

ранее известен не был, сценарий был строго засекречен. Эксперты имели возможность наблюдать за поведением врача и пациента в режиме реального времени по видеосвязи, заполняя пункты электронного чек-листа оценивая при этом следующие параметры в соответствии со структурой Калгари-Кембриджской модели проведения консультации: 1) установление контакта с пациентом (приветствие, забота о комфорте пациента, идентификация пациента, устное согласие на беседу), 2) сбор жалоб и анамнеза по алгоритму (применение открытых вопросов), 3) навыки слушания пациента без перебивания (ожидание пауз в речи пациента, фасилитация, невербальные навыки, внимание к вербальным и невербальным сигналам пациента), 4) умение систематизировать и обобщать полученную от пациента информацию, 5) скрининг - побуждение пациента вспомнить что-то важное, 6) учет собственного мнения пациента, 7) формулировка в письменном виде одной или нескольких диагностических гипотез.

Результаты

Эффективную коммуникацию в соответствии с Калгари-Кембриджской моделью проведения консультации выполнил только каждый восьмой студент. Наибольшие проблемы возникли с получением устного согласия пациента на беседу, учетом собственного мнения пациента и последующего обобщения полученной от пациента информации, что привело к неправильно сформулированным диагностическим синдромам, выявленным в ходе коммуникации у каждого четвертого пациента.

Только каждый 6 студент (17%, n=8) полностью выполнил все пункты первого блока, при этом наибольшие сложности возникли в получении устного согласия на беседу. Блок сбора жалоб и анамнеза наиболее эффективно решался использованием в разговоре открытых вопросов. Открытый вопрос в начале консультации задали 96% испытуемых, однако, употребили конкретно вопрос «На что жалуетесь?» ровно 50% (n=24) студентов. С внимательным слушанием успешно справились 100% экзаменуемых, не удалось избежать перебивания пациента 4% студентов. Обобщение доктором сказанного им, убеждает пациента в равнодушии и желании врача вникнуть в его проблемы. На экзамене навык обобщения применили 48% студентов. При проведении консультаций перед экзаменом на важность скрининга обращалось особое внимание студентов. Все экзаменуемые успешно применили этот навык. Каждый 8 студент не учел собственного мнения пациента. Кроме того, к нежелательным действиям относятся также серия вопросов и предложение пациенту собственных вариантов ответа на вопрос. Эти ошибки совершили 25% и 8% студентов соответственно. В финале консультации экзаменуемый должен был в письменном виде внести полученную от пациента информацию в медицинскую документацию и сформулировать одну или несколько первичных диагностических гипотез. 87% экзаменуемых вносили информацию в документацию параллельно расспросу, но лишь у 75% она соответствовала диагнозу, прописанному в сценарии; то есть, в документацию была внесена именно та информация, которая в дальнейшем помогла экзаменуемому сформулировать верную диагностическую гипотезу. Количество сформулированных студентами диагностических гипотез варьировало от 0 до 3 и в среднем составило 1

Выводы

Результаты проведенного исследования продемонстрировали взаимосвязь медицинской коммуникации с результативностью выявленных клинических синдромов на этапе общения. Несмотря на сохранение контакта с пациентом, не всем удалось учесть мнения пациента и не перебивать его. Однако проанализировав и обобщив полученные данные, следует отметить, что коммуникативная компетентность врача должна быть сформирована как внутренняя, характерологическая составляющая, вви-

ду чего структура Калгари-Кембриджской модели должна быть включена в образовательную программу подготовки всех будущих врачей.

ДЕФИЦИТ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ У РОССИЙСКИХ ВРАЧЕЙ: ЗНАЕМ ЛИ МЫ, ЧЕМУ НАДО УЧИТЬ?

Сонькина А.А.

Медицинская школа «СоОбщение», Москва

Актуальность

На фоне растущей популярности темы медицинских коммуникативных навыков среди чиновников и лидеров медицинского образования и аккредитации большой проблемой остается пробел в нашем понимании того, какие именно дефициты и проблемы нужно в первую очередь устранять. Если перед медицинским сообществом стоит задача улучшения качества медицинской помощи, а не создание видимости деятельности в форме формального проведения аккредитаций и курсов по навыкам общения ради «галочки» для вышестоящих инстанций, то необходимо получение научных данных об имеющихся проблемах в общении.

