



Nauczanie kompetencji komunikacyjnych w naukach medycznych w środowisku mono- i wielokulturowym

MAGDALENA WIECZORKOWSKA, AGNIESZKA PAWLAK
UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

Abstrakt

Efektywna komunikacja między pacjentem a personelem medycznym warunkuje powodzenie procesu diagnozowania i leczenia chorego. Doniesienia naukowe potwierdzają pozytywny wpływ dobrej komunikacji na zdrowie pacjentów. We współczesnej medycynie istotnym składnikiem procesu komunikacji z pacjentem jest również komunikacja z jego rodziną. Nabycie kompetencji miękkich w zakresie komunikacji jest zatem równie ważnym elementem edukacji medycznej, co gruntowna wiedza o strukturze i funkcjonowaniu organizmu ludzkiego.

Niniejszy artykuł ma na celu ukazanie roli umiejętności komunikacyjnych oraz ukazanie trudności w nauczaniu kompetencji komunikacyjnych w środowisku mono – i wielokulturowym na przykładzie kierunku lekarskiego dla studentów polskich oraz anglojęzycznych na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

Jak wykazała analiza, część problemów w nauczaniu ma charakter ogólny i uniwersalny, istnieją jednak różnice silnie uwarunkowane kulturowo mające wpływ na trudności w nauczaniu kompetencji miękkich, w tym umiejętności komunikacyjnych w środowisku wielokulturowym.

Słowa kluczowe:

kompetencje komunikacyjne, wielokulturowość, medycyna, studenci, nauczanie.

Wprowadzenie

W ciągu swej kariery zawodowej lekarz przeprowadza od 160 000 do 300 000 wywiadów z pacjentami, co czyni tę formę komunikacji najczęściej stosowaną procedurą w medycynie klinicznej (Lipkin 1996, za: Rider, Hinrichs, Lown, 2006, s. e127). Efektywna komunikacja między pacjentem a personelem medycznym warunkuje powodzenie procesu diagnozowania i leczenia chorego. Doniesienia naukowe potwierdzają pozytywny wpływ dobrej komunikacji na zdrowie pacjentów. We współczesnej medycynie istotnym składnikiem procesu komunikacji z pacjentem jest również komunikacja z jego rodziną. Nabycie kompetencji miękkich w zakresie komunikacji jest zatem równie ważnym elementem edukacji medycznej, co gruntowna wiedza o strukturze i funkcjonowaniu organizmu ludzkiego.

Pacjent to nie tylko organizm biologiczny, ale także istota społeczna, zatem przedmioty „humanistyczne” (kompetencje generyczne) w medycynie powinny mieć ten sam status, co przedmioty „medyczne”. Nauka komunikowania to nie kształtowanie umiejętności technicznych, w procesie komunikacji dochodzi bowiem do interakcji między osobami o różnych charakterystykach socjodemograficznych i kulturowych. Znajomość tych uwarunkowań jest koniecznym wstępem do nauki komunikacji interpersonalnej i interkulturowej. Niniejszy artykuł ma na celu ukazanie procesu dydaktycznego w zakresie komunikacji, systematyzację głównych problemów z nim związanych i porównanie doświadczeń w nauczaniu tych kompetencji w środowisku mono – i wielokulturowym. Jako przykład empiryczny posłużyło nauczanie przedmiotu „socjologia w medycynie” wśród studentów kierunku lekarskiego w języku polskim oraz angielskim (dla studentów-obcokrajowców).

Znaczenie nauczania kompetencji „miękkich” dla przyszłych lekarzy

Narodzinom nowożytnej medycyny towarzyszyło powstanie biomedycznego modelu zdrowia i choroby. Obecnie model ten jest coraz częściej zastępowany holistycznym podejściem do pacjenta. Wraz ze zmianą modelu ewoluowała relacja lekarza z pacjentem z relacji paternalistycznej, w której dominującą osobą był lekarz, do relacji partnerskiej, w której chory postrzegany jest jako jedność biopsychospołeczna. W holistycznym modelu pacjent zyskał podmiotowość i prawo do podejmowania decyzji o ścieżce leczenia. Posiłkując się inną koncepcją, można ująć to również w ten sposób, że komunikacja na linii lekarz – pacjent – rodzina pacjenta częściej odbywa się z wykorzystaniem modeli: dwukierunkowego – kooperacyjnego (dwustronny przekaz informacji między lekarzem a pacjentem oraz między lekarzem a rodziną pacjenta) czy modelu systemowego – partnerskiego (systematyczne współdziałanie między lekarzem, pacjentem i rodziną w stawianiu diagnozy i planowaniu leczenia) niż za pomocą modeli: jednokierunkowego – autorytarnego (jednostronny przekaz informacji od lekarza do pacjenta, rodzina nie jest traktowana jako ogniwo komunikacji i istotny element leczenia) czy dwukierunkowego – paternalistycznego (przekaz informacji odbywa się w obie strony, czyli od lekarza do pacjenta i od pacjenta do lekarza, rodzina ciągle znajduje się na dalszym planie). Dwa ostatnie modele są wykorzystywane w sytuacji zagrożenia życia pacjenta i konieczności szybkiego działania zespołu medycznego, zwłaszcza kiedy kontakt z pacjentem jest utrudniony (brak przytomności), a rodzina nie jest obecna (Deręgowska, 2015, ss. 354–358; Kosowicz, Kulpa, Świstak-Sawa, 2014, s. 43–44). Justyna Deręgowska w jednym z artykułów zauważa również, że:

(...) Co istotne, pod koniec XX wieku paternalizm zaczął wzbudzać wiele polemik i kontrowersji nie tylko w środowiskach naukowych, ale też wśród samych pacjentów, którzy dążąc do partnerstwa i podmiotowości w relacji z lekarzem, coraz częściej zaczęli zwracać uwagę na prawa osobowe i respektowanie ich własnej godności (Deręgowska, 2015, s. 355). Można więc uznać, że prawidłowa komunikacja z pacjentem jest podstawą skutecznego leczenia. Coraz częściej pacjent nie chce jedynie biernie uczestniczyć w terapii zaleconej przez lekarza, ale chce brać czynny udział w procesie decyzyjnym dotyczącym sposobu leczenia. Oprócz fachowej porady czy zrozumiałej informacji pacjenci oczekują również szacunku, zrozumienia i empatii. Choroba nierzadko oznacza dla pacjenta ogromny stres związany z poczuciem bezsilności i utratą niezależności, dlatego lekarz powinien okazać mu dostateczne wsparcie, co bezpośrednio przekłada się na zadowolenie pacjenta z opieki medycznej oraz wpływa na wzrost efektywności leczenia (Czerw i in., 2012, s. 248). Szczególnego znaczenia komunikacja nabiera w odniesieniu do chorób przewlekłych, których rosnąca liczba powoduje powstawanie nowych oczekiwań po stronie pacjentów oraz nowych wyzwań po stronie lekarzy. W chorobach przewlekłych kluczowe staje się efektywne komunikowanie, by promować zaangażowanie pacjentów w proces leczenia oraz wspierać ich tak, by stawali się oni bardziej świadomi swojego stanu zdrowia i właściwie reagowali na niepokojące symptomy (Gucciardi, Chan, Manuel, Sidani, 2013, s. 235–245).

Nowe podejście do sposobu komunikacji między lekarzem a pacjentem i jego rodziną sprawia, że pacjent jest aktywną stroną komunikacji, co z jednej strony sprzyja szybkiemu postawieniu adekwatnej diagnozy i większej dyscyplinie w przestrzeganiu zaleceń lekarskich, z drugiej strony jednak może

powodować, iż proces komunikacji może z różnych przyczyn być trudny dla obu stron, co potęguje liczbę potencjalnych przeszkód w przekazie informacji. Pacjenci różnią się pod względem posiadanej wiedzy medycznej, zasobów poznawczych, którymi dysponują oraz sposobów przetwarzania informacji czy też umiejętności klarownego komunikowania zaobserwowanych objawów (Deręgowska, 2015, s. 361). Lekarze mogą nie posiadać umiejętności komunikacyjnych i/lub posiadać złe nawyki komunikacyjne nabyte w procesie socjalizacji do zawodu poprzez obserwację sposobu komunikacji bardziej doświadczonych medyków. Ważne jest zatem, aby lekarz oprócz wiedzy i umiejętności związanych z diagnozowaniem i leczeniem posiadał umiejętność dostosowania sposobu rozmowy do zasobów poznawczych rozmówcy. Im większe umiejętności komunikacyjne lekarza, tym większe szanse, że komunikacja z pacjentem będzie poprawna i skuteczna (Jarosz, Kawczyńska-Butrym, Włoszczak-Szubzda, 2012, ss. 215–217; Kosowicz i in., 2014, ss. 43–44).

