

*Данная публикация подготовлена за счет гранта
Российского научного фонда (проект № 18-78-10132)*

Александр Широков

**КАК ДАТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫСКАЗАТЬСЯ И КАК ОБЪЯСНИТЬ:
несколько рекомендаций
по коммуникации с пациентами
для врачей-генетиков
(и врачей других специальностей)**

Москва
2021

Материалы публикации доступны по лицензии
Creative Commons «Attribution» («Атрибуция») 4.0 Всемирная.

Дисклеймер:

автор понимает, что коммуникация – не единственно важная и центральная часть работы врача. Однако более “медицинские навыки” неразрывно связаны с коммуникативными навыками. Это не столько вопрос про вежливое общение или про “слово лечит”, сколько вопрос про то, как эффективно собрать информацию, важную для постановки диагноза, и как потом сообщить диагноз. В каком-то смысле, коммуникация – это медиум медицинских навыков, который делает возможным их полную реализацию. Если пациент что-то недосказал, а врач не уточнил, то поставить диагноз будет сложнее. Если врач сообщит тяжелый диагноз не слишком удачно, то это может затруднить принятие пациентом диагноза и повлиять на его дальнейшие действия. Помимо этого, автор понимает, что российская система здравоохранения и российские клиники находятся в сложной ситуации и, вероятно, вопрос коммуникации с пациентами – не самая серьезная проблема этой системы. Тем не менее, многие рекомендации, которые будут описаны далее, для своей реализации не потребуют значительных временных (или каких-либо еще) ресурсов. Это скорее вопрос подхода к определенным коммуникативным задачам.

Представленные далее рекомендации разработаны в рамках исследования, которое было поддержано грантом РНФ № 18-78-10132 «Коммуникативный контур биомедицинских технологий (на примере геномной медицины)». Исследование выполнено междисциплинарной командой, включающей в том числе врача-генетика. Моя часть данного проекта – это конверсационный анализ (conversation analysis) коммуникации врача и пациента. Конверсационный анализ ориентирован на анализ того, как именно люди совершают какие-либо действия (например, задают вопрос, жалуются, предлагают помощь и т.п.), и предполагает работу с аудио- и видеозаписями коммуникации.

Далее я представляю несколько рекомендаций по тому, как совершать различные действия на определенных стадиях медицинской консультации. Эти рекомендации являются результатом моей работы с двумя базами данных. Первая – 151 видеозапись медицинских консультаций с врачами разных специальностей, собранные в марте–августе 2019 г. в одной частной клинике в Москве. Вторая коллекция – 64 аудиозаписи медико-генетических консультаций, собранные в июле–де-

кабре 2018 г. в лаборатории медицинской генетики при крупном центре хирургии в Москве.

1. Как дать пациенту высказаться на этапе презентации проблемы

На начальном этапе медицинской консультации важно дать пациентам возможность представить проблему, иными словами, дать им возможность высказаться. Этап презентации проблемы или причины обращения – это единственный момент, когда пациенты могут высказаться относительно свободно и говорить о своих проблемах так, как они считают нужным. На последующих этапах характер коммуникации, и содержание, и форма, в значительной степени контролируются врачом. Соответственно, важно помочь пациентам воспользоваться этой возможностью, чтобы они высказали все, что считают нужным. В противном случае какая-то часть информации останется невысказанной. Потенциально это может быть важно для диагноза.

Далее я предложу несколько простых рекомендаций, которые помогут дать пациентам возможность более свободно высказаться. Разумеется, бывают случаи, когда пациенты “говорят слишком много”, например, начинают повторять одну и ту же информацию в разной форме. Это, так скажем, другая сторона данной проблемы, которая может стать темой отдельного разговора. В этом тексте этот вопрос затрагиваться не будет.

