



Rys. 8. Struktura modelu wspólnego podejmowania decyzji

Prawidłowe i rzetelne przekazywanie informacji pacjentowi, z uwzględnieniem jego indywidualnych cech, ma decydujące znaczenie dla budowania skutecznej relacji lekarz–pacjent, świadczenia wysokiej jakości usług medycznych przez lekarza oraz osiągnięcia ostatecznego celu procesu leczenia – wyzdrowienia pacjenta.

Struktura modelu wspólnego podejmowania decyzji (WPD) opiera się na trzech etapach: (1) wprowadzenie wyboru; (2) opis możliwych wariantów, często poprzez integrację uzyskanego wsparcia; (3) pomoc pacjentom w analizie korzyści i podejmowaniu decyzji.

Pacjent jako podmiot podejmujący decyzję

Podejście skoncentrowane na pacjencie jako sposób świadczenia pomocy medycznej zakłada szacunek i zaufanie pracownika służby zdrowia do decyzji podejmowanych przez pacjenta. Osoba zwracająca się o pomoc medyczną, zgodnie z tym podejściem, powinna czuć się wolna i niezależna w wyborze placówki opieki zdrowotnej, lekarza, metod leczenia itp. Dzięki temu, że pacjent staje się podmiotem podejmującym decyzje, czuje się on w trakcie leczenia na równi z profesjonalnym lekarzem. To z kolei sprzyja większemu zaangażowaniu pacjenta w proces powrotu do zdrowia i pozytywnemu efektowi terapeutycznemu.

Obowiązujące w Ukrainie przepisy w dziedzinie opieki zdrowotnej przewidują, że pacjent ma prawo, o ile jest to uzasadnione jego stanem zdrowia, do przyjęcia do dowolnej placówki opieki zdrowotnej. To właśnie pacjent decyduje, w której placówce chce uzyskać pomoc medyczną (pod warunkiem, że placówka ta jest w stanie zapewnić odpowiednie leczenie). Oznacza to, że osoba potrzebująca pomocy medycznej, biorąc pod uwagę stan swojego zdrowia, sytuację finansową, lokalizację placówki medycznej i inne kryteria, decyduje: czy zgłosić się do publicznej czy prywatnej placówki opieki zdrowotnej, czy udać się do szpitala w miejscu zamieszkania, czy też, zgodnie z radą znajomych, wybrać placówkę medyczną w innej dzielnicy miasta, ale z bardziej doświadczonymi specjalistami. W kontekście reformy medycznej oznacza to również, że pacjent jako podmiot podejmujący decyzję będzie prawdopodobnie kierował się placówką opieki zdrowotnej, która ma podpisaną umowę z Narodową Służbą Zdrowia Ukrainy, co w przyszłości (zgodnie z Programem gwarancji medycznych) pozwoli na bezpłatne uzyskanie niektórych usług medycznych.

Decyzja pacjenta dotycząca wyboru lekarza jest jedną z najważniejszych, ponieważ to właśnie poziom profesjonalizmu wybranego przez pacjenta lekarza oraz poziom zaufania między lekarzem a pacjentem decydują o tym, czy leczenie będzie skuteczne i efektywne. Obecnie w naszym kraju każdy pacjent, który ukończył czternaście lat i zwrócił się o pomoc medyczną, ma prawo do swobodnego wyboru lekarza, o ile ten może zaoferować swoje usługi, oraz do wyboru metod leczenia zgodnie z potrzebami pacjenta.

Dokumentem potwierdzającym fakt swobodnego wyboru lekarza przez pacjenta jest oświadczenie o wyborze lekarza świadczącego podstawową opiekę zdrowotną. Istotne jest to, że pacjent może samodzielnie podjąć decyzję o zmianie lekarza – umożliwia to korzystanie z pomocy medycznej u specjalisty, któremu pacjent ufa. Taki przepis prawny jest w pełni zgodny z międzynarodowymi standardami w dziedzinie opieki zdrowotnej. Chodzi przede wszystkim o akty tzw. „soft law", które choć nie mają charakteru powszechnie obowiązującego, są jednak przestrzegane ze względu na ich autorytet. Na przykład Deklaracja lizbońska o prawach pacjentów z 1981 r. oraz Dwanaście zasad świadczenia opieki medycznej w każdym systemie opieki zdrowotnej z 1983 r. przewidują prawo pacjenta do swobodnego podejmowania decyzji dotyczących wyboru lekarza.

Aktywne zaangażowanie pacjenta nie jest możliwe bez jego samodzielności w podejmowaniu decyzji dotyczących procedur medycznych i zabiegów. Zmiana podejścia do kwestii świadomej zgody pacjenta jest obecnie istotna dla społeczeństwa ukraińskiego (zarówno dla pacjentów, jak i dla lekarzy). Obecnie taka zgoda pacjenta jest postrzegana jako „kartka papieru", dzięki której pacjent będzie mógł „ukarać" lekarza w razie czego, a ten ostatni będzie mógł zabezpieczyć się przed atakami pacjentów.

Jednak w istocie świadoma zgoda to nie tylko kartka z podpisem pacjenta. Należy ją postrzegać jako aktywny proces, w którym pracownik służby zdrowia informuje pacjenta o ryzyku, korzyściach i alternatywach danej procedury medycznej lub zabiegu, a pacjent, dzięki tym informacjom, podejmuje decyzję.

Orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka określa następujące **kryteria, których spełnienie sprawia, że świadoma zgoda jest ważna: świadomość** (podjęcie decyzji o przeprowadzeniu lub odmowie przeprowadzenia interwencji medycznej na podstawie informacji medycznej otrzymanej od lekarza), **dobrowolność** (podjęcie decyzji bez wpływu czynników zewnętrznych i presji na pacjenta), **kompetencja** (podjęcie decyzji po osiągnięciu odpowiedniego wieku).

Ważne jest, aby takie decyzje były podejmowane przez pacjenta świadomie, co będzie zgodne z ogólnoświatowymi standardami w dziedzinie opieki zdrowotnej. Postanowienia Konwencji o ochronie praw i godności człowieka w zakresie stosowania biologii i medycyny z 1997 r., Deklaracji lizbońskiej o prawach pacjentów z 1981 r., Deklaracji w sprawie polityki w zakresie zapewnienia praw pacjentów w Europie z 1994 r. podkreślają znaczenie świadomego podejścia pacjenta do wyrażenia zgody na leczenie/zabieg medyczny po otrzymaniu odpowiednich informacji o swoim stanie zdrowia.

W związku z gwałtownym postępem naukowo-technicznym rośnie liczba pacjentów, którzy podejmują decyzję o udziale w badaniach naukowych lub eksperymentalnych projektach. Obowiązujące prawo Ukrainy stanowi, że lekarz może łączyć badania z udzielaniem pomocy medycznej wyłącznie w przypadkach, gdy badania te mają uzasadnienie profilaktyczne, diagnostyczne lub terapeutyczne. Pacjent może zdecydować się na udział w eksperymencie, jeśli ma on na celu poprawę jego stanu zdrowia i pod warunkiem zapewnienia pacjentowi wszystkich niezbędnych środków bezpieczeństwa. Akty międzynarodowe, w szczególności Konwencja o ochronie praw i godności człowieka w zakresie stosowania biologii i medycyny z 1997 r., przewidują, że decyzja pacjenta o udziale w badaniach naukowych powinna być utrwalona na piśmie (świadoma dobrowolna zgoda).

Samodzielność pacjenta w podejmowaniu decyzji w trakcie procesu leczenia pozwala na stworzenie liberalnego modelu relacji pacjent – lekarz. W takim modelu lekarz ma obowiązek przekazać pacjentowi wszystkie istotne informacje dotyczące choroby, poinformować o alternatywnych metodach leczenia, jednak ostateczna decyzja dotycząca algorytmu postępowania należy do pacjenta.

W jaki sposób pacjent może podejmować decyzje dotyczące swojego zdrowia, jeśli nie posiada specjalistycznego wykształcenia?

Dzięki temu, że pacjent otrzymuje od lekarza pełne i rzetelne informacje na temat swojego stanu zdrowia w przystępnej formie, zyskuje on zdolność do podejmowania decyzji (tzw. „kompetencja pacjenta”). Kompetencja pacjenta oznacza zdolność pacjenta, pomimo braku specjalistycznego wykształcenia medycznego, do zrozumienia przekazanych mu informacji o stanie zdrowia i podejmowania samodzielnych decyzji zgodnie z wyznaczonym celem leczenia.

Decydujące znaczenie dla zdolności pacjenta do podejmowania decyzji nie będzie miało opanowanie najnowszej terminologii medycznej i wiedzy, ale zrozumienie (dzięki wyjaśnieniom lekarza) podstawowych procesów zachodzących w jego organizmie, charakteru jego choroby, specyfiki i istoty metod diagnostycznych i terapeutycznych itp. Pacjent musi być w stanie wyrazić wolę podejmowania decyzji dotyczących swojego zdrowia i ponosić odpowiedzialność za swój wybór. Zgodnie z ukraińskim prawem osoby cierpiące na przewlekłe lub trwałe zaburzenia psychiczne, które nie są w stanie zrozumieć znaczenia swoich działań i (lub) nimi kierować (osoby niezdolne do czynności prawnych), pacjenci w wieku do 14 lat (pacjenci małoletni) nie są kompetentni do podejmowania decyzji dotyczących stanu swojego zdrowia, a zatem decyzje takie podejmują przedstawiciele prawni tych osób (na przykład rodzice lub opiekunowie).

Kwestia możliwości podejmowania decyzji dotyczących własnego zdrowia przez pacjentów niepełnoletnich (w wieku od 14 do 18 lat) pozostaje przedmiotem dyskusji, ponieważ w przepisach prawnych występują liczne sprzeczności w tej sprawie. Niektóre akty prawne stanowią, że udzielenie pomocy medycznej pacjentowi, który ukończył czternaście lat, odbywa się za jego zgodą. Jednocześnie analiza innych aktów prawnych wskazuje, że odmówić leczenia mogą jedynie pacjenci, którzy ukończyli 18 lat. Prawo do uzyskania rzetelnych i pełnych informacji o stanie swojego zdrowia, w tym do zapoznania się z odpowiednią dokumentacją medyczną, przysługuje wyłącznie pacjentowi, który ukończył 18 lat. Biorąc pod uwagę, że podjęcie decyzji przez pacjenta jest niemożliwe bez uzyskania od lekarza pełnych i rzetelnych informacji o stanie swojego zdrowia, osoba niepełnoletnia nie ma możliwości samodzielnego, bez udziału przedstawicieli ustawowych (na przykład rodziców), podjęcia decyzji o wyrażeniu zgody lub odmowie na interwencję medyczną.

Lekarze często nie wyjaśniają pacjentom wszystkich szczegółów leczenia albo z powodu braku czasu (ograniczony czas wizyty ambulatoryjnej), albo dlatego, że uważają te informacje za zbędne dla pacjenta. W takich warunkach podjęcie przez pacjenta przemyślanej i uzasadnionej decyzji znacznie się utrudnia lub staje się niemożliwe. Ponadto obowiązuje tu złota zasada: im mniej informacji otrzymał pacjent przed podjęciem decyzji dotyczącej swojego zdrowia, tym więcej roszczeń i oskarżeń należy się spodziewać w przyszłości.

Przypadek: „nie wyjaśniono” na kwotę 43 000 euro

W sprawie przed Europejskim Trybunałem Praw Człowieka „V.C. (V.C.) przeciwko Słowacji” stwierdzono naruszenie, w tym prawa skarżącej do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, oraz zobowiązano państwo do wypłacenia skarżącej odszkodowania w łącznej wysokości 43 000 euro. Zgodnie z okolicznościami sprawy skarżąca, pochodzenia romskiego, została przyjęta do szpitala w Prešovie w związku z porodem. Później personel poinformował ją, że jeśli urodzi kolejne dziecko, ona lub dziecko zginą. Składająca skargę powiedziała lekarzom: „Róbcie, co chcecie”. Następnie zaproponowano jej podpisanie karty porodowej z zaznaczeniem wymogu sterylizacji (składająca skargę nie rozumiała znaczenia terminu „sterylizacja” i podpisała kartę z obawy przed fatalnymi konsekwencjami). Sąd stwierdził naruszenie ze strony lekarzy, ponieważ skarżącej nie udzielono informacji, w szczególności na temat sposobów ochrony jej zdrowia reprodukcyjnego, a także informacji o istocie, właściwościach i skutkach sterylizacji. W rezultacie naruszono prawo pacjentki do autonomii i wyboru.

Świadomość pacjenta dotycząca charakteru choroby, ryzyka związanego z odmową leczenia, celu oraz zakresu procedur medycznych i zabiegów, które będą przeprowadzane w trakcie leczenia, stanowi gwarancję podjęcia przez pacjenta świadomej, samodzielnej decyzji (przy braku specjalistycznego wykształcenia medycznego), co z kolei minimalizuje ryzyko roszczeń i skarg ze strony pacjenta oraz przyczyni się do wyeliminowania przestarzałego, paternalistycznego podejścia w relacji lekarz–pacjent.

Jeśli pacjent nie chce podejmować decyzji i prosi lekarza, aby zrobił to za niego, jak należy postąpić?

Zasada autonomii pacjenta polega przede wszystkim na uznaniu jego/jej praw i zdolności do dokonywania osobistych wyborów oraz podejmowania decyzji dotyczących własnego zdrowia. Jednak w praktyce często zdarzają się sytuacje, w których pacjent próbuje przerzucić odpowiedzialność za podjęcie decyzji na lekarza. Pacjent lub jego prawny przedstawiciel prosi lekarza, aby sam podjął ważną decyzję, powołując się na to, że sam nic nie wie i nie jest w stanie się na nic zdecydować. Sytuacja ta zdarza się szczególnie często, gdy pacjenci są zdezorientowani z powodu dużego napięcia emocjonalnego.

Mogą mówić: „Nie wiem, co robić", „Nic nie rozumiem". Pacjent jakby przyjmuje postawę dziecka, pragnąc jednocześnie widzieć w lekarzu ojca, który wszystko za niego/nią załatwi. W pewnym momencie specjalista, sam tego nie zdając sobie sprawy, podejmuje decyzję, której nie powinien podejmować. Poza tym jest to dla niego łatwiejsze, ponieważ przyspiesza proces. Później ten sam pacjent może przyjść do lekarza z oskarżeniami o wszystko:
„Przecież mi pan/pani mówił/a, że tak będzie lepiej!", „Przecież mi pan/pani obiecał/a!".

Krajowe przepisy w dziedzinie opieki zdrowotnej stanowią, **że lekarz może podjąć decyzję w imieniu pacjenta wyłącznie w przypadku wystąpienia oznak bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta, pod warunkiem że z obiektywnych przyczyn nie ma możliwości uzyskania zgody na taką interwencję** od samego pacjenta lub jego prawnych przedstawicieli. Chociaż w ustawie brakuje jasno określonego wykazu takich stanów zagrożenia, decydującym kryterium w takim przypadku będzie rzeczywiste (a nie potencjalne) zagrożenie życia człowieka (na przykład krwotok, uduszenie itp.). W przypadku wystąpienia takiego zagrożenia lekarz może samodzielnie podejmować decyzje dotyczące środków, za pomocą których zagrożenie to zostanie wyeliminowane (zabieg chirurgiczny, transfuzja krwi itp.).

Uregulowania prawne dotyczące możliwości podejmowania przez lekarza decyzji w imieniu pacjenta w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia tego ostatniego (w przypadku skrajnej konieczności) są zgodne z praktyką stosowaną na całym świecie. Na przykład w Konwencji o ochronie praw i godności człowieka w zakresie stosowania biologii i medycyny z 1997 r. przewidziano, że w przypadku, gdy z powodu sytuacji nadzwyczajnej pacjent nie może podjąć decyzji dotyczącej interwencji medycznej (pacjent nie może wyrazić świadomej, dobrowolnej zgody na taką interwencję), wówczas każda interwencja niezbędna z medycznego punktu widzenia może zostać natychmiast przeprowadzona w interesie zdrowia danego pacjenta. Jeśli w momencie interwencji pacjent znajduje się w stanie, w którym nie jest w stanie wyrazić swoich życzeń, uwzględnia się życzenia dotyczące interwencji medycznej wyrażone przez niego wcześniej. Niniejsza konwencja została podpisana, ale niestety nie została ratyfikowana przez Ukrainę; nie ma ona charakteru powszechnie obowiązującego, ale jest dobrowolnie stosowana przez państwa (które nie są jej stronami) ze względu na jej autorytet.

We wszystkich pozostałych przypadkach, gdy nie występuje bezpośrednie zagrożenie życia pacjenta, lekarz powinien mieć świadomość, że druga strona (pacjent) jest pełnoprawnym podmiotem. Decyzje dotyczące jego życia i zdrowia powinien podejmować sam lub, jeśli nie jest to możliwe, odpowiedzialność tę powinni przejąć uprawnieni przedstawiciele pacjenta, zdolni do podejmowania decyzji.

Na etapie przekazywania informacji należy pomagać pacjentowi w angażowaniu się w proces wyboru taktyki leczenia i dalszych działań. Ważne jest, aby ustalić, co pacjent już wie, a co należy wyjaśnić i jakie informacje dodać. W trakcie rozważania przekazanych informacji lekarz powinien wspierać pacjenta, ponieważ niektórzy ludzie czują się niepewnie co do tego, która metoda leczenia lub rodzaj interwencji medycznej okaże się dla nich najlepsza.

Jeśli lekarz zauważy, że pacjent nie może się zdecydować na podjęcie trudnej decyzji, należy spróbować włączyć go w sam proces podejmowania takiej decyzji. Na przykład lekarz może zapytać: „Jak Pan/Pani ocenia to, co omówiliśmy?", „Czy ma Pan/Pani jakieś przemyślenia na ten temat? Proszę się nimi podzielić, są bardzo ważne!". Jeśli jest czas na przemyślenie informacji, można powiedzieć pacjentowi: „Zróbmy krótką przerwę", „Jeśli potrzebuje Pan/Pani dodatkowych informacji, chętnie Panu/Pani pomogę. Ale decyzja oczywiście należy do Pana/Pani".

W ten sposób lekarz będzie nieustannie przenosił odpowiedzialność na pacjenta. **Należy pamiętać, że głównym zadaniem lekarza jest przekazanie informacji oraz doradzenie, która z proponowanych (alternatywnych) metod leczenia będzie najlepsza w konkretnym przypadku. Jednak decyzję dotyczącą dalszego leczenia powinien podejmować wyłącznie pacjent lub jego prawny przedstawiciel.**

Jak uzyskać prawdziwą świadomą zgodę, a nie tylko kartkę papieru „dla pozoru"

Osobisty podpis pacjenta na świadomej dobrowolnej zgodzie nie gwarantuje jeszcze, że pacjent jest rzeczywiście poinformowany o stanie swojego zdrowia, celu proponowanych badań i działań leczniczych, prognozie możliwego rozwoju choroby, w tym o ryzyku dla życia i zdrowia.

W dzisiejszej praktyce sądowej stosuje się niestety formalistyczne podejście do świadomej dobrowolnej zgody pacjenta. W szczególności, nawet jeśli lekarze w rzeczywistości nie przestrzegali standardów dotyczących tego, jakie informacje powinny

zostać uwzględniona w rozmowie prowadzącej do świadomej zgody pacjenta (tj. nie przekazali pacjentowi w pełnym zakresie informacji dotyczących charakteru choroby, istoty działań medycznych, możliwych niekorzystnych skutków), jednakże jeśli na takiej zgodzie pacjenta znajduje się jego podpis, pacjent jest uznawany za poinformowanego. Sądy stwierdzają naruszenie ze strony lekarzy jedynie w tych przypadkach, gdy pisemna świadoma zgoda w ogóle nie została uzyskana.

Analiza porównawcza formularza świadomej dobrowolnej zgody pacjenta, zatwierdzonego rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia, z formularzami podpisywanymi przez pacjentów w krajach europejskich pozwala wykryć wiele niedociągnięć w krajowym formularzu świadomej dobrowolnej zgody. W szczególności brakuje w nim potwierdzenia ze strony pacjenta, że przed skorzystaniem z usług medycznych przekazał lekarzowi wszystkie informacje o przebytych wcześniej chorobach, brakuje potwierdzenia, że kandydatura pracownika medycznego odpowiada pacjentowi, brakuje wskazania możliwych rozsądnych alternatywnych metod leczenia. Obowiązująca na Ukrainie świadoma dobrowolna zgoda pacjenta nie zawiera potwierdzenia ze strony pacjenta o **świadomym** wyborze placówki medycznej, **świadomej** zgody na wybór konkretnego lekarza oraz proponowanych działań diagnostycznych i terapeutycznych.

Zgodnie z aktami międzynarodowymi (Europejska Karta Praw Pacjenta, Powszechna Deklaracja w sprawie Bioetyki i Praw Człowieka, Deklaracja Lizbońska w sprawie Praw Pacjenta), które nie mają charakteru powszechnie wiążącego, ale są dobrowolnie wdrażane przez państwa, ze względu na autorytet tych aktów, każda interwencja medyczna może być przeprowadzona wyłącznie po uzyskaniu uprzedniej, dobrowolnej i świadomej zgody danego pacjenta **na podstawie informacji, które zostały mu odpowiednio przekazane.** Konwencja o ochronie praw i godności człowieka w zakresie stosowania biologii i medycyny stanowi, że jakakolwiek ingerencja w sferę zdrowia może być przeprowadzona wyłącznie po dobrowolnej i świadomej zgodzie na nią danej osoby. **Osoba ta otrzymuje z wyprzedzeniem odpowiednie informacje dotyczące celu i charakteru ingerencji, a także jej skutków i ryzyka.**

Europejski Trybunał Praw Człowieka wielokrotnie podkreślał, że zgoda ta musi być **świadoma.** Na przykład w sprawie przed ETPC „Glass przeciwko Zjednoczonemu Królestwu" stwierdzono naruszenie prawa do poszanowania życia rodzinnego i prywatnego (art. 8 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności) ze względu na brak **dobrowolnej, wyraźna i świadoma** zgoda matki na podanie diamorfiny jej synowi, który miał poważne upośledzenia umysłowe i fizyczne (tj. mimo że matka podpisała

świadomą zgodę, jednak nie przekazano jej wystarczających informacji, na podstawie których mogłaby świadomie wyrazić zgodę na podanie diamorfiny jej synowi).

W orzeczeniach ukraińskich sądów wielokrotnie stwierdzano naruszenia ze strony lekarzy, biorąc pod uwagę brak pisemnej zgody pacjentów. Na przykład w orzeczeniu jednego z sądów stwierdzono, że podczas przeprowadzania diagnostyki tuberkulinowej wśród uczniów szkoły średniej w Mizyakivsko-Khutirsk, rodzice nie zostali uprzedzeni, nie uzyskano ich zgody na to, nie poinformowano ich o możliwych konsekwencjach, ryzyku itp. W innej sprawie stwierdzono naruszenie ze strony lekarzy z powodu braku świadomej, dobrowolnej zgody pacjenta na interwencję medyczną oraz braku uzgodnienia z pacjentem **zakresu czynności medycznych, które faktycznie zostały przeprowadzone.**

Prawdziwa – naprawdę prawdziwa – świadoma zgoda jest udzielana przez pacjenta wyłącznie po omówieniu z lekarzem wszystkich aspektów i szczegółów procesu leczenia. Tylko pod tym warunkiem pacjent będzie uważany za rzeczywiście poinformowanego, a lekarz będzie mógł uchronić się przed nieuzasadnionymi skargami ze strony pacjentów dotyczącymi braku wyjaśnienia przez lekarza informacji o stanie jego zdrowia i dalszym leczeniu.

Dlaczego ważne jest, abyśmy zmierzali w kierunku przekazania pacjentom większej odpowiedzialności za podejmowane decyzje i jak to zrobić

Coraz częściej wśród lekarzy pojawia się opinia, że pacjent powinien ponosić taką samą odpowiedzialność za podejmowanie decyzji jak lekarz (a czasem nawet większą). Głównym argumentem przemawiającym za tym poglądem jest to, że to właśnie pacjent zdaje sobie sprawę z potrzeby uzyskania pomocy medycznej, to on decyduje, czy zgłosić się do lekarza, czy leczyć się samodzielnie. To pacjent podejmuje decyzję, czy stosować się do zalecanego leczenia, czy nie.

Kwestia podziału odpowiedzialności za podjętą decyzję mieści się w ramach istniejących modeli relacji między lekarzem a pacjentem.

Pierwszy model relacji między lekarzem a pacjentem – z podziałem ról „lekarz dyrektywny" i „pacjent podporządkowany". W tym modelu głównym uczestnikiem, dysponującym wystarczającą wiedzą naukową do udzielania wysokiej jakości pomocy medycznej,

, jest bez wątpienia lekarz. Model ten jest popularny, ponieważ lekarzowi od zawsze przypisuje się pozycję przewodnią. Przy takim podziale ról cała odpowiedzialność za wynik spoczywa wyłącznie na lekarzu. Pacjent w tym przypadku jest biernym odbiorcą pomocy medycznej, który jedynie korzysta z usługi.

Drugi model relacji między lekarzem a pacjentem – **równorzędni partnerzy.** W tym modelu odpowiedzialność za proces leczenia rozkłada się równo między lekarza a pacjenta. Obie strony zajmują aktywną postawę i ponoszą odpowiedzialność za własne decyzje i wybory. Lekarz orientuje pacjenta w sytuacji: informuje o chorobie i jej przyczynach, informuje o możliwych wynikach i sposobach leczenia, proponuje zestaw istniejących alternatyw. Pacjent ponosi odpowiedzialność za wybór jednej z opcji leczenia zaproponowanych przez lekarza oraz za przestrzeganie zasad wybranego leczenia. W tym modelu pacjent jest równie aktywnym uczestnikiem procesu, wie, do czego ma prawo w zakresie świadczeń medycznych, oraz zna zakres swojej odpowiedzialności za wynik leczenia. W tym typie relacji trudność polega na tym, że lekarz musi poświęcić więcej czasu na rozmowę z pacjentem o jego stanie, specyfice i mechanizmach przebiegu choroby, istniejących metodach leczenia itp.

Zaletą tego modelu jest humanitarne i pełne szacunku traktowanie pacjenta jako osoby wolnej, aktywnej i odpowiedzialnej, która ma prawo do uzyskania i wyboru usług medycznych oraz wpływa na ich wynik. Model partnerskich relacji między lekarzem a pacjentem pozwala również zwiększyć przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjenta oraz poprawia jego bezpieczeństwo.

Odwołując się do doświadczeń międzynarodowych (przede wszystkim ze Stanów Zjednoczonych Ameryki), można zauważyć, że tam pacjent ponosi odpowiedzialność wyłącznie za swoją decyzję o odmowie leczenia. Jeśli chodzi o wybór metod leczenia – nie, ponieważ uważa się, że wybór pacjenta mieści się w granicach określonych przez pracownika służby zdrowia, a zatem cała odpowiedzialność za podjętą przez pacjenta decyzję spoczywa właśnie na lekarzu. W szczególności Europejski Trybunał Praw Człowieka w sprawie „Arskaya przeciwko Ukrainie" wydał następujący wniosek: „...odpowiedzialność za fatalny skutek ponosił syn skarżącej, ponieważ wielokrotnie odmawiał leczenia. Sąd zauważa, że prawo do wyrażenia zgody lub odmowy na leczenie ma kluczowe znaczenie w kontekście samostanowienia i autonomii osobistej. W dziedzinie opieki medycznej odmowa określonego leczenia może nieuchronnie prowadzić do fatalnego skutku, jednak leczenie prowadzone bez zgody osoby z zaburzeniami psychicznymi

kompetentnego dorosłego pacjenta będzie stanowić ingerencję w integralność fizyczną człowieka w sposób naruszający prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego". W ten sposób cała odpowiedzialność za odmowę leczenia spoczywa na pacjencie.

W Ukrainie lekarz nie ponosi odpowiedzialności za zdrowie pacjenta w przypadku odmowy przez niego przestrzegania zaleceń medycznych lub naruszenia przez pacjenta ustalonego dla niego trybu postępowania. W przypadku dobrowolnej świadomej zgody pacjenta, w której zostanie odnotowane, że otrzymał on rzeczywiście wyczerpujące wyjaśnienia dotyczące charakteru, celu, orientacyjnego czasu trwania procesu diagnostyczno-leczniczego oraz możliwych niekorzystnych skutków jego przeprowadzenia, o konieczności przestrzegania ustalonego przez lekarza trybu leczenia, odpowiedzialność za podjętą decyzję ponosi sam pacjent. W takim przypadku lekarz ponosi odpowiedzialność wyłącznie w przypadku wystąpienia szkody w życiu/zdrowiu pacjenta, która zostanie wyrządzona w wyniku niewłaściwego wykonania przez niego swoich obowiązków oraz istnienia związku przyczynowego między bezprawnym działaniem lekarza a niekorzystnymi skutkami dla pacjenta.

Dążenie do zwiększenia odpowiedzialności pacjentów za podejmowanie decyzji pomoże w promowaniu świadomego podejścia pacjentów do procesu leczenia oraz do informacji, na podstawie których będą oni w przyszłości podejmować decyzje. Przeniesienie odpowiedzialności za podjętą decyzję na pacjenta jest możliwe jedynie dzięki rozszerzeniu zakresu dokumentacji służącej do rejestrowania określonych faktów. Konieczne jest również opracowanie różnych rodzajów świadomych zgód (z bardziej precyzyjnym, szczegółowym opisem możliwych niekorzystnych skutków leczenia), które pacjent będzie podpisywał wraz z powszechnie przyjętym dokumentem Ministerstwa Zdrowia.

W jakich przypadkach lekarz może podejmować decyzje samodzielnie? Gdzie leży granica między odpowiedzialnością lekarza a administracji w spornych kwestiach?

Człowiek jest panem swojego ciała, dlatego to on sam powinien podejmować ostateczną decyzję dotyczącą wyboru diagnostyki i leczenia. Świadoma zgoda pacjenta jest obowiązkowym warunkiem każdej interwencji medycznej i stanowi jej niezbędny warunek wstępny. Lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o stanie jego zdrowia i zaproponować kilka dostępnych opcji leczenia, pozostawiając prawo wyboru pacjentowi.

Jednak nawet w tej zasadzie są wyjątki.

W Ukrainie prawo do interwencji medycznej bez zgody pacjenta reguluje wiele aktów prawnych. Mimo to w przepisach istnieją sprzeczności dotyczące tej kwestii. Konwencja Europejska gwarantuje każdemu ochronę przed ingerencją oraz prawo do nietykalności fizycznej, co stoi w sprzeczności z udzielaniem pomocy medycznej bez zgody pacjenta. Jednocześnie lekarze są zobowiązani do natychmiastowego udzielenia takiej pomocy, jeśli dana osoba znajduje się w stanie nagłym. Nie ma jednak wyczerpującej listy takich przypadków. Akty międzynarodowe przewidują, że w przypadku, **gdy pacjent nie jest w stanie wyrazić zgody na leczenie, które jest konieczne natychmiast, należy uznać, że taka zgoda została udzielona.** Wyjątkiem będzie **sytuacja,** gdy pacjent wcześniej odmówił udzielenia pomocy medycznej w jakiejkolwiek sytuacji.

