PRZEWODNIK DYDAKTYCZNY DLA STUDENTÓW KIERUNKU LEKARSKIEGO

KOMUNIKACJA Z PACJENTEM

Autor: dr n. med. Alicja Małgorzata Ołtarzewska – Koordynator Programu Pacjentów Symulowanych Centrum Symulacji Medycznych

ORGANIZACJA I PRZEBIEG ZAJĘĆ

Pacjent symulowany (SP) to odpowiednio przeszkolona osoba (najczęściej zdrowa), która potrafi realistycznie i dokładnie odtworzyć historię danej choroby demonstrując fizyczne i emocjonalne symptomy choroby prawdziwego pacjenta.

Podczas zajęć z komunikacji medycznej studenci będą przeprowadzać konsultacje z pacjentami symulowanymi w pokoju imitującym gabinet lekarski. Rozmowa będzie rejestrowana, następnie odtwarzana i omawiana w grupie studenckiej. W zależności od scenariusza celem zajęć może być np. ćwiczenie zbierania wywiadu lekarskiego, stawianie hipotetycznej diagnozy na podstawie badania podmiotowego, przedmiotowego i badań dodatkowych, planowanie dalszego postępowania z pacjentem, udzielanie pacjentowi informacji, uzyskiwanie zgody pacjenta na zabieg lub inne.

Przed odgrywaniem roli nauczyciel wyjaśni Ci kontekst rozmowy - to znaczy powie w jakich warunkach odbywa się konsultacja, czy jest to poradnia, izba przyjęć, SOR czy odział szpitalny. W trakcie odgrywania roli możesz być sobą, czyli studentką/studentem lub też możesz wcielić się w rolę lekarza i przedstawić się pacjentowi, że jesteś lekarzem. Będzie to zależało od konkretnego scenariusza.
Nauczyciel wyjaśni Ci również zadanie jakie będzie stało przed Tobą. Najbardziej efektywne jest nagrywanie, odtwarzanie i omawianie krótkich fragmentów konsultacji skoncentrowanych na ćwiczeniu 2-3 umiejętności.

Przykład:

Nauczyciel: *„Teraz będziemy ćwiczyć rozpoczynanie konsultacji i nawiązywanie kontaktu z pacjentem. Twoim zadaniem będzie* ***zaproszenie pacjenta do gabinetu, przedstawienie się i dowiedzenie się z jakim problemem zgłosił się pacjent.*** *Będziesz rozmawiał z pacjentem sam na sam w gabinecie, rozmowa będzie rejestrowana przez około 3 minuty. Będzie przerwana bez względu na to, czy skończyłeś, czy nie. Pozostali studenci będą obserwować co się dzieje w gabinecie przez lustro weneckie. Następnie wejdą do gabinetu, obejrzą nagranie na monitorze i udzielą Ci informacji zwrotnej. ”*

Każdy ze studentów/studentek będzie miał możliwość przećwiczyć tę samą sytuację. Filmy z nagranymi symulowanymi konsultacjami z udziałem studentów będą wykorzystywane wyłącznie na ćwiczeniach. Dostęp do nich będzie miał jedynie asystent prowadzący zajęcia. Pliki będą chronione hasłem. Ich rozpowszechnianie bez zgody studenta jest zabronione i niedopuszczalne.

Podczas odgrywania ról z udziałem SP **nie będzie badania fizykalnego**, jeśli scenariusz będzie przewidywał postawienie diagnozy, informacje o odchyleniach od normy w badaniu przedmiotowym otrzymasz na kartce.

Przed odgrywaniem roli (przed zaproszeniem pacjenta do gabinetu) zapoznaj się z dokumentacją pacjenta, jeśli scenariusz to przewiduje.

ZASADY UDZIELANIA KONSTRUKTYWNEJ INFORMACJI ZWROTNEJ (FEEDBACKU)

Po obejrzeniu scenki odgrywanej z udziałem SP i studenta uczestnicy sesji będą udzielać informacji zwrotnej, czyli będą omawiać to, co widzieli. **Najpierw będzie miał głos student, który brał udział w scence.** Często, już chwilę po zakończeniu nagrania osoba odgrywająca rolę lekarza jest świadoma tego, że coś jej nie wyszło, że popełniła błędy, że następnym razem zrobiłaby to inaczej. Należy jej dać szansę skomentowania własnego zachowania, wyrażenia emocji.

Udzielając feedbacku - OPISUJ to, co widziałeś/widziałaś, słyszałaś/słyszałeś. NIE OCENIAJ, NIE OSĄDZAJ !

Nie używaj określeń typu: *źle, dobrze, prawidłowo, nieprawidłowo, okropnie, głupio, wspaniale, świetnie, cudownie.* Używanie takich sformułowań niewiele daje uczącemu

się.

Negatywna ocena jak np.:

„Początek był okropny, ignorowałeś pacjenta!” - nie jest pomocna uczącemu się. Może wywołać bunt, opór, czasem nawet skrajne emocje, np. płacz z powodu upokorzenia. Nie mówi nic o tym, na czym polegały błędy.

Przykład feedbacku opisowego:

„Na początku rozmowy patrzyłeś dosyć długo w notatki, nie nawiązywałeś kontaktu wzrokowego.”

Taka informacja zwrotna jest stwierdzeniem faktu, jest wypowiedziana **bez osądzania.** Dzięki temu łatwiej ją zaakceptować przez osobę uczącą się. Zawiera konkretną informację, co trzeba zmienić w zachowaniu, określa problem.

Ocena pozytywna może być równie nieprzydatna, jeśli jest niekonkretna i zawiera ocenę, np :

„Byłeś świetny! Poszło Ci kapitalnie!”

„Wszystko było dobrze”

Taka informacja niczego nie daje, ponieważ nie opisuje konkretnych zachowań, które były prawidłowe. Student pomimo pochwały, nie wie co takiego ma zrobić następnym razem, aby osiągnąć podobny efekt.

Przykład feedbacku opisowego:

„Wyglądałeś na bardzo skupionego, patrzyłeś na pacjenta jak mówił i nie przerywałeś mu. Widziałam jak kiwałeś głową, a to zachęcało go do mówienia.”

