

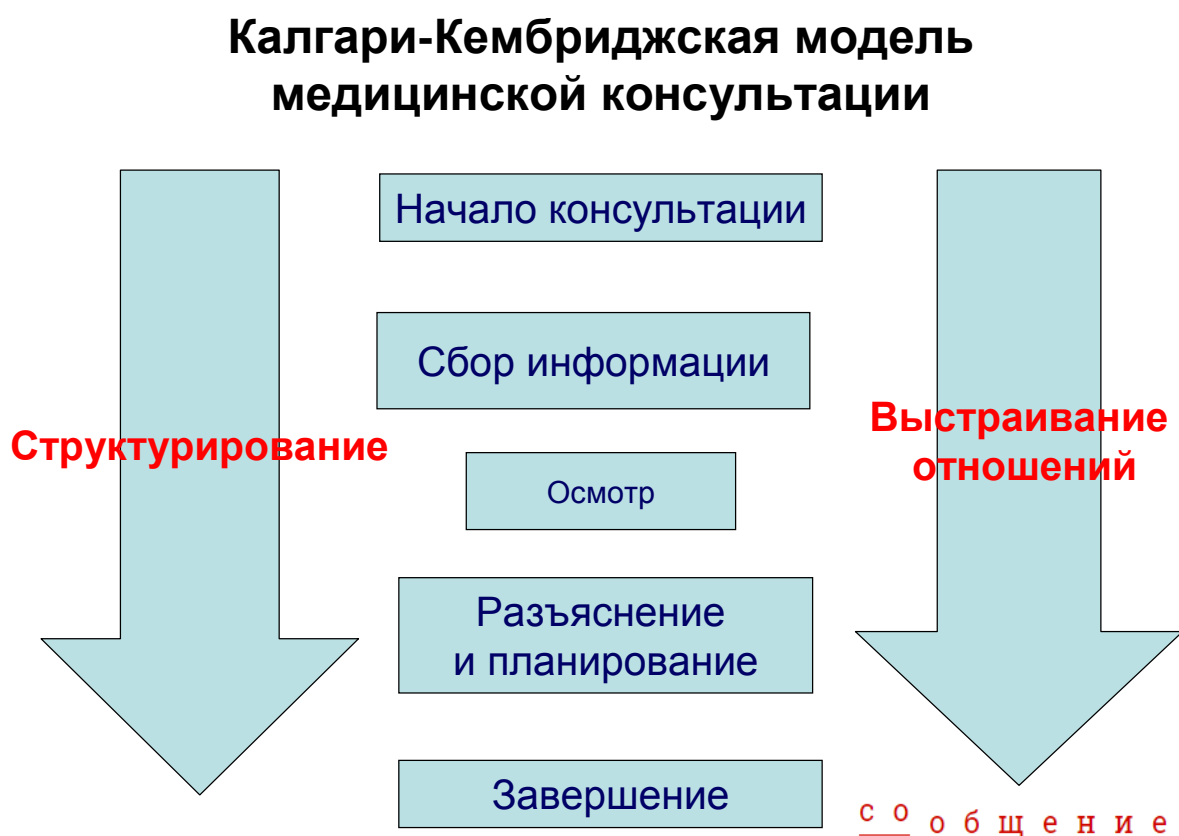
На наш взгляд, приведённые примеры, свидетельствует об общечеловеческих проблемах в сфере клинического общения, которые не зависят от каких-либо особенностей менталитета и экономического устройства общества.

Калгари-Кембриджское руководство по медицинской коммуникации⁴

Это руководство было разработано специалистами медицинского факультета Кембриджского университета и университета канадского города Калгари. Впервые было опубликовано в 1996 году (Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz).

В настоящий момент А.А. Сонькиной готовится оригинальный и полный перевод издания на русский язык с соблюдением всех прав владельцев этого материала.

В данной модели консультации выделяется пять последовательно сменяющих друг друга этапов. На каждом этапе есть задачи, которые необходимо решить, используя определенные навыки. Также есть два непрерывных процесса, идущих от начала до конца консультации.



⁴Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2004). *Skills for communicating with patients*. 2nd Edition. Oxford: RadcliffeMedicalPress. Перевод В.П. Чемяков

Далее представлен перечень навыков, входящих в предложенную модель, подробнее с которой можно ознакомиться на сайте International Association for Communication in Healthcare.

НАЧАЛО ПРИЕМА

Установление первичного контакта

1. Приветствие пациента и знакомство с ним.
2. Представиться, объяснить свою роль и назначение интервью, получить согласие, если необходимо.
3. Демонстрировать уважение и интерес, создать физический комфорт для пациента.