Zgodnie z ustawodawstwem Ukrainy stan nagły to nagłe pogorszenie zdrowia fizycznego lub psychicznego, które stanowi bezpośrednie i nieuniknione zagrożenie dla życia i zdrowia danej osoby lub osób z jej otoczenia i wynika z choroby, urazu, zatrucia lub innych przyczyn wewnętrznych lub zewnętrznych. W związku z tym w praktyce do tej kategorii zaliczają się następujące przypadki:

- osoba cierpi na szczególnie niebezpieczne choroby zakaźne;
- osoba uznana za uzależnioną od narkotyków (w określonych okolicznościach);
- osoby, które popełniły przestępstwa i cierpią na chorobę stanowiącą zagrożenie dla zdrowia innych ludzi;
- osoba cierpiąca na zaburzenia psychiczne, która może stanowić zagrożenie i nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych;
- w przypadku wystąpienia sytuacji skrajnej potrzeby, działań resuscytacyjnych w stanach terminalnych.

W związku z tym prawo przewiduje możliwość udzielenia przez lekarza pomocy pacjentowi bez jego zgody, jednak wyłącznie w wyjątkowych przypadkach. Głównym czynnikiem powinny być parametry życiowe pacjenta. Ponadto szkoda dla zdrowia człowieka wynikająca z interwencji medycznej musi być mniejsza niż przyczyny takiej interwencji. W przeciwnym razie legalność udzielenia leczenia bez zgody pacjenta będzie fikcyjna. Może to skutkować pociągnięciem lekarza do odpowiedzialności.

Większość pracowników służby zdrowia to pracownicy najemni w placówkach opieki zdrowotnej (szpitalach). Ukraińskie ustawodawstwo przewiduje, że za szkodę wyrządzoną przez lekarza odpowiedzialność ponosi placówka, w której pracuje taki lekarz. Później szpital może wnieść powództwo regresowe, domagając się zwrotu całej kwoty poniesionych strat.

Jeśli chodzi o osobistą odpowiedzialność pracownika służby zdrowia, to w większości przypadków będzie to odpowiedzialność karna i dyscyplinarna. Odpowiedzialność dyscyplinarna nakładana jest na mocy zarządzenia dyrektora szpitala, a odpowiedzialność karna – na mocy orzeczenia sądu.

Odpowiedzialność karna lekarza powstaje w przypadku przestępstw popełnionych przez pracownika służby zdrowia, które stanowią przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu człowieka. A mianowicie:

- niewykonanie lub nienależyte wykonanie przez pracownika medycznego swoich obowiązków zawodowych w wyniku niedbalstwa lub nieuczciwego podejścia do nich, jeżeli spowodowało to poważne konsekwencje dla pacjenta (art. 140 Kodeksu karnego). Na przykład operacja została zakończona, ale instrument medyczny pozostał w ciele pacjenta lub lekarz anestezjolog nieprawidłowo obliczył dawkę leku, co spowodowało szkodę dla pacjenta;
- nieudzielenie pomocy choremu przez pracownika służby zdrowia (art. 139 Kodeksu karnego Ukrainy). Na przykład pacjentowi odmówiono udzielenia pomocy medycznej z powodu braku skierowania na leczenie, co doprowadziło do jego śmierci;
- nielegalna działalność lekarska, czyli wykonywanie czynności leczniczych bez specjalnego zezwolenia przez osobę, która nie posiada odpowiedniego wykształcenia medycznego, jeśli spowodowało to poważne konsekwencje dla pacjenta (art. 138 KPK). Na przykład zdrowiu pacjenta wyrządził szkodę pseudolekarz, osoba bez wykształcenia medycznego i dokumentów uprawniających do wykonywania działalności medycznej.

Jeśli lekarz przekroczy swoje uprawnienia w jakikolwiek sposób, poniesie za to odpowiedzialność. Przykładem z praktyki może być przypadek, w którym chirurg zlecił leczenie psychiatryczne, nie mając do tego uprawnień (orzeczenie nr 6498078). Pracownik służby zdrowia skierował obywatela na przymusowe leczenie stacjonarne do szpitala psychoneurologicznego, podając diagnozę
„zespół maniakalno-depresyjny”. Takie działania lekarza doprowadziły do znacznej szkody, w szczególności moralnej. Sąd uznał pracownika medycznego za winnego na podstawie artykułu „samowola, to znaczy samowolne, wbrew ustanowionemu przez prawo porządkowi, popełnienie jakichkolwiek czynów, których zasadność jest kwestionowana

przez konkretnego obywatela, co spowodowało znaczną szkodę interesom obywatela" (art. 356 Kodeksu Karnego) i nałożył na oskarżonego karę w postaci grzywny.

W związku z tym lekarz powinien rozważnie podchodzić do kwestii samodzielnego podejmowania decyzji o udzieleniu pomocy medycznej i nie przekraczać swoich uprawnień. Lekarz ponosi bowiem osobistą odpowiedzialność karną za swoje działania. Ponadto należy zauważyć, że odpowiedzialność może spoczywać również na szpitalu. W przypadku pozwu przeciwko placówce medycznej może ona wnieść powództwo wzajemne przeciwko swojemu pracownikowi, który popełnił przestępstwo.

Granice

Relacja lekarz–pacjent ma charakter interpersonalny i opiera się na ścisłej komunikacji oraz bliskim kontakcie fizycznym, dlatego wymaga ustalenia pewnych granic: fizycznych (cielesnych) i psychicznych (duchowych). Granice zawodowe są niezbędne, ponieważ z jednej strony chronią pacjentów, a z drugiej – lekarzy (pracowników służby zdrowia, świadczeniodawców).

Granice to ustalone (na podstawie pisanych lub niepisanych zasad, porozumień, a także wypowiedzi werbalnych) granice przestrzeni społecznej, fizycznej i psychologicznej między ludźmi. Jest to pewien system składający się z „tak" i „nie". Są to znaki stopu lub granice, które w pewien sposób ustalamy, aby chronić siebie, w pełni kierować własnym życiem i budować relacje z otaczającymi nas ludźmi.

Jasna świadomość własnego systemu wartości pomaga w wyznaczaniu granic i otwiera przestrzeń na sukces. Prawidłowo wyznaczone granice ułatwiają życie, pomagają je uporządkować, chronią osobistą przestrzeń życiową. Jednocześnie źle wyznaczone lub
„Niezdrowe" granice często powodują ból emocjonalny i wypalenie, co może prowadzić do uzależnienia, depresji, lęku, a nawet chorób.

Brak granic to brak jakichkolwiek ram w relacjach, co przypomina otwarty dom, do którego może wejść każdy. Z drugiej strony, zbyt sztywne granice mogą prowadzić do izolacji osoby lub grupy osób, co przypomina samotne życie w zamkniętym zamku, otoczonym wysokimi murami, do którego nikt nie ma wstępu i z którego nikt nie wychodzi. Stopień sztywności i przepuszczalności granic nie jest ustalony raz na zawsze.

Granice pomagają nam:

- określić (zidentyfikować) swoją tożsamość, aby lepiej zrozumieć siebie;
- zrównoważyć nasze potrzeby, obowiązki, możliwości i działania;
- realizować swój potencjał;
- chronić się przed kontrolą ze strony innych;
- zachować swój cel i misję w życiu;
- chronić swoje najcenniejsze zasoby osobiste (wiedzę, ciało, umiejętności, zdolności).

Granice zawodowe to przyjęte i oczekiwane granice psychologicznej, społecznej i fizycznej odległości między lekarzem a pacjentem, które określają ich role i oczekiwania.

Zachowanie „terapeutycznego" dystansu wobec pacjentów pomaga lekarzom budować granice zawodowe w komunikacji, zapobiega wypaleniu emocjonalnemu i chroni lekarzy przed cierpieniem pacjentów.

Osobiste relacje z pacjentem, gdy lekarz jest z nim emocjonalnie związany, mogą zaszkodzić lekarzowi i wpłynąć na obiektywność jego decyzji. Dlatego granice emocjonalne są bardzo ważne. Lekarz nie powinien leczyć członków swojej rodziny ani przyjaciół, z którymi jest emocjonalnie związany; relacja lekarz–pacjent ma pierwszeństwo, a inne ważne relacje nie powinny jej przeczyć.

Nieskuteczne lub źle wyznaczone granice mogą prowadzić do:

- utraty szacunku do siebie samego i ze strony innych;
- utraty kontroli nad własnym życiem;
- poczucia winy;
- utraty zainteresowania życiem.

Nierealizowane cele mogą prowadzić do lęku i depresji.

Granice zawodowe chronią pacjentów:

- Interesy pacjenta muszą zawsze być na pierwszym miejscu.

- Pacjenci są często bardzo wrażliwi, ponieważ aby uzyskać leczenie, muszą ujawniać intymne szczegóły dotyczące siebie i swojego życia nieznanej osobie.
- Kiedy pacjent może zaufać lekarzowi, taka relacja może mieć charakter leczniczy (terapeutyczny).

Granice zawodowe chronią lekarzy:

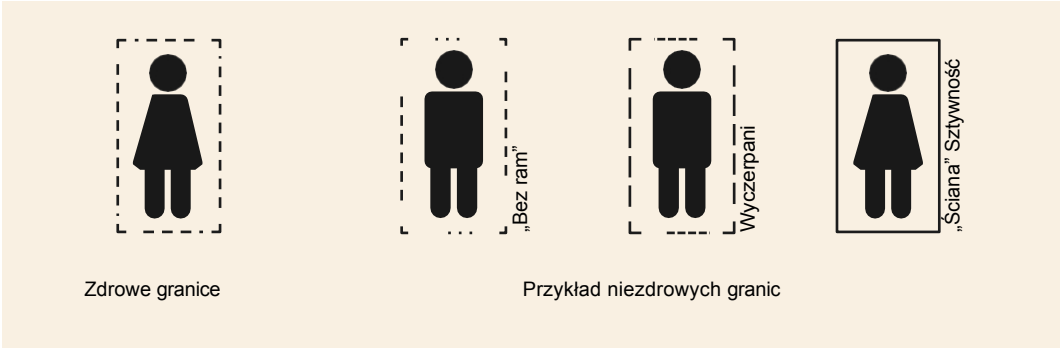
- Lekarze mogą doświadczać wypalenia emocjonalnego, jeśli nie będą odróżniać własnych emocji od cierpienia pacjentów.
- Relacje osobiste, a tym bardziej rodzinne z pacjentem mogą (z powodu więzi emocjonalnych) wpłynąć na obiektywność decyzji lekarza i naruszyć zasadę, że „relacje lekarz–pacjent muszą być nadrzędne".
- Pomagają lekarzom uregulować relacje zawodowe z pacjentami (lekarz nie jest robotem, który pracuje 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu)
- Zapewniają prywatność i prawo do godności lekarza jako osoby.

Przykłady zdrowych i niezdrowych granic

Zdrowe granice są solidne, częściowo przepuszczalne, a w przypadku ich naruszenia osoba szybko je przywraca.

Przykłady niezdrowych granic:

- „bez ram" – osoba nie odczuwa, gdzie kończy się ona sama, a zaczynają inni;
- wyczerpane, słabe, łatwo przekraczalne, trudne do odbudowania granice;
- sztywne granice, pozbawione elastyczności i „punktów wejścia" dla innych osób.



Rys. 9. Granice
Źródło: www.casv.org.au/healthy-boundaries/

Prywatność

Jednym z podstawowych praw człowieka jest poszanowanie jego prywatności. Prywatność dotyczy zarówno informacji o stanie zdrowia pacjenta, które stanowią tajemnicę lekarską, jak i prywatności fizycznej. Poszanowanie wszystkich aspektów prywatności pacjenta w placówkach opieki zdrowotnej pozwala zapewnić fizyczny, psychiczny i emocjonalny komfort pacjentów oraz podnosi skuteczność i jakość świadczonej opieki medycznej.

Zasady przestrzegania prywatności pacjenta w placówkach szpitalnych:

- podczas zabiegów/procedur nie mogą przebywać osoby postronne;
- drzwi są zamknięte (lub zasłona jest zaciągnięta);
- odsłanianie części ciała pacjenta tylko za jego zgodą;
- nie wolno przenosić pacjenta w stanie nagości;
- zgoda na obecność osób postronnych (np. stażystów);
- pokoje i toalety dla osób tej samej płci (z uwzględnieniem trasy pacjenta);
- zgoda na lekarza innej płci;
- osoby postronne, w tym personel, nie mogą być obecne ani słyszeć rozmowy z pacjentem; rozmowy w sali powinny odbywać się szeptem;
- fotografowanie i filmowanie wyłącznie za zgodą.

Przykład przeprowadzenia badania ultrasonograficznego

– Dzień dobry, pani Oksano, proszę wejść. Nazywam się Piotr Iwanowicz, jestem lekarzem USG i dzisiaj będę przeprowadzał u pani badanie. Podczas zabiegu będzie również obecna pielęgniarka Iryna Wasyliwna, która będzie zapisywać wyniki badania.

– Dzień dobry.

– Skierowano Panią na badanie narządów miednicy mniejszej i piersi. Czy wie Pani, na czym polega to badanie, czy ma Pani jakieś pytania dotyczące samego przebiegu badania?

– Nie, już wcześniej przechodziłam podobne badania.

– Jeśli mają Państwo jakieś pytania, proszę je zadawać. A teraz proszę przejść za parawan – do badania należy zdjąć całą odzież powyżej pasa. Nie muszą Państwo zdejmować obuwia. Zamykam gabinet na klucz, aby nikt nam nie przeszkadzał.

[W rogu gabinetu stoi parawan, za którym znajdują się dwa krzesła, serwetki, kosz na śmieci i ochraniacze na buty].

– Czy jest Pani gotowa? Proszę położyć się na łóżku na plecach. Czy możemy rozpocząć badanie?

– Tak. *[Przeprowadzane jest badanie piersi].*

– Dziękuję, teraz może się pani ubrać, a do przeprowadzenia kolejnego badania konieczne jest zdjęcie całej odzieży poniżej pasa, będziemy wykonywać badanie narządów miednicy mniejszej. Jeśli potrzebuje pani serwetek, znajdują się one za parawanem.

[Pacjentka przebiera się za parawanem, przeprowadzane jest badanie narządów miednicy mniejszej].

– Proszę się ubrać. Badanie zakończone. Proszę usiąść, za kilka minut pani Iryna Wasyliwna przekaże Pani wyniki.

Materiały projektu edukacyjnego „Zalecenia metodologiczne dotyczące przestrzegania zasad godności pacjentów w szpitalach" można znaleźć pod linkiem

phcapital.org/wp-content/loads/2021/02/metodychni-rekomendacziyi_proyekt.pdf

Wnioski:

Pacjent jest podmiotem podejmującym decyzje.

Wspólne podejmowanie decyzji jest kluczowym elementem opieki zdrowotnej nad pacjentem.

Granice zawodowe są istotne dla skutecznej współpracy między lekarzem a pacjentem.

Odpowiedzialność za wyznaczenie i przestrzeganie tych granic spoczywa na lekarzach.

W przypadku naruszenia granic należy omówić zaistniałą sytuację i poszukiwać sposobów jej rozwiązania. Granice w relacjach na przykładach przypadków

CZĘŚĆ 2. ZADANIA PRAKTYCZNE

Przypadek 1

Pani Jabluniewa jest lekarzem rodzinnym pana Sliwowa od około 20 lat. Pan Sliwow ma 51 lat i pracuje jako ślusarz w warsztacie produkującym maszyny. Wcześniej czuł się praktycznie zdrowy, jednak po zawale serca wszczepiono mu rozrusznik serca i przepisano leczenie przeciwarytmiczne. Nie może wrócić do pracy i w związku z tym traci ubezpieczenie zdrowotne.

Kilka miesięcy po tej interwencji pan Sliwowy odwiedza swoją lekarz rodzinę – panią Jabłunewą – i informuje ją, że wygasa mu ubezpieczenie i nie będzie już mógł kupować niezbędnych leków, ponieważ wcześniejsze poszukiwania lżejszej pracy okazały się bezowocne.

Następnego dnia pan Kvitko, kolega lekarza rodzinnego pani Jabłunewej, informuje pana Sliwowa, że poszukuje pracownika na stanowisko, które według pani Jabłunewej odpowiadałoby umiejętnościom i kwalifikacjom jej pacjenta poszukującego pracy.

Jak postąpiła pani Jabłuniewa?
Czy lekarz powinien pomagać pacjentom poza zakresem świadczenia pomocy medycznej? Dlaczego?

Przypadek 2

Młoda lekarka przeprowadza badanie w sali dla mężczyzn. W sali znajduje się 8 łóżek, przejście między nimi jest wąskie i nie ma możliwości ustawienia krzesła. Aby zbadać pacjenta, trzeba usiąść na jego łóżku lub na sąsiednim (za zgodą innego pacjenta). Podczas pomiaru ciśnienia krwi u pacjenta leżącego, pacjent kładzie rękę na kolanach lekarki, nie pytając jej o zgodę. Lekarka stara się dokładnie zmierzyć ciśnienie krwi i koncentruje się na procedurze pomimo nieprzyjemnych odczuć, jakie wywołuje obca ręka na jej kolanach oraz spojrzenia pacjentów na sąsiednich łóżkach, którzy obserwują procedurę pomiaru ciśnienia. Ciśnienie zmierzone, lekarka zdejmuje rękę pacjenta. Następnego dnia sytuacja się powtarza. Lekarka ponownie zdejmuje rękę pacjenta ze swoich kolan. Trzeciego dnia lekarka nie pozwala już pacjentowi położyć ręki na jej kolanie, zmieniając w tym celu taktykę: mierzy ciśnienie krwi stojąc obok pacjenta i nie kucając przy nim. Jak ocenić tę sytuację kliniczną (działania pacjenta i lekarza)?

Jakie granice w relacji pacjent–lekarz zostały w tej sytuacji naruszone?
Jak zapobiegać naruszaniu granic i jak właściwie postąpić w tej sytuacji?

Przypadek 3

Taras i Piotr są przyjaciółmi już od wielu lat. W każdą pierwszą sobotę miesiąca spotykają się, aby pograć w piłkę nożną. Piotr jest chirurgiem proktologiem, najlepszym chirurgiem jamy brzusznej w swoim regionie. Pewnej soboty Taras informuje Piotra, że zdiagnozowano u niego chorobę jelit, która wymaga operacji zgodnie z zaleceniami lekarza rodzinnego, i prosi Piotra o przeprowadzenie operacji, argumentując, że Piotr jest najlepszym specjalistą w tej dziedzinie. Piotra ogarniają różne uczucia: z jednej strony nie chce odmówić przyjacielowi, a z drugiej – martwi się o etyczne aspekty takiej decyzji, ponieważ łączy go bliska więź emocjonalna z Tarasem.

Jak powinien postąpić Piotr w tej sytuacji?
Jakie granice w relacji pacjent–lekarz mogą zostać w tej sytuacji przekroczone?
Jak to wpływa na relacje między lekarzem a pacjentem?

Jakie naruszenia granic odczuliście?	Co wskazuje na naruszenie granic ze strony pacjenta lub lekarza?	Co można zrobić?

Pełna autorska wersja tekstu materiału teoretycznego do zajęć znajduje się pod linkiem

bit.ly/3DU9cwF

TEMAT 5

Poufność



TEMAT 5 POUFNOŚĆ

Z całym szacunkiem dla praw pacjentów zebrane przez Olę Gorską i Natalię Rudakową



Olena Gorska, wykładowczyni na wydziale nauk medyczno-profilaktycznych i diagnostyki laboratoryjnej, Akademia Medyczna w Równem.



Natalia Rudakowa, wykładowczyni na Katedrze Zdrowia Psychicznego i Fizycznego, Akademia Medyczna im. Andrieja Krupinskiego we Lwowie.

CELE DYDAKTYCZNE:

- Znajomość zasad autonomii, prywatności i poufności w opiece zdrowotnej.
- Umiejętność stosowania tych zasad w pracy z pacjentami.

Wymagania	Wiedza	Umiejętności
Podejście zorientowane na człowieka jako podstawa filozofii relacji z pacjentem.	jakie informacje i w jakim zakresie należy przekazywać pacjentowi; co należy wiedzieć o poufności: dlaczego jest to ważna zasada i jakie są główne kwestie prawne	jak prawidłowo przekazywać informacje i określać, jaki poziom szczegółowości jest potrzebny dla każdego pacjenta; jak w praktyce zapewnić poufność, prawo człowieka do autonomii; jak omawiać z pacjentem decyzje dotyczące przebiegu leczenia i pomagać w podejmowaniu decyzji.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Pojęcia „informacja” i „informacja poufna”. Autonomia, jej zasady, pojęcie „świadomej zgody”.

Prywatność i zasady jej zapewnienia. Zasady ochrony prywatności w placówkach medycznych.

Poufność, zasady jej przestrzegania. Ramy prawne dotyczące przestrzegania poufności.

Odpowiedzialność za ujawnienie tajemnicy lekarskiej. Warunki, w

których dopuszczalne jest naruszenie zasad poufności.

Dostęp pacjenta do informacji: obowiązki pracowników służby zdrowia, ryzyko. Specyfika dostępu do informacji dotyczących dzieci.

Materiały do zajęć

CZĘŚĆ 1. MATERIAŁ TEORETYCZNY

POJĘCIE „INFORMACJA” I „INFORMACJA POUFNA”

Informacja

(1) udokumentowane lub publicznie ogłoszone wiadomości o wydarzeniach i zjawiskach, które miały lub mają miejsce w społeczeństwie, państwie i otaczającym środowisku naturalnym;

(2) wszelkie informacje i/lub dane, które mogą być przechowywane na nośnikach fizycznych lub odzwierciedlone w formie elektronicznej.

Informacja poufna

Informacja, do której dostęp jest ograniczony przez osobę fizyczną lub prawną, z wyjątkiem organów władzy, i która może być rozpowszechniana w określonym przez nie porządku, zgodnie z ich życzeniem i na warunkach przez nie przewidzianych.

Nie można uznać za poufną informacji związanej z wykonywaniem obowiązków przez osoby, które realizują uprawnienia przekazane im przez podmioty sprawujące władzę zgodnie z prawem lub umową, w tym w zakresie świadczenia usług edukacyjnych, zdrowotnych, socjalnych lub innych usług publicznych;

Podmioty dysponujące informacjami poufnymi **mogą** je **rozpowszechniać** wyłącznie **za zgodą** osób, które ograniczyły dostęp do tych informacji, a w przypadku braku takiej zgody – wyłącznie w interesie bezpieczeństwa narodowego, dobrobytu gospodarczego i praw człowieka (3).

AUTONOMIA, JEJ ZASADY, POJĘCIA „ZGODA INFORMACYJNA”

Autonomia to niezależność od czegokolwiek, stan, w którym podmiot i przedmiot zarządzania są zbieżne.

Zasada autonomii pacjentów realizuje się w kilku istotnych elementach:

- pacjent powinien otrzymać pełną i wyczerpującą informację na temat stanu swojego zdrowia (pracownicy służby zdrowia mają obowiązek przekazać pacjentowi takie informacje) w przystępnej formie;
- pacjentowi należy zaproponować różne opcje leczenia;
- przed każdą interwencją pacjentowi należy przekazać informacje dotyczące działań, które zostaną podjęte, oraz możliwych działań niepożądanych, które mogą wystąpić u pacjenta podczas zabiegu itp.;
- pacjent ma prawo do udziału w podejmowaniu decyzji i dokonywania własnego wyboru w zakresie opcji leczenia (wspólne podejmowanie decyzji). Przy wspólnym podejmowaniu decyzji dotyczących wyboru opcji leczenia należy stosować model biopsychospołeczny, w którym pacjent jest postrzegany jako całościowa osobowość, a nie tylko jako organizm biologiczny; należy uwzględniać psychologiczne i społeczne aspekty pacjenta;
- Pacjent musi wyrazić zgodę na wszelkie zabiegi medyczne, badania diagnostyczne, analizy, leczenie itp. Świadoma zgoda może nie być wymagana w przypadkach, gdy pacjent nie jest w stanie jej udzielić, gdy konieczna jest pomoc doraźna i nie ma innych znanych wskazówek pacjenta, w przypadku zagrożenia dla zdrowia publicznego (gruźlica, wścieklizna, cholera itp.). W tym ostatnim przypadku konieczne są jasne procedury operacyjne dotyczące interwencji, które można przeprowadzić bez zgody;
- pacjent ma prawo odmówić leczenia. W tym przypadku personel szpitala musi udzielić pełnej informacji o stanie pacjenta, możliwych wariantach leczenia, ryzyku i korzyściach oraz o konsekwencjach odmowy leczenia. Należy również upewnić się, że pacjent rozumie przekazane informacje, że decyzja jest podejmowana świadomie, a przyczyny leżące u podstaw takiej decyzji są istotne i nie można ich przezwyciężyć. Do konsultacji z pacjentem warto zaangażować innych specjalistów, na przykład psychologa, pracownika socjalnego, duchownego, w zależności od przekonań pacjenta;
- pacjent musi wyrazić zgodę na przekazanie informacji o stanie jego zdrowia członkom rodziny i bliskim.

Świadoma zgoda

Wymóg uzyskania świadomej zgody pacjenta jest przewidziany w ustawodawstwie Ukrainy. Jednocześnie w szpitalach wymóg ten jest najczęściej traktowany formalnie. Dokument „Świadoma dobrowolna zgoda pacjenta" podpisywany jest jednorazowo, często podczas hospitalizacji, a pacjenci nie zawsze rozumieją, co i po co podpisują. W związku z tym dalsza diagnostyka i zabiegi medyczne mogą odbywać się bez świadomej zgody. Jednocześnie należy zaznaczyć, że świadoma zgoda może być udzielona nie tylko w formie pisemnej, ale również ustnej. Niektóre kraje UE odchodzą od praktyki pisemnej świadomej zgody właśnie z tych powodów, że dokument podpisany przez pacjenta nie zawsze oznacza w rzeczywistości świadomą zgodę na wszystkie zabiegi medyczne.

Najważniejszym elementem realizacji tej zasady jest przekazanie pacjentowi pełnych i rzetelnych informacji, a także poinformowanie go o wszystkich ryzykach związanych z zabiegiem. Istnieją również przypadki, w których pacjent otrzymuje leczenie podtrzymujące (wentylację płuc). Decyzja o zaprzestaniu lub kontynuacji leczenia podtrzymującego podejmowana jest w oparciu o najlepszy interes pacjenta. W tym przypadku należy wziąć pod uwagę jakość życia pacjenta, to, jak długo pacjent będzie żył i z jaką jakością życia, jeśli leczenie będzie kontynuowane, oraz szanse na wyzdrowienie pacjenta.

PRYWATNOŚĆ I ZASADY JEJ ZAPEWNIANIA. ZASADY OCHRONY PRYWATNOŚCI W PLACÓWKACH MEDYCZNYCH

Prywatność informacji:

- związek między gromadzeniem a rozpowszechnianiem danych
- technologie
- społeczne oczekiwania dotyczące nienaruszalności życia prywatnego
- kwestie prawne i polityczne z tym związane.

Zalecenia dotyczące zapewnienia prywatności fizycznej:

- podczas zabiegów, które wymagają rozebrania się, w pomieszczeniu, w którym przeprowadzana jest taka procedura, nie powinny przebywać osoby postronne, w tym

personelu szpitalnego, który nie jest bezpośrednio zaangażowany w przeprowadzanie zabiegów. Jeśli zabieg odbywa się w sali, w której przebywa kilku pacjentów, łóżko pacjenta należy szczelnie zasłonić parawanem lub przykryć pacjenta prześcieradłem;

- Zabiegi wymagające rozebrania się przez pacjentów powinny odbywać się w zamkniętych pomieszczeniach, a miejsca przeznaczone do rozbierania się pacjentów powinny być odgrodzone parawanem. Personel medyczny przeprowadzający zabieg powinien najpierw opisać pacjentowi jego przebieg oraz to, co pacjent może odczuwać, a także uprzedzić go o rozpoczęciu zabiegu. Pacjent musi wyrazić zgodę na rozpoczęcie procedury (może to być obowiązkowa forma pisemna, ale wystarczy również zgoda ustna lub nawet sygnał, na przykład skinienie głową);
- pracownicy medyczni nie powinni prosić o rozebranie się bardziej, niż wymaga tego procedura;
- po zakończeniu zabiegu pacjent powinien się ubrać, zanim będzie kontynuować rozmowę;
- nie wolno przemieszczać pacjenta nago po terenie szpitala;
- urządzenia pomocnicze, które mogą powodować dyskomfort u pacjentów (takie jak pojemniki na kał i mocz, cewniki itp.), należy przykryć prześcieradłem zgodnie z życzeniem pacjenta;
- podczas badania pacjentów w salach, w których przebywa kilku pacjentów, zaleca się nie omawianie szczegółów badania, a w razie potrzeby komunikowanie się z pacjentem ściszonym głosem;
- w salach z kilkoma łóżkami zaleca się stosowanie ruchomych parawanów, które oddzielają łóżka i mogą stworzyć prywatną przestrzeń dla pacjenta;
- należy zapewnić oddzielne zakwaterowanie pacjentów różnej płci, w tym oddzielne toalety. Wyjątki mogą dotyczyć sal intensywnej terapii;
- pacjenci powinni mieć możliwość wyboru personelu medycznego tej samej płci, który świadczy im usługi (o ile jest taki personel). Potrzeba ta jest ogólnie bardziej aktualna w przypadku kobiet. W każdym razie podczas wykonywania zabiegów wymagających rozebrania się powinien być obecny pracownik medyczny tej samej płci co pacjent;

- w szpitalu powinny być zorganizowane prywatne pokoje do rozmów członków rodziny i bliskich pacjenta. Jeśli nie ma możliwości uwzględnienia tego w planie szpitala, należy zapewnić inną przestrzeń do rozmów rodziny na osobności z pacjentem po ważnych wiadomościach lub w celu podjęcia trudnych decyzji;
- fotografowanie i filmowanie pacjentów w szpitalu może odbywać się wyłącznie za ich zgodą;
- personel szpitala musi uzyskać zgodę na obecność stażystów podczas badania pacjenta.

Zalecenia dotyczące obecności stażystów/rezydentów/studentów podczas badania pacjenta:

- prośba o obecność studentów lub stażystów jest zwykłym przejawem uprzejmości, a pacjenci rozumieją, że traktuje się ich z szacunkiem. Jednocześnie zachowują oni pewną kontrolę nad sytuacją, w której się znaleźli;
- aby takie zapytanie nie było dla pacjentów zaskoczeniem, należy z wyprzedzeniem poinformować ich o możliwej obecności studentów lub stażystów;
- nawet jeśli szpital jest bazą kliniczną uczelni medycznych, pacjent powinien mieć możliwość odmowy obecności studentów lub stażystów.

Poufność, zasady jej przestrzegania Ramy prawne

dotyczące przestrzegania poufności **Poufność:**

- cecha wszystkiego, co nie podlega ujawnieniu; poufność, tajemnica, czysta prywatność;
- cecha informacji polegająca na tym, że nie może ona zostać uzyskana przez nieuprawnionego użytkownika i (lub) proces;
- przekonanie, że osoba zwracająca się o pomoc medyczną nie powinna się martwić, obawiając się, że jej stan zostanie ujawniony innym osobom.

Celem poufnej relacji między pacjentem a pracownikiem służby zdrowia jest budowanie zaufania i zapewnienie komfortu obu stronom podczas przekazywania wszelkich istotnych informacji.

Do informacje, które należy chronić, należą:

- dane osobowe
- stan zdrowia
- stan emocjonalny
- informacje finansowe.

