

Przewodnik dla rezydentów

Efektywne uczenie się w praktyce lekarza rodzinnego

1. Jakie znasz modele kontaktu lekarza z pacjentem?

Lekarz rodzinny, jako osoba odpowiedzialna za proces diagnostyczno-terapeutyczny, powinien mieć świadomość, że kontakt z pacjentem może przybierać różne formy.

Jedną z nich jest **partnerstwo – obopólne uczestnictwo**, związane z rozłożeniem nie tylko aktywności, ale i odpowiedzialności na obydwu partnerów interakcji. Taki kontakt jest zalecany np. w przypadkach choroby przewlekłej, w momencie rozpoczynania diagnozowania i leczenia osób nieufnych wobec lekarza, kiedy konieczne jest wspólne podejmowanie decyzji dotyczących aktualnych problemów pacjenta. Kolejną formą kontaktu jest relacja **kierownictwo – współpraca**, w której lekarz przyjmuje rolę opiekuńczo-kontrolującą, a pacjent akceptuje swoją zależność od lekarza i stosuje się do jego zaleceń. Model ten jest optymalny w sytuacjach krótkich epizodów oraz w ostrych fazach chorób przewlekłych. Trzecim modelem relacji między lekarzem a pacjentem jest **aktywność – bierność**, w której lekarz przejmuje całkowitą odpowiedzialność za proces leczenia pacjenta. Ma to miejsce np. w sytuacjach zagrożenia życia pacjenta, kiedy nie może się on komunikować z lekarzem. Wybór odpowiedniej strategii postępowania wobec pacjenta i optymalnego modelu relacji lekarz – pacjent jest uwarunkowany przyjęciem przez lekarza postawy skoncentrowanej na pacjencie.

2. Na czym polega postępowanie skoncentrowane na pacjencie?

Postępowanie skoncentrowane na pacjencie przejawia się w okre-

ślonych zachowaniach lekarza, do których zaliczamy: uprzejme i uważne traktowanie pacjenta; respektowanie jego godności i intymności; uwzględnianie jego punktu widzenia; przekazywanie pacjentowi informacji w sposób dla niego zrozumiały; uwzględnianie potrzeb pacjenta w procesie podejmowania decyzji diagnostyczno-terapeutycznych; unikanie nadużywania swojej pozycji jako lekarza; minimalizowanie wpływu własnych wewnętrznych przekonań na postawę wobec pacjenta; przestrzeganie praw pacjenta i unikanie pomniejszania jego potrzeb, problemów i odczuć; uwzględnianie perspektywy pacjenta (rzeczywistości pacjenta) w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym, zwłaszcza w procesie motywowania go do wypełniania zaleceń lekarskich.

Opisując sylwetkę lekarza odpowiedzialnego za diagnostykę i terapię pacjenta, nie można pominąć fundamentalnej wiedzy dotyczącej zjawisk zachodzących podczas konsultacji lekarskiej. Ukierunkowanie lekarza na pacjenta i przestrzeganie zasad warunkujących poprawność i efektywność konsultacji powinno być immanentnie wpisane w jego wizerunek.

3. Jakie możesz wyróżnić podstawowe fazy konsultacji (porady) lekarskiej?

Dla potrzeb dydaktycznych wyodrębniono pewne treści dotyczące konsultacji (porady) lekarskiej, ujmując je w następujące fazy:

I. Wstęp – podejmowanie decyzji o udaniu się do lekarza (dotyczy funkcjonowania pacjenta przed wizytą u lekarza, w tym działań zdrowotnych, ich

przyczyn oraz poznawczo-emocjonalnych mechanizmów regulujących zachowanie człowieka w sytuacji stresu, jakim może być choroba somatyczna).

II. Wzajemne oddziaływanie – budowanie kontaktu (dotyczy pośrednich i bezpośrednich czynników wpływających na kontakt między lekarzem i pacjentem).

III. Definiowanie problemu zdrowotnego pacjenta (odbywa się w oparciu o trójfunkcyjny model wywiadu lekarskiego i zawiera zbieranie informacji o problemie pacjenta, analizę i rozpoznanie emocji pacjenta oraz edukację zdrowotną).

IV. Wyjaśnienie sytuacji zdrowotnej pacjenta (polega na nakreśleniu związku przyczynowego pomiędzy objawami a zaleceniami lekarskimi).

V. Ustalenie zakresu zgodności poglądów i planu działania (dotyczy odpowiedniego przekazywania zaleceń lekarskich i pozyskania pacjenta do leczenia).

Elementy te nie zawsze występują w wyżej przedstawionej sekwencji. Niektóre z nich przenikają się wzajemnie przez cały czas trwania konsultacji lekarskiej, np. „wzajemne oddziaływanie – budowanie kontaktu” z „definiowaniem problemu zdrowotnego pacjenta” itp.

4. Jakie procesy regulują zachowanie człowieka podczas podejmowania decyzji o udaniu się do lekarza?

Jakie znasz kierunki zachowań zdrowotnych?

Pacjent podejmuje decyzję o udaniu się do lekarza, opierając się na mechanizmach funkcjonowania człowieka związanych z przyjęciem roli chorego. Lekarz rodzinny powinien mieć

wiedzę na temat kierunków działań zdrowotnych pacjentów. Pacjenci przed wizytą u lekarza, po zauważeniu pierwszych objawów choroby bądź pogorszenia samopoczucia, mogą podejmować różne działania w zależności od kierunku:

- Kierunek prozdrowotny – podejmuje pacjent, dla którego zdrowie ma wartość dodatnią, choroba – ujemną. W związku z tym człowiek dąży (zgodnie ze swoimi wyobrażeniami i rozumieniem własnej sytuacji) do utrzymania dobrego stanu zdrowia bądź samopoczucia. Do tej grupy działań zaliczamy nie tylko udanie się do lekarza, ale również korzystanie z metod medycyny niekonwencjonalnej czy samoleczenie.

