

BORDER|NET *work*

2010-2012
CROSSING BORDERS,
BUILDING BRIDGES
PRZEZ GRANICE,
BUDUJĄC MOSTY

Podręcznik

dla wykładowców medycyny do
nauczania kompetencji
komunikacyjnych i udzielania porad w
rozmowie z pacjentami na temat
zakażeń przenoszonych drogą płciową

Bordnet Work Pakiet 4



Funded by
the Health Programme
of the European Union



Bundesministerium
für Gesundheit

SPI FORSCHUNG



Mecklenburg
Vorpommern



Ministerium für Arbeit,
Gleichstellung und Soziales

co-funding by the Ministry of Labour, Social Affairs and Equality
of the Federal State of Mecklenburg-Vorpommern / Germany

Copyrights 2012

Prawa autorskie należą do autora i wydawcy

ISBN:

BORDERNET*work* 2010-2012

Wysoce aktywna prewencja: rozszerzenie kali zapobiegania HIV/AIDS/Chorób Przenoszonych Drogą Płciową, diagnostyka i leczenie w poprzek sektorów i przez granice krajów Europy Środkowo-Wschodniej i Południowo-Wschodniej

Autor: Dr. Ottmar Herchenröder, Uniwersytet Rostock, Wydział Medycyny

Weryfikacja, edycja: Mobiles Aufklärungs-Team zu Sexualität und AIDS

Przekład: Dr. Danuta Krause

Wydawca: Mobiles Aufklärungs-Team zu Sexualität und AIDS

Publikacja ta powstała z projektu BORDERNET*work*, który otrzymał dofinansowanie z Unii Europejskiej w ramach Programu Zdrowie, w ten zrab od ten Zdrowie Program i pewien co - fundusz a propos Ministerstwo Pracy, Równouprawnienia i Spraw Społecznych Meklemburgii-Pomorza od ten Federalny Wyrażać od Mecklenburg Vorpommern / Niemcy

Przedmowa

Wraz ze startem projektu BORDERNET rozpoczęto m.in. analizę sytuacji, która wykazała, że wśród lekarzy i wykwalifikowanej kadry w publicznej służbie zdrowia istnieje duża potrzeba doksztalcania w zakresie porad dotyczących testów na HIV, zarówno w warunkach ambulatoryjnych, jak i opieki stacjonarnej. W wyniku dwustronnych interdyscyplinarnych (edukacja, doradztwo, medycyna) konferencji specjalistycznych z poradnictwa dotyczącego testów na HIV i dyskusji ekspertów z różnych dziedzin, zarówno w Polsce, jak i Meklemburgii-Pomorzu Przednim, stwierdzono, że powinny być rozwijane intensywniej dwa nurty:

1. Doksztalcanie wykwalifikowanej kadry
2. Interdyscyplinarne seminaria dla studentów

Szybko stało się jasne, że zespoły w regionie modelowym I, składające się z Małgorzaty Kłys-Rachwalskiej, Anny Boroń-Kaczmarskiej i ich współpracowników w Szczecinie oraz Kathrin Bever i jej współpracowników z Mobilnej Grupy Edukacyjnej (MAT) w Meklemburgii-Pomorzu Przednim, miały wszelkie przesłanki do współpracy między różnymi zawodami.

Wypracowane nurty zostały zawarte we wspólnym liście intencyjnym województwa zachodniopomorskiego i Ministerstwa Spraw Społecznych i Zdrowia Meklemburgii-Pomorza Przedniego (grudzień 2008), w celu „Zdrowie”, pod tytułem "Poprawa jakości poradnictwa w zakresie testów na HIV" i tym samym stały się kamieniem węgielnym dla dalszej pracy.

Ponieważ zapobieganie HIV zostało w tym czasie rozszerzone i ujęte w profilaktyce zakażeń przenoszonych drogą płciową, to w najszerszym znaczeniu chodziło o promowanie "zdrowia seksualnego". Rozmowy ekspertów z różnych zawodów promowały ukierunkowane ćwiczenia w prowadzeniu rozmowy na ten temat, jako aktywne uczenie się studentów medycyny.

Ćwiczenia te miały na celu, oprócz przekazywania treści zawodowo-medycznych, zawartych już w treściach nauczania uniwersyteckiej edukacji medycznej, przede wszystkim doskonalenie kompetencji komunikacyjnych studentów w rozmowach z pacjentami na intymne i wstydlive tematy zdrowia seksualnego. Praktyczne ćwiczenia w tej dziedzinie są często zaniedbywane w regularnym toku studiów i dlatego były centralnym punktem projektu w ramach BORDERNET.

Ponieważ istniały już wcześniejsze kontakty z Uniwersytetem w Rostocku i ogólnoeuropejskim projektem „Bezpiecznie zakochani” (MSV - „*Mit Sicherheit Verliebt*” - projekt profilaktyki dla młodocianych i studentów medycyny), pedagodzy z MAT przedstawili najpierw ofertę zewnętrznych seminariów komunikacyjnych z zakresu zdrowia seksualnego dla studentów „MSV”. Grupą docelową tego szkolenia byli studenci medycyny wyższych semestrów, ponieważ mają oni już praktyczne doświadczenie z pacjentami.

Analiza seminariów o charakterze pedagogicznym wykazała potrzebę znalezienia nauczyciela kształcenia medycznego na Uniwersytecie w Rostocku, żeby móc połączyć ze sobą na sesjach treningowych medycynę i pedagogikę. Dr Herchenröder z Uniwersytetu w Rostocku, który już aktywnie uczestniczył w dwustronnych konferencjach fachowych, był bardzo otwarty na pomysł przeprowadzenia seminariów komunikacyjnych. W swoich seminariach dr Herchenröder pracował już metodą "nauczania ukierunkowanego na problem " i był otwarty na temat komunikacji. Znał braki w tej dziedzinie.

Tak więc wspólnym celem było wypróbowanie interdyscyplinarnej koncepcji, "Komunikacja w obszarze zdrowia seksualnego". Głównym punktem było opracowanie specjalnego przewodnika do rozwijania kompetencji komunikacyjnych i doradczych w zakresie zdrowia seksualnego w uniwersyteckim kształceniu medycznym, który mógłby zostać włączony do dydaktyki. Zadaniem kooperacji dra Herchenröder z pedagogami MAT było połączenie treści pedagogicznych z medycznymi.

Oprócz wspomnianych seminariów oferowanych studentom polskim i niemieckim, celem było opracowanie koncepcji szkoleń dla wykładowców, służących przekazywaniu kompetencji komunikacyjnych i doradczych w zakresie zdrowia seksualnego. Szczególnie interesujące było dowiedzieć się, jakie wyniki przyniosła współpraca z Kliniką w Szczecinie. Dlatego pedagodzy z MAT spotykali się wielokrotnie z polskimi partnerami współpracy w Szczecinie.

Spis treści

Wstęp	6
Tematy zajęć	10
Cele nauczania i uczenia się	12
Formy nauczania	14
Materiały na zajęcia	17
Wnioski	28
Posłowie	29
Literatura	30
Aneks	31
Podziękowania	48
O autorze	48

Wstęp

Podstawy

Uwagi wstępne

Kształcenie medyczne od lat znajduje się w przełomowym okresie. Obok treści klinicznych i naukowych studiujący są coraz wcześniej i intensywniej wdrażani do pracy przy pacjencie i z pacjentem. Powoduje to konieczność wprowadzania nowych metod nauczania. Cechami istniejących już programów nauczania są:

- mniej zajęć gremialnych
- więcej zajęć w małych grupach
- więcej zajęć przekrojowych w danych obszarach
- zajęcia ukierunkowane na problem
- wcześniejszy kontakt z pacjentem
- wczesne wzmacnianie kompetencji komunikacyjnych
- włączenie do zajęć tak zwanych pacjentów standaryzowanych.

Poszerzenie oferty zajęć mających na celu wzmocnienia zdolności komunikacyjnych jest jednomyślnie popierane przez studentów (1). Dokument prezentujący stanowisko Towarzystwa Kształcenia Medycznego można rozumieć jako podstawę włączenia kompetencji komunikacyjnych i społecznych do programów nauczania (2). Przedstawiona tu koncepcja ma się przyczynić do wykształcenia u studentów umiejętności komunikacyjnych w kontakcie z pacjentem cierpiącym na choroby przenoszone drogą płciową lub ze schorzeniami narządów płciowych.

Przedstawiany podręcznik ma wspomagać wykładowców przy nauczaniu studentów, jak prowadzić rozmowy z pacjentem. Włączenie wywiadu seksualnego do rozmowy poprawia opiekę nad pacjentami w dłuższej perspektywie i ułatwia udzielanie porad w zakresie opieki prewencyjnej i kontroli poterapeutycznej oraz profilaktyki w przypadku chorób przenoszonych na drodze płciowej. Podane są propozycje celów nauczania i treści nauczania oraz opisane przydatne formy nauczania.

Wskazówki ogólne

- **Grupy docelowe**

Podręcznik skierowany jest do wykładowców kształcenia medycznego. Podane będą pomysły, jak można przekazać studentom medycyny umiejętności komunikacji. Tematy i metody nauczania mają stanowić uzupełnienie zajęć na studiach medycznych. Odpowiednim przedziałem czasowym jest drugi etap kształcenia lekarskiego, najlepiej na czwartym lub piątym roku studiów. Na kadrę dydaktyczną w pierwszej linii przewidywani są wykładowcy przedmiotów medycyny ogólnej, ginekologii, urologii, dermatologii lub psychologii medycznej. Podstawowa idea nauczania umiejętności prowadzenia dobrej rozmowy z pacjentem oraz opisane tematy i formy nauczania mogą być także obiektem zainteresowania nauczających inne przedmioty.

- **Rozgraniczenia**

Opisane treści nauczania nie ingerują w naukowo-praktyczne wykształcenie z przedmiotów urologia, ginekologia, dermatologia, mikrobiologia, wirusologia lub zakaźnictwie. Również fachowe wykształcenie studiujących w odniesieniu do neoplastycznych schorzeń narządów płciowych lub zaburzeń seksualnych nie jest przedmiotem tego podręcznika.

- **Wskazówki dotyczące języka specyficznego dla płci**

Poniżej rezygnuje się w całości na różnicowanie lekarz/lekarka, student/studentka, wykładowca/wykładowczyni, stosowania wewnętrznych dużych liter lub *gender gaps* („Student/ki”). Zasadniczo dane pojęcia są stosowane jednakowo dla obu płci. Pojęcia pacjent lub pacjentka są różnicowane wtedy, kiedy jest to niezbędne do zrozumienia określenia płci

- **Dla wykładowców**

Zasad komunikacji można się nauczyć. Przedstawienie ich podstaw nie jest przedmiotem niniejszej publikacji, ponieważ do dyspozycji jest dostatecznie dużo literatury. Można wskazać, przykładowo, prace Paula Watzlawika (3) i Friedemanna Schulza von Thun (4). Podręcznik daje nauczającemu inspirację i stanowi pomoc przy przekazywaniu wiedzy i umiejętności ogólnego prowadzenia rozmowy z pacjentami, szczególnie w odniesieniu do chorób przenoszonych drogą płciową i schorzeń narządów płciowych. Przedstawiany podręcznik ma wspomagać nauczyciela w instruowaniu studentów, jak obchodzić się z pacjentami cierpiącymi na „wstydlive” choroby Materiał dydaktyczny należy rozumieć jako przykłady, które mają zainspirować wykładowców do projektowania własnych materiałów na podstawie kazuistyki ze swojej praktyki lekarskiej i osobistych doświadczeń.