Co obejmuje poufność lekarza i pacjenta?

Wszystko, co pacjent może ujawnić pracownikowi służby zdrowia, oraz jakiekolwie opinie oraz wnioski, które pracownik pracownik może sformułować po badaniu lub ocenie stanu pacjenta. Poufność obejmuje wszystkie dokumenty (w tym historią medyczne. choroby, już istniejące schorzenia, zdjęciami rentgenowskimi, wynikami badań laboratoryjnych itp.), a także relacja między pacjentem a lekarzem – jak również sam fakt zgłoszenia się osoby do lekarza.

Naruszenie poufności to każde przekazanie prywatnych informacji o pacjencie stronie trzeciej bez zgody pacjenta. Poufność danych pacjenta jest chroniona przez prawo Ukrainy. Jeśli prywatne informacje o pacjencie zostaną ujawnione bez jego zgody i spowodują mu pewną szkodę, ma on prawo wnieść pozew przeciwko pracownikowi służby zdrowia za nadużycie, ingerencję w życie prywatne lub inne czyny niedozwolone. Oczywiście, jeśli pacjent wyraził zgodę na ujawnienie informacji, naruszenie nie miało miejsca.

Jak długo trwa poufność między lekarzem a pacjentem?

Obowiązek zachowania poufności obowiązuje również po tym, jak pacjent przestał odwiedzać lub leczyć się u tego konkretnego lekarza, a także po śmierci. Jeśli pacjent umiera, jego karta medyczna i informacje nadal są chronione poufnością między lekarzem a pacjentem.

Zalecenia dotyczące przestrzegania zasad poufności informacji:

- dostęp do informacji poufnych powinni mieć wyłącznie ci pracownicy, którzy ich potrzebują. Dostęp ten musi być uzasadniony;
- ochrona informacji poufnych obejmuje również wymóg właściwego niszczenia nośników danych (na przykład za pomocą niszczarki);
- informacje medyczne pacjentów, na przykład wyniki badań, nie mogą być ogólnodostępne;
- szpital nie może zabierać ani przechowywać osobistych dokumentów pacjenta, w szczególności paszportu;
- nie wolno rozpowszechniać ani omawiać informacji dotyczących pacjenta z osobami postronnymi, w tym z personelem szpitala, który nie jest zaangażowany w leczenie i opiekę nad pacjentem;
- pacjentowi należy zapewnić swobodny dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby, w tym do informacji o tym, kto ma lub miał dostęp do odpowiedniej dokumentacji medycznej;
- personel szpitala nie może omawiać ani oceniać pacjentów.

Algorytm zachowania poufności w szpitalu:

1. przy wejściu do sali lub innego zamkniętego pomieszczenia (np. miejsca odgrodzonego zasłoną) personel szpitala powinien zapukać lub w inny sposób uprzedzić pacjentów o swoim zbliżaniu się; w miarę możliwości – zapytać pacjenta, czy jest to dogodny moment na badanie lub rozmowę;
2. komunikacja powinna odbywać się na tym samym poziomie (jeśli pacjent leży, przed rozpoczęciem rozmowy należy usiąść obok niego);
3. w żadnym wypadku nie wolno krzyczeć przez całą salę o zaplanowanych zabiegach!
4. należy wyjaśniać pacjentom diagnozę i procedurę leczenia przystępnym językiem, unikając terminów specjalistycznych;
5. Nie wolno omawiać kwestii dotyczących leczenia i opieki nad pacjentem w jego obecności bez jego udziału.

Podczas wypisu ze szpitala:

- pacjent powinien zostać poinformowany o dalszym przebiegu leczenia, opiece, a także o danych kontaktowych osób, do których może się zwrócić w razie potrzeby;
- należy wysłuchać pacjenta w przypadku zgłoszenia skarg i sugestii;
- należy zaproponować pacjentowi wypełnienie anonimowej ankiety dotyczącej oceny działalności szpitala.

CZĘŚĆ 2. ZADANIA PRAKTYCZNE

Przypadki do omówienia

Przypadek 1

Na prośbę wychowawczyni do szkolnego psychologa zgłosiła się 15-letnia dziewczyna, skarżąc się na ciągłą presję ze strony rówieśników. Przyczyną drwin jest to, że dziewczyna uczy się na piątki, nieustannie martwi się o oceny, płacze, gdy otrzyma ocenę niższą niż 10, nie interesuje się życiem kolegów z klasy ani ich zainteresowaniami. Jest „inna niż wszyscy", „czarna owca". Podczas rozmowy dziewczyna nieustannie wyciera ręce chusteczką higieniczną, skarży się na zły sen, pragnienia i myśli o charakterze samobójczym. Po konsultacji wychowawczyni klasy weszła do gabinetu psychologa i zapytała, czy z dziewczynką wszystko w porządku. Psycholog szczegółowo opisała stan dziewczynki i powiedziała nauczycielce, że rodzice dziecka powinni zgłosić się do psychiatry dziecięcego, ponieważ występują problemy ze zdrowiem psychicznym.

Przypadek 2

Cstudentzarejestrowanywypełniaankietęprzedrozpoczęciemnauki online. W ankiecie znajduje się pytanie dotyczącestatusu HIV. Jest ono obowiązkowe. Czy instytucja edukacyjna ma prawo wymagaćpodaniainformacjio statusie HIV podczas wypełniania ankiety?

Przypadek 3

Główny lekarz prywatnej kliniki chirurgii plastycznej przyjmuje do pracy młodą lekarkę i dość otwarcie wypytywa o życie osobiste, stan zdrowia, plany na przyszłość oraz prosi o wypełnienie dobrowolną niechęci w najbliższym czasie (3 lata) o przechodzić na urlop macierzyński. urlop macierzyński

Pytanie do dziennika refleksyjnego:

Informacje medyczne należą do pacjentów. Proszę przeanalizować to stwierdzenie.

Prezentacja tematu pod linkiem:

bit.ly/3EpdbTc

Pełna wersja zajęć pod linkiem:

bit.ly/3rEgdPQ

TEMA
T 6

Kryzyso stany węzłe wiadom ości



TEMAT 6

STANY EMOCJONALNE W SYTUACJACH KRYZYSOWYCH I ZŁE WIADOMOŚCI

Materiały dydaktyczne starannie dobrane przez Irynę Borowik i Natalię Povar



Iryna Borowik, adiunkt na Katedrze Terapii i Medycyny Rodzinnej.
Ternopolski Narodowy
Uniwersytet Medyczny im. Iwana Gorbaczewskiego



Natalia Povar, wykładowczyni na katedrze
dyscyplin medyczno-profilaktycznych i diagnostyki
laboratoryjnej, Akademia Medyczna w Równem

CELE DYDAKTYCZNE

- Znać i umieć stosować protokół SPIKES do przekazywania złych wiadomości
- Umiejętność wspierania pacjenta w momentach kryzysowych, po otrzymaniu złych wiadomości, u kresu życia.

Postawy	Wiedza	Umiejętności
Podejście zorientowane na człowieka jako podstawa filozofii relacji z pacjentem.	Czym są kryzysowe stany emocjonalne i jak wpływają na interakcję; etapy żałoby	jak komunikować się w stanach wysokiego napięcia emocjonalnego i stresu; przekazywanie złych wiadomości.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Część organizacyjna – **3 min.**

Refleksja: „Jakie tematy rozmów są trudne dla lekarza” lub „Jakie wiadomości dotyczące stanu zdrowia są dla pacjenta nieprzyjemne?”, lub „Co przeżywa pacjent, gdy przekazuje mu się złe wiadomości?”, lub „Przypomnijcie sobie sytuacje z własnego życia lub praktyki, w których złe wiadomości zostały przekazane w niewłaściwy sposób?” – **12 min.**

Krótkie omówienie materiału teoretycznego (mini-wykład) – **10 min.**

Gra fabularna (konsultacja pacjenta z przewlekłą, nieuleczalną chorobą, np. cukrzycą, reumatoidalnym zapaleniem stawów lub pacjenta wymagającego interwencji chirurgicznej) z późniejszą dyskusją ze studentami – **60 min.**,

lub dyskusja w formie „akwarium” na temat przekazywania złych wiadomości, a następnie podsumowanie – **60 min.** (główny punkt podsumowania: co jest ważniejsze – ścisłe przestrzeganie algorytmu czy empatia i wsparcie emocjonalne?),

lub analiza i omówienie przypadków w małych grupach, a następnie podsumowanie z udziałem studentów – **30 min**. + analiza konsultacji dotyczących przekazywania złych wiadomości (poprawnych i niepoprawnych) na filmie – **30 min.**

Podsumowanie – **5 min**.

Łącznie 210 min.

CZĘŚĆ 1. MATERIAŁY TEORETYCZNE

PRZEKAZYWANIE ZŁYCH WIADOMOŚCI

Pojęcie złych wiadomości jest interpretowane przez psychologów jako każda informacja, która ma poważny i negatywny wpływ na wyobrażenie osoby o jej przyszłości. Wszystkie złe wiadomości mają poważne, niekorzystne konsekwencje dla pacjentów i ich rodzin. Złe wiadomości to pojęcie subiektywne: nie możemy ocenić ich wpływu na daną osobę, nie znając jej oczekiwań i obaw. Na przykład pacjentka będzie w szoku, jeśli poinformuje się ją, że jej ból pleców nasilił się z powodu nawrotu raka piersi, podczas gdy ona sądziła, że ból jest spowodowany skurczem mięśni. Wpływ złych wiadomości jest proporcjonalny do ich wpływu na zmianę oczekiwań pacjenta.

Ważne jest, aby określić główny element złej wiadomości: co konkretnie sprawia, że jest ona zła dla pacjenta. Najczęściej jest to coś, co skraca długość życia (rozpoznanie poważnej choroby), coś, co wiąże się z utratą funkcji, ograniczeniem sprawności życiowej lub znacznym pogorszeniem jakości życia (rozpoznanie przewlekłej, nieuleczalnej choroby).

Przykłady chorób, które są dla pacjenta złymi wiadomościami:

- poważne choroby skracające życie (rak, nowotwory hematologiczne, postępujące choroby serca, płuc, nerek, wątroby o różnej etiologii, postępujące choroby neurologiczne, zespół nabytego niedoboru odporności);
- przewlekłe choroby zmieniające życie (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby reumatologiczne, przewlekła niewydolność serca, choroba niedokrwienna serca, przewlekła niewydolność nerek, marskość wątroby, przewlekłe choroby płuc, takie jak POChP, mukowiscydoza).

Przekazywanie złych wiadomości o ciężkiej chorobie skracającej życie lub przewlekłej chorobie zmieniającej życie, a także wspieranie pacjentów w trakcie choroby – to chyba jedna z najbardziej stresujących funkcji, jaką musi pełnić każdy lekarz.

Dlaczego lekarze nie chcą przekazywać złych wiadomości?

W trakcie swojej kariery każdy lekarz może wielokrotnie przekazywać niekorzystne informacje medyczne pacjentowi i jego bliskim. Analiza przeprowadzonych badań potwierdziła, że osoba przekazująca złe wieści często odczuwa silne emocje, takie jak niepokój, ciężar odpowiedzialności i strach przed negatywną oceną. Przekazywanie złych wiadomości jest szczególnie trudne w przypadku, gdy pacjent jest młody, a możliwości skutecznego leczenia są ograniczone lub nie ma ich wcale. W każdym razie sytuacja komplikuje się, jeśli lekarz nie ma doświadczenia w przekazywaniu złych wiadomości. Często lekarze (pracownicy służby zdrowia) nie są przygotowani na reakcje emocjonalne pacjenta, obawiają się oskarżeń pod swoim adresem, boją się, że zostaną oskarżeni o niekompetencję, a także tego, że nie będą w stanie odpowiedzieć na wszystkie pytania pacjenta i jego bliskich.

Złe wiadomości: dlaczego to ważne?

Pacjenci potrzebują prawdy. Do końca lat 70. większość lekarzy nie była otwarta w kwestii przekazywania pacjentom onkologicznym informacji o ich diagnozie. Jednak badania przeprowadzone w kolejnych latach zaczęły wskazywać, że pacjenci chcieli uzyskać informacje na temat swojego stanu zdrowia. Na przykład ankieta przeprowadzona w 1982 roku wśród 1251 Amerykanów wykazała, że 96% z nich chciałoby wiedzieć, gdyby zdiagnozowano u nich nowotwór złośliwy; ponadto 85% chciało w przypadku złego rokowania poznać realistyczną ocenę pozostałego czasu życia. Badanie przeprowadzone przez centrum onkologiczne w Szkocji, obejmujące 250 pacjentów, wykazało, że od 91% do 94% osób chciało znać szanse powodzenia leczenia oraz prawdopodobieństwo i nasilenie skutków ubocznych.

W Ameryce Północnej zasady świadomej dobrowolnej zgody, samodzielności pacjenta oraz prawo precedensowe stworzyły jasne zobowiązania etyczne i prawne, mające na celu przekazanie pacjentom jak największej ilości informacji, które chcą oni poznać na temat swojej choroby i leczenia. Lekarze nie mogą odmówić pacjentowi informacji, nawet jeśli może to wywrzeć na nim niepożądany wpływ. Pomysł, że uzyskanie informacji medycznych o swoim zdrowiu doprowadzi do urazu psychicznego, jest bezpodstawny. Wielu pacjentów pragnie znać dokładne informacje, które pomogą im podjąć ważne życiowe decyzje.

Jednak ujawnienie prawdziwych informacji bez odpowiedniego współczucia i wsparcia dla pacjenta może mieć negatywne konsekwencje, podobnie jak kłamstwo dotyczące jego stanu. Praktyka oszukiwania pacjenta nie może zostać zastąpiona przez brutalne i bezduszne przekazanie prawdy.

W jaki sposób technika przekazywania złych wiadomości może pomóc lekarzowi i pacjentowi?

Kiedy lekarzom trudno jest przekazać złe wiadomości, mogą unikać rozmowy o niepokojących informacjach, takich jak niekorzystne rokowania, lub wzbudzać w pacjencie nieuzasadniony optymizm. Zamiast tego należy zidentyfikować wartości życiowe pacjenta, jego chęć uczestniczenia w podejmowaniu decyzji, a także koniecznie zwrócić uwagę na jego przeżycia, obawy i lęki. Wszystko to może skłonić pacjenta do udziału w podejmowaniu trudnych decyzji dotyczących dalszej taktyki leczenia, zwłaszcza gdy przewiduje się niską skuteczność programów terapeutycznych. W takim przypadku lekarze będą odczuwać mniej niepokoju podczas przekazywania złych wiadomości, będą mniej podatni na stres i wypalenie emocjonalne.

Proces przekazywania złych wiadomości można wyobrazić sobie jako **próbę osiągnięcia czterech celów**. Pierwszym z nich jest **zebranie informacji** od pacjenta. Pozwoli to lekarzowi określić wiedzę pacjenta, jego oczekiwania i gotowość do przyjęcia złych wiadomości. Drugim celem jest **przekazanie pacjentowi informacji** dostosowanych do jego potrzeb i przeżyć. Trzecim celem jest **wsparcie osoby, która otrzymuje złe wieści**, poprzez wykorzystanie umiejętności łagodzenia napięcia emocjonalnego. Ostatecznym celem jest **opracowanie, przy udziale pacjenta, planu dalszych działań terapeutycznych**.

Osiągnięcie tych celów następuje poprzez realizację kolejnych etapów protokołu, z których każdy wiąże się z konkretnym doświadczeniem. Nie zawsze podczas przekazywania złych wiadomości konieczne jest wykonanie wszystkich etapów, jednak w przypadku ich realizacji należy ściśle przestrzegać kolejności.

Zgodnie z wyznaczonymi celami opracowano kilka protokołów przekazywania złych wiadomości. Wszystkie składają się z kolejnych kroków. Najczęściej stosowane w praktyce medycznej są metody **SPIKES, ABCD, BREAKS oraz PATIENT.**

SPIKES, ABCD, BREAKS, PATIENT

Sześciostopniowy protokół SPIKES

Przyjrzyjmy się bliżej **sześciostopniowemu protokołowi SPIKES**, który doskonale się sprawdził, umożliwiając pacjentowi przyjęcie trudnych dla niego informacji w stanie większej równowagi emocjonalnej. Kolejne etapy przekazywania złych wiadomości określone w protokole SPIKES to: **Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion and Empathy, Strategy and Summary (Warunki, Postrzeganie, Zaproszenie, Wiedza, Emocje i Empatia, Strategia i Podsumowanie)**. Autorzy podręcznika „Centra doskonałości w podstawowej opiece zdrowotnej" dokonali tłumaczenia literackiego etapów protokołu SPIKES na język ukraiński. W związku z tym metodologia **PIDKHID: Przygotowanie, Świadomość, Zgoda, Choroba, Histeria, Pomoc.**

Przyjrzyjmy się zatem kolejno każdemu etapowi protokołu SPIKES.

1. **Stworzenie odpowiednich warunków**

Setting up – Stworzenie odpowiednich warunków — Przygotowanie

Zapytaj osobę, kiedy będzie jej wygodnie porozmawiać o diagnozie, czy chce, aby podczas rozmowy byli obecni jej bliscy. Ważnym elementem rozmowy jest zapewnienie poufności. Należy również wcześniej przeznaczyć wystarczającą ilość czasu na rozmowę i uniemożliwić jej przerwanie przez inne osoby (personel medyczny, pacjenci), wyłączyć lub odłożyć telefon w inne miejsce. Wybierz oddzielny pokój, usiądź obok pacjenta, pokazując, że nigdzie się nie spieszysz, nawiąż kontakt i utrzymuj kontakt wzrokowy z pacjentem.

2. **Ocena postrzegania przez pacjenta obecnej sytuacji**

Postrzeganie stanu/powagi — Świadomość sytuacji/powagi problemu medycznego — Poinformowanie

Zanim zaczniesz opowiadać, zapytaj.
Kiedy lekarz próbuje przekazać złe wieści, łatwiej mu jest opierać się na tym, co pacjent już wie o swojej chorobie. Większość pacjentów zdaje sobie sprawę z powagi sytuacji, a niektórzy mogą nawet znać swoją diagnozę. Wówczas lekarz może jedynie potwierdzić złe wieści, a nie je przekazywać.

Dowiedz się, co pacjent wie o swoim stanie zdrowia. Zapytaj, co pacjent wie o swojej obecnej diagnozie. Na tym etapie ważne jest, aby określić stopień zrozumienia przez pacjenta swojego stanu. Jeśli pacjent ma błędne wyobrażenie o swoim stanie zdrowia lub zaprzecza istnieniu poważnej choroby, należy to przyjąć jako fakt i na tym etapie nie wdawać się w dialog. Ważne jest również ustalenie, czy u pacjenta występuje jakaś forma zaprzeczania chorobie: pomija on w swojej opowieści ważne „złe" szczegóły dotyczące choroby, ma nierealistyczne wyobrażenia na temat leczenia itp.

Przykładowe pytania na tym etapie mogą brzmieć następująco:

Co już wiesz o swojej diagnozie?
Jakie jest Twoje zdanie na ten temat?
Czy rozumie Pan/Pani, w jakim celu przeprowadziliśmy takie badania, jak… (badania laboratoryjne w celu wykrycia markerów nowotworowych, USG, badanie rentgenowskie, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, biopsja)?

3. Zaproszenie

Zaproszenie — Zachęcenie pacjenta do uzyskania informacji — Zgoda

Zapytaj pacjenta, czy chce poznać szczegóły dotyczące swojego stanu zdrowia i diagnozy. Dowiedz się, jak szczegółowe informacje na temat diagnozy i rokowań są potrzebne pacjentowi. Niektóre osoby mogą wyrazić niechęć do otrzymywania informacji o swoim zdrowiu. Uszanuj prawo pacjenta do nieznajomości swojej diagnozy. Zaproponuj, że jeśli pacjent wyrazi taką chęć, omówisz z nim diagnozę i odpowiesz na pytania w późniejszym terminie. Zapytaj pacjenta o jego zdanie i preferencje dotyczące tego, komu lekarz powinien przekazać diagnozę.

Przykładowe pytania na tym etapie mogą brzmieć następująco:

Mam już gotowe wyniki Państwa badań. Czy chcieliby Państwo, abym wyjaśnił/wyjaśniła je Państwu bardziej szczegółowo?
Komu chciałby Pan/Pani, abym przekazał/przekazała informację o Pana/Pani diagnozie?

4. Wiedza. Przekazywanie informacji

Wiedza: przekazywanie informacji medycznych — Choroba

Używaj języka zrozumiałego dla pacjenta. Weź pod uwagę poziom wykształcenia, pochodzenie społeczno-ekonomiczne oraz aktualny stan emocjonalny pacjenta, przekazuj informacje w niewielkich porcjach. Sprawdź, czy pacjent rozumie to, co zostało powiedziane, reaguj na reakcje pacjenta, gdy się pojawiają.

Zacznij od „niepokojących objawów", na przykład: „Kiedy wykonaliśmy USG wątroby, zdiagnozowaliśmy niewielkie zacienienie, które zazwyczaj jest oznaką raka, rozumie Pan/Pani to?".

Mów szczerze, ale z empatią. Rozmawiaj w tempie pacjenta. Krok po kroku, krótkimi zdaniami wyjaśnij sytuację. Unikaj chęci mówienia tylko po to, by przezwyciężyć własny dyskomfort. Pauzy, cisza, łzy – to normalne w takiej sytuacji. Nie należy się spieszyć, przekazywać wszystkich informacji naraz lub w dużej ilości; niedopuszczalne jest bycie bezpośrednim i niegrzecznym; nie należy nadużywać eufemizmów (słów i wyrażeń łagodzących lub maskujących), używać żargonu medycznego ani podawać prognoz.

Przykład odpowiedniej wypowiedzi: „Podczas ostatniego badania wykonano u Pana biopsję i pobrano próbkę tkanki do badania. Niestety wyniki biopsji nie są pocieszające. Przykro mi to mówić, ale muszę Panu poinformować, że wykryliśmy nowotwór".

Pamiętaj, że pacjentowi, ze względu na emocje, trudno będzie zapamiętać wszystkie przekazane informacje, dlatego powtarzaj kluczowe informacje, korzystaj z obrazków lub schematów, zapisuj najważniejsze punkty. Niech pacjent opowie, jak zrozumiał to, co powiedziałeś. Zachęcaj do zadawania pytań, w razie potrzeby powtarzaj i poprawiaj.

5. Emocje i empatia

Emotion and Empathy — Emocje i empatia — Histeria

Okaż empatię. Rozpoznaj emocje pacjenta i reaguj na nie. Zwracaj uwagę na mowę ciała. Dowiedz się, jakie emocje niepokoją pacjenta. Określ główną przyczynę emocji i daj pacjentowi czas na wyrażenie swoich uczuć.

Przykładowe pytania:

Czy diagnoza była dla Pana/Pani szokiem? Proszę mi opisać, jak się Pan/Pani czuje?

Pamiętajcie o poznawczych przejawach żałoby (np. zaprzeczanie, obwinianie, intelektualizacja, niedowierzanie, akceptacja). Okaż empatię; warto powiedzieć „przepraszam" lub „nie wiem". Nie wdawaj się w dyskusje i nie krytykuj kolegów. Nie trzeba składać pustych obietnic, budzić fałszywej nadziei ani rozwiązywać problemów pacjenta. Właściwe jest jedynie słuchanie i podsumowywanie. Jeśli pauza się przedłuża, można ponownie zapytać o emocje:

Jak się teraz czujesz po otrzymanej wiadomości?
Czego najbardziej się obawiasz?
Co najbardziej Pana/Panią niepokoi?

6. Strategia (plan) i podsumowanie

Strategy and Summary — Strategia i podsumowanie — Dalsza pomoc

Lekarz podsumowuje spotkanie, przedstawiając główne punkty porozumienia między nim a pacjentem. Krótko formułuje się plany leczenia i opieki na przyszłość. **Należy skupić się na praktycznych i psychologicznych zmianach w codziennym życiu pacjenta.** Wskazane jest potwierdzenie wspólnych decyzji na piśmie, ponieważ w takich sytuacjach postrzeganie pacjentów może ulec pogorszeniu.

Zaproponuj możliwość kontaktu z Tobą w dowolnym momencie i zachowaj optymistyczne spojrzenie na przyszłość.

Zapytaj pacjenta, którym bliskim chce poinformować o swojej diagnozie. Zaproponuj, aby następnym razem przyprowadził ich ze sobą. Koniecznie ustal termin kolejnej wizyty i upewnij się, że pacjent jest bezpieczny po opuszczeniu gabinetu. Warto dowiedzieć się, czy ktoś może pomóc mu/jej w dotarciu do domu oraz zapewnić wsparcie w domu.

Ponadto należy zapewnić pacjenta, że lekarz będzie aktywnie uczestniczył we wszystkich kolejnych planach dotyczących ewentualnego leczenia i opieki.

Podsumowując, pod koniec spotkania uzgodnijcie z pacjentem dalsze działania, podsumujcie jego przeżycia i dowiedzcie się, z jakimi emocjami pacjent opuszcza gabinet. Niezwykle ważne jest stworzenie atmosfery zaufania i zrozumienia, aby osoba ta nie czuła się pozostawiona sama sobie w trudnej sytuacji.

Podczas przekazywania złych wiadomości należy stosować wszystkie techniki **doradztwa zorientowanego na pacjenta**, wykazywać empatię, rozpoznawać emocje, nie obawiać się łez i milczenia, utrzymywać kontakt wzrokowy, przekazywać informacje małymi porcjami, prostymi zdaniami, powtarzać i wyjaśniać, regularnie sprawdzać, czy pacjent wszystko rozumie, oraz dawać mu czas na reakcję. Zapytaj, czego pacjent najbardziej się obawia. Rozpoznanie obaw pacjenta pomoże ustalić, jakiej pomocy będzie on lub ona potrzebować w przyszłości. Można stosować kontakt fizyczny, jeśli jest to dla Państwa naturalne. Należy być szczerym i mówić prawdę. Jeśli nie są Państwo czegoś pewni, proszę powiedzieć, że to sprawdzicie i poinformujecie pacjenta później.

Przekazywanie złych wiadomości to trudna sztuka komunikacji. Subiektywna jest kwestia tego, ile prawdziwych informacji należy przekazać pacjentowi. Jednak prawidłowo skonstruowana i dobrze zorganizowana komunikacja, zgodna z ogólnymi zasadami konsultacji zorientowanej na człowieka, ma pozytywny efekt terapeutyczny.

OPIEKA POD KONIEC ŻYCIA

Według badań ponad 2/3 ankietowanych chciałoby umrzeć w domu, w gronie rodziny i bliskich. Często jednak zdarza się, że pacjenci muszą umrzeć w szpitalu. W każdym razie bardzo ważne jest przestrzeganie podstawowych zasad godności pod koniec życia. Każdy ma prawo wiedzieć o nieuleczalności choroby i zbliżającej się śmierci. Ważne jest, aby w miarę możliwości rozmawiać z pacjentem o jego schorzeniu, pytać go o opinię, uzyskać zgodę na poinformowanie krewnych i bliskich o rokowaniach dotyczących choroby, angażować go w podejmowanie ważnych decyzji dotyczących opieki medycznej oraz pomagać w dokonywaniu wyborów. Wyjątkiem mogą być jedynie przypadki, gdy dana osoba jest niezdolna do podejmowania decyzji. Jeśli pacjent zdecydował się umrzeć w domu, placówka medyczna powinna zorganizować jego transport i skontaktować się z lekarzem rodzinnym w celu zapewnienia opieki medycznej w domu. Ludziom nie jest właściwe zastanawianie się nad tym, jak zareagują na wiadomość, że w wyniku pewnych zmian zbliżają się do śmierci.

W rozmowie z pacjentem nieuleczalnie chorym można zadać następujące pytania:

Czy myślał Pan/Pani o śmierci?
Czy chce Pan/Pani, abym opowiedział o tym, że takie zmiany mogą nastąpić?

Warto również zapewnić pacjenta, że zrobisz wszystko, co w Twojej mocy, aby nie odczuwał bólu. Należy zapewnić pacjenta, że pomożesz mu czuć się komfortowo i spokojnie.

W szpitalach zaleca się umieszczanie pacjentów oczekujących śmierci w salach jednoosobowych. Pacjentom u kresu życia i ich bliskim należy zapewnić prywatność i komfort.

Głównym lękiem większości osób nieuleczalnie chorych jest strach przed bólem, dlatego w celu zmniejszenia cierpienia pacjentów należy zapewnić odpowiednią terapię przeciwbólową. Wskazane jest zaoferowanie pacjentom u kresu życia i ich bliskim wsparcia informacyjnego, psychologicznego i duchowego.

Pięć wskazówek dotyczących komunikacji z osobami nieuleczalnie chorymi, zaczerpniętych z książki Anastasii Leuchinowej „Książka o życiu, śmierci i wszystkim, co pomiędzy, która wcale nie jest straszna":

- Nie przejmujcie inicjatywy w rozmowie.
- Od czasu do czasu pokaż, że zdajesz sobie sprawę ze zbliżającego się końca.
- Mów o swojej miłości.
- Nie odkładajcie słów pożegnania na ostatnią chwilę.
- Dotyk również może przekazywać emocje.

Ważne jest, aby przypomnieć o **zasadach dostępu do pacjentów na oddziałach intensywnej terapii** w naszym kraju. Zgodnie z rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia nr 592 z dnia 15.06.2016
„W sprawie zatwierdzenia porządku dopuszczania odwiedzających do pacjentów przebywających na leczeniu szpitalnym na oddziale intensywnej terapii" zatwierdzono całodobowy, siedem dni w tygodniu dostęp do pacjentów wszystkich oddziałów, bloków, sal intensywnej terapii wszystkich placówek służby zdrowia. Jeden odwiedzający może przebywać przy łóżku pacjenta bez ograniczeń czasowych. W tym samym czasie przy pacjencie może przebywać nie więcej niż dwie osoby. Odwiedzającym może być każda osoba, niezależnie od pokrewieństwa.

POWIADOMIENIE O ŚMIERCI

O śmierci pacjenta – śmierci bliskiej osoby – należy poinformować krewnych jak najszybciej, nie później niż w ciągu godziny od stwierdzenia zgonu. Informację o śmierci powinien przekazać osobiście lekarz prowadzący.
W przypadkach, gdy bliscy nie przebywają w placówce medycznej, informuje się ich telefonicznie o konieczności natychmiastowego przybycia do szpitala.
Podczas informowania o śmierci bliskiej osoby należy przede wszystkim zaproponować jej, aby usiadła. Następnie należy poinformować o fakcie śmierci. Nie należy przekazywać osobie zbyt wielu dodatkowych informacji, ponieważ i tak jej zdolność do przyswajania informacji pogarsza się. Można zaproponować szklankę wody, zapytać, co osoba planuje dalej robić.

Należy pamiętać, że niektóre osoby będą potrzebowały wsparcia psychologicznego. Nie należy wywierać presji ani zadawać wielu pytań, a tym bardziej obwiniać krewnych pacjenta za jego śmierć. Ważne jest uwzględnienie wartości duchowych i moralnych, tradycji kulturowych i narodowych [20] pacjenta i jego rodziny.

