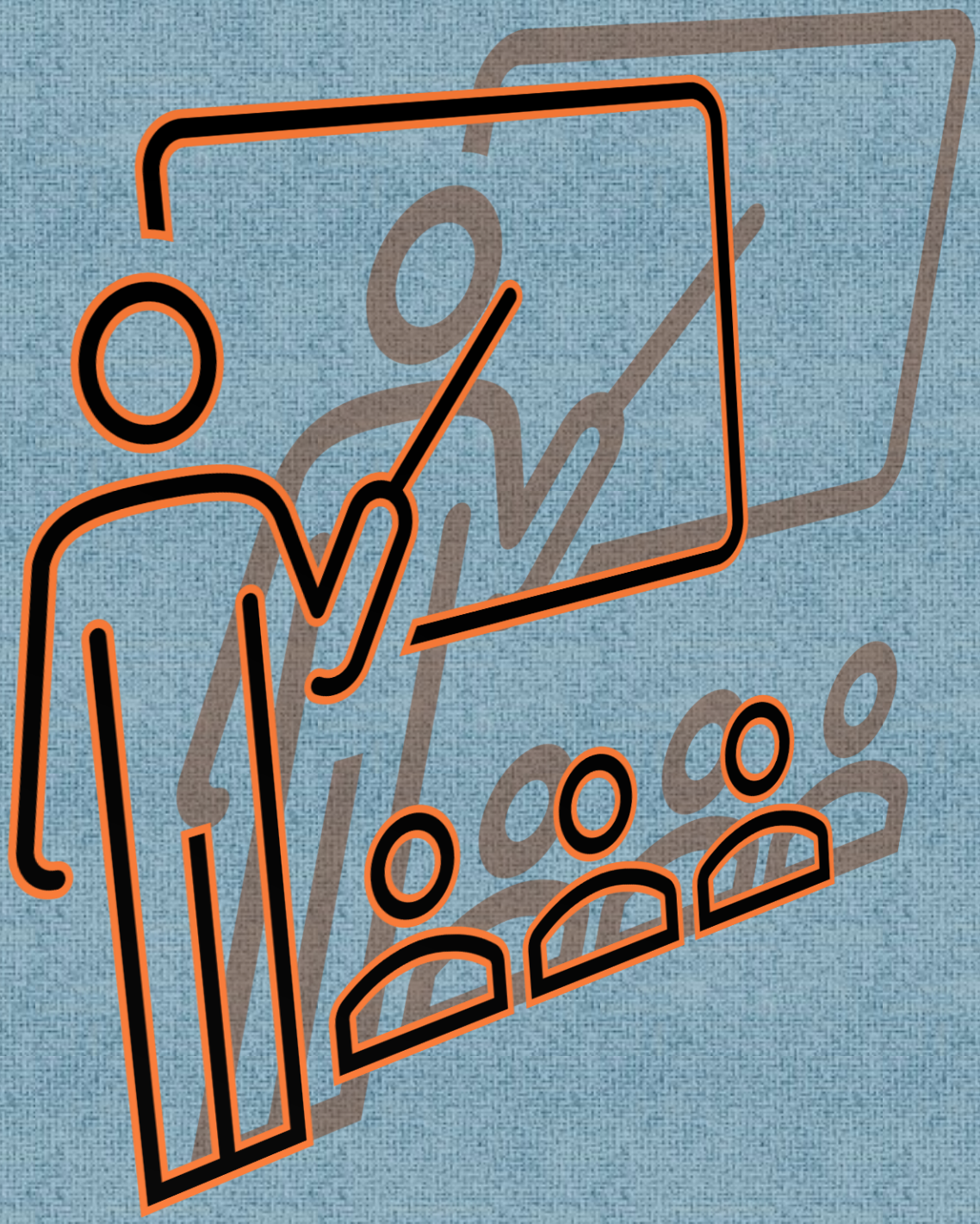
Antonina Doroszewska, Iwona Drozdowska, Magdalena Nowak,
Joanna Zawanowska, Agata Janczak, Łukasz Małecki,
Anna Rosada, Piotr Bienias, Marcin Kaczor

Standardy nauczania z udziałem symulowanych pacjentów



Antonina Doroszewska, Iwona Drozdowska, Magdalena Nowak, Joanna Zawanowska, Agata Janczak, Łukasz Małecki, Anna Rosada, Piotr Bienias, Marcin Kaczor

Standardy nauczania z udziałem symulowanych pacjentów



WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

Publikacja dofinansowana ze środków budżetu państwa w ramach programu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego pod nazwą „Nauka dla Społeczeństwa II” nr projektu NdS-II/SP/0505/2023/01 kwota dofinansowania 758 499,50 zł całkowita wartość projektu 758 499,50 zł





Autorzy
Antonina Doroszewska, Iwona Drozdowska, Magdalena Nowak, Joanna Zawanowska, Agata Janczak, Łukasz Małecki, Anna Rosada, Piotr Bienias, Marcin Kaczor

Recenzenci
Dr hab. n. med. Piotr Dziechciarz
Prof. dr hab. n. med. Piotr Zaborowski

Wydano za zgodą Uczelnianej Rady ds. Kształcenia WUM

ISBN 978-83-7637-685-1

Redakcja językowa
Monika Anna Twardziak

Skład i łamanie
Roman Sergej

Wydano w Sekcji Druków Uczelnianych
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
e-mail: wydawnictwo@wum.edu.pl
www.drukiuczelniane.wum.edu.pl

Spis treści

Wstęp **7**

Streszczenie w prostym języku **12**

1. Symulowany pacjent w kształceniu medycznym – na czym polega ta metoda? **14**

1.1. Kim naprawdę jest symulowany pacjent? I czym różni się od pacjenta standaryzowanego? 14

1.2. Dlaczego zajęcia z symulowanymi pacjentami mogą zmienić sposób uczenia się medycyny? 15

1.3. Co wyróżnia zajęcia z symulowanym pacjentem spośród innych metod dydaktycznych? 17

1.4. Od pierwszych inicjatyw do nowoczesnej symulacji – rozwój zajęć z symulowanymi pacjentami 19

2. Materiał i metody **27**

2.1. Cel badania 27

2.2. Metodologia badania 27

2.3. Realizacja badania 29

2.4. Analiza wyników 34

2.5. Stworzenie wytycznych dotyczących nauczania z udziałem symulowanych pacjentów 35

Co decyduje o jakości kształcenia z udziałem symulowanych pacjentów?

Wnioski na podstawie wyników badań i przeglądu literatury **37**

3. Dlaczego warto uczyć z udziałem symulowanych pacjentów? **38**

3.1. Czego można nauczyć się podczas zajęć z symulowanym pacjentem? 38

3.2. Bezpieczna przestrzeń do nauki, ćwiczenia i popełniania błędów, aby lepiej pomagać pacjentom 46

3.3. Co sprawia, że zajęcia z symulowanymi pacjentami są metodą tak wyjątkową? 49

3.4. Co symulowany pacjent wnosi do kształcenia medycznego? Wyniki w świetle badań 54

4. Przygotowanie symulowanych pacjentów **56**

4.1. Jakie cechy powinien mieć dobry symulowany pacjent? 56

4.2. Detale, które budują realizm – rekwizyty, charakteryzacja i inne narzędzia pracy symulowanego pacjenta 66

4.3. Jak przygotować symulowanego pacjenta do zajęć ze studentami? 67

4.3.1. Dobre szkolenie symulowanych pacjentów – od czego zacząć i o czym pamiętać? 67

4.3.2. Czego powinien nauczyć się symulowany pacjent? 70
4.3.3. Jak rozwija się warsztat symulowanego pacjenta? 72
4.3.4. Od podstaw do samodzielnej pracy – propozycja programu szkolenia symulowanych pacjentów 72
4.3.5. Scenariusz, który ożywa – jak przygotować symulowanych pacjentów do konkretnej roli? 73

5. Kiedy student powinien po raz pierwszy spotkać symulowanego pacjenta? Miejsce symulowanego pacjenta w programie kształcenia 79

5.1. Im wcześniej, tym lepiej? Symulowany pacjent od pierwszych lat kształcenia 80
5.2. Zanim studenci spotkają prawdziwego pacjenta – symulowany pacjent jako przygotowanie do kliniki 81
5.3. Jak przygotować studentów do komunikacji w sytuacjach szczególnych? 83
5.4. Jedne zajęcia to za mało – symulowany pacjent jako stały element programu 85
5.5. Kiedy i jak wykorzystywać symulowanych pacjentów w procesie kształcenia? Dyskusja 88

6. Symulowany pacjent czy…? Jak wybrać najlepszą metodę dydaktyczną. 91

6.1. Symulowany pacjent czy kolega z grupy – kto lepiej odegra pacjenta? 91
6.2. Symulowany pacjent czy prawdziwy pacjent – czego uczą nas oba spotkania? 95
6.3. Człowiek czy zaawansowany symulator – gdzie zaczyna się realizm? 97
6.4. Pacjent w sali czy na ekranie – symulowany pacjent a pacjent wirtualny 99
6.5. Rywalizacja czy współpraca? Jak symulowany pacjent uzupełnia inne metody dydaktyczne? Dyskusja 102

7. Co sprawia, że zajęcia z symulowanymi pacjentami są naprawdę skuteczne? 107

7.1. Zanim rozpocznie się scenariusz – jak przygotować studentów? 107
7.2. Kto uczy się podczas symulacji – uczestnicy czy obserwatorzy? 112
7.2.1. W centrum wydarzeń – czego uczy aktywny udział? 112
7.2.2. Czego można nauczyć się poprzez obserwację? 114
7.2.3. Działać czy obserwować – jak najlepiej wykorzystać obie role? 122

8. Informacja zwrotna, która uczy, a nie ocenia 125

8.1. Jak rozmawiać po symulacji, aby doświadczenie prowadziło do zmiany? 131

9. Co może pójść nie tak? Wyzwania i ograniczenia pracy z symulowanym pacjentem 133

10. Czego nie udało się rozstrzygnąć? Ograniczenia badania i publikacji 146

11. Symulowany pacjent w kształceniu medycznym – wnioski i perspektywy rozwoju 148

Wskazówki dotyczące nauczania z udziałem symulowanych pacjentów 151

Podziękowania 155

Aneks 1. Szablon scenariusza do zajęć z SP 156

Aneks 2. Przykładowy scenariusz do zajęć w ramach przedmiotu propedeutyka chorób wewnętrznych 168

Aneks 3. Przykładowy scenariusz do zajęć z komunikacji medycznej.....175

Spis tabel i rycin.....193

Wykaz skrótów 194

Piśmiennictwo 195

Noty o autorach 202

Wstęp

Edukacja medyczna odgrywa niezwykle ważną rolę nie tylko w przekazywaniu wiedzy i rozwijaniu umiejętności praktycznych, ale również w kształtowaniu postaw, wartości oraz tożsamości przyszłych przedstawicieli ochrony zdrowia. Jej celem jest przygotowanie osób, które będą kierować się odpowiedzialnością, empatią, szacunkiem dla drugiego człowieka oraz nadrzędną wartością, jaką jest dobro pacjenta. W tym ujęciu kształcenie medyczne obejmuje nie tylko rozwój kompetencji zawodowych, ale także budowanie człowieczeństwa w medycynie – zdolności dostrzegania pacjenta jako osoby, a nie wyłącznie przypadku klinicznego. Troska o drugiego człowieka (ang. *caregiving*) jest jednym z fundamentalnych wymiarów ludzkiego doświadczenia i w ochronie zdrowia przypomina, że medycyna nie może być sprowadzana wyłącznie do procedur i technologii, ponieważ jej istotą pozostaje relacja z drugim człowiekiem oraz odpowiedzialność za jego dobro i godność (Kleinman, 2012).

Edukacja oparta na symulacjach stanowi istotną metodę dydaktyczną wspierającą proces kształcenia przedstawicieli niemal wszystkich zawodów medycznych. Umożliwia rozwijanie szerokiego zakresu kompetencji, w tym umiejętności proceduralnych, komunikacyjnych, pracy zespołowej oraz podejmowania decyzji klinicznych. Symulacja może być wykorzystywana zarówno w procesie nauczania, jak i w ramach oceny formatywnej i sumatywnej oraz weryfikacji kompetencji klinicznych (Felix & Simon, 2022).

Od początku istnienia medycyny jedną z fundamentalnych zasad przyświecających działaniom osób wykonujących zawody medyczne pozostaje „po pierwsze nie szkodzić” (łac. *primum non nocere*). Maksyma ta jest również przywoływana w literaturze dotyczącej edukacji opartej na symulacji jako jedno z uzasadnień wykorzystania tej metody w kształceniu medycznym (Mackey et al., 2025). Dzięki możliwości ćwiczenia, popełniania błędów oraz otrzymywania informacji zwrotnej przed wejściem w rzeczywiste sytuacje kliniczne symulacja wspiera realizację tego podstawowego założenia. W tym ujęciu nie jest ona jedynie narzędziem dydaktycznym, ale wyrazem odpowiedzialności wobec pacjentów – pozwala przygotowywać przyszłych pracowników ochrony zdrowia do praktyki

klinicznej w sposób, w którym bezpieczeństwo i dobro pacjenta pozostają wartościami nadrzędnymi.

Choć w literaturze międzynarodowej opisano wiele doświadczeń związanych z wykorzystaniem symulowanych pacjentów (SP), a w Polsce także pojawiają się publikacje dotyczące tej metody kształcenia[1], to nadal istotne jest pogłębienie wiedzy na temat jej funkcjonowania w polskich realiach edukacji medycznej. Sposób organizacji kształcenia, obowiązujące standardy oraz specyfika funkcjonowania polskich uczelni mogą wpływać na sposób wdrażania i rozwijania zajęć z udziałem SP. Szczególnego znaczenia nabiera zatem poznanie doświadczeń uczestników tego procesu oraz opisanie wyzwań i możliwości związanych z wykorzystaniem SP w polskim systemie kształcenia medycznego.

Istotnym wyzwaniem pozostaje również dalszy rozwój zadań SP. W wielu krajach, w tym w Polsce, zadania SP nadal nie są ujęte w ramy zawodu ani nie mają jednolitych standardów w zakresie przygotowania i wykonywania. Rodzi to szereg wyzwań związanych między innymi z procesem rekrutacji, szkolenia, wynagradzania oraz organizacją pracy SP, co może mieć wpływ na poziom wykonywanych przez SP zadań, a tym samym na jakość zajęć, w których biorą udział. Jednocześnie wiele osób odgrywających rolę pacjenta podkreśla, że angażuje się w tę działalność nie tylko z powodów zawodowych, ale również z poczucia misji oraz chęci wniesienia realnego wkładu w kształcenie przyszłych pracowników ochrony zdrowia i poprawę jakości opieki nad pacjentami. Motywacja ta stanowi istotny zasób, jednak nie zastępuje potrzeby systemowego rozwoju zadań SP. Należy również podkreślić, że jakość przygotowania SP ma kluczowe znaczenie dla wartości edukacyjnej zajęć. Niewłaściwie przygotowany SP może nie tylko ograniczać efektywność procesu

[1] Warto wymienić następujące publikacje:
Horodeńska M., Silverman S., *Pacjenci symulowani w edukacji medycznej – aspekty praktyczne* w: Torres Kamil, Kański Andrzej (red.): *Symulacja w edukacji medycznej*, 2018, Wrocław, Grafpol, s. 139-160.
Gorski S., Prokop-Dorner A. Pers M., Stalmach-Przygoda A., Malecki Ł., Cebula G., Bombeke K., *The use of simulated patients is more effective than student role playing in fostering patient-centered attitudes during communication skills training: A mixed method study*, BioMed Research International, 2022.
Walkowska A., Przymuszała P., Marciniak-Stępak P., Nowosadko M., Baum E. *Bridging the cultural divide: Simulated patient encounters to enhance medical students' cross-cultural competences – A pilot study*. PLoS One. 2025, 20(12): e0338266.
Walkowska A., Przymuszała P., Marciniak-Stępak P., Nowosadko M., Baum E. *Enhancing Cross-Cultural Competence of Medical and Healthcare Students with the Use of Simulated Patients-A Systematic Review*. Int J Environ Res Public Health. 2023,20(3):2505.
Bodys-Cupak I., Łatka J., Ziarko E., Majda A., Zalewska-Puchała J., *Medical simulation with simulated patients in the education of polish nursing students – pilot study*, Pielęgniarstwo Polskie. 2020 3(77), 166–173.

dydaktycznego, ale wręcz szkodzić między innymi poprzez wzmacnianie niewłaściwych zachowań lub wpływając negatywnie na zaangażowanie czy motywację osób uczących się. Z tego względu rozwój standardów przygotowania, szkolenia i wsparcia SP powinien stanowić jeden z priorytetów dalszego rozwoju edukacji symulacyjnej.

W centrum procesu dydaktycznego z udziałem SP znajdują się trzy grupy uczestników: studenci, nauczyciele oraz SP. Każda z nich postrzega zajęcia z innej perspektywy, zauważa odmienne wyzwania oraz zwraca uwagę na różne elementy decydujące o jakości kształcenia. To właśnie zestawienie tych perspektyw pozwala lepiej zrozumieć, jak planować i prowadzić zajęcia z udziałem SP, aby jak najlepiej wspierały rozwój kompetencji przyszłych pracowników ochrony zdrowia. Dlatego zdecydowaliśmy się na przeprowadzenie badania uwzględniającego te trzy punkty widzenia.

Czas realizacji badania jest również szczególnie istotny biorąc pod uwagę ostatnie zmiany w edukacji medycznej w Polsce. Od 2023 roku obowiązują nowe standardy kształcenia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Rozporządzenie podpisane przez Ministra Edukacji i Nauki, w porozumieniu z Ministrem Zdrowia, stanowi podstawę budowania programu nauczania. W dokumencie znalazło się znacznie więcej niż dotychczas efektów uczenia związanych z rozwijaniem umiejętności komunikacji. Zapisano w nim także rekomendację odnośnie liczby godzin zajęć dedykowanych komunikacji – powinna ona wynosić 120. Ponadto w rozporządzeniu znaleźć można również zapis dotyczący warunków przeprowadzania zajęć w zakresie komunikacji: „Zajęcia umożliwiające osiągnięcie efektów uczenia się w zakresie umiejętności komunikowania się prowadzi się w taki sposób, aby każdemu studentowi zapewnić możliwość wykonania i powtórzenia czynności umożliwiających osiągnięcie tych efektów, a osobie prowadzącej zajęcia – obserwacje i udzielanie studentowi informacji zwrotnych. Zajęcia te prowadzi się w warunkach symulowanych, w tym z udziałem SP oraz w warunkach klinicznych” (Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki, 2023). Jednocześnie w ostatnich latach istotnie wzrosła liczba uczelni prowadzących studia na kierunku lekarskim. Oznacza to, że zwiększy się znacząco liczba osób zaangażowanych w planowanie i prowadzenie tego rodzaju zajęć oraz liczba studentów w nich uczestnicząca. To z kolei będzie miało wpływ na liczbę osób angażowanych jako SP. Mamy nadzieję, że wyniki badania mogą stanowić cenne źródło doświadczeń i rekomendacji dla ośrodków rozwijających tę formę dydaktyki.

W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera również potrzeba identyfikowania i upowszechniania dobrych praktyk, które mogą wspierać tworzenie spójnych standardów realizacji zajęć z udziałem SP. Opisane zmiany w standardach kształcenia dotyczą w szczególności kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. W przyszłości zapewne obejmą również pozostałe kierunki medyczne. Omawiane w publikacji zagadnienia dotyczące metodyki kształcenia z udziałem SP mają uniwersalny charakter i można je odnieść do zajęć zarówno na kierunku lekarskim, jak i na innych kierunkach medycznych.

Choć badanie zostało przeprowadzone na jednej uczelni, należy podkreślić, że kształci się na niej największa w Polsce liczba studentów medycyny na jednym roku. Przełożyło się to na dużą różnorodność doświadczeń i perspektyw uczestników, co pozwoliło uchwycić szerokie spektrum opinii dotyczących organizacji i przebiegu zajęć z udziałem SP.

Niniejsza praca powstała na podstawie jakościowych wywiadów przeprowadzonych ze studentami, nauczycielami oraz SP. Badanie oraz publikacja zostały przeprowadzone w ramach projektu „Standardy nauczania z udziałem symulowanych pacjentów", realizowanego w latach 2023-2026 w ramach programu „Nauka dla Społeczeństwa II". Jednym z ważnych celów projektu było sformułowanie wytycznych dotyczących metodyki nauczania z udziałem SP, uwzględniających zagadnienia organizacji, planowania i realizacji tego rodzaju zajęć. Istnieją wskazówki odnoszące się do zagadnienia SP w kształceniu medycznym w literaturze anglojęzycznej. W Polsce takich rekomendacji dotychczas nie było. Mamy nadzieję, że stworzenie ich na podstawie badań zrealizowanych w Polsce oraz w kontekście organizacji kształcenia medycznego w naszym kraju, przyczyni się do standaryzacji edukacji i podniesienia jej jakości. Wytyczne, które powstały znajdują się na stronie 149.

W dobie dynamicznego rozwoju technologii, sztucznej inteligencji oraz cyfryzacji ochrony zdrowia szczególnie istotne staje się rozwijanie metod kształcenia, które umożliwiają studentom bezpośredni kontakt z drugim człowiekiem. Podejście to znajduje odzwierciedlenie w opisanych w literaturze modelach opieki medycznej, takich jak patient-centered care (Epstein & Street, 2011), person-centered care (Ekman et al., 2011, Santana et al., 2018) oraz relationship-centered care (Beach & Inui, 2006), które podkreślają znaczenie komunikacji, budowania relacji oraz partnerskiej współpracy między pracownikami ochrony zdrowia a pacjentami. Współczesne opracowania eksperckie zwracają uwagę na potrzebę wzmacniania

humanizacji medycyny oraz przeciwdziałania dehumanizacji opieki zdrowotnej, która może być konsekwencją rosnącej liczby procedur, postępu technologicznego i fragmentaryzacji opieki. Szczególnym przykładem jest Glasgow Consensus Statement on Effective Communication in Clinical Encounters. Dokument ten stanowi międzynarodowe wezwanie do wzmacniania humanistycznego wymiaru medycyny poprzez rozwój kompetencji komunikacyjnych oraz relacji z pacjentem, tak aby rozwój technologii szedł w parze z zachowaniem centralnej roli człowieka i relacji międzyludzkich w opiece zdrowotnej (Makoul et al., 2024). W swoich najnowszych publikacjach Makoul proponuje posługiwanie się pojęciem *human-centered healthcare*, jako szerszą zasadę organizującą funkcjonowanie ochrony zdrowia, podkreślającą znaczenie człowieczeństwa, perspektywy wszystkich uczestników procesu opieki oraz potrzebę zachowania relacyjnego wymiaru medycyny (Makoul, 2026). W tym kontekście kształcenie z udziałem SP wydaje się szczególnie wartościową metodą przygotowania przyszłych pracowników ochrony zdrowia do prowadzenia opieki skoncentrowanej na osobie i budowania terapeutycznych relacji z pacjentami.

Celem niniejszej publikacji nie jest ocena skuteczności symulacji rozumianej jako metoda dydaktyczna, lecz poznanie doświadczeń osób bezpośrednio uczestniczących w tym procesie. Interesowało nas, jakie elementy zajęć są postrzegane jako najbardziej wartościowe, jakie trudności napotykają uczestnicy oraz jakie rozwiązania mogą sprzyjać jeszcze lepszemu wykorzystaniu potencjału symulacji z udziałem SP, a także jakie działania należy podjąć, aby zapewnić jak najlepszą jakość nauczania ukierunkowanego na rozwój umiejętności praktycznych oraz kształtowanie profesjonalnych postaw.

Mamy nadzieję, że przedstawione w książce doświadczenia i rekomendacje staną się inspiracją dla osób planujących i prowadzących zajęcia z udziałem SP oraz zachęcą do dalszej wymiany doświadczeń i współpracy między ośrodkami rozwijającymi edukację symulacyjną.

Streszczenie w prostym języku

Monografia „Standardy nauczania z udziałem symulowanych pacjentów” przedstawia wyniki badania prowadzonego przez dwa i pół roku, zrealizowanego w ramach projektu „Standardy nauczania z udziałem symulowanych pacjentów", dofinansowanego ze środków budżetu państwa, przyznanych przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w ramach Programu „Nauka dla Społeczeństwa II”. Symulowany pacjent (SP) to przeszkolona osoba, która odgrywa rolę pacjenta na zajęciach, aby studenci mogli się na nim uczyć przeprowadzać badania oraz rozmawiać. SP może odgrywać również rolę współpracownika lub rodziny pacjenta.

Celem badania było poznanie i analiza perspektyw różnych stron zaangażowanych w proces kształcenia z udziałem SP. Istotą było poznanie opinii studentów, SP oraz nauczycieli jako osób, które projektują, organizują oraz realizują zajęcia dydaktyczne i na ich podstawie stworzenie uniwersalnych wytycznych i rekomendacji do nauczania z udziałem SP. Badanie miało charakter jakościowy i polegało na prowadzeniu spotkań fokusowych, podczas których w osobnych grupach studenci z różnych uczelni medycznych w Polsce, nauczyciele akademiccy i SP dzielili się swoimi doświadczeniami z pracy symulacyjnej. W badaniu wykorzystana została metoda teorii ugruntowanej. Badanie poprzedzone było wywiadem pilotażowym. Opracowane wcześniej – na podstawie przeglądu literatury i własnych doświadczeń – pytania pomogły między innymi zgłębić kwestie rekrutacji i zatrudnienia SP, zastanowić się, jakie powinny być idealne warunki na zajęciach i co powinno znaleźć się w scenariuszu symulacji. Umożliwiły także przeanalizowanie zalet i wad tej metody nauczania oraz sformułowanie wskazówek dotyczących rozwoju dydaktyki z udziałem SP w celu maksymalizacji korzyści dla studentów. Wypowiedzi badanych pozwoliły zidentyfikować cechy dobrego SP, skuteczne metody jego szkolenia oraz sposoby udzielania informacji zwrotnej studentom. Porównywano użyteczność SP w zestawieniu z nowymi technologiami oraz odgrywaniem scenek i różnymi formami dydaktycznymi. Wywiady zostały po transkrypcji opracowane przy pomocy programu Maxqda oraz analizowane przez interdyscyplinarny zespół składający się z lekarzy, psychologów, socjologów oraz osób mających doświadczenie w metodologii badań jakościowych. Analiza wyników pozwoliła na sformułowanie finalnych rekomendacji dotyczących wszystkich etapów pracy z SP.

Główne wnioski dotyczą następujących zagadnień:

- SP jest niezbędny już na przedklinicznym etapie nauczania, bo pozwala zdobyć doświadczenia i umiejętności, takie jak przekazywanie trudnych informacji, radzenie sobie z silnymi emocjami pacjentów czy reagowanie na nieodpowiednie komunikaty współpracowników, których student inaczej nie mógłby zdobyć. Pozwala również na stopniowe poznawanie jednostek chorobowych, od prostszych po bardziej złożone.
- Zajęcia z SP powinny pozwalać w przyjaznych warunkach i dobrej atmosferze ćwiczyć w powtarzalny sposób umiejętności komunikacyjne i techniczne. Ponadto SP pomaga w standaryzacji oceniania i wiernym odtworzeniu warunków klinicznych.
- Na wyższych latach studiów SP należy angażować w coraz bardziej złożone symulacje. Jednocześnie scenariusze powinny być dostosowane do aktualnie omawianych tematów oraz dotyczyć specjalistycznych kwestii przy konkretnych zajęciach klinicznych, na przykład kardiologicznych, onkologicznych, psychiatrycznych itd. Z naszego badania wynika jednak, że warto uwzględniać zajęcia z SP już od początku studiów.
- Podczas rekrutacji SP trzeba zwrócić uwagę na to, by były to osoby autentyczne, elastyczne, umiejące wyrażać emocje oraz nie przesadzające z ekspresją oraz by była to grupa zróżnicowana, na przykład pod względem wieku i wyglądu. Ponadto podczas szkolenia należy zwrócić uwagę na część praktyczną. SP musi znać szczegółowo scenariusz roli, posługiwać się rekwizytami, a student mieć wiedzę medyczną z omawianego tematu.
- Zajęcia z SP powinny się odbywać w niedużych grupach i odwzorowywać rzeczywiste sytuacje z ochrony zdrowia, a scenariusze dla SP muszą uwzględniać opis celów dydaktycznych, problemu medycznego i kontekst postaci.
- Nauczyciele prowadzący zajęcia z SP powinni być przeszkoleni z metodyki, w tym z udzielania uczącym się informacji zwrotnej, która pozwalała poznać odczucia SP oraz efektywne i nieefektywne elementy interakcji.

Wnioski z badania są znaczące dla rozwoju i standaryzacji pracy z SP dla wszystkich dydaktyków i uczelni medycznych w Polsce.

1. Symulowany pacjent w kształceniu medycznym – na czym polega ta metoda?

1.1. Kim naprawdę jest symulowany pacjent? I czym różni się od pacjenta standaryzowanego?

Symulowani pacjenci (ang. *simulated patients*, SP) od wielu lat są angażowani w proces kształcenia na uczelniach medycznych na całym świecie. W ostatnich latach coraz częściej uczestniczą w zajęciach prowadzonych na kierunkach medycznych w Polsce. SP, według definicji The Association of Standardized Patient Educators, to osoba, która została odpowiednio przeszkolona do tego, by odgrywać rolę pacjenta w sposób realistyczny i powtarzalny według przygotowanego przez nauczyciela scenariusza (Cleland et al., 2009). Studenci, wchodząc w interakcje z SP, uczą się przez doświadczenie (ang. *experiental learning*). Ten sposób nauki, oparty na kontakcie z rzeczywistą osobą zamiast z manekinem czy symulatorem, tworzy realistyczne, a jednocześnie bezpieczne środowisko kształcenia. Angażuje osoby uczące się zarówno poznawczo, jak i emocjonalnie oraz wspiera rozwój pewności klinicznej (Lewis et al., 2017). Symulacje z udziałem SP wspierają rozwój kompetencji niezbędnych w praktyce klinicznej, takich jak integrowanie wiedzy z umiejętnościami praktycznymi, krytyczna analiza sytuacji, podejmowanie decyzji oraz efektywna komunikacja z pacjentem (Lovink et al., 2024).

Ze względu na stopień powtarzalności i spójności odgrywanej roli, co może się różnić w zależności od potrzeb i charakteru zajęć, stosuje się podział na symulowanego i standaryzowanego pacjenta. Najbardziej restrykcyjnym wariantem jest standaryzowany pacjent, którego zachowanie ma być powtarzalne, aby każdy uczący się mógł doświadczyć dokładnie tych samych warunków w trakcie symulacji. Jest to istotne z uwagi na potencjalny kontekst oceniania studentów, a także w trakcie realizowania badań naukowych. Zapewnienie standaryzacji wymaga także bardzo precyzyjnego przygotowania scenariusza dla standaryzowanego pacjenta. SP zaś mogą odgrywać swoją rolę bardziej elastycznie, z większą swobodą i przestrzenią na improwizację, co pozwala doświadczyć różnych reakcji w zależności od potrzeb

bądź zachowania studentów (Lewis et al., 2017). Termin symulowany pacjent często bywa używany zamiennie z pojęciem standaryzowany pacjent.

Wraz z rozwojem symulacji, które zaczęły obejmować odgrywanie różnorodnych ról, takich jak członkowie rodziny pacjenta czy członkowie zespołu medycznego, wprowadzono określenie symulowany uczestnik (ang. *simulated participant*). Termin ten lepiej odzwierciedla szerszy zakres ról pełnionych przez osoby uczestniczące w symulacjach (Lewis et al., 2017).

Do głównych zadań SP należy odgrywanie określonych objawów, a także zachowań, w tym sposobu porozumiewania się, co umożliwia osobom uczącym się rozwijanie umiejętności przeprowadzania wywiadu, badania fizykalnego oraz komunikacji. Zadaniem SP jest także przekazanie osobom uczącym się konstruktywnej informacji zwrotnej (Shrivastava & Shrivastava, 2022). Treść informacji zwrotnej powinna dotyczyć przede wszystkim odczuć SP podczas interakcji. SP mogą być także angażowani w pewnym zakresie w proces oceniania studentów (Lewis et al., 2017). Aby cele te mogły zostać zrealizowane każdy SP wymaga gruntownego przeszkolenia (zob. rozdz. 4, s. 56). Mając na uwadze, że symulacje wymagają nieraz szczególnej uważności i są związane z tworzeniem sytuacji o zwiększonej emocjonalnej intensywności rolą nauczycieli jest odpowiednie przygotowanie SP, a także zadbanie o bezpieczne warunki do nauki w trakcie samych zajęć (Lewis et al., 2017). Nauczyciel odpowiada za cały proces dydaktyczny, obejmujący przygotowanie SP i scenariuszy, przygotowanie osób uczących się oraz organizację i przebieg zajęć.

1.2. Dlaczego zajęcia z symulowanymi pacjentami mogą zmienić sposób uczenia się medycyny?

Udział SP w kształceniu łączy się z rozwojem symulacji medycznej jako metody dydaktycznej stosowanej w nauczaniu przyszłych pracowników ochrony zdrowia. Rozwój symulacji wiązał się z działaniami na rzecz poprawy jakości kształcenia w celu zwiększenia bezpieczeństwa pacjenta, postulatem wprowadzenia nowego modelu nauczania, który nie opierałby się wyłącznie na praktykach zawodowych, dążeniem do standaryzacji kształcenia oraz stworzenia możliwości doskonalenia umiejętności w kontrolowanym środowisku (Motola et al., 2013). Symulacja jest pomocnym narzędziem w procesie kształtowania profesjonalistów gotowych

do pracy zawodowej. Wzmacnia pewność siebie studentów, a także umiejętność podejmowania decyzji w określonych sytuacjach klinicznych (Moloney et al., 2022). Istnieje wiele badań wskazujących na korzyści z zajęć prowadzonych metodą symulacji medycznej, które w tym miejscu jedynie zasygnalizujemy. Ten rodzaj zajęć jest dobrze oceniany przez osoby uczące się, zarówno w ramach kształcenia przeddyplomowego, jak i podyplomowego, zwiększa satysfakcję z procesu uczenia się oraz sprzyja szybszemu nabywaniu umiejętności w porównaniu z innymi metodami nauczania (Murakami et al., 2023). Dzięki uczestnictwu w realistycznych scenariuszach studenci mogą wykorzystywać swoją wiedzę oraz rozwijać umiejętności krytycznego myślenia, rozumowania klinicznego i podejmowania decyzji w bezpiecznym i kontrolowanym środowisku.

Rozwój edukacji z udziałem SP wiąże się także ze zmianami zachodzącymi w kształceniu klinicznym. Liczba studentów na kierunkach medycznych w ostatnich latach znacznie wzrosła. Czas hospitalizacji chorych skraca się, pacjenci coraz częściej nie wyrażają zgody na udział studentów w ich badaniu i leczeniu. To sprawia, że bezpośredni kontakt studentów z pacjentami staje się znacznie bardziej ograniczony (Cleland et al., 2009). Ponadto programy kształcenia są systematycznie rozszerzane o kolejne efekty uczenia się. Część z tych umiejętności można nabyć jedynie w warunkach, które są bezpieczne dla pacjentów. Należy do nich na przykład przekazywanie niepomyślnych informacji. Student czy studentka nigdy nie będą samodzielnie przekazywali tego rodzaju informacji pacjentom. Jest to sytuacja szczególna i chory nie może otrzymać takiej wiadomości od osoby, która dopiero się uczy. Nie można także oczekiwać, że zostanie ona pacjentowi przekazana kilka razy, aby kilkoro studentów mogło przećwiczyć te umiejętności. Innymi kompetencjami, które mogą rozwijać studenci w ramach kształcenia przeddyplomowego w warunkach zbliżonych do rzeczywistych dzięki interakcji z SP są na przykład reagowanie na silne emocje pacjentów (np. płacz czy agresję), odpowiadanie na zmieniające się zachowania pacjenta czy rozmowa z osobami niezgadzającymi się z zaleceniami medycznymi (np. niedecydującymi się na szczepienie). Zaangażowanie SP staje się rozwiązaniem, które umożliwia nabywanie tego rodzaju umiejętności i ich doskonalenie w bezpiecznych warunkach zarówno dla pacjentów, jak i osób uczących się.

1.3. Co wyróżnia zajęcia z symulowanym pacjentem spośród innych metod dydaktycznych?

Udział SP w zajęciach to jedna z metod dydaktycznych, które pozwalają rozwijać między innymi umiejętności interpersonalne, w tym komunikacyjne. W procesie kształcenia można także wykorzystywać do tego celu inne metody, takie jak odgrywanie ról czy rozmowy z wirtualnymi pacjentami. Każda z metod ma swoje mocne i słabe strony. Tabela 1 przedstawia zalety i ograniczenia zajęć z udziałem SP.

Prowadzenie zajęć z udziałem SP wymaga jasno zdefiniowanych celów dydaktycznych, wcześniejszą rekrutację odpowiednich osób, które wcielają się w role, oraz przygotowania materiałów szkoleniowych, w tym scenariuszy dla SP i studentów. SP są też angażowani do nowszych form interakcji, takich jak teleporada lub spotkania realizowane za pomocą technologii telemedycznych (Szauter, 2019).

Zajęcia z udziałem SP bywają jedyną okazją do nabycia przez osoby uczące się umiejętności potrzebnych w szczególnie wymagających sytuacjach klinicznych, o których wspomniano wcześniej. Z tego powodu ich właściwe przygotowanie i przeprowadzenie ma fundamentalne znaczenie oraz wiąże się z dużą odpowiedzialnością osób zaangażowanych w proces dydaktyczny. Niedopracowanie któregokolwiek z elementów zajęć, w tym niewłaściwe przygotowanie SP, może prowadzić do poważnych konsekwencji. Należą do nich: zamknięcie się studentów na omawiane treści, pojawienie się silnych emocji utrudniających otwartość na nowe rozwiązania i wypróbowywanie innych sposobów działania w kontakcie z pacjentem, a także formułowanie nieadekwatnych ocen własnych kompetencji, co skutkuje podważaniem wiary we własne możliwości i obniża gotowość do dalszego uczenia się. Badacze zajmujący się symulacją wskazują, że złożone scenariusze mogą wywoływać u studentów medycyny intensywne emocje – od lęku, niepewności i poczucia przeciążenia po satysfakcję i przekonanie o własnych kompetencjach – oraz, że wpływają one bezpośrednio na efekty uczenia (Behrens et al., 2021). W związku z tym niezwykle istotne są kompetencje dydaktyczne nauczycieli, między innymi umiejętność tworzenia odpowiedniego środowiska edukacyjnego.

Dbałość o jakość zajęć jest szczególnie istotna również ze względu na znaczne nakłady organizacyjne i finansowe związane z udziałem SP. Obejmują one nie tylko koszty ich zaangażowania, lecz także czas poświęcany przez pracowników uczelni

na rekrutację i szkolenie SP, koordynowanie ich obecności na zajęciach oraz dopełnianie formalności związanych z dokumentacją. Z tych względów ważne jest sprecyzowanie, co sprzyja wysokiej jakości zajęć i umożliwia osiągnięcie zakładanych celów dydaktycznych. Zagadnienia można pogrupować w kilka kategorii obejmujących: przygotowanie scenariuszy symulacyjnych, SP i nauczycieli prowadzących ćwiczenia, a także organizację samych zajęć, w tym przygotowanie studentów. Kwestie te stanowiły przedmiot przeprowadzonych przez nas badań empirycznych oraz przeglądu literatury i zostały szczegółowo omówione w dalszej części publikacji.

Tabela 1. Zalety i ograniczenia zajęć z udziałem SP

Zalety zajęć z udziałem SP	Ograniczenia zajęć z udziałem SP
Szeroki zakres możliwości ćwiczeniowych oraz różnorodność scenariuszy klinicznych (Gorski et al., 2022), (Cleland et al., 2009)	Wysokie koszty finansowe (Gorski et al., 2022), (Cleland et al., 2009), (Lane & Rollnick, 2007), (Bosse et al., 2010)
Zapewnienie standaryzacji przy jednoczesnej możliwości indywidualizacji procesu nauczania(Gorski et al., 2022), (Cleland et al., 2009)	Czasochłonność procesu rekrutacji oraz szkolenia (Gorski et al., 2022), (Cleland et al., 2009), (Lane & Rollnick, 2007)
Możliwość modyfikowania i powtarzania scenariuszy w zależności od potrzeb i celów edukacyjnych (Cleland et al., 2009), (Lane & Rollnick, 2007)	Trudności organizacyjne (Lane & Rollnick, 2007)
Udzielanie informacji zwrotnej z perspektywy pacjenta (Bosse et al., 2010), (Lovink et al., 2024)	Możliwość niezgodności odgrywanej roli w stosunku do ustalonego scenariusza (Lane & Rollnick, 2007)
Możliwość trenowania sytuacji trudnych w sposób etyczny (Cleland et al., 2009)	Brak pełnego realizmu klinicznego (Cleland et al., 2009)
Tworzenie bezpiecznego, wspierającego środowiska do nauki, dostosowanego do poziomu osoby uczącej się (Taylor et al., 2019)	Zmęczenie, obciążenie poznawcze i emocjonalne (Folorunsho et al., 2025)

Zalety zajęć z udziałem SP	Ograniczenia zajęć z udziałem SP
Możliwość eksperymentowania z umiejętnościami i strategiami komunikacyjnymi (Lane & Rollnick, 2007), (Lovink et al., 2024)	Niespójności w sposobie przedstawiania pacjenta, wynikające z przeciążenia lub niewystarczającego przygotowania (Folorunsho et al., 2025)
Pozytywna ocena metody przez kadrę dydaktyczną i osoby szkolone (Cleland et al., 2009)	Trudności z rekrutacją i dostępnością odpowiednich osób (Nestel et al., 2011)
Przewidywalne zachowanie pacjenta (Zraick et al., 2003)	Konieczność intensywnego szkolenia i kontroli jakości (Lewis et al., 2017)
Dostępność w wymaganym czasie (Zraick et al., 2003)	Nieplanowana zmienność sposobu odgrywania roli (Folorunsho et al., 2025)
Kontakt człowieka z człowiekiem (Flanagan & Cummings, 2023)	Zmienna jakość informacji zwrotnej (George et al., 2022)
Reakcje SP w czasie rzeczywistym jako informacja zwrotna od razu w trakcie rozmowy (ang. *implicit feedback-in-action*) (Lovink et al., 2021)	Możliwość zbyt dużego obciążenia psychologicznego i trudności związanych z wychodzeniem z roli (Lovink et al., 2024), (Lovink et al., 2021)

1.4. Od pierwszych inicjatyw do nowoczesnej symulacji – rozwój zajęć z symulowanymi pacjentami

Nauczanie medycyny od samych początków opierało się na opisywaniu historii konkretnego pacjenta. W tradycji klinicznej osoba ucząca się obserwowała lekarza badającego chorego, następnie powtarzała czynności pod nadzorem, a z czasem uzyskiwała większą samodzielność. Model ten miał niezaprzeczalną wartość, ponieważ łączył wiedzę z obserwacją przebiegu choroby u rzeczywistego pacjenta. Był jednak zależny od dostępności chorych, ich stanu klinicznego, zgody, możliwości czasowych oraz przypadkowości objawów, które prezentował pacjent.
Nie gwarantował, że wszyscy studenci zetkną się z podobnym spektrum problemów, ani że ich umiejętności zostaną ocenione w porównywalnych warunkach.

Wprowadzenie SP do edukacji medycznej podważyło przekonanie, że nauczanie medycyny może odbywać się wyłącznie przy łóżku chorego. Dzięki temu

interakcję z chorym można było projektować, powtarzać, obserwować i porównywać, nie rezygnując z jej relacyjnego charakteru. SP nie zastąpił rzeczywistego pacjenta jako podstawowego punktu odniesienia, lecz stworzył kontrolowaną przestrzeń pomiędzy nauczaniem teoretycznym a praktyką kliniczną. Obecność SP w edukacji medycznej stopniowo się instytucjonalizowała i pojawiała się grupa osób, które w sposób profesjonalny wspierają proces dydaktyczny w obszarze nauk klinicznych.

Instytucjonalizacja tego zawodu zaczęła się od zatrudniania pojedynczych osób przygotowywanych przez konkretnego nauczyciela do odegrania jednego przypadku. Z czasem zaczęto tworzyć całe zespoły, opracowywać procedury szkoleniowe, monitorować zgodności odgrywania ról, włączać pacjentów standaryzowanych do egzaminów. W końcu utworzono stanowiska koordynatorów i kierowników programów. W kolejnej fazie pojawiły się organizacje zawodowe, standardy dobrej praktyki, systemy zapewnienia jakości oraz badania poświęcone nie tylko efektom kształcenia studentów, ale także doświadczeniu i bezpieczeństwu samych osób symulowanych. Rozwój ten należy widzieć na tle szerszej przemiany, która nastąpiła w edukacji medycznej w XX wieku. Na przestrzeni lat wzrosło znaczenie mierzalnych efektów uczenia się, bezpośredniej obserwacji zachowania studentów, oceny kompetencji klinicznych oraz bezpieczeństwa pacjenta. Tradycyjny egzamin ustny i opis przypadku nie wystarczały do wiarygodnego sprawdzenia, czy osoba ucząca się potrafi zebrać wywiad, przeprowadzić badanie, prawidłowo komunikować się z pacjentem, wyjaśnić plan postępowania i reagować na emocje. Standaryzowany pacjent pomaga sprawdzić, czy osoby uczące się potrafią stosować te umiejętności. Metoda pozwalała wszystkim zdającym zetknąć się z porównywalnym zadaniem, a nauczycielom – obserwować rzeczywiste wykonanie, a nie deklarowaną wiedzę (Barrows, 1993). Odgrywanie ról było znane znacznie wcześniej niż formalne programy SP. Nauczyciele przedstawiali objawy, studenci ćwiczyli rozmowy między sobą, a aktorzy lub wolontariusze bywali wykorzystywani w nauczaniu zachowań społecznych. Były to jednak działania lokalne, słabo opisane i najczęściej pozbawione systematycznego szkolenia osób odgrywających chorych. Nie powstała metoda pozwalająca połączyć wiarygodność roli z oceną kompetencji klinicznych. W pierwszej połowie XX wieku dominowało przekonanie, że symulowanie choroby jest z definicji mniej wartościowe od kontaktu z prawdziwym pacjentem. W praktyce klinicznej słowa „symulant” czy „symulujący” miało znaczenie pejoratywne – odnosiło się do osoby świadomie zgłaszającej nieprawdziwe objawy dla osiągnięcia korzyści.

To semantyczne obciążenie tłumaczy część początkowego oporu wobec metody. Wykorzystanie zdrowej osoby do przedstawienia choroby mogło być odbierane jako teatralizacja medycyny, a nie jako wiarygodne narzędzie dydaktyczne (Wallace, 1997). Przełom wymagał zmiany pytania. Zamiast pytać, czy osoba symulowana jest „prawdziwym pacjentem", należało zapytać, czy potrafi stworzyć warunki pozwalające nauczycielowi wiarygodnie obserwować zachowanie studentów. Takie ujęcie pojawiło się w pracach Howarda S. Barrowsa.

Za początek nowoczesnej metodologii nauczania z udziałem SP uznaje się 1963 rok, kiedy neurolog Howard S. Barrows, pracujący na University of Southern California, przygotował zdrową osobę do odegrania pacjentki z objawami neurologicznymi. Opis metody, opracowany wspólnie ze Stephenem Abrahamsonem, ukazał się w 1964 roku pod tytułem *The programmed patient: a technique for appraising student performance in clinical neurology*. Autorzy po raz pierwszy zdefiniowali pojęcie SP, pisząc, że jest to zdrowa osoba przeszkolona do wiarygodnego odtwarzania objawów choroby lub sytuacji klinicznych (Barrows & Abrahamson, 1964).

Termin *programmed patient* dobrze oddawał pierwotny cel – chodziło o stworzenie przypadku, którego prezentacja była wcześniej zaplanowana, a reakcje miały zależeć od działań studentów. Pierwsza szeroko opisywana pacjentka symulowana, znana w historii metody jako „Patty", przedstawiała obraz stwardnienia rozsianego z charakterystycznymi elementami wywiadu i badania neurologicznego. Barrows wykorzystał ją przede wszystkim do oceny umiejętności studentów kończących staż z neurologii. Nie ograniczał się do sprawdzenia znajomości listy objawów. Interesowało go, jakie pytania zadaje osoba ucząca się, jak planuje badanie, czy dostrzega niespójności, jak interpretuje dane i w jaki sposób komunikuje się z pacjentem (Wallace, 1997). Barrows zauważył, że odpowiednio przygotowana do odegrania roli osoba potrafi utrzymać spójność obrazu choroby w kolejnych spotkaniach i ujawniać informacje w zależności od jakości pytań studentów. Pierwsze reakcje środowiska akademickiego były ambiwalentne. Metodę postrzegano z jednej strony jako nowatorską, ale jednocześnie jako sztuczną i potencjalnie zwodniczą. Krytycy wskazywali, że studenci mogą zachowywać się inaczej, wiedząc, iż pacjent odgrywa rolę, albo że aktor nie odtworzy subtelności choroby. Barrows odpowiadał pragmatycznie, że celem nie jest biologiczna kopia pacjenta, lecz przedstawienie problemu klinicznego wystarczająco wiernie i w sposób kontrolowany. W 1968 roku

opisał zastosowanie SP w nauczaniu, podkreślając ich wartość w obserwacji badania, rozumowania i komunikacji (Barrows, 1968). Znaczenie tej metody polegało na połączeniu czterech elementów: przypadek był skonstruowany na podstawie rzeczywistego obrazu klinicznego, osoba odgrywająca rolę była szkolona, a nie jedynie proszona o improwizację, mogła swoją rolę odtwarzać w sposób powtarzalny, studenci byli oceniani według z góry ustalonych kryteriów. Te elementy stały się fundamentem późniejszych programów standaryzowanych pacjentów. Barrows stopniowo rozszerzał zakres koncepcji. SP przestał być jedynie „żywym pytaniem egzaminacyjnym". Mógł służyć do nauczania, ćwiczenia badania, analizy rozumowania klinicznego i udzielania informacji zwrotnej.

Lata 70. ubiegłego wieku przyniosły rozszerzenie spektrum aktywności dedykowanych SP. Zaczęto wykorzystywać SP nie tylko w neurologii, ale także w medycynie rodzinnej, pediatrii, psychiatrii, ginekologii, nauczaniu komunikacji i badania fizykalnego (Bradley, 2006). Rozwijano zarówno role oparte na objawach somatycznych, jak i przypadki, w których najważniejszym zadaniem studentów było rozpoznanie emocji, nawiązanie relacji albo zebranie wrażliwych informacji. W 1971 roku, po przeniesieniu się Barrowsa do McMaster University, rozwinięto tam program pacjentów standaryzowanych, co stopniowo prowadziło do trwałego włączania SP do edukacji medycznej (Owen, 2012). Procesowi temu towarzyszyło rozszerzenie nauczania komunikacji. Badania prowadzone w Wielkiej Brytanii i innych krajach wskazywały, że umiejętność zbierania wywiadu można trenować w sposób planowy, z wykorzystaniem obserwacji, nagrań i informacji zwrotnej (Rosen, 2008). Wykorzystanie osoby odgrywającej pacjenta dawało sposobność powtórzenia trudnej rozmowy oraz analizę zachowań, co w kontakcie z rzeczywistym chorym nie byłoby możliwe. Z czasem powstały scenariusze dotyczące przekazywania niepomyślnej informacji, rozmowy o zdrowiu seksualnym, uzależnieniu, przemocy, chorobie psychicznej i opiece paliatywnej.

Istotnym momentem było opracowanie obiektywnego strukturyzowanego egzaminu klinicznego (ang. *Objective Structural Clinical Examination*, OSCE). W 1975 roku Ronald Harden i współpracownicy opisali egzamin, w którym studenci na różnych stacjach wykonywali zadania oceniane według ustalonych kryteriów (Harden et al., 1975;). W pierwotnej formule nie każda stacja wymagała wykorzystania SP, lecz konstrukcja OSCE stworzyła naturalne środowisko dla tej metody dydaktycznej. Standaryzowany pacjent miał co do zasady zapewnić każdemu

zdającemu podobne doświadczenia, a zadanie można było rozłożyć na obserwowalne i podlegające ocenie elementy. Rozwinięcie koncepcji w publikacji Hardena i Gleesona z 1979 roku przyspieszyło jej rozpowszechnienie (Harden & Gleeson, 1979).

W kolejnych latach w wielu uczelniach północnoamerykańskich i europejskich powstawały stałe zespoły specjalistów, zajmujące się w organizacją oraz rozwojem kształcenia z udziałem SP w coraz szerszym zakresie. Rosła liczba scenariuszy, zajęć i egzaminów, a ich koordynacja wymagała odrębnej struktury organizacyjnej. Pojawiły się banki scenariuszy, harmonogramy szkoleń, systemy rekrutacji, procedury kontroli jakości oraz zasady wynagradzania. Na Southern Illinois University School of Medicine Barrows rozwijał kompleksową ocenę realizacji zadań klinicznych. Powstawały coraz bardziej rozbudowane egzaminy, w trakcie których studenci musieli przeprowadzić konsultacje z kilkunastoma pacjentami, zaplanować diagnostykę i udokumentować postępowanie. Takie rozwiązania przesunęły ocenę z poziomu pojedynczej umiejętności na poziom złożonego działania lekarza. Pacjent standaryzowany stał się elementem systemu, który oceniał integrację wiedzy, rozumowania klinicznego, komunikacji i profesjonalizmu (Barrows, 1993).

W 1984 roku uruchomiono program SP na University of Toronto w Department of Family and Community Medicine. W następnych dekadach rozwinął się on w duże przedsięwzięcie obsługujące wiele kierunków i poziomów kształcenia, przeniesiono go też do akademickiego centrum badań edukacyjnych. W University of Toronto program kształcenia z udziałem SP zaczął się jako wsparcie konkretnego działu nauczania, lecz wraz ze wzrostem zapotrzebowania stawał się usługą ogólnouczelnianą, a następnie jednostką o funkcjach dydaktycznych, organizacyjnych i badawczych.

W Holandii szkoła medyczna w Maastricht włączyła SP do nauczania umiejętności klinicznych zaplanowanych na kolejne lata studiów. Ich udział nie ograniczał się do egzaminu końcowego. Studenci spotykali SP na różnych etapach kształcenia, co pozwalało stopniowo rozwijać zbieranie wywiadu, badanie i komunikację. Ta integracja z programem studiów była odmienna od modelu, w którym pacjent standaryzowany pojawiał się przede wszystkim w ocenianiu kompetencji studentów. Późniejsze opracowanie Maastricht Assessment of Simulated Patients (MaSP) świadczyło o dojrzałości programu – oceniano już nie tylko studentów, ale również jakość pracy osób wcielających się w role pacjentów. W Australii wczesne badania wykorzystywały SP do oceny umiejętności interpersonalnych i zbierania wywiadu. Sanson-Fisher i Poole w 1980 roku opisali ocenę zachowań

studentów, a Nowotny i Grove w 1982 roku egzamin sprawdzający ukierunkowane zbieranie wywiadu (Sanson-Fisher & Poole, 1980), (Nowotny & Grove, 1982). Prace te potwierdzały, że SP może być przydatny nie tylko jako osoba odwzorowująca przypadek kliniczny, ale również jako narzędzie pomiaru kompetencji.

Wraz z profesjonalizacją pojawiła się potrzeba walidacji zadań wykonywanych przez SP. Badano, czy SP potrafią odtwarzać rolę w sposób spójny, czy rozpoznają zachowania studentów i czy ich oceny są zgodne z ocenami lekarzy. Literatura z końca lat 80. i początku 90. XX wieku wykazywała, że odpowiednio przygotowane osoby mogą wiarygodnie uczestniczyć w ocenie, choć jakość zależy od konstrukcji przypadku, intensywności szkolenia, liczby kryteriów oraz obciążenia poznawczego (Vleuten & Swanson, 1990). W ten sposób SP stał się nie tylko uczestnikiem symulacji, ale także wyszkolonym obserwatorem.

Lata 90. ubiegłego wieku były okresem gwałtownego rozwoju instytucji SP. W Stanach Zjednoczonych i Kanadzie pacjenci standaryzowani zaczęli odgrywać coraz istotniejszą rolę w egzaminach klinicznych. Potrzeba porównywalności między ośrodkami wymuszała precyzyjne definiowanie przypadków, sposobu szkolenia, dopuszczalnej zmienności oraz kryteriów oceny. W 1993 roku Barrows opublikował syntetyczny przegląd obszarów działalności SP w dydaktyce medycznej. Tekst ten zamykał pionierski etap rozwoju, opisując szerokie spektrum funkcji: nauczanie, praktykę, informację zwrotną, ocenę, badania nad zachowaniem klinicznym oraz kontrolowane prezentowanie rzadkich lub trudnych przypadków (Barrows, 1993). Z perspektywy trzydziestu lat od pierwszego eksperymentu SP przestał być kontrowersyjnym substytutem chorego. Stał się centralnym elementem uznanej metody edukacyjnej opartej na pracy człowieka. Ważnym etapem było odejście od założenia, że wystarczy ocenić realizm scenariusza. Zaczęto badać jakość samej pracy SP. Rozwijano badania nad obciążeniem pamięci, zdolnością do jednoczesnego odgrywania roli i oceniania studentów, efektem zmęczenia oraz różnicami między osobami. Standaryzacja została opisana jako proces wymagający kalibracji i ciągłego monitorowania, a nie umiejętność nabywana raz na zawsze.