1.1. В качестве вопроса, открывающего консультацию, лучше использовать открытые формулировки. Казалось бы, достаточно простая вещь, но тут есть несколько важных деталей. Вопрос или реплика врача, с которой начинается обсуждение проблем пациентов, с одной стороны, должна давать понять пациентам, что нужно начать говорить о причине обращения. С другой стороны, открывающий вопрос не должен серьезно ограничивать, что говорить о проблеме, как о ней говорить или какая вообще проблема может быть у пациентов. Например, начинать с вопроса вроде “что болит?” или “на что жалуетесь?” (примеры взяты из реальных консультаций) – это не самая лучшая идея. Такие вопросы исходят из сильного допущения: что-то болит или что пациент на что-то жалуется. Однако можно представить множество примеров, когда ничего не болит (пациенты могут обращаться из-за результатов анализов). Также далеко

не каждый повод обратиться ко врачу может квалифицироваться пациентами как жалоба, это довольно сильная категория, которая может иметь негативные смыслы. Подобные вопросы могут смутить пациентов, заставить начать оправдываться: “у меня ничего не болит, но...”; “не то чтобы у меня есть какие-то жалобы, но...”. Необходимость подобных оправданий (вызванных самим вопросом) могут создать у пациентов впечатление, что их проблемы недостаточны важны для обращения ко врачу, “не тянут на жалобу”.

Более открытые формулировки могут стимулировать пациентов говорить больше, рассказывать о самых разных наблюдениях и беспокойствах о своем теле. Например: “что вас беспокоит?” или “что вас привело?”. Еще один вариант: “я вас внимательно слушаю”. Хотя это и не вопрос, но такая реплика обычно считается пациентами как сигнал, что нужно начать рассказывать о причине обращения.

1.2. Важно демонстрировать активное слушание во время того, как пациент представляет причину обращения к врачу. Как правило, презентация проблемы пациентами выглядит как некоторый монолог или история (у меня заболело то, я начал делать то и т.п.). Производя такой монолог, люди редко безостановочно говорят. Обычно история делится на некоторые блоки. В моменты между такими блоками, реципиенту истории нужно демонстрировать, что он слушает и стимулировать собеседника продолжать говорить. Эту задачу решают «продолжатели» (continuers), это такие вещи как “ммхм”, “ага”, кивание головой и т.п. Это то, что иногда называют активным слушанием.

Без таких сигналов активного слушания рассказчику (пациенту) может быть неочевидно, стоит ли продолжать говорить, и имеет ли какое-то значение то, что он говорит. Таким образом, даже когда пациенты говорят, врачам не стоит просто молчать, нужно подобными способами демонстрировать слушание.

1.3. Лучше не перебивать и не задавать уточняющие вопросы во время того, как пациенты представляют проблему. Во время представления проблемы пациентами у врача возникает множество уточняющих вопросов (когда началось, какая боль, что делали перед этим и т.п.). Однако лучше эти вопросы задавать не сразу, но после того, как пациент закон-

чат свой монолог. Задавание дополнительного вопроса во время рассказа пациента может “сбить” этот рассказ и какие-то вещи останутся недосказанными. Причин этому может быть несколько, человек может попросту забыть то, что собирался сказать. Более конкретная проблема состоит в том, что если во время рассказа пациента, врач начнет спрашивать о чем-то, что пациент сказал ранее, этот вопрос может быть считан пациентом как сигнал того, что информация сообщаемая в этот конкретный момент не важна.

Таким образом, задавание вопроса во время монолога пациента может как бы обрезать этот монолог, и пациент может уже не высказать то, что собирался. Поэтому на этапе презентации проблемы важно дать пациентам высказаться, не перебивая и не задавая дополнительных вопросов. В некотором роде это этап монолога пациента, который важно выслушать. Это может показаться банальным и простым, но задумайтесь как часто в повседневных разговорах мы перебиваем собеседника или не даем закончить реплику. Слушать – это трудно, но очень важно для данного этапа медицинской консультации. Когда пациент выскажет все, что хотел, можно переходить к вопросам и сменить сам режим коммуникации, с монолога на структуру вопрос-ответ.