Podsumowując, przekazywanie złych wiadomości stanowi część codziennej praktyki medycznej. Zła wiadomość to zawsze zła wiadomość, niezależnie od tego, jak dobrze zostanie przekazana. Jednak sam sposób przekazania może mieć głęboki wpływ zarówno na odbiorcę (pacjenta), jak i na osobę przekazującą wiadomość (lekarza). Jeśli procedura przekazywania informacji była niewłaściwa, pogarsza to stan pacjenta, jakość jego życia, a w przyszłości kontakt z pracownikiem medycznym będzie niemożliwy. Zła komunikacja prowadzi do zgubnych konsekwencji, a dobra komunikacja leczy pacjenta. Brak odpowiedniego przygotowania lekarza doprowadzi do jego emocjonalnego dystansu wobec pacjentów. Umiejętności komunikacyjne można poprawić za pomocą programów szkoleniowych i praktycznych warsztatów. Przekazywanie złych wiadomości to praktyczna umiejętność, którą powinni opanować wszyscy pracownicy służby zdrowia.

STANY EMOCJONALNE W SYTUACJACH KRYZYSOWYCH

Stan kryzysowy – stan psychiczny i psychologiczny osoby, która doświadczyła urazu psychicznego lub znajduje się w sytuacji zagrożenia wystąpieniem zdarzenia powodującego uraz psychiczny. Stan ten charakteryzuje się uczuciem podniecenia, lęku o różnym nasileniu; skupieniem na sytuacji psychotraumatycznej; poczuciem bezradności, beznadziejności; pesymistyczną oceną siebie, aktualnej sytuacji i przyszłości; trudnościami w planowaniu działań. Stany kryzysowe mogą

występować zarówno w sytuacjach ekstremalnych , jak i w codziennym życiu pod wpływem stresujących wydarzeń.

Kryzysami są:

- sytuacja krytyczna (nadzwyczajna), w której konieczne jest podjęcie natychmiastowych działań (atak serca, wypadek drogowy, pożar);
- sytuacja wymagająca zmiany stylu życia lub podjęcia decyzji, które będą miały długotrwały wpływ (rozpoznanie choroby przewlekłej, zmiana pracy, poszukiwanie (znalezienie) partnera życiowego);
- skutek nieskutecznych lub nierozsądnych metod radzenia sobie z sytuacją, stosowanych w obliczu wyżej wymienionych sytuacji.

Kryzys pojawia się, gdy człowiek napotyka przeszkody w realizacji swoich ważnych życiowych celów – przeszkody, które w danej chwili wydają się nie do pokonania przy użyciu zwykłych metod rozwiązywania problemów.

Kryzys psychologiczny – to zaburzenie równowagi afektywno-poznawczej w funkcjonowaniu psychicznym, spowodowane okolicznościami zewnętrznymi. Charakteryzuje się dezorganizacją życia, której poziom jest proporcjonalny do stopnia zaburzenia zdolności adaptacyjnych człowieka; brakiem równowagi między tendencjami konstruktywnymi i destrukcyjnymi w aktywności psychicznej, co powoduje powstawanie agresywnych lub autoagresywnych form zachowania.

Zazwyczaj kryzys psychologiczny trwa od czterech do sześciu tygodni. Jest to okres podwyższonej wrażliwości psychicznej człowieka, ale z możliwością jego osobistego wzrostu i rozwoju.

Osoby trafiające do placówki leczniczej najprawdopodobniej doświadczają niepokoju, a niektóre – prawdziwego kryzysu. Należy pamiętać, że każdy przechodzi swoją własną drogę, inną niż inni.

Życie człowieka zawsze wiąże się ze stratami. Wcześniej czy później każdy doświadcza straty (zdolności do pracy, zdrowia, relacji, mieszkania, pieniędzy, wymarzonej przyszłości, pracy itp.), w wyniku czego jego styl życia może ulec radykalnej zmianie. Każda strata zawsze wiąże się z przeżyciami psychologicznymi, jednak najbardziej tragiczne dla człowieka wydarzenia dotyczą utraty bliskich osób.

rope–universalnelyudskep przeżycie, reakcja na utratę
znaczącego obiektu, części tożsamości lub oczekiwanej przyszłości;
to doświadczenie obejmuje ból psychiczny, smutek, gniew, bezradność, poczucie
winy i rozpaczy.

Jednak uwolnić się od cierpienia można jedynie poprzez jego przeżycie. Oznacza to, że cierpienie, czyli „praca żałoby" (E. Lindeman), jest naturalnym procesem niezbędnym do opłakania śmierci bliskiej osoby i przeżycia straty, uniezależnienia się od niej, dostosowania się do realiów życia oraz zbudowania nowych relacji z ludźmi i światem.

ZESPÓŁ OSTREJ ŻAŁOBY – zespół objawów psychologicznych, który rozwija się po śmierci osoby o szczególnym znaczeniu. Objawia się:

- intensywnym odczuciem fizycznego cierpienia (napadami duszności, przyspieszonym biciem serca, osłabieniem mięśni, utratą apetytu);
- napięciem emocjonalnym z możliwym rozwojem reakcji szokowej;
- zaabsorbowaniem obrazem straty z możliwym iluzorycznym postrzeganiem rzeczywistości;
- poczuciem winy wobec zmarłego;
- agresją, wrogością wobec innych ludzi;
- zmianą zachowania, nieadekwatnymi działaniami spowodowanymi zawężeniem sfery motywacyjnej;
- identyfikacją ze stratą.

W 1958 roku szwajcarska psychiatra Elisabeth Kübler-Ross rozpoczęła pracę w amerykańskich szpitalach i była zszokowana brakiem metod pomocy psychologicznej dla umierających pacjentów oraz ich bliskich. „Wszystko było zdepersonalizowane, uwagę poświęcano wyłącznie technicznej stronie sprawy" – powiedziała w 1983 roku w wywiadzie dla radia BBC. „Śmiertelnie chorzy pacjenci byli pozostawieni samym sobie, nikt z nimi nie rozmawiał".

W 1969 roku ukazała się książka Kübler-Ross „O śmierci i umieraniu", w której autorka zacytowała typowe wypowiedzi swoich pacjentów i opisała pięć stanów emocjonalnych, przez które przechodzą pacjenci z potencjalnie śmiertelną diagnozą. Są to zaprzeczenie, gniew, targowanie się, depresja i akceptacja.

Pierwszą reakcją emocjonalną osoby, która usłyszała o nieuleczalnej diagnozie, jest **zaprzeczenie**: „Nie mogę w to uwierzyć", „To niemożliwe!", „Nie mnie!". Z reguły jest to jedynie tymczasowa reakcja obronna człowieka, mająca na celu dostosowanie się i podjęcie ważnych działań, sposób na odcięcie się od smutnej rzeczywistości – zarówno świadomy, jak i nieświadomy. Główne oznaki zaprzeczenia: niechęć do rozmowy o problemie, zamknięcie w sobie, próby udawania, że „wszystko jest w porządku", niewiara w to, że tragedia rzeczywiście miała miejsce. Zazwyczaj osoba znajdująca się na tym etapie żałoby próbuje wyprzeć swoje emocje, aby nie załamać się pod ich ciężarem, ale prędzej czy później powstrzymywane uczucia wybuchają i rozpoczyna się kolejny etap – **etap gniewu.**

„Dlaczego to spotkało właśnie mnie? To niesprawiedliwe!", „Nie! Nie mogę tego zaakceptować!". Gniew, a czasem nawet wściekłość, wywołane oburzeniem i rozpaczą z powodu niesprawiedliwego i okrutnego losu. Gniew przejawia się na różne sposoby: człowiek może być zły na siebie, na konkretne osoby lub po prostu na samą sytuację. Ważne jest, aby nie potępiać osoby przechodzącej przez ten etap i nie prowokować kłótni. Należy pamiętać, że przyczyną gniewu człowieka jest smutek i że jest to tylko etap przejściowy.

Następnie następuje **okres targowania się** – jest to okres nadziei, w którym osoba pociesza się myślą, że tragiczne wydarzenie można zmienić lub mu zapobiec poprzez zawarcie umów z Bogiem, z życiem. Osoba myśli na przykład tak: „Jeśli obiecam to robić (lub nie robić), to Ty, Panie, nie dopuścisz do tych zmian w moim życiu". Czasami targowanie się przybiera formę przesądów: człowiek zwraca się ku nietradycyjnym metodom leczenia, znachorkom, medium, bierze udział w obrzędach religijnych, wierząc, że dzięki temu wszystkie jego problemy znikną.

Po fazie targowania się pojawia się **depresja**: „Nie chcę niczego", „Jestem taka/taki nieszczęśliwa/nieszczęśliwy, nic mnie nie interesuje", „Wszystko jest okropne… Po co w ogóle próbować?". Kiedy osoba przeżywająca żałobę rozumie, że targowanie się nie przynosi rezultatów, że tragiczne zmiany są rzeczywiste, popada w stan przygnębienia, depresji, traci siłę życiową. Jest to niezbędny etap żałoby, aby przestać tracić siły na daremne próby zmiany sytuacji i zachować je na dalsze zmiany.

W końcu nadchodzi **etap akceptacji**: „Nie mogę tego zmienić, ale mogę z tym żyć", „Mam jeszcze czas na spełnienie moich najskrytszych marzeń". Kiedy człowiek rozumie, że tragicznych wydarzeń nie da się cofnąć (zmarły nie powróci), zbliża się do etapu akceptacji. Nie jest to stan szczęśliwy, a raczej pokorne pogodzenie się z faktami zmian i poczucie, że musi się z tym

Pogodzić się. Na tym etapie ludzie po raz pierwszy w całym procesie żałoby zaczynają oceniać perspektywy na przyszłość. Choć jest to trudne, trzeba iść naprzód. Chociaż Kübler-Ross nie uwzględniła nadziei w swojej liście pięciu etapów, uważała jednak, że **nadzieja** jest ważnym wątkiem łączącym wszystkie etapy żałoby. Nadzieja daje wiarę w możliwe pozytywne zmiany, w to, że wszystko ma szczególny sens, który zrozumiemy z czasem – prędzej czy później wszystko mija.

Po wydaniu książki Elisabeth Kübler-Ross, która od razu stała się bestsellerem, napisano tysiące prac naukowych, w których teoria pięciu etapów została zastosowana do różnych osób i sytuacji.

„Nieuleczalnie chorzy mogą nas nauczyć wszystkiego: nie tylko jak umierać, ale także jak żyć" – powiedziała Kübler-Ross w 1983 roku. Założyła hospicja w wielu krajach (pierwsze z nich – w 1999 roku w Holandii). Magazyn Time umieścił ją na liście stu najważniejszych myślicieli XX wieku.

Co pacjent musi przeżyć, poczuć i czego musi się nauczyć podczas spotkania z złymi wiadomościami:

1. Podczas przekazywania diagnozy – szok, zaprzeczenie, oburzenie lub odrętwienie. Stan ten trwa zazwyczaj trzy dni.
2. Konieczność radzenia sobie z emocjami wywołanymi przez chorobę: strach, przerażenie, gniew, rozpacz, smutek, poczucie winy, wstyd i inne.
3. Zrozumienie, przetworzenie i zapamiętanie wielu skomplikowanych i często niezrozumiałych informacji.
4. Komunikowanie się z różnymi lekarzami i pielęgniarkami, z których każdy ma swój charakter i nastrój, a także znajduje się w sytuacji stresowej.
5. Rozumieć statystyki dotyczące rokowań związanych z chorobą.
6. Radzić sobie z niepewnością i nieznanym przyszłością, a jednocześnie nie tracić nadziei.
7. Budować relacje oparte na zaufaniu z lekarzem i pielęgniarkami, utrzymywać je przez cały czas leczenia.
8. Podejmować decyzje dotyczące leczenia, pozostając w sytuacji nieprzewidywalności wyniku.

9. Nauczyć się nowego sposobu postępowania, nauczyć się być w pewnym sensie zdrowym w sytuacji choroby.

10. Utrata wielu dawnych więzi społecznych, funkcji społecznych i rodzinnych oraz przeżywanie tych strat.

11. Brać udział w nowym budowaniu systemu rodzinnego i przeżywać związane z tym emocje: poczucie winy, wstyd, strach, urazę, rozpacz, nadzieję, nowy poziom zaufania.

POMOC PSYCHOLOGICZNA W PRZYPADKU CIĘŻKIEJ STRATY

Utrata bliskiej osoby to zawsze kryzys.
Kryzys to ostra sytuacja lub moment, w którym
trzeba podjąć jakąś decyzję, punkt zwrotny,
bardzo ważny moment.

Glennis Perry, „Kryzys życiowy"

Sytuacja straty charakteryzuje się zagubieniem i stresem; ludzie w sytuacjach kryzysowych doświadczają negatywnych uczuć – strachu, poczucia winy, rozpaczy itp. Zanim opiszemy specyfikę poradnictwa w przypadkach kryzysu związanego ze stratą, śmiercią bliskiej osoby, przedstawimy **podstawowe zasady takiego poradnictwa (interwencji kryzysowej)**:

1. Osoba, której udziela się pomocy psychologicznej w momencie kryzysu, jest kompetentna w odniesieniu do własnego życia i zdolna do dokonywania wyborów.

2. Podczas interwencji kryzysowej specjalista aktywnie uczestniczy we wszystkim, co dzieje się z poszkodowanym, aby ocenić sytuację i opracować plan działania.

3. Minimalnym celem interwencji kryzysowej jest zapobieżenie katastrofie; podstawowym celem jest przywrócenie równowagi; celem końcowym jest dalsze życie danej osoby.

4. Specjalista powinien zapewniać wsparcie, „być z osobą”, czyli emocjonalnie pomagać jej przejść przez proces żałoby.

5. Konieczne jest zachowanie równowagi między samodzielnością osoby a jej potrzebą wsparcia.

Pogodzenie się ze stratą to długotrwały, naturalny proces, którego nie należy przyspieszać. Człowiek potrzebuje mechanizmów obronnych, zwłaszcza na wczesnym etapie „przechodzenia przez żałobę”, kiedy nie jest jeszcze gotowy zaakceptować śmierci i realistycznie o niej myśleć. Dlatego specjalista powinien dać osobie możliwość korzystania z zaprzeczeń lub innych mechanizmów obronnych. Rola słuchacza jest najlepszą taktyką w pracy z osobą przeżywającą stratę. Bycie przy osobie pogrążonej w smutku i słuchanie jej to najważniejsze wsparcie. Nie należy powierzchownie uspokajać osoby pogrążonej w żałobie. Zawstydzenie i formalne frazesy prowadzą do niezręcznej sytuacji: należy dać osobie możliwość wyrażania wszelkich uczuć i tolerancyjnego ich przyjmowania. Innym bardzo ważnym zadaniem specjalisty jest nauczenie bliskich, jak prawidłowo reagować na żałobę osoby przeżywającej stratę. Pomoc psychologiczną należy udzielać zgodnie z etapami przeżywania żałoby.

Pomoc na etapie szoku

Na tym etapie osoba zazwyczaj potrzebuje intensywnej opieki. Należy być blisko osoby, która doświadczyła straty, nie pozostawiać jej samej. Swoją troskę i opiekę najlepiej okazywać poprzez gesty dotykowe. Właśnie w ten sposób ludzie wyrażają współczucie, gdy brakuje im słów. Nawet zwykły uścisk dłoni jest lepszy niż chłodna izolacja.

Należy podkreślić, że w okresie żałoby cierpienie łagodzi obecność krewnych i przyjaciół, przy czym istotna jest nie tyle ich aktywna pomoc, co łatwa dostępność bliskich przez kilka tygodni, kiedy żal jest najsilniejszy. Osoby przeżywającej stratę nie należy pozostawiać samej, jednak nie należy jej również „przeładowywać” opieką – wielki smutek można przezwyciężyć jedynie z czasem. Osoba w żałobie potrzebuje stałych, ale dyskretnych wizyt oraz osób, które potrafią słuchać.

Pomoc na etapie ostrego żalu

Należy rozmawiać o zmarłym, przyczynach jego śmierci oraz o uczuciach, jakie budzi to wydarzenie. Trzeba pytać o zmarłego, słuchać wspomnień o nim i opowieści o jego życiu. W przypadku gwałtownej lub nagłej śmierci należy wielokrotnie omawiać szczegółowo wszystkie okoliczności tragicznego wydarzenia, aż stracą one swój przerażający, traumatyczny charakter – dopiero wtedy osoba, która straciła krewnego lub bliskiego, będzie mogła opłakiwać zmarłego. Należy dać jej możliwość wypłakania się, nie próbując pocieszać. Stopniowo należy włączać tę osobę do codziennych czynności.

Pomoc na etapie powrotu do zdrowia

Należy pomóc osobie w powrocie do codziennego życia i planowaniu przyszłości. Ponieważ osoba ta może wielokrotnie wracać do przeżyć z okresu najtrudniejszego, należy dać jej możliwość ponownego mówienia o zmarłym. Żałoba i opłakiwanie są adekwatną reakcją na śmierć, są one naturalne, niezbędne i nie można ich powstrzymywać. Praca nad żałobą trwa tak długo, jak długo dana osoba potrzebuje, aby poradzić sobie z ciężką stratą. Pomocne może być kilka technik, które pomagają specjaliście skutecznie pracować nad stratą, w szczególności:

- wykorzystanie przedmiotów (np. zdjęć, rzeczy osobistych itp.), które pomagają osobie, która doświadczyła straty, w utrzymaniu procesu żałoby;
- wykorzystanie arteterapii;
- powtarzające się rozmowy;
- ćwiczenia, które skłaniają osobę do realistycznego spojrzenia na relacje, na przykład sporządzanie list pozytywnych i negatywnych cech charakteru zmarłego;
- listy do zmarłego;
- zmiana zachowań, np. rzadsze odwiedzanie cmentarza lub innego miejsca pamięci, częstsze odwiedzanie miejsc, w których znajdują się osoby potrzebujące pomocy.

Proces przeżywania żałoby przebiega głównie w relacjach z rodziną i bliskimi.

CZĘŚĆ 2. ZADANIA PRAKTYCZNE

Podczas zajęć ze studentami lepiej jest wykorzystywać materiały wideo, pracę w małych grupach, gry fabularne, wybierając takie schorzenia, jak marskość wątroby, reumatoidalne zapalenie stawów, cukrzyca, astma oskrzelowa, przewlekła choroba nerek.

Podczas zajęć z kadetami bardziej wskazane jest przeprowadzenie dyskusji typu „akwarium" lub pracy w małych grupach z omówieniem przestrzegania podstawowych zasad przekazywania złych wiadomości.

Przypadki do omówienia

Przypadek 1

z „Żółtej księgi" – książki Anastazji Leuchinowej „Zupełnie nie straszna książka o życiu, śmierci i wszystkim, co pomiędzy" (str. 114)

Historia o Maksymku i jego mamie, która sama poinformowała się o jego śmierci:

„O 9:15 rano w domu rozbrzmiewa dzwonek. Dzień wcześniej nasz dwuletni Maksym trafił na oddział intensywnej terapii.

– Czy pani to Anastasia Giennadiewna Leuchina?

– Tak.

– Dzwonię z szpitala dziecięcego. Proszę pilnie przywieźć swoje paszporty i akt małżeństwa.

I od razu rozumiem, że nie proszą o przywiezienie pieniędzy ani lekarstw, a to znaczy, że już nie ma takiej potrzeby. Pozostało tylko załatwić biurokratyczne drobiazgi. A więc Maksymka już nie ma.

– Zmarł? – pytam. W

odpowiedzi cisza. A potem:

– Czekamy na was z dokumentami jak najszybciej.

Babcia Maksymka czuwała całą noc na zimnych schodach przed zamkniętym oddziałem intensywnej terapii. Zmarł, gdy była za drzwiami, ale jej o tym nie powiedziano, nie pozwolono jej się pożegnać. Nam z mężem też właściwie o tym nie powiedziano. Po prostu pozwolono nam się domyślić.

Dlaczego lekarze nie chcą przekazywać złych wiadomości?

Przypadek 2

60-letni mężczyzna zgłosił się do lekarza gastroenterologa z powodu pogorszenia ogólnego samopoczucia. Niepokoi go wyraźne ogólne osłabienie, gorzki smak w ustach, mdłości, czasami wymioty, odbijanie zgniłym powietrzem, słaby apetyt, niechęć do potraw mięsnych, ciągłe uczucie ciężkości oraz okresowy tępy ból w prawym podżebrzu. Dolegliwości pojawiły się około 2–3 tygodnie po wyleczeniu przeziębienia. Z relacji pacjenta wynika, że 6 miesięcy temu był operowany w stołecznym centrum chirurgicznym z powodu wrzodu żołądka. Po operacji czuł się dobrze. Brakuje dokumentacji medycznej. Pacjent twierdzi, że z żołądkiem wszystko jest w porządku, a przyczyną problemów, jego zdaniem, jest wątroba.

W badaniu obiektywnym w jamie brzusznej wyczuwalna jest guzkowata formacja, twarda, bolesna. Wątroba powiększona, twarda, niejednorodna, guzowata. Pacjentowi zalecono dodatkowe badania. Wyniki badań krwi: niedokrwistość, podwyższone OB, wyniki badań biochemicznych: podwyższony poziom bilirubiny i transaminaz. W badaniu USG stwierdzono liczne przerzuty do wątroby.

Pacjent został poinformowany o postępie choroby. Pacjent zachowuje się niegrzecznie, bezczelnie, sugeruje, że personel medyczny ma niskie kwalifikacje, kategorycznie odmawia wykonania endoskopii, tomografii komputerowej oraz konsultacji z chirurgiem-onkologiem i chemioterapeutą, argumentując, że chirurg, który go operował (profesor), zapewnił go, że po operacji będzie żył jeszcze ponad 10 lat. Lekarze proponują opuszczenie placówki medycznej i ponowny wyjazd do jego lekarza prowadzącego w Kijowie.

Pytania do dyskusji:

Na jakim etapie akceptacji złych wiadomości znajduje się pacjent? Czy zachowanie personelu medycznego jest właściwe?

Przypadek 3

Kobieta w wieku 38 lat, drugi poród, przedwczesny (30 tygodni). Dziecko urodziło się żywe. Dziecko przebywało na oddziale intensywnej terapii bez matki i zmarło po 32 godzinach. Lekarz poinformował o śmierci dziecka jednym zdaniem:
„Państwa dziecko zmarło". Ciało dziecka przekazano ojcu. Kobietę wypisano ze szpitala po dwóch dniach. Mąż powiedział jej, że pogrzebanie dziecka było dla niego straszne i bolesne. Zaproponował jej, aby zrobiła to sama. Kobieta pochowała swoje dziecko sama. Minął miesiąc. Kobieta nie rozmawia ze swoją rodziną (mężem, teściową, córką) ani z przyjaciółmi. Podczas spotkań ze znajomymi odwraca się i odchodzi.

Pytania do dyskusji:

Na jakim etapie żałoby znajduje się kobieta?
Dlaczego lekarz poinformował kobietę o stracie właśnie w ten sposób?
Jak należy postępować z kobietą i jej rodziną w sytuacji utraty okołoporodowej?

Przypadek 4

Do lekarza prowadzącego przyszła żona pacjenta, który przeszedł udar krwotoczny i właśnie wyszedł ze śpiączki mózgowej. Żonie wyjaśniono powagę skutków tej choroby, że mąż nie będzie mógł chodzić, być może nawet siedzieć, będzie potrzebował stałej opieki z zewnątrz, a jego stan psychiczny również uległ zmianie. Żona czuje się zagubiona. Chce, aby mąż żył, pomimo problemów psychicznych i fizycznych, płacze, zapewnia, że zrobi dla niego wszystko, co w jej mocy, i że on jednak będzie chodził.

Pytania do dyskusji:

Na jakim etapie akceptacji złych wiadomości znajduje się pacjent? Jakie rady najlepiej udzielić żonie chorego?
W jakim składzie należy sformować zespół, aby zapewnić pacjentowi pomoc medyczną?

Przypadek 5

z „Żółtej księgi" – książki Anastazji Leuchinowej „Zupełnie nie straszna książka o życiu, śmierci i wszystkim, co pomiędzy" (str. 55)

Historia o Tetianie, wiadomość w kopercie i plan

„Jest lekarką. Jedną z najlepszych ginekologów-endokrynologów w Kijowie. …Sama wykryła u siebie zgrubienie i poszła na mammografię. Zgłosiła się do prywatnej kliniki, aby nie spotykać się ani z kolegami lekarzami, ani ze swoimi pacjentami. „Czekałam na wynik mammografii w korytarzu o dziesiątej rano. Wyszła do mnie asystentka lekarza i bez słowa wręczyła mi kopertę z diagnozą „rak" w środku. Mimo że i tak wiedziałam, co się ze mną dzieje, że jestem wykształcona i dobrze poinformowana, płakałam, kiedy otworzyłam kopertę i przeczytałam diagnozę. Kilka minut wcześniej lekarz zobaczył guz, napisał słowa „rak piersi" i wnioski, ale dlaczego nie zdołał powiedzieć mi o tym osobiście? W końcu nawet kilka słów wsparcia byłoby dla mnie oparciem. A milczące przekazanie koperty i pozostawienie pacjenta z tak straszną diagnozą – to okrutne".

Pytania do dyskusji:

Dlaczego lekarze nie chcą przekazywać złych wiadomości?
Jakie są podstawowe potrzeby pacjenta podczas przekazywania złych wiadomości?

Przypadek 6

z „Żółtej księgi" – książki Anastazji Leuchinowej „Wcale nie straszna książka o życiu, śmierci i wszystkim, co pomiędzy" (str. 60)

Historia o mamie Ani i o tym, jak ważne jest znalezienie kompetentnych specjalistów i bycie przy bliskich

„…Bóle głowy, wymioty, krwawienie z nosa… Jego stan tylko się pogarszał. Syn tracił przytomność, wrzeszczał z bólu… Ten lekarz był neurochirurgiem i pracował w szpitalu dla dorosłych w obwodzie kirowogradzkim (obecnie Kropywnicki). I wtedy wszystko się zaczęło: „Mamo, na co pani patrzy? Dziecko ma guza w głowie, a pani nic nie robi! Na co pani do tej pory patrzyła? Natychmiast zabierz go do Kijowa, do Instytutu Neurochirurgii!"

Pytanie do dyskusji:

Jak oceniasz przekazywanie złych wiadomości przez lekarza?

KSIĄŻKI I FILMY O KRYZISACH ŻYCIOWYCH

Książki

Frederika de Graaf, „Nie będzie rozstania” Anna
Danilowa, „Od śmierci do życia”
Wiktor i Rosemary Zorsa, „Droga do śmierci. Żyć do końca”
Anastasia Leukhina, „Wcale nie straszna książka o życiu, śmierci i wszystkim, co pomiędzy”
Henry Marsh, „Opowieści o życiu, śmierci i neurochirurgii”
Joanna Saliga, „Chustka”
Sheryl Sandberg, „Plan B”
Antoni z Suroża, „Życie. Śmierć. Choroba” Eric-
Emmanuel Schmitt, „Oskar i różowa pani”
Irwin Yalom, „Wpatrując się w słońce. Życie bez strachu przed śmiercią”

Filmy

„Gwiazdy są winne” (reż. Josh Boone), USA, 2014
„Wszechświat Stephena Hawkinga” (reż. James Marsh), Wielka Brytania, Japonia, USA, 2014
„Najważniejsze, żeby się nie bać!” (reż. Nicole Kessel), USA, 2011
„Oddychaj dla nas” (reż. Andy Serkis), Wielka Brytania, 2017
„Doktor” (reż. Randa Haines), USA, 1991
„Dotknąć nieba” (reż. Thomas Jan), Niemcy, 1997
„Życie jest piękne” (reż. Jonathan Levine), USA, 2011
„Pięć kroków do miłości” (reż. Justin Baldoni), USA, 2019
„Moje życie beze mnie” (reż. Isabel Coixet), Hiszpania, 2003
„Nie poddawaj się” (reż. Gus Van Sant), USA, 2011
„Pospiesz się z miłością” (reż. Adam Shankman), USA, 2002
„Słodki listopad” (reż. Pat O’Connor), USA, 2011 (a także wcześniejsza ekranizacja sztuki Hermana Rauchera „Słodki listopad”, reż. Robert Ellis Miller, USA, 1968)
„Trzecia gwiazda” (reż. Hetty Dalton), Wielka Brytania, 2010
„Jeśli zostanę” (reż. R.J. Cutler), USA, 2014

Pytania do dziennika refleksyjnego:

Co przeżywa pacjent, gdy dowiaduje się o złych wiadomościach? Jakie są zalety i wady obecności krewnych na oddziale intensywnej terapii?

Prezentacja tematu pod linkiem:

bit.ly/3Di0ybj

Pełna wersja zajęć pod linkiem:

bit.ly/3ombqk4

TEMAT 7

Konflikty i trudne rozmowy


ONE

TEMAT 7

PACJENCI W TRUDNYCH SYTUACJACH. KONFLIKT

Materiał starannie przygotowany przez Julię Turpakową i Natalię Galiasz



Natalia Galiash, adiunkt na Katedrze Pediatrii, Narodowy Uniwersytet Medyczny im. Iwana Gorbaczewskiego w Tarnopolu



Julia Turpakowa, wykładowczyni przedmiotów z zakresu pediatrii, Akademia Medyczna w Równem

CELE DYDAKTYCZNE

Postawy	Wiedza	Umiejętności
Podejście zorientowane na człowieka jako podstawa filozofii relacji z pacjentem.	Czym jest konflikt, przyczyny jego powstawania, podstawowe strategie zapobiegania i postępowania w sytuacjach konfliktowych; sytuacje, w których pacjent może stać się „trudny”. Poszukiwanie skutecznego podejścia do pacjentów w stanach emocjonalnego kryzysu.	demonstracja skutecznej komunikacji opartej na empatii, unikanie konfliktowych typów komunikacji i zachowań; ocena stanu emocjonalnego pacjentów; komunikacja z pacjentami w trudnych stanach emocjonalnych; rozwiązywanie konfliktów poprzez rozwiązywanie problemów; okazywanie empatii.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Część organizacyjna – **5 min.**
Sprawdzenie poziomu wiedzy wyjściowej (test) – **10 min.** Krótkie omówienie materiału teoretycznego (mini-wykład). Wariant alternatywny – ankieta ustna/zajęcia interaktywne/pokaz wideo – **20 min.**
Analiza przypadków wideo – **40–45 min**. Proponowana opcja: omówienie przypadków w małych grupach.
Gra fabularna – **15 min**. (przygotowanie wszystkich grup i prezentacja pierwszej sytuacji). Podsumowanie – **20 min**.
Prezentacja drugiej sytuacji – **5 min**. Kolejna
analiza – **20 min.**
Prezentacja trzeciej sytuacji – **5 min.**
Powtórna analiza – **20 min.**
Końcowy test sprawdzający poziom wiedzy teoretycznej – **5 min.**
(opcjonalnie).
Podsumowanie, ogłoszenie ocen – **10 min. Łącznie 180**

minut.

Materiały do zajęć

CZĘŚĆ 1. MATERIAŁY TEORETYCZNE

Tab. 6.

