Przewodnik dla RODZICÓW I LEKARZY

Jak rozmawiać z nastolatkami o szczepieniach?

szczepienia info

Ministerstwo Zdrowia

NPZ NARODOWY PROGRAM ZDROWIA

NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO
PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY

Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, finansowane przez Ministra Zdrowia.

Cytowanie i wykorzystanie danych empirycznych dozwolone za podaniem źródła.

ISBN 978-83-65870-48-3

Autor:

dr n. hum. Tomasz Sobierajski

Redakcja merytoryczna:

Anna Jończyk

Opracowanie graficzne i skład:

Studio Grafpa

Wydawca:

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

ul. Chocimska 24, 00–791 Warszawa

tel. +48 22 54 21 400, +48 22 54 21 200, e-mail: wydawnictwo@pzh.gov.pl

Warszawa 2022

Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, finansowane przez Ministra Zdrowia.

Spis treści

Wstęp 4

1. Jak rozmawiać z nastolatkiem o szczepieniach? Podpowiedzi dla rodziców. 6

1.1. Bądźcie razem 7
1.2. Komunikacja. 8
1.3. Odpowiedz 9
1.4. Opowiedz co będzie 11
1.5. Przypomnij sobie 12
1.6. Wysłuchaj i nie osądzaj 13
1.7. Zorientuj się. 14
1.8. Zrozum 15
1.9. Podsumowanie 16

2. Poradnik dla lekarzy 17

2.1. Komunikacja z pacjentami a klucz do sukcesu 18
2.2. Słowa 20
2.3. Gesty 25
2.4. Słuchanie 29
2.5. Lekarz i pacjent – role społeczne 33
2.6. Pacjenci pośredni i bezpośredni. 37
2.7. Rozmowa o szczepieniach. 42
2.8. Pacjenci „wiedzą wszystko”. 43
2.9. Wierzę w to, co mam pod ręką 45
2.10. Strach rodziców. 46
2.11. Szczepienia to proces. 47
2.12. Podsumowanie 48

Wstęp

Drodzy Rodzice,

Sięgnięcie przez Was po tę publikację oznacza, że doskonale wiecie, iż szczepienia są podstawowym i bezpiecznym narzędziem profilaktyki. Pomimo tej wiedzy, szczepienia mogą wywoływać u Was i u Waszych dzieci stres. Mając za sobą różne doświadczenia z gabinetów szczepień możecie odczuwać niepokój przed każdą wizytą szczepienną. Obawy mogą dotyczyć samej szczepionki i szczepienia, ale również, tego jak Wasze dziecko zareaguje na wiadomość o szczepieniu oraz tego, jak będzie wyglądała sama wizyta. Szczepienie, niezależnie od wieku może budzić wątpliwości oraz obawy.

Na stronach tego przewodnika skupimy się na szczególnej grupie, której dotyczą szczepienia. Są to nastolatki, a więc grupa, która z racji wieku jest bardziej świadoma tego, co dzieje się w gabinecie i może częściej odczuwać strach przed podaniem szczepionki. Z drugiej strony to grupa, która poprzez media społecznościowe narażona jest na wpływ wielu niesprawdzonych czy wręcz nieprawdziwych informacji o szczepieniach. Stąd też postawa Rodziców bazująca na poszanowaniu zdobyczy medycyny i czas poświęcony nastolatkom na rozmowy o korzyściach jakie niosą ze sobą szczepienia będą bardzo ważne. Bardzo ważne jest, aby zachować spokój i starać się wytłumaczyć nastolatkowi, jak może poradzić sobie z obawami dotyczącymi szczepień.

Szczepionki przeciw ludzkiemu wirusowi brodawczaka (HPV) należą do jednych z największych osiągnięć wakcynologii minionych lat. Dowody naukowe wskazują, że skutecznie chronią przed chorobami nowotworowymi, w tym szczególnie rakiem szyjki macicy. Wyrażając zgodę na szczepienie swojego dziecka, dajemy mu szansę na uniknięcie w przyszłości groźnej dla ich zdrowia, a nawet życia choroby. Takiej możliwości nie sposób zmarnować.

Zapraszamy do przeczytania naszego poradnika, który podpowiada, jak rozmawiać z nastolatkiem i jakich argumentów użyć, aby dla obu stron szczepienie przebiegło bez większego napięcia.

Bardzo ważne są również wyzwania, przed którymi stanie lekarz prowadzący rozmowę na temat szczepień przeciw HPV z rodzicami nastolatków. Podpowiadamy, ważne w takich rozmowach, argumenty.

Autor

1. Jak rozmawiać z nastolatkiem o szczepieniach? Podpowiedzi dla rodziców.

1.1. Bądźcie razem

Każdą stresującą sytuację jest dużo łatwiej znieść dziecku, kiedy ma obok siebie kochającego i wspierającego rodzica. Powtarzajmy dziecku i upewniajmy je, że podczas szczepienia będziemy w tym samym pomieszczeniu i obok. Możemy nawet zapytać naszego nastolatka o to, czy chce, żeby potrzymać go za rękę. Jeśli nastolatek będzie chciał w czasie szczepienia słuchać muzyki na słuchawkach, to nie warto tego zabraniać.

Technicznie warto przygotować dziecko do szczepienia tak, żeby zajęło to jak najmniej czasu. Chodzi głównie o ubranie. Należy zatem uzgodnić z dzieckiem założenie takich ubrań, które pozwolą na łatwe dostanie się do ramienia i nie będzie wydłużać procesu, a w przypadku nastolatków nie będzie powodować wstydu, np. w sytuacji, w której do szczepienia będą zmuszeni ze względu na niewygodne ubranie ściągnąć bluzkę lub koszulkę. W oczekiwaniu na szczepienie warto podjąć rozmowę/opowiedzieć historię, która odwróci jego uwagę.

Po szczepieniu warto zaplanować jakąś przyjemność dla dziecka, którą wcześniej z nim uzgodnimy. Może to być pójście do kina, na ciastko, lody, spacer. Nie należy jednak traktować i przedstawiać tej przyjemności jako nagrodę za to, że nastolatek się zaszczepił, ale jako element, który złagodzi obawy przed szczepieniem.

Bardzo ważne jest, żeby po szczepieniu pochwalić nastolatka, dzięki temu wzmacniamy w nim pozytywne emocje i sprawiamy, że przy kolejnym szczepieniu jego stres będzie mniejszy.

1.2. Komunikacja

Skutki pandemii COVID-19 są silnie obecne nie tylko w życiu dorosłych, ale również nastolatków, które słuchają naszych rozmów, znają nasze obawy, rozmawiają ze sobą, dyskutują, spierają się. Skutki pandemii dotykają ich osobiście. Kwarantanna, odwołane lekcje, nauka zdalna, ograniczone kontakty z rówieśnikami tworzą nową rzeczywistość nastolatków. Ich życie bardzo się zmieniło, bo zmieniło się życie nas wszystkich. Nawet jeśli, jako rodzice, staramy się zapewnić dzieciom jak najbardziej komfortowe warunki przetrwania pandemii, to z pewnością ma ona wpływ na dzieci i ich postawy względem choroby i szczepień.

Dzieci, w związku z procesami rozwojowymi i z ograniczoną wiedzą o świecie, bardzo rzadko mają własną, wyrobioną przez siebie opinię na temat pandemii. Nawet jeśli tak myślą, to w większości przypadków, ich przekonania są odbiciem tego, co na ten temat myślą najbliższe im osoby, czyli rodzice i opiekunowie. Powtarzają argumenty dorosłych, przejmują ich postawy. Bardzo często są to ich kulturowe wzory: aktorzy, piosenkarki, instagramerzy czy youtuberki.

W niektórych szkołach na temat COVID-19 i szczepionek przeciw tej chorobie wiele się rozmawia na lekcjach. Jednak jest też dużo miejsc, w których ten temat w ogóle nie jest poruszany. Wiele dzieci ma mętlik w głowie, docierają do nich różne opinie, nie wiedzą co jest prawdą i nie potrafią zweryfikować ***fake newsów***. Opinia na temat szczepień przeciw COVID-19 może oddziaływać bezpośrednio również na inne szczepienia. Z tego powodu tak ważne jest przygotowanie rodziców i dziecka do szczepienia, żeby cały proces przebiegł bezproblemowo, z zachowaniem podmiotowości, autonomii i poszanowania praw dziecka.

1.3. Odpowiedz

Kiedy będziemy rozmawiać z dziećmi na temat szczepień, mogą się pojawić z ich strony pytania. Co więcej, żeby dowiedzieć się, czego dzieci się obawiają, warto je zachęcać do zadawania pytań. ***Niekiedy rodzice boją się tej rozmowy, bo nie czują się wystarczająco kompetentni z powodu braku wiedzy na temat szczepień***. Warto pamiętać jednak, że większość dzieci chce po prostu usłyszeć od rodziców, że szczepionki są bezpieczne, że kłucie nie będzie bolało, a w czasie szczepienia rodzice będą z nimi i będą je wspierać.

Niemniej UNESCO przygotowało przyjazne dzieciom odpowiedzi na kilka pytań, które najczęściej pojawiają się w czasie rozmowy na temat szczepień przeciw COVID-19. Pytania te można wykorzystać również w rozmowie o szczepieniach przeciw HPV.

CO TO JEST SZCZEPIONKA?

Szczepionka to rodzaj tarczy, która chroni nas przed chorobą. Dzięki szczepionce od tej tarczy odbijają się wirusy lub bakterie i nie mogą nas zaatakować.

JAK DZIAŁAJĄ SZCZEPIONKI?

Szczepionki uczą twój organizm, jak poradzić sobie z chorobą i jak ją zwalczyć. Odbywa się to poprzez umieszczenie w organizmie (przy pomocy zastrzyku) małego fragmentu zarazka, który wywołuje chorobę, przed którą chcesz się ochronić. Dzięki temu organizm uczy się jak ten zarazek wygląda i w momencie ataku łatwo go rozpozna i będzie mógł go zwalczyć.

CZY SZCZEPIONKI SĄ BEZPIECZNE?

Szczepionki są bardzo bezpieczne. Każdego roku miliardy ludzi, w tym dzieci jest szczepionych, co pomaga je uchronić przed chorobami. Ty też w dzieciństwie byłaś/byłeś szczepiony i dzięki temu jesteś zdrowa/zdrowy.

CZY PO SZCZEPIONCE MOGĘ SIĘ CZUĆ ŹLE?

To się czasami zdarza, ale jest to zazwyczaj lekki ból ręki, czasem gorączka. Nie trwa to długo i mija po kilku-kilkunastu godzinach. Te objawy są dobre, bo świadczą również o tym, że organizm buduje tarczę ochronną.

1.4. Opowiedz co będzie

Jedną z przewag dorosłych jest to, że dzięki nabytym doświadczeniom są w stanie wyobrazić sobie sytuację i – nawet w małym stopniu – przygotować się na nią. Jest to szczególnie ważne i przydatne, kiedy mamy do czynienia z sytuacją stresującą. W przypadku szczepienia możemy podejrzewać co się wydarzy, wyobrazić sobie punkt szczepień, wkłucie, ewentualny ból czy strach. Mamy mechanizmy, żeby sobie z tym poradzić. Co więcej, wielu dorosłych ma szczepienie, w tym szczepienie przeciw COVID-19 za sobą, w związku z tym, łatwiej będzie im opowiedzieć dziecku co będzie działo się na szczepienie.