Instytucjonalizacja SP następowała równolegle na dwóch poziomach: uczelnianym i ponad uczelnianym. Na poziomie międzynarodowym powstawały organizacje skupiające edukatorów, opracowujące terminologię, standardy i zasady bezpieczeństwa.

Society in Europe for Simulation Applied to Medicine (SESAM), założone w 1994 roku, reprezentuje środowisko symulacji medycznej. Europejski charakter SESAM sprzyja wymianie doświadczeń między krajami, w których programy rozwijają się w różnym tempie i w odmiennych systemach prawnych. Miejsce SP w organizacjach edukacyjnych zmieniało się na przestrzeni lat. Początkowo dyskusja koncentrowała się na użyteczności wykorzystania SP jako metody dydaktycznej. Następnie dominowały standaryzacja i rzetelność egzaminów. W kolejnym etapie na pierwszy plan wysunęły się prawa SP, kompetencje trenerów, zarządzanie programem oraz udział w tworzeniu scenariuszy. Ta ewolucja jest jednym z najważniejszych wskaźników zmiany ich statusu instytucjonalnego. Jednocześnie takie aspekty, jak koszt infrastruktury, konieczność utrzymania dużych zespołów, ryzyko uczenia „pod stację" oraz pytania o trafność odzwierciedlania realnych praktyk były przedmiotem krytyki w trakcie dyskusji nad zasadnością rozwijania programów SP.

W polskich uczelniach SP najczęściej byli angażowani w zajęcia w centrach symulacji medycznej. Rozwiązanie to ma swoje zalety: centra dysponują różnego typu pomieszczeniami, systemami audio-wideo i salą debriefingową. Taka lokalizacja niesie jednak ryzyko sprowadzenia programu do funkcji usługowej. Jeśli o doborze przypadków decyduje wyłącznie bieżące zapotrzebowanie poszczególnych katedr, to trudno jest na przykład budować program kompetencji komunikacyjnych. W praktyce rozwinęły się różne rozwiązania. Niektóre uczelnie utworzyły formalny „Program Pacjenta Standaryzowanego" z koordynatorem i bazą osób. Inne skorzystały z umów aktorskich albo współpracy z zewnętrznymi wykonawcami. Jeszcze inne łączyły wolontariuszy, studentów i osoby zatrudniane. Zróżnicowanie odzwierciedla etap rozwoju programu SP jako instytucji oraz lokalne możliwości finansowania. Polski rozwój przebiegał w krótkim czasie i często równolegle z zakupem infrastruktury centrów symulacji. W krajach o dłuższej tradycji zajęć symulacyjnych instytucjonalizacja SP nierzadko poprzedzała nowoczesne centra. W Polsce oba procesy zbiegły się, co przyniosło szybki wzrost możliwości, ale również brak równowagi – łatwiej było sfinansować wyposażenie niż stałe etaty koordynatorów, szkolenie osób i badania jakości. Innym wyzwaniem jest projektowy charakter finansowania. Program utworzony w ramach czasowego grantu wymaga po jego zakończeniu stabilnego miejsca w budżecie uczelni. Bez niego baza SP oraz wiedza organizacyjna mogą zanikać. Trwałość zależy więc od uznania programu

za element stałej infrastruktury dydaktycznej, podobnie jak laboratorium umiejętności czy system egzaminacyjny. Kolejnym zagadnieniem jest terminologia.
W dokumentach uczelnianych spotyka się nazwy: „pacjent standaryzowany”, „pacjent symulowany”, „aktor medyczny” oraz „usługa aktorska”. Ostatnie określenie może być wygodne prawnie, ale nie oddaje roli edukacyjnej. Aktor wnosi warsztat sceniczny, jednak SP musi dodatkowo rozumieć cele kształcenia, granice improwizacji, zasady informacji zwrotnej i wymagania oceny. Profesjonalizacja wymaga zatem języka, który ujmuje go jako członka zespołu dydaktycznego, co nie zawsze jest w pełni rozumiane w środowisku akademickim.

2. Materiał i metody

Obserwacja procesu rozwoju zajęć symulacyjnych z udziałem SP na polskich uczelniach wskazuje, że rośnie również znaczenie odpowiedniego przygotowania wszystkich osób uczestniczących w tym procesie oraz świadome projektowanie zajęć. Profesjonalizacja tej metody wymaga bowiem nie tylko jasno określonej roli SP, lecz także spójnych zasad organizacji, realizacji i oceny jakości kształcenia. Z tego względu istotne stało się poznanie perspektyw różnych grup zaangażowanych w zajęcia z udziałem SP oraz zidentyfikowanie czynników wpływających na ich przebieg i efektywność.

2.1. Cel badania

W ramach realizowanego projektu przeprowadzono badanie mające na celu poznanie i analizę perspektyw różnych stron zaangażowanych w proces kształcenia z wykorzystaniem metod symulacyjnych z udziałem SP. Z założenia, eksploracji podlegały opinie studentów, SP, a także nauczycieli jako osób odpowiedzialnych za projektowanie, organizację oraz realizację zajęć dydaktycznych. Proces badawczy obejmował szerokie spektrum zagadnień związanych z symulacją medyczną, w tym proces planowania i organizacji zajęć, procedury rekrutacji i przygotowania SP, sposoby prowadzenia zajęć oraz działania podejmowane po ich zakończeniu. Szczególny nacisk położono na identyfikację i ocenę założeń metodycznych stanowiących podstawę kształcenia symulacyjnego oraz ich znaczenie dla zapewnienia jakości i efektywności procesu dydaktycznego.

2.2. Metodologia badania

Przed sformułowaniem pytań badawczych dokonano przeglądu literatury, która wskazuje na elementy wpływające na jakość kształcenia z udziałem SP oraz odwołano się do opisanych w literaturze wytycznych związanych z tą metodą dydaktyczną (Cleland et al., 2009), (Lewis et al., 2017), (Doyle et al., 2024). W celu realizacji założeń badania opracowano następujące pytania badawcze skierowane do konkretnych grup:

I. **Nauczyciele akademiccy:**

- Jakie czynniki są postrzegane jako mające największy wpływ na jakość kształcenia z udziałem SP?
- Jakie wyzwania napotykają nauczyciele akademiccy podczas prowadzenia zajęć z udziałem SP oraz jakie są ich specyficzne potrzeby w zakresie wsparcia?

II. **Pacjenci symulowani:**

- Jakie czynniki, z perspektywy SP, w największym stopniu wpływają na organizację oraz przebieg sesji symulacyjnych?

III. **Studenci:**

- Jakie są postawy studentów wobec sesji dydaktycznych z udziałem SP?
- Które aspekty zaangażowania SP – takie jak struktura sesji, odgrywanie ról czy udzielanie informacji zwrotnej – najskuteczniej wspierają rozwój kompetencji klinicznych?

Kluczowe obszary tematyczne poruszane w ramach wywiadów przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Obszary tematyczne wywiadów w zależności od grupy badanej

Grupa badana	Obszar tematyczny
Nauczyciele akademiccy	Doświadczenia w prowadzeniu sesji z SP (opis, ćwiczone umiejętności)
	Przygotowanie do sesji z SP (zarówno studentów, jak i SP)
	Cechy SP i przygotowanie do odgrywanej roli (rekwizyty, sposób odgrywania roli)
	Umiejscowienie udziału SP w procesie nauczania
	Porównanie SP z innymi metodami nauczania
	Korzyści i wyzwania związane z sesjami z SP
	Informacja zwrotna: treść, forma

Grupa badana	Obszar tematyczny
SP	Aspekty organizacyjne (rekrutacja, planowanie sesji, ewaluacja)
	Szkolenie i przygotowanie SP
	Scenariusze odgrywania ról i odgrywanie roli
	Informacja zwrotna dla studentów
	Radzenie sobie z wymaganiami zawodowymi (wychodzenie z roli, obciążenie emocjonalne)
Studenci	Doświadczenia z sesjami z SP (rodzaj kursu, emocje, ćwiczone umiejętności)
	Przygotowanie do sesji z SP
	Cechy SP i przygotowanie do odgrywanej roli (rekwizyty, sposób odgrywania roli)
	Umiejscowienie udziału SP w procesie nauczania
	Porównanie z innymi metodami nauczania
	Korzyści i wyzwania związane z sesjami ze SP
	Informacja zwrotna: treść, forma

W badaniu została wykorzystana metoda teorii ugruntowanej, która zakłada, że w pierwszej kolejności badacz zbiera i analizuje dane i na tej podstawie powstaje teoria. Ta jakościowa metoda badawcza pozwala opisywać złożone zjawiska. Charakteryzuje ją poszukiwanie związków teoretycznych w trakcie prowadzenia badań i analizy wyników oraz brak z góry sformułowanych hipotez badawczych (Glaser & Strauss, 2009).

Ze względu na odmienny charakter oraz specyfikę egzaminu OSCE zagadnienia związane z wykorzystaniem SP w jego przebiegu nie zostały uwzględnione w niniejszej publikacji i wymagają odrębnego opracowania.

2.3. Realizacja badania

W celu uzyskania odpowiedzi na pytania badawcze przeprowadzono grupowe wywiady z nauczycielami akademickimi, SP oraz studentami. Scenariusze wywiadów

opracowano na podstawie przeglądu literatury przedmiotu oraz doświadczenia członków zespołu badawczego. Wstępne wersje scenariuszy zostały poddane dyskusji w zespole badawczym.

Następnie przygotowany scenariusz wywiadu z nauczycielami poddano pilotażowi, w którym wzięło udział 7 osób z zespołu badawczego. Pilotaż miał na celu zaprezentowanie procedury prowadzenia wywiadów grupowych, wzmocnienie kompetencji moderatorów oraz zapewnienie spójnego przebiegu wszystkich fokusów prowadzonych przez członków zespołu badawczego. Sesję pilotażową prowadził doświadczony członek zespołu badawczego, posiadający duże doświadczenie w moderowaniu wywiadów grupowych. Na podstawie obserwacji i wniosków z pilotażu opracowano szczegółowe wytyczne dotyczące prowadzenia wywiadów grupowych, które później stosowano konsekwentnie we wszystkich dalszych etapach badania.

Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – numer zgody: AKBE/45/2024.

Uczestników rekrutowano w sposób celowy, aby uchwycić zróżnicowane perspektywy dotyczące kształcenia z wykorzystaniem symulacji, zgodnie z opisem przedstawionym powyżej. Kryteria włączenia przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Kryteria włączenia do badania w zależności od grupy badanej

Grupa badana	Kryterium włączenia
Nauczyciele akademiccy	– Doświadczenie w prowadzeniu zajęć z udziałem SP – Realizacja scenariuszy symulacyjnych (powyżej 10) z udziałem SP
Symulowani pacjenci	– Przejście przez proces rekrutacji i szkolenia do roli SP – Udział w scenariuszach (powyżej 3) realizowanych podczas zajęć ze studentami
Studenci	– Aktualny status studenta – Brak wcześniejszego doświadczenia zawodowego – Uczestnictwo w zajęciach z SP (więcej niż raz) bierne (jako obserwator) i czynne (bezpośrednia interakcja z SP)

Wykorzystanie w badaniu wywiadów fokusowych umożliwiło uczestnikom swobodne i pogłębione przedstawienie własnych doświadczeń, refleksji oraz opinii dotyczących zajęć z udziałem SP. Taka forma zbierania danych pozwoliła wyjść poza ocenę poszczególnych elementów zajęć i lepiej zrozumieć sposób, w jaki studenci, nauczyciele oraz SP postrzegają proces uczenia się i nauczania z wykorzystaniem tej metody. Badanie zostało przeprowadzone w ośrodku posiadającym wieloletnie doświadczenie w realizacji zajęć z udziałem SP. Dzięki temu uczestnicy odnosili się do modelu prowadzenia zajęć, który jest stale rozwijany na przestrzeni kolejnych lat, co pozwoliło na sformułowanie refleksji wynikających z doświadczeń edukacyjnych.

Rekrutacja uczestników badania

Do udziału w badaniu zostali zaproszeni studenci wielu kierunków (lekarskiego, pielęgniarstwa, farmacji, położnictwa, ratownictwa medycznego, dietetyki) reprezentujący kilka uczelni, którzy spełniali kryteria włączenia. Proces rekrutacji uczestników do badania realizowano z wykorzystaniem zróżnicowanych kanałów komunikacyjnych. Potencjalni respondenci byli zapraszani do udziału bezpośrednio, informowani o badaniu za pośrednictwem uczelnianych kanałów komunikacji elektronicznej oraz poprzez informacje przekazywanie przez koordynatorów przedmiotów lub kierowników jednostek organizacyjnych. W przypadku studentów informacje o projekcie badawczym przekazywano drogą mailową, za pośrednictwem przedstawicieli studentów, a także ustnie podczas zajęć z komunikacji medycznej. Zainteresowani mogli zgłosić chęć udziału w badaniu bezpośrednio po zakończeniu zajęć lub w innym, dogodnym dla siebie terminie, po wcześniejszym ustaleniu harmonogramu wywiadów fokusowych.

Udział w badaniu był dobrowolny, a wszyscy uczestnicy wyrazili ustną, świadomą zgodę na udział w wywiadach przed ich rozpoczęciem. Osoby badane nie otrzymywały żadnego wynagrodzenia finansowego ani rzeczowego. Uczestnictwo w badaniu w grupie studentów nie wpływało na zaliczenie ani ocenę zajęć. Badani studenci brali udział w badaniu po zakończeniu i zaliczeniu zajęć prowadzonych przez członków zespołu badawczego realizujących wywiady fokusowe. Mimo licznych starań nie udało się zebrać grupy osób studiujących na innym niż lekarski kierunku.

Sposób zbierania danych

Dane zbierano z zastosowaniem częściowo ustrukturyzowanych wywiadów fokusowych, co pozwoliło na uzyskanie we wszystkich grupach informacji dotyczących głównych zagadnień badawczych. Wywiady grupowe umożliwiły jednocześnie pogłębianie tematów wyłaniających się w toku dyskusji. Wywiady przeprowadzało 5 osób, członków zespołu badawczego, którzy uczestniczyli w opisanym wyżej pilotażu. Spotkania realizowano zarówno w formie bezpośredniej, jak i zdalnej, w zależności od dostępności i preferencji uczestników.

Grupa badana

W badaniu wzięło udział 306 osób, w tym 28 nauczycieli akademickich (7 spoza WUM – Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego), 25 SP (w tym 4 spoza WUM) oraz 253 studentów z WUM. W celu zachowania jednorodności próby, do ostatecznej analizy włączono wyłącznie SP oraz studentów z WUM. Decyzja ta wynikała z braku możliwości pozyskania odpowiednio licznej grupy respondentów z innych ośrodków akademickich. Jednocześnie postanowiono uwzględnić odpowiedzi wszystkich nauczycieli z racji uniwersalnego i niezależnego od organizacji nauczania charakteru poruszanych z nimi zagadnień. Podsumowując, w poddanej analizie próbie badanej było 28 nauczycieli akademickich, 21 SP oraz 253 studentów. W badanej próbie znalazły się niemal wszystkie osoby wcielające się na WUM w okresie realizacji badania w role pacjentów oraz niemal wszyscy nauczyciele z WUM zaangażowani w prowadzenie zajęć z ich udziałem. W grupie badanych studentów 69 osób studiowało na trzecim roku na kierunku lekarskim, 184 na szóstym roku na kierunku lekarskim.

Średnia liczebność grup fokusowych wynosiła 3 osoby wśród nauczycieli akademickich, 6–7 osób w grupach studenckich oraz 7 osób w grupach SP. Ze względu na dobrowolny udział w badaniu nie można wykluczyć, że wśród studentów, którzy zgodzili się na udział w grupowym wywiadzie było więcej osób pozytywnie nastawionych do zajęć z udziałem SP. Stanowi to ograniczenie badania. W trakcie realizacji badania podejmowano liczne starania, aby do udziału w badaniu zachęcić jak najszerszą grupę osób studiujących, podkreślano, że każda opinia na temat tej formy kształcenia jest niezwykle ważna, a realizacja badania przyczyni się do podniesienia jakości kształcenia.

Łącznie analizie poddano materiał z 50 wywiadów fokusowych zrealizowanych w okresie od stycznia do grudnia 2025 roku, w tym 10 wywiadów z nauczycielami akademickimi, 3 wywiady z SP oraz 37 wywiadów ze studentami.

Łączny czas wszystkich nagrań wyniósł 39 godzin i 9 minut. Wywiady z SP trwały 5 godzin i 35 minut (średnio 1 godzinę i 51 minut), wywiady z nauczycielami 9 godzin i 12 minut (średnio 55 minut), a ze studentami 24 godziny i 21 minut (średnio 40 minut).

Wszystkie wywiady zostały, za zgodą osób badanych, zarejestrowane w formie nagrań audio, w trakcie realizacji badania nie pozyskiwano danych o charakterze wrażliwym. Nagrania poddano transkrypcji z wykorzystaniem profesjonalnego oprogramowania do rejestracji i obróbki plików audio. Wszelkie fragmenty nieczytelne, niekompletne lub trudne do odsłuchania były każdorazowo weryfikowane poprzez ponowne odsłuchiwanie nagrań, a następnie zapisywane w sposób dosłowny, z zachowaniem wierności wypowiedzi uczestników.

Badanie miało charakter jakościowy, zebrany materiał jest bardzo obszerny, a wypowiedzi badanych są ciekawe zarówno ze względu na ich treść, a także sposób wypowiadania się.

W książce zdecydowaliśmy się przytoczyć więcej dłuższych fragmentów wypowiedzi uczestników badania, ponieważ to właśnie ich głos najlepiej pokazuje, jak doświadczali opisywanych sytuacji i jakie znaczenie im nadawali. W badaniu jakościowym ważne jest nie tylko to, co badani mówią, ale także sposób, w jaki opowiadają o swoich przeżyciach, trudnościach, wątpliwościach i refleksjach. Dłuższe cytaty pozwalają pełniej oddać tę perspektywę i pokazać złożoność ich doświadczeń. Dzięki temu prezentujemy zarówno wnioski płynące z wypowiedzi badanych, ale także pokazujemy, materiał empiryczny, na którym zostały one oparte. Cytaty z wypowiedzi osób badanych zostały poddane nieznacznej redakcji językowej w celu zwiększenia ich czytelności. Usunięto zbędne wtrącenia, pauzy językowe, powtórzenia oraz elementy charakterystyczne dla spontanicznej wypowiedzi ustnej. Redakcja miała charakter porządkujący i nie ingerowała w sens wypowiedzi. Zachowano treść, sposób argumentacji oraz indywidualny styl wypowiedzi uczestników badania, tak aby cytaty możliwie wiernie oddawały ich perspektywę, a jednocześnie były przejrzyste dla czytelnika. Wypowiedzi badanych zostały przytoczone wraz z informacją o wywiadzie, z którego pochodzą. Kod wywiadu zawiera informację o grupie respondentów (jeśli są to studenci – ST, jeśli nauczyciele – NAUCZ,

jeśli SP – SP) oraz numer wywiadu (numeracja była oddzielna dla wywiadów w każdej z trzech grup respondentów). W przypadku cytatów pochodzących z wywiadów ze studentami w kodzie wywiadu jest dodatkowo informacja o tym, na którym roku studiowały osoby biorące udział w danym wywiadzie fokusowym.

2.4. Analiza wyników

Przy analizie zebranych danych zastosowano podejście opisane w refleksyjnej analizie tematycznej V. Braun i V. Clarke. Autorki wyróżniają następujące fazy: zapoznanie się ze zbiorem danych, kodowanie, generowanie wstępnych tematów, opracowywanie i weryfikowanie tematów, udoskonalanie, definiowanie i nazywanie tematów, pisanie (Braun & Clarke, 2024). W procesie analizy wykorzystano oprogramowanie MAXQDA. W pierwszym etapie dane kodowano w sposób dedukcyjny na podstawie wcześniej opracowanych scenariuszy wywiadów dla każdej z trzech badanych grup. W toku dalszej analizy ujawniły się jednak nowe obszary tematyczne, które nie były pierwotnie uwzględnione w schemacie kodowania. Obszary te zostały poddane szczegółowej ocenie oraz analizie przez interdyscyplinarny zespół badawczy składający się z osób mających wykształcenie medyczne, psychologiczne, socjologiczne oraz posiadających doświadczenie w realizacji badań jakościowych. W kolejnym etapie uzyskane wyniki zostały poddane przeglądowi oraz doprecyzowaniu przez członków zespołu badawczego. Wszelkie rozbieżności interpretacyjne były prezentowane i poddawane krytycznej dyskusji w szerszym gronie, obejmującym dodatkowych ekspertów, co umożliwiło pogłębioną refleksję nad analizowanym materiałem. W wyniku tych dyskusji schemat kodowania był iteracyjnie modyfikowany i udoskonalany, aby jak najlepiej odzwierciedlać złożoność oraz wielowymiarowość uzyskanych danych jakościowych. Ostatecznie wyróżniono 7 głównych obszarów tematycznych (zob. tabela 4).

Tabela 4. Obszary tematyczne wyłonione podczas analizy wyników

Obszar tematyczny	Liczba kodów
Korzyści i znaczenie zajęć z SP	493
Porównanie zajęć z SP z innymi zajęciami	441
Wyzwania związane z zajęciami z SP	410

Obszar tematyczny	Liczba kodów
Cechy SP	319
Przygotowanie SP i studentów	305
Miejsce zajęć z SP w programie nauczania	267
Informacja zwrotna	240

2.5. Stworzenie wytycznych dotyczących nauczania z udziałem symulowanych pacjentów

W części „Wskazówki" znajdują się wytyczne dotyczące nauczania z udziałem SP (s. 154). Proces ich powstawania był wieloetapowy. Punktem wyjścia dla ich stworzenia była analiza wyników przeprowadzonego przez nas badania oraz przegląd literatury przedmiotu. Na tej podstawie zespół badawczy określił najważniejsze obszary, które powinny zostać uwzględnione w ostatecznej wersji wskazówek. Następnie wspólnie pracowaliśmy nad ich treścią i formą, dbając o to, aby poszczególne punkty były jasne i zrozumiałe również dla osób, które nie miały wcześniej doświadczenia w pracy z SP.

Następnie sformułowane wskazówki skonsultowaliśmy ze studentami. Przygotowaliśmy w tym celu ankietę przedstawiającą treść wytycznych, pod którą studenci mieli odpowiedzieć na dwa pytania: „Zaznacz, w jakim stopniu zgadzasz się z powyższymi wskazówkami dotyczącymi zajęć z SP" oraz „Zaznacz, na ile te wskazówki są dla Ciebie zrozumiałe". Odpowiedzi na te pytanie były udzielane na 10-punktowej skali od 0 (w ogóle się nie zgadzam / w ogóle są niezrozumiałe) do 10 (całkowicie się zgadzam / są całkowicie zrozumiałe). Wytyczne zostały przedstawione w 4 grupach: miejsce zajęć z SP w programie nauczania, rekrutacja i przygotowanie SP, organizacja zajęć, informacja zwrotna. Po każdej grupie zagadnień zamieszczono również pytanie otwarte, umożliwiające studentom przedstawienie własnych uwag i refleksji, zwłaszcza w przypadku odmiennej opinii na temat któregoś z punktów. Mniej niż 10 osób dopisało swoje uwagi. Podkreślały w nich kwestie, które z ich punktu widzenia są najważniejsze. W konsultacjach wzięło udział 83 studentek i studentów kierunku lekarskiego, pielęgniarstwa oraz dietetyki. Szczególnie istotne było dla nas uwzględnienie

perspektywy osób studiujących na kierunkach innych niż lekarski. Miały one doświadczenie udziału w zajęciach z SP, a jednocześnie ich opinie nie zostały wcześniej uwzględnione w badaniu fokusowym, ponieważ na tamtym etapie nie udało się zebrać grupy reprezentującej inne kierunki kształcenia.

Studenci, których poprosiliśmy o konsultację zdecydowanie zgadzali się z zaproponowanymi wytycznymi (średni poziom zgody wyniósł, w poszczególnych grupach, między 8,39 a 9), uznali także, że proponowane zapisy są dla nich zrozumiałe (średni poziom deklaracji, że zapis jest zrozumiały wyniósł między 9,10 a 9,28).

Co decyduje o jakości kształcenia z udziałem symulowanych pacjentów? Wnioski na podstawie wyników badań i przeglądu literatury

3. Dlaczego warto uczyć z udziałem symulowanych pacjentów?

3.1. Czego można nauczyć się podczas zajęć z symulowanym pacjentem?

Analiza wywiadów fokusowych wskazała, że respondenci postrzegają symulacje z udziałem SP jako skuteczną metodę wspierającą rozwój kompetencji przyszłych pracowników ochrony zdrowia. Nauczyciele, którzy wzięli udział w wywiadach fokusowych, zwracali uwagę, że nauka z udziałem SP sprzyja rozwijaniu umiejętności komunikacji, ale pomaga też uczyć się schematu diagnostyczno-terapeutycznego. Badani nauczyciele podkreślali, że metoda ta pozwala na świadome kierowanie procesem kształcenia oraz praktyczne zastosowanie wiedzy teoretycznej.

Do najważniejszych korzyści zaliczano możliwość skupienia się na wybranej chorobie i jej objawach, co daje szansę na **stopniowe poznawanie jednostek chorobowych**, od prostych po bardziej złożone, zgodnie z poziomem wiedzy studentów. Takie podejście bywa trudne do realizacji podczas zajęć w klinikach.

> *Jeśli harmonogram z pacjentem symulowanym jest właściwie zorganizowany – ujęte są różne zagadnienia zaplanowane na dany blok – to można mieć pewność, że będą one omówione, że studentów nie ominą najważniejsze zagadnienia, które chcemy z danego konkretnego przedmiotu przećwiczyć. Z natury rzeczy edukacja szpitalna ma swoje plusy i ma swoje ograniczenia. Ograniczeniem jest fakt, że trafiają tutaj najcięższe przypadki, a nie takie, które nie wymagają hospitalizacji, a które są potencjalnie częste w warunkach ambulatoryjnych i także są elementem danego przedmiotu – czy to chirurgii, czy to chorób wewnętrznych, czy to ginekologii lub neurologii. Więc możemy przećwiczyć sobie takie przypadki ze studentami. A druga rzecz jest taka, że niekiedy w trakcie hospitalizacji część pacjentów, nawet jeśli ma konkretną jednostkę chorobową, może być w średnio ciężkim stanie ogólnym i nie mieć ochoty, czasu ani siły na rozmowę ze studentem. Z kolei takie zajęcia dają nam swobodę czasową. Tutaj możemy konkretne zagadnienia omówić naprawdę wyczerpująco, tak od A do Z. (Wywiad Naucz 1)*

Studenci też uczestniczą, są na przykład cztery tygodnie z nami, ale w tym też w trakcie naszej pracy, więc chodzą z nami do naszych pacjentów, a to są często pacjenci zakwalifikowani do poważnych zabiegów ablacji, do implantacji stymulatora, do implantacji zastawek, pewnie w innych klinikach. Więc może im brakuje tych prostych rzeczy, i może te zajęcia są w stanie pomóc to uzupełnić. Bo my czasami w ciągu dnia mamy określony czas, na przykład półtorej godziny zajęć i chodzimy ze studentami do pacjentów, którzy są akurat w klinice. Ja nie mówię o symulowanym, mówię o całej reszcie dnia. I rzeczywiście mogą mieć pewien niedosyt, oglądają rezonanse, oglądają różne badania, oglądają badania echo, koronarografię. To jest wyższa półka. Być może w tym rzeczywiście brakuje tej podstawy. I tu by można było to uzupełnić. Tu w trakcie zajęć z symulowanymi pacjentami. (Wywiad Naucz 4)

Respondenci, zarówno studenci, jak i nauczyciele, podkreślali, że zajęcia z SP umożliwiają wnikliwą i uporządkowaną **naukę schematu diagnostycznego**, między innymi dzięki możliwości powtórzeń oraz zatrzymania symulowanej sytuacji w momentach wymagających omówienia i dyskusji. Tego rodzaju interwencje nie są zazwyczaj możliwe w warunkach klinicznych, gdzie trwający proces diagnostyczno-terapeutyczny i presja czasu mogą ograniczać przestrzeń do refleksji, a jego wydłużenie potencjalnie wpływać na bezpieczeństwo pacjenta.

Myślę, że cenne było to, że mogliśmy z aktorami, a nie z prawdziwymi pacjentami przećwiczyć schemat rozmowy. Bo może się wydawać, że to jest zwyczajna rozmowa z drugim człowiekiem, taka jak na co dzień. Ale jak przychodzi co do czego – czy to na praktykach, czy właśnie na zajęciach – to jednak jest to stresujące. A dzięki tym symulacjom mamy teraz w głowie mniej więcej plan, jak taką rozmowę poprowadzić. I myślę, że w przyszłości, już w prawdziwym życiu, ten stres będzie na pewno o wiele mniejszy. Czyli to było takie jakby oswojenie się z pacjentem. (Wywiad ST III rok 5)

Przeprowadzenie tych rozmów, zanim się wejdzie na oddział, zanim się stanie przed łóżkiem pacjenta, to usystematyzowanie schematu zbierania wywiadu skraca nam zajęcia przy łóżku pacjenta. Bo tak przy łóżku pacjenta zawsze musieliśmy wyjaśnić: „A teraz Państwo powinni spytać o to, o tamto”, „Nie zapomnijcie o tym i o tamtym”, musieliśmy instruować, że trzeba też zrobić wywiad rodzinny. I studenci dopiero przy łóżku pacjenta notowali gdzieś

na karteczkach po kolei wszystkie te rzeczy. A teraz przychodzą i od razu pada: „Dzień dobry, jesteśmy grupą studencką". Wiedzą, że mają przedstawić się, powiedzieć w jakim celu przyszli i zacząć zadawać pytania. I pytania są już konkretne. Pamiętają nawet, że trzeba spytać o zawód, nie można zapomnieć o wieku. Więc schemat jest utrwalany. I jak przychodzą do łóżka pacjenta, to – nawet jak pacjent jest niewspółpracujący – próbują te pytania zadawać. (Wywiad Naucz 4)

Ponadto uczestnicy wskazywali na możliwość testowania różnych wariantów postępowania oraz rozwijania rozumowania klinicznego poprzez zaangażowanie całej grupy w analizę możliwych rozwiązań. Zwracano również uwagę na korzyści płynące z możliwości prześledzenia pełnej historii pacjenta – od etapu zbierania wywiadu po analizę wyników badań obrazowych oraz integrowania poszczególnych elementów procesu diagnostycznego.

W wypowiedziach badanych często pojawiało się, że zajęcia z SP pokazują, jak duże jest **znaczenie komunikacji w pracy osoby wykonującej zawód medyczny**. Badani nauczyciele akcentowali także, że uczestnictwo osoby uczącej się w symulacji z SP uświadamia, jak bardzo komunikacja wpływa na jakość opieki medycznej, przy czym zgodnie zaznaczano, że sama teoria komunikacji, pozbawiona elementów symulacyjnych, nie pozwoliłaby w pełni dostrzec jej znaczenia. Zdaniem respondentów dopiero praktyczne doświadczenie umożliwia realne zrozumienie konsekwencji stylu komunikacji dla przebiegu opieki medycznej.

Mnie się wydaje, że jeszcze jedna rzecz jest bardzo ważna. A mianowicie to, że symulowany pacjent może studentowi trochę wywrócić jego światopogląd dotyczący w ogóle nauki na kierunku lekarskim czy innym, pokazując, że wiedza merytoryczna wiedzą merytoryczną, ale że jeżeli student nie będzie potrafił rozmawiać z pacjentem, to rzeczywiście może to wpłynąć na jakość opieki, którą będzie świadczył. Czyli, jeśli nie przeprowadzi rozmowy w konkretny sposób – mamy taki scenariusz, w którym ważne jest, by pacjent powiedział, że bierze pestki moreli, ale zrobi to tylko, jeżeli zostanie stworzona odpowiednia atmosfera. Jeżeli tej relacji nie będzie, to wywiad medyczny może być kiepski, co jest kluczową rzeczą. Bo dla współczesnej medycyny ważne jest spersonalizowane podejście do pacjenta. Więc według mnie to też jest unikalne zadanie, które SP może realizować i może nauczyć w ten sposób tak naprawdę

studenta bardzo wiele. I zresztą to się często zdarza. Bywają studenci, którzy myślą, że mają super wiedzę merytoryczną, że wszystko pójdzie po ich myśli, a potem okazuje się, że spotkanie z SP przynosi zupełnie inne doświadczenia, niż się studentowi wydawało. I czasem dopiero po symulacji to wychodzi. Często zresztą po tych zajęciach studenci mają zaskakujące refleksje. Przyznają, że po prostu można zobaczyć coś, czego sobie nie wyobrażali. Więc to chyba też jest super cenna rzecz. (Wywiad Naucz 2)

Miałam dużo autorefleksji od studentek i studentów, w których te osoby wprost mówiły, że dzięki tym zajęciom zmieniły swoje podejście do komunikacji i z takiego podejścia, że to w ogóle słaby przedmiot, że to faktycznie działa i ma sens. I ja to odbieram tak, że na zajęciach możemy omówić teorię, ale to by nie wystarczyło, żeby tak zmienić podejście tych osób do zajęć, do ważności tematu. Myślę, że dopiero po omówieniu teorii i po tym, jak te osoby mogły zobaczyć w praktyce, jak to faktycznie działa i jaki może mieć wpływ na jakość oferowanych usług, i poprzez to efektywność leczenia. I uważam, że bez SP to byłoby niemożliwe. (Wywiad Naucz 2)

W trakcie dyskusji fokusowych szczególną uwagę zwracano na aspekt **komunikacji niewerbalnej**. Nauczyciele, którzy wzięli udział w wywiadach, doceniali możliwość skonfrontowania przez studentów własnych zachowań niewerbalnych z tym, jak są one odbierane przez SP oraz pozostałych uczestników zajęć. Wskazywano także na znaczenie dostrzegania rozbieżności pomiędzy komunikacją werbalną a niewerbalną, co sprzyjało refleksji nad spójnością przekazu.

To, w jaki sposób widownia, czyli reszta studentów, widzi zachowania studenta. Bo oni też często mają swoje unikalne reakcje, które, dopóki nie wyjdą w takiej rozmowie, to nie są dostrzegalne. Tylko obserwując, że jak student się uśmiecha, to się stresuje. Albo kiedy nie patrzy. Albo na przykład pokazuje nagle zamkniętą pozycję. Czyli mówi „tak, okej, rozumiem", ale jednocześnie zamyka swoją pozycję. Więc to jest takie wieloaspektowe, wielowymiarowe, tak bym powiedziała. (Wywiad Naucz 2)

Wśród umiejętności, które można rozwijać dzięki tej formie zajęć, badani studenci wymieniali między innymi kompetencje komunikacyjne, branie odpowiedzialności za przebieg wizyty, dostosowywanie jej struktury do własnego stylu komunikacji, ćwiczenie reakcji na różnorodne sytuacje kliniczne oraz możliwość

zidentyfikowania obszarów wymagających dalszego rozwoju. Akcentowano także rozwój empatii, wdrażanie teorii do praktyki oraz naukę analizy własnych zachowań i kompetencji innych osób.

Z jednej strony te ćwiczenia wydają mi się banalne z tej racji, że mamy mówić o emocjach, jest to odzwierciedlenie emocji, ale z drugiej strony zapewne każdy z nas spotkał się z lekarzem, który zupełnie nie ma umiejętności komunikacji – więc myślę sobie, że jednak fajnie, że one są. Już samo mówienie o komunikacji tak wiele razy sprawia, że wydaje mi się to trywialne. Jednak ludzie, którzy nie mają absolutnie żadnych umiejętności komunikacyjnych, mogą na tym etapie je przećwiczyć i właśnie uświadomić sobie, że tych umiejętności nie mają. (Wywiad ST VI rok 3)

To też jest nauka, bo normalnie uczymy się, jak leczyć, a tutaj, jak rozmawiać. I z automatu to jest totalnie inne spojrzenie na wizytę. Normalnie się tak nie patrzy, nie analizuje. Tylko jeśli coś jest jakieś rażące, kiedy jakiś stary lekarz coś powie rażącego, to dopiero wtedy dyskutujemy na ten temat. A tak na co dzień to musi być naprawdę wybitny lekarz, gdzie go chwalimy za komunikację w towarzystwie. A tutaj się wypowiadamy i analizujemy. To jest bardzo wartościowe. (Wywiad ST VI rok 19)

Badani studenci podkreślali, że zajęcia z udziałem SP pozwalały na **praktyczne połączenie teorii z działaniem,** szczególnie poprzez możliwość dyskusji oraz otrzymywania wielostronnego feedbacku. Wskazywali, że omawianie przebiegu scenariuszy, analiza zachowań oraz informacji zwrotnych od prowadzącego, grupy i samego SP sprzyjały pogłębionemu rozumieniu komunikacji klinicznej.

Dla mnie bardzo wartościowe było poznanie różnych sposobów na zyskanie zaufania pacjenta. Było kilka scenariuszy, gdzie pacjenci, może nie to, że mieli jakieś pretensje, ale jednak byli dość trudni. Pokazało mi to, że znajomość różnych metod zdobywania zaufania może nam w przyszłości ułatwić rozpoznanie choroby. Ale także jeśli mówimy o pierwszym spotkaniu, kiedy przeprowadzamy po prostu wywiad lekarski albo przekazujemy jakąś cięższą diagnozę, też trochę lepiej możemy pomóc pacjentowi, jeżeli uzyskamy jego zaufanie, więcej nam powie o swojej sytuacji rodzinnej czy ogólnej, także tej z przeszłości. Dlatego uważam to za bardzo wartościowe, no bo wiadomo – w przyszłości, w gabinecie lekarskim pacjenci mogą być po prostu różni. I dla mnie właśnie to było

najbardziej wartościowe. I w sumie też to, co dziewczyny mówiły na początku, że gdy omawialiśmy SPIKES, to ja tam po drugim roku, szczerze przyznam, że nie do końca rozumiałam, jak to ma wyglądać w rzeczywistości. Bo schemat to schemat, jest dość teoretyczny. A tutaj fajnie było pokazane, że w sumie nie ma jednego sztywnego sposobu, jak przeprowadzić takie rozmowy. Trzeba dobierać ścieżki indywidualnie do pacjentów. (Wywiad ST III rok 5)

Na pewno takie praktyczniejsze wykorzystanie tych wszystkich protokołów, bo wiadomo, szczegółowo się tego uczymy, teorii, co oznacza SPIKES, ale tu mogliśmy się z tym realnie zetknąć i widzieliśmy zachowania pacjenta, które odpowiadały tym zachowaniom z teorii. Mogliśmy faktycznie przyswoić schematy i zauważyć, że to, że powiemy coś w inny sposób, rzeczywiście ma pozytywny wpływ na odbiór informacji przez pacjenta. (Wywiad ST III rok 4)

Bardzo wartościowe było wdrożenie w praktyce metod, które poznajemy w teorii już od pierwszego roku. I to w taki sposób, który dla nas jest komfortowy, dzięki czemu jest szansa, że będziemy w przyszłości faktycznie z tego korzystać, a nie że po prostu poznajemy je teoretycznie, ale tak naprawdę nigdy z nich nie korzystamy. Pamiętam, że po takich zajęciach miałam refleksję, że już wiem, jak to może wyglądać w rzeczywistości, niekoniecznie przechodząc przez wszystkie literki akronimów, tylko jak to może brzmieć naturalnie. Pamiętam, że wracałam do domu i rozmawiałam z rodzicami, opowiadałam, jak to wygląda, jak to może wyglądać w prawdziwej pracy lekarza. Wcześniej też coś tam wiedziałam, na przykład z doświadczeń rodziców, z wizyt lekarskich. Więc dla mnie najbardziej wartościowe jest praktyczne doświadczenie. Praktyczna wizualizacja treści teoretycznych. (Wywiad ST III rok 5)

I też myślę, że bardzo dużo się uczymy pokory, bo bardzo łatwo jest, słysząc te wszystkie protokoły, te wszystkie literki, sobie to spamiętać i myśleć, że to jest takie proste, bo tylko się idzie krok po kroku. A faktycznie, jak się w tej scence już znajdujemy, to nagle się orientujemy, że to nie jest takie czarno-białe i że jest w tym dużo więcej czynników. (Wywiad ST VI rok 13)

Badani studenci zwracali także uwagę, że symulacje z SP rozwijają ich empatię oraz **zdolność przyjmowania perspektywy pacjenta**.

Jeśli chodzi o mnie, to ja zauważyłam bardzo duży progres, jeżeli chodzi o moją empatię pomiędzy sobą z drugiego roku na studiach. Jak wtedy mieliśmy komunikację, a w tym roku. Bo ja przyznaję, troszeczkę miałam z tym problem – żeby właściwie wczuć się w sytuację pacjenta. Mogłam się dzięki temu bardziej wczuć i zamiast proponować pacjentowi tylko i wyłącznie sztywne rozwiązania problemu, że zrobimy to, to i to, to miałam też okazję nauczyć się, żeby faktycznie dać pacjentowi przestrzeń na jego emocje. Mogłam skupić się nie tylko na tym aspekcie, co do mnie należy jako do lekarza, czyli zaproponowaniu odpowiedniego leczenia, ale też na takiej po prostu ludzkiej empatii i daniu pacjentowi przestrzeni, żeby się pogodził z ciężką dla siebie sytuacją. (Wywiad ST III rok 9)

Myślę, że te zajęcia rzeczywiście uczą bardziej empatycznego podejścia do pacjenta, bo w praktyce bardzo często jest negatywne nastawienie między pacjentem i lekarzem, a tutaj trochę bardziej zwracam uwagę na tę perspektywę pacjenta niż w rzeczywistości. Dzięki tym zajęciom możemy, powiedzmy, wziąć jedną część, czyli takie pojęcie tego, jak idealnie lekarz powinien poznać pacjenta i potem skompilować to z realiami, jak rzeczywiście to potem wygląda. No i wyciągnąć z tego jakiś taki złoty środek, czyli próbować wprowadzać te rzeczy związane z dobrą komunikacją i traktowaniem pacjenta jako partnera przy jednoczesnej świadomości, że zdarzają się pacjenci, którzy, pomimo wszystkich zastosowanych metod, dalej nie będą chcieli z nami współpracować. A jednocześnie też nie wypalić się tak szybko przy praktykowaniu tego zawodu. (Wywiad ST VI rok 23)

W opinii badanych studentów zajęcia z SP uczą ich brania **odpowiedzialności za przebieg całej rozmowy i budowania relacji z pacjentami**. Respondenci wskazywali, że są to sytuacje, w których muszą samodzielnie podjąć decyzje i odczuć ich konsekwencje.

Ja bym jeszcze dodał, że poczucie rzeczywistości to mamy również rozmawiając z pacjentami na oddziałach, tylko że zwykle z pacjentami na oddziałach nie mamy poczucia odpowiedzialności za sytuację, a tutaj pierwszy raz wszystko zależy od nas i to też pozwala nam zobaczyć nasze luki w wiedzy, a także w umiejętnościach miękkich. (Wywiad ST VI rok 13)

Też ma się takie poczucie odpowiedzialności za swoje czyny, słowa. Może to kwestia symulacji. Bo jak na przykład na zajęciach klinicznych idziemy zbadać pacjenta, czy coś mu przekazać, to zawsze się mówi, że ten a ten doktor mnie tutaj wysłał, i jakby coś poszło nie tak, to ten doktor jest odpowiedzialny – a tutaj my. (Wywiad ST VI rok 3)

Ćwiczenia z udziałem SP to także sposób modelowania postaw. Z analizy wypowiedzi studentów wynika, że zajęcia te pokazują, **jak powinien przebiegać kontakt z pacjentem**. Podczas zajęć w klinikach osoby uczące się mogą odnieść tę wiedzę do zachowań pracowników ochrony zdrowia oraz lekarzy i wypracowywać własny styl budowania relacji z pacjentami.

Ja też uważam, że dużą pewność daje wiedza o tym, jak powinno to wyglądać. Potem się widzi, jak wiele osób robi coś nie tak albo na przykład realnie jest jakaś sytuacja w szpitalu i ja czuję, że na przykład zamknęłabym drzwi albo zaprosiłabym pacjenta gdzieś indziej. I w ten sposób człowiek kreuje swój styl pracy, który powinien być prawidłowy. (Wywiad ST VI rok 7)

Ćwicząc rozmowy, można wyrobić sobie swoją własną opinię na temat tych technik i dopasować je do swojego sposobu mówienia i swojego charakteru. I spróbować to jakoś wpleść w swój sposób rozmawiania z pacjentami. (Wywiad ST VI rok 8)

W przeprowadzonych wywiadach studenci artykułowali również, że zajęcia z udziałem SP umożliwiają **naukę na własnych błędach** i lepsze przygotowanie do kontaktu z pacjentami w klinikach (więcej o tym w rozdz. 5.2, s. 81).

Według mnie mogliśmy poćwiczyć nasze umiejętności komunikacji niewerbalnej, okazywanie empatii. Gdy później słuchaliśmy samych siebie, mieliśmy okazję wyciągnąć z tego jakieś wnioski – co w kontakcie z pacjentem robimy czy mówimy dobrze, a co źle. I uczyć się na błędach przed zetknięciem się z prawdziwym pacjentem, który jest osobą chorą, potrzebującą. Tak naprawdę mam wrażenie, że dzięki temu, że przeszliśmy przez te wywiady, to już umiem w pewnym stopniu wyłapywać swoje drobne błędy i mogę nad nimi popracować przed spotkaniem z prawdziwymi pacjentami. (Wywiad ST III rok 3)

Z wiedzą stąd nie będziemy może aż tak powielać tych takich nie do końca właściwych wzorców. (Wywiad ST VI rok 7)

3.2. Bezpieczna przestrzeń do nauki, ćwiczenia i popełniania błędów, aby lepiej pomagać pacjentom

Uczestnicy wywiadów podkreślali, że jedną z kluczowych zalet zajęć z SP jest **bezpieczeństwo studenta i pacjenta**. Kreowanie scenariuszy symulacyjnych – w których studenci uczą się na własnych błędach, rozważają różne opcje i próbują odmiennych rozwiązań, a dodatkowo mogą je kilkukrotnie powtórzyć – pozbawione jest negatywnych konsekwencji. Badani nauczyciele mówili o tym w następujący sposób:

> *Kolejną kwestią jest to, że możemy wprowadzać trochę dynamiki. Na przykład sytuacja, kiedy przychodzi pacjent z dusznością, a studenci myślą, myślą i idzie im ciężko. Mogę powiedzieć: „Dobra, to co teraz robicie? Bo pacjentowi coraz bardziej jest duszno. Przestaje z Wami rozmawiać, już Wam więcej nic nie powie". No to jest absolutnie niemożliwe i byłoby nieetyczne wprowadzanie takiej pauzy w opiece nad pacjentem w realu. A tutaj jest kontrolowana presja, bo jednak pracujemy w presji, ale kontrolowanej, żeby się tego nauczyć, oswoić się z tym uczuciem, że coś się dzieje i muszę szybko coś wymyślić. To jest korzystne ze względu na brak realnych konsekwencji. (Wywiad Naucz 3)*

> *Ja tylko w kwestii pauzowania – wydaje mi się, że szkoda emocjonalna jest znikoma. Jeżeli w życiu, takim prawdziwym życiu, student by popełnił błąd, no to myślę, że szkoda emocjonalna byłaby dla niego ogromna, a dla pacjenta mogłaby być i fizyczna. Natomiast tutaj nie ma tego i to daje bezpieczeństwo psychiczne, świadomość, że przy realnej sytuacji jest takie miejsce, do którego można wrócić, że to już się kiedyś stało i jakoś to ogarnęliśmy, a jednocześnie nie napędza to spirali paniki związanej z różnymi sytuacjami. (Wywiad Naucz 3)*

> *Jest to bardzo wartościowa rzecz, ponieważ oni mogą potrenować na pacjencie nie skrajnie chorym, nie duszącym się, nie obolałym. Potrenować zadawanie pytań, jak się zbiera wywiad, co jest ważne i tak dalej, bo ta osoba udaje, ona nie jest naprawdę ciężko chora. (Wywiad Naucz 4)*

Badani studenci także podkreślali, że widzą korzyść z możliwości **przećwiczenia zaawansowanych scenariuszy**, które obejmowały złożone i trudne sytuacje komunikacyjne, element nieprzewidywalności oraz różnorodne konteksty kliniczne. Scenariusze te wymagały elastyczności, uważności i reagowania

na bieżąco, co sprzyjało lepszemu uczeniu się. Badani studenci akcentowali, że zajęcia z SP pozwalają im ćwiczyć umiejętności kontaktu z pacjentami w bezpiecznych warunkach, bez ryzyka negatywnych konsekwencji dla pacjenta. Wielu z nich wskazywało, że możliwość rozwijania umiejętności reagowania w szczególnie trudnych sytuacjach stanowi jedną z istotnych zalet tej formy kształcenia.

Nie wyobrażam sobie, żebyśmy z realnym pacjentem mogli ćwiczyć na przykład przekazywanie negatywnych informacji. To jest coś, czego się nie da zrobić po prostu bez szkody dla pacjenta. (Wywiad ST VI rok 16)

Ja bym chciał tylko dodać, że tym większa jest wartość symulowanego pacjenta i zajęć z symulowanym pacjentem, im temat jest bardziej niewygodny, trudny lub wstydliwy. I im bardziej to jest trudne, i nieprzyjemne, i nie do końca mamy z kim to przećwiczyć, to tym bardziej będzie to korzystne, żebyśmy to zrobili właśnie w warunkach najpierw symulowanych, a potem dopiero z pacjentami. (Wywiad ST VI rok 8)

Lepiej jest nauczyć się tych mechanizmów właśnie w takim kontrolowanym środowisku niż potem nie wiedzieć, jak sobie z tym poradzić. (Wywiad ST VI rok 5)

Pozwala to przećwiczyć sytuacje, które w warunkach klinicznych są często tak naprawdę niemożliwe do przedstawienia studentom. Na przykład z mobbingiem czy z otyłością. Myślę, że ciężko z pacjentem na zajęciach klinicznych o tym porozmawiać. (Wywiad ST VI rok 21)

Tak jeszcze dodając dwa słowa do tego, co koleżanka powiedziała, to są pewne sytuacje, które możemy przeżyć tylko w symulowanych warunkach. Nikt na zajęciach klinicznych nie da nam takiego zadania, nie pozwoli przekazać prawdziwemu pacjentowi niepomyślnej wiadomości. Często wysyłają nas, żeby zebrać wywiad z pacjentami, którzy są pozytywnie do nas nastawieni, żeby to było bezproblemowe. A kontakt z tak zwanym trudnym pacjentem… no tak właściwie to ten symulowany może być czasami jedynym takim spotkanym w czasie studiów. Potem wiadomo, że już będzie ich więcej. (Wywiad ST VI rok 3)

W opinii części studentów zajęcia z udziałem SP mogą pomóc im lepiej **przygotować się do kontaktu z pacjentami znajdującymi się w trudnych sytuacjach**, takich jak doświadczenie straty osoby bliskiej czy występowanie myśli samobójczych.

Uważam, że na zajęciach z psychiatrii powinny być właśnie ćwiczenia z symulowanymi pacjentami. Obecnie jest zdecydowanie więcej depresji i chorób psychicznych i trzeba umieć rozmawiać z takimi pacjentami wrażliwie i umieć poruszać różne sfery życia. (Wywiad ST VI rok 14)

W rozmowach ze studentami pojawiły się nawet propozycje, aby zajęcia z udziałem SP służyły przede wszystkim ćwiczeniu umiejętności potrzebnych w szczególnie trudnych sytuacjach. Wskazywano przy tym, że o ile symulacja stwarza bezpieczną przestrzeń do prowadzenia wymagających rozmów, o tyle bardziej typowe sytuacje mogą być z powodzeniem ćwiczone w kontakcie z pacjentami podczas tradycyjnych zajęć klinicznych.

To są potrzebne zajęcia. I z jednej strony potrzebujemy przygotowania w zakresie wszystkich przypadków – zarówno tych prostych, jak i tych trudniejszych, ale z drugiej strony może lepiej by się było skupić na tych trudniejszych. (Wywiad ST III rok 9)

My z tych łatwiejszych przypadków, to na zajęciach klinicznych złapiemy doświadczenie – takie proste zebranie wywiadu od zwykłego pacjenta, którego wyznaczy nam lekarz. Może się jednak zdarzyć tak, że człowiek skończy sześć lat studiów, zostanie rezydentem, będzie musiał już samemu sobie radzić jako lekarz, a jeszcze nigdy w życiu nie miał okazji porozmawiać z pacjentem na przykład o śmierci. Więc wszystkie te rozmowy, moim zdaniem, powinny być w pewien sposób trudne. To właśnie w kontrolowanych warunkach powinniśmy móc to przećwiczyć, żeby nie było sytuacji, że nam pacjent umiera i my na nim dopiero uczymy się, jak rozmawiać na trudne tematy. To byłaby wręcz krzywda dla tego człowieka, który będzie naszym pacjentem. (Wywiad ST III rok 9)

3.3. Co sprawia, że zajęcia z symulowanymi pacjentami są metodą tak wyjątkową?

Podczas wywiadów pojawiały się liczne wypowiedzi wskazujące na to, że badani uznają zajęcia z SP za unikalną metodę dydaktyczną, której nie można zastąpić w inny sposób. Podkreślano, że sprzyja ona zaangażowaniu się w naukę. Wielu studentów odnosiło się do **wspomnień i emocji związanych z zajęciami**, opisując je jako ciekawe, aktywizujące i zapadające w pamięć. Możliwość przeżywania emocji w trakcie kontaktu z SP była postrzegana jako ważna część procesu uczenia się oraz przygotowania do pracy klinicznej. Wypowiedzi często dotyczyły również ogólnych spostrzeżeń związanych z udziałem w ćwiczeniach – zajęcia z SP oceniano jako wartościowe, interesujące i wyróżniające się na tle innych form kształcenia. Studenci zaznaczali, że były to zajęcia wyjątkowe i wyróżniające się na tle standardowych ćwiczeń klinicznych.

Poznaj samego siebie

Badani nauczyciele podkreślali, że zajęcia z SP dają studentom możliwość zaobserwowania w bezpiecznych warunkach własnych reakcji psychicznych, analizy wpływu emocji na przebieg kontaktu z pacjentem oraz nauki radzenia sobie z nimi.

> *Myślę, że tutaj student przede wszystkim poznaje siebie w takiej trochę niecodziennej roli, do której jest przygotowywany. I tak naprawdę na wykładach, czy nawet ćwiczeniach bez symulowanych pacjentów, jest wiele rzeczy niemożliwych do rozpoznania przez studenta. Tutaj chodzi o empatię, chodzi o zrozumienie i reakcję w nieoczekiwanych sytuacjach, zaskakujących momentach, też w różnych trudnych chwilach, jak przekazywanie poważnych informacji. Ale chodzi też o rozpoznanie swoich własnych emocji, przepracowanie swojego doświadczenia, o przeżywanie i funkcjonowanie w tym przeżyciu. Myślę, że to jest bardzo ważne i niemożliwe w innych sytuacjach do nauczenia i do zobaczenia, i zrozumienia. (Wywiad Naucz 2)*

Być jak prawdziwy lekarz

Badani studenci aktywnie biorący udział w scenariuszach podkreślali, że możliwość bezpośredniego kontaktu jeden na jeden z pacjentem pozwalała im przetestować własne reakcje, zwiększyć pewność siebie oraz po raz pierwszy poczuć

się jak prawdziwy lekarz. Wyjście ze strefy komfortu i przełamanie obaw związanych z rozmową z pacjentem było szczególnie istotne dla osób nieśmiałych oraz tych, które rzadziej zgłaszały się do aktywnego udziału.

Pierwszy raz się poczułem jak lekarz. (Wywiad ST III rok 3)

I jeszcze samodzielność, bo zbieranie wywiadu na studiach czy badania zawsze odbywają się w szóstce klinicznej – a tutaj jest jeden na jeden. (Wywiad ST VI rok 14)

Samodzielność i odpowiedzialność za przebieg konsultacji

Zajęcia z SP były opisywane jako jedyne takie doświadczenie w toku studiów, dające możliwość pracy nad komunikacją w bezpiecznych warunkach, bez odpowiedzialności za realnego pacjenta. Ta wyjątkowość była często akcentowana jako istotna wartość edukacyjna.