Feedback powinien być SZCZEGÓŁOWY

Podczas udzielania informacji zwrotnej unikaj uogólnień . Stwierdzenie, np:

„Byłeś bardzo niecierpliwy w stosunku do pacjenta, chciałeś się go pozbyć.” - nie mówi nic, co takiego się działo, co sprawiło takie wrażenie.

Feedback powinien być szczegółowy i dokładny. Postaraj się bardzo precyzyjnie opisać co widziałeś i słyszałeś.

„Spojrzałeś na zegarek jak pacjent mówił i raz wszedłeś mu w słowo. Przez kilka sekund mówiliście jednocześnie.”

Taki opis nie osądza, a może sprowokować bardzo pożyteczną dyskusję:

„Tak, byłem zdenerwowany, że pacjent tak długo mówi, zbacza z tematu. Nie wiedziałem, jak mu przerwać i skierować rozmowę na właściwy tor.”

Używaj komunikatów typu „JA”

Udzielając informacji zwrotnej **mów za siebie** używając **pierwszej osoby liczby pojedynczej,** czyli: „uważam, że …., widziałam… , zauważyłem, słyszałem. ., myślę, że…”

Nie używaj sformułowań takich jak: *„myślimy….;widzieliśmy….; ludzie uważają…..; inni nie lubią…; to jest przykre, gdy ….; większość ludzi, uważa ,że …”*

Skoncentruj się na swoim własnym punkcie widzenia i na tej konkretnej sytuacji.

Skoncentruj się na ZACHOWANIU , a nie na osobowości.

Jeśli powiesz, że ktoś jest „*nerwusem*” , określasz cechę osobowości, czyjś charakter, który trudno zmienić.

Jeśli powiesz, komuś: „*mówiłeś bardzo szybko, ruszałeś nerwowo nogą*” - opisujesz zachowanie, które można zmienić. Można przećwiczyć tę samą sytuację i kolega, czy koleżanka, może spróbować panować nad tempem mówienia i kontrolować nogi.

Feedback jest po to, aby POMÓC UCZĄCEMU SIĘ.

Ocenianie, wyśmiewanie, wyniosłe komentarze, osądzanie upokarzają uczących się. Nie motywują, nie zachęcają do zmiany zachowania.

Informacja zwrotna powinna być dostosowana do potrzeb uczącego się. Powinna uwzględniać etap nauczania (nie można wymagać od kogoś, kto jest na III roku medycyny umiejętności, czy wiedzy z roku VI). Feedback, który ma służyć pokazaniu własnej wyższości niczego nie daje, działa destrukcyjnie na osobę uczącą się i całą grupę. Paraliżuje uczestników, zabija otwartość i kreatywność.

Feedback pozytywny WZMACNIA pożądane zachowania

Niektórzy zastanawiają się, czy warto komentować zachowanie, które jest prawidłowe. Otóż warto - student dając pozytywny feedback - identyfikuje, nazywa, uświadamia sobie prawidłowe zachowania, co powoduje ich wzmacnianie.

Nie udzielaj rad.

Udzielając informacji zwrotnej pozostawiamy odbiorcy możliwość decydowania o tym jaki sposób działania jest dla niego najwłaściwszy.

Dawanie rad, to mówienie jak ktoś ma postępować. Odbiera to swobodę podejmowania decyzji i mimowolnie deprecjonuje osoby, do których nasze rady są skierowane. Istnieje bardzo cienka granica pomiędzy dzieleniem się uwagami a radzeniem. Powinniśmy unikać udzielania rad, jako pierwotnej formy feedbacku, a skłaniać się ku proponowaniu alternatywnych rozwiązań.

Sprawdź interpretację feedbacku

Udzielające feedbacku powinieneś mieć świadomość konsekwencji przekazanej informacji zwrotnej i brać za nią odpowiedzialność. Obserwuj uważnie reakcję odbiorcy - jej komunikaty werbalne i niewerbalne.

Natomiast odbiorca informacji zwrotnej, w razie wątpliwości powinien sprawdzić, czy prawidłowo ją zrozumiał: *„Jeśli dobrze rozumiem, miałeś na myśli, że…",* albo: *„Czyli według Ciebie, to wyglądało jak gdybym ….".* Zapobiega to nieporozumieniom i przeinaczeniom, które często mają miejsce, gdy odbiorca nie zgadza się z tym, co usłyszał (miał inne intencje, niż mu wyszło).

Pomocne jest, jeśli zarówno udzielający, jak i otrzymujący feedback upewnią się, czy reszta grupy zgadza się z ich obiorem.

Udziel tylko tyle informacji, ile odbiorca jest w stanie przyjąć

Przeciążenie osoby ilością informacji zwrotnych zmniejsza efektywność feedbacku. Takie postępowanie bardziej zadowoliłoby prowadzącego zajęcia, niż uczącego się. Prowadzący zajęcia może pomyśleć, że nie podołał zadaniu, jeśli nie odniesie się do wszystkiego, co zauważył. Bardziej skuteczne jest skoncentrowanie się tylko na obszarach najważniejszych dla uczącego się. Musimy uwierzyć, że będą jeszcze inne okazje, aby powrócić do pominiętych kwestii w trakcie trwania kształcenia – nie ma sensu skupiać się na wszystkim, skoro uczący się nie jest w stanie przyjąć do wiadomości wszystkiego na raz.

Udziel feedbacku tylko odnośnie tego, co można zmienić.

Wytykanie czyichś wad jest mało sensowne. Jąkanie się, nerwowe tiki mogą być problemem, o którym warto wiedzieć, ale którego nadmierne komentowanie nie prowadzi do niczego konstruktywnego. Informacja typu: *„Nie patrzyłeś pacjentowi w oczy*" w stosunku do osoby, która ma nieuleczalnego zeza niczego nie daje, ponieważ nie można tego zmienić.