Определение причины для консультации

4. Выяснить проблемы и запросы пациента с помощью открытых вопросов («Какие проблемы вас привели?») или «Что вы хотели бы обсудить сегодня?» или «На какие вопросы вам хотелось бы получить ответы сегодня?»).
5. Внимательно слушать, не перебивая и не контролируя ответы пациента.
6. Вести список проблем и выяснять более подробную информацию (например, «значит, головная боль и усталость, что еще?»).
7. Согласовать занятость (расписания), учитывая потребности пациента и обстоятельства врача.

СБОР ИНФОРМАЦИИ

Исследование проблем пациента

8. Поощрять пациента к рассказу всей истории его проблем с самого начала до настоящего момента своими словами (определение причины для этого визита).
9. Использовать техники открытых и закрытых вопросов, переходя от открытых к закрытым.
10. Внимательно слушать, предоставлять пациенту возможность высказаться до конца, не перебивая и давая пациенту время собраться с мыслями перед тем как ответить на вопрос или продолжать ответ после паузы.
11. Поощрять пациента к рассказу с помощью вербальных и невербальных сигналов, используя ободрение, молчание, повторение, перефразирование, уточнение.
12. Подмечать вербальные и невербальные сигналы (язык тела, манеру говорить, выражение лица, настроение), определяя их значение.
13. Прояснять неясные либо требующие объяснения утверждения



пациента («Не могли бы вы уточнить, что вы имеете в виду под головокружением?»).

14. Периодически суммировать услышанное, чтобы выяснить, насколько правильно врач понял слова пациента, предлагать пациенту исправить неверно истолкованное или продолжить рассказ далее.

15. Использовать краткие, понятные вопросы и комментарии, избегать жаргона и неадекватного объяснения терминов.

16. Устанавливать даты и последовательность событий.

Дополнительные навыки для понимания позиции пациента

17. Активно определять и исследовать:

идеи и убеждения пациента;

тревожность (опасения) пациента относительно каждой проблемы;

ожидания пациента (цели, какой помощи ожидал пациент для решения каждой отдельно взятой проблемы);

влияние: как каждая проблема влияет на жизнь пациента

18. Поощрять пациента к выражению эмоций.

СТРУКТУРИРОВАНИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

Придание диалогу открытости

19. В конце специальной серии вопросов подводить итоги, чтобы удостовериться в верном понимании, перед тем как двигаться дальше.

20. Переходить от одного блока вопросов к другому, сигнализируя или сообщая о таком переходе и обосновывая его.

Следование логике

21. Строить беседу в логической последовательности.

22. Контролировать время и придерживаться заданной темы.

СОЗДАНИЕ ОТНОШЕНИЙ

Адекватное невербальное поведение

23. Демонстрировать правильные невербальные признаки:

зрительный контакт, выражение лица;

поза, положение и движения тела;

речь (высота, громкость, интонация).

24. Читать, делать записи в истории или компьютере таким образом, чтобы это не мешало диалогу или взаимопониманию.

25. Демонстрировать должное доверие.

Создание доверительных отношений

26. Принимать без осуждения право пациента на его чувства и взгляды.

27. Использовать эмпатию, чтобы показать пациенту понимание его проблем и опасений, открыто признать взгляды и чувства пациента.

28. Оказывать поддержку: выражать заботу, понимание, желание помочь; признать попытки пациента самому справиться с проблемой и заботиться о себе; предлагать партнерские отношения.

29. Быть тактичным в отношении щепетильных тем и чутким к беспокоящей пациента физической боли, в том числе, связанной с проведением физического обследования.

Вовлечение пациента

30. Делиться своими умозаключениями с пациентом для вовлечения его в диалог (например, «Как мне сейчас кажется...»)

31. Объяснять необходимость возможных вопросов или некоторых форм обследования, дабы избежать неверного их толкования.

32. Во время обследования спрашивать разрешение и объяснять процесс.

ОБЪЯСНЕНИЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ

Предоставление информации в нужном объеме и правильной форме

33. Дробление информации и проверка понимания: давать информацию «кусками», пригодными для усвоения; постоянно проверять правильность понимания, используя ответ пациента как ключ к дальнейшему продвижению.

34. Оценивать исходные знания пациента: спрашивать об уже имеющихся сведениях, выяснять степень заинтересованности пациента в получении информации.

35. Спрашивать пациента, какая еще информация будет полезна: например, этиология, прогноз.

36. Предоставлять объяснения в нужное время, избегая предварительных выводов и преждевременных советов.

