

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/317870197>

مهارات الاتصال بالمرضى

Book · June 2017

CITATIONS

0

READS

38,826

1 author:



الدكتور عبد السلام صالح سلطان

Ministry of Health, Iraq

24 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Communication Skills [View project](#)

وزارة الصحة العراقية



مركز تدريب وتطوير
الملاكات/التدريب الصحي

مهارات الاتصال بالمرضى

Skills for Communicating with Patients

تأليف

جوناثان سلفرمان سوزان كورتس جوليت درابر

تقديم

جان فان دالين
فريدريك دبليو بلات

ترجمة

الدكتور عبدالسلام صالح سلطان

مراجعة النص العربي

طارق ابراهيم المبارك الأستاذ الدكتور مهدي صالح الشمري

النسخة العربية ٢٠٠٩

Radcliffe Publishing
New York • Oxford

Contents

vi	مقدمة الطبعة العربية
viii	شكر وتقدير
x	قديم
xii	تقديم
xiv	تمهيد
xviii	في رحاب هذا الكتاب
xix	المؤلفون
xx	شكر وتقدير
xxi	الإهداء
1	المقدمة
1	الأسلوب المعتمد على البيئة
2	الأسلوب المعتمد على المهارة
2	أسلوب موحد للدراسة الأولية والإقامة والتعليم الطبي المستمر
2	أسلوب موحد لتعليم مهارات الاتصال للاختصاصيين واختصاص طب الاسرة
3	الأسلوب الموحد لتعليم مهارات الاتصال على جانبي الأطلسي وما وراءهما
4	من يخاطب هذا الكتاب؟
4	المتعلمون في كل مستويات التعليم
4	الميسرون ومدراء البرامج
5	مدراء التعليم الطبي والمنظمات الداعمة وواضعو السياسات الطبية
5	كيف تناولنا نمط الموضوعات في كتاب موجّه لأوروبا وشمال أمريكا والاسواق العالمية الأوسع؟
7	1 تحديد ماذا نتعلم ونُعلم: نظرة عامة على منهج مهارات الاتصال
7	المقدمة
8	المقابلات الأكثر فاعلية
9	تحسين نتائج الرعاية الصحية
9	عقد شراكة تساهمية
10	خطة الفصل
10	انواع مهارات الاتصال وكيف تترايط بعضها ببعض؟
12	مشكلة الفصل بين مهارات المحتوى والصياغة في تعليم وتعلم المقابلة الطبية
14	المنهج الكلي لمهارات الاتصال بين الطبيب - المريض
14	دليل كالكاري-كامبردج (كما عُرض في طبعة 1998)
16	دليل كالكاري-كامبردج المعزز

Radcliffe Publishing Ltd

18 Marcham Road
Abingdon
Oxon OX14 1AA
United Kingdom

www.radcliffe-oxford.com

Electronic catalogue and worldwide online ordering facility.

This is a translation of Skills for Communicating with Patients, Second Edition

© 2005 Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz and Juliet Draper

Arabic translation © 2009 Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz and Juliet Draper

Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz and Juliet Draper have asserted their right under the Copyright, Designs and Patents Act 1998 to be identified as the author of this work.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission of the copyright owner.

British Library Cataloguing in Publication Data

A catalogue record for this book is available from the British Library.

ISBN-13: 978 184619 430 6

[TJ FSC]

Typeset by WorldAccent, London

Printed and bound by TJI Digital, Padstow, Cornwall

37	المهارات	21	دليل كالكاري- كامبردج مهارات الصياغة الاتصالية
38	«ماذا» نعلم وتعلم في افتتاح المقابلة: البيّنات على المهارات	21	افتتاح المقابلة
38	التحضيرات	21	البدء بإرساء الألفة
39	إرساء الألفة الأولية	21	التعرف على أسباب المقابلة
39	تحية المريض وتعريف الطبيب بنفسه	21	جمع المعلومات
39	توضيح دور الطبيب وطبيعة المقابلة	21	استكشاف مشكلات المريض
40	التعرف على اسم المريض	22	المهارات الإضافية لفهم منظور المريض
41	إظهار احترام راحة المريض البدنية والعناية بها	22	إعداد هيكل المقابلة
42	تحديد سبب أو أسباب المقابلة	22	اجعل النظام واضحاً وجلياً
43	الأسئلة المفتوحة	22	الاهتمام بمسار المقابلة
45	الانصات لإفتتاحية المريض	22	بناء المقابلة
50	التحري	22	استعمل ايماءات غير لفظية مناسبة
53	إعداد القائمة	23	تنشئة الألفة
54	الخلاصة	23	اشراك المريض
		23	التوضيح والتخطيط
55	3 جمع المعلومات	23	إعطاء الكمية المناسبة والنوعية الدقيقة للمعلومات
55	المقدمة	32	تأكد من دقة الفهم والاسترجاع
55	مشكلات في الاتصال	24	التوصل إلى فهم مشترك: دمج منظور المريض
57	الأهداف	42	التخطيط: المشاركة في صنع القرار
58	محتوى جمع المعلومات في المقابلة الطبية	25	اغلاق المقابلة
58	التاريخ المرضي التقليدي	25	التخطيط المستقبلي
60	نموذج المرض - المعاناة	52	اضمن ملاحظات ملائمة للاغلاق
65	الخيار المعد لجمع المعلومات في المقابلة الطبية	52	الخيارات في عملية التوضيح والتخطيط (من ضمنها مهارات الصياغة)
68	مهارات الصياغة لجمع المعلومات	25	مناقشة الفكرة وأهمية المشكلة
69	استكشاف مشكلات المريض	52	مناقشة خطة العمل التوافقية
69	تقنيات الأسئلة	26	مناقشة الفحوصات والإجراءات
75	إظهار رواية المريض	27	الحاجة لبناء شامل وواضح
76	الانصات الفاعل «اليقظ»	29	اختيار مهارات الصياغة وادخالها منهج الاتصال
76	الاستجابة التشجيعية	30	البحوث والأسس النظرية التي تبرهن على إدخال كل مهارات اتصال
79	ما البيّنات النظرية على التشجيع؟	30	الأسس والأهداف التي تساعد على اختيار المهارة
80	التقاط التلميحات اللفظية وغير اللفظية	32	المهارات والقابليات الشخصية
81	توضيح قصة المريض	33	ربط موضوعات خاصة بمهارات الاتصال الأساسية
82	التلخيص الداخلي	33	الخلاصة
83	اللغة		
83	مهارات إضافية لفهم منظور المريض	35	2 افتتاح المقابلة
84	ما البيّنات التي تدعم استكشاف منظور المريض لمعاناته؟	35	المقدمة
90	كيف تكتشف منظور المريض؟	35	مشكلات في الاتصال
95	وضع مهارات صياغة جمع المعلومات سوياً	36	الأهداف

135	المشاركة في الأفكار	96	منوال تقنيات الأسئلة المفتوحة إلى المغلقة
136	تقديم الأسباب المنطقية	98	جمع المعلومات الشاملة مقابل المركزة
136	الخلاصة	100	تأثير الاستنتاج السريري في عملية جمع المعلومات
		102	الخلاصة
139	6 التوضيح والتخطيط	103	4 بناء هيكل المقابلة الطبية
139	المقدمة	103	المقدمة
139	مشكلات في الاتصال	103	الأهداف:
139	هل هناك مشكلات بكمية المعلومات التي يعطيها الطبيب؟	104	المهارات
140	هل هناك مشكلات في نوع المعلومات المعطاة من الأطباء؟	105	ما الذي نريد تعليمه وتعلمه عند إعداد الهيكلية: بينات المهارات:
140	هل يستطيع المرضى فهم لغة الأطباء؟	106	جعل التنظيم جلياً
141	هل يتمكن المرضى من فهم واسترجاع المعلومات المعطاة لهم؟	106	التلخيص
141	هل يشترك المرضى في اتخاذ القرار بالدرجة التي يرغبون بها؟	106	علامة الانتقال؟
141	هل يطاوع المرضى أو يلتزمون بالخطة التي يضعها الأطباء؟	109	الإلتزام بالانسباية:
142	هل هناك مشكلات في تعلم وتعليم التوضيح والتخطيط في التعليم الطبي؟	111	التتابع
143	الأهداف	111	التوقيت
144	محتوى التوضيح والتخطيط	112	الخلاصة
145	مهارات الصياغة في التوضيح والتخطيط	112	
147	مهارات الصياغة الاتصالية: البيئات	113	5 بناء العلاقة
149	إعطاء كمية ونوعية المعلومات الملائمة	113	المقدمة
149	هل يختلف المرضى والأطباء على نسبة المعلومات التي ينبغي أن يُفصح عنها؟	113	مشكلات في الاتصال
150	المنظور التقليدي للعلاقة بين الطبيب والمريض: فجوة الكفاءة التي لا يمكن ردمها	115	الأهداف
151	لماذا تُؤول البحوث الحديثة لتؤكد النمط التقليدي لإعطاء المعلومات؟	116	المهارات
153	ما الاتجاهات الحديثة في المجتمع التي تؤثر في إعطاء المعلومات الطبية	117	ما الذي تُعلمه وتتعلمه في بناء العلاقة: الأدلة على المهارات
154	ما البيئات البحثية التي توحى أن إعطاء المعلومات أكثر فائدة؟	118	استعمل إيماءات غير لفظية مناسبة
155	هل يحتاج جميع المرضى لمعلومات أكثر؟	118	ما الفرق بين الاتصال اللفظي وغير اللفظي؟
	ما المهارات التي يستطيع استعمالها المتعلم تساعده على تحديد كمية	119	لماذا يحدث إدراك الاتصال غير اللفظي تطوراً في المقابلة الطبية؟
156	المعلومات التي يعطيها للمريض ونوعيتها؟	120	ما البيئات البحثية الدالة على أن الاتصال غير اللفظي سيجعل المقابلة مختلفة؟
159	المساعدة في دقة الاسترجاع والفهم	121	ما الدروس المستفادة للأطباء؟
159	بحث لي «Ley» في استرجاع المريض للمعلومات	122	استعمال سجل الملاحظات والحاسوب
164	الحصول على فهم مشترك- والدمج بمنظور المريض	123	بناء الألفة
164	بحث توكت وجماعته حول فهم المريض	125	القبول
170	بحوث أخرى دعمت الفهم المشترك	125	الاستجابة للمشاعر والعواطف الواضحة
172	ما المهارات التي نوصي بها لمساعدة المتعلمين للوصول إلى الفهم المشترك مع مرضاهم؟	126	الاستجابة للمشاعر والانفعالات المعبر عنها تعبيراً غير مباشر
174	التخطيط - المشاركة في اتخاذ القرار	127	التعاطف
175	المفاهيم النظرية لصنع القرار المشترك	129	الدعم
179	البيئات البحثية التي تدعم اتخاذ القرار المشترك؟	132	ما البيئات البحثية التي تجعل مهارات بناء الألفة تحدث فرقاً في المقابلة الطبية
181	هل يرغب جميع المرضى الاشتراك في صنع القرار المشترك؟	133	اشراك المريض
		134	

	ما المهارات التي نوصي بها لمساعدة المتعلمين في الوصول إلى اتخاذ
182	القرار المشترك في التخطيط؟
188	خيارات في التوضيح والتخطيط
188	إذا ما قُدمت الآراء ونوقشت أهمية المشكلة
189	إذا ما نوقشت الخطة التوافقية
194	إذا ما نوقشت الفحوصات والإجراءات
194	الخلاصة: التوضيح والتخطيط عملية تفاعلية
197	7 اغلاق المقابلة
197	المقدمة
197	الأهداف
198	المهارات الصياغية لإغلاق المقابلة
199	«ماذا» نَعلم ونتعلم بشأن نهاية المقابلة
199	ماذا يحدث عملياً في إنهاء المقابلة
199	ما السلوك المبكر الذي يمنع من ظهور مشكلات جديدة في مرحلة الاغلاق؟
	ما المهارات التي نوصي بها في المراحل المبكرة من المقابلة التي
200	تساعد في إغلاق كفاء ومقنع؟
201	ما السلوك الذي يشترك في اغلاق المقابلة غير الكفاء؟
202	ما العناصر الأساسية للاغلاق ذاته (انظر المستطيل 7.1)
203	الخلاصة
205	8 تدبير مواقف خاصة بمهارات الاتصال الأساسية
205	المقدمة
206	مواقف خاصة
206	البوح بالخبر السيئ
213	الاختلافات الثقافية والاجتماعية
219	الموضوعات المتعلقة بالعمر
	المهارات الرئيسية في دليل (كالكارى - كامبردج) التي يحتاج الطبيب
220	إلى توظيفها بتمعن وقصد وتركيز أكبر
	المهارات الرئيسية في دليل كالكارى - كامبردج التي يحتاج الطبيب
223	إلى توظيفها بتمعن وقصد وتركيز أكبر
224	مقابلة الهاتف
	المهارات الرئيسية في دليل كالكارى - كامبردج التي يحتاج الطبيب
225	إلى توظيفها بتمعن وقصد وتركيز أكبر
227	الكآبة المخفية والذهان
229	المريض الذهاني
233	موضوعات اتصالية أخرى
233	قراءات اضافية
235	المصادر

موضوع المقابلة الطبية ويادخالها تطوير لمهارات الاتصال الطبية العربية الحديثة. ثالثاً: الاهتمام بالحوار غير اللفظي والاستعارات الاجتماعية والثقافية، ذهبت مهارات الاتصال بعيداً عن اللغة المنطوقة وركزت كذلك على الحوار غير اللفظي بين الطبيب والمريض والاستعارات اللفظية الذي يعدّ الظرف المغلف للرسائل المتبادلة ويعتمد إدراكها على الإرث الحضاري للمجتمع، ولا تُفهم تلميحات المريض وإشاراته غير اللفظية من دون وعي الطبيب لثقافة المجتمع الذي يعمل فيه. لذلك ينبغي أن يعي الطبيب أن أسرار اللغة في الحوار مع المريض لا تنحصر بكلمات محدودة أو عبارات يمكن تحويلها إلى لغة أخرى، وقد يصل الحال إلى أن لا تُدرك إلاً باللهجة التي تعودها المريض واستعاراتها الحضارية والاجتماعية. رابعاً: ينبغي اتخاذ منهج موحد لتدريس مهارات الاتصال وليس من الصحيح إشراك عدة مناهج مختلفة في تعليم مهارات الاتصال، ومما يضر بالمنهج زيادة الاحتمالات المتوافرة والتعامل مع المقترحات على أنها متساوية القيمة، إذ تؤدي إلى اضطراب الممارسة الطبية المحلية. ومهارات الاتصال في الكتابين (مهارات الاتصال بالمرضى، وتعليم وتعلم مهارات الاتصال في الطب) أثبتت فاعليتها وتأثيرها في اتصال الطبيب بالمريض في مختلف أنحاء العالم وترجمة إلى عدة لغات لذلك نقترح إدخالها في مناهج الكليات الطبية والممارسة العربية والعراقية معاً وتوظيفها وسيلة من وسائل امتحانات الدراسات الأولية والتخصصية السريرية.

عبدالسلام صالح سلطان

مقدمة الطبعة العربية

Introduction for Arabic version

يمكن تلخيص مهارات الاتصال بحواب (كيف): أي كيف يصوغ الطبيب عباراته في مراحل المقابلة كافة؟ والتي تكمل جواب (ماذا): أي ماذا يتعلم؟ وفيها المعلومات والخبرات التي تراكمت عند الطبيب طيلة سني ممارسته المهنية. وعندما يجمع الطبيب بين المضمونين «ماذا يتعلم؟ وكيف يصوغ؟» المعلومات والمهارات التي يكتسبها بأحسن ما يمكن، سيقدم رعاية صحية أفضل للمريض الفرد والمجتمع عامةً.

وعدت في العقد الأخير في الألفية الثانية مهارات الاتصال السريرية وطب البيئية «Evidence based medicine» – أي إدخال المعلومات المتاحة وتحليلها ونقدتها وتطبيق أفضل ما توصل إليه العلم في الممارسة الطبية اليومية – أهم التطورات على مستوى تقديم الخدمات الطبية إلى الإنسان الفرد والمجتمع عامة. وازدادت أهميتهما وجنت بعض ثمارهما الأنسانية في العقد الأول من الألفية الثالثة ومازالا يحتلان الأولوية كأهم إبداع عالمي في المجال الطبي. واحتل الكتابان المنهجان (مهارات الاتصال بالمرضى، وتعليم وتعلم مهارات الاتصال في الطب) لمؤلفيهما سوزان كورتس وجونثان سلفرمان وجوليت درابر الصدارة والمقدمة، لأنهما تمكنا من إدخال مهارات الاتصال المعتمدة على البيئية في الممارسة الطبية اليومية وأصبحا من أبرز الكتب في ميدان الاتصال حيث جمعا هاتين الميزتين الفريدتين في ميدان الاتصال الطبي وطب البيئية. إذ واءما بين المتطلبات اليومية ومهارات الاتصال المعتمدة على البيئية والنظرية والبحثية وحددا المهارات الضرورية وطرق استعمالها في مراحل المقابلة الطبية اليومية: افتتاح المقابلة، جمع المعلومات، الفحص البدني، التوضيح والتخطيط، وإغلاق المقابلة بسلاسة ومنطقية من دون إقحام أو تكلف وأظهرا بيئية استعمالها. وتميزا عن باقي كتب الاتصال حيث تدخل مهارات الاتصال بهيكل واضح ومحدد يتواءم مع مهام المقابلة الطبية المتسلسلة مؤيداً بالبيئات النظرية والبحوث التطبيقية التي أوردوها. وعليه فلا غرابة أن تتلقفهما المؤسسات التعليمية والتطبيقية وتعتمدهما في تدريس مهارات الاتصال في أغلب أنحاء العالم. وأحسب أن تُرجم الكتابان إلى اللغات: الألمانية والهولندية، والهنكارية، والفرنسية فضلاً عن اللغة العربية التي فيما تقدمه بين يدك عزيزي القارئ. كما أعتد دليل كالكارى – كامبردج العمود الفقري للكتابين في أغلب أنحاء العالم كدليل اتصال في المناهج الدراسية وأداة تقييمه في الامتحانات السريرية.

ومن اللافت للانتباه، أن مهارات الاتصال مازالت في طور التوعية لأهمية الموضوع في الممارسة الطبية العراقية الحالية وفي بعض البلدان العربية الأخرى. وتقف خلف ذلك صعوبات كثيرة وأسباب موضوعية يمكن إجمالها بالمحاور الآتية: أولاً: مازالت الرعاية الصحية تعتمد على المنهج الطبي الإحيائي التقليدي الذي يبحث في المرض والتشخيص والعلاج فقط. بينما يتطلب إدخال مهارات الاتصال إلى المنظور الشمولي الحديث لرعاية المريض والاهتمام بمعاناة الإنسان فضلاً عن مرضه التي تدعى بالأسلوب الشامل للرعاية الصحية (الأسلوب الإحيائي النفسي الاجتماعي) الذي ينافس المنظور التقليدي السائد. ثانياً: عدم إدخال اللغة العربية إلى جانب الانكليزية المعتمدة في مناهج الكليات الطبية والصحية الذي يُعد عائقاً أمام تحسين مهارات الاتصال في مختلف المستويات التعليمية الطبية. ويحتاج تدريس مهارات الاتصال إلى تسجيل المقابلات الطبية وتحليل مكوناتها اللفظية، والانصات لرواية المريض والبحث في طبيعة الأسئلة وصياغتها وتأمل استجابة المريض وفهم عباراته.. الخ. ولجميع هذه المهام الحساسة، يجب أن تسجل المقابلة الطبية وتدرس وتحلل ويُفهم مغزاها باللغة العربية وتستنبط العبارات والمهارات المحلية الضرورية أي العربية القريبة واليسيرة لتعميمها في المناهج التدريسية. لذا من الضروري إدخال اللغة العربية إلى المناهج التدريسية في

شكر وتقدير

Acknowledgement

نشكر معالي وزير الصحة العراقية الدكتور صالح مهدي الحسنواوي على موافقته على ترجمة الكتابين ودعمه المادي والمعنوي اللامحدود ومتابعته الشخصية للترجمة.

ولا يسعنا إلا أن نشكر المؤلفين الأساتذة: سوزان كورتس، جوناثان سلفرمان، وجوليت درابر على موافقتهم على ترجمة الكتابين (مهارات الاتصال بالمرضى، وتعليم وتعلّم مهارات الاتصال في الطب) ومساعدتهم الكريمة والتزامهم الأدبي الرفيع لمساندتنا في أثناء الترجمة وتوضيح العبارات والكلمات الغامضة ومتابعتهم مراحل الترجمة أولاً بأول، إذ كانوا خير معين لنا. كما نشكر مؤسسة رادكليف اكسفورد على عرضهم الكريم لطباعة الكتابين وتوزيعهما على البلاد العربية. ونشكر أيضاً الأستاذ فريدريك أم بلات وكونستانس أم بلات على توضيح بعض الغموض ومؤازرتهم وتشجيعهم لضرورة ترجمة الكتابين باللغة العربية.

ويمتد شكرنا إلى مركز تدريب وتطوير الملاكات في وزارة الصحة العراقية ونخص منهم بالذكر الدكتور عباس بدر الرياحي والدكتور عبدالأمير عبدالزهرة شومان على ملاحظاتهم القيّمة وباسل خليل مردان والمبرمج انور حسين مكييل والسيدة آمال صادق نايف ونجاة تقي وجميع منتسبي المركز.

طارق ابراهيم المبارك

عبدالسلام صالح سلطان

قاعدة بنوية عند تعاطيهما لموضوع مهارات الاتصال بين الطبيب والمريض ومهارات الاتصال بين الميسر والمتعلم. إن هذا التماسك يجعل الكتابان يتمتعان بالمصداقية الكاملة.

وتتوافر في الوقت الحاضر الطبعة الثانية لكل من الكتابين. وإن تحديث المراجع وحده من شأنه جعل الطبعتين الجديتين موضع استحسان وترحيب إلا أن الباحثين ذهبوا إلى أبعد من ذلك. وأدركوا أن عالماً الحالي يتطور بسرعة ولم يعد يستشير المرضى الأطباء بنفس الطريقة التي كانوا يتبعونها قبل ست سنوات. كما أن طرائقنا الحالية لتيسير عملية التدريب لم تعد كسابقاتها. وتظهر هاتان الطبعتان الجديتان اهتماماً متزايداً بالتمييز بين المحتوى وصياغة الاتصال والتقييم. وإن كلاً من الطبعتين الجديتين من الكتابين موضع استحسان لأنهما يساعدان على توضيح المجال الذي نتعامل معه. ومن خلال التعريف الأفضل والتطبيق العملي فقط نستطيع أن نطوّر معارفنا في هذا الميدان المهم من الاتصال في حقل الرعاية الصحية. ومن خلال منظور الإحساس بالخطر، يعد هذان الكتابان ثمرة باتجاه آفاق تحسن أكبر. وأنتي لآمل بإخلاص أن يثابر المؤلفون على الاستمرار في عملهم الذي يستحق الإعجاب وأراني أتشوق إلى صدور الطبعة الثالثة ولا أكاد أقوى على الانتظار.

Jan van Dalen

Skillslab

Universiteit Maastricht

Maastricht

The Netherlands

September 2004

قديم

Foreword

«لا قيمة لما تعرف إذا لم تستطع إيصاله»

بهذه الكلمات المفعمة بالحكمة شاطرنري (كريس غارنر) الرأي لأول مرة في عام (1982) وقد لخصنا في العبارة المذكورة أعلاه أهمية تعليم واختبار وتعلّم مهارات الاتصال في ميدان التعليم الطبي. ولقد أصبح من المعلوم منذ أواخر سبعينيات القرن العشرين: أن رقي الاتصال وجودته بين الأطباء ومرضاهم وبين زملاء المهنة من أطباء وغيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية، لا بد أن تؤثر في تحسين الرعاية الصحية. وفي عقد الثمانينيات والذي تلاه – أي عندما بدأت الأنشطة التعليمية في هذا المجال – بالبلور، لم يكن يعرف قبل ذلك سوى القليل عن مهارات الاتصال في الميدان الطبي. ثم أخذت مهارات الاتصال بالتطور عن طريق الحدس أكثر من التأمل في الحقائق، ذلك الأمر الذي أدى إلى ظهور عدد كبير من الأساليب الإبداعية المتشعبة.

ونشر عدد هائل من الأبحاث على مدى العقود اللاحقة التي تلت ذلك مما أتاح الفرصة لترسيخ أساس تعليم وتعلّم واختبار مهارات الاتصال. ونعلم الآن حق العلم، ما هي المهارات الأكثر أهمية ومدى قابليتها على جعل الطلبة يتقبلونها برحابة صدر. مما يهيئ قاعدة صلبة تستند إليها البرامج التعليمية التي تنفذ في ميدان مهارات الاتصال خلال تدريب المهنيين الصحيين.

ويعد إصدار الطبعة الأولى من «مهارات الاتصال بالمرضى وتعليم وتعلّم مهارات الاتصال في الطب» عام (1998) كمعلم بارز في هذا المجال، كما أجريت مراجعة شاملة لنتائج جميع البحوث الخاصة بالاتصال في المهن الصحية وتعليمها التي شيدت هيكل دليل (كالكارى كامبردج). فجأة وجد الباحثون ومدراء البرامج – وأنا أحدهم – أن لديهم دليلاً للاتصال والتدريب مستنداً إلى البيّنات «Evidence based». وسرعان ما حظي الكتابان المذكوران بجمهور واسع من القراء في مختلف أرجاء العالم وإنني لأفخر بإسهامي الشخصي بترجمة الكتابين إلى اللغة الهولندية.

