

КАК СОБИРАТЬ И ОФОРМЛЯТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ДЛЯ СЦЕНАРИЕВ НА ОЦЕНКУ НАВЫКОВ ОБЩЕНИЯ

Ведущий: Анна Сонькина

с о о б щ е н и е

школа навыков
профессионального
медицинского
общения

Медицинская школа «СоОбщение»

www.soobshenie.com

office@soobshenie.com



ABOUT US ▾

TEACHING ▾

RESEARCH ▾

PRACTICE ▾

SIGS ▾

MEMBERSHIP ▾

EVENTS ▾

NEWS

▶ Teaching

▶ What can tEACH offer?

▶ Courses

▶ Searchable database of
resources

▶ Submit a Resource Information

▶ Who we are

▶ History and future plans

▶ How to get involved in tEACH

▶ Contact tEACH

Supporting healthcare communication teachers throughout Europe and beyond

tEACH is the subcommittee of EACH that focuses on providing support, resources and sharing of expertise for communication teachers, whether about teaching, curriculum development or assessment.



ИЗ ЧЕГО СКЛАДЫВАЕТСЯ РАБОТА ВРАЧА

МЕДИЦИНСКИЕ ЗНАНИЯ и навыки поиска и анализа информации

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ осмотр, манипуляции, анализ визуальных данных

ЭТИКА И ПРОФЕССИОНАЛИЗМ: принятие решений, «хорошо-плохо»

КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ: обмен информацией и сотрудничество с пациентом и в команде

ЧТО ДАЮТ КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ

- Повышение **удовлетворенности** врача и пациента +
уменьшение конфликтов
- Большие **понимание и запоминание** пациентами
информации и **приверженность** лечению
- Улучшение **клинически значимых исходов**

Общение с пациентом: группы навыков



СОДЕРЖАНИЕ

Информация,
которую надо
получить

Информация,
которую надо
дать



ПРОЦЕСС

Способы
получения и
подачи
информации



ВОСПРИЯТИЕ

Клиническое
мышление и
эмоции врача

Отношения врач-пациент

Врач-центрированные = патернализм



Пациент-центрированные = конsumerизм

**Центрированные на взаимодействии =
партнерство**



- Kurtz, S. M., & Silverman, J. D. (1996).
- **The Calgary–Cambridge Referenced Observation Guides: An aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programs.**
- *Medical Education, 30(2), 83-89.*

КАЛГАРИ-КЕМБРИДЖСКАЯ МОДЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

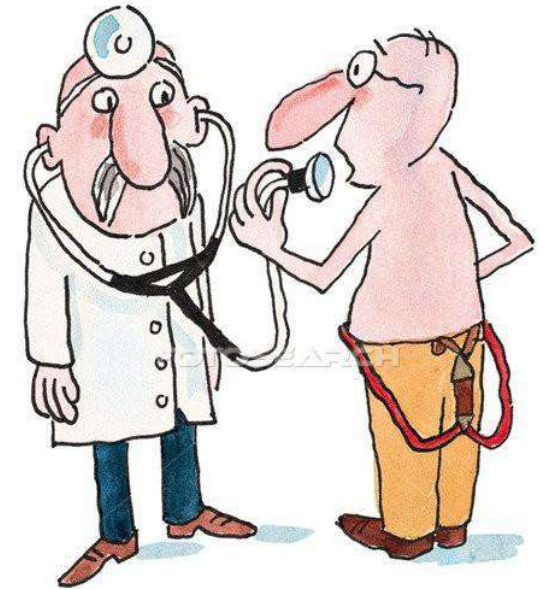


ЧТО НУЖНО СДЕЛАТЬ, ЧТОБЫ ОЦЕНИТЬ КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ

- Симулировать фрагмент медицинской консультации
- Обеспечить наблюдение за отдельными выбранными компонентами процесса и содержания

ПРИМЕРЫ НАВЫКОВ

- **Установление первичного контакта:**
 - приветствие, знакомство
 - проявление интереса/заботы/уважения
 - зрительный контакт
- **Слушание:**
 - дослушивание реплик пациента до конца без перебивания и направления
 - выдерживание пауз, когда пациент задумался или сомневается
 - обобщение, повторение за пациентом в виде краткого резюме



ЧТО ОБЫЧНО ПРОИСХОДИТ?

