

Miejsce potencjału refleksyjnego w edukacji onkologicznej

Wiktor Chmielarczyk

Place of reflective capacity in the oncological education

Wstęp

Zgodnie z międzynarodowymi ustaleniami jakość edukacji medycznej (onkologicznej) winna odzwierciedlać zdefiniowane naukowo potrzeby społeczeństwa, w którym jest prowadzona [1]. W Polsce nowotwory stanowią drugą przyczynę umieralności [2]. Ponadto wzrasta liczba osób, które chorowały kiedykolwiek na nowotwór. Ich liczba może być co najmniej pięciokrotnie wyższa od liczby corocznych zachorowań [3]. Tym bardziej zrosła staje się konieczność nie tylko kształcenia specjalistów, ale wprowadzania elementów onkologii do praktyki lekarzy rodzinnych, szczególnie w terenach odległych od ośrodków onkologicznych.

W Europie wciąż nie ma ujednoliconego programu edukacji onkologicznej [4]. Tradycyjne uniwersyteckie placówki mają duże kłopoty z odpowiednim poziomem onkologicznej edukacji studentów i stażystów z powodu interdyscyplinarności onkologii, aczkolwiek Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization, WHO*) we współpracy z Międzynarodową Unią Przeciwrakową (*Union Internationale Contre le Cancer, UICC*) zaleca na studiach uniwersyteckich obowiązujący moduł onkologiczny [5].

W pracy podjąłem refleksję nad kształceniem u młodych lekarzy refleksyjnych zdolności poznawczych. Inspiracją refleksji były doświadczenia własne i obce [6–9].

Moduły edukacyjno-dydaktyczne

Moduły edukacyjno-dydaktycznych programów nauczania onkologii dzielą się na pacjentocentryczne (epidemiologia, zapobieganie, badania przesiewowe, leczenie, rehabilitacja, postępowanie paliatywne, umiejętność komunikacji z chorym) i dyscyplinocentryczne (onkologia kliniczna, radioterapia, chirurgia onkologiczna, hematologia, medycyna paliatywna) [7].

W warunkach Centrum Onkologii — Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, zarówno na zajęciach przeddyplomowych, jak i podyplomowych, zawsze starano się łączyć te moduły kładąc jednak nacisk na moduł pacjentocentryczny. Taka idea nawiązuje bezpośrednio do definicji onkologii humanistycznej zaproponowanej przez Tadeusza Koszarowskiego [8]. Podstawowym wyzwaniem onkologii humanistycznej jest nauczanie przyszłych lekarzy umiejętności rozmowy z chorym i badania chorych na nowotwory w różnych stadiach tej choroby, wreszcie poznanie zasad leczenia skojarzonego. Najbardziej istotnym elementem edukacji onkologicznej wydaje się być jednak zrozumienie zasad procesu decyzyjnego lekarza, wypracowanego w relacji pacjent-lekarz. [7]. Punktem wyjścia do optymalnej realizacji tych edukacyjnych zadań nie jest jednak odpowiednia kompozycja modułów edukacyjno-dydaktycznych, lecz odpowiednio formowane zdolności poznawcze lekarza.

Bardziej refleksyjnie o przed- i podyplomowej edukacji onkologicznej

W przed- i podyplomowej edukacji onkologicznej szczególnie rolę odgrywa wyzwolenie w osobowości lekarza zdolności refleksyjnego poznania rzeczywistości choroby. Wymaga to wykształcenie u przyszłych specjalistów zdolności poznawczych, które łączyłyby trzy intelektualne aktywności:

1. Umiejętność sprowadzenia choroby w wymiarze osobowym do możliwie prostego fenomenu o określonej istocie i konstytucji, czyli wykształcenie u lekarza zmysłu fenomenologicznego.
2. Ustawiczna próba uchwycenia sensu choroby w życiu chorego poprzez dialog z nim i umiejętność wysłuchania jego narracji.

3. Zdolność współprzeżywania choroby (empatia), ułatwiająca pełne zrozumienie konkretnego przypadku i porozumienia z chorym.

Tego typu zdolności poznawcze mają charakter dynamicznego procesu przekraczającego poznanie oparte jedynie na doświadczeniu intelektualno-eksperymentalnym. Można taki proces określić jako nieustanne uaktualnianie *metapoznawczego* potencjału lekarza.

Potencjał taki można również opisać pojęciem „pojemność refleksyjna” (*reflective capacity*) [9].

Zgodnie ze współczesnymi standardami pojemność refleksyjna jest fundamentem ustawicznej edukacji i rozwoju osobowości lekarskiej [10], dlatego rozwijanie potencjału *metapoznawczego* w formie zdolności do myślenia refleksyjnego stało się obowiązkowym edukacyjnym elementem przed i podyplomowych programów dydaktycznych w USA, promowanych przez ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) [11].