Zwizualizowanie dla dziecka sytuacji szczepienia i opowiedzenie mu o nim jest bardzo ważne. Dziecko będzie się mniej bało i bardziej ufało temu, co się wydarzy. W związku z tym opowiedzmy o tym, czego może się spodziewać i co poczuć.

Powiedzcie, gdzie pojedziecie na szczepienie, co będziecie musieli zrobić, o co może zapytać lekarz/lekarka. Powiedzmy w którym miejscu ciała będzie szczepienie. Na podstawie własnych doświadczeń opowiedzmy procedurę, na przykład: „Podwiniesz rękaw ubrania, pani pielęgniarka przemyje miejsce na twojej ręce, gdzie będzie wkłucie, zdezynfekuje je. Chusteczka jest mokra, może być zimna. To oczywiście nic nie boli. Następnie malusieńką, cieniutką igiełką dostaniesz szczepionkę. Potrwa to nie dłużej niż 2-3 sekundy. Możesz poczuć małe uszczypnięcie albo ucisk. Nie boli to bardziej od ukłucia komara. Na miejsce szczepienia zostanie naklejony plaster i już. Po sprawie."

Ważne jest, żeby opowiedzieć to prostymi słowami. Unikajmy słów, które mogą wywoływać u nastolatka niepokój lub być niezrozumiałe.

1.5. Przypomnij sobie

Prawdopodobnie **szczepionka przeciw HPV** nie jest pierwszą szczepionką, którą dostaje nastolatek. Warto wykorzystać poprzednie doświadczenia ze szczepień i przypomnieć sobie wszystkie te sytuacje, które powodowały u dziecka stres w tej sytuacji. Być może stresowało się rozmową na temat szczepienia, być może uspokajała je obecność więcej niż jednego rodzica. Być może lepiej się czuło jadąc na szczepienie ze starszym bratem lub siostrą. Może zniosło szczepienie dzięki temu, że miało ze sobą jedną albo nawet kilka swoich maskotek.

Dzieci są różne i różnie reagują na pewne sytuacje. Ty najlepiej znasz swoje dziecko i wiesz, czy lepiej reaguje, kiedy sytuacja szczepienia jest z nim wcześniej przedyskutowana, czy też dziecko woli o tym w ogóle nie rozmawiać.

Nawet jeśli dziecko jest przygotowane, dzięki rozmowie, na szczepienie, to w momencie samego szczepienia stres może powrócić ze zdwojoną siłą. U nastolatków może wystąpić zasłabnięcie i omdlenie podczas wizyty szczepiennej wywołane reakcją na wkłucie oraz jako wyraz niepokoju.

Najlepszym sposobem jest odwrócenie uwagi od szczepienia, strzykawki i igły. Dobrym sposobem jest oglądanie filmów lub gra na telefonie i tablecie.

Podawanie nastolatkom napoju, przekąski, zapewnienie o bezpieczeństwie procedury oraz szczepienie w pozycji leżącej lub siedzącej zapobiega omdleniom związanym z zabiegiem szczepienia.

1.6. Wysłuchaj i nie osądzaj

Jedną z podstawowych rzeczy, które należy zrobić przed szczepieniem dziecka, to porozmawianie z nim o tym. Warto na to znaleźć spokojny czas, jeśli dziecko jest małe wykorzystać do tego zabawę lub spacer i zapytać. Pytanie dzieci, szczególnie młodszych jest ważne, bo maluchy nie mają odpowiednich narzędzi do tego, żeby wyrażać swoje zdanie. A zadawanie im pytań stwarza im przestrzeń do tego, żeby powiedziały co myślą i co czują. **Szczepienie to ważny moment w życiu dziecka**, z tego powodu podczas rozmowy z dzieckiem warto wykazać się cierpliwością.

Dzieci mogą mieć w sobie różne lęki związane ze szczepieniem. Mogą bać się igły, zastrzyku lub wizyty w przychodni. Mogą też pielęgnować w sobie mity, które słyszały na temat szczepień od innych dorosłych lub od swoich rówieśników. Bać się tego, że szczepionka ich zniekształci, zabije, zmieni ich kod genetyczny.

> *Niektóre lęki dzieci mogą wydawać nam się kuriozalne, ale ważne jest to, żeby wysłuchać ich bez osądzania i wyszydzania.*

Używanie zwrotów typu: „Boisz się igły?!? Nie bądź głuptasem. Jesteś już duża!" lub „Szczepienie to nic wielkiego. Nic ci się nie stanie!" lub „Taki duży chłopak/taka duża dziewczynka a boi się, że umrze po szczepieniu!" sprawi, że dziecko zamknie się w sobie, bo pomyśli, że jego uczucia i emocje to coś złego. Należy zatem tak wysłuchać dziecko, żeby tych uczuć nie zranić i nie zdeprecjonować.

Można powiedzieć: **„To zrozumiałe, że się tym martwisz. Twoje uczucia są w porządku"** i koniecznie dodajmy: **„Pamiętaj, że jestem obok ciebie i moim zadaniem jest, żebyś czuł/czuła się bardziej komfortowo"**. Bardzo ważne jest to, żeby zachować spokój i nie mówić o sobie i swoich złych doświadczeniach ze szczepieniami. Dzieci chłoną nasze emocje jak gąbka. Jeśli my się będziemy denerwować i okazywać zdenerwowanie, dzieci również będą się bać.

1.7. Zorientuj się

Badania sondażowe przeprowadzone w krajach, w których stan zaszczepienia przeciw HPV jest wyższy niż w Polsce wskazują, że do zaszczepienia bardziej skłonne są starsze niż młodsze nastolatki. Im mniejsze dzieci, które mogą i są w stanie wyrażać swoje zdanie, tym akceptacja dla szczepień może być niższa. Jedną z przyczyn niechęci nastolatków do przyjęcia szczepionek są informacje na ich temat, które przekazywane są w mediach społecznościowych. Dla rodziców najbardziej popularnymi platformami społecznościowymi jest Instagram i Facebook. Tymczasem nastolatki swoją wiedzę o świecie czerpią z TikToka. Tam znajduje się dużo filmików, które zniechęcają do szczepień, strasząc nastolatki.

Jeśli nasze dziecko zdecyduje, że nie chce się zaszczepić i jako powód swojej decyzji poda film z TikToka, warto poprosić je o to, żeby pokazało nam co to za film, a następnie porozmawiać o tym, co jest w nim zawarte. Jeśli nie mamy na tyle wiedzy, żeby ***rozwiać wątpliwości dziecka na temat szczepień***, należy polecić dziecku inny kanał na TikTok/Instagram, w którym specjalista (lekarka/lekarz) rozwiewa wątpliwości i wyjaśnia z jakiego powodu szczepienia przeciwko COVID-19 wśród nastolatków są takie ważne.

W przypadku szczepień nastolatków przymus lub groźba odnoszą odwrotny skutek. Jedyną formą dojścia do porozumienia jest rozmowa, uważność, słuchanie oraz uczciwość w przedstawianiu faktów.

1.8. Zrozum

Strach przed igłami/zastrzykami ma swoją naukową nazwę i nazywa się **trypanofobią**. U nastolatków – na myśl o igle, strzykawce, zastrzyku – wyobraźnia uruchamia się tak mocno, że tętno i ciśnienie krwi wzrasta, a następnie gwałtownie spada, powodując omdlenia. Świadomość tego faktu pozwoli rodzicom na lepsze przygotowanie do szczepienia. Trypanofobia dotyczy również wielu dorosłych, więc warto zastanowić się, czy – jeśli zmagamy się z tym problemem – nie przenosimy go na dziecko.

Bardzo dobrym rozwiązaniem do poradzenia sobie z trypanofobią u nastolatka jest budowanie tzw. „drabiny strachu". Polega to na tym, że prosimy dziecko o wymienienie wszystkich sytuacji związanych z zastrzykami i igłami, które wywołują u niego niepokój lub strach. Następnie uszeregowanie ich na drabinie od tej, która wywołuje najmniejszy strach, do tej, która wywołuje strach największy.

Dzięki temu poznamy to, czego dziecko boi się najbardziej. Może się okazać, że dziecko nie boi się zastrzyku, ale widoku samej strzykawki z igłą. To sprawi, że będziemy mogli zapobiec temu w gabinecie podczas szczepienia. Inne dziecko może bać się widoku krwi po ukłuciu. Wyjaśnienie tego, że taka sytuacja nie dotyczy szczepienia pomoże dziecku.

- W wyniku podania szczepionki przeciw HPV w wieku nastoletnim, może wystąpić zasłabnięcie i omdlenie podczas wizyty szczepiennej wywołane reakcją na wkłucie oraz z powodu niepokoju.
- Szczepienie w pozycji leżącej zwiększa bezpieczeństwo procedury szczepienia u nastolatków.
- Podawanie nastolatkom napoju, przekąski, zapewnienie o bezpieczeństwie procedury oraz szczepienie w pozycji leżącej lub siedzącej zapobiega omdleniom związanym z zabiegiem szczepienia.

1.9. Podsumowanie

Zasady rozmowy z lekarką/lekarzem na temat szczepień przeciw HPV

- Nie bój się zadawać pytań; lekarz, który ma szczepić twoje dziecko, ma najlepszą wiedzę na temat szczepień. Jeśli nie zapytasz lekarki/lekarza od razu, to będziesz sięgać do innych źródeł informacji w Internecie, które wcale nie pomogą ci w podjęciu decyzji zaszczepienia dziecka przeciw HPV.
- Nie bój się opowiadać lekarce/lekarzowi o swoich wątpliwościach, nawet jeśli to, czego się boisz z jakiego powodu wydajcie się niemądre. Nie ma niemądrych pytań.
- Przygotuj się do wizyty w gabinecie: spisz pytania na kartce lub w telefonie. Będziesz mieć pewność, że o niczym nie zapomniałaś/zapomniałeś.
- Jeśli powołujesz się na jakieś informacje na temat szczepienia przeciw HPV, powiedz lekarzowi, skąd masz te informacje: czy jest to artykuł naukowy czy po prostu rozmowa z forum rodziców. Dzięki temu lekarzowi będzie łatwiej odpowiedzieć na twoje wątpliwości.
- Nie zapominaj, że w przypadku szczepień przeciw HPV masz do czynienia z dzieckiem, które bardzo dużo rozumie, podczas wizyty w gabinecie zatroszcz się o to, żeby czuło się podmiotem w tej sytuacji.
- Jeśli nie rozumiesz jakichś słów, sformułowań, skrótów, nawet skrótu HPV, poproś lekarkę/lekarza, żeby ci to objaśniła/objaśnił.