Podobnie, problem organizacyjny taki jak ciągłe dzwonienie telefonu, może być trudniejszy do zmiany w przypadku lekarza kierującego oddziałem, niż jeżeli uczący się jest studentem lub rezydentem. Wypracowywanie sposobu radzenia sobie z przerywaniem, może być bardziej wartościowe dla uczącego się, niż zapobieganie tego typu sytuacjom.

OPIS UMIEJĘTNOŚCI OCENIANYCH U STUDENTÓW PODCZAS SYMULOWANEJ KONSULTACJI LEKARSKIEJ

NAWIĄZYWANIE KONTAKTU Z PACJENTEM

Student:

1. z**aprasza pacjenta z korytarza** do gabinetu: podchodzi do drzwi, otwiera je i zaprasza do środka pacjenta czekającego na konsultację
2. **odpowiednio zwraca się do pacjenta** (per „*Pani", „Pan*"). Nie spoufala się, nie używa zwrotów w liczbie mnogiej (*„To jak się czujemy?"*); w trzeciej osobie (*„Jadła śniadanie?*); zdrobnień w stosunku do osób, które widzi po raz pierwszy.
3. **przedstawia się**, wyjaśnia swoja rolę, charakter rozmowy, jeśli to konieczne uzyskuje zgodę pacjenta na przeprowadzenie wywiadu
4. **wskazuje miejsce do siedzenia** w odpowiedniej odległości od siebie (nie za blisko i nie za daleko)
5. **potwierdza dane pacjenta** – pyta o nazwisko i imię pacjenta, wiek, ewentualnie datę urodzenia, czy adres, aby upewnić się, że ma do czynienia z właściwa osobą.

Użyteczne zwroty:

„Dzień dobry, nazywam się……"

„Jestem studentem …… roku medycyny, czy mogę z Panią porozmawiać o pani zdrowiu (chorobie)?"

„Jestem studentką…… roku medycyny, dr Kowalski poprosił, abym porozmawiała z Panem na temat Pana dolegliwości, czy można?

„Czy możemy porozmawiać o przyczynie Pana pobytu w szpitalu?"

„Czy może mi Pan powiedzieć jak pan się nazywa? „

„Ile ma pan lat?"

„Czy może mi pani podać datę urodzenia/swój adres ?"

IDENTYFIKACJA PRZYCZYNY/PRZYCZYN KONSULTACJI

Student:

1. rozpoczyna rozmowę z pacjentem poprzez zadanie **<u>pytania otwartego.</u>**

Przykłady pytań otwartych:

- *„W czym mogę Pani pomóc?”*
- *„Jakie problemy sprowadziły Pana do poradni?”*
- *„Co się stało, że zdecydowała się Pani przyjść?*
- *„Co chciałby Pan dziś przedyskutować?”*
- *„Na jakie pytania chciałaby Pani znaleźć odpowiedź?”*
- *„W jakiej sprawie szuka Pani pomocy?”*

Przykłady pytań w przypadku, gdy konsultacja odbywa się w szpitalu:

- *„Co się stało, że otrzymała Pani skierowanie do szpitala?”*
- *„Jak to się stało, że trafił Pan na oddział? ”*
- *„Czy to było nagłe zachorowanie?”*
- *„Czy może Pani opowiedzieć w jaki sposób Pani tutaj trafiła, co się stało?”*

TECHNIKA AKTYWNEGO SŁUCHANIA

Student:

1. nawiązuje **kontakt wzrokowy**

2. **nie przerywa** pacjentowi po zadaniu pytania otwartego (zadawanie pytań na temat symptomów należy zacząć dopiero po wysłuchaniu odpowiedzi pacjenta na pytanie otwarte)

3. **potwierdza, że słyszy**: potakuje, używa dźwięków paralingwistycznych (mhmm, aha, uhm), kiwa głową, mówi „*rozumiem*”, *„tak”, „słucham”* , stosuje metodę „echo”, czyli powtarzanie pojedynczych słów wypowiedzianych przez pacjenta*: „silny”, „39 stopni”, „wymioty”*

3. **jest odwrócony** w kierunku pacjenta, **siedzi pochylony** w jego kierunku

4. **gestykuluje uważnie** (nie zdradza zniecierpliwienia mimowolnymi gestami rąk, czy nóg, nie pstryka długopisem, nie rozgląda się, nie trzęsie nogą, nie kręci się mocno na fotelu)

5. **nie zajmuje się innymi sprawami**: nie odbiera telefonów, nie czyta dokumentacji pacjenta w czasie, gdy pacjent mówi.

6. **Jeśli czyta, pisze, używa komputera robi to w sposób nie zakłócający dialogu i relacji z pacjentem. Notuje tylko pojedyncze słowa**, aby nie zrywać kontaktu

wzrokowego. Gdy chce notować w dokumentacji - uprzedza o tym pacjenta. (*„Teraz chcę zapisać zgłaszane przez Panią objawy w dokumentacji”*)

7. **potwierdza problem lub listę problemów** z którym pacjent zgłosił się do lekarza

8. **zadaje pytanie o problemy nieporuszone** (jest to tzw. **„screening”**)

Przykłady:

- *„Czyli ma Pan bóle kręgosłupa,* ***czy coś jeszcze Pana niepokoi ?”***
- *„Rozumiem, że Pani główne problemy, to ból głowy i osłabienie,* ***czy coś jeszcze Pani dolega?”***
- ***„Czy coś jeszcze chciałby Pan dodać?”***
- *Rozumiem, że Pani schudła i ma Pani problemy ze snem,* ***czy coś jeszcze?***
- *A więc podejrzewa Pani u siebie zapalenie oskrzeli,* ***czy coś jeszcze?***
- ***„Czy poruszył Pan wszystkie problemy?”***
- *Czy to wszystko?* ***Czy coś jeszcze*** *przychodzi Panu na myśl?*

9. Podsumowuje, **streszcza** wypowiedzi pacjenta poprzez używanie **parafrazy** (powtarzanie własnymi słowami słów pacjenta)

Przykłady:

- *„Z tego co Pani mówi rozumiem , że największym problemem jest ból kolana.”*
- *„Widzę, że niepokoi się Pan o …….”*
- *„Z tego , co zrozumiałam ……”*
- *„Z tego, co Pan opowiedział, to ma Pan największy problem z……..”*
- *„Z tego , co usłyszałam wynika, że ……..”*
- *„Rozumiem, że przyszła Pani ,bo ….”*
- *„Czyli ma Pani kaszel i ból gardła od 2 dni”*

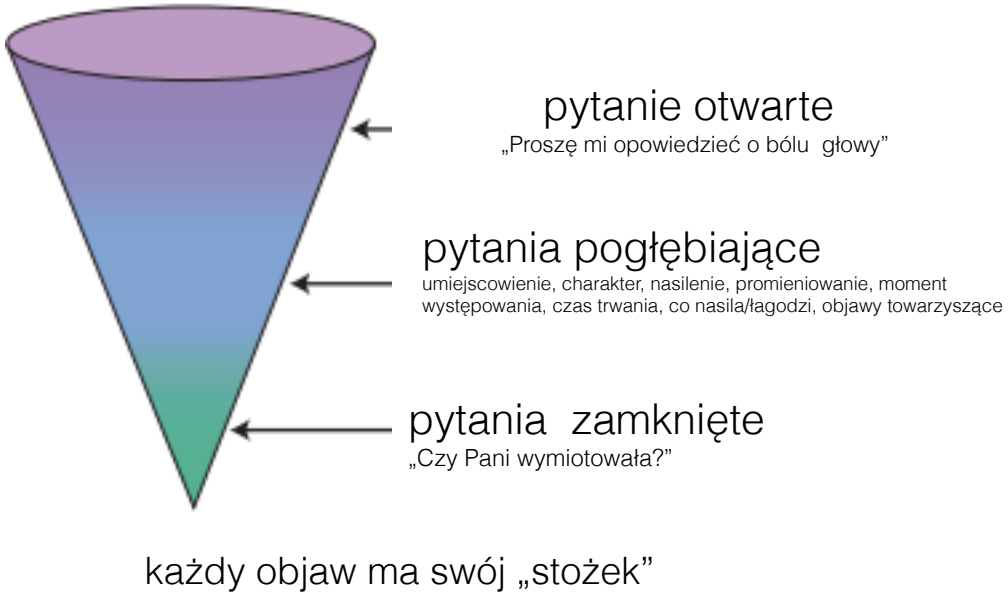
10. **negocjuje plan konsultacji** (w przypadku, gdy pacjent zgłasza wiele problemów), tworzy listę problemów, które będą omawiane, bierze pod uwagę potrzeby pacjenta i możliwości lekarza. (*„Czyli przyszła Pani dziś aby przedłużyć receptę na leki na nadciśnienie, ma Pani kaszel od tygodnia i potrzebuje Pani skierowanie do okulisty, tak?*)

ZGŁĘBIANIE PROBLEMÓW PACJENTA

Student:

1. zachęca pacjenta do opowiedzenia o problemie/problemach od początku do chwili obecnej własnymi słowami; wyjaśnia przyczynę ich zgłoszenia **teraz**

2. używa prawidłowej techniki zadawania pytań **otwartych i zamkniętych**; **przechodzi od pytań otwartych do zamkniętych (jest to tzw. <u>metoda stożka)</u>** - każdy zgłoszony problem/symptom zgłębia w ten sposób, że najpierw zadaje **pytanie otwarte ukierunkowane na problem**, następnie pytania pogłębiające, na końcu pytania zamknięte.



Przykłady:

<u>Pytania **otwarte, zorientowane na problem**:</u>

- *„Czy może pan opowiedzieć o tych zawrotach głowy?”*
- *„Co się z Panem dzieje?”*
- *„Proszę opowiedzieć wszystko od początku”*
- *„A więc boli Pana w klatce piersiowej. Proszę o tym opowiedzieć, słucham”*
-

Pytania **pogłębiające o cechy objawu**:

- *W którym miejscu boli Pana najbardziej?*
- *Czy może pan opisać charakter bólu?*
- *Czy może pan opisać nasilenie bólu?*
- *Jak silny jest ten ból? Czy może Pan go ocenić w skali od 0 do 10?*
- *Czy może pan powiedzieć kiedy ból się nasila?*
- *Jak długo trwają napady kaszlu?*
- *Jak często się pojawiają się u Pani te zawroty głowy?*
- *Czy są rzeczy, które ból łagodzą?*
- *Czy coś przynosi Panu ulgę?*
- *Czy jest coś, co nasila te skurcze?*
- *Co wywołuje pogorszenie dolegliwości?*
- *Proszę powiedzieć, gdzie ból promieniuje.*
- *Czy towarzyszą temu inne objawy?*
- *„Czy coś jeszcze Pani odczuwa?*
- *Czy coś jeszcze Pan zauważył?"*

Pytania **zamknięte (odpowiedzi TAK lub NIE:**

- *Czy pan wymiotował?*
- *Czy w momencie w którym Pan zemdlał stracił Pan przytomność?*
- *Czy pamięta Pan co się działo po upadku?*
- *Czy mocz miał ciemną barwę?*
- *Czy widziała Pani krew w stolcu?*

Zgłębianie 7 cech objawu, pytania o:

- początek
- umiejscowienie,
- właściwości - np. charakter bólu, jego dynamikę (czy ból cały czas się nasila, czy są ataki bólu)
- nasilenie (np. ból w skali od 1 do 10) lub ilość,

- moment występowania i czas trwania, w jakich warunkach objawy się pojawiają (w czasie wysiłku, w czasie snu, po jedzeniu, na czczo)
- czynniki nasilające i łagodzące,
- objawy towarzyszące

W ocenie tych 7 cech bólu pomocne są następujące skróty mnemotechniczne:

SOCRATES – szczególnie przydatny do opisania cech bólu

Site – miejsce,

Onset – początek nagły, czy stopniowy, nasilający się, czy słabnący;

Character – rodzaj bólu : piekący, kłujący, tępy, pulsujący;

Radiation – promieniowanie,

Associations – objawy towarzyszące,

Time course – pojawianie sie bólu w czasie,

Exacerbating/relieving factors – czynniki nasilające lub łagodzące,

Severity – jak silny jest ból np. w skali od 0 do 10

OLD CARTS (stare wózki):
początek (**O**nset),
umiejscowienie (**L**ocation),
czas trwania (**D**uration),
charakter (**C**haracter),
czynniki nasilające/łagodzące (**A**gravating/Alleviating factors,
promieniowanie (**R**adiation),
czas/moment występowania (**T**iming)

3. używa ciszy, pauz (bez zrywania kontaktu wzrokowego**)** - cisza pozwala pacjentowi zebrać myśli, zastanowić się nad odpowiedzią.