Pojemność refleksyjna, rozwijana, między innymi poprzez pisanie krótkich utworów literackich o pacjentach, uczy lekarza „elastyczności” w kontakcie z „twardą strukturą” choroby nowotworowej. Z drugiej strony to właśnie ta „elastyczność” umożliwia improwizację intelektualną będącą ważnym elementem mądrości lekarskiej, wykorzystywanej w praktyce. Słowo „improwizacja” kojarzy się w tym momencie, całkiem słusznie, z muzyką jazzową, której istotą jest odkrywanie w strukturze tych samych pospolitych akordów nieskończonej ilości linii melodycznych, pięknych pięknem ich spontaniczności. Zdaniem niektórych autorów, ta metafora dobrze odzwierciedla pracę lekarza z rozwiniętą zdolnością intelektualnej improwizacji zakorzenionej w jego pojemności refleksyjnej [12].

W V wieku p.n.e. grecki historyk Herodot z Halikarnasu (484–424 p.n.e.) odwiedził Egipt, gdzie upadkowi starożytnej kultury towarzyszył upadek medycyny. Podstawowym objawem upadku medycyny według greckiego historyka i geografą była rywalizacja lekarzy o dostęp do różnych części ciała, czyli dominacja superspecjalizacji nad całościowym podejściem do fenomenu osoby ludzkiej [13].

W naszych czasach historia się powtarza. Być może więc powtórne odkrycie piękna mądrości lekarskiej, łączącej naukową wiedzę i zachwyt nad fenomenem osoby, będzie jedynym remedium w walce o tożsamość zawodu lekarza narażonego na antynomie pomiędzy „ekonomicznym terorem” i europejską tradycją personalistyczną [14].

Podziękowanie

Bardzo serdecznie dziękuję Panu Profesorowi dr hab. med. Andrzejowi Wiktorowi Szawłowskiemu, organizatorowi pierwszego kursu wprowadzającego dla lekarzy stażystów i rezydentów w Centrum Onkologii — Instytucji im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Analiza kursu, opublikowana w czasopiśmie *Nowotwory Journal of Oncology* [6], była jedną z inspiracji do napisania tego artykułu. Ponadto dziękuję koleżankom z Samodzielnej Pracowni Edukacji Onkologicznej mgr Monice Galickiej, dr Grażynie Kamińskiej oraz pani Marii Kornblit i Wiktorii Szymańskiej, które bardzo mi pomogły, uwalniając mnie w trakcie pisania artykułu od obowiązków organizacyjno-administracyjnych.

Dr n. med. Wiktor Chmielarczyk

Centrum Onkologii — Instytut im. Marii Skłodowskiej
ul. Roentgena 5, 02–781 Warszawa
e-mail: W.Chmielarczyk@speo.coi.pl

Piśmiennictwo

1. Didkowska J, Wojciechowska U, Zatoński W. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2007*. Warszawa: Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, 2009
2. Anonymus. The Edinburgh Declaration. *Lancet*. 1988; 332:464
3. Brameld KJ, Holman CD, Threllfall TJ. Increasing „active prevalence” of cancer in Western Australia and its implication for health services. *Aust N Z J Public Health* 2002; 26: 164–169
4. Medical Oncology Status in Europe Survey (MOSES). Phase II. The ESMO MOSES Task Force <http://www.esmo.org/resources/survey/>
5. Haagedorn EML, de Vries J, Robinson E. The UICC/WHO-CCC Cancer Education Project: a different approach. *J Cancer Education* 2000; 15: 204–208.
6. Galicka M, Kornblit M, Szymańska W i wsp. Szkolenie rezydentów i stażystów w Centrum Onkologii Instytucji im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie: analiza pierwszego kursu wprowadzającego w celu poszukiwania modelowych rozwiązań dydaktyczno-edukacyjnych. *Nowotwory Journal of Oncology* 2011; 61: 300–303.
7. Chmielarczyk W, Galicka M, Wojtaszczyk K. Refleksje na temat edukacji onkologicznej w Polsce. *Nowotwory Journal of Oncology* 2011; 61: 178–180.
8. Koszarowski T. Współczesne zasady organizacji walki z nowotworami w Polsce. *Zdrowie publiczne* 1968; 2: 247–255.
9. Bund D, Keogh R, Walks D (red.). *Reflection: turning experience into learning*. London: Kagan Page; 1985.
10. *Tomorrow's Doctors*. General Medical Council. Unitek Kingdom. 2009.
11. ACGME. The ASGME learning Portfolio: Experience, Reflect, Learn, Assess. http://www.acgme.org/acWebsite/portfolio.cbpac_faq.pdf.2203.2010.
12. Schon DA. *The reflective practitioner: how professionals think in action?* New York. NY: Basic Books; 1983.
13. Taylor RB. *Wszystko co chciałbyś wiedzieć o medycynie ale boisz się zapytać*. Warszawa: MedMedia; 2011, 6–7.
14. Agrawal S, Budetti P. Physician medical identity theft. *JAMA* 2012; 307: 459–460.