2. Poradnik dla lekarzy

2.1. Komunikacja z pacjentami a klucz do sukcesu

Komunikacja interpersonalna odgrywa bardzo ważną rolę w naszym życiu. To zdanie może brzmieć jak truizm, ale wystarczy przyjrzeć się komunikacji ludzi między sobą, żeby dojść do wniosku, że niby wszyscy o tym wiedzą, ale niewiele osób rzeczywiście zdaje sobie sprawę z wagi zagadnienia. Z komunikacją interpersonalną jest jak z oddychaniem. Przywykliśmy do jednego i drugiego. Na co dzień nie zastanawiamy się nad żadnym z tych procesów. Niesłusznie, dlatego że, o ile oddychanie sprawia, że możemy funkcjonować jako organizmy żywe, o tyle komunikacja pozawala nam na zachowanie statusu organizmów społecznych. Możemy oddychać byle jak albo nauczyć się oddychać „pełnymi płucami". Możemy również komunikować się ze światem zewnętrznym byle jak albo nauczyć się właściwie odbierać docierające do nas sygnały i wysyłać zrozumiałe komunikaty. Wszystko to wymaga pracy, ale przynosi bardzo pozytywne efekty.

Komunikujemy się z innymi cały czas. Nieustannie wysyłamy sygnały do świata zewnętrznego i cały czas nasz mózg pracuje, odkodowując bodźce, które docierają do nas ze strony społecznego otoczenia. I co najważniejsze, **komunikujemy się nie tylko wtedy, kiedy mówimy**. Przecież milczenie również jest komunikatem. Co więcej badania dowodzą, że w komunikacji najważniejszą rolę odgrywa nie to co mówimy, ale to jak to mówimy.

Komunikacja (wbrew temu, co sądzą niektórzy) to nie tylko słowa czy dźwięki. Choć dopiero od połowy lat 80. XX wieku zdano sobie sprawę, że nie sposób oddzielić sfery werbalnej i niewerbalnej procesu komunikacji, a oba rodzaje zachowań powinny stanowić „jednolity konstrukt komunikacyjny”[1]. Pierwotnie werbalne kategorie (słowa) w procesie komunikacji są otoczone przestrzenią kategorii niewerbalnych (gestów czy mimiki).

Należy zaznaczyć, że „werbalne i niewerbalne elementy komunikacji są całkowicie współzależne, co oznacza, że oddziałują na siebie nawzajem, choć jedne nie determinują znaczenia drugich”[2]. To sprawia, że mówiąc o komunikacji należy zwrócić szczególną uwagę na jej dwa aspekty: komunikację werbalną i komunikację niewerbalną.

[1] D. J. Higginbotham, D. E. Yoder, *Communication Within Natural Conversational Interaction: Implications for Severe Communicatively Impaired Persons*, Topics in Language Disorders, 1982, Vol. 2 Issue 4.

[2] J. Stewart, *Mosty zamiast murów. O komunikowaniu się między ludźmi*, PWN, Warszawa 2000, s. 78

2.2. Słowa

W komunikacji werbalnej najważniejszą rolę odgrywają słowa. Każdy z nas zapewne poznał ich siłę, niestety częściej w negatywnym niż pozytywnym kontekście. Z jakiego powodu jest tak, że jak mówią słowa znanej piosenki „to nie ludzie słowa, ale słowa ludzi niosą"? Wynika to przede wszystkim z faktu, że traktujemy słowa jak rzeczy. Często dla uproszczenia sobie życia „urzeczowiamy", reifikujemy słowa i analizujemy je w oderwaniu od całego kontekstu kulturowego, w jakim słowa są „zanurzone".

Język, którego uczymy się w procesie socjalizacji, czyli inaczej wychowania do społeczeństwa i przez społeczeństwo, pozwala nam na opisanie i zrozumienie świata. Tworzy przestrzeń symboli i znaczeń, które determinują nasze zachowanie. Za pomocą języka wchodzimy w pewne role. Uczymy się tego, jak być grzecznym i jak być niegrzecznym, jak być mężczyzną i jak być kobietą, jak być lekarzem, lekarką, pielęgniarką, pielęgniarzem, pacjentką, pacjentem. Co powiedzieć, żeby kogoś obrazić, pochwalić albo do czegoś przekonać. Uczymy się, jakich słów używać w określonym towarzystwie. Inaczej dobieramy słowa i konstruujemy zdania, kiedy jesteśmy w szkole, w pracy, w domu czy z przyjaciółmi. Dostosowujemy język do określonych, pełnionych przez nas codziennie ról społecznych.

> ***Język determinuje nasze społeczne funkcjonowanie. Może nam pomagać i szkodzić.***

Pomaga, kiedy nasze umiejętności językowe są na tyle swobodne, że aby osiągnąć pewne nagrody, potrafimy zastępować wyrażenia zwykłe wyrażeniami ulepszonymi (np. zamiast słowa „kłuć" używamy słowa „szczepić"; „opłata z góry" – „inwestycja wstępna"; „małe" – „przytulne", „plan" – „koncepcja projektowa"; „szczepionka" – „iniekcja").

Każda profesja ma „swoje" słowa, zrozumiałe tylko dla wtajemniczonych, które są używane w codziennej komunikacji z innymi. Wyrażenia, słowa, skróty, zbitki zdań, które używają między sobą pracownicy opieki zdrowotnej w codziennej pracy są zazwyczaj zupełnie niezrozumiałe dla pacjentów. Z drugiej strony pacjenci mają swoje nazwy na schorzenia czy leki, które przyjmują, których żaden lekarz nie jest w stanie odszyfrować.

To co często przysparza nam kłopotów w komunikacji werbalnej, to złudzenie właściwego znaczenia nadanego danemu słowu. Bo czy jest uniwersalny wskaźnik mówiący o tym co oznacza słowo „zaraz"? Czy jest to 30 sekund, 2 minuty czy może kwadrans? Albo słowo „często"? Czyli kilka razy w ciągu dnia, dwa razy w tygodniu czy raz w miesiącu? To pokazuje, że słowa w konwersacji nie są nośnikami słownikowych definicji. Słowa te nabierają znaczeń między ludźmi w zetknięciu z ukonstytuowanym światem społecznym i kulturowym.

Jednakże słowa tworzą przede wszystkim system symboli składających się na język, który stanowi podstawę naszej kultury i społecznego funkcjonowania. Jak zauważył Ludwig Wittgenstein „Granice mojego języka są granicami mojego świata"[3]. Warto zatem poszerzać ten świat ucząc się nowych słów, terminologii charakterystycznych dla innych profesji, języków obcych czy po prostu... rozwiązując krzyżówki.

Są pewne słowa, zwroty, które w komunikacji z drugim człowiekiem mają bardzo duże znaczenie, głównie przez to, że tworzą bariery między nami a osobami, do których je wypowiadamy. Używamy ich codziennie, ale nie zawsze zdajemy sobie sprawę z ich mocy. Jednym z takich zwrotów jest „ja" w różnych konfiguracjach gramatycznych. Już w szkole uczono nas, żeby nie zaczynać zdania od „ja". Nadużywanie tej konstrukcji świadczy często o wywyższaniu się nad innych i zbytnim skupieniu na sobie. Oczywiście nie

[3] L. Wittgenstein, *Tractatus logico-philosophicus*, przekł. Bogusław Wolniewicz, PWN, Warszawa 2004

znaczy to, że mamy rezygnować ze swojego zdania. Mamy prawo powiedzieć, co myślimy, używając sformułowań: „Uważam, że...", „Myślę, że...". Nieme „ja" zawarte w takich wypowiedziach sprawia, że – wyrażając jasno swoją opinię, ale jednocześnie nie tworząc niepotrzebnego dystansu – możecie bardzo pomóc uczniowi i sobie.

Kolejne słowa-bariery to „zawsze" i „nigdy". Są to określenia, które w komunikacji nazywamy „zamykaczami". Kiedy ktoś mówi: „Bo Ty zawsze tak robisz!" to warto zadać pytanie: „Zawsze, czyli kiedy?". Podobnie jest ze słowem „nigdy". Powinniśmy bardzo uważać, zanim zdecydujemy się użyć tych słów w oskarżycielskim tonie w stosunku do drugiej osoby. Chyba że zależy nam na tym, by się z kimś pokłócić i zerwać komunikację. Słyszymy czasem od zirytowanej, bliskiej osoby: „Nigdy nie można się Ciebie dodzwonić!", co oznacza tak naprawdę: „Dzisiaj próbowałam do Ciebie zadzwonić, bo miałam bardzo pilną sprawę. Dzwoniłam dwa razy i nie odebrałeś". Czy o taki przekaz chodziło?

Innym słowem, które nastręcza problemów w komunikacji, jest „ale". Użyte w określonym kontekście, potrafi wywrócić przekaz do góry nogami. Dla przykładu: „Ładnie ci w tej sukience, ale cię pogrubia". To ładnie czy nieładnie? Albo z lekarskiego podwórka: „Z Pani zdrowiem jest już dużo lepiej, ale wyniki badań mnie niepokoją". To w końcu ze zdrowiem jest lepiej czy nie?!

W naszej kulturze przywiązujemy ogromną wagę do słów. Nierzadko ktoś stwierdza, że czyjeś słowa „dodały otuchy" albo „zraniły". Każdy z nas zapewne poznał rażącą siłę słów i to niestety częściej w negatywnym niż pozytywnym kontekście. Skąd się bierze zjawisko, o którym traktuje nawet wspomniana wcześniej piosenka: „To nie ludzie słowa, ale słowa ludzi niosą"?

Inny problem związany z użyciem słów to ich wieloznaczność. Jeśli powiecie do ucznia: „Ale jesteś zielony" – to może to oznaczać, że „zzieleniał" na twarzy fizycznie, ale również to, że nic nie wie o temacie rozmowy.

Czasem zarówno lekarze, jak i pacjenci używają słów w sposób „nieostry". Na pytanie pacjenta: „Czy to szczepienie będzie bardzo bolało?" trudno odpowiedzieć jednoznacznie, bo nie wiemy, co dla niego znaczy „bardzo bolało", jaki ma próg bólu. Podobnie powiedzenie do ucznia: „Szczepienie będzie trochę bolało". Co to właściwie znaczy? Pewnie dla pacjenta „trochę bolało" w odniesieniu do szczepienia to ból całego ramienia, a tymczasem lekarz/lekarka mówi tylko o lekkim ukłuciu w ramię.

Thomas Gordon wskazał dwanaście barier komunikacyjnych tworzonych przez słowa lub zbitki słów i nazwał je „parszywą dwunastką".