- **Współpraca niemiecko-polska**

Przy układaniu niniejszego podręcznika i planów seminariów, włączano tak intensywnie i tak często, jak to możliwe, opinie i współpracę kolegów z kliniki uniwersyteckiej w Szczecinie (Polska). Odbływały się wielokrotnie spotkania partnerów. W Rostocku odbyły się wspólne warsztaty polskich i niemieckich studentów. Do warsztatów przygotowano wspólnie z prof. Boroń-Kaczmarską kompendium fachowych pojęć medycznych. Podczas prezentacji wypróbowano treści i metody nauczania zawarte w podręczniku z uwzględnieniem sytuacji w obu krajach. Mimo to, opisane formy nauczania dotyczą w swej istocie warunków studiowania w Niemczech, ponieważ w Polsce Standaryzowany Pacjent jest jeszcze rzadko stosowany.

- **BORDERNETwork-konferencja ewaluacyjna**

Podręcznik został przedstawiony w swoich podstawowych zarysach podczas konferencji ewaluacyjnej w Berlinie, w październiku 2012 r. Uczestnicy poruszali także międzykulturowe aspekty komunikacji lekarz-pacjent. Wspólnie z polskimi kolegami przedstawiono i wspólnie oceniono rozmowy pacjentów na kanwie specyficznych scenariuszy. Wyniki znalazły się w niniejszej publikacji.

Sformułowanie problemu

Stan wyjściowy

Stosownie do obowiązującego regulaminu przyznawania prawa do wykonywania zawodu lekarza, celem studiów medycznych jest naukowe i praktyczne wykształcenie studiujących na wykonujących na własną odpowiedzialność i samodzielnie zawód lekarza oraz przygotowanie ich do ciągłego kształcenia się (5). Studenci medycyny otrzymują ugruntowane teoretyczno-naukowe i praktyczne wykształcenie, uprawniające ich do zawodu lekarza, jak też przygotowujące w sposób ukierunkowany do praktycznej pracy jako lekarz.

Oczywiście, lekarze pracujący w klinikach, a zwłaszcza lekarze rodzinni, są świadomi znaczenia prowadzenia rozmowy i oddziaływania komunikacji na pacjentów. W swojej pracy zawodowej rozwinęli własne strategie, aby sprawnie i w ukierunkowany sposób dowiedzieć się o pilnych problemach zdrowotnych pacjentów, zdiagnozować je i ostatecznie efektywnie leczyć. Wielu lekarzy skarży się na brak czasu, co nie pozwala, żeby w pojedynczym przypadku zajmować się dokładniej jednym pacjentem, poruszać istotne dla jego zdrowia sprawy warunków życia i tym samym zgłębić nadrzędne związki z chorobami. Także szczegółowe porady profilaktyczne ponad to, o co pyta się sam pacjent, mogą paść ofiarą presji czasu.

W związku z tym, wielu studentów medycyny skarży się, że podczas studiów nie są dostatecznie wyszkoleni co do zasad prowadzenia rozmów z pacjentami. Tym samym, początkujący lekarze już na początku swojej drogi zawodowej są skazani na osobiste zdolności i indywidualną inwencję w kształtowaniu rozmowy z pacjentem. Niektórzy młodzi lekarze dopiero podczas praktyki lub rocznego stażu mają okazję „podejrzeć”, jak doświadczony lekarz komunikuje się z pacjentem, i dopiero podczas pracy praktycznej uczy się od doświadczonego kolegi stosownych środków werbalnych i indywidualnych form prowadzenia rozmowy.

Szczególnym wyzwaniem dla lekarza są pacjenci, którzy przychodzą z chorobami przenoszonymi na drodze płciowej. Dla urologów i ginekologów sytuacja ta jest bardziej zręczna, bo w końcu narządy płciowe i ich schorzenia są przedmiotem ich lekarskich czynności. Ci specjaliści są przyzwyczajeni do badania obszarów ciała pacjentów, które z reguły oglądają nieliczni.

Odwrotnie, również pacjent jest przygotowany na rozmowę i badania narządów rozrodczych, choćby z faktu, że przyszedł do odpowiedniego specjalisty. W takich przypadkach łatwiej jest lekarzowi postawić wszystkie wymagane pytania i przeprowadzić niezbędne badania. Ostatecznie, w ramach stawiania diagnozy, jest już w środku tematu i ma nie tylko możliwość poruszenia z pacjentem sprawy terapii, ale również omówić zagadnienia postępowania po leczeniu i zapobiegania.

Najpierw jednak pacjent musi znaleźć drogę do lekarza specjalisty. Najczęściej jest kierowany przez lekarza rodzinnego. Dla lekarzy medycyny ogólnej początkowo może być trudno wydobyć od pacjenta informacje, jakie regiony ciała sprawiają mu rzeczywiście troski. Pacjenci, w przypadku chorób narządów płciowych, nie zawsze opowiadają spontanicznie o szczegółach lekarzowi rodzinemu. Jeśli jednak badanie ciała kończy się na pępku, to istnieje zagrożenie rozniesienia choroby.

Żeby swobodnie zagadnąć pacjenta, lekarz musi posiadać w dużej mierze empatię, aby spowodować otwarcie się pacjenta i móc w pełnym zaufaniu rozmawiać o szczególnym problemie zdrowotnym. Zasad rozmowy z pacjentem można się wyuczyć- najlepiej odbywa się to przez ćwiczenie.

Niezbędne zmiany w studiach medycznych

Pierwsze rozporządzenie dotyczące zmiany regulaminu w przyznawaniu prawa do wykonywania zawodu dla lekarzy z dnia 17 lipca 2012 (6) uwzględnia wiedzę o tym, że dobre prowadzenie rozmowy lekarskiej może zdecydowanie poprawić wywiad, diagnozę i w końcu terapię. Dlatego w stosunku do regulaminu przyznawania prawa do wykonywania zawodu lekarza z dnia 27 czerwca 2002, zdanie 5 w § 1 ustęp 1, rozszerzono, jak następuje: *"Kształcenie powinno zawierać także zagadnienia prowadzenia rozmowy lekarskiej"*... W odniesieniu do ustnego egzaminu praktycznego (nowy § 30) ustalono, że kandydat na egzaminie „... *dysonuje konieczną dla lekarza transdyscyplinarną wiedzę podstawową i niezbędnymi zdolnościami i umiejętnościami także do prowadzenia lekarskiej rozmowy*. Tym samym kształtujący mają w przyszłości obowiązek zaoferować odpowiednie zajęcia i sprawdzić podczas egzaminu wymienione umiejętności.

Na niektórych wydziałach programy studiów zostały już poprawione w ubiegłych latach w tym kierunku, żeby w sposób ukierunkowany szkolić u przyszłych lekarzy zdolności komunikacyjne. Osiągnięto to szczególnie w tak zwanych rocznikach reformowych. Istniejące programy szkolenia umiejętności komunikacyjnych, jako część lekarskiego działania, zawiera szereg nowych form nauczania. Składają się one najczęściej z zajęć w małych grupach przy udziale tak zwanych pacjentów standaryzowanych. W ten sposób wielu studentów zdobywa podczas swojego kształcenia narzędzie do prowadzenia rozmowy.

Komunikacja na poziomie oczu i akceptacja pacjenta jako partnera stwarzają wzajemne zaufanie. Bazą do długotrwałego związku lekarza i pacjenta jest utrzymujące się zadowolenie pacjenta. Przy takich przesłankach pacjent otworzy się werbalnie wobec lekarza, także przy wstydlivych pytaniach i zwłaszcza wtedy, kiedy cierpi na choroby przenoszone drogą płciową, i będzie szukał u niego pomocy.

Pytania dotyczące kształcenia

Przy infekcjach przenoszonych na drodze płciowej rozmowa z pacjentem jest szczególnym wyzwaniem dla lekarza. Ale jak dobrze są przygotowani lekarze do swoich zadań przy obchodzeniu się z pacjentem w przypadku schorzeń układu moczopłciowego i zakażeń przenoszonych na drodze płciowej? Jak lekarz rozpoczyna rozmowę z pacjentem o jego seksualności? Jak lekarz radzi sobie w sytuacjach, kiedy przekroczona zostaje jego własna granica wstydu? Jak pogodzić empatię z rzeczowością podczas rozmowy z pacjentem? Kiedy pyta się o to studentów i młodych lekarzy, to z odpowiedzi wynika duża potrzeba nadrobienia wykształcenia.

Tematy zajęć

Choroba między wstydem a winą

„Dobre“ i „złe“ choroby

Każda choroba ma swoją własną opinię. Zawał serca u menadżera w połowie pięćdziesiątki tłumaczy się w jego otoczeniu raczej przepracowaniem podczas długoletniej, pełnej sukcesów pracy po 16 godzin dziennie, niż nierozsądnym trybem życia, zbyt tłustym jedzeniem i konsumpcją nikotyny. Udar u robotnika budowlanego w tym samym wieku, pracującego na niepełny etat, spostrzegana jest tendencyjnie odwrotnie - ze znakiem ujemnym. Nawet jeśli zamieni się schorzenia obydwu pacjentów, to zawał serca oceniany jest znacznie lepiej niż udar. O liczbie bajpasów i stentów można swobodnie rozmawiać zarówno przy barze w Hiltonie, jak też w knajpie na rogu. Jakkolwiek obydwaj skrzętnie zachowują dla siebie, zarówno menadżer, jak i robotnik budowlany, liczbę tygodni rehabilitacji po udarze.

Z podobnymi, subiektywnymi, przeciwnymi ocenami spotykają się zwyrodnieniowe zmiany lub zapalenie stawów. O ile wczesne zużycie stawów łączone jest ze szczególnie sportowym trybem życia, to dla zapalenia stawów pozostaje jedynie ciche ubolewnie, które nie jest neutralizowane nawet przez informację, że matka i dziadek wujeczny mieli także poważny reumatyzm. Szczególnie wyraźnie różnią się oceny między nieuniknionym losem i rzekomą winą przy chorobach nowotworowych. Odpowiednim przeciwstawieniem są pary słów- rak prostaty i rak oskrzeli, a także rak piersi i rak szyjki macicznej. Uwzględniając to, co powiedziano wyżej, od razu staje się wyraźne, jaką pozycję zajmują pacjenci dotknięci chorobą przenoszona na drodze płciowej: słowami kluczowymi są tu wstyd, poczucie winy i życzenie, żeby zachować wiedzę o chorobie dla siebie. Żeby pacjent, na tle powyższej wiedzy, mógł z pełnym zaufaniem otworzyć się przed lekarzem, niezbędna jest jego zasadnicza postawa, bez uprzedzeń - także w odniesieniu do seksualności swoich pacjentów. Powinien być w stanie przeprowadzić wywiad seksualny u pacjenta tak samo bez uprzedzeń, jak w przypadku anamnezy każdej innej choroby.

