

Навыки общения в анестезиологии и реаниматологии: имеет ли это значение?

А.А. Сонькина

Центр непрерывного профессионального образования

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова



About
us

Значение навыков общения

- Повышение **удовлетворенности** врача и пациента + уменьшение конфликтов
- Понимание и запоминание пациентами информации.
Приверженность лечению
- Улучшение **клинически значимых исходов**
 - Создают мост между доказательной медициной и конкретным пациентом

Особенности в анестезиологии и реаниматологии

- Дефицит времени
- Отсутствие или ограниченность общения с самим пациентом
- Вместо одного пациента – **несколько родственников**
- **Тематика:** сложная информация, трудные решения, плохие новости
- **Критическое значение командной работы**
- Традиция акцента на технических навыках при обучении

Требование времени

- Паллиативная помощь
 - Переход от «куратива» к «паллиативу»
 - End of life decisions
- Допуск родственников в отделения реанимации
- Респираторная медицина

Ситуация в России

Исследования отсутствуют.

- «90% конфликтов возникает из-за неумения или нежелания врача объяснить пациенту или его близким что-либо»
- Самая частая причина обращений в Лигу защиты пациентов – «неумение или нежелание врача разговаривать с пациентом»

Лига защитников пациентов,

www.ligar.ru

Проблемы общения в ICU

- 54% родственников не смогли понять диагноз, прогноз и лечение (оценка в интервью после «семейной конференции»)

Azoulay E, Chevret S, Leleu G, et al. *Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians.* Crit Care Med 2000

- Проблемы общения – основная причина жалоб, возникающих после смерти пациента в ICU. 30% родственников умерших пациентов не удовлетворены общением.

AUBaker R, Wu AW, Teno JM et al. *Family satisfaction with end-of-life care in seriously ill hospitalized adults.* SOJ Am Geriatr Soc. 2000

Примеры навыков общения, повышающих эффективность практики

1. Восприятие пациентами/родственниками времени, проведенного с врачом
2. Удовлетворенность общением
3. Понимание пациентами информации

1. Время, проведенное с врачом

- Послеоперационные больные воспринимали как посвятивших им больше времени **врачей, которые сидели**, а не стояли - хотя реально время не отличалось.
- Пациенты, с которыми врач сидел, докладывали более позитивный опыт и лучше понимали свое состояние.

Swayden et al, 2012

2. Удовлетворенность

- Чем больше по времени говорили родственники, тем выше удовлетворенность общением в ICU

McDonagh JR, Elliott TB, Engelberg RA, et al. *Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: **increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction***. Crit Care Med 2004;32:1484-8.

Частые ошибки на стадии расспроса

1) Быстрый переход к формату «вопрос-ответ»

2) Перебивание

Среднее время, после которого **врачи перебивали** пациента
= **18 секунд** Beckman & Frankel, 1984

Среднее время = **12 сек**, и только 20% завершили свою
основную жалобу без перебивания Rhodes et al, 2004

Более эффективно с точки зрения удовлетворенности пациента

- **Открытые вопросы**

«Расскажите о...» вместо «Где?», «Когда?», «Как сильно?»

- **Слушание**

*«Продолжайте», «расскажите подробнее» вместо уточняющих
вопросов*

- Для структуризации и ускорения – **обобщения**

Где взять время на слушание?

- Пациенты, которых не перебивали, в основном говорили **менее 60 секунд**, и никто не продолжил более 150 сек, даже при подбадривании. *Beckman & Frankel (1984)*
- Среднее время монолога пациента – **92 сек, 78% завершили в течение 2 минут**. 7 из 335 пациентов говорили более 5 минут, но врачи сочли, что это не было лишним. *Langewitz et al 2002*

3. Понимание информации

- Только в **15%** консультаций, где была медицинская лексика, пациенты **признавались, что им непонятно**. Врачи использовали терминологию в два раза чаще, когда находились **под давлением времени**. Svarstad 1974
- Врачи не объясняли **79%** медицинских терминов. Пациенты редко показывали, что не поняли и поняли неправильно. Koch-Weser et al 2009 (US, rheumatology)
- Онкологические пациенты могли вспомнить только **45%** ключевых (с т.з. врача) позиций Dunn et al. 1993

Что может повысить эффективность объяснения?

- Дозирование

Информация **маленькими порциями**. Не поддаваться на искушение прочитать «лекцию»

- Наблюдение за пациентом

Сигналы о непонимании дают возможность остановиться, объяснить термины, проверить понимание

Как улучшить общение в условиях ICU?

- Основной механизм обучения - копирование старших коллег без возможности обсуждения успешных или неуспешных практик и установок

- Опыт – плохой учитель

=> Необходимо основанное на доказательствах формализованное обучение, пока недоступное в России

Ресурсы и контакты

- www.each.eu



- soobshenie.com

С О о б щ е н и е

ШКОЛА
НАВЫКОВ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБЩЕНИЯ

- <http://www.mma.ru/education/uzentr/>



ЦЕНТР НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

1 МГМУ им. И.М. Сеченова