أما لماذا احتلا رأس القائمة دون سواهما، فوراء ذلك فيما أحسب أسباب عديدة أبرزها: التأكيد على البيّنات والأدلة. ففي البدايات الأولى كان الاتصال في الميدان الطبي يستند بقوة إلى الأخلاقيات والمعتقدات. وكان ذلك لا يقابل إلاً بدهشة متواضعة لكون هذا الإجراء شديد الغرابة أحياناً، فالأفكار التي نحملها عند دخولنا مناظرة عقلانية لا تكاد تتجاوز عدد أصابع اليد الواحدة. وعلى أية حال فالزمن قد تغير وأن نظرة موضوعية شاملة ترينا أن الزملاء الأوائل لم يضيعوا جهودهم سدى، إذ يمكن اعتبار مهارات الاتصال في الوقت الحاضر أفضل نمط من النشاط المعرفي في مجال المهارات الطبية التي أرسيت على البيّنات.

وهناك سبب آخر للإطراء كون الكتابين المذكورين قد أُلّفَا وجمعت معلوماتهما وكتبا بلغة واضحة. فالمؤلفون ينتمون إلى بلدين تفصل بينهما لغة عامة (كما يقول تشرشل). ومهما يكن من أمر فإن المؤلفين قد تغلبوا على التحديات الثقافية أو تم الاعتراف بها في الأقل: ويطبق المؤلفون ما يجاهرون به.

وسبب آخر للثناء والاستحسان، أن استعمل المؤلفون وبالتوازي مقارنة الاتصال بين الطبيب والمريض وسير الاتصال بين الميسر والمتعلم. وباختصار، أظهر الكتابان فائدة الالتزام بدليل (كالكارى – كامبردج)

هيكل المقابلة وبناء العلاقة مع المريض. وبعد ذلك، يأخذ سلفرمان وكورتس ودرابر بيد القارئ لكي يحتاج الخطوات الضرورية لتحقيق كل هدف من تلك الأهداف. وفي كل فصل مخصص لأحد المهام قدموا أمثلة على المقابلات الطبية الناجحة التي قام بها كل من الطلبة والأطباء الممارسين مع تعليقات تتيح للقارئ الحصول على مزيد من المعلومات التي لاحظها أطباء سريريون حقيقيون وقدروها وقاموا بتحليلها. وفي الحقيقة، وجدت وحدة الرأي التي اتفق عليها المؤلفون الثلاثة مُتعة هذا الكتاب.

وبعد مرور خمسة وأربعين عاماً على بدئي بإجراء المقابلات الطبية، توافر لدينا الآن أعمال كثيرة كرسنا لفن الحوار مع مرضانا. وكتاب «مهارات الاتصال بالمرضى» كتاب من الدرجة الأولى لأنه كتاب شامل وذو لهجة ونزعة إنسانية ولكونه كتاباً تعليمياً بشكل خاص. فبين دفتيه، يجد القارئ البحث الذي يدعم توصيات المؤلفين بشأن العمليات والإجراءات. وجميع قرائه سواء أكانوا من المبتدئين أم من الخبراء سوف تحمّلهم المعرفة الحديثة إلى آفاق جديدة وإن حصولهم على هذه المعرفة سيحلب لهم متعة لا تعادلها متعة.

ولكن ماذا بشأن تعليم المهارات؟ ولكي نقوم بالتعليم ينبغي علينا أن نفهم كيف يتعلم الناس وماذا يعرف عملية التعلّم وكيف تتغلب على معارضة تعلّم الممارسات الجديدة. ولحسن الحظ أن كورتس وسلفرمان ودرابر يقدمون لنا كتاباً مرافقاً «تعليم وتعلّم مهارات الاتصال في الطب» وهم يذكروننا بأن الخبرة وحدها لا تعد تدريباً كافياً في هذا المجال، ولا تخدم الآ كمشيت بارع للعادات السيئة». وهم يدعوننا إلى إعطاء الاهتمام اللازم نفسه للطريقة التي نتبعها في الحصول على المعلومات وضرورة تسجيلها على قاعدة البيانات.

ويناقش المؤلفون نماذج عديدة من التعليم: المحاضرات، والعرض، والممارسات الفردية والمقابلات الطبية المسجلة على أشرطة فيديو والتدريب الداعم الفردي. ويوصون بالملاحظة والاسترجاع باعتبارها أعظم الأدوات تأثيراً في عملية التعليم. ويساعدوننا كذلك على أن نفهم اشكال الاسترجاع وأن نميز بين مناقشة اتجاهات «attitudes» الطلبة ومهاراتهم. والتركيز على تدريب المهارات عند تدريس موضوع الاتصال لضرورته في جميع الأوقات، والذي يعد أقل ضرراً ويؤدي إلى تغيير في الاتجاه. ومن بداية الكتاب الثاني إلى نهايته – كما هو الحال بالنسبة للكتاب الأول فإنهم يرسون أسس الطرق التي يناقشونها في البحث ويعرضون دراسات متميزة عرضاً ذكياً ومناسباً.

وإن أعظم ما يثير الفضول وصفهم للمعضلة: إذ كيف يسمحون للمتعلم الفرد بأن يطور أسلوبه الخاص به وأن ينهض الميسر بعملية التعلّم ويرتقي إلى مستوى قياسي من الكفاءة. ويشجعنا المؤلفون أن نعلّم ونوضح ويؤكدون ضرورة ممارسة المهارة الفردية. وفي الوقت نفسه يناقضون فيما يريدون منا أن نطلب من طلبتنا تحديد احتياجاتهم الخاصة بهم كما يفهمونها ويدعوننا أن نقودهم إلى حيث يرغبون في الوقت نفسه. إننا سوف ننجح كمدرسين عندما نستطيع أن نتجز تلك المهمة التي تستحق الفخر. وإذا كان هناك من يستطيع أن يساعدنا على نيل التوازن فهم كورتس وسلفرمان ودرابر. ويمكن أن يستفاد جميع الأطباء التدريسيين من هذا الكتاب ويجب على الجميع أن يقرأوه.

Frederic W Platt MD

Clinical Professor

Department of Medicine

University of Colorado Health Sciences Center

The Institute for Health Care Communication Regional Consultant

September 2004

تقديم

Foreword

عندما بدأت بممارسة مهنتي الطبية في عام (1959) كان أساتذتي قد توارثوا تقليد من سبقهم في فن الحوار لقرون خلت. وأمام جموع الطلبة سارحو التفكير ينتقل الشيوخ باستفساراتهم ويختبرون أما بلطف وهدوء أو باقتضاب وحفاء، وقد استمرنا من بعدهم على النهج نفسه. وما قدموا لنا كان نظاماً من الذي يعتقدون أنه يشبع حاجة الطبيب السريري إلى البيانات التي يمكن الاستفادة منها فيما بعد للتشخيص الصحيح إزاء المعلومات المحيطة التي يعرضها مرضانا. ولم يخامر أولئك الأساتذة الاهتمام بما يشعر به المريض تجاه عملية استحصال المعلومات والتقنيات المحدودة التي كانت تقف خلف حاجز الاسئلة ذات النهايات المغلقة العالي. ومازالت التقنية نفسها تستعمل عند كثير من الممارسين العامين وأساتذة الكليات الطبية والأطباء المقيمين في الوقت الحاضر.

وفي الوقت نفسه، كان أكاديميون آخرون يقومون بنشر معلومات حول كيف يتعلم الناس ويتحاورون ويتفاهمون فيما بينهم. وبدأ بعض الأطباء ملاحظة التطورات الكبيرة التي تطرأ على راحة المرضى ومشاركتهم في المعالجة الطبية ومدى التزامهم بخطة الرعاية المعدة لهم بمجرد إحداث التغيير وتبديل الطريقة التي يتحدثون إليهم بها. ولاتزال الثورة التي حدثت في مجال الاتصال بين الطبيب والمريض ماضية إلى الأمام على الرغم من أن بعض الأطباء الشيوخ ربما لا يمتد بهم العمر ليشهدوا الانتصار الشامل. وأخذ الأطباء الأكاديميون يتعلمون التقنيات الجديدة ويعملون منها نماذج لطلبتهم في بعض الكليات الطبية في أمريكا الشمالية والمملكة المتحدة. كما أعد الأطباء الممارسون لأول مرة برامج مخصصة لتدريب الطلبة على المعارف الحديثة للقيام بإجراء مقابلات طبية إنسانية أكثر فاعلية.

ولضمان إحراز النجاح، فإن أي كتاب يركز على الاتصال محوره المريض يجب أن يتغلب على المعارضة التي يبديها أعضاء الهيئات التدريسية والطلبة في الوقت نفسه. ومازالت العشوائية الأكاديمية تميل إلى الحقائق المادية الطبية والمختبرية. كما يظن كثير من أساتذة الكليات الطبية أن طريقة الاستجواب هي الأفضل لاستحصال البيانات من المريض. أما معارضة الطلبة فهي غامضة، ففي الوقت الذي يوافقون فيه من حيث المبدأ على تركيز الممارسة الطبية على المريض، فإن كثيراً منهم يشعرون بغزارة المنهج الدراسي الطبي التقليدي ويعجبون لماذا يتوجب عليهم الحصول على مزيد من الدراسة في مجال التوسع بالاتصال في ظل انشغالهم فيه طيلة حياتهم العملية.

ولذا فإن الكتاب المنهجي الناجح المخصص للاتصال بين الطبيب والمريض هو الذي يجب أن يتسم بالقدرة على الإقناع فضلاً عن القدرة على التعليم. إن الكتاب المنهجي الجيد المتضمن موضوع المقابلة الطبية هو الذي يقدم مادة مفيدة وفي متناول القارئ شاملة ومستوعبة البحوث الحديثة في آن معاً تتيح الفرصة للتغلب على المقاومة. وقد وفرت الطبعة الثانية من كتاب (مهارات الاتصال بالمرضى) هذه جميعاً. فالمؤلفون جونان سلفرمان وسوزان كورتس وحوليت درابر لا يصفون بإسهاب طرائق استحصال المعلومات السريرية التي تضمن إشباع احتياجات الطبيب وطالب الطب وحدهما فحسب وإنما يوظفون أسلوباً سلساً مع إشباع الحاجة للاقتباسات التعليمية حيث أنهم أنفسهم نموذجاً للاتصال الجيد.

ويتضمن تنظيم الكتاب إجماع آراء المؤلفين على أن الطبيب السريري أمامه ما يقرب من خمس مهمات متتابعة قد تزيد أو تنقص عند أداء المقابلة الطبية هي: افتتاح المقابلة، جمع المعلومات، إجراء الفحص الطبي، التوضيح والتخطيط بالتعاون مع المريض وأخيراً إغلاق المقابلة الطبية. ومهمتان مستمرتان: وضع

مهارات اتصال، ووثقنا المهارات الفردية التي تُوثق المحتوى الرئيس لمهارات الاتصال في تعليم البرامج واستكشفنا بتمعن طرائق التعليم الخاص التي مارسناها في هذا الحقل الفريد للتعليم الطبي. وعرضنا هذا في كتابنا الأول:

- المنطق الأساس الشامل في تعليم مهارات الاتصال: «لماذا» و «ما» و «كيف» نُعلم ونتعلم مهارات الاتصال في الطب.
- المهارات الفردية الفاعلة التي تُؤلف اتصال الطبيب بالمريض.
- الأسلوب المنهجي لعرض وتعليم واستعمال المهارات في الممارسة العملية.
- الوصف الدقيق لطرائق التعليم والتعلم وتشمل: الأساليب الإبداعية في التحليل والاسترجاع في جلسات التعليم التجريبية، المهارات التيسيرية الرئيسة التي تفعّل المشاركة والتعليم.
- المبادئ والمفاهيم وبيّنات البحوث التي ترسخ طرق التعليم المميّزة المتّبعة في برامج مهارات الاتصال.
- استراتيجيات بناء منهج مهارات الاتصال العملية.

وفي الطبعة الثانية لكتابنا المرافق: تعليم وتعلم مهارات الاتصال في الطب، أوضحنا:

- بيّنات البحوث الحديثة الكاملة في ثنايا الكتاب.
- أعدنا كتابة الفصل الثاني وضّمناه دليل (كالكارى - كامبردج) المعزز الذي صاغته البرفسورة سوزان كورتس (Kurtz et al. 2003). ويعد الدليل جوهر الكتابين في الطبعة الثانية لهما. وطُوّر دليل (كالكارى - كامبردج) الأصلي لتحديد مهارات اتصال الطبيب الفاعلة بالمريض المزود بهيكل تحليل معتمد على البيّنة وتعليم هذه المهارات في المقابلة الطبية. وفي النسخة المُحسّنة يحدّد محتوى مهارات الاتصال الطبي وصياغتها، ويشجع الطريقة السريرية الشاملة التي تُكَمّل الطريقة السريرية التقليدية بمضمون واضح وبمهارات اتصال فاعلة.
- توسيع الفصل الرابع لمناقشة أهمية الاستعانة بالمرضى القياسيين «Standardized patients» المدربين بدرجة أكبر.
- إعادة تصميم الفصلين الخامس والسادس لتساعدنا على مُناقشة شمولية التحليل والاسترجاع لمهارات الاتصال بتوسع أكبر وتيسير استراتيجيات جلسات التعليم التجريبية في سياقات التعلّم المختلفة.
- توسيع مُناقشتنا لتطوير البرنامج والمنهج على جميع مستويات التعليم الطبي، أولاً: وصف العناصر المشتركة في مناهج الفصل التاسع، وبعد ذلك تُعطى إستراتيجيات محددة من أجل تعليم الاتصال وتعلمه في المستويات المختلفة للتعليم الطبي في الفصل العاشر. وبالنظر إلى التغييرات الواسعة النطاق والسريعة النمو في تعليم الاتصال عند مرحلة الإقامة، ضَمّمنا تضميناً مُحدّداً عدداً من مقترحات البرامج والمناهج التي طُبّقت في البرامج الاختصاصية والإقامة في الرعاية الصحية الأولية.
- إعداد فصل موسّع جديد «الفصل الحادي عشر» الذي يتناول حقلاً مهماً جداً، هو تقييم مهارات الاتصال.
- أضفنا فصلاً جديداً هو «الفصل الثاني عشر» يتصدى لتدريب الميسرين وأعضاء الهيئة التدريسية الذي وسّع مناقشتنا في هذا الموضوع المهم.
- وقد وسّع الفصل الثالث عشر رؤيتنا إلى أين يتجه التدريب في الاتصال.

وكانت الطبعة الأولى من كتاب «مهارات الاتصال بالمرضى» تتولى استكشاف المهارات الخاصة لاتصال الطبيب بالمريض بتفصيل أكبر. ولا نفحص كيف نستعمل هذه المهارات في المقابلة الطبية حسب، لكن

تمهيد

Preface

كتاب مهارات الاتصال بالمرضى «Skills for Communicating with Patients» هو أحد كتابين مترافقين والكتاب الثاني، تعليم وتعلم مهارات الاتصال في الطب «Teaching and Learning Communication Skills in Medicine»، وهما مصممان لتحسين مهارات الاتصال في المجال الطبي بأسلوب شامل لتعليم وتعلم الاتصال في الطب خلال المستويات الثلاثة للتعليم الطبي (الدراسة الجامعية الأولية والإقامة والتعليم الطبي المستمر) ولأطباء الاختصاصيين وأطباء الأسرة معاً. ومنذ طبعتهما الأولى في (1998)، أصبحت الكتابين المنهجين في تعليم مهارات الاتصال في أنحاء العالم كافة، وأول كتابين يعتمدان على البيّنة (Evidence-based) في المقابلة الطبية (Suchman 2003).

وسعينا في طبعة الكتابين الثانية المعتمدين على البيّنة أن نعكس التطورات والتغيرات منذ الطبعة الأولى (1998) بخصوص:

- بحوث الاتصال في الرعاية الصحية.
- الأساليب النظرية والإدراكية للاتصال في الرعاية الصحية.
- الممارسات الطبية والتعليمية.
- أنظمة الرعاية الصحية والبيئات الأخرى التي يمارس فيها الاتصال.

وهناك تطور هائل في حقل تعليم مهارات الاتصال خلال السنوات الست الماضية. وأصبحت البرامج الاتصالية جزءاً من مناهج التعليم الأساس في جميع مستويات التدريب الطبي في دول كثيرة. وحصل تقدّم كبير في حقل تعليم مهارات الاتصال في السنوات الست الأخيرة. وأصبحت برامج الاتصال جزءاً من التعليم المنهجي في جميع مستويات التدريب الطبي وفي العديد من البلدان. وأصبح التقييم الإجمالي لمهارات الاتصال مكوّناً رئيساً للعديد من المناهج الجامعية وبرامج الإقامة التدريسية محلياً ووطنياً. وتطورت دورات تعليم مهارات الاتصال في الكليات. وتواصل نشر بحوث الاتصال بكثرة كاثرة، إذ نُشر ألفا (2000) بحث في المدلاين حول علاقة الطبيب بالمريض والتعليم الطبي خلال السنوات الست الماضية.

وتعكس الطبعة الثانية للكتابين جميع التطورات. وقد حدّثنا الكتابين فيما يتعلق عن التوجه الذي يتعرّع في مجال البحوث والتغيير في ممارسات التقييم والتعليم. ومثلما واصلنا تطوير تعليمنا الخاص في السنوات الست الماضية أيضاً وزدنا العديد من الأفكار التي نتجت من تراكم الخبرة وتطورها.

واجتمع إلى تعلّقنا بهذا العمل وانجذابنا إليه عوامل أخرى منها ملاحظات الكثير من زملائنا في المهنة الذين تفاعلوا مع طبعته الأولى فوافونا بمراسلاتهم وملاحظاتهم الشخصية، واستفدنا كثيراً من اقتراحات قُرّائنا وأفكارهم. وتمتّعنا كثيراً بالفرص التي تنعكس على أسلوبنا التعليمي ومراجعتنا للأسس الواضحة مرة أخرى. وتأمّلنا مفاهيمنا وخبرائنا المختلفة التي تكونت خلال السنوات القليلة الماضية. نرجو أنّ ينعم قُرّاؤنا بما أنجزنا بقدر تمّتّعنا ببنائه.

ونودُ هنا أن نُوضّح الأساس المنطقي للكتابين، وقد لخصّنا بإيجاز التغييرات التي ظهرت في الطبعة الثانية. ففي طبعة الكتاب المرافق الأولى «تعليم وتعلم مهارات الاتصال في الطب» تفحصنا كيف نبني منهج

ذلك التعلّم، ويفهمون قيمة الملاحظة والتدريب، ويدلّوا بتعقيبات بناءة تساهم في خلق مناخ داعم للعملية التعليمية.

وفي تعليم مهارات الاتصال، هناك فاصل رفيع بين المعلمين والمتعلّمين. وسيواصل المعلّمون التوصل إلى اكتشاف حفايا الاتصال في حياتهم المهنية والتعلّم من طلابهم. كما أن المتعلّمين لا يُعلّمون نظراءهم فقط ولكنهم سيُصبحون معلمي مهارات اتصال قريباً للأجيال الآتية من الأطباء، سواء كان ذلك بصورة رسمية أو غير رسمية أو ك نماذج عملية تحتذى في الاتصال وهكذا لا يمكن لأي طبيب أن يتخلى عن هذه المسؤولية.

Jonathan Silverman

Suzanne Kurtz

Juliet Draper

September 2004

نزود بالدليل الشامل لتحسين هذه المهارات وجعلها تتواءم مع الممارسة السريرية اليومية والحصول على نتائج صحية مضمونة.

وقدمت الطبعة الأولى:

- إبراز المهارات الفردية التي تُؤلف المحتوى الرئيس لمهارات اتصال تعليم البرامج.
- هيكل عامّ للمقابلة يُساعد في تنظيم المهارات وتعلّمنا وتعلّمنا إيها.
- وصف تفصيلي للأسباب المنطقية لاستعمال هذه المهارات الرئيسة في المقابلة الطبية.
- المبادئ والمفاهيم وبيّنات البحوث التي تبرهن على أهمية المهارات وتوثّق الفوائد المحتملة للأطباء والمرضى على حدّ سواء.
- اقتراحات تتضمن كيفية استعمال كلّ مهارة عملياً.
- مناقشة الدور الرئيس الذي تؤديه مهارات الاتصال في معالجة موضوعات الاتصال الحساسة وتحدياتها.

وعرضنا في الطبعة الثانية من هذا الكتاب:

- تحديث بيّنات البحوث الشاملة في جميع ثنايا الكتاب.
- إعادة تصميم هيكل الكتاب وتضمين كلّ فصل نسخة مُحسّنة من دليل (كالكارى - كامبردج) الذي قدّمته البروفسورة كورتس في 2003 (Kurtz et al. 2003)، الذي وُصف بالتفصيل في الفصل الأول.
- تضمن الكتاب وصف طريقة سريرية شاملة، تُكمل الطريقة السريرية التقليدية تكاملاً واضحاً ومهارات اتصال فاعلة.
- يتصدى الفصل الثالث الموسّع «جمع معلومات» لمهارات المحتوى والصياغة في جمع المعلومات، التاريخ الكامل مقابل التاريخ المُركّز وتأثير الاستنتاج السريري على مهارات صياغة الاتصال.
- الفصل الرابع، فصل موضوع هيكل المقابلة عن جمع المعلومات بعد أن كان جزءاً منه، وجعله مفهوماً ذهنياً ومساراً متواصلاً في جميع أنحاء المقابلة مثل بناء العلاقة.
- تناول الفصل الخامس بناء العلاقة التي وضعناها في اعتبارنا لتعزيز العلاقات والتنسيق ضمن مؤسسات الرعاية الصحية والمجتمعات، فضلاً عن تنمية العلاقة بين المرضى والأطباء.
- التعمّق في الفصل السادس لاستكشاف «التوضيح والتخطيط» الذي تزايد أهميته وارتباطه الوثيق باتخاذ القرارات المشتركة «shared decision making» والتوافق وتوضيح عوامل الاختطار «explanation of risk».
- الاستكشاف بالتفصيل في الفصل الثامن عن كيفية التعامل مع موضوعات اتصالية حسّاسة في المقابلة الطبية وعلاقتها بمهارات الصياغة الرئيسة للدليل (كالكارى - كامبردج).
- ونُشجّع قراءنا لدراسة الكتابين. وقد يبدو للوهلة الأولى بأنّ هذا الكتاب الأول قد تخصص بمخاطبة المتعلمين فقط، والثاني قد تخصص بمخاطبة المعلمين، لكن هذه النظرة بعيدة عن قصدنا.
- يحتاج الميسرون إلى القدر نفسه من المساعدة في «ما» يعلّمون كما هو الحال مع «كيف» يُعلّمون. وأظهرنا كيف تُمكن المعرفة العلميّة بمهارات الاتصال المعمّق استعمال مهارات الاتصال وأيدناها ببيّنات البحوث المُرفقة، وإذا ما رغب الميسرون أن يُزيدوا التعلّم في جلسات تعليمهم التجريبية.
- ويحتاج المتعلّمون فهم «كيف» يتعلّمون فضلاً عن «ماذا» يتعلّمون. وأن فهم مبادئ تعليم مهارات الاتصال سُمكّنهم من زيادة ملكتهم في جميع مجالات منهج الاتصال، ويُحسّن اشتراكهم الخاص في

في رحاب هذا الكتاب

About this book

يُعد إصدار هذا الكتاب والكتاب المرافق نتيجة تعاون طيب وحاد ومثمر بين المؤلفين الثلاثة. بدأ بالدكتور سلفرمان الذي كان في إجازة مع الأستاذة كورتس في كلية الطب، جامعة كاليفورنيا، كندا في (1993). وكانت الأستاذة كورتس وزملاؤها يُطوّرون ويُوسعون مناهج الاتصال في الطب فضلاً عن طرق تحسين الاتصال في مجالات أخرى من الرعاية الصحية منذ أواسط السبعينيات. بينما كان الدكتور سلفرمان والدكتورة درابر يعملان سوية لتعليم مهارات الاتصال في الدراسات العليا للممارسة العامة في منطقة إنكلان الشرقية «East Anglian» للمملكة المتحدة منذ (1989) ولأكثر من اثنتي عشرة سنة». وأدى التعاون بين المؤلفين الثلاثة إلى تلاقح الأفكار والاتجاهات وتأليف الكتابين في طبعتهما الأولى والثانية. واشتركت الأستاذة كورتس والدكتور سلفرمان في تأليف الكتابين على حد سواء. وإبراز هذه المساواة أُدرج اسم الأستاذة كورتس كمؤلف أول في كتاب تعليم وتعلّم مهارات الاتصال في الطب، وأدرج اسم الدكتور سلفرمان كمؤلف أول في كتاب مهارات الاتصال بالمرضى.

المؤلفون

About the authors

الدكتورة سوزان إم كورتس «PhD» أستاذة الاتصال في كليات التعليم والطب، جامعة كاليفورنيا، كندا. تدور مهنتها بمدار تحسين الاتصال والممارسات التربوية في الرعاية الصحية والتعليم، وتطوير مناهج الاتصال وتقييم المهارات السريرية، وعملت مع طلبة الطب والتعليم، والمقيمين، والأطباء، والمرضات، والمهن الصحية الأخرى، ومجموعات من المرضى والمعلمين والإداريين. ومنذ (1977) أدارت برنامج الاتصال الجامعي في كلية كاليفورنيا للطب ومستشارة قومية وعالمية على جميع مستويات التعليم الطبي بخصوص إرساء برامج اتصال فاعلة لطلاب الطب والمقيمين والأساتذة والموظفين. وعملت مؤخراً مع زملاء في الطب البيطري لايتكار برامج مهارات اتصال في هذا الحقل. كما عملت مع ثقافات مختلفة وتخصصات متنوعة، وأسهمت في إعداد مناهج اتصال وبناء الفريق وإدارة النزاعات في القانون والعمل ومع عدّة مشاريع تنمية دولية تتعلق بالصحة والتعليم في النيبال وجنوب شرق آسيا وجنوب أفريقيا. وتتضمن منشوراتها كتاب سابق مع مؤلف آخر «في إم ريكاردي»، بعنوان الاتصال والمشورة في الرعاية الصحية (published by Charles C Thomas in 1983).