Zdrowie mężczyzn

Społeczne i gospodarcze zrównanie kobiet, również w krajach zachodnich, nie zostało bynajmniej dokonane w pełni. Natomiast prawie w pełni zapewniona jest opieka zdrowotna kobiet przez cały okres życia. U mężczyzn tego nie ma. Noworodki, niemowlęta i dzieci szkolne mają niezależnie od płci zapewnioną w jednakowej mierze opiekę zdrowotną i działania prewencyjne. W okresie dorastania rozwierają się nożyce: podczas gdy *zdrowe* dziewczęta i kobiety poddane są regularnej opiece ginekologicznej, chłopcy i mężczyźni, po odrobieniu kalendarza szczepień, rzadko widzą lekarza, chyba że w razie wypadku. Po zlikwidowaniu powszechnej służby wojskowej odpadają nawet lekarskie badania obowiązkowe młodych mężczyzn w wojskowej komendzie uzupełnień.

W najbardziej niekorzystnym przypadku mężczyźni odnajdują ponownie drogę do lekarza w wieku, kiedy występują u nich ciężkie, zwłaszcza internistyczne, schorzenia. W przeciwieństwie do kobiet, muszą się na nowo *nauczyć* obcowania z lekarzem. Dla lekarza z kolei, obchodzenie się z męskim pacjentem może stanowić większe wyzwanie pod względem komunikowania się niż z kobietą. Już studentom należy tę okoliczność uświadomić podczas kształcenia.

Choroby wstydlive

Przy opisanych wyżej przesłankach od razu i wyraźnie widać, że lekarz w przypadku ostrego zapalenia oskrzeli lub zwichniętej nogi u pacjenta musi wykazać się stosunkowo mniejszymi zdolnościami słuchania i sztuką mówienia, żeby postawić prawidłową diagnozę i ustalić odpowiednią terapię. Natomiast drugi koniec skali empatii lekarza musi być wykorzystany wtedy, gdy jego *vis a vis* wstydzi się rozmawiać o swojej chorobie i czuje się winny, że znalazł się w swoim obecnym położeniu zdrowotnym, albo ma poczucie, że sam doprowadził się do takiej sytuacji. Niniejszy podręcznik przyczyni się do tego, że już studentów będzie się szkolić, jak obchodzić się bez uprzedzeń z pacjentami mającymi wstydlive choroby. Także tutaj celem wszelkiego działania lekarza jest obszerny wywiad, dokładne postawienie diagnozy, optymalne leczenie i wyczerpująca porada w kierunku zapobiegania.

Cele nauczania i uczenia się

Poznawcze cele uczenia się

Podstawy chorób wstydliwych i przenoszonych na drodze płciowej

Wstydliwymi chorobami są nie tylko choroby przenoszone drogą płciową. Już choroby grzybicze skóry powodują u niektórych pacjentów niechęć do wizyty lekarskiej i są oni skłonni najpierw leczyć się środkami z apteki. Ale nawet w przypadku uzyskania porady u aptekarza i skuteczności zastosowanego leku, pacjent nie uzyskuje dokładnej porady odnośnie zapobiegania.

Przytoczona poniżej lista opisuje te choroby, których diagnostykę i leczenie powinni opanować studenci. Ponadto racjonalne się wydaje, żeby posiadać również wiedzę o zapobieganiu.

W celu poszerzenia kompetencji komunikacyjnych w rozmowie z pacjentem z chorobami wstydliwymi i przenoszonymi na drodze płciowej można na podstawie poniższego wyboru chorób -POL (uczenie ukierunkowane na problem)- opracować przypadki, tematy seminariów i scenariusze interakcji studentów z pacjentem standaryzowanym:

- grzybica strzygąca stóp (tinea pedis)
- łupież (Phthiriasis)
- zapalenie pęcherza moczowego (cystitisG)
- chlamydia i rzęsistkowica (chlamydiosis et trichomoniasis)
- bakteryjne zapalenie pochwy
- wrzód weneryczny (ulcus molle)
- rzerzączka (gonorrhoe)
- kiła (lues)
- kłykcina kończysta i grudkowatość bowenoidalna
- mięczak zakaźny (molluscum contagiosum)
- opryszczka genitaliów (herpes genitalis)
- zapalenie wątroby (hepatitis A, B i C)
- HIV

W odniesieniu do zdrowia mężczyzn można włączyć do celów nauczania, oraz jako omówienie przypadku, typowe objawy choroby, jak stulejka i wodniak/torbiel jądra.

Emocjonalne i socjalne cele uczenia

Szczególnie podczas rozmowy w przypadku podejrzenia lub wystąpienia wstydlivych schorzeń wymagana jest od lekarza z reguły większa empatia niż przy innych chorobach. Dotyczy to zwłaszcza chorób przenoszonych na drodze płciowej. W celu przygotowania się do takich szczególnych okoliczności rozmowy można sformułować następujące cele uczenia:

- znajomość zasad prowadzenia rozmowy lekarskiej
- świadomość oddziaływania mowy ciała, mimiki i gestykulacji
- wola akceptacji pacjenta jako partnera
- zdolność do samorefleksji nad własnym zachowaniem się w komunikacji
- znajomość różnych stylów życia seksualnego
- brak uprzedzeń wobec różnych stylów życia seksualnego
- uświadomienie sobie własnych granic wstydlivosti
- rozwijanie zdolności do objaśniania pacjentowi, odpowiednio do jego możliwości intelektualnych, choroby, sposobie jej zapobiegania i zarażenia
- rozwijanie dostatecznej suwerenności w doradzaniu pacjentowi, również bez jego wyraźnego życzenia i bez mentorskiego tonu, w sprawach unikania zakażenia partnerów lub partnerek.

Jako podstawę prowadzenia rozmowy lekarskiej poleca się podręcznik komunikacji lekarskiej autorstwa Axela Schweickhardta i Kurta Fritzschego (7). Przy poradzie dotyczącej dróg przenoszenia i zapobiegania - dla pacjentów i ich partnerów - szczególnie ważny jest równorzędny dialog między lekarzem a pacjentem. Lekarz i pacjent powinni się rozumieć wzajemnie jako partnerzy. Lekarz powinien być świadomy tego, że dla pacjentów ze wstydlivymi chorobami jest często jedynym partnerem rozmowy. Ponieważ w innym razie, zamiast równorzędnej wymiany, pacjentowi pozostaje tylko Internet, gdzie znajduje liczne nieprawdziwe informacje, rozmowa z pacjentem nabiera w tym kontekście szczególnego znaczenia, zarówno dla pacjenta, jak i jego seksualnego partnera.

Formy nauczania

Wykład

Do wprowadzenia w temat „Rozmowa z pacjentem w przypadku chorób wstydlivych i obarczonych winą” wykład jest przydatny tylko do uświadczenia podstawowych zasad komunikacji. Do przygotowania wykładu nadają się standardowe dzieła Watzlawicka, Schulza von Thun, a zwłaszcza von Schweickhardta i Fritzschego. Na wykładzie studiujący powinni zostać uczuleni także na różnice między „dobrymi” a „złymi” chorobami. Na końcu mogą być przytoczone i opisane przykłady chorób wstydlivych, a wśród nich szczególnie choroby płciowe. W tym kontekście istnieje możliwość poruszenia odmiennosci w temacie zdrowia mężczyzn.

Seminarium, warsztaty i Uczenie się Ukierunkowane na Problem (POL)

Kompetencje komunikacyjne najlepiej przekazywać i próbować za pomocą interaktywnych form uczenia się. Prezentowana jako przypadek POL historia choroby może być włączona na wstępie do seminarium lub warsztatów komunikacyjnych. Gotowa historia przypadku jest przedstawiana przez wykładowcę lub –lepiej– opracowana razem z uczącymi się. Następnie dwóch studentów może zagrać fikcyjną rozmowę lekarz-pacjent. Inni uczestnicy notują swoje wrażenia i omawiają je razem z przedstawiającymi, krytykują i proponują poprawki. Na koniec może odbyć się druga rozmowa, w której ujęte zostały uwagi krytyczne i propozycje.

Włączenie aktorów w ćwiczeniach rozmów z pacjentem

Podczas sporządzania niniejszego podręcznika i praktycznego stosowania okazało się, że wykonanie rozmowy z pacjentem przez osoby z grona studentów rzadko się udaje. W tym miejscu odsyła się do objaśnień w aneksie. Udział zawodowych aktorów w rozmowie lekarz-pacjent jest preferowany.

Zajęcia z aktorami

Podstawy

Obecnie na wielu wydziałach w zajęciach biorą udział, jako tak zwani pacjenci standaryzowani lub symulacyjni, wykształceni aktorzy, studenci szkół teatralnych lub aktorzy amatorzy oraz indywidualnie przeszkoleni dawni pacjenci. Można wymienić tu koncepcje uniwersytetów Heidelberg, Berlin, Drezno lub Munster. Jakkolwiek wszystkie istniejące koncepcje różnią się od siebie, to jednak studentom przekazywane są podstawowe umiejętności do przeprowadzenia przekonującej i budującej zaufanie rozmowy z pacjentem. Również w niniejszym podręczniku główny nacisk zajęć położony jest na grę aktorską. W tym celu opracowano dwa scenariusze: jeden- jako przykład nieudanej rozmowy, oraz drugi - jako przykład zadowalającej rozmowy z pacjentem (patrz aneks). Role są ćwiczone wielokrotnie na zajęciach ze studentami.

Przedstawienie rozmowy lekarz-pacjent

Niniejszy podręcznik zawiera opracowane i wypróbowane koncepcje do zastosowania na zajęciach w małych grupach. Przy czym dwóch studentów szkoły aktorskiej przedstawia protagonistów lekarza i pacjenta na podstawie ustalonych scenariuszy.

W scenariuszu rozwija się rozmowa z młodym mężczyzną, na początku dwudziestki, chorującego na półpaśca. Choroba obejmuje obszar od lewej strony pleców do piersi przez dwa segmenty nerwowe i została zdiagnozowana pozytywnie klinicznie oraz na podstawie parametrów laboratoryjnych: anty_VZV-IgG >12.000 jednostek i anty-VZV-IgM. Pacjentowi przypisano przyjmowanie tabletek Acyclovir. Rozmowa toczy się przy okazji badania kontrolnego.

Zadaniem lekarza jest przekazanie pacjentowi, że półpasiec w jego wieku jest czymś niezwykle i może wskazywać na immunosupresję. Lekarz ma wyjaśnić pacjentowi, że powinien on wykonać test HIV jako diagnostykę wykluczającą. W tym celu musi objaśnić pacjenta w odpowiedni sposób, a na koniec poprosić o jego pisemną zgodę.

Wbrew niektórym teoriom nauczania, w scenariuszu pierwszego przykładu rozmowy między lekarzem a pacjentem świadomie robi się możliwie dużo rzeczy nieprawidłowo, ale bez informowania. Przy ćwiczeniu tej sceny należy zwracać uwagę na to, żeby w danej roli nie przesadzić i nie przedstawić lekarza w sposób karykaturalny, jako zupełnie niesympatycznego osobnika w białym kitlu. Lekarz „obrabia” pacjenta.

Brak empatii i mała komunikatywność dotyczy nie tylko dialogu prowadzonego przez lekarza, ale także postawy ciała, skąpy kontakt wzrokowy ze swoim vis a vis, odbierana raczej jako szorstka gestykulacja i wrażenie braku czasu dla swoich pacjentów. Pacjent, sprawiający początkowo wrażenie obojętne, ale też otwartości, w miarę przebiegu wizyty przyjmuje postawę coraz bardziej obronną, zamyka się, staje się milczący i opuszcza przychodnię wyraźnie sfrustrowany, kiedy lekarz odesłał go do poczekalni.