Korzyści – na pewno możliwość przećwiczenia pewnych sytuacji, których w żadnych innych warunkach nie moglibyśmy przećwiczyć podczas studiów. (Wywiad ST VI rok 3)

Na początku te zajęcia mogły się wydawać trochę stresujące. Tak już jest w dużej grupie. Na drugim roku też były takie ćwiczenia, ale to nadal mało, żeby się przełamać. Moim zdaniem fajnie, że coś takiego było, bo wiadomo, że jak jest się choćby na praktykach wakacyjnych, to ja na przykład nigdy nie zostawałam z pacjentem sam na sam. Zazwyczaj byłam z lekarzem. Nie miałam okazji, żeby samodzielnie, w pojedynkę przećwiczyć swoje umiejętności komunikacji. Więc uważam, że bardzo dobrze, że tutaj sami prowadziliśmy rozmowę, ale jednocześnie, że nie było takiej odpowiedzialności jak w szpitalu, jak w prawdziwym życiu. (Wywiad ST III rok 5)

Myślę, że wielu z nas w ogóle na szóstym roku nigdy tak naprawdę samodzielnie praktycznie nie zbierało wywiadu, bo zawsze jesteśmy w tych pięcio-, sześcioosobowych grupach, więc też myślę, że to jest taka jedna z niewielu okazji, kiedy faktycznie jest się jeden na jeden z pacjentem. (Wywiad ST VI rok 22)

Zaangażowanie osób uczących się i przygotowanie do pracy zawodowej

Badani nauczyciele wskazywali na wyższe zaangażowanie studentów podczas zajęć z SP w porównaniu z innymi metodami dydaktycznymi. Udział osoby odgrywającej rolę pacjenta zajmował uczestników od początku i stwarzał przestrzeń do aktywności również dla studentów nieśmiałych. Informacja zwrotna była postrzegana jako bardziej autentyczna. Te cechy zajęć z SP sprawiają, według badanych dydaktyków, że jest to forma nauki, która dobrze przygotowuje do pracy zawodowej.

[…] tak wczuć się w rolę, że muszą się zaangażować od samego początku. Widzą, że jest jakiś realny problem, który właśnie oni muszą rozwiązać. Dać im takie pole do manewru od samego początku. Wydaje mi się, że to jest fajny sposób prowadzenia zajęć, bo mogli wcielić się w rolę prawdziwego lekarza, poczuć, że to faktycznie oni są lekarzami, a naprzeciwko jest jakiś pacjent i ma jakieś cechy, o których tutaj mówiliśmy. Wówczas starają się, widzą, że to jest taka prawdziwa próba sprawdzenia się w roli lekarza. (Wywiad Naucz 7)

A ja myślę jeszcze, że atmosfera zajęć jest pod tytułem „uczymy się”, czyli że feedback jest nie po to, żebyśmy tutaj wyłapywali błędy – najważniejsze jest, że eksperymentujemy i uczymy się dla przyszłości. Lubię studentom zasygnalizować czasem, zmniejszając trochę wagę egzaminu: „Egzamin to wy zdacie. Dacie radę. Tak naprawdę uczycie się dla siebie, wykonywania swojej pracy i chciałabym, żebyście wynieśli z tych zajęć jak najwięcej rzeczy, które się Wam w niej przydadzą. Egzamin będzie, a potem go już nie będzie, a pracować będziecie bardzo długo”. I wtedy widzę jakąś inną motywację – studenci nagle dostrzegają, że przychodzą tu nie tylko po to, żeby zaliczyć zajęcia, zaczynają czuć wagę tego przedmiotu. (Wywiad Naucz 2)

Symulacja pełni więc funkcję przygotowawczą – umożliwia bezpieczne przećwiczenie sytuacji, które później mogą pojawić się w praktyce klinicznej – i dzięki temu ułatwia przenoszenie nabytych umiejętności do realnych kontaktów z pacjentami.

Uważam, że jednak mimo wszystko to bardzo nas uodporniło na wiele rzeczy. To, że mieliśmy te zajęcia na drugim roku i to było takie pierwsze zderzenie z tak zwanym pacjentem agresywnym, pacjentem trudnym i tak dalej.

Wtedy to był szok i cokolwiek ten pacjent powiedział, to my po prostu od razu zaczynaliśmy się jąkać, byliśmy niepewni, zestresowani. Musieliśmy często przerywać scenariusze lub ktoś z widowni musiał nam pomagać, coś podpowiadać. A teraz mam wrażenie, że to jest dużo mniejsze zaskoczenie. Wiadomo, że każdy mniej lub bardziej się stresuje, zwłaszcza trudnymi scenariuszami, ale regularny trening robi swoje. I na pewno jest dużo mniejszy szok, jak się później widzi w szpitalu pacjenta, który też jest trudny, który nieraz wdaje się z lekarzem w dyskusję. I na pewno łatwiej jest wtedy to przełożyć na praktykę, niż w przypadku lekarzy z tak zwanego starszego pokolenia, którzy nigdy nie mieli takich zajęć. I to moim zdaniem, mimo wielu lat praktyki w zawodzie, widać nadal. Sam to zauważam, gdy nieraz idę do lekarza jako pacjent. Od razu widzę, kiedy mam do czynienia z lekarzem, który jednak gdzieś tam, jak to się mówi, liznął tej komunikacji, nawet tak jakby w teorii. A młodzi lekarze, którzy w trakcie studiów mają już na to kładziony dużo większy nacisk, rzeczywiście nieraz stosują te elementy i pacjent od razu czuje się lepiej. (Wywiad ST VI rok 4)

Badani nauczyciele, będący praktykującymi lekarzami, zwracali też uwagę, że ten rodzaj zajęć przygotowuje do wyzwań, które współcześnie wiążą się z wykonywaniem zawodu medycznego.

Myślę, że te zajęcia mogą nas też uchronić przed przykrymi konsekwencjami w przyszłości. Nikt nas wcześniej do takich rzeczy nie przygotował. A tak naprawdę to może być nawet ochrona przed sprawami w sądzie. Przecież wiadomo, że najwięcej pozwów jest dlatego, że lekarz był niemiły. (Wywiad ST VI rok 26)

Wyjątkowość zajęć z SP wiąże się także, w opinii respondentów, z ich **realizmem**. Badani studenci zauważali, że sytuacje symulowane odbierali jako autentyczne, a reakcje SP były wiarygodne, co zwiększało zaangażowanie i poczucie realnego przygotowania do przyszłych kontaktów z pacjentami.

Rzeczywiście czułam, jakbym rozmawiała z pacjentem, nie czułam, że to jest symulacja, tylko stresowałam się i jakoś tak wczuwałam się w tę relację, jakbym rzeczywiście przekazywała złe informacje pacjentowi, a nie aktorowi. (Wywiad ST VI rok 12)

Ten realizm pozwala dużo bardziej wczuć się w sytuację. Tutaj działamy jeden na jeden z pacjentem, a zazwyczaj, na zajęciach klinicznych, pracujemy w grupkach – i to zupełnie wtedy inaczej rozmowa wygląda. A tu mamy jeden na jeden. (Wywiad ST VI rok 5)

Też myślę, że mieliśmy wiele różnych zajęć. Zwykle na przykład z manekinami. To jednak tutaj ta sytuacja, sytuacja komunikacji z pacjentem, jest bardziej autentyczna. Bo oprócz tego, że symulowani pacjenci mają określone scenariusze, mają też swoje własne doświadczenia bycia pacjentem… Po prostu ta ich gra jest taka autentyczna! Myślę, że te zajęcia z nimi są takie prawdziwe. (Wywiad ST VI rok 10)

Doświadczenie rozmowy z pacjentem

W opinii badanych studentów niezwykle ważne jest, że zajęcia z SP pozwalają pokazać, jak w pełni profesjonalnie prowadzić rozmowy z pacjentami.

Myślę, że zajęcia pokazały nam, jak to powinno działać i jakie naprawdę powinno być nasze podejście do pacjentów. Wiadomo, jak to bywa w życiu – jacy są ludzie, jacy są lekarze. Wiadomo też, ile jest czasu i ile można poświęcić każdemu z nas. Bardzo rzadko spotkałam się z pełnym profesjonalizmem. Wręcz może zaledwie jeden czy dwóch lekarzy rzeczywiście taki profesjonalizm zachowało. I po prostu postępowało tak, jak tutaj Państwo nas uczyli. Więc chyba te zajęcia są jedyną taką opcją na tych studiach, kiedy my się uczymy, jak naprawdę to wszystko powinno wyglądać. Taki nasz punkt referencji. (Wywiad ST VI rok 26)

Nawet więcej, dla mnie to nie tylko konfrontacja ze stresem – te zajęcia dają szansę na holistyczne spojrzenie na medycynę. W jednym momencie musisz połączyć umiejętności zdobyte na różnych oddziałach, w różnych dziedzinach. Naprawdę to jest dobra symulacja, zwłaszcza jak się współpracuje z osobą, która gra doskonale. (Wywiad ST VI rok 11)

3.4. Co symulowany pacjent wnosi do kształcenia medycznego? Wyniki w świetle badań

Wyniki naszego badania wskazują, że zarówno nauczyciele, jak i studenci dostrzegają istotną rolę SP w rozwijaniu praktycznych umiejętności oraz zwiększaniu realizmu procesu dydaktycznego. Uczestnicy podkreślali możliwość bezpiecznego ćwiczenia komunikacji, lepszego przygotowania do sytuacji klinicznych oraz większego zaangażowania w proces nauczania. Obserwacje te znajdują potwierdzenie w literaturze, w której wskazuje się, że SP wspierają integrację wiedzy teoretycznej z praktyką, rozwijają myślenie krytyczne, umiejętności rozwiązywania problemów oraz kompetencje komunikacyjne (Pritchard et al., 2020), (Lane & Rollnick, 2007).

Podobnie jak w innych badaniach, uczestnicy przeprowadzonych przez nas wywiadów wskazywali, że udział SP w zajęciach umożliwia bezpieczne eksperymentowanie z różnymi strategiami komunikacyjnymi oraz ogranicza potencjalne negatywne skutki dla pacjenta, a jednocześnie pozwala na standaryzację i dostosowanie procesu dydaktycznego do określonych celów (Lane & Rollnick, 2007).

W literaturze dotyczącej symulacji z udziałem SP w edukacji medycznej konsekwentnie wskazuje się, że studenci wysoko oceniają tego typu zajęcia, uznając je za kluczowe dla rozwoju kompetencji klinicznych i komunikacyjnych (więcej o tym w rozdz. 3.3, s. 49). Jednocześnie zwraca się uwagę na potrzebę zwiększenia liczby zajęć z SP oraz ich bardziej regularnego włączania do programu studiów (Motola et al., 2013).

Wyniki naszego badania można porównać z wynikami innych badań, zgodnie z którymi SP wzmacniają realizm sytuacji klinicznych oraz umożliwiają bezpieczne ćwiczenie umiejętności komunikacyjnych w trudnych konsultacjach, a także lepsze radzenie sobie z własnymi emocjami. Szczególnie ceniono elastyczność SP i możliwość kontaktu z różnorodnymi, wymagającymi zachowaniami. Podkreślono również znaczenie wspierającej atmosfery podczas omówienia, a informacja zwrotna od SP była oceniana jako szczególnie wartościowa (Isaksson et al., 2022).

W 2023 roku ukazał się przegląd literatury, który miał na celu ocenę aktualnego stanu wiedzy na temat wykorzystania SP w kształceniu na kierunkach medycznych. Analizą objęto 40 artykułów opublikowanych w latach 2008–2023. Wyniki przeglądu pokazują, że zastosowanie SP w edukacji medycznej może istotnie wspierać rozwój

pewności siebie studentów, ich kompetencji klinicznych oraz umiejętności komunikacji interpersonalnej. Szczególne znaczenie tej metody polega na tym, że pozwala ona studentom przygotować się do realnych sytuacji klinicznych w warunkach bezpiecznych, uporządkowanych i sprzyjających refleksji. Ponadto doświadczenia zdobywane podczas zajęć z udziałem SP mogą stanowić ważny etap przejścia od uczenia się w środowisku dydaktycznym do kontaktu z pacjentami w trakcie praktyk klinicznych i późniejszej pracy zawodowej (Flanagan & Cummings, 2023).

4. Przygotowanie symulowanych pacjentów

4.1. Jakie cechy powinien mieć dobry symulowany pacjent?

Badani, zarówno nauczyciele, jak i studenci, najczęściej wskazywali, że kluczowe znaczenie ma **autentyczność SP oraz wiarygodne odgrywanie powierzonej mu roli**. Oczekiwali, by osoba wcielająca się w pacjenta w trakcie realizacji scenariusza była naturalna, a jej zachowanie nieprzerysowane. Dzięki temu interakcja z osobą uczącą się może w większym stopniu odzwierciedlać rzeczywisty kontakt kliniczny.

> *Nasz symulowany pacjent to był czysty talent. Ja w pewnych momentach zapominałam, że to jest tylko scenka – takie było zaangażowanie, z takim autentyzmem pacjent odpowiadał! To nadaje realizmu. A kiedy pacjent udaje, ja udaję i jest to wyczuwalne, to niewiele mi to pomaga… Ot, jesteśmy dorośli, mamy scenariusz i po prostu go odgrywamy [...]. Za to jak pacjent jest zaangażowany, to faktycznie wtedy jestem w stanie traktować to poważnie. (Wywiad ST III rok 1)*

> *Choć może się wydawać, że to przesada, według mnie istotna jest naturalność. Wytłumaczę, w moim odczuciu wszyscy pacjenci byli dość autentyczni – tylko jedni trochę bardziej, inni mniej. Czasami naprawdę można było odczuć, że świetnie wiedzą, co robią. Człowiek miał wtedy wrażenie, że uczestniczy w prawdziwej sytuacji. Myślę, że zmiany ubioru też bardzo pomagały, bo były faktycznie charakterystyczne dla odgrywanych postaci i dzięki temu łatwiej było uwierzyć w realizm tych scen. (Wywiad ST III rok 8)*

> *Ważne też jest, żeby symulowany pacjent potrafił wczuć się w rolę, bo pracowałam z różnymi osobami. Jedna pacjentka mocno zapadła mi w pamięć – gdy odgrywała ból brzucha, autentycznie zwijała się na krześle. Taka umiejętność zagrania fizycznych objawów robi ogromną różnicę, bo mocniej działa na wyobraźnię studentów. Od razu zmusza ich do szybszego działania. Widzą, że coś się dzieje, i nie mają poczucia, że tylko omawiamy na sucho kolejną sytuację kliniczną. I zgadzam się oczywiście z koleżanką, że bardzo ważna jest tu elastyczność. To nie może być sztywny scenariusz,*

trzeba mieć świadomość, że może się wydarzyć coś, czego się nie spodziewamy, i warto na to reagować. (Wywiad ST III rok 9)

Z punktu widzenia badanych nauczycieli i studentów niezwykle ważne jest, aby SP potrafił wiarygodnie **wyrażać emocje** podczas kontaktu z osobą uczącą się. W trakcie realizacji scenariusza powinny być one **prezentowane w sposób naturalny oraz adekwatny** zarówno do sytuacji klinicznej i roli opisanej w scenariuszu, jak i do zachowania studenta lub studentki. Oznacza to, że reakcje emocjonalne SP muszą pozostawać spójne z doświadczeniem odgrywanego pacjenta i odpowiadać przebiegowi interakcji. Badani podkreślali, że negatywnie odbierają SP odgrywających swoją rolę w sposób teatralny. Nadmierne okazywanie emocji, według badanych, utrudnia studentom zaangażowanie się w symulację, sprawia, że staje się ona sztuczna i nieprawdziwa.

Zgadzam się z tym, co powiedział X – kluczowe jest zaangażowanie aktora i to, żeby potrafił przekazać te emocje. Chodzi o to, żeby dał z siebie wszystko i sprawił, że scenariusz wyda się prawdziwy. Czyli na przykład potrafi odegrać splątaną mowę albo pokazać, że naprawdę bardzo go boli. Najgorzej, gdy pacjent ma na przykład udawać ciężki, poważny stan zagrożenia życia, a siedzi i rozmawia z nami tak, jak my teraz – na luzie, jak gdyby nigdy nic. Dlatego super ważne jest, żeby umieć te emocje oddać nie tylko samą mimiką, ale też sposobem mówienia i całym zachowaniem. (Wywiad Naucz 7)

Podczas odgrywania roli niezwykle ważne jest, w opinii zarówno badanych nauczycieli, jak i osób uczących się, aby SP reagował **adekwatnie do sytuacji**, do zachowania studenta czy studentki.

Powiedziałabym, że symulowany pacjent musi być przede wszystkim reaktywny – powinien na bieżąco odpowiadać na to, co się dzieje w danej scence, a nie trzymać się sztywno scenariusza, litera w literę. Nie chodzi tu o jakąś improwizację, ale o otwartość na zachowanie studenta. Przecież każdy student może reagować inaczej, a SP powinien umieć się do tego dopasować. Moim zdaniem właśnie takie zajęcia mają największą wartość, bo dają szansę na dogłębne omówienie tego, co tak naprawdę wydarzyło się na sali. (Wywiad Naucz 3)

Dobra gra aktorska to podstawa. O wiele łatwiej wczuć się w rolę, gdy pacjent pokazuje emocje, które powinien w danym momencie przeżywać. Jeżeli to, co mówi, nie pasuje do jego postawy czy mowy ciała, od razu pojawia się zgrzyt – czuć w tym sztywność i sztuczność. (Wywiad ST VI rok 8)

Z perspektywy badanych studentów poważnym niedostatkiem jest sytuacja, w której SP odgrywa swoją rolę w sposób **nieadekwatny lub przerysowany**. Respondenci podkreślali, że nadmiernie ekspresyjne wyrażanie emocji przez SP może utrudniać proces uczenia się.

Pamiętam też jednego pana, który przesadził w drugą stronę. Tak wczuł się w rolę, że aż niszczył całą atmosferę. Nie wiem, jak to dokładnie ująć, ale był tak bardzo ekspresyjny i tak bardzo chciał zrobić z tego show, że zupełnie nas to wybijało. Wszyscy widzieliśmy, że w rzeczywistości nikt by się aż tak nie zachował. Ludzie po prostu się śmiali, reagowali raczej rozbawieniem. (Wywiad ST VI rok 5)

Pamiętam sytuację z wcześniejszych lat – dzisiaj akurat tak nie było – kiedy jeden aktor cały czas robił sobie trochę jaja. Pewnie chciał nas w ten sposób trochę zainteresować, ale przebierał się za takiego typowego szura i gadał, jakby był chory psychicznie. To było trochę... no, średnie. Wszyscy wprawdzie się śmiali, ale tak naprawdę niewiele z tego wynosiliśmy. (Wywiad ST VI rok 2)

Równocześnie o umiejętnościach aktorskich, które czasem przeszkadzają w pracy SP, w sposób zdecydowany mówili badani nauczyciele.

Symulowany pacjent wcale nie musi być profesjonalnym aktorem. Jasne, aktorzy mają szerokie emploi i potrafią bardzo realistycznie odegrać emocje, co jest super. Ale przecież SP nie mają grać na scenie. Mają być po prostu narzędziem w procesie dydaktycznym i powinni mieć tego świadomość. Więc aktorstwo jest jak najbardziej okej, ale nie jest to żaden wymóg konieczny. (Wywiad Naucz 9)

Z drugiej strony brak umiejętności odgrywania postaci, **niewystarczające okazywanie emocji oraz utrzymywanie niezmiennego sposobu zachowania** przez cały scenariusz także, według badanych studentów, ogranicza poczucie realizmu symulacji, co może utrudniać pełne wykorzystanie potencjału dydaktycznego tej metody.

Ja na przykład myślę też o samej kwestii emocjonalności. Aktorzy byli bardzo różni – niektórzy przez cały czas grali dokładnie tak samo, byli bardzo spokojni. Oczywiście w pracy lekarza może trafić się i dzień, kiedy nie będzie żadnych zdenerwowanych czy pobudzonych pacjentów. Uważam jednak, że dodanie do scenariusza złości czy smutku uczy nas różnorodności. Pokazuje, w jak różnym stanie psychicznym człowiek może przyjść do gabinetu. Dzięki temu uczymy się też radzić sobie z tymi trudniejszymi, gorszymi emocjami u pacjenta. (Wywiad ST III rok 2)

No ale zresztą uważam, że to było dosyć sztuczne. Od razu dało się wyczuć, że to nie byli profesjonalni aktorzy. Widać to było zwłaszcza przy tak trudnych tematach jak na przykład przekazanie informacji o chorobie nowotworowej. Czuło się w tym po prostu udawanie i takie lekkie zażenowanie, przez co trudno było się wczuć. Reakcje tych osób wydawały się nienaturalne – wyglądało to tak, jakby grali jedynie wyobrażenie o tym, jak ktoś powinien w takiej sytuacji zareagować. Przez to ani przez chwilę nie mogłem uwierzyć, że naprawdę rozmawiam z kimś, kto przeżywa taki dramat. (Wywiad ST VI rok 8)

Biorąc pod uwagę, że z punktu widzenia metodyki kształcenia, SP jest jednym z narzędzi dydaktycznych, badani nauczyciele w następujący sposób wskazywali, jakie funkcje i cele powinna pełnić obecność SP podczas zajęć.

Myślę, że najważniejsze jest to, żeby symulowani pacjenci pamiętali o jednym: w tych scenariuszach nie chodzi o nich, tylko o osoby uczące się. Najważniejsze jest to, czego ten student, studentka lub cała grupa ma się nauczyć i co ma z tej rozmowy wynieść, a nie to, żeby aktor się popisał. (Wywiad Naucz 2)

Mówiąc o adekwatności, badani studenci zwracali też uwagę, że przebieg scenariusza nie powinien być z góry założony. Podkreślali, ż**e zadaniem SP nie jest ani celowe utrudnianie, ani ułatwianie studentom** wykonania zadania, lecz reagowanie w sposób stosowny do podejmowanych przez nich działań.

Ważne, by symulowany pacjent nie ułatwiał nam zadania, gdy widzi, że się gubimy albo rozmowa idzie nam ciężko. Powinien trzymać się roli, żebyśmy naprawdę musieli sami sobie poradzić. Jeśli sobie nie poradzimy – trudno, scenariusz się skończy, ale symulowany pacjent nie może nam podrzucać zbyt oczywistych kół ratunkowych. Ma rozmawiać z nami

normalnie, wymagając dokładnie tego samego, czego prawdziwy pacjent oczekiwałby od swojego lekarza. (Wywiad ST VI rok 8)

Mam wrażenie – i to z różnych scenek, zarówno z dzisiaj, jak i wcześniejszych lat – że niektórzy pacjenci mają już w głowie z góry założony plan. Uprą się, że ta scenka ma przebiegać dokładnie tak, jak sobie wymyślili, i za wszelką cenę dążą na przykład do kłótni. Przez to strasznie ciężko się z nimi współpracuje. A przecież pacjenci są różni i dlatego charaktery symulowanych pacjentów też powinny być bardzo zróżnicowane, żebyśmy mieli szansę wykazać się w naprawdę różnych warunkach. (Wywiad ST VI rok 10)

Moim zdaniem najważniejsze jest, żeby symulowany pacjent był elastyczny, żeby reagował na gestykulację lekarza, na ton jego głosu. Chodzi o zachowanie w tym wszystkim zwykłego człowieczeństwa, żeby to wyglądało tak, jak zachowałby się w takiej sytuacji prawdziwy pacjent. Elastyczność przede wszystkim! A nie ślepe trzymanie się z góry przyjętego założenia: „dobra, będę teraz najtrudniejszym pacjentem, jakiego ten lekarz w życiu spotka". Jeśli student ma świetne umiejętności komunikacyjne, naprawdę bardzo się stara, to – tak jak mówiłaś – pacjent powinien trochę odpuścić. I to nawet nie chodzi o ułatwianie komuś zadania. Po prostu tak jest bardziej realistyczne. Jak to się mówi, w życiu to, co wysyłamy w świat, wraca do nas. Jeśli okażemy pacjentowi empatię, dobrze z nim porozmawiamy i po ludzku wszystko wytłumaczymy, to druga strona zwykle trochę opuszcza gardę i odpowiada wdzięcznością. Tkwienie w uporze tylko po to, by odegrać wymyśloną rolę, jest trochę bez sensu. (Wywiad ST VI rok 4)

Badani nauczyciele akcentowali znaczenie odpowiedniego **przygotowania się SP do roli**. SP powinien dobrze znać scenariusz, mieć dobrą pamięć, wiedzieć, czego może się spodziewać podczas realizacji określonego scenariusza.

Ja pomyślałabym też o pamięci – o tym, żeby z jednej strony dobrze zapamiętać wszystkie szczegóły ze scenariusza i swobodnie nimi operować, wchodząc w relację ze studentem. Z drugiej strony, ta pamięć też przyda się przy feedbacku, informacji zwrotnej. (Wywiad Naucz 2)

Zgadzam się z tym, że dobre przygotowanie to podstawa. Chodzi przede wszystkim o dokładne wyuczenie się scenariusza i zgłębienie wszystkich

niuansów, ale też o taką wiedzę ogólną. Czasem się zdarzają takie jednostki chorobowe, które są powszechnie znane i wtedy aktorom o wiele łatwiej odpowiada się na dodatkowe pytania, bo po prostu sami coś na ten temat wiedzą. To ogromnie ułatwia pracę, kiedy symulowany pacjent potrafi dostosować się do grupy i nie mówi nagle zamiast odpowiedzi dostosowanej do sytuacji: „tego nie było w scenariuszu". Gdy studenci wczują się już w jakąś sytuację, takie zdanie całkowicie niszczy atmosferę. Dlatego to dobre przygotowanie i umiejętność odnalezienia się w sytuacji są absolutnie kluczowe. (Wywiad Naucz 1)

Jednocześnie badani nauczyciele zwracali uwagę, że SP **nie powinien** podczas odgrywania roli **szukać u osoby prowadzącej wskazówek** dotyczących dalszego sposobu działania.

Zauważyłam, że niektórzy symulowani pacjenci mają tendencję do ciągłego zerkania na mnie – szukają wzrokiem potwierdzenia, czy mówią dobrze, czy źle. Albo kiedy student zada im pytanie, którego nie było w scenariuszu, tracą pewność i zupełnie nie wiedzą, co mają powiedzieć. To jest spore zagrożenie. (Wywiad Naucz 3)

*S*tudenci, którzy wzięli udział w wywiadach, zwracali też uwagę na **wiek i wygląd SP**. Niektórym studentom, o czym mówili w wywiadach, trudno jest w pełni zaangażować się w symulację, jeśli wiek lub wygląd SP nie odpowiada osobie, którą odgrywa.

Myślę, że fajnie, jak aktorzy są od nas starsi, bo jeżeli są w naszym wieku, to traktujemy ich jak swoich kolegów i nie podchodzimy do sytuacji w pełni profesjonalnie. Zupełnie inaczej rzecz się ma, gdy mamy do czynienia ze starszymi pacjentami – widoczna różnica wieku sprawia, że automatycznie zmieniamy swoje zachowanie. (Wywiad ST VI rok 22)

Czasem problemem bywa niedopasowana aparycja czy budowa ciała aktora. Nie zawsze to przeszkadza, ale pamiętam sytuację z drugiego roku. Miałam przeprowadzić rozmowę o otyłości, a jako pacjentka usiadła przede mną wyjątkowo szczupła, przepiękna kobieta. Naprawdę trudno było się wczuć w tę sytuację i wykrzesać z siebie autentyczną empatię, kiedy realny wygląd

pacjentki kompletnie przeczył problemowi, o którym rozmawiałyśmy. (Wywiad ST VI rok 14)

To chyba zależy też od samego studenta. U mnie na przykład była sytuacja, gdzie w scenariuszu pacjentką miała być młoda kobieta, około trzydziestki, a ta pacjentka symulowana, która przyszła, była starsza. I rozumiem, że nie musimy patrzeć na aktora dosłownie, tylko trzymać się opisu. Tyle że w tym przypadku bardzo ważne było zadanie pytania o ciążę, a patrząc na osobę, która odgrywała pacjentkę, zupełnie nie skojarzyłam faktów. I gdybym nie przypomniała sobie w porę, co było napisane w scenariuszu, to bym o tej ciąży nie wspomniała. (Wywiad ST III rok 7)

Wyniki wskazują, że przy budowaniu bazy SP oraz w trakcie zapisywania poszczególnych osób do odgrywania konkretnych scenariuszy należy uwzględniać ich wiek oraz aparycję. Istotne jest również **zróżnicowanie** grupy SP **pod względem temperamentu, stylu komunikacji, a także sposobów reagowania w różnych sytuacjach**.

Każdy z tych symulowanych pacjentów jest inny i na każde zajęcia przychodził ktoś nowy. Zauważyłam, że nawet kiedy sami nie gramy, tylko po prostu obserwujemy innych, to i tak człowiek z dużym skupieniem przypatruje się symulowanemu pacjentowi. Oglądanie, jak ludzie w różny sposób pokazują emocje, sprawia, że potem – już we własnej scence – automatycznie stajemy się bardziej uważni. Chodzi o to, żeby wyłapać ten ich indywidualny sposób wyrażania siebie. Człowiek zastanawia się, czy ta osoba uzewnętrzni emocje mimiką, czy zmieni się jej ton głosu, czy może istotne okaże się to, co powie. Dzięki temu widzimy, jak bardzo ludzie się od siebie różnią. (Wywiad ST III rok 8)

Myślę, że aktorzy – chcąc, nie chcąc – wnoszą do roli swoje własne charaktery i cechy. I to jest akurat świetne, bo dzięki temu każdy z nich jest trochę inny, co doskonale odzwierciedla prawdziwych pacjentów. Ich osobiste cechy jakby prześwitują w komunikacji z nimi. Można wtedy zaobserwować bardzo naturalne zachowania. Ja na przykład w swojej scence miałam odczucie, że ten pan często się śmiał, bo trochę go to stresowało i sam do końca nie wiedział, o co chodzi. Ale przecież równie dobrze mogłoby to tak wyglądać w realnej sytuacji klinicznej. (Wywiad ST VI rok 21)

Badani nauczyciele zwracali również uwagę, że uczestnictwo w zajęciach z SP umożliwia **zaobserwowanie zróżnicowanych reakcji emocjonalnych pacjentów**, ich oczekiwań i stylów komunikacji.

> *Ostatnio też była taka sytuacja, że jedna pani bardzo dużo mówiła, bardzo dużo naprowadzała, z kolei druga odpowiadała niezwykle zdawkowo. Ale to też moim zdaniem miało wartość dydaktyczną, bo prawdziwi pacjenci dokładnie tacy są. Idziemy do kogoś, kto ma błahy problem, a on zaczyna nam opowiadać o bardzo wielu, niekoniecznie związanych z aktualnymi dolegliwościami, rzeczach. Z kolei osoba, która jest naprawdę poważnie chora, bywa, że odpowiada tylko krótkimi „tak" lub „nie". (Wywiad Naucz 4)*

Możliwość obserwacji odmiennych zachowań pacjentów doceniali także badani studenci.

> *To jest prawdziwe zderzenie z różnymi ludzkimi temperamentami, osobowościami. Na zwykłych zajęciach często nie ma takiej możliwości – pacjenci nie okazują aż tak swoich emocji, brakuje też bezpośredniego kontaktu z rodziną czy wejścia w nietypowe sytuacje. A podczas symulacji stajemy twarzą w twarz z pewnymi skrajnościami, z którymi na co dzień w klinice nie mielibyśmy szans się spotkać. (Wywiad ST VI rok 18)*

Przeprowadzone przez nas badanie wykazało, że SP powinien umieć wiarygodnie i rzetelnie odgrywać pacjenta. Te wnioski pokrywają się z tym, o czym pisali Cleland, Abe i Rethans, autorzy AMEE Guide, opisującego wykorzystanie SP w edukacji medycznej. Według nich przy wyborze SP należy kierować się trzema podstawowymi kryteriami: zdolnościami (ang. *ability*), odpowiednim dopasowaniem (ang. *suitability*) i wiarygodnością (ang. *credibility*). Przygotowując SP do odgrywania roli, należy mieć na uwadze, że musi on pamiętać nie tylko fakty medyczne dotyczące przypadku, lecz również zwracać uwagę na aspekt emocjonalny (Cleland et al., 2009). Także w przeglądzie The Best Evidence in Medical Education (BEME) Collaboration, obejmującym 98 artykułów, autorzy podkreślili, że autentyczne, realistyczne i wiarygodne odgrywanie roli może sprzyjać uczeniu się, ponieważ pozwala uczestnikom zaangażować się w scenariusz jak w rzeczywistą sytuację kliniczną (Doyle et al., 2024).

Autorzy wielu publikacji za jedną z bardzo ważnych kompetencji w pracy SP uznali umiejętność formułowania informacji zwrotnej z perspektywy odgrywanej

postaci, czyli pacjenta (Lewis et al., 2017), (Motola et al., 2013). Ta kwestia pojawia się także w naszym badaniu, o czym szerzej piszemy w rozdziale 8.

Temat cech SP jest przedmiotem badań realizowanych również wśród osób wykonujących to zajęcie. Uczestnicy tych badań odnoszą się do sposobów optymalizacji swojej pracy oraz opisują zachowania i strategie zwiększające sukces w wypełnianiu swojej roli. Jedną z najczęściej wskazywanych cech SP jest naturalność w odgrywaniu roli pacjenta. Istotne jest unikanie przerysowania odgrywanych emocji oraz dopasowanie zachowań do rzeczywistego sposobu bycia pacjentów (Davies et al., 2025), (Wiechula et al., 2024). Te same cechy wskazywały badane przez nas osoby, w tym studenci. W jednym z artykułów badani SP uznali gotowość na reakcje emocjonalne za kluczową cechę do efektywnego odgrywania roli (Pritchard et al., 2020). Zarówno osoby, które wzięły udział w naszym badaniu, jak i badani w Australii SP uznali elastyczność i zdolność szybkiej adaptacji do nieprzewidzianych sytuacji za istotne cechy umożliwiające odnalezienie się w roli SP. W swoich wypowiedziach badani z Australii odnosili się do sytuacji, w których osoby szkolące zadawały pytania wykraczające poza informacje zawarte w scenariuszu, bądź zachowywały się w sposób odbiegający od dotychczasowych standardowych doświadczeń ze scenariuszem (Davies et al., 2025), (Wiechula et al., 2024).

Według SP, którzy brali udział w opisywanych w literaturze badaniach, wiarygodne odzwierciedlenie postaci pacjenta wymaga określonego stopnia umiejętności aktorskich oraz rozwiniętej empatii (Wiechula et al., 2024). SP opisują doświadczenie odgrywania roli jako „stawanie się pacjentem” (Davies et al., 2025), czyli proces bardziej złożony niż jedynie odegranie emocji i wypowiedzenie kwestii.

Odporność na powtarzalność scenariuszy oraz obciążenie emocjonalne związane z wielokrotnym odgrywaniem trudnych sytuacji jest wskazywana w literaturze jako jedna z istotnych cech SP (Davies et al., 2025), (Wiechula et al., 2024). Badani SP podkreślali również, że osoby pełniące tę rolę powinny charakteryzować się dojrzałością emocjonalną oraz umiejętnością samoregulacji emocji (Wiechula et al., 2024).

W przeprowadzonych przez nas wywiadach fokusowych uwzględniono również zagadnienie radzenia sobie z emocjami towarzyszącymi odgrywaniu ról. Uczestników zapytano, czy po zakończeniu scenariuszy odczuwają potrzebę odreagowania emocji związanych z odegraną rolą. W badanej grupie jedynie pojedyncze osoby deklarowały

trudności z wyjściem z roli, natomiast zdecydowana większość wskazywała, że nie napotyka tego rodzaju przeciwności.

W badaniu australijskim SP przejawiali silne poczucie odpowiedzialności związanej z wykonywaną pracą. Podkreślali, że mają do czynienia z osobami w trakcie szkolenia, dla których zajęcia mogą wiązać się ze znacznym poziomem stresu. Ważna była dla nich świadomość, że nabyte przez osoby uczące się umiejętności będą stosowane w pracy z prawdziwymi pacjentami (Wiechula et al., 2024), (Pritchard et al., 2020). Akcentowali również powagę odgrywania roli pacjenta, zwracali uwagę, jak ważne jest, by nie była ona odebrana jako parodia trudności, z którymi się mierzą prawdziwi pacjenci (Davies et al., 2025).

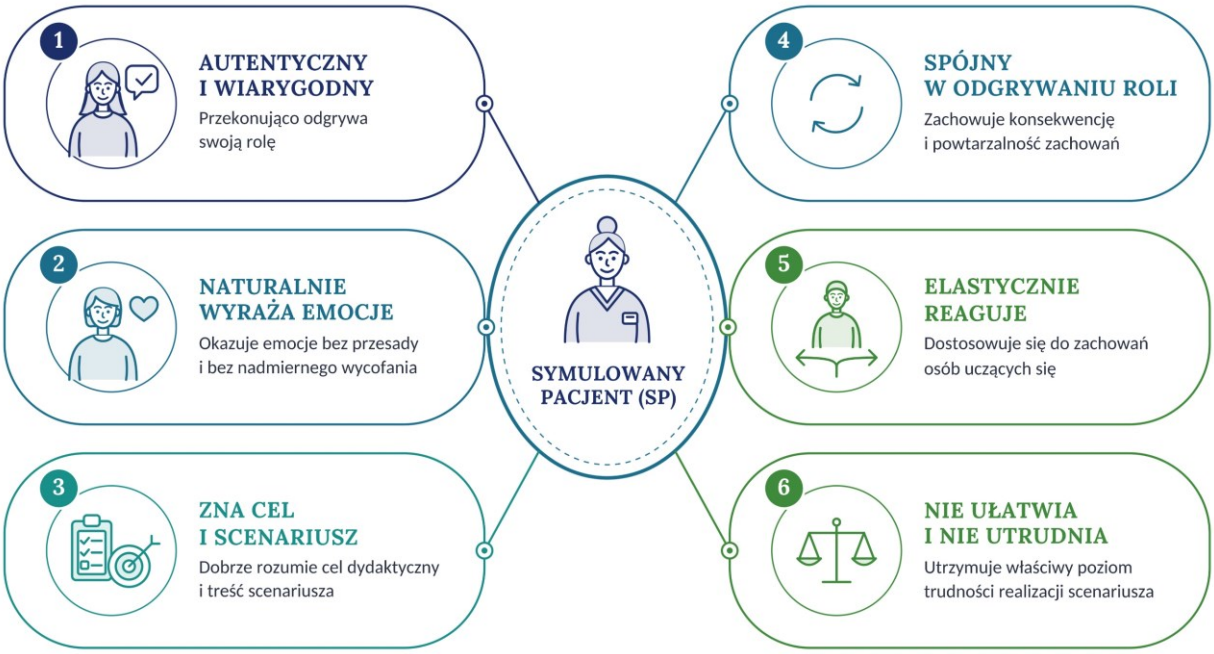
Charakteryzując specyfikę działań SP, autorzy przytaczanych artykułów podkreślają, że kluczowe dla efektywnego odgrywania roli pacjenta są sumienność, dokładność i chęć do zaangażowania w przygotowanie roli. Badacze zauważają, że czas poświęcony na dokładną analizę scenariusza, zapamiętanie istotnych informacji, pogłębienie wiedzy dotyczącej kontekstu chorobowego i realności funkcjonowania portretowanych pacjentów składa się na końcowy sukces SP (Wiechula et al., 2024), (Pritchard et al., 2020).

W badaniu Lovink i współpracowników studenci podkreślali, że autentyczność SP ma istotne znaczenie dla tworzenia wartościowych doświadczeń edukacyjnych. Szczególnie cenili naturalne i niewyuczone reakcje osoby odgrywającej pacjenta, które pozostawały spójne z rolą, a jednocześnie wynikały z rzeczywistego przebiegu interakcji. Odczuwane przez studentów emocje SP wywoływały również ich własne, autentyczne reakcje emocjonalne. Wyniki te wskazują, że podczas rekrutacji i przygotowania SP należy dążyć do zachowania równowagi między autentycznością odgrywanej roli a odpowiednim poziomem jej standaryzacji (Lovink et al., 2021).

SP powinien być elastycznym partnerem komunikacyjnym, potrafiącym dostosować sposób prowadzenia interakcji do potrzeb osoby uczącej się. Ważne jest również, aby rozumiał cele dydaktyczne zajęć i zamierzone efekty uczenia się, dzięki czemu może w sposób naturalny łączyć wymagania scenariusza z zachowaniem studenta oraz odpowiednio reagować na przebieg rozmowy. Takie przygotowanie sprzyja indywidualizacji procesu uczenia się i wspiera rozwój samoregulacji u osoby uczącej się (Erici et al., 2023).

Na podstawie analizy literatury oraz wyników naszych badań można stworzyć listę kluczowych cech SP, którą przedstawiamy na rycinie 1.

Rycina 1. Cechy dobrego SP



4.2. Detale, które budują realizm – rekwizyty, charakteryzacja i inne narzędzia pracy symulowanego pacjenta

W symulacji istotne znaczenie ma nie tylko odpowiednie przygotowanie osób biorących w niej udział, lecz także ich wygląd. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na rolę charakteryzacji w zwiększaniu realizmu symulacji, zarówno w odniesieniu do manekinów, jak i osób odgrywających pacjentów (Stokes-Parish et al., 2018), (Felix & Simon, 2022). Z tego względu zagadnienia dotyczące wyglądu i sposobu charakteryzacji SP zostały uwzględnione w scenariuszu wywiadów fokusowych.

Badani studenci podkreślali, że bardzo duże znaczenie ma wykorzystanie przez SP rekwizytów. Mieli na myśli nawet drobne elementy, takie jak chustka, czapka, inny sweter w przypadku kilkukrotnego odgrywania roli pacjenta podczas tych samych zajęć. Wykorzystanie rekwizytów pomaga osobom uczącym wczuć się w rozmowę, zwiększając realność symulacji.

Uważam, że ta Twoja scenka była najbardziej taka realistyczna ze wszystkich. Ta starsza kobieta, która się tak bardzo zaangażowała w swoją rolę i przyniosła te wszystkie rekwizyty. Naprawdę można było się wczuć... Moment, kiedy wyciągnęła chusteczkę i zaczęła opowiadać o rzeczach dla męża... No i ta siatka – to było totalnie poruszające. To niesamowite, jak z pozoru zwykły, prosty przedmiot nadał całej sytuacji takiej super realności. Dziewczyny mają rację, że rekwizyty dają taką głębszą immersję w ten świat. (Wywiad ST VI rok 15)

Mnie się bardzo podobało to, jak ta aktorka, z którą ja miałam zajęcia, przyniosła rekwizyty. To, że się przebierała przed każdą rolą – i to dość zauważalnie – było z jej strony świetnym ruchem. Taka zmiana strojów i całego wyglądu pozwalała bardziej wczuć się w sytuację. (Wywiad ST III rok 1)

Badani SP także podkreślali, że rekwizyty są pomocne podczas ich pracy.

Rekwizyty różnego rodzaju bardzo pomagają. (Wywiad SP 2)

4.3. Jak przygotować symulowanego pacjenta do zajęć ze studentami?

Kwestia szkolenia SP była poruszana podczas wywiadów ze wszystkimi grupami badanych. Najbardziej szczegółowo została omówiona w rozmowach z SP, którzy zauważali potrzebę zarówno szkoleń wstępnych, jak i okresowych, a także wskazywali, jakie treści powinny być podczas nich poruszane.

4.3.1. Dobre szkolenie symulowanych pacjentów – od czego zacząć i o czym pamiętać?

Szkolenia wstępne

Uczestniczący w badaniu SP zgodnie podkreślali wagę szkolenia wstępnego. Respondenci uważali, że powinno ono być obowiązkowe dla wszystkich osób planujących podjąć się tego zajęcia, obejmować wiele zagadnień i trwać nawet dwa dni.

Ja też jestem za tym, żeby to szkolenie wstępne było dwudniowe. I uważam, że jego zaliczenie powinno być twardym warunkiem – bez tego nikt nie powinien dostać umowy na bycie symulowanym pacjentem. (Wywiad SP 2)

Badani SP sugerowali także, że do prowadzenia szkoleń warto zaangażować również bardziej doświadczonych SP, którzy mogą podzielić się swoją wiedzą i praktycznymi wskazówkami.

Dobrym rozwiązaniem by było, gdyby ktoś z nas mógł w tym szkoleniu uczestniczyć, żeby niejako wdrożyć taką nową osobę i po prostu jej pomóc na start. (Wywiad SP 3)

Zajęcie, jakim jest odgrywanie roli pacjenta, wciąż nie jest powszechnie znane i wiele osób, nawet zgłaszających się na rekrutację, nie do końca orientuje się, na czym będą polegały ich zadania. Wprowadzenie na szeroką skalę zajęć z SP oraz egzaminów OSCE na pewno wpłynie na lepszą rozpoznawalność zadań SP. Wciąż jednak podczas rekrutacji mogą pojawić się osoby słabo znające specyfikę tego zajęcia. SP sugerowali, że szkolenie wstępne może mieć nie tylko charakter przygotowania do odgrywania roli pacjenta, ale także służyć jako demonstracja zakresu obowiązków. Według badanych dopiero po takim szkoleniu osoba może podjąć świadomą decyzję, czy chce zostać SP.

Ja bym chciała dodać kilka słów na temat wyobrażenia o tym, co robi pacjent symulowany. Kiedy sama się zapisywałam, wydawało mi się, że będę po prostu przychodzić do gabinetu i mówić, co mi dolega, a lekarz na podstawie tego będzie zgadywał, co mi jest. (Wywiad SP 3)

Szkolenie to też idealny moment dla osób, które jeszcze się wahają. Ktoś może się po prostu rozmyślić, kiedy zobaczy taką rozmowę na żywo. Szkoda wtedy energii obu stron, gdyby taka osoba miała później nie przychodzić na zajęcia. A tak od razu zobaczy z wysokiego C, jak wyglądają te rozmowy. Prawda jest taka, że nawet przy łagodnych sytuacjach studenci mówią, że było to dla nich trudne emocjonalnie. […] Dla pacjentów symulowanych to też nie jest obojętne. Wyobraźmy sobie na przykład dwa zajęcia pod rząd, gdzie ciągle odgrywamy przekazywanie niekorzystnych wiadomości. Nowy pacjent musi mieć świadomość, że to bywa obciążające. Oczywiście

wszyscy wiemy – i my, i studenci – że to tylko gra i wchodzenie w rolę, ale te emocje i tak w człowieku zostają. (Wywiad SP 3)

Szkolenia okresowe

W opinii badanych oprócz szkoleń wstępnych potrzebne są także szkolenia okresowe, a nawet krótkie przygotowanie przed odegraniem danego scenariusza lub przed zajęciami. Podczas takiego spotkania ważne jest, aby nauczyciel wyjaśnił kwestie związane ze scenariuszami do zajęć, przekazał szczegółowe instrukcje dotyczące odgrywania roli i oczekiwanych zachowań SP.

Dobrym rozwiązaniem jest też, kiedy osoby prowadzące symulacje bezpośrednio przed zajęciami robią dla nas dodatkowe, krótkie przeszkolenie online. Wtedy dokładnie wiemy, jakie są oczekiwania, jakie emocje mamy odegrać – na przykład czy w konkretnym momencie mam głośno nakrzyczeć, czy raczej powstrzymać reakcję. Taki krótki komentarz jest bardzo cenny. (Wywiad SP 2)

Wydaje mi się, że może warto byłoby organizować jedno spotkanie na semestr bądź na rok. Chodzi o przestrzeń, gdzie będzie można omawiać pewne rzeczy, które w danym okresie się wydarzyły, też pod kątem szkoleniowym. Jeżeli zauważyliśmy, że konkretne problemy czy trudności pojawiły się u większości symulowanych pacjentów, to według mnie dobrze jest zorganizować spotkanie, które umożliwi wspólne zastanowienie się nad tym, jak można je rozwiązać. (Wywiad SP 2)

W opinii badanych SP szkolenia pełnią też funkcję integracyjną.

Szkolenia nas bardzo integrują. Ćwiczenia, które wykonujemy wspólnie – na przykład, kiedy siedzimy w grupie z zamkniętymi oczami – są bardzo jednoczące. Dla mnie osobiście ogromną motywacją byłaby regularność. Gdybyśmy spotykali się raz w miesiącu na dwie godziny. Ale chodzi nie tylko o to, żeby przerobić jakieś krótkie zagadnienie merytoryczne. Ważne jest też stworzenie w tym czasie przestrzeni na zwykłą wspólną rozmowę, wymianę doświadczeń i podzielenie się tym, jak nam poszło. Usiąść i pogadać: „A jak było u Ciebie? Bo u mnie tak i tak. A co się ostatnio wydarzyło?”. (Wywiad SP 2)

Badani SP bardzo doceniali bezpośredni kontakt z nauczycielem przed zajęciami i informację zwrotną na temat ich roli zaraz po zajęciach.

Dla mnie bardziej byłyby potrzebne takie krótkie telefony przed samymi zajęciami, żeby można było o wszystko dopytać. No i oczywiście feedback tuż po scence. Kiedy od razu słyszymy, czy to było dobrze zagrane, czy nie – to daje najlepsze efekty i od razu przekłada się na jakość naszej pracy przy kolejnych grupach. (Wywiad SP 1)

Jednocześnie podkreślali, że odgrywanie roli pacjenta jest ich dodatkowym zajęciem i te szkolenia nie mogą być zbyt częste i zbyt długie. Zastanawiali się nawet, czy powinny być obowiązkowe.

Z drugiej strony trzeba pamiętać, że dla nas to jest dodatkowa praca, więc jeżeli te szkolenia miałyby być obowiązkowe i odbywałyby się cyklicznie, to logistycznie mogłoby to być dla wielu osób trudne do pogodzenia. Pojawia się też oczywiście pytanie o to, ile takie spotkania miałyby trwać. (Wywiad SP 1)

Myślę, że jakieś dodatkowe szkolenia organizowane regularnie na bieżąco nie byłyby aż tak bardzo potrzebne. Wymagałyby też od nas większej dyspozycyjności, jeśli chodzi o czas. (Wywiad SP 1)

4.3.2. Czego powinien nauczyć się symulowany pacjent?

Wśród tematów szkolenia wstępnego oraz szkoleń dodatkowych wymieniano naukę odgrywania silnych emocji, czyli przede wszystkim agresji i zachowań w trakcie sytuacji konfliktowych. Badani SP zgłaszali potrzebę interpretacji i wyjaśnienia oczekiwanego stopnia ekspresji emocji na podstawie scenariusza, szczególnie w odpowiedzi na konkretne zachowania osoby uczącej się.

Bardzo by mi pomogło, gdybym mogła obejrzeć pracę innych pacjentów symulowanych. Chciałabym zobaczyć zarówno te idealne scenariusze – kiedy lekarz jest miły i wszystko idzie gładko tą najprostszą ścieżką – jak i te konfliktowe interakcje. Sama jeszcze nie byłam w takiej trudnej sytuacji i nie wiem, na ile mogę sobie pozwolić. Kiedy mam zacząć stawiać opór, a kiedy wręcz wyjść, trzasnąć drzwiami. Mam wrażenie, że studenci z reguły idą tą najbardziej optymalną ścieżką, a ja może jestem zbyt ugodowa. Chciałabym zobaczyć sytuacje bardziej konfliktowe. […] Zastanawiam się też, co będzie bardziej pomocne dla studenta. Czy to, że celowo wyolbrzymię pewne reakcje, żeby przygotować go na spotkanie z różnymi pacjentami? Czy lepiej

trzymać się mojej naturalnej, łagodniejszej i bardziej spolegliwej osobowości? (Wywiad SP 3)

Wrócę do tego, że szkolenia jednak powinny się odbywać. Weźmy chociażby to, co powiedział nam X – żeby zmieniać ton głosu, tempo mówienia. Sam na to wcześniej nie wpadłem, dowiedziałem się o tym dopiero na ostatnich warsztatach i teraz wiem, że należy tak robić. Bardzo pomagają mi też różnego rodzaju rekwizyty. O ile z wyjściem z roli problemu nie mam żadnego, o tyle samo wejście w postać bywa dla mnie wyzwaniem. I właśnie do tego momentu wejścia te szkolenia są bardzo potrzebne. (Wywiad SP 2)

Warto pomyśleć o szkoleniach skupionych właśnie na tych elementach, które sprawiają nam największą trudność. Chodzi przede wszystkim o odgrywanie smutku i innych negatywnych emocji, bo są osoby, które – jak jedna z Pań już zauważyła – mają z tym problemy. (Wywiad SP 3)

Badani SP sugerowali, aby tematyka szkoleń odnosiła się także do treści informacji zwrotnej.

Kolejna kwestia to informacja zwrotna. Trzeba jasno i ogólnie wszystkim powiedzieć: feedback zawsze dajemy z perspektywy pacjenta. Mamy mówić jako ten konkretny pacjent, a nie jako my – symulowani. Nie: „ja jako ja", tylko: „ja jako tamta chora kobieta". Dla każdego, kto wchodzi w symulacje medyczne, usłyszenie i zrozumienie tej zasady jest absolutnie kluczowe. (Wywiad SP 1)

Z doświadczenia tych lat, kiedy biorę udział w zajęciach, widzę, że to jest dla mnie naprawdę bardzo duże wyzwanie. I mówię to jako człowiek, który raczej nie ma problemów z rozmawianiem. Chodzi o mówienie o własnych emocjach. Bo przecież najważniejsza część naszej pracy, czyli feedback dla studenta, opiera się właśnie na tym, jak się czułem w danej sytuacji. I myślę, że bardzo przydałyby się nam takie warsztaty – ciężko to nazwać typowym szkoleniem – ale właśnie warsztaty z wyrażania emocji i mówienia o swoich odczuciach. W życiu codziennym też czasami to bywa trudne. A w symulacji to jest bardzo ważna kwestia, by informację zwrotną zbudować na swoich emocjach i odciąć ocenę merytoryczną. Chodzi o to, żeby nie oceniać studenta jako lekarza i wyeliminować z omówienia wszystko to, co w ogóle nie powinno się w nim znaleźć. (Wywiad SP 1)

4.3.3. Jak rozwija się warsztat symulowanego pacjenta?

W trakcie wywiadów z SP pojawiły się także sugestie, w jaki sposób SP chcieliby zdobywać wiedzę i umiejętności dla nich przydatne. Najczęściej mówili, że wartościowe byłoby zobaczenie, jak SP odgrywa rolę w różnych sytuacjach.

> *Proponowałbym, żeby na szkoleniach scenki odgrywali między sobą doświadczeni symulowali pacjenci. Warto pokazać dwie, trzy sytuacje – łatwe, trudne, wesołe czy smutne. Chodzi o to, żeby nowi ludzie zobaczyli na żywo, jak to tak naprawdę wygląda. Jako bonus dodałbym też kultową scenkę z trzaśniętymi drzwiami. To najlepiej pokaże istotę naszej pracy. Uczy, żeby się nie bać skrajnych emocji, bo przecież to jest scenka, która ma przygotować przyszłego lekarza do sytuacji, z którą za kilka lat przyjdzie mu się zmierzyć w gabinecie lekarskim. (Wywiad SP 3)*

Według badanych SP byłoby dobrze, gdyby podczas szkolenia istniała możliwość samodzielnego odegrania kilku scenariuszy. Pozwoliłoby to przekonać się uczestnikom, jak odnajdują się w takiej sytuacji.

> *Fajnie by było, gdyby każdy mógł na takim szkoleniu odegrać dwa, trzy scenariusze i poczuć to po prostu na sobie. Wiadomo, że jak jest się w grupie, to obserwuje się innych i ich role, ale to nie to samo. Dobrze byłoby sprawdzić się w czymś mniej wymagającym emocjonalnie i czymś trudniejszym. To mogłoby dać szerszy obraz i pomóc podjąć decyzję, czy udźwignę te najcięższe emocjonalnie sytuacje – na przykład takie, w których przekazuje się pacjentowi złe wiadomości. (Wywiad SP 1)*

4.3.4. Od podstaw do samodzielnej pracy – propozycja programu szkolenia symulowanych pacjentów

Na podstawie zebranych danych można wymienić najważniejsze zagadnienia, które powinny pojawić się w trakcie szkoleń dla SP (zob. rycina 2).

Rycina 2. Najważniejsze zagadnienia, które powinny być poruszone podczas szkolenia SP



4.3.5. Scenariusz, który ożywa – jak przygotować symulowanych pacjentów do konkretnej roli?

Scenariusze stanowią kluczowy element odpowiedniego przygotowania SP do zajęć. Opisują, w jaką postać ma się wcielić SP, w jakiej sytuacji spotyka osobę uczącą się, z którą wchodzi w interakcję podczas symulacji. Temat scenariuszy był szczegółowo dyskutowany podczas wywiadów z SP.

Badani SP byli zgodni, że scenariusz powinien zawierać szczegółowe informacje pozwalające wcielić się w rolę odgrywanej postaci. Powinien być w nim opisany kontekst rodzinny, społeczny oraz historia dolegliwości.