Pięć strategii postępowania w sytuacjach konfliktowych (według Thomasa Kilmana)

	Istota strategii	Konsekwencje
Unikanie: „Nie widzę konfliktu”	Zaprzeczanie istnieniu sytuacji konfliktowej	Przeciwnik odczuwa coraz większą urazę i w końcu może podjąć impulsywną decyzję
Adaptacja/ustępstwo	Rezygnacja z własnych interesów na korzyść przeciwnika	Strona, która idzie na ustępstwa, „uczy” partnera, że nie trzeba brać pod uwagę jej interesów. Zasady te zostają przyjęte, a w przyszłości interesy strony skłonnej do rezygnacji ze swoich interesów nie są już brane pod uwagę
Kompromis	Wzajemne ustępstwo – rezygnacja z części swoich interesów pod warunkiem, że druga strona również zrezygnuje z części swoich interesów	Wszyscy idą na ustępstwa, więc nikt nie jest w pełni zadowolony. Gdy nie ma czasu na negocjacje, kompromis może nie być najlepszym, ale akceptowalnym i szybkim rozwiązaniem
Konkurencja	Każdy broni swoich interesów, uciekając się do wszelkich środków osiągnięcia celu: przymusu, presji, manipulacji, szantażu. Interesy przeciwnika nie są brane pod uwagę	Taki model spotyka się często, ale jest bardzo destrukcyjny dla relacji. Jego skutkiem jest negatywny, wrogi klimat psychologiczny
Współpraca	Obie strony podejmują aktywne wysiłki, aby osiągnąć cel	Nie zawsze, ale najczęściej ta strategia jest najskuteczniejsza. Pozwala ona w maksymalnym stopniu zrealizować interesy stron konfliktu oraz zachować (a czasem nawet poprawić) relacje między przeciwnikami. Wymaga czasu oraz przynajmniej minimalnej gotowości przeciwników do osiągnięcia porozumienia i rozpoczęcia negocjacji

Podstawowe posunięcia taktyczne w konflikcie

Konfliktolodzy sformułowali następujące zasady sprzyjające konstruktywnemu rozwiązywaniu sytuacji konfliktowej:

1. Staraj się adekwatnie ocenić swoje zachowanie w sytuacji konfliktowej.
2. Spojrz na problemową sytuację oczami drugiej osoby.
3. Unikaj oceniania działań i wypowiedzi drugiej osoby.
4. Kontroluj swoje emocje.
5. Zapraszaj drugą osobę do omówienia spornych kwestii, nawet wtedy, gdy możesz przejąć inicjatywę.
6. Bierz pod uwagę możliwość zafałszowania informacji podczas ich przekazywania.

Psychologowie proponują następujące sposoby postępowania, które mogą pomóc w bardziej konstruktywnym rozwiązaniu napiętej sytuacji:

- racjonalne przekonywanie (wykorzystanie faktów i logiki do potwierdzenia swojego stanowiska);
- przyjazne zachowanie (wywołanie u przeciwnika wrażenia, że posiada on pozytywne cechy);
- taktyka koalicyjna (prośba o wsparcie, propozycje sojuszu);
- zawieranie umów (wzajemna wymiana korzyści, obietnice);
- kierowanie uwagą przeciwnika;
- wykorzystanie efektu zaskoczenia, jeśli rozmowa zmierza w destrukcyjnym kierunku.

Wszystko to pomoże przeciwnikom ochłonąć i ocenić stan rzeczy, a następnie podjąć wyważoną decyzję.

Wskazówki dotyczące budowania relacji bezkonfliktowych:

- Nie kłóćcie się o drobiazgi.
- Nie kłóć się z tym, z kim kłótnia jest bezcelowa (rozmówca jest kłopotliwy i uparty), a także z tymi, którzy nie zamierzają się z wami kłócić.
- Nie wdawaj się w dyskusję z kimś, dla kogo ważniejsze jest kłótnia niż ustalenie i rozwiązanie problemu.
- Metodyka rozwiązywania konfliktu poprzez rozwiązanie problemu.
- Unikajcie kategoryczności i ostrości w trakcie sporu.
- Unikajcie monologów i przechodźcie do dialogu, wtedy nie będzie czasu na kłótnie.

Kolejność działań

1. Określ na problemie w celów, a nie rozwiąz (tj. nie skupiać się kategoriach ań skupiać się na walce ze skutkami problemu, ale sformułuj cel na rzecz jej przezwyciężenie i ustalenie kierunku działania).
2. Po ustaleniu istoty problemu rozważ takie warianty jego rozwiązania, które w pewnym stopniu zadowoliłyby wszystkie zainteresowane strony.
3. Skoncentrujcie uwag na problemie, , a nie własnych cechach sie e na przeciwnika (przechodzenie do osobistych wycieczek z pewnością zaostrza i pogłębia konflikt).
4. Stwórz atmosferę zaufania, poprawiając wymianę informacji i wzajemny wpływ.
5. Podczas rozmowy staraj się osiągnąć wynik, nie poddając się przy tym własnych stanowisk, ale i uwzględnijcie konstruktywne uwagi innej strony.

Zasady prowadzenia dialogu

Kiedy mówisz:	Kiedy słuchasz:
bądźcie życzliwi, szanujcie rozmówcę;	nie żałuj czasu, aby wysłuchać rozmówcy;
bądźcie uprzejmi, unikajcie kategoryczności, nie pouczajcie;	traktuj rozmówcę z tolerancją i szacunkiem;
zachowaj skromność w ocenie siebie, bądź dyskretny;	nie przerywaj rozmówcy, wysłuchaj go do końca;
koncentruj się na rozmówcy, stwórz mu/jej komfort psychiczny;	pozwól rozmówcy wyrazić siebie w rozmowie, stymuluj jego aktywność;
nieustannie pobudzaj zainteresowanie rozmówcy konstruktywną rozmową;	wykorzystuj środki werbalne, gesty i mimikę, aby zapewnić emocjonalne i psychologiczne wsparcie osobie mówiącej.
przedstawiaj swoje poglądy i propozycje w logiczny sposób, unikaj używania niezrozumiałych słów;	
utrzymuj uwagę rozmówcy, stymuluj jego/jej aktywne postrzeganie;	
wybierz taki styl rozmowy, który będzie sprzyjał nie tylko sytuacji komunikacyjnej, ale także odbiorowi przez partnera;	
bierz pod uwagę dystans w komunikacji, gestykulację i mimikę itp.;	
zwracaj uwagę na emocje, ale nie poddawaj się im;	

Pacjent w trudnej sytuacji: jak się komunikować?

6 zasad:

1. Pozwól rozmówcy „wypuścić parę”

Najpierw wysłuchaj pacjenta, aby dać mu możliwość „wyładowania emocji”. Powtórz to, co usłyszałeś, aby pokazać, że zrozumiałeś wszystko, co zostało powiedziane. Okazuj empatię wobec uczuć pacjenta, ale nie zgadzaj się z jego skargami (jeśli są one nieuzasadnione). Uznanie uczuć zazwyczaj szybko łagodzi ich intensywność. Następnie spokojnie i pewnie przedstaw swój punkt widzenia, unikając krytycznych sformułowań dotyczących „prawdy” pacjenta. Podkreśl, że teraz, gdy istota sprawy jest jasna, należy ustalić plan działania dotyczący leczenia, badań lub zaleceń.

2. Określamy rzeczywiste cele stron

Chęć pacjenta na uzyskanie skierowania w celu leczenia rzadziej prowadzi do konfliktu niż zamiar porównania diagnozy i zaleceń innego specjalisty, uzyskania w jakikolwiek sposób zwolnienia lekarskiego, zaświadczenia itp. Najważniejsze w przypadku takich wniosków jest szybkie, uzasadnione i stanowcze odmówienie pacjentowi, wyjaśniając swoją odmowę na podstawie instrukcji służbowych.

3. Praca z emocjami

Ważne jest, aby na czas zrozumieć emocje osoby lub zareagować na ich zmianę. Zalecamy, aby nie wypełniać dokumentów ani nie prowadzić kart elektronicznych w trakcie rozmowy z pacjentem. Słuchaj nie tylko tego, co mówi pacjent: obserwuj również jego mowę ciała, mimikę i ton głosu.

Zauważając napięcie emocjonalne, spróbuj wpłynąć na ustabilizowanie sytuacji. Okaż swoje współczucie, uspokój i wesprzyj osobę.

4. Żadnych szans dla „gaduł”

Gadatliwi pacjenci wykorzystują cały czas przeznaczony na wizytę na własny monolog. Lekarz musi przejąć inicjatywę, wykazać się sporą aktywnością, aby odwrócić uwagę pacjenta od nieistotnych szczegółów na działania tu i teraz. Poinformuj pacjenta o ograniczonym czasie rozmowy, ustal cel wizyty, aby utrzymać go w centrum uwagi. Używaj więcej pytań zamkniętych lub pytań wymagających konkretnego wyboru.

5. Uwaga: manipulacja

Niektórzy pacjenci grają na uczuciach innych, uciekają się do pochlebstw, grożą histerią lub skargą do ordynatora, aby osiągnąć swój cel. Najważniejszą zasadą w kontaktach z takimi osobami jest uświadomienie sobie własnych emocji i niepoddawanie się emocjom pacjenta. Nie bój się stanowczo powiedzieć „nie”.

Dobrym zabezpieczeniem przed manipulacją jest zyskanie na czasie. Aby uniknąć sytuacji, w której manipulator próbuje odebrać Państwu czas na przemyślenie sprawy, proszę używać magicznych zwrotów: „muszę to przemyśleć”, „czy mógłby Pan/Pani przedstawić swoją prośbę na piśmie?” itp.

6. Prawo do praw

Aby chronić zespół przed bezpodstawnymi atakami ze strony pacjentów w trudnych sytuacjach (nie chodzi tu o uzasadnione skargi), warto opracować i zatwierdzić odpowiednimi zarządzeniami pewne zasady, które regulują prawa lekarzy. Na przykład można tam zaznaczyć, że jeśli pacjent używa wulgarnego języka, lekarz ma prawo odmówić dalszej konsultacji.

Posiadanie takich dokumentów minimalizuje ryzyko pojawienia się różnych nieporozumień i dalszego eskalowania sytuacji konfliktowej.

Tab. 7.

Protokół EBE

Protokół EBE (EVE)		
E	Emocja/Explore the Emotion	Należy zidentyfikować emocję: • określić, jaka emocja ogarnia pacjenta (gniew, smutek, strach itp.); • ustalić, co ją wywołało: „Czy mógłby Pan/Pani wyjaśnić (szczegółowo), co Pan/Pani czuje?"; • uznać jej obecność: „Rozumiem, że to mogło Pana/Panią rozgniewać".
W	Walidacja emocji/Validate the Emotion	Walidacja emocji: • potwierdza rozmówcy, że rozumiesz zasadność jego/jej emocji: „Rozumiem, że się złościłeś", „Większość ludzi na twoim miejscu czułaby się tak samo (podobnie)".
E	Empatyczna odpowiedź/ Empathic Response	Empatyczna odpowiedź: • pokazuje rozmówcy, że rozumie jego emocje i współczuje mu: „Bardzo mi przykro, że tak się stało, i rozumiem, jak się teraz czujesz", „Rozumiem, że czujesz się teraz zawiedziony i smutny. Przykro mi".

Czego należy unikać podczas rozmowy z rozgniewanymi pacjentami

Proponowanie szybkiego rozwiązania

Często pacjenci chcą/potrzebują, abyś zrozumiał emocje, które odczuwają, a nie znalazł szybkiego rozwiązania. Oczywiście będzie to zależało od sytuacji, ale zastanów się, czy warto wymyślać szybkie rozwiązanie, które może nawet nie przynieść oczekiwanych korzyści.

Samemu się złościć

Staraj się być uważny i świadomy tego, jakie uczucia wywołuje w Tobie interakcja z pacjentem. To, co Cię oburza lub denerwuje, to nie to, co mówi pacjent, ale sposób, w jaki to robi. Staraj się kontrolować swoje emocje i zachowaj profesjonalizm. Możesz odczuwać złość, ale okazywanie jej pacjentowi, który i tak jest już rozgniewany, najprawdopodobniej jeszcze bardziej skomplikuje sytuację. Być może rozmowa z inną osobą (kolegą) w takiej sytuacji pomoże zmniejszyć poziom Twojego wewnętrznego napięcia lub spojrzeć na problem z innej perspektywy.

Bronić się

Przejście do defensywy może wydawać się naturalne, zwłaszcza jeśli jesteś przekonany o tym, że to przeciwnik nie ma racji. Staraj się jednak oprzeć pokusie reagowania w sposób obronny, ponieważ może to spotęgować gniew pacjenta.

CZĘŚĆ 2. ZADANIA PRAKTYCZNE

Gra fabularna

Gra fabularna (dla małych grup, z możliwością wspólnej analizy) Role: 1 –

pracownik służby zdrowia; 1 – pacjent; 1-2 – obserwatorzy.

Czas trwania: **25 min. (10 min. – przygotowanie; 2–3 min. – prezentacja dialogu; 10–12 min. – podsumowanie).**

Przykładowa sytuacja do odgrywania ról:

63-letni pacjent z podejrzeniem raka żołądka stanowczo odmawia wykonania gastroskopii. Wzburza się. Domaga się natychmiastowego wypisania do domu. W wywiadzie: przewlekłe zapalenie błony śluzowej żołądka; krwawienie z żołądka dwa lata temu. W momencie hospitalizacji zgłaszał zaburzenia apetytu i utratę wagi. Badanie zostało zlecone przez lekarza oddziału, który wyjechał w podróż służbową i z którym nie ma możliwości skontaktowania się.

Zadanie dla pracownika służby zdrowia: przekonać pacjenta do wykonania zleconych badań (FGDS).

Proponujemy, aby każda z małych grup wykorzystała tę samą sytuację, ale zmieniała typ pacjenta:

A – podejrzliwy pacjent: nieprzyjazny i podejrzliwy podczas rozmowy. Ciągle wszystkich o coś podejrzewa.

B – gadatliwy pacjent: gadatliwy, ciągle przeskakuje z jednego tematu na drugi, nie potrafi zwięźle odpowiadać na pytania.

C – pacjent manipulacyjny: gra na uczuciach innych, grozi pozwem sądowym, samobójstwem, wpada w gniew. Wykazuje impulsywne zachowanie, mające na celu uzyskanie tego, czego chce.

E – pacjent gniewny: spięty, niechętny do współpracy.

D – pacjent niespokojny: zagubiony, zdenerwowany, wymaga nadmiernej uwagi i wysiłku, aby go przekonać. W zachowaniu i komunikacji wykazuje oznaki niepokoju: drżenie, pocenie się, szybką mowę itp.

Tabela 8

Przykładowa lista kontrolna do podsumowania

Działania pracownika medycznego	Opis / Kryteria oceny	Adnotacja o wykonaniu	Punkty
Powitanie	Pracownik medyczny wita się z pacjentem		1
Przedstawienie się	Podaje swoje imię		0,5
	Podaje swoją funkcję		0,5
Identyfikacja pacjenta	Pyta o imię pacjenta, wiek (rok urodzenia)		1
Zbieranie informacji o istocie konfliktu/roszczenia	na czym polega skarga;		1
	kiedy u pacjenta pojawiły się zastrzeżenia;		1
	do kogo zwracali się po dodatkowe informacje/pomoc;		1
	jakie środki zostały wykorzystane do rozwiązania konfliktu/roszczenia		1
Uznanie stanowiska drugiej osoby (wysłuchanie i powtórzyć) – zarówno werbalnie, jak i emocjonalnie	Protokół EVE (EVE):		
	• rozpoznawanie emocji;		1
	• walidacja emocji;		1
	• reakcja empatyczna		1
Wyjaśnienie swojego stanowiska	Argumentowana odpowiedź z wyjaśnieniem/interpretacją skomplikowanej terminologii		1
Propozycja rozwiązania problemu	formułowanie zadań;		0,5
	opracowanie planu działania;		0,5
	propozycja pozyskania dodatkowych zasobów (ludzkich, technicznych, farmakologicznych, materialnych itp.);		0,5
	koncentracja na wyniku końcowym		0,5
Uzasadnienie. Odwołania do faktów	Wykorzystanie danych statystycznych, tabel, wykresów, ilustracji, dokumentów normatywnych, sprawdzonych źródeł informacji		1

Działania pracownika służby zdrowia	Opis / Kryteria oceny	Adnotacja o wykonaniu	Punkty
Zwracanie się do pacjenta	Zwracanie się po imieniu (imię i nazwisko)		1
Prawidłowe prowadzenie dialogu	życzliwość, szacunek dla rozmówcy;		0,5
	uprzejmość, brak stanowczości;		0,5
	skromność w samoocenie, dyskrecja;		0,5
	orientacja na partnera, zapewnianie mu/jej komfortu psychicznego;		0,5
	ciągłe pobudzanie zainteresowania partnera konstruktywną komunikacją;		0,5
	logiczność w przedstawianiu swoich poglądów i propozycji;		0,5
	utrzymywanie uwagi partnera, pobudzanie jego aktywności w odbiorze;		0,5
	wybór stylu rozmowy, który byłby sprzyjający nie tylko sytuacji komunikacyjnej, ale także odbiorowi przez partnera;		0,5
	uwzględnienie dystansu, gestykulacji i mimiki itp. podczas komunikacji;		0,5
	równowaga emocjonalna		0,5
Wynik komunikacji	Wybrano strategię rozwiązania konfliktu/roszczenia		1
Uzyskane punkty Maksymalna liczba punktów – 21,5 Minimalna liczba punktów wymagana do zaliczenia – 15 (70%)			

Podsumowanie – informacja zwrotna

4 etapy:

1. Student: co zrobiłem dobrze.
2. Student: co mogłem/mogłam zrobić lepiej.
3. Wykładowca: co zostało zrobione dobrze.
4. Nauczyciel: co można było zrobić lepiej.

Pytania do dziennika refleksyjnego:

Czy obawiasz się sytuacji konfliktowych? Jak sytuacje konfliktowe i komunikacja z pacjentami w trudnych sytuacjach wpływają na Ciebie?

Prezentacja tematu pod linkiem:

bit.ly/3DuIIDe

Pełna wersja zajęć pod linkiem:

bit.ly/31sh3V5

TEMA 8
T

Tolerancja i różnorodność: jak i dlaczego pracować z innymi ludźmi



TEMAT 8
TOLERANCJA I RÓŻNORODNOŚĆ

Materiały dydaktyczne starannie dobrane przez Oksanę Petrynych i Olgę Gowardowską



Oksana Petrynych, adiunkt na Katedrze Medycyny Rodzinnej, Bukowinski Państwowy Uniwersytet Medyczny



Olga Gowardowska, asystentka na katedrze ftiziologii i pulmonologii, Charkowski Narodowy Uniwersytet Medyczny

CELE DYDAKTYCZNE

Postawy	Wiedza	Umiejętności
Podejście zorientowane na pacjenta jako podstawa filozofii relacji z pacjentem.	tolerancja i różnorodność.	jak i dlaczego pracować z różnymi ludźmi i szanować ich jako osoby.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Część organizacyjna – **3 min.**

Refleksja: „Dlaczego lekarze mogą być stronniczy wobec niektórych pacjentów?” lub „Przypomnijcie sobie sytuacje z życia lub praktyki, kiedy byliście świadkami/ofiarami dyskryminacji podczas korzystania z usług medycznych” – **12 min.**

Krótkie omówienie materiału teoretycznego (mini-wykład) – **10 min.**

WARIANT A

gra fabularna / pacjent hybrydowy

zalecana dla studentów 5-6 roku.

W przeddzień zajęć studenci otrzymują zadania – 4 różne sytuacje: na przykład konsultacja z pacjentem w podeszłym wieku; dzieckiem z rodzicami; kobietą z niedokrwistością po długotrwałym poście; pacjentem z depresją. Podczas zajęć studenci przedstawiają swój przypadek w formie konsultacji, w której uczestniczą lekarz, pacjent i członkowie rodziny. Wszyscy studenci analizują konsultację (zgodnie z modelem Calgary-Cambridge) i wyrażają swoje opinie podczas późniejszej dyskusji (co zostało zrobione dobrze,

WARIANT B

zalecany dla studentów 4 roku

Analiza tych samych przypadków w małych grupach, a następnie dyskusja ze studentami – **25 min.**

+ Analiza konsultacji wideo: należy wskazać różnice w informacjach uzyskanych od pacjenta oraz w taktyce dalszych zaleceń lekarza w zależności od prawidłowości przeprowadzenia konsultacji (źródło nr 8 na liście filmów) – **25 min.**

Sprawdzian – **10 min.**

co można poprawić; najpierw wypowiadają się bezpośredni uczestnicy gry fabularnej, a następnie – pozostali studenci) – **55 min**.

Wykładowca podsumowuje (co zrobiono dobrze, co można poprawić) – **5 min.**

Podsumowanie – **5 min**

Łącznie 90 min.

Materiały do zajęć

CZĘŚĆ 1. MATERIAŁY TEORETYCZNE

Ludzie na całym świecie napotykają bariery w dostępie do wysokiej jakości opieki medycznej. W różnych krajach i społecznościach przyczyny tego mogą być różne. Istnieją jednak pewne bariery, które występują powszechnie. Należą do nich różne formy dyskryminacji, z którymi borykają się określone grupy społeczne.

DYSKRYMINACJA

Dyskryminacja (z łac. discriminatio – oddzielenie, różnica) to naruszenie zasady równości. W ukraińskiej ustawie „O zasadach zapobiegania i przeciwdziałania dyskryminacji w Ukrainie" podano następującą definicję: „Dyskryminacja – sytuacja, w której osoba lub grupa osób ze względu na cechy takie jak rasa, kolor skóry, przekonania polityczne, religijne i inne, płeć, wiek, niepełnosprawność, pochodzenie etniczne i społeczne, obywatelstwo, stan cywilny i majątkowy, miejsce zamieszkania, cechy językowe lub inne, które istniały, są i mogą być rzeczywiste lub domniemane, podlega ograniczeniu w zakresie uznawania, realizacji lub korzystania z praw i wolności w jakiejkolwiek formie określonej w niniejszej ustawie, z wyjątkiem przypadków, gdy takie ograniczenie ma uzasadniony, obiektywnie uzasadniony cel, a środki jego osiągnięcia są właściwe i niezbędne".

Wykazy cech, na podstawie których nie wolno dyskryminować ludzi, mogą się różnić w ustawodawstwie poszczególnych krajów – gdzieś jest ich więcej, gdzieś mniej, ale istnieje ogólna zasada, która łączy te wykazy: muszą one mieć charakter otwarty. Otwarty wykaz oznacza, że po wymienieniu w ustawie wszystkich cech, o których mowa, nie stawia się kropki, lecz dodaje się sformułowanie „oraz inne cechy".

Przez „inne cechy" rozumiemy w szczególności:

- stan zdrowia (na przykład status osoby zakażonej wirusem HIV);
- styl życia (na przykład zażywanie substancji psychoaktywnych lub świadczenie usług seksualnych);
- orientację seksualną;
- tożsamość płciową;
- przynależność do związku zawodowego;
- wykroczenia.

Formami dyskryminacji są:

dyskryminacja bezpośrednia – sytuacja, w której wobec osoby lub grupy osób, ze względu na określone cechy, stosuje się mniej przychylne traktowanie niż wobec innej osoby lub grupy osób w analogicznej sytuacji, z wyjątkiem przypadków, gdy takie traktowanie ma uzasadniony, obiektywnie uzasadniony cel, a środki służące jego osiągnięciu są właściwe i niezbędne;

dyskryminacja pośrednia – sytuacja, w której w wyniku realizacji lub stosowania formalnie neutralnych norm prawnych, kryteriów oceny, zasad, wymogów lub praktyk, dla osoby i/lub grupy osób ze względu na określone cechy powstają mniej korzystne warunki lub sytuacja w porównaniu z innymi osobami i/lub grupami osób, z wyjątkiem przypadków, gdy ich realizacja lub stosowanie ma uzasadniony, obiektywnie uzasadniony cel, a sposoby jego osiągnięcia są właściwe i niezbędne;

podżeganie do dyskryminacji – wskazówki, instrukcje lub wezwania do dyskryminacji wobec osoby lub grupy osób ze względu na określone cechy;

współudział w dyskryminacji – każda świadoma pomoc w popełnieniu czynów lub zaniechaniu działań mających na celu wywołanie dyskryminacji;

ucisk – niepożądane dla osoby lub grupy osób zachowanie, którego celem lub skutkiem jest poniżenie ich godności ludzkiej ze względu na określone cechy lub stworzenie w stosunku do takiej osoby lub grupy osób napiętej, wrogiej, obraźliwej lub lekceważącej atmosfery.

Zapraszamy do obejrzenia filmu „Dyskryminacja. Formy dyskryminacji" link www.youtube.com/watch?v=2MV-xdvS98k&list=PL7GVCn-95zwDj4pBh5M3IADpQaozZyO5l&index=90

Dyskryminacja w służbie zdrowia może przybierać następujące formy:

- odmowa świadczenia usługi medycznej lub odmowa zarejestrowania pacjenta w klinice;
- odmowa kontynuacji świadczenia usługi;
- świadczenie usług w mniejszym zakresie lub gorszej jakości niż zwykle;
- wyrządzenie szkody moralnej lub materialnej;
- obraźliwe lub poniżające traktowanie;
- próba ukarania lub poniżenia osoby, która złożyła skargę dotyczącą dyskryminacji;
- świadome nieudzielenie pomocy medycznej, co w niektórych przypadkach może być uznane za przestępcze zaniechanie ze strony osób odpowiedzialnych i może być równoznaczne z torturami.

Na przykład:

- odmowa przyjęcia do szpitala Romów lub osób zakażonych wirusem HIV;
- odmowa obsługi w szpitalu z powodu nieznajomości języka ukraińskiego lub rosyjskiego;
- brak podjazdu do szpitala lub apteki albo podjazd, z którego nie można skorzystać;
- odmowa leczenia pacjentów, ponieważ są „zbyt starzy".

Lista ta ma charakter niewyczerpujący i ilustracyjny.

Zapraszamy do obejrzenia filmu „Tolerancja jako kategoria etyki” pod linkiem www.youtube.com/watch?v=taBSHHqmn9E&list=PL7GVCn-95zwDj4pBh5M3IADpQaozZyO5l&index=90



Należy pamiętać, że odmowa świadczenia usług płatnych w sytuacji, gdy dana osoba nie jest w stanie za nie zapłacić, nie stanowi dyskryminacji. Administracja ma jednak obowiązek jasno poinformować, które usługi są płatne, ile kosztują oraz jakie istnieją bezpłatne alternatywy.

Możemy zmniejszyć prawdopodobieństwo dyskryminacji poprzez następujące działania:

zapewniając równość – przejawia się to w jednakowym traktowaniu ludzi z uwzględnieniem ich potrzeb;

inkluzją (z ang. inclusion – włączenie, zaangażowanie) – procesem zwiększania stopnia uczestnictwa wszystkich obywateli w życiu społecznym. Na przykład udostępnianie informacji w różnych formatach (w tym alfabetem Braille'a), dostęp do budynku dla osoby na wózku inwalidzkim (tak poprawnie nazywa się „wózek inwalidzki”) itp.;

szacunkiem i akceptacją różnorodności – tolerancją.

We współczesnej literaturze „tolerancja” często występuje jako synonim pojęcia „wyrozumiałości”. Jednak:

wyrozumiałość to bierna akceptacja otaczającej rzeczywistości, brak oporu wobec niekorzystnych wpływów zewnętrznych. Tolerancji nie należy sprowadzać do wyrozumiałości.

Tolerancja – to uznanie praw innej osoby, która różni się od ciebie, gotowość do zrozumienia i akceptacji innych norm kulturowych, przekonań i modeli zachowań. W interpretacji pojęcia „tolerancja” należy opierać się na humanizmie, czyli uznaniu wartości człowieka jako osobowości, jego prawa do wolności, szczęścia, rozwoju i manifestacji swoich zdolności.

Od**w** rotnością tolerancji jest **nietolerancja.**

Umiejętności komunikacyjne niezbędne do zrozumienia kwestii różnorodności kulturowej stanowią szczególny przypadek podstawowych umiejętności stosowanych w celu zrozumienia stanowiska pacjenta (na etapach gromadzenia informacji, wyjaśniania i planowania) oraz budowania relacji. To samo można powiedzieć o różnorodności społecznej: o takich aspektach jak wiek, płeć, status społeczno-ekonomiczny, wykształcenie.

Kompetencja kulturowa to zdolność pracowników służby zdrowia i organizacji medycznych do świadczenia usług medycznych odpowiadających potrzebom kulturowym, społecznym i religijnym pacjentów oraz ich rodzin.

KOMUNIKACJA MIĘDZYKULTUROWA I RÓŻNORODNOŚĆ SPOŁECZNA

Język

komunikacji w języku obcym (na przykład pacjent lub lekarz zmuszeni są porozumiewać się w języku, którym nie władają w wystarczającym stopniu)

używanie slangu akcent,

dialekt obraźliwa poufałość

Wykorzystanie i interpretacja komunikacji niewerbalnej

dotyk

mowa ciała

odległość – bliska/daleka

kontakt wzrokowy

wyrażanie emocji

Postawy kulturowe a medycyna

interpretacja objawów – co uznać za normę, a co nie; poglądy na temat przyczyn

poglądy na skuteczność różnych metod leczenia

stosunek do choroby i doświadczenia choroby

korzystanie z dodatkowych lub alternatywnych źródeł opieki medycznej oczekiwania osób w różnym wieku i różnej płci dotyczące ról i relacji

rola lekarza i interakcje społeczne w zakresie autorytetu i sposobów okazywania szacunku

przyjmowanie odpowiedzialności za przestrzeganie zaleceń medycznych

wydarzenia z życia rodzinnego (obrzędy i wierzenia towarzyszące zaręczynom i ślubom, ciąży i porodowi, pomoc starszych młodym, opieka nad osobami starszymi, śmierć)

kwestie psychologiczne (określenie typowych czynników stresogennych, znajomość systemu wsparcia psychologicznego dla rodziny/społeczeństwa)

rola lekarza w zdrowiu psychicznym i w przypadku zaburzeń

kwestie intymne

seksualność – w tym orientacja seksualna, zachowania seksualne, antykoncepcja

wstyd podczas niektórych procedur badania

spożywanie i nadużywanie alkoholu oraz innych substancji

przemoc domowa przekazywanie

złych wiadomości

Kwestie/przeszkody w praktyce medycznej

stopień współpracy lekarza z pacjentem, stopień zaangażowania rodziny, osobiste i rodzinne obowiązki związane z dbaniem o zdrowie i leczeniem

kwestie etyczne związane z opieką medyczną

założenia, stereotypy i uprzedzenia lekarza

konsylium ze specjalistą praktykującym medycynę komplementarną lub niekonwencjonalną

Znajomość różnych kontekstów etnicznych i kulturowych, w których lekarz może pracować, jest przydatna, a czasem wręcz niezbędna. Taka wiedza doda lekarzowi pewności siebie, a być może pomoże szybciej nawiązać relację z pacjentem. Jednak podstawowe umiejętności zrozumienia każdego konkretnego pacjenta i jego przekonań medycznych, niezależnie od kultury, do której należy, pozostają zasadniczo ważne.

Należy pamiętać, że wszyscy pacjenci oczekują zarówno poszanowania swojej autonomii ze strony lekarza, jak i możliwości uczestniczenia w podejmowaniu decyzji. W wielu kulturach nadal powszechne jest, że pacjent oczekuje od lekarza paternalistycznego podejścia, a od konsultacji – nastawienia na lekarza. Jednak przenoszenie na konkretnego pacjenta poglądów i światopoglądów całej rasy lub kultury jest równie szkodliwe, jak całkowite ignorowanie wrażliwości na kwestie kulturowe. Zadaniem lekarza jest wyjaśnienie unikalnej sytuacji i doświadczenia choroby każdego konkretnego pacjenta. Jest to równie ważne, nawet gdy lekarz i pacjent należą do tej samej kultury.