Kiedy ta scena została odegrana przed grupą studentów, otrzymują oni zadanie, żeby szczegółowo wymienić, co w rozmowie przebiegało źle. Jako grupy tematyczne powinni ująć postawę ciała, gestykulację, trzymanie rąk, spojrzenie lekarza **oraz** pacjenta. Dopiero wtedy mają omówić szczegóły dialogu między uczestnikami sceny. Przy czym grający mogą być włączeni do tego omawiania.

Drugi scenariusz został napisany jako przykład udanej rozmowy z pacjentem, z której obydwaj partnerzy są zadowoleni. Zamiast odegrania rozmowy przez obydwóch aktorów, można obsadzić rolę lekarza jednym z uczestników zajęć. Alternatywnie rozmowę lekarską może przeprowadzić dwóch studentów.

Materialy na zajęcia

Literatura ogólna

- Watzlawick P. Menschliche Kommunikation. Hans Huber Verlag, Bern, 2007
- Schulz von Thun F. Miteinander reden: 1 – Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Rowolt Verlag, Reinbek, 2011

Scenariusz

- Schweickhardt A und Fritzsche K: Kursbuch ärztliche Kommunikation – Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. Deutscher Ärzteverlag Köln, 2. Aufl. 2007 ISBN 978-3-7691-3412-4

Materialy własne

- przykładowy raport z badań
- instrukcje reżyserskie do komunikacji w medycynie
- scenariusz rozmowy lekarz-pacjent
- scenariusz lekarz-pacjent
- kompendium fachowych terminów medycznych (niemiecki, angielski, polski)
- przypadek POL

Raport wyników badania na seminarium biotechnologia, kierunek diagnosta

Lekarze Hinz & Kunz - Usługi diagnostyczne w Państwa okolicy

Dr med. Adele Hinz
Dr n.biol. Alfred Kunz
Nierengasse 12
12345 Spritzmow

Gabinet
Dr med. Leberecht Leibfried
Schulterblatt 69
12346 Lebershausen

21.2.2012

Podajemy wyniki Państwa pacjenta
Reiter, Roland, ur. 29.2.1989

Parametr	Wynik	Jednostka
Anty VZV IgG	>1200	IU
Anty VZV IgM	dodatni	-/-
Hepatitis A		
IgG	dodatni	-/-
IgM	ujemny	-/-
Hepatitis B		
Antygen HBs	ujemny	-/-
Anty HBs	586	IU
Anty HBc IgG/IgM	ujemny	-/-
Anty HBc IgM	ujemny	-/-
Antygen Hbe	nie wykonywano	
Anty Hbe łącznie	nie wykonywano	
Hepatitis C		
Anty HCV łącznie	ujemny	-/-
HIV 1/2		
test przesiewowy	ujemny	-/-
test potwierdzający	nie wykonywano	

Phillip Phillips Biotechnolog

Dr med. Christine Neubauer

Instrukcja reżyserska 1 na seminarium Komunikacja w medycynie

„Epilog“ – rola lekarza

Jest pan praktykującym lekarzem

23 letni Ronny Reiter pracuje jako pomocnik w porcie i ponownie zjawia się pana gabinecie. Przed tygodniem leczył go pan na półpaśca i przepisał Acyclovir. Dzisiaj przychodzi na badanie kontrolne. Półpasiec obejmował obszar dwóch segmentów na lewej stronie ciała. Półpasiec występuje u tak młodych mężczyzn rzadko i może wskazywać na deficyt odporności, np. w wyniku zakażenia HIV.

W tym czasie otrzymał pan wyniki badań laboratoryjnych:

- anty-VZV-IgG > 12.000 jednostek
- anty-VZV-IgM dodatni

Pański pacjent opowiada też, że wkrótce wybiera się na urlop. Półpasiec może się pogorszyć podczas intensywnego naświetlania promieniami słonecznymi.

Ponieważ pacjent stracił w sposób widoczny na wadze i ogólnie sprawia wrażenie słabszego niż w ubiegłym roku, chciałby pan wykonać u niego test HIV. Do tego potrzebna jest pisemna zgoda pacjenta.

Pana zadanie:

- proszę spróbować dowiedzieć się czegoś więcej o warunkach życia pacjenta
- proszę mu wytłumaczyć, że chce pan wykonać test HIV i dlaczego,
- proszę zwrócić uwagę na to, że nie można przekroczyć intelektualnych możliwości pacjenta ani go wystraszyć.

Instrukcja reżyserska 2 na seminarium Komunikacja w medycynie

„Epilog“ – rola pacjenta

Ma pan 23 lata i pracuje przy odprawie towarów

Od czasu separacji z żoną jest pan już od roku sam. Mimo to jest pan wesół jak zawsze i był pan w kilku krótkich, ale intensywnych związkach. Teraz ma pan znowu dużo pracy w porcie, po tym, kiedy jeszcze przed kilkoma miesiącami z powodu kryzysu gospodarczego przez dłuższy okres był pan zatrudniony w skróconym wymiarze czasu pracy. Teraz zapowiadają się nawet nadgodziny i wieczorami jest pan zawsze wyczerpany od pracy, a mimo to już od miesięcy sypia pan źle. Dlatego cieszy się pan już teraz z urlopu: jeszcze dwa tygodnie i wyrusza pan z kumplem Kalle do Malle.

Od dwóch tygodni nie może pan spać na lewym boku. Na żebrach utworzyły się małe pęcherzyki i przed tygodniem był pan u lekarza. Pan dr Leibfried zdiagnozował półpasiec, pobrał krew i przepisał lekarstwo. Choć ból już się zmniejszył, przyszedł pan dzisiaj na umówione badanie kontrolne.

Kiedy lekarz skończył badanie i ubrał pan koszulę lekarz rozpoczyna dziwną rozmowę:

Pana zadanie:

- niech pan nie da sobie niczego wmówić!
- sprawy wyników laboratoryjnych nie zrozumiał pan jeszcze dobrze.
- nie ma powodu, żeby robić jeszcze raz badanie krwi
- o tym, że przy półpaścu nie można leżeć na plaży bez nasmarowania się dobrym kremem, przeczytał pan już w Internecie
- z jednej strony wie pan, że lekarz chce dla pana jak najlepiej, z drugiej natomiast wiadomo, że dzisiaj lekarze chętnie sprzedają różne badania „ekstra”

Scenariusz: rozmowa lekarz-pacjent nr 1

Sceneria: w gabinecie lekarza.

Lekarz (**D**) siedzi po prawej stronie biurka. Na blacie leżą jakieś papiery. Pacjent (**P**) wchodzi do pokoju z lewej strony. Zdjęcie ilustrujące zrobione zostało w pomieszczeniu konferencyjnym hotelu podczas seminarium pilotażowego



Lekarz siedzi przy stole, a pacjent wchodzi do pokoju. Lekarz podnosi się trochę ze swojego krzesła i krótko ściska rękę pacjenta poprzez stół. Pacjent siedzi wyprostowany, z rękami na udach.

D: Dzień dobry panie Lewandowski, jak się pan dzisiaj czuje?

Lekarz wskazuje pacjentowi ręką miejsce. Obydwaj siadają.

P: Dzień dobry, lepiej.

Lekarz bierze kartki ze stołu do ręki i mówi, patrząc na ich treść.

D: Jak wygląda pana półpasiec? Ma pan jeszcze bóle w plecach?

P: Tak, ale nie jest już tak źle.

D: A więc lekarstwa działają. Ważne jest teraz, żeby brał pan dalej tabletki! Jest pan właściwie za młody na półpaśca, Dlatego zastanawiałem się, czy nie musimy pana zbadać dokładniej.

P: Znowu pobieranie krwi?

Lekarz odchyła się w krzesło i kładzie wewnętrzne powierzchnie dłoni na krawędź stołu

D: Tak. Ponieważ obraz krwi jest ogólnie w porządku, musielibyśmy właściwie wykonać test na HIV. Strzeżonego pan Bóg strzeże!

P: Test na HIV? Co to jest?

D: Testem na HIV sprawdzamy, czy miał pan już kiedyś kontakt z wirusem AIDS.

Pacjent nieco wzburzony i niepewnym głosem:

P: Co? Nie jestem przecież gejem!

D: Ależ nie to mam na myśli. Półpaśca dostaje się, kiedy układ immunologiczny nie funkcjonuje prawidłowo,

Pacjent odchyła się w krześle do tyłu, zakłada nogę na nogę i krzyżuje ramiona.

P: Hmmm ...

D: Z tego nie musi nic wynikać. Ze względów prawnych musi się pan zgodzić na test. Wtedy pobierzemy krew i w przyszłym tygodniu przyjdzie pan znowu do mnie..

Lekarz przesuwając po stole opuszką palca kartkę śledząc jej ruch—jego spojrzenie spoczywa na kartce.

D: Jak powiedziałem, najczęściej wszystko jest w porządku. Proszę przeczytać tą ulotkę z informacjami w poczekalni.

Lekarz spogląda na pacjenta, robi ruch ręką, żeby zasignalizować tymczasowe zakończenie rozmowy

P: Mogę się o coś zapytać?

D: Odpowiedź na najczęściej stawiane pytania są w ulotce. Pomówimy o tym później.

Pacjent z widoczną niechęcią bierze ulotkę i odchodzi. Lekarz patrzy ponownie na leżące na stole papiery.

Lekarz siedzi przy stole, pacjent wchodzi do pokoju. Lekarz wstaje, obchodzi stół i podaje rękę pacjentowi.

Scenariusz: rozmowa lekarz-pacjent nr 2

Sceneria taka sama jak w scenariuszu 1

D: Dzień dobry panie Lewandowski, proszę usiąść.

Obydwaj siadają.

P: Dzień dobry.

Lekarz i pacjent siedzą wyprostowani przy stole. Ręce pacjenta leżą na jego udach. Przed lekarzem leżą papiery. Jego ręce leżą na stole, a on patrzy na pacjenta

D: Jak się pan dzisiaj czuje?

P: Lepiej.

D: Ma pan jeszcze bóle w plecach? Przy półpaścu bóle często utrzymują się bardzo długo.

P: Tak. Ale nie jest już tak źle..

D: Proszę mi jeszcze pokazać plecy.

Lekarz wstaje, pacjent podnosi koszulkę, a lekarz bada plecy pacjenta. Lekarz siada z powrotem, przechyla się trochę do przodu, kładzie przedramiona na stole i patrzy się na pacjenta.

D: A więc lekarstwo pomogło. Ważne jest, żeby brał pan tabletki nadal.

Krótką przerwę

D: Panie Lewandowski, jest pan trochę za młody na półpasiec. Dlatego pomyślałem, żeby pana zbadać jeszcze dokładniej..

Pacjent przechyla się do przodu i „odzwierciedla” pozycję lekarza.

P: Znowu pobieranie krwi?

D: Tak, ponieważ półpaśca dostaje się wtedy, kiedy odporność nie funkcjonuje prawidłowo. Przyczyny tego mogą być różne. Ponieważ obraz krwi u pana jest ogólnie w porządku, to żeby być całkowicie pewnym, zrobiłbym u pana test na HIV.

P: Test na HIV? Co to jest?

