



Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz, Juliet Draper

Umiejętności komunikowania się z pacjentami

Zbieranie informacji

Wprowadzenie

Po zapoznaniu się z tym, jak istotny dla udanej komunikacji między lekarzem a pacjentem jest początek wywiadu medycznego, przejdziemy do kolejnego etapu konsultacji – zbierania informacji.

Już od dawna wiadomo, że zbieranie wywiadu ma zasadnicze znaczenie w procesie diagnozowania. Badania kliniczne wielokrotnie wykazały, że wywiad dostarcza 60–80% danych potrzebnych do ustalenia rozpoznania. W przeprowadzonym przez Hamptona badaniu z udziałem pacjentów ambulatoryjnych dane zebrane podczas wywiadu były wystarczające do postawienia diagnozy w przypadku 66 z 80 pacjentów objętych badaniem (Hampton i wsp. 1975; Sandler 1980; Kassirer 1983; Peterson i wsp. 1992).

Jednak sposób, w jaki na uczelniach medycznych uczy się lekarzy zbierać wywiad, może w praktyce prowadzić do braku trafności i efektywności. Tradycyjne metody zadawania pytań nie wspierają zebrania pełnego wywiadu oraz skutecznego stawiania hipotez. Na szczęście rozwój teorii i badań nad komunikacją kliniczną w znacznym stopniu pomaga lepiej zrozumieć proces zbierania informacji.

Postęp w tej dziedzinie nauki otworzył również zupełnie nowy zakres treści wywiadu lekarskiego, jakim jest spojrzenie na chorobę z perspektywy pacjenta (McWhinney 1989). Tradycyjne metody zbierania wywiadu lekarskiego skupiają się na patogenezie choroby kosztem rozumienia bardzo indywidualnych potrzeb każdego pacjenta. W konsekwencji wiele informacji potrzebnych do zrozumienia problemów

pacjenta pozostaje nieujawniona. Badania dotyczące satysfakcji pacjentów, stosowania się przez nich do zaleceń, zapamiętywania oraz skutków psychologicznych uzasadniają potrzebę przyjęcia szerszego spojrzenia w zbieraniu wywiadu, uwzględniającego zarówno uwarunkowania pacjenta, jak i bardziej ukierunkowaną, biomedyczną perspektywę lekarza.

Umiejętności dotyczące zbierania treści wywiadu oraz prowadzenia procesu zbierania informacji mają zasadnicze znaczenie dla skuteczności konsultacji lekarskiej. W tym rozdziale zajmiemy się analizą każdego z tych obszarów.

Problemy w komunikowaniu się

Liczne dowody naukowe potwierdzają występowanie problemów w komunikowaniu się na etapie zbierania informacji podczas konsultacji lekarskiej.

- Byrne i Long (1976) we wzorcowym badaniu, którym objęli 2000 konsultacji prowadzonych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii, wykazali, że lekarzy cechował niezwykle jednolity styl pomimo różnic w zgłaszanych przez pacjentów problemach i prezentowanych zachowaniach. Często stosowali skoncentrowane na lekarzu i zamknięte podejście do zbierania informacji, które zniechęcało pacjentów do opowiadania swojej historii oraz wyrażania obaw.
- Platt i McMath (1979) poddali ocenie 300 konsultacji lekarskich przeprowadzonych na szpitalnym oddziale chorób wewnętrznych w Stanach Zjednoczonych i wykazali, że zarówno wysoki stopień kontroli (proces) oraz przedwczesne skupianie się na problemach medycznych (treść) prowadzą do zbyt zawężonego podejścia w stawianiu hipotezy (percepcja) i ograniczają pacjentowi możliwości przedstawienia swoich obaw (treść). W efekcie wywiad jest nieprecyzyjny.
- Badania Tucketta i wsp. (1985) nad przekazywaniem informacji w podstawowej opiece zdrowotnej w Wielkiej Brytanii, którymi bardziej szczegółowo zajmiemy się w rozdziale 6., wykazały, jak kluczowe znaczenie dla zrozumienia i zapamiętania informacji przez pacjenta ma ujawnienie przekonań na temat choroby. Niestety, trudność w tych badaniach polegała na tym, że badaczom udało się znaleźć zaledwie kilka przykładów spośród wszystkich analizowanych konsultacji, w których lekarze prosili pacjentów o podzielenie

się swoimi wyobrażeniami, lub takich, w których lekarze zachęcali pacjentów do bardziej szczegółowego wypowiedzenia się na temat swoich wyobrażeń, gdy zostały one spontanicznie zasygnalizowane podczas konsultacji.

- Kleinman i wsp. (1978) przeprowadzili badania międzykulturowe, aby pokazać, w jaki sposób nieujawniony rozdzwitek pomiędzy zdrowotnymi przekonaniem pacjenta oraz lekarza może prowadzić do problemów związanych z zadowoleniem pacjenta, stosowaniem się przez niego do zaleceń, postępowaniem leczniczym oraz wynikami leczenia.
- Maguire i wsp. (1996) wykazali w swoich badaniach, że ponad połowa pracowników opieki zdrowotnej przed warsztatami z komunikowania się była w stanie zidentyfikować minimum 60% głównych obaw swoich pacjentów.
- Levinson i wsp. (2000) dowiedli, że pacjenci dawali werbalne i niewerbalne sygnały w przebiegu całej konsultacji lekarskiej, jednak lekarze reagowali na nie pozytywnie w 38% konsultacji chirurgicznych i w 21% konsultacji w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.
- Rogers i Todd (2000) zaobserwowali, że lekarze onkolodzy częściej słuchali oraz reagowali na wskazówki związane tylko z określonymi chorobami – ignorowali doniesienia pacjentów o bólu, chyba że związany był ze specjalistycznym leczeniem raka. Inny rodzaj bólu nie był uznawany lub był pomijany.
- Kuhl (2002) wykazał, że lekarze, którzy banalizowali lub ignorowali perspektywę pacjenta albo którzy nie wzięli pod uwagę jego obaw, mogą nieświadomie powodować tzw. jatrogenne cierpienie, czyli ból i cierpienie zadawane przez kogoś nieintencjonalnie. Cytując wiele ważnych przykładów, opartych na doświadczeniach pacjentów onkologicznych, Kuhl twierdzi, że jatrogenne cierpienie „pojawia się, kiedy pacjent jest obciążony nierozwiązanymi przez lekarza, jego własnymi psychologicznymi i emocjonalnymi trudnościami związanymi ze śmiercią, cierpieniem, bólem i relacjami”.
- Agledahl i wsp. (2011) w badaniu jakościowym zaobserwowali pewną prawidłowość w konsultacjach przeprowadzanych przez klinicystów w szpitalach w Norwegii. Lekarzy w głównej mierze interesował biomedyczny wymiar choroby ich pacjentów. Skoncentrowanie się na nim często przesłaniało im inne ważne aspekty konsultacji, odwracali swoją uwagę od trosk pacjentów i rzadko odnosili się do ich osobistej sytuacji. Chociaż lekarze okazywali uprzejmość oraz przyjazne nastawienie w relacji z pacjentami, nie rozpoznawali i nie zgłębiali wysyłanych przez nich sygnałów o skrywanych obawach i uczuciach.

- Mjaaland i wsp. (2011) w badaniach ilościowych wykazali, że lekarze w norweskich szpitalach nie angażowali się w analizowanie negatywnych emocji lub obaw sygnalizowanych przez pacjentów.
- Ruiz Moral i wsp. (2006) wskazali na ograniczone umiejętności komunikowania się większości lekarzy specjalistów w Hiszpanii, którzy prezentowali podejście skoncentrowane na lekarzu i nie eksplorowali emocji swoich pacjentów, ich oczekiwań czy aspektów psychospołecznych.
- Maguire i Rutter (1976) ponad 30 lat temu wskazali na poważne braki w umiejętnościach zbierania informacji przez studentów ostatnich lat studiów medycznych. Niewielu studentom udało się rozpoznać główny problem pacjenta, wyjaśnić dokładnie jego istotę oraz przeanalizować niejednoznaczne wypowiedzi, a także precyzyjnie wyjaśnić, jaki wpływ na życie codzienne pacjenta ma rozpoznany problem, reagować na wskazówki werbalne, zająć się bardziej osobistymi tematami czy też wykorzystać facylitację. Większość studentów stosowała zamknięte, rozwlekłe, wielokrotnie złożone oraz pełne powtórzeń pytania.

Cele

Cele lekarza zbierającego wywiad w trakcie konsultacji wykraczają poza wydobywanie informacji od pacjenta, który pozostaje pasywny. Musimy sprawić, aby pacjent poczuł się wysłuchany i doceniony, zapewnić wzajemne zrozumienie oraz relację opartą na trwałej współpracy. W związku z tym cele tego etapu konsultacji są następujące:

- zgłębienie problemów pacjenta prowadzące do poznania perspektywy biomedycznej, perspektywy pacjenta oraz uzyskania informacji ogólnych
- upewnienie się, że zdobyte informacje są precyzyjne, pełne oraz zrozumiałe dla obu stron (ustalenie wspólnej płaszczyzny porozumienia)
- upewnienie się, że pacjent czuje się wysłuchany, że jego informacje oraz opinie są mile widziane i cenne (potwierdzenie)
- nieustanne dbanie o zapewnienie przyjaznych warunków do rozmowy oraz utrzymanie relacji opartej na współpracy
- nadawanie konsultacji takiej struktury, aby zbieranie informacji było efektywne i aby pacjent rozumiał, na jakim etapie wywiadu się znajduje oraz brał udział w decydowaniu, dokąd zmierza wywiad i dlaczego.

Powyższe cele obejmują wiele zadań oraz „kamieni milowych” (ang. *checkpoints*), o których wspominają także inne dobrze znane wytyczne konsultacji lekarskiej:

■ Pendleton i wsp. (1984, 2003):

– zrozumienie przyczyny wizyty pacjenta

1. istota i historia problemów

2. etiologia problemów

3. skutki problemów

4. przekonania, obawy oraz oczekiwania pacjentów

– nawiązanie oraz podtrzymanie relacji z pacjentem, co pomaga w realizacji innych zadań

■ Neighbour (1987):

– nawiązanie kontaktu (nawiązanie porozumienia terapeutycznego z pacjentem)

– podsumowywanie („Czy wystarczająco dobrze zrozumiałem, dlaczego pacjent przyszedł do mnie na wizytę?”)

■ AAPP Three-Function Model (Cohen-Cole 1991):

– zbieranie informacji, żeby zrozumieć problemy pacjenta

– nawiązanie porozumienia terapeutycznego z pacjentem oraz reagowanie na emocje pacjenta

■ Bayer Institute for Health Care Communication E4 model (Keller i Carroll 1994):

– angażowanie pacjenta

– okazywanie pacjentowi empatii

■ Four Habits Model (Frankel i Stein 1999; Krupat i wsp. 2006):

– poznanie perspektywy pacjenta

■ SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills (Makoul 2001):

– pozyskiwanie informacji

■ Maastricht Maas Global (van Thiel i van Dalen 1995):

– eksplorowanie

– wyjaśnienie

– podsumowania

– emocje

■ Essential Elements of Communication in Medical Encounters: Kalamazoo Consensus Statement (Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician–Patient Communication in Medical Education 2001):

– zbieranie informacji

– zrozumienie perspektywy pacjenta

- Patient-centred medicine (Stewart i wsp. 2003):
 - pogłębiona analiza choroby (*disease*) oraz perspektywy pacjenta (*illness*)
- Model of the Macy Initiative in Health Communication (Kalet i wsp. 2004):
 - zbieranie informacji
 - poznanie oraz zrozumienie perspektywy pacjenta
- Six Function Model (de Haes i Bensing 2009):
 - zbieranie informacji.

Nasze cele oraz te zawarte w innych modelach konsultacji wyraźnie pokazują, że umiejętności dotyczące zbierania treści oraz prowadzenia procesu konsultacji są istotnym elementem zbierania informacji. Chcielibyśmy w pierwszej kolejności zanalizować kwestie dotyczące treści konsultacji, a następnie przyjrzeć się bliżej umiejętnościom procesu zbierania informacji. Pod koniec rozdziału omówimy natomiast wpływ wnioskowania klinicznego oraz wywiadu ukierunkowanego zarówno na proces, jak i na treść wywiadu medycznego.

Zbieranie informacji podczas konsultacji – treść wywiadu

Jakie informacje lekarz powinien uzyskać przed zakończeniem wywiadu? Jakie informacje lekarze powinni przekazywać podczas obchodów w szpitalu, a jakie wpisywać do dokumentacji pacjenta? Po określeniu owych aspektów możemy skupić się na tym, jak najlepiej poprowadzić tę część konsultacji, oraz zastanowić się, jakie umiejętności prowadzenia procesu umożliwią zbieranie informacji w sposób precyzyjny, skuteczny oraz wspierający.

Rozpocznijmy od zaprezentowania dwóch kontrastujących ze sobą modeli zbierania informacji: tradycyjny model zbierania wywiadu oraz model uwzględniający perspektywę biomedyczną i perspektywę pacjenta (ang. *disease-illness model*).

Tradycyjny model wywiadu medycznego

Tradycyjny model zbierania wywiadu jest tak głęboko zakorzeniony w praktyce medycznej, że łatwo zakładamy, iż jest podejściem właściwym. W medycynie do tej pory często przyjmujemy to założenie, nie zastanawiając się nad jego źródłem oraz nad tym, czy przystaje ono

do współczesnej praktyki. McWhinney (1989) przeprowadził czytelną analizę źródeł oraz mocnych i słabych stron tradycyjnej metody klinicznej, którą chcielibyśmy omówić poniżej.

Źródła tradycyjnej metody

Na początku XIX wieku pojawiła się nowa metoda kliniczna, zapoczątkowana w porewolucyjnej Francji. Przed tym okresem medycynie brakowało podstawy naukowej – lekarze skupiali się na leczeniu objawów i mieli znikomą wiedzę na temat procesów warunkujących chorobę.

Nowinki, takie jak stetoskop, stworzyły możliwość dotarcia do zupełnie nowych informacji klinicznych. Jednocześnie lekarze zaczęli badać organy wewnętrzne człowieka po śmierci, próbując korelować fizyczne objawy za życia z wynikami badań pośmiertnych. Od tej chwili fizyczne objawy choroby pacjenta zaczęły mieć podstawowe znaczenie dla ich zawodowego podejścia – celem diagnosty stało się zinterpretowanie objawów występujących u pacjenta w kontekście konkretnych chorób oraz wskazanie naukowego uzasadnienia. Ta zmiana miała zwiastować nadejście niewiarygodnego postępu w diagnostyce oraz leczeniu w XX wieku.

Do 1880 roku w pełni zdefiniowano metodę kliniczną. Informacje na ten temat czerpiemy ze szpitalnej dokumentacji klinicznej, w której odnajdujemy ustrukturalizowaną metodę zapisywania informacji z wywiadu oraz badania przedmiotowego (dobrze znaną współczesnej medycynie), która już wówczas zakorzeniła się w praktyce lekarskiej (Tait 1979; Roter 2000). Historia choroby, historia przebytych chorób, alergie oraz stosowane leki, wywiad rodzinny i społeczny oraz przegląd układów i narządów złożyły się na standardową metodę zapisywania danych klinicznych oraz stworzyły uporządkowane podejście do zbierania wywiadu lekarskiego (zob. rozdział 1., ramka 1.2.).

Metoda ta, wzbogaconą o nowe skuteczne metody diagnostyczne, zwiększające możliwości interpretowania problemów pacjenta w kontekście czynników patogennych, nadal dominuje w medycynie. Obrazowanie, mikrobiologia, biochemia oraz hematologia stanowią podstawę naszego fachu – to dzięki nim możliwe stało się zrozumienie procesów chorobowych na poziomie komórkowym i głębszym.

Mocne strony

Najmocniejszą stroną tradycyjnej metody klinicznej jest naukowe podejście do pacjenta. Bezsprzecznie opracowanie metody klasyfikacji przyczyn choroby utorowało drogę postępom w naukach medycznych,

które się następnie dokonały. Stworzono pierwszą realną możliwość precyzyjnego audytu klinicznego z patologiami przekazującymi klinicystom informacje zwrotne o ich umiejętnościach diagnostycznych. Powstał wspólny język w celu ujednolicenia „podejścia medycznego”.

Lekarzy wyposażono również w przejrzystą metodę zbierania oraz dokumentowania historii medycznej, oddając do dyspozycji starannie ustrukturalizowany szablon umożliwiający ustalenie rozpoznania lub wyeliminowanie fizycznej choroby. Uproszczono oraz ujednolicono bardzo złożony proces, co zapobiegało pomijaniu kluczowych punktów oraz umożliwiało przedstawienie – w standardowo ujętej formie – informacji uzyskanych od pacjenta.

Słabe strony

Mocna strona tradycyjnej metody klinicznej jest jednocześnie jej słabością. Jako że profesja przyjęła obiektywizm konieczny do diagnozowania chorób w kontekście leżących u ich podstaw czynników patogennych, lekarze coraz częściej koncentrowali swoją uwagę na dysfunkcjach poszczególnych części ciała. Sprowadziło to proces diagnostyczny do poziomu komórkowego, a obecnie nawet molekularnego. Niestety, ten bezstronny obiektywizm powoduje, że łatwo traci się z pola widzenia pacjenta jako całość. Warto przytoczyć słowa Cassella (1985), który uważał, że „indywidualne obawy pacjenta zostają zignorowane, żeby można było udzielić wsparcia funkcjonowaniu jego organów”.

Celem metody naukowej nie jest zrozumienie znaczenia choroby z punktu widzenia pacjenta lub też umieszczenie jej w kontekście jego życia osobistego i rodzinnego. Subiektywne aspekty, takie jak przekonania, lęki oraz obawy, nie mieszczą się w kategoriach tradycyjnego podejścia. Nauka zajmuje się tym, co obiektywne, co da się zmierzyć, podczas gdy uczucia, myśli i obawy pacjenta są niemierzalne i subiektywne, a przez to uznawane jako mniej warte uwagi.

Studenci medycyny wychowywani w świecie obiektywizmu i technologii uczeni są, aby kosztem rozumienia chorego koncentrować uwagę na mechanizmach leżących u podłoża choroby z pominięciem perspektywy oraz uczuć pacjenta. A przecież te swobodne i niedoceniane „wędrówki” po niezbadanych terytoriach, jakimi są opinie i emocje pacjentów, świadczą o dążeniu do obiektywizmu.

Istnieje jeszcze inny problem związany z klasyczną metodą zbierania wywiadu. Jak już wiemy z rozdziału 1., studenci często błędnie uznają, że forma, w jakiej przedstawiają fakty ustalone w trakcie wywiadu czy w jakiej zapisują informacje w dokumentacji medycznej pacjenta, jest taka sama, w jakiej powinni pozyskiwać informacje

od pacjenta. Mylą treść tradycyjnego wywiadu medycznego z procesem przeprowadzania wywiadu. Lekarze nauczani są objawów niezbędnych do ustalenia rozpoznania, a ten sposób nauczania sugeruje, że jeśli zadadzą 15 pytań, których nauczyli się o funkcjonowaniu poszczególnych układów czy narządów, to zbiorą wszystkie potrzebne im informacje. Jednakże, jak zobaczymy w dalszej części niniejszej książki, takie zamknięte podejście w zadawaniu pytań sprzyja nieefektywnej i nieprecyzyjnej metodzie zbierania wywiadu (Evans i wsp. 1991). W rzeczywistości przedwczesne poszukiwanie naukowych faktów jest tym, co uniemożliwia nam słuchanie, zebranie precyzyjnego wywiadu oraz wychwytywanie sygnałów o problemach oraz obawach pacjenta. Medycyna skoncentrowana na chorobie (ang. *disease-centred medicine*) szybko przeradza się w medycynę skoncentrowaną na lekarzu (ang. *doctor-centred medicine*), ze szkodą dla nas wszystkich.

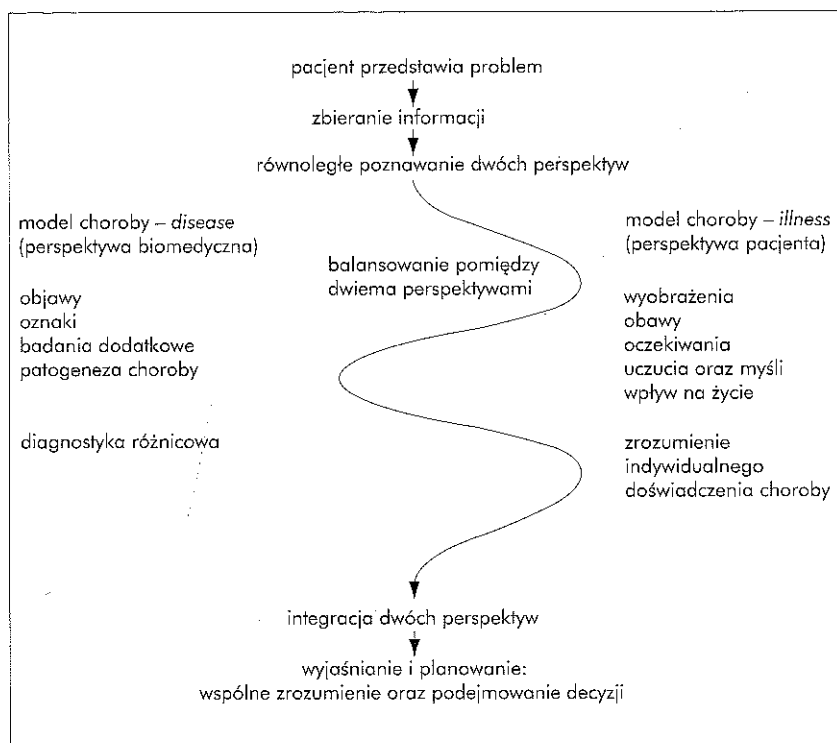
Model integrujący perspektywę choroby oraz perspektywę pacjenta (ang. *disease-illness model*)

McWhinney (1989) wraz ze współpracownikami z University of Western Ontario zaproponowali „zmodyfikowaną metodę kliniczną” (ang. *transformed clinical method*), która miała zastąpić tradycyjną treść wywiadu lekarskiego. Zaproponowane przez nich podejście, wymagające od lekarza zrozumienia pacjentów tak samo jak ich choroby, otrzymało nazwę „wywiadu klinicznego skoncentrowanego na pacjencie” (ang. *patient-centred clinical interviewing*), aby odróżnić je od podejścia skoncentrowanego na lekarzu (ang. *doctor-centred approach*), zgodnie z którym choroba pacjenta jest interpretowana jedynie z tradycyjnie pojmowanej perspektywy jako proces chorobowy i patologia (Stewart i wsp. 1995, 2003; Stewart 2001). Określenie „skoncentrowany na pacjencie” może zostać błędnie zinterpretowane jako oznaczające konsumpcjonizm, jednak nie takie były intencje autorów.

Tresolini i wsp. (1994) zaproponowali inne ujęcie procesu opieki zdrowotnej, mianowicie „opieki skoncentrowanej na relacji” (ang. *relationship-centred care*), aby pokazać, że charakter oraz jakość relacji są kluczowe w opiece zdrowotnej i w szerszym rozumianym systemie świadczeń oraz dla dobrostanu zarówno pacjenta, jak i lekarza. Rozwijając ten paradygmat, Beach i wsp. (2006) określili cztery zasady definiujące opiekę skoncentrowaną na relacji: (1) relacje w opiece zdrowotnej powinny uwzględniać osobowość uczestników, (2) nastrojów oraz emocje są ważnymi komponentami tych relacji, (3) wszystkie relacje w opiece zdrowotnej zachodzą w kontekście wzajemnego

oddziaływania oraz (4) tworzenie oraz podtrzymanie szczerej relacji w opiece zdrowotnej ma wartość moralną. W opiece skoncentrowanej na relacji interakcje między pacjentami a klinicystami mają podstawowe znaczenie, chociaż podkreśla się również relacje między klinicystami, ich stosunek do samych siebie, a także ich relacje ze społecznością lokalną. Opieka skoncentrowana na relacji oraz opieka skoncentrowana na pacjencie są wzajemnie uzupełniającymi się paradygmatami.