Помощь в точном усвоении и понимании

37. Структурировать объяснение: делить информацию на отдельные части, выстроенные в логическую цепочку.

38. Использовать разделители информации или управляющие слова (например, «Я бы хотел обсудить три важных вопроса», «Во-первых ...», «Сейчас мы должны перейти к обсуждению ...»)

39. Использовать повторение и суммирование, чтобы подтвердить информацию.

40. Быть лаконичным, использовать простой и понятный язык, избегать жаргонизмы или объяснять их.

41. Использовать графические методы передачи информации: диаграммы, модели, письменные данные и инструкции.

42. Проверять понимание полученной пациентом информации (или запланированного): например, попросить пациента пересказать услышанное своими словами, при необходимости сделать уточнения.

Достижение общего понимания: включение пациента

43. Предоставлять объяснения по поводу имеющейся у пациента картины болезни в связи с выясненными представлениями, тревогами и ожиданиями.

44. Поощрять пациента к сотрудничеству и предоставлять для этого возможности: задавать вопросы, запрашивать объяснения или выражать сомнение, предоставлять соответствующие ответы.

45. Воспринимать вербальные и невербальные сигналы, отвечать на них, например: желание пациента получить информацию или задать вопрос, перегруженность информацией, утомление.

46. Выяснять отношение, реакции и чувства пациента по поводу полученной информации и использованных терминов; при необходимости принимать и учитывать.

Планирование: принятие совместного решения

47. При необходимости делиться своими мыслями: идеями, мыслями, дилеммами.

48. Вовлекать пациента, делая предложения, а не давая указания.

49. Поощрять пациента выражать свои мысли: идеи, предложения и предпочтения.

50. Согласовывать взаимоприемлемый план.

51. Предлагать выбор: поощрять пациента делать выбор и принимать решения на том уровне, на котором он готов это делать.

52. Сверяться с пациентом: согласен ли он с планом, все ли проблемы учтены.

ЗАВЕРШЕНИЕ ПРИЕМА

Планирование

53. Договориться с пациентом о следующих совместных шагах.

54. Меры безопасности: объяснять возможные неожиданные результаты, что делать, если план не работает, когда и как искать помощь.

Окончание приема

55. Кратко подвести итоги встречи и уточнять план лечения.

56. В последний раз выяснить, согласен ли пациент с планом, подходит ли он ему, спросить о возможных его изменениях, возникших вопросах и пр.

УСЛОВИЯ РАЗЪЯСНЕНИЯ И ПЛАНИРОВАНИЯ

Обсуждение обследований и процедур

57. Предоставить точную информацию о процедурах: что пациент может испытать и как он будет проинформирован о результатах.

58. Сообщить о цели процедур, их значение для лечения.

59. Поощрять вопросы и обсуждение потенциальных опасений или негативных результатов.

Обсуждение заключения и значимости проблемы

60. Выражать мнение о процессе, если это возможно.

61. Высказывать обоснование своего заключения.

62. Объяснять причины, серьезность, ожидаемый исход, краткосрочные и долгосрочные последствия.

63. Выяснять мнения, реакцию и отношение пациента по поводу данного заключения.

При составлении совместного плана действий

64. Обсуждать варианты, например, не предпринимать никаких действий, исследовать, лечить медикаментозно, хирургически или немедикаментозно (физиотерапия, растворы, консультации), превентивные меры.

65. Предоставлять информацию о предлагаемых действиях или лечении: наименования этапов, как они работают, преимущества, возможные побочные эффекты.

66. Узнать мнение пациента о стремлении действовать, воспринимаемых преимуществах, барьерах, мотивации.

67. Принимать взгляды пациента, защищать альтернативную точку зрения по мере необходимости.

68. Выявлять реакции, переносимость и опасения пациента по поводу планов и методов лечения.

69. Принимать во внимание образ жизни пациента, убеждения, культурные предпосылки и способности.

70. Призывать пациента участвовать в реализации планов, брать на себя ответственность и быть самостоятельным.

71. Обсуждать системы поддержки пациентов, обсуждать другие доступные меры поддержки.

Пример чек-листа для оценки навыков общения, демонстрируемых на экзаменационных станциях

Экзаменационное задание: Вы врач амбулаторного приёма. В кабинете Вас ожидает пациент(-ка), который обратился в плановом порядке на первичный приём. Необходимо провести только опрос пациента, завершить который необходимо в том момент, когда Вы готовы перейти к осмотру, сообщив об этом пациенту. Результаты проведенного опроса необходимо письменно оформить в предложенной на ПК форме. После приглашения войти действуйте полностью самостоятельно, как Вы бы это делали в реальной жизни.