D: Test na HIV jest badaniem krwi. Dzięki temu mogę zobaczyć, czy ewentualnie nie nosi pan w sobie wirusa HIV.

Pacjent trochę oburzony, ale niepewnym głosem:

P: Co? Przecież nie jestem gejem!

Lekarz robi uspokajający ruch ręką

D: Nie, nie to miałem na myśli. Zresztą, gdyby byłby pan gejem, to moglibyśmy o tym porozmawiać. Im więcej wiem, jako pana lekarz, o warunkach pańskiego życia, tym lepiej mogę pomóc panu w przyszłości.

Pacjent przechyla się nad stołem do przodu i kładzie jedną rękę na drugą

P: Hmm ...

D: Teraz chciałbym panu wyjaśnić, jak się zaraża tym wirusem i jakie mogą być skutki zakażeń HIV. W tym celu daję panu jeszcze jedną ulotkę z informacjami.

Lekarz podaje pacjentowi kartkę otwartą ręką ponad stołem i przy tym patrzy wciąż jemu w oczy. Pacjent przyjmuje kartkę

D: Muszę ze względów prawnych otrzymać pana pisemną zgodę na test. Z pobraniem krwi nie ma teraz wielkiego pośpiechu. Możemy to zrobić w następnym tygodniu, kiedy znowu pan do mnie przyjdzie,

Lekarz robi uspokajający gest rękoma

P: Mam pytanie.

D: Proszę.

P: Okay – może najpierw przeczytam informacje

D: Niech pan się dzisiaj tym nie kłopotczy- ważne jest najpierw, żeby pozbył się pan bólów w plecach..

*Lekarz i pacjent podnoszą się, lekarz wyciąga rękę do pacjenta. Oboje ściskają sobie
ręce*

D: Do następnego tygodnia.

P: Tak, do widzenia.

Seminarium niemiecko-polskie: kompendium fachowych terminów medycznych

niemiecki	angielski	polski
Arzt / Doktor	physician / doctor	Lekarz
Patient	patient	Pacjent
Schauspieler	actor	Aktor
Befund	medical report	Wynik badania
Blutbild	Blood panel	Morfologia krwi
HIV infection	HIV-Infection	Zakażenie HIV
Kandidose	Candidiasis	Drożdżycza
Gonorrhoe	gonorrhea	Rzeżączka
Syphillis	syphilis	Kiła
Weicher Schanker Ulcus molle	Chancroid	Wrzód weneryczny
Chlamydiose	Chlamydia infection	Chlamydioza
Condylomata acuminata	Genital wart	Kłykciny kończyste
Blasenentzündung Zystitis	bladder inflammation cystitis	Zapalenie pęcherza moczowego
Herpesinfektion	herpes infection	Zakażenia opryszczkowe
Virushepatitis	viral hepatitis	Wirusowe zapalenie wątroby
Gürtelrose	shingles	Półpasiec
Urologie	urology	urologia
Gynäkologie	gynaecology	ginekologia
Hausarzt	general practitioner	lekarz podstawowej opieki medycznej
Filzlaus	Crab louse	Wesz łonowa

Seminarium niemiecko-polskie: Historia przypadku w Nauczaniu Ukierunkowanym na Problem (POL)

W grudniu 2011 roku 41-latką pochodzącą z Pomorza, Małgorzata Skłodowska, wysiadła w Gdyni ze statku wycieczkowego "Bella di Mare", aby powrócić do domu na dłuższy urlop. Trzy lata temu Małgorzata zaczęła pracować jako trener fitness na statku wycieczkowym. Chciała powiedzieć swojej rodzinie i przyjaciołom o swoim nowym narzeczonym, Giuseppe Accidenti, który był drugim oficerem na statku, należącym do włoskiej firmy Costa Pericolosa. W Szczecinie rok dobiegał spokojnie swojego końca. Giuseppe był przewidziany do zmiany statku w styczniu, a liczba jego znajomych na Facebooku wzrastała codziennie. Ale to nie był jedyny powód, dlaczego Małgorzata czuła się źle już od dłuższego czasu.

Nawet w domu matki jej uporczywy kaszel nie chciał zniknąć. Ponadto, kilka dni wcześniej rozwinął się brzydki, bolesny pęcherz na plecach i lewym udzie. Sprawdzony krem matki "ORYGINALNY Szczeciński krem do Skóry" nie pomógł na te pęcherze. Wreszcie jej dawny kolega, Marian, który zauważył, że schudła, poradził swojej pierwszej miłości, aby odwiedziła dermatologa. Dr Domińczyk, doświadczona specjalistka, powiedziała w końcu: "półpasiec"! Aby potwierdzić diagnozę parametrami laboratoryjnymi pobrano krew i zrobiono wymaz pani Skłodowskiej, a lekarz wytłumaczyła jej konieczność leczenia. Kiedy poczekalnia opustoszała, lekarka rozmyślała ponownie o swojej pacjentce.

Należy odpowiedzieć na niektóre medyczne i terapeutyczne pytania

Jaką terapię antywirusową przepisała dermatolog? Czy dr Domińczyk coś pominęła? Powinna była zbadać pacjentkę bardziej dokładnie? Czy pani Skłodowska może cierpieć na inne choroby? Jakie dalsze procedury diagnostyczne są wymagane? Jakie materiały są potrzebne do badań?

Konwersacyjne środki podejmowane przez lekarza

Zdefiniowanie środków zapobiegawczych, których pacjent powinien przestrzegać. Ułóż scenariusz konwersacji przy udzielaniu porady pacjentowi.

Wnioski

Pierwsze rozporządzenie w sprawie zmiany regulaminu przyznawania prawa do wykonywania zawodu lekarza (6) wymaga rozszerzenia kształcenia medycznego o przekazanie umiejętności socjalnych i komunikacyjnych, jako przygotowania zawodowego do prowadzenia rozmowy lekarskiej. Niniejszy podręcznik przyczynia się do wdrożenia tych ustawowych wymogów. Tradycyjnie, wydziały medyczne ustalają swoje regulaminy studiów samodzielnie i rzadko przejmują zreformowany regulamin innego wydziału w niezmiennym kształcie. Niepewność w odniesieniu do zmian oferty nauczania wynika również z tego, że gdzieśkolwiek oferowane są klasyczne i zreformowane programy kształcenia.

W tym kontekście prezentowaną tu koncepcję należy rozumieć jako pomoc również przy włączaniu pomysłów i poszczególnych elementów do zmienionego planu nauczania. Treści kształcenia i zaprezentowane formy nauczania dają się zintegrować zarówno z kursem poszczególnych przedmiotów klinicznych, jak też z samodzielnym przedmiotem do wyboru (obowiązkowym) „Rozmowa z pacjentem”. Ujęcie zaleceń przekazywania kompetencji komunikacyjnych i udzielania porad w przypadku zakażeń przenoszonych drogą płciową w samodzielnym przedmiocie ma oczywiste zalety. Ogólne podstawy komunikacji można wypracować najpierw na chorobach niewstydliwych. Kiedy studenci nabędą pewności w rozmowie z pacjentem, to obchodzenie się z pacjentem wymagającym szczególnego wyzwania komunikacyjnego, jak w przypadku chorób przenoszonych drogą płciową, jest już łatwiejsze.

Podsumowując należy stwierdzić, że dobre przeprowadzenie rozmowy lekarskiej, respektującej indywidualność pacjenta, zwiększa jego zadowolenie, a w wyniku tego także akceptację terapii i środków zapobiegawczych. W efekcie, lekarz - poprzez pełne zaufanie obchodzenie się z poszczególnym pacjentem - przyczynia się do ograniczenia chorób przenoszonych drogą płciową, a ponadto do zmniejszenia kosztów w służbie zdrowia.

Posłowie

Jak już wspomniano w przedmowie, celem tego modelowego eksperymentu było z jednej strony udoskonalenie kompetencji komunikacyjnych studentów medycyny w rozmowach z pacjentami na temat zagadnień związanych ze zdrowiem seksualnym, np. znalezienie jasnego, bezpośredniego języka, przewyciężenie lęku przed poruszaniem tematów intymnych i wstydlivych oraz pozbycie się uprzedzeń. Udało się to dzięki bardzo praktycznie ukierunkowanym zajęciom pilotażowym „Przekazywanie kompetencji komunikacyjnych i doradczych w rozmowie z pacjentem z naciskiem na zakażenia przenoszone drogą płciową”, przeprowadzonym przez dra Herchenröder w Rostocku. Studenci jednomyślnie stwierdzili dużą potrzebę nauczania, żeby mogli iść na rozmowy z pacjentami pewnie i w sposób ukierunkowany na rozwiązanie, z uwzględnieniem sytuacji życiowej i potrzeb pacjentów, aby zatroszczyć się o nich kompleksowo.

Mimo pozytywnej oceny seminariów pilotażowych należy zaznaczyć, że występowały znaczne trudności, żeby motywować do uczestnictwa z jednej strony studiujących, a z drugiej strony kadre dydaktyczną z różnych obszarów medycyny. Dotyczyło to w szczególnym stopniu uniwersytetu partnerskiego w regionie modelowym I. Ponadto okazało się, że podczas przygotowywania materiałów roboczych uwidocznił się rozdźwięk między pedagogiką a medycyną, który utrudniał bezpośrednią współpracę w obu dziedzinach. Proces zbliżania się do siebie jest zamierzonym wyzwaniem na przyszłość.

Z tych też powodów z zamiaru stworzenia programu powstał podręcznik, który umożliwi nie tylko elastyczne stosowanie w zależności od struktury danej uczelni, ale także specyficzne podejście. Podręcznik powinien być traktowany jako zbiór pomysłów i może być stosowany elastycznie, odpowiednio do istniejących specyficznych warunków w krajach UE. Dzięki temu może uwzględniać różne poziomy socjalizacji, kultury oraz struktur.

W oparciu o opracowany podręcznik pedagogzy MAT będą kontynuować pracę ze studentami i na podstawie zebranych doświadczeń będą oferować eksternistyczne seminaria komunikacyjne na temat zdrowia seksualnego. Rozważane są też inne dwustronne szkolenia dla studentów polskich i niemieckich, przy czym wykorzystane będą wyniki współpracy z BORDERNET.

Wyżej wspomniany list intencyjny dla regionu modelowego I jest podstawą do dalszego rozwijania i realizowania opisanych celów zdrowotnych. Znajduje to również odzwierciedlenie w planie pracy MAT na rok 2013.

Partnerzy w regionie modelowym I uzgodnili, że również po projekcie BORDERNET będzie kontynuowana wymiana i będą organizowane coroczne spotkania bilateralne. Ministerstwo Pracy, Równouprawnienia i Spraw Społecznych Meklemburgii-Pomorza Przedniego oraz Urząd Marszałkowski w Szczecinie wspierają te przedsięwzięcia.