> **Быстрый переход к**



формату «вопрос-ответ»

> **Перебивание**

- Среднее время, после пациента = **18 секунд**



которого врачи перебивали

(Beckman & Frankel, 1984)

- **12 секунд**, и только 20% завершили свою основную жалобу без перебивания
(Rhodes et al, 2004)

ТРАДИЦИОННЫЙ ПОДХОД

**Информация,
которую нужно получить:**

=

**Вопросы, которые
нужно задать:**

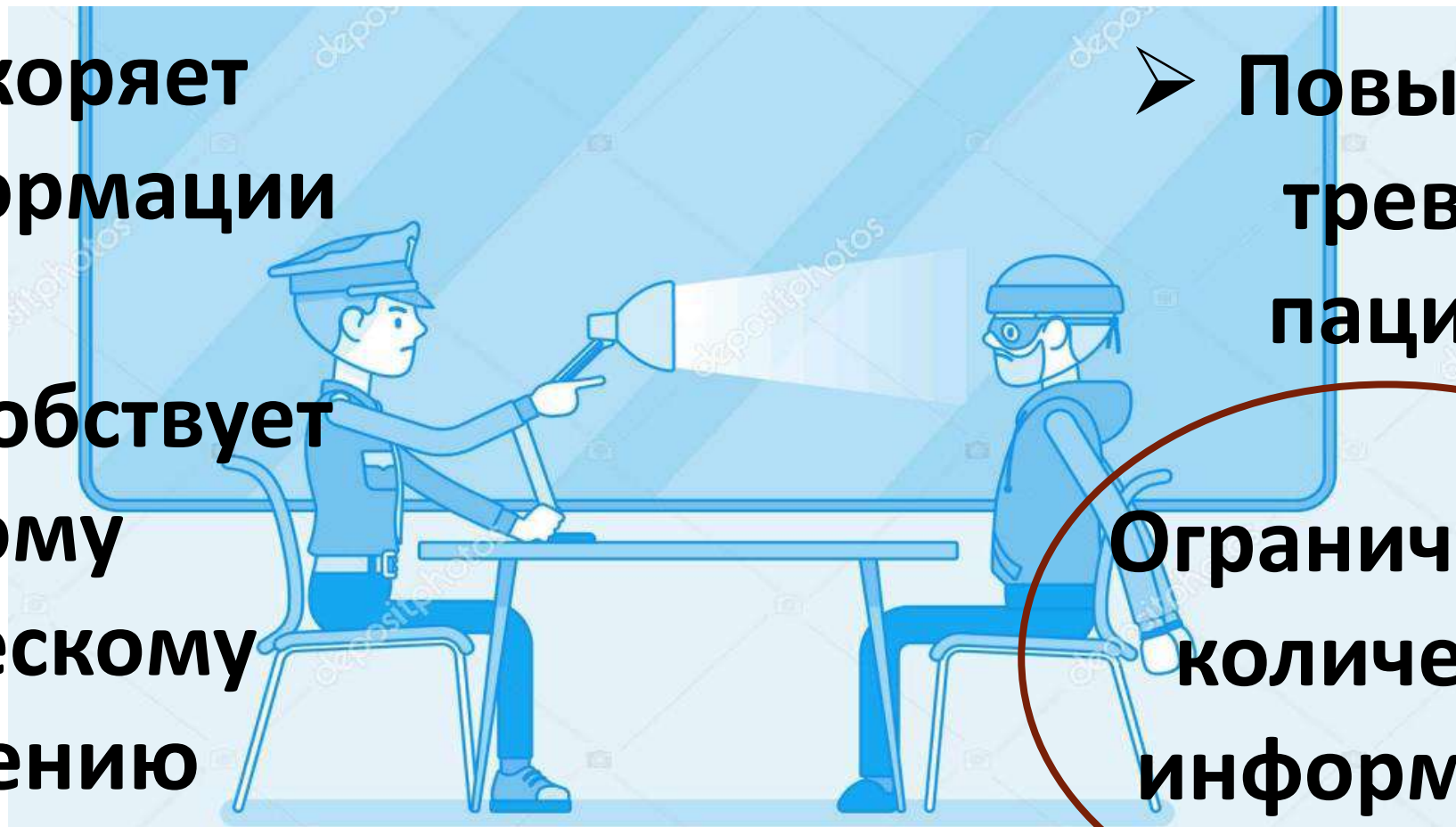
1. Частота приступов
2. Интенсивность боли
3. Тошнота
4. Фоно- или фотофобия
5. Локализация боли
6. Усиление боли при физической активности ...