الدكتور جونانان سلفرمان (FRCGP) عميد سريري مشارك ومدير دراسة الاتصال في كلية الطب السريري، جامعة كامبردج، وممارس عام في لينتون، كامبرجشاير. واشترك في تدريس مهارات الاتصال بفاعلية منذ (1988) وميسر إقليمي لمهارات الاتصال للدراسات العليا في الممارسة العامة لعمادة شرق إنكلان حتى (1999). وفي (1993)، أخذ إجازة دراسية وعمل مع الأستاذة سوزان كورتس لإجراء بحوث مهارات الاتصال وتدريسها في كلية الطب، جامعة كاليفورنيا. وفي (1999) أصبح مدير دراسة الاتصال للمنهج الجامعي في جامعة كامبردج. ونفذ حلقات دراسية لتدريس مهارات الاتصال في جميع أنحاء المملكة المتحدة، وأوروبا وأمريكا الشمالية. هو المُقيم الخارجي لامتحانات مهارات الاتصال السريرية لعضوية كلية الجراحين الملكية (MRCS) واشترك في تطوير مهارات الاتصال في الكلية الطبية البيطرية في المملكة المتحدة بفاعلية. هو مدير مشارك في جمعية تدريس المقابلة الطبية.

الدكتورة جوليت درابر (FRCP, MD) مديرة مشروع تدريس مهارات الاتصال المتسلسلة لعمادة شرق بريطانيا. تقاعدت من العمل السريري وتزاول حالياً تدريس معلمي مهارات الاتصال وتُساعد الأطباء الذين لديهم مشكلات اتصالية. وينصب اهتمامها بالتدريب متعدد الاتجاهات واستكشاف الارتباطات بين مهارات الاتصال والمعالجة.

شكر وتقدير

Acknowledgements

لا يمكن أن يُؤلف هذا الكتاب من دون مساعدة المرضى والمتعلمين والبحوث وتدريب زملاء من جميع أنحاء العالم وندين لهم جميعاً بكثير من العرفان والتقدير.

وقد ساعدنا كثيرٌ من الذوات المحترمين بأفكارهم ودعمهم ووقتهم مباشرة وبطريقة غير مباشرة، ونخص بالذكر عوائلنا والعاملين معنا بانتظام - الميسرون والمدربون في دورات التدريب، ولاسيما شركاؤنا والمساعدون الإداريون، وممثلو الأدوار المرضية في التدريب وتقنيو الأجهزة السمعية والبصرية.

وممتنون خصوصاً للدكتور فنسينت إم ريكاردي لبصيرته وجهوده المؤثرة في مجال الاتصال في الطبِّ والدفاع عن المرضى، ودعمه المبكر وإسهاماته التأسيسية لعملنا وأسئلته الإدراكية وتعقيباته المهمة.

كما نود أن نثمن جهود الدكتورة كاثرين جي هيتون (MD) لعملها المبدع ودعمها المستمر على مدى 15 سنة مديرة مشاركة ومؤلفة مشاركة لمنهج الاتصال الجامعي في كاليفاريا. وإسهاماتها المهنية الجوهرية في برامج التعليم والتقييم وعملها مع المتعلمين والمرضى الذي أغنى عملنا وكتابنا في ذلك الوقت. ونشكر أيضاً ميريديث سايمون على بصيرتها، وإسهاماتها ودعمها لسنتين عديدة كمدرسة مخضمة، (من 1999 إلى 2003)، ومديرة مشاركة لدورات اتصال كاليفاريا.

وممتنون جداً إلى بوب بيرنكتون وآرثر هيل لالتاحتهما الوقت لنا لكتابة دليل الميسرين للممارسين العموميين في المنطقة إنكلان الشرقية في (1996). وهو حافظنا الكبير لتأليف الطبعة الأولى من هذا الكتاب. ونشكركُهما أيضاً لدعمهما المستمر والمتحمس للتدريب على الاتصال في المنطقة الأنجلزية الشرقية، ونعبر عن امتناننا لكرس ألين، بول سايكولوس ودايانا وود من كلية الطبِّ السريري، جامعة كامبردج. وشكر خاص إلى جون بنسن لرؤيته المبدعة في تعزيز تعليم مهارات الاتصال في كامبردج، ودعمه المتواصل ضمن الكلية السريرية ولاشترাকে في كتابة النسخة المُحسنة للدليل (كاليفاريا كامبردج). ونودُ أن نشكر جميع أعضاء البرنامج المتسلسل في شرق إنكلان لأفكارهم البتاء وحوارهم خلال السنوات السبع الماضية.

ويذهب امتناننا بنفس الطريقة إلى أنيت لا كرانك وبروس كلارك (كلية التعليم) وبني جانيت، ووالي تمبل، وجون بمبر، وآلان جونز، وجيل نيشن، جون تويس وأعضاء لجنة برنامج المهارات الطبية (كلية الطبِّ) لدعمهم الإداري المستمر والكبير لبرامج الاتصال في جامعة كاليفاريا.

ونشكركُ باخلاص كل من سيندي أدامز، آرثر كلارك، كاثرين فرانكهاوسر، وبراين كروموف، ريني مارتين، ديفيد سلويتز، روبرتا واکر، بني وليامسون، ستيف اتمور، جونا كرافاتس، جون سبينسر، آني كوشنك، وأنجيلا هول، جين كيد، كاثرين بورسكوت، نيكي برايتن، جون بيرري، كرس أيل ورايتشل هاويلز لنصيحتهم ومساعدتهم وتشجيعهم.

وأخيراً، نودُ أن نشكر باندر وباكس وجميع فريق رادكليف لإيمانهم المستمر في عملنا و إقتراحاتهم وجهودهم لنشر الكُتب.

الإهداء

Dedication

نهدي هذين الكتابين إلى عوائلنا على دعمهم لنا وصبرهم الطويل وتعليمهم لنا الاتصال والعلاقات والحب.

إلى والدي إيرل كورتس، في محبة الذاكرة، أمي إستر كورتس، كاثرين (كورتس) وسام فرانكهاوسر، جون كورتس وإلين مانوبلا، وإلى دوغ وإبي، جون وديفيد وكريستين وستيفن وبيتر.

سوزان كورتس

إلى والدي ألما وسدني سلفرمان، وزوجتي باربرة وأطفالنا ديفيد وكاثرين وإلي.

جونانان سلفرمان

إلى عائلتي الكبيرة الممتدة التي علمتني بوعي وربما من دون وعي مسبق كثيراً، ولكن أخص بالذكر زوجي بيتر وأطفالنا كلوي، سوزي وتيم.

حوليت درابر

المقدمة

Introduction

الأسلوب المعتمد على البيّنة

An evidence-based approach

يدرك مؤلفو الكتاب أن لإجادة مهارات الاتصال الأهمية القصوى في الطب. والهدف الرئيس لكتابتهم هذا ومرافقته «تعليم وتعلم مهارات الاتصال في الطب» هو المساعدة في تحسين آليات اتصال الطبيب بالمريض. ولكن الإدراك والأهمية لا يكفيان لإحداث قناعة راسخة وتغيير في التعليم أو الممارسة السريرية من دون بيّنة تسند رؤيتهم. وتؤكد أن تحسن مهارات اتصال الأطباء يتناسب طردياً ونتائج الرعاية الصحية للمريض والطبيب معاً. ولا تتوقع لنظام حديث نسبياً مثل مهارات الاتصال أن يلاقي قبولاً في ظل مناهج مزدحم بالمواد التدريسية الجامعية الأولية أو في أثناء الإقامة الطبية أو التعليم الطبي المستمر.

لذلك فإن هدفنا من هذا الكتاب، هو تقديم بيّنات منهج مهارات الاتصال في الطب. كما نرغب في إظهار كيف تستعمل هذه المهارات في المقابلة الطبية فضلاً عن عرض البحوث التي تبرهن على أهمية المهارات السريرية وتوثق المميزات الايجابية المحتملة للأطباء والمرضى معاً. وتتوافر حالياً بيّنات نظرية وبحثية شاملة تُرشد إلى اختيار المهارات الاتصالية التي ينبغي أن تستعمل في مناهج الاتصال. كما يمكن أن نتعرف على أي من هذه المهارات يؤدي تغييراً ايجابياً في الممارسة السريرية. ويجب أن نوظف منجزات البحوث الحالية في مناهج التعليم الطبي التي تقود مناهج مهارات الاتصال للأمام (Stewart and Roter 1989; MakouI 2003; Suchman 2003). وقد استعرضنا هذه البيّنات خلال الفصول اللاحقة التي تساعد المتعلم في جميع مستويات التعليم الطبي والممارسة للإدراك الكامل للقواعد النظرية والبحثية للموضوع.

ونسعى في هذا الكتاب إلى:

- تعزيز مهارات اتصال الطلبة والمقيمين والممارسين والأطباء عموماً.
- تزويد المتعلمين والميسرين ومدراء البرامج ببيّنات البحوث والمعرفة الضرورية لاستيعاب وتعليم هذا الموضوع الحيوي.
- اقناع الأساتذة التدريسين بأهمية تنمية وتطوير نظام تعليم مهارات اتصال واسع ومتميز في معاهدهم.

وقد بيّنا في كتابنا المرافق تعليم وتعلم مهارات الاتصال في الطب «Teaching and Learning Communication Skills in Medicine» ووصفنا بفاعلية كيفية استعمال البيّنات المعروضة هنا في تعليم مهارات الاتصال. كما عرضنا طرق التعليم والتعلم التي تساعد استعمال البيّنة ليس في المنهج التدريسي الرسمي حسب ولكننا استعرضناها بأهمية أكبر للمساعدة في توضيح وتعميق تعلم المجموعات الصغيرة أو تعليم شخص لآخر.

بمهارات الاتصال ترعرعت أولاً في الممارسة العمومية أو الطب النفسي. ومن السهولة للمتخصصين أن يقولوا أن الدروس المستخلصة في حقل معين لم تكن ذات أهمية ولا تفيد حاجة التخصصات الأخرى. ويمتلك المؤلفون خبرة واسعة في تعليم مهارات الاتصال في اختصاصات متنوعة كما لاحظوا مهارات الأطباء والطلبة الاتصالية. وعلى الرغم من اختلاف البيئات التي قد تحتاج إلى التحول الماهر في التركيز. وتشير خبرتنا الواسعة المشتركة، بأن المشتركات كبيرة جداً لا يمكن مقارنتها بالاختلافات. وتبقى الأسس الضمنية لمهارات الاتصال الأساسية واحدة. وأن الحواجز بين التخصصات المختلفة في الموضوعات وليس بمهارات الاتصال. وقد منّا في هذا الكتاب بينات من مختلف التخصصات التي تعزز هذا الأسلوب. لخبرتنا الحديثة بتشجيع ادخال مهارات الاتصال وتعميمها في الطب البيطري في بريطانيا والولايات المتحدة عززت وجهة نظرنا في مواقف متعددة من الرعاية الصحية: بأن هناك مجموعة واحدة من مهارات الاتصال الأساسية المناسبة.

الأسلوب الموحد لتعليم مهارات الاتصال على جانبي الأطلسي وما وراءهما

A unified approach to communication skills teaching on both sides of the Atlantic and beyond

لقد قيل أيضاً، أن هناك اختلافات حضارية مهمة بتوقعات المرضى والتدريب الطبي والتدبير السريري ونظام الرعاية الصحية بين بريطانيا وأمريكا الشمالية والدول الأخرى. ومن الصعب جداً وضع كتاب في مهارات الاتصال يلائم جميع المهتمين المختلفين. وسوف تبرز حالة الاختلاف والتعارض مرة أخرى. لقد استعان المؤلفون بالأسس نفسها في تعلم وتعليم المهارات الأساسية في بريطانيا وكندا. ولاحظت البرفسورة كورتس تحديداً مقابلات طبية من عدة دول وثقافات وكانت أوجه التشابه أكبر بكثير من الاختلافات. ونؤكد أن الطبعة الأولى لكتابتنا موضع تداول في عدة دول، وأن الدليل الذي يوضح المهارات الأساسية (محور الكتائين) قد تُرجم إلى عدة لغات حالياً. ومن الغريب، أن البحوث والنظريات لا تنتقل دائماً إلى أي اتجاه وأن البرامج التعليمية لا تأخذ في الحسبان التطور الذي يجري في أماكن أخرى. وبيان جماعي (-Participants in the Bayer; Makoul and Schofield 1999; Simpson et al. 1991; Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education 2001, multi-authored books such as Stewart and Roter's Communicating with Medical Patients (Stewart and Roter 1989), international conferences in Oxford (1996), Amsterdam (1998), (Chicago (1999), Barcelona (2000), Warwick (2002) and Bruges (2004), العالمية مثل الجمعية الأوروبية لفن الاتصال في الرعاية الصحية، بدأوا بكسر الحواجز العالمية كما أظهر كتابانا في طبعتهما الأولى. ونرغب في الاستمرار بالمنهج نفسه في طبعتهما الثانية.

الأسلوب المعتمد على المهارة

A skills-based approach

في كتابنا المرافق، حددنا ثلاث مجالات لبرامج مهارات الاتصال تحتاج التصدي لها، وهي: المهارات، الاتجاهات، الموضوعات «skills, attitudes and issues». وركزنا على أهمية الأسلوب المعتمد على المهارة، وكيف ينبغي أن يكون منهاجاً عاماً كاملاً لتعليم جميع موضوعات الاتصال. وفي هذا الكتاب، ركزنا أساساً على المهارات بدلاً من الاتجاهات والموضوعات. وحددنا منهاج مهارات الاتصال ووثقنا كيفية استعمالها في المقابلات الطبية ووصفنا البيئات النظرية والبحثية التي تعزز قيمتها. وللمهارات الاتصالية الجوهرية أهمية أساسية. وفي حالة الاتقان والتمكن من هذه المهارات، يمكن التصدي لكثير من الموضوعات الحرجة والتحديات، مثل: الغضب والادمان والبوح بالخبر السيئ وفهم المستويات الثقافية والحضارية المختلفة وتناولها بسلاسة. وقد تصدت كتب سابقة كثيرة لمثل هذه الموضوعات بعد وصف المهارات باختصار وعجل. وهدفنا تعديل وتصحيح هذه الموازنة، ونرغب بتجهيز سلم آمن من المهارات الأساسية التي تخدم جميع تحديات الاتصال. لذلك لا نحتاج إلى مجموعة مهارات لكل موضوع. وبدلاً عن ذلك، نحتاج أن نكون يقظين من أن اغلب المهارات الأساسية قد تكون ملائمة، ولكن بعضها ينبغي استعمالها بقصد وتركيز وانتباه أكبر. ونحتاج أن نرسخ فهمنا للمهارات الأساسية ومستوى تحكمنا بها عند التطبيق وأن المهارات الموصوفة تمثل أساس الاتصال الفاعل بين الطبيب والمريض في جميع الاحوال.

أسلوب موحد للدراسة الأولية والإقامة والتعليم الطبي المستمر

A unified approach throughout undergraduate, residency and continuing medical education

نسعى لربط مهارات الاتصال في الدراسة الأولية والإقامة والتعليم الطبي المستمر برابط وثيق. واستناداً إلى ممارستنا اليومية، نستعمل الأسلوب نفسه في تعليم وتعلم المهارات الأساسية في المراحل المذكورة آنفاً. ونرغب أن نعرض الحاجة لبرنامج تعليم مهارات اتصال شامل ومستمر وممتد للمراحل المذكورة آنفاً (Laidlaw et al. 2002). وتدعونا الحاجة لمراجعة وإعادة التعليم السابق، فضلاً عن أهمية الانتقال لمواقف أكثر تعقيداً وتحديات أخرى كلما تقدم المتعلم من مستوى إلى آخر. ومنهاج المهارات الأساسية الذي قدمناه سيوفر أساساً عاماً لبرامج الاتصال خلال الدراسة الأولية والتعليم الطبي المستمر.

أسلوب موحد لتعليم مهارات الاتصال للاختصاصيين واختصاص طب الأسرة

A unified approach to communication skills teaching in specialist and family medicine

يقترح بعض المختصين بعلم الاتصال السريري أنه من غير المناسب لكتاب أن يضم مهارات اتصال للممارسين العموميين والتخصصات الدقيقة الواسعة الانتشار في الطب. وتحتاج البيئة المختلفة إلى مهارات كثيرة مختلفة بعضها عن بعض. ولا تنفق مع هذه النظرة ونعارض هذا المنهج بشدة، الذي هو يحد ذاته المسؤول عن تأخر ادخال تدريب مهارات الاتصال وتوسيعها. كما أن المفاهيم والجهود البحثية المتعلقة

* Translated versions of the Calgary-Cambridge guides in Dutch, French, Norwegian and Spanish are available on our websites. These can be found at www.med.ucalgary.ca/education/learningresources and www.skillscascade.com

من يخاطب هذا الكتاب؟

Who is the intended audience for this book?

المتعلمون في كل مستويات التعليم

Learners at all levels of medical education

يخاطب هذا الكتاب في مادته الأساسية جميع المتعلمين الراغبين ببرامج مهارات الاتصال في الدراسة الجامعية الأولية والاقامة والتعليم الطبي المستمر، وندعو المتعلمين لقراءة الكتاب وأن يكملوا تدريبهم ونؤكد أن القراءة وحدها لا تعوض عن التدريب التجريبي. كما ناقشنا في كتابنا المرافق تعليم وتعلم مهارات الاتصال بناء المنهج. وأن المعرفة الإدراكية لوحدها لا تغير سلوك المتعلم في المقابلة ونحتاج إلى الطرق التجريبية لتعزيز التعليم من الطرق المعتمدة على المعرفة. بينما ستوفر المعرفة للمتعلمين إدراك أكثر عن ماهية المهارة الضرورية، وتقود البينة على كل مهارة لتحسين نتائج الرعاية في المقابلة والموضوع الضمني للتدريب على مهارات الاتصال. ويستطيع الإدراك الذهني أن يزيد ويرشد إلى استعمال المهارات ويحسن اكتشافنا للاتجاهات.

الميسرون ومدراء البرامج

Facilitators and programme directors

وجمهور كبير آخر لكتابنا يتألف من الميسرين ومدراء البرامج الذين يرغبون بتعليم وتخطيط وتطوير برامج تدريب مهارات الاتصال لطلبة الدراسة الجامعية الأولية أو الإقامة الطبية أو التعليم الطبي المستمر. وكما ناقشنا في كتابنا المرافق، حاجة الميسرين ومدراء البرامج المساعدة بـ «ماذا» و«كيف» يعلمون مهارات الاتصال.

وعلى الرغم من أن هناك تغيراً في الموقف حالياً، إلا إن أغلب الميسرين ومدراء البرامج قد درس في زمن كان تدرّس مهارات الاتصال نادراً، كما أنه افترض أن الميسرين ومن خلال ممارستهم الدقيقة للطب مارسوا الاتصال ونالوا معلومات كافية من المعرفة حول المهارات الخاصة – أي «ماذا» نعلم من مهارات الاتصال – وأنهم يحتاجون إلى معرفة «كيف» نعلم الموضوع. ووضعنا تركيزاً متساوياً لتدريب الميسرين ومدراء البرامج في موضوعي «ماذا وكيف» نعلم مهارات الاتصال. وكلا الأمرين حيوي.

كما سلطنا الضوء في كتابنا المرافق على «كيف» نعلم. وفي هذا الكتاب، نساعد الميسرين ومدراء البرامج لزيادة معلوماتهم عن «ماذا» نعلم وإدراك قواعد البحوث للاتصال في الطب. وراعينا أن الميسرين ومدراء البرامج ليسوا مجموعة منسجمة أو متساوية، بعضهم حصل على تدريب قليل وآخرون نالوا تدريباً واسعاً وافيّاً. وآخرون بدأوا الآن فقط بالتعرف على أهمية مهارات الاتصال في الطب بينما التزم آخرون وتناولوا الموضوع على عاتقهم ويرغبون بتقويته والبناء عليه. وسيجد كلا المجموعتين البرهان والتحديات في الكتابين. كما أن الميسرين والمدراء ربما جاؤا من بيئات مختلفة جداً:

• الطبية

- المجتمع، المستشفى أو المؤسسات التعليمية.
- الممارسة العامة وطب الأسرة.
- اختصاصي النفسية.
- الأطباء الاختصاصيين.
- الممرضات.

– المهن الطبية الساندة.

• غير الطبية

– اختصاصي الاتصال

– المرشدون النفسيون أو المشاورون من اختصاصات أخرى

وأدى هذا الاختلاف إلى صعوبة في كتابة أسلوب هذا الكتاب وغالباً ما نشير إلى الميسرين في هذا الكتاب كما لو كانوا أطباء جميعاً، وقد نستعير قول ميسر لمجموعة متعلمين «نملك جميعاً مشكلات متشابهة مع المرضى» وحتى قرأنا كما هم مؤلفو الكتاب الثلاثة ليس جميعهم من الأطباء الممارسين. واستعملنا التعبير الآتي لأننا نشعر أن من الأفضل أن نقول «ماذا عليكم كأطباء أن تعملوا...» ومن المفيد أن نضمن أنفسنا في هذا الوصف حتى لو لم يكن جميعنا أطباء. وهكذا نصنف أنفسنا مع المهن الطبية بدلا من أن نبدو متناقضين ومختلفين وأن بعضنا الذين هم ليسوا أطباء يتفاعلون مع المتعلمين كما يتعامل الأطباء مع مرضاهم، والدروس المستفادة هنا متشابهة لجميعنا. وإن التخصصات المتنوعة التي تتناول الاتصال في الطب قد أغنت ودعمت هذا المجال. ونأمل من الميسرين غير الأطباء أن يدركوا بأننا لا نشترط أن يكون جميع الميسرين أطباء؟

مدراء التعليم الطبي والمنظمات الداعمة وواضعو السياسات الطبية

Medical education administrators, funding agencies and medical politicians

من الضروري أن تدرك جماعات عديدة: الاشخاص الذين يحتلون مصدر القرار بضمنهم عمداء المعاهد الطبية ومدراء المنظمات الصحية والكليات الملكية والجمعيات الطبية والمستشفيات والسلطات الصحية وواضعو السياسات الطبية والمنظمات الداعمة أهمية تعليم مهارات الاتصال وضرورته وأن يدركوا تعقيد منهج الاتصال والعلوم التي تسند الموضوع وتبرهن عليه.

كيف تناولنا نمط الموضوعات في كتاب موجّه لأوروبا وشمال أمريكا والاسواق العالمية الأوسع؟

How have we addressed style issues in a book intended for the European, North American and wider international market?

واجهتنا مشكلة خاصة عند كتابة هذا الكتاب لجمهور واسع ومختلف. لذا اخترنا عدة كلمات وعبارات بدقة وعناية لأن بعضها يحتمل معاني مختلفة ويؤدي إلى الغموض. لذلك قررنا تكرار بعض الكلمات ونعتذر من هذا القصور ونأمل من القراء أن يتمكنوا من ترجمة مصطلحاتنا لتوائم بيئاتهم فمثلاً تداولنا المصطلحات الآتية:

اختصاصي بدلاً من استشاري specialist rather than consultant

طبيب مقيم بدلاً من مسجل أو متدرب resident rather than registrar or trainee

مدير برنامج بدلاً من منظم دورة programme director rather than course organiser

ميسر بدلاً عن مهذب مدرب facilitator rather than preceptor or trainer

متعلم بدلاً عن طالب learner rather than student

عيادة أو مكتب بدلاً من جراحة office or clinic rather than surgery
زيارة متابعة بدلاً من مراجعة follow-up visit rather than review

وقد أثبتت بعض المجالات صعوبة أكبر واستعملناها بالتناوب «medical interview and consultation»
للدلالة على المقابلة الطبية واستعملنا المصطلح البريطاني الممارسة العمومية «general practice»
والمصطلح الأمريكي «family medicine» للإشارة إلى الموضوع نفسه على الرغم من اختلافهما بالمعنى
في شمال أمريكا.

الفصل الأول

Chapter I

تحديد ماذا نتعلم ونعلم: نظرة عامة على منهج مهارات الاتصال

Defining what to teach and learn: An overview of the communication skills curriculum

المقدمة

Introduction

جاء في كتابنا المرافق «تعليم وتعلم مهارات الاتصال في الطب» «Teaching and Learning Communications Skills in Medicine» الأسباب المنطقية التفصيلية لجدوى التدريب على مهارات الاتصال الذي أظهر ما يأتي:

- إن اتصال (الطبيب - المريض) هو محور الممارسة السريرية:
 - يجري كل طبيب نحو «200.000» مقابلة طبية طيلة ممارسته المهنية، ويستحق هذا الجهد المراجعة وإعادة النظر لوضعه موضعه الصحيح.
 - نجد هناك مشكلات كبيرة تشوب الاتصال بين الأطباء والمرضى.
 - الاتصال الفاعل: ضروري لرعاية صحية كفوءة فالالاتصال يرفع درجة رضا المريض وقناعاته وتذكره واستيعابه والتزامه ويحسن نتائج الرعاية الصحية.
- الاتصال هو أساس المهارة السريرية، وأحد العناصر الضرورية للكفاءة الطبية السريرية:
 - تعد القاعدة المعرفية، ومهارات الاتصال، والفحص البدني، وقابلية حل المشكلات جوهر الممارسة السريرية الجيدة.
 - ليست مهارات الاتصال منهاجاً اختيارياً إضافياً، وتتبدد معارفنا وجهودنا الذهنية بسهولة من دون مهارات اتصال مناسبة.
 - يحوّل الاتصال المعلومات النظرية إلى ممارسات عملية: ومفهوم كيف نتصل يحتل أهمية مفهوم ماذا نقول نفسه؟
- ينبغي تعلم مهارات الاتصال وتعليمها:
 - الاتصال: مجموعة مهارات مكتيبة يمكن تعلمها وترسيخها بالممارسة وهي ليست سمات شخصية فقط.
 - قد تكون الخبرة معلماً ضعيفاً وبطيئاً وغير منظم للمهارات.
 - ينبغي تدريس مهارات الاتصال ومراجعة التمكن منها بدقة أسوة بالمهارات الطبية الرئيسة كالفحص البدني السريري مثلاً.
 - يضاعف التحول في طبيعة الرعاية الصحية والممارسة الطبية الحاجة إلى مراجعة مهارات الاتصال باستمرار حتى بالنسبة للأطباء ذوي الخبرة لتحسين مهاراتهم ومعلوماتهم.

