

Литература:

1. Решетников, А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): / А.В. Решетников // Руководство. – М.: Медицина, 2002. – С. 549-562.
2. Петрище, Т.Л. История медицины и фармации / Т.Л. Петрище; под ред. д.м.н., проф. В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2010. – С. 230.
3. Основы биоэтики: учеб. пособие / Я.С. Яскевич [и др.]; под ред. Я.С. Яскевич, С.Д. Денисова. – Минск : Выш. шк., 2009. – С. 298.
4. Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении. Деонтологические проблемы в контексте биомедицинской этики / Глушанко В.С., Кулик С.П., Герберг А.А. – Витебск: ВГМУ, 2017. – 49 с.
5. Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении. Коммуникации в здравоохранении. Ч. 1 / Глушанко В.С., Церковский А.Л., Герберг А.А. – Витебск: ВГМУ, 2017. – 75 с.
6. Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении. Коммуникации в здравоохранении. Ч. 2 / Глушанко В.С., Герберг А.А. – Витебск: ВГМУ, 2017. – 72 с.
7. Biomedical ethics and Communications in Health Care: The abstract of lectures / V. S. Glushanko, A. A. Gerberg, E. V. Mikhnevich, L. I. Orekhova. – Vitebsk, VSMU, 2017. – 119 p.

Zarek A.

Uniwersytet Medyczny, Wrocław, Polska

CALGARY-CAMBRIDGE GUIDE JAKO MODEL PRAWIDŁOWEJ KOMUNIKACJI W RELACJI LEKARZ-PACJENT¹

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie modelu Calgary –Cambridge Guide autorstwa Suzanne Kurtz, Jonatana Silvermana i Juliet Draper, opisującego liczne umiejętności komunikacyjne pomocne lekarzowi w prowadzeniu wywiadu medycznego w sposób skuteczny i efektywny, z jednoczesnym uwzględnieniem perspektywy pacjenta.

Zarek A.

Medical University, Wrocław, Poland

CALGARY-CAMBRIDGE GUIDE AS A MODEL OF PROPER COMMUNICATION IN DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

The aim of this article is to present the Calgary-Cambridge Guide model of the authorship of Suzanne Kurtz, Jonatan Silverman and Juliet Draper, that characterizes numerous communication skills helpful to a doctor with providing medical interview in a efficient and effective way, and at the same time taking into consideration the perspective of the patient.

We współczesnej literaturze propagowany jest partnerski model relacji lekarz-pacjent, który znajduje zastosowanie w sytuacjach, kiedy stan medyczny pacjenta pozwala mu na wzięcie odpowiedzialności za własne zdrowie. W tym ujęciu pacjent postrzegany jest podobnie jak członek

¹ Praca zrealizowana w ramach tematu statutowego nr ST.A150.17.019.

zespołu terapeutycznego – jest ważnym źródłem informacji dla personelu medycznego, a jego potrzeby, emocje, przekonania na temat choroby, preferencje odnośnie sposobu leczenia są brane pod uwagę, ponieważ kształtują jego zachowania zdrowotne i w konsekwencji mają wpływ na wynik leczenia [1]. W modelu partnerskim kluczowe znaczenie ma sposób prowadzenia wywiadu przez lekarza, który niektórzy autorzy uznają za najbardziej uniwersalne narzędzie diagnostyczne i terapeutyczne [2]. Wymienia się też umiejętności psychologiczne (m.in. słuchanie, komunikowanie, prowadzenie, dostrojenie, odzwierciedlanie, autentyczność, empatię, dystans interpersonalny, neutralność, autoprezentację, konfrontowanie, informowanie i edukowanie, wspieranie, interweniowanie w kryzysie, rozwiązywanie problemów i podejmowanie decyzji, zmianę zachowania, motywowanie, negocjowanie, asertywność, wgląd, refleksyjność) sprzyjające realizowaniu przez lekarza określonych celów procesu diagnostyczno-terapeutycznego [3].

Model Calgary-Cambridge Guide autorstwa Suzanne Kurtz, Jonatana Silvermana i Juliet Draper, opisuje liczne umiejętności komunikacyjne pomocne lekarzowi w prowadzeniu wywiadu medycznego w sposób skuteczny i efektywny, z jednoczesnym uwzględnieniem perspektywy pacjenta [4].