Należą do niej:

1. krytykowanie – czyli wyrażanie negatywnych ocen o drugiej osobie, np. „To Twoja wina", „Sama sobie Pani na to zasłużyła!";
2. przezywanie – nadawanie etykiety, poniżanie kogoś w stylu: „Co za pacan!" albo „Tylko kobieta mogła wpaść na coś takiego";
3. stawianie diagnozy – ale nie w sensie medycznym; chodzi tutaj o odgrywanie roli psychiatry-amatora: „Wiem, co myślisz", „Myślisz, że jesteś lepsza, bo skończyłaś studia?";
4. chwalenie połączone z oceną – choć pochwała powszechnie uchodzi za budującą, może być wykorzystywana do manipulacji, np. „Jesteś taką dużą dziewczynką, nie wolno ci płakać";
5. rozkazywanie – nakazywanie drugiej osobie: „Ma Pan zrobić tak, jak Panu kazałam";
6. grożenie – staranie się o kontrolę nad działaniem drugiej osoby: „Jeżeli tego nie zrobisz, to pożałujesz";
7. moralizowanie – mówienie drugiej osobie, co powinna zrobić: „Powinna Pani przemyśleć to jeszcze raz, nie może Pani myśleć tylko o sobie";
8. stawianie zbyt wielu lub niewłaściwych pytań – w tym wypadku barierę stanowią zarówno pytania szeroko otwarte typu „Co tam?",

jak i pytania zamknięte, na które można odpowiedzieć jedynie „Tak", „Nie", „Nie wiem";

9. udzielanie rad – np.: „Kiedy byłem w twoim wieku...";
10. odwracanie uwagi – odsunięcie na bok problemu drugiej osoby; spotkana przez nas osoba mówi, że jest jej smutno, bo jej dziadek umiera, a my mówimy na to: „Och, nie rozmawiajmy o śmierci, to takie przygnębiające. Jak Ci się udał weekend w Zakopanym?";
11. logiczne argumentowanie – próba przekonania drugiej osoby przez odwołania do faktów i logiki, na przykład próba pocieszenia dziewczyny, która płacze, bo boi się zastrzyku: „Przyjrzyj się faktom. To nic nie boli!";
12. uspokajanie – próba powstrzymania negatywnych emocji: „Wszystko się ułoży", „Będzie dobrze".

Do tej dwunastki warto dodać jeszcze trzynastą barierę, czyli wytykanie innym, że stawiają bariery. Wiele z przytoczonych wyżej wyrażeń staje się barierami dopiero w określonym kontekście. Nie ma sensu przedstawiać logicznych argumentów osobie rozchwianej emocjonalnie czy wtedy, kiedy próbujemy uspokoić agresywną osobę. Należy pamiętać o tym, że każdy z nas popełnia błędy w komunikacji. Wiele barier, wspomnianych wyżej jest już naszym nawykiem, wówczas wprowadzenie zmian i polepszenie komunikacji wymaga wysiłku.

Kontekst sytuacyjny jest bardzo istotny we właściwym zrozumieniu wypowiadanych słów. Przykładowo, jeśli lekarz powie do nastoletniego pacjenta/pacjentki, który/która boi się szczepienia: „No przecież wielka krzywda ci się nie stanie", nie oznacza to, że stanie się mu/jej jakakolwiek krzywda, nie mówiąc, że wielka. Albo powiedzenie: „No ja chyba potnę!" w sytuacji, kiedy czujemy się zniechęceni czy poirytowani, oznacza, że zaraz chwycimy za żyletkę? Też nie. O wszystkim, a szczególnie o charakterze komunikatu decyduje kontekst.

2.3. Gesty

Kolejnym elementem procesu komunikacyjnego jest komunikacja niewerbalna.

> ***Tak mocno przywiązani do wyrazów i ich znaczeń, dużo mniejszą wagę przykładamy do komunikacji niewerbalnej, czyli tego co dzieje się z naszym ciałem, kiedy mówimy, ale również i wtedy, kiedy milczymy.***

Najczęściej nie zdajemy sobie sprawy z tego, że przy pomocy naszego ciała, jego postawy, ułożenia nóg, gestów rąk, uśmiechu, dotykania nosa, oka, ucha, przechylania głowa, odwracania wzroku czy ściągania lub unoszenia brwi mówmy otoczeniu i wchodzącym w interakcję z nami osobom dużo więcej, niż słowa, które wypowiadamy i jakiekolwiek słowa, których moglibyśmy użyć. Co więcej, zapominamy, że ciało może być, i często jest zdradliwe, a nasze gesty mogą nieświadomie zaprzeczać temu o czym mówimy. Trudno uwierzyć w szczerość i dobre intencje osoby, która podczas rozmowy ucieka wzrokiem i nie patrzy na swojego rozmówcę. Nie porwie tłumu ktoś, kto mówi nawet najciekawsze rzeczy jednostajnym, monotonnym głosem, trzymając ręce nieruchomo wzdłuż ciała. Trudno podzielać radość osoby, która śmieje się jedynie wykrzywiając usta, przy jednoczesnej gładkiej twarzy w okolicach kącików oczu. Dopiero złączenie ze sobą słów i gestów podczas rozmowy z człowiekiem daje nam pełny obraz tego co naprawdę chce nam powiedzieć, albo tego co chce przed nami ukryć.

Zachowanie niewerbalne dzielimy na kinezykę i wokalikę. Na wokalikę składają się takie elementy jak barwa czy ton głosu, pauzy, ziewnięcia i tempo w jakim mówimy. Kinezyka natomiast odnosi się do wszelkich zachowań opartych na ruchu i składają się na nią:

- zachowania posturalno – gestowe, czyli te które wiążą się z postawą naszego ciała (torsu, rąk, nóg) podczas konwersacji;
- mimika, czyli praca mięśni naszej twarzy;
- spojrzenie, czyli posługiwanie się oczami podczas rozmowy;
- proksemika związana z fizycznym dystansem wobec naszego rozmówcy;
- haptyka związana z naszymi zachowaniami dotykowymi[4].

Inny podział zachowań niewerbalnych to rozróżnienie w ich ramach: parajęzyka, czyli tego co dotyczy głosu i wydobywania głosu (barwa, ton), ale także sposobu mówienia (wysokość, tempo, pauzy), proksemikę, czyli odległości pomiędzy poszczególnymi osobami, które się ze sobą komunikują, mimikę, czyli skurczów mięśni na naszej twarzy, wyrażających emocje oraz kinezjetykę, czyli gestów i postawy naszego całego ciała.

Powyższa klasyfikacja zachowań niewerbalnych[5] pokazuje jak silnie złożonym procesem jest komunikacja niewerbalna. I o ile komunikacja werbalna łatwiej daje się „sterować", o tyle komunikaty niewerbalne wysyłamy często w sposób niezależny od nas, a co więcej stanowią one nierzadko zaprzeczenie tego, co mówimy.

[4] T. G. Groove, *Dyadic Interactions*, William C. Brown Communications Inc., Dubuque, Iowa 1991

[5] Drugą najbardziej znaną klasyfikacją zachowań niewerbalnych jest ta, która została stworzona na podstawie znaczeń danego zachowania i jego skutków dla interakcji. Wyróżnia się w niej: ilustratory, regulatory, emblematy, adaptatory i ekspresje afektu. Zob. P. Ekman, W. V. Friesen, *Nonverbal Leakage and Clues to Deception*, Psychiatry, 1969, 32

Związane jest to z tym, że niektóre sygnały są wysyłane do otoczenia poza naszą świadomością. Często również komunikat niewerbalny potrafi nam powiedzieć więcej niż słowa. Jeśli spotykamy się ze znajomą osobą, to zazwyczaj najpierw widzimy, czyli odczytujemy niewerbalnie, jaki jest jej stan ducha, czy jest przygnębiona czy szczęśliwa, a dopiero potem możemy to od niej usłyszeć. Albo o ile bardziej znaczące jest powiedzenie „Kocham Cię" do drugiej osoby, kiedy patrzymy jej prosto w oczy, niż to samo „Kocham Cię" wypowiedziane ze wzrokiem skierowanym na lodówkę. W obu sytuacjach komunikat werbalny jest ten sam, ale pod względem niewerbalnym w tej drugiej sytuacji nie możemy być pewni czy obiektem uczuć jesteśmy my, czy nowo zakupiona lodówka. Ażeby unikać tego typu dwuznaczności powinniśmy nauczyć się synchronizować nasze ciało z tym, o czym w danej chwili mówimy. Jest to trudne, tym bardziej, że jak już wspomniałem, nasz mózg wysyła niektóre komunikaty niejako „poza nami".

Tym, co niezwykle rozpala umysły ludzi, jeśli chodzi o mowę ciała, jest umiejętność rozpoznawania na podstawie gestów, czy ktoś kłamie. Tak naprawdę jest to bardzo trudne z jednego względu – przez całe życie uczymy się kłamać i maskować kłamstwo. To jeden z elementów przetrwania. Kłamiemy, bo chcemy coś zyskać lub nie chcemy czegoś stracić. Są jednak gesty, które mogą nas zdradzić i powiedzieć innym, kiedy kłamiemy.

I zazwyczaj jest to poza naszą kontrolą. No chyba że jesteśmy wytrawnymi graczami pokera – wtedy rozszyfrować nas będzie bardzo trudno.

Gesty towarzyszące wypowiadanemu kłamstwu trzeba analizować w kontekście, czyli w sytuacji, kiedy podejrzewamy, że ktoś może nas okłamywać. Jeśli widzimy, że ktoś podniósł ołówek z podłogi, po czym mówi nam, że podniósł ołówek z podłogi, to gdyby nawet wykonywał gesty towarzyszące kłamstwu, to nie odczytalibyśmy jego przekazu niewerbalnego jako kłamstwa.

Wiele gestów związanych z kłamstwem odwołuje się do czasów dzieciństwa. Dzieci, które kłamią, po wypowiedzeniu kłamstwa często zakrywają ręką usta, jakby chciały odwrócić bieg zdarzeń i wepchnąć z powrotem do buzi to co powiedziały. Jako dorośli nie robimy tego tak ostentacyjnie, ale manipulowanie przez kogoś palcami czy dłonią w okolicach ust podczas mówienia może nas skłaniać do podejrzeń, że dana osoba kłamie.

Podobnie jest z zakrywaniem oczu u dzieci, kiedy kłamią. Wypowiadając kłamstwa, pocierają oczy w myśl zasady „nic nie widzę, więc mnie nie ma" (jakby chciały powiedzieć: „To nie ja kłamię, to jakoś samo wychodzi"). Osoby, które kłamią, często spuszczają bądź odwracają wzrok. Kłamców zdradza też głos, ponieważ często mówią przesadnie wolno, ważąc każde słowo. Odchrząkują, bo zasycha im w gardle. Nie panują nad tonem głosu, a ich oddech staje się płytszy, co z kolei wpływa na tembr głosu. Jedną z oznak tego, że ktoś kłamie jest coś, co nazywamy „efektem Pinokia". Niemal każdy kojarzy postać chłopca, stworzonego w latach 80. XIX wieku przez włoskiego pisarza Carla Collodiego. Gdy Pinokio kłamał, wydłużał mu się nos. To zaskakujące, jak idealnie Collodi ze swoją historią wpasował się w anatomiczne uwarunkowania naszego ciała. Otóż, kiedy kłamiemy, a tym samym jesteśmy poddani działaniu presji, do tkanek naszego nosa napływa zwiększona ilość krwi. Wskutek czego nos, choć jest to niewidoczne gołym okiem, powiększa się. Ponadto wywołany krwią obrzęk powoduje swędzenie. Dlatego też wiele osób, które kłamią, bezwiednie dotykają swojego nosa.