تحسين نتائج الرعاية الصحية

Improved health outcomes

سوف نرى، كيف يمكن لمهارات الاتصال الفردية أن تحسن نتائج الرعاية الصحية للمرضى وسنربط بين استعمال كل مهارة للتحسن الذي يطرأ على معايير الرعاية الآتية: قناعة المريض والتزامه وتقليل الأعراض وتحسن النتائج الوظيفية البدنية «Physiological outcome».

ولتحسين هذه المطالب التي من شأنها تحسين رعاية المريض، يتخذ الكتاب منهج البيئية الذي لا يصف المهارة وإظهارها في أثناء المقابلة الطبية حسب، بل يستشهد بالبحوث والبيانات النظرية أيضاً. تلك التي تثبت أهميتها لتعزيز الفائدة المرجوة للطبيب والمريض معاً.

وإن للاتصال أثراً مباشراً في تحسين أداء الأطباء في الرعاية الصحية. ونلمس كذلك أثر مهارات الاتصال في زيادة رضا المرضى عن أطبائهم من جهة وزيادة قناعة الأطباء وتخفيف شعورهم بالاحباط في أثناء أداء واجباتهم من جهة ثانية.

عقد شراكة تساهمية

A collaborative partnership

إن المهارات التي حددناها تدعم مفهوم محورية المريض (Patient centered) أو نهج العلاقة المحورية (Relationship centered approach) التي تعزز العلاقة التساهمية بين المريض والملاك الصحي. أنها ليست وجهة نظرنا الشخصية. وقد تبنينا أسلوب المهارات التي تتخذ الروى النظرية لعلاقة (الطبيب - المريض) التي أثبتت مصداقيتها الممارسة العملية ونتائج بحوث تحسين نتائج الرعاية للطبيب والمريض على حد سواء.

ويتضمن مفهوم الشراكة التساهمية العلاقة التي تسعى إلى التكافؤ بين الطبيب والمريض، وتصحح ميزان القوى بعيداً عن منهج الأبوة الطبية «Medical Paternalism» يتجاه التوافق «Mutuality» (Roter & Hall 1992 Coulter 2002) ويتحرى الكتاب استعمال الطبيب مهارات الاتصال التي تساعده على تطوير قابليات المرضى ليكونوا أكثر فاعلية في المقابلة الطبية ويتخذ دوراً أكثر موازنة في العلاقة مع المرضى.

ولكن هناك بعداً لا يقل أهمية ويعد خارج نطاق هذا الكتاب، وهو ماذا يمكن أن يفعل المريض في المقابلة الطبية ليكون أكثر تأثيراً في الاتصال وفي رعايته لنفسه بعيداً عن أن يكون مستقبلاً سلبياً للإجراءات الطبية التي يتخذها الطبيب؟ ونؤكد دور المريض كبير في المقابلة الطبية.

- كيف يمكن للمريض أن يسهم اسهاماً متميزاً في المقابلة الطبية؟
- كيف يتخذ المريض موقفاً أكثر مسؤولية لتغيير العلاقة بينه وبين الطبيب؟
- كيف يمكن للمرضى أن يتخذوا دوراً أكثر فاعلية في المقابلة؟

تستحق كل هذه الأسئلة العناية والتأمل على الرغم من أن هذا الكتاب يتطرق إلى البحوث التي تبرز قيمة ترويض المريض بالمهارات التي تسهم في اتخاذ أدوار أكثر فاعلية في المقابلة الطبية. لكننا نركز على ماذا يستطيع الطبيب أن يفعل في المقابلة ليساعد المريض على الاشتراك الفاعل فيها فقط.

• الحاجة إلى طرق محددة لتعلم وتعليم مهارات الاتصال في أثناء التدريب:

- من الضروري أن يتخذ تدريب مهارات الاتصال شكل تعليم المهارات المنهجى للوصول إلى تغيير سلوك المتعلم.
- اعتماد طرق التدريب التجريبية التي تشمل الملاحظة والاسترجاع وتقمص أداء الادوار.
- اعتماد منهج حل المشكلات عند تدريب مهارات الاتصال.
- يتم الإدراك والاتجاه الصائب لتعليم المهارات المنهجى.

ونأمل أن نكون قد أقمنا قراءنا بتعليم وتعلم مهارات الاتصال، اللذين لا يمثلان أهمية ضرورية قصوى فحسب، بل إن طرق التعليم المناسبة تؤدي إلى تغيير مؤثر ومستمر لمهارات اتصال المتدرب.

لقد طوّرنّا في هذا الكتاب فكرة رئيسة كما ذكرت في الكتاب المرافق، وهي أن التدريب على مهارات الاتصال يحسن الممارسة السريرية (أنظر المستطيل 1.1).

المستطيل 1.1 إن المكافأة التي يقدمها التدريب على مهارات الاتصال هي تحسن الأداء السريري:

- الاتصال لا يعني أن يكون الشخص لطيفاً فقط، وإنما يؤدي إلى مقابلة طبية مفيدة للمريض والطبيب معاً.
- يحسن الاتصال الفاعل بشكل معتبر من نواحي:
 - الدقة والقدرة والدعم.
 - نتائج الرعاية الصحية للمرضى.
 - قناعة المريض والطبيب.
 - العلاقة العلاجية «Therapeutic relationship».
- يقلص الاتصال الهوة بين طب البيئية «Evidence based medicine» والعمل مع المرضى كأفراد.

المقابلات الأكثر فاعلية

More effective consultations

نعود خلال هذا الكتاب إلى المناهج التي لُخصت في المستطيل «1.1» ونتفحص كيف يمكن لمهارات الاتصال التي سنشرحها أن تؤدي إلى مقابلة أكثر فاعلية لنجاح الطبيب وفائدة المريض. ونعرض كيف يمكن لمهارات الاتصال أن تؤدي إلى زيادة دقة التاريخ المرضي وحل المشكلات، كما نكتشف كيف يمكن للأتباء لمهارات الاتصال أن يساعدنا لأن نكون أكثر دعماً ومساندة للمرضى.

ونؤكد توكيداً خاصاً على مدى تأثير استعمال مهارات الاتصال المناسبة على تحسين ادائنا اليومي في الممارسة العملية. وبهذا الصدد سنتغافل عن النظر إلى مهارات الاتصال غير المناسبة نظراً لضيق الوقت الذي تتسم به الممارسة اليومية الحقيقية. ونبين من خلال هذا الكتاب بأن اعتماد مهارات الاتصال التي نقتصرها سوف تعزز الكفاءة وتحمل الألم ونقدم البيئات التي تصدق توكيدنا.

خطة الفصل

Plan Of Chapter

يتبع الكتاب في الفصول الستة الآتية، تسلسل المقابلة الطبية ويتفحص كل مهارة يتمتعن. ويزود المتعلمين والمدرسين بالتفاصيل الضرورية لفهم المهارات في مجال الاتصال الطبي أولاً. ونجعل المهارة أبسط للفهم والإدراك والاستعمال. ونعرض نظرة شاملة عن ماذا نعلم ونتعلم في منهج مهارات الاتصال، وسنتحرى في هذا الفصل عن الأسئلة الرئيسة الآتية:

• ما المهارات؟

- هل من الممكن تجزئة موضوع معقد ومتعدد المهام مثل المقابلة الطبية إلى أجزاء؟
- هل نستطيع أن نحدد ونعرف المهارات الفردية التي عند اجتماعها تولف الاتصال الطبي الذي نتمنى أن ندرجه ضمن منهج الاتصال؟
- كيف تتوافق المهارات بعضها مع بعض؟
- هل يمكن أن نعرض المهارات من خلال هيكل إداركي شامل يساعد المتعلمين والمدرسين أن يدركوا ذلك بأنفسهم وكيف يمكن أن يربطوها بالمقابلة ككل؟
- هل هناك بيئة تؤكد كون المهارات تؤدي إلى تطوير اتصال الطبيب بالمرضى؟
- ما الأسس النظرية والبحوث التي تسوغ إدخال هذه المهارات في برامج الاتصال؟
- أهنالك دلائل موثقة تؤكد كفاءة هذه المهارات أم هي آراء شخصية؟

انواع مهارات الاتصال وكيف تتربط بعضها ببعض؟

Types of communication skills and how they interrelate

هناك ثلاثة مجاميع من مهارات الاتصال يمكن تمييزها في التدريب:

1 مهارات المحتوى: Content skills

وتعني بـ«ماذا» يتصل الملاك الصحي؟ محتوى السؤال، الاستجابة، جمع المعلومات، اعطاء المعلومات، ومناقشة العلاج.

2 مهارات الصياغة: Process skills

«كيف» يصوغ الطبيب عباراته وتعني الطريقة التي يتصل بها الملاك الطبي مع المرضى، كيف يكتشف التاريخ المرضي؟ وكيف يعطي المعلومات؟ المهارات اللفظية وغير اللفظية التي يستعملها وكيف يبنى علاقته بالمرضى؟ وما الطريقة التي ينظم بها الاتصال وبيئته؟

3 المهارات الإدراكية: Perceptual Skills

بماذا يفكر الملاك الصحي وبماذا يشعرون؟ القرار الذاتي والمنطق السريري ومهارات حل المشكلات والاتجاهات (Attitudes) وإدراكهم لمشاعر المرضى وأفكارهم عن المرض وشؤون أخرى تقلقهم وإدراكهم لمفاهيمهم الخاصة والثقة والتحيز والإحباط. من المهم التأكيد على أن مهارات المحتوى والصياغة والإدراك متداخلة لا يمكن تجزئتها، ولا يمكن تناولها تناولاً فردياً. لذا يجب أن نتنبه على المجاميع الثلاث من المهارات عند دراسة المقابلة الطبية (Riccardi and Krutz 1983).
(Beckman and Frankel 1994).

وعلى الرغم من أهمية مهارات معينة مثل أسئلة مراجعة الأجهزة البدنية «Review of system» أو التحري عن مشكلة معينة، لكن مثل هذه الاسئلة موصوفة بإسهاب في العديد من الكتب المنهجية لذلك أشرنا إليها باختصار. والشيء نفسه يمكن أن يقال لمهارات الاستنتاج السريري «Clinical reasoning» وحل المشكلات في المهارات الإدراكية. وفي المقابل، فإن مهارات الصياغة وكيف تتداخل المهارات الثلاث بعضها مع بعض لم تأخذ حيزاً مناسباً في المناهج الطبية. لذلك فإن هذا الكتاب ورفيقه «تعليم وتعلم مهارات الاتصال» أعطيا اهتماماً بارزاً لمهارة الصياغة كما أعطيا اهتماماً لمهارتي المحتوى والإدراك التي تتعلق بالاتصال في الرعاية الصحية. وناقشنا بعناية كيفية تأثير هذه المهارات بعضها مع بعض. وهنا بعض الأمثلة التي تظهر الاعتماد المتداخل بين الصياغة والمحتوى والإدراك.

مثال 1

إذا سأل الطبيب سلسلة من الأسئلة المغلقة (الصياغة) مبكراً في المقابلة الطبية عن مشكلة معينة (محتوى) ويبدو واضحاً أن سوف يحصل الطبيب على إجابات عن أسئلته. والتي قد تؤدي إلى مشكلات في التشخيص الدقيق، وتمنعه من النظر بأفق أوسع. وحينما يستعمل مهارة السؤال (الصياغة) بطريقة غير مناسبة قد تؤدي إلى ظهور نظرية خاطئة (إدراك).

قارن:

المريض:	استيقظ ليلاً هذه الأيام للتبول.
الطبيب:	نعم.
:	كم مرة تتبول في الليل؟
:	هل تعاني من ضعف تدفق الإدرار؟
:	هل هناك صعوبة عند بدء الإدرار؟
:	هل تعاني من تقطير في نهاية الإدرار؟

المريض:	أنني استيقظ ليلاً هذه الأيام للتبول.
الطبيب:	نعم ... استمر.
المريض:	وأتناول سوائل كثيرة.
الطبيب:	ها ... ها ...
المريض:	أمي مصابة بداء السكري.
:	هل تعتقد أنني مصاب بداء السكري؟

مثال 2

هناك رابط أسر ما بين أفكار ومشاعر الطبيب والمحيط الخارجي للمريض، ويمكن أن تتعارض الأفكار والمشاعر عن المريض مع سلوك الطبيب وتعيق الاتصال، مثل:

- التحسس من شخصية المريض (إدراكي) يمكن أن يتعارض مع الانصات ويؤدي بالطبيب إلى اغفال نقاط مهمة (صياغة).
- الانجذاب البدني تجاه المريض (إدراكي) قد يمنع الطبيب من السؤال عن القضايا الجنسية (المحتوى) والتي لها علاقة بالتشخيص الأساس.

مثال 3

- الافتراضات الخاطئة عن المريض (إدراكي) يمكن لها أن تؤدي إلى اغفال معلومة مهمة ينبغي جمعها (صياغة) وتقودنا إلى مجال خاطئ في المناقشة (محتوى)، مثل:
- الافتراض بأن المريض جاء إلى العيادة لفحص روتيني لمشكلة سابقة قد تمنعنا من التحري عن أعراض جديدة حتى نهاية المقابلة.

مشكلة الفصل بين مهارات المحتوى والصياغة في تعليم وتعلم المقابلة الطبية

The problem of separating content and process skills in teaching and learning about the medical interview

يبدو بديهياً تكامل مهارات المحتوى والصياغة والإدراك في تعليم المهارات السريرية. ولكن غالباً ما تفصل هذه المهارات في التعليم الطبي قسراً وقد تؤدي المتعلمين وإن فصل مهارتي المحتوى والصياغة بعضها عن بعض في مناهج الاتصال الطبي، وقد أدت إلى مشكلة عملية كبيرة ومن نتائجها المؤلمة أن المتعلمين يواجهون نموذجين يبدوان متناقضين في المقابلة الطبية لجميع المتعلمين طلاب وأطباء مقيمين ممارسين. النموذج الأول: هو التاريخ الطبي التقليدي (Traditional Medical History) (أنظر المستطيل 1.2) والذي يعرض فيه هيكل المعلومات التي ينبغي أن يجمعها السريري حينما يلتقي المريض لأجل التشخيص وهو محتوى المقابلة الطبية.*

المستطيل (1.2) التاريخ الطبي التقليدي

- المعاناة الرئيسية
- تاريخ المعاناة الحالية
- التاريخ المرضي
- التاريخ العائلي
- التاريخ الشخصي والاجتماعي
- التاريخ الدوائي والحساسية
- الاستفسارات الوظيفية
- مراجعة أجهزة الجسم

والنموذج الثاني الشائع: هو نموذج الاتصال (Communication Model) وغالباً ما يكون بهيكل بديل. ويعرض فيه قائمة المهارات والوسائل التي يستعملها الأطباء لإجراء المقابلة الطبية وتنمية الألفة (Rapport) والحصول على المعلومات الضرورية من التاريخ المرضي التقليدي ثم مناقشة النتائج والتدابير الممكنة مع المريض وفي الحقيقة إنها مهارة الصياغة في المقابلة الطبية.

الارتباك في الصياغة

Confusion Over Process

عندما يعرض النموذجان: نموذج التاريخ المرضي (المحتوى) ونموذج مهارات الاتصال (الصياغة)، غالباً ما يفكر المتعلمون في أن أحد النموذجين قد يكون بديلاً للآخر. وكثيراً ما يهمل الطلاب نموذج صياغة مهارات الاتصال كدليل، ويعتمد نموذج التاريخ المرضي التقليدي (المحتوى) كدليل للصياغة أيضاً وليس للمحتوى فقط. ومع الأسف الشديد، يعتمد الطلاب نموذج التاريخ الطبي كدليل للصياغة ويستعملون الأسئلة المغلقة وتتوجه المقابلة لجمع المعلومات الإحصائية الطبية (Biomedical Information) بإفق ضيق.

ارتباك المحتوى

Confusion over Content

وهناك ارتباك آخر يخص المحتوى، على الرغم من أن نماذج الاتصال غالباً ما تركز على مهارات الصياغة، وقد أدخل كثير من الباحثين مضامين جديدة لمحتوى التاريخ المرضي وهي منظور المريض لمعاناته ووجهة نظره الشخصية (Mc Whiney 1989) كما سنشرحها بالتفصيل في الفصل الثالث من هذا الكتاب. ويركز التاريخ المرضي التقليدي على المرض على حساب فهم حاجات الفرد ومنظوره. ولذلك كثيراً من المعلومات التي نحتاجها لفهم مشكلات المرضى وتديرها لن تُستقى. وتعزز دراسات رضى المرضى والالتزام والنتائج الوظيفية الحاجة إلى منظور أوسع للتاريخ المرضي. وإدخال معلومات حياة المريض وعالمه لبيانات المنظور الإحصائي للتاريخ المرضي المحدودة (Stewart et al. 1995).

وإن حقيقة آراء المريض وهواجسه ومنظوره ليست من محتوى التاريخ المرضي التقليدي لذلك غالباً ما تحذف في الممارسة السريرية اليومية (Tuckett et al. 1985). مما حدا ببعض الباحثين لإدخالها في دليل صياغة الاتصال كمحتوى لإعادة الموازنة. وإذا ما دخلت عدة مجالات في محتوى دليل التاريخ المرضي التقليدي ودليل صياغة المهارات، فالمتعلمون سوف يظنون أن الحاجة هي إما لإكتشاف آراء المرضى وهواجسهم أو استقاء التاريخ المرضي الإحصائي الدقيق ولكن الحقيقة هي الجمع بين هذين الأمرين.

موازنة المحتوى والصياغة

Marrying content and process

في نهاية الفصل سنناقش منهج أعدناه حديثاً لحل هذه المشكلة وعرضنا نموذجاً موحداً للمقابلة الطبية يوالف بين الصياغة والمحتوى في المقابلة الطبية، ويجمع بين المحتوى التقليدي للنموذج الإحصائي الطبي مع المحتوى الحديث الذي يتضمن منظور المريض.

المنهج الكلي لمهارات الاتصال بين الطبيب - المريض

An Overall curriculum of doctor-patient communication skills

وصفت مهارات الصياغة والمحتوى والإدراك في الأجزاء السابقة على أنها هيكل أساس لاعتماده في أثناء العمل. ولكن ما هي مهارات اتصال الطبيب-المريض بالتفصيل؟ كيف نعرف المهارة التي نرغب في إدخالها لمنهج الاتصال؟ كيف نجعلها في متناول الميسرين والمتعلمين ليمكنوا من استيعابها واستيعاب محمل المنهج؟ كيف يمكن أن نعرضها ليتذكر المتعلمون كل المهارات المستقلة وكيف تتواءم بعضها مع بعض في المقابلة الطبية ككل؟

ونعرض نظرتنا الشاملة لتعلم وتعليم مهارات الاتصال على شكل دليل كالكارى-كامبردج، الذي يعد أساس منهجنا في مهارات الاتصال وأهم مميزات كتابنا هذا والكتاب المرافق له تعلم وتعليم مهارات الاتصال في الطب. وسوف الدليل ملخص واف في تناول اليد لمنهج مهارات الاتصال. وينشئ الدليل هيكلًا يتبعه ويخدم المهارات المستقلة التي نناقشها ويساعد في تذكرها.

ونؤكد أن الدليل ليس ملخصاً لـ (ما) هو منهج الاتصال فقط لكنه يحتوي أيضاً على (كيف) نعلم وتعلم مهارات الاتصال. وفي كتابنا (المرافق) سنوفر عرضاً أكثر تفصيلاً لـ «كيف» يستخدم الدليل كأداة تعليم وتعلم؟ وهنا سنعيد المنطق في منهج الدليل واستنتاجاته.

دليل كالكارى-كامبردج (كما عُرض في طبعة 1998)

The Calgary-Cambridge Guide (as presented in the 1998 editions of our books)

صمم دليل كالكارى-كامبردج (كورتس وسلفرمان 1996، كورتس وجماعاتها 1998، سلفرمان وجماعته) للإجابة عن الاسئلة المذكورة آنفاً على قاعدة صلبة موجزة وسهلة المنال. ويعدّ الدليل الجزء المركزي للطبعة الأولى لهذا الكتاب والكتاب المرافق «تعليم وتعلم مهارات الاتصال في الطب». ويعرف الدليل منهج المهارات الذي يُبنى على أربعة عناصر: ماذا نعلم وتعلم في برنامج مهارات الاتصال.

- البناء: كيف نصنّف مهارات الاتصال؟
- المهارات: ما المهارات التي نرغب في تعزيزها؟
- المصداقية: ما البراهين التي تشير إلى أن اتصال المريض-الطبيب يؤدي إلى تحسن؟
- المجال: ما مجال منهج الاتصال؟

يهدف الدليل إلى هدفين رئيسيين

- 1 مساعدة الميسرين والمتعلمين على إدراك وبناء تعليمهم وتعلمهم.
- 2 يساعد مدراء برامج الاتصال، العاملين مع طلبة الكليات، الإقامة والتعليم الطبي المستمر في جهودهم لإرساء برامج تدريبية للمتعلمين والميسرين.

وعلى الرغم من أن الدليل يضع صفحات لكنه:

- اقترح هيكلًا لتنظيم مهارات الاتصال الطبية تتطابق وطريقة بناء المقابلة الطبية. وهكذا يساعد في التعليم والتعلم والممارسة الطبية.
- يصف ويصور بدقة كل مهارة تجعل من اتصال الطبيب-المريض فاعلاً.
- يلخص بحوث مهارات اتصال الطبيب بالمرضى ويجعل الوصول إليها يسيراً.

- يبنى أسس منهج شامل (Riccardi and Kurtz 1983; Kurtz 1989) للطلبة والميسرين ومدراء البرامج ويجهزهم بآراء واضحة لأهداف المنهج التعليمي.
- يقدم ملخص مهارات واف للميسرين والمتعلمين يستعملونه يومياً في اللقاءات التعليمية وتساعدتهم على التذكر وطريقة بناء الملاحظة. التغذية الاسترجاعية «feedback» والتقييم الذاتي.
- يقدم لغة مشتركة للدلالة والمرجعية لسلوك معين.
- يقدم قاعدة متينة من المحتويات لميسري البرامج التدريبية لخلق برامج اتصالية لمجموعة كبيرة من المتعلمين بحاجة إلى برامج اتصالية مترابطة منطقية.
- يقدم أسس عامة لبرامج الاتصال لجميع المستويات قبل التخرج والإقامة والتعليم الطبي المستمر وذلك بتحديد مجموعة شاملة من مهارات الاتصال معتمدة على بيئة الممارسة وتطبيقه في البيئات الثلاث.

على الرغم من أن مجموعة كبيرة من الباحثين أوضحوا ماذا نعلم في السابق: دليل، قائمة ضبط ومنها دليلنا السابق (Riccardi and Kurtz 1983; Sanson-Fisher 1981; Cassata 1978; Stillman et al. 1976; Cohen-Cole 1991; van Thiel and van Dalen 1991; Novack et al. 1992; van Thiel and van Dalen 1995) لكن الذي عرضه دليل كالكارى في طبعة 1998 في كتابنا يعدّ تطوراً مهماً:

- قدم ثروة عملية شاملة من المهارات التي أسندت ببراهين البحوث والبيانات النظرية.
- اعتمدت المهارات على المراجع والبحاث الحديثة.
- التحرك باتجاه أكثر نحو محورية المريض ونمط التخطيط التعاوني (Carroll and Monroe 1979; Riccardi and Kurtz 1983; Tuckett et al. 1985; Maguire et al. 1986b; Sanson-Fisher et al. 1991) وتشير البحوث الحديثة إلى تأكيد هذا الاتجاه (Edwards 1999; Towle and Godolphin 1999; and Elwyn 2001).
- يقدم دليلاً للمهارات التي تخلق تغييراً في الاتصال الطبي بينما يسمح لمدى معتبر لنمط الفرد وشخصيته.

ولقد نما الدليل وتطور بعناية على مدى سنين عديدة وفي بيئات طبية متعددة لذلك يناسب المجموعات الصغيرة وتعليم شخص لآخر. ونحن ممتنون لإسهام الدكتور روب سانسون - فشر (أستراليا) في بناء مهارات جزء من الدليل وإلى الطبيين فنست ريكاردي (الولايات المتحدة الأمريكية) وكاثرين هيتون (كندا) اللذين شاركا المؤلفين في إعداد النسخ الأولى للدليل. ويستعمل هذا الدليل المتطور كأساس في مناهج الدراسات الأولية لجامعة كالكارى / كلية الطب لمدة (25) سنة (Riccardi and Kurtz 1983; Kurtz 1989) ويستخدم حديثاً في برامج الإقامة والتعليم الطبي المستمر لجامعة كالكارى ونشكر الدكتور ميريدت سايمون الذي ساعد حديثاً في تطوير الدليل لمدى أكبر في كالكارى.

وأدخل الدليل في تعليم المملكة المتحدة للأطباء المقيمين في فرع الممارسة العامة وللميسرين في منطقة أنكلان الشرقية. وطور هناك في ورش العمل خلال عملية التجريب مع الأطباء والميسرين. وبمساعدة د. جون بيتسون، أصبح الدليل الجزء المركزي لدورات المقابلة الطبية الموسع للدراسات الأولية في كلية الطب السريري جامعة كامبردج.

وأُعتمدت طبعة عام 1998 والدليل أساساً لبرامج مهارات الاتصال في عدد من المؤسسات على مستوى التعليم الطبي والتخصصات المتنوعة في أستراليا وكندا وإيطاليا والدول الاسكندنافية وجنوب أفريقيا وإسبانيا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية والارجنتين وفي أماكن مختلفة. ويُعتمد الدليل كمصدر أساس للتعليم وأداة للتقييم والبحاث. ويستعمل كتابنا المرافق أداة تعليم وتقييم، واستكشفتنا فيه استعمال الدليل كأداة تعليمية وتقييمية وناقشنا مصداقيته واعتماديته وأثره التعليمي في موضوعات واسعة تتعلق بتطور المنهج وتقييم مهارات الاتصال.