Wracając do omawiania metody klinicznej McWhinneya, medycyna skoncentrowana na pacjencie zachęca lekarzy do uwzględniania podczas każdego wywiadu lekarskiego zarówno planu lekarza, jak i planu pacjenta (Mishler 1984; Champion i wsp. 1992; Epstein 2000; Barry i wsp. 2001). Model uwzględniający perspektywę choroby oraz perspektywę pacjenta (ryc. 3.1.) jest próbą przedstawienia praktycznego sposobu wykorzystania tych koncepcji w codziennej praktyce klinicznej.



Ryc. 3.1. Model uwzględniający perspektywę choroby oraz perspektywę pacjenta (za: Levenstein i wsp. [1989] oraz Stewart i wsp. [2003])

Definicja choroby z perspektywy biomedycznej i perspektywy pacjenta

Atrakcyjność tej analizy zbierania informacji wynika z jasności, z jaką wskazuje na przyczynę, dla której musimy zgłębić zarówno „chorobę” (*disease*), jak i sposób, w jaki pacjent rozumie chorobę (*illness*), aby spełnić istotną funkcję lekarza. Choroba (*disease*) jest biomedyczną przyczyną schorzenia (*sickness*) w rozumieniu patofizjologii. Na pewno rolą lekarza jest poszukiwanie objawów choroby podstawowej. Rozpoznanie choroby pacjenta jest głównym zadaniem lekarza. Z kolei choroba (*illness*) jest indywidualnym dla każdego pacjenta doświadczeniem bycia chorym (sposobem postrzegania, doświadczania oraz radzenia sobie z chorobą). Perspektywa pacjenta nie jest tak wąska jak lekarza i obejmuje uczucia, myśli, obawy oraz wpływ każdego epizodu choroby na jego życie. Odzwierciedla reakcje pacjenta na to, co dzieje się w jego otoczeniu, sposób pojmowania tego, co się z nim dzieje, a także jego oczekiwanie pomocy.

Pacjent może być chory bez oznak toczącego się procesu chorobowego. Często nie udaje nam się znaleźć podstawowej przyczyny objawów w żadnym z patologicznych procesów chorobowych. Weźmy dla przykładu pacjenta w żałobie, u którego występują typowe objawy wywołane żalem po stracie bliskiej osoby, lub biznesmena z napięciowymi bólami głowy bądź też dziecko z problemami w szkole wywołującymi bóle brzucha. Z drugiej zaś strony, niektóre osoby mogą nie być świadome choroby nawet wtedy, gdy przebiega proces chorobowy (na przykład kobiety chore na raka jajnika lub osoby z bezobjawowym nadciśnieniem tętniczym).

Zazwyczaj choroba (*disease*) i jej doświadczanie przez pacjenta (*illness*) występują jednocześnie, ale jednym z bardziej fascynujących zagadnień w medycynie jest to, jak ta sama choroba może wywoływać różne doświadczanie choroby u poszczególnych pacjentów. Wyobraź sobie wszystkich swoich pacjentów cierpiących na jakąkolwiek tę samą chorobę. Różnice w ich reakcjach na podobne objawy lub identyczne rozpoznanie będą ogromne. Ich myśli, uczucia, wyobrażenia, obawy, oczekiwania, system wsparcia, dotychczasowe doświadczenia życiowe będą miały wpływ nie tylko na umiejętność radzenia sobie, lecz również na fizyczny przebieg choroby. Jedna osoba z bólem gardła będzie spokojnie czekała, aż natura sama poradzi sobie z chorobą i w ogóle nie zgłosi się do lekarza, inna będzie chciała otrzymać antybiotyki, ponieważ pamięta okropne dolegliwości związane z przebytym niegdyś ropniem okołomigdałkowym. Jedna kobieta chora na raka piersi zgłosi się do lekarza z małym guzkiem, a u innej zostanie przypadkowo wykryty zaawansowany rak z owrzodzeniem.

Dlaczego lekarze potrzebują zgłębić obydwie perspektywy

Lekarze zawsze próbowali rozdzielić te dwie kontrastujące ze sobą perspektywy choroby, a w przeszłości często odrzucali perspektywę pacjenta, uważając ją po prostu za zbiór mylących czynników, które utrudniają postawienie właściwej diagnozy. Niepokój pacjenta, jego lęk oraz próg bólu mogą naruszać naszą umiejętność rozpoznania, czy dany ból brzucha wywołany jest zapaleniem wyrostka robaczkowego, czy też nie. Zwykle rozważamy indywidualną reakcję pacjenta, ale w taki sposób, by nie zaciemniła naszego technologicznego osądu.

W rezultacie zbyt często skupiamy swoją uwagę jedynie na ciele, odrzucając uzyskane zrozumienie pacjenta, tracąc tym samym możliwość postrzegania pacjenta jako człowieka (Cassell 1985).

Mishler (1984) tłumaczy, jak lekarz, desperacko zmierzający do postawienia diagnozy, słucha selektywnie komentarzy swoich pacjentów, skupiając się na tych, które pomagają zinterpretować problemy z technicznego punktu widzenia. Lekarz nie słyszy ani nie podąża za informacjami pacjenta, które umożliwiłyby mu poznanie jego świata. Mishler nazywa to zjawisko „dwoma równoległymi monologami”, w których pacjent i lekarz mówią w różnych językach o dwóch różnych sprawach.

Podczas gdy lekarze odrzucają informacje otrzymane od pacjenta, uzdrowiciele, praktycy medycyny alternatywnej oraz doradcy, którzy nie byli wychowani w tradycji medycyny Zachodu skoncentrowanej na chorobie, w mniejszym stopniu skupiają się na informacjach wynikających z choroby i koncentrują swoją uwagę na perspektywie pacjenta – *illness* (Kleinman i wsp. 1978).

W rzeczywistości na lekarzach spoczywa szczególna odpowiedzialność, żeby zrobić jedno i drugie – poznać chorobę z perspektywy biomedycznej oraz z perspektywy pacjenta, nie odrzucając żadnej z nich (Smith i Hoppe 1991). Model *disease-illness*, uwzględniający obie perspektywy, w żaden sposób nie neguje naszego naukowego podejścia do choroby, wzbogaca je jedynie o podejście skoncentrowane na pacjencie. Nie jesteśmy doradcami, których wyłącznym celem jest pomóc pacjentom zdać sobie sprawę z tego, jak ich myśli i uczucia wpływają na ich życie oraz chorobę – ciąży na nas dodatkowa odpowiedzialność oraz zadanie postawienia diagnozy i leczenia choroby. Ale jeśli uznamy, że nasza rola sprowadza się wyłącznie do rozpoznania choroby, nie zdołamy w pełni pomóc pacjentom zgodnie z ich indywidualnymi potrzebami.

Musimy uwzględnić zarówno nasze tradycyjne postępowanie biomedyczne, jak i związane z chorobą spojrzenie pacjenta. Jeżeli pacjent przychodzi z bólem stawów, lekarz może postrzegać swoją rolę

w kategoriach ustalenia rozpoznania i zlecenia leczenia, chociaż głównym problemem pacjenta może być ryzyko utraty w przyszłości niezależności – zatem oczekiwania pacjenta mogą dotyczyć w większym stopniu omówienia rokowania niż samej diagnozy. Oczywiście obydwie perspektywy zachodzą na siebie, lecz bez odniesienia się do przekonań i obaw pacjenta, jak również bez diagnozy procesu chorobowego lekarz nie zadba w pełni o pacjenta jako indywidualną jednostkę. Podejście skoncentrowane na pacjencie poszerza spojrzenie lekarza poprzez uwzględnienie perspektywy choroby oraz doświadczeń pacjenta.

Co ciekawe, O'Keefe i wsp. (2003), badając studentów medycyny prowadzących konsultacje pediatryczne, wykazali, że kompetencje kliniczne studentów zbierających wywiad silniej niż podejście skoncentrowane na pacjencie wpływały na ocenę, jaką matki wystawiały studentom. Jednakże zarówno wysoki stopień skoncentrowania na pacjencie, jak i wysoki poziom kompetencji klinicznych korelowały z najwyższym poziomem zadowolenia u matek.

Istnieje wiele korzyści wynikających ze zbierania wywiadu z wykorzystaniem obu „ramion” modelu perspektywa choroby–perspektywa pacjenta:

1. **Wspieranie, rozumienie i budowanie relacji.** Zebranie wywiadu od 55-letniego pacjenta skarżącego się na bóle w klatce piersiowej wyłącznie na podstawie tradycyjnego modelu skoncentrowanego na chorobie pozwala zdiagnozować dławicę piersiową oraz zaplanować leczenie. Chociaż oczywiście jest to obowiązek lekarza, to jeśli jednak nie zrozumiesz, co ten ból oznacza dla pacjenta i jakie implikacje ma dla niego postawiona diagnoza, twoja skuteczność jako lekarza może być ograniczona. Pacjent może się zdemoralizować po usłyszeniu rozpoznania choroby wieńcowej, ponieważ jego ojciec zmarł na zawał serca w jego wieku. Albo też pacjent do tego właśnie momentu był bardzo sprawny oraz aktywny fizycznie i taka diagnoza może być dla niego przytłaczająca, ponieważ choroba serca może ograniczać zaplanowaną już na przyszłość aktywność. Być może jego praca zawodowa wiąże się z przemieszczaniem, a zatem jego życie uzależnione jest od zdolności prowadzenia pojazdów. A może jego małżonka choruje i nie chce jej dodatkowo obciążać swoimi problemami. Twoja umiejętność udzielenia pomocy zależy nie tylko od skutecznego diagnozowania, lecz również od rozumienia perspektywy pacjenta i udzielenia mu wsparcia w obliczu napotykanych trudności.
2. **Tradycyjny model choroby nie wyjaśnia w pełni problemów pacjenta.** W kategoriach tradycyjnego modelu medycznego – w opisywanym przypadku 55-letni mężczyzna z bólem w klatce

piersiowej i jego poczuciem bycia chorym (*illness*) może nie mieć „choroby” (*disease*), a źródłem tego stanu może być osobiste nie-szczęście, stres w domu lub pracy czy lęk o własne zdrowie. Choć- ciał bezsprzecznie naszym obowiązkiem jest wykluczenie fizycz- nej choroby, jednak bez względu na to, jak bardzo się staramy, nie znajdziemy choroby u wszystkich naszych pacjentów. Nawet jeśli ją znajdziemy, może ona nie wyjaśniać powodu, dla którego pa- cjent przyszedł do lekarza – bóle mięśni mogą być dobrze tolerowa- ne przez pacjenta, kiedy w jego życiu wszystko się układa, ale jeśli zaczyna żyć w stresie, mogą być powodem zmartwienia.

Potrzebujemy poszerzyć nasz wywiad, aby mieć na uwadze nie tylko perspektywę biomedyczną, ale również i tę pacjenta. Patrząc tylko przez pryzmat choroby, ból w klatce piersiowej u opisywanego pacjenta może nie wskazywać na niedokrwienie, a zapis EKG może być prawidłowy. Jednakże jeśli pacjent będzie do nas wracał na ko- lejne wizyty z niewyjaśnionym bólem, będziemy zmuszeni do prze- prowadzenia szerszej diagnostyki. Eksplorowanie także perspek- tywy pacjenta może ułatwić mu powiedzenie o swoich problemach małżeńskich albo nieprzeżytej żałobie, i już samo to może spowo- dować ustąpienie objawów (Epstein i wsp. 1999). Prowadzenie po- szukiwań w obszarze obydwu perspektyw może zwiększyć efek- tywność i wydajność wywiadu oraz zapewnić pacjentowi większe wsparcie. Z badania przeprowadzonego przez Stewart i wsp. (1997) w obszarze medycyny rodzinnej wynika, że podejście skoncentro- wane na pacjencie oraz ujęcie perspektywy pacjenta w ustalaniu płaszczyzny porozumienia zmniejszyło w rezultacie liczbę wizyt kontrolnych, dodatkowych badań oraz skierowań do specjalisty.

Liczne badania naukowe dowodzą, że brak organicznej choroby nie wyjaśnia dostatecznie problemów pacjentów. U 50% osób zgłaszają- cych się do lekarza ogólnego z bólami w klatce piersiowej przyczyna dolegliwości bólowych nie została wyjaśniona w trakcie wizyt kon- trolnych odbywających się w okresie 6 miesięcy (Blacklock 1977). Podobne wyniki dotyczą zmęczenia, bólów brzucha czy bólu głowy. Błędem byłoby stwierdzenie, że tego rodzaju problem istnieje tylko w medycynie rodzinnej – a co z tzw. globusem w otolaryngologii, zespołem jelita drażliwego w gastroenterologii lub czynnościowym bólem w klatce piersiowej w kardiologii? Wszyscy lekarze specjali- ści spotykają pacjentów, u których objawy nie zawsze są wywoły- wane przez chorobę.

3. **Poznanie perspektywy pacjenta ułatwia ustalenie rozpozna- nia oraz może przyczynić się do bardziej efektywnego i wydaj- nego wywiadu.** Pytanie pacjenta o jego wyobrażenia może wspomóc

proces diagnostyczny. Informacja, że ból wystąpił po upadku, może być istotną wskazówką do określenia przyczyny problemu, która w przeciwnym razie mogłaby nigdy nie zostać rozpoznana. Odkrycie, że celem wizyty pacjenta jest po prostu otrzymanie zwolnienia lekarskiego czy też rozwiązanie problemu bólu pleców, może oszczędzić czas i pieniądze, zapobiegnie bowiem niepotrzebnym pytaniom skoncentrowanym na chorobie czy niepotrzebnemu dawaniu zaleceń. Podobnie jak Stewart i wsp. (1997) w swoich wcześniejszych badaniach, tak też Epstein i wsp. (2005) wykazali, że z komunikacją skoncentrowaną na pacjencie korelują niższe koszty badań diagnostycznych.

4. **Przygotowuje grunt do wyjaśniania i planowania.** Pisząc o wyjaśnianiu i planowaniu w rozdziale 6., przedstawiamy wyniki badań, które dowodzą, jak ważne na ostatnim etapie konsultacji jest poznanie i zrozumienie unikalnej perspektywy pacjenta. Zobaczmy, że zdolność zapamiętania i zrozumienia, poziom satysfakcji oraz przestrzeganie zaleceń mogą ucierpieć, jeśli w procesie wyjaśniania nie odwołamy się do indywidualnych wyobrażeń, oczekiwań oraz obaw pacjenta.

Tuckett i wsp. (1985) wykazali, że skuteczność konsultacji zawodzi, jeśli nie ma spójności między schematami wyjaśniania lekarza i pacjenta. Nasz 55-letni pacjent skarżący się na bóle w klatce piersiowej może równie dobrze pomyśleć, że ma raka płuc, ponieważ jego kolega właśnie niedawno na niego umarł. Możesz być bardzo zadowolony, że to bóle typu mięśniowo-szkieletowego i nie grożą mu poważne konsekwencje. Dopóki nie poznasz poglądów swojego pacjenta i nie wytłumaczysz mu, dlaczego uważasz, że objawy nie są wywołane nowotworem, pacjent może opuścić gabinet w przeświadczeniu, że nie wziąłeś takiej możliwości pod uwagę. Ta nurtująca wątpliwość może zablokować u pacjenta możliwość zrozumienia oraz akceptacji twoich wyjaśnień i mieć negatywny wpływ na przyjęcie przez niego ustalonego rozpoznania lub zaproponowanego planu leczenia. Podobnie starsza kobieta z chorobą zwyrodnieniową kolana może wcale nie oczekiwać leczenia bólu, który z łatwością toleruje. Może po prostu obawiać się, że rozwija się u niej reumatoidalne zapalenie stawów, jak u jej matki, i potrzebuje zapewnienia, że tak nie jest. Bez zrozumienia oczekiwań pacjentki lekarz może użyć określenia „choroba stawów” i nie wytłumaczyć różnicy między chorobą zwyrodnieniową kolana a reumatoidalnym zapaleniem stawów. Może przepisać lek przeciwzapalny, którego pacjent nie będzie chciał stosować. Zaskakująco łatwo leczyć chorobę, a nie pacjenta.

Lekarz zatem powinien umieć rozdzielić obie perspektywy (choroby i pacjenta), a następnie umieć je z powrotem połączyć. W modelu

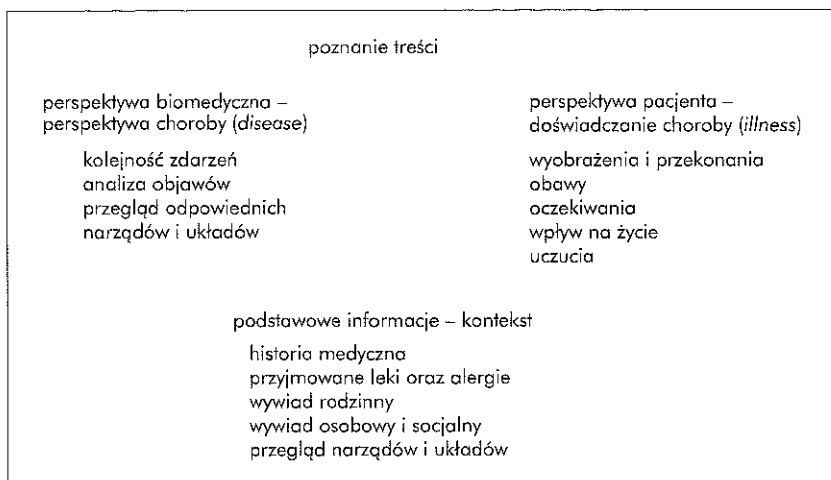
uwzględniającym perspektywę choroby oraz perspektywę pacjenta (*disease-illness*) ten etap konsultacji nazywa się integrowaniem. Bez tego etapu nie jest możliwe osiągnięcie z pacjentem wspólnego rozumienia charakteru problemu oraz poradzenie sobie z nim, trudno jest też zachęcić pacjenta do udziału we wspólnym podejmowaniu decyzji. Ostatecznym celem jest negocjowanie, opierając się na otwartym zrozumieniu stanowisk lekarza i pacjenta, oraz osiągnięcie zrozumiałej dla obu stron płaszczyzny porozumienia. Natomiast jeszcze w tym rozdziale oraz w rozdziale 6. dowiemy się, że zrozumienie perspektywy pacjenta nie zwalnia nas z naszej lekarskiej odpowiedzialności i nie promuje podejścia konsumpcyjnego. Rozważmy przypadek pacjentki zgłaszającej się na wizytę lekarską z wirusowym zapaleniem gardła, która według lekarza nie potrzebuje antybiotyku. Poznanie oczekiwań pacjenta na samym wstępie, zamiast wychodzenia z założeniem, że wszyscy pacjenci oczekują antybiotykoterapii, jest bardzo pomocne. Można dzięki temu ustalić z pacjentem plan leczenia oparty na rzeczywistym zrozumieniu jego stanowiska. Jeśli, co się często zdarza, pacjent wolałby uniknąć przyjmowania antybiotyków o ile to możliwe, komfortowe negocjacje są zapewnione od samego początku. Jeśli pacjent wolałby przyjąć antybiotyk, poznanie tego oczekiwania i jego spełnienie oraz wyjaśnienie swojego stanowiska w odniesieniu do opinii pacjenta jest nieodzowne. Tylko wówczas pacjent będzie mógł zrozumieć twoje racje oraz poczuje, że jego stanowisko zostało przynajmniej rozważone. Badanie przeprowadzone przez Steihaug i wsp. (2012) pokazuje, że jawne uznanie perspektywy pacjenta ułatwia tolerowanie nieporozumień, a konflikt i niezadowolenie można przewidzieć i złagodzić.

Alternatywny schemat dotyczący treści na etapie zbierania informacji podczas konsultacji lekarskiej

Model uwzględniający perspektywę choroby oraz perspektywę pacjenta stanowi podstawę, na której opracowaliśmy alternatywny schemat dotyczący treści na etapie zbierania informacji. Pozostawiliśmy w nim wszystkie elementy tradycyjnego wywiadu oraz dodatkowo włączyliśmy „nową” treść dotyczącą perspektywy pacjenta (Kurtz i wsp. 2003).

Schemat ten wyraźnie pokazuje, jak poszczególne elementy tradycyjnego wywiadu lekarskiego oraz komponenty modelu uwzględniającego perspektywę biomedyczną (choroby) oraz perspektywę pacjenta mogą płynnie współgrać ze sobą w praktyce klinicznej.

Ważne, że ten schemat jest intuicyjny dla praktykujących lekarzy, nauczycieli klinicystów, którzy nauczają na oddziałach lub prowadzą



Ryc. 3.2. Alternatywny schemat dotyczący treści na etapie zbierania informacji

zajęcia z przeprowadzania wywiadu lekarskiego, oraz tych, którzy uczą na zajęciach komunikowania się. Wszystkie wymienione grupy z entuzjazmem powinny przyjąć ten sam szablon, aby studenci, czy to w ramach formalnych zajęć z komunikacji klinicznej, czy na oddziałach lub w przychodniach, mogli otrzymać spójne informacje dotyczące treści wywiadu medycznego. Schemat, który tu proponujemy, doskonale koresponduje z tym, co się dzieje w rzeczywistej praktyce klinicznej. Klinicyści łatwo zauważą, jak nowe oraz tradycyjne treści pasują do siebie oraz jak ten model odnosi się do umiejętności dotyczących procesu zbierania informacji, które omówimy w dalszej części książki.

Schemat ten określa sposób, w jaki lekarze mogą zapisywać informacje w dokumentacji medycznej oraz prezentować swoje wyniki innym osobom, o czym pisaliśmy już w rozdziale 1. (ryc. 1.4.). Prezentuje bardziej adekwatne podejście do prowadzenia dokumentacji w dzisiejszych czasach. Co ciekawe, Health Informatics Unit, Royal College of Physicians (2008) w Wielkiej Brytanii stworzył dokument określający standardy w zakresie struktury oraz treści dokumentacji medycznej pacjentów przyjętych do szpitala. Ujęte w nim informacje dotyczące dokumentacji medycznej zawierają wszystkie opisywane przez nas elementy, łącznie z obawami pacjenta, jego oczekiwaniami oraz życzeniami.

Perspektywa biomedyczna

Informacje dotyczące perspektywy choroby, które lekarz powinien uzyskać od pacjenta, niczym nie różnią się od tradycyjnego wywiadu lekarskiego. Pogrupowaliśmy je w trzech równie ważnych częściach.

1. **Kolejność zdarzeń.** Przed szczegółowym analizowaniem objawów przydatne jest ustalenie przez lekarza dokładnej kolejności zdarzeń w odniesieniu do problemów zgłoszonych przez pacjenta. W kolejnej części tego rozdziału zajmiemy się umiejętnościami prowadzenia procesu komunikowania się, które pozwalają na efektywne zrealizowanie tego zadania.
2. **Analiza objawów.** Lekarz musi ponadto poddać szczegółowej analizie wszystkie objawy choroby. W tym miejscu chcielibyśmy zwrócić uwagę na znaczenie wnikliwej analizy każdego objawu, podkreślane zawsze w metodologii tradycyjnego wywiadu lekarskiego. Poniżej przedstawiamy dwa przykłady sposobów na zapamiętanie (ang. *aide-memoirs*), które porządkują treści konieczne do przeprowadzenia pogłębionej analizy objawów oraz pomagają nam zachować systematyczność w naszym podejściu.