2.4. Słuchanie

W komunikacji ważne jest nie tylko nadawanie komunikatu, ale również umiejętność jego odbierania. Mam tu na myśli sztukę słuchania. Jest to „sztuka", ponieważ jest to proces, który wymaga od nas bardzo dużych umiejętności. Ze słuchaniem wiąże się jeden z najczęstszych mitów dotyczących procesu komunikacji, mówiących o tym, że jest to umiejętność, z którą każdy się rodzi. Nie jest to prawda.

> ***Jak zauważają Ralph G. Nichols i Leonard A. Stevens – ludzie „mają wprawdzie sprawne uszy, lecz często nie posiadają potrzebnych umiejętności słuchowych, które pozwoliłyby im efektywnie wykorzystać te narządy w procesie zwanym słuchaniem"[6].***

Nichols i Stevens tym samym wyraźnie rozróżniają od siebie umiejętność „słyszenia" od sztuki „słuchania". Prawda jest bowiem taka, że rodzimy się (przynajmniej większość z nas) z umiejętnością słyszenia, a sztuki słuchania musimy się dopiero nauczyć. Do pewnego momentu jako dzieci, radzimy sobie z tym świetnie, jednak potem, często niezależnie od nas jest już tylko gorzej. Analizując procesy socjalizacyjne i edukacyjne zachodzące w naszym społeczeństwie z przykrością należy stwierdzić, że szkoła w żaden sposób nie uczy i nie wspiera rozwijania umiejętności słuchania. Zdarza się, że w późniejszych latach część z nas postanawia naprawić „szkody" wyrządzone w tej materii przez szkołę, jednakże większość nie docenia wagi słuchania w procesie efektywnej komunikacji.

[6] R. G. Nichols, L. A. Stevens, *Słuchanie ludzi*, [w:] R. G. Nichols, L. A. Stevens, F. Bartolome, C. Argyris, *Efektywna komunikacja*, Harvard Business School Press, 2005, s.9

Świadomość istnienia triady komunikacyjnej (komunikacja werbalna, niewerbalna i słuchanie) jest warunkiem koniecznym, ale niewystarczającym do tego, żeby poprawnie i co ważne – efektywnie komunikować się z drugim człowiekiem.

Szczególnym rodzajem komunikacji jest relacja lekarz/lekarka – pacjent/pacjenta. Nie sposób zliczyć, ile narosło wokół tej relacji anegdot i czasem niewybrednych żartów. Jaką rolę w tym układzie ma pełnić lekarz, a jaką pacjent? Która z tych ról jest trudniejsza? Która bardziej stresująca? Większość powiedziałaby, że rola pacjenta. Niestety nie – pacjentów jest wielu, a lekarz tylko jeden. Zapanowanie nad wieloma pacjentami, z którymi lekarz styka się w ciągu dnia, wymaga niespotykanych umiejętności interpersonalnych. To, co skutkuje w przypadku jednej osoby, niekoniecznie działa w przypadku drugiej. Lekarze/lekarki próbują własnymi „domowymi" sposobami „wyczuć" pacjentów i czasami ponoszą w tym starciu porażkę. Ale jak słuchać i jak rozumieć, a jednocześnie dobrze, odpowiedzialnie i z zachowaniem podstawowych zasad zdrowia psychicznego wykonywać zawód lekarza/lekarki? Tego można się nauczyć. Wystarczy poznać kilka technik i doskonalić je w codziennej pracy w gabinecie/szpitalu.

Poznanie technik z zakresu komunikacji interpersonalnej ze szczególnym zwróceniem uwagi na komunikację niewerbalną i słuchanie, w zawodzie lekarzawydaje się koniecznością. Jednak sama znajomość technik nie wystarcza. Potrzebne jest systematyczne i nieustanne doskonalenie tych umiejętności.

> ***Jednym z najtrudniejszych elementów pracy lekarza jest umiejętność poruszania się pomiędzy różnymi typami pacjentów, ich postawami i oczekiwaniami, przy jednoczesnym dużym napięciu emocjonalnym związanym z chorobą.***

Właściwe rozpoznanie określonego typu i zachowania pacjenta, pozwala na zastosowanie określonych technik i dzięki temu na lepszą pracę z pacjentem podczas całego procesu leczenia.

Jest grupa lekarzy/lekarek, którzy posiadają wrodzone umiejętności komunikacji z pacjentami. Zazwyczaj są osobami otwartymi, optymistycznymi, uzewnętrzniającymi swoje emocje. Podczas praktyki lekarskiej wykształcili u siebie określone sposoby radzenia z różnego rodzaju pacjentami. Opierając się na przypisanych cechach charakteru i latach praktyki, metodą prób i błędów wypracowali system, który pozwala im na w miarę „bezkolizyjną" współpracę z pacjentami. Jednak nie wszyscy lekarze mają wrodzone umiejętności otwartej komunikacji z innymi ludźmi, w tym również, a może szczególnie z pacjentami. Jest mnóstwo lekarzy, którzy z natury są zamknięci w sobie, nie okazują emocji, nie potrafią empatycznie reagować na potrzeby pacjentów.

Na koniec warto zadać pytanie, czemu służy poprawna komunikacja? Na to pytanie można odpowiedzieć z perspektywy dwóch płaszczyzn: filozoficzno-socjologicznej i fizjologicznej. Filozoficznie rzecz ujmując

komunikacja ma bezpośredni wpływ na nasze człowieczeństwo. Otóż nie jesteśmy w stanie rozwinąć naszego ludzkiego potencjału w sytuacji, kiedy komunikujemy się z innymi z dużym dystansem, bezosobowo i jednostronnie. Człowiek jest istotą społeczną, a komunikacja jest tym procesem, który określa jacy naprawdę jesteśmy. Z fizjologicznego punktu widzenia komunikacja wpływa na pracę naszego organizmu. Dowodzą tego chociażby badania przeprowadzane przez Jamesa J. Lyncha, który twierdzi, „że dialog między ludźmi nie tylko w sposób znaczący wpływa na pracę serca, lecz może nawet zmieniać biochemię pojedynczych tkanek na najdalszych peryferiach ciała”[7].

Zatem warto już od dziś zadbać o to, żeby nasza komunikacja ze światem społecznym stała się mniej afektywna, a stała się jak najbardziej efektywna.

[7] J. J. Lynch, *The Language of the Hart: The Body's Response to Human Dialogue*, Basic Books, New York 1985, s. 3

2.5. Lekarz i pacjent – role społeczne

Jedna z najbardziej interesujących publikacji naukowych na temat komunikacji lekarzy z pacjentami *Doctors Talking with Patients/ Patients Talking with Doctors* dotyka bardzo interesującego tematu związanego z komunikacją z pacjentami, szczególnie w aspekcie zwiększającego się niezrozumienia na linii pacjent-lekarz, będącego nierzadko przyczyną rozdrażnienia i agresji pacjentów kierowanej wobec lekarzy. Chodzi o pewien rodzaj „zaniedbania" ze strony personelu medycznego, u podstaw którego leżą dwie zasady. Pierwsza odnosi się do lekarza i jego medycznej, fachowej wiedzy, a w społecznym ujęciu – do jego autorytetu. Druga odwołuje się do umiejętności poprawnej komunikacji z drugim człowiekiem jako *sine qua non* pracy lekarza z pacjentem[8]. Autorki książki Debra Roter i Judith Hall zwracają uwagę na to, że niemalże od 60 lat powoli zapominamy o powyższych zasadach – będących jednocześnie fundamentami pracy lekarza – poddając się hegemonii biomedycznego modelu zdrowia, który odhumanizował praktykę lekarską, zaprzeczając leżącej u jej podstaw idei spotkania dwóch ludzi, z których jeden szuka pomocy, a drugi ma za zadanie pomóc.

W efekcie, co zauważa Lawrence Daltroy mamy do czynienia z sytuacją, w której pacjenci nie są zbytnio zainteresowani uzyskiwaniem informacji, a lekarze nie są zbyt chętni, żeby je dawać[9]. Choć w wielu przypadkach – zarówno w odniesieniu do pacjentów, jak i lekarzy – jest to zbyt duże uproszczenie, to jednak ma to dalekosiężne i zgubne dla omawianej relacji komunikacyjnej konsekwencje. Wiąże się to z tym, że „społeczeństwo zwykło skupiać się głównie na oczekiwaniach większości, czyli pacjentów, nie zwracając uwagi na potrzeby lekarzy. Człowieczeństwo lekarzy, z ich odczuciami, wątpliwościami i emocjami zostało zepchnięte do narożnika.

[8] Debra L. Roter, Judith A. Hall, Doctors Talking with Patients/ Patients Talking with Doctors. Improving Communication in Medical Visits, Praeger, Westport-London 2006, s. 4

[9] Lawren H. Daltroy, Doctor-patient Communication in Rheumatological Disorders [w:] Stanton Newman, Michael Shipley (red.), Psychological Aspects of Rheumatic Disease, Balliere's Clinical Rheumatology, Vol. 7 (2), Balliere Tindal, London 1993, ss. 221-240, s. 224

Lekarze w oczach społeczeństwa należą do świata personelu medycznego. Stali się odhumanizowanymi przedstawicielami administracji, urzędnikami wpisanymi w społeczną służbę, mającymi wypełnić przeznaczone dla nich zadania zgodnie z narzuconymi odgórnie procedurami"[10]. W efekcie proces komunikacyjny na linii lekarz-pacjent zostaje zaburzony, co ma bezpośredni wpływ na definicję sytuacji społecznej lekarzy i ich roli.

Znakomita większość absolwentek i absolwentów kierunków lekarskich jest przygotowana do tego, że będzie leczyć pacjentów. Jednak w codziennej pracy bardzo szybko okazuje się, że oprócz leczenia oczekiwane są od innych inne umiejętności – również komunikacyjne – a przede wszystkim umiejętność słuchania, bo słuchający i rozumiejący lekarz, to ideał większości pacjentów. Ale jak słuchać i jak rozumieć, a jednocześnie dobrze, odpowiedzialnie i z zachowaniem podstawowych zasad zdrowia psychicznego wykonywać zawód lekarza? Tego można się nauczyć. Wystarczy poznać kilka technik i doskonalić je w codziennej praktyce. A różnorodność pacjentów, ich rodzaje i mnogość typów, z czasem złożą się w jeden wzorzec, stanowiący klucz do sukcesu, mówiący o tym, że **pacjent nie jest przypadkiem – jest człowiekiem**.

Każda komunikacja z drugim człowiekiem ma zawsze swój początek i koniec, które zależą tylko od nas. Niezwykle rzadko zdarza się, że zły początek komunikacji ma swój dobry koniec. Kiedy źle zaczniemy, problemy zaczynają się nawarstwiać i katastrofa gotowa. Jeśli przekażemy pacjentom nasze złe emocje, to możemy być więcej niż pewni, że dostaniemy od nich (z nawiązką) również złe emocje. Co więcej nie będą mieli ochoty nas słuchać ani z nami współpracować. A chyba na tym nam najbardziej zależy. W gabinecie lekarskim każdy odgrywa swoje wyznaczone, wyuczone w procesie socjalizacji role.