دليل كالكاري-كامبردج المعزز*

The enhanced Calgary Cambridge guides

منذ طبعة (1998)، وبعد أن أصبح استعمال الدليل واسعاً في مؤسساتنا ومؤسسات أخرى ظهرت عدة موضوعات تستحق المناقشة: الموضوع الأول، كيف يمكن أن نساعد المتعلمين لتقبل قيمة ومساعدة الدليل من دون إحباط أولي والدليل يتضمن (70) مهارة صياغة اتصالية «Communication Process skills». نحن نقدر أن عدد المهارات تبدو مثبته لأول وهلة. وفي الوقت نفسه، ينبغي أن نكون حريصين بأن لا نبسط الاتصال الطبي لدرجة كبيرة. ويعد الاتصال الطبي حقلاً معقداً وصعباً وليس من الإنصاف أن نختصر الدليل بعدد محدود من المهارات. الموضوع الثاني: كيف نُكامل بوضوح أكبر بين المحتوى والصياغة للاتصال في دليل كالكاري - كامبردج. الموضوع الثالث: والذي يرتبط بالموضوعين الأولين، كيف نضمن بأن الأساتذة والطلبة يستمرون في تعلم وتعليم الاتصال بعد الدراسة الأولية. وأن يتواصل تعليم وتعلم الاتصال منسجماً مع برامج الإقامة والدراسات العليا. والإجابة عن هذه المشكلات ونتيجة الخبرة التي اكتسبناها منذ (1998) طورنا نموذجاً معززاً من دليل كالكاري - كامبردج (Kurtz et al. 2003) ويشمل تعزيزنا الأمور الآتية:

- طورنا ثلاثة أشكال من الهيكل، ويصور بالتأمل والإدراك طريقة إدخال مهارات الاتصال ووضع مهارات الصياغة الاتصالية ضمن منهج سريري شامل.
- ابتكرنا دليل محتوى جديد للمقابلة الطبية يتواءم مع بناء مهارات صياغة الاتصال التدريجية.
- إدخال منظور المريض في صياغة المقابلة الطبية ومحتواها.

وساعدنا التعزيز بتقديم الدليل بثلاث مراحل منفصلة:

الأولى: قدمنا ثلاثة مخططات تمهيدية لمنهج الاتصال ووضعنا في بيئته السريرية الشاملة. وتصف المخططات الثلاثة هيكل العمل بالتخطيط مع زيادة التفاصيل تدريجياً ويعطي مخطط تنظيمي منطقي لتفاعل ((الطبيب - المريض)) وتعليم مهارات الاتصال.

الثانية: قدمنا قائمة شاملة بحوالي (70) مهارة صياغة اتصالية ملائمة بوضوح داخل الهيكل. وتتبع التسلسل، يقدم المخطط الأساس أولاً ويحتوي على المكونات الضرورية، كما وصفت في المخطط الإدراكي الأساس. ثم يقدم بتدرج القائمة الشاملة الخاصة بمهارات الصياغة التي ترتبط بكل جزء من الشكل. وسيلمس المطلعون على نسخة (1998) التطور والتغيرات التي أدخلت لبعض المهارات التي تؤلف دليل الصياغة نفسه.

الثالثة: في المرحلة الأخيرة، قدمنا دليل محتوى المقابلة الطبية الذي يوفر طريقة إدراكية جديدة ويوثق المعلومات في المقابلة الطبية والملف الطبي. وينسجم دليل المحتوى مع دليل مهارات صياغة اتصال كالكاري - كامبردج. وبسبب هذا الانسجام فإن الدليلين يقوي أحدهما الآخر ويشجع على التكامل في المحتوى ومهارات الصياغة. وأن توأمة مكونات المحتوى والصياغة في المقابلة الطبية بنموذج واحد يشكل طريقة سريرية شاملة حقيقية.

ويعد دليل كالكاري - كامبردج المعزز أساس الكتابين كما في طبعة (1998)

المخططات الثلاثة: هيكل دليل كالكاري - كامبردج المعزز

Three diagrams: the Framework of the enhanced Calgary - Cambridge guides

تصف المخططات الثلاث لدليل (كالكاري - كامبردج) المعزز بشكل يجعله ميسراً للمتعلمين والأطباء الذين يعلمونه وتمكنهم من معرفة:

1 ماذا يحدث في المقابلة الطبية.

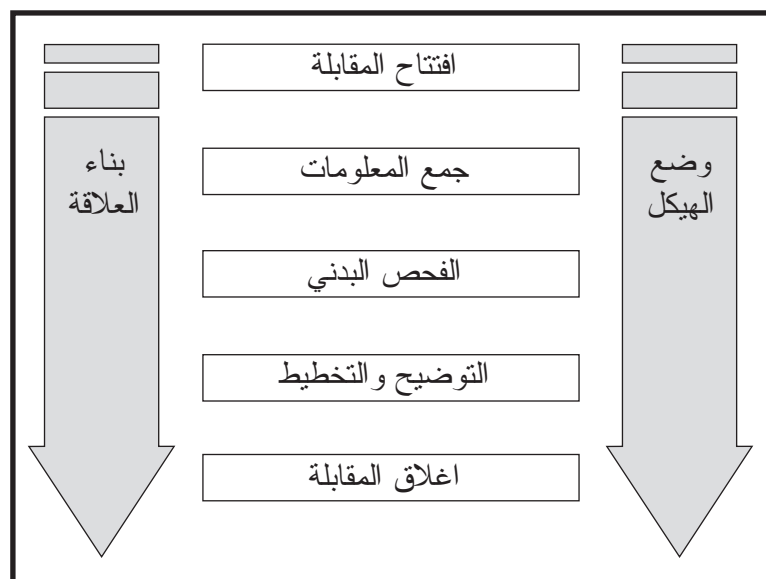
2 كيف تتكامل مهارات الاتصال والفحص البدني بعضها ببعض.

تقدم المخططات الثلاثة المهارات الاتصالية وتضعها ضمن المنهج السريري الشامل

المخطط الأساس

The Basic Framework

يمثل مخطط (1.1) المقابلة الطبية إذ يتضمن مهام الاتصال والفحص البدني، وتصف الخريطة الهيكلية لمسار المهام في الحياة العملية للممارسة السريرية



المخطط الأساس 1.1 Basic Framework

في المخطط السابق، نظمنا المهارات استناداً إلى خمس مهام، يحاول الطبيب والمريض إكمالها في الممارسة اليومية الاعتيادية: افتتاح المقابلة، جمع المعلومات، بناء العلاقة، التوضيح والتخطيط، إغلاق المقابلة. وتبني المهام احساس بدني ونظام منطقي لرسم تفاعل الطبيب والمريض. وفي تعليم مهارات الاتصال اقترح هذا البناء (Riccardi and Kurtz in 1983) سابقاً وهو مشابه للذي اتخذته (Cohen-Cole 1991).

ويقدم المخطط المذكور آنفاً تطوراً في دليل (كالكاري-كامبردج). وبدلاً من رسم الاتصال وحده، ضم الدليل الآن الفحص البدني على أنه أحد المهام الرئيسة التي يقوم بها الطبيب ضمن التسلسل الزمني في أثناء المقابلة الطبية الكاملة. ووضع الفحص البدني في المكان المناسب لما يحدث في المقابلة الطبية

مثال عن العلاقة بين المحتوى والصيغة

An example of the interrelationship between content and process

يتناول المخطط الثالث (1.3) مهمة واحدة - جمع المعلومات - كمثال يُظهر المخطط التفصيلي وكيف تكون العلاقة المتبادلة بين المحتوى والصيغة في المقابلة الطبية. وتشكل المخططات الثلاثة (1.1، 1.2، 1.3) هيكل إدراكي لمهام المقابلة الطبية والطريقة التي تجري فيها زمنياً في واقع - الممارسة الطبية - ويساعد الهيكل المتعلمين (والأساتذة الذين لديهم اطلاع غير كامل لتعليم الاتصال) في إظهار العلاقة وفهمها بين العناصر المستقلة في محتوى الاتصال وصيغته.

جمع المعلومات

مهارات الصياغة لاستكشاف مشكلات المريض

- رواية المريض
- نمط السؤال مفتوح - مغلق
- الانصات الفاعل
- الاستجابة التشجيعية
- النقاط التلميح
- التوضيح
- تنسيق الوقت
- التلخيص الداخلي
- تداول لغة مناسبة
- مهارات إضافية لفهم منظور المريض

المحتوى المطلوب اكتشافه

المنظور الإحيائي

- تسلسل الحوادث
- تحليل الأعراض
- ملخص أجهزة الجسم التي لها علاقة بالموضوع

منظور المريض - المعاناة

- أفكار ومعتقدات
- الاهتمامات
- التوقعات
- التأثير في الحياة
- المشاعر

محتوى المعلومات السابقة

- التاريخ المرضي القديم
- التاريخ الدوائي والحساسية
- التاريخ العائلي
- التاريخ الشخصي والاجتماعي
- ملخص تاريخ أجهزة الجسم

مخطط 1.3 مثال عن العلاقة التبادلية بين المحتوى والصيغة

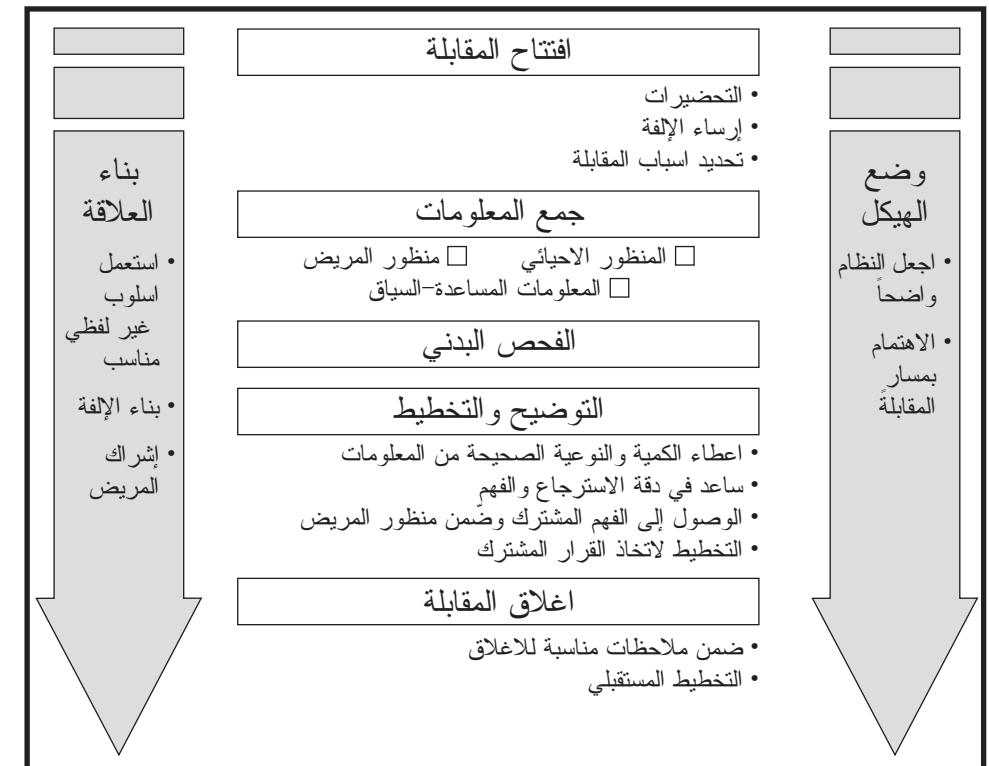
An example of the interrelationship between content and process

الحقيقية بحيث يجعل المتعلمين يلاحظون كيف يتواءم الفحص البدني مع مهام الاتصال الأخرى بصورة أكثر وضوحاً. والتطور الثاني، الفصل الواضح بين المهام الخمس التي تجري متسلسلة في المقابلة الطبية مع رابط مشترك لمهمتين تجريان في آن معاً وعلى طول المقابلة الطبية وهما بناء العلاقة وإعداد الهيكل. وكان إعداد هيكل المقابلة الطبية سابقاً ضمن جمع المعلومات. ولكن أدركنا الآن أن إعداد هيكل المقابلة الطبية مثل بناء العلاقة هو مهمة تشمل محمل المقابلة الطبية وليست متتالية طبيعية وكلا المهمتين ضروريتين كما هي المهام الخمس المتوالية التي يجب تحقيقها.

المخطط المفصل

The expanded framework

يبدو المخطط (1.2) مخططاً موسعاً للمخطط الأساس، ويحدد الأهداف التي ينبغي أن تتحقق في مهام الاتصال الست. ويقدم المخطط المفصل صورة شاملة تساعد المتعلم للتذكر وتنظيم مختلف مهارات الصياغة الاتصالية واستعمالها لمهام وأهداف المخطط التي يشار إليها في دليل كالكارى-كامبردج الأكثر تعقيداً. ويوضح الدليل بتعايير لا لبس فيها المهارات الخاصة المعتمدة على البراهين التي يحتاجها-المتعلم- للوصول لكل هدف. ويتضمن الدليل الكامل خيارات إضافية أخرى ترتبط بالتوضيح والتخطيط التي توصف في الدليل. إذ يحتوي على مهارات المحتوى والصياغة لثلاثة مجالات شائعة وهي مناقشة الفحوص الطبية والاجراء-الطبي- ومناقشة آراء الطبيب وأهمية المشكلة ومناقشة خطة العمل التوافقية. وتضمنت مهارات الاتصال المرتبطة بالفحص البدني: الاحترام والتصرف اللائق وأخبار المريض عن الفحص البدني اخباراً مناسباً يدخل ضمن بناء العلاقة وإعداد الهيكل والتوضيح والتخطيط.



المخطط الموسع 1.2 Expanded Frame work

دليل كالكارى - كامبردج مهارات الصياغة الاتصالية

CALGARY – CAMBRIDGE GUIDES COMMUNICATION PROCESS SKILLS

افتتاح المقابلة

Initiating the session

البدء بإرساء الألفة

- 1 حيّ المريض وتعرف على اسمه - كنيته-
- 2 قدّم نفسك - اسم الطبيب واختصاصه-، وبيّن طبيعة المقابلة، واحصل على موافقة تحريرية (إذا كانت ضرورية).
- 3 أظهر الاحترام والاهتمام: وتأكد من راحة المريض البدنية - وضعية المريض في أثناء المقابلة-.

التعرف على أسباب المقابلة

- 4 تعرف على مشكلات المريض أو الموضوعات التي يرغب بمناقشتها بسؤال افتتاحي مناسب: ما المشكلات التي اضطررتك لمراجعة المستشفى؟ ماذا ترغب أن نناقش اليوم؟ ما الأسئلة التي تأمل الحصول على إجابتها اليوم؟
- 5 أنصت بتيقظ لعبارات المريض الافتتاحية من دون مقاطعة أو توجيه.
- 6 أكد المشكلات التي ذكرها المريض وابحث عن مشكلات أخرى (مثل: إذاً لديك صداع وتعب وماذا بعد؟)
- 7 ناقش قائمة المشكلات والأخذ بالحسبان احتياجات المريض والطبيب معاً.

جمع المعلومات

Gathering information

استكشاف مشكلات المريض

- 8 شجع المريض على شرح معاناته منذ البداية وحتى الآن (مع توضيح الأسباب التي دعت له لطلب الاستشارة حالياً)
- 9 استعمل تقنية الأسئلة المفتوحة والمغلقة وابدأ بالمفتوحة لتصل إلى المغلقة.
- 10 أنصت بانتباه واسمح للمريض باكمال عباراته من دون مقاطعة واسمح للمريض بالتفكير قبل الإجابة أو استمر بعد فاصلة (توقف مؤقت).
- 11 شجع استجابة المريض اللفظية وغير اللفظية، مثل: التشجيع، الصمت، الإعادة، صياغة العبارة بالفاظ أخرى، التفسير)
- 12 التقط التلميحات اللفظية وغير اللفظية (لغة البدن، الكلام، التعبير الوجهي) تحقق وقدر ما يكون مناسباً.

تتنامي محاولات إدخال برامج الاتصال لتشمل مدى أوسع من دورات تدريب المهارات الاتصالية في الدراسات الأولية لتتكامل مع الدراسات العليا وبرامج الإقامة والتدريب السريري في الردهات. وفي هذه البيئات، تختلف أسس تدريب الأساتذة السريريين في مجال الاتصال كما هي الاختلاف في خبراتهم وإمكانية تدريس مهارات الاتصال. وتوفر المخططات الثلاثة طرائق إدراكية لمهارات الاتصال في المقابلة الطبية والتي ترتبط وتستهمل كتبادل الأدوار والأساتذ السريري خارج دورات الاتصال القياسية بشكل أيسر.

وعندها نحتاج إلى دليل موسع لمهارات المحتوى والصياغة حينما نتقل من التفكير بأهداف تفاعل الطبيب والمريض فقط إلى تحديد مهارات الصياغة الاتصالية الفعلية واستعمالها، والاتصال بمحتويات مناسبة للمقابلة الطبية.

دليل كالكارى - كامبردج: مهارات الصياغة الاتصالية

Calgary – Cambridge Guides: communication process skills

وبقدر تعلق الأمر بمهارات الصياغة الاتصالية، فإن دليل كالكارى كامبردج يقدم تفاصيل الصياغة. والدليل يصف (71) مهارة صياغة ويعرفها باختصار معتمداً على البراهين التي بدورها تدخل في مهام وأهداف هيكل المخطط «1.2». ومن خبرتنا، فإن المتعلمين والأساتذة السريريين الذين يفهمون هيكل «1.1، 1.2، 1.3» أولاً هم أفضل من يدرك ويستوعب تعقيد دليل منهاج (كالكارى - كامبردج) المفصل الحقيقي. ويقدم الدليل ذخيرة شاملة من المهارات التي تستعمل عند الحاجة وليست قائمة وضعية دون المستوى المطلوب للتتبع. بالرغم من أن دليل الصياغة مشابه كثيراً لنسخة (1998) لكن المطلاع على تلك النسخة يدرك حجم التطور والتعديل الذي جرى على بعض المهارات في بعض الأجزاء، وأجرينا تغييرات أولية لوصف المهارات بصورة أوضح وجعلها أيسر للاستعمال في التعليم والتقييم. وأكبر التغييرات الملحوظة في قسم صنع القرار المشترك (Shared decision-making). حينما أعدنا صياغة الموضوعات «52-48». لم نضف مهارات جديدة ولم نجر تغييرات جوهرية في التفسير والمغزى، لكن بحثاً قد نشرت منذ (1998) تضمنت أسساً لبراهين المهارات المذكورة في دليل (1998) وهكذا عززت المهارات بدلاً عن اقتراح التغيير في التفسير أو زيادة مهارات جديدة.

- التلميح الصوتي المعبر، مثل: معدل سرعة الكلام، جهازة الصوت، النغمة.
- 24 ينبغي أن لا تؤثر قراءة الملاحظات وكتابتها واستعمال الحاسوب على الحوار أو الألفة.
- 25 أظهر ثقة مناسبة.

تنشئة الألفة

- 26 تقبل رؤية المريض ومشاعره بحيادية من دون الحكم عليها.
- 27 استعمال التعاطف لإيصال الفهم وتقدير مشاعر المريض أو مأزقه: وقدر منظور المريض ومشاعره بوضوح.
- 28 وفر الدعم: وعبر عن الاهتمام والتفهم والرغبة بالمساعدة، وقدر جهوده الشخصية للتكيف مع معاناته ورعايته المناسبة لنفسه واعرض المشاركة.
- 29 استوعب المواقف المثيرة وكن رقيقاً في مواجهة ما يزعج المريض كالآلم البدني ومن ضمنها الألم المصاحب للفحص البدني.

اشراك المريض

- 30 الاشتراك بالتفكير مع المريض لتشجيعه على المساهمة، مثل: ما أفكر به الآن هو ...
- 31 التفسير المنطقي للأسئلة أو أجزاء الفحص البدني التي تبدو غير مرتبة.
- 32 في أثناء الفحص البدني: اشرح الإجراء وأطلب موافقة المريض عليه.

التوضيح و التخطيط

Explanation and Planning

- إعطاء الكمية المناسبة والنوعية الدقيقة للمعلومات
- الأهداف: لإعطاء معلومات مناسبة وشاملة.
- تقييم حاجة كل مريض للمعلومات التي يرغب بها.
- على أن تكون لا أكثر ولا أقل من المطلوب.
- 33 اعط مقداراً معيناً من المعلومات للمريض يمكن استيعابه وتأكد من فهمه لها واستعمل استجابة المريض دليلاً على كيفية الاستمرار.
- 34 قيم معلومات المريض الأولية: أسأل المريض عن المعلومات التي يعرفها في بداية إعطاء المعلومات، واكتشف مدى رغبة المريض بالحصول على المعلومات.
- 35 أسأل المريض عن ماهية المعلومات التي يرغب بمعرفتها، مثل: أسباب المرض ومآله.
- 36 إعطِ توضيحات في الوقت المناسب، وتجنب النصيحة والتطمين المبكر.

تأكد من دقة الفهم والاسترجاع

- الأهداف: جعل المعلومات أسهل لتذكر المريض واستيعابه.
- 37 تنظيم التوضيح: تقسيم التوضيح إلى عدة أجزاء واضحة وأشرح ذلك بتسلسل منطقي.

- 13 أطلب من المريض أن يوضح لك عباراته غير المفهومة أو التي تحتاج إلى شرح، مثل: هل يمكن أن توضح لي ماذا تقصد بالدوار؟
- 14 لخص دورياً للتأكد من استيعاب ما قاله المريض، وأدع المريض لتصحيح التفسير أو إعطاء معلومات أكثر.
- 15 استعمال أسئلة وتعليقات موجزة وسهلة الفهم، وتجنب أو فسر بوضوح الرطانة -المصطلحات الطبية-.
- 16 تأكد من التواريخ وتسلسل الأحداث.

المهارات الإضافية لفهم منظور المريض

- 17 حدد بفاعلية واستكشف بشكل مناسب:
- آراء المريض (المعتقدات، الأسباب).
- هواجس المريض وقلقه لكل مشكلة.
- توقعات المريض لحل كل مشكلة وعلاجها.
- التأثير: كيف تؤثر كل مشكلة في حياة المريض.
- 18 شجع المريض على التعبير عن مشاعره.

إعداد هيكل المقابلة

Providing structure

اجعل النظام واضحاً وجلياً

- 19 لخص في نهاية كل مجموعة محددة من الاستفسارات للتأكد من الاستيعاب قبل الانتقال إلى الجزء الآتي من المقابلة.
- 20 توقف بين أجزاء المقابلة باستعمال عبارة استهلاكية للجزء القادم بشكل مرن ومنطقي.

الاهتمام بمسار المقابلة

- 21 ابن هيكل المقابلة بتسلسل منطقي.
- 22 احرص على الوقت وحافظ على إنجاز مهام المقابلة.

بناء المقابلة

Building relationship

استعمل إيماءات غير لفظية مناسبة

- 23 أظهر إيماءات غير لفظية مناسبة:
- الاتصال البصري، التعبير بالوجه.
- هيئة المريض، وضعته، الحركة.

- أمن قبول الخطة من وجهة نظره.
- هل لديه هواجس معينة.

اغلاق المقابلة

Closing the session

التخطيط المستقبلي

- 53 اتفق مع المريض على مراجعة الخطوات القادمة.
- 54 شبكة السلامة: وضح النتائج المحتملة وغير المتوقعة وماذا سيعمل المريض حينها، وإذا فشلت الخطة، متى وكيف يطلب المساعدة؟

اضمن ملاحظات ملاتمة للاغلاق

- 55 لخص المقابلة بإيجاز ووضح خطة الرعاية.
- 56 تحقق تحققاً كاملاً من أنّ المريض يوافق ويرضى ويطمئن بارتياح وأسأله عن أية تغييرات أو موضوعات أو أسئلة أخرى.

الخيارات في عملية التوضيح والتخطيط (من ضمنها مهارات الصياغة) مناقشة الفكرة وأهمية المشكلة

- 57 قدم الفكرة وعن ماذا حصل وسيحصل وعينها إذا كان ممكناً.
- 58 أعط توضيحات عقلانية حول الفكرة المعطاة.
- 59 إشرح الأسباب، الخطورة، النتائج المتوقعة والعواقب طويلة وقريبة الأمد.
- 60 إظهار أفكار المريض واستجابته وهواجسه واجوبته عن فكرة الطبيب.

مناقشة خطة العمل التوافقية

- 61 ناقش الخيارات وعلى سبيل المثال: لا إجراء، الفحوصات، التطبيق أو المداخلات الجراحية، المعالجة غير العقاقيرية (العلاج التأهيلي، مساعدات المشي، السوائل، المشورة)، الإجراءات الوقائية.
- 62 إعط معلومات عن الاجراء أو العلاج المقدم:
- الاسم.
 - الخطوات المتخذة وكيف تعمل.
 - الفوائد والمزيتات.
 - الأعراض الجانبية المحتملة.
- 63 احصل على رأي المريض لضرورة التداخل المطلوب، الفوائد المرجوة، الموانع، الدوافع.
- 64 تقبل رؤية المريض وقدم له رؤية بديلة إذا كان ذلك ضرورياً.

- 38 استعمل تقسيماً واضحاً أو نقاط انتقال، مثل: «هناك ثلاثة موضوعات مهمة أرغب أن اناقشها معك، أولاً...، والآن هل يمكن أن تنتقل إلى...» وهكذا.
- 39 استعمل التكرار والتلخيص لتعزيز المعلومات.
- 40 استعمل لغة مفهومة وبسيطة وموجزة وتجنب الرطانة - المصطلحات الطبية- أو اشرحها عند الضرورة.
- 41 استعمل وسائل توضيح بصرية عند نقل المعلومات (مخططات، نماذج، معلومات مكتوبة أو تعليمات)
- 42 تأكد من فهم المريض واستيعابه للمعلومات المعطاة أو الخطط المتخذة، مثل: أسأل المريض لإعادة المعلومات ووضح عند الضرورة.