W związku z tym lekarze muszą zmagać się z dwoma, częściowo sprzecznymi wyzwaniami komunikacyjnymi: z jednej strony nie powinni wyciągać wniosków na temat pacjenta na podstawie jego pochodzenia etnicznego, a z drugiej strony powinni doceniać, chcieć poznać i zrozumieć różnice kulturowe, które mogą mieć duży wpływ na sposób leczenia pacjenta. Nic dziwnego, że osiągnięcie wzajemnego zrozumienia i zaufania między pacjentem a lekarzem z różnych grup kulturowych często wymaga czasu i wysiłku z obu stron.



Rys. 10. Struktura konsultacji klinicznej Calgary-Cambridge

Tab. 9

Model konsultacji medycznej Calgary-Cambridge (CCM) w pracy z osobami z różnych grup etnicznych

Umiejętności z „Wytycznych z Calgary-Cambridge”	Wykorzystanie tych umiejętności jest głębsze, bardziej ukierunkowane i intensywne
Początek	
Przywitajcie się, przedstawcie się sobie nawzajem	→ Dowiedz się, jak wymawia się imię i nazwisko oraz jak pacjent woli, by się do niego zwracać
Okaż zainteresowanie, troskę i szacunek, zadbaj o to, aby pacjent czuł się fizycznie komfortowo	→ Okaż zrozumienie dla życzeń pacjenta, aby w konsultacji uczestniczył członek rodziny lub aby lekarzem była kobieta lub mężczyzna. Zaproponuj pomoc tłumacza i, jeśli zostanie ona przyjęta, uzgodnij jego rolę na etapie ustalania porządku obrad. Dowiedz się, w jakim języku pacjent woli odbywać konsultację. Zaproponuj przełożenie konsultacji, jeśli bariera językowa jest zbyt duża. Podczas konsultacji i badania należy uwzględnić kwestię płci lekarza i pacjenta.

Umiejętności z „Wytycznych z Calgary i Cambridge”	Wykorzystanie tych umiejętności jest bardziej dogłębne, ukierunkowane i intensywne
Zbieranie informacji	
Ustal stanowisko pacjenta: pomysły, obawy, oczekiwania, uczucia, wpływ jego/jej stanu zdrowia na życie →	Dowiedz się, jakie są: poglądy pacjenta na przyczyny kulturowo uwarunkowane oczekiwania dotyczące leczenia zwyczaje rodzinne, małżeńskie, religijne i społeczne znajomość systemu wsparcia psychologicznego rodziny/społeczności stosunek do dodatkowych/alternatywnych źródeł opieki medycznej. Pacjenci z niektórych środowisk kulturowych i społecznych mają często niewielką świadomość związku między problemami psychologicznymi a objawami fizycznymi. W niektórych przypadkach rozpoznanie depresji leżącej u podstaw objawów psychosomatycznych nie jest łatwe. Konieczne może być zwrócenie szczególnej uwagi na punkt widzenia pacjenta oraz budowanie zaufania przez dłuższy czas. Lekarz może być zmuszony do wybierania odpowiednich momentów i podejmowania decyzji dotyczących opieki medycznej, w których pierwszeństwo ma preferuje pacjent, a także uwzględniać jego poglądy na swój stan, nie ryzykując sprzeciwiania mu, aby nie stracić zaufania.
Angażuj pacjenta, zachęcaj go do udziału i zadawania pytań →	Należy zachęcać pacjenta do zadawania pytań. Według badań Afroamerykanie w USA rzadziej zadają pytania onkologom i rzadziej przyprowadzają ze sobą osoby towarzyszące.
Zbieranie informacji	
Wykazuj odpowiednie zachowania niewerbalne	Pamiętaj o możliwych różnicach kulturowych dotyczących zachowań niewerbalnych, takich jak kontakt wzrokowy, dotyk czy zachowanie odległości.
Bezstronnie przyjmuj poglądy i uczucia pacjenta →	Akceptuj pomysły i przekonania pacjenta bez moralnej oceny. Unikaj stereotypów i arogancji (na przykład uwzględniaj życzenia pacjentów i ich bliskich dotyczące oględzin, badań, skierowań do specjalistów). Staraj się nie wysuwać przypuszczeń, a jeśli to robisz, to je weryfikuj. Okaż wrażliwość na różnice kulturowe w takich aspektach, jak problemy seksualne, spożywanie i nadużywanie alkoholu oraz innych substancji, przemoc w rodzinie.
Okaż wsparcie →	Okaż swoje wsparcie słowami.

Umiejętności z „Przewodników z Calgary-Cambridge”		Wykorzystanie tych umiejętności jest głębsze, bardziej ukierunkowane i intensywne
Wyjaśnianie i planowanie		
Oceń początkową sytuację pacjenta	→	Przed przekazaniem informacji należy sprawdzić kontekst kulturowy. Jest to szczególnie ważne w pracy z osobami niepełnosprawnymi, które, zgodnie z badaniami, odczuwają brak szacunku i uwagi wobec swoich słów, otrzymują niewystarczające informacje i rzadziej uczestniczą w planowaniu leczenia. W razie potrzeby zaproś tłumacza na konsultację. Sprawdź, na ile dokładnie i w pełni tłumacz przekazał, a pacjent zrozumiał informacje.
Powiązaj wyjaśnienia z sytuacją pacjenta	→	Sprawdź kontekst kulturowy/umiejętności językowe przed przekazaniem informacji. Sprawdź, czy uwzględniono problemy i obawy pacjenta.
Sprawdź, czy pacjent wszystko zrozumiał	→	Sprawdzanie zrozumienia jest szczególnie ważne w przypadku problemów językowych, nawet w obecności tłumacza. Należy to robić nie rzadziej niż co 1,5 minuty. Zaproponuj realistyczne opcje wyboru, uwzględniając sytuację i historię pacjenta.
Uzgodnij plan dla wszystkich stron	→	Dla pacjenta, który nie jest przyzwyczajony do partnerskich relacji z lekarzem, może to być dziwne i trudne.

Przykłady precyzyjnych sformułowań, które pomogą lekarzowi rozpoznać i docenić różnice kulturowe, unikając stereotypów i nieuzasadnionych przypuszczeń

Jak to wszystko wpływa na Pani życie i życie Pani bliskich?

Opowiedz trochę o sobie i swojej rodzinie. Gdzie mieszkasz? Kto mieszka z tobą? Gdzie jest twój dom rodzinny? Kim są twoi rodzice? Czy jesteś osobą wierzącą?

Wiem, że przyczyną niepłodności są często problemy rodzinne. Czy coś takiego ma miejsce w Twoim przypadku?

Czasami tradycje rodzinne i religijne mają duży wpływ na rozmowy o problemach ginekologicznych. Na przykład katolicy mają surowe podejście do kwestii antykoncepcji. Czy coś takiego wpływa na Twoje myślenie o Twoim problemie?

Wcześniej wspomniała Pani, że pochodzi z Afganistanu. Nie wiem nic o kulturze afgańskiej. Czy na przykład u Pani zwyczajowo podaje się lekarzowi rękę? Jak się u Pani zwykle wita?

Rozumiem, jak bardzo przeszkadza Państwu to, że nie rozumiem Państwa tak dobrze, jak byście tego chcieli. Być może z tłumaczem będzie nam łatwiej?

Chciałbym wiedzieć, jakiego rodzaju leczenia oczekiwaliście lub mieliście nadzieję otrzymać. Z tego, co wiem o chińskiej kulturze, może to być coś zupełnie innego niż to, co możemy zaoferować. Jeśli tak właśnie jest, chcę wam pomóc.

Mówi Pan, że boli Pana całe ciało. Czy ma Pan jakieś przypuszczenia, dlaczego tak jest?

Inne przydatne wskazówki

Jeśli nie znasz pacjenta ani jego rodziny i nie wiesz, czy podać mu rękę:

zwracaj uwagę na reakcję

przeprosić, jeśli pacjent wygląda na urażonego (nie chciałeś nikogo urazić)

zbuduj relację w inny sposób, na przykład zapytaj, jakie powitanie z Twojej strony byłoby najbardziej odpowiednie.

Jeśli zamierzasz zadać delikatne pytanie, poproś o zgodę:

Czy mogę o to zapytać? Nie masz nic

przeciwko?

Zapytaj, w czym możesz pomóc:

Czy mogę w tym pomóc?

Wyjaśnij, dlaczego:

To może być dla Pana/Pani trudne. Ale oto dlaczego muszę Pana/Panią o to zapytać/to zrobić…

Ludzie mają czasem swoje powody, a zrozumienie punktu widzenia pacjenta jest zawsze przydatne.

Wiem, że kobiety czasami wolą, aby badała je również kobieta. Czy jest to dla Pani ważne?

Zasady postępowania z pacjentem należącym do innej grupy etniczno-kulturowej lub religijnej zostały przedstawione w protokole BALANCE

Tab. 10

Protokół BALANCE

	Kategoria		Należy ustalić
B	Przekonania i wartości	Przekonania i wartości	Przekonania wpływające na postrzeganie choroby
A	Otoczenie	Otoczenie	Warunki życia i typ rodziny
L	Język i kompetencje zdrowotne	Język i kompetencje zdrowotne	Rola tłumaczy, dokładność tłumaczenia, znaczenia metaforyczne
A	Przynależność	Przynależność społeczna	Aktywność społeczna, wartości religijne i duchowe
N	Sieć	Sieć/kontakty	Wsparcie społeczne
C	Wyzwania	Zagrożenia/wyzwania	Szkodliwości związane z życiem codziennym i pracą
E	Ekonomia	Ekonomia	Sytuacja społeczno-ekonomiczna rodziny i społeczności

Komunikacja z pacjentami w podeszłym wieku

Komunikacja z pacjentami w podeszłym wieku wymaga osobnego omówienia. W ciągu ostatnich 100 lat odsetek osób starszych w populacji stale rośnie na całym świecie. Według obecnych szacunków do 2030 roku osoby powyżej 60. roku życia będą stanowić 35% populacji Zachodu. Oto kilka pytań, które lekarze powinni zadawać sobie i swoim starszym pacjentom:

Jakie konkretne problemy psychologiczne i fizyczne związane są u danej osoby ze starzeniem się?

Czy utrata słuchu lub problemy neurologiczne pacjenta wpłynęły na jego zdolność do komunikacji? Jeśli tak, to co należy zrobić inaczej?

Co dla tej osoby oznacza choroba lub zbliżająca się śmierć?

Jeśli pacjent zgłosił się z objawami złego samopoczucia, czy nie wskazuje to, że wcale nie potrzebuje innej pomocy? Czy nie cierpi na depresję? Czy nie jest samotny? Czy nie boi się niepełnosprawności i utraty niezależności? Czy nie boi się śmierci?

Co wiem o świecie tej osoby, o tym, co działo się w jej życiu?

Czy istnieją jakieś ograniczenia dotyczące interwencji medycznej i leczenia, o których powinienem pamiętać, podejmując dalsze działania?

Czego ta osoba oczekuje ode mnie jako od lekarza?

Czy tej osobie pomagają bliscy lub przyjaciele? Czy powinni i czy chcą oni uczestniczyć w udzielaniu pomocy, a jeśli tak, to w jaki sposób ich zaangażować?

Czy pacjenta obserwują inni lekarze i placówki? Czy pojawia się tu kwestia ciągłości opieki medycznej?

Podstawowa zasada – traktowanie ludzi przede wszystkim jako osobowości, a nie jako „osób starszych” – ma tutaj taką samą moc, jak w pracy z pacjentami z różnych kultur.

Tabela 11.
Kluczowe kompetencje w pracy z osobami starszymi

Umiejętności z „Wytycznych z Calgary-Cambridge”	Wykorzystanie tych umiejętności jest głębsze, bardziej ukierunkowane i intensywne
Początek	
Nawiąż kontakt	→ Szczególną uwagę należy poświęcić osobom słabym, słabo słyszącym lub słabo widzącym. Wielu pacjentów w podeszłym wieku przychodzi do lekarza z krewnymi lub opiekunami, a wtedy należy nawiązać kontakt ze wszystkimi obecnymi.
Wstępna selekcja	→ Lekarz powinien pamiętać, że badanie przesiewowe i ustalanie priorytetów podczas pracy z pacjentami w podeszłym wieku są szczególnie ważne, ponieważ z biegiem czasu u takich osób może nagromadzić się wiele problemów. Należy pamiętać, że: charakter i liczba problemów niekoniecznie wskazują na to czy inne funkcjonowanie organizmu nie wszystkie problemy są aktualne w danej chwili nie wszystkie problemy wymagają pomocy nie wszystkie problemy są dla pacjenta priorytetowe
Słuchaj uważnie	→ Ocena stanu emocjonalnego pacjenta od samego początku i przez cały czas trwania konsultacji ma ogromne znaczenie w pracy z pacjentami w podeszłym wieku. U osób tych bardzo często występują stany lękowe i depresja, które mogą nie być wyraźnie widoczne.
Zbieranie informacji	
Zadawaj pytania doprecyzowujące Zadawaj pytania, podając ramy czasowe (od… do...) Podsumuj	→ Podczas konsultacji z pacjentami w podeszłym wieku lekarz często musi wysłuchiwać zagmatwanej opowieści zawierającej dużą ilość danych, które się wymykają, i tutaj umiejętności wyjaśniania perspektywy czasowej, podsumowywania i sprawdzania wszystkich założeń stają się bardzo ważne. Na przykład przydatne będzie jednoznaczne poproszenie pacjenta o opowiedzenie o jego/jej problemie od momentu jego pierwszego pojawienia się do chwili obecnej lub w określonym czasie.
Wychwytuj sygnały	→ Pacjent może chcieć, ale wstydzić się poruszać takie problemy jak nietrzymanie moczu, przepuklina pachwinowa lub zgrubienie w piersi, dlatego szczególnie ważne jest wychwytywanie i weryfikowanie sygnałów niewerbalnych i werbalnych oraz reagowanie na nie.

Umiejętności z „Podręczników z Calgary i Cambridge”		Wykorzystanie tych umiejętności jest bardziej dogłębne, ukierunkowane i intensywne
Gromadzenie informacji		
Proszę używać języka odpowiedniego do sytuacji	→	Jeśli pacjent jest zdezorientowany, zaniepokojony, zasmucony , słabo słyszy lub słabo mówi, Twoja mowa powinna być szczególnie wyrazista i jasna. Zacznij od sprawdzenia przypuszczeń dotyczących tego, co może powodować trudności w komunikacji. Być może przyczyną jest ból lub leki? Czy problemem nie jest żargon? A może to, jak mówisz? Jeśli pacjent ma dyzartrię lub jest głuchy, sprawdź, czy rozumie. Dowiedz się, czy nie będzie mu łatwiej komunikować się na piśmie. Sprawdź, czy używa aparatu słuchowego, a jeśli tak, to czy ma go przy sobie i czy działa. Należy zachęcać pacjenta do zadawania pytań. Według badań Afroamerykanie w USA rzadziej zadają pytania onkologom i rzadziej przyprowadzają ze sobą osoby towarzyszące.
Ustal, jakie jest nastawienie pacjenta	→	W tym przypadku postawa pacjenta ma ogromne znaczenie. Wpływ choroby na życie pacjenta często determinuje jego oczekiwania lub nastawienie do leczenia i zasługuje na najwyższą uwagę.
Budowanie relacji		
Pokaż odpowiednie zachowanie niewerbalne	→	Cierpliwość i czynnik czasu: niezwykle ważne jest, aby pracować w tym samym tempie co pacjent.
Okaż wrażliwość, empatię, akceptację i wsparcie	→	Pacjenci w podeszłym wieku oraz bliskie im osoby mogą potrzebować zarówno wsparcia emocjonalnego, jak i praktycznego. Postaraj się uwzględnić trudną sytuację pacjenta, pomoże ci to zrozumieć jego/jej zachowanie, które na pierwszy rzut oka może wydawać się niezręczne lub niezwykłe. Reakcja na takie problemy, jak nietrzymanie moczu, powinna być pełna współczucia. Zaproponuj praktyczną pomoc.
Struktura konsultacji		
Podsumuj Sygnalizuj	→	Wykorzystanie tych dwóch umiejętności razem może być szczególnie przydatne w przypadku pacjentów w podeszłym wieku, zwłaszcza tych, którzy mają problemy ze słuchem i cierpią na utratę pamięci. Pacjenci w podeszłym wieku mogą gubić wątek swojej wypowiedzi i potrzebują pomoc w jej uporządkowaniu. Dlatego podsumowanie i sygnalizowanie są przydatne zarówno dla lekarza, jak i dla pacjenta. Uporządkowanie konsultacji pozwala lekarzowi potwierdzić pytania i plany nie tylko z pacjentem, ale także z osobami, które się nim opiekują. Test pamięci może być przydatnym narzędziem w pracy z pacjentami w podeszłym wieku. Decyzja o jego przeprowadzeniu musi być dokładnie uzasadniona, aby nie wywołać u pacjenta zakłopotania lub gniewu.

Umiejętności z „Podręczników z Calgary i Cambridge”		Wykorzystanie tych umiejętności jest bardziej dogłębne, ukierunkowane i intensywne
Wyjaśnienia i planowanie		
Dozuj i sprawdzaj	→	Dozuj to, co mówisz i sprawdzaj, czy pacjent cię rozumie i czy Ty rozumiesz pacjenta, używając zrozumiałego języka bez żargonu. Bardzo ważna jest tu postawa pacjenta. Wpływ choroby na życie pacjenta często determinuje jego oczekiwania lub przychylność wobec leczenia i zasługuje na najwyższą uwagę.
Korzystaj z diagramów	→	Wykorzystanie diagramów i pisemnych instrukcji, zwłaszcza dotyczących leków, pomoże pacjentom z zaburzeniami pamięci oraz osobom, które się nimi opiekują.

Lekarze powinni stosować umiejętności konsultacji trójstronnej we wszystkich przypadkach obecności krewnego lub przyjaciela pacjenta, zwłaszcza w przypadku osób w podeszłym wieku, osłabionych psychicznie i fizycznie. Zarówno pacjenta, jak i jego opiekuna należy wysłuchać z empatią. Ich opinie na temat stanu pacjenta mogą się znacznie różnić. Należy zadawać pytania obojgu, przekazywać informacje i dawać możliwość zadawania pytań, a plan leczenia należy uzgodnić z obojgiem. Jednak mimo że osoba towarzysząca może dostarczyć przydatnych informacji, nie zmienia to faktu, że głównym przedmiotem troski lekarza pozostaje pacjent.

Komunikacja z dziećmi i ich rodzicami

Podczas rozmowy z dziećmi należy pamiętać, że to dziecko jest pacjentem, jednak kluczową rolę odgrywają również rodzice. Są to konsultacje trójstronne, podczas których lekarz musi komunikować się zarówno z rodzicami, jak i z dziećmi, co wymaga szczególnego wysiłku, ponieważ wszyscy uczestnicy nieuchronnie będą potrzebowali indywidualnej uwagi. Ważne jest, aby konsultację pediatryczną rozpocząć od zwrócenia się do dziecka, a nie skupiać całą swoją uwagę na rodzicach. Zapytaj dziecko, czy chce opowiedzieć o tym samo, czy woli, aby zrobili to rodzice. Dzieci często mają własne prośby. Uwzględnienie ich zwiększy zaangażowanie dziecka w leczenie.

Wiele problemów pediatrycznych jest nieistotnych, ale może wywoływać u rodziców silny niepokój. Wszyscy rodzice bardzo przeżywają poważne choroby dziecka.

Nic dziwnego, że we wszystkich przypadkach zadowolenie rodziców w dużym stopniu zależy od tego, czy podczas konsultacji ich obawy zostaną w odpowiednim czasie uwzględnione.

Rodzice podczas konsultacji mają skłonność do przerywania dzieciom. Mogą nie zgadzać się z dziećmi w kwestii problemu lub obawiać się, że pozwalając dzieciom mówić, rzekomo tylko marnują czas lekarza, albo też dążą do precyzyjnego przekazania lekarzowi swoich poglądów na to, co się dzieje. W przypadku rozbieżności bardzo przydatne jest wychwytywanie sygnałów z obu stron – zarówno od rodziców, jak i od dziecka-pacjenta, zwłaszcza jeśli problem ma charakter psychologiczny lub behawioralny, gdy masz do czynienia z nastolatkiem. Być może będziesz musiał poświęcić czas na osobną rozmowę z nastolatkiem i z jego rodzicami. Nastolatka nie można spychać na dalszy plan. Uznanie wartości dzieci w różnym wieku i szacunek dla ich poglądów z większym prawdopodobieństwem przyczyni się do pomyślnego budowania relacji między Państwem a Państwa młodymi pacjentami.

Dzieci w różnym wieku wiążą się z różnymi wyzwaniami podczas wizyty u pediatry. Konsultacje z niemowlętami są w pewnym sensie najłatwiejsze, ponieważ rozmowy toczą się wyłącznie z rodzicami. Praca z bardzo małymi dziećmi wymaga szczególnych umiejętności, ponieważ naturalnie boją się one nowych sytuacji i obcych osób. Starsze dzieci przed okresem dojrzewania bywają bardzo zamknięte w sobie i nieśmiałe, a nastolatki – tym bardziej. Bardzo ważne jest, aby nie traktować ich z góry, a wręcz przeciwnie – stwarzać warunki do ich pełnego udziału w etapach zbierania informacji i planowania.

Tabela 12

KCM w pracy z dziećmi i ich rodzicami

Umiejętności z „Przewodników z Calgary-Cambridge”		Wykorzystanie tych umiejętności jest głębsze, bardziej ukierunkowane i intensywne
Początek		
Przygotuj się	→	Stwórz środowisko odpowiednie dla dziecka i jego rodziców, w tym zabawki i książki dostosowane do wieku. Zwróć uwagę na to, jak rozmieścić wszystkich.
Nawiąż kontakt	→	Powitaj wszystkich dorosłych i dzieci oraz ustal, kto z kim jest spokrewniony, z pomocą dziecka, jeśli pozwala na to jego wiek. Zainteresuj dziecko poprzez zabawę, swobodną rozmowę lub nawiązanie kontaktu z rodzicami. Od samego początku oceń, na ile dziecko czuje się z Tobą komfortowo, i wybierz odpowiednie podejście. Dbaj o to, aby dziecko i dorośli czuli się komfortowo.
Określ powód wizyty	→	Jeśli to możliwe, uzgodnij z dzieckiem, kto będzie opowiadał, a inni będą uzupełniać. Kto zacznie: dziecko czy rodzice?

Umiejętności z „Przewodników z Calgary-Cambridge”	Wykorzystanie tych umiejętności jest głębsze, bardziej ukierunkowane i intensywne
Zbieranie informacji	
Słuchaj, pomagaj w rozmowie, zadawaj otwarte i zamknięte pytania dotyczące sytuacji →	Kiedy dzieci są małe, zbieraj informacje podczas zabawy. Wytrwale proś dziecko i dorosłych, aby opowiedzieli o problemach własnymi słowami. Stosuj pytania otwarte i zamknięte, uwzględniając wiek dziecka. Pytania zamknięte z podanymi wariantami odpowiedzi sprawdzają się dobrze w przypadku małych dzieci. W przypadku starszych dzieci – odpowiedź w formie opowiadania.
Zrozumcie punkt widzenia dziecka i rodziców →	Sprawdzaj i potwierdzaj zrozumienie idei (poglądy na temat przyczyn choroby mogą się różnić u rodziców i dzieci). W razie potrzeby określajcie stanowiska zarówno rodziców, jak i dzieci.
Ustal podstawowe informacje →	Zachęcaj dziecko do wyrażania uczuć. Rodzice potrafią czasem wyjaśnić uczucia małego dziecka, ale daj mu możliwość samodzielnego ich wyjaśnienia. Podstawowe informacje: historia ciąży i porodu szczepienia i wywiad dotyczący chorób dziecięcych historia wzrostu i rozwoju wywiad farmakologiczny i alergologiczny wywiad rodzinny i społeczny
Strukturyzacja	
Podsumowuj na bieżąco i sygnalizuj	Stosuj tę umiejętność często, zwłaszcza podczas przenoszenia uwagi z dziecka na rodziców i z powrotem: „Davide, mama właśnie mi powiedziała, że boli cię brzuszek i uważa, że to… A teraz chciałabym usłyszeć od ciebie… Powiedz, gdzie dokładnie boli? Możesz pokazać?”
Badanie lekarskie	
Stwórz odpowiednie warunki do badania	Ogólne badanie dzieci w młodszym wieku: wybierz pozycję dla dziecka: na kolanach rodziców, na leżance, podczas zabawy zacznij od najmniej inwazyjnych metod wspomagaj badanie zabawą wykorzystaj dogodne momenty Ogólne badanie dzieci w starszym wieku: bądź przygotowany na to, że mogą się wstydzić i domagać się prywatności zapytaj dziecko, kogo należy zaprosić do obecności podczas badania

Umiejętności z „Podręczników z Calgary i Cambridge”	Wykorzystanie tych umiejętności jest bardziej dogłębne, ukierunkowane i intensywne
Budowanie relacji	
Kontynuuj budowanie relacji →	Kontynuuj budowanie relacji z dziećmi i rodzicami, biorąc pod uwagę okoliczności. Dzieci lubią i cenią sobie radość, towarzyskie żarty w połączeniu z życzliwością.
Dziel się swoimi przemyśleniami →	Dziel się swoimi przemyśleniami z rodzicami. Nie zawsze jest to łatwe, ale jednocześnie pomoże to utrzymać dobre samopoczucie dziecka. Starsze dzieci często czują się skrępowane nadmiernym kontaktem wzrokowym. Jeśli nieco zmniejszysz swoją koncentrację na nastolatku i poprosisz go/ją na przykład o pomoc w narysowaniu drzewa genealogicznego, łatwiej będzie mu/jej mówić swobodniej.
Wyjaśnienia i planowanie	
Przekazuj potrzebne informacje w odpowiednim zakresie →	Przekazuj potrzebne informacje w taki sposób i w takim zakresie, aby były zrozumiałe zarówno dla dziecka, jak i dla rodziców.
Bierz pod uwagę stanowisko pacjenta →	W przypadku małego dziecka wygodnym rozwiązaniem może być przekazanie wyjaśnień w Państwa imieniu przez rodziców.
Angażuj pacjenta w podejmowanie decyzji →	Przekazując informacje, uwzględnij punkt widzenia zarówno rodziców, jak i dziecka. W miarę możliwości angażuj w podejmowanie decyzji zarówno rodziców, jak i dziecko.
Zakończenie wizyty	
Zabezpiecz się	Zabezpieczenie jest bardzo ważne dla osiągnięcia zadowolenia rodziców i zapewnienia dokładnego zrozumienia. Chodzi o opracowanie planu awaryjnego i wyjaśnienie pacjentowi, co ma robić, jeśli coś pójdzie nie zgodnie z planem, co mogą oznaczać te czy inne zmiany w jego stanie, oraz o przekazanie informacji o sposobie kontaktu z Tobą. Wszystko to zapewnia solidne zabezpieczenie, które jest najważniejszym krokiem przed zakończeniem konsultacji.

Pamiętaj: dopóki dziecko nie ukończy 14 lat, decyzje dotyczące pomocy medycznej podejmują jego przedstawiciele prawni, a po ukończeniu 14 lat wystarczy zgoda samego nieletniego pacjenta.

Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi

W pracy z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi istotne są podstawowe umiejętności gromadzenia informacji, a zwłaszcza dokładnego zbierania wywiadu i budowania relacji. Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi często potrzebują ciszy, aby zrozumieć, co się z nimi dzieje. Z drugiej strony milczenie może być odczuwane jako presja, zwłaszcza gdy pacjent cierpi na schorzenia somatyczne.

Depresja to często występujące zaburzenie psychiczne. W praktyce medycznej łatwo ją przeoczyć. Dokładność diagnozy zależy tutaj od umiejętności lekarza. Należy zwrócić szczególną uwagę na umiejętności procesowe: nie tylko po to, aby ułatwić pacjentowi opowiadanie i ustalić jego stanowisko, ale także po to, aby wyjaśnić najważniejszy element danej konsultacji – jak głęboka jest depresja pacjenta i czy jest on podatny na myśli samobójcze.

Tab. 13

KCM w pracy z osobami z zaburzeniami depresyjnymi

Umiejętności z „Wytycznych z Calgary-Cambridge”	**Wykorzystanie tych umiejętności jest bardziej dogłębne, ukierunkowane i intensywne**
Początek	
Nawiąż kontakt objawy →	Niezwykle ważne jest, w jaki sposób nawiązać kontakt z pacjentem wykazującym wyraźne depresji. Bardzo ważne jest, aby podczas nawiązywania pierwszego kontaktu dostosować się do tempa i nastroju pacjenta, wychwycić sygnały werbalne i niewerbalne sygnały oraz reagować na nie, obserwować wyraz twarzy, ton i tempo wypowiedzi pacjenta oraz je odzwierciedlać.
Zbieranie informacji	
Słuchaj, pomagaj w wyrażaniu myśli. Oceniaj stan emocjonalny pacjenta	Wysłuchaj początkowych słów pacjenta, nie przerywając mu i okazując empatię. Kontynuuj wychwytywanie sygnałów werbalnych i niewerbalnych oraz reaguj na nie.
Zadawaj pytania otwarte i zamknięte w zależności od sytuacji	Skieruj pacjenta do otwartego pytania o jego/jej uczucia: często prowadzi to do szybkiego wyjaśnienia istoty problemu. Możliwość otwartego wyrażenia swoich uczuć przez pacjenta może doprowadzić do katharsis, choć kwestią kluczową jest właściwy wybór momentu na przejście do pytań bezpośrednich. Pytania bezpośrednie mają na celu umożliwienie pacjentowi opowiedzenia więcej oraz poczucie, że jest w stanie kierować sytuacją. Pytania bezpośrednie – dlaczego pacjent podejrzewa u siebie depresję, jakie są jego główne obawy i zmartwienia, co wpływa na jego życie i pracę, czego oczekuje od lekarza i na co ma nadzieję – są niezwykle ważne.

Umiejętności z „Wytycznych z Calgary-Cambridge”		Wykorzystanie tych umiejętności jest bardziej dogłębne, ukierunkowane i intensywne
Zbieranie informacji		
Wyjaśnij	→	Powtórzenia, parafrazowanie, pauzy – wszystko to pomaga „otworzyć” pacjenta, który czuje się bezwartościowy, winny, zniechęcony.
Ustal stanowisko pacjenta	→	Bezpośrednie pytania: dlaczego pacjent podejrzewa u siebie depresję, jakie są jego główne obawy i zmartwienia, co wpływa na jego życie i pracę, czego oczekuje od lekarza i na co liczy – pomogą wyjaśnić relację pacjenta i ułatwią ocenę ryzyka.
Budowanie relacji		
Okaż empatię		Ważne jest, aby umieć okazywać empatię. Pacjenci szybko wyczuwają po tonie głosu, jeśli nie odpowiada on słowom: „Skąd możesz wiedzieć, co czuję?”.
Okaż akceptację	→	Reakcja na łzy pacjenta powinna łączyć wsparcie poprzez mowę ciała (w tym dotyk), milczenie, empatię oraz umiejętność wyboru momentu, w którym należy przejść dalej.
Okaż wsparcie	→	Przyjmuj słowa i uczucia pacjenta bez moralnej oceny. Unikaj przedwczesnego pocieszania: „Jestem pewien, że wkrótce poczujesz się lepiej”. Dowiedz się, jakie środki wsparcia ma już pacjent, i zaproponuj mu swoją pomoc oraz, jeśli to możliwe, dalszą opiekę.