W coraz bogatszej literaturze przedmiotu na ten temat umiejętności komunikacyjne wymagane od przyszłych lekarzy są określane jako kompetencje „miękkie” lub kompetencje generyczne w odróżnieniu od kompetencji „twardych” związanych z wiedzą fachową (Czerw i in., 2012, s. 248). Można też spotkać się z określaniem komunikacji między lekarzem i ogólnie personelem medycznym a pacjentem i/lub rodziną pacjenta jako komunikacji terapeutycznej. W kontaktach z pacjentem lekarz wykorzystuje bowiem dwa kanały oddziaływania: oddziaływanie poprzez czynności instrumentalne ściśle wiążące się z leczeniem oraz czynności ekspresywne, czyli czynności zaspokajające potrzeby psychologiczne (Stangierska i Horst-Sikorska, 2007). Komunikacja terapeutyczna to – według definicji Marka Motyki z Zakładu Psychologii

Zdrowia UJ CM – (...) *świadome i zamierzone oddziaływania psychologiczne stosowane przez nie psychologów (a więc lekarzy, pielęgniarki i położne, fizjoterapeutów i ratowników medycznych), w celu wspomagania terapii medycznej środkami psychologicznymi zintegrowanymi z prowadzoną terapią lub innymi formami opieki medycznej* (Motyka, 2013). Aby zrealizować cele komunikacji terapeutycznej konieczne jest wytworzenie relacji terapeutycznej, a do tego niezbędne są m. in. takie kompetencje społeczne jak: asertywność, empatia czy aktywne słuchanie. Opanowanie zasad aktywnego słuchania stanowi, zdaniem M. Motyki, podstawowy element profesjonalnego przygotowania każdego lekarza, gdyż znaczny procent skarg, jakie składają pacjenci, wynika bardziej ze złej komunikacji z lekarzem niż z błędów natury czysto medycznej. (Motyka, 2013; Stangierska i Horst-Sikorska, 2007). Prawidłowa komunikacja lekarza z pacjentem daje również inne korzyści. Są to m.in.: spadek napięcia emocjonalnego u pacjenta pozwalający na dalszą komunikację i wymianę informacji, uzyskiwanie bardziej precyzyjnych danych umożliwiających skuteczniejsze rozpoznawanie choroby, zwiększenie poziomu zaufania pacjenta wobec lekarza, wzrost aktywności pacjenta w terapii, wzrost satysfakcji z wykonywanego zawodu oraz podniesienie się samooceny lekarza (Nowina-Konopka, 2016, s. 32). Pacjentom, którzy w większości nie mają profesjonalnej wiedzy medycznej, łatwiej jest dostrzec i ocenić właśnie kompetencje komunikacyjne niż wiedzę i umiejętności medyczne. Ponadto w obecnych czasach, kiedy dostęp do rozmaitych stron internetowych i forów internetowych poświęconych objawom chorób i sposobom ich leczenia jest relatywnie łatwy, pacjenci są dużo bardziej wyczuleni na to, czy lekarz wyjaśnił im, dlaczego zleca określone badania, dlaczego proponuje określony sposób leczenia i dlaczego zapisuje takie a nie inne leki (Stangierska i Horst-Sikorska, 2007).

Komunikacja lekarza z pacjentem powinna prowadzić do realizacji trzech podstawowych celów: stworzenia dobrej relacji interpersonalnej opartej na wzajemnym szacunku, zrozumieniu i zaufaniu, wymiany informacji w sposób jasny i zrozumiały dla odbiorców oraz umiejętnego podejmowania wspólnej decyzji o leczeniu (Kosowicz i in., 2014, s. 45).

Według ustaleń Izabeli Stangierskiej i Wandy Horst-Sikorskiej z Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu: (...) *Wyniki badań pilotażowych prowadzonych w krajach Unii Europejskiej wykazały bardzo niski poziom poprawności komunikowania się lekarzy z pacjentami, jakby w kontakcie z chorymi zanikały nawyki z życia codziennego. Lekarze nie odpowiadali na pytania, nie nawiązywali kontaktu wzrokowego, demonstrowali pośpiech i zniecierpliwienie, wyrażali się nieprecyzyjnie* (Stangierska i Horst-Sikorska, 2007). Z drugiej strony warto mieć na uwadze, że zalecenie aby komunikat kierowany przez lekarza do pacjenta był zrozumiały, nie jest proste do zrealizowania. Jak trafnie zauważa Agnieszka Olchowska-Kotala z Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, ludzie myślą za pomocą pojęć, które przechowują w umyśle. Chcąc przekazać komuś własne myśli, posługujemy się pojęciami, na których dokonujemy operacji myślowych. W związku z powyższym lekarz często spontanicznie posługuje się nazwami chorób czy procedur medycznych, które mogą być niezrozumiałe dla pacjenta. Warto też pamiętać o jeszcze jednym problemie. Czasem odpowiedź na pytania pacjenta wymaga dużego uproszczenia, które zwykle wiąże się z utratą informacji, co również może mieć negatywne konsekwencje (Olchowska-Kotala, 2012, ss. 215–216).

Łatwo ulec błędnemu przekonaniu, że komunikacja z drugim człowiekiem jest czymś naturalnym, niewymagającym uczenia się, bo przecież wszyscy na co dzień jakoś

komunikujemy się z innymi ludźmi. W przypadku komunikacji lekarza z pacjentem takie przekonanie może nieść ze sobą niebezpieczne skutki w postaci pogorszenia stanu zdrowia chorego, który nie zastosuje się do zaleceń lekarskich, bo np. ich nie zrozumiał czy nie zapamiętał. Dlatego zwłaszcza w odniesieniu do przyszłych lekarzy komunikowanie się, jak zresztą każda inna umiejętność, wymaga doskonalenia i treningu (Kaczor i Michalak, 2010). Marta Makara-Studzińska we wstępie do książki *Komunikacja z pacjentem* opisuje dwie drogi nabywania umiejętności komunikacyjnych. Pierwsza droga to wzbogacenie i rozwój osobowości studentów w trakcie studiów medycznych, która opiera się na doświadczeniach gromadzonych podczas edukacji medycznej i we wczesnym etapie działalności zawodowej. Studenci świadomie lub podświadomie naśladują postawy i zachowania lekarzy, których mają okazję obserwować. Druga droga to przyswajanie profesjonalnej wiedzy z zakresu nauk behawioralnych, psychologii ogólnej, psychologii klinicznej, socjologii ogólnej i socjologii medycyny (Makara-Studzińska, 2012, ss. 5–6). Z pewnością ważną rolę w komunikacji odgrywają predyspozycje osobowościowe lekarza, ale – jak słusznie zauważa cytowana już J. Deręgowska: (...) *istnieje całe spektrum umiejętności i kompetencji społecznych, które powinny bazować na określonej wiedzy i powinny być nabyte w procesie edukacji, w związku z czym umiejętności prowadzenia konstruktywnej rozmowy z pacjentem i tworzenia odpowiednich dla takiej rozmowy warunków pracownik medyczny powinien się po prostu nauczyć. To jednak wymaga rozwiązań systemowych, w tym wypracowania dobrych i konkretnych praktyk, a także konsekwentnego włączania elementu edukacji z komunikacji klinicznej do procesu edukacji medycznej* (Deręgowska, 2015, s. 362).

Programy polskich i zagranicznych uczelni medycznych są w dużej mierze zbieżne, jednak na polskich uczelniach studenci mają mniejszą

możliwość nabywania kompetencji komunikacyjnych niż ich zagraniczni koledzy. Różnica dotyczy ilości i rodzaju zajęć z komunikacji. W Polsce wciąż powszechne jest nauczanie w ramach określonego przedmiotu, podczas gdy na uczelniach zagranicznych od lat uczy się problemowo i aspektowo, dając studentom możliwość łączenia wiedzy z wielu przedmiotów w rozwiązywaniu konkretnego przypadku klinicznego. Na zachodnich uczelniach medycznych nauczanie umiejętności komunikacyjnych stało się przedmiotem wielu regulacji, jest także przedmiotem egzaminowania (np. amerykański USMLE – United States Medical Licensing Examination). Wiele stowarzyszeń i organizacji medycznych, dostrzegając wagę umiejętności interpersonalnych i komunikacyjnych, wymaga obecnie udokumentowanych kompetencji w tym zakresie (Rider, Hinrichs, Lown, 2006, s. e127 e127-e128). Takie formalne wymogi są bodźcem do kładzenia większego nacisku na edukację w tym zakresie w ramach studiów medycznych. Niektóre uczelnie idą o krok dalej i wprowadzają autorskie programy komunikacji interprofesjonalnej, gdyż brak umiejętności komunikacyjnych w pracy w zespole medycznym (np. lekarze, pielęgniarki, personel techniczny) negatywnie wpływa na efektywność leczenia pacjenta (Seung Jae, Oh Deog, Kyaee Hyung, Ji Eun, Seung-Hee, Jwa-Seop, Sang Min 2019, 135–145).