التوصل إلى فهم مشترك: دمج منظور المريض

- الأهداف: تقديم التوضيح والتخطيط التي لها علاقة بمنظور المريض.
- اكتشف أفكار المريض ومشاعره تجاه المعلومات المعطاة.
- شجع التفاعل بدلاً من نقل المعلومات باتجاه واحد.
- 43 اربط التوضيح بمنظور المريض: بما يخص مشاعره وهواجسه وتوقعاته.
- 44 وفر الفرص وشجع المريض على الإسهام في عرض الأسئلة وطلب التوضيح عن الغموض ووبما يناسب.
- 45 التقط التلميحات اللفظية وغير اللفظية واستجب لها، مثل: احتياج المريض للمشاركة بالمعلومات أو في رغبته بالأسئلة أو كثرة المعلومات أو الشعور بالضيق.
- 46 إظهار أفكار المريض ومشاعره وتفاعله مع المعلومات المعطاة والمصطلحات المستعملة وقدر ووجه عند الضرورة.

التخطيط: المشاركة في صنع القرار

- الأهداف: اسمح للمريض فهم عملية صنع القرار.
- إشرك المريض بصنع القرار للمستوى الذي يرغب به.
- زيادة التزام المريض بالقرار المتخذ.
- 47 شارك بأفكارك في المواقف المناسبة بالآراء والآليات الفكرية وحل المعضلات.
- 48 إشرك المريض بـ:
- تقديم المقترحات والخيارات المختلفة
 - تشجيعه للإسهام بأفكاره ومقترحاته.
- 49 استكشف خيارات التدبير
- 50 تأكد من مستوى المشاركة التي يرغب بها المريض لصنع القرار الآني.
- 51 ناقش الخطة المتفق عليها مع المريض
- افصح عن موقفك من الخيارات المحتملة وهل هو متوازن بين الاحتمالات أو تفضل احتمالاً معيناً.
 - حدد خيار المريض المفضل.
- 52 تحقق مع المريض

دليل كالكارى - كامبردج: اتصال المحتوى

Calgary-Cambridge Guides: communication content

يبين المخطط «1.4» المحتوى المعدل للدليل الذي يقدم طريقة جديدة للإدراك وتسجيل المعلومات في أثناء المقابلة الطبية والملف الطبي. وحافظ على الطريقة التقليدية لتسجيل المعلومات الطبية (مخطط 1.2) ولكن عزّزها بإدخال واضح لـ:

- قائمة المشكلات التي يرغب المريض بمناقشتها (ليست معاناة واحدة).
- تطور الأحداث.
- محتوى الحديث المتعلق بمنظور المريض.
- طريقة العلاج والطرق البديلة التي عرضها الطبيب.
- تسجيل ما أخبر به المريض.
- خطة العمل التي نوقشت.

وبهذه الإضافات، واثم محتوى الدليل المعزّز الممارسة الطبية الحديثة أكثر من المنهج التقليدي. وجعله أيسر على المتعلمين بإدخال المحتويات القديمة والحديثة روتينياً في الممارسة الحقيقية وساعدت هذه الإضافات التدريب وممارسة الملف الطبي (في الاستعمال اليومي، وأن كل فقرة من دليل المحتوى يتبعها مجال لكتابة الملاحظات المناسبة من المتعلمين في أثناء المقابلة وبعدها يدون ملاحظاته في الملف الطبي).

وتتطابق عناوين دليل المحتوى مع المهام المتسلسلة للمقابلة الطبية:

- قائمة مشكلات المريض تتطابق وافتتاح المقابلة الطبية.
- استكشاف مشكلات المريض تتطابق وجمع المعلومات.
- الفحص البدني في نفس المكان في الهيكلين (القديم والحديث).
- وبقية عناوين محتوى الدليل تتطابق والتوضيح والتخطيط.

وهكذا نرى أنّ دليل المحتوى المحسّن ينسجم أكثر ومهارات الصياغة الاتصالية في دليل الصياغة لـ كالكارى- كامبردج، وبسبب هذا التطابق للدليلين فإن أحدهما يعزّز تكامل الآخر بين مهارات المحتوى والصياغة.

الحاجة لبناء شامل وواضح

The need for clear overall structure

إنّ تقديم بناء شامل وواضح ومبين فيه مكان مهارة الاتصال يخدم المنهج المعتمد على المهارات الضرورية. وفي كتابنا معاً، نشير بتكرار لأهمية البناء الواضح الذي فُدم في دليل كالكارى- كامبردج، لماذا نؤكد قيمة البناء الواضح ونعرف به؟

إنّ البناء الواضح يفيد الممارسين والمتعلمين والميسرين جميعاً:

- **الممارسون:** إن البناء الواضح سوف يمنع انحراف المقابلة الطبية عن أهدافها وقد تغفل نقاطاً مهمة من دونه. والبناء الواضح يجعل من استعمال المهارات بمكانها الصحيح وبأهدافها وقصدها في المقابلة الطبية، وأن لا تستخدم عشوائياً. وهذا يستدعي بقاء الذهن يقطاً لمراحل المقابلة - وأجزائها- في أثناء إجرائها. فمثلاً، حينما لا يقدر الطبيب أن مرحلة جمع المعلومات في المقابلة الطبية تشمل تفاعل

65 أظهر تفاعلات المريض وهو اجسه عن الخطط والعلاجات شاملة بذلك موافقته.

66 خذ بنظر الاعتبار نمط حياة المريض، معتقداته، ثقافته وقابليته.

67 شجع المريض على الاشتراك بتطبيق الخطة وتحمل المسؤولية والاعتماد على النفس.

68 ناقش مع المريض نظام الدعم وأنظمة الدعم الأخرى أيضاً.

مناقشة الفحوصات و الإجراءات

69 قدم معلومات واضحة عن الإجراءات الطبية المراد اتخاذها، مثلاً، ماذا سيُجرى للمريض وكيف يتسنى له معرفة النتائج.

70 اربط الإجراءات المتخذة بخطة العلاج: القيمة، الغرض.

71 شجع الأسئلة وناقش مضامينها: احتمالات القلق الكامنة والنتائج السلبية.

بناء المقابلة مرن ولا ينبغي أن تسير المقابلة بمسار ثابت من دون الرجوع إلى المريض ولكن بدون البناء، ومن السهولة أن يكون الاتصال مضطرباً وغير منتج.

- **المتعلمون:** لا تكفي مجموعة المهارات الفردية، بل هناك عدد كبير من المهارات يمكن تذكرها إذا ما أدرجت عشوائياً من دون تصنيف. ويحتاج المتعلمون إلى نموذج ذهني شامل للمساعدة على تنظيم المهارات المبرهنة بالبيّنة للتذكّر والاستعمال إجمالاً. وفي الفصل الثالث من الكتاب المرافق، ناقشنا أهمية الطرق التجريبية لتحسين مهارات اتصال المتعلمين. ولكن الطرق التجريبية تتضمن عشوائية وغير ملائمة كما أن التغذية الاسترجاعية والاقتراحات قد تكون صعبة التحقيق. لذلك يعد تقديم بناءً توضع في داخله مهارات معينة تساعد المتعلمين لاستخدامها عند الحاجة ومن دون ترتيبها تبدو مقحمة في العمل التجريبي وينبغي ملاحظة كيفية انسجامها مع المقابلة ككل.
- **الميسرون:** قد يفتقر الميسرون إلى الرؤية الواضحة لكيفية استخدام المهارة المنفردة ومجموعة من المهارات وإدراك أهميتها في المجال التدريبي. ومن دون بناء ذهني شامل، قد تبدو المهارات المتعددة في المقابلة الطبية حقيقية من الحيل المشوشة. ويجد الميسرون صعوبة لربط مهارات متعددة مختلفة في سياق واحد. وإن تزويد المتعلمين ببناء واضح يساعدهم على تجاوز تلك المشكلة. و يساعد البناء الميسرين في اتخاذ منهج النتائج كدليل لتدريبهم على مهارات الاتصال (الفصل 4). ويعطي البناء نظرة شاملة تساعد الميسرين بالسؤال سؤاليين مركزيين للمتعلمين وهما: أين أنت في المقابلة؟ وإلى أين تحاول أن تصل؟ وعند تحديد الاتجاه، فإن المهارات الفردية سوف تساعد على إجابة السؤال الآتي: كيف تستطيع أن تحقق ذلك؟

وعند استعمالنا النموذج الذهني للبناء في تعليم الاتصال، وجهودنا في ذلك تشبه استعمال الطبيب التدريسي الخبير لمخطط الاستنتاج السريري «Clinical reasoning» للوصول إلى المعرفة وتطبيق المهارات منهجياً، ويساعد على التذكّر، وفرض ما هو منطقي ومنهجي لما هو عشوائي وغير قابل للاستعمال من المعلومات.

اختيار مهارات الصياغة وادخالها منهج الاتصال

Choosing the process skills to include in the communication curriculum

في هذه التقنية، نسمع كثيراً من القراء يقولون انكم تميزون: (71) مهارة صياغة ينبغي تعلّمها وهضمها وتمكن منها، هذا مستحيل؟! هل تحتاج الحقيقة إلى هذا التعقيد؟ هل يمكن ان نقلل عددها أو ندمج بعضاً منها؟ هل من الضروري أن نحاول استعمالها جميعاً في أية مقابلة طبيّة؟

إن إجابتنا ومن دون اعتذار لهذا الاستغراب: إن ملابسات المقابلة الطبية وأجوتها معقدة جداً، ولا يمكن اجمالها ببعض الأوصاف العامة. وقد رأينا حتى الآن، أن الاتصال هو مجموعة مهارات متعلمة ومن المحتمل والضروري أن نقسم المقابلة إلى هذه المهارات المفردة إذا ما رغبتنا بتحديد ممارستها وتمثيل سلوك جديد في ممارستنا للطب. وقد تكون جميع المهارات في الدليل ذات فائدة كبيرة في إجراء المقابلة، كما سنرى لاحقاً، فإن جميع المهارات قد بُرهنَت نظرياً وبحيثاً وجميعها ستجلب انتباهنا. هل هذا يعني أنه ينبغي علينا أن نستخدم كل الـ(71) مهارة صياغة في كل مقابلة؟ والجواب، بالطبع لا، نحن لم نقترح أن جميع هذه المهارات نحتاجها في كل مناسبة. وأن المهارة المعينة التي نحتاجها تعتمد على الموقف والنتائج المرجوة التي يرغب الطبيب والمريض بالوصول إليها. وبعد أن أوضحنا هذه في البدايه الأولى للمتعلمين، يمكن أن نساعد في تقليل القلق المصاحب لهذه القائمة الطويلة، فمثلاً: على الرغم من

المريض مع معاناته وإدراكها من الطبيب والجانب السريري للمريض فإنه سينتقل إلى مرحلة التوضيح والتخطيط قبل الأوان. ويهمل ويفشل في إدراك هواجس المريض. وبالطبع يجب الانتباه إلى أن إدراك

مخطط 1.4 دليل محتوى المقابلة الطبية المعدّل REVISED CONTENT GUIDE TO THE MEDICAL INTERVIEW

قائمة مشكلات المريض

استكشاف مشكلات المريض

المنظور الطبي الإحيائي - المرض	المنظور المريض للمعاناة
تسلسل الأحداث	الآراء والمعتقدات
تحليل الأعراض	الهواجس
مراجعة الأجهزة ذات العلاقة	التوقعات
	التأثير على الحياة
	المشاعر

المعلومات الأساسية

- التاريخ المرضي القديم
- التاريخ الدوائي والحساسية
- التاريخ العائلي
- التاريخ الشخصي والاجتماعي
- مراجعة تاريخ أجهزة الجسم

الفحص البدني

التشخيص التفريقي - الفرضيات

وتشمل المرض والمعاناة

خطة الطبيب للتدبير

الفحوصات
العلاج والعلاج البديل

التوضيح والتخطيط مع المريض

ماذا أخبر المريض
مناقشة خطة العلاج

مخطط 1.4 دليل محتوى المقابلة الطبية المعدّل

المستطيل (1.3) أهداف الاتصال في الرعاية الصحية

زيادة

- الدقة
- القدرة
- الدعم

تحسن رضا المريض والطبيب معاً

تطور نتائج الرعاية الصحية

تعزز المشاركة (رعاية محورها التشارك) «Relationship-Centered»

كما أن اختبار المهارات يتأثر بخمسة أسس اتصال فاعلة موصوفة في المستطيل (1.4) وتطبق في أي وضع. وتساعدنا هذه الأسس على فهم من ماذا يتكون الاتصال الفاعل بدقة (Krutz 1989)

مستطيل (1.4) الأسس التي تميز الاتصال الفاعل

يمتاز الاتصال الفاعل بالمزايا الآتية:

- 1 **يؤمن تفاعلاً وليس عملية نقل مباشرة:** إذا ما نُظر إلى الاتصال على أنه عملية نقل مباشرة فإن المرسل للرسالة يفترض أن مسؤوليته كمتصل قد أكملت حينما يصوغ رسالته ويرسلها. وحينما يُنظر إلى الاتصال على أنه عملية تفاعلية لذلك فالتفاعل لا ينتهي إلا إذا تسلم المرسل الإجابة الراجعة وكيف فُسرَت رسالته، وهل فهمت، وما تأثيرها في المستقبل. أما نقل المعلومات فقط أو الانصات فقط فغير كافٍ - لذلك ينبغي اعطاء وتسلم المعلومات (Feedback) والتعرف على تأثير الرسالة في غاية الأهمية. ويتحول التأثير إلى الاستقلالية التشاركية للمرسل والمستقبل. وإن لكل من الإسهام والمبادأة أهمية متقاربة (Dance & Larson 1972). وأصبح هدف الاتصال إرساء قاعدة توافقية عامة للفهم المشترك (Baker 1955) ويحتاج إرساء القاعدة العامة والتأكيد المشترك إلى ضرورة التفاعل المشترك أيضاً.
- 2 **يقلل من الغموض غير الضروري:** يشتمل الغموض الأتباع ويؤثر في الدقة والكفاءة وبناء العلاقة. ويؤدي الغموض غير المبدد في أي مرحلة إلى قلة التركيز أو القلق وبدوره يغلق الاتصال الفاعل. فمثلاً، قد يلف الغموض توقع المريض من المقابلة، أهمية سلسلة من الأسئلة، دور أحد أفراد فريق العلاج، حول الاتجاه، النية أو الثقة بالآخرين. إن تقليل الغموض حول التشخيص والنتائج المتوقعة من العناية مهمة واضحة بالرغم من أن بعض الغموض ضروري في بعض المواقف الطبية ولكن حتى في هذه الحالة، فإن مناقشة ما وصلت إليه المعرفة في هذه المرحلة ونقصانها حتى الآن يمكن أن يقلل من الغموض ويبني قاعدة عامة من الفهم المشترك.

Continued

أن معظم المهارات في جمع المعلومات في أثناء المقابلة مناسبة لكل مقابلة، فإن استعمال عدد كبير من مهارات التوضيح والتخطيط بحاجة إلى أن تختصر لحاجة المريض الآتية في المقابلة. وأن ذخيرة المهارات في التوضيح والتخطيط لن تستعمل في جميع المقابلات. ومع ذلك، فإن التألف مع جميع المهارات سيفيد منها المتعلمون من دون شك. وفي أقل تقدير، فإن المهارات ستستعمل من دون قصد أو انتباه وتركيز مناسبين حينما تكون الأمور صعبة!

وهكذا، ما القواعد التي استندنا إليها لإدخال (71) مهارة في منهج كالكارى- كامبردج؟ هل نستطيع أن نبرهن على أهمية كل مهارة بأية طريقة أم هل هو موقف شخصي محض؟ من أين تأتي مسوغات هذه المهارات؟

البحوث والأسس النظرية التي تبرهن على إدخال كل مهارات اتصال

The research and theoretical basis that validates the inclusion of each individual skill

منذ الآن ولاحقاً، ليس من المناسب اعتبار تعليم مهارات الاتصال على أنها زيادة الوعي لأهمية مهارات الاتصال في المقابلة الطبية. وكذلك ليس من الصحيح إشراك عدة مناهج مختلفة، وزيادة الاحتمالات المتوافرة والتعامل مع المقترحات على أنها متساوية القيمة. والآن هناك مهارات معينة وطرق أثبتت فعاليتها وتأثرها في اتصال الطبيب بالمريض وضمان النتائج المرجوة. نحن محظوظون لوجود بيّنات نظرية وبحوث غزيرة في الثلاثين سنة الأخيرة تجمعت أمكنتنا من تحديد المهارات التي تحسّن من اتصال الطبيب بالمريض. وأظهرت بوضوح كيف تحسّن استعمال المهارات المعينة في رضا المريض، التزامه، تقليل الأعراض وتحسين النتائج الوظيفية، تعزيز هذه المهارات في الوقت الحاضر. ومن الجدير إدخالها في برامج الاتصال التعليمي واستعمالها قصدياً في الممارسة السريرية. ونستطيع أن نجيب بثقة عن مضمون السؤال، أين البرهان؟ ونواجه بقوة الرأي الذي يقول إنّ مهارات الاتصال توجهات شخصية محضة.

ويجب أن لا يكون منهاج المهارات ثابتاً ولن يكون كذلك. وستستمر البحوث بالتراكم لتواجه افتراضاتنا وللتقدم نحو أهداف تعليم مهارات الاتصال. فمثلاً: حديثاً أو جددت البحوث تركيزاً أكثر أهمية في التوضيح والتخطيط (إعطاء المعلومات) ولكنه كان مجالاً مهملاً سابقاً. وثانياً: هناك تحرك بطيء وتدرجي باتجاه محورية المريض والمنهج التشاركي «Patient-centred and collaborative approach».

وفي هذا الفصل، أوضحنا ببساطة برنامج منهج مهارات الاتصال وذلك بتدوين وتعريف مختصر لكل مهارة وفي الفصول القادمة، سوف نصف المهارات بتفصيل كافٍ ونتفحص بعق المفاهيم والأسس والبحوث والبيّنة التي تبرهن على المهارة.

الأسس والأهداف التي تساعد على اختيار المهارة

Underlying goals and principles of Communications that helped in choosing the skills

مثلما تصبح البحوث بيّنات، هناك مجموعة من أهداف وأسس اتصال تؤثر في اختيار المفردة لإدخالها في الدليل. وكلاهما يقدمان أساساً نظرية بسيطة ومنسجمة للدليل في تطور منهج الاتصال الذي يؤدي إلى تحسين الاتصال في الممارسة الطبية. وأن الأهداف التي يحاول الطبيب والمريض الوصول إليها حينما يتصلان ببعضهما معروضة في المستطيل (1.3). ونأمل أن لها تأثيراً في تحسين مهارات الاتصال لمقدم الرعاية الصحية:

ربط موضوعات خاصة بمهارات الاتصال الأساسية

Relating specific issues to core communication skills

ترتبت المهارات في الدليل لتزويد الطبيب بأسس الاتصال بين الطبيب والمريض في مختلف البيئات الطبية. وهناك حالات تحدّ كبيرة للأطباء حينما يتصلون بالمرضى مثل، البوح بالخبر السيئ، الحرمان، أبراز كآبة مخفية، النوع الاجتماعي والموضوعات الثقافية، الاتصال بكبار السن، الوقاية والتحفيز. وتستحق هذه الموضوعات انتباهاً مميّزاً في التدريب وسوف نتناولها في الفصل (8) بتفصيل. ولكننا نؤكد أن المهارات المذكورة في الدليل هي مهارات الاتصال الأساسية التي نحتاجها في جميع هذه المواضيع. وتزويد المتدربين بأرضية آمنة لتدبير مواضيع الاتصال الحرجة. وعلى الرغم من تغير بيئة التفاعل واختلاف محتوى الاتصال، فإن مهارات الصياغة لا تتغير والتحدي هو كيف نعمق فهمنا لهذه المهارات الجوهرية والابداع في استخدامها.

الخلاصة

Summary

لقد عرفنا في هذا الفصل اجمالاً أنواع المهارات التي تؤلف الاتصال الطبي. ووصفنا المهارات الفردية التي أدخلت في منهاج الاتصال والبراهين النظرية للبحوث التي تؤكد اختيار هذه المهارات العملية. وقد عرضنا منهج المهارات على هيئة دليل كالكاراي - كامبردج المعزز ولم ندرجها فقط، ولكن قدمنا البناء أو الهيكل الذهني الذي يساعد الميسرين والمتدربين لتدبير أهمية المهارات وكيف ترتبط بالمقابلة الطبية ككل. ونستكشف الآن المهارات الفردية بشيء من التفصيل وما المنطق في استخدام كل مهارة في المقابلة الطبية؟ وكيف تستخدم كل مهارة في الممارسة؟ وما البحوث والأسس النظرية التي تبين أهمية كل مهارة وتبرهن على صحتها؟ وفي الفصول الستة القادمة، سوف نبحث هذه الموضوعات بعمق. وصمم هذا الكتاب ليتبع بناء دليل كالكاراي - كامبردج وكل فصل من الفصول الستة القادمة، سيصف مهارات الصياغة التي تظهر لمهمة معينة في الهيكل الأساس. وسنبدأ بالنظر إلى المهارات التي نحتاجها لافتتاح المقابلة الطبية.

3 إنه يحتاج إلى التخطيط والتفكير بلغة النتائج: يتحدد التأثير في البيئة التي يعمل فيها الطبيب والمريض وباتجاهها. إذا ما كان الطبيب غاضباً وما النتيجة التي يسعى إليها؟ هل التعبير عن المشاعر؟ الذي يتجه بإتجاه واحد. ولكن إذا ما رغب الطبيب أن تكون النتيجة لحل مشكلة معينة أو سوء فهم أدى إلى الغضب. يجب على الطبيب أن يختار طريقاً آخر لكي يكون فاعلاً.

4 أنه يحتاج إلى اظهار الحيوية «الديناميكية»: قد يكون شيئاً ما مناسباً في موقف معين وغير مناسب في آخر. وتختلف حاجات الأفراد وتتغير باستمرار حسب السياق الآتي. ماذا يدرك المريض البارحة بشكل واضح قد يبدو اليوم مختلفاً وغير مستوعب. لذلك فالحيوية تحتاج إلى جانب المرونة الاستجابة والمشاركة والارتباط بالمريض.

5 تتابع لنموذج لولبي: أن نموذج الاتصال اللولبي له تطبيقان (Dance 1967) أولاً: لقول الطبيب تأثير لما يقوله المريض بشكل متصاعد لولبي، لذلك فإن اتصالنا يتطور تدريجياً عند تفاعلنا. ثانياً: إن الاعادة والتكرار بشأن الاتصال في مستويات مختلفة كل مرة ضروري لأجل تحقيق اتصال فاعل.

المهارات والقابليات الشخصية

Skills and individuality

تعد كل مهارة صياغة مذكورة في الدليل شاهداً للمتعلمين والميسرين إذ إن هناك سلوكاً معيناً وعبارة تحتاج أن تُنشأ. وإن القائمة ليست كافية - كل متعلم ينبغي أن يكتشف طريقته الخاصة لوضع المهارة في الممارسة. ويحدد الدليل أهمية المهارات التي تظهر من البحوث والممارسة وقيمتها في اتصال الطبيب بالمريض. ولكنها لا تخصص بالدقة أو الطريقة المطلوبة لتحقيق هذه المهارات. وأن مهمة التدريب لمهارات الاتصال هي اعطاء المتدربين الفرصة لاستعمال عباراتهم أو سلوكهم الذي يتواءم وشخصياتهم التي تمدهم بذخيرة من المهارات التي تطمئنهم:

- البناء: أين أنا في المقابلة؟ وفي أي جزء من المقابلة؟، وماذا أريد أن أحقق؟
- المهارات الخاصة: كيف أصل إلى ما أريد؟
- الصيغة أو السلوك: كيف استطيع أن أدخل هذه المهارات في نمطي وشخصيتي؟

وعند الغور بعيداً عن المهارات الخاصة إلى الفردية الشخصية يظهر التحدي الحقيقي في التعليم التجريبي. ينبغي أن لا نكون مرشدين ولن نكون كذلك حول أفضل طريقة للتقدم في أي ظرف. يجب أن نعي أن هناك اختلافات كبيرة تؤثر في المتعلم لاختيار ما هو أفضل له في ظرف معين. ولكن مع ذلك، ينبغي أن ندعم مهارات معينة تبدو أكثر تأثيراً من غيرها. وأن المحاولات المتكررة والبدائل المتوافرة في حلقات التدريب، تمثيل الأدوار مع المتعلمين الآخرين أو الممارسة مع المريض الممثل أو المريض الحقيقي تسمح لنا التوفيق بالربط بين القابليات الشخصية والمهارات. وأن قائمة المهارات هي الخطوة الأولى فقط. ولتعلم كيف تستخدم المهارة نحتاج إلى ممارسة ومراجعة وخلال هذه العملية من الممارسة المتكررة والمراجعة والتدريب الدؤوب يستطيع المتعلم أن يختم شخصيته في عملية الاتصال.

افتتاح المقابلة

Initiating the session

المقدمة

Introduction

تُعد بداية المقابلة المجال الخصب لاستكشاف مهارات الاتصال التعليمية. ويمكن لنا في الدقائق الافتتاحية أن نأخذ الانطباع الأولي، والبدء بإرساء الألفة ومن ثم محاولة تحديد المشكلات التي يرغب المريض بمناقشتها وتخطيط مسار المقابلة. وهكذا نستطيع رسم مهام المقابلة الأخرى، ومن البحوث التي أطلعنا عليها، وجدنا أن هناك مشكلات اتصالية في المرحلة التمهيديّة للمقابلة. وكما سنرى لاحقاً، غالباً ما يفشل الأطباء من اكتشاف السبب الأهم لزيارة المريض!

ويحاول الأطباء تقليل أهمية الصعوبات الكامنة والفرص المتاحة في هذه الدقائق القليلة الأولى. فمثلاً، في أغلب الدورات التعليمية للدراسات العليا التي أقمناها، ركّز برنامج المشاركين على تحديد المشكلات في نهاية المقابلة والالتزام بالتوقيت عند بداية الدورات. وبمسار الدورة غالباً ما يبدو واضحاً أن بداية المقابلة هي الأساس للصعوبات التي واجهوها وليست نهايتها.