4. **ułatwia pacjentowi werbalnie i niewerbalnie wypowiadanie się -** jeśli widzi, że pacjent ma trudności z odpowiedzią (nie rozumie pytania) formułuje pytanie w inny sposób

5. odpowiednio **intonuje głos** wyrażając spokój i opanowanie. Nie podnosi głosu.

6. **wychwytuje istotne sygnały werbalne i niewerbalne** (mowę ciała, sposób mówienia, wyraz twarzy pacjenta) zdradzające emocje (zakłopotanie, wstyd, zdenerwowanie, obawę, wzruszenie, smutek, stres, radość, rozpacz) ; jeśli to właściwe **potwierdza, czy dobrze je rozumie**.

7. **wyjaśnia** wypowiedzi pacjenta, które są nieprecyzyjne, lub wymagają rozszerzenia, jest to tzw. „**klaryfikacja"**

Przykłady:

„Czy mogłaby pani wyjaśnić, co pani ma na myśli mówiąc, że „odbiera" Pani ręce?"

„Powiedział Pan, że czuje się Pan okropnie. Czy może Pan opisać swoje dolegliwości?"

„Brał Pan wszystko, a czy może mi Pan powiedzieć nazwy tych leków?"

„Co to znaczy, że było Pani niedobrze? Co Pani odczuwała?"

„Powiedział Pan, że miał Pan „odlot" po tym leku. Co konkretnie się z Panem działo?"

„Brała Pani leki osłonowe, to znaczy jakie?"

8. okresowo **streszcza, lub powtarza wypowiedzi pacjenta**, aby zweryfikować własne rozumienie tego, co powiedział pacjent, zachęca do korygowania tej interpretacji, zachęca do dalszych wyjaśnień (czasami wystarczy pytającym tonem powtórzyć słowo wypowiedziane przez pacjenta)

Przykład:

Pacjent: „*Myślałem wczoraj, że mnie rozerwie*"

Student: *„Rozerwie?"*

Pacjent*: „Noo, miałem takie wzdęcie"*

9. używa zwięzłych, **łatwych do zrozumienia pytań** i komentarzy,

10. **unika żargonu medycznego** lub wyjaśnia sformułowania, które mogą być dla pacjenta niezrozumiałe

11. **ustala czas (**daty) i **kolejność** wydarzeń:

„Ile dni temu zaczęła Pani przyjmować antybiotyk?"

„Co się stało potem?"

„Proszę opowiedzieć wszystko po kolei"

12. pyta o dolegliwości ze strony **innych narządów i układów o objawy istotne do zweryfikowania diagnozy i objawy alarmowe.**

POZNAWANIE PERSPEKTYWY PACJENTA

Skuteczne działanie w opiece zdrowotnej wymaga nie tylko postawienia diagnozy, ale też zbadania, jakie znaczenie dla pacjenta mają objawy i rozpoznanie, jak również wpływ choroby na jego życie. Model ten rozróżnia, a zarazem łączy w całość dwie perspektywy: biomedyczną (diagnoza/disease) i perspektywę Pacjenta (choroba/illness). Perspektywa biomedyczna, prowadzi do zbierania informacji w sposób umożliwiający postawienie diagnozy, rozpoznania medycznego. Perspektywa pacjenta, zwana perspektywą choroby (illness), dotyczy wpływu choroby na życie pacjenta, oraz to, jak odczuwa i interpretuje objawy. Podczas zbierania wywiadu niezwykle ważne jest branie pod uwagę obu tych perspektyw.

Zagadnienia składające się na perspektywę Pacjenta:
- **myśli, wiedza i przekonania** Pacjenta o rodzaju i przyczynie problemu,
- **emocje** Pacjenta, zwłaszcza **obawy**, czego konkretnie dotyczą,
- **oczekiwania** Pacjenta wobec lekarza i opieki zdrowotnej,
- **wpływ tego problemu na życie** i codzienne funkcjonowanie Pacjenta,
- wcześniejsze **doświadczenia podobnej choroby**, osobiste lub rodzinne.

Aby lepiej to zapamietać, można również użyć akronimu **FIFE: Feelings, Ideas, effect on Function, Expectations, lub**

ICE (**I**deas, **C**oncerns, **E**xpectations)

Poza wszystkim, otwarcie na perspektywę, emocje i subiektywne doświadczenia Pacjenta może przynieść kluczowe informacje dla kierunku dalszej diagnostyki np.:
"Martwię się, że mogę mieć tętniaka aorty. Mój wujek zmarł z tego powodu "

W planowaniu postępowania i leczenia, należy brać pod uwagę obie perspektywy: biomedyczną i perspektywę Pacjenta. **Nie leczymy objawów i badań laboratoryjnych, leczymy konkretnych ludzi w konkretnych sytuacjach życiowych**. Skuteczne leczenie obejmuje nie tylko poznanie i wpływ na biologiczne

funkcjonowania człowieka, ale też wgląd w jego postrzeganie choroby i działania najlepsze w kontekście jego oczekiwań i jakości życia.

Jak w wielu innych przypadkach, badania pokazują, że uwzględnienie części komunikacyjnych ma pozytywny wpływ również na postępowanie biomedyczne. **W przypadku uwzględnienia perspektywy pacjenta udowodniono zmniejszenie kosztów związanych z testami diagnostycznymi**.

Jak w praktyce dotrzeć do perspektywy pacjenta? Jeżeli chodzi o zawartość biomedyczną, wywiad lekarski jest ustrukturyzowany - jest w miarę stały plan, kiedy należy eksplorować poszczególne tematy i ma to pełne uzasadnienie praktyczne.