Literatura

1. Simmenroth-Nayda A, Chenot JF, Fischer T, Scherer M, Stanske B, Kochen MM. Mit Laienschauspielern das ärztliche Gespräch trainieren. Dtsch Arztebl 2007; 104(13):A 847-52
2. Kiessling C, Dieterich A, Fabry G, Hölzer H, Langewitz W, Mühlingshaus I, Pruskil S, Scheffer S, Schubert S. Basler Consensus Statement "Kommunikative und soziale Kompetenzen im Medizinstudium": Ein Positionspapier des GMA-Ausschusses Kommunikative und soziale Kompetenzen. GMS Z Med Ausbildung. 2008;25(2):Doc83
3. Watzlawick P. Menschliche Kommunikation. Hans Huber Verlag, Bern, 2007
4. Schulz von Thun F. Miteinander reden: 1 – Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Rowolt Verlag, Reinbek, 2011
5. Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002
Bundesgesetzblatt Jhg. 2002 Teil 1 Nr. 44, Bonn 2002
6. Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte
Bundesgesetzblatt Jhg. 2012 Teil 1 Nr. 34, Bonn 2012
7. Schweickhardt A. und Fritzsche K: Kursbuch ärztliche Kommunikation – Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. Deutscher Ärzteverlag Köln, 2. Aufl. 2007 ISBN 978-3-7691-3412-4

Aneks

Seminaria towarzyszące lub warsztaty

Podczas seminariów pilotażowych wypróbowano przekazywanie kompetencji komunikacyjnych i udzielania porad przy chorobach przenoszonych drogą płciową. Studenci poruszali tematy w grupach o różnym składzie. Uzyskana wiedza z seminariów została umieszczona w koncepcji ogólnej.

Odbyły się następujące seminaria:

1. Pedagogiczne seminarium komunikacji
2. Biotechnologia – zawód diagnosta
3. Komunikacja i nieporozumienia w rozmowie lekarz-pacjent
4. Międzykulturowe aspekty komunikacji lekarz-pacjent
5. Komunikacja z młodzieżą w zakresie zdrowia seksualnego w rozmowie lekarz-pacjent
6. Seminarium niemiecko-polskie na temat chrób przenoszonych drogą płciową i komunikacji lekarz-pacjent

Seminaria- Szkolenie instruktorów

W celu weryfikacji opisanych celów nauczania i uczenia się oraz wypróbowania materiałów dydaktycznych w dialogu z wykładowcami, zaoferowano seminaria szkolące instruktorów

1. Nauczanie i praktyka – rozmowy z pacjentami w doświadczeniach młodych lekarzy
2. Oferta dydaktyczna w zakresie komunikacji lekarskiej odpowiadającej nowemu regulaminowi przyznawania prawa do wykonywania zawodu lekarza – co przydaje się w praktyce?*

* Te zajęcia były wielokrotnie planowane i zapraszano na nie wielokrotnie. Z powodu licznych zobowiązań wykładowców w pracy klinicznej i dydaktyce trzeba było w końcu z nich zrezygnować.

Do wykorzystania jest jedynie wiedza uzyskana z jednego seminarium (1)..

1. Seminarium: pedagogiczne seminarium komunikacji

Seminarium szkoleniowe w skrócie

Miejsce spotkania: Pomieszczenia MAT-LAKOST w Rostocku

Organizator i gospodarz: MAT-LAKOST

Instruktor: Kathrin Bever, Andrea Bentzien

Uczestnicy: 12 studentów medycyny z Niemiec

Język: niemiecki

Sprawozdanie: MAT-LAKOST i Wydział Medycyny, Uniwersytet Rostock

Seminarium służyło opracowaniu zrozumiałej komunikacji i uświadomieniu konsekwencji postępowania w relacji między lekarzem a pacjentem, zwłaszcza przy występowaniu zakażeń przenoszonych na drodze płciowej i innych chorobach narządów płciowych.

Seminarium szkoleniowe w szczegółach:

7/8 października 2011

12 studentów wyższych semestrów. Wszyscy uczestnicy mieli już doświadczenie w obchodzeniu się z pacjentem, zdobyte na studiach i stażach.

Cele seminarium szkoleniowego:

Do komunikacji potrzeba zawsze dwóch i komunikacja jest czymś więcej niż słowem mówionym. Każdy człowiek ma swój własny sposób kontaktowania się z innym człowiekiem. Formy i mechanizmy indywidualnej komunikacji opierają się na zdobytych doświadczeniach, „uchwyceniu sensu”. Poprzez ćwiczenia wiedza ta została wykorzystana, a w praktycznej części seminarium konstruktywnie i konkretnie opracowywana. Należało zrozumieć, że zasad komunikacji można się wyuczyć. W relacji lekarz-pacjent, zwłaszcza przy infekcjach przenoszonych drogą płciową i innych chorobach narządów płciowych, własne granice wstydu nabierają szczególnego znaczenia. Dlatego też seminarium służyło rozpoznaniu indywidualnych granic wstydu, określeniu i przemyśleniu ich. W sposób nieunikniony własne granice wstydu mają również znaczenie przy obchodzeniu się z pacjentem. Bowiem obydwa - pacjent i lekarz - muszą potrafić obchodzić się ze swoimi granicami wstydu także w rozmowie lekarskiej.

- Seksualność i język: własne odkrycie, że wszystkie słowa z różnych języków seksualności są znane i poprzez ich świadome użycie – określono i zaakceptowano własne granice wstydu.

- udana komunikacja oznacza także objaśnianie pewnych słów, zwłaszcza z obszaru medycznego języka fachowego, i dostosowanie się do każdego partnera rozmowy, żeby możliwe było zrozumienie po obu stronach.
- studentom medycyny często trudno jest to wyjaśnić w tym miejscu, ponieważ częstokroć nie są świadomi oddziaływania medycznych wyrażen fachowych i często też nie mają alternatywy w rozmowie.
- praca nad aksjomatami Watrzlawicka umożliwiła wyraźną i konkretną pracę z przykładami przypadków i kompetencjami.
- określono i przedstawiono „przypadki komunikacyjne“
- na podstawie własnego postępowania autorefleksja nabrała bardzo dużego znaczenia, tak że każdy uczestnik mógł rozwinąć swoje kompetencje.

Ocena uczestników

W informacji zwrotnej od uczestników stwierdzono, że na studiach brakuje zastosowanych form ćwiczeń w zakresie komunikacji. Doświadczenie zdobyte w tym seminarium wspomagałoby przyszłą pracę lekarza, rozwinęłyby osobiste "narzędzia" i dałyby pewność w kontaktach z pacjentami przy niecodziennych infekcjach, zwłaszcza zakażeniach przenoszonych drogą płciową. Powiązanie pedagogiki i medycyny okazało się wzbogacające. Wielokrotnie wyrażano chęć zintegrowania tego rodzaju seminariów ze studiami.

Wnioski z seminarium oraz doświadczenia kierowniczek seminarium

- praca w małych grupach jest właściwą metodą nauczania kompetencji komunikacyjnych dla studentów medycyny.
- w rozmowach z pacjentami choroby przenoszone drogą płciową stanowią szczególne wyzwanie dla umiejętności komunikacyjnych lekarza
- w rozmowie lekarz-pacjent, do empatycznego, ale zarazem suwerennego obchodzenia się z pacjentem, ważne jest uświadomienie sobie własnych granic wstydu

2. Seminarium: Biotechnologia – zawód diagnosta

Seminarium szkoleniowe w skrócie

Miejsce spotkania: Biomed. Centrum Badawcze Wydziału Medycyny Uniwersytet Rostock

Organizator i gospodarz: Wydział Medycyny, Uniwersytet Rostock

Instruktor: Dr Ottmar Herchenröder, Rostock

Uczestnicy: 15 studentów Wydziału Medycyny Uniwersytet Rostock

Język: niemiecki

Sprawozdanie: Wydział Medycyny, Uniwersytet Rostock

W ramach Praktycznej serii odbyły się dwa kolejne rozwojowe seminaria. Seminaria służyły wypróbowaniu mieszanej koncepcji: wykładu, pracy grupowej, POL oraz przekazywaniu wiedzy i umiejętności komunikacyjnych. Zajęcia odnosiły się do komunikacji w trójkątnej relacji między pacjentem, lekarzem i diagnostą.

Seminarium szkoleniowe w szczegółach:

21 lutego 2012

15 studentów w początkowych semestrach, bez wiedzy o chorobach przenoszonych drogą płciową.

Cele seminarium szkoleniowego:

Przedstawiono podstawowe zarysy przenoszenia chorób wirusowych, zwłaszcza na drodze płciowej, i omówione metody wirusologicznej diagnostyki. W interaktywnej rozmowie opracowano krótki przypadek POL, w którym trzeba było dokonać prawidłowej wstępnej diagnozy oraz zastosować odpowiednie środki do diagnostyki różnicowej i dalszej diagnostyki wykluczającej..

Studujący otrzymali *Formularz skierowania na diagnostykę wirusologiczną* Wydziału Medycyny, Uniwersytet w Rostocku, opracowali niezbędne i wystarczające badania. Po wykonaniu zadania wręczono im przygotowany raport wyników (patrz Aneks). Zadaniem studentów było zatelefonowanie do laboratorium diagnostycznego, udać się na stażystę i poprosić laboratorium diagnostyczne o objaśnienie wyników. Studenci wyznaczyli stażystę, który miał prowadzić rozmowę telefoniczną. Aby upodobnić sytuację jak najbardziej do rzeczywistej, połączenie zostało odebrane przez kolegę lekarza. Rozmowa była prowadzona w trybie głośnomówiącym, aby wszyscy mogli się jej przysłuchiwać. Następnie studenci opracowali strategię konwersacji, żeby pacjentowi objaśnić w odpowiedni sposób wyniki badań i wyjaśnić dalszy przebieg procesu zdrowienia.

Ocena uczestników

seminarium nie było oceniane w formie pisemnej. Studenci jednogłośnie potwierdzili, że uzyskali realistyczny wgląd w życie zawodowe.

Wnioski z seminarium oraz ustalenia kierownika seminarium

- metoda nauczania POL nadaje się dobrze do opracowania diagnozy różnicowej.
- konsultacja telefoniczna pozwoliła studentom na ćwiczenie fachowej wymiany informacji z kolegami nieznanymi osobiście.
- przekazywanie wyników i późniejsza porada dla pacjenta wymaga od studenta refleksji na temat indywidualnie dostosowanego języka, zwłaszcza w celu unikania terminów medycznych.

3. Seminarium: nieporozumienia w rozmowie lekarz-pacjent

Seminarium szkoleniowe w skrócie

Miejsce spotkania: Biomed. Centrum Badawcze Wydziału Medycyny Uniwersytet Rostock

Organizator i gospodarz: Wydział Medycyny, Uniwersytet Rostock

Instruktor: Dr. Ottmar Herchenröder, Rostock

Uczestnicy: 14 studentów Wydziału Medycyny Uniwersytet Rostock

Język: niemiecki

Sprawozdanie: Wydział Medycyny, Uniwersytet Rostock

Drugie seminarium Seria praktyczna.

Seminarium szkoleniowe w szczegółach:

22 lutego 2012

14 studentów w początkowych semestrach ze wstępną wiedzą kliniczną na temat chorób przenoszonych drogą płciową.

Cele seminarium szkoleniowego:

Zostały omówione podstawowe zasady postępowania z pacjentami, a studenci przygotowani do prowadzenia rozmowy lekarz-pacjent. Jako podstawę wykorzystano przypadek diagnostyczny z poprzedniego seminarium oraz sprawozdanie z wyników badań. Studenci sami między sobą decydowali, kto przejmie rolę lekarza, a kto będzie odgrywał pacjenta. Podczas przerwy obydwaj uczestnicy byli przygotowywani oddzielnie do swoich ról.