وتجري المقابلة الطبية في بيئات مختلفة، فمن مقابلة أولى إلى زيارة ثانية للمراجعة، في المستشفى إلى الممارسة العامة، في الاستشارية إلى المقابلة بجانب سرير المريض، ومن رعاية المحتضر إلى الزيارة البيتية. لكن على الرغم مما يبدو للوهلة الأولى، أن هناك اختلافات كبيرة في بداية المقابلة وفي هذه الأجزاء المختلفة، لكنها تشترك بأهداف عامة ومهارات اتصالية مبدئية ملحوظة. إذ يواجه الأطباء والمرضى مشكلات متشابهة جداً أينما يتم اللقاء.

وإن المهارات الاتصالية الخاصة التي يختارها الأطباء في بداية المقابلة هي ليست ضرورة اجتماعية ملحة حسب، لكنها ذات تأثير مهم على دقة وكفاءة المقابلة وطبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض. لذلك أرسينا الافتتاح على أنه مهمة مستقلة وأفردنا فصلاً لمناقشة ماذا يجري في الدقائق القليلة الأولى في حقيقة الأمر.

مشكلات في الاتصال

Problems in communication

إن أحد الأهداف في بداية المقابلة هو تحديد ما يرغب المريض أن يناقش؟ وما يأتي سلسلة من الدراسات في الرعاية الأولية التي أظهرت بعض الدروس العملية المفيدة:

- أظهرت دراسة (Stewart et al. 1979)، أن (54٪) من معاناة المرضى و(45٪) من هواجسهم لم تستنبط.
- دراسة (Starfield et al. 1981)، سجلت أن (50٪) من الزيارات لم يتفق الطبيب والمريض على طبيعة المعاناة الرئيسة.

- في دراسة (Burack and Carpenter 1983)، اتفق الأطباء والمرضى على المعاناة الرئيسة في (76٪) من المشكلات البدنية و(6٪) من المشكلات النفسية فقط.
 - دراسة (Beckmann & Frankel 1984)، أظهرت أن الأطباء يقاطعون مرضاهم عندما يبدأ المريض بالعبارة الافتتاحية الأولى وبمعدل (18) ثانية فقط! وكما تفشل المقابلة في إظهار هواجس ذات قيمة أخرى.
 - دراسة (Byrne and long 1976)، حددت أن المقابلات الطبية غالباً ما تضطرب إذا كان هناك ضعف في مرحلة اكتشاف أسباب زيارة المريض.
 - ويتضح أن هناك دوراً محدوداً لأن يكون الشخص – الطبيب – تشخيصي ماهر (Excellent diagnostician) أو يمتلك معلومات وافرة حقيقية، إذا لم يتناول أهم مشكلة يعاني منها المريض.
- Bayer Institute for Health Care Communication E4 model (Keller and Carroll 1994) – الصلة بالمريض.
- The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills (Makoul 2001) – تهيئة البيئة الاتصالية (اعداد بيعة المقابلة)
- The Maastricht Maas Global (van Thiel and van Dalen 1995) – المقدمة.
- Essential Elements of Communication in Medical Encounters: Kalamazoo Consensus Statement (Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education 2001) – التوضيح.
- Essential Elements of Communication in Medical Encounters: Kalamazoo Consensus Statement (Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education 2001) – افتتاح المناقشة.
- Essential Elements of Communication in Medical Encounters: Kalamazoo Consensus Statement (Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education 2001) – بناء العلاقة.
- The Model of the Macy Initiative in Health Communication (Kalet et al. 2004) – تهيئة.
- Patient-centered medicine (Stewart et al. 2003) – افتتاح.
- Patient-centered medicine (Stewart et al. 2003) – جمع.
- Patient-centered medicine (Stewart et al. 2003) – اكتشاف كلاً من المرض والمعاناة.

المهارات

Skills

بعد أن أرسينا الأهداف في المرحلة الأولى، ينبغي أن ننتبه إلى المهارات التي تساعدنا للوصول إلى هذه الأهداف. وأخذناها من منهاج كالكارى – كامبردج (أنظر الفصل الأول)

المستطيل 2.1 مهارات افتتاح المقابلة وبناء العلاقة

التحضير

- ضع جانباً المهام السابقة واهتم بحاجاتك الشخصية.
- ركز الانتباه وتهيئاً لهذه المقابلة

البدء بإرساء الألفة

- حيّ المريض وتعرف على اسمه – كنيته-
- قدم نفسك – اسم الطبيب واختصاصه-، وبيّن طبيعة المقابلة، واحصل على موافقة تحريرية (إذا كانت ضرورية).
- أظهر الاحترام والأهتمام: وتأكد من راحة المريض البدنية – وحالة المريض في أثناء المقابلة، طريقة جلوسه على الكرسي أو سرير الفحص أو استلقائه على السرير-.

Continued

- إرساء بيئة داعمة وألفة أولية.
 - زيادة الوعي عن حالة المريض الانفعالية.
 - تحديد أكبر ما يمكن من مشكلات المريض أو الموضوعات التي يرغب بمناقشتها والتي جاء المريض من أجلها.
 - إرساء قائمة مشكلات متفق عليها أو خطة عملية لمسار المقابلة.
 - تفعيل وتنمية مشاركة المريض ومساعدته ليصبح جزءاً من العملية التساهمية.
- وتحتوي هذه الأهداف على مهام متعددة ونقاط تحقّق ذُكرت في مناهج اتصالية عديدة معروفة:

- Pendleton et al. (1984, 2003):

- ادراك أسباب مراجعة المريض.
- إدامة العلاقة بالمريض تساعد على تحقيق المهام الأخرى.

- Neighbour (1987):

- الإرتباط
- إرساء الألفة مع المريض.
- التلخيص
- هل أدرك الطبيب لماذا زاره المريض إدراكاً وافياً؟

- AAPP Three-Function Model (Cohen-Cole 1991):

- جمع المعلومات لفهم مشكلات المريض.
- بناء الألفة والاستجابة لعواطف المريض.

الأهداف

Objectives

سنبداً باكتشاف ماذا نعلم ونتعلم في الفصل الأول من المقابلة وتقييم أهدافنا- وماذا نأمل أن نحقق؟ وأحد أسس الاتصال الفاعل التي أوضحنا ملامحها في الفصل الأول: أحتاج الاتصال إلى التخطيط والتفكير بلغة النتائج؟ ولذلك من المهم في الاتصال أن نتحقق من تحديد الأهداف. وينبغي أن تزودنا الأهداف بالتفكير في المدى الذي نرغب أن نصل إليه؟ بينما العمل في المهارات الفردية يعطينا استراتيجية: كيف يمكن لنا أن نصل إلى ذلك المدى؟

وتشمل الأهداف

إرساء الألفة الأولية

ESTABLISHING INITIAL RAPPORT

تندر البحوث التي تتناول قيمة الاستقبال وتحية المريض في المقابلة الطبية- ربما لأنها تبدو واضحة للعيان- ولكن العناصر الآتية تستحق الاعتبار:

- تحية المريض.
- تعريف الطبيب بنفسه امام المريض.
- شرح الدور الذي يقوم به مقدم الرعاية الصحية.
- التعرف على أسم المريض
- إظهار الأهتمام والاحترام لراحة المريض وحالته البدنية «جلوسه على الكرسي أو سرير الفحص».

ويعد التقديم وسيلة رائعة في الممارسة الطبية ولكنها غالباً ما تهمل كاملة. وغالباً ما يعاني المرضى من أن الطبيب لم يعرف نفسه لهم، ويجهلون الذي أمامهم وما دوره في الفريق المعالج.

تحية المريض وتعريف الطبيب بنفسه

Greeting the patient and introducing yourself

إذا لم يكن الطبيب قد قابل المريض سابقاً فإن من السهل تحيته وتقديم النفس باستعمال مجموعة من الإشارات غير اللفظية، مثل: المصافحة والاتصال البصري والابتسامة إلى جانب عبارات لفظية مناسبة.

هلو، أنا د. جونز، تفضل اجلس.

وغالباً ما يعرف المرضى الأطباء الكبار ولا يحتاجون إلى ذكر أسمائهم لكل مريض. ولكن قد يفترضون أن المريض يعرفهم من دون دليل. ويحبذون التقديم اللفظي بصورة غير ملائمة. كما يفترضون إذا ما عالجوا المرضى سابقاً، فالمرضى سيتذكرون من هم. ولذلك لا يجدون حاجة لتقديم أنفسهم مرة أخرى. كما يتضايقون عند تقديم أنفسهم للمرضى الذين عالجهم سابقاً ولكن لا يتذكرونهم الآن. ونحتاج أن نُطور الطرق لتجاوز هذه المشكلات:

هلو، أسمي د. جونز، أصحيح أننا لم نلتق سابقاً؟

توضيح دور الطبيب وطبيعة المقابلة

Clarifying your role and the nature of the interview

يضطرب المرضى من الغموض الذي يشوب المقابلة من ناحية، مثل: من هذا الطبيب؟ وما دوره في رعايته؟ وعلاوة على ذلك، أوضحت دراسة (Maguire and Rutter 1976) على خمسين طالب طب أن (80%) منهم قد فشلوا في تقديم أنفسهم بوضوح، وتوضيح قصدهم في المقابلة. وأن من المفيد أن يشرح الطالب

التعرف على أسباب المقابلة

- تعرف على مشكلات المريض أو الموضوعات التي يرغب بمناقشتها بسؤال افتتاحي مناسب: ما المشكلات التي اضطررتك لمراجعة المستشفى؟ ماذا ترغب أن نناقش اليوم؟ ما الأسئلة التي تأمل الحصول على اجابته اليوم؟
- أنصت بتيقظ لعبارات المريض الافتتاحية من دون مقاطعة أو توجيه.
- أكد المشكلات التي ذكرها المريض وابحث عن مشكلات أخرى (مثل: إذاً لديك صداع وتعب وماذا بعد؟)
- ناقش قائمة المشكلات والأخذ بالحسبان احتياجات المريض والطبيب معاً.

«ماذا» نعلم ونتعلم في افتتاح المقابلة: البيّنات على المهارات 'What' to teach and learn about the initiation: the evidence for the skills

التحضيرات

PREPARATION

كما لاحظنا في الفصل الأول، قد يؤدي الغموض والقلق إلى قلة التركيز الذي بدوره يربك الاتصال الفاعل في الممارسة السريرية، من السهل أن يبقى ذهن الطبيب معاً مع آخر مريض أو آخر اتصال تلفوني. كما يشغله طابور المرضى المنتظرين أو احتياجاته الشخصية. وقد يجد نفسه مشغولاً بإدخال البيانات في الكمبيوتر أو قد يسترجعها في ذهنه وهو يحيي المريض القادم. كل هذه الأفكار والمشاعر والاعمال يمكن لها أن تقف في طريق إعطاء التركيز الكامل في بدء المقابلة.

وبدلاً من ذلك، ينبغي على الطبيب أن يهيئ نفسه ليعطي كامل تركيزه للمريض من دون تشويش في هذه الدقائق الحرجة. وربما تكون هذه المقابلة من عدة مقابلات روتينية يجريها الطبيب يومياً لكنها بالنسبة للمريض قد تكون أكثر أهمية واعتباراً وغالباً ما يكون المريض مهيباً بالكامل للمقابلة- ومن الواضح والمفيد أن يتبادل الطبيب والمريض الأهتمام نفسه والعناية نفسها.

- مقترحات التحضير للحصول على أنتباه كامل، وتشمل:
 - أن يضع الطبيب جانباً المهمة الأخيرة- والتأكد من أن المقابلة السابقة لن تتداخل مع المقابلة اللاحقة، ووضع ترتيبات للرجوع للمواضيع غير المنجزة لاحقاً.
 - استجابة الطبيب لاحتياجاته وراحته الشخصية، وأن يتأكد من أن الجوع والجو الحار أو النعاس لن يشوش تركيزه في المقابلة الطبية.
 - تحويل الانتباه إلى المقابلة القادمة- والتهيؤ عند الضرورة بقراءة الملاحظات ونتائج الفحوص ومراجعة التاريخ المرضي - الملف السابق-.

- اتمام جميع هذه النشاطات قبل تحيّنك للمريض - أن يكون الطبيب خالي البال بأكثر قدر ممكن. إن هذه التحضيرات والتركيز يذهب أبعد من الاحترام والأدب الاجتماعي. وبينت دراسة (Ely et al. 1995)، أن التسرع وتششت التركيز من أهم أسباب فقدان أنتباه أطباء الأسرة، إذ ركزت الدراسة على تقدير أطباء الأسرة لأسباب الأخطاء السريرية التي يرتكبونها.

إظهار احترام راحة المريض البدنية والعناية بها

Demonstrating interest and respect, attending to the patient's physical comfort

ينبغي الاهتمام بضرورة العناية لإجل اتخاذ الخطوات اللازمة لبناء العلاقة الوطيدة. ومن الوهولة الأولى للمقابلة الطبية، ينبغي إظهار الاحترام والأهتمام والارتباط باستعمال سلوك غير لفظي مناسب لإرساء علاقة منتجة تساهمية.

وهنا يبدو سلوك الطبيب وتصرفه حيويًا لمساعدة المريض للشعور بالترحيب والقيمة والاحترام. واتخاذ خطوات إرساء الثقة وتنمية العلاقة مبكرًا التي سترسم المشهد لتبادل المعلومات الوافية والدقيقة على مسار المقابلة القادمة. ولأن هذا المجال حيوي، يحتاج إلى الاعتبار خلال مجمل المقابلة وليس في بدايتها حسب. وأفردنا الفصل الخامس لبناء العلاقة، وأوضحنا فيه أهمية مهارات بناء الألفة والتلميحات غير اللفظية بالتفصيل وعرضنا بيّنات البحوث الساندة له.

وسيبود أن الموضوعات التي نناقشها حول بدء المقابلة الطبية في هذا الفصل تسهم في بناء العلاقة وذلك بتشجيع اسهام المريض ودعم الأسلوب التساهمي (collaborative approach). وعلاوة على ذلك، وقبل أن نغادر الأهتمام بالمهارات المتعلقة بإرساء الألفة الأولية نرغب أن نعرض على موضوع مهم وهو الأهتمام براحة المريض البدنية.

وتؤثر العوامل البيئية على راحة المريض النفسية والبدنية. وتتداخل في إحساس الأطباء وتوجهاتهم وقابليتهم على العناية مثل تنظيم الجلسة ووضع الجلوس المريض والاتصال البصري. ويمكن أن يسأل الطبيب نفسه: هل حرارة الغرفة ملائمة للمريض وهو يرتدي صدرية الفحص؟ وهل الأضاءة ملائمة وليست براقية أو معتممة؟ وهل جلسة الطبيب والمريض ملائمة؟ ولا تجعلهم ينظرون خلال شبك حال من الستائر، وفي قاعة الانتظار: هل هناك صور توضيحية أو مجسمة أو لوحات تثقيفية ملائمة؟

فيما عدا الأعراض التي تعترى المريض مثل الألم أو التقيؤ والغثيان التي تملّي على الشخص وضعية معينة، فإن أغلب الناس يشعرون براحة حينما يجلسون على كرسي ويتحدثون بدلاً من الاضطجاع على سرير الفحص أو حتى الجلوس على سرير الفحص متدلي الساقين. ومن المفضل أن يجلس الطبيب أيضاً، بحيث يكون الطرفان بمستوى واحد حتى تتيسر عملية توثيق الملاحظات المقتضية، وتعطي انطباعاً أن الطبيب يرغب بإعطاء الوقت اللازم والأنتباه الضروري للمريض.

وينبغي ترتيب الأثاث الذي يجعل الطبيب والمريض يجلسان بحيث تؤلف ركبهم زاوية وليس جنباً إلى جنب أو وجهاً لوجه. كما أثبتت الدراسات (Sommer 1971) أن الاتصال وجهاً لوجه وبينهم مكتب -الطبيب- له تأثير مرعب أو تنافسي أو مانع. ويرغب الأشخاص الاتصال البصري المباشر أو وجهاً لوجه لا يمكن لهم أن يشيخوا بوجههم «يزوغوا» منه.

كما يفضل أن يكون الحديث مع المريض وهو في كامل قيافته الطبيعية بأقصى ما تسمح به المقابلة. وإذا كان هناك أمر حساس أو خاص للمناقشة فينبغي اغلاق الباب أو الستائر بين الأسرة -الدهة-، وإذا لم تتحقق الخصوصية اللازمة ففي الأقل ينبغي تظمين المريض والأنتباه إلى العوامل التي تجعل اعطاء المعلومات حرجاً مشوشاً وناقصاً وغير دقيق. وأخيراً ينبغي أن يضع الطبيب في حسابه كل هذه الجوانب عن البيئة التي تؤثر في الطبيب والمريض معاً.

موقعه في الفريق الطبي، ومدة الوقت الذي تستغرقه المقابلة، ماذا يعمل بالمعلومات التي يجمعها، وكيف يربط المعلومات التي يحصل عليها مع المعلومات التي يستقيها الطبيب المسؤول؟ وهل من المفيد أن يوضح الطالب هدف المقابلة؟ هل هي لفائدة الطالب ابتداءً، إذا كانت الحالة هكذا؟ أو أن هذه الفرصة الوحيدة التي يدلي بها المريض المعلومات، وأن يسأل ما يدور في ذهنه من أسئلة؟ وبالمثل، هل من الضروري الحصول على موافقة المريض التحريرية للسماح لطالب الطب بالمقابلة ابتداءً:

هلو، أسمى كاترين ساني، أنا طالبة أعمل مع د. كو، وأتعلم كيف أقابل المرضى. وأعتقد أن د. كو أقترح عليك من أني سوف أقابلك لمدة ١٥ دقيقة قبل أن ينظم د. كو إلينا ليساعدك في مشكلاتك، هل توافق على ذلك؟

وقد يحاجج الأطباء الكبار من أن هذا التقديم غير ضروري، ولاسيما في بعض الحالات، كما في طب الأسرة، إذ إن الطبيب والمريض يدركان طبيعة المقابلة والقواعد الحضارية لها. ولكن حينما يكون الحال في مستشفى تعليمي أو مؤسسات صحية وقائية، أو فرق متعددة التخصصات أو أقسام الطوارئ، أي عند تظافر جهود عدد من الأطباء لمريض واحد، يستطيع الأطباء من منع الغموض بتوضيح أدوارهم بدقة وشرح طبيعة المقابلة والحصول على موافقة المريض التحريرية بدلاً من جعل الأمور غامضة، ويتبلور احتمال التفسير الخاطي. كما أن التوضيح ضروري عند مقابلة المريض لأول مرة أو حينما تملّي الظروف تغيير الأدوار.

هلو، أنا د. كو، هل أستطيع أن أجلس هنا؟ أنا طبيب جراح أعمل في المستشفى. وطلب مني طبيب الأسرة د. جونز زيارتك. هل يمكن أن ناقش المشكلات التي تعاني منها وفحصك؟ ولن تستغرق أكثر من ٢٠ دقيقة.

التعرف على اسم المريض

Obtaining the patient's name

عندما تعرف المريض جيداً، يبدو جلياً أن هذه الخطوة غير ضرورية. ولكن حينما يكون احتمال الغموض وارداً فمن المستحسن دائماً تدقيق الأسم الصحيح وكيف يلفظ وتطابقه مع ما مدون في ملفه. وتجنب افتراض الحالة الزوجية، أو كيف تناديه؟

هلو، أنا د. جونز، أنا واحد من الأربعة الذين يعملون في العيادة، استريحي رجاءً. أنت السيدة ماري فرينج؟ توقف... لا أظن أننا التقينا سابقاً، كيف تفضلين أن أناديك؟

وإذا ذكرت المعاناة الأولى، فليس من الضروري أن تكون أهم مشكلة. ولماذا يتصرف الأطباء على أنها المشكلة الوحيدة التي تعرض للمناقشة؟ وجميع الأطباء يتذكرون مقابلات عانت من هذا المنهج، وظهور المشكلة الحقيقية في نهاية المقابلة بعد أن فقد الأطباء الوقت الثمين وخصص لمشكلة أقل أهمية (Robinson 2001). وقد يكون الحال أسوأ، حينما لم يكتشف الطبيب السبب الرئيس للمقابلة نهائياً ولم يتجرأ المريض على ذكر المعاناة الثانية الأكثر أهمية في قائمته. والأهم من ذلك، لماذا يتقصى الطبيب العرض المرضي الأول الذي يُذكر من دون اكتشاف الأعراض الأخرى التي عانى منها المريض. وكما سنرى في الفصل الثالث، إذ يؤدي إلى استنتاج سريري غير فاعل وغير مهم.

كيف لنا أن نتجاوز هذه المشكلة؟ وكيف لنا أن نحدد خطة للمقابلة بدلاً من أن يسير الطبيب بالطريق الأول الذي يواجهه من دون بصيرة؟ وهنا سوف نناقش ثلاث مهارات مترابطة تساعد الطبيب أكثر من الأجابة عن: لماذا راجع المريض؟ ولكن كذلك اكتشاف الأسباب الحقيقية لمراجعته؟ بأكبر قدر ممكن وأهميتها النسبية، وهذه المهارات كما يأتي:

- 1 الأسئلة المفتوحة.
- 2 الانصات.
- 3 البحث وتحديد القائمة.

الأسئلة المفتوحة

The opening question

New consultations

من المفضل في بداية المقابلة، والمهم أيضاً سؤال المريض سؤالاً مفتوحاً مثل «ماذا ترغب أن نناقش اليوم؟» يمتلك الأطباء جميعاً سؤالاً مخزوناً في أذهانهم يستعملونه بتكرار. وهنا نماذج من العبارات التي يستعملها المشاركون في الدورات التي أقمناها ويفيدون أنهم يستعملونها باستمرار وتكرار وإعادة:

كيف استطيع أن أساعدك؟
اخبرني، ما الذي دعاك لزيارتي؟
ماذا ترغب أن نتكلم اليوم؟
ماذا أستطيع أن اعمل لك؟
كيف حالك؟
كيف تسير الامور؟
ما الجديد؟
حسناً، نعم، ...
من دون كلام، إشارات غير لفظية، ...

وقد يحتاج طالب الطب المبتدئ سؤالاً مختلفاً عن الطبيب المسؤول عن المريض. وينبغي ايضاح مهمة الطالب منذ بداية المقابلة لزيادة قدراته الشخصية فمثلاً يسأل المرضى الداخليين المستشفى ومازالوا راقدين

تحديد سبب أو اسباب المقابلة

IDENTIFYING THE REASON(S) FOR THE CONSULTATION

بعد اتمام المقدمات التعريفية وإرساء الألفة الأولية، فالخطوة الثانية هي تحديد الموضوعات التي يرغب المريض بمناقشتها، وما قائمة المشكلات – المعاناة – للمقابلة؟ ولماذا راجع اليوم؟ ويحتاج الطبيب أن يحدد المشكلات التي دعت المريض لزيارته في أي مكان البيت أو المستشفى كما يحتاج إلى تحديد سبب الزيارة الشخصية الآتية.

وفي دراسة (McKinley and Middleton 1999) في الممارسة العمومية في المملكة المتحدة مثلاً، وجدت لدى الغالبية العظمى من المرضى احتياجات خاصة يرغبون بعرضها على أطباءهم. ونصف هؤلاء تقريباً لديهم أسئلة محددة يرغبون الأجابة عنها (55٪، 66٪) على التوالي. ولديهم آراؤهم الخاصة لسبب مشكلاتهم (40٪)، وهو اجس حول أعراضهم. ومن دون شك، يأتي المرضى للأطباء مع أفكار جيدة عن قائمة معاناة يرغبون بمناقشتها.

وربما تبدو هذه الموضوعات واضحة لدرجة لا تحتاج أن تذكر، ولكن الحقيقة أكثر تعقيداً مما يعتقدونها الأطباء. وتذكر البيّنة التي قدمت في بداية الفصل الأول والتي أظهرت كيف يفشل الأطباء في تحديد الموضوعات أو المشكلات التي يرغب المرضى بمناقشتها. وكيف يختلف الأطباء والمرضى غالباً بعد المقابلة بتحديد طبيعة المشكلة الرئيسة التي تناولوها. واكتشف (Barry et al. 2000) في دراسة نوعية في الممارسة العمومية أن أربعة فقط من (35) مريض تمكنوا أن يعرضوا جميع مشكلاتهم في المقابلة. وفي جميع المقابلات الـ (14) التي عانت من نتائج غير مرضية، فإن هناك على الأقل واحدة من المشكلات لم يتطرق لها أبداً. ويبدو واضحاً أن الصعوبة هي في القدرة على البوح بالمشكلات التي يعاني منها المريض. وفي الحقيقة، أن لسلوك الطبيب في بداية المقابلة تأثير حاسم على سير المقابلة الكاملة. ومن الممتع كثيراً مقارنة بينات البحوث والافتراضات الشائعة بين الأطباء حول افتتاح المقابلة، وكما يأتي:

- أوضح عدة باحثين، أن لدى المرضى أكثر من هاجس يرغبون بمناقشته وتشمل تخصصات مختلفة: الرعاية الصحية الأولية، طب الأطفال، وطب الباطنية. ويتراوح عدد الموضوعات التي يرغبون بمناقشتها بين (1.2-3.9) للمرضى الجدد والمراجعين لأكثر من مرة (Good and Starfield et al. 1981; Good 1982; Wasserman et al. 1984; Greenfield et al. 1985) وحذرت الدراسات من مخاطر التدبير المحدود المبكر قبل تحديد الهواجس والمشكلات بمنظور شامل.
- وأظهرت دراسة (Beckman and Frankel 1984) على المقيمين في الطب الباطني وأطباء الرعاية الصحية الأولية:

- إن التسلسل الذي يعرض فيه المرضى مشكلاتهم ليس له علاقة بالأهمية السريرية لها، فالهاجس الأول لا يتعلق بالثاني أو الثالث ولا يعتمد على درجة أهميته القصوى كما يحكم عليه الطبيب والمريض معاً.
- وغالباً ما يفترض الأطباء خطأً، أن العرض الأول الذي يذكره المريض هو الذي جلب المريض لزيارة الطبيب.
- وفي زيارات المتابعة، غالباً ما يفترض الأطباء أن المقابلة هي استمرار للمقابلة السابقة. ويحذفون البحث الابتدائي عن مشكلات الزيارة. ويذهبون مباشرة إلى الموضوعات التي نوقشت في المقابلة السابقة.