Również na wielu polskich uczelniach medycznych od pewnego czasu zwraca się większą uwagę na nauczanie studentów umiejętności komunikacyjnych oraz pojawiają się badania na ten temat, z których wynikają ciekawe wnioski, mogące być podstawą rekomendacji do nauczania umiejętności komunikacyjnych przyszłych lekarzy. Na przełomie 2010 i 2011 roku wśród 72 lekarzy reprezentujących różne specjalizacje zatrudnionych w szpitalach i przychodniach w województwach śląskim i dolnośląskim przeprowadzono badanie, w którym wykorzystano trzy

narzędzia – skalę do pomiaru kompetencji społecznych w zawodzie lekarza (S1), skalę mierzącą samoocenę lekarzy odnoszącą się do posiadanych kompetencji społecznych (S2) oraz skalę do pomiaru potrzeb lekarzy w zakresie kształtowania i doskonalenia profesjonalnych kompetencji społecznych (S3). Respondenci uzyskali lepsze wyniki na skali odnoszącej się do posiadanych kompetencji społecznych (niemal 67% badanych uzyskało wynik powyżej 47 punktów na 54 możliwe) niż na skali mierzącej samoocenę lekarzy odnoszącą się do kompetencji społecznych (ponad 50% badanych uzyskało wynik w przedziale 166–225 punktów na 390 możliwych). Porównując wyniki na obu skalach, badacze doszli do wniosku, że albo lekarze nie są świadomi własnych możliwości w zakresie skutecznego radzenia sobie z trudnościami natury interpersonalnej w kontaktach z pacjentami (a wówczas ich skuteczne i efektywne komunikowanie się z pacjentami wynikałoby raczej z intuicji, wiedzy potocznej, ogólnego życiowego doświadczenia czy zdrowego rozsądku), co utrudnia im dokonanie trafnej oceny, albo lekarze są wyposażeni w profesjonalną wiedzę i umiejętności odnoszące się do komunikacji z pacjentami, jednak nie wykorzystują ich w codziennej pracy, z uwagi na brak czasu, stres czy wypalenie zawodowe, co utrudnia z kolei dokonanie trafnej samooceny. Jednocześnie większość badanych stwierdziła, że polskie uczelnie medyczne nie przygotowują studentów do skutecznego radzenia sobie w sytuacjach trudnych, z jakimi spotykają się lekarze w kontaktach z pacjentami lub ich rodzinami. Jeśli chodzi o potrzeby lekarzy w zakresie kształtowania i doskonalenia profesjonalnych kompetencji społecznych, to większość wskazała kształcenie kompetencji jasnego przekazywania i odbioru informacji, kompetencji asertywnej oraz rozwój umiejętności radzenia sobie z własnymi emocjami pojawiającymi

się w codziennej pracy (Hulewska i Kozłowski, 2012, ss. 187–196).

W innym badaniu z udziałem 251 studentów VI roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi sprawdzano, czy istnieje związek między poziomem inteligencji emocjonalnej (mierzonej za pomocą Skali Inteligencji Emocjonalnej – Twarze <SIET> Matczak, Piekarskiej i Studniarek, zwalidowanej i znormalizowanej na populacji polskiej) a preferowaną specjalizacją medyczną. W przeprowadzonym badaniu mężczyźni istotnie częściej wybierali specjalizację zabiegową (58,11%) niż kobiety (28,21%). Nie stwierdzono istotnych różnic w wynikach SIET pomiędzy kobietami i mężczyznami studiującymi na VI roku Wydziału Lekarskiego. Nie odnotowano także różnic pomiędzy studentami preferującymi specjalizacje zabiegowe i niezabiegowe. Z punktu widzenia poruszanej w niniejszym artykule problematyki ciekawsze są jednak inne wnioski. Zdaniem autorów badania podobny poziom inteligencji emocjonalnej u studentów kobiet i mężczyzn może być związany z niższą niż w populacji ogólnej studentów inteligencją emocjonalną kobiet bądź odwrotnie – wyższą inteligencją emocjonalną mężczyzn, co może wynikać z wpływu edukacji bądź być cechą osób wybierających studia medyczne. Jeśli prawdziwy okazałby się pierwszy wniosek odnośnie do braku różnic między poziomem inteligencji emocjonalnej studentek i studentów medycyny, to stanowi to kolejny powód do położenia większego nacisku na nauczanie kompetencji „miękkich” studentów medycyny (Pawełczyk i in., 2012, ss. 96–100).

Jak zostało przedstawione powyżej, umiejętności komunikacyjne personelu medycznego odgrywają kluczową rolę w procesie diagnozowania i leczenia pacjenta. Rosnący nacisk na autonomię pacjenta, jego wyższy poziom edukacji oraz większa świadomość zdrowotna, organizacja opieki medycznej zorientowana na pacjenta oraz rosnący

konsumeryzm w obszarze ochrony zdrowia powodują, że rośnie także znaczenie kompetencji miękkich, w tym umiejętności komunikacyjnych. Z modelu paternalistycznego i autorytarnego lekarze przechodzą do modeli partnerskich, holistycznych, systemowych, gdzie rolę odgrywa nie tylko sam pacjent postrzegany jako całość biopsychospołeczna, lecz także jego rodzina, która może odgrywać znaczącą rolę w procesie opieki, rehabilitacji i zdrowienia pacjenta. Wiedza o pacjencie, umiejętność rozumienia przyczyn określonych zachowań oraz świadomość ograniczeń pacjenta, niebędącego przecież ekspertem równym lekarzowi, mogą znacząco poprawić efektywność komunikacji w układzie lekarz – pacjent.

Socjologia w medycynie dla studentów polskojęzycznych

Miejsce przedmiotu w siatce zajęć i jego charakterystyka

Na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, zajęcia z socjologii w medycynie dla kierunku lekarskiego są prowadzone w semestrze zimowym na II roku w wymiarze 20 godzin wykładu i 10 godzin seminariów. Od roku akademickiego 2019/2020 kurs ten stał się częścią modułu pn. Kompetencje generyczne w medycynie obejmującego m.in. takie przedmioty jak: zdrowie publiczne, psychologia lekarska, historia medycyny i realizowany jest w semestrze zimowym w takim samym wymiarze godzinowym i z wykorzystaniem tych samych treści programowych. Do roku akademickiego 2018/2019 studenci uzyskiwali 1 ECTS za przedmiot. Obecnie za cały moduł *Kompetencje generyczne w medycynie*, studenci uzyskują 12 ECTS, przy czym liczba punktów przypisana pierwotnie do autonomicznych przedmiotów nie uległa zmianie. Treści programowe zajęć przedstawia tabela 1.

Tab. 1. Treści programowe zajęć z socjologii w medycynie dla studentów polskojęzycznych

Treści wykładów	L. godzin	Treści seminariów	L. godzin
Socjologia – przedmiot, teorie, subdyscypliny	2	Zdrowie i choroba jako kategorie społeczne	2
Proces badawczy i jego zastosowanie w naukach medycznych i praktyce klinicznej	2	Struktura i dynamika rodziny, modele rodziny, zdrowie rodziny	2
Socjologia zdrowia, choroby i medycyny	2	Wybrane patologie społeczne	2
Socjologia ciała	2	Komunikacja w układzie lekarz-pacjent	2
Kultura jako system aksjonormatywny	2	Socjologiczne aspekty starości, umierania i śmierci	2
Społeczne uwarunkowania zdrowia i choroby	2		
Niepełnosprawność jako problem społeczny	2		
Medycyna jako instytucja. Społeczna rola lekarza	2		
Komunikacja społeczna w systemie opieki zdrowotnej	2		
Medykalizacja i demedykalizacja społeczeństwa	2		

Źródło: Oprac. własne

Jak łatwo zauważyć, analizując powyższą tabelę, w ramach przedmiotu studenci nabywają wiedzę socjologiczną związaną z tematami medycznymi. Dowiadują się, czym jest socjologia, a w szczególności socjologia zdrowia, choroby i medycyny, a także uczą się o tym, czym jest społeczna rola lekarza, w jaki sposób zdrowie i choroba są warunkowane społecznie i kulturowo oraz czym jest proces medykalizacji dotykający coraz więcej dziedzin życia społecznego. Jeśli chodzi o wiedzę i umiejętności komunikacyjne to w zasadzie w trakcie całego kursu podkreślana jest ich waga i znaczenie dla pracy przyszłego lekarza, natomiast *stricte* tym zagadnieniom poświęcony jest jeden temat w ramach wykładów oraz jeden temat w ramach seminariów. Jednak także na zajęciach z takich tematów jak wybrane patologie

społeczne czy socjologiczne aspekty starości, śmierci i umierania omawiane są zagadnienia dotyczące komunikacji z wybranymi grupami pacjentów, których te zjawiska dotyczą, np. z pacjentami z ryzykiem samobójczym lub po próbie samobójczej, z pacjentami podejmującymi ryzykowne zachowania zdrowotne, z pacjentami w wieku senioralnym oraz z pacjentami terminalnie chorymi i rodzinami pacjentów terminalnie chorych. Warto zdawać sobie jednak sprawę, że z powodu ograniczonej liczby godzin, dużej liczebności grup (grupa seminaryjna liczy 24 osoby, czyli są to dwie grupy dziekańskie) oraz mnogości zagadnień, które trzeba poruszyć w ramach danego tematu nawet w części seminaryjnej pozostaje niewiele czasu na to, aby praktycznie ćwiczyć umiejętności komunikacyjne. Oprócz

tego studenci mogą pogłębiać swoją wiedzę z zakresu komunikacji z pacjentem na zajęciach z psychologii lekarskiej czy wybranych fakultetach poświęconych komunikacji lekarza z pacjentem. Liczba miejsc na fakultetach jest jednak ograniczona i nie każdy student ma szansę dalej poszerzać swoją wiedzę i umiejętności w tym zakresie.