Na eksplorację perspektywy pacjenta trudniej ułożyć tak ustrukturyzowaną receptę. Sposób na jej skuteczne badanie będzie różnił w różnych kontekstach i przy różnych pacjentach.

Z pewnością ujawnieniu perspektywy pacjenta sprzyja pozostawienie pacjentowi przestrzeni do wypowiedzi, pytania otwarte, aktywne słuchanie, podsumowania, screening, klaryfikacje - czyli wszystkie te techniki komunikacyjne wspomniane powyżej, wspomagające uzyskiwanie treści biomedycznych. Niezwykle ważne jest samo nastawienie na poszukiwanie tych treści - jak wiadomo, znajdujemy z reguły te rzeczy, których szukamy. Niezwykle ważne jest również opisane powyżej wyłapywanie ukrytych werbalnych i niewerbalnych wskazówek od pacjenta - dotyczą one w przeważającej części perspektywy pacjenta. W wielu przypadkach skuteczne i wskazane może być pytanie wprost o obawy, oczekiwania, rozumienie choroby, czy wpływ na funkcjonowanie, na przykład:

“Czy jest coś, co w tych objawach panią Pana szczególnie niepokoi?”

“Czy wiąże Pani z czymś wystąpienie tych objawów?”

"Czy te objawy które pani opisuje przeszkadzają Pani w codziennym życiu?”

"Czy jest jakiś objaw który jest najbardziej dokuczliwy i którego chciałby się Pan pozbyć?"

Z perspektywą pacjenta wiąże się temat empatii. W pewnym sensie, poznanie perspektywy pacjenta umożliwia przekucie empatii, czy chęci pomocy pacjentowi w konkretnie działanie. Poznanie rzeczywistych, a nie wyobrażonych potrzeb chorego umożliwia najskuteczniejszą pomoc, co jest głównym celem naszego zawodu.

LISTA SPRAWDZAJĄCA UMIEJĘTNOŚCI ZGŁĘBIANIA PERSPEKTYWY PACJENTA

Student ustala, definiuje i w sposób właściwy zgłębia:

wyobrażenia pacjenta (np. na temat przyczyn dolegliwości)

- *Jak Pani sądzi, co mogło wywołać te objawy?*
- *Czy ma Pan jakieś przypuszczenia dlaczego tak się stało?*
- *Czy Pan te objawy z czymś wiąże ?*
- *Może ma Pani jakieś podejrzenia?*
- *Może ma Pani jakąś teorię, co Pani zaszkodziło?"*

2. **obawy** pacjenta odnośnie każdego problemu

- *Czy Pan podejrzewa coś gorszego?*
- *Co najbardziej Panią niepokoi w związku tym osłabieniem?*

3. **oczekiwania** pacjenta związane ze zgłoszonymi problemami

- *Czy czegoś Pan ode mnie oczekuje?*
- *Rozumiem, ze jest już lepiej. W jaki sposób mogę teraz Panu Pomóc?*
- *Czy oczekuje Pani ode mnie czegoś konkretnego?*

4. **wpływ problemów na życie** pacjenta

- *Czy to wpływa na Pana pracę?*
- *Czy jest Pani w stanie tak jak zwykle opiekować się dziećmi?*
- *Jak Pani sobie radzi z obowiązkami domowymi ?*
- *Czy pomimo bólu chodzi Pan normalnie do pracy?*
- *Ma Pan takie problemy z chodzeniem, to jak Pan funkcjonuje w pracy?*

5. **uczucia** związane z chorobą, dolegliwościami: np. lęk, strach, niepokój

WYWIAD DOTYCZĄCY PRZESZŁOŚCI MEDYCZNEJ

Student pyta o:

1.**choroby przebyte** (urazy, zabiegi, operacje, pobyty w szpitalu)

2.**choroby przewlekłe** - (czy pacjent leczy się w poradniach specjalistycznych?)

3. **przyjmowane leki** - jakie?

4. czy jest na coś **uczulony** - na co?

5. czy zaobserwował w swoim życiu **nietolerancję leków** (bóle brzucha, biegunki, kaszel, zawroty głowy)

6. **szczepienia** - w wieku dziecięcym - czy zgodnie z kalendarzem szczepień? Czy pacjent szczepił się przeciwko innym chorobom w wieku dorosłym (grypa, wirusowe zapalenie mózgu, szczepienia podróżnych)

7. **badania profilaktyczne** - jak dawno temu były badania profilaktyczne w związku z wykonywaną pracą, czy były w nich odchylenia od stanu prawidłowego, czy bierze udział regularnie w badaniach przesiewowych (badanie piersi, cytologia, mammografia, badanie gruczołu krokowego, kolonoskopia)

8. **choroby w rodzinie** - rodzice, rodzeństwo, dzieci. Występowanie objawów podobnych jak u pacjenta. Jeśli rodzice nie żyją - co było powodem ich śmierci, w jakim wieku zmarli?

WYWIAD SPOŁECZNY

Poruszane problemy:

1. **rodzina** - czy pacjent mieszka z rodziną, czy samotnie? Czy posiada dzieci (ich wiek); mąż, żona, rodzice, rodzeństwo

2. **praca** - wykonywany zawód, wykształcenie; styl życia - czy praca związana jest z częstymi wyjazdami, nieobecnością w domu? Narażenie na czynniki szkodliwe w miejscu pracy

3. **warunki mieszkaniowe** - dom jednorodzinny, czy mieszkanie; na wsi, czy w mieście? Ile osób zamieszkuje wspólnie? Powierzchnia mieszkania, liczba pokoi, posiadanie łazienki, dostęp do bieżącej wody.

4. **aktywność fizyczna** - sposób spędzania wolnego czasu, przemieszczania się do pracy (pieszo, rower, samochód), uprawianie sportu, podróże.

5. **odżywianie** - czy pacjent stosuje dietę np.odchudzającą, wegetariańską? Czy spożywa posiłki przygotowywane w domu? Czy są one regularne?