"Lekarz" otrzymał - zgodnie z oczekiwaniami - wskazówki reżyserskie, żeby ze względu na ostrą chorobę - "półpasiec"- na wystąpienie której pacjent jest właściwie za młody, przekonał go do wyrażenia zgody na wykonanie testu na HIV w celu wykluczenia immunosupresji.

"Pacjent" otrzymał od lekarza i innych uczestników seminarium nieoczekiwaną rolę. Powiedziano mu, że lekarz, przy okazji badania kontrolnego płuca, będzie starał się mu narzucić płatne przez niego samego indywidualne świadczenie zdrowotne. Jego zadaniem było bronić się *"rękami i nogami"* przeciw wmówieniu mu płatnego świadczenia. Powinien słuchać lekarza uważnie i uprzejmie, ale odrzucać wszelkie dalsze badania.

Zasadniczo, celem ćwiczenia było pokazanie, jak ludzie nawet w rozmowie lekarz-pacjent, mogą się nawzajem zupełnie rozijać, kiedy mają różne oczekiwania. Widzowie mieli dokładnie obserwować przedstawienie aktorów, a następnie je opisać i ocenić.

Po odegraniu ról stało się jasne, jak lekarz przez (cytat) *"uparte, nielogiczne zachowanie pacjenta"* był zdezorientowany i nie potrafił w czasie rozmowy (cytat) *"przeforsować swojego zamiaru"*.

Ocena uczestników

Uczestnicy podali, że przeżyli interesujący przykład nieudanej komunikacji.

Wnioski z seminarium oraz ocena kierownika seminarium

- wybrany scenariusz rozmowy lekarz-pacjent, z różnymi instrukcjami co do treści dotyczących zawartości, nadaje się tylko z korektą do zademonstrowania rozmowy „do obrazu”.
- pozostaje pytanie, czy byłoby lepiej, gdyby uczestnicy seminarium zostali poinformowani wcześniej o tym, że "aktorom" podano różne instrukcje reżyserskie- przy zastosowaniu tej metody w przyszłości można to rozważyć, tak żeby dla widzów były bardziej zrozumiałe widoczne nieporozumienia między odgrywającymi rolę.
- na „aktorów” grających w tym seminarium powinno się obsadzać osoby spoza kręgu uczestników. Ze względu na fakt, że studenci znali się dobrze, "powaga gry" była wielokrotnie naruszana poprzez ujawnianie przez grających pewnych haseł, które w sposób celowy miały służyć jako rozrywka dla widzów. Ponadto, jako laicy, grający przesadzali ze swoją grą. Dotyczyło to całego przedstawienia, w odniesieniu do intonacji, głośności, mimiki, gestykulacji rąk oraz całej wymowy ciała. Wynikiem tego doświadczenia jest wniosek, że jeżeli jest to możliwe, wykonawcami powinny być zawsze osoby spoza grupy, na przykład z innego semestru, lub lepiej (pół)profesjonaliści.

4. Seminarium: Międzykulturowe aspekty komunikacji lekarz-pacjent

Seminarium szkoleniowe w skrócie

Miejsce spotkania: Lokalny klub studencki

Organizator i gospodarz: Wydział Medycyny, Uniwersytet Rostock

Instruktor: Dr. Ottmar Herchenröder, Rostock

Uczestnicy: młodzi pracownicy różnych jednostek Wydziału Medycyny Uniwersytet Rostock

Język: angielski

Sprawozdanie: Wydział Medycyny, Uniwersytet Rostock

Seminarium służyło dyskusji nad międzykulturowymi podobieństwem i różnicami w relacji lekarz-pacjent.

Seminarium szkoleniowe w szczegółach:

30 sierpnia 2012

16 uczestników było studentami medycyny, biologami, doktorantami i młodymi naukowcami, częściowo bez stałego życia w Europie Środkowej.

Cele seminarium:

Seminarium służyło wymianie informacji na temat podobieństw i różnic w kontaktach między lekarzami i pacjentami w różnych kręgach kulturowych.

Ewaluacja

Nie przeprowadzono pisemnej oceny.

Wnioski z seminarium i doświadczenia kierownika seminarium

- opieka medyczna w Republice Federalnej Niemiec jest inna niż w innych krajach europejskich, zwłaszcza tych w Europie Środkowo-Wschodniej, i różni się znacznie od tej w Azji.
- relacja lekarz-pacjent różni się w wielu krajach zasadniczo od relacji w Republice Federalnej Niemiec.
- nie jest możliwe ustalenie jednakowych zasad rozmowy lekarza z pacjentem ze środowisk migracyjnych.

5. Seminarium: Komunikacja w zakresie zdrowia seksualnego w rozmowie lekarz-pacjent

Seminarium szkoleniowe w skrócie

Miejsce spotkania: Radisson Blu Hotel Rostock

Organizator i gospodarz: MAT-LAKOST i Wydział Medycyny, Uniwersytet Rostock

Instruktor: Kathrin Bever, Andrea Bentzien, Katharina Zillmer, Dr. Ottmar Herchenröder, Rostock

Uczestnicy: 20 studentów medycyny z Niemiec

Język: niemiecki

Sprawozdanie: MAT-LAKOST i Wydział Medycyny, Uniwersytet Rostock

Seminarium szkoleniowe w szczegółach:

1 do 2 czerwca 2012

20 studentów wyższych semestrów i byli studenci krótko po ukończeniu studiów. Wszyscy uczestnicy mieli doświadczenie w obchodzeniu się z pacjentami.

Cele seminarium szkoleniowego:

Celami dwudniowego seminarium były opracowanie elementów niezbędnych do wyrazistej i zrozumiałej komunikacji, wyciągnięcie konsekwencji z postępowania w pracy z głównymi grupami docelowymi, „oddramatyzowanie” określonych stylów życia i poziomów językowych oraz ćwiczenie i stosowanie technik rozmowy. Cele powinny być osiągnięte przez połączenie wiedzy medycznej z narzędziami pedagogicznymi.

Część seminaryjna 1: dobre i złe choroby

Podczas interaktywnego seminarium dyskutowano z uczestnikami ogólnie różne postrzeganie choroby. Przeciwstawiano ze sobą pary słów do "dobrych" i "złych" chorób. Określono, dlaczego atak serca może w niektórych sytuacjach wywoływać podziw, natomiast udar zasługuje wyłącznie na pożałowanie. Na podstawie tych rozważań poruszano w rozmowie zagadnienia chorób zakaźnych. W kręgu uczestników panowała jednomyślność, że choroby zakaźne ogólnie uważane są za obojętne. Wina ze strony pacjentów przy chorobie zakaźnej jest w najlepszym wypadku brana pod uwagę wtedy, gdy istnieje możliwość szczepienia.

Inaczej traktowane są przez pacjentów choroby narządów płciowych. Pacjenci odczuwają oprócz wstydu obawę, że będą obarczeni za nie winą. Opracowano, w jaki sposób lekarz może uniknąć powstania u pacjenta wrażenia, że nie ma dla niego szacunku lub przypisuje mu winę, nie tylko mową, ale także gestami i mimiką.

Część seminaryjna 2: Przedstawienie rozmowy lekarz-pacjent przez studentów szkoły aktorskiej

Dwaj studenci Wyższej Szkoły Muzycznej i Teatru w Rostocku przedstawili dwa warianty interakcji lekarz-pacjent na podstawie załączonych scenariuszy. W pierwszej prezentacji pozostał wyraźnie sfrustrowany pacjent. Uczestnicy omówili przedstawienie i zaproponowali poprawki. Na podstawie drugiego scenariusza i uwzględnieniu zaleceń z kręgu widzów aktorzy zagrali tą samą sytuację jeszcze raz i pokazali zadowalającą rozmowę z pacjentem. Po kolejnej rundzie rozmów jedna z uczestniczek przyjęła rolę lekarki.

Ocena uczestników

Seminarium zostało ocenione pisemnie. Prawie wszyscy uczestnicy potwierdzili, że brakuje na studiach wprowadzenia do technik komunikacji, opartych na wiedzy pedagogicznej. Studenci życzyli sobie modułów szkoleniowych w zakresie umiejętności komunikowania się, zintegrowanych na stałe z programem studiów.

Wnioski z seminarium oraz doświadczenie kierownika seminarium

- studenci medycyny są bardzo zainteresowani nauczaniem strategii rozmowy z pacjentem.
- ćwiczenie rozmowy z pacjentem przy udziale aktorów jako pacjentów standaryzowanych jest przydatną metodą ćwiczenia w zawodzie lekarza.
- do przedstawienia komunikacji między lekarzem a pacjentem zasadniczo preferowany jest udział wyszkolonych aktorów zamiast laików i wolontariuszy z kręgu studentów.
- uczestnicy jednogłośnie stwierdzili, że taki rodzaj zajęć może być zrealizowany tylko w mniejszych grupach.

6. Seminarium: seminarium niemiecko-polskie na temat zakażeń przenoszonych drogą płciową i komunikacji lekarz-pacjent

Seminarium szkoleniowe w skrócie

Miejsce spotkania: Radisson Blu Hotel Rostock

Organizator i gospodarz: Uniwersytet Rostock, Wydział Medycyny

Trenerzy i animatorzy

Prof. Dr. Anna Borón-Kaczmarek, Szczecin, Polska

Dr. Ottmar Herchenröder, Rostock, Niemcy

Andrea Bentzien, Rostock, Niemcy

Uczestnicy: 21 studentów medycyny ze Szczecina, Polska i Rostocku, Niemcy.

Język: angielski. Kompendium fachowych terminów medycznych i innych ważnych słów kluczowych w językach angielskim, polskim i niemieckim podano wyżej.

Sprawozdanie : Wydział Medycyny, Uniwersytet Rostock

Te bilateralne seminarium było podsumowującym wydarzeniem w ramach cyklu seminariów i powstało podczas tworzenia niniejszego podręcznika.

Seminarium szkoleniowe w szczegółach

23 czerwca 2012

W seminarium brało udział ośmiu polskich i dwunastu niemieckich uczestników. Wszyscy uczestnicy byli studentami medycyny albo ze Szczecina albo z Rostocku, z Wydziału Medycyny.



Uczestnicy polsko-niemieckiego seminarium. Foto: O. Herchenröder

Cele seminarium szkoleniowego:

Seminarium koncentrowało się wokół rozwoju umiejętności komunikacyjnych w rozmowie lekarz-pacjent, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii zdrowia seksualnego. Celem spotkania było wzmocnienie u studentów pewności siebie, poszanowania intymności i odpowiedniego postępowania czasie rozmowy z pacjentem i leczenia pacjentów, którzy cierpią z powodu chorób przenoszonych drogą płciową.

Sesja I: Otwarcie, przedstawienie uczestników, przegląd programu

Dr Herchenröder powitał uczestników i ko-trenerów oraz nakreślił program dnia. Aby umożliwić wszystkim uczestnikom przedstawienie się i zapoznanie się ze sobą, zorganizowano grę wprowadzającą. Karty z odpowiednimi parami słów w języku danego kraju zostały rozdzielone. Znalezienie i rozmowa z osobą, która wyciągnęła kartę ze słowem od pary oraz wprowadzenie jego lub jej do grupy stworzyło przyjemną atmosferę od samego początku.

Aby odświeżyć wiedzę uczestników na temat bakteryjnych i wirusowych chorób przenoszonych drogą płciową i ich epidemiologii, prof. Boroń-Kaczmarek przedstawiła wykład multimedialny. Następnie studenci dyskutowali nad podobieństwem i różnicami w edukacji medycznej w Polsce i Niemczech.