Autorzy modelu przyjmują, że w komunikacji pomiędzy lekarzem i pacjentem można mówić o trzech głównych typach umiejętności, które pełnią różne funkcje w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. W realnych sytuacjach komunikacyjnych są one wzajemnie powiązane, stąd personel medyczny powinien angażować się w trenowanie ich wszystkich w równym stopniu. Są to:

1) umiejętności dotyczące treści (*ang. content skills*), czyli to **co** członkowie zespołów terapeutycznych komunikują – konkretna zawartość ich pytań i odpowiedzi, rodzaj informacji jakie pozyskują i przekazują, formy leczenia jakie proponują swoim pacjentom;

2) umiejętności dotyczące procesu (*ang. process skills*) – **jak** to robią – to sposoby prowadzenia rozmów z pacjentami, odkrywania historii choroby, formułowania informacji zwrotnej, stosowane formy komunikacji werbalnej i niewerbalnej, sposoby nawiązywania relacji z pacjentem, organizowania i strukturalizowania procesu komunikacji w czasie;

3) umiejętności percepcyjne (*ang. perceptual skills*) – **co** myślą i czują – to umiejętności dotyczące podejmowanie decyzji, przetwarzania danych klinicznych (*clinical reasoning*) i rozwiązywania problemów, postawy i intencje wobec pacjentów, wartości i przekonania, świadomość pojawiających się emocji i myśli dotyczących osoby pacjenta, jego choroby,

świadomość obrazu własnej osoby i pewności siebie, tendencyjności w sposobie myślenia i przeżywania.

Ze względu na fakt, iż umiejętności dotyczące treści nabywane są przez lekarzy w trakcie szkolenia zawodowego, prezentując swój model prowadzenia wywiadu Kurtz Silverman i Draper zwracają szczególną uwagę na dwa pozostałe rodzaje umiejętności, podkreślając jednak ich wzajemny wpływ. Przykładem tego, w jaki sposób emocje i myśli dotyczące osoby pacjenta (umiejętności percepcyjne) mogą zakłócać normalny tok zachowania lekarza i blokować wzajemną komunikację jest sytuacja, gdy irytacja względem osobowości pacjenta przyczynia się do trudności w uważnym słuchaniu jego wypowiedzi i w rezultacie prowadzi do pomijania istotnych medycznie informacji, lub też gdy pacjent odbierany jest jako bardzo atrakcyjny fizycznie, co powstrzymuje lekarza od zadawania pytań na temat jego seksualności, kluczowych dla postawienia prawidłowej diagnozy.

Intencją autorów Calgary–Cambridge Guide było stworzenie konceptualizacji będącej możliwie jak najdokładniejszym przybliżeniem tego, co rzeczywiście wydarza się w trakcie wywiadu medycznego i w jaki sposób lekarz może skutecznie integrować posiadaną wiedzę i umiejętności kliniczne (w tym badanie fizykalne) oraz umiejętności komunikacyjne. Według tego modelu lekarz ma do wykonania 7 podstawowych zadań, z których 5 ma charakter sekwencyjny (rozpoczęcie wizyty, zebranie informacji, badanie fizykalne, objaśnienie i planowanie, zakończenie wizyty), natomiast 2 realizowane są w sposób ciągły w trakcie trwania całego wywiadu (budowanie relacji, zapewnienie struktury). Dla każdego z 6 zadań komunikacyjnych (z wyłączeniem badania fizykalnego) zidentyfikowano kilka szczegółowych celów, których zrealizowanie wymaga odpowiedniego zastosowania konkretnych umiejętności komunikacyjnych. W modelu opisano ich aż 71, przy czym 56 z nich to umiejętności zazwyczaj wykorzystywane w wywiadzie, a pozostałe 15 są opcjonalne i dotyczą określonych sytuacji pojawiających się w trakcie realizowania zadania objaśniania i panowania. Kluczowe elementy modelu zestawiono w tabeli.

Tabela – Oxford-Cambridge Guide jako model wywiadu medycznego – zadania komunikacyjne, ich cele i związane z nimi umiejętności

ROZPOCZĘCIE WIZYTY		
Nawiązanie wstępnego porozumienia	1.	Powitać pacjenta, poznać jego imię i nazwisko
	2.	Przedstawić się oraz opisać rolę i charakter wywiadu; w razie potrzeby uzyskać zgodę na wywiad
	3.	Wykazać szacunek i zainteresowanie; zadbać o komfort fizyczny pacjenta