Oto kilka przykładów konkretnych zwrotów służących rozpoznaniu stanów depresyjnych i/lub ryzyka samobójczego:

– Próbuję zrozumieć, jak bardzo jest Pan przygnębiony. Czy ma Pan siłę, aby mi o tym opowiedzieć?

– Wygląda Pan dzisiaj na przygnębionego. Czy zechciałby Pan opowiedzieć mi, jak się Pan czuje?

– Mówiłeś, że w tej sytuacji odczuwasz beznadziejność i poczucie winy. Jak myślisz, czy możemy jakoś pomóc?

– Pyta Pan, czy może cierpieć na depresję. Proszę pozwolić mi zadać kilka konkretnych pytań dotyczących Pana nastroju, zdolności koncentracji, apetytu i snu. Pomoże nam to to rozgryźć.

– Czy kiedykolwiek czujesz, że jednak jest światełko w tunelu?

– Mówiłeś, że masz kłopoty ze snem. Co dzieje się w Twojej głowie, kiedy przewracasz się z boku na bok w łóżku?

– Niektórzy ludzie, gdy cierpią na depresję, czują, że nie mogą już tak dalej żyć. Czy ma Pan/Pani takie myśli? Czy chciałby Pan/Pani z tym wszystkim skończyć? Czy snuł Pan/Pani jakieś plany?

– Wczoraj wieczorem zażyłeś krytycznie wysoką dawkę paracetamolu. Co o tym sądzisz? Cieszysz się, czy jesteś smutny, że to nie zadziałało?

Komunikacja z pacjentami cierpiącymi na majaczenia i halucynacje wiąże się ze szczególnymi trudnościami. Taki pacjent jest w pewnym sensie oderwany od rzeczywistości. Może to być ostra faza choroby, w której pacjent wypowiada bezsensowne zdania, zachowuje się podejrzliwie, a czasem nawet „agresywnie", i ma słabą świadomość swojego stanu. Nie tylko nie jest on/ona w stanie normalnie funkcjonować, ale często traci również umiejętności komunikacyjne. Taki pacjent jest zazwyczaj przerażony i nieufny. W rzeczywistości nawiązanie z nimi relacji bywa po prostu niemożliwe, a każda próba zbliżenia się może zostać błędnie zinterpretowana i odebrana jako zagrożenie. Z drugiej strony osoby chore psychicznie bardzo cenią sobie, gdy ktoś je rozumie.

Początek konsultacji z osobą chorą psychicznie ma szczególne znaczenie: jeśli w ciągu minuty lub dwóch nie uda się nawiązać wzajemnego zaufania i kontaktu, wkrótce doprowadzi to do konfliktu i trudności. Proces konsultacji mogą jeszcze bardziej utrudniać zaniepokojeni, a czasem nawet rozgniewani krewni i przyjaciele pacjenta.

Zaangażowanie pacjenta we wspólną pracę bywa bardzo trudne, gdy nie zdaje sobie on sprawy ze swojej choroby lub gdy zgłasza się do lekarza pod presją rodziny lub z przymusu wynikającego z przepisów prawa. Uzgodnienie leczenia z pacjentem cierpiącym na chorobę psychiczną jest trudne, a czasem wręcz niemożliwe, zwłaszcza gdy mowa jest na przykład o przymusowej hospitalizacji. Wyzwaniem dla lekarza jest konieczność pokonania tych przeszkód i jednoczesnego zebrania informacji (najczęściej dzięki różnego rodzaju aluzjom) o obecności i nasileniu zaburzeń psychicznych. Zbieranie informacji w sposób empatyczny, zwłaszcza gdy sam lekarz jest zaniepokojony, wymaga profesjonalnego opanowania umiejętności komunikacyjnych. Nie należy lekceważyć wpływu niepokoju, strachu i dyskomfortu zarówno na lekarza, jak i na pacjenta.

Pierwsza konsultacja z pacjentem i jego bliskimi, gdy istnieje prawdopodobieństwo poważnego zaburzenia psychicznego, przypomina sytuację, w której otrzymuje się złe wieści, i najprawdopodobniej pacjent zapamięta ją na całe życie. Niezwykle ważne jest, aby taka konsultacja była skuteczna, aby obawy zostały wyrażone, aby nie doszło do stygmatyzacji osoby (negatywnych skojarzeń z czymś haniebnym, nieprestiżowym, odrażającym, co prowadzi do dodatkowego obciążenia dla osoby dotkniętej chorobą, a niektóre piętna – do wykluczenia społecznego i dyskryminacji). Wszystko to pomoże przygotować grunt pod przyszłe konsultacje i badania.

Tab. 14

KKM w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi

Umiejętności z „Podręczników z Calgary i Cambridge”	Wykorzystanie tych umiejętności jest bardziej dogłębne, ukierunkowane i intensywne
Wprowadzenie	
Przygotuj się	→ Niezwykle ważne jest, aby przed rozpoczęciem konsultacji zebrać informacje z dokumentacji oraz od osób, które już znają pacjenta. Musisz nie tylko dowiedzieć się jak najwięcej o wywiadzie pacjenta, ale także ocenić ryzyko dla siebie i otoczenia. Pacjent może być niebezpieczny.
Zapoznaj się	→ Przedstaw się jako psychiatra lub lekarz innej specjalności i wyjaśnij, dlaczego tu jesteś. Może to być trudne: pacjent mógł wcale nie chcieć przyjść na wizytę. Z jednej strony konieczne jest jasne wyjaśnienie, kim jest ten lekarz i dlaczego poproszono go o przyjęcie tego pacjenta. Z drugiej strony, jeśli u pacjenta podejrzewa się zaburzenia psychiczne, pełne wyjaśnienie Państwa roli jako psychiatry może wywołać nieufność i zakłócić kontakt już na samym początku. Proszę ocenić ryzyko „burzliwego” zachowania i odpowiednio się przygotuj.

Umiejętności z „Wytycznych z Calgary-Cambridge”		Wykorzystanie tych umiejętności jest głębsze, bardziej ukierunkowane i intensywne
Zbieranie informacji		
Słuchaj, pomagaj w wyrażaniu się, oceniaj stan emocjonalny pacjenta	→	Wysłuchaj opowieści pacjenta o jego problemach, nie pytając bezpośrednio o zaburzenia myślenia. Wychwytywanie niewerbalnych sygnałów pacjenta oraz ostrożne i precyzyjne pytania o jego samopoczucie mogą dostarczyć ci informacji nie tylko o jego kłopotach (na przykład o tym, jak dokuczają mu sąsiedzi), ale także o tym, na ile jest podejrzliwy i ma skłonności do paranoi. Może to również pomóc w ocenie stopnia jego urojeń i halucynacji. W nawiązaniu kontaktu pomoże skupienie się najpierw na zewnętrznych problemach pacjenta (wpływających na jego życie), a nie na tych wewnętrznych. Wyjaśnienie obaw i niepokojów pacjenta (na początku zgadzaj się z jego światopoglądem i problemami, nie zagłębiając się zbyt wcześnie w domniemaną patologię) pomoże nawiązać kontakt. Pacjent może nie uważać się za chorego, a lekarz powinien odzwierciedlać jego doświadczenia, dążąc do wspólnego zrozumienia stanowiska pacjenta na temat tego, jak te doświadczenia wpływają na jego życie.
Ustal stanowisko pacjenta	→	Ustal przekonania pacjenta. Uznaj je, nie idąc za nim „na smyczy”, to trudna sztuka.
Przechodź między pytaniami otwartymi a zamkniętymi	→	Elastyczność w stosowaniu „leja pytań” od otwartych do zamkniętych ma zasadnicze znaczenie. Zbyt wczesne wypytywanie lub zbyt ukierunkowane pytania dotyczące zaburzeń psychicznych mogą zwiększyć niepokój pacjenta, wtedy „lej pytań” należy odwrócić.
Wyjaśniaj	→	Jeśli pacjent nie podąża za tobą i nie otwiera się, możesz spróbować innych podejść, na przykład świadomego domysłu, mającego na celu wyjaśnienie sytuacji. Kiedy zdobędziesz zaufanie pacjenta i będzie on gotowy do rozmowy, podążaj za nim, zadawaj nowe pytania wyjaśniające, dostępne i zrozumiałe dla pacjenta.
Wychwytuj sygnały	→	Czasami trzeba wyłapywać sygnały werbalne i niewerbalne. Nie reaguj na nie w sposób oczywisty. Odzwierciedlanie takich sygnałów może wzbudzić podejrzenia pacjenta.
Budowanie relacji		
Wykazuj odpowiednie zachowania niewerbalne		Zachowaj spokój, nie spiesz się. Ważna jest elastyczność w kwestii kontaktu wzrokowego – jego nadmiar może pobudzać pacjenta i nasilać paranoję. Usiądź i siedź nieruchomo. Zachowaj ostrożność w dotyku, może on zostać błędnie zinterpretowany.
Okaż akceptację	→	Staraj się ukrywać zdziwienie, okazuj akceptację bez ocen moralnych.

Umiejętności z „Wytycznych z Calgary-Cambridge”	Wykorzystanie tych umiejętności jest głębsze, bardziej ukierunkowane i intensywne
Budowanie relacji	
Okazuj empatię	→ Uważaj, aby nie okazywać empatii w sposób nieszczery – większości lekarzy trudno jest postawić się w sytuacji pacjenta z zaburzeniami psychicznymi, a pacjenci o tym wiedzą.
Okaż wsparcie	→ Oferuj realistyczną pomoc, nie dając się „prowadzić” pacjentowi.
Struktura konsultacji	
Podsumowujcie na bieżąco. Wyrażajcie swoje zamiary	Dokładnie przekazując pacjentowi podsumowania pośrednie i określając, co dokładnie należy wyjaśnić dalej, lekarz pomaga mu się uspokoić. Strukturyzacja konsultacji za pomocą sygnałów i budowanie sekwencji pomaga pacjentowi, u którego podejrzewa się patologię. Wyrażanie intencji jest ważne, ponieważ pacjent może być rozkojarzony, może błędnie rozumieć, dlaczego zadaje mu się konkretne pytania.
Wyjaśnienia i planowanie	
Wspólne podejmowanie decyzji	Nie jest łatwo powiedzieć pacjentowi prawdę o nieprzyjemnych skutkach ubocznych leku przeciwpsychotycznego, gdy pacjent w ogóle nie chce go przyjmować. Jednak nawiązanie kontaktu i porozumienia z pacjentem, u którego podejrzewa się psychozę, ma zasadnicze znaczenie. Pełna rozmowa, podczas której lekarz dzieli się swoimi przemyśleniami na temat tego, dlaczego pacjent powinien przyjmować lek, może zależeć od tego, w jakim stopniu pacjent jest świadomy swojego stanu. Celem nawiązania kontaktu i rozmowy polega na tym, aby pacjent zaufał lekarzowi i zgodził się przyjmować leki. Jednak osiągnięcie porozumienia i porozumienia może nie być łatwo.

Empatia bez zgody

Bardzo ważne jest, aby nie zaprzeczać pacjentowi. Należy okazać mu współczucie w jego sytuacji, uznać zasadność jego obaw, niekoniecznie zgadzając się z jego interpretacją rzeczywistości.

Lekarz: „Oczywiście rozumiem, jak bardzo musi się Pan/Pani martwić, skoro uważa Pan/Pani, że ktoś chce Pana/Panią otruć”.

Na pytanie „Nie wierzy mi pan/pani?” można odpowiedzieć w ten sposób: „Pyta pan/pani, czy wierzę, że podaje się panu/pani truciznę? Mogę z całą pewnością stwierdzić, że ja panu/pani trucizny nie podaję. Nie mogę jednak z całą pewnością stwierdzić, czy inni panu/pani ją podają. Jestem jednak gotów/gotowa wysłuchać pana/pani i pomóc w każdy możliwy sposób”.

Jak pogodzić wspieranie pacjenta i bronienie jego interesów z wątpliwościami co do jego stanowiska

Lekarz: „Rozumiem, że w tej chwili nie czujesz się chory, ale martwię się o ciebie. Myślę, że potrzebujesz leczenia i jestem gotów ci pomóc”.

Komunikacja z osobami niepełnosprawnymi

W czasie, gdy cały świat i Ukraina pewnie zmierzają w kierunku społeczeństwa integracyjnego, w codziennych rozmowach wciąż można usłyszeć słowo „inwalida”, „inwalida” i „głuchoniemy”. Okres radziecki wyróżniał się tym, że osoby niepełnosprawne należały do stygmatyzowanej grupy społecznej. Krążyło wokół nich mnóstwo stereotypów. Osoby z niepełnosprawnością nie były mile widziane w społeczeństwie. Wręcz przeciwnie, czasami traktowano je z nadmierną litością lub heroizowano, a jednocześnie nie wychodziły one ze swoich domów. W szczególności dlatego, że społeczeństwo nie chciało ich widzieć.

Obiektywnie rzecz biorąc, nie jesteśmy przyzwyczajeni do obecności osób z niepełnosprawnością w naszym otoczeniu, dlatego podczas rozmowy możemy czuć się nieco zagubieni, nie wiedząc, jak się zachować. Pozwólcie, że dam wam małą wskazówkę: traktujcie osobę z niepełnosprawnością tak samo, jak osobę bez niepełnosprawności. Oczywiście należy uwzględniać specyfikę poruszania się lub zachowania, ale w żadnym wypadku nie jest to najważniejsze w waszej komunikacji. Jak poprawnie nazywać osoby z niepełnosprawnością? Osoby z niepełnosprawnością. Mówi o tym Konwencja ONZ o prawach osób z niepełnosprawnością, a także jest to zapisane na poziomie ustawodawczym w Ukrainie.

Jeśli podczas opowiadania o osobie z niepełnosprawnością musisz sprecyzować, jaką dokładnie niepełnosprawność ona ma, mów „osoba, która”. Na przykład osoba, która ma porażenie mózgowe, osoba, która nie słyszy, lub osoba, która korzysta z wózka inwalidzkiego. Na tym polega idea języka zorientowanego na osobę[1], opartego na założeniu, że niepełnosprawność nie jest główną cechą danej osoby.

[1] People First Language, Office of Disability Rights odr.dc.gov/page/people-first-language

Najlepszym sposobem na mówienie o osobie z niepełnosprawnością jest zwracanie się do niej po imieniu. W końcu ani niepełnosprawność wrodzona, ani nabyta nie definiują człowieka jako osoby. Nie stawiajcie niepełnosprawności na pierwszym miejscu. Najważniejsza jest osoba. Kiedy rozmawiasz z osobą z niepełnosprawnością, rozmawiaj z człowiekiem. Jeśli trudno ci nie zwracać uwagi na ograniczenia funkcjonalne, zastanów się, co dokładnie jest dla ciebie niezwykłe.

Osoby z trudną formą niepełnosprawności (paraliż, zaburzenia rozwoju itp.), które nie są w stanie mówić, również mają prawo głosu. Nie podejmujcie żadnych decyzji w imieniu tej osoby bez uprzedniego zapytania jej o zgodę. Zapytajcie, czy potrzebna jest pomoc, zanim zaczniecie pomagać.

Nie chwytaj za rękę osoby niewidomej bez uprzedniego ostrzeżenia i nie zaczynaj jej gdzieś prowadzić, jeśli sama osoba nie poprosi o pomoc. Na przykład ogrodzenie, którego się trzyma, może być dla niej jedynym punktem orientacyjnym w przestrzeni. Nie zaczynaj kierować wózkiem inwalidzkim, jeśli osoba, która z niego korzysta, nie poprosiła o pomoc w poruszaniu się.

Może się wydawać, że osoba z niepełnosprawnością nie poradzi sobie z jakimś zadaniem, ale pamiętaj, że tak właśnie żyje na co dzień (nie tylko wtedy, gdy się z nią spotykasz), a zatem posiada umiejętności niezbędne do przetrwania. Jeśli jednak wyraźnie poprosi o pomoc, pomóż jej.

Zwróć uwagę na otoczenie, w którym się znajdujesz. Uniwersalne projektowanie zakłada zapewnienie bezpiecznej i komfortowej przestrzeni dla wszystkich osób, które się w niej znajdują. Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim poczuje się na przykład bezpieczniej, jeśli będziesz poruszać się po równej drodze. Osobie niewidomej można pomóc dotrzeć pod wskazany adres, jeśli zauważysz, że otoczenie nie jest dostosowane do jej potrzeb. Zastanów się, jakich zwrotów użyć, zanim zaczniesz mówić. Osoby poruszające się na wózku inwalidzkim chodzą na spacer do parku, a nie jeżdżą, więc zapraszając na spacer, nie pomylcie czasowników. W rozmowie z osobami niewidomymi poprawne jest użycie wyrażenia „do zobaczenia”.

Kiedy rozmawiasz z osobą, która nie słyszy i komunikuje się językiem migowym, a w tłumaczeniu pomaga ci tłumacz języka migowego, utrzymuj kontakt wzrokowy bezpośrednio z rozmówcą. Dotyczy to również osób z zaburzeniami rozwoju: mów do rozmówcy, a nie do osoby, która mu towarzyszy. Nie należy zaczynać mówić „dziecięcym głosem”, jakby do małego dziecka – jest to obraźliwe.

Nie naruszaj przestrzeni osobistej. Zasada, która jest oczywista dla większości, z jakiegoś powodu jest łamana podczas komunikacji z osobami niepełnosprawnymi. Nie należy dotykać białej laski, implantów ślimakowych ani wózka inwalidzkiego, ponieważ stanowią one część przestrzeni osobistej. Jeśli jest to konieczne, lepiej poprosić o zgodę. Również wszelkie kontakty fizyczne mogą być nie do przyjęcia dla osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD).

Nie należy współczuć ani heroizować osób z niepełnosprawnością. Heroizacja osób z niepełnosprawnością nie ma żadnego sensu, ponieważ każda osoba ma swój poziom odporności psychicznej i własną granicę życiowych wyzwań, którą jest w stanie wytrzymać. Społeczeństwo, w którym wszyscy jego członkowie są w równym stopniu zaangażowani we wzajemne relacje, można nazwać integracyjnym.

Komunikacja ze społecznością LGBTQ(IA+)

LGBTQ(IA+) – ten akronim jest stale aktualizowany i łączy w sobie różne pojęcia związane z płcią i tożsamością seksualną, wykraczające poza normy heteroseksualne lub cispłciowe. Słowo to powstało z pierwszych liter słów oznaczających Lesbian (lesbijki), Gay (geje), Bisexual (osoby biseksualne), Transgender (osoby transpłciowe), Queer (osoby queer), Intersex (osoby interseksualne), Asexual (osoby aseksualne) i inne.

Przydatne wskazówki dotyczące konsultacji:

Nie zakładaj, że ktoś jest heteroseksualny.

Nie pytaj 40-letniego mężczyzny o jego żonę ani 16-letniej dziewczyny o chłopaków.

Używaj słowa „partner”. „Czy masz partnera?” Następnie możesz zadać dodatkowe pytanie, na przykład: „Czy twój partner to mężczyzna czy kobieta?”.

Możesz też powiedzieć: „Dziękuję, że mi o tym opowiedziałeś. Czy mogę zapytać, czy masz chłopaka lub dziewczynę?”.

Podczas rozmowy używaj jak najdokładniejszych sformułowań:

Zamiast pytać: „Czy uprawialiście bezpieczny seks, kiedy to się stało?”, powiedz: „Czy podczas seksu używaliście prezerwatywy?”.

Nie pytaj: „Czy uprawialiście normalny seks?” – to złe pytanie. Musisz znać szczegóły. Powiedz coś w stylu: „Kiedy mówisz o seksie, masz na myśli seks waginalny, analny, oralny czy ich kombinację?”.

Czasami, w zależności od poziomu zrozumienia danego pacjenta, być może będziesz musiał użyć jeszcze prostszego języka niż zwroty
„seks analny” czy „seks oralny”. W końcu musisz dokładnie wiedzieć, co się działo, żeby ocenić ryzyko medyczne związane z chorobami przenoszonymi drogą płciową, ciążą itp.

Nie okazuj nieadekwatnego zainteresowania tożsamością pacjentów, zadając pytania lub komentując sprawy niezwiązane z problemem, z powodu którego pacjent zwrócił się o pomoc.

Jeśli nie znasz danej kultury seksualnej, nie bój się o tym powiedzieć.

To normalne, że nie znasz w pełni kultury LGBTQ(IA+). To, co naprawdę nie jest w porządku, to potępianie tych osób. Pokaż, że chcesz pomóc:
„Czy mógłbyś mi pomóc lepiej zrozumieć, w jaki sposób mogę ci pomóc?”

Przez **dysforię płciową** należy rozumieć cierpienie psychiczne związane z doświadczeniem własnej tożsamości płciowej pacjenta, które nie odpowiada fenotypowi lub społecznej roli płciowej, zazwyczaj związanej z tym fenotypem. Obecność dystresu może spowodować, że dana osoba poczuje potrzebę zwrócenia się o pomoc medyczną.

Pacjentom często trudno jest zwierzyć się lekarzowi pierwszego kontaktu ze swoimi odczuciami związanymi z dysforią płciową, ponieważ lekarze ci często znają członków rodzin tych pacjentów, albo dlatego, że odczuwają strach, obawiają się wyśmiewania, mają poczucie winy lub wstydu, albo z powodu innych aktualnych czynników społecznych, które powstrzymują ich przed zwróceniem się o pomoc i leczenie. Czynniki te oraz oczekiwania związane z opóźnieniami w uzyskaniu leczenia w systemie opieki zdrowotnej doprowadziły do wzrostu liczby osób stosujących samoleczenie (w szczególności za pomocą preparatów hormonalnych).

Osoby przechodzące transformację płciową lub te, które zaczęły żyć zgodnie z pożądaną rolą płciową odpowiadającą ich tożsamości płciowej, powinny być traktowane zgodnie z imieniem i formą zwrotu grzecznościowego (pan, pani), które uznają za właściwe. Jeśli personel, medyczny lub administracyjny, ma wątpliwości, powinien zapytać te osoby, jak chcą, aby się do nich zwracano. Używając słowa „transseksualista", powinno ono być używane jako przymiotnik, na przykład – osoba transseksualna.

Zapraszamy do obejrzenia filmów „Muzeum Akceptacji 2, Charków. Odcinek 5", „Czy lekarze mają kontakt z osobami LGBT?", „Osoby LGBT w szpitalu" oraz „Obsługa pacjentów LGBT+" (linki do filmów znajdują się na końcu sekcji).

CZĘŚĆ 2. ZADANIA PRAKTYCZNE

Studia przypadków do pracy w małych grupach:

Przypadek 1

Wiktoria zgłosiła się do ginekologa z dolegliwościami bólowymi w dolnej części brzucha. Lekarka zaproponowała jej badanie, aby ustalić przyczynę bólu.

Kiedy Wiktoria rozbierała się i przygotowywała do badania, lekarka zadawała standardowe pytania wyjaśniające. Zapytała między innymi: „Czy prowadzi Pani życie seksualne z mężem?".

Wiktoria odpowiedziała, że ma kontakty seksualne wyłącznie z kobietami. Lekarka stwierdziła, że w takim przypadku odmawia jej badania i udzielenia pomocy.

Przypadek 2

60-letnia kobieta zgłosiła się do szpitala z powodu długotrwałego bólu w nodze, lekarz podczas wizyty wyjaśnił:

„Cóż, to kwestia wieku", jednak pacjentka nalegała na wykonanie badania rentgenowskiego, które wykazało złamanie kości.

Przypadek 3

Do lekarza rodzinnego zgłosił się mężczyzna, który niedawno wyszedł z zakładu karnego. Podczas badania pacjentki lekarz zwrócił uwagę na znaczną liczbę tatuaży i zapytał o ich znaczenie.

Po uzyskaniu szczegółowej odpowiedzi od pacjenta lekarka poprosiła go o zawarcie umowy z innym specjalistą, ponieważ jej zasady moralne nie pozwalają jej leczyć „takiej" osoby.

Przypadek 4

W szpitalu, w którym przebywa na leczeniu pacjent, obowiązują godziny otwarcia kuchni w przedziale od 8:00 do 17:00.

Mustafa jest muzułmaninem, przestrzega ramadanu, to znaczy jetylko przed wschodem i po zachodzie słońca.

Ponadto lekarz prowadzący przepisał (preparaty), które należy przyjmować przed śniadaniem, obiadem i kolacją. Na prośbę pacjenta o zmianę dawkowania leków lekarz odpowiedział: „Wszystkich leczę w ten sposób. To dje sschemat».

Zadanie:

Czy w tym przypadku mamy do czynienia z dyskryminacją? Na

jakiej podstawie? Jak należy postępować w sposób tolerancyjny?

Czy w tym przypadku występują jakieś szczególne cechy konsultacji? Jeśli tak, to jakie?

Odpowiedzi do przypadków

Przypadek 1

- tak, występuje dyskryminacja ze względu na orientację seksualną;
- przeprowadzić konsultację zgodnie z modelem z Calgary-Cambridge;
- o komunikacji podczas konsultacji ze społecznością LGBTQ (IA+) znajduje się w podręczniku (str. 319).

Przypadek 2

- tak, występuje dyskryminacja ze względu na wiek:
- przeprowadzić konsultację zgodnie z modelu z Calgary-Cambridge, pamiętając, że nie wszystkie problemy zdrowotne mogą być związane ze starzeniem się
- o komunikacji podczas konsultacji z pacjentami w podeszłym wieku przedstawiono w tekście (str. 305).

Przypadek 3

- tak, istnieje dyskryminacja ze względu na karalność;
- przeprowadzić konsultacja z z godność z Kalgari modelu cia 'owskiego;
- brak.

Przypadek 4

- tak, występuje dyskryminacja ze względu na przynależność religijną przynależności;
- uwzględniać przekonani i wartości pacjenta (protokół BALANCE);
- w tej sytuacji warto rozważyć zastosowanie leków o przedłużonym działaniu, które można by przyjmować 1 raz dziennie; kwestię organizacji żywienia należy do sfery zarządzania decyzji zarządzania

Pytania do dziennika refleksyjnego:

Czego dowiedziałem się/dowiedziałam się o sobie i swoich poglądach podczas zajęć? Jak mogę to wykorzystać w dalszym życiu i praktyce medycznej?

Prezentacja tematu dostępna pod linkiem:

bit.ly/3dl42ze



Pełna wersja zajęć pod linkiem:

bit.ly/3lvsn3N



ZAMIAST PODSUMOWANIA

ZAMIAST POSŁOWIA

HISTORIA O MAMIE ALLY I ZNACZENIE WYBORU SŁÓW

Mama była bardzo wrażliwa: kiedy któreś z dzieci miało gorączkę, ona też ją miała. Poza tym mama bardzo reagowała na słowa: mogła zachorować z powodu tego, że ktoś powiedział do niej coś złego. Była nieśmiała i bojaźliwa.

W lipcu 2001 roku mama przeszła operację jelita – usunięto jej guz. Nie był to guz złośliwy.

Lato było wtedy suche i upalne. Po szpitalnych korytarzach wiał gorący wiatr.

Kiedy mama ocknęła się po znieczuleniu, weszliśmy z Andriejem do sali intensywnej terapii. Tam też było gorąco. Przez otwarte okna swobodnie wlatywał słaby, suchy wiatr. Na sześciu łóżkach – wysokich jak stoły – w różnych pozycjach leżeli nieruchomo nadzy mężczyźni i kobiety z zabandażowanymi głowami, rękami i nogami, a przez bandaże przeświturywała krew.

Mama też była naga, tylko brzuch zakrywała duża, zakrwawiona serwetka, spod której wystawała rurka. W środku powoli bulgotała mętna ciecz i kapała do słoika pod łóżkiem. Po lewej stronie mamy, w odległości pół metra, leżał z rozpostartymi rękami i nogami otyły mężczyzna około pięćdziesiątki z opaską na czole. Po drugiej stronie jęczał ochrypłym głosem młody mężczyzna z zakrwawioną twarzą.

Nniktniemógłbywymyślićdla mojej nieśmiałej mamy górszychtort,nożpoklasty naga wśród mężczyzn

Pomyślałam, że nikt nie wymyśliłby dla mojej nieśmiałej mamy gorszej tortury niż położenie jej nago wśród mężczyzn. Rozejrzałam się, czym mogłabym zakryć jej nagość, ale nic nie znalazłam.

– Dlaczego ich choć trochę nie zakryjesz? – zapytała lekarza.

– Mają rany. Ale proszę się nie martwić, im to nie przeszkadza. To nie jest miejsce, gdzie ludzie się wstydzą.

Mama odwróciła głowę na mój głos, otworzyła oczy i spojrzała na nas zamglonym wzrokiem. Powiedziała z wyrzutem: „Dlaczego przywieźliście mnie tu tak późno?.. Ale co to już teraz za różnica...” – i odwróciła się. W jej głosie było tyle wyrzutu, rezygnacji, że serce zabiło mi ze strachu: czyżby się poddała? Dlaczego?!

Przypomniałam sobie: kiedy przywieźliśmy ją do szpitala z bólami brzucha, chirurg powiedział przy niej: „Dlaczego przywieźliście ją tak późno?”. Ten sam chirurg, który wiedział o jej guzie, ale wcześniej nie zaproponował operacji. Chirurg nie pomyślał, że chora osoba może się przestraszyć tych słów i stracić nadzieję na ratunek.

Mama poprosiła:

– „Przynieś mi pieluchy”. Pielęgniarka mnie zawstydziła, mówiąc: „Jesteś dorosłą kobietą, a narobiłaś na prześcieradło. Posprzątaj po sobie”.

Lekarz szybko nas wyprowadził, a na korytarzu powiedział, że teraz wszystko zależy od tego, czy jej jelita zaczną pracować, czy będzie mogła je opróżnić.

– Podaliśmy jej silną dawkę środka przeczyszczającego, aby pobudzić pracę jelit. Jest jeszcze w dość dobrym zdrowiu, powinna „wyskoczyć” – powiedział.

Kiedy przyszliśmy następnego dnia, mama była już w śpiączce. Jelita nie zaczęły funkcjonować, ani razu się nie wypróżniła. 26 lipca odeszła. Miała 75 lat i naprawdę cieszyła się dobrym zdrowiem – wszystkie kobiety z jej rodu, które znałam, dożywały 95–98 lat.

Jestem przekonana, że słowa chirurga „dlaczego tak późno” przed operacją i wyrzuty pielęgniarki po niej były decydujące w tej historii. Słowa chirurga („za późno!”) odebrały nadzieję, a z powodu wyrzutów pielęgniarki mama, ze względu na swoją nieśmiałość, po prostu zablokowała jelita, aby, broń Boże, nie „zabrudzić prześcieradła”.

Mamy nadzieję, że ten poradnik pozwoli wam, waszym słuchaczom i pacjentom lepiej się rozumieć. Że wątpliwości, czy to słowa zabiły mamę, nie będą dręczyć córek lub synów waszych pacjentów, a także pacjentów waszych uczniów,

tak jak oni dręczą Allę już od 20 lat. Niech zgromadzone tu wiedza i pomysły staną się dla Państwa oparciem i pozwolą odczuwać mniej stresu, czerpać więcej satysfakcji z wykonywanego zawodu oraz osiągać lepsze wyniki.