GKJINO plus P (WWQQAA plus B)

1. **G**dzie (**where**) – umiejscowienie oraz promieniowanie objawu
2. **K**iedy (**when**) – kiedy się zaczęły, zmienność w czasie, czas trwania
3. **J**akość (**quality**) – jak są odczuwane
4. **I**łość (**quantity**) – intensywność, zasięg, poziom niepełnosprawności
5. **N**asilające oraz łagodzące czynniki (**aggravating and alleviating factors**)
6. **O**bjawy towarzyszące (**associated manifestations**) – inne objawy
7. **P**rzekonania (**beliefs**) – przekonania pacjenta na temat objawów

Egzamin kliniczny Macleoda

(Macleod's clinical examination, Munro i Campbell 2000)

1. Umiejscowienie
2. Promieniowanie
3. Charakter
4. Nasilenie
5. Czas trwania
6. Częstotliwość oraz cykliczność
7. Szczególne okresy występowania
8. Czynniki zaostrzające
9. Czynniki łagodzące
10. Zjawiska towarzyszące

3. **Przegląd odpowiednich narządów i układów.** Na kolejną ważną część składają się elementy przeglądu odpowiednich narządów i układów istotnych z punktu widzenia aktualnie omawianej części wywiadu lekarskiego. Jeśli pacjent wytłumaczył już, że problem, z którym zgłosił się do lekarza, dotyczy bólów brzucha, najbardziej właściwym następnym krokiem po ustaleniu kolejności zdarzeń oraz przeanalizowaniu tych objawów z perspektywy biomedycznej będzie sprawdzenie funkcjonowania układu pokarmowego, nawet jeśli takie postępowanie ujawni istotne potencjalne odpowiedzi negatywne.

Ważne, aby tę część przeglądu narządów i układów przeprowadzić jak najwcześniej i nie zostawiać jej na koniec wywiadu jako elementu pełnego przeglądu narządów i układów. Takie postępowanie bardziej pasuje do procesu wnioskowania klinicznego – w codziennej praktyce klinicyści zaczynają rozwiązywać problemy na wczesnym etapie wywiadu i dlatego potrzebne są im informacje dotyczące funkcjonowania określonych układów, aby mogli je jak najwcześniej ze sobą zestawiać.

Perspektywa pacjenta

Lekarz potrzebuje również uzyskać informacje i zrozumieć, w jaki sposób pacjent postrzega chorobę – „nowa” treść wywiadu:

- **wyobrażenia i przekonania** – przekonania i myśli na temat przyczyn lub skutków choroby, zdrowia oraz tego, co na nie wpływa lub przyczynia się do takiego stanu
- **obawy** – martwienie się o to, co dane objawy mogą oznaczać
- **oczekiwania** – nadzieje związane z tym, jak lekarz może pomóc, oraz oczekiwania pacjenta w związku z wizytą
- **wpływ na życie** – wpływ, jaki choroba wywiera na życie codzienne
- **uczucia** – emocje wywoływane przez te problemy.

Podstawowe informacje – kontekst

Oczywiście, lekarz powinien dotrzeć również do podstawowych informacji, które od zawsze stanowiły obszar z dużą dokładnością opisywany w tradycyjnym wywiadzie lekarskim. Informacje te dostarczają cennej wiedzy na temat kontekstu występujących problemów oraz objawów, która jest niezbędna do przeprowadzenia w pełni przemyślanej interpretacji bieżących wydarzeń. Wymagany w tym momencie poziom szczegółowości informacji jest uzależniony od tego, czy wywiad jest pełny, czy ukierunkowany. Podstawowe informacje obejmują:

- historię medyczną
- wywiad rodzinny
- wywiad osobowy i socjalny
- alergie oraz przyjmowane leki
- przegląd narządów i układów.

Dalsze informacje na temat konkretnych pytań, które pozwalają poznać indywidualny kontekst, zostały dobrze opisane w licznych podręcznikach medycznych (Seymour i Siklos 1994; Munro i Campbell 2000; Seidel 2003).

Umiejętności prowadzenia procesu zbierania informacji

Kierujemy teraz swoją uwagę w stronę umiejętności prowadzenia procesu komunikowania się potrzebnych do zebrania wywiadu lekarskiego. Jak zabrać się za zbieranie od pacjenta tych wszystkich informacji, o których pisaliśmy wcześniej? Jaki wpływ mają umiejętności prowadzenia procesu komunikowania się na treść uzyskiwanych informacji? Jakie umiejętności komunikowania się możemy wykorzystać, aby osiągnąć maksymalną skuteczność na tym etapie konsultacji? W ramce 3.1. zostały wymienione umiejętności prowadzenia procesu komunikowania się potrzebne do efektywnego zebrania informacji. Chcielibyśmy zaznaczyć, że – właściwie użyte – przedstawione poniżej umiejętności prowadzenia tego procesu mają zastosowanie zarówno w zbieraniu pełnego, jak i ukierunkowanego wywiadu i dotyczą każdych sytuacji.

Ramka 3.1. Zbieranie informacji

Pogłębiona analiza problemów pacjenta; lekarz:

- **narracja pacjenta:** zachęca pacjenta, by własnymi słowami opowiedział historię problemu(ów) od momentu, kiedy pojawił(y) się po raz pierwszy, do chwili obecnej (z podaniem przyczyny, dlaczego zgłasza się z nimi właśnie teraz)
- **sposób zadawania pytań:** stosuje otwarte oraz zamknięte techniki zadawania pytań, przechodząc odpowiednio od pytań otwartych do zamkniętych

Ramka 3.1. Zbieranie informacji (cd.)

- **słuchanie:** słucha uważnie, pozwalając pacjentowi dokończyć wypowiedź bez przerywania; pozostawia pacjentowi czas do namysłu przed udzieleniem odpowiedzi lub na kontynuowanie wypowiedzi po przerwie
- **wspierające/facilitujące reagowanie:** werbalnie i niewerbalnie wspomaga pacjenta w udzielaniu odpowiedzi, np. zachęca, operuje ciszą, używa powtórzeń, parafrazuje, interpretuje
- **sygnały:** wychwytuje werbalne oraz niewerbalne sygnały pacjenta (płynące z języka ciała, głosu, wyrazu twarzy, nastroju); sprawdza je oraz potwierdza ich adekwatność
- **klaryfikacje:** sprawdza wypowiedzi niejasne i wymagające rozwinięcia (np.: „Czy mógłby pan wyjaśnić, co rozumie przez określenie lekkomyślny?”)
- **określenie ram czasowych:** ustala daty i chronologię zdarzeń
- **wewnętrzne podsumowywanie:** co pewien czas podsumowuje, aby sprawdzić, czy dobrze zrozumiał wypowiedź pacjenta; zachęca go do poprawy błędnych interpretacji oraz podania kolejnych informacji
- **język:** używa zwięzłych, łatwo zrozumiałych pytań i komentarzy; unika żargonu lub odpowiednio wyjaśnia niezrozumiałe dla pacjenta sformułowania

Dodatkowe umiejętności umożliwiające zrozumienie perspektywy pacjenta; lekarz:

- **z zaangażowaniem ustala i odpowiednio eksploruje:**
 - **wyobrażenia pacjenta** (np. przekonania dotyczące przyczyny)
 - **obawy pacjenta** (np. zmartwienia) dotyczące każdego problemu
 - **oczekiwania pacjenta** (np. cele oraz jakiej pomocy oczekuje pacjent w odniesieniu do każdego problemu)
 - **wpływ** każdego problemu na życie pacjenta
- **zachęca do wyrażania uczuć**

W dalszej części szczegółowo zajmiemy się poszczególnymi umiejętnościami prowadzenia procesu zbierania informacji przedstawionymi w ramce 3.1. oraz zaprezentujemy dane z teorii i badań, które uzasadniają ich użycie podczas konsultacji lekarskiej. Każdą umiejętność przedstawimy oddzielnie, aby następnie zebrać je w całość, tworząc katalog do praktycznego wykorzystania przez lekarzy w ich codziennej praktyce.

Eksplorowanie problemów pacjentów

W rozdziale 2. analizowaliśmy początek konsultacji i poznaliśmy zalety starannego jej rozpoczynania oraz skonstruowania planu przebiegu konsultacji, aby zbyt pochopnie nie kierować się pierwszą usłyszaną wskazówką. Zajmiemy się teraz umiejętnościami potrzebnymi do przeprowadzenia dogłębnej analizy problemów pacjenta. Zaczniemy od analizy technik zadawania pytań, tak istotnych na etapie zbierania informacji. Czytelnicy zauważą, że w ramce 3.1. zalecamy, aby w pierwszej kolejności, zaraz po rozpoczęciu konsultacji, zachęcić pacjenta do opowiedzenia historii choroby w porządku chronologicznym. Umiejętność zachęcenia pacjenta do opowiedzenia swojej historii wymaga jednak specyficznego zastosowania techniki zadawania pytań otwartych i łatwiej będzie to rozważać po zapoznaniu się z tym zagadnieniem.

Techniki zadawania pytań

Na tym etapie konsultacji łatwo ulec przeświadczeniu, że lekarz ma ograniczony wpływ na przebieg zdarzeń i że pacjent opowie swoją wcześniej przygotowaną historię bez względu na to, co lekarz zrobi lub powie. Jednak nasze postępowanie oraz wypowiedzi silnie wpływają na wypowiedzi naszych pacjentów oraz sposób, w jaki reagują. Technika zadawania pytań zasadniczo wpływa na jakość oraz ilość informacji, które uzyskujemy od pacjenta.

Powinniśmy pamiętać, że lekarze mają istotną kontrolę nad konsultacją. To my kierujemy pacjenta na dane obszary w celu dalszej eksploracji, a charakter naszych pytań oraz reakcji ogranicza w pewien sposób swobodę wypowiedzi pacjenta. Bardzo często jednak nie jesteśmy świadomi siły naszego oddziaływania. Co możemy zrobić, aby nasze działania były bardziej celowe, abyśmy mogli umiejętniej wybierać, jakie podejście zastosujemy w razie potrzeby? Zaczniemy od kilku definicji.

Co to są pytania otwarte i zamknięte?

Pytania zamknięte (konwergencyjne) to pytania, które wymagają konkretnej odpowiedzi, często przy użyciu jednego słowa, na przykład „tak” lub „nie”. Ograniczają odpowiedź do obszaru określonego przez osobę zadającą pytanie. Pacjent zwykle odpowiada jednym lub dwoma słowami, nie rozwijając wypowiedzi.

Pytania otwarte (dywergencyjne) są natomiast tak skonstruowane, aby wprowadzić w obszar pytań bez nadmiernego kształtowania odpowiedzi czy skupiania się na jej treści. One również ukierunkowują pacjenta na specyficzny obszar, lecz dają mu więcej swobody w odpowiadaniu, wskazując, że dodatkowe informacje są zarówno odpowiednie, jak i pożądane.

Poniżej prezentujemy przykłady omówionych stylów zadawania pytań:

- **otwarte** – „Proszę mi opowiedzieć o swoich bólach głowy”
- **bardziej ukierunkowane, ale nadal otwarte** – „Co powoduje, że bóle głowy się nasilają lub ustępują?”
- **zamknięte** – „Czy rano budzi się pan z bólem głowy?”

Chcielibyśmy zaznaczyć, że zarówno pytania otwarte, jak i zamknięte są wartościowe. Jeśli pokazujemy, że lekarze mają tendencję do zbyt częstego zadawania pytań zamkniętych, w niewłaściwym momencie oraz kosztem pytań otwartych, nie oznacza to, że nie powinni ich w ogóle zadawać. Jedne i drugie stanowią cenne źródło informacji, chociaż służą osiągnięciu innych celów. Zastosowanie ich na różnych etapach konsultacji powinno być starannie przemyślane.

Ponieważ zadawanie pytań nie jest jedynym sposobem zbierania informacji, termin *pytanie* jest tutaj mylący. Bardziej odpowiednim i szerszym określeniem byłoby *szeroko otwarte i zamknięte techniki odpytywania*. Wiele otwartych technik to w rzeczywistości nie pytania, lecz sformułowania o charakterze dyrektywnym:

„Proszę zacząć od początku i opowiedzieć mi, co się działo...”

„Proszę mi powiedzieć coś więcej na ten temat...”

„Proszę mi powiedzieć, jak się pan czuje po wczorajszej operacji...”

w przeciwieństwie do pytań:

„Co się działo do teraz od momentu, kiedy po raz pierwszy wystąpił u pana ból?”

„Dlaczego lekarz przyjął pana dzisiaj do szpitala?”

„Jak się pan czuje po operacji?”

„Jakie były pana myśli?”

Kiedy powinniśmy stosować techniki pytań otwartych i zamkniętych: metoda lejka – od pytań otwartych do zamkniętych

Kluczowe znaczenie ma zrozumienie tego, jak w zamierzony sposób wybierać między otwartym a zamkniętym stylem zadawania pytań w różnych momentach konsultacji. Rozpoczynanie od pytań otwartych, a następnie przechodzenie do pytań zamkniętych nazywane jest metodą lejka (ang. *open-to-closed cone*) (Goldberg i wsp. 1983). Lekarz w pierwszej kolejności wykorzystuje technikę zadawania pytań otwartych, aby uzyskać obraz problemu z perspektywy pacjenta. Następnie podejście staje się bardziej ukierunkowane poprzez użycie coraz konkretniejszych, chociaż nadal otwartych pytań, aż w końcu pojawiają się pytania zamknięte w celu uzyskania bardziej szczegółowych informacji, które pacjent mógł pominąć. Stosowanie techniki pytań otwartych jest niezwykle istotne za każdym razem, kiedy zaczynamy eksplorować jakikolwiek problem – nie da się przecenić siły tej techniki jako narzędzia zbierania informacji. Najczęściej popełnianym błędem jest zbyt szybkie przechodzenie do zadawania pytań zamkniętych. Drugim błędem jest stosowanie techniki pytań otwartych tylko na początku konsultacji. Na przykład, ilekroć podczas wywiadu zaczynamy szczegółowo eksplorować nową kwestię lub temat, bardziej odpowiednie jest wielokrotne zastosowanie metody lejka.

Jakie są zalety techniki pytań otwartych?

Dlaczego pozostanie przy pytaniach otwartych, zanim przejdziemy do zamkniętych, gwarantuje maksymalną wydajność zbierania informacji? Przyjrzyjmy się, co mogłoby się wydarzyć, gdybyśmy zastosowali dwa różne podejścia dla tej samej sytuacji.

Konsultacja opierająca się na metodach zamkniętych mogłaby wyglądać następująco:

Lekarz: „Teraz ten ból w klatce piersiowej – gdzie boli?”

Pacjentka: „Tutaj z przodu” (pokazuje na mostek).

Lekarz: „Jakie są to bóle – tępe czy ostre?”

Pacjentka: „Raczej dosyć ostre”.

Lekarz: „Czy coś pani na nie zastosowała?”

Pacjentka: „Jedynie leki zobojętniające sok żołądkowy, ale zdaje się, że niezbyt pomagają”.

Lekarz: „Czy bóle promieniują gdzieś jeszcze?”

Pacjentka: „Nie, występują tylko tutaj”.

Przyjęcie bardziej otwartego stylu zadawania pytań mogłoby pomóc w uzyskaniu innych informacji:

Lekarz: „Proszę mi opowiedzieć o swoich dolegliwościach bólowych w klatce piersiowej”.

Pacjentka: „Ból narastał przez kilka ostatnich tygodni. Zawsze miałam jakieś tam problemy z niestrawnością, ale nigdy nie było tak źle. Czuję ostre bóle w tym miejscu (pokazuje na mostek), a potem odbija mi się mocno i czuję taki kwaśny posmak w ustach. Jest jeszcze gorzej po jednym lub dwóch drinkach, no i niezbyt dobrze śpiam”.

Lekarz: „Rozumiem. Czy może mi pani coś więcej o tym powiedzieć?”.

Pacjentka: „Zastanawiałam się, czy to nie z powodu tych tabletek, które biorę na stawy – ostatnio czuję się znacznie gorzej i wzięłam ibuprofen. Muszę się teraz jakoś trzymać, bo co będzie z Johnem i całą resztą”.

Skąd tak ogromna różnica w informacjach uzyskanych metodą otwartą?

Zalety zadawania pytań metodami otwartymi:

- zachęcają pacjentów do opowiedzenia swoich historii w pełniejszy sposób
- zapobiegają zadawaniu przypadkowych pytań zamkniętych
- zapewniają lekarzowi czas oraz przestrzeń do wysłuchania i namysłu, a nie tylko do zadania kolejnego pytania
- zwiększają efektywność wnioskowania diagnostycznego
- pomagają eksplorować zarówno perspektywę choroby, jak i perspektywę pacjenta
- wyznaczają wzorzec uczestniczenia pacjenta zamiast dominacji lekarza.

1. **Zachęcają pacjentów do opowiedzenia swoich historii w pełniejszy sposób.** Pytania zamknięte dają lekarzowi większą kontrolę nad odpowiedziami pacjenta, ale ograniczają informacje możliwe do uzyskania. Z kolei pytania otwarte umożliwiają pacjentowi udzielenie wyczerpującej wypowiedzi, a jednocześnie mogą dostarczyć informacji, których lekarz poszukuje. Za pomocą pytania otwartego można szybko i skutecznie uzyskać informacje na temat analizowanego problemu. Na poprzednich przykładach przekonaliśmy się, że za pomocą dwóch pytań otwartych udało się zebrać bardziej przydatne informacje dotyczące bólów klatki piersiowej pacjenta, niż przy użyciu czterech pytań zamkniętych.

2. **Zapobiegają zadawaniu pytań zamkniętych „na chybił trafił”.** W podejściu zamkniętym cała odpowiedzialność spoczywa na osobie zadającej pytania. To ona musi ocenić, co będzie obszarem dociekań, oraz należycie ukierunkować pytania. Naturalnie, uzyskane w ten sposób informacje będą odnosiły się wyłącznie do konkretnych obszarów dociekań, które w ocenie lekarza mogą być istotne, ale może on łatwo zapomnieć zapytać o inne bardzo ważne kwestie. Każde pytanie jest „strzałem na chybił trafił” – potencjalnie mało skutecznym działaniem. Stosowanie metod otwartych umożliwia pacjentowi odniesienie się do takich tematów, których lekarz nie brał pod uwagę – w przedstawionym wyżej przykładzie, gdzie zastosowano metodę pytań zamkniętych, lekarz mógłby nie pomyśleć, aby zapytać o alkohol, i straciłby istotną wskazówkę. Nie podważa to wartości zadawania pytań zamkniętych na późniejszym etapie wywiadu lekarskiego. Pytania zamknięte są niezbędne do wyjaśniania kwestii oraz do poszukiwania problemów, które nie zostały jeszcze poruszone w wywiadzie, ale ten cel można osiągnąć bardziej wydajnie, jeśli najpierw uda nam się uzyskać szersze spojrzenie na problem oraz usłyszeć pełniejszą narrację z ust pacjenta.
3. **Zapewniają lekarzowi czas oraz przestrzeń do wysłuchania i namysłu, a nie tylko do zadania kolejnego pytania.** W metodzie zamkniętej lekarz zadaje jedno pytanie zamknięte za drugim. Zamiast słuchać i analizować odpowiedzi pacjenta, zajęty jest formułowaniem pytań, aby utrzymać płynny przebieg wywiadu, co uniemożliwia mu w efekcie usłyszenie oraz wychwycenie pojawiających się ważnych sygnałów.
4. **Zwiększają efektywność wnioskowania diagnostycznego.** Jeśli lekarz nie zastosuje techniki zadawania pytań otwartych w początkowej fazie zbierania informacji, łatwo może ograniczyć wnioskowanie diagnostyczne do zbyt wąskiego obszaru dociekań. Wiadomo, że proces rozwiązywania problemów lekarze rozpoczynają już na wczesnym etapie konsultacji. Szybko próbują powiązać wstępne informacje przekazane przez pacjenta z posiadaną przez siebie wiedzą medyczną o chorobach oraz wcześniej wypracowanymi schematami wspomagającymi proces rozwiązywania problemów. Następnie tak ukierunkowują kolejne pytania, aby potwierdzić lub odrzucić wstępne przemyślenia (Kassirer i Gorry 1978; Barrows i Tamblyn 1980; Gick 1986; Mandin i wsp. 1997; Groopman 2007). Metody otwarte zapewniają lekarzom więcej czasu na znalezienie swojego podejścia do rozwiązywania problemu oraz dostarczają więcej informacji, na których mogą oprzeć swoje teorie i hipotezy. Metody zamknięte przeciwnie – szybko prowadzą do eksploracji jednej tylko ścieżki

dociekań, co może się okazać błędnym tropem, który nieuchronnie zaprowadzi nas w ślepy zaułek. Lekarz będzie wtedy musiał zacząć jeszcze raz oraz opracować inną strategię rozwiązania; zbieranie informacji stanie się nieprecyzyjne i nieefektywne. We wcześniej przytoczonych przykładach przysłuchiwanie się historii pacjenta i zadawanie pytań otwartych pozwoliło lekarzowi uniknąć pułapki wczesnego wypytywania o prawdopodobną chorobę niedokrwinną serca oraz umożliwiło ujawnienie innych objawów oraz obaw, które pomogą w sformułowaniu bardziej precyzyjnej hipotezy roboczej.

5. **Pomagają przeanalizować chorobę zarówno z perspektywy biomedycznej, jak i z perspektywy pacjenta.** Pytania zamknięte, jak już wcześniej pisaliśmy, nie są skuteczne, gdy rozpoczynamy eksplorowanie biomedycznych aspektów problemu. Będą tym bardziej niewystarczające przy ustalaniu perspektywy pacjenta. Ponieważ pytania zamknięte wyrażają perspektywę lekarza, będą skoncentrowane na klinicznych aspektach problemu, omijając perspektywę pacjenta. Z kolei pytania otwarte zachęcają pacjentów do mówienia o swojej chorobie z ich punktu widzenia, opowiedzenia swojej historii we właściwy dla siebie sposób i z użyciem własnego słownictwa. Pacjenci mogą decydować, co jest według nich ważne, a lekarz może lepiej zrozumieć osobiste doświadczenie choroby pacjenta. Najważniejsze jest to, że zadawanie pytań otwartych daje pacjentowi czas na ułożenie historii w logiczniejszą całość, która będzie bardziej zrozumiała nie tylko dla lekarza, lecz również dla samego pacjenta. Metoda ta ma kilka korzyści. Na przykład pacjenci, którzy z pomocą lekarzy mogą nadać swoim historiom jakiś sens, lepiej się „czują”. Wpływa to na terapeutyczne oddziaływanie lekarza oraz pomaga zbudować relację między nim a pacjentem (Laurer 2002).
6. **Wyznaczają wzorzec uczestniczenia pacjenta zamiast dominacji lekarza.** Jak już pisaliśmy w rozdziale 2., w 94% sytuacji, w których przerwano pacjentowi, wypowiedź kontynuował lekarz (Beckman i Frankel 1984). Wczesne skupianie się na jednym problemie, poprzez zadawanie pytań zamkniętych, przenosi cały nacisk z podejścia skoncentrowanego na pacjencie na podejście skoncentrowane na lekarzu, a kiedy tak się stanie, pacjent zwykle przyjmuje bierniejszą postawę w relacji z lekarzem. Jeśli rozpoczniemy od pytań zamkniętych, pacjenci często nie powiedzą sami z siebie niczego, o co nie zostali wprost zapytani – większość z nich zgodzi się na wasze prowadzenie konsultacji. Pytania otwarte umożliwiają pacjentowi aktywniejszy udział, sygnalizują, że jego wypowiedź jest na miejscu i że lekarz chętnie jej wysłucha.