Sesja II: Zasady rozmowy lekarz-pacjent

Dr Herchenröder rozpoczął sesję konsolidującą o podstawowych i ogólnych zasadach komunikacji, konsekwencjach "udanej" lub "nieudanej" rozmowy, ze szczególnym uwzględnieniem relacji lekarz-pacjent. Wszyscy uczestnicy debatowali nad szczególnymi aspektami komunikacji w kontaktach z pacjentami z chorobami przenoszonymi drogą płciową. Zweryfikowano ogólne aspekty mowy ciała, wyraz twarzy, wybór języka i intonacji.



Ćwiczenia sytuacyjne lekarz-pacjent. Foto: O. Herchenröder

Sesja III: Szkolenie i ćwiczenia komunikacji wspierane przez zawodowych

aktorów

Dwóch aktorów z Akademii Muzyki i Teatru w Rostocku przedstawiło dwie wersje rozmowy lekarz-pacjent (patrz załączony scenariusz). Po pierwszej prezentacji, która została wyreżyserowana celowo, pozostaje sfrustrowany pacjent, studenci dyskutowali na temat przedstawionej scenki i zgłosili propozycje zrobienia tego lepiej. Na podstawie drugiego scenariusza i uwag studentów, aktorzy odegrali sytuację tak, aby dać przykład satysfakcjonującej komunikacji. Po kolejnym przedstawieniu jeden ze studentów wcielił się w rolę lekarza i swobodnie rozwijał rozmowę z pacjentem.

Sesja IV: Warsztaty określające przyszłe wymagania w edukacji medycznej

W ramach pracy grupowej uczestnicy powtórzyli i przeanalizowane następujące tematy: jakie są braki w zakresie umiejętności komunikacyjnych w edukacji medycznej? Co powinno być prowadzone w sposób, który zapozna studentów z dobrymi praktykami w komunikacji lekarz- pacjent? Która forma(y) nauczania, są odpowiednie do przekazywania umiejętności komunikacyjnych: wykłady, seminaria, POL, próby z prawdziwymi pacjentami, pacjentami modelowymi granymi przez studentów starszych lat? W ramach zadania domowego, uczestnicy byli zachęceni do refleksji nad swoimi atutami i brakami w komunikacji z pacjentem.

Ewaluacja

Ocena pisemna została dokonana po seminarium. Uczestnicy wypełnili formularz, wyrażając swoje opinie na temat wykładów, przedstawień i warsztatów. Większość studentów stwierdziła, że ich oczekiwania były spełnione z nadwyżką, a niektórzy wyrazili ubolewanie, że treści seminarium nie są częścią ich programu nauczania na studiach. Ponieważ badania miały anonimowy charakter, nie można powiedzieć, czy ostatnie stwierdzenie dotyczy obu krajów.

Wnioski instruktora

- Seminarium zostało ograniczone do maksymalnie 12 studentów z poszczególnych krajów i odbyło się w sobotę poza murami uczelni. Wybór sali konferencyjnej w hotelu z pewnością stworzył bardziej otwartą atmosferę, która pozwoliła dyskutować również na tematy intymne. Uczestnicy z Niemiec byli rekrutowani na zasadzie „kto pierwszy, ten lepszy” po e-mailu z zaproszeniem z dziekanatu. Polscy studenci byli wybierani przez partnerów z Szczecina.

- Przed seminarium polski instruktor przygotował autora tych stron, żeby zdawał sobie sprawę z faktu, że studenci z Polski mogą być mniej zaznajomieni z planowanym rodzajem seminarium/warsztatu niż niemieccy studenci. Jednak już od samego początku nie było żadnej różnicy w aktywnym uczestnictwie po obu stronach, polskiej i niemieckiej. Ta obserwacja wykazała, że metody stosowane na seminarium mogą być są stosowane w obu krajach.
- Dobór tematów na seminarium był asymetryczny. W przyszłości można by stworzyć większy parytetu między trenerami, aby uzyskać lepszego wgląd w sytuację studiowania w Polsce.
- bilateralne seminaria są pouczające i wesołe zarówno dla uczestników, jak i trenerów!

1. Seminarium szkoleniowe dla instruktorów: Nauczanie i praktyka – rozmowy z pacjentem w doświadczeniu młodych lekarzy

Seminarium szkoleniowe w skrócie

Miejsce spotkania: prywatna sala konferencyjna

Organizator i gospodarz: MAT-LAKOST i Wydział Medycyny, Uniwersytet Rostock

Instruktor: Kathrin Bever, Andrea Bentzien, Katharina Zillmer i Dr. Ottmar Hercheröder

Uczestnicy: lekarze w pierwszym roku wykonywania zawodu

Język: niemiecki

Sprawozdanie: MAT-LAKOST i Wydział Medycyny, Uniwersytet Rostock

Seminarium służyło do przedstawienia wspólnej oceny i weryfikacji koncepcji niniejszego podręcznika

Seminarium szkoleniowe w szczegółach:

7. maja 2012

Cztery młode lekarki i lekarze w pierwszym roku wykonywania zawodu w klinice.

Cele seminarium szkoleniowego:

W dialogu z uczestnikami będącymi od krótkiego czasu w zawodzie miały być przedstawiane materiały dydaktyczne oraz ocenione formy i treści nauczania. Ze względu na krótki czas, jaki upłynął od ukończenia studiów, oraz jeszcze świeże doświadczenia zawodowe i nauki, wszyscy uczestnicy uczyli się od siebie nawzajem.

Ocena uczestników

Seminarium nie było oceniany w formie pisemnej. Uczestnicy stwierdzili potrzebę poprawy edukacji medycznej, szczególnie w "zawodzie mówienia". Lekarze oceniali część prezentowanych materiałów krytycznie, inne, zwłaszcza przedstawienia różnych rodzajów rozmowy z pacjentem przez zawodowych aktorów, były uważane za bardzo przydatne do kształcenia studentów.

Wnioski z seminarium i doświadczenia kierownika seminarium z medycyny

seminarium ułatwiło kierującemu wybór materiałów na seminaria pilotażowe 5 (komunikacja w obszarze zdrowia seksualnego w rozmowie lekarz-pacjent) i 6 (polsko-niemieckie seminarium na temat zakażeń przenoszonych drogą płciową i komunikacji lekarz-pacjent).

Prezentacja koncepcji programowej podczas BORDERNETwork Evaluation Conference

Warsztaty w skrócie

Miejsce spotkania: BORDERNETwork Konferencja ewaluacyjna,
Berlin

Prezentujący:

Dr. Ottmar Herchenröder, Rostock, Niemcy

Współpraca Kathrin Bever, MAT-Lakost, Rostock, Niemcy

Uczestnicy: ponad 20 uczestników z około ośmiu krajów europejskich

Język: angielski

Podczas warsztatów przy okazji konferencji ewaluacyjnej przedstawione były części podręcznika i zagrano na jednym zajęciu dwie przykładowe rozmowy lekarz-pacjent. Spostrzeżenia i krytyczne uwagi uczestników zostały ujęte w wywodach powyżej.

Ważnym wynikiem warsztatów był fakt, że tylko w nielicznych krajach używa się aktorów jako *standaryzowanych pacjentów* lub do rozmowy lekarz-pacjent. Jednocześnie stwierdzono, że proponowany model, po zmianach, jest odpowiedni do stosowania również w krajach Europy Wschodniej. Z powodu różnic narodowych opisane i przedstawione w czasie warsztatów scenariusze musiałyby zostać dostosowane do sytuacji w poszczególnych krajach.



Dwóch lekarzy z grona uczestników warsztatów ćwiczyło rozmowę lekarz-pacjent zgodnie ze wskazówkami scenariusza 1 w wersji angielskiej.



Lekarz i pacjent nie nawiązują kontaktu wzrokowego. Lekarz nadal zainteresowany jest papierami. Pacjent odwzajemnia się tym samym i skupia się na dokumencie podanym mu wcześniej przez lekarza.



Na koniec rozmowy pozostaje sceptyczny pacjent w wyraźnie negującej gestykulacji i pozie.

Na koniec uczestnicy warsztatów ocenili "przedstawienie" ich dwóch kolegów.



Następnie lekarka z grona uczestników przejmuje rolę lekarza. Udaje jej się poprowadzić rozmowę z pacjentem pełną wycucia. Postawa ciała pacjenta jest zrelaksowana, ponieważ lekarka w swoich wypowiedziach, nakierowanej ku pacjentowi postawie, gestach i mimice zwraca się do pacjenta i dopuszcza jego pytania.

Fotos: K. Bever

Podziękowania

Kathrin Bever, Andrea Bentzien i Dr. Micha Löbermann, Rostock

Dr. Niko Forow i Dagmar Mißfeldt, Hamburg

Benjamin Braun i Emanuel Jessel, Rostock

Prof. Dr. Anna Boroń-Kaczmarek, Dr. Miłosz Parczewski, Artur Regina i Małgorzata Kłys-Rachwańska, Szczecin (Stettin), Polen

Marianne Rademacher, Berlin

„Beizpieznie zakochani“, Rostock

O autorze

Urodzony w 1960 roku. 1979 matura w Górnej Hesji. Jeden rok pobytu „Dzieło Młodzięży” w Izraelu. 1980-1986 studia Biologii Człowieka na Wydziale Medycyny Uniwersytetu Philippsa w Marburgu. 1985 praca dyplomowa w Zakładzie Immunologii Chemicznej w Instytucie Weizmanna w Rehovot / Izrael. 1986-1990 doktorat w Niemieckim Centrum Naczelnych w Getyndze. 1990-1993 pobyt podoktorski w Zakładzie. Patologii Medycznej na University of California w Davis, Kalifornia / USA. Działalność badawcza i dydaktyczna w instytutach wirusologicznych na uniwersytetach we Freiburgu i w Dreźnie oraz w Instytucie im. Heinricha Pette w Hamburgu. 2000 kształcenie jako tutor w reformie programowej DIPOL® na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Technicznego im. Carla Gustava Carusa w Dreźnie. Od 2003 roku na Wydziale Medycznym Uniwersytetu w Rostocku w diagnostyce wirusologicznej, badań nowotworów oraz dydaktyka dla studentów medycyny, biotechnologii medycznej i biologii.



BORDER|NET work

CROSSING BORDERS, BUILDING BRIDGES

bordnet.eu / spi-research.eu

Coordinator:



SPI-Forschung gGmbH
Kottbusser Strasse 9, 10999 Berlin

Partners:



AIDS HILFE
AHW (Austria)



HESED (Bulgaria)



Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development
NIHD (Estonia)



AIDS-I
Tugikeskus
AISC (Estonia)

ROBERT KOCH INSTITUT



RKI (Germany)



Matthias Aufhäuser's Team
zur Sexualität und AIDS in MV
Kompetenzzentrum für sexuelle Bildung
MAT-LAKOST (Germany)



**AIDS-Hilfe
Potsdam e.V.**
Wir fördern Gesundheit.
AHP (Germany)



PAPARDES
ZIEDS
Papardes Zieds (Latvia)



SPWSZ
SPWSZ (Poland)



POMOST
POMOST (Poland)



ASOCIATIA ROMANA ANTI-SIDA
ARAS (Romania)



PRIMA (Slovak Republic)