6. **używki**: tytoń/nikotyna - sposób zażywania (papierosy, e-papierosy, a może jest biernym palaczem?), alkohol, narkotyki.

PORZĄDKOWANIE, ORGANIZOWANIE WYPOWIEDZI

1. **podsumowuje poszczególne wątki wypowiedzi** pacjenta; potwierdza zgodność tego, co usłyszał z tym, co pacjent miał na myśli (przez parafrazowanie), następnie przechodzi do kolejnego punktu rozmowy; upewnia się, czy ważne informacje nie zostały pominięte („*Czy coś jeszcze?”*)

2. **przechodzi** z jednego punktu konsultacji do następnego **używając sformułowań „przejściowych”** uzasadniając przechodzenie do następnych etapów rozmowy.

„Dotychczas rozmawialiśmy o pana bieżących problemach, teraz chciałabym zapytać o pana choroby w przeszłości”

„Teraz chciałabym Pana zbadać. Chciałabym obejrzeć gardło i osłuchać płuca.”

UTRZYMYWANIE PŁYNNOŚCI ROZMOWY

1. **utrzymuje logiczną strukturę i kolejność** zbierania informacji (nie zadaje klika razy pytań o te same problemy)

2. stara się **kontrolować czas** i **trzyma się celu** konsultacji (nie zbacza z tematu)

BUDOWANIE POROZUMIENIA Z PACJENTEM

1. **rozumie punkt widzenia i odczucia pacjenta**, nie ocenia

2. **okazuje empatię, zrozumienie sytuacji pacjenta i zasadność jego uczuć**

3. wspiera pacjenta: wyraża troskę, zrozumienie, chęć niesienia pomocy, docenia wysiłki pacjenta w radzeniu sobie w trudnej sytuacji i właściwą samoopiekę, oferuje współpracę

4. **zachowuje delikatność poruszając tematy wzbudzające wstyd i niepokój** (np.pytania dotyczące sfery seksualnej) uprzedza, wyjaśnia pacjentowi powód zadawania drażliwych pytań.

„Aby znaleźć przyczynę Pana dolegliwości potrzebne są informacje dotyczące Pana życia intymnego. Czy mogę zadać kilka pytań na ten temat?”

ANGAŻOWANIE PACJENTA, UDZIELANIE WYJAŚNIEŃ

1. **dzieli się swoimi przemyśleniami**, aby zachęcić pacjenta do współudziału w podejmowaniu decyzji (np. *„ Myślę teraz, że ……”*)

2. **uzasadnia konieczność** zadawania niektórych pytań lub potrzebę badania fizykalnego, które mogą wydawać się pacjentowi nielogiczne lub bez związku ze zgłaszanym problemem.

3. w trakcie **badania fizykalnego** tłumaczy co robi, pyta o zgodę.

4. **udziela wyjaśnień w odpowiednim momencie**; unika pocieszania, dawania rad, podawania informacji zbyt wcześnie.

5. **udziela wstępnych informacji w jasny, uporządkowany sposób** bez przeciążania pacjenta ilością faktów, unika żargonu, wyjaśnia sformułowania fachowe

6. **zawiera z pacjentem umowę** dotyczącą następnych kroków jakie ma podjąć pacjent, a jakie lekarz

7. **sprawdza, czy pacjent** rozumie i akceptuje wyjaśnienia i proponowany plan postępowania; zapewnia, że zdaje sobie sprawę z obaw pacjenta

8. streszcza zwięźle konsultację

9. **zachęca i umożliwia pacjentowi zadawanie pytań o problemy nieporuszone** (np.: *„Czy ma Pani jeszcze jakieś pytania, wątpliwości. Czy chciałaby jeszcze Pani o coś zapytać? Czy jest jeszcze coś, co chciałaby Pani omówić? ”)*

PRAWIDŁOWA ILOŚĆ I ZAWARTOŚĆ INFORMACJI UDZIELANEJ PACJENTOWI

1. **rozpoczyna od streszczenia** faktów, określenia oczekiwań, ustala plan

2. **udziela informacji w „małych dawkach” i sprawdza**, czy pacjent je rozumie; wykorzystuje odpowiedzi pacjenta jako wskazówki ile informacji jest on w stanie przyswoić (przyjąć)

3. **ocenia dotychczasowy stan wiedzy pacjenta** na dany temat (podczas poprzednich wizyt u innych lekarzy, z internetu, prasy, własnego doświadczenia); ustala ile i jakich informacji pacjent oczekuje

„Czy wcześniej, inny lekarz rozmawiał z Panem o tym?”;

„Czy miała Pani styczność z innymi osobami też chorującymi na cukrzycę?”

4. **pyta pacjenta, czy oczekuje innych (dodatkowych) informacji** (np. na temat etiologii, rokowania)

5. **udziela wyjaśnień w odpowiednim momencie**; unika pocieszania, dawania rad, podawania informacji zbyt wcześnie

POMOC WE WŁAŚCIWYM ZAPAMIĘTYWANIU I ROZUMIENIU INFORMACJI

Student:

1. **organizuje wyjaśnienia**: dzieli informacje na oddzielne sekcje, podaje w logicznym porządku

2. **używa wyraźnej kategoryzacji, jasnych wskazówek, używa „DROGOWSKAZÓW”** np.:

„Są trzy ważne rzeczy, które chciałbym omówić. Pierwsza to….”

„ Teraz chciałbym przejść do omówienia …..”

3. **używa powtórzeń i podsumowań** w celu wzmocnienia wypowiedzi

4. używa zwięzłego, **zrozumiałego języka**, unika żargonu medycznego, wyjaśnia terminy medyczne

5. **przekazuje informacje wizualnie** przy pomocy diagramów, modeli, rysunków oraz pisemnie: zapisuje informacje na kartce, wręcza instrukcje, ulotki informacyjne

6. **sprawdza, czy pacjent rozumie przekazywane informacje** lub zaplanowane działanie, np. prosi o powtórzenie zaleceń własnymi słowami; jeśli trzeba, wyjaśnia ponownie

„Nie jestem pewna, czy jasno się wyraziłam, czy jest Pani w stanie powtórzyć zalecenia?”