Poznanie powodów konsultacji	4.	Ustalić problemy lub sprawy, które pacjent chce poruszyć rozpoczynając wywiad od pytania otwartego
	5.	Słuchać uważnie swobodnej odpowiedzi pacjenta, bez wtrącania się czy naprowadzania
	6.	Potwierdzić listę problemów i badać występowanie innych
	7.	Ustalić priorytety i plan rozmowy biorąc pod uwagę potrzeby zarówno pacjenta, jak i własne
ZEBRANIE INFORMACJI		
Odkrywanie problemów pacjenta	8.	Zachęcić pacjenta do opowiedzenia o problemach własnymi słowami, od momentu ich pojawienia się do chwili obecnej
	9.	Wykorzystywać pytania otwarte i zamknięte, przechodząc w rozmowie stopniowo od pytań otwartych do zamkniętych
	10.	Słuchać uważnie, pozwalając pacjentowi na skończenie wypowiedzi bez jej zakłócania
	11.	Ułatwiać odpowiedzi pacjentowi używając sygnałów werbalnych i niewerbalnych
	12.	Wyłapywać komunikaty werbalne i niewerbalne wysyłane przez pacjenta
	13.	Precyzować wypowiedzi pacjenta, jeżeli są niezrozumiałe lub wymagają rozwinięcia
	14.	Okresowo podsumowywać to, co zostało powiedziane
	15.	Używać zwięzłych, łatwych do zrozumienia pytań i komentarzy, unikać, lub odpowiednio tłumaczyć nazewnictwo medyczne
	16.	Ustalić daty i sekwencję zdarzeń
Zrozumienie perspektywy pacjenta	17.	Aktywnie wylaniać i eksplorować pomysły, troski, oczekiwania i skutki symptomów pacjenta
	18.	Zachęcać pacjenta do wyrażania uczuć
ZAPEWNIENIE STRUKTURY		
Uczynienie planu rozmowy jawnym	19.	Podsumować na koniec partii pytań dotyczących określonego wątku
	20.	Czytelnie sygnalizować pacjentowi przechodzenie do kolejnej części wywiadu
Zadbanie o płynny przebieg wywiadu	21.	Prowadzić wywiad w logicznej sekwencji
	22.	Trzymać się czasu i skupiać się na istocie wywiadu
BUDOWANIE RELACJI		
Odpowiednie posługiwanie się komunikatami niewerbalnymi	23.	Przejawiać odpowiednie zachowania niewerbalne.
	24.	Robiąc notatki lub je czytając w trakcie wywiadu, uważać, by to nie przeszkadzało w rozmowie
	25.	Demonstrować właściwy poziom pewności siebie

Rozwijanie porozumienia z pacjentem	26.	Akceptować zasadność różnych punktów widzenia i uczuć pacjenta, nie oceniać go.
	27.	Używać empatii aby okazać zrozumienie i uznanie dla uczuć pacjenta lub jego trudnego położenia
	28.	Zapewnić wsparcie, wyrazić troskę, zrozumienie, chęć pomocy; docenić radzenie sobie z problemem, zaoferować partnerstwo.
	29.	W delikatny sposób rozmawiać o zawstydzających czy trudnych dla pacjenta tematach i bólu fizycznym
Angażowanie pacjenta	30.	Dzielić się z pacjentem punktem widzenia i tokiem myślenia, aby zachęcić go większego zaangażowania
	31.	Wyjaśnić powody pytań czy kolejności etapów badania fizykalnego, które mogą wydawać się niekonwencjonalne
	32.	Podczas badania fizykalnego - wyjaśnić sposób przebiegu, zapytać o zgodę na wykonanie
OBJAŚNIANIE I PLANOWANIE		
Dostarczanie odpowiedniej ilości i rodzaju informacji	33.	Dawkować i weryfikować: podawać informacje w przyswajalnych porcjach; sprawdzać zrozumienie
	34.	Ocenić punkt wyjścia pacjenta: zapytać o dotychczasową wiedzę przed podaniem informacji
	35.	Zapytać pacjenta jakie dodatkowe informacje będą dla niego pomocne, np. dotyczące etiologii, prognozy
	36.	Przekazywać informacje w odpowiednim czasie
Ułatwianie dokładnego zapamiętania i zrozumienia	37.	Organizować proces wyjaśniania: podzielić na odrębne sekcje; prowadzić w logicznym porządku
	38.	Posługiwać się czytelnymi kategoriami i wskazówkami dotyczącymi punktu dyskusji
	39.	Powtarzać i podsumowywać dotychczas przekazane informacje, aby wzmocnić przekaz
	40.	Używać zwięzłego, łatwego do zrozumienia języka; unikać nazewnictwa medycznego
	41.	Używać wizualnych metod przekazu informacji
	42.	Sprawdzać czy pacjent zrozumiał przekazane informacje lub ustalenia, np. prosząc o ich powtórzenie własnymi słowami
Osiąganie wspólnego zrozumienia: włączanie perspektywy pacjenta	43.	Odnieść wyjaśnienie do perspektywy pacjenta: uprzednio ujawnionych koncepcji, wątpliwości i oczekiwań
	44.	Stworzyć sposobność i zachęcić pacjenta do wniesienia swojego wkładu: zadawania pytań, proszenia o klaryfikację, wyrażania wątpliwości
	45.	Wychwytywać i reagować na sygnały werbalne i niewerbalne (potrzeby zadania pytania, nadmiaru informacji, stresu)
	46.	Wyłonić przekonania pacjenta, jego reakcje i uczucia dotyczące przekazanych informacji, użytych sformułowań