Po ukończonym kursie student osiąga określony poziom efektów uczenia się w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji. Zakłada się, że w tym pierwszym zakresie zna aktualny stan wiedzy na temat społecznego wymiaru zdrowia i choroby, wpływu środowiska społecznego (rodziny, sieci relacji społecznych) i nierówności społecznych na stan zdrowia oraz społeczno-kulturowych różnic i roli stresu społecznego w zachowaniach zdrowotnych i autodestrukcyjnych, zna przyczyny, formy i konsekwencje przemocy w rodzinie i instytucjach oraz rolę lekarza w jej rozpoznawaniu, potrafi opisać znaczenie zdrowia, jego braku oraz niepełnosprawności dla funkcjonowania jednostek oraz zbiorowości, a także określić relacje i problemy między zdrowymi i chorymi, **rozumie znaczenie komunikacji werbalnej i niewerbalnej w aktach komunikacji z pacjentami, a także rolę zaufania w interakcji z pacjentem**, rozumie i potrafi scharakteryzować funkcjonowanie instytucji medycznych, wie na czym polega społeczna rola lekarza, zna znaczenie rodziny dla zdrowia i choroby poszczególnych członków oraz rozumie rolę rodziny w procesie leczenia, rozumie społeczny wymiar choroby i niepełnosprawności, jako sytuacji wymagającej przystosowania, potrafi scharakteryzować społeczne aspekty procesu umierania oraz proces żałoby i jej konsekwencje dla zdrowia rodziny, a także rozumie kulturowe uwarunkowania zachowań jednostek, w tym zachowań zdrowotnych. W zakresie umiejętności student uwzględnia w procesie postępowania terapeutycznego subiektywne potrzeby i oczekiwania pacjenta wynikające z uwarunkowań

społeczno-kulturowych, poprawnie identyfikuje przejawy zachowań antyzdrowotnych i autodestrukcyjnych oraz właściwie na nie reaguje, umiejętnie buduje atmosferę zaufania w relacji z pacjentem oraz jego rodziną, poprawnie identyfikuje przejawy przemocy i odpowiednio na nie reaguje, a także efektywnie komunikuje się ze swoim zespołem, usprawniając proces postępowania terapeutycznego. Student kończący kurs nabywa także określone kompetencje społeczne: potrafi wykorzystać modele pojęciowe opisujące wzajemne zależności zdrowia i struktury społecznej: od nierówności w dostępie do zdrowia poprzez analizę czynników socjoekonomicznych, stylu życia i kapitału społecznego, **rozumie znaczenie efektywnej komunikacji – zna zasady poprawnej komunikacji z pacjentem, umie rozmawiać z pacjentem i doskonalić swój warsztat komunikacji interpersonalnej, posiada umiejętność budowania partnerskich relacji z pacjentem**, rozumie, na czym polega władza medycyny w społeczeństwie ryzyka biomedycznego i wskazuje procedury jej ograniczania zgodnie z zasadami poszerzania autonomii pacjenta i dialogowej koncepcji komunikacji lekarz – pacjent, jest świadomy i odpowiednio reaguje na przejawy korupcji, a także umie opisać przemiany dokonujące się w profesji lekarskiej pod wpływem procesów cywilizacyjnych i rozwoju wiedzy społeczeństwa, rozumie na czym polega zawodowa wiedza lekarska, zawodowe umiejętności i kwalifikacje.

Jak widać z powyższej charakterystyki efekty uczenia w sposób bezpośredni zwracają uwagę na rolę efektywnej komunikacji werbalnej i pozawerbalnej. Wiele z wymienionych wyżej efektów *implicite* zakłada konieczność umiejętnego komunikowania się z pacjentem (np. w odniesieniu do identyfikacji przejawów przemocy domowej, przyczyn zachowań antyzdrowotnych lub autodestrukcyjnych wśród pacjentów). Zatem wiedza i umiejętności komunikacyjne stają się niejako osią

konstrukcyjną zajęć oraz stosowanych metod dydaktycznych. Zarówno w czasie wykładów, jak i w treściach seminariów podkreśla się aspekty budowania poprawnej interakcji i relacji lekarz – pacjent.

W odniesieniu do zagadnień komunikacji, na zajęciach wykorzystywane są następujące metody dydaktyczne: metoda przypadków, gry dydaktyczne, inscenizacje, analiza dokumentów audiowizualnych, dyskusja moderowana. Studenci:

- ▶ nabywają wiedzę o podstawach procesu komunikacji oraz źródłach zakłóceń;
- ▶ dowiadują się o podstawowych stylach komunikacji werbalnej oraz sygnałach komunikacji niewerbalnej;
- ▶ dowiadują się o podstawowych modelach komunikacji w układzie lekarz – pacjent – rodzina, ich zastosowaniu w określonych przypadkach i sytuacjach klinicznych, a także o roli efektywnej komunikacji dla pacjenta i personelu medycznego oraz całego systemu ochrony zdrowia;
- ▶ oglądają materiały audiowizualne (scenki sytuacyjne, fragmenty filmów) i analizują prawidłowość przebiegu aktów komunikacyjnych (analiza sygnałów werbalnych i niewerbalnych);
- ▶ oglądają materiały treningowe przygotowane dla studentów medycyny dotyczące błędów komunikacyjnych i wskazują poprawne sposoby reagowania, odpowiadania, udzielania informacji pacjentom i ich bliskim (analiza sygnałów werbalnych i niewerbalnych);
- ▶ zapoznają się ze studiami przypadków sytuacji komunikacyjnych i analizują je, wskazując błędy komunikacyjne oraz właściwe postępowanie komunikacyjne;
- ▶ sami odgrywają scenki (na podstawie wcześniej przydzielonych ról), a grupa ocenia przebieg i efektywność komunikacji (analiza sygnałów werbalnych i niewerbalnych).

Analizowany okres obejmuje grupy studentów studiujących pomiędzy rokiem 2004 a 2020, łącznie 16 roczników. Po restrukturyzacji jednostek Wydziału Nauk o Zdrowiu zajęcia z socjologii medycyny są prowadzone przez Zakład Socjologii od roku akademickiego 2004/2005.

Problem ogólny – nauczanie socjologii w medycynie w środowisku monokulturowym

- ▶ **Stereotyp przedmiotów humanistycznych** – panuje przekonanie, że przedmioty te są „lekkie, łatwe i przyjemne”, niewymagające dla studenta; konsekwencją jest mniejsze zaangażowanie studentów na początku zajęć. Problem tego stereotypu dotyczy w ogóle środowiska medycznego. Padają opinie (wśród wykładowców o proweniencjach medycznych), że lekarz może prowadzić zajęcia z socjologii. Wbrew obiegowej opinii, przedmioty humanistyczne, takie jak socjologia w medycynie, nie są przedmiotami „lekkimi” a wręcz przeciwnie – wymagają wysiłku intelektualnego od słuchaczy oraz odpowiedniego przygotowania i przekazu treści, które często należą do sfery zagadnień delikatnych, intymnych, drażliwych. Omawianie różnic kulturowych i społecznych w postrzeganiu zdrowia i choroby, reagowaniu na symptomy choroby, czy wreszcie relacji chorego z personelem medycznym wymaga nie tylko profesjonalizmu od przekazującego, lecz także odpowiedniej postawy słuchacza. Nieliczni studenci widzą potrzebę uczenia się przedmiotów humanistycznych, angażują się i traktują tę wiedzę jako wiedzę równie praktyczną jak wiedzę z przedmiotów *stricte* medycznych.
- ▶ **Duża liczebność grupy studenckiej** – grupa studencka liczy 24 osoby. Jest to tzw. grupa seminaryjna powstająca z połączenia

dwóch grup dziekańskich liczących po 12 osób. Ma to swoje konsekwencje. Po pierwsze tak liczna grupa utrudnia nawiązanie relacji ze studentami i przeprowadzanie zajęć o charakterze warsztatowym, w których mogą uczestniczyć wszyscy studenci. W praktyce często wygląda to w ten sposób, że w zajęciach warsztatowych uczestniczą chętni studenci i są im za to przyznawane dodatkowe punkty. Po drugie grupa składająca się z dwóch grup dziekańskich nie jest wystarczająco zintegrowana, studenci często nie chcą brać udziału w zespołach z osobami z drugiej grupy, a czasu jest zbyt mało i materiału do realizacji zbyt dużo, aby grupy te zdążyły się poznać i nawiązać porozumienie. Tymczasem umiejętność pracy w zespole jest także ważna z punktu widzenia przyszłego lekarza.