Dlaczego przechodzenie od otwartych do zamkniętych technik zadawania pytań jest ważne?

Ważne jest, by w miarę jak wywiad postępuje, lekarz stopniowo koncentrował się na wybranych obszarach. Musi zadawać coraz bardziej precyzyjne pytania otwarte, by ostatecznie przejść do pytań zamkniętych w celu uzyskania bardzo szczegółowych informacji. Jeśli pacjent w swojej relacji nie wspomni o pewnych konkretnych obszarach, to do ich eksplorowania lekarz potrzebuje pytań zamkniętych, aby szczegółowo przeanalizować objawy i przeprowadzić analizę funkcjonalną (nawet jeżeli zacznie od pytania otwartego, np.: „Proszę opowiedzieć mi o wszystkich swoich problemach skórnych...”).

W rozdziale 4. analizujemy zagadnienia związane z przechodzeniem od pytań otwartych do zamkniętych przy użyciu odpowiednich zwrotów sygnalizujących takie przejście oraz pokazujemy, jak podsumowywanie i sygnalizowanie pomagają przezwycięzać poczucie utraty kontroli oraz opanować potencjalnie bardziej nieuporządkowane zbieranie informacji wynikające ze stosowania technik otwartych. W rozdziale 5. omawiamy, jaką rolę komunikacja niewerbalna odgrywa w procesie zadawania pytań oraz jak, nawet za pomocą pytań zamkniętych, odpowiednio facylitując wypowiedź pacjenta, można zachęcić go, aby powiedział więcej ze swojej historii – odpowiednie zachowania niewerbalne w komunikacji z pacjentem mogą zmienić pytania zamknięte w otwarte.

Jakie są dowody na potwierdzenie wartości technik otwartych i zamkniętych?

Roter i Hall (1987) badały związek między stylami prowadzenia wywiadu lekarzy pierwszego kontaktu a informacjami medycznymi uzyskiwanymi podczas konsultacji z symulowanymi pacjentami. Okazało się, że lekarze uzyskali średnio tylko 50% informacji uznanych przez ekspertów za ważne, w budzącym niepokój przedziale 9–85%! Badania wykazały ponadto, że ilość uzyskanych informacji miała związek z zastosowaniem zarówno odpowiednich pytań otwartych, jak i zamkniętych. Z tym że pytania otwarte skłaniały pacjentów do przekazywania znacznie większej ilości informacji niż pytania zamknięte.

Stiles i wsp. (1979) wykazali, że pacjenci poradni przyszpitalnych byli bardziej usatysfakcjonowani na etapie zbierania informacji, jeśli mogli swobodnie się wypowiedzieć, a nie jedynie odpowiadać jednym słowem lub tak/nie na pytania zamknięte.

Goldberg i wsp. (1983) badali umiejętności wykrywania problemów emocjonalnych i psychicznych u pacjentów wśród lekarzy w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej w Stanach Zjednoczonych. Poszukiwali, które aspekty stylu prowadzenia wywiadu wybranego przez badanych lekarzy warunkowały wykrycie u pacjentów zaburzeń psychicznych. W badaniu okazało się, że na zdolność lekarzy do precyzyjnej oceny miały wpływ dwie umiejętności, mianowicie umiejętność zadawania pytań metodą lejka (tj. od otwartych do zamkniętych) oraz umiejętność stosowania otwartych pytań dyrektywnych zamiast pytań zamkniętych.

Maguire i wsp. (1996b) wykazali, że pacjenci onkologiczni chętniej mówili o istotnych obawach, jeśli lekarze zadawali pytania otwarte, a nie pytania naprowadzające.

Kolejne dowody świadczące o względnej wartości pytań otwartych i zamkniętych pochodzą ze szczegółowych badań, które przeprowadzili Cox i wsp. (Cox i wsp. 1981a, 1981b; Rutter i Cox 1981; Cox 1989). Przedmiotem tych badań były wywiady z rodzicami dzieci skierowanych do dziecięcej kliniki zdrowia psychicznego. Pierwsza faza badania polegała na obserwacji konsultacji prowadzonych przez lekarzy będących w trakcie specjalizacji z psychiatrii w celu określenia wpływu wybranych zachowań w trakcie wywiadu na uzyskanie rzeczowych informacji oraz na wyrażanie emocji i uczuć. Ich badania dowiodły, że:

- proporcja pytań otwartych do zamkniętych była istotnie skorelowana z zaangażowaniem oraz rozmownością rodziców — im bardziej rozmowni byli rodzice, tym spontaniczniej poruszali problemy
- liczba wypowiedzi prowadzącego wywiad, liczba poruszanych tematów oraz częstotliwość zabierania głosu przez niego korelowały negatywnie z liczbą i czasem trwania wypowiedzi rodziców
- zadawanie pytań otwartych i dłuższe wypowiedzi, przy krótszych wypowiedziach przeprowadzającego wywiad, ułatwiały wyrażanie emocji oraz zbieranie wrażliwych danych.

W drugiej fazie badań przeszkolono doświadczonych psychiatrów, aby stosowali różne style przeprowadzania wywiadu, w celu wykazania, że wyniki uzyskane w pierwszej części badania mogą być eksperymentalnie powtórzone. Powtórzono wcześniejsze wyniki oraz wykazano, że:

- jeśli matki były zachęcane do swobodnego wyrażania swoich obaw, wyrażały ich więcej, choć nie wszystkie istotne kwestie były poruszane bez dodatkowych pytań zamkniętych; wiele z niewniesionych informacji okazało się być w normie lub bez znaczenia

- jeśli lekarze prezentowali mniej sondujący styl wywiadu, pacjenci wymieniali więcej objawów lub problemów, które wcześniej nie zostały poruszone lub wzięte pod uwagę przez prowadzącego wywiad, natomiast jeśli stosowali styl bardziej dociekliwy, objawy uznane przez prowadzącego wywiad za istotne były rzadziej pomijane.

Autorzy badania podsumowali, że „wskazane jest, aby rozpoczynać kliniczne wywiady diagnostyczne dłuższym okresem z niewielką liczbą sondujących pytań, żeby osoby przekazujące informacje mogły wyrażać obawy we właściwy dla siebie sposób”.

Badania przeprowadzone przez Coxa i wsp. wykazały także znaczenie pytań zamkniętych:

- liczba tematów podnoszonych bezpośrednio przez prowadzącego wywiad istotnie korelowała z większą liczbą objawów zidentyfikowanych jako zdecydowanie niewystępujące, co może być bardzo ważną informacją
- więcej informacji uzyskiwano, kiedy prowadzący wywiad formułował konkretne prośby o dokładne informacje i zadawał bardziej szczegółowe pytania na dany temat.

We wnioskach badacze stwierdzili, że „jeśli lekarze psychiatrzy mają zebrać szczegółowe informacje o problemach rodzinnych oraz objawach u dziecka, wystarczające do postawienia odpowiedniej diagnozy, na podstawie której będą mogli ustalić plan leczenia, muszą sondować i zadawać pytania w sposób usystematyzowany i szczegółowy”.

Takemura i wsp. (2007) zidentyfikowali istotnie statystyczny pozytywny związek między trzema konkretnymi zachowaniami w trakcie zbierania wywiadu a ilością informacji uzyskiwanych podczas rzeczywistych konsultacji prowadzonych przez lekarzy rodzinnych: (1) metoda lejka – zadawanie pytań od otwartych do zamkniętych, (2) facylitowanie oraz (3) podsumowywanie.

Wydobywanie narracji pacjenta

Słuchanie jest równie ważne podczas zbierania informacji, jak i na początku konsultacji. Ale jak właściwie ukierunkować pacjenta, zanim będziemy mogli zacząć słuchać? Jakie pytanie zadać, aby pacjent przekazał nam więcej informacji o każdym problemie?

Z prowadzonej wyżej dyskusji jasno wynika, że korzyści przyniesie rozpoczęcie eksplorowania problemu pytaniami otwartymi.

„Proszę mi opowiedzieć o swoich bólach głowy”.

Takie sformułowanie przyniesie o wiele więcej korzyści niż

„Wspomniał pan o bólach głowy. Gdzie dokładnie boli?”.

Szczególnie przydatną metodą zbierania informacji w sposób otwarty na początku konsultacji jest „narracja pacjenta”, zachęcanie pacjenta do opowiedzenia własnymi słowami historii jego problemu od momentu pojawienia się do chwili obecnej.

„Proszę mi opowiedzieć o tym od początku”.

Jest to naturalna droga zaznajomienia się z doświadczeniem pacjenta oraz zebrania wszystkich potrzebnych informacji w sposób uporządkowany. Takie podejście pozwala pacjentowi opowiedzieć całą historię z zachowaniem chronologii zdarzeń, podobnie jak opowiadałby ją koledze czy koleżance – pacjenci zazwyczaj opowiadają swoje przeżycia wielu innym osobom, zanim powiedzą o nich lekarzowi podczas wizyty (Stimson i Webb 1975). Z medycznego punktu widzenia lekarz już na wczesnym etapie konsultacji ma jasny obraz kolejności zdarzeń. Ten niezwykle istotny komponent wywiadu biomedycznego (historia choroby) zwiększa precyzję. Poproszenie pacjenta, aby opowiedział swoją historię chronologicznie, zapewnia ramowy schemat, który jest pomocny we wnioskowaniu klinicznym oraz ułatwia zapamiętywanie szczegółów zarówno lekarzowi, jak i pacjentowi. Dla porównania, pomyślimy, jak trudno jest poznać kolejność zdarzenia, zadając pytania szczegółowe, co może wyjaśniać, dlaczego ten tak ważny komponent wywiadu jest często pomijany.

Omawiana tu metoda oferuje wszystkie korzyści otwartych technik, a jednocześnie umożliwia pacjentowi opowiedzenie swojej historii w sposób uporządkowany. Doskonale pomaga zrozumieć perspektywę pacjenta i uniknąć „dwóch równoległych monologów”, w których pacjent i lekarz mówią o różnych sprawach, w różnych językach (Mishler 1984). Rolą lekarza jest słuchać uważnie i – adekwatnie do potrzeb – prowadzić pacjenta przez poszczególne etapy opowiadanej przez niego historii, starając się w miarę możliwości krótko klaryfikować i szybko powracać, mówiąc „I co było potem?”. Posługiwanie się narracją pacjenta jako narzędziem pozwala lekarzowi przerywać pacjentowi od czasu do czasu bez odbierania mu głosu – lekarz oddaje kontrolę pacjentowi, prosząc go o kontynuowanie historii. Jednak do takiego przerywania powinno dochodzić sporadycznie, ponieważ

po przerwaniu pacjentowi wypowiedzi bardzo łatwo przychodzi lekarzowi kontynuowanie wywiadu przez zadawanie zamkniętych pytań, w wyniku czego zapomina powrócić do narracji pacjenta.

Zadawanie pytań otwartych oraz narracja pacjenta pozwalają w idealny sposób zgłębić jednocześnie sferę biomedyczną oraz perspektywę pacjenta. Dzięki nim możliwe jest uzyskanie wysokiej jakości informacji z obu obszarów.

Uważne słuchanie

Gdy pacjent opowiada swoją historię, lekarz powinien słuchać z uwagą i bez przerywania. Znaczenie uważnego słuchania omówiliśmy szczegółowo w rozdziale 2. w części dotyczącej rozpoczynania konsultacji. Dowiedzieliśmy się wówczas, że uważne słuchanie jest złożonym procesem wymagającym połączenia uwagi, umiejętności facylitowania, oczekiwania oraz wychwytywania sygnałów. Ostatnio określa się tę umiejętność mianem „świadomego słuchania” lub „głębokiego słuchania”.

Jeśli ponownie spojrzymy na korzyści płynące z uważnego słuchania, wymienione w rozdziale 2., zobaczymy, ile z nich pokrywa się z korzyściami zadawania pytań otwartych, które omówiliśmy wcześniej w niniejszym rozdziale. Podobieństwo wynika z tego, że uważne słuchanie stanowi bezpośrednią konsekwencję stosowania otwartych pytań – połączenie aktywnego słuchania z pytaniami zamkniętymi jest praktycznie niemożliwe.

Reakcja facylitująca

Aktywne zachęcanie pacjenta do kontynuowania swojej opowieści jest równie ważne, jak jej słuchanie. Zadawanie pytań zamkniętych jest tak powszechne, że pacjenci nawet na świetnie skonstruowane pytania otwarte mogą początkowo odpowiadać jedynie jednym lub dwoma słowami, jeżeli nie zachęci się ich do kontynuowania wypowiedzi. Każde zachowanie powodujące, że pacjenci więcej mówią o poruszonym przez nich temacie, jest reakcją facylitującą. Kiedy rozpoczęliśmy w rozdziale 2. naszą dyskusję na temat reakcji facylitujących, analizowaliśmy wyniki badań, które pokazały, że umiejętności, takie jak powtarzanie czy powtarzanie słowo w słowo, mogą przynieść odwrotny skutek, jeśli zostaną użyte na zbyt wczesnym etapie konsultacji. Na początku konsultacji naszym celem jest uzyskanie jak najszerszego spojrzenia na pełny punkt widzenia pacjenta, zanim przejdziemy do szczegółowej analizy poszczególnych problemów. Spójrzmy teraz na funkcje, jakie pełnią reakcje facylitujące na etapie zbierania

informacji. Jakie zatem umiejętności będą nam potrzebne, by zachęcić pacjenta do szczegółowego mówienia o swoich problemach?

Reakcja facylitująca obejmuje zarówno werbalne, jak i niewerbalne umiejętności komunikowania się. W tym rozdziale zajmiemy się głównie umiejętnościami werbalnymi i tylko wybranymi umiejętnościami niewerbalnymi. Te drugie zostaną omówione bardziej szczegółowo w rozdziale 5.

Niżej wymienione umiejętności mogą zostać wykorzystane, aby zachęcać pacjenta do udzielania obszerniejszych informacji na dany temat, a jednocześnie potwierdzać zainteresowanie lekarza i jego chęci wysłuchania tego, co pacjent ma do powiedzenia:

- zachęcanie
- milczenie
- powtarzanie (powtarzanie słowo w słowo)
- parafrazowanie
- dzielenie się przemyśleniami.

Zachęcanie

Oprócz komunikacji niewerbalnej, która może się wyrażać skinieniem głowy oraz mimiką twarzy, lekarze stosujący w praktyce uważne słuchanie wykorzystują niezliczoną liczbę werbalnych sformułowań, którymi zachęcają pacjenta do kontynuowania wypowiedzi. Często osiąga się to bardzo skutecznie z minimalnym przerywaniem lub nawet bez przerywania pacjentowi, co daje mu poczucie pewności umożliwiającej kontynuowanie wypowiedzi. Takie neutralne facylitujące komentarze to wyrażenia typu: „aha”, „proszę kontynuować”, „uhum...”, „hmm...”, „tak, rozumiem”, „aaa, no tak” – każdy z nas ma swoje ulubione sposoby.

Wykorzystanie milczenia

Większość werbalnych zachowań facylitujących jest nieskuteczna, jeśli nie nastąpi po nich rozważne milczenie. W rozdziale 2. omawialiśmy pracę Rowe (1986) dotyczącą czasu oczekiwania oraz zagadnienie, jak zastosowanie krótkiego milczenia lub przerwy w mówieniu może w łatwy i naturalny sposób zachęcić pacjenta do powiedzenia czegoś więcej. Dłuższe okresy milczenia są odpowiednie także wtedy, gdy pacjenci mają problemy z wyrażeniem myśli lub jeśli nam się wydaje, że przytłaczają ich emocje. Celem dłuższej przerwy jest zachęcenie pacjenta do wypowiedzenia na głos myśli oraz uczuć, które ma w głowie. Istnieje delikatna równowaga między milczeniem komfortowym a niekomfortowym, pomiędzy wspomaganiem komunikacji

a zakłócaniem jej przez wywoływanie niepewności i niepokoju. Lekarz musi być ostrożny w swoich zachowaniach niewerbalnych. Należy jednak pamiętać, że to klinicysta częściej niż pacjent odczuwa niepokój – pacjenci zwykle tolerują milczenie lepiej niż lekarze! Jeśli lekarz poczuje, że cisza wywołuje niepokój albo że pacjent potrzebuje kolejnej zachęty do mówienia, musi zwrócić szczególną uwagę na to, w jaki sposób przerwać milczenie. Na przykład sformułowanie:

„Czy jest pan w stanie mi powiedzieć, o czym pan teraz myśli?”

pozwoli pacjentowi pozostać przy swoich myślach i będzie ułatwiał zachodzący w jego umyśle proces – zadziała tak jak powtórzenie ostatnich słów pacjenta, o czym się wkrótce przekonamy.

Powtarzanie i powtarzanie słowo w słowo

Powtarzanie ostatnich słów wypowiedzianych przez pacjenta zachęca go do kontynuowania wypowiedzi. Lekarze często martwią się, że powtarzanie słów pacjenta brzmi nienaturalnie, podczas gdy jest niezwykle dobrze przyjmowane przez pacjentów. Zwróćcie uwagę, jak powtarzanie zachęca pacjenta do kontynuowania wypowiedzi od ostatniego zdania, co sprawia, że jest ono nieco bardziej dyrektywne niż zachęcanie lub wykorzystanie milczenia. Zjawisko to wyjaśniają wyniki badań uzyskane przez Beckmana i Frankela (1984), o których pisaliśmy w rozdziale 2., wskazujące na to, że powtarzanie słowo w słowo na początku konsultacji może zadziałać jak potencjalne zakłócenie, ponieważ zmusza pacjenta do obrania wyznaczonej ścieżki, zanim lekarz zdąży odkryć pełne spektrum obaw pacjenta.

Analizując wcześniej przytoczony przykład, możemy zaobserwować, jak umiejętności omówione w niniejszym rozdziale umożliwiają przeprowadzenie głębokiej analizy problemu z perspektywy biomedycznej oraz z perspektywy pacjenta.

Lekarz: „Proszę mi opowiedzieć o bólach w klatce piersiowej, które pani odczuwa” (pytanie otwarte).

Pacjentka: „Ból narastał przez kilka ostatnich tygodni. Zawsze miałam jakieś tam problemy z niestrawnością, ale nigdy nie było tak źle. Czuję ostre bóle w tym miejscu (pokazuje na mostek), a potem odbija mi się mocno i czuję taki kwaśny posmak w ustach. Jest jeszcze gorzej po jednym lub dwóch drinkach, no i niezbyt dobrze śpiam”.

Lekarz: „Tak, proszę kontynuować” (zachęcanie).

Pacjentka: „Zastanawiałam się, czy to nie z powodu tych tabletek, które biorę na stawy – ostatnio czuję się znacznie gorzej i wzięłam ibuprofen. Muszę się teraz jakoś trzymać, bo co będzie z Johnem i całą resztą”.

Lekarz: (milczenie, któremu towarzyszy kontakt wzrokowy oraz delikatne skinienie głowy)

Pacjentka: „Z nim jest coraz gorzej, panie doktorze, i nie wiem, jak sobie poradzę w domu, gdy mu się pogorszy”.

Lekarz: „Jak pani sobie poradzi?” (powtórzenie).

Pacjentka: „Obiecałam mu, że nie oddam go ponownie do szpitala, i teraz nie jestem pewna, czy mogę tak zrobić”.

Parafrazowanie

Parafrazowanie polega na powiedzeniu własnymi słowami treści wypowiedzi oraz uczuć wyrażonych przez pacjenta. To nie do końca to samo, co sprawdzanie czy podsumowywanie – ma na celu pomóc wzmocnić, a nie jedynie potwierdzić zrozumienie, i dlatego jest bardziej precyzyjne niż treść oryginalnego komunikatu. Parafrazowanie pozwala sprawdzić, czy nasza interpretacja tego, co pacjent miał na myśli, jest prawidłowa. Kontynuując nasz przykład:

Lekarz: „Sądzi pani, że jak stan Johna jeszcze bardziej się pogorszy, nie będzie miała pani dość siły, aby się nim opiekować?” (parafraza treści).

Pacjentka: „Sądzę, że fizycznie tak, ale jak to będzie, kiedy będzie mnie potrzebował w dzień i w nocy? Jestem sama, a nie mogę poprosić Mary, bo ona pracuje”.

Lekarz: „Wygląda na to, że martwi się pani tym, że zawiedzie Johna” (parafraza uczuć).

Parafrazowanie zawiera w sobie elementy facylitacji, podsumowywania oraz klaryfikacji. Jest szczególnie pomocne w sytuacji, gdy sądzimy, że rozumiemy, ale nie jesteśmy w pełni o tym przekonani bądź myślimy, że za z pozoru prostym komunikatem mogą być ukryte uczucia. Parafrazowanie jest więc dobrym wstępem do poznania perspektywy pacjenta.

Dzielenie się przemyśleniami

Wyjaśnianie pacjentowi, dlaczego o coś pytamy, jest kolejnym świetnym sposobem zachęcania go do udzielania bardziej wyczerpujących odpowiedzi na zadawane pytania i jest bardzo skutecznym narzędziem facylitującym:

„Czasami bóle w klatce piersiowej wywoływane są przez stres – zastanawiałem się, czy tak może być w pani przypadku?”

Pozornie jest to pytanie zamknięte, ale fakt, iż pacjentka rozumie, dlaczego zostało zadane, pozwala jej odpowiedzieć, a następnie uszczegółowić wypowiedź. Bardziej ukierunkowane pytanie „Czy żyje pani teraz w stresie?” z większym prawdopodobieństwem sprowokuje wnoszącą niewiele informacji odpowiedź w postaci jednego słowa. Zagadnienie dzielenia się przemyśleniami z pacjentem będzie przedmiotem szczegółowych rozważań w rozdziale 5.

Jakie są teoretyczne podstawy facylitacji?

Umiejętności facylitowania wymienione przez nas wcześniej są kluczowe dla doradzania prowadzonego niedyrektywnie. Zostały one szczegółowo omówione przez Rogersa (1980), Egana (1990) oraz innych badaczy i uzyskały status podstawowych dla każdego procesu komunikowania się, którego celem jest zachęcanie klienta, aby mówił więcej o problemie, bez nadmiernego eksperckiego ukierunkowywania.

Levinson i wsp. (1997) wykazali, że lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, którzy stosowali więcej sformułowań facylitujących (zachęcanie pacjenta do wypowiadania się, parafrazowanie oraz interpretowanie) rzadziej byli oskarżani o błędy w sztuce lekarskiej. W tych samych badaniach nie stwierdzono podobnej korelacji w przypadku lekarzy chirurgów. Takemura i wsp. (2007) stwierdzili, że facylitowanie jest pozytywnie skorelowane z ilością informacji uzyskanych w wywiadach przeprowadzanych przez lekarzy rodzinnych. W kolejnym badaniu (2008) odnotowali istotną statystycznie pozytywną korelację pomiędzy refleksją lub usankcjonowaniem a satysfakcją pacjentów ambulatoryjnych.

Udowodniono, że wszystkie umiejętności facylitowania stanowią zasadniczą część wywiadu skoncentrowanego na pacjencie według Henbesta i Stewart (1990a, 1990b) i mają pozytywny wpływ na wiele

miarzalnych parametrów komunikacji, o czym będzie mowa w następnej części. Podejście skoncentrowane na pacjencie było w tym badaniu mierzone za pomocą kombinacji pytań otwartych, wyrażenia facylitujących i precyzyjnych pytań o oczekiwania, myśli oraz uczucia w reakcji na komentarze pacjenta.