W zasadzie chciałam powiedzieć dokładnie to samo, co mój przedmówca. Dla mnie osobiście ogromną pomocą były te scenariusze opisane krok po kroku, w których zawarta jest cała historia pacjenta i pełen kontekst. Dzięki temu mogłam naprawdę wczuć się w tę postać. Dokładnie wiedziałam, co mam uwzględnić w danych okolicznościach i jak – w zależności od zachowania studenta – odnieść się do konkretnych punktów ze scenariusza. (Wywiad SP 1)

Te rozbudowane scenariusze to świetna sprawa. Im więcej mamy szczegółów, które nie dotyczą nas bezpośrednio, tylko tej konkretnej fikcyjnej osoby – jej pracy, życia, codzienności – tym łatwiej jest nam ułożyć sobie tę postać w głowie i wejść w rolę. Przypomniała mi się teraz sytuacja, kiedy dostałam bardzo ubogi scenariusz. To brzmi wręcz karykaturalnie, ale opis ograniczał się do informacji: „wczoraj bolała Cię głowa". Nic poza tym. Więc w zasadzie to mógł być każdy – czyli mogłam to być również ja. A to jest znacznie trudniejsze. Mnie też przecież czasem boli głowa, też mam różne dolegliwości… i nagle pojawia się myśl, że to może być historia o mnie. Dlatego uważam, że szczegółowe informacje i cały rozbudowany kontekst dotyczący postaci są dla nas ogromną pomocą. (Wywiad SP 1)

Ja zdecydowanie preferuję rozbudowane opisy postaci, którą mam odgrywać. Kontekst rodzinny, kontekst społeczny, kim jest z zawodu, co robi – to wszystko bardzo pomaga w budowaniu postaci. I jest też niezwykle ważne, żeby z sukcesem wejść w rolę i odciąć się od samego siebie. Dzięki temu nie wnosimy do scenki żadnej prywaty, tylko wyobrażamy sobie konkretnego, drugiego człowieka i stajemy się nim na czas symulacji. (Wywiad SP 1)

Badani SP sugerowali także, że warto, aby scenariusz, poza szczegółowym opisem postaci, zawierał także podsumowanie najważniejszych informacji dotyczących postaci, w którą SP ma się wcielić, odgrywając dany scenariusz.

Ja myślałem o czymś w rodzaju takiej shortlisty. Chodzi o to, że kiedy na szkoleniu odgrywamy po trzy scenariusze, to w pewnym momencie człowiek może po prostu o czymś zapomnieć. Dlatego oprócz tej głównej, rozbudowanej

historii z całym kontekstem i relacjami rodzinnymi, przydałby się taki "short" – zestaw najważniejszych informacji w pigułce. Oczywiście pełny scenariusz jest bazą, ale taka krótka ściągawka przed wejściem na salę byłaby świetną przypominajką. Wystarczą same konkrety: imię i nazwisko postaci, główny problem, z którym przychodzi, dwa zdania o sytuacji rodzinnej, krótki opis stanu zdrowia i aktualne objawy. Chodzi o takie punkty, na które można szybko zerknąć w ostatniej chwili, żeby błyskawicznie odświeżyć sobie pamięć. (Wywiad SP 1)

Absolutnie zgadzam się z tym, że brakuje shortlisty, jakiegoś streszczenia albo chociaż podkreślenia najważniejszych punktów – tego, co po prostu trzeba powiedzieć. Wyobraźmy sobie taką sytuację: mam pięć stron scenariusza i zapomnę o jednym szczególe, na przykład, że wczoraj bolała mnie głowa. A potem okazuje się, że to był kluczowy element całej choroby! Studenci to zgłaszają, a ja myślę sobie: „O kurczę, to było aż tak ważne? No tak, nie wyłapałam tego". Gdyby w scenariuszu najważniejsze rzeczy były chociaż podkreślone albo wypisane w jednym miejscu pod hasłem „Nie zapomnij o…", to byłaby dla nas znaczna pomoc. (Wywiad SP 1)

Ta shortlista to na pewno dobry pomysł, bo choć doskonale znamy swoje scenariusze, to między kolejnymi wejściami dobrze byłoby spojrzeć na takie krótkie wytyczne. Pozwoliłoby to naszemu mózgowi błyskawicznie przestawić się z jednej postaci na drugą. Byłoby to niemałe ułatwienie. (Wywiad SP 1)

Dla części SP niezwykle cenne jest **opisanie celów dydaktycznych**, które mają być zrealizowane dzięki danemu scenariuszowi. To jest dla tych osób wskazówka, jak się przygotować do roli i jak odegrać daną postać.

To, co mi osobiście pomaga, to precyzyjnie określone cele na samym początku scenariusza. Gdyby wypisać je tak konkretnie, w punktach, na przykład: „lekarz ma sobie poradzić z trudnym pacjentem". (Wywiad SP 2)

Badani SP zwracali uwagę, że scenariusze nie powinny zawierać zbyt wielu szczegółowych informacji, jeśli nie są kluczowe z punktu widzenia odgrywanej postaci.

Te scenariusze potrafią być bardzo szczegółowe. Weźmy taki przykład: pani Krysia Kowalska, która jest pacjentką, ma męża Zdzisia, córkę Janeczkę i synka Krzysia, a ten Krzyś ma dwoje dzieci – Zuzię i Janka. Na początku byłam tym

strasznie zestresowana. Bałam się, że nie zapamiętam tych wszystkich imion. Jednym słowem, to jest po prostu zbyt duży poziom szczegółowości w kwestiach, które w sumie są nieistotne. Bo jakby zamienić Zuzię na Marysię, to też byłoby dobrze. Warto byłoby to jakoś wypośrodkować. Oczywiście rozumiem, że akurat w tym scenariuszu liczna rodzina ma znaczenie, bo ta kobieta zajmuje się wnukami i jest to jeden z powodów jej problemów, ale to totalne uszczegółowienie powodowało u mnie panikę. Nie raz zdarzała się taka sytuacja: przed chwilą odgrywałam jeden scenariusz, a za moment miałam drugi i jedyne, co miałam w głowie przed wejściem na salę, to myśl: „Boże, to jak ja się teraz nazywam?". A to przecież nie była jedyna rzecz, która mnie wtedy stresowała. (Wywiad SP 1)

Uczestniczący w badaniu SP podkreślali, jak ważne jest dla nich precyzyjne oddzielenie informacji kluczowych od opcjonalnych. Zwracano uwagę na potrzebę dokładnego określenia, które elementy są niezbędne na przykład z punktu widzenia celów dydaktycznych i muszą pojawić się w scenariuszu, a które stanowią jedynie tło budujące postać i nie muszą wybrzmieć podczas symulacji

Student podczas rozmowy może zadać najróżniejsze pytania, bo coś mu się akurat skojarzy według jego własnego toku rozumowania. I tutaj pojawia się problem – gdzie mamy pole do improwizacji, a co jest koniecznością, czego nie wolno pominąć. Jako kobieta, odgrywając role pacjentek, często spotykam się z pytaniem o menopauzę. Nie mam wykształcenia medycznego i w takich sytuacjach nie mam pojęcia, czy menopauza ma jakikolwiek wpływ na chorobę mojej postaci. To jest spory problem. (Wywiad SP 1)

Ja mam na przykład taką rozkminę, że w tych scenariuszach czasami pojawiają się całe drzewka decyzyjne z zachowaniami. Na zasadzie: „jak student zrobi to, to ja reaguję tak", a „jak zrobi tamto, to ja odpowiadam inaczej". W natłoku odpowiedzi i pytań na żywo w mojej głowie pojawia się chaos i po prostu nie wiem, w którą stronę iść. Zastanawiam się wówczas, czy muszę trzymać się dokładnie rozpisanej ścieżki, czy po prostu elastycznie podążać za studentem. Bo w rzeczywistości bywa tak, że jego reakcja nie mieści się w ustalonych schematach – albo pasuje tylko trochę. I co wtedy? Czy muszę na siłę zadawać jakieś pytania albo się jakoś zachowywać, albo udawać, że mnie boli, albo mówić, że nie? Czy mamy w tym choć trochę wolności? (Wywiad SP 2)

Jeśli mamy wytłumaczone w scenariuszu, że czegoś nie mówimy od razu, bo tak naprawdę boimy się o coś innego – to są dla mnie bardzo cenne wskazówki. (Wywiad SP 2)

Badani SP zwracali także uwagę na **język**, którym są pisane scenariusze. Z ich punktu widzenia ważne byłoby, aby był prosty, zrozumiały dla osoby bez medycznego wykształcenia.

W niektórych scenariuszach są zawarte określenia stricte medyczne. Bardzo by pomogło, gdyby były napisane prostszym językiem, zrozumiałym dla ludzi, którzy nie mają zbyt dużej wiedzy o medycynie. Naprawdę nie musimy przed zajęciami sprawdzać w słowniku, co to jest „twardówka". Jesteśmy zwykłymi ludźmi i takie specjalistyczne nazewnictwo sprawia nam po prostu problem. O wiele łatwiej jest mi podczas rozmowy powiedzieć studentowi, że mam „zażółcone gałki oczne" niż twardówki. (Wywiad SP 1)

Respondenci wskazywali, że zarówno podczas przygotowania się do roli, jak i w trakcie jej odgrywania na zajęciach, pomocne są zawarte w scenariuszach przewidywane kierunki rozmowy. Mowa tu o najbardziej prawdopodobnych reakcjach studentów oraz wytycznych, jak SP powinien zachowywać się w zależności od działań osoby uczącej się.

A ja chciałam powiedzieć, że mi akurat te ścieżki pomagają. Dzięki nim wiem, że jeśli student zachowa się w określony sposób, to mogę od razu odpalić moją postać w jedną lub w drugą stronę. Po prostu wchodząc na zajęcia, mam już w głowie gotowe różne warianty i dokładnie wiem, jak poprowadzę rolę w zależności od tego, co zrobi student. (Wywiad SP 2)

Według badanych SP **scenariusz powinien być szczegółowy**. Podkreślali, że bardzo przydatny jest dokładny opis kontekstu rodzinnego i społecznego. Ważne są także informacje dotyczące tego, jak może przebiegać scenka i w jaki sposób w zależności od zachowania studenta lub studentki ma się zachowywać SP. Badani zwracali także uwagę na potrzebę wyraźnego wyszczególnienia celów scenariusza. Wskazanie elementów priorytetowych, których nie wolno pominąć, znacznie ułatwiłoby im przygotowanie się do roli. W scenariuszu warto także zawrzeć listę kontrolną, czyli krótkie podsumowanie najważniejszych elementów, takich jak główny problem, najważniejsze objawy, opis problemu,

opis sytuacji rodzinnej. Badani SP wskazywali, że pomocne byłoby również włączenie do scenariusza objaśnień terminów medycznych oraz spisanie go prostym, zrozumiałym dla pacjenta językiem. Więcej na temat elementów, które warto uwzględnić w scenariuszach do symulacji z udziałem SP, można przeczytać też w rozdziale *Symulacja jako metoda kształtowania umiejętności komunikacji z pacjentem i jego bliskimi* (Doroszewska & Stalmach-Przygoda, 2023).

Na podstawie odpowiedzi badanych SP oraz naszych wieloletnich doświadczeń pisania scenariuszy i prowadzenia zajęć z SP opracowaliśmy uniwersalny szablon scenariusza (zamieszczony w Aneksie 1, zob. s. 156). Dokument ten zawiera opis oraz wskazówki dotyczące wszystkich elementów, których opracowanie warto rozważyć podczas pracy nad scenariuszem. Należy pamiętać, że nie każda symulacja wymaga tak drobiazgowego ujęcia – ostateczny poziom szczegółowości zależy każdorazowo od decyzji autora. W Aneksie 2 znajduje się przykładowy scenariusz do zajęć w klinice realizowany w ramach przedmiotu propedeutyka chorób wewnętrznych (zob. s. 168). W Aneksie 3 natomiast przytoczony jest przykładowy scenariusz do zajęć z komunikacji medycznej (zob. s. 175).

5. Kiedy student powinien po raz pierwszy spotkać symulowanego pacjenta? Miejsce symulowanego pacjenta w programie kształcenia

Wytyczne AMEE podkreślają, że skuteczność symulacji, podobnie jak wszystkich metod dydaktycznych, zależy od tego, jak jest ona wykorzystywana. Symulacja powinna być stosowana jako uzupełnienie doświadczeń związanych z opieką nad pacjentem, a jej integrację z programem nauczania należy dobrze zaplanować i ukierunkować na osiąganie określonych efektów uczenia (Motola et al., 2013). W związku z tym doświadczenie symulacyjne musi być przemyślane, zaprojektowane, wdrożone i ocenione w kontekście szerszego programu nauczania medycyny. To rodzi pytanie, kiedy najlepiej włączać symulacje z udziałem SP. Możliwe są różne rozwiązania – zarówno uwzględnienie tego rodzaj zajęć w programie pierwszych lat studiów, jak i przesunięcie ich na późniejszy etap jako przygotowanie do przedmiotów klinicznych lub przestrzeń do ćwiczenia trudnych sytuacji. Są także postulaty, aby była to forma kształcenia, która pojawiałaby się regularnie przez cały tok studiów, co pozwoliłoby studentom rozwijać umiejętności wraz z rozwojem wiedzy medycznej. Respondenci byli podzieleni w opiniach na temat miejsca ćwiczeń z SP w programie nauczania. Badanych nauczycieli różniło od badanych studentów przekonanie, że metodę tę warto wprowadzać już od pierwszych lat studiów. Studenci natomiast uznawali, że ta forma edukacji jest bardziej przydatna na późniejszych latach. Jednocześnie pojawiały się głosy, że na wcześniejszych etapach kształcenia zajęcia z wykorzystaniem symulacji mogłyby koncentrować się przede wszystkim na rozwijaniu kompetencji związanych ze współpracą w zespole medycznym oraz udzielaniem i przyjmowaniem konstruktywnej informacji zwrotnej. Warto jednak podkreślić, że również część nauczycieli dostrzegała zasadność realizacji bardziej zaawansowanych zajęć z udziałem SP na późniejszych etapach studiów, wskazując na konieczność dostosowania celów i zakresu symulacji do poziomu przygotowania studentów.

5.1. Im wcześniej, tym lepiej? Symulowany pacjent od pierwszych lat kształcenia

W opinii większości badanych nauczycieli zajęcia z udziałem SP warto realizować od pierwszych lat studiów. Dydaktycy uważali, że zajęcia te umożliwiają rozwijanie umiejętności niezbędnych w pracy przedstawicieli zawodów medycznych, uwrażliwiają na kontakt z drugim człowiekiem, a także że znaczenie tych kompetencji powinno być akcentowane już od początku kształcenia. W szczególności dlatego, że na pierwszych latach przeważają zwykle przedmioty teoretyczne. Kontakt z SP to także nauka dobrych wzorców, które warto modelować od samego początku studiów.

Te lata przedkliniczne wyglądają w ten sposób, że czasem ktoś zapomina, że ten zawód to przede wszystkim praca z drugim człowiekiem. (Wywiad Naucz 2)

Studenci powinni od najwcześniejszych lat uczyć się komunikacji, żeby nie nasiąknąć złymi nawykami, albo żeby mieć jakieś alternatywne stanowisko, wobec tego, co zobaczą na klinikach. (Wywiad Naucz 2)

Ja też uważam, że powinni mieć od pierwszego roku. [...] Super by było. Myślę, że najlepiej zacząć od treningu komunikacji – żeby po prostu przeszli podstawowy trening. Tak jak studenci w jakichś społecznych uczelniach zaczynają od treningu interpersonalnego – tak, żeby w ogóle poczuli ten temat i zrozumieli, po co to robimy. (Wywiad Naucz 2)

Badani studenci zwracali uwagę, że na pierwszych latach studiów nie mają odpowiedniej wiedzy medycznej do prowadzenia rozmów z SP (więcej o tym w rozdz. 9, s. 133). Trudno im też wyobrazić sobie niektóre opisane w scenariuszach zachowania, przez co uznają je za mało prawdopodobne.

Jednocześnie podkreślali, że możliwość udziału w symulacji z udziałem SP już na początku studiów pozwala zidentyfikować własne mocne strony oraz obszary wymagające dalszego rozwoju. Dzięki temu kolejne lata kształcenia mogą zostać wykorzystane do świadomego doskonalenia umiejętności, które na wcześniejszym etapie okazały się niewystarczające.

Fakt, że to jest na trzecim roku – to też w sumie jest plus. Bo potem ma się ewentualnie czas, żeby się ogarnąć. A jak na szóstym roku ktoś coś takiego powie, to już jest trochę późno. (Wywiad ST VI rok 19)

5.2. Zanim studenci spotkają prawdziwego pacjenta – symulowany pacjent jako przygotowanie do kliniki

Studenci trzeciego roku – uczestnicy wywiadu przeprowadzonego tuż po zakończeniu zajęć z SP – uznali, że koniec drugiego i początek trzeciego roku to dobry moment na pierwsze ćwiczenia kontaktu z pacjentem podczas symulacji z SP.

Myślę, że właśnie koniec drugiego roku i początek trzeciego – czyli ten czas, w którym jesteśmy teraz – to jest idealny moment na takie zajęcia. Pojawiły się w punkt, bo jesteśmy tuż przed zajęciami klinicznymi, kiedy idziemy już do pacjentów i będziemy z nimi rozmawiać. Tak że tak, uważam, że teraz jest najlepszy moment. (Wywiad ST III rok 5)

To ja też się zgodzę z dziewczynami, że z tym trzecim rokiem super nam się trafiło. Fajnie, że w sumie na początku studiów, jeszcze przed zajęciami klinicznymi i interną, mieliśmy szansę porozmawiać z symulowanym pacjentem. [...] Uważam, że to miało swoją dobrą stronę, bo było troszeczkę mniej stresujące. Co prawda zajęcia kliniczne były wtedy jeszcze daleko przed nami, ale już mogliśmy się przygotować na to, jak to będzie wyglądało na trzecim roku – i to od razu z obcymi osobami jako pacjentami. Więc tak jak dziewczyny podkreślały: w bardzo, bardzo dobrym momencie to się stało. (Wywiad ST III rok 5)

Zarówno w grupie badanych nauczycieli, jak i studentów powtarzał się pogląd, że ćwiczenia z udziałem SP dobrze przygotowują do zajęć klinicznych i kontaktu z chorymi. Duża część badanych studentów uważała, że symulacje z SP powinny odbywać się przed praktykami klinicznymi. W ich opinii pozwala to w bezpiecznych warunkach przećwiczyć różne sytuacje przed rozmowami z prawdziwymi pacjentami.

Im będziemy dalej, tym też będziemy mieć więcej kontaktu z pacjentami, więc dobrze mieć jakieś pojęcie, takie teoretyczne też, co mówić, a czego nie mówić. Może właśnie à propos tych schematów – jak ich używać. Co powiedzieć, żeby pacjent na przykład się otworzył albo w jakiś inny sposób się z nim komunikować. (Wywiad ST III rok 5)

I wydaje mi się, że jeżeli chodzi o zajęcia kliniczne, to moglibyśmy na pewno zacząć od pacjenta symulowanego, żeby przyzwyczaić się do tego, a potem

dopiero iść do pacjentów realnych w szpitalu, żeby po prostu nie robić symulacji w trakcie zajęć klinicznych, tylko właśnie przy jakichś osobnych zajęciach. (Wywiad ST VI rok 23)

Na pewno od czegoś zaczynamy. U nas byli to symulowani pacjenci na propedeutyce interny i na komunikacji. Tak jak w życiu – zanim wykorzysta się coś w praktyce, trzeba to najpierw przetestować, więc jako pierwszy krok te ćwiczenia jak najbardziej się sprawdzają. Poza tym, dzięki temu, że były poświęcone wyłącznie komunikacji, mogliśmy ją naprawdę podszlifować. Na zwykłych zajęciach klinicznych lekarze rzadko stoją przy nas, kiedy na przykład zbieramy wywiad czy badamy pacjenta. W idealnym świecie każdy lekarz uczyłby nas podejścia do pacjenta, ale w rzeczywistości po prostu ich tam nie ma i nie ma kto wyłapywać ewentualnych naszych błędów. (Wywiad ST VI rok 6)

Wypowiedzi badanych studentów wskazywały także na towarzyszące im pozytywne emocje związane z zajęciami, przekonanie o wartości tej formy nauki oraz radość z uczestnictwa w tego typu ćwiczeniach. Jednocześnie pojawiały się refleksje, że symulacje z SP są szczególnie potrzebne przed pierwszym realnym kontaktem z pacjentem i że warto byłoby realizować ich więcej, zwłaszcza w małych grupach.

Myślę, że to jest poniekąd ciekawe, że w parę godzin można się znaleźć w wielu różnych sytuacjach i dowiedzieć się, jak zareagować efektywnie. (Wywiad ST VI rok 10)

Lepiej przećwiczyć rozmowę na symulowanym pacjencie. Bo potem jest większy stres, jeśli człowiek nie miał zupełnie żadnego doświadczenia, nie miał dostępu do takiego pacjenta, a musi już rozmawiać z tym prawdziwym. Więc lepiej mieć taką wcześniejszą próbę. (Wywiad ST VI rok 14)

Myślę, że też trochę nas to przygotowuje i zmniejsza możliwość zaskoczenia – na przykład taką sytuacją, jak w dzisiejszym scenariuszu z przeszkadzającą osobą towarzyszącą. Teraz możemy już sobie wyobrazić, że to może się wydarzyć, albo jak mogą wyglądać trudne emocje przy przekazywaniu informacji. Myślę, że dzięki temu jesteśmy lepiej przygotowanym na to, co nas czeka w przyszłości. (Wywiad ST VI rok 26)

Myślę, że plusem jest to, że właśnie w warunkach symulowanych, zamiast tak od razu w prawdziwym życiu, można uświadomić sobie własne braki albo na przykład czym może nas pacjent zaskoczyć. (Wywiad ST VI rok 1)

Badani nauczyciele podkreślali, że ćwiczenia z SP dobrze przygotowują studentów do zajęć z prawdziwymi pacjentami, pozwalają rozwinąć umiejętności, które później przy łóżku pacjenta sprawiają, że studenci potrafią lepiej zadbać o komfort chorego, a komunikacja z pacjentem przebiega sprawniej.

Na pewno przekłada się też na późniejszy komfort pacjentów. Jeśli student ma już chociaż minimalne doświadczenie w zbieraniu wywiadu, to idąc potem na oddział, nie ma tych pierwszych blokad – one zostają zdjęte właśnie dzięki tym ćwiczeniom z symulowanym pacjentem. Te zajęcia są po to, żeby ucząc się, jakie są choroby i jakie są objawy, umieć to potem jakoś przełożyć i wykorzystać tę wiedzę w praktyce – czyli żeby umiejętnie zadawać pytania. Instruujemy naszych symulowanych pacjentów, żeby trzymali się tego, co jest napisane w scenariuszu. A tam na przykład objawy są celowo mało specyficzne albo aktor ma za zadanie mówić niechętnie – wszystko po to, żeby studenci zadawali pytania bardziej dokładne i konkretne. Czyli uczą się, jakie pytania mają zadawać. (Wywiad Naucz 7)

5.3. Jak przygotować studentów do komunikacji w sytuacjach szczególnych?

Znaczna część badanych studentów uznała, że zajęcia z SP przyniosłyby największe korzyści, gdyby zaplanowano je na późniejsze lata studiów – najwcześniej po trzecim roku, a nawet dopiero na piątym lub szóstym roku.

Fakt, że po prostu masz braki w wiedzy merytorycznej i dodatkowo nie wiesz, jak się prawidłowo komunikować, sprawia, że starasz się równocześnie myśleć nad tym, co musisz powiedzieć, ale też o tym, żeby nie skłamać – i to ci jeszcze gorzej po prostu wychodzi. Dużo lepiej jakby te zajęcia były od czwartego roku, czyli tak czwarty, piąty, szósty, nie drugi, trzeci, czwarty. (Wywiad ST VI rok 7)

Na trzecim roku miałam poczucie, że pacjent by tak nie zrobił, a teraz dzięki temu, że mam przekonanie, że właśnie tak się zachowują pacjenci, te scenariusze wydają mi się dużo bardziej realne. (Wywiad ST VI rok 12)

Bliżej bezpośredniej praktyki, kiedy już po prostu mamy pewien warsztat merytoryczny, wtedy to powinno faktycznie wchodzić jako umiejętności miękkie, no bo to jest niezastępowalne, to jest wręcz szalenie istotne w praktyce. (Wywiad ST VI rok 11)

Wśród badanych studentów było także dużo osób, które uważały, że SP powinien być wprowadzany na każdym bloku tematycznym zajęć, bo umożliwi to ćwiczenie umiejętności w odniesieniu do konkretnych problemów klinicznych.

Fajnie by było, gdyby czasem było to tematycznie powiązane z tym, co mamy wcześniej, czyli na przykład mamy gastroenterologię albo chirurgię i taki symulowany pacjent będzie odgrywał takich pacjentów, których mieliśmy przed chwilą, żeby – tak jak kolega mówi – szlaki pamięciowe się bardziej utrwaliły. (Wywiad ST VI rok 13)

Wśród badanych studentów pojawiły się też opinie, że poznanie właściwych metod komunikacji z pacjentami podczas zajęć z SP pozwala później odnieść tę wiedzę do praktyki i obserwować, na ile te metody są wykorzystywane w kontakcie z pacjentami.

Po poznaniu technik komunikacji możemy potem obserwować lekarzy w prawdziwym życiu, jak oni stosują te techniki, czyli bardziej świadomie podejść do procesu rozmowy z pacjentem. (Wywiad ST VI rok 12)

Według badanych nauczycieli na ostatnich latach studiów podczas zajęć z SP osoby studiujące mogą ćwiczyć kompetencje w zakresie komunikacji w trudnych sytuacjach. Takie zajęcia to szansa nie tylko na to, aby wykorzystać określone umiejętności podczas symulowanej rozmowy, ale także, aby osoba ucząca się miała możliwość sprawdzić, jak reaguje, gdy pojawiają się silne emocje albo medycznie sytuacja jest bardzo poważna.

Na starszych latach studenci powinni naprawdę ćwiczyć te najtrudniejsze sytuacje, na przykład, w jaki sposób przekazać rodzinie informację o ciężkim stanie bliskiego, jak zasugerować, że powinni się pożegnać albo powiedzieć, że pacjent nie żyje. (Wywiad Naucz 6)

Na dyżurze spotykamy się z różnymi sytuacjami i młodsi koledzy są zagubieni. Myślę, że tutaj jest fajne miejsce na to, żeby tworzyć przeróżne scenki, w których jeden na jeden dany student może spróbować przećwiczyć i zobaczyć,

jakby zareagował na daną sytuację, czy jest w stanie na przykład ją deeskalować, jeżeli jest trudna. Albo w ogóle powiedzieć coś od siebie i tak się wczuć w to, jakby to było naprawdę. (Wywiad Naucz 6)

Moim zdaniem, kiedy jesteśmy na piątym, szóstym roku, o wiele łatwiej jest nam wczuć się w takie symulacje. Wówczas naprawdę już czujemy, jakbyśmy byli poza tą uczelnią albo przynajmniej bardzo chcemy być. To jest moment, kiedy rwiemy się do tej pracy. Na wcześniejszych latach jest to dla nas bardzo odległe – gdzieś tam mamy marzenia, że ukończymy tę uczelnię. (Wywiad ST VI rok 20)

5.4. Jedne zajęcia to za mało – symulowany pacjent jako stały element programu

W wywiadach fokusowych, zarówno z nauczycielami, jak i ze studentami, pojawiały się sugestie, aby zajęcia z udziałem SP były cyklicznie powtarzane. W opinii badanych studentów korzyścią takiego rozwiązania jest kształtowanie odpowiednich postaw od początku nauki. Niezbędne są do tego odpowiednio przygotowane scenariusze, które pozwolą osobom uczącym się ćwiczyć kompetencje interpersonalne niezależnie od braku wiedzy medycznej na pierwszych latach studiów. W opinii tej grupy badanych ćwiczenie tego typu umiejętności należy powtarzać, aby je dobrze utrwalić.

Dla młodszych lat to jest bardzo wartościowe i wtedy może powinniśmy wyrabiać te nawyki, a nie zmieniać je u osób, które sobie już trochę je wykształciły, bo to zawsze jest trudniejsze. (Wywiad ST VI rok 25)

Ja uważam, że jednak mimo wszystko to bardzo nas uodporniło na wiele rzeczy. To, że mieliśmy te zajęcia na drugim roku i to było takie pierwsze zderzenie z tak zwanym pacjentem agresywnym, pacjentem trudnym i tak dalej. (Wywiad ST VI rok 4)

Trzeba to cały czas ćwiczyć – na przykład, przećwiczyć co roku inny scenariusz. W ogóle dla każdego lekarza byłoby wartościowe, aby w swojej karierze raz w roku robił coś takiego. Na zasadzie ewaluacji umiejętności w konkretnej sytuacji, która dzięki symulacji nie jest w żaden sposób niebezpieczna, ale pozwala na ich obiektywną ocenę. (Wywiad ST III rok 2)

Zajęcia z SP powinny być na każdym roku studiów także w opinii części badanych nauczycieli. Według tej grupy pozwoli to studentom rozwijać umiejętności, obserwować podnoszenie własnych kompetencji na przestrzeni kolejnych lat i weryfikować je w kontakcie z drugim człowiekiem.

Myślę, że jeśli by takie podstawowe umiejętności interpersonalne kształtować i budować, i pozwolić studentom obserwować siebie w tych reakcjach, to miałoby to dużą wartością, a kursanci z każdym rokiem mogliby być coraz lepsi. To jedno. [...] Wrócę jeszcze do innej kwestii. Dużym wyzwaniem są osoby nastawione na to, że nie będą, nie chcą pracować z ludźmi. Mówią, że zostaną na przykład radiologami, żeby tylko uniknąć tego kontaktu. I tu pojawia się paradoks, bo w trakcie symulacji bardzo fajnie prowadzili rozmowy, bardzo dobrze sobie poradzili – mimo wcześniejszych deklaracji, że kontakt z drugim człowiekiem jest dla nich za trudny i nie będą tego robić i chcą być radiologami. To bardzo ciekawe i myślę, że gdyby mieli więcej takich zajęć, mogliby zobaczyć, że ich obawy są niepotrzebne. Może część z nich zmieniłaby zdanie co do wyboru specjalizacji. (Wywiad Naucz 2)

Najpierw trochę wstępu teoretycznego, potem dwa, trzy dni symulowany pacjent i potem już jednak pacjent. (Wywiad Naucz 6)

[...] nie dla starszych studentów, tylko dla tych młodych, którzy jeszcze z rozmowami sobie średnio radzą, bo – przynajmniej na tych zajęciach, które ja prowadzę – to daje szansę, że mogą zadawać pytania grupowo, czyli mogą się ze sobą konsultować. Ja często też robię coś takiego jak „czas stop”, czyli kursanci mają chwilę, kiedy pacjent sobie siedzi i czeka, a oni mogą się naradzić, żeby podsumować to, co zebrali, co wiedzą, w którą stronę chcą pójść, co podejrzewają, bo nie zawsze jest to takie oczywiste. Coś takiego jest trudno zrobić przy łóżku chorego, bo to od razu troszeczkę podważa zaufanie. A znowuż jak się wypuści takich studentów trzeciego roku do samodzielnego rozmawiania z pacjentem, to też z różnymi informacjami wracają. Nie zawsze ciężar jest położony tam, gdzie trzeba. Pacjent symulowany w trakcie takiej rozmowy wie, jak to będzie wyglądało, więc nie ma oczekiwań, a studenci mają szansę, żeby jakiś problem rozwiązać grupowo i przeprowadzić pewien tok myślenia. (Wywiad Naucz 6)

W tym miejscu warto jeszcze zwrócić uwagę na to, że program kształcenia powinien zakładać, że każda osoba ucząca się kilkakrotnie będzie miała okazję brać aktywny udział w interakcji z SP. Efektywne korzystanie z dydaktycznego potencjału symulacji z udziałem SP wymaga od studentów uprzedniego poznania założeń, przebiegu oraz zasad uczestnictwa właściwych dla tej formy kształcenia. Pierwsza interakcja z SP zwykle wiąże się dla studentów ze stresem i niepewnością. Dopiero praktyka pozwala skoncentrować się na rozwijanych umiejętnościach, a nie na samym przebiegu symulacji. Jednorazowe doświadczenie daje osobom uczącym się informację, jakie kompetencje już posiadają, a nad czym powinny pracować. Kolejne symulacje umożliwiają skupienie się na ćwiczeniu elementów sprawiających kłopot. Dopuszczają także realizację złożonych scenariuszy, w których poziom trudności jest coraz wyższy. Podczas wywiadów fokusowych badani nauczyciele zwracali uwagę, że każdy student i każda studentka powinni minimum dwa razy brać udział w scenariuszu z udziałem SP.

Dwa ćwiczenia dla studentów są chyba najlepsze. Po pierwszym student ma możliwość autorefleksji, zobaczenia, co nie poszło, w trakcie drugiego może poprawić te rzeczy, które wcześniej były błędne i nauczyć się pewnych elementów. Więc myślę, że dwa to jest chyba takie minimum. (Wywiad Naucz 2)

Dodałabym, że ja bym chciała, aby każdy mógł choć raz przećwiczyć przekazywanie trudnych informacji – czyli, żeby albo było dwa razy, w tym raz przekazywanie trudnych informacji albo dwa razy plus raz przekazywanie trudnych informacji. (Wywiad Naucz 2)

Ja bym powiedział, że na pierwszych zajęciach z symulowanym pacjentem poziom stresu był wysoki i trudno było się zebrać, żeby w ogóle wejść do takiej scenki. Na kolejnym roku było już łatwiej. A przy końcówce studiów stało się to dużo łatwiejsze. Już dało się zauważyć, że ma się więcej umiejętności i było to mniej stresujące. (Wywiad ST VI rok 11)

Badani nauczyciele podkreślali także potrzebę stworzenia możliwości dodatkowego rozwoju. Wskazywali, że w przypadku zauważenia u studentów deficytów w zakresie kompetencji interpersonalnych, warto zaoferować im dodatkowe zajęcia wspierające rozwój kompetencji społecznych.

Dla mnie komunikacja to narzędzie, którego używam w jakimś procesie, co oznacza, że im częściej, im więcej – tym lepiej. Chodzi o to, że jeżeli student wystąpi dwa razy – przy pierwszym mogą pojawić się jakieś problemy, które zauważy, przy drugim będzie miał okazję się z nimi skonfrontować, jednak, jeśli czuje, że gdzieś nie domaga i ma świadomość własnych niedociągnięć, a także atutów w zakresie komunikacji, to dobrze by było, żeby miał dalej możliwość rozwijania lub sprawdzania się w tego typu symulacjach. Innymi słowy jest jakiś minimum, ale jeżeli student jest zainteresowany, widzi, że z czymś sobie nie radzi, wie, że potrzebuje pomocy, bo jeszcze „nie umie z siebie tego wydusić", czy zareagować odpowiednio, to powinien mieć możliwość gdzieś się szkolić. (Wywiad Naucz 2)

5.5. Kiedy i jak wykorzystywać symulowanych pacjentów w procesie kształcenia? Dyskusja

Dane z literatury potwierdzają, że ćwiczenia symulacyjne są najbardziej skuteczne wtedy, gdy stają się częścią standardowego programu nauczania, a nie jego dodatkowym elementem (Motola et al., 2013).

Moment zaangażowania SP do zajęć stanowi jedną z najczęściej dyskutowanych w literaturze przedmiotu kwestii związanych z organizacją tego rodzaju kształcenia. Według Flanagan i Cummings najlepszy moment na wprowadzenie SP to lata przedkliniczne, w szczególności tuż przed lub w trakcie wdrażania podstawowych umiejętności klinicznych (Flanagan & Cummings, 2023). Udział SP w zajęciach pozwala zmniejszyć lukę między teorią a praktyką, która pojawia się na pierwszych latach nauki, a także ograniczyć lęk związany z konfrontacją z autentyczną kliniczną sytuacją. Dzięki uczestniczeniu w realistycznie przygotowanych scenariuszach studenci mogą rozwinąć świadomość, krytyczne myślenie i umiejętność podejmowania decyzji, ćwicząc w bezpiecznym środowisku (Lembo et al., 2024).

W literaturze można znaleźć opisy, w jaki sposób SP pomaga w nauce anatomii. Dzieje się tak na przykład na St. George's University, na którym są zatrudniane osoby zdrowe, aby pomagały studentkom i studentom uczyć się anatomii prawidłowej (Saxena et al., 2021). W pilotażowym badaniu przeprowadzonym wśród studentów pierwszego

roku pielęgniarstwa na Uniwersytecie Jagiellońskim wyniki wykazały, że osoby uczące się pozytywnie oceniają udział SP w zajęciach i uznają, że ta forma nauki wzmacnia ich umiejętności komunikacyjne (Bodys-Cupak et al., 2020). Badacze z Niemiec także sugerowali, aby włączać ćwiczenia z SP przed zajęciami w klinikach i rozmowami z prawdziwymi pacjentami (Britz et al., 2024). W Niemczech większość programów studiów uwzględnia szkolenie z zakresu umiejętności komunikacyjnych, obejmujące pracę z SP i przekazywanie informacji zwrotnej na drugim i trzecim roku studiów (Gebhardt et al., 2021). Na Węgrzech SP jest włączany podczas czwartego semestru nauki (Eklics et al., 2024).

W Wielkiej Brytanii zaleca się wczesne wprowadzanie nauczania komunikacji klinicznej oraz ćwiczeń z pacjentami (często symulowanymi), a także prowadzenie ich przez cały okres studiów (von Fragstein et al., 2008).

W badaniu, w którym również zrealizowano wywiady fokusowe, studenci czwartego roku z Uniwersytetu w Uppsali zwrócili uwagę na potrzebę wprowadzenia symulacji z udziałem SP na wcześniejszych etapach kształcenia, pracy w mniejszych grupach oraz zapewnienia większej ilości czasu na indywidualną praktykę (Isaksson et al., 2022). Są to refleksje zbliżone do wniosków osób studiujących, które wzięły udział w naszym badaniu.

Badania wykazały, że studenci pierwszego i drugiego roku studiów dużo zyskują dzięki uczestnictwie w zajęciach z SP. Wydaje się nawet, że im wcześniej są one wprowadzane, tym korzyści rozwojowe są większe – po uczestnictwie w symulacjach wyniki studentów pierwszego roku poprawiły się w większym stopniu niż drugiego roku (Jabaay et al., 2020).

Autorzy jednego z AMEE Guide, poświęconego symulacji w edukacji medycznej, podkreślali, że problemem wielu programów kształcenia jest to, że choć uczniowie są entuzjastycznie nastawieni do samych symulacji, to jednak odbywają się one rzadko lub wręcz tylko raz. Aby celowe ćwiczenia były skuteczne, konieczne jest przeprowadzenie wielu symulacji, które nie mogą być takie same, ale muszą koncentrować się wokół konkretnej dziedziny (Motola et al., 2013).

Trudno jednoznacznie wskazać właściwy moment, w którym należy wprowadzić nauczanie z udziałem SP. Na każdym etapie kształcenia zajęcia z SP mogą rozwijać umiejętności adekwatne do posiadanej przez osoby uczące się wiedzy, a równocześnie łączyć umiejętności z różnych obszarów i integrować je w spójną całość, co będzie niezbędne w przyszłej pracy zawodowej (zob. ryc. 3).

Rycina 3. SP na różnych etapach nauczania – rozwijanie umiejętności i integracja kompetencji



Zagadnienie miejsca SP w programie kształcenia można podsumować, nawiązując do słów E.M. Hunderta, który pisał, że kształcenie medyczne nie polega na przekazywaniu informacji, lecz na transformacji osoby uczącej się (Hundert, 2015). Taka transformacja jest możliwa, jeśli osoby uczące się będą miały możliwość rozwijania swoich umiejętności i kształtowania postaw nie jednorazowo, ale wiele razy przez wszystkie lata studiów. Doświadczenie z SP pozwala integrować wiedzę i umiejętności mentalizacji na poziomie metapoznawczym z działaniem. Umiejętność adaptacji do nowych sytuacji, refleksja, przyjmowanie perspektywy, komunikacja, umiejętności myślenia na wyższym poziomie budują się właśnie przez doświadczanie.

6. Symulowany pacjent czy…? Jak wybrać najlepszą metodę dydaktyczną

Jednym z celów zrealizowanego badania było poznanie opinii na temat zajęć z SP w porównaniu z innymi metodami dydaktycznymi, które umożliwiają ćwiczenie umiejętności komunikacji. Proszeni o porównanie badani studenci zauważali dużo korzyści z udziału w zajęciach z SP.

6.1. Symulowany pacjent czy kolega z grupy – kto lepiej odegra pacjenta?

Porównując zajęcia angażujące SP z ćwiczeniami, podczas których studenci sami wcielają się w role (ang. *role-playing*), podkreślano przede wszystkim, że rozmowę z SP osoby uczące się odbierają jako autentyczną i traktują ją poważniej. Badani zauważali, że interakcja z SP, jako bardziej realistyczna, lepiej przygotowuje do pracy. Wskazywano także, że ta forma zajęć symulacyjnych cechuje się wyższym poziomem wierności, co pozwala na dokładniejsze odwzorowanie relacji między personelem medycznym a pacjentami.

Badani studenci najczęściej zwracali uwagę na to, że zajęcia z SP gwarantują większy realizm interakcji, ułatwiają wczucie się w sytuację i dzięki temu lepiej sprawdzają umiejętności.

> *To co wspomniałam – tam wchodzi w grę cała mimika, emocje i tak dalej. I to jest o wiele lepsze niż ćwiczenie między nami samymi. Wprawdzie teraz jesteśmy wymieszani, ale jak ćwiczyliśmy we własnej grupie dziekańskiej, to po prostu za dobrze się znamy. Odgrywanie takich scenek ze znajomymi często robi się po prostu komiczne, więc człowiek nie może się tak do końca wczuć. Z symulowanym pacjentem jest zupełnie inaczej – to jest dla nas obca osoba, często w różnym wieku, dzięki czemu cała sytuacja staje się w naszym odczuciu bliższa prawdy. (Wywiad ST VI rok 9)*

> *Na pewno tak jest lepiej niż kiedy sami nawzajem udajemy przed sobą pacjenta i lekarza. Wtedy to już w ogóle ciężko się wczuć – no bo jak traktować poważnie kolegę czy koleżankę. Przy symulowanym pacjencie, którego kompletnie*

nie znamy, wszystko staje się o wiele bliższe rzeczywistości. To też często jest osoba starsza od nas, podobnie jak w przypadku prawdziwego pacjenta, bo przecież to głównie starsi ludzie chorują. Chyba że się idzie na pediatrię. Ale właśnie przez to, że to była obca, dojrzała osoba, sytuacja wydawała się bardziej realna. I można było się bardziej wczuć. (Wywiad ST VI rok 8)

Wprowadza powagę do sytuacji. Przede wszystkim jest to obca osoba, co faktycznie powoduje, że człowiek bardziej poważnie podchodzi do sprawy. (Wywiad ST III rok 3)

A jeśli chodzi o ćwiczenie komunikacji ze znajomymi, to wydaje mi się to mało miarodajne. Kiedy się odgrywa scenkę z kolegą, koleżanką, to łatwo się wybić z rytmu i na przykład zacząć się śmiać. Po prostu ciężko wczuć się tak na serio w rolę lekarza czy pacjenta, gdy naprzeciwko siedzi znajomy. (Wywiad ST VI rok 23)

Nadmienili także, że zajęcia z SP dają im możliwość spotkania obcej osoby, która z jednej strony nie ma wiedzy medycznej, z drugiej jednak często posiada znacznie większe niż osoby uczące się doświadczenie w kontakcie z pracownikami ochrony zdrowia.

Tym bardziej to było spoko, że, gdy na zajęciach prowadziliśmy rozmowy między sobą, to wszyscy mieliśmy dość podobny punkt widzenia i obstawiam, że mogliśmy być na mniej więcej tylu samych wizytach u różnych lekarzy. A tu trafialiśmy na osoby w większości starsze od nas, z większym doświadczeniem życiowym. Dzięki temu te rozmowy były bardziej realistyczne. Symulowani pacjenci nie są też na studiach lekarskich i nie mają w głowie wyćwiczonych regułek. Tylko przychodzą z ulicy, rzeczywiście chodzą do lekarzy i wnoszą do scenek to, z czym sami się spotkali, a w czym my mamy jeszcze małe doświadczenie. To na pewno duży plus! Bo jak ćwiczymy z koleżanką czy kolegą z roku, to nawet bez rozpisywania scenariusza mniej więcej wiemy, czego można się spodziewać – posługujemy się tą samą terminologią i rozumujemy w ten sam sposób. A tutaj wchodzi ktoś całkiem z zewnątrz. X też wspomniała o tym, że dużym atutem jest to, że nie wiadomo, co pacjent zaraz powie. Może na przykład rzucić coś, co nas całkiem wytrąci z równowagi, bo sami nie przewidzielibyśmy takiej reakcji. A przecież często tak właśnie potem wygląda praca lekarza – więc to też jest duża wartość tych zajęć. (Wywiad ST III rok 1)

Myślę, że potrafiliśmy lepiej wczuć się w całą sytuację. Bo co innego odgrywać scenki między sobą, kiedy wszyscy świetnie się znamy – wtedy na taką osobę patrzy się zupełnie inaczej. A tutaj pacjent to obcy człowiek i do tego starszy. To mi się podobało, bo na wcześniejszych latach, kiedy mieliśmy symulowanych pacjentów, bywało tak, że postać starszego człowieka grał ktoś, kto wyglądał… no, mniej więcej tak jak ja. (Wywiad ST VI rok 13)

Studenci, którzy wzięli udział w badaniu, doceniali również profesjonalne przygotowanie SP, dzięki któremu w sposób bardziej autentyczny, niż koleżanka czy kolega, odgrywają rolę pacjentów.

Myślę, że w porównaniu z kolegą czy koleżanką – na pewno na plus. Symulowany pacjent jest jednak bardziej profesjonalny i bardziej przygotowany do scenki i dzięki temu jest w stanie stworzyć bardziej realną postać niż kolega. (Wywiad ST VI rok 22)

Myślę, że to dla nas doskonała konfrontacja z naszą przyszłą codziennością, która niesamowicie poszerza kompetencje. Ci aktorzy są po prostu o wiele lepiej przygotowani do odgrywania ról niż my, kiedy ćwiczymy między sobą. Z kolei, jeśli chodzi o pacjentów na oddziałach, to tam też jesteśmy trochę ograniczeni – nie wszystko możemy przy nich powiedzieć, a samo przekazywanie informacji stawia nas w sytuacji sporej ekspozycji. (Wywiad ST VI rok 21)

Respondenci zauważali, że ćwiczenie umiejętności z SP jest bardziej nieprzewidywalne niż odgrywanie ról między studentami. SP potrafi zaskoczyć w trakcie symulacji, co w opinii badanych, jest dużą korzyścią tej formy nauki.

Fajna była możliwość rozmowy z pacjentem, od którego mniej więcej wiesz, czego można oczekiwać, ale mimo wszystko jest też element losowości, pewnej niewiadomej. To jest fajne. Miałem po prostu poczucie, że naprawdę mogę sprawdzić w praktyce swoje podstawowe zdolności komunikacyjne. To o wiele lepsze niż ta zaprogramowana rozmowa, jaką dostajemy na zajęciach. Na ostatnią chwilę umawiałem się z koleżanką, kto co mówi, żeby tylko rzecz odbębnić. A tutaj ten element improwizacji był bardzo ważny. (Wywiad ST III rok 1)

Myślę, że istotna jest naturalność. Uważam, że dzisiaj większość pacjentów była bardzo naturalna. To duży plus i duża zaleta w porównaniu do scenek

z kolegami z grupy. Pojawia się nieprzewidywalność, bo nie wiemy, jak druga osoba zareaguje. Swoich znajomych z roku już mniej więcej znamy i wiemy, czego się po nich spodziewać. Dlatego ten element zaskoczenia jest zdecydowanie na plus – to nas hartuje i uodparnia na sytuacje, które w przyszłym życiu zawodowym na pewno się wydarzą. (Wywiad ST VI rok 21)

Badani nauczyciele także widzieli korzyści z uczestnictwa studentów w zajęciach z SP w porównaniu z zajęciami, podczas których osoby uczące się wcielają się jednocześnie w role pracowników ochrony zdrowia i pacjentów. Podkreślali, że ta forma zajęć jest znacznie bardziej realistyczna. Zauważyli także, że zwiększa to poczucie odpowiedzialności studentów za własne zachowania. Dzięki temu uczą się oni, że określony sposób traktowania pacjenta niesie za sobą konkretne konsekwencje.

A korzyści są ogromne. Przede wszystkim studenci czują się dokładnie tak, jak w sytuacji klinicznej z prawdziwym pacjentem, z którym na co dzień nie mają wiele kontaktu. Poza tym zyskują poczucie sprawczości i odpowiedzialności. Sami przecież mówią, że nawet gdy zbierają wywiady czy rozmawiają z pacjentami na klinikach, to nikt im nigdy nie pozwala samodzielnie przekazać zaleceń lub odebrać świadomej zgody. Czasem to oglądają, czasem zastanawiają się, jak to jest, ale tak de facto, dopóki nie zrobią tego sami – i to w takich warunkach, gdzie naprzeciwko nie znajduje się ich kolega, tylko obca osoba – nie poczują tego. Dopiero w sytuacji z SP zaczynają rozumieć perspektywę pacjenta. Zupełnie inaczej się wtedy przygotowują, inaczej to odbierają i bardzo się angażują. Dla mnie to ogromna różnica w stosunku do zajęć, w których sami te scenki odgrywają między sobą, […] Studenci są już tym trochę zmęczeni. A tutaj faktycznie czują większą odpowiedzialność. (Wywiad Naucz 8)

Istotnymi elementami zajęć z SP, w opinii badanych nauczycieli, są realistyczne oddanie sytuacji pacjenta i jego choroby, a także elementy zaskoczenia, które trudniej zaaranżować podczas innych zajęć. Uczestnicy zauważali, że brak pełnej kontroli osób uczących się nad scenariuszem sprzyjał bardziej autentycznemu doświadczeniu i lepszemu przygotowaniu studentów do rzeczywistych kontaktów z pacjentami.

Wydaje mi się, że unikalną rzeczą w symulacjach jest to, co dzieje się, gdy podczas autorefleksji pytamy studentów: „Co Was zaskoczyło?”. Zawsze pojawia

się jakiś element zaskoczenia w interakcji z pacjentem. Czasem chodzi o konkretną reakcję samego pacjenta, a czasami o refleksję studenta na temat tej relacji i tego, jak ta rozmowa w ogóle przebiegała. To sprawia, że każda scenka jest zawsze unikalna i wartościowa. Nie ma tu mowy o przewidywalności, jaka towarzyszy rozmowom kolegi z kolegą. (Wywiad Naucz 2)

Z perspektywy badanych nauczycieli wykorzystanie SP ma tę przewagę względem odgrywania ról między studentami, że zajęcia są przewidywalne. Dobrze przygotowany SP daje gwarancję, że studenci będą ćwiczyli określone umiejętności, a zatem realizowali konkretne efekty uczenia.

Ja bym jeszcze dodała, że te zajęcia są tak skonstruowane, że SP jest naprawdę dobrze przygotowany. Zna scenariusz i jesteśmy pewni, że uzyskamy konkretne efekty kształcenia. Jest to o wiele bardziej pewne niż na przykład, jeżeli scenkę odgrywa kolega, bywa z tym różnie – czasem czegoś nie doczytają albo mają za mało czasu, albo podświadomie nie chcą być zbyt ostrzy czy wymagający w stosunku do swoich kolegów. Wtedy ten nadrzędny cel gdzieś ucieka. A przy profesjonalnym SP mamy większą pewność, że dany scenariusz pozwoli nam osiągnąć zamierzony cel. (Wywiad Naucz 8)

6.2. Symulowany pacjent czy prawdziwy pacjent – czego uczą nas oba spotkania?

Badani studenci podkreślali, że zajęcia w klinikach i możliwość rozmowy z prawdziwymi pacjentami, obserwowania ich zachowań jest dla nich kluczowa. Widzieli jednak duże korzyści z zajęć z SP. Najczęściej deklarowali, że zajęcia z SP mogą pomóc im przygotować się do obcowania z chorymi. Wskazywali przy tym na ryzyko związane z pracą w warunkach klinicznych, gdzie pacjent z racji złego samopoczucia może odmówić kontaktu z osobami uczącymi się. Z tego też względu wysoko oceniali przewidywalność ćwiczeń z udziałem SP.

Wydaje mi się, że różnica między prawdziwym pacjentem a symulowanym jest taka, że na oddziałach chorzy są już po prostu często zmęczeni studentami i nie chcą z nami rozmawiać. To zresztą nie ich wina, tylko efekt przeładowanych grup, ale odbija się to bezpośrednio na nas. Inna sprawa to kwestia szczerości. Prawdziwi pacjenci potrafią nas okłamywać, a lekarzom mówią zupełnie

co innego – natomiast symulowany pacjent tego nie zrobi. Bardzo często mamy taką sytuację, że zbieramy wywiad, a potem nagle okazuje się, że pacjent minął się z prawdą. Więc tak prosto z mostu: prawdziwi pacjenci czasem kłamią, a symulowani nie. (Wywiad ST VI rok 25)

Przedłużanie wywiadu z pacjentem – dlatego, że my się dopiero uczymy – może być dla niego zwyczajnie męczące. Czasami ćwiczenie jednego wywiadu trwa godzinę albo półtorej, bo powtarzamy niektóre elementy i rzadko kiedy pacjent ma tyle siły, żeby z nami siedzieć. Pół biedy, kiedy ktoś się dobrze czuje i po prostu się nudzi – wtedy spoko. Ale czasami trzeba przećwiczyć też cięższe wywiady, choćby z pacjentami onkologicznymi. I właśnie wtedy przydaje się pacjent symulowany, który wie, na co się pisze, ma w sobie cierpliwość i świadomość, że musi z nami posiedzieć dłuższą chwilę. (Wywiad ST VI rok 8)

Myślę, że warto przejść ten etap pośredni, żeby sobie wypracować własne metody, strukturę rozmowy. Człowiek uczy się, na co w ogóle zwracać uwagę i jakie błędy najczęściej się popełnia – a wszystko to zanim jeszcze będzie się rozmawiało z prawdziwym pacjentem. (Wywiad ST III rok 2)

Istotną wartością symulacji z udziałem SP jest, w opinii badanych studentów, **stworzenie przestrzeni do refleksji nad własnym sposobem prowadzenia rozmowy** klinicznej. W codziennym kształceniu klinicznym studenci rzadko mają możliwość zatrzymania się nad przebiegiem kontaktu z pacjentem, omówienia własnych działań oraz świadomego rozpoznania elementów wymagających poprawy. Znaczenie ma także sam charakter spotkania symulowanego, które pozwala przećwiczyć rozmowę w warunkach bardziej sprzyjających skupieniu, poufności i pogłębionemu zbieraniu informacji niż typowe sytuacje kliniczne odbywające się przy łóżku pacjenta. Symulacja pełni więc nie tylko funkcję ćwiczeniową, lecz także skłania do refleksji, umożliwiając studentom bardziej świadome rozwijanie kompetencji komunikacyjnych.

W normalnych warunkach […] nie ma w ogóle szans na to, żeby na chwilę się zatrzymać i przeanalizować, co się zrobiło źle, a co dobrze. Z mojego doświadczenia rzadko w ogóle mamy okazję, żeby tak naprawdę usiąść i pogadać z pacjentem – nie wiem, jak Wy to widzicie. W większości przypadków zbieramy przecież wywiad na wieloosobowej sali, w obecności innych chorych.

W takich warunkach trudno przeprowadzić naprawdę dogłębną rozmowę. (Wywiad ST VI rok 21)

6.3. Człowiek czy zaawansowany symulator – gdzie zaczyna się realizm?

Badani studenci wyraźnie wskazywali, że podczas symulacji z wykorzystaniem symulatora trudniej jest im rozwijać umiejętności komunikacyjne, w tym elementy komunikacji niewerbalnej. Mówienie do symulatora, często wymagane jako element ćwiczonej procedury, uznawali za sztuczne i przyznawali, że nie traktowali tego poważnie.

[...] dobrze jest nie patrzeć na plastikową twarz manekina, tylko na prawdziwego człowieka. Zwłaszcza na kogoś, kto jest tak przygotowany do swojej roli i po prostu jest wiarygodny. Nie wiem, czy to byli profesjonalni aktorzy, czy nie, ale było widać emocje. (Wywiad ST VI rok 6)

Dla mnie główna różnica polega na tym, że pracuję z żywą osobą. Bo kiedy prawdziwy człowiek naśladuje emocje, od razu je odbieram i mogę jakoś zareagować. Przy fantomie, wiadomo, nic takiego nie może mieć miejsca. (Wywiad ST III rok 2)

W opinii badanych studentów praca z SP charakteryzuje się znacznie wyższym poziomem realizmu niż ćwiczenia z użyciem manekina. Sytuację taką łatwiej potraktować jako zbliżoną do rzeczywistej, ponieważ obejmuje nie tylko obecność osoby odgrywającej wyznaczoną rolę, lecz także spójny kontekst miejsca, relacji oraz przebiegu całego spotkania.