[10] Tomasz Sobierajski, *33 czytanki o komunikacji, czyli jak być dobrym lekarzem i nie zwariować,* Medycyna Praktyczna, Kraków 2015, s. 22

ROLA PACJENTA

Pacjent przychodząc do gabinetu lekarskiego czy przebywając w szpitalu jest zazwyczaj zaniepokojony, zestresowany, zdenerwowany. Nierzadko te trzy stany występują jednocześnie. Oczekuje od lekarza, że ten go wysłucha i pomoże. Szuka w lekarzu oparcia opierając się na jego społecznym autorytecie.

ROLA LEKARZA

Lekarz oczekuje od pacjenta podporządkowania, współpracy i... dbałości o higienę. Słyszy pacjentów, ale ich nie słucha. Swój autorytet przekuwa na relację paternalistyczną, a nie partnerską.

Sytuacja komplikuje się jeszcze bardziej, kiedy chodzi o dziecko. Niepokój rodziców o dziecko jest zazwyczaj kilkakrotnie większy, niż gdyby to oni sami są pacjentami. Rozmawiają z lekarzem pełni nadziei, ale i roszczeń. Pełni zaufania, ale i wiary w dokonanie rzeczy niemożliwych. Dużo szybciej zniechęcają się, kiedy leczenie nie przynosi wymiernych efektów. Postępują nieracjonalnie, wsłuchani w podszepty „uzdrawiaczy" – od sąsiadki do doktora Google.

> ***Praca z rodzicami jest dla większości lekarzy dużo cięższa niż praca z dzieckiem. Jednak nie można zapominać, że rodzice/opiekunowie, którzy przychodzą do gabinetu z dzieckiem, również potrzebują opieki, a raczej zadbania o to, żeby byli – obok dziecka – podmiotami w tej relacji.***

Zaniedbanie tego elementu ze strony lekarza może sprawić, że samo leczenie dziecka może być utrudnione. To skomplikowany i niezwykle kruchy system naczyń połączonych. A lekarz musi poruszać się w nim ze sprawnością snajpera na polu minowym. I też ma tylko jedną szansę na pomyłkę.

Zazwyczaj rodzice i lekarze, choć tak zależni od siebie, nie spotykają się we wspólnym punkcie zrozumienia. Nierzadko nie słuchają się nawzajem, oskarżają się o niezrozumienie i brak współczucia. To sprawia, że każde wahnięcie w relacji lekarz-pacjent jest tak trudna i może przynieść nieodwracalne skutki. A przecież obu stronom zależy na tym samym. Na zdrowiu dziecka.

2.6. Pacjenci pośredni i bezpośredni

Jedną z podstawowych zasad poprawnej komunikacji lekarza z pacjentem jest poświęcenie pacjentowi odpowiedniej ilości czasu i uwagi. Łatwiej powiedzieć, trudniej zrealizować. W niektórych przypadkach – z czym na pewno większość lekarzy spotkała się w codziennej praktyce – czas dla pacjenta jest regulowany wewnętrznymi, mniej lub bardziej formalnymi, ustaleniami. Zazwyczaj jest to od 15 do 20 minut. Tworzenie tego typu ograniczeń czasowych ma na celu zwiększenie wydajności pracy lekarzy – co w efekcie doprowadza samych lekarzy do frustracji, a pacjentów do rozgoryczenia i rozdrażnienia. Można domniemywać, że wprowadzenie limitów czasowych wiąże się również z wyznaczeniem dokładnych godzin przyjęcia pacjentów, ażeby zapobiec ich wielogodzinnym oczekiwaniom w kolejce do lekarza. To słuszna idea, jednak każdorazowe ograniczenie czasu na jednego pacjenta do kilkunastu minut nie znajduje wytłumaczenia. Przeprowadzenie pełnego wywiadu z pacjentem, zbadanie go, wypełnienie formularzy, udzielenie odpowiedzi na pytania pacjenta, zazwyczaj wykraczają poza określony limit czasu. Może się zdarzyć, że będzie to wystarczający czas dla pacjentów młodych, którzy lepiej słyszą, szybciej wykonują polecania i prośby (np. te, które dotyczą rozebrania się do badania) i mają dużo lepszą koordynację ruchową. A co w przypadku pacjentów starszych, niedołężnych, niesłyszących? Albo w przypadku pacjentów pediatrycznych? W tych przypadkach limit czasu powinien zostać zwiększony.

Czas ograniczony do kilkunastu minut w przypadku wizyty w gabinecie rodzica (rodziców) z dzieckiem jest zazwyczaj niewystarczający. Analizy pracy lekarzy pracujących z pacjentami pediatrycznymi, realizowanej w ośrodkach, przychodniach czy zakładach zdrowia, pozwala zauważyć, że **praca z pacjentem pediatrycznym** ma duży wpływ na efektywność pracy lekarzy. Jak również odnosi się fałszywie do różnego rodzaju ustawowych i wynikających z rozporządzeń przeliczników dla lekarzy – zarówno na gruncie ekonomiki zdrowia, jak i realizacji czasu pracy lekarzy. Wynika to ze specyfiki konstruktu jakim jest „pacjent pediatryczny". Dla większości osób „pacjent pediatryczny" jest równoważny z dzieckiem. Tymczasem

praca lekarza zajmującego się tym typem pacjentów nie ogranicza się jedynie do dziecka, obejmuje również współpracę z rodzicami/opiekunami dziecka. Ściśle rzecz ujmując, lekarz realizujący praktykę pediatryczną, ma do czynienia nie tylko z pacjentem-dzieckiem, ale także z pacjentem--rodzicem/opiekunem lub rodzicami/opiekunami. Mamy tu bowiem do czynienia – o czym pisałem w mojej książce – zarówno z pacjentem bezpośrednim, czyli dzieckiem, jak i z pacjentem pośrednim, czyli rodzicem lub opiekunem[11]. Tym samym liczba pacjentów w przypadku „pacjenta pediatrycznego" jest zdublowana. Dlatego też czas przeznaczony dla rodzica/opiekuna i dziecka w gabinecie lekarskim podczas wizyty powinien być podwójny (o innych przelicznikach nie wspominając).

Zwiększona, odpowiednia ilość czasu dla pacjenta to podstawa do skutecznego radzenia sobie z rodzicami w sytuacjach konfliktowych i trudnych, ograniczająca rozdrażnienie rodzica i frustrację lekarza.

Termin „odpowiednia ilość czasu" jest dość enigmatyczny i zależy od wielu czynników. Głównie od fizycznej dyspozycji dziecka (mniej lub bardziej chore), celu wizyty (kontrola zdrowia, pogłębione badanie lub np. rozmowa na temat szczepień), a także od psychospołecznych predyspozycji zarówno lekarza, jak i pacjenta pośredniego. Zarówno wśród lekarzy, jak i rodziców są osoby, które dość łatwo nawiązują kontakty, nie mają problemu z formułowaniem sądów, potrafią słuchać, znają mowę ciała oraz potrafią trafnie odczytywać emocje innych ludzi. Jeśli – szczególnie lekarze – posiadają ten zestaw cech, to czas, który poświęcą pacjentowi będzie krótszy. Jeśli jednak lekarz nie ma wykształconych wyżej wymienionych umiejętności w stopniu wysokim, to czas który poświęci na pacjenta będzie dłuższy. Wynika to z tego, że więcej czasu zajmie mu odczytanie emocji pacjenta, nawiązanie z nim kontaktu, dotarcie do niego, odpowiednie sformułowanie

[11] Tomasz Sobierajski, *33 czytanki o komunikacji...* , s. 105

komunikatu na zrozumiałym dla pacjenta poziomie i odpowiednie pokierowanie rozmową. Przy czym – powtarzam to po raz kolejny – mówimy o zdublowanym pacjencie (rodzicu i dziecku), niestanowiącym jednak jednorodnego odbiorcy komunikatu lekarza. Zarówno do dziecka, jak i do rodzica trzeba kierować inne (w formie i treści) komunikaty.

Warto zaznaczyć, że ów czas dotyczy zarówno pacjenta, jak i lekarza. Wspomniane już przeze mnie biurokratyczne „osobominuty", odnoszą się z założenia jedynie do pacjenta**.** Tymczasem warto pamiętać, że także lekarz potrzebuje czasu dla siebie, pomiędzy wizytami kolejnych pacjentów. Jest to czas na ułożenie planu działania, zaplanowanie terapii, wzięcie głębokiego oddechu, a także na wypełnienie zwiększającej się liczby dokumentów z wizyty. Czas, który powinien dać sobie lekarz – w zależności od rodzaju pacjenta i samopoczucia lekarza – może zaowocować mniejszym stresem, a w efekcie większą satysfakcją z pracy. Natomiast czas, który lekarz daje pacjentowi, będzie procentował w dalszej współpracy z nim, a także poradzenie sobie z jego rozdrażnieniem.

Wspomniałem już, że różni pacjenci wymagają różnej ilości czasu. Zależy to także od momentu, w którym znajduje się pacjent poddany terapii. Najważniejsza i w efekcie najdłuższa powinna być pierwsza wizyta dziecka w gabinecie i pierwsza rozmowa z pacjentem-rodzicem. Jeśli podczas tej rozmowy lekarz zaoszczędzi na czasie, może mieć pewność, że w przyszłości w trakcie wizyt tego pacjenta (bezpośredniego i pośredniego) za każdym razem będą pojawiać się nowe problemy, wynikające z braku dostatecznych informacji przy pierwszym spotkaniu. Niedoinformowany, a w efekcie zagubiony podczas pierwszej rozmowy pacjent, zamieni się w kulę śniegową, która z wizyty na wizytę będzie coraz większa. Taki pacjent będzie miał coraz więcej pytań, coraz więcej wątpliwości, a stopień jego rozdrażnienia będzie coraz większy.

Niepewność wynikająca z niedoinformowania, będąca wynikiem oszczędności czasu przez lekarza, spowoduje u pacjenta strach oraz większą

podatność na szukanie innych źródeł informacji, niestosowanie się do zaleceń, niezrozumienie powagi sytuacji, a w najgorszym wypadku przerwanie terapii. Jeśli jednak lekarz poświęci pacjentowi wystarczająco dużo czasu i uwagi, w zależności od jego potrzeb (ale tylko w granicach leczenia), to można mieć pewność, że kolejna wizyta nie będzie już tak zajmująca pod względem czasu. Oczywiście zawsze będą tak zwane „trudne przypadki", ale dość szybko można będzie wyczuć, czy pacjent traktuje lekarza podmiotowo (lekarz, do którego mam zaufanie) czy też przedmiotowo (słuchacz, który nie ma gdzie uciec i musi wysłuchać wszystkich moich problemów pacjenta, bo nikt inny nie ma już na to ochoty).