Wychwytywanie sygnałów werbalnych i niewerbalnych

Dzięki uważnemu słuchaniu oraz niewerbalnemu facylitowaniu sprawiamy, że pacjenci czują się swobodnie oraz mile widziani, okazujemy nasze zainteresowanie tym, co mówią, oraz zachęcamy ich do kontynuowania i uszczegóławiania wypowiedzi. Tymczasem, co zaskakujące, chociaż słuchamy i sprawiamy wrażenie, że wsłuchujemy się uważnie we wszystko, co pacjenci do nas mówią, możemy nie usłyszeć, co naprawdę powiedzieli! Możemy świetnie wydobywać informacje od pacjenta, ale ich nie przyswajać. Proces ten przypomina sytuację, kiedy opuszczając rękaw po zmierzeniu ciśnienia pacjentowi, uświadamiamy sobie, że nie zarejestrowaliśmy odczytu w pamięci (całą pewnością przytrafiło się to każdemu lekarzowi).

Usłyszenie tego, co pacjent mówi, jest istotnym elementem procesu zbierania informacji. Odnosi się to nie tylko do tego, co pacjent nam mówi w sposób jawny, lecz również do tego, co wyraża pośrednio lub też nawet nieświadomie za pomocą sygnałów werbalnych i niewerbalnych. Ogólnie pacjenci są skłonni mówić nam o swoich własnych myślach i uczuciach, lecz często robią to w sposób niebezpośredni, poprzez werbalne wskazówki i zmiany w zachowaniach niewerbalnych (mowie ciała, głosie [np. wahanie, zmiana głośności], wyrazie twarzy, afekcie). Wychwytywanie tych sygnałów jest niezbędną umiejętnością w eksplorowaniu perspektywy biomedycznej („miałem ten... tak jakby... w sumie to nie ból...”) oraz perspektywy pacjenta („ostatnio nie jest łatwo...” lub „jestem sama...”) (Tuckett i wsp. 1985; Branch i Malik 1993; Cegala 1997; Suchman i wsp. 1997; Lang i wsp. 2000). Levinson i wsp. (2000) stwierdzili, że zarówno w gabinetach podstawowej opieki zdrowotnej, jak i chirurgicznych w ponad 50% wywiadów pojawiła się jedna wskazówka lub więcej wskazówek (średnio 2,6 w ramach podstawowej opieki i 1,9 w chirurgii). Salmon i wsp. (2004) badali sygnały o charakterze psychospołecznym, wysyłane przez pacjentów z niewyjaśnionymi objawami medycznymi. Wbrew powszechnym przekonaniom prawie wszyscy pacjenci, pytając bezpośrednio lub wysyłając czytelne sygnały, stworzyli lekarzom okazję, by odnieśli się do ich potrzeb psychologicznych. Mjaaland i wsp. (2011a) przedstawili podobne wyniki badań

po przeanalizowaniu nagranych na wideo spotkań pacjentów z lekarzami różnych specjalności w szpitalu ogólnym w Norwegii. W badaniu pacjenci wysyłali sygnały dotyczące negatywnych emocji i obaw w ponad połowie konsultacji lekarskich objętych badaniem, ze średnią 1,69 dla każdej konsultacji.

Samo spostrzeżenie sygnału nie jest wystarczające. Musimy jeszcze odpowiedzieć, sprawdzić wraz z pacjentem każdy z sygnałów i potwierdzić ich adekwatność (Suchman i wsp. 1997). Levinson i wsp. (2000) stwierdzili, że pacjenci wysyłali sygnały od pierwszych do ostatnich minut konsultacji, ale lekarze reagowali pozytywnie tylko w 38% przypadków podczas konsultacji chirurgicznych i w 21% przypadków w podstawowej opiece zdrowotnej, natomiast w pozostałych przypadkach zupełnie nie reagowali na sygnały wysyłane przez pacjentów. W sytuacjach, gdy sygnał został zignorowany, połowa pacjentów podniosła tę samą kwestię po raz drugi lub trzeci, i we wszystkich tych przypadkach lekarz nie wykorzystał ponownych okazji i nie zareagował. W badaniu kontynuującym wcześniejszą pracę Mjaalanda i wsp. (2011a) autorzy wykazali, że kiedy pacjenci wyrażali negatywne emocje lub sygnały, lekarze mieli tendencję do omijania tematów związanych z emocjami i nie angażowali się w dopytywanie czy głębsze analizowanie problemu, szczególnie gdy emocje były zakomunikowane w formie wyraźnej obawy (Mjaaland i wsp. 2011b).

Zagrożenie zatem jest podwójne – albo przeoczymy komunikat całkowicie, albo po usłyszeniu go zakładamy, że wiemy, co pacjent miał na myśli, bez sprawdzenia tego z nim. Wskazówki pacjentów oraz nasze przypuszczenia na ich temat muszą zostać zbadane oraz potwierdzone od razu albo na późniejszym etapie danego wywiadu. Choć usłyszenie wskazówki i podjęcie decyzji o zareagowaniu na nią później może być właściwe, takie działanie niesie ze sobą niebezpieczeństwo. Po pierwsze, istnieje duże prawdopodobieństwo, że pamięć nas zawiedzie. Po drugie, natychmiastowa reakcja i potwierdzenie sygnału pacjenta sprawia wyrażenie naszego zainteresowania i pomaga zapewnić atmosferę sprzyjającą dalszemu odsłanianiu się.

Badanie przeprowadzone przez Levinson i wsp. (2000) pokazało również, że wychwytywanie sygnałów oraz reagowanie na nie skraca czas wizyty. Konsultacje prowadzone przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, podczas których odnotowano pojawienie się przynajmniej jednej wskazówki, były dłuższe, gdy lekarz nie zareagował, od tych, podczas których lekarz zareagował pozytywnie (średni czas 20,1 minuty vs 17,6 minuty). Podobne wyniki uzyskano w przypadku konsultacji chirurgicznych (14 minut vs 12,5 minuty). Wizyty, podczas których pacjenci wielokrotnie podnosili kwestie emocjonalne, jeśli lekarz

nie zareagował wcześniej, były dłuższe od wizyt, podczas których lekarz chociaż raz zareagował pozytywnie (18,4 minuty *vs* 17,6 minuty dla wizyt podstawowej opieki zdrowotnej oraz 15,5 minuty *vs* 12,5 minuty dla konsultacji chirurgicznych). Levinson i wsp. wywnioskowali, że te dwa aspekty konsultacji lekarskiej: sygnały pacjentów oraz reakcje lekarzy odgrywały „kluczową rolę w budowaniu zaufania w relacji lekarz–pacjent, co automatycznie poprawiło wyniki świadczonej opieki zdrowotnej”. W dalszej części tego rozdziału, poświęconej technikom analizowania perspektywy pacjenta, przyjrzymy się, w jaki sposób mogą być wychwytywane sygnały pacjenta i jak na nie reagować.

Klaryfikacja historii pacjenta

Klaryfikowanie sformułowań niejasnych lub wymagających rozwinięcia jest istotną umiejętnością w zbieraniu informacji. Po uzyskaniu pierwszej odpowiedzi od pacjenta, wywołanej pytaniem otwartym, lekarz może potrzebować bardziej precyzyjnej informacji, wyjaśnienia lub uzupełnienia. Często wypowiedzi pacjentów mogą mieć podwójne znaczenie i trzeba ustalić, które z nich pacjent miał na myśli.

Klaryfikacja z natury ma często charakter otwarty:

„Czy mógłby pan wyjaśnić, co ma pan na myśli, mówiąc o zawrotach głowy?”

ale może też mieć charakter zamknięty:

„Kiedy mówi pan, że kręci się panu w głowie, to znaczy, że wydaje się panu, jakby pokój wirował dookoła?”

Jeśli pacjent nie precyzuje dat ważnych zdarzeń, zapytaj o nie. Jeśli nie masz pewności, czy dobrze rozumiesz kolejność zdarzeń, upewnij się. Aby osiągnąć większą dokładność, naucz się uwzględniać perspektywę czasową w zadawanych przez siebie pytaniach. Porównaj:

„Czy cierpiała pani na depresję”. (bez określenia czasu)

„Czy kiedykolwiek miał pan depresję?”

„Czy miał pan depresję w okresie ostatnich dwóch tygodni od uderzenia w głowę?”

Zbyt często zadajemy pytanie pierwsze, kiedy w istocie mamy na myśli to trzecie. Kiedy pacjent mówi „od czasu do czasu”, na które z pytań odpowiada?

Wewnętrzne podsumowywanie

Podsumowywanie to zamierzony krok wyraźnego werbalnego zebrania dla pacjenta informacji dotychczas od niego uzyskanych i jest to jedna z najważniejszych ze wszystkich umiejętności zbierania informacji. Używana co jakiś czas podczas wywiadu pomaga lekarzowi w realizacji dwóch ważnych zadań, a mianowicie zapewnienia precyzji zbieranych informacji oraz facylitowania kolejnych wypowiedzi pacjenta.

Precyzja

W odniesieniu do precyzji podsumowywanie jest niezwykle skutecznym sprawdzianem, czy poprawnie zrozumiałeś, co pacjent powiedział, dającym pacjentowi możliwość potwierdzenia poprawnego zrozumienia bądź korekty błędnej interpretacji. To sposób dający możliwość upewnienia się, że razem z pacjentem osiągnęliście wspólnie uzgodnione porozumienie. Platt i Platt (2003) porównują ten proces do dwóch autorów przekazujących sobie nawzajem wstępne szkice pracy do momentu, aż oboje uznają, że są usatysfakcjonowani ostatecznym wynikiem. Takemura i wsp. (2007) zauważyli istotny statystycznie związek między podsumowywaniem a ilością informacji uzyskaną podczas rzeczywistych wywiadów przeprowadzonych przez lekarzy rodzinnych.

Pamiętaj, aby podsumować zarówno biomedyczne aspekty choroby, jak i te, które odnoszą się do perspektywy pacjenta. Podsumowywanie obu perspektyw pomaga w realizacji dwóch z wymienionych przez nas wcześniej celów tego etapu konsultacji, mianowicie:

- eksplorowania oraz zrozumienia perspektywy pacjenta, aby zrozumieć znaczenie choroby dla pacjenta
- eksplorowania perspektywy biomedycznej (perspektywy choroby) w celu uzyskania adekwatnej historii „medycznej”.

Podsumowywanie pokazuje, czy dobrze zrozumieliśmy wypowiedź pacjenta. Jeśli tak, pacjent potwierdzi twój obraz, wyrażając to werbalnie i niewerbalnie. Jeśli twoje rozumienie jest niedokładne lub niekompletne, pacjent powie ci o tym lub okaże niezadowolenie niewerbalnie (Neighbour 1987). Nie dokonując wyraźnego werbalnego

podsumowania, pozostajemy w sferze domysłów i przypuszczeń, że dobrze zrozumieliśmy naszego pacjenta.

Quilligan i Silverman (2012) zaapelowali o pewną ostrożność w tej kwestii, wskazując na fakt, iż stosowanie podsumowania oraz jego efekt miało bardziej złożony charakter, niż można by przypuszczać. W badaniu, którym objęto studentów pracujących z symulowanymi pacjentami, podsumowywanie wydawało się poprawiać precyzję. Jednak perspektywa pacjenta była podsumowywana rzadziej niż perspektywa biomedyczna. Ponadto w tych sytuacjach, w których powtarzały się błędne podsumowania, symulowani pacjenci mieli poczucie, że nie byli słuchani, szczególnie wówczas, gdy cel podsumowania nie został dokładnie wyjaśniony.

Facylitacja

Podsumowywanie przyczynia się do zapewnienia większej dokładności, ale także pogłębia rozumienie problemów pacjenta. Podsumowanie działa jako niezwykle zachęcający pierwszy krok. Kiedy po nim następuje pauza oraz uważne słuchanie, sytuacja taka umożliwia pacjentowi kontynuowanie swojej historii bez wyraźnego ukierunkowania ze strony lekarza. Spełnia wówczas funkcję narzędzia facylitującego, ponieważ zaprasza pacjenta oraz daje mu przestrzeń do dalszego wyjaśniania swoich problemów i myśli.

Lekarz: „Pozwoli pani, że się upewnię, czy dobrze panią zrozumiałem – miała już pani wcześniej problemy z niestrawnością, ale od paru tygodni utrzymuje się ostry, nasilający się ból z przodu klatki piersiowej, któremu towarzyszą gazy oraz kwaśność. Ma pani przez to problemy ze snem, jest jeszcze gorzej po wypiciu drinka i zastanawiała się pani, czy to aby nie z powodu przyjmowanych tabletek przeciwbólowych. Czy tak?”. (pauza)

Pacjentka: „Tak, ale nie mogę sobie pozwolić na chorobę teraz, kiedy z Johnem jest tak źle. Nie wiem, czy dam sobie radę”.

Korzyści dla pacjenta jest wiele, gdyż wewnętrzne podsumowanie:

- wyraźnie pokazuje, że słuchasz
- pokazuje, że jesteś zainteresowany i zależy ci, by wszystko dobrze zrozumieć – to zwiększa zaufanie pacjenta
- proponuje podejście oparte na współpracy w rozwiązywaniu problemów

- pozwala pacjentowi sprawdzić twoje zrozumienie oraz przemyślenia
- daje pacjentowi możliwość potwierdzenia lub dokonania korekty błędnego rozumienia oraz uzupełnienia obrazu historii o brakujące elementy
- zachęca pacjenta oraz pozwala mu dalej wyjaśniać swoje problemy i przemyślenia, działając jako facylitujące rozpoczęcie
- wyraża zainteresowanie lekarza zarówno perspektywą choroby, jak i perspektywą pacjenta.

Korzyści wynikające dla lekarza są równie istotne, albowiem wewnętrzne podsumowanie:

- maksymalnie zwiększa precyzję w zbieraniu informacji, umożliwiając sprawdzenie, na ile twoje myślenie pokrywa się z tym, co powiedział pacjent, oraz pozwala zweryfikować wszelkie błędne przekonania; sprzyja budowaniu wspólnej płaszczyzny porozumienia
- daje ci przestrzeń na sprawdzenie, co już zostało omówione
- umożliwia ci uporządkowanie myśli, wyjaśnienie sobie samemu niepewnych kwestii oraz uświadomienie sobie, jakie jeszcze obszary z historii pacjenta musisz zbadać w następnej kolejności
- pomaga przypomnieć sobie informacje po pewnym czasie
- umożliwia odróżnienie perspektywy biomedycznej od perspektywy pacjenta oraz rozważenie obu.

Podsumowanie oraz dowody na poparcie skuteczności tej umiejętności zostaną szczegółowo omówione w rozdziale 4.

Język

Używanie podczas konsultacji zwężonych, łatwo zrozumiałych pytań oraz komentarzy, bez żargonu medycznego, jest bardzo ważne. Skupimy się na tym aspekcie komunikowania się w rozdziale 6., analizując etap wyjaśniania i planowania w konsultacji lekarskiej.

Dodatkowe umiejętności wspomagające zrozumienie perspektywy pacjenta

Opisane tu umiejętności eksplorowania problemu umożliwią lekarzowi uzyskanie informacji na temat wszystkich trzech elementów wywiadu – perspektywy biomedycznej (choroby), perspektywy pacjenta oraz informacji podstawowych.

W miarę rozwijania się wypowiedzi, informacje dotyczące zarówno choroby (*disease*), jak i perspektywy pacjenta (*illness*) będą spływały od pacjenta, a wyposażony w potrzebne umiejętności lekarz będzie w stanie przeplatać te dwa istotne aspekty jego problemu. Jednakże umiejętności wspomagające zrozumienie perspektywy pacjenta – mianowicie: określenie i uznanie wyobrażeń, obaw i oczekiwań pacjenta oraz zachęcenie go do wyrażania uczuć i myśli – przedstawiają inną wewnętrzną wartość, a to wymaga od lekarza dodatkowej kompetencji. Będziemy tu analizować poszczególne umiejętności konieczne do zrealizowania tego aspektu zbierania informacji.

Jakie są dowody uzasadniające przeprowadzenie wnikliwej analizy perspektywy pacjenta?

W niniejszym rozdziale analizowaliśmy już model uwzględniający perspektywę biomedyczną oraz perspektywę pacjenta, a także znaczenie eksplorowania zarówno schematu lekarza, jak i pacjenta podczas konsultacji lekarskiej. Teraz chcielibyśmy przeanalizować dowody naukowe potwierdzające znaczenie zrozumienia perspektywy pacjenta.

Jak już pisaliśmy w tym rozdziale, perspektywa pacjenta lub perspektywa choroby obejmują:

- wyobrażenia lub przekonania (o przyczynach lub skutkach choroby, o zdrowiu oraz o tym, co na nie wpływa)
- obawy (martwienie się objawami oraz tym, co mogą oznaczać)
- oczekiwania (nadzieja, że lekarz może pomóc)
- myśli oraz uczucia (emocje oraz myśli związane z chorobą)
- wpływ na życie (wpływ choroby na codzienne życie).

Badania antropologiczne oraz międzykulturowe

Wiele z tych koncepcji, które przyczyniły się do stworzenia modelu uwzględniającego perspektywę biomedyczną oraz perspektywę pacjenta, mają swoje źródło w badaniach antropologicznych i międzykulturowych. Autorzy nowatorskiej pracy przeglądowej Kleinman i wsp. (1978) zestawili wnioski z jakościowych badań antropologicznych oraz opisali, w jaki sposób rezultaty ich pracy mogą zostać wykorzystane w codziennej praktyce podczas konsultacji. Autorzy badali, na ile rozumienie choroby przez pacjentów jest ukształtowane kulturowo. Nasze społeczne, kulturowe oraz religijne przekonania dotyczące zdrowia i choroby wpływają na to, jak postrzegamy objawy choroby, na nasze oczekiwania względem choroby oraz na to, jak postępujemy, gdy szukamy pomocy (u rodziny, przyjaciół czy

u specjalistów). Zachowania związane z chorobą podlegają regułom kulturowym, które bardzo różnie definiują zaburzenia oraz sposób, w jaki jednostka sobie z nimi radzi. Podobne zróżnicowanie występuje w danym kręgu kulturowym w zależności od przynależności do określonej klasy społecznej czy rodziny. Sultan (2007) zgłębia tę problematykę w kontekście społeczności wiejskiej w Iraku.

Nie tylko przekonania pacjentów, lecz również przekonania lekarzy są kulturowo uwarunkowane! Nawet we współczesnej zachodniej praktyce lekarskiej istnieje wiele różnic kulturowych, które determinują sposób widzenia „rzeczywistości klinicznej”. Każdy z nas, będąc na wakacjach, mógł zaobserwować istotne różnice dotyczące sposobów, w jakich różni lekarze wyjaśniają lub leczą. Ocena biomedyczna jest również „uwarunkowana kulturowo i nacechowana systemem wartości”, a nie – jak się powszechnie przyjmuje – „obiektywna”.

Kleinman i wsp. (1978) przytaczają bardzo zróżnicowane sposoby tłumaczenia sobie przez pacjentów choroby, w zależności od tego, do jakiej mniejszości etnicznej mieszkającej w Stanach Zjednoczonych należą. Przykładowo, rozumienie choroby przez pacjentów z Chin i Gwatemali różni się istotnie od perspektywy biomedycznej lekarzy wykształconych w Stanach Zjednoczonych. Często reakcje członków mniejszości kulturowych na chorobę będą inne, niż oczekują profesjonalści. Na przykład w chińskich środowiskach kulturowych choroba psychiczna jest bardzo stygmatyzująca, dlatego lekkie zaburzenia psychiczne są powszechnie manifestowane przez somatyzację. Autorzy analizują także znaczenie różnic w obrębie jednej kultury w sposobach wyjaśniania choroby przez lekarzy oraz pacjentów. W ich modelu wielokulturowe konsultacje stanowią skrajny przykład wszystkich medycznych sytuacji. W każdej interakcji lekarz–pacjent istnieje ryzyko wystąpienia niezgodności między modelami wyjaśniającymi chorobę, które utrudniają skuteczną komunikację.

Wyniki badań Chugh i wsp. (1994) nad uwarunkowanymi kulturowo przekonaniami o stanie zdrowia w środowiskach zurbanizowanych pokazały wyraźnie, że przekonania wewnątrz danej grupy kulturowej bywają często tak zróżnicowane, jak przekonania różnych kulturowo grup. Zrozumienie owej kulturowej różnorodności przekonań o stanie zdrowia jest bardzo ważne, ale równie istotną sprawą pozostaje poznanie przekonań dotyczących stanu zdrowia każdego pacjenta.

Claramita i wsp. (2011) zbadali uznany za idealny styl komunikowania się między lekarzem a pacjentem w trakcie konsultacji oraz stan faktyczny praktyki lekarskiej w południowoazjatyckiej Indonezji. Pacjenci, lekarze oraz studenci medycyny okazali się zwolennikami stylu partnerskiego w relacji lekarz–pacjent, co stało w rażącej sprzeczności

z zaobserwowanymi stylami dotyczącymi tej relacji, zdominowanymi przez podejście paternalistyczne, bez względu na poziom wykształcenia pacjenta. Pacjenci nie byli gotowi na angażowanie się w konsultacje, mimo że tego chcieli, a lekarze na tej podstawie wnioskowali, że styl partnerski nie jest konieczny. Ponadto lekarze nie byli odpowiednio przygotowani do zastosowania tego stylu w trakcie konsultacji. Podobne wyniki uzyskał Moore (2009) w badaniach prowadzonych w Nepału.

Zgodnie z rekomendacją Kleinmana i wsp. (1978) lekarze powinni nie tylko poznać model wyjaśniania choroby przyjęty przez pacjenta, lecz również otwarcie porównać i przedyskutować pozostające w sprzeczności opinie swoje i pacjenta. Jest to zdaniem autorów istotny krok w kierunku poprawy przestrzegania zaleceń lekarskich, które pozostanie na niskim poziomie, jeśli lekarz w swoich zaleceniach nie odniesie się do przekonań pacjenta i jeśli jego porady nie zostaną uznane przez pacjenta za pomocne.

Jest to etap integracji w modelu uwzględniającym perspektywę biomedyczną i perspektywę pacjenta (zob. ryc. 3.1). Jedynie poznanie postrzegania choroby przez pacjenta pozwoli nam wyjaśniać oraz planować w sposób zrozumiały i możliwy do zaakceptowania przez pacjenta. Wyobrażenia oraz przekonania pacjenta, jego obawy i oczekiwania muszą zostać włączone w nasz model, którym wyjaśniamy proces chorobowy, tak by odnieść się do najważniejszych z punktu widzenia pacjenta pytań dotyczących jego choroby i wspólnie z nim osiągnąć wzajemne zrozumienie. Ważne jest, aby doprowadzić do sytuacji, w której nasze wyjaśnienia oraz zalecenia będą przystawały do perspektywy pacjenta.

Eksplorowanie przekonań pacjenta jest procesem trzyetapowym:

- **identyfikacja** – poznaj i wysłuchaj wyobrażenia, obawy oraz oczekiwania pacjenta
- **akceptacja** – wyraż aprobatę dla perspektywy pacjenta oraz jego prawa do jej posiadania, niekoniecznie się z nią zgadzając; następnie zrób pauzę, aby dać pacjentowi czas na powiedzenie, jeśli chce, czegoś więcej
- **wyjaśnienie** – przedstaw swoje rozumienie problemu, odnosząc się do tego, jak rozumie go pacjent, i osiągnij wspólnie uzgodnione porozumienie.

Zagadnieniem akceptacji szczegółowo zajmiemy się w rozdziale 5., z kolei w rozdziale 6. przeanalizujemy, omawiając pracę Tucketta i wsp. (1985), wcześniej wspomniany trzyetapowy model dotyczący wpływu sposobu wyjaśniania choroby przez pacjenta na zapamiętywanie i rozumienie przez niego naszych wyjaśnień.