Sytuacja, która jest symulowana, ale jednak ma się wrażenie, że dzieje się naprawdę. Z manekinami bywa tak, że czasami ciężko się zorientować, co jest prawdziwe, a co nie. Czasami na takich symulacjach jesteśmy w szpitalu, ale właściwie nie wiadomo na jakim oddziale. A tutaj mamy konkretnego pacjenta, siedzimy w konkretnym gabinecie i trochę łatwiej się wczuć. Ten pacjent jest dobrze przygotowany, ani na chwilę nie wychodzi z roli, a cała scena jest dokładnie odwzorowana. (Wywiad ST VI rok 5)

Badani studenci podkreślali także, że jeśli celem zajęć ma być ćwiczenie umiejętności komunikacji, to zdecydowanie lepiej jest to robić z udziałem SP niż udając rozmowę z symulatorem. Jednocześnie też doceniali, że symulatory dają im możliwość zbadania objawów, co jest istotnym ograniczeniem nauki z udziałem SP.

Przy fantomie wszystko jest markowane, przez co bardzo trudno się zaangażować. Człowiek ma po prostu wrażenie, jakby bawił się lalką. (Wywiad ST VI rok 12)

W porównaniu z manekinem, obecność drugiego człowieka zmienia wszystko. Tutaj nie da się zatrzymać symulacji na chwilę. Jeśli powiesz coś niefortunnego i skomplikujesz sytuację, nie cofniesz czasu – musisz z tego jakoś wybrnąć, tak jak w prawdziwym życiu. Kiedy gadasz do manekina, coś można chwilę pomyśleć, zmienić temat i symulacja nadal jest okej. Ale gdy po drugiej stronie biurka siedzi żywy człowiek, to faktycznie trzeba uważać na słowa i liczyć się z konsekwencjami tego, co się powie. (Wywiad ST VI rok 6)

Respondenci widzieli zasadność ćwiczenia umiejętności zarówno na symulatorach wysokiej wierności, jak i z SP. Uznawali bowiem, że metody te pozwalają im nabywać różne umiejętności.

Myślę, że symulowany pacjent jest chyba najlepszym sposobem do trenowania komunikacji i relacji z pacjentem. Natomiast manekin jest niezastępowalny w kontekście umiejętności praktycznych, więc wszystkie te trzy opcje mają swoje nisze. (Wywiad ST VI rok 11)

Myślę, że ćwiczeń na manekinie i z symulowanym pacjentem właściwie nie ma co porównywać. Na każdym z nich ćwiczy się po prostu zupełnie inne rzeczy. Na prawdziwym człowieku nie przećwiczymy intubacji albo defibrylacji – do tego jest potrzebny manekin. Z kolei z manekinem nie przećwiczymy komunikacji, bo do tego potrzebny jest symulowany pacjent. Dlatego uważam, że obie te metody są tak samo ważne i powinny się uzupełniać. (Wywiad ST VI rok 11)

6.4. Pacjent w sali czy na ekranie – symulowany pacjent a pacjent wirtualny

Badanie zostało przeprowadzone w szczególnym momencie. Część uczelni medycznych w Polsce już stale współpracuje z SP i zajęcia, o których piszemy, znajdują się w programie nauczania. Są jednak też takie, na których symulacje z udziałem SP nie są jeszcze uwzględniane i tam ta forma ćwiczeń będzie dopiero wprowadzana. Równocześnie w 2025 roku, w którym przeprowadzono badania fokusowe, w kształceniu medycznym rzadko wykorzystywano programy czy aplikacje dedykowane ćwiczeniu interakcji, a szczególnie komunikacji. Rozwiązania te nie były powszechne, a większość dostępnych narzędzi posiadała liczne ograniczenia utrudniające budowanie poczucia realizmu. Sytuacja bardzo się zmienia i na pewno coraz częściej w nauczaniu na kierunkach medycznych będzie możliwość wykorzystania nowych technologii do ćwiczenia kompetencji komunikacyjnych. Biorąc pod uwagę moment prowadzenia badań, należy też pamiętać, że większość studentów miała nieduże doświadczenie z takimi rozwiązaniami. Dlatego pytając o opinie na temat zajęć z wirtualnym pacjentem, osoby prowadzące uszczegóławiały, że mamy na myśli wszystkie formy zdalnej interakcji, czyli wirtualnego pacjenta wykorzystującego interfejs tekstowy (ang. *chatbot*) lub głosowy (ang. *voicebot*). Prosiliśmy badanych, aby odwołali się do tego rodzaju, z którym mieli styczność lub który najłatwiej im sobie wyobrazić.

Wśród badanych studentów i nauczycieli dominowało przekonanie, że wolą zajęcia z SP i nie są gotowi na ćwiczenia z wirtualnymi pacjentami. Jednym z powodów było przekonanie o sztuczności istniejących narzędzi technologicznych, które w ocenie respondentów nie odzwierciedlają prawdziwego kontaktu człowieka z człowiekiem.

> *Na pewno z wirtualnym pacjentem można ćwiczyć stronę merytoryczną. Mam na myśli nie tyle kompetencje miękkie, ile po prostu konkretne odpowiedzi, zadawanie właściwych pytań, cały proces myślowy, łączenie faktów czy przypomnienie sobie wiedzy. Natomiast jeśli chodzi o samą komunikację, reagowanie na drugiego człowieka czy empatię – moim zdaniem będzie o to bardzo trudno. Nawet jeśli wyobraźnia próbuje to jakoś kompensować, to jednak – przynajmniej w moim przypadku – jakaś część nas wie,*

że to nie jest prawdziwy człowiek, tylko symulacja. Pewnie miałabym tutaj taki sam problem, co przy plastikowych fantomach – nie potrafiłabym zaangażować się w taką scenkę na sto procent, bo zawsze byłaby dla mnie w jakiejś części sztuczna. (Wywiad ST VI rok 11)

W rozmowach na temat wykorzystania wirtualnych pacjentów zamiast SP często pojawiały się głosy, że wirtualny pacjent nie pozwala na wiarygodne odwzorowanie kontaktu z prawdziwym człowiekiem, który jest sednem pracy każdego pracownika ochrony zdrowia.

Nie zamiast symulowanego pacjenta. Szczerze mówiąc, nawet sobie tego nie wyobrażam. Bo przecież studenci nie będą pracować w przyszłości ze sztucznym człowiekiem tylko z prawdziwą istotą, która reaguje emocjonalnie. Tego po prostu nie da się zastąpić niczym. To zwyczajnie musi być człowiek. (Wywiad Naucz 2)

To jest relacja człowieka z człowiekiem. I są rzeczy, których w scenariuszu nie jesteśmy w stanie napisać i straty mielibyśmy jeszcze większe, gdybyśmy chcieli do tego zatrudnić maszynę. Jeszcze więcej rzeczy, by nam umknęło z relacji lekarz – pacjent. Dlatego ja osobiście czuję się bezpieczna – nie sądzę, żeby mnie mogła kiedykolwiek zastąpić sztuczna inteligencja. Bo gdy pacjent przychodzi do lekarza, przychodzi również do drugiego człowieka. To jest też spotkanie ludzi. (Wywiad Naucz 5)

Pacjent symulowany zapewnia kontrolowane warunki, w których student ma jednak kontakt z żywą osobą. A tego typu relacji, uczenia się drugiego człowieka, po prostu nigdy dość. (Wywiad Naucz 3)

U mnie od razu była reakcja na nie – absolutnie nie! Przecież później do gabinetu przyjdzie prawdziwy człowiek. To nie będzie rozmowa z komputerem. Nawet, jeżeli stworzono by świetnego awatara, no to jednak nadal nie jest to rozmowa z żywą osobą. To funkcjonuje na całkowicie innych zasadach. Ostatecznie będziemy rozmawiać z pacjentami, a nie z chatbotami czy innymi podobnymi narzędziami. Dlatego wydaje mi się, że technologia nie byłaby w stanie tego zastąpić. (Wywiad ST III rok 6)

Dla mnie to już jest sytuacja, w której w ogóle nie jestem w stanie się wczuć. Trudno byłoby w ten sposób czegokolwiek się nauczyć, bo nie sposób poczuć

jakichkolwiek emocji. A to jest przecież kluczowe w nauce relacji z pacjentem. Raczej czułbym się jakbym rozmawiał z chatem GPT i po prostu pytał o kolejne dane medyczne. (Wywiad ST VI rok 8)

Nawet osoby dostrzegające pozytywne aspekty ćwiczeń z wirtualnym pacjentem miały wątpliwości związane z tą formą zajęć.

Komunikacja niewerbalna odgrywa ogromną rolę. Wiadomo, że mamy teraz teleporady i wtedy nie widać drugiej strony, ale nadal rozmawia się z człowiekiem. Uważam, że w momencie, gdy nasza praca będzie polegała na rozmowie z ludźmi, to – tak jak już było wspomniane – robot tego nie zastąpi. Dopóki jest możliwość ćwiczenia takich scenek z prawdziwymi ludźmi, pozostałabym przy tym. (Wywiad ST III rok 5)

Pojedyncze osoby widziały korzyści nauki z wirtualnym pacjentem. Wskazywały one na możliwość przećwiczenia konkretnych umiejętności (np. zadawania pytań, stosowania parafraz, stosowania konkretnych schematów, a także prowadzenia wywiadu), większą dostępność wirtualnego pacjenta, z którym można ćwiczyć wielokrotnie, w różnych miejscach i o każdej porze. W opinii tych osób wirtualny pacjent mógłby być uzupełnieniem lub wstępem do zajęć z SP.

Mogłoby być fajne, szczególnie na pierwszych latach – do nauki samej struktury zbierania wywiadu i tego, o co w ogóle pytać. Wiem, że są tego typu rzeczy. Szukałam nawet w internecie, gdy uczyłam się zbierać wywiad i przy pierwszych realnych rozmowach z pacjentem – żeby zorientować się, o co warto pytać, od czego zacząć. Reakcji na emocje trudno się uczyć z komputerem, ale takiego suchego, czysto merytorycznego zbierania wywiadu… Myślę, że szczególnie na początku mogłoby być bardzo przydatne. (Wywiad ST VI rok 3)

Z pewnością taka wymiana zdań, krótkie scenariusze nastawione na czystą komunikację czy po prostu przekazywanie informacji. Wydaje mi się, że to może być dobry wstęp przed kontaktem z żywym człowiekiem. (Wywiad ST VI rok 26)

Badani studenci podkreślali, że wirtualny pacjent mógłby im pomóc nauczyć się schematów i protokołów, a także komunikacji w kontekście teleporad.

Myślę, że w wypadku wirtualnego pacjenta można skutecznie przetestować różne protokoły. Mamy wtedy jasno określoną rozmowę i możemy pilnować realizacji poszczególnych kroków. (Wywiad ST VI rok 26)

Wirtualny pacjent to może być ewentualnie narzędzie do przećwiczenia struktury rozmowy – tak, żeby można było poukładać sobie w głowie pewne schematy. Jestem jednak przekonany, że to będzie miało mniejsze znaczenie w późniejszej pracy niż doświadczenie twarzą w twarz z żywym człowiekiem. Tu lepiej się sprawdzi symulowany pacjent, który pokazuje swoje emocje – z nim możemy przećwiczyć realne sytuacje. Narzędzie cyfrowe odgrywa więc raczej rolę pomocniczą – bazy do utrwalania podstaw. (Wywiad ST VI rok 16)

Zgodziłabym się z tym argumentem dotyczącym teleporad, bo wirtualny pacjent dobrze oddaje ten konkretny format. Przy teleporadzie też przecież nie widzimy pacjenta. Reagujemy tylko na podstawie tego, co słyszymy, a i tak ten dźwięk jest już w jakiś sposób przetworzony przez telefon i nie każde załamanie głosu wyłapiemy. Jako alternatywa dla wizyty w gabinecie to się nie sprawdzi, ale do ćwiczeń teleporad – jest to jakiś sposób. (Wywiad ST III rok 7)

Mimo wielu głosów krytycznych wobec włączania wirtualnych pacjentów pojawiały się jednak opinie, że w procesie dydaktycznym ważna jest różnorodność i wykorzystanie niejednorodnych metod będzie sprzyjało rozwojowi umiejętności studentów.

Moim zdaniem bezpośredni kontakt z człowiekiem to coś, czego na razie jeszcze AI nie zastąpi. […] Pacjent symulowany daje kontrolowane warunki, ale student wciąż ma do czynienia z żywą osobą. A kontaktu z drugim człowiekiem, uczenia się drugiego człowieka – czy to w sensie komunikacji, czy słuchania o objawach – nigdy dość. Tego maszyna w tym ludzkim interfejsie nie jest w stanie na razie zastąpić. Z drugiej strony uważam, że jest też miejsce dla wirtualnego pacjenta. Programy ze sztuczną inteligencją to dodatkowe narzędzie dydaktyczne, które ma swoje zalety. Zmierzam do tego, że różnorodność metod i narzędzi nauczania powinna się jak najbardziej rozwijać. (Wywiad Naucz 3)

6.5. Rywalizacja czy współpraca? Jak symulowany pacjent uzupełnia inne metody dydaktyczne? Dyskusja

Wymienione powyżej metody kształcenia – z prawdziwym pacjentem (ang. *Real patient*, RP), z użyciem SP, za pomocą odgrywania ról przez studentów, z wykorzystaniem manekinów wysokiej wierności (ang. *high fidelity manekin*, HFM)

czy wirtualnych pacjentów (ang. *virtual patient*, VP) – są stale badane i analizowane pod kątem optymalnego dopasowania do celów edukacyjnych. Dostępne badania najczęściej skupiają się na analizie porównawczej dwóch metod.

SP *vs* RP

W badaniu oceniającym subiektywne poczucie wartości dydaktycznej zajęć z RP *vs* SP, uczestników zrandomizowano do jednej z dwóch grup i przekazano im informację o rodzaju pacjenta, z którym ćwiczą. W ocenie studentów rozmowa z SP pozwoliła na lepszy trening umiejętności komunikacyjnych. Nauczyciele także preferowali uczyć umiejętności komunikacyjnych podczas zajęć z SP. Zarówno studenci, jak i nauczyciele uważali informację zwrotną uzyskiwaną od SP za bardziej wartościową. RP zostali ocenieni lepiej w kontekście autentyczności interakcji (Bokken et al., 2010). Rekrutacja i trening SP umożliwiają w kontrolowany sposób rozwijanie świadomości celów kształcenia realizowanych w ramach zajęć, co ułatwia prowadzenie procesu dydaktycznego i osiąganie określonych efektów uczenia się.

W innym badaniu losowo przydzielono studentów do trzech grup. Pierwsza z nich uczyła się z SP, druga – z RP, natomiast w trzeciej, również pracującej z SP, zarówno studentom, jak i nauczycielom przekazano informację, że mają zajęcia z RP. Studenci ćwiczyli umiejętność zbierania wywiadu oraz uzyskiwania świadomej zgody przed zabiegiem chirurgicznym, a efekty kształcenia zostały ocenione za pomocą OSCE. Analiza wyników nie wykazała różnic w nabytych umiejętnościach (Britz et al., 2022). Do zbliżonych wniosków doszli autorzy publikacji z 2026 roku, w której zestawiono efekty zajęć z udziałem SP i RP w 2006 roku (Gilliland et al., 2006). Podobne rezultaty uzyskali również badacze analizujący skuteczność obu tych metod w latach 80. XX wieku. (Simek-Downing et al., 1986). Warto zwrócić uwagę, że w badaniu, w którym celowo nie uprzedzono uczestników o udziale SP zamiast RP, żaden ze studentów ani nauczycieli nie zidentyfikował właściwego statusu osoby odgrywającej rolę (Britz et al., 2022).

W badaniu, w którym losowo przydzielono studentów do grup ćwiczących z SP i RP i nie powiedziano im, z kim się uczą, w ocenie dokonanej na podstawie ankiety SP uzyskali statystycznie istotne wyższe oceny w jakości informacji zwrotnej, a studenci uznali, że w trakcie debriefingu otrzymali więcej informacji dotyczących konkretnych elementów ich działania. Jeśli chodzi o realizm scenariusza oraz zachowania pacjenta nie odnotowano różnic. Co ważne, gdy studenci mieli

zidentyfikować rodzaj pacjenta, z którymi pracują, w grupie ćwiczącej z SP liczba prawidłowych odpowiedzi była istotnie statystycznie niższa (Díez et al., 2025).

Podsumowując, SP umożliwia trening umiejętności komunikacyjnych, który w wynikach badań ilościowych, oceniany jest jako tak samo skuteczny jak trening z RP. Jednocześnie, zajęcia z SP pozwalają studentom na uzyskanie wyższej jakości informacji zwrotnej oraz zapewniają bezpieczeństwo dydaktyczne i etyczne zajęć. Często zgłaszany brak autentyczności i realizmu SP nie znajduje odzwierciedlenia w badaniach, w których uczestnicy nie wiedzą, czy ćwiczą z SP czy z RP (badanie z wykorzystaniem ślepej próby).

Odgrywanie ról między studentami *vs* SP

Symulacje z udziałem SP stanowią cenne narzędzie dydaktyczne w kształceniu kompetencji komunikacyjnych i klinicznych studentów kierunków medycznych. Mimo że ogólne wyniki badań nie są jednoznaczne w kwestii przewagi symulacji z SP nad ćwiczeniami, w trakcie których role między sobą odgrywają studenci, pierwszy typ zajęć jest zdecydowanie bardziej entuzjastycznie odbierany przez studentów, również uczestników naszego badania, co może sprzyjać większemu zaangażowaniu w proces uczenia się. Co istotne, badania przeprowadzone na Uniwersytecie Jagiellońskim wskazują na silną, dodatnią korelację między udziałem w zajęciach z SP a rozwijaniem postaw skoncentrowanych na pacjencie. Udział w tych symulacjach bezpośrednio przekłada się na bardziej partnerskie, empatyczne i zorientowane na pacjenta podejście do opieki medycznej. Badani w Krakowie studenci podkreślali wyższość metody SP nad tradycyjnym odgrywaniem scenek w trzech głównych obszarach. Wskazywali mianowicie na wyższy poziom motywacji do zaangażowania w rozmowę, większy realizm sytuacji oraz poczucie bezpieczeństwa podczas ćwiczenia rozmów stanowiących wyzwanie (Gorski et al., 2022).

W badaniu retrospektywnym, które porównywało te dwie metody dydaktyczne w kontekście ich wpływu na efekty kształtowania umiejętności komunikacyjnych, weryfikowanych egzaminem OSCE, potwierdzono przewagę metody SP. Studenci po tych zajęciach uzyskali wyższe wyniki w obszarach ogólnych umiejętności komunikacyjnych, klinicznych umiejętności komunikacyjnych oraz badania fizykalnego i umiejętności proceduralnych (Taylor et al., 2019).

Jedno z opisanych w literaturze badań dotyczyło rozwijania umiejętności prowadzenia rozmów z rodzicami pacjentów pediatrycznych. Grupa studentów

odgrywających role między sobą uzyskała ogólny lepszy wynik podczas egzaminu OSCE ze względu na znacznie lepsze wyniki w obszarze zrozumienia perspektywy rodziców. Wcielenie się w rolę rodzica pacjenta pozwoliło na rozwinięcie umiejętności empatii i rozumienia przeżywanych emocji. Jednocześnie warto dodać, że poczucie własnej skuteczności wzrosło w obu grupach, niezależnie od stosowanej metody dydaktycznej (Bosse et al., 2012).

W innych badaniach oceniających skuteczność obu tych rozwiązań nie wykazano jednoznacznej przewagi żadnego z podejść w odniesieniu do wyników testów sprawdzających umiejętności kliniczne (Shulruf et al., 2018), (Gorski et al., 2022).

HFM vs **SP**

Uczestnicy przeprowadzonego przez nas badania zauważali, że zajęcia z SP oraz z manekinem są metodami, które pozwalają realizować odmienne cele kształcenia. Literatura podejmująca się zestawienia tych dwóch metod jest ograniczona.

W jednym z badań porównano kształcenie studentów w warunkach symulacji wysokiej wierności z użyciem SP i manekina w trzech scenariuszach stanów nagłych: ból w klatce piersiowej, zaburzenia świadomości i duszność. Efekt kształcenia oceniono za pomocą OSCE. Zauważono, że grupa ćwicząca z SP uzyskała wyższe noty w pierwszych dwóch scenariuszach, natomiast w ostatnim nie zauważono różnic w wynikach (Sterz et al., 2022).

W innym badaniu analizującym częstość wchodzenia w interakcje słowne z pacjentem grupa studentów ćwiczących z SP cechowała się znacznie większą liczbą inicjowanych kontaktów. W tej grupie zaobserwowano także bardziej naturalny sposób podejścia do pacjenta niż w grupie, która pracowała z manekinem (Coffey et al., 2016).

Wykorzystanie podczas symulacji manekina z jednej strony zmniejsza poczucie realizmu w trakcie zajęć, z drugiej strony umożliwia jednoczesny trening umiejętności proceduralnych, takich jak resuscytacja krążeniowo-oddechowa.

SP *vs* VP

Podczas przeglądu literatury dotarliśmy do jednego badania bezpośrednio porównującego skuteczność symulacji z SP i wirtualnym pacjentem. Było to badanie ankietowe i mierzyło subiektywne poczucie kompetencji. W obydwu grupach po zakończeniu zajęć studenci deklarowali wzrost własnych umiejętności.

W grupie pracującej z VP odnotowano nieco mniejszy postęp. Jednocześnie grupa realizująca ćwiczenia z SP odnotowała zdecydowanie większe zadowolenie z zajęć w porównaniu do grupy, która pracowała z VP (Tyrrell et al., 2025).

Przedstawione wyniki, odnoszące się do porównania zajęć z udziałem SP z innymi metodami dydaktycznymi, stanowią istotne uzasadnienie dla dalszego rozwijania oraz wdrażania tej formy kształcenia w programach nauczania.

7. Co sprawia, że zajęcia z symulowanymi pacjentami są naprawdę skuteczne?

Osiągnięcie zakładanych efektów uczenia, rozwój umiejętności studentów i jakość kształcenia zależą od wielu elementów. Na pewno znaczenie mają, opisane wyżej, przygotowanie SP, scenariusze symulacji oraz miejsce ćwiczeń z SP w programie nauczania. W tym rozdziale skupimy się na jeszcze jednym ważnym aspekcie, czyli organizacji zajęć z udziałem SP. Mamy tu na myśli kilka kwestii, takich jak wprowadzenie do zajęć, które przygotowuje studentów do symulacji, rodzaj uczestnictwa w symulacjach (bierne jako obserwator i czynne jako osoba w bezpośredniej interakcji z SP), miejsce, w którym odbywają się ćwiczenia z SP oraz liczebność grup studenckich.

7.1. Zanim rozpocznie się scenariusz – jak przygotować studentów?

Jedną z kwestii budzących wątpliwości jest sposób przygotowywania studentów do symulacji z udziałem SP. W praktyce akademickiej stosuje się wiele różnych metod. W większym lub w mniejszym stopniu wprowadzają one lub przypominają zagadnienia teoretyczne, na których powinny opierać się kompetencje ćwiczone podczas interakcji z SP. Dzięki temu działania osób uczących się zyskują podstawę merytoryczną, a nie wynikają jedynie z intuicji. Wiedzę tę można przekazać na wiele sposobów – między innymi przygotowując materiały e-learningowe, przeprowadzając stacjonarnie wykłady czy seminaria, udostępniając studentom konspekty zawierające najważniejsze punkty, pokazując filmy czy materiały wideo na temat omawianych zagadnień. Na WUM na zajęciach z komunikacji, podczas których studenci mają najwięcej kontaktu z SP, wprowadzenie teoretyczne odbywa się na dwa sposoby. Wykłady poprzedzające ćwiczenia z SP mają formę e-learningu. Dodatkowo na początku każdych zajęć omawiane są najważniejsze zagadnienia teoretyczne dotyczące celów dydaktycznych realizowanej symulacji. Ze względu na taką organizację zajęć w wypowiedziach badanych studentów pojawiają się odniesienia do obu tych form przygotowania. Doświadczenia i refleksje,

którymi podzielili się podczas wywiadów, mogą stanowić cenną inspirację dla osób planujących takie zajęcia lub rozważających ich modyfikację.

Badani studenci deklarowali, że długie przygotowanie teoretyczne do zajęć jest zniechęcające, szczególnie jeśli ma miejsce na późniejszych latach. W ich opinii rozbudowane treści teoretyczne powinny być omówione w czasie kursu realizowanego na początku studiów, natomiast na kolejnych latach warto je przypominać w skróconej formie, na przykład w postaci podsumowań protokołów komunikacyjnych oraz akronimów.

Powstaje zatem pytanie, w jakiej formie powinno odbywać się przygotowanie osób uczących się do symulacji. Badani studenci podkreślali, że zajęcia e-learningowe nie są w stanie zastąpić ćwiczeń z udziałem SP i nie umożliwiają skutecznego rozwijania umiejętności praktycznych.

Do mnie e-learning nie bardzo przemawia. Odklepię te filmiki, bo trzeba, ale nie wyciągam z nich tyle samo, ile z praktycznych zajęć. (Wywiad ST III rok 3)

Mam wrażenie, że moduły z e-learningu niewiele mnie nauczyły. To znaczy poznałam pewne protokoły, ale niekoniecznie bardzo mi to pomogło, bo i tak większości nie zapamiętałam. Musiałabym to przećwiczyć, więc wydaje mi się, że taka forma nauki jest po prostu mało efektywna. Komunikacji przecież uczymy się przede wszystkim w praktyce. Obecna formuła, kiedy przed symulacją mamy wprowadzenie – w zupełności wystarcza. (Wywiad ST VI rok 21)

Mimo krytycznego podejścia do e-learningu jako formy nauki komunikacji, wśród badanych studentów były osoby, które podkreślały, że dostęp do nagranych materiałów i możliwość obejrzenia ich w wybranym przez osobę uczącą się momencie jest dobrym rozwiązaniem.

Uważam, że sam dostęp do materiałów jest super. Dobrze, że mamy te filmiki i możemy w każdej chwili do nich zajrzeć. Jak ktoś chce się przygotować jeszcze przed zajęciami, to ma taką możliwość. (Wywiad ST III rok 3)

Duża część respondentów twierdziła, że teoretyczne wprowadzenie powinno być przeprowadzone na początku zajęć, przed samą symulacją.

Przed symulacją wprowadzenie wystarczy. (Wywiad ST VI rok 21)

Niektórzy zgłaszali, że w ramach przygotowania zamiast modułów na platformie e-learningowej woleliby na początku zajęć otrzymywać materiały drukowane zawierające najważniejsze protokoły, akronimy czy inne informacje dotyczące danego tematu.

Super było to, że dostaliśmy wszystkie protokoły wydrukowane na kartkach. Można było z nich korzystać cały czas, a nawet wziąć ze sobą na scenkę. […] W realnym życiu przecież też można mieć przy sobie takie karty albo telefon i po prostu coś sprawdzić. (Wywiad ST VI rok 14)

Ja chyba zgadzam się z poprzednimi wypowiedziami, że bardzo długi teoretyczny wstęp nie jest wcale potrzebny. Z godzinnego seminarium niewiele się zapamiętuje, a takie protokoły zostają w głowie i są bardzo użyteczne na przyszłość. Łatwo je zapamiętać, wziąć ze sobą i potem z nimi pracować. To jest właściwie w zupełności wystarczające, szczególnie jeśli możemy ich używać jako ściągi. (Wywiad ST VI rok 14)

Wolałbym, żeby ktoś mi tak na szybko streścił i przypomniał sam protokół SPIKES albo podstawowe narzędzia komunikacji. Uważam, że naprawdę są przydatne – widzę, że jakość przekazywania informacji bardzo rośnie, kiedy z nich korzystam. […] Ale jak brałem się za e-learning przed zajęciami, to kilkukrotnie aż przewracałem oczami i narzekałem, że znowu muszę słuchać tych samych rzeczy. (Wywiad ST VI rok 27)

Sam e-learning, który mieliśmy do zrobienia, jest trochę zbyt rozległy. Wystarczyłoby samo zakomunikowanie przed zajęciami, jakich konkretnie protokołów będziemy używać. Taki konspekt na jedną stronę, żeby się zorientować w strukturze i zobaczyć, czym się będziemy posługiwać. Dzięki temu człowiek przychodziłby na zajęcia z takim gotowym szkieletem w głowie. (Wywiad ST VI rok 21)

Jednocześnie studenci uczestniczący w badaniu uznali, że przed rozpoczęciem zajęć korzystne byłoby zapoznanie się z nagraniami przykładowych konsultacji. Filmy te powinny prezentować różne sposoby radzenia sobie z problemami, z którymi przyjdzie im zmierzyć się podczas ćwiczeń. Pojawiały się głosy, że warto pokazywać je podczas zajęć i szczegółowo omówić z nauczycielem.

Dzięki temu, że mieliśmy ten filmik wprowadzający, wypisałem sobie z niego i z samego omówienia, przede wszystkim z omówienia, mega dużo rzeczy. Mogłem potem z tego korzystać i używać do obserwacji rozmów. To trochę ułatwiało mi cały proces na kolejnych zajęciach. (Wywiad ST III rok 1)

Badani studenci wskazywali również, że przykładem prezentacji konsultacji może być jej odegranie przez nauczyciela z SP.

Fajną opcją byłoby zrobienie czegoś przed ćwiczeniami, a już po zdobyciu wiedzy teoretycznej – żeby pokazać nam najpierw kilka scenek z symulowanym pacjentem, kiedy albo prowadzący bierze w tym udział, albo dwóch aktorów gra lekarza i pacjenta. To dawałoby nam pierwsze odniesienie, o co w ogóle w tym chodzi. Wchodząc potem samemu do scenki, już byśmy wiedzieli, do czego się odnieść i jak to ma mniej więcej przebiegać. A tak kiedy pierwszy kontakt z tą formą ćwiczeń mamy wtedy, gdy sami rozmawiamy z symulowanym pacjentem, to organizacyjnie kompletnie nie wiemy, jak to ma wyglądać i co mamy mówić. (Wywiad ST VI rok 11)

Mówię o takim materiale, który byłby po prostu kompendium. Na zasadzie, że człowiek jest potem na stażu czy w pracy i może sobie szybko coś przypomnieć. Taki film, który pokazywałby te wszystkie zdarzenia już w praktyce, a nie w teorii. (Wywiad ST VI rok 21)

Wyniki badania wskazują, że dla studentów ważne jest nie tylko teoretyczne wprowadzenie, ale także modelowanie przez obejrzenie przykładu konsultacji.

Badani studenci podkreślali, że korzystają z zajęć z SP w większym stopniu, jeśli posiadają wiedzę medyczną związaną z sytuacją chorego opisaną w scenariuszu. Barierą jest też czasem brak wiedzy dotyczącej organizacji procedur obowiązujących w szpitalu czy funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia. Uczestnicy badania sugerowali, że przydatne byłyby – w szczególności na wcześniejszych latach studiów – materiały przedstawiające zagadnienia biomedyczne, które będą przedmiotem symulacji. Jako alternatywne rozwiązanie proponowali włączenie krótkich opisów niezbędnych informacji bezpośrednio do scenariuszy.

Myślę, że najważniejszy jest przede wszystkim dobry scenariusz. Taki szczegółowy, ale też bez przesady, bo jak będzie za dużo elementów, to trudno wszystko zapamiętać i można się pogubić. Chodzi o to,

żeby te kluczowe kwestie były jasne. Na wcześniejszych latach studiów człowiek bardzo się stresuje, że ma braki w wiedzy medycznej. Ciężko skupić się na komunikacji z pacjentem, jeśli nie rozumie się procesu medycznego, który stoi za chorobą. I kiedy pacjent go pyta o przyczyny, można tylko odpowiedzieć: „Nie wiem". Dlatego te niezbędne informacje merytoryczne powinny być od razu uwzględnione w scenariuszu. (Wywiad ST VI rok 12)

Brak wiedzy dotyczy też czasem organizacji placówek medycznych, co może wpływać na przebieg konsultacji z pacjentem. W takich sytuacjach odpowiednie informacje także powinny być przekazane studentom w scenariuszu lub w trakcie omówienia przed symulacją.

Mówiliśmy o przygotowaniu do scenki. Ważna jest też znajomość realiów organizacyjnych szpitala. Czasami to jest po prostu potrzebne – wiedzieć, kto odpowiada za grafik, jak wyglądają dyżury. Wiadomo – możemy zmyślać, ale przydałoby się wcześniejsze wyjaśnienie tych realiów… albo jasne przyzwolenie na to, żebyśmy mogli coś sobie w locie wymyślić. Bo mam wrażenie, że czasem nie jesteśmy w stanie wybrnąć z jakiejś sytuacji właśnie dlatego, że nie znamy struktury danego ośrodka. (Wywiad ST VI rok 22)

Ponieważ brak wiedzy medycznej był dla badanych studentów największą trudnością podczas uczestnictwa w symulacji z SP (więcej o tym w rozdz. 9, s. 133), przygotowując scenariusze i prowadząc zajęcia – szczególnie na pierwszych latach studiów – należy koniecznie zadbać o wcześniejsze wprowadzenie studentów w zagadnienia medyczne, które pojawią się w trakcie symulacji.

Opinie badanych studentów były podzielone w kwestii tego, na ile należy przygotowywać osobę uczącą się do symulacji. Część uczestników wywiadów fokusowych deklarowała, że ważne jest dla nich poczucie bezpieczeństwa i potrzebują wprowadzenia. Te osoby doceniają omówienie scenariusza przez nauczyciela, podkreślają konieczność zapewnienia im czasu dla siebie na zapoznanie się z materiałami edukacyjnymi. Inni sugerowali, że chcieliby sprawdzić się bez wcześniejszego wsparcia. Wskazywali, że jednym z rozwiązań jest dostosowanie omówienia scenariusza przed symulacją do oczekiwań osoby, która ma ten scenariusz realizować.

Bardzo fajną rzeczą, chociaż wiadomo, że ekstremalnie stresującą, byłoby zrobienie tego na kompletnym freestylu. Po prostu wchodzimy, robimy

scenki bez przygotowania, a dopiero potem to analizujemy, po kolei wskazujemy błędy. Myślę, że dzięki temu moglibyśmy o wiele więcej z tego wyciągnąć. (Wywiad ST VI rok 19)

7.2. Kto uczy się podczas symulacji – uczestnicy czy obserwatorzy?

Jedną z istotnych kwestii w związku z zajęciami z SP jest pytanie o to, czy pozwalają one rozwijać się jedynie aktywnym uczestnikom symulacji, czy także obserwatorom. Zdecydowana większość badanych studentów uważała, że osoby biorące bezpośredni udział w interakcji z SP odnoszą znacznie większe korzyści. Pojawiło się jednak również sporo głosów wskazujących na atuty samej obserwacji. Mówiły o tym zarówno osoby, które deklarowały, że nie lubią symulacji i związanej z nią ekspozycji społecznej, jak i te, które były przekonane, że największą wartość ma bezpośrednia interakcja z SP. Wypowiedzi dostrzegających równocześnie zalety roli obserwatora oraz aktywnego udziału w symulacji było bardzo wiele. Aby uporządkować wnioski wyłaniające się z wywiadów, w pierwszej kolejności przedstawimy korzyści dla osób aktywnych, później zaś opiszemy, co studenci mówili o zaletach dla obserwatorów.

7.2.1. W centrum wydarzeń – czego uczy aktywny udział?

Poznanie własnych reakcji

Jedną z najczęściej wymienianych korzyści aktywnego udziału w symulacji z udziałem SP jest możliwość poznania swoich reakcji, zamiast opierania się jedynie na wyobrażeniach czy przypuszczeniach dotyczących własnego zachowania w rzeczywistym kontakcie z drugim człowiekiem.

Myślę, że osoba obserwująca też ma z tego jakąś korzyść, ale znacząco mniejszą niż ta, która aktywnie bierze udział w scence. Dopiero jak się samemu w tym uczestniczy, to można faktycznie zobaczyć swoje reakcje i sprawdzić, co człowiekowi wychodzi. Bo jedno to znać protokół, a drugie to go wykorzystać. I tak mi się wydaje, że w idealnych warunkach każdy powinien każdą scenkę przerobić aktywnie z symulowanym pacjentem. Samo przyglądanie się też coś daje, ale na pewno o wiele mniej. (Wywiad ST VI rok 22)

Prawda jest taka, że rozmowy z symulowanym pacjentem pozwalają nam pokazać, jak byśmy się zachowali. To takie zderzenie z rzeczywistością – konfrontacja tego, co myśleliśmy o sobie, z tym, co tak naprawdę się dzieje. (Wywiad ST III rok 4)

To jest też świetny czas, żeby poznać swoje mocne, ale też i słabe strony. Im wcześniej to u siebie wychwycimy, tym szybciej będziemy mogli po prostu szlifować dane umiejętności. Wiele z tych rzeczy można przecież po prostu wypracować. (Wywiad ST VI rok 13)

Dużo więcej korzystam, jak sama uczestniczę w symulacji – chociaż nie lubię tego robić. Uważam, że najwięcej skorzystałam w sytuacjach, w których brałam udział osobiście. Zawsze myślałam, że jestem w miarę okej w komunikacji, że rozumiem ludzi i potrafię ich uspokoić, a potem zobaczyłam, że wcale nie potrafię i miałam takie: „o, no i co teraz?". To była mocna konfrontacja z własnymi słabościami, o wiele większa niż przy oglądaniu innych, bo innych przez ekran zawsze łatwiej się ocenia. Więc byłabym za tym, żeby jak najwięcej robić samemu. Dużym plusem były też małe grupy. Czasem na symulacjach jest po pięć, sześć osób i wtedy naprawdę nie ma co robić, a tutaj w dwie, trzy to było o wiele bardziej realne. (Wywiad ST VI rok 6)

Osoby aktywne mogą realnie zobaczyć, jak reagują w danej sytuacji, odkryć to na własnej skórze i przekuć teorię w praktykę – wybierać odpowiednie słowa lub nawet dawać pacjentowi przerwy i czas na wypowiedź. (Wywiad ST VI rok 13)

Możliwość przećwiczenia trudnych sytuacji w bezpiecznych warunkach

Badani studenci zauważali również, że symulacja z udziałem SP umożliwia im sprawdzenie się w trudnych sytuacjach bez obawy przed oceną oraz bez konsekwencji wynikających z popełnienia ewentualnych błędów.

To jest dobry czas, żeby przetestować się w trudnych sytuacjach, nie będąc jednocześnie ocenianym i w jakiś sposób bez konsekwencji – bo nie ma ryzyka, że wywołamy u kogoś traumę, na przykład przekazując w nieumiejętny sposób informacje o śmierci małżonka. Naprawdę warto z tego korzystać, nie bać się i brać aktywny udział w tych scenkach. (Wywiad ST VI rok 13)

Z perspektywy osoby aktywnie biorącej udział w scence, było to dla mnie fajne sprawdzenie własnych reakcji. Wiadomo, że był scenariusz, pacjent był przygotowany, a sytuacja kontrolowana, ale jednak nadal mogła zdarzyć się w rzeczywistości. Tym bardziej, że miałam bardzo realny temat. W sumie wszystkie takie były, ale mój był dodatkowo bardzo wartościowy – o szczepieniach. Na pewno przyda się w przyszłości. Na sto procent wiem, że będę musiała o tym rozmawiać, więc to było super. Uważam, że bardzo dużo wyciągnęłam z tej symulacji, bo mogłam zwrócić uwagę na to, co zrobiłam, a czego nie zrobiłam i co chcę rozwijać dalej. To było po prostu sprawdzenie siebie w metodach komunikacji i w takiej kontrolowanej, ale jednak stresującej sytuacji. (Wywiad ST III rok 5)

Doświadczenie w sytuacji stresowej

Część badanych studentów mówiła, że ceni możliwość znalezienia się w stresujących okolicznościach, ponieważ pozwoli im to przygotować się na takie sytuacje w przyszłej praktyce.

Uważam, że w sumie zarówno osoby, które aktywnie uczestniczą w scence, jak i te, które tylko słuchają, wynoszą z zajęć bardzo dużo. Jak sami przeprowadzamy rozmowę, to żyjemy w takim chwilowym stresie. Jesteśmy przygotowani, ale ten stres potrafi nas w pewnym momencie tak zaciąć, że nie jesteśmy w stanie pójść w inną stronę. I uważam, że dobrze jest tego doświadczyć, bo jeśli teraz tego nie przeżyjemy, to później w pracy i tak nas to dopadnie. Dlatego sądzę, że lepiej mieć takie ćwiczenia już na początku studiów. (Wywiad ST III rok 5)

W tym miejscu warto jednak zaznaczyć, że dla większości badanych studentów stres był jedną z największych trudności związanych z udziałem w tego rodzaju zajęciach (więcej o tym w rozdz. 9, s. 133).

7.2.2. Czego można nauczyć się poprzez obserwację?

Mając na uwadze to, o czym pisaliśmy wyżej, że z zajęć z SP korzystają zarówno osoby obserwujące, jak i biorące aktywny udział, w tym miejscu opiszemy, co zyskują obserwatorzy.

Dostrzeżenie dynamiki interakcji z pacjentem

Badani studenci wskazywali, że obserwowanie przebiegu rozmów, reakcji SP oraz zachowań innych osób odgrywających role umożliwiało im lepsze zrozumienie dynamiki kontaktu klinicznego oraz procesu komunikacji. Pojawiały się także opinie, że obserwacja pozwalała dostrzec więcej szczegółów niż aktywny udział w scenariuszu.

> *Obserwator widzi wszystko z zewnątrz, analizując reakcję niejako z perspektywy trzeciej osoby. Widzi dokładnie, co działa, a co nie, co ułatwia komunikację, a co ją w jakimś momencie utrudniło. Dzięki temu jest w stanie wyciągnąć wnioski na przyszłość i uchwycić kluczowe momenty – zauważyć, kiedy coś poszło dobrze i ktoś się otworzył, a kiedy wręcz przeciwnie: aktor tak odebrał jakąś wypowiedź, że rozmowa zeszła na niewłaściwy tor. (Wywiad ST VI rok 8)*

> *Osoby, które słuchają scenki, mają troszkę mniejszy stres, więc automatycznie wyłapują więcej rzeczy, które były dobrze powiedziane. Są też bardziej wnikliwe i zauważają na przykład, o co można by jeszcze dopytać. Po prostu trochę inaczej, z większym dystansem, obserwują reakcje zarówno symulowanego pacjenta, jak i nas – studentów. (Wywiad ST III rok 5)*

Refleksja nad przebiegiem interakcji w odniesieniu do własnych wyobrażeń

Doświadczenie bycia obserwatorem symulacji, w opinii badanych studentów, ściśle wiązało się z możliwością przemyślenia własnych potencjalnych działań. Podczas wywiadów studenci często odnosili się do refleksji typu „co bym zrobił/zrobiła na miejscu osoby prowadzącej rozmowę", analizując alternatywne sposoby reagowania, formułowania pytań czy radzenia sobie z emocjami pacjenta.

> *Szczerze mówiąc, nie wiem nawet, czy ja nie skorzystałam więcej z tych symulacji, które oglądałam z boku. Jak miałam swoją własną scenkę, to wszystko minęło mi bardzo szybko. Przez ten stres nie byłam w stanie nawet skupić się na tym, co dokładnie mówię. Mam wrażenie, że jednak więcej wyciągnęłam z oglądania innych, bo mogłam na spokojnie zastanowić się, co ja bym powiedziała. Wiadomo, że prawdziwe życie to jest nasza bezpośrednia rozmowa z pacjentami, ale oglądanie dało mi po prostu więcej przestrzeni na analizę. Aczkolwiek bycie w scenie też oczywiście dużo uczy. (Wywiad ST VI rok 6)*

Dodałbym, że jak oglądałem te rozmowy, to czasami niektóre osoby używały zwrotów, na które sam nigdy bym nie wpadł. Część bardzo mi się podobała i zapisuję je sobie w głowie pod hasłem „o, fajny sposób", na przykład na rozpoczęcie rozmowy. Sam nie pomyślałem, żeby pokierować dialogiem w ten sposób. (Wywiad ST III rok 1)

Natomiast osoby obserwujące mogą na spokojnie przemyśleć, czy zrobiłyby coś inaczej i szukać zachowań, które im się podobały. Potem w rozmowie można sobie powiedzieć: „To zrobiłaś fajnie, bo ja też bym chciała się tak zachować w tej sytuacji". Z drugiej strony, patrząc z boku, łatwiej o refleksję, czy nie użyłoby się jednak innych słów albo czy nie warto czegoś zmienić. Bo my, siedząc i obserwując nie mamy tego stresu, więc nasz umysł jest po prostu jaśniejszy. (Wywiad ST VI rok 13)

Obserwacja jako inspiracja

Badani studenci podkreślali, że obserwacja rozmów innych osób stanowi dla nich inspirację, w jaki sposób można komunikować się z pacjentami. Dawała im też możliwość weryfikacji własnych reakcji. Doświadczenie to sprzyjało budowaniu pewności siebie oraz identyfikowaniu obszarów wymagających dalszego rozwoju.

Myślę, że z obserwowania, jak ktoś inny przeprowadza scenkę, można zaczerpnąć dużo inspiracji. Można zauważyć zachowania i komunikaty, o których sami byśmy nawet nie pomyśleli, że da się w ten sposób coś wyrazić. Jak się obserwuje dużo osób, można podpatrzyć wiele ciekawych rozwiązań, jeżeli chodzi o komunikację. (Wywiad ST VI rok 11)

W głowie cały czas pojawia się myśl, co ja bym mógł w tej chwili powiedzieć. I słyszymy, co odpowiada druga osoba, i widzimy, że rozmowa toczy się całkiem innym torem. To nas zmusza do zastanawiania się nad każdym etapem: a co, jeśli ja bym powiedział coś innego i poszłoby to w inną stronę? Gdybyśmy to tylko my cały czas prowadzili tę rozmowę, to nie wychodzilibyśmy poza to, co mamy w głowie przez własne doświadczenia, jakieś filmy czy seriale. I mam wrażenie, że właśnie dlatego to jest super. Sam nie bardzo jestem słuchowcem, nie lubię słuchać i zwykle nic mi to nie daje, bo nie umiem się na tym skupić. Ale tutaj, jak poruszaliśmy trudny temat albo rozmowa osiągała taki punkt, który wydawał się bez wyjścia, to zawsze ciekawie było posłuchać,

jak ktoś inny zareaguje i do czego to poprowadzi. To było dla mnie takie fajne, że nie siedząc w tym bezpośrednio, nie musiałem się aż tak wysilać, bo nie ja prowadziłem tę rozmowę, ale i tak byłem po prostu ciekaw, jak można sobie poradzić z takimi wyzwaniami. (Wywiad ST III rok 1)

Patrzyłam na to pod kątem tego, co ja bym zrobiła, i wyłapywałam rzeczy, których sama bym nie powiedziała. Ale dla mnie bardzo fajne było też to, jak ktoś zrobił coś, o czym w ogóle nie pomyślałam, albo zadał jakieś trafne, otwierające pytanie, które pasowało do sytuacji i bardzo daleko nas prowadziło, a mi po prostu nie przyszło do głowy. Miałam wówczas takie: „O, super!". I mogłam to zapamiętać, żeby wdrożyć w przyszłości w trakcie swojej scenki, na praktykach albo później w pracy. Uważam, że to jest bardzo edukujące i rozwijające. (Wywiad ST III rok 5)

Możliwość zauważenia błędów i nieefektywnych elementów komunikacji

Podczas obserwacji symulacji, według badanych studentów, łatwiej jest zauważyć błędy w interakcji i komunikacji z pacjentami.

I też właśnie jako ci obserwujący widzieliśmy, jak jakoś niepoprawnie powiedziane jedno słowo tak naprawdę może zmienić reakcję pacjenta. (Wywiad ST III rok 3)

Niektórzy badani studenci wskazywali, że obserwowanie rozmowy prowadzonej przez inną osobę pozwala dostrzec zachowania, które rozpoznają również u siebie, a które w trakcie symulacji okazują się niekorzystne w rzeczywistym kontakcie z pacjentem.

Myślę, że można to – tak jak powiedziałaś – odnieść do własnych doświadczeń i emocji. Na przykład dzisiaj, kiedy koleżanka w pierwszej scence powiedziała „przepraszam" i przyjęła uległą postawę – a to była scenka mobbingu. Sama całe życie wchodzę w takie zachowania i dopiero jak zobaczyłam to z boku, dotarło do mnie, dlaczego takie podejście może być złe w niektórych sytuacjach w pracy. Jak się coś zobaczy z zewnątrz, to jest to zupełnie inne doświadczenie niż wtedy, gdy sami się tak zachowujemy i ktoś nam tylko powtarza: „Nie przepraszaj ciągle". To po prostu inaczej do nas dociera i dlatego uważam, że z pozycji obserwatora też można zyskać bardzo wiele. (Wywiad ST VI rok 21)

Kiedy patrzyłam dzisiaj na scenki moich kolegów, to zauważyłam, że w niektórych sytuacjach zachowałabym się podobnie. Jednak jako obserwator wiedziałam, że to błąd. Myślę, że gdybym to ja była w tamtym momencie na ich miejscu, pewnie bym na to nie zwróciła uwagi. A tak, właśnie dzięki temu, że patrzyłam na scenkę jako obserwator, mogłam spojrzeć na to wszystko bardziej obiektywnie. (Wywiad ST VI rok 27)

Przykład, jak wykorzystać teorię w praktyce

Oprócz możliwości poznania sposobów prowadzenia rozmowy, które można wykorzystać w przyszłości, badani studenci wskazywali również, że obserwacja symulacji pozwala zobaczyć, w jaki sposób przełożyć treści omawiane podczas zajęć na praktykę kontaktu z pacjentem.

To bardzo dobry przykład potwierdzający suchą teorię. Nawet jeśli nie jest się osobą biorącą udział w scence, można głębiej przeżyć daną sytuację i zyskać na nią większy ogląd. Człowiek tworzy w głowie alternatywne modele odpowiedzi – myśli o tym, co by powiedział na miejscu kolegi. Myślę, że taka sytuacja pozwala wyjść poza teorię i daje szerszy ogląd na dany temat. (Wywiad ST VI rok 21)

Obserwacja źródłem ważnej refleksji wykorzystywanej w informacji zwrotnej

Obserwacja symulacji daje także, według badanych studentów, możliwość zauważenia elementów, na które nie zwróci uwagi osoba będąca w interakcji z SP, a o których warto porozmawiać w trakcie omówienia przebiegu scenariusza i dzielenia się informacją zwrotną.

Myślę, że nawet jako obserwatorzy bardzo dużo korzystamy. Ponieważ jeżeli mamy podgląd całej sytuacji, całej sceny – w przeciwieństwie do kolegi, który gra – możemy wyłapać dużo rzeczy, których po prostu on ze środka nie widzi. A potem możemy mu to przekazać w feedbacku. Tak samo działa to w drugą stronę: kolega mówi o rzeczach, których my nie widzieliśmy z jego perspektywy. Zauważyłam, że ta możliwość oglądania kogoś, a potem wymiany informacji o tym, czego ta druga strona nie była świadoma, jest bardzo ważna. (Wywiad ST VI rok 26)

Uważam, że obie grupy korzystają, zwłaszcza jeśli obserwatorzy muszą potem się wypowiedzieć, co było okej, a co nie. Osoby siedzące z boku korzystają, bo siłą rzeczy myślą, co sami by zrobili, a czego nie i co można by poprawić. Z kolei osoba aktywna też bardzo na tym zyskuje. Ja na przykład, jak wyszłam ze swojej scenki, to byłam w takich emocjach, że nawet do końca nie wiedziałam, co zrobiłam. Dopiero kiedy te osoby zaczęły się wypowiadać, miałam czas, żeby to sobie spokojnie poukładać, przeanalizować i zobaczyć, co było w porządku, a co faktycznie można było zrobić lepiej. (Wywiad ST VI rok 4)

Obserwacja jako przygotowanie do aktywnej roli w symulacji

Obserwacja odgrywanych scen pozwala też przygotować się do własnej interakcji z SP, oswoić się z tym, jak przebiega symulacja, poznać zasady pracy z wykorzystaniem tej metody nauki. Ma to szczególne znaczenie dla osób na wcześniejszych latach studiów, które po raz pierwszy uczestniczą w zajęciach z SP.

Na pierwszych dwóch, trzech scenkach miałem wrażenie, że te osoby szły niejako „na poświęcenie" i dopiero potem mój mózg zaczął to wszystko jakoś ogarniać. Zrozumiałem wtedy: „Aha, czyli to jest serio trudne". Sam kontakt z tymi pierwszymi próbami – nawet jeśli tylko słuchałem – dał mi ogromnie dużo. Dzięki temu przed własną scenką czułem się bardziej komfortowo. Gdybym szedł jako pierwszy, to miałbym dobre nastawienie, ale z obecnym doświadczeniem sądzę, że mógłbym jednak pominąć wiele elementów, o których mówiono nam na samym wstępie. (Wywiad ST III rok 1)

Tak sobie też myślę, że najpierw najlepiej przyjąć rolę obserwatora – analizować, czerpać inspiracje, zastanawiać się, co by się zrobiło tak samo, a co inaczej. Potem jednak należy ćwiczyć wykorzystywanie tych swoich przemyśleń w praktyce – bo teoria i praktyka to dwie zupełnie różne rzeczy. (Wywiad ST VI rok 11)

Analiza wyników pokazała również, jak planować aktywności studentów obserwujących symulację, aby maksymalizować korzyści wynikające z ich udziału w zajęciach.

Wszyscy razem analizujemy te przypadki. Dzisiaj każdy miał się skupić na innym aspekcie scenki. Myślę, że łatwiej jest, kiedy cel jest jasny, kiedy możemy to potem przeanalizować pod konkretnym kątem. Dobrze to widać na przykładzie

omawiania algorytmów: osoby zaangażowane bezpośrednio mają zastosować jakiś protokół, a obserwatorzy oceniają ich działania. Myślę, że wtedy rzeczywiście obie strony z tego korzystają. Kiedy role nie są jednoznacznie określone, osoby obserwujące wynoszą z tego dużo mniej, bo po prostu nie wiedzą, na co zwracać uwagę. (Wywiad ST VI rok 23)

Często byliśmy angażowani w trakcie tych rozmów przez prowadzącą za pomocą tych zadań. Każdy dostawał do obserwacji określony etap, co pozwalało uchwycić strukturę całej sceny i to integrowało grupę wokół wspólnego zadania. (Wywiad ST III rok 3)

Właśnie przyszło do głowy, że oprócz analizy struktur językowych moich wypowiedzi, chętnie skorzystałabym z formularza dotyczącego emocji, które się we mnie działy. Pomyślałam, że skoro pacjent powinien mieć taką możliwość, to może i ja też. Wszystko po to, by na przyszłość być bardziej świadomą tego, z czym dokładnie się mierzę. (Wywiad ST III rok 2)

Podsumowując, można powiedzieć, że badani studenci często wskazywali korzyści zarówno aktywnego udziału w scenariuszach, jak i obserwacji.

Uczestnik scenki jest w stanie zobaczyć tylko własną reakcję, ale przez stres czy sfokusowanie się na jednej rzeczy traci szerszy obraz. Dopiero spojrzenie z boku, z pozycji obserwatora, pozwala dostrzec, jak poszczególne punkty schematu są realizowane przez inne osoby. Widzimy wtedy, czego zabrakło i co warto dodać. Obie perspektywy są istotne. Z jednej strony zyskujemy wiedzę teoretyczną przez obserwację, a z drugiej – sami testujemy w praktyce, jak realnie się do tej teorii stosujemy. (Wywiad ST VI rok 23)

Uważam, że korzystaliśmy po równo z obu sytuacji. Podczas swojej scenki bardzo wczuwałam się w rozmowę i próbowałam też odczuwać emocje pacjentki. Natomiast jako obserwator też mocno angażowałam się w to, co się działo, i w głowie kreowałam sobie odpowiedzi oraz strategię komunikacji z pacjentem, z którym nawet nie rozmawiałam. Więc uważam, że zyskałam zarówno na swojej własnej interakcji z symulowanym pacjentem, podczas której musiałam wypowiedzieć się na głos, jak i na rozmowach innych osób, bo dzięki nim tworzyłam sobie w głowie pewien schemat własnego postępowania. (Wywiad ST III rok 8)

Opisywane przez badanych studentów korzyści aktywnego udziału w scenariuszach oraz obserwacji symulacji zostały przedstawione w tabeli 5.