- ▶ **Miejsce przedmiotu w siatce zajęć** – to, że zajęcia odbywają się na początkowym etapie kształcenia powoduje, że studenci nie dostrzegają znaczenia przekazywanych im treści i wielu omawianych kwestii nie rozumieją, gdyż nie zetknęli się jeszcze z nimi w czasie praktyk czy zajęć przy łóżku pacjenta.
- ▶ **Trudności wynikające z omawiania tematów drażliwych społecznie** – na zajęciach poruszane są kwestie związane z komunikacją z takimi grupami społecznymi jak: osoby z ryzykiem samobójczym, osoby z problemem alkoholowym, osoby uzależnione od narkotyków, osoby trudniące się prostytutką. W trakcie omawiania tych zagadnień pojawiają się w dyskusjach studentów opinie będące pochodną wyznawania różnych systemów wartości. Wówczas dyskusja z tematu jak nawiązać dialog z np. osobą prostytutką się przegradza się w dyskusję na temat prostitucji jako zjawiska moralnie nagannego.
- ▶ **Trudności wynikające z omawiania tematów „trudnych” dla studentów** – po części

ma to związek z wcześniejszym punktem, gdyż chodzi o te same zagadnienia. Problem, który często rodzi się, gdy na zajęciach omawiane są zagadnienia dotyczące samobójstw czy przemocy domowej, wynika z indywidualnych traumatycznych doświadczeń uczestniczących w nich studentów. Gdy na sali pojawia się student, który doświadczył traumy przemocy psychicznej lub fizycznej lub też aktu autodestrukcji wśród swoich bliskich, prowadzący zajęcia muszą umiejętnie przekazać niezbędną wiedzę i jednocześnie udzielić wsparcia studentowi.

- ▶ **Problem „wiary” w wiedzę socjologiczną** – często studenci kwestionują przekazywane informacje, gdyż stoją one w sprzeczności z ich własnymi doświadczeniami – np. gdy są informowani, że w świetle badań Polacy mają trudności z prawidłową lokalizacją podstawowych narządów, kwestionują to, gdyż ich wiedza w tym zakresie jest właściwa. Bardzo często w trakcie zajęć dokonują konfrontacji swoich doświadczeń z badaniami opartymi na dużych próbach i próbują podważać wiarygodność wiedzy socjologicznej.

Socjologia w medycynie dla studentów anglojęzycznych

Miejsce przedmiotu w siatce zajęć i jego charakterystyka

Zajęcia z socjologii w medycynie są prowadzone w semestrze letnim na I roku kursu 6-letniego (program prawie w całości pokrywa się ze studiami medycznymi w języku polskim, oprócz tego uczelnia prowadzi jeszcze kurs 4-letni oraz kurs MD Advanced). Kurs prowadzony jest od roku akademickiego 2005/2006 w wymiarze 20 godzin wykładu i 10 godzin seminariów. Treści programowe zajęć przedstawia tabela 2.

Tab. 2. Treści programowe zajęć z socjologii w medycynie dla studentów anglojęzycznych

Treści wykładów	L. godzin	Treści seminariów	L. godzin
Socjologia jako nauka	2	Zdowie i choroba jako konstrukty społeczne	2
Proces badawczy i jego zastosowanie w obszarze socjologii medycznej	2	Rodzina i jej rola w zdrowiu i chorobie	2
Socjologia medycyny – socjologia z medycyną – przedmiot, charakterystyka, podejścia teoretyczne i obszary badawcze	2	Rola efektywnej komunikacji w relacji lekarz – pacjent	2
Kultura – społeczeństwo – zdrowie	2	Wybrane patologie społeczne i problemy społeczne – perspektywa międzykulturowa	4
Społeczne uwarunkowania zdrowia i choroby	2		
Niepełnosprawność jako problem społeczny	2		
Starzenie się i umieranie w kontekście społeczno-kulturowym	2		
Socjologia zawodów i instytucjach medycznych	2		
Modele ochrony zdrowia	2		
Medykalizacja i farmaceutyzacja życia	2		

Źródło: Oprac. własne

Studenci uzyskują 2 ECTS za przedmiot. Celem zajęć jest przekazanie wiedzy o społeczno-kulturowych uwarunkowaniach zdrowia, choroby i leczenia oraz wykształcenie kompetencji miękkich potrzebnych w pracy lekarza w relacjach z pacjentem, jego rodziną, a także współpracownikami. Jednym z bloków tematycznych jest problematyka komunikacji, która realizowana jest w formie warsztatowej, jednak cały kurs uczy umiejętności i kompetencji społecznych (w tym komunikacyjnych) potrzebnych w relacjach lekarz – pacjent – rodzina.

Efekty uczenia nabywane przez studenta po zakończonym kursie są zbliżone do tych, które osiągają polscy studenci. W zakresie wiedzy student identyfikuje główne teorie

i koncepcje socjologiczne oraz możliwość ich zastosowania w odniesieniu do problematyki zdrowia i choroby, rozpoznaje i opisuje patologie społeczne oraz problemy społeczne (tj. uzależnienia, przemoc domowa, samobójstwa, bieda, bezrobocie), w perspektywie regionalnej i globalnej wskazując przyczyny, przejawy, dokonując charakterystyk porównawczych oraz opisując z uwzględnieniem zmiennych społeczno-kulturowych, rozumie społeczno-kulturowe uwarunkowania ludzkich zachowań, w tym zachowań w zdrowiu i chorobie, rozumie społeczno-kulturowy kontekst niepełnosprawności, starzenia się i starości, **zna znaczenie komunikacji werbalnej i niewerbalnej w relacjach lekarz pacjent (potrafi zdefiniować i wyjaśnić różnice**

między komunikacją werbalną i niewerbalną, wskazać poziomy komunikacji i jej funkcje, także w układzie lekarz – pacjent, wymienić wyjaśnić oraz porównać modele relacji lekarz – pacjent, uwzględniając stan zdrowia pacjenta i jego możliwości komunikacyjne, porównać socjolekty z uwzględnieniem wieku, płci i poziomu wykształcenia, a także wskazać podstawowe bariery w komunikacji między lekarzem a pacjentem z uwzględnieniem uwarunkowań kulturowych).

Dodatkowo student rozumie psychospołeczne skutki hospitalizacji i chorób przewlekłych, znaczenie rodziny dla procesu zdrowienia, a także dla procesu adaptacji do życia z chorobą i/lub niepełnosprawnością, rozumie społeczny wymiar funkcjonowania instytucji medycznych oraz społeczną rolę lekarza, rozumie społeczno-kulturowy kontekst śmierci i umierania. W zakresie umiejętności student respektuje subiektywne potrzeby i oczekiwania pacjenta uwarunkowane społecznie i kulturowo, prawidłowo rozpoznaje przejawy zachowań antyzdrowotnych, jest empatyczny w stosunku do pacjentów i posiada umiejętność zdobywania od pacjentów informacji istotnych z punktu widzenia terapeutycznego (analizuje społeczno-kulturowe czynniki wpływające na efektywność diagnozowania i terapii, **aktywnie słucha, zdobywa informacje, wpływa na postawy pacjenta** kształtując prozdrowotne i minimalizując antyzdrowotne), jest **doradcą pacjenta**, identyfikuje czynniki ryzyka i symptomy patologii oraz problemów społecznych, efektywnie komunikuje się z pacjentem oraz ze współpracownikami (deleguje zadania, zarządza małą grupą, ocenia pracę kolegów). W zakresie kompetencji społecznych student rozwija świadomość znaczenia czynników społecznych w praktyce lekarskiej, w tym norm i wartości społeczno-kulturowych dla wykonywania zawodu lekarza, a także dla relacji z pacjentem, **posiada świadomość roli wysokiego standardu kompetencji**

komunikacyjnych w diagnozowaniu pacjenta i doradzaniu mu (w tym rolę empatii w relacjach doktor – pacjent, a także umiejętności komunikacyjnych uwzględniających determinanty społeczno-kulturowe stojące za zachowaniami w zdrowiu i chorobie, mające wpływ na dobrostan jednostki i ryzyko rozwoju określonych chorób).

Jak zatem widać, podobnie jak w przypadku kursu dla studentów polskich, na zajęciach w języku angielskim aspekty komunikacyjne odgrywają kluczową rolę w programie zajęć. Dodatkowo należy pamiętać, że z uwagi na fakt, iż zajęcia prowadzone są w języku angielskim (który dla większości studentów oraz prowadzących jest językiem obcym) w środowisku wielokulturowym, pojawić się mogą bariery utrudniające przekazanie zarówno uniwersalnych zasad komunikacji, jak i specyficznych, uwzględniających zróżnicowanie etniczne, religijne, społeczne i kulturowe uczestników. Ze względu na specyfikę tej grupy studentów stosuje się tu nieco inną formułę zajęć seminaryjnych, dając studentom więcej możliwości wzajemnej wymiany poglądów i doświadczeń, a także integrując ich w grupach międzykulturowych przy przygotowywaniu projektów grupowych tak, by maksymalnie umożliwić im naukę różnorodności i czerpanie z niej.