Wright i wsp. (1996) jeszcze bardziej pogłębiają nasze rozumienie perspektywy pacjenta. W swojej książce, poświęconej tematyce przekonań w opiece zdrowotnej, uzasadniają stanowisko, zgodnie z którym przekonania pacjentów o własnej chorobie (leczeniu, etiologii, rokowaniu, znaczeniu zdrowia w ich życiu, związkach między duchowością a zdrowiem) w większym stopniu wpływają na umiejętność radzenia sobie z chorobą niż jakiekolwiek inne czynniki. Autorzy książki analizują także pozytywną rolę, jaką klinicyści mogą odegrać w rozumieniu, budowaniu i wpływaniu na te przekonania. Wymienione cele mają kluczowe znaczenie w medycynie „narracyjnej” (Launer 2002; Haidet i Paterniti 2003). W tym modelu klinicysta zachęca pacjenta do opowiedzenia swojej historii, wykorzystując techniki zadawania pytań powszechnie stosowane przez terapeutów rodzinnych. Język używany przez lekarza i pacjenta w trakcie konsultacji stanowi punkt wyjścia do pomagania pacjentowi w „zmianie jego historii” oraz do podjęcia leczenia.

Aby lepiej zrozumieć istotę oraz wartość starannego wydobywania perspektywy pacjenta, zachęcamy do zapoznania się z historiami opublikowanymi przez pacjentów dotyczącymi ich własnych doświadczeń w zakresie opieki zdrowotnej, a także badaniami, w których autorzy zebrali i przeanalizowali narracje jeszcze innych pacjentów. Obydwa źródła warte są uwagi – przyjrzenie się historiom pacjentów napisanym z ich punktu widzenia pogłębia nasze rozumienie perspektywy pacjenta oraz istotnej roli, jaką odgrywa ona w opiece zdrowotnej oraz procesie zdrowienia. Książka autorstwa Geist-Martin i wsp. (2003) omawia bardzo interesujące i zarazem użyteczne przykłady obu tych źródeł.

Badania nad wynikami leczenia

Jakie mamy naukowe dowody na to, że przedstawienie przez pacjenta poglądów na temat jego choroby rzeczywiście wpływa na rezultaty leczenia?

Grupa zajmująca się zagadnieniami dotyczącymi bólu głowy (Headache Study Group) z University of Western Ontario (1986) przeprowadziła prospektywne badania obejmujące 272 pacjentów, którzy zgłosili się do lekarza rodzinnego z nowym bólem głowy. Celem badania było opisanie historii bólu głowy pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej oraz ocena po upływie roku znaczenia ewentualnych zmiennych umożliwiających skuteczne poradzenie sobie z bólami głowy. Badacze analizowali wiele zmiennych, z uwzględnieniem diagnozy lekarskiej, diagnozy organicznej i nieorganicznej, obecności pewnych objawów, leczenia, badań diagnostycznych, skierowań,

wieku, płci oraz występowania problemów psychospołecznych. Okazało się, że leczenie, badania diagnostyczne oraz skierowania nie miały wpływu na ustąpienie objawów w ciągu roku, natomiast najważniejszą spośród wszystkich możliwych zmiennych było przekonanie pacjentów, że mogli podczas pierwszej wizyty w pełni przedyskutować swoje dolegliwości i związane z nimi problemy (3,4 razy większe prawdopodobieństwo całkowitego ustąpienia objawów). Diagnoza organiczna (3,2) oraz brak zaburzeń widzenia (2,2) były kolejnymi dwoma czynnikami o największym wpływie. Praca ta wyraźnie dowodzi, jakie znaczenie dla wyników leczenia chronicznego bólu głowy ma komunikacja między lekarzem a pacjentem. Podnosi to zatem komunikowanie się do poziomu proceduralnego, kiedy można mówić o komunikowaniu się jako opcji leczenia, którą każdy może zastosować.

Orth i wsp. (1987) zaobserwowali istotnie większe obniżenie ciśnienia tętniczego u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, którzy podczas konsultacji lekarskiej mieli możliwość w sposób nieprzerywany wyrazić własnymi słowami obawy dotyczące ich choroby, zamiast odpowiadać jednym słowem (tak/nie) na postawione pytania.

Brody i Miller (1986) przeanalizowali proces zdrowienia pacjentów z infekcjami górnych dróg oddechowych leczonych w poradni przyszpitalnej. Podczas gdy rodzaj i intensywność objawów, wyjściowy poziom niepokoju o stan zdrowia, wyniki badania przedmiotowego, posiewu oraz terapii nie miały związku z tempem poprawy stanu zdrowia pacjentów, to powrót do zdrowia był związany ze zmniejszeniem obaw po wizycie (szczególnie w odniesieniu do powagi problemu i jego konsekwencji w przyszłości) oraz z zadowoleniem pacjentów z czasu spędzonego na rozmowie o obawach, która w ich ocenie była bardzo pomocna.

Roter i wsp. (1995) w kontrolowanym badaniu z randomizacją wykazali, że szkolenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie „umiejętności definiowania problemów pacjenta oraz radzenia sobie z jego emocjami” (zawierające wiele umiejętności poznawania perspektywy pacjenta) nie tylko poprawiły skuteczność wykrywania problemów psychospołecznych oraz radzenia sobie z nimi, lecz również doprowadziły do zmniejszenia emocjonalnego dystresu u pacjentów w okresie 6 miesięcy.

Kinmonth i wsp. (1998) przeprowadzili w Wielkiej Brytanii kontrolowane badanie z randomizacją w celu oceny wpływu dodatkowego szkolenia pielęgniarek oraz lekarzy rodzinnych z zakresu opieki skoncentrowanej na pacjencie na styl życia oraz psychologiczny i fizjologiczny stan pacjentów ze zdiagnozowaną cukrzycą typu 2. Wyniki pokazały, że pacjenci zgłaszali poprawę komunikowania się w relacji z lekarzami, wzrost satysfakcji z przebiegu leczenia oraz poprawę samopoczucia.

Zmiana stylu życia oraz kontrola glikemii nie były statystycznie istotne. Jednakże wskaźnik masy ciała pacjentów, podobnie jak stężenie triglicerydów, były statystycznie istotnie wyższe, natomiast niższy poziom wiedzy. Autorzy badania sugerują, że przeszkoleni praktycy zwracali większą uwagę na proces konsultacji niż na profilaktykę opieki zdrowotnej, jak również na to, że specjaliści dążący do osiągnięcia korzyści płynących z podejścia skoncentrowanego na pacjencie nie powinni tracić z oczu perspektywy pacjenta. Uzyskanie takich wyników badań mogło być równie dobrze związane z tym, że szkolenie niewystarczająco przygotowało uczestników do uwzględniania zarówno perspektywy lekarza, jak i pacjenta w każdej konsultacji – jak już wcześniej wspomniano, podejście skoncentrowane na pacjencie, ale uwzględniające perspektywę pacjenta i perspektywę biomedyczną, poszerza spojrzenie lekarza, a nie ogranicza go. Zdolność zajęcia się jednym i drugim jednocześnie jest jedną z podstawowych umiejętności, którą lekarz musi posiadać w celu zmiany stylu prowadzenia konsultacji na bardziej skoncentrowany na pacjencie (Roter 2000).

Stewart i wsp. (2000a) wykazali, że podczas konsultacji w ramach podstawowej opieki zdrowotnej komunikacja skoncentrowana na pacjencie, oceniana przez samych pacjentów, wiązała się z lepszym radzeniem sobie z dyskomfortem oraz obawami, lepszym emocjonalnym stanem zdrowia po 2 miesiącach, a także mniejszą liczbą badań diagnostycznych oraz skierowań do lekarzy specjalistów.

Alamo i wsp. (2002) w małym badaniu klinicznym z randomizacją obejmującym pacjentów z przewlekłym bólem i fibromialgią porównywali typowe postępowanie z podejściem skoncentrowanym na pacjencie w podstawowej opiece zdrowotnej w Hiszpanii. Podejście skoncentrowane na pacjencie powodowało poprawę w zakresie dystresu psychologicznego i liczby miejsc tkliwych (punktów uciskowych). Croom i wsp. (2011) zbadali postrzeganie komunikacji skoncentrowanej na pacjencie przez młodzież oraz rodziców w leczeniu cukrzycy typu 1. Komunikacja o wyższym poziomie koncentracji na pacjencie była związana z większą percepcją kontroli i kompetencji zarówno u młodzieży, jak i u rodziców, natomiast analizy mediacji wykazały pośredni związek między komunikacją skoncentrowaną na pacjencie a przestrzeganiem zaleceń lekarza oraz kontrolą metaboliczną.

Badania nad satysfakcją oraz stosowaniem się do zaleceń

Wiele badań odnotowuje związek pomiędzy podejściem skoncentrowanym na pacjencie a poziomem satysfakcji i stosowaniem się do zaleceń. Korsch i wsp. (1968) oraz Francis i wsp. (1969) przeprowadzili

pionierskie badanie obejmujące 800 pediatrycznych wizyt ambulatoryjnych w Los Angeles, będące pierwszą analizą interakcji lekarz–pacjent z wykorzystaniem ściśle określonych metod. Obniżony poziom satysfakcji oraz stosowania się do zaleceń zaobserwowano w przypadkach, gdy lekarze:

- okazywali brak ciepła oraz przyjaznego nastawienia
- nie uwzględniali obaw oraz oczekiwań pacjenta
- posługiwali się żargonem
- nie wyjaśniali jasno diagnozy oraz przyczyn choroby.

Korsch i wsp. wykazali, że pediatrzy często nie uzyskiwali od matek informacji o ich oczekiwaniach i tylko 24% ich głównych zmartwień zostało wypowiedzianych. Nieuwzględnianie wyrażonych przez matki obaw lub oczekiwań powodowało, że „wyłączały się” z udziału w wywiadzie i udzielały niewielu dodatkowych informacji. Kiedy jednak potrzeby postrzegane przez matki jako pilne były zaspokajane, matki wykazywały uwagę oraz otwartość w odniesieniu do pomysłów oraz planów lekarza. Najwyższy poziom niezadowolenia podczas wizyt kontrolnych zaobserwowano wówczas, gdy lekarz nie wziął pod uwagę ani oczekiwań, ani głównych obaw pacjentów. Kiedy oczekiwania pacjentów zostały rozpoznane, nie było potrzeby poświęcania na nie dodatkowego czasu.

Joos i wsp. (1993) i Kravitz i wsp. (1994) przeprowadzili badanie z udziałem pacjentów chorujących przewlekłe oraz pacjentów ambulatoryjnych przychodni internistycznej. Wykazali istotnie wyższy poziom zadowolenia pacjentów, gdy ich wcześniej wyrażone oczekiwania uzyskania pomocy zostały spełnione podczas konsultacji. Jednakże wiele potrzeb pacjentów dotyczących otrzymania dalszych informacji na temat ich choroby bądź lekarstw czy też pomocy w radzeniu sobie z problemami emocjonalnymi i rodzinnymi nie zostało zaspokojonych. Bell i wsp. (2002) wykazali, że podczas wizyt w gabinetach lekarzy medycyny rodzinnej, internistów i kardiologów pacjenci, którzy nie wyrazili swoich potrzeb, odczuwali niższy poziom satysfakcji z wizyty oraz słabszą poprawę w zakresie ustępowania objawów.

Eisenthal i Lazare w serii klasycznych badań prowadzonych nad wykorzystaniem „podejścia do klienta” w stosunku do pacjentów przychodni zdrowia psychicznego (Eisenthal i Lazare 1976; Eisenthal i wsp. 1979; 1990; Lazare i wsp. 1975) zbadali szerokie oczekiwania pacjentów, analizując w szczególności „ich nadzieje dotyczące tego, jak lekarz może im pomóc” oraz występujące objawy. Wyraźnie pokazali, że oczekiwania pacjentów często nie wynikają jasno z głównego

problemu, że klinicyści powinni czynić konkretne wysiłki, aby je poznać, oraz że rutynowo tego nie robią. Wykazali oni, że jeśli lekarze rzeczywiście pytali pacjentów o ich oczekiwania, pacjenci byli zwykle bardziej usatysfakcjonowani i czuli, że udzielono im pomocy, jak również lepiej przestrzegali uzgodnionego wspólnie planu. A co najważniejsze, ich badanie wyraźnie pokazało, że satysfakcja była wyższa niezależnie od tego, czy oczekiwania zostały spełnione, czy też nie. Jest to bardzo ważny wynik: w pracach Korsch oraz Joos pozytywny związek między oczekiwaniami a satysfakcją odnosił się do oczekiwań, które zostały spełnione, a nie jedynie rozpoznane przez lekarza. Nie jest to chyba zaskakujące – skoro pacjent dostaje to, czego chce, czuje się szczęśliwszy. Natomiast rzeczywiste postawione przez Korsch pytanie, które pozostaje do wyjaśnienia, brzmi: jeśli oczekiwania pacjentów zostaną wyrażone i omówione, ale ostatecznie niespełnione, czy fakt, iż pozostają nadal niezrealizowane, będzie stanowił przyczynę niezadowolenia, czy może już sam proces ujawnienia oraz omówienia jest pomocny?

Eisenthal i Lazare wykazali, że uzyskanie od pacjenta informacji na temat jego oczekiwań oraz odniesienie się do nich ma już wartość samą w sobie i że uzgodniony plan leczenia oparty na rozumieniu oczekiwań pacjenta jest pomocny. Innymi słowy, nie chodzi o to, by dowiedzieć się, czy pacjent chce dostać antybiotyki na kaszel, i spełnić jego oczekiwania w tym zakresie. Ważne jest to, aby się dowiedzieć, jakie są oczekiwania pacjenta oraz wyjaśnić swoje stanowisko w odniesieniu do nich. To dobrze pasuje do trzyetapowego planu eksplorowania przekonań nakreślonego już wcześniej. Oparcie naszych negocjacji na otwartym wzajemnym zrozumieniu stanowisk oraz uzgodnienie porozumienia jest ostatecznym celem.

Co ciekawe, Mangione-Smith i wsp. (1999, 2006) wykazali, że sposób, w jaki pediatrzy postrzegali oczekiwania rodziców wobec stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych, był jedynym istotnym statystycznie czynnikiem predykcyjnym nieodpowiedniego przepisywania leków przeciwdrobnoustrojowych w leczeniu chorób o prawdopodobnie wirusowej etiologii. Dla kontrastu, przepisywanie leków przeciwdrobnoustrojowych przez pediatrów nie było związane z rzeczywistymi oczekiwaniami rodziców. Innymi słowy, lekarze zakładali, że takie były oczekiwania rodziców, i przepisywali te leki, nie próbując dociec, jakie były rzeczywiste oczekiwania ani ich nie negocjując. Powtórzmy: nie chodzi o to, że lekarze mają spełniać oczekiwania pacjentów. W omawianych badaniach spełnianie oczekiwań rodziców co do komunikowania się podczas konsultacji było jedynym istotnym czynnikiem predykcyjnym ich satysfakcji. Nieprzepisanie

leków przeciwdrobnoustrojowych, mimo iż takie było oczekiwanie pacjenta, nie miało wpływu na poziom satysfakcji.

Britten i wsp. (2000) zidentyfikowali 14 kategorii nieporozumień odnoszących się do informacji o pacjencie nieznanymi lekarzowi, informacji posiadanych przez lekarza i nieznanymi pacjentowi, sprzecznych informacji, niejednomyślności co do przyczyn skutków ubocznych, braku informacji o decyzji lekarza oraz czynników dotyczących relacji. Wszystkie nieporozumienia korelowały z nieudzielaniem się pacjenta podczas konsultacji lekarskiej, jeśli chodzi o wyrażanie oczekiwań oraz preferencji lub odnoszenie się do decyzji podjętych przez lekarza oraz jego działań. Wszystkie wiązały się z potencjalnymi oraz rzeczywistymi niepożądanymi skutkami, jak na przykład niestosowanie się do zaleceń lekarskich. Lekarze wydawali się nieświadomi znaczenia przekonań pacjentów dotyczących leków dla skuteczności ich stosowania. Z drugiej strony, w badaniu obejmującym pacjentów, którzy w niewystarczający sposób przestrzegali zasad leczenia oraz mieli słabą kontrolę stanu klinicznego, Dowell i wsp. (2002) wykazali, że poszerzone konsultacje wykorzystujące ustrukturalizowaną analizę przekonań pacjenta o własnej chorobie i lekach oraz szczegółowo odnoszące się do zrozumienia, akceptacji, poziomu kontroli osobistej, a także motywacji spowodowały u 14 z 24 pacjentów poprawę kontroli klinicznej lub przyjmowanie leków 3 miesiące po zakończonej interwencji.

Little i wsp. (1997) w otwartym badaniu z randomizacją dotyczącym leczenia bólu gardła u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej wykazali, że poziom satysfakcji z konsultacji lekarskiej pozwalał na przewidywanie czasu trwania choroby i był silnie związany z tym, jak dobrze lekarz poradził sobie z obawami pacjenta.

Stewart (1984) dokonała zapisu dźwiękowego 140 konsultacji podstawowej opieki zdrowotnej i przeanalizowała zachowania lekarzy w celu określenia, do jakiego stopnia byli „skoncentrowani na pacjencie” w znaczeniu dążenia do poznania opinii pacjentów oraz zachęcania ich do wypowiedziania się oraz zadawania pytań. Następnie po upływie 10 dni przeprowadzano wywiady z pacjentami w ich domach. Stewart wykazała, że duża częstość zachowań skoncentrowanych na pacjencie korelowała z wyższym poziomem stosowania się do zaleceń oraz satysfakcji.

Henbest i Stewart (1990a, 1990b), kontynuując te badania, opracowali konkretne narzędzie mierzące stopień, w jakim lekarze umożliwiali pacjentom wyrażanie swoich uczuć, myśli oraz oczekiwań. Zorientowanie na pacjenta mierzone było na podstawie kombinacji pytań otwartych, wyrażań facylitujących oraz konkretnych próśb

o informacje na temat oczekiwań pacjenta, jego myśli oraz uczuć. W badaniach stwierdzono, że skoncentrowanie na pacjencie ma istotny statystycznie związek z ustaleniem przez lekarza przyczyny wizyty i rozwianiem obaw wyrażanych przez pacjentów.

Arborelius i Bremberg (1992) w badaniu prowadzonym w podstawowej opiece zdrowotnej, w którym zarówno lekarz, jak i pacjent pozytywnie oceniali wywiad (ang. *interview*), wykazali, że udane konsultacje cechowały zwiększone starania podejmowane w celu ustalenia wyobrażeń oraz obaw pacjenta, dłuższy czas przeznaczony na uzyskanie porozumienia oraz angażowanie pacjenta w swoje leczenie.

Kinnersley i wsp. (1999) stwierdzili, że dla pacjentów zgłaszających się po raz pierwszy do lekarza w ramach podstawowej opieki zdrowotnej styl prowadzenia wywiadu przez lekarza ogólnego, a ściślej: podejście skoncentrowane na pacjencie, miał pozytywne i istotne statystycznie znaczenie dla poziomu ich satysfakcji.

Little i wsp. (2001b) stwierdzili, że pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej o wiele bardziej preferowali podejście skoncentrowane na pacjencie, a jeśli lekarz go nie zastosował, odczuwali mniejszą satysfakcję oraz byli mniej aktywni.

Abdel-Tawab i Roter (2002) badały wykonalność, akceptowalność oraz skuteczność modeli komunikowania się skoncentrowanych na pacjencie w 31 klinikach planowania rodziny w Egipcie. Konsultacje przeprowadzone między 34 lekarzami i 112 osobami poszukującymi informacji na temat metod planowania rodziny były nagrywane oraz analizowane pod kątem stylu komunikowania się lekarzy – $\frac{2}{3}$ konsultacji lekarskich scharakteryzowano jako skoncentrowane na lekarzu, natomiast $\frac{1}{3}$ – jako skoncentrowane na pacjencie. Te ostatnie wiązały się z trzykrotnym wzrostem prawdopodobieństwa zadowolenia klienta oraz nieprzerwanego stosowania środków antykoncepcyjnych przez 7 miesięcy. Wyniki badania sugerują, że w Egipcie, podobnie jak w krajach bardziej rozwiniętych, modele komunikowania się skoncentrowane na pacjencie mogą prowadzić do uzyskania lepszych wyników leczenia niż modele skoncentrowane na świadczeniodawcy.

Margalit i wsp. (2004) pokazali, że przeprowadzenie szkolenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, promującego podejście biopsychospołeczne, spowodowało zmniejszenie liczby leków przepisywanych na receptę oraz zlecanych badań i poprawiło zadowolenie pacjentów bez znacznej zmiany czasu trwania konsultacji.

Matthys i wsp. (2009) również stwierdzili związek pomiędzy wyrażeniem obaw i oczekiwań przez pacjenta a mniejszą liczbą leków przepisywanych na receptę.

Badania dotyczące rozumienia oraz zapamiętywania

Badania przeprowadzone przez Tucketta i wsp. (1985) dotyczące udzielania informacji, które omówimy dokładnie w rozdziale 6., pokazują, jak ważne jest poznanie przekonań i opinii pacjenta na temat jego choroby dla ułatwienia mu zrozumienia oraz zapamiętania informacji przekazywanych przez lekarza. Trudność w tym badaniu polegała na tym, że autorom udało się znaleźć zaledwie kilka przykładów konsultacji spośród wszystkich objętych badaniem, w których lekarze prosili pacjentów o podzielenie się z nimi swoimi wyobrażeniami, lub takich, w których lekarze zachęcali pacjentów do bardziej szczegółowego wypowiadania się na temat swoich wyobrażeń, jeśli te wypływały spontanicznie podczas konsultacji. Lekarze często unikali poglądów pacjentów oraz skutecznie blokowali ich wyrażanie. Takie zachowanie zwiększało prawdopodobieństwo niepowodzenia w zrozumieniu i zapamiętaniu treści przez pacjentów.

Rozumienie lekarzy jest lepsze także dzięki wywiadowi skoncentrowanemu na pacjencie. Peppiatt (1992) w badaniu, które objęło 1000 konsultacji przeprowadzonych przez jednego lekarza, wykazał, że 77% pacjentów spontanicznie proponowało przedstawienie swoich sugestii lub reagowało na prośby o przedstawienie przyczyn swojego stanu zdrowia oraz że 20% wyobrażeń pacjentów na temat tych przyczyn pomogło lekarzowi w ich ustaleniu, a w 9% przypadków w ustaleniu rozpoznania.

Czy konsultacje skoncentrowane na pacjencie trwają dłużej?

Stewart (1985) przeanalizowała 133 konsultacje przeprowadzone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i porównała ich stopień „skoncentrowania na pacjencie” z czasem trwania konsultacji. Konsultacje o niskim stopniu skoncentrowania na pacjencie trwały (średnio) 7,8 minuty, o średnim stopniu – 10,9 minuty, a o wysokim stopniu – 8,5 minuty. We wnioskach Stewart stwierdziła, że lekarzom dopiero uczącym się w zakresie komunikacji z pacjentem może się wydawać, iż będą potrzebowali dłuższego czasu na przeprowadzenie konsultacji. Tymczasem okazało się, że lekarze, którzy opanowali umiejętności przeprowadzania wywiadu zgodnie z podejściem skoncentrowanym na pacjencie, potrzebowali tylko nieco więcej czasu niż lekarze niestosujący tych technik.

Roter i wsp. (1995) również nie zaobserwowali wydłużenia czasu wywiadu w podstawowej opiece zdrowotnej po szkoleniu z zakresu umiejętności „definiowania problemu oraz radzenia sobie z emocjami”.