Tabela 5. Korzyści obserwatorów i osób biorących aktywny udział w symulacji z SP

Korzyści obserwatorów	Korzyści osób biorących aktywny udział w symulacji z SP
Dostrzeżenie dynamiki interakcji z pacjentem	Poznanie własnych reakcji
Refleksja nad przebiegiem interakcji w odniesieniu do własnych wyobrażeń	Możliwość przećwiczenia trudnych sytuacji w bezpiecznych warunkach
Obserwacja jako inspiracja	Doświadczenie w sytuacji stresowej
Możliwość zauważenia błędów i nieefektywnych elementów komunikacji	Przełamywanie obawy przed rozmową z prawdziwym pacjentem
Przykład jak wykorzystać teorię w praktyce	Zwiększenie poczucia przygotowania do kontaktu z pacjentem przez przećwiczenie umiejętności przed zajęciami klinicznymi
Obserwacja źródłem ważnej refleksji wykorzystywanej w informacji zwrotnej	Rozwinięcie poczucia swoich kompetencji dzięki możliwości przećwiczenia rozmowy z SP
Obserwacja jako przygotowanie do aktywnej roli w symulacji	Możliwość testowania różnych rozwiązań bez potencjalnych negatywnych skutków dla pacjenta
Możliwość obserwacji różnych stylów komunikacji	Możliwość przećwiczenia teorii w praktyce i sprawdzenia skuteczności poznanych technik komunikacyjnych
Poszerzenie własnego repertuaru reakcji	Możliwość otrzymania informacji zwrotnej dotyczącej własnego sposobu komunikacji
Uczenie się bez stresu związanego z ekspozycją społeczną	Rozpoznanie własnych mocnych stron i obszarów wymagających poprawy
Możliwość identyfikacji elementów rozmowy, które można zastosować we własnej praktyce	Korygowanie własnych zachowań komunikacyjnych poprzez powtórzenie ćwiczenia
Zrozumienie znaczenia komunikacji niewerbalnej	Budowanie elastyczności w reagowaniu na różne zachowania pacjentów

Korzyści obserwatorów	Korzyści osób biorących aktywny udział w symulacji z SP
Nauka przewidywania reakcji pacjenta	Rozwijanie umiejętności radzenia sobie z emocjami własnymi i pacjenta
Rozwijanie umiejętności analizy i oceny przebiegu rozmowy	Doświadczenie konsekwencji własnych decyzji komunikacyjnych
Możliwość uczenia się na doświadczeniach innych osób	Przeniesienie doświadczenia z symulacji na przyszłe sytuacje kliniczne

7.2.3. Działać czy obserwować – jak najlepiej wykorzystać obie role?

Korzyści z przyjmowania różnych ról podczas symulacji są szeroko opisywane w literaturze i jej przegląd prowadzi do wniosku, że zarówno osoby uczestniczące w symulacji bezpośrednio, jak i obserwatorzy korzystają z tej formy zajęć.

Zgodnie z teoriami edukacyjnymi i psychospołecznymi takich autorów jak Schön (Schön, 1983), Dewey (Dewey, 1938), Kolb (Kolb & Fry, 1975) i Russell (Russell, 2003), symulacja wspiera proces uczenia się dzięki celowej praktyce oraz aktywnemu zaangażowaniu uczestników w realizację scenariuszy. Z tego względu bezpośredni udział w symulacji uznaje się często za szczególnie istotny element kształcenia. Jednocześnie badacze zwracają uwagę, że wartość edukacyjną może mieć również odgrywanie roli obserwatora. Założenie to znajduje uzasadnienie w teorii społecznego uczenia się Bandury, zgodnie z którą znacząca część uczenia się przez doświadczenie może dokonywać się poprzez obserwację działań innych osób (Bandura, 1971).

Istnieją publikacje, których autorzy formułują wniosek, że osoby studiujące powinny przyjmować aktywną rolę podczas kontaktu z SP. Badania wskazują, że optymalne efekty edukacyjne są osiągane wtedy, gdy studenci angażują się bezpośrednio w interakcję (Clapper, 2010), a warunki symulacji są możliwie najbardziej zbliżone do rzeczywistych (Muckler & Thomas, 2019), (O'Reilly et al., 2019). Symulacje o wysokim stopniu autentyczności odzwierciedlają rzeczywiste sytuacje kliniczne, które mają istotne znaczenie dla kształtowania tożsamości zawodowej studentów oraz budowania ich pewności siebie w różnych sytuacjach klinicznych (Erici et al., 2023).

Uczestnicy naszego badania podkreślali korzyści nie tylko z aktywnego uczestnictwa w scenariuszu, ale również – jako równie istotne – możliwość **uczenia się przez obserwację**. Jest to zgodne z wynikami badań, które wskazują, że studenci mogą rozwijać kompetencje komunikacyjne zarówno poprzez analizę zachowań własnych, jak i innych uczestników symulacji, zwłaszcza gdy wykorzystuje się nagrania wideo i omówienie przebiegu interakcji. Jednym z najważniejszych wniosków płynących z przeglądu, którego celem było porównanie korzyści dla osób aktywnych w symulacji i obserwatorów, było wskazanie związku między zastosowaniem narzędzi angażujących obserwatorów a ich satysfakcją z zajęć oraz efektami uczenia się. Aby osiągnąć te korzyści, kluczowa jest aktywizacja obserwatorów. Autorzy tego przeglądu przywoływali jednego z pionierów symulacji medycznej – Petera Dieckmanna. Podkreślał on, że symulacja jest praktyką społeczną, w ramach której ludzie wchodzą w interakcje ze sobą w sposób zorientowany na cel (Dieckmann et al., 2007). Autorzy przytaczanego przeglądu sugerowali, że narzędzia aktywizujące obserwatorów zapewniają takie podejście (O'Regan et al., 2016).

Planując aktywności dla obserwatorów, dobrze jest uwzględnić wyniki badania Stegmanna i współpracowników. Wykazały one, że studenci uczą się komunikacji równie efektywnie – a często nawet lepiej – gdy podczas obserwacji interakcji innych z SP zamiast wypełniania jedynie list kontrolnych muszą przygotować się do przekazania informacji zwrotnej (Stegmann et al., 2012). Innych badań, które potwierdzałyby te spostrzeżenia, nie znaleźliśmy – jednak będąc nauczycielem prowadzącym zajęcia z SP, warto wziąć je pod uwagę i sprawdzić, jak reagują osoby uczące się.

Symulacja z udziałem SP wpisuje się w podejście społeczno-konstruktywistyczne, w którym wiedza i umiejętności są współtworzone przez jednostki. Zgodnie z tym podejściem uczenie się następuje podczas **wspólnego interpretowania doświadczeń**. Jak pisze Kim, rozmowa umożliwia wspólne konstruowanie znaczeń, a to prowadzi do uczenia się. Dlatego w edukacji medycznej tak ważna jest informacja zwrotna, a po symulacji debriefing. W ten sposób studenci na drodze interakcji i dyskusji nadają sens swojemu doświadczeniu. W edukacji medycznej niezwykle ważne jest kształtowanie tożsamości zawodowej. Czas studiów to lata stawania się lekarzem, pielęgniarką, ratownikiem oraz przedstawicielem innych zawodów medycznych. Początkowo osoba ucząca się jest obserwatorem przyglądającym się z boku zagadnieniom, których się uczy, relacjom budowanym przez nauczycieli podczas zajęć klinicznych. Z czasem, i między innymi dzięki zajęciom

z wykorzystaniem symulacji, rola osoby uczącej się staje się coraz bardziej aktywna. Osoba ta zaczyna samodzielnie wykonywać zadania w różnych kontekstach – zarówno w środowisku symulacyjnym, jak i podczas zajęć klinicznych – oraz rozwiązywać problemy pojawiające się w praktyce zawodowej. Stopniowo kształtuje się jej tożsamość zawodowa, a także przynależność do społeczności lekarzy, pielęgniarek i innych przedstawicieli zawodów medycznych (Kim, 2024).

Podsumowując wyniki przeprowadzonych przez nas badań oraz wnioski opisane w literaturze, obserwacja pozwala na identyfikację skutecznych strategii komunikacyjnych, analizę błędów oraz budowanie modeli mentalnych właściwego postępowania klinicznego. W kontekście ćwiczeń z udziałem SP ma to szczególne znaczenie, ponieważ umożliwia rozwój kompetencji interpersonalnych i komunikacyjnych bez konieczności bezpośredniego udziału w symulacji na każdych zajęciach. Tym samym obserwacyjne uczenie się należy traktować jako równorzędny element dydaktyczny, który – odpowiednio zaprojektowany – może znacząco zwiększać efektywność kształcenia.

8. Informacja zwrotna, która uczy, a nie ocenia

Informacja zwrotna (ang. *feedback*) dla uczestników jest kluczowym elementem zapewniającym efektywne uczenie się w edukacji opartej na symulacji. Wytyczne symulacji AMEE przytaczają definicję informacji zwrotnej w edukacji klinicznej zaproponowaną przez Van de Ridder i współpracowników, którzy opisują ją jako konkretny komunikat dotyczący porównania obserwowanych wyników stażysty ze standardem, przekazywany z zamiarem poprawy wyników stażysty (Motola et al., 2013). W książce pod redakcją Denta, Hardena oraz Hunta informacja zwrotna jest definiowana jako proces ciągłej, dwukierunkowej dyskusji w bezpiecznym otoczeniu, mającej na celu analizę i zrozumienie dotychczasowych wyników oraz zaplanowanie sposobów rozwoju (Dent et al., 2021). Ma ona na celu zapewnienie, że są osiągane cele uczenia założone w programie nauczania i że omawiane są kwestie, które wypływają z doświadczenia symulacji. Informacja zwrotna może pochodzić z różnych źródeł (np. od obserwatorów, nauczyciela, SP) i może być udzielana w różnych momentach symulacji (np. natychmiast, w czasie rzeczywistym lub po wydarzeniu), a w zależności od celów edukacyjnych lub rodzaju symulacji może przyjmować formę prostą i krótką lub szczegółową i złożoną, choć najczęściej jest w formie sformalizowanej podczas sesji podsumowującej już po ćwiczeniu symulacyjnym (Lipnevich et al., 2026).

W pracy SP informacja zwrotna stanowi jedno z dwóch, obok odgrywania roli, zadań. W wypowiedziach studentów dotyczących informacji zwrotnej otrzymywanej od SP jako podstawową korzyść wskazywano możliwość poznania odczuć, emocji i reakcji, jakie rozmowa wywołała u SP.

> *Myślę, że to jest mega przydatne, bo nigdy na sto procent nie możesz być pewien, co czuje osoba, z którą rozmawiasz. Nawet kiedy odsłuchujesz nagranie na dyktafonie czy otrzymujesz feedback z grupy – to nie jest to samo, co informacja zwrotna bezpośrednio od osoby, z którą prowadziłeś rozmowę. Ona może najwięcej powiedzieć o tym, w jaki sposób to przeprowadziłam i jak to odebrała. (Wywiad ST III rok 6)*

Badani nauczyciele również podkreślali wartość zaangażowania SP w proces udzielania informacji zwrotnej, wskazując, że wypowiedź SP umożliwia poznanie perspektywy pacjenta oraz emocji, jakie mogą towarzyszyć mu podczas rozmowy z osobą uczącą się. Zauważali także, że informacja zwrotna od SP jest postrzegana

przez studentów jako bardziej szczera i autentyczna niż opinie pochodzące od kolegów i koleżanek z grupy.

Tak, zgadzam się z tym, co powiedziała X. Sama określiłabym to w taki sposób, że ten układ pozwala na w miarę zobiektywizowaną informację zwrotną. Bo oczywiście zawsze opinia symulowanego pacjenta będzie obarczona pewnym subiektywnym wpływem.: „mnie się to podobało", „mnie się to nie podobało", „miałam takie a takie doświadczenia" i tak dalej – mimo tego, że staramy się tego uniknąć i to standaryzować. Ale to i tak będzie zupełnie inna sytuacja niż między dwoma studentami. Student ze studentem nie da rady tak pogadać, bo oni raczej będą mieli jakiś wspólny cel, który jest inny niż cel samej symulacji. (Wywiad Naucz 2)

W swoich wypowiedziach badani studenci podkreślali również wartość informacji zwrotnej udzielanej przez SP jako osoby bez wykształcenia medycznego, szczególnie w zakresie oceny umiejętności posługiwania się językiem zrozumiałym dla pacjenta. W odniesieniu do treści informacji zwrotnej osoby uczące się wskazywały na potrzebę otrzymywania komunikatu uwzględniającego zarówno mocne strony prowadzonej rozmowy, jak i obszary wymagające doskonalenia, w tym elementy wypowiedzi, które mogłyby zostać sformułowane w bardziej efektywny sposób.

Myślę, że ważna jest treść zarówno pozytywna, jak i negatywna – dobrze jest wiedzieć, co mogę poprawić, ale też, jakie są moje mocne strony, bo potem mogę się na tym oprzeć w pracy i komunikacji z ludźmi. (Wywiad ST VI rok 12)

Badani studenci doceniali, gdy SP podawał konkretne przykłady wypowiedzi, które mogłyby być skuteczniejsze i lepiej odpowiadać na potrzeby pacjenta. Zauważali również, że omówienie przebiegu rozmowy oraz otrzymanie informacji zwrotnej ułatwia zapamiętanie konkretnych sposobów komunikowania się lub sformułowań, które będą mogli wykorzystać w przyszłej praktyce klinicznej.

Debriefing, późniejsze omówienie rozmowy z przytoczeniem konkretnych cytatów to jest coś, co bardzo zostaje w głowie na przyszłość. Te cytaty wykorzystuje się później w realnym życiu w przychodni czy szpitalu. Ja też mam już kilka takich zwrotów, które gdzieś tam zapamiętałem i po prostu używam ich na co dzień. (Wywiad ST VI rok 13)

Osoby uczące się podkreślały, że cenią, gdy SP dzieli się swoją perspektywą jako osoba odgrywająca rolę pacjenta. Doceniali również informacje zwrotne otrzymywane od nauczyciela, ze względu na profesjonalny charakter oceny oraz od grupy, która wnosiła różnorodne opinie i spojrzenia na przebieg rozmowy. Dla studentów informacja zwrotna z symulacji była unikalną szansą na studiach, by krytycznie przyjrzeć się swoim umiejętnościom komunikacyjnym i przeanalizować własne zachowania w relacji z pacjentem.

Wydaje mi się, że jest to w sumie jedyny moment, kiedy mamy możliwość uzyskania oceny i przeanalizowania wszystkiego w większym gronie i to jest największa zaleta tych zajęć. W przyszłości takie sytuacje będziemy przeżywać już tylko jeden na jeden z pacjentem. (Wywiad ST VI rok 8)

Kluczowy i bardzo pomocny był późniejszy feedback – informacja, jak nam poszło. I to zarówno ten profesjonalny od prowadzącej, jak i ten ze strony kolegów i koleżanek z grupy, którzy podchodzili do tematów całkiem inaczej i zwracali uwagę na zupełnie inne rzeczy. (Wywiad ST III rok 5)

Badani studenci podkreślali, że kluczowe znaczenie ma dla nich stworzenie przez nauczyciela bezpiecznej przestrzeni do otrzymywania informacji zwrotnej, która powinna opierać się na podejściu skoncentrowanym na aspekcie edukacyjnym sytuacji.

Z moich doświadczeń wynika, że symulowani pacjenci są bardzo mili i w bardzo fajny sposób przekazują swoje uwagi. Uważam, że jak coś im się nie podoba, to powinni to powiedzieć – w końcu o to w tym chodzi! Ważne jest jednak, żeby robili to w miły sposób. [Prowadzący: Miły, czyli bezpieczny dla Państwa, tak? Nieoceniający?] Tak, żebyśmy potem nie wychodzili z tych zajęć i nie czuli się źle, że coś źle zrobiliśmy, tylko żebyśmy byli zmotywowani, żeby coś zmienić. (Wywiad ST VI rok 5)

Tak rozumiane bezpieczne środowisko obejmuje także formułowanie konkretnych wskazówek odnoszących się do zachowań oraz unikanie oceny osoby uczącej się.

Sam fakt, że nigdy nie czułam się oceniana – sprawiał, że było to dla mnie komfortowe. Jasne, pojawiał się feedback, ale oceniano moje słowa, sytuację, jaką wykreowałam, a nie mnie personalnie. Dzięki temu zawsze ta informacja

zwrotna była wartościowa. Nigdy nie dotyczyła tego, kim jestem, tylko tego, co robiłam. I zawsze po prostu było to coś cennego i nigdy nie czułam się gorzej, nawet jeśli informacja była krytyczna i skupiała się na tym, co muszę poprawić. (Wywiad ST III rok 5)

Fakt, że możemy później dostać feedback. Faktycznie przejść przez to, co zrobiliśmy, a czego nie zrobiliśmy, co było okej, a co było słabe, i jednocześnie, że ten feedback przebiega w takiej spokojnej, nieoceniającej atmosferze – to jest niezwykle ważne! Nie wyobrażam sobie innej rzeczy, która byłaby tak dużą korzyścią dla procesu uczenia się. (Wywiad ST VI rok 12)

Podoba mi się, że jest to jednocześnie budowanie takiej małej wspólnoty. Wiadomo, jesteśmy ocenieni i to nie jest do końca przyjemne, ale warto też usłyszeć, jak jesteśmy postrzegani. Bo czasami wydaje mi się, że robię coś świetnie, albo że jestem beznadziejny, a taki obiektywny komentarz pozwala nam lepiej siebie zrozumieć. (Wywiad ST VI rok 18)

Z perspektywy nauczycieli niezwykle ważne jest, aby SP byli dobrze przygotowani do udzielania informacji zwrotnej. Badani dydaktycy widzieli duże ryzyko pojawienia się nieadekwatnej oceny, jeśli SP źle sformułuje informację zwrotną.

Dla mnie najcenniejsze są momenty, gdy studenci pytają o to, co się zadziało w pacjencie i jakie są jego wrażenia po odegraniu scenariusza. Czasem są ciekawi, dlaczego zaczął być agresywny albo skąd się wzięło u niego konkretne zachowanie. I właśnie, gdy o tym zachowaniu rozmawiamy, wtedy SP udziela najbardziej wartościowych informacji. (Wywiad Naucz 8)

Chyba mam jakiś uraz do feedbacków od symulowanych pacjentów, bo na moich zajęciach pojawia się on rzadko w stosunku do tego, jak dużo sami dyskutujemy. Nie mam żadnego ustrukturyzowanego sposobu na ich odpytywanie. Odwołujemy się do nich raczej spontanicznie – gdy w dyskusji utkniemy w martwym punkcie albo gdy studenci sami o coś zapytają. Poza tym przyznaję, że obawiam się zawsze tych nowszych, mało doświadczonych pacjentów. Wiem, że konkretnych mogę zapytać i nie będę świecić oczami, bo zawsze świetnie odpowiedzą.
(Wywiad Naucz 8)

Kwestia informacji zwrotnej została poruszona również w wywiadach fokusowych przeprowadzonych z SP. Podkreślali oni, że postrzegają ją jako istotny element procesu dydaktycznego. Wskazywali, że w swoich wypowiedziach najczęściej odnosili się do emocji i odczuć, które towarzyszyły im podczas rozmowy ze studentami.

Ja się skupiam na emocjach. Cała ta scenka to taka wielozadaniowa akcja – odgrywam swoją rolę, ale jakaś część mnie cały czas rejestruje, co się we mnie dzieje w reakcji na słowa lekarza. I uważam, że to jest dosyć cenne, żeby móc powiedzieć, jak ja się czułam, kiedy usłyszałam od niego coś konkretnego. (Wywiad SP 2)

Uczestniczący w badaniu SP byli świadomi – na co w wywiadach fokusowych zwracali uwagę także studenci – że bardzo ważne jest, aby w informacji zwrotnej od nich pojawiały się konkretne wskazówki dotyczące zachowania osoby uczącej się. Jednocześnie akcentowali, że jest to trudne zadanie, ponieważ wymaga od nich, aby podczas symulacji nie tylko odgrywali swoją rolę, ale także zapamiętywali konkretne wypowiedzi i sformułowania, do których mogliby się później odnieść. Ponadto SP wskazywali na trudności związane z przekazywaniem uwag dotyczących elementów wymagających poprawy. Przyznawali, że obawiają się wywołania u studentów negatywnych emocji. Warto na to zwrócić uwagę i podczas szkoleń SP podkreślać, że w feedbacku powinny znaleźć się wskazówki dotyczące elementów, które osoby uczące się mogłyby wykonać lepiej. Stanowi to bowiem istotny element procesu rozwoju umiejętności.

Myślę, że studenci najbardziej chcą usłyszeć konkrety, a nie to, czy mi się podobało, czy nie. W informacji zwrotnej zazwyczaj skupiam się na tym, jak zachowanie studenta wpłynęło na mnie jako pacjenta i czy pomogło mu osiągnąć cel. Pokazuję, że jedno zachowanie było skuteczne w tym, a inne w tamtym. Dodaję praktyczne wskazówki: „Jako pacjent poczułbym się lepiej, gdybyś zapytał o to" lub „Gdybyś zapytał mnie o to, wydaje mi się, że osiągnąłbyś więcej". (Wywiad SP 1)

Informacja zwrotna jest bardzo potrzebna, czasem tylko pojawia się problem: przy dłuższych scenariuszach nie wszystko się pamięta, niektóre rzeczy po prostu umykają. Wy, wykładowcy, notujecie sobie na karteczkach, my nie mamy takiej możliwości i czasem przez emocje, które musimy włożyć

w odegranie roli, pewne istotne rzeczy po prostu zapominamy, wylatują nam z głowy. W trakcie feedbacku staram się mówić i pozytywne, i negatywne rzeczy bezpośrednio do studenta, który grał ze mną w tym scenariuszu. Chcę, żeby poczuł, że wcale nie poszło mu tak źle, jak sam mógł pomyśleć. Zdarza się, że studentowi wydaje się, że wypadł fatalnie, a ja jako pacjent uważam, że cała scenka wyszła znakomicie. (Wywiad SP 3)

Mnie dużo łatwiej przychodzi przekazywanie pozytywnych informacji zwrotnych i bardzo to lubię. Mam natomiast problem, kiedy muszę powiedzieć, że czułam dyskomfort, gdy coś usłyszałam i było dla to mnie niefajne, trudne i stwierdziłam, że nie do końca lekarz zrozumiał moją perspektywę. Mocno to przeżywam. Zawsze jednak staram się to powiedzieć i z szacunkiem, i spokojnie. Mówię na przykład: „Zrobiło mi się przykro, gdy Pani powiedziała, że muszę oddać psy do schroniska, bo ja właśnie stamtąd je wzięłam i nie wyobrażam sobie teraz, żeby je z powrotem tam zawieźć" – i to sytuacja wzięta z feedbacku po symulacji. Podobnie było w scence z umieraniem: pani pielęgniarka miała dla mnie mnóstwo różnych propozycji, typu psycholog czy hospicjum, ale zupełnie nie zareagowała, gdy na początku rozmowy poskarżyłam się – że nie mam kontaktu z dziećmi. Przeszła nad tym tak, jakby mnie nie usłyszała. No to musiałam jej o tym powiedzieć. Wspomniałam, że świetne były wszystkie jej propozycje, że skorzystam z psychologa, że mogę się zapisać do hospicjum, ale że nie zatrzymała się na moim największym problemie, czyli na tym, że potrzebuję jeszcze przed odejściem skontaktować się z dziećmi. Nie lubię takich momentów i bardzo je przeżywam, ale staram się zawsze przekazać takie informacje w łagodny sposób i z szacunkiem, żeby nie mówić, że było to fatalne. (Wywiad SP 2)

Jednak SP uczestniczący w badaniu zwracali uwagę, że informacja zwrotna jest również ważna dla ich własnego rozwoju. Doceniali możliwość otrzymywania od nauczyciela feedbacku dotyczącego ich udziału w symulacji oraz sposobu, w jaki sami udzielili informacji zwrotnej studentom. Wskazywali, że taka metodyka pozwala im doskonalić własny warsztat pracy i lepiej przygotowywać się do pełnienia roli SP.

Ułatwieniem byłaby chyba informacja zwrotna od prowadzącego po każdej scence. Po każdej, nie po całych zajęciach. Tak, ja bym wolała po każdej. Dla mnie najciekawsza jest wymiana myśli – informacja zwrotna od studenta,

od grupy, ode mnie. Chciałabym też, żeby wykładowca powiedział mi od razu: „Okej, było dobrze" albo „Bardziej asertywnie" – tak na świeżo, po każdej scence. (Wywiad SP 3)

8.1. Jak rozmawiać po symulacji, aby doświadczenie prowadziło do zmiany?

Informacja zwrotna sformułowana przez SP ma wyjątkowy charakter i w sposób szczególny pozwala studentom usłyszeć, jak ich zachowanie, w tym komunikację, odbierają inne osoby (Doyle et al., 2024). Badania na temat SP w edukacji medycznej pokazują, że studenci cenią informację zwrotną od SP (Isaksson et al., 2022), (Kaplonyi et al., 2017). Badacze z Melbourne w BMC Medical Education opublikowali artykuł pod wymownym tytułem 'I wouldn't get that feedback from anywhere else': learning partnerships and the use of high school students as simulated patients to enhance medical students' communication skills, w którym podkreślili, że studenci medycyny szczególnie cenili informację zwrotną uzyskiwaną od SP. Odbierali ją jako autentyczną i spersonalizowaną (Cahill et al., 2015). Podobne wyniki uzyskaliśmy w przeprowadzonym przez nas badaniu.

W jednym z badań dotyczących informacji zwrotnej porównano wyniki OSCE w dwóch grupach studentów ćwiczących z SP. Pierwsza kohorta otrzymała od SP feedback po ćwiczeniach, druga – nie. Badani, którzy otrzymali informację zwrotną, osiągnęli wyższą punktację w trzech obszarach: konsultowanie, zbieranie świadomej zgody oraz zbieranie wywiadu. Z kolei w obszarze przekazywania niepomyślnych wiadomości nie odnotowano istotnych różnic w wynikach między obiema grupami (Qureshi & Zehra, 2020).

W badaniu analizującym nagrania z debriefingu po interakcjach studentów z SP wyróżniono trzy kluczowe elementy wartościowej informacji zwrotnej udzielanej przez SP. Pierwszym są wskazówki dotyczące odpowiedniego wykonania zadania, czyli umiejętność SP do proponowania zwrotów, które adekwatnie realizują dany cel komunikacyjny. Zaznaczono jednak, że gotowe rozwiązania mogą hamować samodzielną refleksję uczących się oraz ograniczać poszukiwanie własnych sposobów poprawy popełnionych błędów. Drugi element stanowi wielość perspektyw przyjmowanych przez SP podczas feedbacku, czyli perspektywy pacjenta, eksperta

oraz meta-perspektywy. Badacze podkreślali, że SP mają tendencję do nieświadomej ich zmiany w trakcie dyskusji, podczas gdy każda z nich spełnia inną funkcję w procesie uczenia się. Wskazuje to na potrzebę edukowania SP w zakresie kontrolowania przyjmowanych stanowisk, aby nie stracić unikalnego punktu widzenia pacjenta. Trzecim elementem jest umiejętność zapewnienia studentom przestrzeni do autorefleksji. Doświadczeni SP potrafią trafnie oceniać dynamikę grupy debriefingowej i odpowiednio na nią reagować, elastycznie zwiększając bądź ograniczając swój udział (Lovink et al., 2026).

W innym badaniu, w którym także wykorzystano metodę wywiadów fokusowych, o informacji zwrotnej rozmawiano z SP. Badacze zauważyli, że niezależnie od przyjętych schematów, SP często mieli własne preferencje co do sposobu formułowania komunikatu. Za najbardziej wartościowy element procesu uznali możliwość wyrażenia emocji, jakie towarzyszyły im w trakcie rozmowy ze studentami. Jednocześnie SP wskazywali na trudności w konstruowaniu krytycznych uwag dotyczących tych aspektów wypowiedzi, które w ich odczuciu wymagały poprawy. Te obserwacje są w zasadzie tożsame z rezultatami uzyskanymi w naszym badaniu. Badanie ujawniło jeszcze jedno wyzwanie – zdarzały się sytuacje, w których SP i nauczyciel zupełnie inaczej oceniali tę samą rozmowę, co prowadziło do konfliktów (George et al., 2022).

Podsumowując, informacja zwrotna dawana przez SP jest unikatowym sposobem na poznanie odczuć pacjenta. W wywiadach fokusowych studenci doceniają i podkreślają znaczenie możliwości uzyskania takiej informacji zwrotnej. Jest to złożony proces, wymagający odpowiedniego przygotowania i szkolenia SP oraz nauczycieli prowadzących zajęcia.

9. Co może pójść nie tak? Wyzwania i ograniczenia pracy z symulowanym pacjentem

Badani studenci i nauczyciele odmiennie postrzegali wyzwania związane z zajęciami z udziałem SP. W opinii nauczycieli największe trudności wiążą się z organizacją tego typu ćwiczeń. Jedną z podstawowych kwestii są sale – ich wielkość czy wyposażenie niekiedy znacząco utrudnia prowadzenie symulacji.

> *Są na przykład takie sale, które bardzo utrudniają prowadzenie zajęć. Mam na myśli między innymi te, w których krzesełka są zrośnięte w stałe rzędy. [...] W tym semestrze prowadziłam zajęcia w takiej, gdzie nie dało się ustawić nawet dwóch krzeseł, żeby można było jakoś swobodnie oglądać symulację. Innym razem na auli i tam z kolei jedynym sposobem, żeby studenci mogli uczestniczyć w ćwiczeniach – a akurat przerabialiśmy scenariusz, w który zaangażowane były więcej niż dwie osoby, czyli symulowany pacjent i zespół lekarzy, innymi słowy dwóch studentów – było usadzenie osób biorących aktywny udział na podium, na katedrze. I to było dla nich niełatwe, bo wyjść na środek sali to jedna rzecz, ale wyjść na to wzniesienie, na którym profesor coś mówi, to już jest bardzo trudna rzecz. (Wywiad Naucz 2)*

Nauczyciele, mając świadomość, że dla studentów aktywny udział w symulacji jest często sytuacją stresującą, podkreślali również, że zajęcia łatwiej jest prowadzić, gdy osoba ucząca się i SP przebywają w innym pomieszczeniu niż obserwatorzy.

> *W informacjach od studentów często spotykam się z opinią, że dużym stresem jest dla nich występowanie publiczne, gdy obserwatorami są ich koledzy z grupy. I tutaj od razu powiem jak fantastycznym miejscem jest CSM [Centrum Symulacji Medycznych]. Tam gabinety są oddzielnymi pomieszczeniami i to jest zupełnie inna praca! Studenci też zresztą podkreślają, że to kompletnie zmienia ich nastawienie. Kiedy odgrywają scenkę w zwykłej sali, świadomość, że oczy wszystkich są zwrócone tylko na nich, niezwykle ich stresuje i bardzo przeszkadza wejść w rolę, poczuć się jak prawdziwy lekarz. (Wywiad Naucz 2)*

Do takich organizacyjnych kwestii można zaliczyć także odpowiednie przygotowanie studentów-obserwatorów. Ich zachowanie nie może utrudniać przebiegu zajęć – zwłaszcza rozmowy z SP, co dla wielu osób jest bardzo stresujące.

Myślę, że nieodpowiednie przygotowanie studentów do samych zajęć, niewiedza, jak będą wyglądały – może bardzo zaszkodzić. Oni często nie mają pojęcia, że podczas symulacji nie szeleści się papierami, nie wychodzi się do toalety, nie wraca w połowie ani nie rozmawia. Takie zachowania potrafią zakłócić całe wydarzenie i popsuć interakcję z pacjentem. To są dwie pierwsze rzeczy, które przychodzą mi do głowy. (Wywiad Naucz 2)

Takie trochę jest to nieprzewidywalne, bo nigdy nie wiemy, jak aktor zareaguje na nasze słowa, czy wszystko pójdzie nam dobrze, a w dodatku ma się świadomość, że kamery cały czas nagrywają. [...] I jeszcze strach, że zabraknie nam wiedzy merytorycznej, medycznej i zaliczymy wpadkę na oczach wszystkich. Taka formuła zajęć jest fajna, jeśli grupa, z którą się pracuje, jest zżyta i fajna. Ale ludzie bywają różni. Gorzej, jak trafimy na osoby, które później będą próbowały wykorzystać nasz błąd i obrócą sytuację przeciwko nam. (Wywiad ST VI rok 13)

Ważne jest także, aby zajęcia z SP były realizowane w kameralnych grupach. Zbyt duża liczba uczestników nasila stres osób rozmawiających z SP oraz ogranicza szansę na samodzielne przeprowadzenie wywiadu. Ponadto w licznych grupach obserwatorzy rzadziej angażują się w omawianie symulacji. Najczęściej aktywne są wtedy tylko pojedyncze osoby, podczas gdy reszta pozostaje wycofana.

Dla mnie dużym problemem jest, że grupy na zajęciach często są zbyt liczne. Pojawia się lider, który zbiera cały wywiad i odwala całą robotę. W tym czasie ktoś inny może nie zadać właściwie żadnego pytania – i tę osobę trzeba wyłuskać. Jeżeli nauczyciel aktywnie nie zareaguje, nie wyjdzie z pytaniem: „A pan, o co by pan spytał?" albo „Niech pan teraz rozpocznie ten wywiad, przedstawi się i spróbuje powiedzieć coś", to z takich zajęć skorzystają de facto dwie, trzy najmocniejsze osoby. Poćwiczą swoje kompetencje, ale prawdopodobnie to właśnie te dwie, trzy osoby najmniej tych zajęć potrzebują. (Wywiad Naucz 4)

Na pewno byłoby wartościowe, gdyby ćwiczenia odbywały się w mniejszych grupach. […] Dobrze by było, gdyby reszta grupy danego dnia miała zajęcia w klinice, a tylko dwie osoby ćwiczenia z aktorem. Prawda jest taka, że obecnie są też osoby, które korzystają z aktywności innych – bo sami się wstydzą,

boją albo po prostu wyłączają się i nie słuchają. Taki podział zmusiłby każdego do podjęcia rozmowy. To by ich na pewno zaktywizowało. (Wywiad Naucz 5)

Wśród badanych studentów często pojawiały się opinie, że organizacja zajęć stanowi utrudnienie. Jako wyzwanie studenci uznawali konieczność rozmowy z SP w zwykłej sali dydaktycznej, w której siedzi cała grupa. Według badanych optymalną przestrzenią do realizacji ćwiczeń z SP są wyspecjalizowane sale symulacyjne, które odwzorowują gabinet lub salę szpitalną i jednocześnie zapewniają separację przestrzeni – osoba ucząca się i SP realizują scenariusz w odosobnieniu, a pozostali studenci obserwują przebieg interakcji z innego pomieszczenia.

Jedna rzecz podobała mi się mniej – gdy na sali, na której odbywały się zajęcia, obecna była cała grupa. Ciężko się wczuć, kiedy widzisz, że jeden kolega się uśmiecha, drugi nagrywa i chichocze. I czasami po prostu trudno było zachować powagę i wejść w rolę tak na sto procent. (Wywiad ST III rok 9)

Odosobnienie w postaci pokoju, który wygląda jak gabinet lekarski, sprawia, że człowiek ma poczucie, że tak będzie za dwa czy trzy lata. (Wywiad ST VI rok 12)

Żeby to robić na sali, która przypomina jakoś realne życie, a nie po prostu na krzesłach naprzeciwko siebie. (Wywiad ST VI rok 13)

Mnie się wydaje, że kluczowe jest, żeby to było w odosobnionej salce, dokładnie tak jak tutaj. Kiedy w sali obecna jest cała grupa nie sposób zapomnieć o widowni, ma się też większą świadomość, że to jednak jest symulacja. (Wywiad ST VI rok 12)

Myślę, że fakt, że to jest zupełnie inne pomieszczanie – jeśli ktoś już idzie do tej scenki i jest zdecydowany, że chce to odegrać – sprawia, że te warunki są bardzo komfortowe. Znaczy tak komfortowe, jak to możliwe. Nie wiem, czy dałoby się zrobić coś innego, żeby w tym pomóc, ułatwić, czy coś jeszcze można by było dodać. (Wywiad ST VI rok 20)

Bez wątpienia takie rozwiązanie, że jesteśmy w innym pomieszczeniu, że nie mamy innych osób obok siebie. Pozwala nam to lepiej wejść w rolę. To jest na pewno na plus w stosunku do sytuacji, gdy musimy to robić przy wszystkich. Więc to jest duża korzyść. Warunki, mimo że są kamery

i mogą stresować, ułatwiają wczucie się w rolę. A jak to zrobimy – mamy swojego pacjenta! (Wywiad ST VI rok 20)

Badani studenci bardzo wyraźnie podkreślali też, że jedną z barier związanych z zajęciami z SP jest zbyt duża liczebność grup.

Myślę, że dużo bardziej korzysta ten, kto czynnie uczestniczy i rozmawia. Dlatego dobrze by było, gdyby grupy były mniejsze – można by wtedy częściej rozmawiać. (Wywiad ST VI rok 8)

Mniejsze grupy – na pewno nie tyle, ile jest w całej grupie dziekańskiej, tylko nie wiem, może z pięć osób, po prostu mniej. Wiadomo, że to też wiąże się potem z kosztami, bo trzeba zatrudnić więcej aktorów czy coś, ale po prostu jak jest dwadzieścia osób, to jest ciężko. Szczególnie dla osób, które są bardziej nieśmiałe. (Wywiad ST VI rok 3)

Ja właśnie myślę, że kieruje nami lęk przed krytyką, w ogóle lęk przed wystąpieniem. Gdyby były małe grupy – i dzisiaj chyba udało się nam to zrobić – każda osoba rzeczywiście jakoś by uczestniczyła. Wtedy też wiemy, że wszyscy będziemy w tej sytuacji i dzięki temu chyba trochę łatwiej jest mi się zebrać. Łatwiej, bo mogę pomyśleć: „Okej, każdy będzie na tym miejscu". (Wywiad ST VI rok 3)

Myślę, że te idealne warunki, czyli mniejsze grupy, trudno jest zorganizować. Ale to by na pewno w jakiś sposób pomogło. [...] I choć jest się mniej anonimowym, mniejsza grupa też ocenia i wydaje mi się, dalej miałabym poczucie sztuczności całej sytuacji. A jednak może przy bardziej kameralnym gronie byłoby mi po prostu łatwiej się na to otworzyć. (Wywiad ST VI rok 20)

Nawet dyskusja jest bardziej płynna. Jak potem już rozmawiamy ze sobą po scence, to dużo łatwiej i dużo bardziej konstruktywnie rozmawia się w sześć osób niż w trzydzieści. (Wywiad ST VI rok 7)

Mniejsza liczba osób zawsze pozwala na to, że mimo że jesteśmy w tej grupie cztery godziny, to stajemy się jakąś grupą, która się trochę zbliża do siebie. (Wywiad ST VI rok 7)

Jak wspomniano na początku tego rozdziału, w opinii nauczycieli największe trudności związane z realizacją symulacji z udziałem SP dotyczyły kwestii

organizacyjnych, na co zwrócili uwagę również badani studenci. Warto jednak podkreślić, że w przypadku studentów wyzwania organizacyjne nie stanowiły najczęściej wskazywanego obszaru trudności. W ich wypowiedziach dominowały natomiast dwa inne aspekty związane uczestniczeniem w zajęciach: stres oraz poczucie braku wystarczającej wiedzy medycznej.

Przechodząc do kwestii stresu, studenci wiązali go przede wszystkim z ekspozycją społeczną i obawą przed oceną ze strony pozostałych osób w grupie. Wskazywali, że silne emocje towarzyszące tej sytuacji mogą utrudniać wykorzystanie podczas realizacji scenariusza wcześniej poznanych metod oraz stosowanie określonych procedur.

Często emocje biorą górę i trudno jest zapanować nad tymi wszystkimi myślami. Działają te automatyzmy, które niekoniecznie muszą być w tym momencie okej. (Wywiad ST VI rok 2)

Te zajęcia na pewno są informacją zwrotną, ale niestety tutaj pojawia się problem tego, że ludzie różnie reagują na krytykę, szczególnie na krytykę publiczną. I nie wiem, jak to rozwiązać, bo to nie byłoby realistyczne, gdyby odbywać te rozmowy jeden na jeden czy w jakichś turbo mikro grupach. (Wywiad ST VI rok 15)

Dla mnie to zawsze było stresujące i tak samo dzisiaj. Dlatego nawet nie zgłosiłam się do scenki, bo po prostu świadomość tego, że tyle osób mnie ogląda i słyszą dosłownie wszystko, jest dość przytłaczająca. (Wywiad ST VI rok 11)

Mimo że rozmowa z SP wiązała się dla wielu studentów z bardzo silnym stresem, badani dostrzegali jednocześnie ogromne korzyści wynikające z tego doświadczenia. Uczestnicy wywiadów wskazywali, że ta forma zajęć uczy działania pod presją, co jest nieodłącznym elementem ich przyszłej pracy zawodowej. Konfrontacja z trudnymi emocjami – szczególnie w bezpiecznym środowisku i bez odpowiedzialności za rzeczywistego pacjenta – była postrzegana jako cenna lekcja przygotowująca do praktyki klinicznej.

Myślę, że ta forma, którą mamy, jest świetna. To, że najpierw jest teoria, zapoznanie się z sytuacją w całej grupie, a potem idziemy odegrać scenkę, nie widząc się wcześniej z aktorem – to jest coś bardzo cennego. Gdybyśmy

chcieli robić wszystko tak na spokojnie, powolutku, za wszelką cenę minimalizować stres i dbać o pełny komfort to ta symulacja straciłaby swój sens edukacyjny. Przestałaby być jakimkolwiek wyzwaniem. Wchodzilibyśmy w nią może za łatwo. Na zbytnim luzie. (Wywiad ST VI rok 7)

Chciałam powiedzieć, że może lepiej tutaj narazić się na ten stres. Pierwszy raz przeżyć ten szok i wówczas może później będzie łatwiej. Ale to na pewno jest stresujące i ja nie lubię wystawiać się na takie rzeczy. Tylko może chodzi właśnie o to, żeby przełamać tę strefę komfortu i może lepiej zrobić to akurat tutaj. (Wywiad ST VI rok 14)

Ja potrafiłam odciąć się od faktu, że to tylko symulacja i przeżywałam to rzeczywiście bardzo mocno. Więc odbierałam te zajęcia jako próbę generalną i konfrontację ze stresem, który czeka mnie w moim życiu zawodowym. (Wywiad ST VI rok 11)

Rozmawialiśmy o tym wcześniej – jedną z największych wartości dodanych tych zajęć jest właśnie to, że można przeżyć te emocje, doświadczyć ich po raz pierwszy. I dlatego uważam, że to jest absolutnie porównywalne z sytuacją, kiedy ktoś staje po raz pierwszy przy stole operacyjnym jako pierwsza asysta. To przeżycie działa trochę jak uodpornienie się. Jeśli człowiek raz był w takiej sytuacji, to już za drugim razem nie odczuwa takiego napięcia i lęku – nawet jeśli doskonale wie, co go czeka. (Wywiad ST VI rok 12)

Należy podkreślić, że badani studenci zauważali, iż doświadczenie udziału w zajęciach z SP przyczynia się do zmniejszenia odczuwanego stresu.

Nauczyłem się, że strach ma wielkie oczy. Często było nas na zajęciach więcej niż scenek, więc nie każdy musiał brać w nich udział. Prowadzący po prostu pytał się, kto się zgłasza do rozmowy z symulowanym pacjentem. Wiadomo, że w stresie dużo osób się nie zgłasza, bo się boi. Muszę powiedzieć, że też tak miałem. Ale kiedy dwa razy sam się zgłosiłem, okazało się, że ostatecznie wcale nie jest to aż tak stresujące, jak mi się wydawało. Przestawałem o tym myśleć, bo całą uwagę skupiałem na scence – na tym, co można powiedzieć, w jaki sposób przekazać informacje pacjentowi i jak wykonać scenariusz. (Wywiad ST VI rok 11)

W badanej grupie często pojawiały się opinie, że pierwsza rozmowa z SP wiąże się z większym stresem niż kolejne doświadczenia tego typu. Z tego względu jednym z postulatów tej publikacji (o którym piszemy we wskazówkach umieszczonych na stronie 151) jest takie zaplanowanie programu nauczania, aby zajęcia z udziałem SP były realizowane wielokrotnie w toku kształcenia.

Myślę, że największą trudnością jest właśnie stres. Nasze grupy są jednak liczne i kiedy idziesz na scenkę sam albo w grupce trzech osób, a patrzy na ciebie dziesięć czy dwadzieścia innych, to jest to stresujące. Sytuacja sama w sobie jest trudna, a takich zajęć przecież mamy bardzo mało. Teoretycznie człowiek coś tam w tej głowie ma, ale ta wiedza nie jest jeszcze w ogóle połączona z praktyką. Brakuje nam też takiej obszernej wiedzy medycznej, co tylko wzmaga stres. Przez te wszystkie czynniki podczas symulacji faktycznie nie jesteśmy w stanie pokazać pełni swoich możliwości. W efekcie możemy wypaść dużo gorzej niż gdyby faktycznie do tej sytuacji doszło.

Myślę, że bardzo by pomogło – choć na pewno nie jest to łatwe do zorganizowania – gdyby takich zajęć było po prostu więcej, a grupy były mniejsze. Chodzi o to, żeby dana grupka ćwiczyła we własnym gronie, żeby inne osoby ich nie obserwowały. Dobrze by było, gdyby przynajmniej kilka pierwszych scenek w życiu tak się odbywało – w bardziej komfortowych warunkach, a nie pod okiem całej, dużej grupy. Na tych początkowych etapach omawianie też powinno się odbywać w tym małym gronie, które brało udział w symulacji, tylko z prowadzącym. Ewentualnie później, na kolejnych ćwiczeniach, kiedy już jesteśmy bardziej obeznani z całym tematem, można by wprowadzać ćwiczenia na oczach tych dziesięciu czy dwudziestu osób. I dopiero wtedy cała reszta mogłaby się wypowiedzieć i komentować nasze działania. (Wywiad ST VI rok 11)

Żeby więcej było takich ćwiczeń w mniejszych grupach, żeby był większy komfort. (Wywiad ST VI rok 11)

Dużą wartością jest też to, że za każdym kolejnym razem ta mgła ze stresu jest trochę mniejsza. (Wywiad ST VI rok 19)

W kontekście wyraźnie obecnego w wypowiedziach studentów doświadczenia stresu związanego z udziałem w zajęciach z SP szczególnego znaczenia nabiera

zapewnienie poczucia bezpieczeństwa podczas ich realizacji. Jest ono kształtowane zarówno przez sposób organizacji i prowadzenia ćwiczeń przez nauczyciela, jak i przez postawy oraz zachowania pozostałych osób uczących się.

Nie zawsze czułem, że ta bezpieczna przestrzeń tutaj tak naprawdę istnieje. I to zarówno ze strony asystentów, jak i innych osób z grupy. (Wywiad ST VI rok 2)

Myślę, że dobra by była jakaś rotacja. Żeby te zajęcia nie odbywały się zawsze w obrębie tej samej grupy dziekańskiej, w której jednak z każdym kolejnym rokiem znamy się coraz lepiej – mamy już swoje utarte szlaki i wypracowane relacje. Gdyby to w jakiś sposób wymieszać, żeby w zespołach trafiały się bardziej i mniej znane osoby – chodzi o to, żeby jakoś jeszcze zmodyfikować dynamikę między nami. (Wywiad ST VI rok 6)

Drugą, najczęściej wymienianą przez badanych studentów trudnością związaną z zajęciami z SP był brak wiedzy medycznej. Podczas wywiadów studenci wskazywali, że prowadzenie rozmów z SP na wcześniejszych latach jest z tego powodu znacznie utrudnione. Samo zamieszczenie w scenariuszu informacji medycznych dotyczących sytuacji, w której znajduje się pacjent i lekarz, tylko w niewielkim stopniu rozwiązuje ten problem. Badani jednoznacznie uznawali, że więcej korzystają z zajęć z SP, gdy symulacje tego rodzaju odbywają się na V czy na VI roku, gdy posiadają już znacznie lepsze rozeznanie w kwestiach medycznych, a także związanych z organizacją systemu ochrony zdrowia.

Teraz na szóstym roku widzę, że te zajęcia są o wiele bardziej wartościowe. Wynika to jednak z tego, że dzięki praktykom mamy już jakąś bazę i ogólną wiedzę medyczną. Sama zaobserwowałam wiele sytuacji w szpitalu, więc teraz łatwiej potrafię odnieść scenariusz do rzeczywistości. Pamiętam, że na drugim roku to wszystko było dla mnie przytłaczające. Pojawiały się już konkretne treści medyczne, a ja nie wiedziałam, jak się do tego odnieść. To nie była kwestia samych scenariuszy, bo ćwiczenie schematów rozmowy jest super, ale po prostu braku wiedzy merytorycznej. Na tamtym etapie to była bariera nie do przejścia – jak rozmawiać z pacjentem o chorobie i coś mu wytłumaczyć, skoro samemu niewiele się wie. (Wywiad ST VI rok 13)

Ja jeszcze tylko bym chciał powiedzieć, że na wcześniejszych latach przydałaby się dodatkowa dawka wiedzy medycznej. Z doświadczenia wiem, że dużo osób nie chciało się zgłaszać do scenek, bo czuli się niepewnie. Człowiek bał się sytuacji, w której pacjent za chwilę zapyta go, jaką operację będzie trzeba zrobić, na czym to i to polega – a on nie będzie miał o tym pojęcia. W takiej sytuacji chce się po prostu uniknąć kompromitacji. Czyli dostęp do medycznych, merytorycznych informacji przed, żeby można było faktycznie skupić się na mówieniu, a nie na tym, czego się nie wie. Chodzi po prostu o więcej informacji medycznych o tym konkretnym pacjencie. (Wywiad ST VI rok 13)

Wydaje mi się, że chodzi przede wszystkim o przygotowanie merytoryczne. To jest coś, co najwięcej osób blokuje. (Wywiad ST VI rok 25)

Ja się absolutnie zgadzam, że ta wiedza stricte merytoryczna jest bardzo ważna i bardzo potrzebna. Jeżeli jej brakuje, to właściwie scenariusz przestaje być funkcjonalny, bo jednak odgrywam rolę lekarza, a pacjent przychodzi do lekarza nie tylko, żeby zostać wysłuchanym i zrozumianym, ale też po to, żeby otrzymać fachową pomoc. Jeżeli brakuje przekonania o własnych kompetencjach, cierpi na tym cała reszta. (Wywiad ST VI rok 11)

Na wcześniejszych latach, tak jak koleżanka wspomniała, problemem był brak pewności siebie wynikający z braku wiedzy. Dzisiaj, na szóstym roku, czułem się na tych zajęciach o wiele lepiej. Mam już solidne podłoże merytoryczne, które daje mi rodzaj pewności, a ta niesamowicie pomaga mi w trakcie rozmowy z pacjentem. Dzięki temu człowiek czuje się lepiej w tych symulowanych sytuacjach. (Wywiad ST VI rok 8)

Ja te pierwsze zajęcia bardzo źle wspominam, bo ciężko o jakąkolwiek komunikację, kiedy nie wiesz, o czym w ogóle mówisz, o co zapytać ani jak prowadzić rozmowę. Wtedy nie mieliśmy żadnej wiedzy klinicznej, bo byliśmy świeżo po naukach podstawowych. Nie mieliśmy jeszcze żadnego przedmiotu, nawet propedeutyki interny – dosłownie niczego. Więc kiedy weszliśmy na zajęcia, to tak naprawdę najlepiej szło osobom, które obejrzały Doktora House'a. Reszta nie miała za bardzo warsztatu medycznego. A przecież komunikację trzeba z czymś połączyć. Sama w sobie nic nie da. Dlatego teraz, w tym roku te zajęcia były znacznie bardziej korzystne. (Wywiad ST VI rok 7)

Jeszcze powiem, że na tych wcześniejszych latach nie mamy takiej wiedzy, żeby dobrze pacjentowi wytłumaczyć, dlaczego tak i tak powinien się zachować i podążać za naszymi wskazaniami. Trudno w takiej sytuacji przekonać pacjenta, że mamy rację. Właśnie, wiedza. Myślę, że to jest bardzo ważny aspekt. (Wywiad ST VI rok 27)

Studenci, którzy brali udział w wywiadach na trzecim roku wskazywali jednak, że ten moment też jest dobry, aby realizować zajęcia z SP. W ich ocenie mają już wówczas podstawową wiedzę wymaganą do przeprowadzenia takiej rozmowy.

Uważam, że ćwiczenia z symulowanym pacjentem powinny być rozłożone akurat na te lata, w których mamy zajęcia kliniczne. To wtedy mamy pierwszy kontakt z faktycznym pacjentem, ale też nasza wiedza staje się większa. Ja sama mogę powiedzieć, że jeszcze w tamtym roku miałam dość małą wiedzę medyczną. Nadal nie jest jakoś bardzo większa. Głównie jednak chodzi o to, że my teraz jesteśmy troszeczkę, mam wrażenie, rzuceni na głęboką wodę. Nie znamy chorób, nie znamy dokładnej diagnostyki, nie jesteśmy też jeszcze w tym środowisku, więc uważam, że akurat trzeci rok to jest dobry moment, żeby prowadzić takie zajęcia. (Wywiad ST III rok 3)

Dla mnie stresujące było poczucie, że nie mam wystarczającej wiedzy medycznej o różnych chorobach. Jasne, że prowadzący powtarzali, że wcale nie musimy tego wszystkiego wiedzieć, a symulowani pacjenci, jak coś im powiemy, to mają w to brnąć. Nieważne, czy to prawda, czy nie. Ale wiadomo, że jednak chce się wypaść w jakimś stopniu profesjonalnie, mówić z sensem, a nie opowiadać jakieś bzdury. To było trochę stresujące. Więc uważam, że pewnym wyjściem jest samodzielne przygotowanie się do symulacji, Ja na przykład wcześniej czytałam trochę o danej chorobie, zastanowiłam się, jak pacjentka może zareagować na różne pytania. I wiadomo, nie poświęcałam temu całego dnia, bo w pracy też nie będziemy mieli tyle czasu. Ale tak usiąść z godzinkę i zastanowić się, jakie mogą być różne scenariusze – to bardzo pomaga. Jeszcze na sekundę przed wejściem, przed tą rozmową czułam się bardzo zestresowana, ale jak zadałam pierwsze pytanie, potem następne – ten stres powoli schodził. Bardzo się cieszę, że uczestniczyłam w takiej scence, bo to jest kolejne wartościowe doświadczenie. (Wywiad ST III rok 5)

Z wypowiedzi badanych wynika, że wśród studentów są osoby, które zawsze będą pamiętać, że symulacja nie jest prawdziwa, tylko wykreowana.
Osoby te doceniają jednak wartość samej metody dydaktycznej.

Zgadzam się, że te scenki pomagają uwiarygodnić te wszystkie dialogi. Mimo to zawsze gdzieś z tyłu głowy miałem, że to jednak nie jest prawdziwe, rzeczywiste życie. Więc troszkę ciężko mi się odnieść. Tego problemu nie da się jednak w żaden sposób przeskoczyć. Uważam, że te scenki z aktorami to forma zajęć, która i tak jest najbliższa rzeczywistemu spotkaniu. (Wywiad ST VI rok 11)

Kiedy oglądam te scenki, czuję się jakoś dziwnie. W moim odczuciu to wszystko jest strasznie sztuczne. Sam nie wiem... Nawet jeśli aktorzy mają przekonującą grę, to jednak dla mnie jest taka otoczka sztuczności w tym wszystkim i przez to może też ciężej się wczuć. (Wywiad ST VI rok 1)

Badani studenci podkreślali także, że przeszkodą w kontakcie z SP jest świadomość, że osoba ta w rzeczywistości nie doświadcza problemów, których dotyczy symulacja.

Ja nie czuję żadnej głębszej więzi z takim pacjentem, bo wiem, że to jest symulowany pacjent, który stąd wyjdzie i jest w dobrym stanie zdrowia. Między mną a osobą, która tam siedzi, nie ma prawdziwych płaszczyzn styczności. Natomiast kiedy widzę realnego pacjenta, pojawiają się prawdziwe uczucia. I nic tego nie zasymuluje. (Wywiad ST VI rok 17)

Jeżeli chodzi o moje odczucia, powiem szczerze, według mnie to nadal nie jest rozmowa z pacjentem. Ja miałem takie wrażenie, że rozmawiam jednak z aktorem i ten człowiek nie choruje, więc nie muszę się aż tak wczuwać w tę sytuację. (Wywiad ST III rok 1)

W wypowiedziach badanych pojawia się także kwestia, którą można byłoby nazwać „efektem uczestnictwa w zajęciach”. To znaczy, że studenci wiedzą, że są na przykład na zajęciach z komunikacji i z tego względu starają się rozmawiać z pacjentem w określony sposób.

Tak jak mówiłem wcześniej – trudność z pełną imersją w sytuację powoduje, że faktycznie bardziej skupiam się na tym, co powiedzieć, żeby po prostu dobrze wypaść na zajęciach, niż na samej rozmowie z pacjentem. No, ale to mogą być

tylko moje osobiste trudności. Może wiele osób lepiej sobie z tym radzi. (Wywiad ST VI rok 8)

Studenci biorący udział w wywiadach opowiadali o ambiwalencji. Z jednej strony mają bowiem poczucie, że SP tylko odgrywa rolę i to nie musi oznaczać, że prawdziwy pacjent reagowałby w taki sposób, z drugiej strony jednak zdają sobie sprawę, że to jedna z nielicznych możliwości ćwiczenia umiejętności związanych z kontaktem z pacjentem.