1. *Сколько дней в месяц у вас болит голова?*
2. *Все ли дни голова болит одинаково сильно?
Оцените боль по шкале 0-10*
3. *Когда болит сильно – может быть ощущение тошноты?*

Традиционный способ сбора информации:

➤ Не ускоряет сбор информации

➤ Не способствует зрелому клиническому мышлению



➤ Повышает тревогу пациента

Ограничивает количество информации

ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С НАЧАЛОМ КОНСУЛЬТАЦИИ

- › **4 из 35 пациентов озвучили все**, с чем пришли на консультацию (Barry et al, 2000)
- › **Последовательность** называния пациентом проблем **не была связана с их клиническим значением**. Врачи полагают, что **первая озвученная проблема является единственной**, а при повторных визитах - что консультация является продолжением предыдущей (Beckman & Frankel, 1984)
- › **Главная проблема обнаруживается в конце** (Robinson, 2001)

ЗОЛОТАЯ МИНУТА

Пациенты, которых не перебивали, в основном говорили в начале консультации менее

60 сек

и никто не продолжил более 150 сек, даже при подбадривании

(Beckman & Frankel, 1984)

Среднее время монолога пациента – 92 сек, 78% завершили в течение

2 мин

(Langewitz et al., 2002)



ЧТО ТРЕБУЕТСЯ ОТ СП – 1

- › Знать **медицинскую историю** конкретного пациента в сценарии:
 - › Список проблем, последовательность их появления, субъективные характеристики симптомов, описание их, влияние на образ жизни
 - › История: обращения к врачам и результат этих обращений, проведенное лечение и его успех, попытки самостоятельного купирования симптомов, динамика
 - › Фоновая информация: семейный, аллергологический, социальный анамнез, вредные привычки, медикаменты, перенесенные заболевания

ЧТО ТРЕБУЕТСЯ ОТ СП - 2

- › Понимать, как давать информацию, в том числе в зависимости от поведения врача
 - › Дозирование информации: не все сразу, паузы в речи
 - › Остановка при перебивании, односложные ответы на конкретные вопросы
 - › Скудность предоставления информации при отсутствии зрительного контакта
 - › Награждение: предоставление дополнительной информации в ответ на обобщение

ЧТО ТРЕБУЕТСЯ ОТ СП - 3

- › Играть роль **реалистично**
 - › «Я в предлагаемых обстоятельствах» - знать обстоятельства
 - › Темперамент
 - › Мысли, тревоги, ожидания, опасения, подозрения, в т.ч. мифы

Модель «Disease – Illness» = «Болезнь – Опыт болезни»

Disease = **Болезнь**

- Симптомы + выраженность, распространение, динамика
- Данные анализа соответствующих систем
- Медицинская история
- Диагностика, рекомендации

Illness = **Опыт болезни**

- Ideas = Мысли, представления
- Concerns = Тревоги
- Expectations = Ожидания

ICE

КАК ПРЕДОСТАВИТЬ «СОДЕРЖАНИЕ» ДЛЯ СЦЕНАРИЯ

- Помните, что вы предоставляете не НОЗОЛОГИЮ, а **конкретную историю конкретного пациента**
- Полезно **вспомнить** не только конкретного пациента, но конкретную консультацию из вашей клинической практики

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ, КОТОРУЮ НУЖНО ПРЕДОСТАВИТЬ

- Возраст, пол, род деятельности, семейное положение
- **Перечень проблем**, с которыми на данную конкретную консультацию обращается пациент: симптомы, вопросы, запросы
- **По каждой проблеме**: история ее появления и развития – когда, как сильно, как часто, как пациент это субъективно ощущает и описывает, куда обращался, что пробовал делать и с каким результатом, почему сейчас решил обратиться к врачу
- **Мысли, тревоги, ожидания**: что пациент подозревает, предполагает, чего боится, какие ожидания от врача
- **Фоновая информация**: чем болел и/или болеет, какие принимает медикаменты, есть ли аллергии, вредные привычки и т.д.

Срок: 3 декабря 2019 г.