Pragniemy i życzymy nam wszystkim, aby opieka zdrowotna stała się bardziej ludzka, a wszyscy jej interesariusze – lekarze, pielęgniarki, kadra zarządzająca i pacjenci – wykazywali więcej empatii wobec siebie nawzajem. Empatię i człowieczeństwo to bowiem solidne pomosty prowadzące do zaufania. A gdy istnieje zaufanie, nie ma się czego obawiać.

Kiedy jest zaufanie, nie ma się czego bać

Alla Tiutiunik







LISTY KONTROLNE DLA PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

LISTY KONTROLNE DLA PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA I PACJENTÓW

Proste działania, które pomogą budować relacje

Po tym wszystkim, czego się nauczyliśmy i co powiedzieliśmy, postanowiliśmy stworzyć listę podsumowującą, co jest dobre, a co nie w relacjach między lekarzem a pacjentem. Zrobiliśmy listę kontrolną dla pracowników służby zdrowia i zauważyliśmy, że pacjenci też powinni lepiej rozumieć, co robić, a czego unikać w relacjach z personelem medycznym. Relacje to zawsze sprawa dwustronna.

Porównaliśmy te listy i stwierdziliśmy, że istnieje wiele wspólnych elementów, które powinny być realizowane przez obie strony. A mianowicie:

Podstawowa uprzejmość – wzajemna. W warunkach niezwykle wysokiego poziomu agresji w społeczeństwie może ona być zbawienna i tworzyć minimum bezpieczeństwa dla rozwoju dalszych relacji.

Komunikacja również jest wzajemna. W końcu wielu błędów lub konfliktów można uniknąć dzięki dobrej komunikacji z obu stron. Dobrze sformułowane pytania, przygotowanie do spotkania i podsumowanie mogą stać się doskonałą wskazówką podczas trudnych rozmów.

Podstawowe zasady etyczne powinny być przestrzegane przez obie strony. Podstawowe standardy etyczne – szacunek dla człowieka, jego granic i emocji – to jedne z pierwszych cegiełek budujących zaufanie. Bez nich konstruktywne relacje są niemożliwe. Ignorowanie zasad zachowania dotyczących granic prowadzi bezpośrednio do głębokich urazów i wrogości, spowodowanych przede wszystkim lekceważeniem tych standardów.

Bezpieczeństwo i higiena – odpowiedzialność za to w dużej mierze spoczywa na obu stronach i ważne jest, aby pracowały one jako jeden zespół, aby zabezpieczyć każdą ze stron przed błędami. Ponieważ cena błędu jest tutaj zbyt wysoka – czasami może kosztować życie.

Podejmowanie decyzji również ma charakter wspólny. Od nich zależy bowiem nie tylko wynik leczenia, ale także jakość życia. Aby właściwie rozdzielić odpowiedzialność za proces leczenia między personel medyczny a pacjentów i upewnić się, że dane rozwiązanie jest odpowiednie właśnie dla tego konkretnego pacjenta, należy nauczyć się budować dialog, a jest to sprawa obopólna. Niektórzy ludzie muszą również nauczyć się podejmować decyzje.

Komunikacja w sytuacjach kryzysowych to największy ból zarówno dla pracowników służby zdrowia, jak i pacjentów. Sytuacje konfliktowe i kryzysowe pochłaniają najwięcej sił i emocji. Niszczą zaufanie i pogłębiają przepaść między obiema stronami, a dla zachowania relacji ukierunkowanych na leczenie i powrót do zdrowia niezwykle ważne jest opanowanie komunikacji antykryzysowej.

Szacunek dla ciała – biorąc pod uwagę bardzo bliski kontakt między lekarzem a pacjentem oraz konieczność dotyku między osobami, które czasami słabo się znają, obie strony muszą wykazać się większą ostrożnością i szacunkiem, świadomością i wrażliwością na aspekty cielesne w relacji pracownik służby zdrowia – pacjent.

Podczas naszych konsultacji z pracownikami służby zdrowia i pacjentami przedstawiciele obu grup zaprzeczyli: „Wymagacie od nas zbyt wiele. Jeśli oni (czyli ci po drugiej stronie – lekarze wobec pacjentów i pacjenci wobec lekarzy) zaczną zachowywać się lepiej, my też pójdziemy im na rękę".

Jednak niezależnie od tego, po której stronie się znajdujemy, możemy wziąć odpowiedzialność za swoje zachowanie, ale nie mamy wpływu na zachowanie innych. Dlatego nasz zespół współautorów szczerze wierzy, że każdy powinien zacząć od siebie. Gdy pracownicy służby zdrowia i pacjenci będą stopniowo włączać punkty z tych list do swoich nawyków, każde spotkanie między nimi stanie się bardziej satysfakcjonujące dla obu stron, a nawet wzbogacające. Krok po kroku te proste zalecenia pozwolą uniknąć wielu nieporozumień i, cegła po cegle, zbudować wspólne zaufanie w sektorze opieki zdrowotnej.

Z tych list, czyli list kontrolnych, można korzystać na różne sposoby. Mogą one służyć jako punkt odniesienia dla przedstawicieli różnych specjalności w ramach różnorodnej praktyki; można je omawiać lub dostosowywać do potrzeb poszczególnych oddziałów lub placówek; można się z nich uczyć i uczyć innych – aby krok po kroku zmieniać kulturę współpracy w placówkach medycznych.

PODSTAWOWA LISTA KONTROLNA GODNOŚCI DLA PRACOWNIKA SŁUŻBY ZDROWIA

Proste rzeczy, które pomogą uniknąć wielu problemów z pacjentami i zbudować wzajemne zaufanie

Typowe sytuacje: dorośli, dzieci, przychodnia, oddział szpitalny, oddział intensywnej terapii. Może mieć zastosowanie we wszystkich sytuacjach.

Podstawowa uprzejmość

Patrz osobie w oczy, gdy jest to możliwe.

Znajdź takie miejsce, aby Twoje oczy były na tej samej wysokości co oczy pacjenta.

Przywitaj się i przedstaw się.

Kiedy to stosowne, uśmiechaj się – uśmiech nigdy nie jest zbędny. Witając się,

wskazuj porę dnia: „Dzień dobry/dzień dobry/dobry wieczór/dobranoc". Zwracaj się

do pacjenta po imieniu (zapomnij o „ciociu", „mamo",
„kobietko", „dzieciaku" i inne nadmiernie poufałe oraz poniżające zwroty).

W pierwszej kolejności zwracaj się bezpośrednio do pacjenta, a w razie potrzeby – do osoby, która mu towarzyszy. Zawsze pukaj do drzwi przed wejściem do sali i pytaj, czy można wejść. Wyłącz dźwięk w telefonie komórkowym.

Jeśli ktoś do Ciebie dzwoni, nie odbieraj połączenia, dopóki jesteś w sali pacjenta lub w jego obecności.

Podstawowe zasady etyki

Okaż szacunek pacjentowi i zainteresowanie problemem, z którym się zwrócił.

Nie omawiaj szczegółów diagnozy ani leczenia w miejscach publicznych i w obecności osób postronnych.

Wszystko, co powiedział pacjent (zarówno pod wpływem leków, jak i bez), powinno pozostać między Państwem a nim/nią.

Zamiast krytykować innych lekarzy, szczegółowo wyjaśnij pacjentowi swoje zalecenia i uzasadnij zmiany w przebiegu leczenia.

Szanuj wybór pacjenta, jeśli zdecydował się on zasięgnąć drugiej lub trzeciej opinii. Co więcej – nie „przyjmuj postawy" i nie kieruj osoby na leczenie do tego lekarza.

Nie należy rozmawiać o innych pacjentach lub lekarzach w obecności pacjenta, nawet jeśli jest on nieprzytomny.

W obecności pacjenta nie należy rozmawiać o nim z innymi osobami w trzeciej osobie, nawet jeśli jest on nieprzytomny. Bez wystarczających podstaw zawodowych nie należy ingerować w sprawy prywatne pacjenta.

Komunikacja

Buduj relacje z człowiekiem. Pacjent w każdym wieku i w każdym stanie – to nie ciało ani zbiór diagnoz, ale prawdziwy, żywy człowiek.

Uporządkuj konsultację.

Zapytaj pacjenta o jego oczekiwania dotyczące leczenia/rehabilitacji. Zadawaj

więcej pytań otwartych.

Bądź gotowy wyjaśnić pacjentowi, po co mu to przepisano, jakiego efektu może się spodziewać i mniej więcej kiedy.

Unikaj niejednoznacznych żartów i żargonu medycznego.

Od czasu do czasu podsumowuj to, co usłyszałeś, a w razie potrzeby zadaj pacjentowi pytania wyjaśniające.

Podejmowanie decyzji

Przekaż pacjentowi wystarczającą ilość informacji, aby mógł podjąć decyzję.

Szanuj wybór pacjenta, jeśli całkowicie lub częściowo odrzuca on/ona Twoje propozycje/zalecenia.

Informuj pacjenta o możliwych zamiennikach/alternatywnych lekach/substancji czynnej (jeśli i kiedy ma to znaczenie) podczas przepisywania leków, na wypadek, gdyby zalecane preparaty nie były dostępne.

Uzgadniaj działania z przedstawicielem pacjenta, jeśli pacjent nie jest w stanie podjąć decyzji.

Ciało

Zawsze informuj pacjenta o tym, co zamierzasz z nim zrobić i dlaczego.

Za każdym razem pytaj pacjenta o zgodę na zabiegi/dotyk ciała.

Podczas wykonywania jakichkolwiek zabiegów intymnych z pacjentem używaj parawanu i zakrywaj jego ciało.

Nie pozostawiaj pacjentów leżących/stojących/siedzących/poruszających się

nago. Nie badaj pacjentów w obecności osób płci przeciwnej.

Należy wspierać pacjenta w samodzielnym wykonywaniu czynności higienicznych w takim zakresie, w jakim jest on w stanie zachować samodzielność. Przede wszystkim chodzi o korzystanie z toalety: o własnych siłach, w pozycji stojącej, siedzącej lub w nocniku – tak długo, jak to możliwe.

Nie proponuj pacjentowi, który potrafi kontrolować procesy wydalania, zakładania pieluchy.

Bezpieczeństwo i higiena

Gdy potrzebne są rękawiczki, należy założyć nową parę i zdjąć ją w obecności pacjenta.

Otwieraj strzykawki, ampułki i inne materiały eksploatacyjne w obecności pacjenta.

Przed zabiegiem, w obecności pacjenta, należy przykryć leżanki, fotele itp. świeżymi prześcieradłami/pieluchami.

Przed poważnymi zabiegami należy ponownie zapytać o imię lub datę urodzenia pacjenta, aby uniknąć pomyłek.

Środki antykryzysowe

Dbaj o siebie, swoje nerwy i nerwy swoich pacjentów. Zazwyczaj pacjenci odpowiadają tym samym.

Dołóż wszelkich starań, aby zachować spokój, nie bądź niegrzeczny i nie denerwuj się, nie podnoś głosu.

Ostrzegaj o możliwych negatywnych skutkach lub działaniach niepożądanych zabiegów i leków oraz informuj, jaki jest plan działania na wypadek, gdyby coś poszło nie tak.

Staraj się w miarę możliwości unikać przymusu podczas zabiegów. Jeśli jest to dziecko lub pacjent w niestabilnym stanie psychicznym, poproś o wsparcie jego bliskich.

Nie krytykuj pacjenta ani go nie karć. Zamiast tego wyjaśnij, jak, co i po co należy to zrobić.

Jeśli pacjent się boi lub panikuje, daj mu czas na uspokojenie się.

Zaproponuj pacjentowi, aby zanotował informacje. Podawaj informacje stopniowo i sprawdzaj, czy pacjent je rozumie (szczególnie gdy jest pobudzony lub znajduje się w stanie silnego wzburzenia emocjonalnego).

PODSTAWOWA LISTA KONTROLNA DOTYCZĄCA SZACUNKU DLA PACJENTA

Proste rzeczy, które pozwolą lepiej nawiązać kontakt z lekarzem/pielęgniarką i zapobiec wielu problemom

Przygotowanie do wizyty lub rozmowy

Sporządź listę swoich dolegliwości, objawów lub innych pytań.

Zapisz ważne szczegóły: zarówno te dotyczące dolegliwości/dyskomfortu, jak i przyjmowanych leków.

Uporządkuj notatki:

- jakie są Twoje główne dolegliwości,
- jakie wydarzenia do tego doprowadziły,
- kiedy to się zaczęło,
- jeśli odczuwasz ból, opisz go (kłujący, uciskający, ostry itp.), a także jego nasilenie w skali od 1 do 10 punktów,
- jakie leki bierzesz,
- datę ostatniej miesiączki (jeśli dotyczy).

Przygotuj wyniki badań i dokumentację medyczną i zabierz je ze sobą.

Przypomnij sobie swoją historię medyczną, aby szybko odpowiadać na pytania lub, w razie potrzeby, krótko opowiedzieć o niej lekarzowi.

Zapoznaj się wcześniej ze statusem umowy placówki z Narodową Służbą Zdrowia (jeśli i kiedy ma to znaczenie).

Weź ze sobą notatnik (lub włącz dyktafon, uprzedzając o tym lekarza i wyjaśniając, że robisz to, aby móc ponownie odsłuchać rozmowę) i zanotuj najważniejsze informacje z rozmowy z lekarzem.

Podstawowa grzeczność

Nie wpadaj do gabinetu, nawet jeśli „chcesz tylko zapytać" lub „chcesz tylko odebrać zaświadczenie".

Proszę przestrz egać kolejności.

Przywitaj się i przedstaw się, zwracaj się do lekarza/pielęgniarki po imieniu (lub imieniu i nazwisku).

Zacznij od przyjaznego i życzliwego tonu.

Na początku zapytaj lekarza, czy może teraz porozmawiać. Dowiedz się, ile czasu masz na rozmowę.

Nie korzystaj z telefonu podczas wizyty. Utrzymuj

kontakt wzrokowy, gdy to możliwe.

Nie marnuj czasu lekarza na rozmowy niezwiązane z tematem.

Zapytaj o dogodne dla lekarza godziny i kanały komunikacji/wyjaśnienia pytań, jeśli pojawią się one po wizycie.

Nie przekazuj numeru telefonu komórkowego lekarza innym osobom bez jego zgody.

Podstawowe zasady etyki

Nie dzwoncie do lekarza/pielęgniarki i nie żądajcie od nich pilnej uwagi ani specjalnego traktowania tylko dlatego, że jesteście czyimś bratem/siostrą/chrzestnym/chrzestną/swatem/teściową/posłem/posłanką/klientem ubezpieczenia korporacyjnego (lista mogłaby być dłuższa), – ponieważ w kontekście relacji zawodowych lekarz nie ma osób VIP. Są pacjenci, których musi traktować priorytetowo wyłącznie ze względu na stan zdrowia.

Poinformuj lekarza o zamiarze uzyskania drugiej opinii lub o konsultacji/leczeniu u innych specjalistów.

Nie pytaj lekarzy: „Czy tak leczyłbyś swoją mamę/tatę/dziecko/męża?". Zamiast tego podziel się swoimi obawami lub zadaj pytania, które Cię nurtują.

Jeśli czujesz, że nie możesz zaufać lekarzowi, warto poszukać innego.

Szanuj prywatność innych pacjentów.

Nie fotografuj ani nie nagrywaj innych pacjentów.

Komunikacja

Zacznij od listy swoich pytań i ustal z lekarzem, w jakiej kolejności będziecie je omawiać.

Poinformuj lekarza o ewentualnych uwarunkowaniach kulturowych lub religijnych, które mogą mieć wpływ na Twój problem/objawy/diagnozę.

Odpowiadaj szczerze na pytania lekarza.

Podziel się z lekarzem swoimi obawami, oczekiwaniami i wątpliwościami.

Skup się na rozmowie. Przedstawiaj informacje dotyczące sprawy, z którą zgłosiłeś się do lekarza. Unikaj ogólnych pytań, określ, co chcesz wiedzieć, i formułuj swoje pytania konkretnie.

Spowalniaj rozmowę lub grzecznie przerywaj lekarzowi, gdy coś jest dla Ciebie niejasne lub z czymś się nie zgadzasz. Zadawaj pytania, jeśli coś jest dla Ciebie niejasne. Sprawdzaj, czy dobrze zrozumiałeś to, co usłyszałeś, zadając pytania wyjaśniające.

Jeśli potrzebujesz porozmawiać z lekarzem na osobności, poinformuj go o tym.

Podsumowujcie rozmowę w trakcie i na końcu. Upewnijcie się, że wszystkie pytania zostały omówione, a potrzeby wysłuchane.

Pytaj o cele wizyt, oczekiwane wyniki, skutki uboczne i kolejne kroki na wypadek, gdyby coś poszło nie tak.

Przekazuj szczere opinie – zarówno te pozytywne, jak i negatywne – w przyjaznej formie.

Wspólne podejmowanie decyzji

Poinformuj lekarza, w jakim stopniu chcesz uczestniczyć w podejmowaniu decyzji, ile szczegółów chcesz poznać oraz kogo z bliskich chcesz włączyć w ten proces.

Poinformuj lekarza o ewentualnych uwarunkowaniach kulturowych lub religijnych, które mogą wpłynąć na Twój wybór leczenia.

Komunikacja w sytuacjach kryzysowych

Dbaj o siebie, o swoje nerwy i o nerwy personelu medycznego.

Dołóż wszelkich starań, aby zachować spokój, nie bądź niegrzeczny i nie denerwuj się, nie podnoś głosu.

Kilka zwrotów, które mogą pomóc w trudnych sytuacjach:

- Obawiam się, że nie do końca się zrozumieliśmy. Oto dlaczego tak mi się wydaje...
- Chciałbym porozmawiać z Panem/Panią o „A". Czy możemy to omówić teraz?
- Rozumiem, że się Państwo spieszą. Bardzo potrzebuję omówić sprawę „A". Kiedy mogę do Państwa oddzwonić lub przyjść ponownie?
- Proszę, pomóż mi zrozumieć „B".
- Chcę się upewnić, że dobrze Pana zrozumiałam. Powiedział mi Pan, żebym zrobiła „ABC". Zgadza się?
- Trudno mi zrozumieć terminologię medyczną. Czy mógłby Pan/Pani mówić nieco wolniej i wyjaśnić mi to prostym językiem?
- Jakie hasło mam wpisać w wyszukiwarce, aby znaleźć więcej informacji na temat choroby/zabiegu/leku? Co pan/pani poleca mi przeczytać?

Uprzejmie poproś lekarza o wydanie skierowania i informacji o diagnozie na piśmie, z podpisem i pieczęcią.

W razie spornych sytuacji zachowaj spokój i zwróć się do kierownika oddziału lub ordynatora. Najlepiej z pisemnym oświadczeniem, w którym przedstawisz swoje pytania/skargi, rejestrując je w sekretariacie.

Bezpieczeństwo i higiena

Przed wizytą u lekarza weź prysznic i załóż czystą, wygodną odzież oraz świeżą bieliznę na wypadek konieczności rozebrania się, a także umyj zęby.

Na wszelki wypadek zabierz ze sobą ręcznik, chusteczki, wodę i czyste skarpetki.

Możesz poprosić pracownika służby zdrowia o rozpakowanie jednorazowych materiałów i ampułek w Twojej obecności.

Dokładnie myj ręce tak często, jak to możliwe, podczas wizyty w placówce medycznej i po niej.

Obserwuj skutki uboczne leków/zabiegów i zgłaszaj je lekarzowi.

SŁOWA WSPARCIA OD LIDERÓW OPINII PUBLICZNEJ

„Jakość opieki medycznej nie zaczyna się od specjalistycznej wiedzy czy znajomości najnowszych technologii, nie od „poczucia obowiązku", nie od „standardów naszej kliniki", a tym bardziej nie od telefonu od kierownictwa w sprawie kogoś „bardzo ważnego". Prawdziwa jakość opieki medycznej zaczyna się od empatii. Kiedy lekarz i pielęgniarka widzą nie „pacjenta", a nawet nie „klienta", ale człowieka. Człowieka z wyjątkową historią, z wszystkimi niuansami doświadczeń i emocji, z ludzką godnością i bezwarunkową wartością. I zachowują się tak, jak chcieliby, aby traktowano ich na miejscu tej osoby. Z szacunkiem, zrozumieniem i wsparciem".

Kateryna Bulavinowa
ekspert medyczny Funduszu Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF) na Ukrainie

„W Ukrainie brakuje publicznej debaty na temat zaufania do systemu opieki zdrowotnej i lekarzy. Niski poziom zaufania do medycyny wynika właśnie z agresywnej, a niekiedy toksycznej retoryki personelu medycznego wobec pacjentów i ich bliskich. Niedowierzanie potęgują również negatywne wyniki leczenia, opisywane w mediach lub przekazywane pocztą pantoflową. Jedną z przyczyn rozdrobnienia relacji między lekarzem a pacjentem jest brak przygotowania personelu medycznego w zakresie umiejętności komunikacyjnych. Nikt nas nie uczył, jak poinformować pacjenta o raku lub jak przekazać wiadomość o śmierci pacjenta jego bliskim. Uczyliśmy się tego na przykładach starszych kolegów, jak to robić, lub przeciwnie – jak tego nie robić. Podręcznik „Ludzkość i empatia w opiece zdrowotnej" zawiera cały zakres aktualnych danych, aby wypełnić lukę w wiedzy teoretycznej, a jego część praktyczna pozwoli szybko, na konkretnych przykładach, wdrożyć metody prawidłowej komunikacji do codziennej pracy lekarzy. Podręcznik ten zmniejsza lukę w komunikacji między pacjentem a lekarzem, ale na początek lekarze muszą go przeczytać. Koniecznie".

Andrij Beznosenko
główny lekarz Narodowego Instytutu Onkologii, chirurg onkolog

„Podczas dzisiejszej wizyty w naszej wiejskiej przychodni pomyślałem, że pacjentka ma zbyt wiele dolegliwości jak na jedną wizytę. Przypomniałem sobie poranne zdanie do przemyślenia: „Tak jak chcecie, aby ludzie postępowali z wami, tak i wy postępujcie z nimi". Jednak Bóg, zamiast uczynić mnie lepszym lekarzem, codziennie podnosi poprzeczkę wyzwań emocjonalnych, a aby ją pokonać, sam muszę szukać praktycznych narzędzi...

„Książkę wcale nie straszną..." czytaliśmy z żoną powoli i każdego wieczoru organizowaliśmy krąg refleksji oraz szukaliśmy podobieństw do naszego życia i pracy w społeczności. Razem znajdowaliśmy i wypróbowywaliśmy nowe narzędzia:

Wydaje mi się, że jesteście przytłoczeni taką ilością skarg, spróbujmy przeanalizować część teraz, a część za tydzień...

„Mimo że nie zakończyliśmy współpracy z tą osobą, rozmowa pozostawiła mi poczucie satysfakcji, że z pewnością znajdziemy rozwiązanie naszych problemów. Rozumiem też, że empatia to nie tylko praktyczne narzędzie do nawiązywania kontaktu z osobą podczas wizyty, ale także nasza codzienna higiena emocjonalna".

Wadym Wus
lekarz rodzinny,
trener Akademii Medycyny Rodzinnej Ukrainy

„Otwartość szpitala to jedna z tradycji, którą odziedziczyliśmy po Mykole Amosowie i Instytucie Chirurgii Sercowo-Naczyniowej pod jego kierownictwem. Otwartość pomaga nam osiągać lepsze wyniki kliniczne. Otwartość pomaga mniej się wypalać. Otwartość pomaga budować zaufanie, a zaufanie między lekarzem a pacjentem jest bezcenne. Ważne jest, aby uczyć się otwartości od pierwszego roku studiów, a praktykować ją – od pierwszej konsultacji aż do ostatniego wypisania ze szpitala".

Ilya Yemets
doktor nauk
medycznych, dyrektor Centrum
Kardiologii Dziecięcej
i kardiochirurgii,
profesor katedry kardiologii dziecięcej
i kardiochirurgii Narodowego Uniwersytetu Medycznego im. Platona Szupyka

„Kwestie komunikacji, humanitaryzmu i zorientowania na pacjenta są niezwykle istotne dla środowiska medycznego, pacjentów oraz całego społeczeństwa. Zdrowie człowieka to największa wartość. Zawsze podkreślam, że zdrowie człowieka zaczyna się kształtować już w okresie rozwoju płodowego oraz w pierwszych latach życia. Edukacja społeczeństwa oraz odpowiednia komunikacja między świadczeniodawcami a pacjentami, oparta na wzajemnym szacunku i humanitaryzmie, mogą uczynić świat lepszym, przyjaznym i bezpiecznym. Właśnie podręcznik opracowany przez grupę autorów wniesie istotny wkład w te zmiany. Dla mnie osobiście współpraca w grupach roboczych z członkami zespołu autorskiego stała się ważnym doświadczeniem komunikacyjnym i dała odpowiedzi na trudne pytania".

Elizaweta Szunko,
doktor nauk medycznych, profesor,
członek korespondent Narodowej Akademii Medycyny i Biotechnologii Ukrainy,
kierowniczka Katedry Neonatologii Narodowego Uniwersytetu Medycznego im. im. Platona Szupyka

WIELKIE PODZIĘKOWANIA

usiedem,którvoprostooczyop dołożył wszelkich starań, aby ten podręcznik ujrzał światło dzienne:

Walentynie Anufriejewej
Wiktorowi Artemenko
Tarasowi Bezpalamu
Darynie Bogdan
Alinie Borysowej
Irynie Borowik
Innie Wołosiewicz
Tetianie Gawrysz
Natalii Galiash
Organizacji społecznej „Ranne ptaszki”
Olgi Gwardowskiej
Oleksijowi Golowinowi
Anastasii Goreckiej
Olenie Gorskiej
Sofii Gusak
Aleksandrowi Gusakowi
Darynie Dmitriewskiej
Andreasowi Eretowi
Olenie Ignaszuk
Marinie Kachnowej
Zespołowi Info Sapiens
Zespołom organizacji Goryzontali”
oraz „Zupełnie nie strasznej książki...”
Olenie Korotun
Aleksandrowi Kostjukowi
Olenie Kostyuk
Annie-Veronice Krasnopolskiej
Larisie Anastasii Leuchiniej
Julii Martynenko
Natalie Mityaevie
Irynie Movchan
Alonie Ochotnikowej
Oksanie Petrynych
Wiktorii Pidvorchanskiej
Natalii Povar
Marii Popowej
Tetianie Popowej
Olgi Poshurujewej
Ninie Reznichenko
Natalii Rudakowej
Tetianie Sendeckiej
Pawłowi Silkowskowi
Iwanowi Simonowskiemu
Zoryanie Skaleckiej
Jurijowi Smolenskiemu
Tetianie Stepurko
Piotrowi Tochilkinowi
Julii Tycholaz
Juli Turpakowej
Alli Tiutiunik
Aleksiejowi Charitonowowi
Marii Khrapachowej
Iwanowi Czernenko
Elizawecie Szunko
Marii Szylo
Anastazji Szurenkowej
Tetianie Szczudrowej

Publikacja edukacyjna
Anastasia Gennadievna Leukhina

LUDZKOŚĆ I EMPATIA W OPIECE ZDROWOTNEJ

PODRĘCZNIK DLA WYKŁADOWCÓW

Pomysł i opracowanie **Anastasia Leukhina**
Koordynacja **Olena Ignashchuk**
Okładka, projekt, layout, obróbka ilustracji i skład **Alina Borysowa**
Redakcja **Maria Khrapachova**
Korekta: **Olga Poshurueva**

Zatwierdzono do druku: --.--.----. Format: .....
Druk offsetowy. Papier …. Nakład ….. egz. Zam. nr ….

Ukraińsko-szwajcarski projekt „Rozwój edukacji medycznej” 01001,
Kijów, ul. Luterańska 6B, lok. 43
tel.: +380 44 384 10 09
E-mail:events@mededu.org.ua
mededu.org.ua

Wydawnictwo i druk: **Mistrz Książek** Świadectwo, numer rejestracyjny 03037, Kijów, ul. Maksyma Krywonos, 2B
E-mail: zamov@masterknyg.com.ua

„Otwartość pomaga nam
osiągać lepsze wyniki kliniczne.
Mniej wypalenia zawodowego.
Budowanie zaufania
a zaufanie między lekarzem a pacjentem
— bezcenna. Ważne jest, aby
uczyć się otwartości już od pierwszego
roku studiów
a praktykować — od
pierwszego konsultacji aż do ostatniego wypisania ze
szpitala”.

Ilya Yemets, doktor nauk medycznych, dyrektor Centrum Kardiologii Dziecięcej i Kardiochirurgii, profesor katedry kardiologii dziecięcej i kardiochirurgii Narodowego Uniwersytetu Medycznego im. Platona Szupyka

„Kwestie komunikacji, człowieczeństwa i zorientowania na pacjenta są bardzo ważne dla społeczności medycznej, pacjentów i całego społeczeństwa. Właśnie podręcznik opracowany przez grupę autorów wniesie istotny wkład w te zmiany. Osobiście uważam, że współpraca w grupach roboczych z członkami zespołu autorskiego dała odpowiedzi na trudne pytania.”

Elżbieta Szunko, doktor nauk medycznych, profesor, członek korespondent Narodowej Akademii Medycyny i Higieny Ukrainy, kierownik Katedry Neonatologii Narodowego Uniwersytetu Medycznego im. Platona Szupyka

„Empatia to nie tylko praktyczne
narzędzie interakcji z człowiekiem
podczas wizyty, ale nasza codzienna
emocjonalna
higiena”.

Wadym Wus, lekarz rodzinny, trener Akademii Medycyny Rodzinnej Ukrainy

„Podręcznik „Ludzkość i empatia
w opiece zdrowotnej” zawiera cały
aktualne dane, aby uzupełnić
brak informacji teoretycznych,
a jego część praktyczna pozwoli
szybko i na konkretnych przykładach
wprowadzić metody
prawidłowego
komunikacji do codziennej pracy lekarzy.
Niniejszy przewodnik zmniejsza
lukę
w komunikacji między pacjentem
a lekarzem, ale na początek lekarze muszą
go przeczytać. To konieczne”.

Andrij Beznosenko, ordynator Narodowego Instytutu Onkologii, chirurg onkolog

„Prawdziwa jakość opieki medycznej zaczyna się od empatii. Kiedy lekarz i pielęgniarka widzą nie „pacjenta”, a nawet nie „klienta”, lecz człowieka. Człowieka z wyjątkową historią, z całym bogactwem doświadczeń i emocji, z godnością i bezwarunkową wartością. I postępują tak, jak sami chcieliby, by traktowano ich, gdyby znaleźli się w sytuacji tej osoby. Z szacunkiem, zrozumieniem i wsparciem”.

Kateryna Bulavinova, ekspertka medyczna Funduszu Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF) w Ukrainie

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Швейцарська Конфедерація

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Бенефіціар проекту

Swiss TPH
Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut

РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
УКРАЇНО-ШВЕЙЦАРСЬКИЙ ПРОЄКТ

ГОРИЗОНТАЛІ

Projekt jest finansowany przez Szwajcarską Agencję Rozwoju i Współpracy. Poglądy i idee przedstawione w niniejszej publikacji należą do autora(-ów) i niekoniecznie odzwierciedlają poglądy Szwajcarskiej Agencji Rozwoju i Współpracy.