Poprawnie przeprowadzona rozmowa z pacjentem to klucz do sukcesu terapeutycznego. Jej celem powinno być m. in.:

- zebranie od pacjenta niezbędnych informacji zdrowotnych, potrzebnych do wyboru sposoby leczenia;
- poznanie oczekiwań pacjent odnośnie leczenia;
- poznanie obaw pacjenta związanych z chorobą i leczeniem;
- przedstawienie się lekarza jako fachowca;
- określenie wspólnego celu działania w podejmowanej terapii.

Podczas pierwszej rozmowy lekarz zawsze buduje sobie bazę do zaufania, dobrej współpracy, ale także do oszczędności czasu w przyszłości. To, jak lekarz wykorzysta ten czas i jak silny zbuduje fundament relacji z pacjentem, zależy głównie od niego.

Gabinet lekarski to mała scena, na której każdy ma do odegrania swoją rolę. Lekarze są reżyserami i decydują o dramaturgii spektaklu, rozdają role i decydują o tym, kiedy będzie antrakt. Ale jest to możliwe tylko dzięki zaangażowaniu lekarza. W innym wypadku role się odwrócą, a niechcianym reżyserem będzie pacjent.

Warto pamiętać, że pacjenci są gośćmi, o których warto zadbać i... dać im „przedstawienie" takie, jakiego oczekują. Kiedy wyjdą zadowoleni z przedstawienia, to nie dość, że będą polecać lekarza innym, to jeszcze z ochota wrócą, podchodząc do lekarza i do jego pracy i zaangażowania z dużym szacunkiem. Jeśli natomiast lekarz „nie odegra" swojej roli lekarza poprawnie, nie będzie go słychać, widz się szybko znudzi, przestanie słuchać i zaraz po wyjściu z gabinetu zapomni o tym, co zostało ustalone, burząc tym samym pracę lekarza pracę i marnotrawiąc jego czas. Co więcej – tak jak po każdym nieudanym spektaklu – pacjentowi będzie towarzyszyło uczucie rozdrażnienia, które – jeśli będzie zmuszony wrócić do danego lekarza – z pewnością zamanifestuje już na początku.

Kolejnym elementem mającym wpływ na rozdrażnienie rodziców to duży stres związany z wizytą u lekarza, który jest istotną barierą w komunikacji. Stres ten może być spowodowany chorobą dziecka, związanymi z tym uczuciem zmęczenia i zniechęcenia oraz strachem o zdrowie potomka. Nie należy zatem każdorazowo traktować rozdrażnienia rodzica *ad personam*. To nie jest miecz wymierzony w lekarza, to raczej forma obrony przed kolejnym atakiem. Zadaniem lekarza jest nie tyle wytrącić pacjentowi ten miecz z ręki, a raczej sprawić, żeby pacjent go odłożył z daleka od siebie i zaczął współpracować. Tymczasem spora grupa lekarzy na widok miecza podejmuje walkę, w której nie ma zwycięzców, są tylko przegrani.

2.7. Rozmowa o szczepieniach

Dla większości lekarzy i lekarek szczepienia, w tym szczepienia przeciw HPV są oczywistym i łatwym wyborem w celu ochrony dziecka przed wieloma groźnymi chorobami. Lekarze swoje przekonania opierają na wiedzy z badań naukowych, dzięki czemu mają świadomość, że szczepionki są bezpieczne, skuteczne, a niepożądane odczyny poszczepienne są rzadkością. Warto jednak pamiętać, że silne przekonanie lekarki czy lekarza na temat szczepień przeciw HPV zderza się często z bardzo dużą niepewnością rodziców na temat szczepień w ogóle.

> ***Dla rodziców szczepienia są oczywiste z punktu widzenia formalnego, natomiast na poziomie emocjonalnym pojawia się w związku z nimi szereg wątpliwości, które mogą być w prosty sposób rozwiane dzięki rozmowie z lekarką lub lekarzem.***

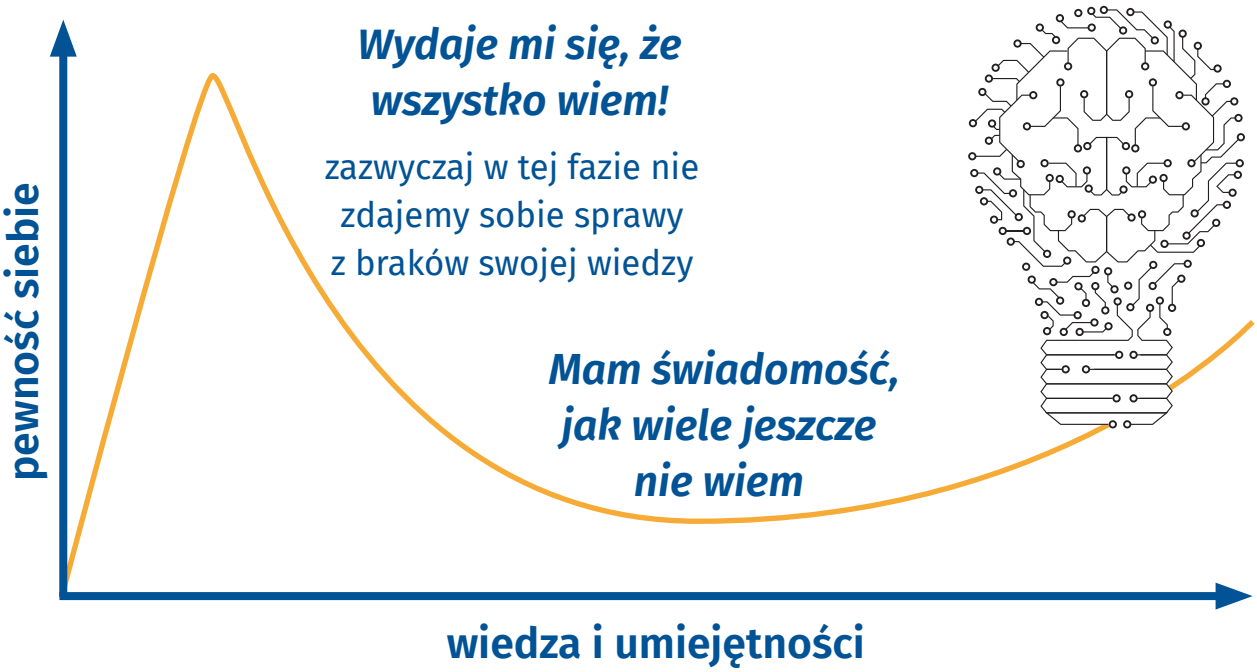
Wynika to z tego, że większość rodziców dzieci, które obecnie są szczepione, dorastało w czasach, w których szczepienia były powszechne, a zagrożenie chorobami zakaźnymi (do czasu COVID-19) było niewielkie albo żadne. W związku z tym przed rozmową z rodzicami należy poznać to, czego najbardziej się boją. Wachlarz możliwości jest ogromny, a reakcja na lęki rodziców jest kluczowa w procesie szczepienia. Jednym rodzicom wystarczy proste zapewnienie, że szczepionki przeciw HPV są bezpieczne i skuteczne, innym trzeba będzie poświęcić trochę więcej czasu. W związku z rozwojem Internetu, mitów na temat szczepień, które zagnieżdżają się w głowach rodziców jest coraz więcej. Z tego powodu pacjenci wymagają coraz bardziej indywidualnego traktowania, choć nadal siła autorytetu lekarskiego jest bardzo silna i – jak potwierdzają wyniki wielu badań z różnych krajów – stanowi najważniejszy element składowy podjęcia lub zaniechania/odroczenia szczepienia dzieci.

2.8. Pacjenci „wiedzą wszystko”

Wokół nas spotykamy osoby, które wykazują dużą pewność siebie względem wiedzy na temat szczepień i dyskutują z lekarzami i ekspertami na temat zasadności stosowania szczepionek czy wiedzy o niepożądanych odczynach poszczepiennych. W większości takie zachowanie jest wynikiem efektu Dunninga-Krugera, który można podsumować popularnym sformułowaniem „nie wiem (albo niewiele wiem), w związku z tym się wypowiem”. Również podczas rozmowy z rodzicami na temat szczepień lekarki i lekarze dość często spotykają się z sytuacją, w której rodzice dziecka wykazują się dużą pewnością siebie względem wiedzy na temat szczepień i próbują wchodzić z lekarką/lekarzem w dyskusję na temat zasadności stosowania szczepień lub niepożądanych odczynów poszczepiennych. Taka postawa rodziców bardzo utrudnia komunikację na temat szczepień i zaplanowanie szczepienia dziecka. W większości wypadków takie zachowanie rodziców jest wynikiem efektu Dunninga-Krugera, czyli przekonania danej osoby, że po przeczytaniu kilku artykułów lub obejrzeniu kilku filmów na YouTube ma bardzo dużą wiedzę na dany temat. Efekt ten ma bardzo ciekawą zależność, ponieważ osoby, które posiadają niewielką wiedzę w danej dziedzinie mają przekonanie, że są ekspertami, a osoby, które mają bardzo dużą wiedzę w danej dziedzinie mają mnóstwo wątpliwości. Z tego powodu lekarka/lekarz z dużą wiedzą na temat szczepień w argumentacji z rodzicem, któremu wydaje się, że wie dużo na temat szczepień nierzadko się wycofuje.

Efekt Dunninga-Krugera można podsumować popularnym sformułowaniem „nie wiem (albo niewiele wiem), w związku z tym się wypowiem”. Efekt ten dotyka wszystkich ludzi w wielu dziedzinach. Rodzice przed szczepieniem dziecka prawie zawsze czytają w internecie artykuły na temat szczepień. Jedne bardziej, a inne mniej wiarygodne. Z tego powodu wydaje im się, że wiedzą na temat szczepień bardzo dużo.

Znajomość efektu Dunninga-Krugera w komunikacji z pacjentami, pozwala na większą pewność siebie lekarki/lekarza w rozmowie z rodzicami.



- **Efektem Dunninga-Krugera** w psychologii określa się rodzaj błędu poznawczego, mówiącego o tym, że osoby nie posiadające wiedzy i umiejętności w danej dziedzinie mają tendencję do przeceniania swoich kwalifikacji. Natomiast w miarę zdobywania coraz większej wiedzy, osoby wykwalifikowane zdają sobie coraz bardziej sprawę z tego, ile jeszcze nie wiedzą.
- **Efekt Dunninga-Krugera** obserwujemy również w czasie dyskusji na temat szczepień. Jeżeli sami wydajemy jakieś opinie na temat szczepień lub słuchamy opinii innych, osób niezwiązanych z medycyną, warto się zastanowić czy posiadają wystarczające kwalifikacje aby oceniać wartość naukową tysięcy opublikowanych badań, oceniać dane epidemiologiczne i statystyczne, omawiać procesy patofizjologiczne oraz immunologiczne zachodzące w organizmie ludzkim? Czy nie lepiej byłoby jednak zaufać ekspertom, osobom poświęcającym całe swoje życie na zgłębianiu specjalistycznych dziedzin medycyny?