E-mail:communicationskills@mail.ru

Клиническая часть сценария для симулированного пациента

Категории информации	Пример
1. Пол, возраст, профессия, семейное положение (по возможности пол неважен, возраст 20-40 лет)	<i>39 лет, м/ж (по выбору) Бухгалтер В браке, детей нет</i>
2. Перечень проблем - какие проблемы привели пациента к врачу (желательно 1-2, максимум 3 проблемы)	<i>Пациента беспокоят три проблемы: 1. постоянная слабость, повышенная утомляемость 2. обратил внимание на необъяснимое снижение веса 3. периодически стал замечать кровь в стуле</i>
3. Последовательность появления и история каждой проблемы - когда появилось, как выглядело/ощущалось, как развивалось, что помогало, что ухудшало - что пациент делал (самостоятельно или по назначению врача) и с каким результатом <u>Напоминаем, что просим описывать проблемы и историю таким языком, который используют пациенты (не «болевого синдрома», а «боль», не «кровавая диарея», а «жидкий стул с кровью») (!!!)</u>	<i>Раньше всего вас начала беспокоить слабость. Постепенно, начиная с конца осени, когда у вас закончился утомительный ремонт, вы стали ощущать, что никак не можете вернуться к привычному уровню активности. Вам часто хочется останавливаться на прогулках, прилечь, когда вы дома. Трудно подниматься утром, хотя спите нормально. Около месяца назад вы заметили, что потеряли вес: когда достали одежду, которую давно не надевали, обнаружили, что она на вас гораздо более свободна, чем была раньше. Весов дома не держите, поэтому точного веса не знаете. Три недели назад впервые увидели в унитазе кровь, перемешанную с плохо оформленным стулом. Раньше у вас бывали прожилки при сильных запорах, но никогда не было так много сразу и без запора. После этого еще около семи раз повторялась такая же история. Вы пробовали использовать свечи против геморроя, но никаких изменений не увидели.</i>

Срок: 3 декабря 2019 г.

E-mail:communicationskills@mail.ru

Клиническая часть сценария для симулированного пациента

Категории информации

Пример

4. Причина конкретно этой консультации

- что заставило или побудило пациента прийти именно к этому врачу, именно сейчас

Причиной стал очередной эпизод крови в стуле и появление мыслей о том, что это может в сочетании с потерей веса и слабостью означать что-то «нехорошее». Это ваше первое обращение к врачу с этими проблемами.

5. Позиция пациента относительно своих проблем или своего состояния

- **МЫСЛИ:** что предполагает, подозревает (типичный для пациентов с такими проблемами вариант)
- **СТРАХИ:** чего боится, опасается
- **ОЖИДАНИЯ:** на что рассчитывает при обращении за помощью

В какой-то момент, когда вы размышляли о том, почему вы могли потерять вес, вам пришла в голову мысль о том, что это И кровь в стуле может быть признаком рака. Испугались, что могли упустить время и надо было сразу после первого же эпизода крови пойти к врачу. Надеетесь на быстрое обследование, предполагаете, что вас могут отправить для этого в стационар, на что были бы согласны.

6. Ответы на конкретные вопросы, которые может задать врач

- вещи, который сам пациент не рассказывает, но о которых врач может спросить
- связанные с симптомами
- о медицинской истории: анамнез жизни, семейный, аллерго-, вакцинальный, акушерско-гинекологический (если актуально), генеалогический (если актуально), социальный, эпидемиологический (если актуально)

Одышки, отеков, изменений аппетита, изменений кожи нет. Боли в животе, боли при дефекации, других признаков кровоточивости (десен, маточных) тоже нет. Стул один-два раза в день неоформленный, задержек или затруднений нет. В анамнезе много лет запоры – задержки по 4-5 дней, болезненные дефекации, - была история трещины (боль и прожилки крови), с которой обращались к хирургу, использовали какие-то мази и все прошло. С запорами боролись глицериновыми свечами.

Ранее ничем другим не болели, кроме простуды 1-2 раза в год.

Прививаетесь ежегодно от гриппа, других прививок после школы не делали.

Для женщин: менструации с 13 лет, регулярные, аборт и беременностей не было.

Аллергии нет, травм и операций не было, из препаратов постоянно принимаете только контрацептивы (если женщина) – Джес.

Не курите и никогда не курили. Выпиваете около одного раза в неделю 1-2 бокала вина. Работаете в офисе, двигаетесь мало – стараетесь больше ходить пешком, но спортом не занимаетесь.

Отец умер от рака легких в возрасте 54 лет. Мать жива, 52 года, сахарный диабет 2 типа. Есть сестра, которая старше вас, вы точно не знаете, здорова ли она, потому что давно не общаетесь.