JEŚLI INFORMUJE O ŚWIEŻO POSTAWIONEJ DIAGNOZIE I ROZMAWIA O ZNACZENIU PROBLEMU, TO:

1. mówi o tym co się z pacjentem dzieje i stawia diagnozę, **nazywa chorobę**, jeśli to możliwe

2. **ujawnia przesłanki swojej opinii** - wymienia odchylenia od normy w badaniu podmiotowym, przedmiotowym i badaniach dodatkowych, które upoważniają do postawienia danego rozpoznania

3. **wyjaśnia możliwe przyczyny** stanu pacjenta, zagrożenie, spodziewane efekty, możliwe długo i krótkoterminowe konsekwencje choroby

4. **sprawdza jak pacjent rozumie** to, co zostało powiedziane

5. **ujawnia poglądy pacjenta, reakcje, wątpliwości**, np., czy opinia lekarza zgadza się z podejrzeniami pacjenta

JEŚLI NEGOCJUJE WSPÓLNY PLAN DZIAŁANIA, TO:

1. **dyskutuje różne możliwości**, daje do wyboru, np.: brak działania i obserwację, badania dodatkowe, leczenie zachowawcze lub zabiegowe, postępowanie niefarmakologiczne (np. fizjoterapię, zaopatrzenie ortopedyczne, poradnictwo), badania profilaktyczne.

2. **objaśnia oferowane postępowanie lub leczenie**:

- nazywa to leczenie
- opisuje jego etapy
- mówi o korzyściach, zaletach
- wyjaśnia możliwe działania uboczne

3. ujawnia jak pacjent rozumie plan postępowania i leczenia, **zwraca uwagę na reakcje pacjenta i jego wątpliwości**; potrafi ocenić, czy pacjent plan akceptuje

4. **poznaje punkt widzenia pacjenta na potrzebę interwencji medycznej, postrzegane z niej korzyści, bariery, motywację pacjenta;** potrafi zaakceptować rozwiązanie alternatywne

5. **bierze pod uwagę styl życia pacjenta, jego wzorce kulturowe i możliwości intelektualne**

6. **interesuje się, czy pacjent ma wsparcie w otoczeniu,** dyskutuje o różnych możliwościach wsparcia

7. **zachęca pacjenta do włączenia się** w realizację planu i wzięcia **odpowiedzialności** za siebie

JEŚLI MÓWI O DALSZYCH BADANIACH DIAGNOSTYCZNYCH I ZABIEGACH, TO:

1. **zrozumiale wyjaśnia na czym ma polegać procedura**/interwencja medyczna, badanie diagnostyczne, np. co pacjent może odczuwać, w jaki sposób zostanie poinformowany o rezultatach

2. **odnosi procedury do planu leczenia**: mówi o ich wartości, celu

3. **zachęca do zadawania pytań i wyrażenia tego, co pacjent myśli** na temat potencjalnych skutków ubocznych, złych wyników; czego się obawia.

ZAMKNIĘCIE KONSULTACJI

1. **zawiera umowę z pacjentem**: jaki następny krok ma wykonać pacjent, a jaki lekarz
2. **zapewnia bezpieczeństwo**: mówi co zrobić, jeśli zajdą niespodziewane okoliczności komplikujące realizację planu; informuje gdzie i jak szukać pomocy
3. **zwięźle podsumowuje konsultację** i objaśnia plan leczenia
4. **upewnia się, czy pacjent akceptuje plan**, czy ma jakieś obawy, czy chce wprowadzić jakieś zmiany, czy ma pytania, czy chce jeszcze coś omówić.

„Czy ma Pani jakieś pytania?"

„Czy chciałby Pan jeszcze coś wyjaśnić?"

Po zakończeniu zajęć student potrafi:

- prawidłowo zainicjować konsultację, rozpocząć rozmowę, nawiązać relację z pacjentem
- używać techniki aktywnego słuchania
- odczytywać komunikaty niewerbalne pacjenta
- parafrazować wypowiedzi pacjenta
- zna specyfikę pytań otwartych, pogłębiających, zamkniętych
- zastosować „metodę stożka" przy zgłębianiu problemów
- stworzyć listę problemów pacjenta będących przedmiotem konsultacji
- zebrać informacje na temat głównych dolegliwości
- zrozumieć perspektywę pacjenta
- nadawać konsultacji strukturę
- racjonalnie gospodarować czasem podczas konsultacji
- zebrać informacje na temat przeszłości medycznej pacjenta
- zebrać wywiad socjalny
- notować w dokumentacji medycznej w sposób niezakłócający relacji z pacjentem
- udzielać pacjentowi wyjaśnień
- poinformować o diagnozie w sposób zrozumiały dla pacjenta
- zaplanować postępowanie z pacjentem
- negocjować wspólny z pacjentem plan działania
- zamknąć konsultację

Forma i warunki zaliczenia zajęć:

Udział w symulowanej konsultacji.

Sprawdzenie umiejętności przy pomocy „Listy sprawdzającej umiejętności komunikowania się", dostosowanej do każdego scenariusza oddzielnie.

Wykaz literatury podstawowej

1. Marcinowicz L, Chlabicz S (red.) (2015): *„Jak skutecznie rozmawiać z pacjentem i jego rodziną?".* PZWL Warszawa
2. Nowina Konopka M, Feleszko W,Małecki Ł (red.)(2018*): „Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy".* Medycyna Praktyczna, Kraków

Wykaz literatury uzupełniającej (pomocniczej)

1. Lynn S. Bickley, MD (red) (2010): *„Przewodnik Batesa po badaniu przedmiotowym i podmiotowym".* Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań
2. Duglas G. (red) (2017): *„Macleod. Badanie kliniczne"* . Edra Urban&Partner. Wrocław
3. Silvermann JD, Kurtz SM, Draper J. (2018): *"Umiejętności komunikowania się z pacjentem"* Medycyna Praktyczna, Kraków

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. Jana Kilińskiego 1, 15-089 Białystok
Projekt „*Wdrożenie programu rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z wykorzystaniem Centrum Symulacji Medycznej*" współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 - 2020.