2.9. Wierzę w to, co mam pod ręką

Jednym z bardzo popularnych błędów poznawczych, jakim posługujemy się w codziennym życiu – również w komunikacji z innymi ludźmi – jest efekt dostępności. Mamy wrodzoną skłonność do myślenia, że jeśli coś zadziała lub nie zadziała na nas, to na pewno zadziała lub nie zadziała na inne osoby. Ma to szczególne zastosowanie w kwestiach, które dotyczą naszego zdrowia. Mamy przekonanie, że jeśli „uzdrowiła" nas jakaś pigułka czy terapia, to na pewno „uzdrowi" też kogoś innego i zadziała tak samo. Efekt dostępności, jak większość błędów poznawczych opiera się na tym, że to, o czym mówimy jest bardzo proste. Sprawy związane ze zdrowiem postrzegamy jako proste – takie, na których każdy się zna. Ale prawda jest taka, że zdrowie i funkcjonowanie organizmu człowieka jest sprawą bardzo skomplikowaną i zastosowanie tej samej terapii może bardzo pomóc jednej osobie, ale w ogóle nie pomóc – albo nawet zaszkodzić – innej. W efekcie dostępności przeceniamy nasze osobiste doświadczenie i mamy problem z dostrzeżeniem szerszej perspektywy i zrozumieniem, że świat jest dużo bardziej skomplikowany.

Jak efekt dostępności donosi się do szczepień, w tym do szczepień przeciw HPV? Otóż często rodzice dziecka mówią: „Nie zdecydujemy się na to szczepienie, bo nasze starsze dziecko/dziecko znajomych/dziecko kuzynki miało po nim wysoką gorączkę". Rodzice tym samym przyjmują założenie, że jeśli po danej szczepionce wystąpiła wysoką gorączka u innego dziecka, to na pewno ich dziecko po też szczepionce również będzie gorączkowało. Znajomość działania tego efektu pozwala na ograniczenie strachu rodziców poprzez pokazanie im szerszej perspektywy w związku z niepożądanymi odczynami (NOP) po szczepieniu.

2.10. Strach rodziców

Wachlarz źródeł informacji na temat szczepień, do których mają dostęp rodzice, jest bardzo szeroki. W Internecie, po wpisaniu do wyszukiwarki haseł związanych ze szczepieniami przeciw HPV, pojawia się bardzo wiele wyników. Znakomita większość rodziców ma bardzo duże **problemy ze zidentyfikowaniem wiarygodności przekazywanych informacji**, tym bardziej, że nawet na portalach czy stronach internetowych, które szczycą się wiarygodnością przekazywanych informacji, pojawiają się fake newsy. Oddzielną kategorią są portale społecznościowe, w których, powodowani efektem dostępności czy efektem Dunninga-Krugera dzielimy się swoimi doświadczeniami, które najczęściej bardzo mocno przeceniamy. Co więcej, większość osób nie rozumie działania algorytmów, które „podrzucają" nam treści, które powinny być dla nas najbardziej interesujące. Niemniej działanie algorytmów jest zawodne, ale dla kogoś, kto nie umie tego wychwycić, skutkuje „wrzuceniem" go/jej do bańki informacyjnej.

Z tego powodu rodzice pojawiający się na szczepieniu w gabinecie są nierzadko wystraszeni. Przeczytawszy wcześniej wiele informacji na temat szczepień podkarmiają swój lęk, który stanowi dużą przeszkodę w komunikacji.

Ważnym zadaniem jest **rozbrojenie tego lęku**, przez zapytanie, czego rodzice się boją w kontekście danego szczepienia czy w ogóle szczepień. Jeśli istnieje potrzeba i jest ku temu możliwość, to warto ten strach rozwiać poprzez przekazanie informacji na temat szczepień. Ale tak naprawdę w większości wypadków rodzicom wystarczy zapewnienie ze strony lekarza/lekarki, że szczepionki są skuteczne i bezpieczne. I tyle. Z jakiego powodu tylko tyle? Ponieważ niezmiennie od lat, to właśnie lekarze/lekarki są najbardziej cenionymi autorytetami wśród rodziców, jeśli chodzi o zdrowie dziecka i szczepienia.

2.11. Szczepienia to proces

W związku z niezwykle szybko zmieniającą się wiedzą na temat szczepień, bardzo ważne jest, żeby lekarki i lekarze, którzy w swojej codziennej praktyce zajmują się szczepieniami uzupełniali swoją wiedzę. Należy przy tym zwrócić uwagę na **źródła pozyskiwania tej wiedzy**. Specjaliści, którzy zajmują się zagadnieniami *Evidence Based Medicine*, czyli medycyny opartej na dowodach naukowych, podkreślają, że najlepiej korzystać z internetowych podręczników i baz z artykułami niż z podręczników drukowanych. Wynika to z tego, że w podręcznikach w wersji elektronicznej wiedza i zmiany uzupełniane są na bieżąco. Znajomość najnowszego piśmiennictwa jest o tyle ważna, że pandemia COVID-19 zmieniła również społeczne podejście do pozyskiwania wiedzy na temat szczepień. Część pacjentów, choć nadal mała, zdała sobie sprawę z istnienia medycznych czasopism naukowych, na które powołują się w rozmowach z lekarkami i lekarzami. Niemniej ci pacjenci są dla lekarek i lekarzy w gabinecie trudnym orzechem do zgryzienia. Część artykułów na temat szczepień, po upływie czasu została oznaczona jako „retracted", czyli wycofany, jako niespełniający wymogów naukowości czy rzetelności naukowej. W komunikacji z takim typem pacjentów warto zwracać im na to uwagę, tym bardziej, że gros z nich – szczególnie tych przeciwnych szczepieniom – wspiera się wiedzą właśnie z tych artykułów.

2.12. Podsumowanie

Zasady rozmowy o szczepieniach przeciw HPV z rodzicami

- Kiedy poinformujesz rodziców na temat tego, czym jest HPV i szczepienie przeciw HPV zadaj pytanie: „Jakie mają Państwo do mnie pytania?" – taka forma pytania jest otwierająca i zachęca do rozmowy. Nie zadawaj tego pytania w formie: „Czy mają Państwo jeszcze jakieś pytania?", bo ta forma jest zamykająca i zniechęca do zadawania pytań.
- Swoją postawą, głosem, gestami i tym co mówisz podkreśl, że jesteś przekonana/przekonany do szczepień przeciw HPV; powiedz np.: „To szczepienie jest bardzo ważne, bo chroni przed wieloma chorobami" albo „Szczepionką HPV szczepi się dzieci w największych i najbogatszych krajach od kilkunastu lat, dzięki temu wiemy, że te szczepienia są bezpieczne"; „Szczepionka przeciw HPV jest tak ważna dla zdrowia dzieci, że ja też zaszczepiła/zaszczepiłam swoje dziecko/dzieci".
- Jeśli rodzic ma pytania albo możesz wyczuć w jego głosie wątpliwości, nie oznacza to, że jest niechętny szczepieniom, może po prostu czegoś nie rozumieć, w związku z tym, warto go dopytać o te lęki i wyjaśnić wątpliwości.
- Jeśli rodzice podają informacje albo powołują się na źródła, których nie znasz, warto dopytać się, skąd mają te informacje i w razie potrzeby odesłać do profesjonalnych stron na temat szczepienia przeciw HPV.
- Jeśli rodzice odmówią zaszczepienia dziecka, nie upieraj się przy swoim. Daj im czas. Zaproponuj im szczepienie przy następnej wizycie. Niektórzy rodzice potrzebują więcej czasu do namysłu, skonsultowania się z kimś innym. Nie odbieraj tego osobiście.
- Jeśli rodzice nie chcą zaszczepić dziecka, należy poinformować ich o konsekwencjach związanych z niezaszczepieniem przeciw HPV.

- Sukcesem rozmowy z rodzicami na temat szczepienia przeciw HPV nie jest tylko to, kiedy od razu zdecydują się na szczepienie. Sukcesem jest również poinformowanie ich o zagrożeniach wynikających z zakażenia wirusem HPV, skuteczności i dalekosiężnych działań szczepionki, co wielu rodzicom daje do myślenia. W czasie kwalifikacji nastolatka do szczepienia należy przekazać jak najwięcej informacji na temat niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP) oraz bezpieczeństwa szczepionki.

Więcej informacji: *Przewodnik po szczepieniach przeciw HPV dla pracowników medycznych*

Najważniejsze argumenty, które pomogą rodzicowi podjąć decyzję o szczepieniu nastolatka przeciw HPV:

- Szczepionka przeciw HPV jest szczepionką przeciwwirusową. Związek pomiędzy zakażeniem wirusem HPV a chorobami nowotworowymi, w tym rakiem szyjki macicy, został potwierdzony w latach 90. XX wieku. Prof. Harald zur Hausen otrzymał za to odkrycie w 2008 roku nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny.
- Szczepienia przeciw zakażeniom HPV przeprowadza się u dziewcząt w wieku od 9 lat, ale najkorzystniej jest je wykonać w wieku 11. do 13. lat. W tym okresie uzyskuje się najwyższą ochronę przed zakażeniem.
- Szczepionki przeciw HPV są bardzo nowoczesne, wytworzono je metodami inżynierii genetycznej z wykorzystaniem zaawansowanych technologii. Zawierają one fragmenty osłonki białkowej wirusa, chroniącej materiał genetyczny drobnoustroju. Szczepionka nie zawiera materiału zakaźnego. Mobilizuje tylko układ odporności do wytworzenia przeciwciał i uruchamia mechanizmy służące zapewnieniu długotrwałej ochrony.

- Zakażenia HPV, podobnie jak szereg innych zakażeń wywoływanych przez inne drobnoustroje, przenoszone są drogą płciową. A zatem profilaktyka zakażeń HPV powinna zostać przeprowadzona w okresie poprzedzającym inicjację seksualną.
- Wyrażając zgodę na szczepienie swojego dziecka, dajemy mu szansę na uniknięcie w przyszłości groźnej dla ich zdrowia, a nawet życia choroby nowotworowej. Takiej możliwości nie sposób zmarnować.
- Szczepionki przeciw zakażeniom HPV są bezpieczne dla szczepionych dziewcząt i chłopców. Oceniając bezpieczeństwo szczepionek badacze analizują wszystkie dostępne dowody naukowe. Opublikowano setki prac w prestiżowych czasopismach naukowych potwierdzających ich bezpieczeństwo.
- Szczepionki przeciw HPV znamy od 2006 roku. Na świecie od tego czasu podano kilkaset milionów dawek szczepionek.
- Z powodu medialnych kontrowersji, szczepionki przeciw HPV należą do najwnikliwiej przebadanych pod względem bezpieczeństwa szczepionek. Żadne z podejrzeń nie znalazło potwierdzenia w analizach przeprowadzonych na dużych populacjach zaszczepionych.
- Rodzice szczepionych dziewcząt powinni wiedzieć, że szczepienia nie zwalniają dziewcząt od wykonywania w przyszłości regularnych badań cytologicznych lub innych badań przesiewowych, zgodnych z aktualną wiedzą medyczną i rekomendacjami właściwych instytucji.

Więcej informacji

> szczepienia info <