A jeśli chodzi o symulowanych pacjentów – czasem mam wrażenie, że niektórzy próbują załagodzić sytuację. Jest też tak, że większość z nich nigdy nie chorowała na to, co odgrywa. Wiadomo, robią to najlepiej, jak potrafią – i tak jak mówiłam wcześniej – emocje bywają naprawdę bardzo realistyczne. Jednak, dopóki ktoś sam przez coś nie przeszedł, to nigdy nie będzie jeden do jednego to samo, co w rzeczywistości. Mimo wszystko uważam te ćwiczenia za bardzo wartościowe. Dobrze jednak mieć na uwadze, że prawdziwe życie może nas zaskoczyć. To jest rzecz, której nie da się po prostu odtworzyć w warunkach symulacyjnych. No i nie wydaje mi się, żeby można było tu cokolwiek zrobić. Warto po prostu liczyć się z tym, że to tylko ćwiczenia, a w realiach gabinetu trzeba być przygotowanym na wszystko. Tam nie będzie żadnego scenariusza, który znają obie strony i według którego potoczy się rozmowa. (Wywiad ST III rok 5)

Najczęstsze wyzwania w pracy metodą symulacji z SP dotyczą organizacji zajęć, przygotowania uczestników i jakości gry SP. Na pewne kwestie, które wynikają z programu nauczania, warunków lokalowych, nauczyciele prowadzący zajęcia nie mają wpływu albo jest on bardzo ograniczony. Trudniej jest także wpłynąć na niektóre postawy osób uczących się. Należy jednak pamiętać, że zawsze pomocne jest wyjaśnienie, na czym polegają zajęcia, czemu służy udział SP, jak skorzystać z tej formy nauki i jakie korzyści może ona przynieść studentom. Odpowiednie przygotowanie merytoryczne osób uczących się będzie zmniejszało stres i może wpływać na większe zaangażowanie w symulacje, co ułatwi zdobywanie umiejętności. Kompetencje SP, sposób odgrywania przez nich roli, a także dobór odpowiednich osób do konkretnych scenariuszy w dużej mierze zależy od odpowiedniej rekrutacji, szkoleń i koordynacji zajęć z udziałem SP. Podsumowanie największych wyzwań i ograniczeń kształcenia z udziałem SP znajduje się na rycinie 4.

Rycina 4. Wyzwania i ograniczenia kształcenia z udziałem SP



10. Czego nie udało się rozstrzygnąć? Ograniczenia badania i publikacji

Istotną luką badawczą prezentowanego badania jest włączenie w niewielkim stopniu opinii o zajęciach z SP z innych niż Warszawski Uniwersytet Medyczny ośrodków. Udało się to jedynie w grupie nauczycieli. Badanie przeprowadzono wśród studentów jednego uniwersytetu medycznego i wyłącznie na kierunku lekarskim, co ogranicza możliwość uogólnienia wniosków na szerszą populację studentów kierunków medycznych. Uzyskane wyniki należy interpretować z uwzględnieniem specyfiki danej uczelni, w tym przyjętych rozwiązań organizacyjnych, programu kształcenia, sposobu przygotowania studentów do zajęć symulacyjnych oraz poziomu ich wcześniejszego doświadczenia w szkoleniach z SP. Oznacza to, że opinie badanych studentów i nauczycieli mogły być kształtowane nie tylko przez samą metodę pracy z SP, lecz także przez lokalny kontekst jej wdrażania. Znaczenie mogły mieć między innymi liczba i forma zajęć, sposób konstruowania scenariuszy, przygotowanie osób odgrywających role pacjentów, styl prowadzenia informacji zwrotnej oraz dotychczasowa styczność uczestników z innymi formami symulacji medycznej. W związku z tym przedstawione wyniki nie powinny być traktowane jako reprezentatywne dla wszystkich uczelni medycznych, lecz raczej jako opis praktyki osadzonej w konkretnym modelu kształcenia. Jednocześnie staraliśmy się zminimalizować to ograniczenie, dokonując szczegółowego przeglądu literatury i odwołując się do wyników badań przeprowadzonych w innych ośrodkach, które niejednokrotnie były zbliżone do wyników zrealizowanych przez nas wywiadów fokusowych.

Należy też zaznaczyć, że na uzyskane wyniki wpływ mogła mieć specyfika przyjętego podejścia polegająca na gromadzeniu danych opartych wyłącznie na deklaracjach uczestników, a więc odzwierciedlających ich indywidualne przeżycia, sposób rozumienia sytuacji oraz osobiste interpretacje udziału w zajęciach z wykorzystaniem SP. Wypowiedzi respondentów nie muszą w pełni odpowiadać rzeczywistym zachowaniom prezentowanym podczas zajęć, ponieważ uczestnicy opisywali swoje doświadczenia przez pryzmat czasu i własnych odczuć.

Istotnym ograniczeniem jest także możliwość wpływu społecznej aprobaty na udzielane odpowiedzi. Szczególnie w przypadku nauczycieli oraz SP uczestnicy mogli mieć tendencję do przedstawiania swoich uwag w sposób zgodny

z oczekiwaniami związanymi z rolą, którą pełnią w procesie edukacyjnym. Mogło to dotyczyć zarówno pozytywnej oceny wykorzystywania symulacji w kształceniu, jak i sposobu opisywania własnych działań podczas zajęć. Z kolei studenci mogli modyfikować swoje wypowiedzi z uwagi na relację z nauczycielami lub obawę przed oceną, szczególnie, że wywiady były prowadzone w środowisku akademickim, w którym realizowano zajęcia.

W przypadku wykorzystania wywiadów fokusowych ograniczeniem bywa również dynamika grupy. Obecność innych uczestników może wpływać na gotowość do dzielenia się refleksjami, szczególnie tymi dotyczącymi trudności, niepewności czy negatywnych aspektów udziału w symulacji. Zdarza się, że niektóre osoby dominują w dyskusji, podczas gdy inne rzadziej przedstawiają własne stanowisko lub powstrzymują się od wyrażania opinii odmiennych od pozostałych uczestników. Sposoby na zminimalizowanie takich sytuacji zostały przedyskutowane po przeprowadzeniu pilotażu, a jeszcze przed rozpoczęciem właściwych wywiadów. Jednocześnie jednak niewykluczone, że interakcja pomiędzy uczestnikami wpływała na pogłębienie wypowiedzi i ujawnienie aspektów, które nie pojawiłyby się podczas indywidualnego wywiadu.

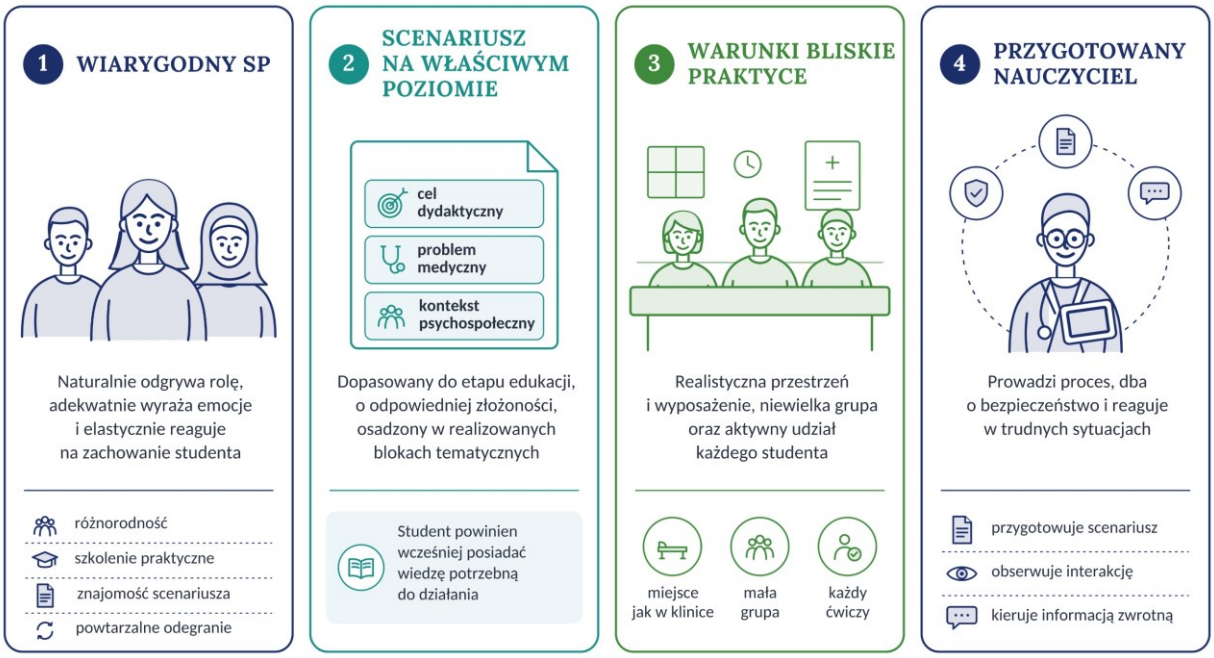
Ograniczeniem badania może być również fakt, że uwzględniono perspektywę studentów, nauczycieli oraz SP, natomiast nie analizowano opinii wszystkich osób zaangażowanych w organizację procesu dydaktycznego. Punkt widzenia osób odpowiedzialnych za planowanie programu nauczania, organizację zajęć czy funkcjonowanie centrum symulacji mógłby dostarczyć dodatkowych informacji dotyczących uwarunkowań realizacji zajęć z udziałem SP.

11. Symulowany pacjent w kształceniu medycznym – wnioski i perspektywy rozwoju

W Standardach najlepszych praktyk opracowanych przez The Association of Standardized Patient Educators SP (Lewis et. al., 2017) są traktowani jako członkowie zespołu dydaktycznego zaangażowanego na rzecz osób uczących się, w realizację efektów uczenia. To podejście jest bliskie także autorom niniejszej publikacji. Z racji wieloletnich doświadczeń w prowadzeniu zajęć z SP wiemy, że dobrze przygotowany SP stanowi często kluczowy element zajęć i stwarza możliwość realnego rozwoju umiejętności osób uczących się. Jednocześnie ta forma kształcenia jest ukierunkowana na doskonalenie umiejętności praktycznych oraz postaw, które stanowią fundament przygotowania pracownika ochrony zdrowia w trakcie całego procesu kształcenia zarówno przeddyplomowego, jak i podyplomowego. Mimo że nasze badanie odnosiło się do doświadczeń z obszaru kształcenia przeddyplomowego, mamy przekonanie, że większość sformułowanych w tej publikacji wniosków można zastosować także do kształcenia podyplomowego. Należałoby to sprawdzić w kolejnych badaniach.

Korzyści wynikające z wykorzystania SP w kształceniu medycznym zostały szerzej omówione w niniejszej publikacji. Właściwie zaplanowane i przeprowadzone zajęcia z udziałem SP mogą znacząco podnosić jakość dydaktyki, szczególnie w zakresie rozwijania praktycznych umiejętności oraz kształtowania postaw studentów. Na rycinie 5. przedstawiono najważniejsze czynniki wpływające na jakość kształcenia realizowanego z ich udziałem.

Rycina 5. Czynniki wpływające na jakość kształcenia realizowanego z udziałem SP



Chcemy, aby nasza publikacja była pretekstem do wieloośrodkowej dyskusji i współpracy na rzecz rozwoju kształcenia z udziałem SP. Jest to forma nauki, która w sposób szczególny umożliwia osobom uczącym się rozwijanie umiejętności i postaw niezbędnych w pracy wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych. Na jakość kształcenia z udziałem SP składa się, o czym pisaliśmy wyżej, bardzo wiele elementów. Nauczyciele akademiccy mają ogromny wpływ na to, aby zajęcia te były okazją do rozwoju i doskonalenia, dawały osobom uczącym się satysfakcję z nauki, a ich przyszłym pacjentom gwarantowały, że będą się nimi opiekować osoby mające odpowiednie kwalifikacje zarówno w zakresie badania podmiotowego, jak i przedmiotowego, procedur technicznych oraz kompetencji interpersonalnych i społecznych. W czasie, gdy dostęp do wiedzy jest nieograniczony, świat zmienia się bardzo dynamicznie, a w wielu sferach życia zaczynają dominować rozwiązania oparte na nowych technologiach, istota kontaktu pracownika ochrony zdrowia z pacjentem pozostaje niezmienna. To jest pomoc drugiej osobie, która znajduje się w sytuacji szczególnej, związanej z zagrożeniem zdrowia lub życia. Towarzyszą temu trudne do opisania emocje, pojawiają się indywidualne potrzeby, zburzeniu ulega dotychczasowy świat chorego. Ta sytuacja wymaga od profesjonalistów nie tylko wiedzy medycznej, ale przede wszystkim odpowiedniej postawy, umiejętności zauważenia perspektywy osoby, której się pomaga. Niezwykle istotne jest, aby pacjent odczuł zrozumienie, troskę i empatię. SP w bezpieczny sposób

wspierają osoby uczące się w zdobywaniu tych kompetencji, niezbędnych w codziennej praktyce medycznej, w której kluczowe jest spotkanie człowieka z człowiekiem.

Wskazówki dotyczące nauczania z udziałem symulowanych pacjentów

Ogólne

1. Zajęcia z udziałem symulowanych pacjentów (SP) **są jedyną i unikalną metodą** pozwalającą na stworzenie warunków do treningu umiejętności i zdobycia doświadczeń w sytuacjach, w których w praktyce klinicznej osoby uczące się nie mogłyby pracować samodzielnie, takich jak: przekazywanie trudnych informacji, radzenie sobie z silnymi emocjami pacjentów czy reagowanie na nieodpowiednie komunikaty ze strony współpracowników. Stanowią także ważny element przygotowania osób uczących się do kontaktów z pacjentami podczas zajęć klinicznych.
2. Zajęcia z SP umożliwiają zintegrowane, bezpieczne i powtarzalne ćwiczenie umiejętności komunikacyjnych, technicznych oraz współpracy w ramach zespołu terapeutycznego.
3. Wykorzystanie SP umożliwia standaryzację warunków nauczania i oceniania, co sprzyja spójnej realizacji efektów uczenia się w wielu grupach studenckich.
4. SP jest metodą symulacji obejmującą różne aspekty bezpośredniego kontaktu interpersonalnego, odbywającego się w określonej przestrzeni i wiernie oddającą warunki kliniczne interakcji między pracownikiem opieki zdrowotnej a pacjentem, jego bliskimi lub współpracownikami.

Miejsce SP w programie kształcenia

1. SP warto angażować w zajęcia już od początku studiów, a obligatoryjnie przed rozpoczęciem zajęć klinicznych, aby rozwijać podstawowe umiejętności osób uczących się, takie jak komunikacja interpersonalna, stanowiąca podstawę kontaktu z pacjentami, ich bliskimi oraz współpracownikami.
2. SP na wyższych latach studiów powinien być angażowany w scenariusze o rosnącym stopniu trudności, aby umożliwić rozwijanie złożonych, bardziej zaawansowanych umiejętności.
3. Studenci powinni uczestniczyć w zajęciach z SP przed rozpoczęciem zajęć w klinikach i zakładach klinicznych.

4. Scenariusze z SP powinny być zintegrowane z aktualnie omawianymi treściami w programie kształcenia.
5. Na wyższych latach studiów SP powinien wspierać rozwijanie specjalistycznych umiejętności podczas zajęć klinicznych, w których aktualnie uczestniczą osoby uczące się (np. kardiologia, psychiatria, onkologia itp.).

Rekrutacja i przygotowanie SP

1. Autentyczność i wiarygodność SP są kluczowe podczas odgrywania roli.
2. W procesie rekrutacji SP warto dążyć do zapewnienia różnorodności SP, tak aby w grupie SP były osoby zróżnicowane pod względem płci, wieku, temperamentu, wyglądu.
3. Proces rekrutacji SP powinien uwzględniać ocenę realistycznego i **naturalnego odgrywania** roli oraz umiejętności elastycznego reagowania na zachowania studentów podczas scenariusza.
4. Podczas szkolenia SP należy rozwijać umiejętność adekwatnego i realistycznego wyrażania emocji. Należy unikać zarówno nadmiernej ekspresji, jak i zbyt oszczędnej reakcji emocjonalnej, która ogranicza realizm sytuacji klinicznej.
5. Szkolenie wstępne, poza elementami teoretycznymi, powinno zawierać część praktyczną. Poza szkoleniami wstępnymi wskazane są szkolenia okresowe.
6. Dokładna znajomość scenariusza przez SP jest kluczowa dla odpowiedniego przebiegu zajęć. W przypadku zajęć realizowanych w wielu grupach studenckich, aby zapewnić standaryzację, warto zadbać, by scenariusz był odgrywany w ten sam sposób.
7. Podczas odgrywania roli warto, aby SP korzystali z elementów, które zwiększają autentyczność sytuacji, takich jak odpowiedni strój czy proste rekwizyty. Choć nie są one najważniejsze, zwiększają wiarygodność symulacji. Warto też, aby wygląd SP był dopasowany do postaci pacjenta w scenariuszu.

Organizacja zajęć

1. Zajęcia z SP powinny jak najlepiej odwzorowywać rzeczywiste sytuacje w ochronie zdrowia. Dobrze, jeśli odbywają się w warunkach zbliżonych do rzeczywistych – na przykład w gabinecie lub sali chorych, z wykorzystaniem odpowiedniego wyposażenia.
2. Warto zadbać, aby w cyklu zajęć z jedną grupą uczestniczyli różni SP.

3. Zajęcia z SP powinny być prowadzone w niedużych pod względem liczebności grupach, tak aby każda osoba mogła wziąć aktywny udział w interakcji z SP.
4. Scenariusze do zajęć z SP muszą być dostosowane do poziomu wiedzy osób uczących się. Na pierwszych latach studiów powinny dotyczyć kwestii, które nie wymagają pogłębionej wiedzy medycznej ani szczegółowej znajomości organizacji systemu opieki zdrowotnej. Na wyższych latach mają za zadanie umożliwiać wykorzystanie zarówno umiejętności komunikacji, jak i wiedzy medycznej.
5. Scenariusz dla SP powinien uwzględniać co najmniej opis celów dydaktycznych, opis problemu medycznego (opis objawów) i kontekst psychospołeczny postaci odgrywanej przez SP.
6. Przed realizacją scenariusza warto upewnić się, że osoby uczące się posiadają wiedzę niezbędną do prawidłowego postępowania w trakcie symulacji. Odnosi się to zagadnień niezbędnych, by właściwie przeprowadzić symulację (z zakresu komunikacji, wiedzy medycznej, organizacji pracy w miejscu, którego dotyczy scenariusz), a także zachowania studentów-obserwatorów w trakcie realizacji scenariusza.
7. Podczas zajęć z SP bardzo ważne jest stworzenie bezpiecznej atmosfery. Pomaga w tym unikanie oceniania oraz skupienie się na wnioskach z informacji zwrotnej – na tym, czego można się nauczyć i jak udoskonalić swoje działania w przyszłości. Budowaniu takiego klimatu sprzyja też stopniowe wprowadzanie trudnych sytuacji oraz uważność na potrzeby i możliwości każdej osoby uczącej się.

Nauczyciele prowadzący zajęcia z SP

1. Każdy nauczyciel prowadzący zajęcia z udziałem SP powinien zostać przeszkolony z zakresu metodyki prowadzenia zajęć z udziałem SP.
2. Szkolenie nauczycieli powinno obejmować kwestie, takie jak przygotowanie scenariuszy do zajęć, udzielanie informacji zwrotnej osobom uczącym się, tworzenie bezpiecznej atmosfery podczas zajęć, radzenie sobie w trudnych sytuacjach, które mogą pojawić się podczas zajęć.

Informacja zwrotna

1. Informacja zwrotna jest niezwykle ważnym elementem zajęć z udziałem SP. Zarówno osoby uczące się, jak i SP powinni być przygotowani do udzielania informacji zwrotnej, tj. przede wszystkim rozumieć jej znaczenie w procesie edukacyjnym i znać zasady jej formułowania.
2. Ważne, aby informacja zwrotna dotyczyła celów dydaktycznych scenariusza oraz aby wskazywała zarówno na efektywne, jak i nieefektywne elementy interakcji.
3. W informacji zwrotnej warto uwzględnić perspektywę osoby odgrywającej, grupy, SP i nauczyciela. Wszystkie informacje zwrotne są ważne i cenne: od nauczyciela z uwagi na profesjonalizm opinii, od SP ze względu na unikalną informację o odczuciach bezpośredniego odbiorcy działań osoby uczącej się, a od grupy z powodu różnorodności opinii i mnogości perspektyw.
4. Procesem udzielania informacji zwrotnej kieruje nauczyciel.
5. Ważne jest otrzymywanie informacji zwrotnej w bezpiecznym, nieoceniającym środowisku, skoncentrowanym na dydaktycznych celach symulacji.
6. Informacja zwrotna od SP powinna odnosić się do odczuć pacjenta i nie wykraczać poza nie oraz nie dotyczyć treści omawianych przez nauczyciela.
7. Informacja zwrotna powinna umożliwiać studentom możliwość poznania odczuć SP jako osoby bez wykształcenia medycznego. Cenne jest wskazanie konkretnych sformułowań, zachowań, które zwróciły uwagę SP.

Podziękowania

Autorzy składają serdeczne podziękowania wszystkim osobom, które wzięły udział w wywiadach fokusowych i podzieliły się swoimi doświadczeniami, opiniami oraz refleksjami. Bez ich zaangażowania i otwartości niemożliwe byłoby przeprowadzenie badania.

Dziękujemy dr Annie Buchner z Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego, która współpracowała z nami jako ekspertka w zakresie jakościowych metod badawczych. Dziękujemy za cenne wsparcie merytoryczne na etapie dopracowywania metodologii badania, przygotowania jego realizacji oraz opracowywania i opisywania wyników. Jej wiedza i doświadczenie przyczyniły się do wzmocnienia jakości całego procesu badawczego i powstawania tej publikacji.

Aneks 1. Szablon scenariusza do zajęć z SP

Autor: .....

Tytuł scenariusza: .....

Tytuł scenariusza jest hasłową informacją o zawartości scenariusza. Może to być na przykład rozpoznanie pacjenta (np. terminalny rak płuca), oczekiwanie pacjenta (np. skierowanie na tomografię) lub inne cechy charakterystyczne założeń scenariusza (np. refundacja na paski do glukometru)[2]*.*

Imię i nazwisko postaci granej przez SP: .....

Dane ogólne

Streszczenie scenariusza

Streszczenie scenariusza – zwięzły opis dotyczący założeń scenariusza. Dane ogólne są wyłącznie do wglądu dla prowadzących oraz organizatorów zajęć – dlatego tu należy zamieścić informacje o trudnościach, na które może natknąć się prowadzący rozmowę, a których niekoniecznie powinien być świadomy przed rozpoczęciem symulacji student lub studentka.

[2] Kursywą zaznaczono instrukcje oraz przykłady, w jaki sposób należy/można wypełnić daną sekcję scenariusza. Prosimy usunąć je po napisaniu.

Uczestnicy

Wszyscy możliwi uczestnicy symulacji – bierni, czynni, „ludzcy", symulatory.

Rola studenta[1]	Symulowany pacjent[2]	Inne role[3]	Prowadzący[4]
np. zespół dwóch ratowników	*np. manekin, symulowany pacjent, symulowany lekarz specjalista, symulowany rodzic pacjenta*	*np. matka pacjenta, współpracownik, lekarz stażysta*	*np. specjalista komunikacji medycznej, lekarz kardiolog, specjalista symulacji medycznych*

[1] Osoba (najczęściej student/studentka) prowadząca rozmowę z SP. Należy podać rolę, w którą się wcieli. Rola dotyczyć może realizowanego zawodu, specjalizacji lub pełnionej funkcji. Może być więcej niż jedna, na przykład, jeśli scenariusz dotyczy współpracy w zespole. Mnogi specjalista nie jest tym samym co specjalista + inna rola. Specjaliści biorą czynny udział w symulacji na względnie równych zasadach – nawet, jeśli wyznaczony jest lider, to od konkretnego zespołu zależy, jak realnie zadania będą podzielone/wykonywane.

[2] Najczęściej SP to osoba po przeszkoleniu, wcielająca się w rolę pacjenta / innej postaci, z którą specjalista ma wchodzić w interakcję. W najbardziej typowych symulacjach będzie to rola pacjenta, ale może być też rola członka rodziny pacjenta (wówczas rozmowa dotyczy pacjenta, ale interakcja zachodzi z osobą trzecią), członka zespołu (umożliwia ćwiczenie komunikacji w zespole, np. między członkami zespołu lub na linii kierownik – podwładny). W ramach ćwiczenia umiejętności technicznych dopuszcza się interakcję z manekinem – symulatorem, którego „głosem" najczęściej jest obsługa techniczna. Może być więcej niż jeden! Na przykład manekin (jako nieprzytomny pacjent / symulator, na którym ćwiczone są umiejętności kliniczne/techniczne) i jego towarzysz (osoba – SP wprowadzający dodatkowy realizm / służący ćwiczeniu dodatkowych umiejętności).

[3] W scenariuszu można uwzględnić role poboczne, które umożliwiają aktywne zaangażowanie większej liczby uczestników zajęć oraz pozwalają przećwiczyć kolejne umiejętności / uzyskać pełniejszy wgląd. Na przykład lekarzowi może towarzyszyć stażysta, do którego SP może się zwracać, próbując nastawić go przeciwko lekarzowi; rodzic pacjenta może mieć za zadanie symulować demencję i rozpraszać specjalistę. W scenariuszu można uwzględnić więcej niż jedną rolę poboczną. Inne role są dodatkowym dystraktorem/zadaniem dla specjalisty, nie sojusznikiem / częścią zespołu, na którym można bezwarunkowo polegać.

[4] Osoba odpowiedzialna za prowadzenie symulacji, nauczyciel. Może być więcej niż jeden, jeśli zajęcia realizują cele z różnych dziedzin, ocenianych wspólnie / z różnych perspektyw.

To nie jest kolejna rola, w którą ktoś się wciela – tu należy wymienić kompetencje preferowane/wymagane do właściwego prowadzenia symulacji.

Informacje techniczne

Lokalizacja	Tagi	Typ scenariusza
Pozwala specjaliście zorientować się w przestrzeni, typowych zasadach interakcji, dostępnych zasobach. *Na przykład przychodnia POZ, przyszpitalna poradnia onkologiczna, oddział szpitalny, gabinet zabiegowy*	*Hasłowe, ujednolicone cechy symulacji.* *Cel ustawienia tagów: umożliwienie sortowania/filtrowania/przeszukiwania bazy scenariuszy.* *Na przykład pacjent z cukrzycą, pacjent nieufny wobec ochrony zdrowia*	*Dotyczy postrzeganej trudności/złożoności scenariusza.* *Cel określenia typu scenariusza: pomóc dostosować scenariusz do etapu edukacji, ustalić kolejność scenariuszy w cyklu zajęć.* *Należy wybrać jedną z opcji:* *1. **prosty** – pojedyncza umiejętność lub z jednej domeny (wyłącznie badanie fizykalne, wyłącznie komunikacja)* *2. **złożony** – wiele umiejętności lub z wielu domen (badanie fizykalne, leczenie i komunikacja)* *3. **realistyczny/kompleksowy/omnibus** – wiele umiejętności + niewiadome, dodatkowe informacje zmieniające istotnie przebieg scenariusza, uzyskiwane w trakcie jego trwania, scenariusz z zerowymi informacjami startowymi (np. jesteś lekarzem SOR, wchodzi pacjent, którego nigdy nie widziałeś)*

Cele dydaktyczne (z sylabusa)

Informują prowadzącego, na których elementach symulacji skupić się podczas omówienia (nie zawsze udaje się / należy omówić absolutnie każdy element), docelowo powinny też pomóc filtrować/sortować scenariusze. Efekty ze standardów kształcenia umożliwiają także mapowanie programu nauczania, weryfikowanie powtarzających się treści (co jest istotne z punktu widzenia kształtowania umiejętności).

Symbol i numer efektu uczenia się	Efekty uczenia się

Pozostałe cele dydaktyczne

Miejsce do wpisania ponadobowiązkowych (nieujętych w standardach kształcenia) celów dydaktycznych (np. ćwiczonych umiejętności lub okoliczności wykonywania zadania).

Informacje dla osoby zapisującej SP

Jeżeli koordynatorzy przedmiotu mają możliwość przypisywania SP do konkretnych symulacji, mogą być poinformowani o ich niezbędnych/zalecanych cechach, które umożliwią odpowiednią immersję uczestników w symulację.

Symulowany pacjent (aktor)

W tabeli można rozpisać cechy, które warto uwzględnić przy zapisie SP, jeśli są takie możliwości.

Płeć SP[1]	*kobieta / mężczyzna / inna / bez wpływu na symulację*
Wiek SP[2]	*dziecko / nastolatek / młody dorosły / starszy dorosły/senior/ bez wpływu na symulację*
Cechy zewnętrzne SP	*np. przeciętna budowa, ponadnormatywna masa ciała, drobna sylwetka, widoczne siniaki, ślady po cięciu się na przedramionach, bez wpływu na symulację*
Temperament, nastrój, zachowanie postaci odgrywanej przez SP[3]	*np. spokojna, impulsywna, wybuchowa, agresywna, smutna, zrozpaczona, zamknięta w sobie, bez wpływu na symulację*
Inne	*np. zna realia pracy personelu medycznego/mówi po angielsku*

[1] Są scenariusze, które mogą dotyczyć tylko jednej płci, na przykład pacjentki w ciąży, chorób narządów płciowych, kulturowych aspektów interakcji w ochronie zdrowia. W innych przypadkach należy stworzyć lustrzane scenariusze możliwe do odegrania przez SP dowolnej płci.

[2] Najczęściej SP będzie osobą dorosłą, chociaż są schorzenia / przyczyny interakcji możliwe do odegrania realistycznie przez pacjenta jedynie w konkretnym wieku (np. 70-letnia SP w ciąży może utrudnić zanurzenie się uczestników w symulację, podobnie 20-latka mówiąca o swoich wnukach).

[3] Wśród SP są osoby dysponujące szerokim spektrum ekspresji, elastycznością w kreowaniu postaci oraz pełnym wachlarzem sposobów odgrywania ról. Inni mają swój „tryb domyślny" – stały zestaw zachowań, w który automatycznie wpadają i który trudno im porzucić.

Informacje dla SP

Tytuł scenariusza: .....

Imię i nazwisko postaci granej przez SP: .....

Profil pacjenta

Dane podstawowe (imię, nazwisko, wiek – jeśli jest istotny) oraz krótki profil odgrywanej postaci.

Perspektywa pacjenta

Można uwzględnić:

- *tożsamość społeczną,*
- *model ICE (ang. ideas – myśli, concerns – obawy, expectations – oczekiwania),*
- *stan emocjonalny (z wypowiedziami, sposobami okazywania emocji),*
- *sytuację rodzinną, zawodową, finansową (w zależności od tego, co ma znaczenie w kontekście zgłaszanego problemu).*

Cel kontaktu ze specjalistą z perspektywy pacjenta

Krótka informacja dotycząca stanu zdrowia i/lub powodu zgłoszenia się do specjalisty.

Zwięzły opis sytuacji wyjściowej może obejmować:

- dolegliwości i objawy lub powód wizyty (np. skierowanie na badania/do szpitala);
- charakter kontaktu (czy jest to pierwsza, czy kolejna wizyta u tego specjalisty);
- główny problem pacjenta oraz jego kluczową potrzebę / oczekiwanie wobec lekarza.

Problem medyczny

Kolejne komórki tabeli należy szczegółowo uzupełnić i zilustrować konkretnymi przykładami. Wprowadzane dane powinny mieć znaczenie dla realizacji scenariusza.

Przyczyna kontaktu ze specjalistą (dolegliwości, potrzeby)	
Chronologia objawów	*Na przykład dotychczas wykonane badania, obciążenia rodzinne i alergie*
Dotychczas stosowane leczenie	*Informacja o leczeniu stosowanym w związku ze zgłaszanym problemem, a także innych przyjmowanych lekach*
Dotychczasowa diagnostyka	*Dotychczasowa diagnostyka związana ze zgłaszanym problemem*
Choroby przewlekłe	*Jeśli występują*
Hospitalizacje	*Z jakiej przyczyny miały miejsce, kiedy i ile pacjent miał wówczas lat, ile dni był w szpitalu*
Styl życia	*Aktywność fizyczna, dieta, palenie papierosów (ile sztuk na dzień), picie alkoholu (ilość i częstotliwość)*

Kluczowe elementy symulacji

Opis newralgicznych z punktu widzenia celów dydaktycznych elementów symulacji. Na przykład:

- pytania, które SP zada specjaliście,
- stwierdzenia i kluczowe komunikaty SP (np. konkretne zdania testujące empatie i czujność),
- elementy własnej historii (tło medyczne i społeczne postaci, w tym na przykład kluczowe fakty, które pacjent wyjawi wyłącznie w odpowiedzi na właściwie zadane pytania),
- sposób zachowania SP (wytyczne dotyczące emocji, tonu głosu i mowy ciała),
- działania, które powinna podjąć osoba ucząca się.

Inne

Możliwe reakcje

Opis możliwych reakcji – można uwzględnić takie elementy, jak dosłowne cytaty, opis zachowania, rekonstrukcję procesu rozumowania, interpretację reakcji oraz poziom jej nasilenia.

Koła ratunkowe (naprowadzanie błądzącego studenta/studentki)

Zdanie, zachowanie, które ma być ostatnią podpowiedzią w związku z ryzykiem niezrealizowania scenariusza, na przykład: „Jeżeli student lub studentka zbierając wywiad nie zapytał się o ból głowy, w trakcie późniejszego etapu rozmowy złap się za głowę, tak jakby mocno Cię rozbolała i pokaż, że cierpisz”.

Pytania poboczne

To pytania merytoryczne, które może zadać SP lub kwestie, które może poruszyć. Ich uwzględnienie jest istotne zwłaszcza w wypadku scenariuszy pisanych dla studentów pierwszych lat studiów, których wiedza jest ograniczona. Celowe zawężenie zakresu zagadnień poruszanych przez SP chroni przed pytaniami, na które studenci mogą jeszcze nie znać odpowiedzi.

Kłody pod nogi (utrudnienia dla studenta/studentki)

Opcjonalne działania prowadzących symulację w celu kontrolowanego podniesienia poziomu trudności ćwiczenia bez naruszania jego ciągłości.

Informacja zwrotna

Informacja zwrotna zawierająca 1–2 kwestie powiązane z celami dydaktycznymi.

Rekwizyty

Lista rekwizytów, które są niezbędne do odegrania z sukcesem roli (np. szlafrok, okulary, laska, wyniki badań, opakowanie po lekach).

Informacja o grupie studentów/słuchaczy

Informacje dotyczące osób uczących się, które mogą być istotne dla SP przy odgrywaniu roli (np. pierwsze doświadczenia z symulacją, ostatni rok studiów).

Twoja postać w pigułce

1. **Kim jestem i po co zgłaszam się do specjalisty / jakiej potrzebuję pomocy?**
2. **Jaka jest moja sytuacja?**
   W punktach – objawy, opis dolegliwości.
3. **Jakie emocje towarzyszą mi na początku?**
4. **W jaki sposób mówię?**
5. **Stwierdzenia i pytania, które muszą bądź powinny się pojawić.**

Informacja dla osoby uczącej się

Tytuł scenariusza: .....

Imię i nazwisko postaci: .....

Kontekst epidemiologiczny i systemowy scenariusza

Zwłaszcza na wcześniejszych latach studiów osoba ucząca się może nie być świadoma pewnych trudności/rozwiązań – kwestii związanych na przykład z refundacją leków, trudności finansowych pacjentów uniemożliwiających skuteczne leczenie, skomplikowania problemu uzależnienia od papierosów, częstości danej dolegliwości, funkcjonowania pacjentów, nie zawsze oczywistych rozwiązań w niektórych placówkach ochrony zdrowia itd. Zawarte tu informacje mają na celu ułatwienie zrozumienia czemu temat scenariusza w ogóle jest poruszany, pozwalają też przekazać pacjentowi dane, które w toku symulacji mogą okazać się niezbędne. Kontekst dotyczy podobnych sytuacji, typowych problemów – osadza w realiach przyszłą interakcję z konkretnym pacjentem w symulacji.

Symulacja

Informacje istotne dla realizacji scenariusza przez osobę uczącą się:

- *dane o zawodzie, specjalizacji i miejscu akcji,*
- *historia relacji z pacjentem (czy specjalista widzi pacjenta po raz pierwszy, czy jest to kolejny kontakt – w takiej sytuacji należy podać opis poprzednich wizyt),*
- *stan wiedzy i przemyślenia specjalisty przed wejściem chorego,*
- *kontekst bieżącego spotkania oraz wcześniejsze fakty, do których odwoła się pacjent.*

Cel interakcji

Czyli co powinna osiągnąć osoba ucząca się podczas rozmowy z SP.

Na przykład:

- umówić kolejną wizytę,
- wyznaczyć termin operacji/zakwalifikować do operacji,
- włączyć leczenie,
- przekazać informację dodatkową,
- dokonać diagnostyki różnicowej,
- ustalić wstępny plan leczenia.

Dodatkowe informacje

Na wcześniejszych latach studiów słuchaczom może brakować jeszcze pełnej wiedzy medycznej, co wywołuje silny stres i utrudnia wejście w rolę oraz efektywne przećwiczenie scenariusza symulacji. To jest część, która ma umożliwić uzupełnienie tych braków.

Należy uwzględnić, w zależności od potrzeby scenariusza:

- *informacje medyczne potrzebne do zrealizowania scenariusza (twarda wiedza merytoryczna, której studenci mogą jeszcze nie posiadać);*
- *lista dostępnego sprzętu w gabinecie/placówce;*
- *kontekst interakcji z pacjentem;*
- *dostępne opcje terapeutyczne oraz informacje proceduralne, na przykład:*
    - *farmakoterapia,*
    - *leczenie specjalistyczne,*
    - *wsparcie psychologiczne (czy psycholog jest dostępny na miejscu w placówce, czy wymagane jest skierowanie zewnętrzne),*
    - *leczenie specjalistyczne (np. zasady kwalifikacji i kierowania na radioterapię /chemioterapie /radiochemio terapie),*
    - *opieka długoterminowa (możliwości organizacji opieki domowej lub środowiskowych wizyt pielęgniarki w domu pacjenta),*
    - *diagnostyka (np. np. szybkie badania laboratoryjne na izbie przyjęć vs. skierowanie do zewnętrznej placówki).*

Jest to też miejsce na szczegółowe fakty medyczne, które nie wynikają wprost z głównego opisu, ale będą potrzebne, jeśli student lub studentka zostanie o nie zapytany w trakcie symulacji (np. interakcje jakiegoś leku z alkoholem, informacja o bezpieczeństwie stosowania w ciąży innego czy bardzo wysoki miesięczny koszt terapii).

Informacje dla nauczyciela

W sekcji dla nauczyciela powinny się znaleźć wszystkie informacje niezbędne do prowadzenia zajęć z symulacją, które nie zostały przedstawione w pozostałych częściach. W celu standaryzacji prowadzenia debriefingu można rozważyć podanie pytań, które zostaną zadane studentom podczas omówienia. Warto, by kwestie w ramach podsumowania odnosiły się do celów dydaktycznych scenariusza. Można w tym miejscu też zawrzeć materiały dla nauczyciela, na przykład protokół postępowania w określonej sytuacji.

Na przykład:

- *Ustalenie rozpoznania wstępnego:*
- *Diagnostyka różnicowa:*
- *Wstępny plan potencjalnych badań i proponowanego leczenia:*
- *Wstępny plan kontroli medycznej i dalsze zalecenia:*
- *Wynik badania fizykalnego (faktyczny, symulowany), na przykład ciśnienie, tętno:*

Karty obserwacji

Tytuł scenariusza: ……

Obserwatorzy to osoby nie biorące aktywnego udziału w symulacji (studenci). Karty mogą zawierać pytania otwarte, listy kontrolne, zadania do wykonania podczas obserwacji symulacji. Mają angażować obserwatorów, koncentrować ich uwagę na konkretnych elementach scenariusza.

Na przykład:

- Ustalenie rozpoznania wstępnego:
- Diagnostyka różnicowa:
- Wstępny plan potencjalnych badań i proponowanego leczenia:
- Wstępny plan kontroli medycznej i dalsze zalecenia:
- Efektywne/nieefektywne elementy komunikacji:

Aneks 2. Przykładowy scenariusz do zajęć w ramach przedmiotu propedeutyka chorób wewnętrznych

Tytuł scenariusza: Migotanie przedsionków u pacjenta z nawrotem nadczynności tarczycy

Autor scenariusza: Piotr Bienias

Dane ogólne

Streszczenie scenariusza

Kobieta albo mężczyzna powyżej 55–60 roku życia z wieloletnim nadciśnieniem tętniczym zgłasza się na umówioną kilka dni wcześniej wizytę do internisty/ lekarza rodzinnego z powodu okresowych, występujących od niedawna kołatań serca z dyskomfortem w klatce piersiowej oraz okresowym uczuciem braku powietrza. Takie objawy występują pierwszy raz w życiu.

Uczestnicy

Rola studenta	Symulowany pacjent	Inne role	Prowadzący
Internista/lekarz rodzinny	SP – aktor	nie dotyczy	lekarz nauczyciel specjalista chorób wewnętrznych

Informacje techniczne

Lokalizacja	Tagi	Typ scenariusza
gabinet w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej	pacjent z nadczynnością tarczycy i migotaniem przedsionków	złożony

Cele dydaktyczne (z sylabusa)

Symbol i numer efektu uczenia się	Efekty uczenia się
E.W7	Absolwent zna i rozumie: objawy podmiotowe i przedmiotowe, przyczyny oraz podstawy diagnozowania i różnicowania w odniesieniu do najczęstszych chorób wewnętrznych występujących u osób dorosłych oraz ich powikłań
E.U1	Student potrafi przeprowadzić wywiad lekarski z pacjentem dorosłym

Pozostałe cele dydaktyczne

W zakresie kompetencji personalno-społecznych: potrafi nawiązać i utrzymać głęboki i pełen szacunku kontakt z chorym, kieruje się dobrem chorego, stawiając je na pierwszym miejscu.

Informacje dla osoby zapisującej SP

Symulowany pacjent (aktor)

Płeć SP[1]	*kobieta albo mężczyzna*
Wiek SP[2]	*powyżej 55–60 lat*
Cechy zewnętrzne SP	*optymalnie przeciętna lub szczupła sylwetka*
Temperament, nastrój, zachowanie postaci odgrywanej przez SP[3]	*SP raczej impulsywny, podenerwowany*
Inne	*Zna realia pracy personelu medycznego*

Informacje dla SP

Tytuł symulacji: Migotanie przedsionków u pacjenta z nawrotem nadczynności tarczycy

Perspektywa pacjenta

Nieplanowana wcześniej wizyta u lekarza pierwszego kontaktu z nowym problemem zdrowotnym, niepewność dotycząca możliwej diagnozy i dalszego postępowania. SP zachowuje się raczej impulsywnie, jest podenerwowany, a nowy problem zdrowotny wzmaga emocje.

Cel kontaktu ze specjalistą z perspektywy pacjenta:

Kobieta albo mężczyzna powyżej 55–60 roku życia zgłasza się do internisty/lekarza rodzinnego z powodu okresowych kołatań serca z dyskomfortem w klatce piersiowej oraz okresowym uczuciem braku powietrza. Takie objawy występują pierwszy raz w życiu, czas trwania objawów od około tygodnia.

Problem medyczny

Przyczyna kontaktu ze specjalistą (dolegliwości, potrzeby)	• Czas trwania objawów: od ok. tygodnia • Charakter kołatań: nierówna, „mocna” praca serca, także nierówny puls • Nierówny puls pokazuje również aparat do mierzenia ciśnienia, raz szybki ok. 100–140 uderzeń na minutę, raz wolny ok. 40–50 uderzeń na minutę, włącza się alarm na ciśnieniomierzu • Często wysokie ciśnienie tętnicze do 150–160 na 80–90 mmHg • Okresowo brak powietrza, ale tylko przy większych wysiłkach, np. wejście na 2. piętro z zakupami (wcześniej bez duszności powyżej 3–4 piętra) • Dodatkowo okresowy niezwiązany z wysiłkiem dyskomfort w klatce piersiowej, ale nie są to dolegliwości bólowe • Chyba pojawiły się nieduże obrzęki wokół kostek • Oddawanie moczu w nocy 1 raz (jak od wielu lat) • Zasłabnięcia, omdlenia, zawroty głowy nie występowały • Występują nerwowość, niepokój, rozdrażnienie od kilku tygodni

	• Schudnięcie o ok. 3–4 kg w ciągu ostatnich kilku miesięcy, pomimo zwiększonego apetytu • Częstsze oddawanie stolca lub nawet biegunka • Wyraźne wypadanie włosów, pomimo używania dobrych szamponów
Chronologia objawów	jw.
Dotychczas stosowane leczenie	Przyjmowane leki: • na stałe na nadciśnienie Valzek 160 mg 1 tabletka dziennie i Norvasc 5 mg 1 tabletka dziennie • okresowo na rozdrażnienie preparat ziołowy z apteki (trochę pomaga), nazwy nie pamięta
Dotychczasowa diagnostyka	Związana z dolegliwościami z ostatniego okresu nie była dotychczas przeprowadzana
Choroby przewlekłe	Nadciśnienie tętnicze od wielu lat
Hospitalizacje	• 5 lat temu bywały nawracające bóle zamostkowe, wówczas kardiolog zalecił koronarografię w szpitalu, w której „żyły okazały się czyste” i dlatego nie było potrzeby dalszej regularnej kontroli kardiologicznej • Około 10 lat temu nawracające kolki żółciowe i usunięcie „woreczka żółciowego” z powodu kamicy, w tamtym okresie rozpoznano również w szpitalu nadczynność tarczycy, były przyjmowane leki „na tarczycę” przez 2 lata, a później wszystko było dobrze i nie było potrzeby kontroli u endokrynologa
Styl życia	• Raczej spokojny tryb życia, sport rekreacyjnie i okazjonalnie, częste spacery • Używki: do 50 roku życia ok. 10 papierosów dziennie • Pracownik biurowy, wciąż jeszcze aktywny zawodowo
Alergie	Chyba na penicylinę
Wywiad rodzinny	• Siostra w podobnym wieku ma nadciśnienie tętnicze i cukrzycę typu 2 od kilku lat • Rodzice zmarli w starszym wieku, chyba na zapalenie płuc, nie chorowali albo nie mieli poważnych chorób

Kluczowe elementy symulacji

Przeprowadzone zostanie pełne badanie podmiotowe i przedmiotowe w miarę możliwości z osłuchiwaniem serca i płuc, badanie szyi z oceną tarczycy, badanie brzucha, badanie kończyn dolnych.

Inne

KOŁA RATUNKOWE (NAPROWADZANIE BŁĄDZĄCEGO STUDENTA/STUDENTKI)

Na bieżąco po stronie nauczyciela.

PYTANIA POBOCZNE (merytoryczne, które może zadać SP/ kwestie, które może poruszyć)

Na bieżąco po stronie SP.

KŁODY POD NOGI (UTRUDNIENIA SCENARIUSZA)

Nie przewiduje się.

REKWIZYTY

Notatki z wynikami pomiaru pulsu i ciśnienia, lista stosowanych leków.

INFORMACJA O GRUPIE STUDENTÓW: studenci początkujący w zbieraniu wywiadu lekarskiego, trzeci rok studiów kierunku lekarskiego.

Twoja postać w pigułce

1. **Kim jestem i po co zgłaszam się do specjalisty / jakiej potrzebuję pomocy?**
   Zwykły pacjent, oczekuję pomocy w rozwiązaniu nowego, wcześniej niewystępującego problemu zdrowotnego.
2. **Jaka jest moja sytuacja? (w punktach – objawy, opis dolegliwości)**
   Mam kołatania serca i okresowy brak powietrza, które mi dokuczają.
3. **Jakie emocje towarzyszą mi na początku?**
   Niepewność, czy to coś groźnego; podenerwowanie.
4. **W jaki sposób mówię?**
   Raczej szybko, emocjonalnie, nieraz trochę chaotycznie.

5. **Stwierdzenia i pytania, które muszą bądź powinny się pojawić:**

   „Czy moja choroba jest groźna dla życia?”

   „Czy muszę byś skierowany do szpitala?”

   „Czy mam chore serce?”

Informacja dla osoby uczącej się

Tytuł scenariusza: Migotanie przedsionków u pacjenta z nawrotem nadczynności tarczycy

Kontekst scenariusza

Normalna wizyta pacjenta z problemem zdrowotnym u internisty / lekarza pierwszego kontaktu SP normalnie funkcjonuje w społeczeństwie, nie ma większych problemów rodzinnych i finansowych.

Symulacja

Osoba aktywna zawodowo, pracownik biurowy. Kolejna wizyta w przychodni, w przeszłości liczne wizyty z powodu nadciśnienia tętniczego, najczęściej celem przedłużenia terapii. Aktualna wizyta pierwszy raz z obecnym problemem.

Cel interakcji

Ustalenie rozpoznania w wyniku dokładnego badania podmiotowego, diagnostyka różnicowa, zaproponowanie wstępnego planu potencjalnych badań dodatkowych i leczenia, wstępny plan kontroli medycznej i dalsze zalecenia

Dodatkowe informacje

Niekonieczne

Informacje dla nauczyciela

Nauka umiejętności zebrania wywiadu ukierunkowanego na zaburzenia rytmu serca i nadczynność tarczycy, w kontekście wcześniejszego wywiadu chorobowego.

W trakcie symulacji zostaną przeprowadzone, wypracowane i omówione ze studentami następujące punkty:

- Właściwe przeprowadzenie wywiadu lekarskiego w kontekście zgłaszanych przez pacjenta dolegliwości i w kontekście wcześniejszego wywiadu chorobowego,
- Ustalenie rozpoznania wstępnego,
- Diagnostyka różnicowa,
- Wstępny plan potencjalnych badań i proponowanego leczenia,
- Wstępny plan kontroli medycznej i dalsze zalecenia,
- Częściowe badanie fizykalne.

Karty dla obserwatorów

W rutynowych zajęciach nie przewiduje się obserwatorów.

Aneks 3. Przykładowy scenariusz do zajęć z komunikacji medycznej

Tytuł scenariusza: Ból w nadbrzuszu. Wzorcowy wywiad internistyczny z SOCRATES (scenariusz modułowy)

Imię i nazwisko postaci: Tadeusz/Teresa Modrzew

Autorka scenariusza: Anna Rosada

Dane ogólne

Streszczenie scenariusza

(informacja dla organizatora zajęć/nauczyciela)

Scenariusz służy do nauki zbierania wywiadu (efekt E.U1) – z założenia bez badania przedmiotowego, bez stawiania diagnozy i bez decyzji terapeutycznych. 68-letni emerytowany maszynista kolejowy zgłasza się do poradni chorób wewnętrznych z bólem w nadbrzuszu trwającym około 3 tygodni. Dolegliwość ma kompletną, spójną charakterystykę SOCRATES (pieczenie w nadbrzuszu, ból na czczo i w nocy, ulga po posiłku i lekach zobojętniających), której pacjent nie podaje spontanicznie, tylko odpowiada rzeczowo na zadane pytania. W wywiadzie lekowym jest ukryty kluczowy element: od 2 miesięcy pacjent codziennie przyjmuje ibuprofen bez recepty na ból kolana – powie o tym tylko zapytany o leki bez recepty / samoleczenie.
W perspektywie pacjenta: niewypowiedziana obawa o raka żołądka (szwagier zmarł rok temu) – ujawniana wyłącznie po pytaniu o obawy/myśli pacjenta. Zadaniem osoby uczącej się jest przeprowadzenie pełnego, ustrukturyzowanego wywiadu internistycznego (dolegliwość główna z SOCRATES, przegląd układów, choroby przewlekłe, leki łącznie z OTC (ang. *over-the-counter*, bez recepty), alergie, wywiad rodzinny i socjalny, używki), poznanie perspektywy pacjenta (ICE) oraz podsumowanie wywiadu własnymi słowami z weryfikacją (ang. *teach-back*).
Scenariusz jest modułowy: dolegliwość główną można wymienić, zachowując postać, strukturę i karty obserwacji. Instrukcja i przykładowy drugi moduł (ból w klatce piersiowej) znajduje się w części dla nauczyciela.

Uczestnicy

Rola studenta	Symulowany pacjent	Inne role	Prowadzący
Student III roku w roli lekarza zbierającego wywiad w poradni chorób wewnętrznych (przy szpitalu klinicznym)	68-letni mężczyzna z bólem w nadbrzuszu	nie dotyczy	specjalista komunikacji medycznej; zalecana konsultacja internisty

Informacje techniczne

Lokalizacja	Tagi	Typ scenariusza
poradnia chorób wewnętrznych przy szpitalu klinicznym; wizyta pierwszorazowa, planowa	propedeutyka interny, wywiad, SOCRATES, osoba starsza, samoleczenie NLPZ, perspektywa pacjenta (ICE), scenariusz modułowy	prosty (wzorcowy, do nauki struktury)

Cele dydaktyczne (z sylabusa)

Symbol i numer efektu uczenia się	Efekty uczenia się
E.U1	Student potrafi zebrać wywiad z dorosłym, w tym osobą starszą, wykorzystując umiejętności dotyczące treści, procesu i percepcji komunikowania się, z uwzględnieniem perspektywy biomedycznej i perspektywy pacjenta

Pozostałe cele dydaktyczne

Posługiwanie się schematem SOCRATES w charakterystyce dolegliwości bólowej; kompletny wywiad lekowy obejmujący leki bez recepty i suplementy (samoleczenie); elicytacja perspektywy pacjenta (ICE: myśli – obawy – oczekiwania); prowadzenie rozmowy z osobą starszą w tempie i językiem dostosowanym do pacjenta; podsumowanie wywiadu własnymi słowami z weryfikacją kompletności.

Informacje dla osoby zapisującej SP

Symulowany pacjent (aktor)

Płeć SP[1]	*Mężczyzna / kobieta (wersje lustrzane Tadeusz/Teresa; patrz różnice na końcu części dla SP)*
Wiek SP[2]	*Senior w wieku 68 lat (możliwe dostosowanie 62–75 lat)*
Cechy zewnętrzne SP	*Bez wpływu na symulację. Mile widziana zwykła, schludna stylizacja emeryta*
Temperament, nastrój, zachowanie postaci odgrywanej przez SP[3]	*SP życzliwy; rzeczowy; rozmowny, ale trzyma się zasady „nie zawracać głowy doktorowi"; skłonny do krótkich dygresji (działka, wnuki), ale łatwo i bez oporu wraca do głównego tematu medycznego* *Rola przyjazna dla mniej doświadczonych SP*
Inne	*Nie dotyczy*

Informacje dla SP

Tytuł scenariusza: Wzorcowy wywiad internistyczny z SOCRATES (scenariusz modułowy)

Imię i nazwisko postaci: Tadeusz Modrzew

Nazywasz się Tadeusz Modrzew, masz 68 lat, jesteś emerytowanym maszynistą kolejowym. Mieszkasz z żoną w mieszkaniu w średniej wielkości mieście. Macie działkę, na której spędzasz pół życia.

Cel kontaktu ze specjalistą z perspektywy pacjenta

Pierwsza wizyta w poradni chorób wewnętrznych – skierował Cię lekarz rodzinny z powodu bólu w nadbrzuszu („pod łyżeczką"), który trwa od około 3 tygodni i nie przechodzi. Chcesz, żeby ktoś wreszcie ustalił, co to jest.

Perspektywa pacjenta

Sytuacja pacjenta:

Całe życie przepracowałeś na kolei, od 5 lat jesteś na emeryturze. Z żoną Haliną macie dwójkę dorosłych dzieci i czwórkę wnuków. Rytm dnia wyznacza ci działka: od wiosny do jesieni jesteś tam niemal codziennie. Od około 2 miesięcy dokucza Ci prawe kolano (schodzenie po schodach, klękanie przy grządkach) – sąsiad z działki polecił ibuprofen, więc bierzesz go z apteki bez recepty, zwykle 1–2 tabletki dziennie, czasem więcej, jak kolano daje popalić. Pomaga, więc nie zawracasz tym głowy lekarzowi – to przecież „zwykły środek na ból".

Od około 3 tygodni masz ból w górnej części brzucha. Na początku myślałeś, że to „coś nie poszło" po grillu u syna, ale nie przechodzi. Żona kupiła ci w aptece Rennie – pomagają na chwilę. Zauważyłeś, że ból budzi cię czasem nad ranem, około godziny 4–5, i że po śniadaniu robi się lepiej. Do lekarza rodzinnego poszedłeś tydzień temu – dał skierowanie do poradni internistycznej „dla pewności".

Rok temu na raka żołądka zmarł twój szwagier Kazik – mąż siostry. Też zaczynało się od żołądka. Ta myśl wraca do Ciebie wieczorami, ale głośno jej nie wypowiadasz – nie chcesz wyglądać na panikarza, a poza tym „lepiej nie wywoływać wilka z lasu". Jeśli lekarz zapyta wprost, czego się obawiasz albo co sam myślisz o tych dolegliwościach – powiesz o Kaziku.

Akronim ICE (ang. *ideas* – myśli, *concerns* – obawy, *expectations* – oczekiwania):

- Myślisz (*ideas*), że to może „wrzód albo nadżerki" – kolega z kolei coś takiego miał.
- Obawiasz się (*concerns*) – cicho – że to może być to samo, co u szwagra Kazika.
- Oczekujesz (*expectations*), że lekarz porządnie Cię wypyta, powie, co dalej (może jakieś badanie żołądka?) i czy możesz spokojnie jeździć na działkę.