Jeśli chodzi o zagadnienie komunikacji w układzie lekarz – pacjent to w planie kursu przewidziane są na to jedno zajęcia o charakterze warsztatowym w części seminaryjnej. Treści teoretyczne dotyczące zagadnień komunikacji pojawiają się podczas omawiania konkretnych tematów (np. modele relacji omawiane są w kontekście roli zawodowej lekarza, a także w kontekście zdrowia i choroby jako kategorii społecznych). Na zajęciach wykorzystywane są następujące metody dydaktyczne: metoda przypadków, gry dydaktyczne, inscenizacje, analiza dokumentów audiowizualnych, dyskusja moderowana. Studenci:

- ▶ zdobywają podstawową wiedzę o procesach komunikacji, głównych modelach komunikacji, uwarunkowaniach kulturowych posługiwania się sygnałami werbalnymi i niewerbalnymi oraz o znaczeniu tych dwóch kanałów komunikacji w życiu codziennym oraz w relacjach lekarz – pacjent;
- ▶ dowiadują się o podstawowych problemach komunikacyjnych w układzie lekarz – pacjent – rodzina oraz możliwych źródłach tych zakłóceń;
- ▶ oglądają materiały audiowizualne (scenki sytuacyjne, fragmenty filmów) i analizują przebieg aktów komunikacyjnych, wskazując dobre i złe strony (analiza sygnałów werbalnych i niewerbalnych);
- ▶ oglądają materiały treningowe przygotowane dla studentów medycyny dotyczące przekazywania informacji trudnych i odpowiadają na pytania, jakie powinno być prawidłowe postępowanie lekarza (analiza sygnałów werbalnych i niewerbalnych);
- ▶ zapoznają się ze studiami przypadków sytuacji komunikacyjnych i omawiają je, odpowiadając na pytania, jakie błędy komunikacyjne zostały popełnione/jakie postępowanie komunikacyjne powinno zostać podjęte;
- ▶ sami odgrywają scenki (dostają kartki z ogólnie scharakteryzowaną postacią, problemem medycznym i rolą, jaką mają odegrać, np. przewrażliwiona matka dziecka) a grupa ocenia przebieg i efektywność komunikacji (analiza sygnałów werbalnych i niewerbalnych).

Wnioski z obserwacji procesu nauczania kompetencji komunikacyjnych w grupach studentów anglojęzycznych

Analizowany okres obejmuje grupy studentów studiujących pomiędzy rokiem 2005 a 2020, łącznie 15 roczników. Zajęcia

są prowadzone od roku akademickiego 2005/2006. Początkowo grupa studentów była nieliczna (ok. 12 osób), ale z każdym kolejnym rocznikiem ich liczba się zwiększała. Największy wzrost liczby studentów odnotowano od roku akademickiego 2013/2014. Obecnie mamy ok. 120 studentów na pierwszym roku. Pierwsi studenci byli głównie pochodzenia azjatyckiego (głównie Tajwan), w kolejnych latach można mówić o wielonarodowości. Od roku 2012 główną grupę studentów stanowili studenci pochodzenia arabskiego (ponad 90%). Od roku 2015 można znów mówić o wielokulturowości, gdyż studenci reprezentują międzynarodowe pochodzenie (Arabia Saudyjska, Malezja, Iran, Brazylia, kraje afrykańskie, kraje europejskie, Stany Zjednoczone, Kanada). Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt, iż obce obywatelstwo często nie idzie w parze z przynależnością etniczną (np. dużą grupę studentów stanowią Hindusi mieszkający na stałe w krajach skandynawskich).

Wyzwania dla procesu dydaktycznego wynikające z wielokulturowości

Można tu mówić o dwóch kwestiach:

- ▶ prowadzenie dydaktyki w ramach przedmiotu socjologia w medycynie z poszanowaniem wartości społecznych, kulturowych, religijnych i etnicznych studentów – problem ogólny;
- ▶ prowadzenie zajęć z komunikacji w wielokulturowym środowisku studenckim – problem szczegółowy;

Problem ogólny – nauczanie socjologii w medycynie w środowisku wielokulturowym

- ▶ **Stereotyp przedmiotów humanistycznych** – podobnie jak w przypadku polskich studentów, panuje przekonanie,

że przedmioty te są „lekkie, łatwe i przyjemne”, niewymagające dla studenta, mniej angażujące. Na szczęście na przestrzeni lat obserwuje się zmniejszenie się liczby studentów myślących w ten sposób, zaś z drugiej strony rośnie liczba tych, którzy dostrzegają rolę kompetencji miękkich, co przekłada się na większe zainteresowanie kursem i uczestnictwem w poszczególnych formach zajęć. Raz jeszcze należy tu podkreślić, że przekazanie treści o kulturowych i społecznych uwarunkowaniach zdrowia, choroby i medycyny wymaga nie tylko profesjonalizmu od przekazującego, lecz także odpowiedniej postawy słuchacza. W środowisku wielokulturowym trudno o konsensus co do podstawowych wartości. Religia czy kultura nie wpływa na anatomię człowieka, ale już na stan zdrowia, zachowania w chorobie i nierówności zdrowotne – jak najbardziej, mimo iż anatomia jest znacznie bardziej skomplikowana, wiedzę z tego zakresu przekazuje się paradoksalnie łatwiej, niż z socjologii.

- ▶ **Liczebność grup studenckich** – podobnie jak w przypadku studentów polskich, czynnik ilościowy odgrywa tu również duże znaczenie – im większa grupa, tym trudniejsza komunikacja, możliwość utrzymania skupienia i uwagi, co w grupie wielokulturowej, nabiera szczególnego znaczenia.
- ▶ **Miejsce przedmiotu w siatce zajęć** – to, że zajęcia odbywają się na początkowym etapie kształcenia powoduje, że studenci nie dostrzegają znaczenia przekazywanych im treści i wielu omawianych kwestii nie rozumieją, gdyż nie zetknęli się jeszcze z nimi w czasie praktyk, czy zajęć przy łóżku pacjenta.
- ▶ **Roszczeniowość studentów zagranicznych** – niektórzy studenci zagraniczni oczekują swego rodzaju „taryfy ulgowej” z tego powodu, że studiują w obcym kraju i często narzekają oni na wymagania

stawiane na zajęciach, niechętnie włączając się w aktywne uczestnictwo na zajęciach i oczekując inicjatywy ze strony prowadzącego. Na szczęście są to sytuacje incydentalne, ale mogą mieć demotywujący wpływ na pozostałych uczestników zajęć.

- ▶ **Różnorodność językowa, społeczna, kulturowa, etniczna, religijna** – postawy wobec przedmiotu, prowadzącego i samych treści są efektem dziedzictwa kulturowego, jakie reprezentują studenci. Problem ten dotyczy całego kursu, jak również samych zajęć poświęconych komunikacji, dlatego poniżej zagadnienie to zostanie omówione łącznie. Należy zauważyć, że występują pewne wspólne dla polskich i zagranicznych studentów kwestie (np. spóźnianie się, ściąganie na zajęciach). Poniżej charakterystyka dotycząca problemów typowych dla studentów zagranicznych.

1. Pierwszy problem to **bariera językowa**. Studenci przyjeżdżający w pierwszych latach uruchomienia kształcenia w języku angielskim odznaczali się niską znajomością języka, co stanowiło ogromną barierę w prowadzeniu zajęć. Studenci mieli trudności w zrozumieniu prowadzącego, pytań, treści materiałów pisanych, testu zaliczeniowego. W przypadku zajęć dotyczących komunikacji problem ten powodował niemożność uczestnictwa w zajęciach, gdyż studenci nie mogli odgrywać scenek i swobodnie komunikować się między sobą. Technika zaradczą było zezwolenie na korzystanie z translatorów i słowników, co jednak dezorganizowało pracę na zajęciach. Obecnie studenci ubiegający się o przyjęcie na studia muszą wykazać się określonym stopniem znajomości języka, co eliminuje w zasadzie ten problem. Problemem w porozumiewaniu się może być sposób wymowy, który może być niezrozumiały dla pozostałych.

2. Kolejnym problemem są **kwestie społeczne** związane z pochodzeniem z krajów o różnym poziomie rozwoju, co skutkuje różnicami w dochodach, stanie zdrowia, dostępie do usług medycznych. To przekłada się na wrażliwość studentów w omawianiu tych kwestii na zajęciach. Studenci bardzo restrykcyjnie podchodzą do tzw. poprawności politycznej (przykład: użycie terminu „disability” może być potraktowane jako niepoprawne politycznie, gdyż obecnie należy raczej mówić o „lessability”). W przypadku zajęć dotyczących komunikacji należy rozważnie konstruować scenariusze scenek biorąc pod uwagę ww. uwarunkowania społeczne. Należy także unikać terminów, które mogą mieć pejoratywne konotacje (np. zamiast „poor” lepiej powiedzieć „having lower material status”).
3. **Bariery psychologiczne** – u części studentów pojawiają się bariery wynikające z uwarunkowań osobowościowych – są nieśmiali, odczuwają lęk przed grupą, wystąpieniami publicznymi. W przypadku całego cyklu zajęć można ich aktywizować poprzez prace pisemne lub rozmowy indywidualne. Niestety problem ten jest przeszkodą w efektywnym uczestnictwie w zajęciach poświęconych komunikacji w układzie lekarz – pacjent.
4. **Reguły szacunku** – studenci z krajów azjatyckich często przyjmują pozycję wycofania na zajęciach, szczególnie w relacjach student – wykładowca, gdyż reguły szacunku, które są uwarunkowane kulturowo nie pozwalają im na zabieranie głosu w dyskusjach z osobami zajmującymi wyższe pozycje; taka postawa często jest mylna przez wykładowców, szczególnie tych nie znających uwarunkowań kulturowych, z nieśmiałością. W przypadku zajęć z komunikacji może to skutkować przybieraniem nadmiernie podporządkowanej roli w odgrywaniu scenek, szczególnie jeśli student

odgrywa rolę pacjenta. Trening wielokulturowości w tych warunkach powinien polegać na dyplomatycznym i wyważonym demonstrowaniu stylów komunikacyjnych oraz podkreślaniu przewagi zasad profesjonalizmu lekarskiego nad zmiennymi kulturowymi przy jednoczesnym zachowaniu szacunku dla odmienności.