2. Как организовать объяснение

Как правило, задача объяснения возникает на более поздних стадиях консультаций, когда врачу необходимо объяснить диагноз, лечение или просто медицинский термин. Разумеется, я не обладаю достаточной компетенцией, чтобы говорить о том, как нужно объяснить тот или иной медицинской вопрос в содержательном плане. Однако я предложу несколько рекомендаций по поводу того, как организовать или структурировать это содержание.

2.1. Если объяснение одного медицинского термина включает другие медицинские термины, их тоже нужно объяснить. Любое определение какого-либо термина включает ряд других терминов. В этой связи чтобы объяснение работало, оно должно состоять из цепочки таких определений. Иначе объяснение, в действительности, ничего не объяснит, и будет выглядеть в глазах пациентов как некоторая “отписка”. Поэтому важно быть

внимательным к словам, которые используются в качестве объяснения термина. Если эти слова представляют собой сложную медицинскую терминологию, их также необходимо расшифровать для пациента.

2.2. Медицинские термины лучше интонационно выделять. Врачи, постоянно используя медицинские термины, привыкли к ним, легко их слушают и воспринимают. В тоже время для пациентов порой проблематично услышать и просто распознать такой термин, не говоря уже о понимании. Представьте человека, который учит иностранный язык. Только начиная говорить на новом языке, люди часто просят говорить медленней и более четко, чтобы им было проще распознавать слова. Похожую рекомендацию можно дать и в отношении использования медицинских терминов: произносите их более артикулировано, медленнее, выделяйте паузами, чтобы пациенты распознавали эти слова как нечто особенное. Такой режим высказываний облегчает восприятие информации. Помимо этого, паузы создают потенциальную возможность для уточнения. Это подводит нас к последней рекомендации.

3.3. Объясняя что-либо, дайте возможность пациентам выразить понимание или непонимание объяснения. Одна из проблем, которую я обнаружил, анализируя ситуации, в которых врач что-то объясняет это отсутствие обратной связи со стороны пациента. Иногда для этого просто нет возможности, т.к. врач может сразу после объяснение сменить тему и пойти дальше. Если задача действительно объяснить, чтобы у пациента появилось какое-то понимание вопроса, то важно создать возможность для выражения понимания и, соответственно, достаточности предоставленного объяснения или непонимания и необходимости дополнительных разъяснений.

Тут трудно предложить универсальный рецепт для создания такой возможности. Во-первых, важно обращать внимание на реакцию пациента. Если пациент заканчивает фразу за врачом (например, если врач пытается что-то объяснить, используя метафору), то это может быть свидетельством достаточности объяснения и можно идти дальше. Если сразу после объяснения пациент сам задают вопрос на другую тему, и соответственно, сам идет дальше это также может быть свидетельством понимания.

В случае отсутствия подобного можно прибегнуть к различным способам стимулирования пациента дать обратную связь. Самый очевидный вариант – спросить, например, “все ли вам понятно?” или “остались ли у вас какие-то вопросы?” и т.п. Другой вариант – сделать паузу после объяснения, что даст понять пациенту, что сейчас его очередь говорить. Это создаст потенциальную возможность для обратной связи.

Я бы не хотел, чтобы описанные в этом тексте рекомендации воспринимались как абсолютные правила, но скорее, как повод задуматься о том, как дать возможность пациентам высказаться и как им что-то объяснить. Как повод делать эти вещи более осознанно и методично. Кому-то представленные здесь рекомендации покажутся банальным. Это действительно так, это банальные “приемы”, многие из них мы используем в повседневной жизни. Однако, работая со значительным количеством аудио- и видеозаписей медицинских консультаций я заметил, что эти банальные вещи далеко не всегда имеют место в разговорах пациентов и врачей. Другим, поднятые здесь вопросы, могут показаться малозначительные. Что опять же отчасти правда, по отдельности это действительно мелкие детали, но порой множество таких мелких деталей и мелких барьеров коммуникации могут складываться в серьезные проблемы, ведущие к непониманию между врачом и пациентом.