Problem medyczny

Też według SOCRATES. Mówisz tylko to, o co zapyta student lub studentka.

S – lokalizacja (*site*)	Górna część brzucha, środek, „pod łyżeczką”. Pokazujesz dłonią płasko na nadbrzuszu
O – początek (*onset*)	Około 3 tygodnie temu, stopniowo, bez jednego wyraźnego punktu początkowego; nie było urazu
C – charakter (*character*)	Pieczenie, gniecenie – „jakby ktoś żar przyłożył od środka”. Nie kłuje, nie rozrywa
R – promieniowanie (*radiation*)	Nie promieniuje – trzyma się jednego miejsca. Nie idzie do pleców, do klatki ani do barku
A – objawy towarzyszące (*associations*)	Odbijanie, czasem zgaga po obfitszym jedzeniu. Bez wymiotów, trudności w połykaniu, chudnięcia (waga stoi), smolistych/czarnych stolców (stolce normalne, ale powiesz o tym tylko zapytany wprost), gorączki, żółtaczki
T – przebieg w czasie (*time course*)	Codziennie. Najgorzej na czczo – przed południem, jeśli spóźni się posiłek – i nad ranem: budzi Cię około godziny 4–5. Po jedzeniu wyraźnie lżej
E – co nasila/ co łagodzi (*exacerbating/ relieving factors*)	Nasila: głód, mocna kawa (pijesz 3 dziennie), nerwy. Łagodzi: jedzenie, szklanka mleka, Rennie (bierzesz doraźnie 1–2 tabletki dziennie od około 2 tygodni). O ibuprofenie na kolano nie wspominasz przy tym pytaniu – dla Ciebie to osobna sprawa
S – nasilenie (*severity*)	W skali 0–10: zwykle 4–5, ostatnio do 6. Nie przeszkadza w chodzeniu, ale psuje dzień i sen
Choroby przewlekłe	Nadciśnienie tętnicze (od około 10 lat, unormowane), podwyższony cholesterol. Prawe kolano – „zużyte”, boli od około 2 miesięcy
Leki na receptę	Ramipryl 5 mg rano; atorwastatyna 20 mg wieczorem. Od lat bez zmian.

Leki bez recepty/ suplementy	Ibuprofen 200–400 mg – codziennie od około 2 miesięcy na kolano (1–2 tabletki, czasem więcej); Rennie doraźnie od około 2 tygodni; witamina D „bo żona kazała” Kluczowe: informacje o lekach bez recepty podajesz tylko na bezpośrednie pytanie o nie, gdy dodajesz „coś od siebie”, mówisz o samoleczeniu. Na pytanie ogólne: „Jakie leki Pan bierze?”, wymieniasz **tylko** te na receptę. Ibuprofen to dla Ciebie nie lek, tylko „tabletka od bólu”
Alergie	Nie masz
Wywiad rodzinny	Ojciec zmarł na zawał w wieku 70 lat, mama dożyła 89 lat. Szwagier (mąż siostry) zmarł rok temu na raka żołądka – to nie krewny, ale w twojej głowie to „rodzina”; wspominasz o nim przy pytaniu o obawy albo o nowotwory w otoczeniu
Używki	Papierosy: paliłeś około 20 lat, rzuciłeś 15 lat temu. Alkohol: piwo weekendowo na działce, okazjonalnie kieliszek wódki. Kawa: 3 dziennie, mocne
Wywiad socjalny	Jesteś emerytem (maszynistą), mieszkasz z żoną. Jesteś samodzielny, aktywny (działka, rower). Jesz dosyć nieregularnie, w sezonie działkowym – „jak wyjdzie”

Kluczowe elementy symulacji

1. **Przykładowy początek rozmowy** (życzliwie, rzeczowo): „Dzień dobry, Panie Doktorze. Skierował mnie mój lekarz rodzinny, bo od paru tygodni piecze mnie tu, pod łyżeczką i nie chce przejść”.

2. **Zasada główna:** odpowiadasz na pytania – konkretnie i zgodnie z tabelą SOCRATES – nie podajesz wszystkich informacji sam z siebie. Na pytania otwarte („proszę opowiedzieć o tym bólu”) wymieniasz 2–3 elementy (miejsce, pieczenie, że budzi nad ranem) i czekasz na dopytanie o resztę. Na pytania zamknięte odpowiadasz krótko i dokładnie.
3. **Ibuprofen** – pułapka wywiadu lekowego. Przy ogólnym pytaniu: „Jakie leki pan przyjmuje?”, wymieniasz tylko ramipryl i atorwastatynę. O ibuprofenie mówisz

dopiero przy pytaniu o leki bez recepty, przeciwbólowe lub „Czy bierze Pan coś jeszcze, choćby z apteki bez recepty?”. Wtedy mówisz naturalnie:
„A, no na kolano biorę ibuprom, codziennie w zasadzie, od jakichś dwóch miesięcy… Ale to chyba nie ma nic do rzeczy?”.

4. **Obawa o raka** – warstwa ICE. O szwagrze Kaziku mówisz tylko wtedy, gdy lekarz zapyta o Twoje obawy lub myśli (na przykład po pytaniu „Czego się Pan najbardziej obawia?”, „Co Pan sam podejrzewa?”) albo kiedy będzie mowa o nowotworach w rodzinie/otoczeniu. Wtedy cicho odpowiadasz: „Bo wie Pan… Szwagier mój w zeszłym roku umarł na raka żołądka. Też mu się od żołądka zaczęło”.
5. **Dygresje**: od czasu do czasu krótka dygresja (działka, wnuki, sąsiad, który polecił ibuprofen). Jedno-dwa zdania – sprawdzasz, czy lekarz umie życzliwie wrócić do tematu. Nie przeciągaj.
6. **Nie recytuj tabeli** – wczuj się w życzliwego, konkretnego emeryta. Jeśli lekarz o coś nie zapyta – ta informacja nie pada (poza kołami ratunkowymi).

Inne

MOŻLIWE REAKCJE

Zachowanie lekarza	Twoja reakcja
Przedstawia się, wyjaśnia cel rozmowy, pyta o zgodę	Rozluźniasz się; „No pewnie, dlatego jestem”
Zaczyna od pytania otwartego i daje dokończyć	Opowiadasz swobodnie w 3–4 zdaniach. Masz poczucie, że ktoś naprawdę Cię słucha
Strzela seriami pytań zamkniętych od pierwszej minuty	Odpowiadasz posłusznie „tak/nie”, ale krótko. Część wątków (Kazik, ibuprofen) nigdy nie wyjdzie
Pyta o leki ogólnie i poprzestaje na odpowiedzi	Wymieniasz tylko leki na receptę; ibuprofen zostaje nieujawniony
Dopyta o leki bez recepty, przeciwbólowe, suplementy	Odpowiadasz: „A, na kolano biorę ibuprom, codziennie od dwóch miesięcy…” – z lekkim zdziwieniem, że to ważne

Zachowanie lekarza	Twoja reakcja
Pyta o obawy, myśli, „Czego się Pan najbardziej boi?”	Chwila ciszy, potem mówisz cicho o szwagrze Kaziku. Odczuwasz ulgę, że to z siebie wyrzuciłeś
Zbywa obawę („na pewno nic groźnego”) bez wysłuchania	Grzecznie przytakujesz, ale obawa zostaje; wychodzisz z nią do domu
Przyjmuje obawę poważnie („Rozumiem, dlaczego Pan o tym myśli; właśnie po to zbieramy dokładny wywiad i zaplanujemy badania”)	Wyraźna ulga; ufasz temu lekarzowi, dopytujesz o dalsze kroki
Używa żargonu („epigastrium”, „melena”, „NLPZ”) bez wytłumaczenia	„Przepraszam, a co to znaczy?” – pytasz wprost, bez skrępowania
Podsumowuje wywiad własnymi słowami i pyta, czy niczego nie pominął	Słuchasz uważnie i poprawiasz drobiazgi, jeśli coś przekręcił (np. „Nie po jedzeniu, boli przed jedzeniem”). Doceniasz porządek
Potrzeby	Obawy
Chcesz: • żeby ktoś porządnie i po kolei Cię wypytał, • zrozumieć, co może być przyczyną i co będzie dalej (badania?), • móc powiedzieć o obawie – jeśli ktoś o nią zapyta, • wiedzieć, czy możesz żyć normalnie (działka, kawa, piwo)	Nie chcesz: • wyglądać na panikarza, • być zbyty („nic panu nie jest”) bez wypytania, • słyszeć żargonu bez tłumaczenia, • myśleć wieczorami o Kaziku – a myślisz
Emocje i stany przy spełnianiu potrzeb	Emocje i stany przy realizacji obaw
Spokój, rzeczowa współpraca, rosnące zaufanie, ulga po wypowiedzeniu obawy	Grzeczna powściągliwość, krótsze odpowiedzi, obawa zabrana z powrotem do domu

Koła ratunkowe (naprowadzanie błądzącego studenta/studentki)

1. Jeśli do końca rozmowy lekarz nie zapytał o leki bez recepty – przy podsumowaniu wyjmij z kieszeni blister ibuprofenu i zapytaj: „A te na kolano to mogę dalej brać?”.
2. Jeśli nie zapytał o twoje obawy – przy końcu rozmowy powiedz z wahaniem: „Bo ja się tak trochę… zastanawiam, czy to nie coś poważnego…” i czekaj, czy podejmie.

Pytania poboczne

Pytania, które możesz zadać:

- „Co to może być, Panie Doktorze?”
- „Czy trzeba będzie robić to badanie z rurką, gastroskopię?”
- „Czy kawa mi szkodzi?”
- „A piwo na działce?”
- „Czy to może być od nerwów?”

Zadajesz je pod koniec, jeśli jest przestrzeń.

Informacja zwrotna

W informacji zwrotnej zwróć szczególną uwagę na zwroty i zachowania lekarza, które Cię zamykały *versus* otwierały:

Zwroty zamykające	Zwroty wspierające
Seria pytań zamkniętych bez wstępu	„Proszę mi opowiedzieć od początku, co się dzieje”
„Na pewno nic groźnego” (przed wypytaniem)	„Rozumiem, dlaczego Pan o tym myśli. Właśnie po to dokładnie zbieram wywiad
„Epigastrium”, „melena”, „NLPZ” bez tłumaczenia	„Czy zauważył Pan bardzo ciemny, wręcz czarny stolec?” (zamiast „meleny”)
Przerywanie dygresji z irytacją	„Ciekawe z tą działką – wróćmy na moment do brzucha: …”
Brak podsumowania – rozmowa ucięta	„Podsumuję, co usłyszałem, a Pan mnie poprawi, jeśli coś pomyliłem”

REKWIZYTY

Blister ibuprofenu w kieszeni (do koła ratunkowego), ewentualnie skierowanie od lekarza rodzinnego (kartka).

INFORMACJA O GRUPIE STUDENTÓW/SŁUCHACZY

Studenci trzeciego roku kierunku lekarskiego, na propedeutyce chorób wewnętrznych – dla wielu to pierwsze pełne wywiady. Graj życzliwie; nagradzaj dobre pytania naturalnie płynącą odpowiedzią. Nie utrudniaj ponad zapisane warunki ujawnienia. Jeśli student lub studentka powie uczciwie: „Nie wiem, zapytam prowadzącego" – przyjmij to spokojnie.

Twoja postać w pigułce

1. **Kim jestem i po co, i po co zgłaszam się do specjalisty / jakiej potrzebuję pomocy?**

   Tadeusz Modrzew, 68 lat, emerytowany maszynista; skierowany do poradni internistycznej z bólem „pod łyżeczką" od 3 tygodni.

2. **Jaka jest moja sytuacja?**

   - Ból, pieczenie, które budzą mnie nad ranem, po jedzeniu odczuwam ulgę.
   - Na kolano biorę codziennie ibuprofen – dla mnie to nie jest „lek".
   - Wieczorami myślę o szwagrze, który zmarł na raka żołądka.

6. **Jakie emocje towarzyszą mi na początku?**

   Spokój z domieszką cichego niepokoju. Nie chcę wyjść na panikarza.

3. **W jaki sposób mówię?**

   Życzliwie, konkretnie, z drobnymi dygresjami. Odpowiadam na pytania – nie wykładam wszystkiego sam. Jestem **reaktywny**: dobre pytania otwierają, zbywanie zamyka.

4. **Stwierdzenia i pytania, które muszą bądź powinny się pojawić:**

   - otwarcie „piecze pod łyżeczką i nie chce przejść";
   - ibuprofen tylko na pytanie o leki bez recepty;
   - Kazik tylko na pytanie o obawy; koła ratunkowe przy podsumowaniu.

Scenariusz w pigułce: 68-letni pacjent przychodzi z dolegliwością, którą można zbadać/opisać przy pomocy modelu zawartego w akronimie SOCRATES – ale nie poda jej sam. Odpowiada na to, o co został zapytany: konkretnie, życzliwie, czasem z dygresją o działce. W wywiadzie lekowym kryje się samoleczenie ibuprofenem (kolano), o którym powie tylko zapytany o leki bez recepty. W tle niewypowiedziana obawa: szwagier zmarł na raka żołądka – ujawni ją tylko lekarz, który zapyta o obawy i myśli pacjenta. Sukces osoby uczącej się to kompletny wywiad: wszystkie litery SOCRATES, leki OTC, używki, wywiad rodzinny oraz poznanie perspektywy pacjenta (ICE) i podsumowanie wywiadu własnymi słowami. Bez badania, bez diagnozy, bez leczenia – to ćwiczenie z wywiadu.

Wersja Teresa (kobieta) – różnice względem wersji podstawowej:

- Nazywasz się Teresa Modrzew, masz 68 lat, jesteś emerytowaną nauczycielką (dostosuj wszystkie formy gramatyczne).
- Zamiast szwagra Kazika – na raka żołądka zmarła rok temu Twoja przyjaciółka z pracy, Wanda. Reszta mechanizmu (ujawnienie tylko przy pytaniu o obawy) bez zmian.
- Kolano, ibuprofen, działka, leki, używki, SOCRATES – identyczne.

Informacja dla osoby uczącej się

Tytuł scenariusza: Wzorcowy wywiad internistyczny z SOCRATES (scenariusz modułowy)

Imię i nazwisko postaci: Tadeusz/Teresa Modrzew

Kontekst scenariusza

Wywiad jest podstawowym narzędziem diagnostycznym internisty – szacuje się, że w większości przypadków to on (a nie badania dodatkowe) wskazuje właściwe rozpoznanie. Dobry wywiad łączy dwie perspektywy: biomedyczną (uporządkowana charakterystyka dolegliwości, przegląd układów, leki, wywiady) i perspektywę pacjenta (jego myśli, obawy i oczekiwania – ICE). Pominięcie którejkolwiek z nich daje wywiad niekompletny: bez perspektywy biomedycznej nie ma diagnozy, bez perspektywy pacjenta nie ma zaufania ani *adherence* – a obawa nienazwana wraca z pacjentem do domu.

Do charakterystyki dolegliwości bólowej służy akronim SOCRATES:

S – *Site* (lokalizacja),

O – *Onset* (początek i okoliczności),

C – *Character* (charakter),

R – *Radiation* (promieniowanie),

A – *Associations* (objawy towarzyszące),

T – *Time course* (przebieg w czasie),

E – *Exacerbating / relieving factors* (czynniki nasilające łagodzące),

S – *Severity* (nasilenie, np. skala 0–10).

U osób starszych szczególnie ważny jest kompletny wywiad lekowy – łącznie z lekami bez recepty i suplementami: pacjenci często nie uznają ich za leki i nie wymieniają ich przy pytaniu ogólnym. Pytaj wprost: „Czy przyjmuje Pan coś jeszcze – choćby z apteki bez recepty, środki przeciwbólowe, suplementy?”.

Symulacja

Jesteś lekarzem w poradni chorób wewnętrznych przy szpitalu klinicznym.
Pan Tadeusz Modrzew (68 lat) został skierowany do poradni przez lekarza rodzinnego z powodu dolegliwości bólowych nadbrzusza. To wizyta pierwszorazowa.

Cel interakcji

Twoim zadaniem jest wyłącznie zebranie wywiadu. Bez badania przedmiotowego, bez stawiania diagnozy i bez zlecania leczenia. Przeprowadź pełny, ustrukturyzowany wywiad: dolegliwość główna z pełnym SOCRATES; ukierunkowany przegląd objawów towarzyszących (w tym pytania o objawy alarmowe: chudnięcie, trudności w połykaniu, wymioty, bardzo ciemne stolce); choroby przewlekłe; leki **na receptę i bez recepty** (samoleczenie, suplementy); alergie; wywiad rodzinny; używki; wywiad socjalny. Poznaj perspektywę pacjenta (ICE): co sam myśli, czego się obawia, czego oczekuje. Na koniec podsumuj wywiad własnymi słowami i zapytaj pacjenta, czy niczego nie pominąłeś. Sukces to wywiad kompletny w obu perspektywach – biomedycznej i pacjenta.

Dodatkowe informacje (wsparcie merytoryczne dla studentów trzeciego roku)

- **SOCRATES.** Dla skutecznego posługiwania się akronimem zapamiętaj kluczowe pytania, które odpowiadają każdej literze akronimu:
  - S (ang. *site*, lokalizacja) – „Gdzie dokładnie boli? Może pan pokazać ręką?”
  - O (ang. *onset*, początek i okoliczności) – „Kiedy ból się zaczął i jak – nagle czy stopniowo?”
  - C (ang. *character*, charakter) – „Jaki to ból – piecze, gniecie, kłuje?”
  - R (ang. *radiation*, promieniowanie) – „Czy ból przemieszcza się lub gdzieś promieniuje?”
  - A (ang. *associations*, objawy towarzyszące) – „Co mu towarzyszy? Czy wiążą się z nim inne dolegliwości?”
  - T (ang. *time course*, przebieg w czasie) – „Jak zmienia się w ciągu doby – czy jest stały, falowy, czy pojawia się tylko w określonych porach dnia?”

    - E (ang. *exacerbating / relieving factors*, czynniki nasilające/łagodzące) – „Co go zaostrza, a co przynosi ulgę?”
    - S (ang. *severity*, nasilenie) – „Jak silny jest ból w skali 0–10?”
- **Objawy alarmowe przy dolegliwościach z nadbrzusza:** niezamierzone chudnięcie, trudności / ból przy połykaniu, uporczywe wymioty, bardzo ciemne (czarne, smoliste) stolce lub krew w stolcu, niedokrwistość w wywiadzie. Pytaj o nie wprost, prostym językiem.
- **Wywiad lekowy u seniora.** Pytaj osobno o leki na receptę, osobno o leki bez recepty, przeciwbólowe i suplementy. Przewlekłe przyjmowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (np. ibuprofenu) ma znaczenie przy dolegliwościach z górnego odcinka przewodu pokarmowego.
- ICE w praktyce:
    - I (ang. *ideas*, myśli): „Co Pan sam myśli, co to może być?”
    - C (ang. *concerns* (obawy) – „Czy jest coś, czego się Pan w związku z tym obawia?”
    - E (ang. *expectations*, oczekiwania) – „Czego Pan oczekuje od dzisiejszej wizyty?”

  Obawę przyjmij poważnie – nie uspokajaj przed zebraniem danych.
- **Struktura końcowa:** podsumowanie własnymi słowami + pytanie: „Czy o czymś jeszcze powinienem wiedzieć?”. To nie kurtuazja, tylko narzędzie kompletności – w tym scenariuszu potrafi uratować pominięty ibuprofen.

Informacje dla nauczyciela

Założenia scenariusza

Scenariusz jest wzorcowy i celowo bez dodatkowych komplikacji. Pacjent to osoba współpracująca, bez barier komunikacyjnych, z dolegliwością o kompletnej strukturze SOCRATES. Trudność leży nie w pacjencie, lecz w kompletności wywiadu, który student musi przeprowadzić.

W scenariuszu znajdują się dwa zaszyte testy:

- wywiad lekowy – ibuprofen ujawniany tylko na pytanie o leki bez recepty (ogólne „jakie leki pan bierze?” nie wystarcza);
- perspektywa pacjenta – obawa o raka żołądka ujawniana tylko na pytanie o obawy, myśli (ICE).

Obie informacje są klinicznie istotne – pierwsza dla perspektywy biomedycznej, druga dla relacji i dalszej współpracy – dokładnie w duchu E.U1 („perspektywa biomedyczna i perspektywa pacjenta”).

Rozpoznanie robocze w tle (dla nauczyciela, **nie do przekazania osobie uczącej się** przed symulacją): obraz sugerujący chorobę wrzodową/gastropatię w kontekście przewlekłego NLPZ – pacjent wymaga dalszej diagnostyki. Scenariusz kończy się na wywiadzie.

Modułowość – jak wymienić dolegliwość główną

Postać, struktura scenariusza, karty obserwacji i oba zaszyte testy (leki OTC, ICE) są niezależne od choroby.
Aby przygotować wariant na inną dolegliwość, wystarczy wymienić:

- tabelę SOCRATES w części SP;
- listę objawów alarmowych w części studenta osoby uczącej się;
- rozpoznanie robocze w tle;
- ewentualnie element samoleczenia, tak by pozostawał klinicznie powiązany ze schorzeniem.

Jeśli chodzi o perspektywę pacjenta (część ICE), obawa powinna pozostać osadzona w jego biografii.

Przykładowy moduł B: Ból w klatce piersiowej (dławica wysiłkowa)

Problem medyczny według SOCRATES:

- S (ang. *site*, lokalizacja) – ból zamostkowy, pokazuje pięścią (nie palcem);
- O (ang. *onset*, początek i okoliczności) – od około 2 miesięcy, przy wysiłku;
- C (ang. *character*, charakter) – gniecenie, ucisk („jakby ktoś usiadł na piersi”);
- R (ang. *radiation*, promieniowanie) – do żuchwy i lewego ramienia;
- A (ang. *associations*, objawy towarzyszące) – lekka zadyszka przy bólu, bez kołatania, bez omdleń;
- T (ang. *time course*, przebieg w czasie) – epizody 3–5 minut, tylko przy wysiłku (schody na 3. piętro, rower pod górkę), ustępują po odpoczynku;
- E (ang. *exacerbating / relieving factors*, czynniki nasilające/łagodzące) – nasila wysiłek i zimno, łagodzi odpoczynek;
- S (ang. *severity*, nasilenie) – 5–6/10.

Objawy alarmowe do wypytania: ból w spoczynku, ból trwający powyżej 20 minut, zimne poty, duszność spoczynkowa. Samoleczenie: bez zmian (ibuprofen na kolano – tu bez związku, ale nadal do wychwycenia). Perspektywa pacjenta (ICE): obawa o życie – ojciec zmarł na zawał w wieku 70 lat, pacjent ma 68 lat i w głowie już odlicza czas do tego wieku. Weryfikacja internisty/kardiologa.

Materiały i kwestie merytoryczne

Skierowanie od lekarza rodzinnego do przygotowania – fikcyjne, jedno zdanie, na przykład: „dolegliwości bólowe nadbrzusza od około 3 tygodni, proszę o diagnostykę”. Bez podpowiedzi rozpoznania.

Ważne: scenariusz nie obejmuje badania przedmiotowego ani decyzji! Jeśli student lub studentka zmierza do badania/leczenia, SP naturalnie pyta „to co dalej, Panie Doktorze?”, a prowadzący kończy scenę po podsumowaniu wywiadu. Czas sceny: 15–20 minut + debriefing. Scenariusz nadaje się na pierwsze zajęcia z wywiadu. Można go powtórzyć w tej samej grupie z modułem B dla kontrastu.

[DO WERYFIKACJI – internista: lista objawów alarmowych, charakterystyka bólu w module A i B, zasadność rytmu dobowego „ból głodowy/nocny” w obrazie sugerującym etiologię wrzodową.]

Pytania do debriefingu

Kompletność SOCRATES (E.U1):

- „Które litery padły, które nie?”
- „Co było najtrudniej wydobyć i dlaczego?”

Przyjmowanie ibuprofenu:

- „Czy pojawiała się kwestia stosowania ibuprofenu?”
- Jeśli tak – „Które pytanie ujawniło zażywanie ibuprofenu?”
- Jeśli nie – „Co by ujawniło zażywanie ibuprofenu?”, „Czego to uczy o wywiadzie lekowym u seniorów?”

Perspektywa pacjenta:

- „Czy padło pytanie o obawy?”
- „Co się zmieniło w pacjencie po wypowiedzeniu obawy o raka?”
- „Co by się stało, gdyby wrócił z nią do domu?”

Proporcja pytań otwartych i zamkniętych:

- „Jak wyglądało otwarcie rozmowy?”
- „Kiedy pytania zamknięte były właściwe?”

Podsumowanie:

- „Czy dokonano podsumowania?”
- „Czy pacjent coś doprecyzował?”
- „Co daje pytanie »Czy o czymś jeszcze powinienem wiedzieć?«” na końcu?”

Scenariusz w pigułce: 68-letni pacjent przychodzi z dolegliwością, która ma pełną, spójną strukturę SOCRATES – ale nie poda jej sam. Odpowiada na to, o co został zapytany: konkretnie, życzliwie, czasem z dygresją o działce. W wywiadzie lekowym kryje się samoleczenie ibuprofenem (kolano), o którym powie tylko zapytany o leki bez recepty. W tle niewypowiedziana obawa: szwagier zmarł na raka żołądka – ujawni ją tylko lekarz, który zapyta o obawy i myśli pacjenta. Sukces osoby uczącej się to kompletny wywiad: wszystkie litery SOCRATES, leki OTC, używki, wywiad rodzinny oraz poznanie perspektywy pacjenta (ICE) i podsumowanie wywiadu własnymi słowami. Bez badania, bez diagnozy, bez leczenia – to ćwiczenie z wywiadu.

Karty obserwacji dla obserwatorów

Prowadzący dzieli obserwatorów na trzy zespoły zadaniowe.

Zadanie A – licznik SOCRATES i kompletności. Odhaczaj na bieżąco litery SOCRATES (S-O-C-R-A-T-E-S) w miarę, jak padają pytania o nie. Osobno odhacz: objawy alarmowe (chudnięcie, połykanie, wymioty, ciemne stolce); leki na receptę; leki bez recepty; alergie; wywiad rodzinny; używki; wywiad socjalny; podsumowanie na końcu. Wynik: ile z listy się pojawiło.

Zadanie B – łowca cytatów. Zapisz **dosłownie** pytania otwarte (policz je) *vs* serie pytań zamkniętych; każdy żargon bez wytłumaczenia („epigastrium”, „melena”, „NLPZ”); każde przedwczesne uspokajanie („na pewno nic groźnego”); pytania sugerujące odpowiedź („ale nie chudnie pan, prawda?”).

Zadanie C – obserwator perspektywy pacjenta. Zaznacz, czy i jak padły pytania o myśli pacjenta (*ideas*), obawy (*concerns*), oczekiwania (*expectations*). Zapisz reakcję pacjenta na każde z nich. Osobno zanotuj, jak lekarz przyjął obawę o raka – poważnie czy zdawkowo– i po czym to poznałeś. Wynotuj dygresje pacjenta i sposób powrotu do tematu.

Zadania wspólne:

1. Uchwyć „moment zmiany” – kiedy pacjent najbardziej się otworzył i co go bezpośrednio poprzedziło.
2. Odpowiedz jednym zdaniem: czy wywiad jest kompletny w obu perspektywach (biomedycznej i pacjenta) – czego zabrakło?

Spis tabel i rycin

Tabele:

Tabela 1. Zalety i ograniczenia zajęć z udziałem SP
Tabela 2. Obszary tematyczne wywiadów w zależności od grupy badanej
Tabela 3. Kryteria włączenia do badania w zależności od grupy badanej
Tabela 4. Obszary tematyczne wyłonione podczas analizy wyników
Tabela 5. Korzyści obserwatorów i osób biorących aktywny udział w symulacji z SP

Ryciny[3]**:**

Rycina 1. Cechy dobrego SP
Rycina 2. Najważniejsze zagadnienia, które powinny być poruszone podczas szkolenia SP
Rycina 3. SP na różnych etapach nauczania – rozwijanie umiejętności i integracja kompetencji
Rycina 4. Wyzwania i ograniczenia kształcenia z udziałem SP
Rycina 5. Czynniki wpływające na jakość kształcenia realizowanego z udziałem SP

[3] Koncepcja, zakres treści merytorycznych oraz sposób przedstawienia zagadnień na rycinach zostały opracowane przez autorów monografii. Do wykonania graficznej formy części rycin wykorzystano narzędzie oparte na sztucznej inteligencji. Sztuczna inteligencja została wykorzystana wyłącznie jako narzędzie wspomagające opracowanie warstwy wizualnej.

Wykaz skrótów

HFM – manekin wysokiej wierności (ang. *high fidelity manekin*)

ICE – przekonania (wyobrażenia), obawy, oczekiwania (ang. *ideas, concerns, expectations*) – akronim ułatwiający zapamiętanie najważniejszych elementów składających się na perspektywę pacjenta

OTC – leki bez recepty (ang. *over-the-counter*)

SOCRATES – lokalizacja, początek i okoliczności, charakter, promieniowanie, objawy towarzyszące, przebieg w czasie, czynniki nasilające/łagodzące, nasilenie (ang. *site, onset, character, radiation, associations, time course, exacerbating/relieving factors, severity*) – akronim używany do oszacowania charakterystyki bólu

SP – symulowany pacjent (ang. *simulated patient*)

RP – prawdziwy pacjent (ang. *real patient*)

VP – wirtualny pacjent (ang. *virtual patient*)

Piśmiennictwo

1. Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. General Learning Press.
2. Barrows, H. (1968). Simulated patients in medical teaching. *Can Med Assoc J*. 98(14), 674–676.
3. Barrows, H. (1993). An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Acad Med*. 68(6), 443–451.
4. Barrows, H., & Abrahamson, S. (1964). The programmed patient: a technique for appraising student performance in clinical neurology. *J Med Educ*. (39), 802–805.
5. Beach, M., & Inui, T. (2006). Relationship-centered care research network. Relationship-centered care. A constructive reframing. *J Gen Intern Med*. 21(1), s. 3–8.
6. Behrens, C., Driessen, E., Dolmans, D., & Gormley, G.J. (2021). 'A roller coaster of emotions': a phenomenological study on medical students lived experiences of emotions in complex simulation. *Adv Simul (Lond)* 6, 24.
7. Bodys-Cupak, I., Łatka, J., Ziarko, E., Majda, A., & Zalewska-Puchała, J. (2020). Medical simulation with simulated patients in the education of polish nursing students – pilot study. *Pielęgniarstwo Polskie,* 3 (77), 166–173.
8. Bokken, L., Rethans, J.-J., Jöbsis, Q., Duvivier, R., Scherpbier, A., & van der Vleuten, C. (2010). Instructiveness of Real Patients and Simulated Patients in Undergraduate Medical Education: A Randomized Experiment. *Academic Medicine*, *85*(1), 148–154.
9. Bosse, H., Nicke, l.M., Huwendiek, S., Jünger, J., Schultz, J., & Nikendei, C. (2010). Peer role-play and standardised patients in communication training: a comparative study on the student perspective on acceptability, realism, and perceived effect. *BMC Med Educ*. 31, 10:27.
10. Bosse, H., Schultz, J., Nickel, M., Lutz, T., Möltner, A., Jünger, J., Huwendiek, S., & Nikendei, C. (2012). The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 87(3), 300-306.
11. Bradley, P. (2006). The history of simulation in medical education and possible future directions. *Med Educ*. 40(3), 254–262.
12. Braun, V., & Clarke, V. (2024). *Analiza tematyczna*. PWN.
13. Britz, V., Koch, Y., Schreckenbach, T., Stefanescu, M., Zinßer, U., Sterz, J., & Ruesseler, M. (2022). Influence of using simulated or real patients on undergraduate medical students acquiring competencies in medical conversations in surgery: A prospective, controlled study. *Front. Surg*. 9:986826.
14. Britz, V., Sterz, J., Koch, Y., Schreckenbach, T., Stefanescu, M., Zinßer, U., Verboket, R., Sommer, K., & Ruesseler, M. (2024). Impact of simulated patient-based communication training vs. real patient-based communication training on empathetic behaviour in undergraduate students - a prospective evaluation study. *BMC Med Educ*. 24(1), 870.

15. Cahill, H., Coffey, J., & Sanci, L. (2015). ‘I wouldn’t get that feedback from anywhere else’: learning partnerships and the use of high school students as simulated patients to enhance medical students’ communication skills. *BMC Med Educ*(15), 35.
16. Clapper, T. (2010). Beyond knowles: what those conducting simulation need to know about adult learning theory. *Clin Simul Nurs*. 6(1), e7–14.
17. Cleland, J., Abe, K., & Rethans, J. (2009). The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. *Medical Teachear* 31(6), 477–486.
18. Coffey, F., Tsuchiya, K., Timmons, S., Baxendale, B., Adolphs, S., & Atkins, S. (2016). Simulated patients versus manikins in acute-care scenarios. *Clinical Teacher* (13), 257–261.
19. Davies, E., Crawford, L., Crawford, T., Musolino, R., Hutchinson, R., Pelentsov, L., Gilmour, M., & Montagu, A. (2025). Capturing and cultivating the simulated patient/participant (SP) experience: a qualitative study exploring how the perspectives of SPs can inform the co-production of an orientation resource guide. *Adv Simul (Lond)*. 10(1), 14.
20. Dent, J., Harden, R., & Hunt, D. (2021). *A practical guide for medical teacher*. Elsevier.
21. Dewey, J. (1938). *Experience and Education*. Kappa Delta Pi, Lecture Series, Collier Macmillan Publishers.
22. Dieckmann, P., Gaba, D., & Rall, M. (2007). Deepening the theoretical foundations of patient simulation as social practice. *Sim Healthcare*. 2(3), 183–193.
23. Díez, N., Franchez, B., Rodríguez-Díez, M., Vidaurreta, M., Betés, M., Fernández, S., Palacio, P., Pueyo, F., & Martín-Calvo, N. (2025). Comparison of real and standardized patients in Degree in Medicine: a randomized controlled intervention study. *Rev Clin Esp (Barc)*. 225(6), 502306.
24. Doroszewska, A., & Stalmach-Przygoda, A. (2023). Symulacja jako metoda kształtowania umiejętności komunikacji z pacjentem i jego bliskimi In A. Doroszewska & M. Kaczor (Eds.), *Symulacja medyczna metodą kształtowania umiejętności nietechnicznych i kompetencji społecznych*. Edra Urbran & Partner (https://csm.wum.edu.pl/pl/node/109)
25. Doyle, A., Sullivan, C., O'Toole, C., Tjin, A., Simiceva, A., Collins, N., Murphy, P., Anderson, M. J., Mulhall, C., Condron, C., Nestel, D., MacAulay, R., McNaughton, N., Coffey, F., & Eppich, W. (2024). Training simulated participants for role portrayal and feedback practices in communication skills training: A BEME scoping review: BEME Guide No. 86. *Medical Teacher,* 46(2), 162–178.
26. Eklics, K., Csongor, A., Hambuch, A., & Fekete, J. (2024). Diverse Integration of Simulated Patients in Medical Education for Communication, Language, and Clinical Skills in Hungary. *Adv Med Educ Pract.* (15), 301-312.
27. Ekman, I., et al. (2011). Person-centered care-Ready for prime time. European Journal of Cardiovascular Nursing, 10(4), 248–251.

28. Epstein, R., Street, R. 2011. The values and value of patient-centered care. Ann Fam Med. 9(2):100–3.

29. Erici, S., Lindqvist, D., Lindström, M.B., & Gummesson, C. (2023). Three perspectives on learning in a simulated patient scenario: a qualitative interview study with student, simulated patient, and teacher. *Adv Simul (Lond)* 20;8(1):10.

30. Felix, H. & Simon, L. (2022). Conceptual frameworks in medical simulation. In StatPearls. StatPearls Publishing.

31. Flanagan, O., & Cummings, K. (2023). Standardized Patients in Medical Education: A Review of the Literature. *Cureus* 15(7), e42027.

32. Folorunsho, E., Malabu, U., Anderson, E., & Malau-Aduli, B. (2025). A Systematic Review of Emotional, Cognitive, and Logistical Factors Influencing Simulated Patient Performance in Simulation-Based Education. *Advances in Medical Education and Practice* (16), 2229–2247.

33. Gebhardt, C., Mehnert-Theuerkauf, A., Hartung, T., Zimmermann, A., Glaesmer, H., & Götze, H. (2021). COMSKIL: a communication skills training program for medical students. *GMS J Med Educ*. 15; 38(4): Doc 83.

34. George, R., Wells, H., & Cushing, A. (2022). Experiences of simulated patients in providing feedback in communication skills teaching for undergraduate medical students. *BMC Med Educ* 3; 22(1): 339.

35. Gilliland, W., Pangaro, L., Downing, S., Hawkins, R., Omori, D., Marks, E., & Bordage, G. (2006). APPLIED RESEARCH: Standardized Versus Real Hospitalized Patients to Teach History-Taking and Physical Examination Skills. Teaching and Learning in Medicine, 18(3), 188–195.

36. Glaser, B., & Strauss, A. (2009). *Odkrywanie teorii ugruntowanej. Strategie badania jakościowego*. Zakład Wydawniczy Nomos.

37. Gorski, S., Prokop-Dorner, A., Pers, M., Stalmach-Przygoda, A., Malecki, Ł., Cebula, G., & Bombeke, K. (2022). The Use of Simulated Patients Is more Effective than Student Role Playing in Fostering Patient-Centred Attitudes during Communication Skills Training: A Mixed Method Study. *Biomed Res Int*. 17:1498692.

38. Harden, R., & Gleeson, F. (1979). Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE). *Med Educ*. 13(1), 41–54.

39. Harden, R., Stevenson, M., Downie, W., & Wilson, G. (1975;). Assessment of clinical competence using objective structured examination. *Br Med J.* 1(5955), 447–451.

40. Hundert, E. (2015). cyt. za: Shaw, J., Rethinking the Medical Curriculum. *Harvard Magazine*.

41. Isaksson, J., Krabbe, J., & Ramklint, M. (2022). Medical students' experiences of working with simulated patients in challenging communication training. *Adv Simul (Lond)*. 10;7(1), 32.

42. Jabaay, M., Marotta, D., Aita, S., Walker, D., Grcevich, L., Camba, V., Nolin, J., Lyons, J., & Giannini, J. (2020). Medical Simulation-Based Learning Outcomes in Pre-Clinical Medical Education. *Cureus*. 12(12), e11875.

43. Kaplonyi, J., Bowles, K.-A., Nestel, D., Kiegaldie, D., Maloney, S., Haines, T., & Williams, C. (2017). Understanding the impact of simulated patients on health care learners' communication skills: A systematic review. Medical Education, 51(12), 1209–1219.

44. Kim, Y. (2024). Application of social constructivism in medical education. Korean Medical Education Review, 26(Suppl. 1), s. 31–39.

45. Kleinman, A. (2012). Caregiving as moral experience. *Lancet*, 380, 1550–1551.

46. Kolb, D., & Fry, R. (1975). Toward an applied theory of experiential learning. In C. L. Cooper (Ed.), *Theories of group processes*. John Wiley & Sons, s. 33–58.

47. Lane, C., & Rollnick, S. (2007). The use of simulated patients and role-play in communication skills training: a review of the literature to August 2005. *Patient Educ Couns.*, 67, 1–2, 13–20.

48. Lembo, D., Abate Daga, F., Calì, C., Garbossa, D., Manfredi, M., Odetto, L., Ostacoli, L., Paccotti, P., Raimondo, S., Reimondo, G., & Sciascia, S. (2024). Early introduction of simulation in the medical curriculum: the MedInTo perspective. *Front. Med.* 10:1280592.

49. Lewis, K., Bohnert, C., Gammon, W., Hölzer, H., Lyman, L., Smith, C., Thompson, T., Wallace, A., & Gliva-McConvey, G. (2017). The Association of Standardized Patient Educators (ASPE) Standards of Best Practice (SOBP). *Adv Simul (Lond)*, 27(2:10).

50. Lipnevich, A., Mattern, K., & Feddock, C. (2026). Formative assessment and feedback in medical education: A practical guide: AMEE Guide No. 189. *Medical Teacher* 48(6), 921–940.

51. Lovink, A., Geelkerken, K., Miedema, H., Rethans, J., van Mook, W., & Groenier, M. (2026). From Simulation to Conversation: Simulated Patients' Contribution to Meaningful Feedback Dialogues *Perspect Med Educ.* 15(1), 226–238.

52. Lovink, A., Groenier, M., van der Niet, A., Miedema, H., & Rethans, J. (2024). How simulated patients contribute to student learning in an authentic way, an interview study. *Adv Simul (Lond)* 11;9(1), 4.

53. Lovink, A., Groenier, M., van der Niet, A., Miedema, H., & Rethans, J.-J. (2021). The contribution of simulated patients to meaningful student learning. Perspectives on Medical Education, 10(6), 341–346.

54. Lovink A., Groenier M., van der Niet A., Miedema H., Rethans J. (2021) The contribution of simulated patients to meaningful student learning. Perspect Med. Educ. 10(6):341–346.

55. Mackey, C., Jandu, S., Fidrocki, J., Raduzycki, T., & Carey, J. (2025). Exploring Optimal Group Sizes for Learning in Medical Simulation: A Systematic Review. *J Med Educ Curric*.

56. Makoul, G. (2026). Human-centered healthcare: An organizing principle for reinforcing the humanity of healthcare. *Patient Education and Counseling* 148, 109559.

57. Makoul, G., Noble, L., Gulbrandsen, P., & van Dulmen, S. (2024). Reinforcing the humanity in healthcare: The Glasgow Consensus Statement on effective communication in clinical encounters. *Patient Education and Counseling*, *122*, 108158.

58. Moloney, M., Murphy, L., & Kingston, L. (2022). Final year undergraduate nursing and midwifery students' perspectives on simulation-based education: a cross-sectional study. *BMC Nurs* 21, 299.

59. Motola, I., Devine, L., Chung, H., Sullivan, J., & Issenberg, S. (2013). Simulation in healthcare education: A best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. *Medical Teacher*, 35(10), e1511–e1530.

60. Muckler, V., & Thomas, C. (2019). Exploring suspension of disbelief among graduate and undergraduate nursing students. *Clin Simul Nurs.* (35), 25–32.

61. Murakami, T., Yamamoto, A., Hagiya, H., Obika, M., Mandai, Y., Miyoshi, T., Kataoka, H., & Otsuka, F. (2023). The effectiveness of simulation-based education combined with peer-assisted learning on clinical performance of first-year medical residents: a case-control study. *BMC Med Educ* 23, 859.

62. Nestel, D., Tabak, D., Tierney, T., Layat-Burn, C., Robb, A., Clark, S., Morrison, T., Jones, N., Ellis, R., Smith, C., McNaughton, N., Knickle, K., Higham, J., & Kneebone, R. (2011). Key challenges in simulated patient programs: An international comparative case study. *BMC Med Educ* 11, 69.

63. Nowotny, R., & Grove, D. (1982). Description of an examination for the objective assessment of history-taking ability. *Med Educ.* 16(5), 259–263.

64. O'Regan, S., Molloy, E., Watterson, L., & Nestel, D. (2016). Observer roles that optimise learning in healthcare simulation education: a systematic review. *Adv Simul (Lond)*(11:1:4).

65. O'Reilly, C., Moles, R., Boukouvalas, E., & El-Den, S. (2019). Assessing students' mental health crisis skills via consumers with lived experience: a qualitative evaluation. *J Ment Health Train Educ Pract.* 14(5), 361–371.

66. Owen, H. (2012). Early use of simulation in medical education. *Simul Healthc.* 7(2), 102–116.

67. Pritchard, S., Denning, T., Keating, J., Blackstock, F., & Nestel, D. (2020). "It's Not an Acting Job … Don't Underestimate What a Simulated Patient Does": A Qualitative Study Exploring the Perspectives of Simulated Patients in Health Professions Education. *Simul Healthc.* 15(1), 21–29.

68. Qureshi, A., & Zehra, T. (2020). Simulated patient's feedback to improve communication skills of clerkship students. *BMC Med Educ* 20, 15.

69. Rosen, K. (2008). The history of medical simulation. *J Crit Care.* 23(2), 157–166.

70. Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 29 września 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego.

71. Russell, J. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychol Rev* (110), 145–175.

72. Sanson-Fisher, R., & Poole, A. (1980). Simulated patients and the assessment of medical students' interpersonal skills. *Med Educ*. 14(4), 249–253.

73. Santana M., Manalili K., Jolley R., Zelinsky S., Quan H., Lu M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. Health Expect. 21 (2): 429–440.

74. Saxena, P., Varghese, L., Hilal, H., Al-Jaberi, N., Almabrouk, T., & Coey, J. (2021). Role of standardized patients (SPs) in medical education. *Medical education*, *25*(1).

75. Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. Temple Smith.

76. Shrivastava, S. R., & Shrivastava, P. S. (2022). Simulated patients in the training of medical students: Justifying the need and Points to ponder. *Journal of Medical Society* 36(1), 36–38.

77. Shulruf, B., Taylor, S., Kaur, H., Kitson, J., Tran, D., Dunstan, L., De Silva, D., Ahmadzai, M., Bhatti, M., Falconer, R., Roome, S., Vickers, D., Bobba, S., & Patel, J. (2018). Simulated Patient and Role Play Methodologies for Communication Skills Training in an Undergraduate Medical Program: Randomized, Crossover Trial. *Education for Health* 31(1), 10–16.

78. Simek-Downing, L., Quirk, M., & Letendre, A. (1986). Simulated versus actual patients in teaching medical interviewing. *Fam Med*. 18(6), 358–360.

79. Stegmann, K., Pilz, F., Siebeck, M., & Fischer, F. (2012). Vicarious learning during simulations: is it more effective than hands-on training? *Med Educ*. 46(10), 1001–1008.

80. Sterz, J., Gutenberger, N., Stefanescu, M., Zinßer, U., Bepler, L., Linßen, S., Schäfer, V., Carstensen, P., Verboket, R., Adili, F., & Ruesseler, M. (2022). Manikins versus simulated patients in emergency medicine training: a comparative analysis. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 48(5), 3793–3801.

81. Stokes-Parish, J., Duvivier, R., & Jolly, B. (2018). Investigating the impact of moulage on simulation engagement — A systematic review *Nurse Education Today*, *64*, 49-55.

82. Szauter, K. (2019). Simulated and standardized patients. In G. Chiniara (Ed.), Clinical simulation: Education, operations, and engineering. Academic Press. s. 33–39

83. Taylor, S., Haywood, M., & Shulruf, B. (2019). Comparison of effect between simulated patient clinical skill training and student role play on objective structured clinical examination performance outcomes for medical students in Australia. *J Educ Eval Health Prof*. 16:3.

84. Tyrrell, E., Sandhu, S., Berry, K., Ghannam, S., Lewis S, Crowfoot, D., Sahota, G., Carson, J., Wilson, E., & Taggar, J. (2025). Web-Based AI-Driven Virtual Patient Simulator Versus Actor-Based Simulation for Teaching Consultation Skills: Multicenter Randomized Crossover Study. *JMIR Form Res*. 20;9, e71667.

85. Vleuten, v. d., C, & Swanson, D. (1990). Assessment of clinical skills with standardized patients: state of the art. *Teach Learn Med*. (2(2)), 58–76.

86. von Fragstein, M., Silverman, J., Cushing, A., Quilligan, S., Salisbury, H., & Wiskin, C. (2008). UK Council for Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ*. 42(11), 1100–1107.

87. Wallace, P. (1997). Following the threads of an innovation: the history of standardized patients in medical education. *Caduceus*. 13(2), 5–28.

88. Wiechula, L., Chur-Hansen, A., & Davies, E. (2024). Experiences of Simulated Patients Involved in Difficult Conversations With Undergraduate and Postgraduate Health Professionals. *Simul Healthc*. 19(6), e127-e134.

89. Zraick, R., Allen, R., & Johnson, S. (2003). The use of standardized patients to teach and test interpersonal and communication skills with students in speech-language pathology. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 8(3), 237–248.

Noty o autorach

Piotr Bienias – dr hab. n. med., specjalista chorób wewnętrznych i kardiologii, adiunkt w Klinice Chorób Wewnętrznych i Kardiologii z Centrum Diagnostyki i Leczenia Żylnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Kierownik Pracowni Elektrokardiologii Nieinwazyjnej w Szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus w Warszawie. Przewodniczący Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w kadencji 2023–2025. Posiada wieloletnie doświadczenie związane z dydaktyką akademicką, w tym z koordynacją i prowadzeniem zajęć dla studentów kierunku lekarskiego z udziałem SP. W 2023 roku uhonorowany Kryształowym Lancetem Publiczności na Wydziale Lekarsko-Stomatologicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, tj. nagrodą dla najlepszego nauczyciela akademickiego Wydziału wyłanianego w bezpośrednim głosowaniu studentów spośród osób nominowanych.

Antonina Doroszewska – dr hab. n. med. i n. o zdr., kierowniczka Studium Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, socjolożka, ekspertka komunikacji medycznej, absolwentka podyplomowych studiów „Edukacja Medyczna” na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Ukończyła wiele szkoleń z zakresu metodyki nauczania komunikacji organizowanych przez European Association for Communication in Healthcare. Jej działalność naukowa i dydaktyczna jest związana z komunikacją pracowników ochrony zdrowia z pacjentami oraz w zespołach terapeutycznych, perspektywą pacjenta w opiece zdrowotnej i w relacji lekarz – pacjent. Jest autorką programów kształcenia z zakresu komunikacji medycznej oraz prowadzi szkolenia dla nauczycieli akademickich dotyczące metodyki nauczania kompetencji komunikacyjnych, a także szkolenia z zakresu komunikacji dla osób wykonujących zawody medyczne. Szczególne miejsce w jej pracy zajmuje rozwijanie dydaktyki z udziałem SP — posiada wieloletnie doświadczenie w ich rekrutacji i szkoleniu, a także w prowadzeniu zajęć z wykorzystaniem tej metody. Kierowniczka projektu „Standardy nauczania z udziałem symulowanych pacjentów”.

Iwona Drozdowska – lekarka, psycholożka, nauczycielka akademicka i asystentka badawczo-dydaktyczna w Studium Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Ukończyła szkolenia z zakresu prowadzenia zajęć

z komunikacji medycznej organizowane przez European Association for Communication in Healthcare. Autorka i współautorka publikacji naukowych poświęconych komunikacji z pacjentami oraz kształceniu kompetencji komunikacyjnych w medycynie. Posiada doświadczenie w prowadzeniu zajęć z udziałem SP, a także w ich rekrutacji, przygotowaniu i szkoleniu. Zajmuje się również opracowywaniem scenariuszy zajęć z udziałem SP oraz prowadzeniem szkoleń dla nauczycieli akademickich z zakresu nowoczesnych metod dydaktycznych w edukacji medycznej. Jej działalność dydaktyczna i badawcza koncentruje się na rozwijaniu i wdrażaniu nowoczesnych metod nauczania komunikacji medycznej oraz wspieraniu praktyki klinicznej opartej na dowodach naukowych i empatycznym podejściu do pacjenta.

Agata Janczak – lekarka, rezydentka anestezjologii i intensywnej terapii, zainteresowana wykorzystaniem symulacji w kształceniu medyków. W trakcie studiów na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym działała w Studenckim Kole Symulacji Medycznej. Związana ze Studium Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, gdzie prowadzi zajęcia z komunikacji medycznej. Obecnie kontynuuje rozwój w zakresie doskonalenia metod szkolenia z wykorzystaniem symulacji, ze szczególnym uwzględnieniem pracy z SP.

Marcin Kaczor – dr n. med., kierownik Centrum Symulacji Medycznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz pracownik II Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii WUM. Specjalizuje się we wdrażaniu innowacyjnych technologii, w tym sztucznej inteligencji oraz technik immeryjnych do kształcenia medycznego. Łączy działalność kliniczną, dydaktyczną i organizacyjną, rozwijając nowoczesne rozwiązania edukacyjne dla studentów i profesjonalistów ochrony zdrowia.

Łukasz Małecki – lekarz i psycholog, asystent w Zakładzie Dydaktyki Medycznej Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, koordynator Programu Symulowanego Pacjenta. Absolwent Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum UJ oraz Instytutu Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Współtwórca kompleksowego programu nauczania komunikacji medycznej z udziałem SP dla studentów kierunku lekarskiego w Collegium Medicum UJ. Odpowiada za rekrutację, przygotowanie i szkolenie symulowanych oraz standaryzowanych pacjentów na potrzeby dydaktyki i egzaminów;

autor programu ich szkolenia, prowadzonego również dla trenerów na polskich uczelniach publicznych i niepublicznych. Absolwent kursu Train the Trainers dla trenerów nauczycieli komunikacji medycznej organizowanego przez EACH (International Association for Communication in Healthcare) oraz szkolenia dla trenerów SP Uniwersytetu w Maastricht. Współredaktor i współautor podręcznika „Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy", współtwórca krajowych rekomendacji dotyczących nauczania komunikacji medycznej, członek zespołów eksperckich. Twórca scenariuszy i materiałów dydaktycznych, prowadzący szkolenia dla studentów, lekarzy i nauczycieli akademickich. Czynny zawodowo lekarz.

Magdalena Nowak – psycholog, wykładowczyni akademicka, coach. Specjalizuje się w nauczaniu umiejętności komunikacyjnych przyszłych pracowników ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem efektywnej, empatycznej i skoncentrowanej na pacjencie komunikacji. W swojej pracy wspiera studentów w rozwijaniu kompetencji niezbędnych do budowania relacji z pacjentami, prowadzenia trudnych rozmów oraz współpracy w zespołach medycznych. Zajmuje się rekrutacją, przygotowaniem oraz szkoleniem symulowanych pacjentów. Opracowuje scenariusze symulacji. Jej zainteresowania zawodowe koncentrują się wokół edukacji medycznej, metod symulacyjnych oraz doskonalenia jakości komunikacji w ochronie zdrowia. Łączy doświadczenie dydaktyczne z pasją do tworzenia bezpiecznego, angażującego i sprzyjającego uczeniu się środowiska, które wspiera rozwój przyszłych profesjonalistów ochrony zdrowia.

Anna Rosada – lekarka w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej, asystentka dydaktyczna w Studium Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Prowadzi zajęcia z komunikacji medycznej dla studentów kierunków medycznych oraz szkolenia dla pracowników ochrony zdrowia i nauczycieli akademickich. Ukończyła szkolenia European Association for Communication in Healthcare (EACH) z zakresu pracy z SP oraz nauczania wspólnego podejmowania decyzji (ang. *shared decision-making*). Jej działalność dydaktyczna i naukowa koncentruje się na rozwijaniu kompetencji komunikacyjnych, wykorzystaniu SP w edukacji medycznej oraz zastosowaniu sztucznej inteligencji i przetwarzaniu języka naturalnego w ochronie zdrowia. Jest współautorką publikacji naukowych z zakresu komunikacji medycznej i edukacji zdrowotnej pacjentów.

Joanna Zawanowska – kulturoznawczyni, psycholożka, certyfikowana psychoterapeutka poznawczo-behawioralna osób dorosłych i par, trenerka umiejętności miękkich. Asystentka dydaktyczna w Studium Komunikacji Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Ukończyła szkolenia z zakresu metodyki nauczania komunikacji medycznej organizowane przez European Association for Communication in Healthcare. Posiada doświadczenie w prowadzeniu zajęć z komunikacji medycznej z udziałem symulowanych pacjentów oraz w rekrutacji i szkoleniach symulowanych pacjentów. Uczestniczyła w konferencjach poświęconych komunikacji medycznej, m.in. w Portoryko i Kanadzie. Prowadzi szkolenia psychorozwojowe dla lekarzy, psychologów i psychoterapeutów, m.in. w izbach lekarskich. Prowadzi psychoterapię lekarzy.

… Za szczególnie cenne uważam w tych wypowiedziach to, że są owocem wielostronnej i wszechstronnej refleksji oraz doświadczeń wyniesionych przez uczestników zajęć z symulowanymi pacjentami. To swoista wartość dodana tej publikacji. Podobnie jak zamieszczony w aneksach szablon scenariusza i przykłady jego wykorzystania w zajęciach propedeutycznych w chorobach wewnętrznych i tzw. sytuacji trudnej. Kolejnym niezwykle cennym elementem pracy jest zwrócenie przez Autorów szczególnej uwagi na rolę, jaką odgrywa informacja zwrotna udzielana przez pacjentów symulowanych ćwiczącym studentom i wartość omawiania, a nie oceniania tego, co w trakcie zajęć się wydarzyło…

prof. Piotr Zaborowski

… Mocną stroną pracy jest konsekwentne przeplatanie trzech planów: (1) syntezy literatury międzynarodowej, (2) głosu uczestników badania własnego (obszerne, dobrze dobrane cytaty z wywiadów fokusowych) oraz (3) praktycznych rekomendacji. Dzięki temu publikacja może służyć zarówno jako materiał poznawczy, jak i praktyczny podręcznik dla osób organizujących zajęcia z SP — to rzadkie i cenne połączenie w piśmiennictwie tego typu…

dr hab. Piotr Dziechciarz