Цель

Обозначить предполагаемый круг проблем, которые испытывают российские врачи в общении с пациентами и которые требуют научного подтверждения для того, чтобы лечь в основу образовательных программ по коммуникативным навыкам.

Материалы и методы

Медицинская школа «СоОбщение» (Москва) проводит курсы по медицинским коммуникативным навыкам, в которых участвуют в среднем 35 врачей в месяц.

Занятия всегда проходят в маленьких группах (не больше 8 человек) и включают практическую работу с симулированным пациентом, что позволяет оценить не только исходные знания и понимание участников и их инсайт при наблюдении за процессом консультации, но и их непосредственные навыки при общении с симулированным пациентом.

Критериями для отбора дефицитных навыков в нашей работе послужили:

- частота выбора навыка для повторной попытки в симулированной консультации,
- частота упоминания навыка участниками в качестве выбранного ими для внедрения в практику.

Важное ограничение нашей работы: исследуемая когорта не является репрезентативной по отношению к широкому кругу российских врачей, так как включает только тех, которые добровольно участвуют в обучении навыкам общения. Тем не менее мы считаем, что построение научных гипотез о проблемах в общении на основе такого материала оправдано, и эти гипотезы могут и должны быть использованы для планирования исследований в этой области.

Результаты

Симуляционное обучение навыкам общения для конкретного обучающегося строится на основе проигрывания фрагмента консультации с последующим анализом виедо-записи и обратной связи от группы и симулированного пациента. Выявленная проблема обсуждается, и выбирается навык, необходимых для ее исправления. Этот навык отрабатывается участником в повторной попытке симуляции и закрепляется несколькими повторениями.

Наиболее часто в процессе симуляции для отработки выбираются следующие навыки из Калгари-Кембриджской модели медицинской консультации:

1. Открытые вопросы
2. Паузы в контексте дослушивания ответов пациента до конца

3. Обобщение

4. Скрининг (выявление всей повестки пациента до перехода к глубинному анализу проблем)

5. Принятие (выражение уважения к позиции пациента, безоценочное слушание убеждений, страхов и ожиданий)

6. Дозирование (подача информации маленькими порциями и продолжение только после получения реакции от пациента).

В конце отдельных занятий и целых курсов участники выбирают один или несколько навыков, которые они считают наиболее важными для своей практики. Чаще всего выбирают:

1. Паузы при слушании и при объяснении
2. Открытые вопросы
3. Принятие
4. Обобщение.

Обсуждение

Исходя из выявленных навыков, наиболее часто встречающихся при практическом обучении навыкам общения, можно выявить потенциально проблемные области общения, требующие объективного научного анализа:

1. Закрытый или врач-центрированный паттерн сбора информации, ограничивающий возможности пациента дать врачу всю информацию о своих проблемах.

2. Отсутствие эффективной структуры консультации и соблюдения наиболее конструктивного порядка действий (повестка - сбор информации - объяснение)

3. Установка на патернализм, проявляющаяся в игнорировании, осуждении или обесценивании мыслей, тревог, ожиданий пациента

4. Лекционный (в виде монолога) паттерн предоставления информации, не позволяющий диалога и индивидуализации объема, сложности и скорости предоставления информации.

Мировая литература содержит множество примеров исследований этих аспектов общения: измерение по видео- или аудиозаписям времени, которые врачи дают пациентам на ответы на вопросы; сравнение количества информации, получаемого в ответ на разные типы вопросов; опрос пациентов о том, смогли ли они рассказать все, что хотели, о своих проблемах и сопоставление этих данных с результатами консультаций и удовлетворенностью пациента; исследование влияния различных реакций в ответ на возражения пациентов на достижение взаимопонимания; выявление корреляций между способами донесения информации и немедленным и/или отсроченным воспоминанием пациентами этой информации.

Такие исследования, проведенные в России, помогли бы объективно оценить значимость этих и других проблем, позволили бы информировать программы обучения и оценки и создать в медицинском сообществе мотивацию на обучение навыкам.

Выводы

Для развития обучения и оценки навыков общения в России требуются получение объективных научных данных об актуальных для российских врачей проблемах коммуникации.

Теле-Ментор

Новое имя
у старого знакомого!
Теле-Ментор
стал называться
ТьюторМЭН

ТьюторМЭН

Высокотехнологичный
передвижной аппаратно-
программный комплекс для
обучения в медицине