5. **Czas modlitwy** – niezmiernie istotną kwestią jest fakt, że część studentów to wyznawcy islamu. Religia nakazuje im praktyki religijne kilka razy dziennie, co często pokrywa się z trwaniem zajęć. Jest to niezwykle delikatna i często tabuizowana kwestia. Wielu wykładowców nie wyraża zgody na wychodzenie studentów w czasie zajęć na modlitwę, co przez studentów jest traktowane jako forma dyskryminacji. Dobrą praktyką jest zezwalanie studentom na pojedyncze ciche wychodzenie z zajęć. Optymalnym rozwiązaniem byłoby takie planowanie, które pozwoliłoby na przerwy w zajęciach na czas modlitwy. Wychodzenie z zajęć dezorganizuje je, co w przypadku zajęć warsztatowych i praktycznych jest ogromnym problemem.
6. **Kulturowe uwarunkowania zachowań w zdrowiu i chorobie** – studenci funkcjonują w obrębie tzw. medycyny zachodniej (EBM – *evidence-based medicine*), jednak obserwowalne są różnice w stosunku do lekarzy i systemu ochrony zdrowia. Można je ułożyć na kontinuum od podporządkowanych, uległych po partnerskie. Widoczne jest też zróżnicowanie skłonności (mimo podjętych studiów) do korzystania z metod tradycyjnych w przypadku dolegliwości typu przeziębienie, grypa u niektórych osób, co jest uwarunkowane pochodzeniem etnicznym i obszarem zamieszkania oraz uwarunkowaniami rodzinnymi. Tam, gdzie podtrzymuje się długotrwałe relacje rodzinne, widoczne jest bardziej chętnie sięganie po metody tradycyjne.

W czasie zajęć z komunikacji przekłada się to na sposób odgrywania scenek (relacje podporządkowania – dominacji, zalecenia lekarskie stosowane przez studentów-aktorów: farmakologia vs. terapie tradycyjne, a w przypadku braku skuteczności dopiero farmakologia).

7. **Kontakt fizyczny** – niezwykle problematycznym zagadnieniem jest kwestia kontaktu fizycznego w relacjach lekarz – pacjent. Na zajęciach omawiane są standardy profesjonalizmu lekarskiego w tej kwestii, analizowane są kwestie problematyczne (podawanie ręki, dotykanie pacjenta poza czynnościami lekarskimi np. przytulanie go, by go pocieszyć), a także naruszanie cielesności lekarza (pacjent agresywny). Wieloletnia obserwacja zachowania studentów i aktywności podczas odgrywania scenek wskazuje, że studenci w środowisku wielokulturowym niechętnie angażują się w scenki, w których muszą udawać, że badają pacjenta (czyli dochodzi do aranżowanego, bardzo ograniczonego kontaktu cielesnego, np. symulacja badania stetoskopem). Aby uniknąć dyskomfortu wywoływanego u studentów kilka lat temu zrezygnowano z tego typu scenek.
8. **Relacje społeczne** (kobieta – mężczyzna) – zagadnienie to dotyczy dwóch typów relacji: student – wykładowca (wymiar ogólny dotyczący całych zajęć), lekarz – pacjent (wymiar szczegółowy, odnoszący się do zajęć z komunikacji). W pierwszym przypadku zaobserwowano brak reguł szacunku ze strony określonych grup etnicznych wobec prowadzącego poza zajęciami, jeśli zajęcia prowadziła kobieta (np. mówienie „dzień dobry”). W przypadku zajęć z komunikacji zaobserwowano, że studentki z krajów arabskich zdecydowanie mniej chętnie uczestniczą w odgrywaniu scenek

(bez względu na to czy są pacjentkami, czy lekarzami) jeśli partnerem jest mężczyzna. Dobrą praktyką jest tworzenie par składających się z kobiet oraz tworzenie scenariuszy angażujących większą grupę studentów (np. pacjentka przychodzi do lekarza z rodziną).

9. **Ubiór** – ostatnią sprawą jest sposób ubierania się. Część studentów zagranicznych nie wyróżnia się strojem. Są jednak przedstawiciele krajów afrykańskich i arabskich hołdujący tradycji i religii, co wyróżnia ich ubiorem. Może być on postrzegany jako problematyczny zarówno przez wykładowców jak i studentów (zbyt krzykliwy, ekstrawagancki w odniesieniu do uczelnianego *dress code`u* – głównie chodzi o stroje afrykańskie, niezwykle barwne, dodatkowo z dużą ilością hałaśliwej biżuterii; traktowany jako manifestacja przekonań religijnych – kraje arabskie). Dobrą praktyką jest zapoznanie studentów z tzw. *dress code* uczelni obowiązującym zarówno wykładowców, jak i studentów oraz zajęcia adaptujące, gdzie studenci nawzajem mówią o swoich odczuciach i pierwszym wrażeniu, jakie zrobili na nich koledzy, odwołując się do mowy ciała (w tym do ubioru jako jednego z sygnałów niewerbalnych).

Jak widać trening efektywnej komunikacji w środowisku wielokulturowym staje się problematyczny i z doświadczeń dydaktycznych wynika, że zajęcia te nie należą do najłatwiejszych przede wszystkim z punktu widzenia prowadzącego, który musi wykazać się niezwykle wysoką tolerancją, obiektywizmem i być wyczulony na wszelkie przejawy dyskryminacji w takim środowisku, a jednocześnie przeprowadzić efektywny trening komunikacyjny. Z drugiej jednak strony na zajęcia te można spojrzeć przez pryzmat potencjału, jaki one niosą, dla nauki tolerancji, szacunku i właśnie umiejętności komunikowania pomimo różnic etnicznych, społecznych, czy religijnych.

Nauczanie socjologii w medycynie w środowisku wielokulturowym jako potencjał

Należy jednak zauważyć, że opisane powyżej zajęcia prowadzone w środowisku wielokulturowym, niosą ze sobą także i możliwości, które – poprzez odpowiednie przygotowanie przekazywanych treści i umiejętny dobór metod dydaktycznych – mogą stać się znakomitą okazją do nauki nie tylko socjologii medycznej, ale także kompetencji komunikacyjnych. Wykorzystanie głównych treści przedmiotu do kształtowania świadomości roli komunikowania w codziennym życiu jest kwestią dość oczywistą. Kształtowanie postawy otwartości i szacunku, minimalizowanie lęku przed zmianą jako czymś, co zagraża dotychczasowym wartościom, umożliwianie wymiany poglądów, myśli i idei, kształtowanie świadomości odmienności z jednoczesną jej tolerancją, to tylko niektóre kwestie będące potencjałem tych zajęć. Wielokulturowa grupa potęguje wypracowany wspólnie efekt synergii, co wzmacnia więzi i buduje mosty zamiast murów. Podczas prowadzenia zajęć w środowisku wielokulturowym można wykorzystać niestandardowe metody nauczania:

- ▶ Studenci jako eksperci – podczas omawiania zagadnień dotyczących patologii i problemów społecznych, studenci reprezentujący konkretne kraje występują w roli ekspertów i przedstawiają dany problem w perspektywie regionalnej; dyskusja pozwala na wymianę poglądów i konfrontację, ale umiejętnie moderowana uczy także argumentowania, aktywnego słuchania, asertywności (zamiast agresji);
- ▶ Zajęcia prowadzone w warunkach symulacji medycznej – obecnie uczelnie medyczne oferują możliwość prowadzenia zajęć w centrach symulacji medycznej, co pozwala na zaaranżowanie środowiska maksymalnie zbliżonego do warunków,

w których studenci medycyny będą pracować jako lekarze. Odpowiednio dobrane rekwizyty oraz przygotowani aktorzy, a także scenariusze uwzględniające różnorodność kulturową pozwalają na naukę kompetencji twardych oraz miękkich;

- ▶ Wykorzystanie metody *world cafe* – polega ona na dyskusji problemowej (z moderowaniem) i dobrze się sprawdza w sytuacji grup niejednorodnych. Studenci mają do przedyskutowania np. kilka patologii społecznych. Aranżuje się przestrzeń na wzór kawiarni, ustawiając kilka stolików i wokół nich krzesła. Studenci dzieleni są na małe kiluosobowe zespoły (warto zadbać o ich międzykulturowość) i ich zadaniem jest przedyskutować każdą z tych patologii, przy kolejnych stolikach (np. stolik 1 – samobójstwa, stolik 2 – alkoholizm, itp.). Na każdą dyskusję studenci mają określony czas. Po jego upływie zmieniają stolik i dyskutują o kolejnej patologii. W trakcie dyskusji zapisują wspólnie wypracowane poglądy i te kwestie, w których się ścierają. Po zakończeniu wszystkich sesji rozpoczyna się omówienie i dyskusja. Ta forma pozwala na wymianę wiedzy i doświadczeń, kształtowanie otwartości, tolerancji, podnoszenie świadomości oraz nade wszystko – na kształtowanie kompetencji komunikacyjnych.