Planowanie: wspólne podejmowanie decyzji	47.	Odpowiednio do sytuacji podzielić się własnymi przemyśleniami: koncepcjami, sposobem wnioskowania, dylematami.
	48.	Angażować pacjenta: dawać sugestie i oferować wybory, a nie przekazywać dyspozycje, zachęcać pacjenta do dzielenia się pomysłami
	49.	Eksplorować możliwości kierowania
	50.	Ustalić preferowany poziom zaangażowania pacjenta w podejmowaniu bieżących decyzji
	51.	Wynegocjować obustronnie akceptowalny plan (ustalić preferencje pacjenta odnośnie dostępnych możliwości, poinformować o własnych)
	52.	Wspólnie z pacjentem zweryfikować plan, sprawdzić czy go akceptuje i czy jego/jej wątpliwości zostały wyjaśnione
ZAKOŃCZENIE WIZYTY		
Planowanie przyszłości	53.	Ustalić z pacjentem najbliższe działania zarówno pacjenta, jak i lekarza
	54.	Wyjaśnić pacjentowi możliwe nieoczekiwane rezultaty, co robić, gdy plan nie działa, gdzie i jak szukać pomocy
Zapewnienie odpowiedniego domknięcia	55.	Zwięźle podsumować wizytę i wyjaśnić plan leczenia
	56.	Ostatecznie upewnić się, czy pacjent akceptuje wybrany plan leczenia, dopytać czy potrzeba jego korekty, czy pacjent ma pytania

Lekarz wykonuje zawód zaufania publicznego. Jego rolą jest ochrona życia i zdrowia pacjenta, przeciwdziałanie cierpieniu i niesienie pomocy w oparciu o najnowszą dostępną wiedzę medyczną oraz dobro chorego, z poszanowaniem jego praw jako człowieka [5]. Skuteczne realizowanie tych zadań wymaga posiadania zarówno aktualnej i specjalistycznej wiedzy medycznej oraz umiejętności klinicznych pozwalających na postawienie prawidłowej diagnozy i wdrożenie odpowiedniej procedury terapeutycznej, jak i określonych umiejętności komunikacyjnych, a w tym postawy nakierowanej na realizowanie potrzeb pacjenta oraz gotowości do stwarzania atmosfery bezpieczeństwa i zaufania.

Literatura:

1. Ostrowska A., *Modele relacji pacjent-lekarz*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2009, s. 235-260.
2. Jankowska A., *Jak poprawnie prowadzić wywiad?*, [w:] A. Steciwko, J. Barański (red.), *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną*, Elsevier. Urban & Partner, Wrocław 2012, s.50-59.
3. Bankiewicz-Nakielska J, Tyszkiewicz-Bandur M, Walkiewicz M, Karakiewicz B., *Kompetencje psychologiczne w pracy lekarza*, *Medycyna po Dyplomie* 2017; 26 (1): 108-114.

4. Kurtz S., Silverman J., Draper J., *Teaching and learning communication skills in medicine*, (2nd ed.) Radcliffe Publishing, Oxford, San Francisco, 2009.

5. *Kodeks Etyki lekarskiej uchwalony na Nadzwyczajnym VII Krajowym Zjeździe Lekarzy w 2003r.*

Зеньков О.Л.¹, Сурмач М.Ю.²

¹УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

²УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Беларусь

ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Целью работы являлось изучение состояния информатизации медицинских учреждений Гродненского региона, уровня и структуры финансирования данного направления развития здравоохранения

Ziankov A.L.¹, Surmach M.Yu.²

¹Healthcare Establishment «Grodno regional clinical hospital»

²Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

EVALUATION OF HEALTH CARE INFORMATIZATION IN GRODNO REGION

The purpose of this work is to study the level of informatization of medical institutions in the Grodno region, the level and structure of funding for this area of health services development

В соответствии с указом Президента Республики Беларусь от 02.12.2013 г. № 531 «О некоторых вопросах информатизации» и с целью выстраивания единой стратегии, в Министерстве здравоохранения была разработана отраслевая программа информатизации [1]. Развитие информационных технологий в здравоохранении призвано обеспечить повышение доступности и качества медицинской помощи населению [2; 4]. Очевидна социальная эффективность мер по информатизации здравоохранения, связанная с реализацией декларируемых государством равных прав на получение высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи как жителями крупных городов, так и отдалённых сельских населённых пунктов [3].

Целью исследования являлось оценить уровень информатизации здравоохранения Гродненской области.

Для оценки информатизации поставлены следующие **задачи**:

– изучить фактические расходы на информатизацию здравоохранения, проанализировать их структуру и динамику за период с 2013 по 2017 годы;