Levinson i Roter (1995) wykazały, że lekarze podstawowej opieki zdrowotnej mający bardziej pozytywne podejście do psychospołecznych aspektów w opiece nad pacjentem wykorzystywali bardziej adekwatne umiejętności komunikowania się i w konsekwencji ich pacjenci prowadzili więcej rozmów na tematy psychospołeczne i byli bardziej zaangażowani w swoje leczenie. Przy czym konsultacje przeprowadzane przez tych lekarzy nie trwały dłużej od konsultacji prowadzonych przez ich kolegów prezentujących mniej pozytywne podejście.

Roter i wsp. (1997) zdefiniowali pięć różnych wzorców komunikowania się, które zaobserwowali podczas konsultacji w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych:

1. „biomedyczny zawężony” – charakteryzujący się pytaniami zamkniętymi oraz biomedycznym językiem
2. „biomedyczny poszerzony” – zbliżony do pierwszego, bardziej restrykcyjnego modelu, ale ze średnim poziomem dyskusji o tematach psychospołecznych
3. „biopsychospołeczny” – z zachowaniem równowagi między tematami o charakterze psychospołecznym oraz biomedycznym
4. „psychospołeczny” – charakteryzujący się wymianą informacji o charakterze psychospołecznym
5. „konsumpcyjny” – polegający przede wszystkim na zadawaniu pytań przez pacjenta i udzielaniu informacji przez lekarza.

Autorzy ci nie znaleźli żadnych dowodów wskazujących na to, iż konsultacje skoncentrowane na pacjencie trwają dłużej niż konsultacje ściśle biomedyczne.

Levinson i wsp. (2000) wykazali, że wizyty w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej oraz chirurgicznych, podczas których lekarze nie rozpoznali sygnałów emocjonalnych wysyłanych przez pacjentów, były zazwyczaj dłuższe niż wizyty, podczas których lekarze reagowali na te sygnały.

We wspomnianych już badaniach przeprowadzonych przez Abdel-Tawab oraz Roter (2002) konsultacje skoncentrowane na pacjencie były dłuższe zaledwie o jedną minutę niż konsultacje skoncentrowane na lekarzu, lecz przy tym charakteryzowały się znacznie większym stopniem zadowolenia pacjenta oraz stosowania się przez niego do zaleceń.

Epstein i wsp. (2005) uzyskali nieco inne wyniki. Ich badania wykazały, że komunikacja skoncentrowana na pacjencie wiązała się z dłuższym czasem konsultacji, aczkolwiek z niższymi kosztami badań diagnostycznych.

Mauksch i wsp. (2008) dokonali przeglądu piśmiennictwa w celu zbadania czynników warunkujących skuteczność wywiadu lekarskiego.

Badania pozwoliły na wyłonienie trzech obszarów mogących poprawić skuteczność komunikacji między lekarzem a pacjentem: 1) budowanie relacji terapeutycznej, 2) ustalanie planu na wstępie oraz 3) wychwytywanie sygnałów emocjonalnych.

W ostatnim przeglądzie piśmiennictwa z bazy Cochrane (Lewin i wsp. 2012) podsumowano rezultaty szkoleń upowszechniających wśród lekarzy podejście skoncentrowane na pacjencie podczas konsultacji lekarskich. Stwierdzono, że istnieją dość silne dowody wskazujące, że niektóre szkolenia promujące podejście skoncentrowane na pacjencie mogą prowadzić do znaczącego wzrostu koncentracji na pacjencie w procesie konsultowania. Są również dowody na to, że szkolenia pracowników opieki zdrowotnej w stosowaniu podejścia skoncentrowanego na pacjencie mogą mieć pozytywny wpływ na zadowolenie pacjentów ze świadczonej opieki. Niestety, tylko nieliczne badania analizują ich wpływ na zachowania pracowników opieki zdrowotnej lub na stan zdrowia.

Jak poznać perspektywę pacjenta

Istnieją dwie alternatywne drogi eksplorowania perspektywy pacjenta w przebiegu konsultacji lekarskiej. Pierwsza polega na bezpośrednim pytaniu pacjenta o jego wyobrażenia, obawy, oczekiwania oraz uczucia. Druga obejmuje wychwytywanie sygnałów (tj. wskazówek werbalnych i niewerbalnych) wysyłanych przez pacjenta podczas spotkania.

Maguire i wsp. (1996b) przedstawili wartość zarówno bezpośredniego zwracania się z pytaniami do pacjenta, jak również wychwytywania sygnałów. Pacjenci onkologiczni wyjawiali więcej istotnych obaw i uczuć, jeśli lekarze pytali ich o psychospołeczne aspekty świadczonej im opieki („Jak się pani z tym czuje?”), zamiast koncentrować się wyłącznie na fizycznych aspektach ich choroby. Pacjenci ujawniali również więcej obaw, jeżeli lekarze konkretnie wyjaśniali pojawiające się sygnały („Mówi pani, że się martwi...”). Zgodnie z przewidywaniami, stosowanie pytań otwartych, podsumowywanie oraz używanie sformułowań wyrażających empatię także sprzyjały mówieniu o obawach.

Jeden z nowszych nurtów badań wysokiej jakości oparty jest na Verona Coding Definitions of Emotional Sequences – stworzonym na drodze konsensusu systemie kodowania emocjonalnego dystresu pacjentów w przebiegu konsultacji lekarskich (Zimmermann i wsp. 2011). Tu sygnał definiuje się jako werbalną lub niewerbalną wskazówkę, że istnieje niewyjaśniona negatywna emocja, podczas gdy obawa (ang. *concern*) definiowana jest jako jasne i niedwuznaczne wyrażenie

negatywnej, obecnej lub niedawno przeżywanej, wyraźnie zwerbalizowanej emocji. Należy jednak w tym miejscu zaznaczyć, iż termin „obawa” ma nieco inne znaczenie w kontekście tych badań niż znaczenie, którym posługiwaliśmy się dotychczas w naszym opracowaniu. Del Piccolo i wsp. (2007) stwierdzili we wnioskach swych badań, że słuchanie w połączeniu ze wspieraniem oraz wyrażeniami skoncentrowanymi na emocjach aktywuje wysyłanie sygnałów emocjonalnych poprzez zachęcanie pacjenta do dodawania nowych informacji oraz kierowania uwagi lekarza na istotne kwestie, podczas gdy pytania zamknięte zwykle tłumią wysyłanie takich sygnałów. Z drugiej strony, zachęcanie pacjentów do wyrażania osobistych potrzeb przez zadawanie otwartych pytań i uważne słuchanie, uznawanie oraz delikatne obchodzenie się z wyrażonymi potrzebami zaspokoi te potrzeby oraz zmniejszy liczbę sygnałów. Bensing i wsp. (2010) wykazali, że facylitujący styl komunikowania się lekarzy, kontakt wzrokowy oraz pytania o aspekty psychospołeczne korelują z ujawnianiem większej liczby wskazówek oraz obaw. Co ciekawe, Eide i wsp. (2011) zaobserwowali różnice w relacji pomiędzy empatią klinicysty a ujawnianiem wskazówek lub obaw. W badaniu, w którym uczestniczyli specjaliści pielęgniarstwa pracujący z pacjentami chorymi na fibromialgię, stwierdzili, że brak empatycznej reakcji zwiększał liczbę wysyłanych sygnałów, podczas gdy reakcje wysoce empatyczne zwiększały liczbę wyrażanych obaw. Wyniki te korespondują z hipotezą, że sygnały nasilają się, kiedy lekarz nie potwierdzi, że je zauważył.

Cegala i Post (2009) wykazali, że lekarze znacząco głębiej eksplorują perspektywę biomedyczną i perspektywę pacjenta podczas konsultacji z bardzo zaangażowanymi pacjentami niż z tymi mało zaangażowanymi. Aktywne uczestniczenie pacjentów w konsultacji lekarskiej skłaniało lekarzy do przyjęcia podejścia skoncentrowanego na pacjencie.

Floyd i wsp. (2005) przeanalizowali elastyczność, jaką powinni wykazać lekarze w celu pytania bezpośrednio o perspektywę pacjenta bądź wychwytywania sygnałów, w zależności od słów użytych przez pacjenta w pierwszej wypowiedzi.

Wychwytywanie sygnałów oraz potwierdzanie ich znaczenia

Pacjenci chętnie dzielą się z nami swoimi przemyśleniami oraz uczuciami. W badaniach przeprowadzonych przez Tucketta i wsp. (1985) 26% pacjentów spontanicznie podawało lekarzowi wyjaśnienie swoich objawów. Wykazano w nich, że kiedy pacjenci wyrazili swoje zdanie, to zaledwie 7% lekarzy aktywnie zachęcało ich do uszczegółowienia, 13%

biernie się im przysłuchiwało, a 81% nie podjęło żadnego wysiłku, aby pacjentów wysłuchać bądź celowo im przerywało. Połowa poglądów pacjentów wyrażona była raczej w sposób ukryty, a nie jawny, a lekarze chętniej reagowali na jawne sygnały niż na te ukryte. Wniosek jest taki, że wielu pacjentów dostarcza nam wskazówek, które my niestety ignorujemy! Butow i wsp. (2002) wykazali, że lekarze skutecznie rozpoznają sygnały informacyjne i reagują na większość z nich. Zwracają jednak mniejszą uwagę oraz w mniejszym stopniu są w stanie odnieść się do sygnałów o potrzebie emocjonalnego wsparcia. Badanie to pokazało również, że reagowanie na sygnały wysyłane przez pacjenta nie wydłuża konsultacji ani też nie zwiększa lęku u pacjentów. Zimmermann i wsp. (2007) dokonali systematycznego przeglądu piśmiennictwa, obejmującego 58 oryginalnych jakościowych oraz ilościowych prac badawczych dotyczących wyrażania przez pacjentów sygnałów i/lub obaw, opartych na analizie nagrań audio lub wideo konsultacji lekarskich. I znów, ich ogólny wniosek był taki, że lekarze nie zauważyli większości sygnałów i obaw oraz prezentowali zachowania, które zniechęcały do ich wyrażania. Szkolenie z zakresu komunikowania się poprawiło rozpoznawanie sygnałów oraz obaw. Kale i wsp. (2011) stwierdzili, że wyrażanie sygnałów oraz obaw przez pacjentów imigrantów w Norwegii uzależnione jest od stopnia znajomości języka.

Gill i wsp. (2010) wykorzystali analizę konwersacyjną do zgłębienia, jak subtelnie pacjenci wyjaśniają swoje wyobrażenia o przyczynowości, przechodząc od względnie łagodnych interpretacji swoich objawów do wyliczenia okoliczności, które podważają te proste wyjaśnienia. W ten sposób pacjenci napomykają o poważniejszych hipotezach, bez wskazywania na nie wprost.

Opisaliśmy już wcześniej prace Coxa i wsp. (Cox i wsp. 1981a, 1981b; Rutter i Cox 1981; Cox 1989), z których wynika, że zadawanie pytań otwartych oraz uważne słuchanie wspomaga zarówno mówienie o emocjach, jak i zbieranie wrażliwych danych o dużym znaczeniu emocjonalnym. Jeśli lekarz stworzy atmosferę zainteresowania oraz otwartości, wiele emocji oraz myśli pacjenta ujawni się w formie wskazówek w fazie uważnego słuchania. Łatwo i naturalnie będzie wówczas rozpoznać, a następnie przeanalizować pojawiające się sygnały. Jest to często sytuacja bardziej komfortowa zarówno dla lekarza, jak i pacjenta, niż bezpośrednie spontaniczne zwracanie się z pytaniami. Ciekawe wyniki uzyskali Del Piccolo i wsp. (2000), badając konsultacje w podstawowej opiece zdrowotnej. Okazało się, że liczba sygnałów dotyczących emocjonalnego dystresu była uzależniona od zachowań werbalnych lekarza: rosła wraz z liczbą pytań zamkniętych o informacje psychospołeczne, a malała, gdy lekarz wykorzystywał techniki aktywnego

prowadzenia wywiadu, takie jak pytania otwarte oraz reagowanie emocjonalne. Autorzy twierdzą, że techniki skoncentrowane na pacjencie umożliwiają pacjentowi opowiedzenie historii w sposób bezpośredni, bez konieczności wysyłania lekarzowi ukrytych sygnałów.

Należy podkreślić, że wskazówki nie zawsze przekazywane są w formie komunikatów werbalnych. Również sygnały niewerbalne wyrażane w języku ciała, sposobie mówienia, wyrazie twarzy oraz afekcie są bardzo ważne. Aby zapewnić trafną interpretację takich niewerbalnych zachowań pacjenta, niezwykle istotna jest dokładna obserwacja, a następnie wnikliwe zweryfikowanie z pacjentem swoich spostrzeżeń.

Dlaczego lekarzom tak często nie udaje się zareagować na sygnały pacjentów? Być może jest to po części związane z kontrolą. Tradycyjne podejście do wywiadu lekarskiego zawsze dawało lekarzom możliwość sprawowania kontroli poprzez zadawanie pytań zamkniętych, co ogranicza pacjentowi możliwość pełniejszego uczestniczenia w nim i czyni go bardziej pasywnym. Kiedy wychytujemy sygnały pacjentów, być może czujemy, że zbaczamy z obranej ścieżki i nie wiemy, dokąd nas to może doprowadzić – zaczynamy tracić poczucie kontroli. Następuje dziwna sytuacja: lekarz, wracając na bezpieczny grunt, bardzo łatwo zbacza z właściwej ścieżki (Epstein i wsp. 1998). Paradoksalnie, wskazówki są zwykle drogą na skróty do tych obszarów, które wymagają szczególnej uwagi z naszej strony.

Cocksedge i May (2005) wprowadzili termin „pętla słuchania” (ang. *listening loop*), którą lekarze mogą wykorzystać, kiedy chcą wychwytywać sygnały. Pętla słuchania to prosty model słuchania, podkreślający rolę wyboru oraz oceny w reagowaniu na sygnały pacjenta podczas interakcji. Akcentowanie tego wyboru podkreśla zarówno wychwytywanie sygnałów, jak i pragmatyczne ograniczenia oraz opór przed zajęciem się nimi.

Możemy również nie dostrzec sygnałów dotyczących percepcji choroby przez pacjenta (*illness*), kiedy w naszym słuchaniu jesteśmy nastawieni na informacje dotyczące perspektywy biomedycznej (*disease*). Jeśli pacjent mówi: „W domu było ostatnio ciężko i ból pojawiał się o wiele częściej”, bardzo łatwo jest z wyboru wychwycić raczej sygnał biomedyczny aniżeli dotyczący perspektywy pacjenta i powiedzieć: „Proszę mi opowiedzieć o tych bólach”, bez odniesienia się do „Wspomniał pan, że ostatnio było ciężko w domu...”. Rogers i Todd (2000) odkryli interesującą kwestię, a mianowicie że lekarze onkolodzy, przysłuchując się i reagując na wskazówki z perspektywy biomedycznej, przedkładali konkretne z nich ponad inne, to znaczy ignorowali sygnały pacjentów o bólach, chyba że opisywany ból był tym „właściwym” rodzajem bólu, podlegającym specjalistycznemu leczeniu onkologicznemu,

natomiast informacje dotyczące innego bólu były nieuznawane lub lekceważone.

Ramka 3.2. Przykłady wychwytywania sygnałów werbalnych i niewerbalnych

Powtarzanie sygnałów

- „zmarłwiony...?”
- „można by coś zrobić...?”

Wychwytywanie oraz sprawdzanie sygnałów werbalnych

- „Powiedział pan, że według pana ból może oznaczać coś poważnego. Jak pan uważa, co by to mogło być?”
- „Wspomniał pan, że pana matka cierpiała na reumatoidalne zapalenie stawów. Czy myślał pan, że to może być to samo?”

Wychwytywanie oraz sprawdzanie sygnałów niewerbalnych

- „Mam wrażenie, że nie jest pan do końca zadowolony z otrzymanych wyjaśnień. Czy dobrze myślę?”
- „Czy mam rację myśląc, że poważnie panią martwi choroba córki?”

Precyzyjny sposób pytania o perspektywę pacjenta

O ile wychwytywanie sygnałów pacjenta bywa dość łatwe, to pytanie o perspektywę pacjenta pozostaje zadaniem bardzo wymagającym (Platt i wsp. 2001). Lang i wsp. (2002) w badaniu przeprowadzonym w poradni lekarzy rodzinnych wykazali, że w odpowiedzi na serię pytań dotyczących perspektywy pacjenta 44% pacjentów wyraziło konkretne, istotne obawy, które wcześniej nie zostały przez nich ujawnione w inny sposób. Poziom satysfakcji pacjentów podczas pierwszego spotkania z lekarzem rodzinnym, u którego nigdy wcześniej nie byli, był istotnie wyższy, kiedy zadawano im takie właśnie pytania, niż kiedy ich nie zadawano. Jednakże w badaniach Tucketta tylko 6% lekarzy pytało pacjentów bezpośrednio o ich własne zdanie na temat choroby. Pytania bezpośrednie wymagają wycucia czasu, odpowiedniego zasygnalizowania intencji oraz szczególnej dbałości w doborze słów. Bass i Cohen (1982) pokazali, że w trakcie konsultacji pediatrycznych większość rodziców na pytanie: „Co pana/panią martwi w związku z tym problemem?” odpowiadała: „Nie martwię się”, natomiast pytanie: „Jakie są pana/pani obawy w związku z tym

problemem?” skłaniało do wyrażenia nieujawnionych wcześniej obaw ponad 1/3 z nich.

**Ramka 3.3. Przykłady użycia zwrotów przydatnych
w zadawaniu pacjentom pytań o ich wyobrażenia,
obawy oraz oczekiwania**

Wyobrażenia (przekonania)

- „Proszę mi powiedzieć, co według pana jest tego przyczyną?”.
- „Jak pan myśli, co może się dziać?”.
- „Czy ma pan pomysł, co to może być?”.
- „Ma pan jakieś przypuszczenia? Czy ma pan jakieś teorie?”.
- „Zapewne myślał pan o tym trochę. Gdyby mi pan powiedział, co to według pana może być, bardzo by mi pan pomógł”.

Obawy

- „Obawia się pan, że co to może być?”.
- „Czy jest coś, co w szczególności wzbudziło pana obawę?”.
- „Co pan pomyślał najgorszego, że co to może być?”.
- „W swoich najgorszych chwilach...”.

Oczekiwania

- „Jaką pomoc miał pan nadzieję od nas otrzymać?”.
- „Jak pan myśli, jaki będzie najlepszy plan działania?”.
- „Jak najlepiej mógłbym w tym pomóc?”.
- „Zapewne myślał pan o tym trochę. Jak pan myślał, jak najlepiej można by się zająć tym problemem?”.

Uczucia

Wkroczenie do sfery uczuć pacjentów jest dla wielu lekarzy zadaniem bardzo trudnym. W naturalny sposób klóci się z obiektywnym podejściem tradycyjnej metody klinicznej i jest czymś, czego unikania uczono na uczelniach medycznych. Niewzruszony obiektywizm może być pociągający, natomiast z uczuciami często trudno sobie poradzić i mogą okazać się bolesne tak dla lekarza, jak i dla pacjenta. Lekarzy przeraża otwarcie puszki Pandory z emocjami oraz uczuciami pacjentów. Tymczasem jest to obszar, który inni profesjonaliści, tacy jak doradcy oraz terapeuci, znacznie chętniej eksplorują! Maguire i wsp. (1996b) wykazali, że lekarze przejawiają trzy zachowania hamujące na jedno zachowanie facylitujące.

Dlatego szczególnie ważne jest uświadomienie sobie znaczenia umiejętności niezbędnych w odkrywaniu oraz reagowaniu na emocje pacjentów, a także ćwiczenie się w ich stosowaniu (zob. ramka 3.4.).

Ramka 3.4. Umiejętności niezbędne w procesie odkrywania emocji pacjenta oraz odpowiadania na nie

Wychwytywanie oraz sprawdzanie sygnałów werbalnych

- „Powiedział pan, że czuł się nieszczęśliwy. Czy może mi pan powiedzieć coś więcej o tym, jak się pan czuł?”

Powtarzanie sygnałów werbalnych

- „zły?”

Wychwytywanie oraz odzwierciedlanie sygnałów niewerbalnych

- „Wyczuwam u pani napięcie – czy rozmowa na ten temat mogłaby pomóc? lub „Wyczuwam u pani smutek w głosie, kiedy pani mówi o Johnie”.

Pytania bezpośrednie

- „Jak się pani z tym czuła?”

Wykorzystanie akceptacji, empatii, troski, zrozumienia, aby pozwolić pacjentowi poczuć, że interesują Cię jego uczucia (zob. rozdział 5.)

- „Widzę, że musiało pani być z tym trudno”.

Pytanie o uczucia na wczesnym etapie konsultacji w celu okazania zainteresowania tematem

Pytanie o konkretne przykłady

- „Czy pamięta pan, kiedy się pan tak czuł? Co się wtedy wydarzyło?”

Pytanie o przyzwolenie na zajęcie się sferą emocji

- „Czy jest mi pan w stanie opowiedzieć, jak się pan czuł?”

Jak zakończyć rozmowę o uczuciach i uniknąć efektu „błędnego koła” w rozmowie z pacjentem

- „Dziękuję, że powiedział mi pan o swoich uczuciach/jak pan się czuje. To mi pomaga lepiej zrozumieć całą sytuację. Czy sądzi pan, że to, co powiedział mi pan o swoich uczuciach, wystarczy, żeby lepiej pana zrozumieć?” lub „Uważam, że teraz trochę lepiej rozumiem, co pan czuje. Proponuję, żebyśmy rozważyli, co rzeczywiście możemy razem zrobić, żeby panu pomóc”.

Wpływ na życie

Pytanie otwarte o wpływ objawów bądź choroby na życie pacjenta jest doskonałym wstępem do poznania perspektywy pacjenta, który często prowadzi do bardziej otwartego opowiadania o własnych myślach i uczuciach.

Połączenie umiejętności prowadzenia procesu na etapie zbierania informacji

Dokonałiśmy już analizy każdej z umiejętności prowadzenia procesu zbierania informacji z osobna. Pozostaje jednak pytanie, jak w praktyce można je najlepiej razem wykorzystać w celu ustalenia sposobu postępowania na tym etapie konsultacji? Jak najefektywniej zastosować owe umiejętności, aby wydobyć treść:

- perspektywy biomedycznej
- perspektywy pacjenta
- informacji podstawowych.

Eksplorowanie perspektywy biomedycznej oraz perspektywy pacjenta

Kolejność zdarzeń

Zachęć pacjenta do opowiedzenia historii, stosuj metody otwarte.

Słuchaj uważnie.

Facylituj.

Zadawaj bardziej ukierunkowane pytania otwarte.

Doprecyzuj i określ ramy czasowe.

Wychwytuj i reaguj na sygnały werbalne i niewerbalne mówiące o perspektywie biomedycznej i perspektywie pacjenta (*disease i illness*).

Podsumuj perspektywę biomedyczną oraz perspektywę pacjenta.

Zasygnalizuj przejście do

dalszej analizy każdego z objawów oraz przeglądu odpowiednich narządów i układów

Rozpocznij od pytań otwartych i stopniowo przejdź do pytań zamkniętych.

Zasygnalizuj przejście do

dalszej analizy perspektywy pacjenta

Stosuj przede wszystkim pytania otwarte.

Wyrażaj uznanie dla opinii oraz uczuć pacjenta.

Zasygnalizuj przejście do

zbierania informacji podstawowych

Zadawaj stopniowo coraz bardziej ukierunkowane pytania i przejdź ostatecznie do pytań zamkniętych.