Powyższe przykłady nie wyczerpują oczywiście szerokiego wachlarza możliwości. Klasyczne odgrywanie scenek można bowiem wzbogacić o element nagrywania i analizy treści zarejestrowanych, studenci mogą także przygotować tutoriale i filmy treningowe dla swoich kolegów, ucząc ich podstawowych błędów komunikacyjnych oraz zasad prawidłowej i efektywnej komunikacji w układzie lekarz – pacjent, uwzględniającej uwarunkowania społeczno-kulturowe. Powyższe rozważania miały jedynie nakreślić potencjał

zajęć prowadzonych w środowisku wielokulturowym i otworzyć dyskusję dotyczącą możliwości rozwijania wachlarza technik i metod wzbogacających przebieg zajęć.

Podsumowanie i wnioski końcowe

Powyższy przegląd literatury i analiza porównawcza nauczania na kierunku lekarskim w języku polskim oraz angielskim wykazały, iż:

- ▶ kompetencje komunikacyjne są równie ważne jak umiejętności twarde w zawodzie lekarza;
- ▶ konieczna jest dobra komunikacja nie tylko w układzie lekarz – pacjent, ale taka interakcja, która uwzględni rodzinę pacjenta; coraz częściej mówi się także o podnoszeniu kompetencji komunikacyjnych interprofesjonalnych – między poszczególnymi zawodami medycznymi;
- ▶ część problemów w nauczaniu studentów polsko – oraz obcojęzycznych jest uniwersalna – stosunek do przedmiotów humanistycznych, miejsce zajęć w siatce programu studiów, liczebność grup;
- ▶ niektóre problemy są specyficzne tylko dla środowiska wielokulturowego – pochodzenie i przekonania studentów mają wpływ zarówno na postrzeganie prowadzącego przedmiot i relacje z nim, a także wpływają na stosunek do przekazywanej wiedzy.

W związku ze zdiagnozowanymi problemami warto zaproponować rozwiązania, które pozwoliłyby na zminimalizowanie problemów w kształceniu przyszłych kadr medycznych w zakresie kompetencji komunikacyjnych:

- ▶ przesunięcie przedmiotów „humanistycznych” w siatce zajęć na późniejsze lata studiów;
- ▶ wprowadzenie nauczania problemowego, aspektowego, co stopniowo jest wdrażane w ramach utworzonego modułu pn. Kompetencje generyczne w medycynie;

- ▶ rozszerzenie istniejącej oferty kursów fakultatywnych o takie, które pozwalają nabyć kompetencje miękkie;
- ▶ tworzenie rozwiązań systemowych – jak wprowadzanie obowiązku potwierdzania i certyfikowania kompetencji komunikacyjnych w czasie egzaminów. 📌

Dr n. hum. Magdalena Wieczorkowska

– doktor nauk humanistycznych, socjolog, kierownik Zakładu Socjologii na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Autorka publikacji (artykułów naukowych, rozdziałów w monografiach, współredaktorka monografii) z zakresu socjologii medycyny, socjologii ciała oraz problematyki starzenia się i starości. Członek Sekcji Socjologia Zdrowia i Medycyny oraz Sekcji Socjologii Ciała Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Recenzent w krajowych czasopismach socjologicznych. Jej główne zainteresowania koncentrują się wokół procesów medykalizacji oraz starzenia się społeczeństwa.

Afiliacja:

Zakład Socjologii

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

e-mail: magdalena.wieczorkowska@umed.lodz.pl

Dr n. hum. Agnieszka Pawlak – socjolog, doktor nauk humanistycznych, pracownik Zakładu Socjologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Autorka publikacji (artykułów naukowych, rozdziałów w monografiach, współredaktorka monografii) z zakresu socjologii migracji, socjologii rodziny, socjologii choroby, zdrowia i medycyny, polityki społecznej oraz komunikacji z pacjentem i jego rodziną. Członek Sekcji Socjologia Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Recenzent w krajowych czasopismach socjologicznych.

Afiliacja:

Zakład Socjologii

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

e-mail: agnieszka.pawlak@umed.lodz.pl

Bibliografia

- Czerw, A., Religioni, U., Matuszyna, A., Lesiak, K., Olejnik, A., Śniadała, D. (2012). Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych, *Principles of effective communication in medical entities*. www.h-ph.pl
- Deręgowska, J. (2015). Profesjonalna komunikacja w opiece zdrowotnej jako element wsparcia pracowników zawodów medycznych i pacjentów – oczekiwania i potrzeby, *Studia Edukacyjne*, 35, 349–366. <https://doi.org/10.14746/se.2015.35.18>
- Gucciardi E., Chan V.W., Manuel L., Sidani S. (2013). A systematic literature review of diabetes self-management education features to improve diabetes education in women of Black African/Caribbean and Hispanic/Latin American ethnicity. *Pat. Educ. Couns.* 92. pp. 235–245, doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.03.007>.
- Hulewska, A., Kozłowski, A. (2012). Kompetencje społeczne jako jeden z kluczowych wyznaczników skuteczności lekarza w kontakcie z pacjentem i jego rodziną. W: B. Jacennik, A. Hulewska, A. Piasecka (red.), *Komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu* (s. 183–200). Warszawa: VIZJA Press<.
- Jarosław M, Kawczyńska-Butrym Z, & Włoszczak-Szubda A. (2012). Modele komunikacyjnie relacji lekarz-pacjent-rodzina, *Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu*, 18(3), 212–218.
- Kaczor, M., & Michalak, A. (2010). Przychodzi pacjent do lekarza... czyli psychologiczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem, *Sztuka Leczenia*, 1–2, 51–58. http://www.sztukaleczenia.pl/pub/2010/4/MKaczor_AMichalak.pdf
- Kosowicz, M., Kulpa, M., Świstak-Sawa, S. (2014). Wybrane psychologiczne aspekty budowania poprawnej komunikacji między lekarzem a pacjentem. W: J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski (red.), *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja* (s. 43–63). Warszawa: Wolters Kluwer business.
- Motyka, M. (2013). Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem, *Sztuka Leczenia*, 3–4, 17–24.
- Nowina Konopka, M. (2016). Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka (M. i K. S. Instytut Dziennikarstwa & Uniwersytet Jagielloński, Eds.; 1st ed.).
- Olchowska-Kotala, A. (2012). Komunikacja sprzyjająca właściwej diagnozie i przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych: rola obrazu własnej choroby. W: B. Jacennik, A. Hulewska, A. Piasecka (red.), *Komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu* (s. 201–219). Warszawa: VIZJA Press<.
- Pawełczyk, A., Kotlicka-Antczak, M., Śmigiełski, J., Pawełczyk, T., & Rabe-Jabłońska, J. (2012). Inteligencja emocjonalna a preferowana specjalizacja medyczna – wyniki badania empirycznego, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*. 12(2), 96–101.
- Rider E.A., Hinrichs M.M., Lown B.A. (2006). A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum, *Medical Teacher*. Vol. 28. No. 5. pp. e127-e134.
- Seung Jae K., Oh Deog K., Kyae Hyung K., Ji Eun L., Seung-Hee L., Jwa-Seop S., Sang Min P. (2019). Investigating the effects of interprofessional communication education for medical students, *Korean J Med Educ*. Jun; 31(2). pp. 135–145.
- Stangierska, I., & Horst-Sikorska, W. (2007). Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem, *Forum Medycyny Rodzinnej*, 1(1), 58–68.

Teaching of communication competences in medical sciences in the mono – and multicultural academic environment

Abstract

Effective communication between physicians and patients is key factor influencing patient's diagnosing and treatment. Scientific evidence confirms positive impact of good communication on the patients' condition. In contemporary medicine a key element of medical communication process is communication with the patient's family. Acquiring of soft competences including communication is equally important of medical education as the knowledge of the body structure and its functioning.

This article highlights the role of communication competences and depicts difficulties in teaching of them in the mono – and multicultural students environment on the example of the medical directions for Polish and foreign students of the Medical University of Łódź. The comparative analysis has revealed that part of the problems are universal and general, but there are differences strongly determined by cultural factors influencing on difficulties in teaching soft competences (including communication ones) in the multicultural environment.

Keywords: communication competences, multiculturalism, medicine, students, teaching.