- Kierunek antyzdrowotny – podejmowany przez pacjentów, dla których zdrowie stanowi wartość ujemną. Dzieje się tak wtedy, kiedy wtórne zyski z choroby przekraczają koszty związane z chorowaniem. Osoby takie nieświadomie dążą do podtrzymania istniejących objawów lub wygenerowania nowych.

- Kierunek pozazdrowotny – jest charakterystyczny dla osób, dla których zdrowie i choroba stanowią wartość zerową – są obojętne i nie leżą w polu zainteresowania jednostki. Osoby o takim kierunku zachowań nie koncentrują uwagi na swoim zdrowiu.

Charakter i rodzaj wyżej wymienionych kierunków działań zależy m.in. od obrazu własnej choroby pacjenta i emocji z nią związanych. Obraz własnej choroby powstaje na podstawie informacji przekazywanych przez rodziców, znajomych, lekarzy na temat chorowania, leczenia oraz funkcjonowania służby zdrowia, a także obserwacji funkcjonowania własnego organizmu. Po ich zebraniu i zinterpretowaniu człowiek uznaje się za zdrowego lub chorego. Obraz własnej choroby jest zatem wynikiem subiektywnie i fragmentarycznie postrzeganej

rzeczywistości i zmieniających się emocji. Emocje są immanentnie związane z własną chorobą i obok procesów poznawczych mają wpływ na relację podmiot – otoczenie. Chorowaniu najczęściej towarzyszą następujące emocje: lęk przed wykryciem poważnej, nieuleczalnej choroby; strach przed osądzeniem (zbyt późno podjęta decyzja o zgłoszeniu się do lekarza lub nazbyt błahy powód, aby zajmować czas lekarzowi); lęk przed wywiadem; gniew. Emocje mogą motywować do podjęcia aktywności prozdrowotnej albo ją hamować: np. stosowane przez wielu pacjentów mechanizmy obronne jako regulatory emocji obniżają lęk i poprawiają samopoczucie, jednak istotnie opóźniają podjęcie decyzji o udaniu się do lekarza. Utrwalone mechanizmy obronne mogą prowadzić do przyjęcia postawy pomniejszania wagi własnej choroby, a tym samym do opóźnienia leczenia. Podejmowanie przez pacjenta decyzji o udaniu się do lekarza odbywa się w oparciu o wynik analizy zysków i strat. Czasem zdarza się, że subiektywny obraz choroby i emocje uniemożliwiają podjęcie przez pacjenta optymalnej decyzji w konkretnej sytuacji.

5. Jakie czynniki kształtują pierwszy kontakt z pacjentem?

Konsultacja zaczyna się jeszcze przed wejściem pacjenta do gabinetu lekarskiego i zależy m.in. od ogólnego wrażenia praktyki i jej otoczenia, przestrzegania podstawowych zasad postępowania w relacjach międzyludzkich poszczególnych członków zespołu praktyki i dostępności usług medycznych.

Przygotowanie się lekarza do wejścia pacjenta do gabinetu powinno zawierać następujące elementy: zapoznanie się z imieniem i nazwiskiem pacjenta; przejrzenie kartoteki (ewen-

tualne przypomnienie danych o wynikach badań, przeprowadzonych konsultacjach itp.); wcześniejsze zarezerwowanie większej ilości czasu dla pacjenta, który ze względu na problem medyczny bądź indywidualne predyspozycje będzie potrzebował większej uwagi.

Bezpośrednie oddziaływanie lekarza rozpoczyna się od zaproszenia pacjenta do gabinetu i powinno przyjmować różne formy, w zależności od stopnia znajomości pacjenta i jego rodziny, wieku pacjenta, doświadczeń lekarza z wcześniejszych kontaktów z pacjentem, postawionych celów itp. Powinno ono zawierać następujące elementy: wyjście lekarza po pacjenta do poczekalni, przywitanie się, wprowadzenie pacjenta do gabinetu, przedstawienie się, jeżeli jest to pierwsza wizyta, wskazanie miejsca do siedzenia, zadanie pytania otwartego na tematy pozamedyczne, przyjęcie postawy otwartej.

Omawiana faza konsultacji lekarskiej jest bardzo ważnym elementem ze względu na fakt, że sposób nawiązania kontaktu i pierwsze wrażenie mają istotny wpływ na przebieg całej wizyty i kolejnych spotkań lekarza z pacjentem. ■

Materiały prezentujemy za zgodą Wydawcy.

Pytania i odpowiedzi pochodzą z: Lukas W, Teslar E, Brami J, Oleksiak A, Franek B. *Elementy komunikowania się z pacjentem – nauczanie w rozszerzonej relacji*. [w:] Lukas W, Teslar E (red). *Efektywne uczenie się w praktyce lekarza rodzinnego. Przewodnik dla rezydentów*. Zdrowie i Zarządzanie: Kraków, 2005:82-86.

Niniejszy materiał powstał w ramach projektu *Działania na rzecz Rozwoju Europejskiej Sieci Kształcenia Podyplomowego i Ustawicznego Lekarzy Rodzinnych*, współfinansowanego ze środków programu Leonardo da Vinci. Szczegółowe informacje o projekcie dostępne są na stronie internetowej: www.netklinika.pl/ldv.