Poniżej przedstawiamy praktyczne podejście umożliwiające połączenie umiejętności prowadzenia procesu, z których lekarze mogą korzystać w codziennej praktyce po etapie rozpoczęcia konsultacji oraz określeniu listy problemów pacjenta. Należy zauważyć, że jest to jeden z wielu sposobów na połączenie tych umiejętności. Elastyczność oraz dynamiczne reagowanie na sygnały płynące od pacjenta podczas konsultacji mają tu kluczowe znaczenie.

Przechodzenie od technik pytań otwartych do zamkniętych

Proponowane przez nas podejście polega na płynnym przejściu od techniki pytań otwartych do zamkniętych. W wywiadzie lekarz stopniowo przechodzi od zadawania pytań otwartych do zamkniętych za każdym razem, gdy eksploruje poszczególne komponenty treści historii.

Najpierw stosowane są techniki zadawania pytań otwartych, by rozpocząć eksplorowanie problemu:

„Proszę mi powiedzieć, co się działo, od kiedy zaczął się pan czuć źle, do chwili obecnej?”.

W miarę postępowania wywiadu możesz potrzebować podejścia bardziej dyrektywnego w celu poprowadzenia wypowiedzi pacjenta na konkretne obszary, aby wybrzmiały zarówno informacje dotyczące perspektywy biomedycznej, jak i tej widzianej oczami pacjenta. Możesz to osiągnąć poprzez bardziej ukierunkowane zachęty słowne w postaci bardziej dyrektywnych, ale wciąż otwartych sformułowań i pytań:

„Proszę mi więcej powiedzieć na temat tego bólu”.

„Wspomniał pan, że ma duszności. Proszę mi o tym opowiedzieć”.

„Powiedział pan, że ból był przerażający. Czy może mi pan powiedzieć coś więcej o tym, jak się pan czuł?”.

„Czy zauważył pan, czy coś jeszcze działo się przez ten czas?”.

„I co pan wtedy zrobił?”.

Niewykluczone, że w trakcie eksplorowania problemu istotne fakty biomedyczne mogą się nie pojawić z inicjatywy pacjenta, wówczas stopniowe przejście od pytań otwartych do zamkniętych umożliwi nam odkrycie tych obszarów. Każdy z objawów wymaga wnikliwej analizy, o czym już wcześniej pisaliśmy w niniejszym rozdziale, dlatego tak niezwykle ważne są pytania bardziej ukierunkowane. Oczywiście te bardziej ukierunkowane pytania mogą mieć początkowo otwarty charakter, by następnie przybrać bardziej zamkniętą formę:

„Czy może pan określić, jaki to był ból?”.

„Czy był to ostry ból?”.

Będziesz również chciał zgłębić perspektywę pacjenta. Pisaliśmy już wcześniej, że właśnie na tym etapie najkorzystniej jest zadawać pytania otwarte, choć czasami mogą być przydatne pytania bardziej zamknięte:

„Jakie ma pan obawy odnośnie do tego, co to może być?”.

„Czy obawiał się pan, że to może być rak?”.

W miarę jak konsultacja się rozwija, rozpoczynasz proces wnioskowania klinicznego. Procesem zadawania pytań ukierunkowanych będą kierowały twoje umiejętności percepcyjne dotyczące komunikowania się. Przykładowo, pacjent, u którego występuje ból w klatce piersiowej o podłożu nieorganicznym, może nie wspomnieć wprost o stresie jako potencjalnej przyczynie takich objawów. Po uważnym wysłuchaniu i rozsądnym wykorzystaniu pytań otwartych możesz zadać konkretne pytanie zamknięte:

Lekarz: „Czy żyje pan obecnie w dużym stresie?”.

Pacjent: „No cóż, małżeństwo mojej córki się rozpada”.

Musisz wykazać się ostrożnością, aby zadawane przez ciebie pytania zamknięte nie były zbyt ukierunkowane. Bardzo łatwo jest bowiem zadać pacjentowi niewłaściwe pytanie zamknięte – zbyt po prostu wybiegamy w przód, obmyślamy możliwą odpowiedź na zadane sobie pytanie, a następnie testujemy swoje przedwcześnie wysnute hipotezy. Zamiast tego od razu zadaj to pytanie, które zadałeś sobie w myślach! Dobrym tego przykładem może być:

Lekarz zastanawia się tutaj, czy jego pacjentka żyje obecnie w stresie. Zamiast zadać pytanie ogólne, takie jak np.: „Czy odczuwa pani obecnie jakikolwiek stres w swoim życiu?”, lekarz wybiega myślami w przód, zastanawia się, czy pacjentka ma problemy w domu, i zadaje następujące pytanie: „Czy z mężem wszystko w porządku?”. Pacjentka odpowiada, że wszystko jest w porządku, lekarz zatem przechodzi dalej i nie uzyskuje odpowiedzi na swoje pierwotne pytanie.

Następnie potrzebujesz szczegółów dotyczących historii medycznej, wywiadu rodzinnego, wywiadu osobowego i socjalnego, przyjmowanych leków, alergii oraz pełnego przeglądu narządów i układów. Na tym etapie zadajesz pytania coraz bardziej ukierunkowane, aż do momentu, w którym rozpoczynasz przegląd narządów i układów z wykorzystaniem prawie wyłącznie pytań zamkniętych, odhaczając kolejne punkty na liście kontrolnej. Z analizy pracy Coxa i wsp., o której pisaliśmy już wcześniej w niniejszym rozdziale, wiemy, że ważne informacje zostaną pominięte, jeśli nie przyjmimy systematycznego podejścia w eliminowaniu towarzyszących objawów. Chociaż może nam ono pomóc jedynie w określeniu, jakie objawy na pewno nie występują, to jednak jest to i tak bardzo przydatna informacja diagnostyczna, której nie można by było w przeciwnym razie założyć. Ustalenia pozwalające na odrzucenie czegoś mogą być równie ważne, jak te potwierdzające.

Wywiad pełny vs wywiad ukierunkowany na etapie zbierania informacji

Pragniemy podkreślić, że zarówno schemat procesu wywiadu, jak i schemat jego treści, które przedstawiliśmy, mają jednakowe zastosowanie w zbieraniu wywiadu lekarskiego o charakterze ogólnym oraz ukierunkowanym.

Kiedy studenci medycyny uczą się, jak przeprowadzać wywiad lekarski z pacjentami, początkowo uczeni są zbierania pełnej historii, która obejmuje wszystkie aspekty treści wywiadu – jak zostało opisane poniżej.

Treść pełnego wywiadu lekarskiego

Lista problemów pacjenta:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Eksplorowanie problemów pacjenta:

perspektywa biomedyczna

kolejność zdarzeń, analiza objawów, przegląd poszczególnych narządów i układów

perspektywa pacjenta

wyobrażenia, obawy, oczekiwania, wpływ na życie, uczucia

informacje podstawowe – kontekst

historia medyczna

wywiad rodzinny

wywiad osobowy i socjalny

przyjmowane leki oraz alergie

przegląd narządów i układów

W praktyce jednak rzadko mogą oni obserwować lekarzy przeprowadzających wywiad w taki sposób. Większość lekarzy, czy to w przychodniach przyszpitalnych, w izbie przyjęć lub też w podstawowej opiece zdrowotnej, zbiera wywiad ukierunkowany, który trwa znacznie krócej niż pełny wywiad. Studenci medycyny na pierwszych latach studiów zapytani o to, co różni oba podejścia, odpowiadają zazwyczaj, że przy zbieraniu wywiadu ukierunkowanego lekarz po prostu pomija wstępną fazę słuchania swobodnej wypowiedzi pacjenta i przechodzi od razu do zadawania pytań zamkniętych. Studenci zakładają, że umiejętności prowadzenia procesu konsultacji, które omówiliśmy do tej pory w naszej książce, takie jak: słuchanie, potwierdzanie listy wymienionych przez pacjenta problemów i dopytywanie o następne, ustalanie planu konsultacji, facylitowanie, stosowanie metody lejka (tj. zaczynanie od pytań otwartych, a następnie przechodzenie do zamkniętych), narracja oraz podsumowywanie, nie stosuje się w przeprowadzaniu wywiadu ukierunkowanego.

Nic bardziej mylnego. W rzeczywistości zmiany, które zachodzą, dotyczą jedynie samej treści, a nie procesu. W wywiadzie ukierunkowanym pozyskiwane informacje są różne od tych, które uzyskujemy w pełnym wywiadzie. Chociaż lista problemów pacjenta z ich historią biomedyczną oraz perspektywa pacjenta nadal pełnią istotną funkcję i nie mogą ulec zawężeniu, to jednak poszukiwane są tylko niektóre istotne i wybrane punkty z informacji podstawowych. Dla przykładu, przegląd narządów i układów prawie nigdy nie jest przeprowadzony w całości. Z tego też względu bardziej wybiórczo oraz rozsądnie zbiera się informacje podstawowe.

Treść pełnego wywiadu lekarskiego

Lista problemów pacjenta:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Eksplorowanie problemów pacjenta:

perspektywa biomedyczna

kolejność zdarzeń, analiza objawów, przegląd poszczególnych narządów i układów

perspektywa pacjenta

wyobrażenia, obawy, oczekiwania, wpływ na życie, uczucia

informacje podstawowe – kontekst

historia medyczna

wywiad rodzinny

wywiad osobowy i socjalny

przyjmowane leki oraz alergie

przegląd narządów i układów

stosuje się tylko wybiórczo

Tak więc zarówno w zbieraniu wywiadu ogólnego, jak i ukierunkowanego umiejętności prowadzenia procesu konsultacji – w tym uważne słuchanie oraz zadawanie pytań metodą lejka – nie zmieniają się. Wszystkie elementy historii problemu pacjenta, z uwzględnieniem perspektywy pacjenta, nadal mają istotne znaczenie. Zmienia się jedynie zakres pytań szczegółowych tej fazy wywiadu ze względu na ograniczoną liczbę informacji podstawowych.

Dlaczego umiejętności prowadzenia procesu komunikowania się tak często padają ofiarą przejścia od wywiadu ogólnego do ukierunkowanego? Częściowym wytłumaczeniem takiego stanu rzeczy może być rozdzwiek pomiędzy tym, czego nauczamy o zbieraniu ukierunkowanego oraz pełnego wywiadu lekarskiego, a tym, czego wymagamy od studentów oraz rezydentów na egzaminach. Stało się to jasne podczas dyskusji odbytej przez nas ze „świeżo upieczonym” rezydentem, który początkowo uparcie twierdził, że zbieranie wywiadu ukierunkowanego powinno koncentrować się na informacjach biomedycznych uzyskanych w odpowiedzi na pytania zamknięte. Słuchając go, doszliśmy do następujących wniosków. Nazbyt często studenci i rezydenci podczas oceniania ich (lub na oddziale) proszeni są o zebranie wywiadu ukierunkowanego. Tym, czego się od nich głównie oczekuje, jest zaprezentowanie wiedzy merytorycznej przez wyartykułowanie jej w formie pytań. To niemalże nieuchronnie prowadzi do zadawania pytań zamkniętych ukierunkowanych na informacje biomedyczne, szczególnie jeśli egzamin przeprowadzany jest w formie ograniczonych czasowo stacji OSCE (ang. *Objective Structured Clinical Examination*) (takich jak np. podczas egzaminów stażowych czy specjalistycznych przeprowadzanych metodą OSCE bądź na prestiżowych egzaminach, takich jak np. LMCC w Kanadzie czy egzaminy końcowe w Wielkiej Brytanii).

Dyskusja ta raz jeszcze skłoniła nas do wniosku, iż istnieją trzy metody zbierania wywiadu lekarskiego w „realnym świecie” studentów oraz rezydentów: (1) pełen wywiad, (2) wywiad ukierunkowany oraz (3) wywiad na potrzeby egzaminów. Niestety, uczący się (prawdopodobnie również niektórzy wykładowcy) uznają wywiad ukierunkowany oraz ten wymagany na egzaminie za tożsame – to błędne przekonanie, w którym tkwią latami, aż nawyk kojarzenia wywiadu ukierunkowanego z metodą pytań zamkniętych oraz zbyt wąskie skupianie się na informacjach biomedycznych utrwali się na dobre. Nie dziwi zatem to, że w konsekwencji uczący się tracą kontrolę nad umiejętnościami prowadzenia procesu konsultacji lekarskiej technikami otwartymi, z uwzględnieniem narracji pacjenta, relacji itd., przechodząc od wywiadu pełnego i obejmującego wszystkie elementy, o których uczyli się na pierwszych kursach z komunikacji klinicznej, do wywiadu ukierunkowanego, który w ich przekonaniu jest tożsamy z wywiadem zbieranym w warunkach egzaminacyjnych.

Wywiad zbierany na potrzeby egzaminu różni się istotnie od wywiadu ukierunkowanego, który omawiamy w niniejszym rozdziale, próbując w równym stopniu pomóc uczącym się oraz praktykującym lekarzom przejść od wywiadu pełnego do wywiadu ukierunkowanego

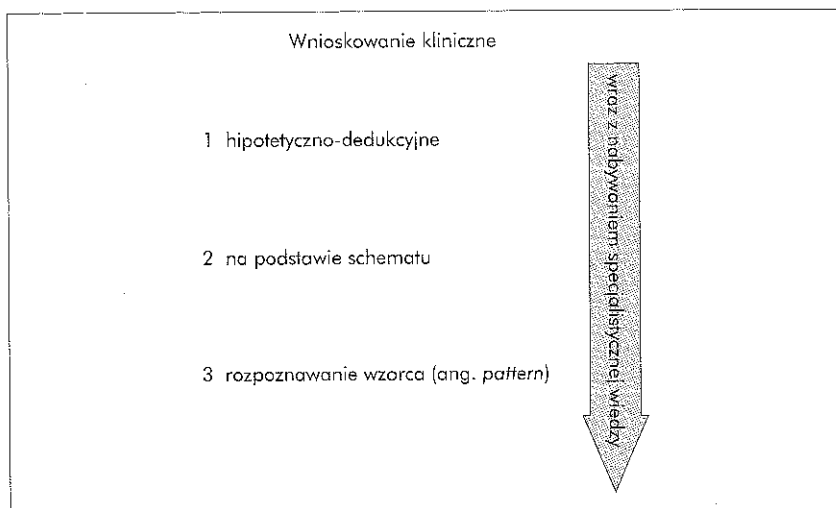
bez uszczerbku dla relacji lub treści skoncentrowanej na pacjencie oraz nie tracąc lub nie deprecjonując jakości ich umiejętności prowadzenia procesu. Innymi słowy, wywiad zbierany w warunkach egzaminacyjnych jest w pewnym sensie wywiadem sztucznym, który w istotny sposób różni się od tego zbieranego w warunkach rzeczywistych, kiedy to lekarz skutecznie pozyskuje informacje zarówno biomedyczne, jak i te odnoszące się do perspektywy pacjenta, po czym dokonuje ich selektywnego wyboru, a jednocześnie pracuje nad budowaniem relacji z pacjentem, z efektywnym wykorzystaniem pozostałych umiejętności prowadzenia procesu. Jest to oczywiście bardzo mocny argument przemawiający za zmianą wysokiej rangi egzaminów oraz pozostałych egzaminów opartych na metodzie OSCE obowiązujących w obecnej formie, ponieważ w sposób niezamierzony oddziałują negatywnie na proces kształcenia.

Wpływ wnioskowania klinicznego na proces zbierania informacji

Podobnie jak w przypadku wywiadu, odmienne podejście do wnioskowania klinicznego nie powinno w żaden sposób wpływać na umiejętności prowadzenia tego procesu potrzebne na etapie zbierania informacji.

Kiedy studenci medycyny zaczynają spotykać się z pacjentami, początkowo stosują pewną odmianę rozumowania hipotetyczno-dedukcyjnego w celu rozwiązania problemów klinicznych. W tym podejściu wszystkie informacje uzyskiwane są w pierwszym rzędzie od pacjenta. Następnie student przechodzi do ustalenia rozpoznania różnicowego. Na kolejnym etapie „próbuję przewidzieć” potencjalnie możliwe diagnozy, a następnie rozważa, które może uwzględnić, a które wykluczyć. Jest to metoda rozumowania klinicznego wykorzystywana na bardzo wczesnym etapie kształcenia medycznego, natomiast nie jest generalnie stosowana przez klinicystów w codziennej praktyce lekarskiej, z wyjątkiem sytuacji, kiedy lekarze działają daleko poza obszarem własnej specjalistycznej wiedzy. Ponieważ wnioskowanie kliniczne ma miejsce już po zdarzeniu, nie zakłóca przebiegu wywiadu i doskonale wpisuje się w opisywany przez nas schemat wywiadu.

W miarę nabywania wiedzy specjalistycznej klinicyści wypracowują coraz bardziej zaawansowane metody wnioskowania klinicznego (ryc. 3.3.) (Elstein i Schwarz 2002; Dornan i Carroll 2003).



Ryc. 3.3. Podejścia do wnioskowania klinicznego

Bardziej zaawansowane rozumowanie hipotetyczno-dedukcyjne

Pierwsze podejście stanowi odmianę wnioskowania hipotetyczno-dedukcyjnego, w którym po uzyskaniu informacji o problemach pacjenta stawianych jest szereg hipotez diagnostycznych (nie więcej niż 5 lub 6) w pierwszych minutach konsultacji lekarskiej, po czym te hipotetyczne diagnozy są uznawane lub odrzucane z wykorzystaniem serii ukierunkowanych pytań (mających na celu albo wyeliminowanie hipotezy, albo jej potwierdzenie), selektywnego badania przedmiotowego oraz wybiórczych badań klinicznych. Stawianie hipotez zachodzi już na wczesnym etapie i ukierunkowuje pytania zadawane przez lekarza w trakcie trwania konsultacji.

Podejście schematyczne

W drugim z prezentowanych podejść lekarze wykorzystują wcześniej skonstruowane schematy bądź wykresy myślowe pomocne w procesie rozwiązywania problemów (Mandin i wsp. 1997). Takie rozumowanie jest możliwe jedynie przy szerokiej i szczegółowej wiedzy specjalistycznej w danej dziedzinie. Schematy umożliwiają wdrożenie wnioskowania indukcyjnego – bardzo ukierunkowane i różnicujące pytania pozwalają na wykluczenie bądź uwzględnienie szerokich obszarów diagnostycznych oraz szybkie poruszanie się po wyraźnie zdefiniowanym obszarze problemu.

Rozpoznawanie wzorca

Bardzo doświadczeni lekarze wykorzystują metodę klinicznego wnioskowania, która nie jest w zasięgu studentów medycyny. W trakcie rozwoju kariery zawodowej klinicyści nieustannie gromadzą szczegółowe informacje oraz cechy charakterystyczne dla konkretnych chorób w postaci szablonów lub struktur pamięciowych znanych pod nazwą „scenariuszy chorób z perspektywy pacjenta” (Schmidt i wsp. 1990). Są one zwykle „przypisane” do konkretnych pacjentów. W obliczu określonego problemu lekarz przeszukuje swój „bank” scenariuszy chorób z perspektywy pacjenta, aby sprawdzić, czy problem, z którym się zmagają, pasuje do któregoś z nich. Wstępne przeczucia są następnie poprzez dalsze dopytywanie weryfikowane pod względem „dopasowania do schematu”. Tego rodzaju rozpoznawanie schematu choroby nie jest drogą na skróty, lecz kluczową umiejętnością wykorzystywaną przez klinicystów, opartą na licznych przypadkach, z którymi zetknęli się w swojej długoletniej praktyce klinicznej.

W jaki sposób te metody wnioskowania klinicznego wpływają na proces zbierania informacji?

Wszystkie trzy różne metody wnioskowania klinicznego, które tu opisaaliśmy, wymuszają na lekarzach rozpoczęcie procesu rozwiązywania problemów już na wczesnym etapie konsultacji. Na pierwszy rzut oka można odnieść wrażenie, że lekarze stosujący takie techniki powinni szybciej przechodzić do pytań szczegółowych, gdyż weryfikują hipotezy, schematy oraz przebiegi chorób, przez co zawężają obszar potencjalnej diagnozy.

W rzeczywistości jest wręcz odwrotnie. Wszystkie te metody są ściśle uzależnione od przyjęcia tego samego podejścia do procesu zbierania informacji, które opisujemy w niniejszym rozdziale. Potencjalne zagrożenie tych trzech podejść tkwi natomiast w zbyt szybkim wkraczaniu na ścieżkę klinicznego wnioskowania. Zbyt wczesne wprowadzenie pytań zamkniętych może prowadzić do eksplorowania jednej konkretnej ścieżki, która może wieść w ślepy zaułek. Lekarz będzie prawdopodobnie musiał rozpocząć na nowo cały proces i obmyślić zupełnie nową strategię rozwiązywania problemu. W efekcie zbieranie informacji okazuje się nieefektywne i niedokładne.

Wszystkie trzy podejścia do rozumowania klinicznego zależą w znacznym stopniu od wyraźnie wyodrębnionej i uważnie przeprowadzonej fazy słuchania, dzięki czemu lekarz uzyska najpierw wystarczający fragment obrazu, aby następnie zastosować właściwy

schemat lub też zwiększyć szansę na rozpoznanie właściwego wzorca. Rozsądne wykorzystanie umiejętności prowadzenia procesu konsultacji, takich jak potwierdzanie listy wymienionych przez pacjenta problemów i dopytywanie o następne, zadawanie pytań otwartych, uważne słuchanie oraz zapoznanie się z narracją pacjenta w pierwszych minutach konsultacji, daje lekarzowi czas na opracowanie strategii rozwiązywania problemów oraz umożliwia uzyskanie informacji, na podstawie których może oprzeć swoje teorie czy hipotezy. Widzimy zatem, jak umiejętności dotyczące percepcji treści oraz procesu komunikowania się są ze sobą nierozzerwalnie powiązane i nie mogą być rozpatrywane oddzielnie.

Podsumowanie

W niniejszym rozdziale zajęliśmy się zarówno teorią, jak i praktyką zbierania informacji. Przeanalizowaliśmy treść pozyskiwaną w trakcie zbierania informacji oraz omówiliśmy mocne strony oraz ograniczenia tradycyjnej metody zbierania wywiadu lekarskiego. Poddaliśmy wnikliwej analizie potrzebę wprowadzenia zmienionej metody klinicznej, która uwzględnia zarówno perspektywę lekarza, jak i pacjenta w radzeniu sobie z prezentowanym problemem. Przyjrzelśmy się również procesowi zbierania informacji i wykazaliśmy, że trafne oraz efektywne zbieranie informacji nie polega wyłącznie na przepytывaniu pacjenta pod kątem występujących objawów, ale wymaga zastosowania na początku skuteczniejszych technik zadawania pytań otwartych oraz słuchania. Zajęliśmy się też dodatkowymi umiejętnościami niezbędnymi do eksplorowania problemu z perspektywy pacjenta.

Zanim lekarz przejdzie do kolejnych etapów konsultacji – badania przedmiotowego oraz wyjaśniania i planowania – powinien przemyśleć umiejętności opisane w wytycznych Calgary–Cambridge, w części dotyczącej zbierania informacji, i zadać sobie pytania: „Czy moja analiza biomedycznej strony problemu pacjenta była właściwa? Czy zgłębiłem perspektywę pacjenta w odniesieniu do prezentowanych przez niego problemów i zrozumiałem, jakie znaczenie ma choroba dla niego? Czy uzyskałem informacje podstawowe? Czy upewniłem się, że zebrane przeze mnie informacje są precyzyjne i wyczerpujące? Czy zweryfikowałem, że dobrze zrozumiałem historię przedstawioną przez pacjenta? Czy stworzyłem wspierające i sprzyjające współpracy warunki?”.