الانصات لإفتتاحية المريض

Listening to the patient's opening statement

تعلم كيفية الانصات لافتتاح الاستشارة الخطوة الأولى للمقابلة الدقيقة والكفوءة

Learning how to listen at the beginning of the consultation is the first step to an efficient and accurate consultation

إذ يبدو للوهلة الأولى أن فسخ المجال للمريض وإعطاءه الوقت وزمام الأمر والتشجيع، بينما يبقى الطبيب جالساً متأنياً ومنصتاً هي ليست الطريقة الأكثر كفاءة لبدء المقابلة. وفي المقابل، غالباً ما ينوء الأطباء تحت ضغط ضيق الوقت وحاجاتهم لتعجيل الايقاع والانتقال إلى الأسئلة وأخذ المبادرة. وفي النهاية، نرى أن هذا الأسلوب سيكتشف العرض الأول للمريض الذي يؤدي إلى نتائج عكسية. وهكذا، نكتشف عدم صلاحية الاتجاهين، ولكن كيف لنا أن نحل هذا الاشكال؟ وكيف لنا أن نثبت أن الانصات المبكر للمريض في بداية المقابلة له محاسن دقة المقابلة وكفاءتها؟

الانصات وليس الأسئلة في هذه المرحلة من المقابلة تسمح للأطباء والمرضى في الحصول على الأهداف المطلوبة

Listening rather than questioning allows doctors and patients to achieve more of their objectives for this part of the consultation

بمراجعة أهداف الجزء الأول من المقابلة الذي نحصل على ما يساعدا في الإطمئنان إلى سلامة وسير التواصل. وتقع اهدافنا في ثلاث مجاميع: الأول، إدراك ما يرغب المريض في مناقشته في الزيارة والتخطيط مع المريض مسار المقابلة اللاحقة. والثاني، أن نجعل المريض يشعر بالراحة والترحيب والأهم من ذلك - نتقدم لإرساء الألفة الأولية. والثالث، هو قياس كيف يشعر المريض والوعي لشخص المريض إنسانيته. كيف لنا تيسير هذه الأهداف المتظافرة؟ مثلما سيتضح في الفصل الثالث، إذ حينما ينتقل الطبيب إلى الأسئلة التفصيلية، سيتحول المريض إلى الدور السلبي في المقابلة. وحينها سيلحق الطبيب السؤال المغلق بآخر. ويتعد الطبيب عن الاستجابة للمريض مؤثراً الاستنتاج التشخيصي والميل المبكر إلى التركيز على موضوع واحد. بينما تتابع العبارات أو الأسئلة مفتوحة النهايات في بداية المقابلة مع الانصات الفاعل الذي يسمح للطبيب باستكشاف مشكلات المريض ومعاناته من منظوره الشخصي. ويبدأ الطبيب داعماً ومهتماً ومركزاً على المريض ويلتقط تلميحات المريض ومشاعره وحالته العاطفية التي قد تُهمَل.

ما البيّنة التي تدعم الانصات؟

What is the evidence to support listening?

إن أهمية انصات الطبيب في بداية المقابلة قد عُرضت بشكل متميز في أدبيات الاتصال وربما الأشهر هما (Beckman and Frankel (1984) and Beckman et al. (1985)). وعرفنا منذ مدة طويلة من خلال عمل بايرن ولانج في الرعاية الأولية 1976 Byrne & Longs بأن سبب المقابلات المضطربة ناتجة عن صعوبة اكتشاف، لماذا راجع المريض؟ وأحد هذه الاسباب هنا هو احجام المرضى عن ذكر المشكلات النفسية والاجتماعية والمعاناة المهمة في بداية المقابلة، ويذكرونها في نهايتها حينما يجدون أن المجال أصبح ممكناً وبعد أن كسبوا ثقة الطبيب. وقد يؤدي القلق والحرج من الأعراض أو الخوف العميق بالمرضى إلى تأخير عرض المشكلات المهمة إلى نهاية المقابلة. وهذا الإعلان المتأخر يوصم بالقائمة المخفية 'hidden agendas' (Brasky 1981) وأن هذه الطريقة من التفكير توجه الأتنباه إلى قرار المريض عن الاحجام أو تأخير الإعلان أو المشاركة بالمعلومات. بينما تلقي البحوث الحديثة الضوء على الدور الذي

فيه: ما المشكلات التي اضطررتك لدخول المستشفى؟ وحينما يعمل الطبيب في المجال التشخيصي يستعمل عبارات مثل: اخبرني، ما المشكلات التي تعاني منها؟ أو كيف يمكنني أن اساعدك؟ أو عندي رسالة من طبيب العائلة (د.باتل) تساعدني في معرفة حالتك، ولكن أرجو أن نبدأ من المشكلات التي تعاني منها من منظورك الشخصي؟ وتصبح الكلمات التي يستعملها الأطباء «بالضبط» علامات فارقه تميّز الطبيب من زميله ويعيدها من دون تفكير. ولكن الحقيقة أن التعبير البسيط مهمة ليست يسيرة، ويمكن أن يؤثر في مجمل طبيعة المقابلة تأثيراً كبيراً. وتُعبّر صياغة السؤال الحاذق ونوعيته طبقاً لاستجابة المريض.

إن الاستفسار العمومي مثل: كيف الحال؟ يسمح للمريض أن يصيغ عبارات عامة عما يشعر وقد لا يكتشف الطبيب المشكلة الحقيقية التي جاء من أجلها المريض (Frankel 1995). فمثلاً قد تكون الإجابة «أنا جيد، ولكن مفاصلي تؤلمني الآن؟». على الرغم من أن المريض جاء ليناقش تدهور حالة صداع الشقيقة الذي يعاني منه أيضاً. وقد يكون هذا الغموض واضحاً بالنسبة لطبيب الأعصاب وغير واضح للطبيب العام الذي ليس لديه تخصص في هذا المجال. وينبغي أن يعي الطبيب نوع السؤال الذي يسأله ولا يفترض أسباب الزيارة الآ بعد أن يسأل سؤالاً محدداً، مثل: هل هذا السبب الذي جاء بك إلى العيادة هذا الصباح؟

والسؤال، كيف يمكن لي أن أساعدك؟ يبدو سؤالاً أكثر وضوحاً، ويعني أنك ترغب بمعرفة ماذا يرغب المريض أن يناقش اليوم؟ وبالرغم من أن السؤال يتحدد بالموضوعات الطبية التي يمكن أن يتدخل بها الطبيب. اخبرني، ما الذي دعاك أن تزورني اليوم؟ سؤال أقل اختصاصاً، مفتوحاً أكثر، ويعطي انطباعاً أن الطبيب يرغب بسماع المعاناة الشاملة. وما المشكلات التي تعاني منها اليوم؟ وفيه يرغب الطبيب ويشجع المريض لصياغة قائمة مشكلاته بالتأكيد، وتعطي المريض فرصة لذلك. وعلاوة على ذلك، يعطي الطبيب المريض توجيهاً قليلاً لشرح معاناة واحدة بالتفصيل. أم أن الطبيب يرغب بسماع جميع مشكلاته، وقد لا يكون مفهوماً لجميع المرضى.

حسناً... نعم...، أو أن الطبيب يستخدم حواراً غير لفظي ولا يقول أي شيء، ويبدو أنه سؤال مفتوح وواسع، وطريقة بدء عامة تمنح المريض فرصة للتكلم. وعلاوة على ذلك، أنه سؤال عام وتوجيه قليل. قد يتطرق المريض لمعاناة واحدة بالتفصيل أو قائمة معاناته.

نحن لا نقترح أن هناك سؤالاً افتتاحياً واحداً صحيحاً للاستعمال في جميع الحالات. بينما يحتاج الأطباء إلى زيادة وعيهم والتفكير بعمق حول كيف يبدأ في كل مقابلة (J Robinson 2001; Gafaranga and Britten 2003).

زيارات المتابعة

Follow-up visits

تشارك زيارات المتابعة بصفات المقابلة الأولية أكثر مما يعتقد الأطباء. وينبغي أن لا يفترض الطبيب سبب الزيارة لمعرفته بالمريض إلا بعد أن يسأل المريض عن ذلك. ومن السهولة جداً أن يفترض الطبيب سبب الزيارة وعادة ما تكون متابعة الزيارة السابقة، ويعرض الطبيب السؤال الافتراضي مثل: كيف حالك مع الأدوية الجديدة؟ عند معاناة المريض الشديدة أو في الأقل اعداد قائمة معاناة جديدة للمناقشة. كما لو أن الطبيب لا يعرف المريض سابقاً ويبدأ بسؤاله كمراجع جديد، ماذا ترغب أن تناقش اليوم؟ وربما بدلاً من ذلك، أن الطبيب يرغب معرف هدف الزيارة «هل أنا على حق حينما أفكر انك جئت لمراجعة حالتك؟» أو «جئت لأعابن كيف حالك وأشاهد جرحك؟» ثم يضيف الطبيب للتأكد «هل هناك أي شيء آخر ترغب أن نتحدث عنه اليوم؟»

واعاد (Marvel et al. 1999) حديثاً عمل (Frankel & Beckman) في دراستهم على خبراء أطباء الأسرة. ووجدوا بعد (15) عاماً، أن زمن المقاطعة الأولى مازال قصيراً جداً، وبلغ (23.1) ثانية واستطاع (28٪) منهم فقط من اكمال عباراتهم الافتتاحية الأولى. وبالرغم من أن الأطباء ينوون الرجوع ويسمحون للمرضى بإكمال روايتهم لكنها حصلت لـ (8٪) من المقابلات فقط. ووجدت الدراسة، أن الأطباء المتدربين على مهارات الاتصال والمشاورة يطلبون من المرضى سرد هواجسهم ويكملون روايتهم الأولية. ومن المثير للأهتمام، أن البحث اكتشف طريقة بديلة لتشجيع المرضى على إظهار مشكلاتهم الكاملة، وذلك بمتابعة كل طلب والتركيز على الأسئلة مفتوحة النهايات، مثل: أخبرني أكثر عن ألم الساق؟ قبل أن ينتقلوا إلى طلب مفتوح النهايات آخر، مثل: هل هناك موضوع آخر نحتاج مناقشته اليوم؟ وأكدت خلاصة البحث على حاجة نموذج المقابلة الطبية إلى المرونة لدرجة الحصول على قائمة المشكلات الكاملة وتعريف المشكلة الوافي.

وفي دراسة «Rhoades et al.»، كان معدل كلام المريض 12 ثانية فقط قبل أن يقاطعه طبيب الأسرة أو الطبيب المقيم في الباطنية. وفي 25٪ من الحالات كان يقاطع المقيم المريض قبل أن ينهي كلامه. وتابع (Langewitz et al. 2002) عمل (Marvel et al. 1999)، حيث أجروا بحثهم في العيادة الخارجية للطب الباطني في مركز طبي تخصصي تتميز مقابلاتهم بصعوبة ترويض المرضى وتسجيل تاريخهم المرضي المعقد. وافترضوا أن الأطباء يقاطعون مرضاهم باستمرار إذا ما ترك الأطباء المرضى يتكلمون ما يحلو لهم والذي قد يتداخل مع الوقت المقترض لهم. ويرغب «Langewitz et al.» أن يجيب البحث على إذا كان هذا الافتراض حقيقي أم لا. وشملت الدراسة (335) مريضاً راجعوا المركز لأول مرة و (14) طبيب باطني خبير من الذين تدرّبوا على مهارات الانصات الفاعل حتى يشير المريض من أنه أنهى عرض معاناته الكاملة. كما أن المرضى لا يعلمون أن وقت كلامهم محسوب. وعلى الرغم من الحالات الصعبة المحالة الى المركز كان معدل وقت المرضى المستغرق لإكمال روايتهم (92) ثانية فقط، وأن (78٪) منهم أكملوا رواياتهم بدقيقتين فقط. وتكلم (7) مرضى فقط أكثر من (5) دقائق حينها شعر اطباؤهم بأن المعلومات التي أعطوها مهمة لا ينبغي مقاطعتهم في أثنائها.

وأظهر بحث (Wissow et al. 1994) أن استعمال أطباء الأطفال للانصات الفاعل يشترك ايحياً مع كشف الآباء للمشكلات النفسية لاطفالهم. ويبيّن (Putman et al. 1988) إمكانية تعليم الأطباء المقيمين الانصات الفاعل الذي يؤدي إلى زيادة شرح المريض من دون زيادة في وقت المقابلة.

ما المهارات الخاصة بالانصات الفاعل؟

What are the specific skills of attentive listening?

غالباً ما يقارن الانصات «بالجلوس من دون عمل أي شيء» ويبدو أنه أسلوب سلبي أكثر منه إيجابي. بينما قال (Egan 1990) كم مرة سمعت شخصاً يقول لك أنك لم تكن منصتاً لما أقول؟ وحينما يتهم الشخص بأنه لم يكن منصتاً، يكون الجواب: أستطيع أن أعيد لك كل كلمة قلتها. ولكن المتهم لا يطمئن. ويهتم الأشخاص ليس بقدرة الشخص على إعادة كلماتهم وإن آلة التسجيل يمكن لها أن تقوم بهذا الواجب تماماً. بينما يريد الناس أكثر من تواجد الشخص البدني والاصغاء الآلي فقط، وإنما ينبغي التفاعل الوجداني المستجيب نفسياً واجتماعياً وعاطفياً.

حقاً إن الانصات الفاعل مهارة مهمة. وهناك أربع آليات تُيسّر الانصات وتحقق الغاية المرجوة منه:

- 1 الانتظار.
- 2 الاستجابة التشجيعية.
- 3 المهارات غير اللفظية.

يلعبه الطبيب في هذه المرحلة. وقد نُظر إلى تأثير سلوك الأطباء في سير المعلومات المقدمة من المرضى. واكتشف أن كلمات الطبيب وأفعاله لهما تأثير أساس في كيفية اكتشاف الأسباب الكاملة لمراجعة المرضى ومتى يذكروها. وهنا يحدد سلوك الطبيب وليس للمريض دور كبير في كشف سبب المراجعة. وأظهر (Byrne & Longs 1976) أن الأطباء منصتون غير جيدين ولهم طرق نمطية محدودة لمحوارة المرضى ولا يمتلكون قابليات كافية لتغييرها نحو احتياج الافراد. وفي بحث (Frankel & Beckman) الشهير وقد تناولوا الانصات بمنهاج أوسع وحللاً كيف يستعمل الأطباء كلماتهم وأسئلتهم استعمالاً دقيقاً. ومما يبعد المرضى عن كشف أسباب زيارتهم بسهولة واغفال، وما يأتي حقائق كثيرة كشفها بحثهما:

- غالباً ما يقاطع الأطباء مرضاهم في أثناء عباراتهم الافتتاحية بمعدل (18) ثانية فقط.
- تمكن (23٪) فقط من المرضى اكمال عباراتهم الأولية.
- أخذ الطبيب زمام المبادرة والكلام في (94٪) من الحالات المقاطعة.
- كلما انتظر الطبيب زادت المعاناة التي تظهر إلى السطح قبل مقاطعة المريض.
- يؤدي السماح للمرضى باكمال عباراتهم الافتتاحية إلى التقليل من ظهور المشكلات في نهاية المقابلة بشكل كبير.
- كانت أغلب أسباب المقاطعة أسئلة توضيحية أو مغلقة. وأن أية اشارة من الطبيب تشجع المريض على إعطاء المعلومات عن أية مشكلة ذكرها قد تؤدي إلى الانحياز في كشف المعلومات، وربما تشمل هذه الملاحظة ترداد عبارات المريض نفسها!
- وقد قاطع الطبيب المريض في (34 من 51) مقابلة بعد عرض الهاجس الأول. ويبدو واضحاً أنها المعاناة الأولى.
- أن تسلسل المعاناة التي يعرضها المريض ليس لها علاقة بالأهمية السريرية لها.
- إن المرضى الذين يسمح لهم باكمال عباراتهم الأولى من دون مقاطعة لا يأخذ على الأغلب أكثر من (60) ثانية. ولم يأخذ أي مريض وقتاً أكثر من (150) ثانية حتى لو شجع على الاستمرار.
- وهكذا أوضح (Frankel & Beckman) أن متابعة المشكلة الأولى التي يعرضها المريض بسؤال مغلق يمنع الأطباء من اكتشاف جميع المواضيع التي يرغب المريض بمناقشتها. والتركيز يتحول بسرعة من مقابلة محورها المريض (Patient-centered) الى مقابلة محورها الطبيب (Doctor-centered) وهكذا يؤدي المريض الدور السلبي ويحاول أن يتناغم مع ذلك بإعطاء أجوبة مختصرة. وربما يفترض أن الطبيب الحكيم سيسأل الأسئلة التي يرغب بمعرفة أجوبتها. وسترتب على ذلك الحصول على معلومات غير دقيقة وناقصة. وتتعقد المشكلة باختبار الفرضيات التشخيصية مبكراً قبل حصول المريض على فرصة عرض المعاناة المهمة كما أن المشكلة الرئيسة قد لا تكتشف بالأسئلة المغلقة التي ينتهجها الطبيب.

وأوضح (Frankel & Beckman) ذلك جلياً، بأن حتى المقاطعة البسيطة لعبارات المريض الافتتاحية الأولية يمكن لها أن تمنع بروز المشكلات الأخرى بروزاً كاملاً أو قد تظهر المعاناة الرئيسة في نهاية المقابلة. وعند سؤال المريض أن يشرح للطبيب شراً أوسع عن معاناة معينة، فهذا يعني أن الطبيب حدد اختيارات المريض ومنع المشكلات الأخرى التي يرغب المريض بمناقشتها من الظهور. وفي الحقيقة، سيواجه المريض مشكلة عملية حينما ينتقل الطبيب بالموضوعات مع المقاطعة. فمثلاً يذكر المريض الصداق وعند مقاطعته قبل أن يتمكن من ذكر الخفقان الذي يعاني منه حديثاً والمشكلات الزوجية — (أخبرني أكثر عن الصداق؟) والأسوأ، «أين مكان الألم؟» عندها سيتحدد النقاش حول الصداق وتتحدد اختيارات المريض وتردي كفاءة المقابلة ككل.

والمؤثرات البيئية (ترتيب الاثاث، الاضاءة، الدفء). عوامل تساعد على ممارسة جميع المهارات وإظهار الانتباه للمرضى وعلى تكوين بيئة داعمة لترسيخ العلاقة. وبالمقابل فالسلوك غير المرتب والمهيب سيمنع التفاعل ويثبط بناء العلاقة (Gazda et al. 1995).

ومن أهم المهارات غير اللفظية هو الاتصال البصري، ويمكن للطبيب ببساطة أن يهمله بل يضيقه حينما ينشغل بتدوين الملاحظات أو بالحاسوب الذي يتناقض ورغبته أن يلم بمشكلات المريض الشاملة. ويُفسر الاتصال البصري السيئ على أنه إشارة لعدم الأهتمام ويثبط الاتصال المفتوح بسهولة «Goodwin & Ruusuvoori 2001». وهنا يُعد الانطباع الأول في افتتاح المقابلة مهماً للغاية.

وتشير بحوث الاتصال على أن الرسائل غير اللفظية ستغلب على الرسائل اللفظية حينما يكونان غير متوافقين أو متناقضين. (Koch 1971; Mc Crosky et al. 1971). وإذا المحت إشارات أو عبارة الطبيب اللفظية أن تشرح للمريض معاناته فيما تناقضها تلميحاته غير اللفظية: كأن يتكلم بسرعة، أو يبدو مشغولاً، أو يتجنب الاتصال البصري، فإن عباراته غير اللفظية غالباً ما لها تأثير أكبر على المريض وسيخضع لها. وسيدرك المريض عند ذلك أن للوقت أولوية وربما سيختصر عرض معاناته. وتقع أهمية المهارات التشجيعية اللفظية وغير اللفظية التي تنقل للمريض أساسين اتصاليين «الذين عرضا في الفصل الاول» بتقليل الغموض وإرساء قاعدة توافقية للفهم المشترك. وتشير المهارات التشجيعية لأهتمام الطبيب وتحفيزه لمرضاه بأن توجهه هو الرغبة بالسماح الكامل لمسار معاناتهم. وعند غياب تلك المهارات يبقى المريض غير متأكد من ماهية رغبة الطبيب بما يدلي وغير متيقن من اهتمامه باستمرار سماع قصته. وقد يبدو واضحاً ذهنياً رغبة الطبيب بتوجهه المقابلة اتجاهها محدداً ولكن مهارته اللفظية وغير اللفظية هي التي تحدد مشاركة المريض لتوضيح رغبته المذكورة آنفاً.

4 النقاط الإشارات اللفظية وغير اللفظية. وهي مهارة مهمة أخرى يحتاجها الطبيب لإلتقاط إشارات المريض اللفظية وغير اللفظية ويحتاج إلى الانصات لها وملاحظتها. وغالباً ما يعبر المريض عن أفكاره وهواجسه وتوقعاته بإشارات غير لفظية أو عبارات غير مباشرة وليست على شكل عبارات مباشرة (Tuckett et al. 1985). وغالباً ما يلمح بها في بداية المقابلة عند عرضه لمشكلاته. وعلى الطبيب أن يتناولها باهتمام بالغ مبكراً في المقابلة وتكمن الخطورة، أما أن تهمل هذه الرسائل جملة وتفصيلاً، وأما أن يفترض الطبيب إدراكه ماذا يعنى بها من دون تمحيصها مع المريض في أوانها أو بعد ذلك في المقابلة. وستتناول هذا الجانب في الانصات الفاعل بتفصيل أكبر في الفصل الرابع.

ما مزايا الانصات الفاعل؟

What are the advantages of attentive listening?

يؤدي الانصات الفاعل الكامل إلى:

- إظهار إشارة الأهتمام للمريض.
- سماع قصص المرضى.
- امتناع الطبيب من صياغة الافتراضات المبكرة.
- تقليل ظهور المعاناة في نهاية المقابلة.
- سماع المرض والمعاناة معاً كما وصفت في الفصل الثالث.
- منع التفكير بالسؤال الآتي والذي يتعارض مع انصات الطبيب ويجعل المريض سلبياً.
- إمكان قياس مشاعر المريض.
- زيادة دقة الملاحظة والنقاط الإشارات اللفظية وغير اللفظية.

4 النقاط التلميحات اللفظية وغير اللفظية.

1 الانتظار. ليس من السهولة الانتقال في المقابلة الطبية من الكلام إلى الانصات في جميع اللحظات المناسبة. وغالباً ومن دون قصد يهيب الطبيب نفسه للسؤال الآتي بدلاً من التركيز على ما يقوله المريض. وقد يكون مشغولاً بصياغة السؤال الجديد ويحوّل انتباهه من استماع رسالة المريض إلى مقاطعته. وبذلك يفشل في اصداء الوقت الكافي لإستجابته. وتشير دلائل عالم التعليم أكثر منه في عالم الطب إلى الفائدة الكبيرة للطبيب والمريض معاً عند افساح المجال للمريض بالتفكير قبل الإجابة أو الاستمرار بعد ذلك.

ودرست روي (Rowe 1986) لأكثر من (20) سنة سلوك المدرسين في مجالات واسعة وصفوف مختلفة. ووجدت حينما يسأل المدرس سؤالاً سوف ينتظر لمدة ثانية واحدة فقط أو أقل للحصول على الإجابة. وينظرون ثانية أخرى حينما يتوقف الطلاب وبعدها يتكلم المدرسون. بينما لو تدرّب المدرسون على زيادة مدة انصاتهم في هذه المواقف الحساسة لثلاث ثوان سوف يلحظون تغييراً مهماً في سلوك الطلبة في أثناء الدرس. وسوف يسهم الطلبة أكثر ويعرضون معطيات أنسب عن أفكارهم ويقل فشلهم في الاستجابة أغلب الأحيان، وتلاحظ مشاركة الطالب الممتنع غير المشارك سابقاً. وبالمقابل سيسأل الأساتذة أسئلة أقل ولكنها بطبيعة مرنة وتزداد توقعاتهم من طلبتهم.

وفي المقابلة الطبية، سيساعد الانتظار المريض على التأمل والتفكير والاسهام بقدر أكبر من دون مقاطعة، ويُعطى الطبيب وقتاً أطول للانصات والتفكير والاستجابة بمرونة أكبر.

2 الاستجابة التشجيعية. يبدو واضحاً أن بعض الأطباء لهم قابلية أكبر من غيرهم على تشجيع مرضاهم في الاسترسال في الكلام وإبداء الاهتمام بما يتحدثون ويواصلون، وغالباً ما يتم ذلك من دون مقاطعة أو بأقل قدر منها. ومن المفيد بالاهتمام والتعرف على هذه الآليات التي تتيح الاستمرار والتواصل والتي تعد دلائل مؤثرة للمريض تشجعه على الكلام، عند ذلك يبقى الطبيب منصتاً ويستمتع بالانصات ويشجعه.

وسوف نتوسع بذكر المهارات التشجيعية في الفصل الثالث. ولكن في هذه المرحلة نرغب أن نتناول المهارات التشجيعية الخاصة ذات القيمة في مرحلة افتتاح المقابلة. إذ بينت البحوث بوضوح، إن المهارات التشجيعية التي تستعمل في بداية المقابلة الطبية تختلف اختلافاً كبيراً عن مهارات الانصات التشجيعية في المراحل الأخرى من المقابلة الطبية وقد يكون لها عواقب سلبية عند الأخذ بها في بداية المقابلة الطبية. وزودنا (Frankel & Beckman) بدليل المهارات المستعملة هنا. ودرسا بشكل منفرد ما التداخلات التشجيعية التي يستخدمها الطبيب وتسمح للمرضى بالاسترسال وإكمال ما يدلون بعباراتهم الأولية التي تقلقهم. وما التداخلات التي تثبط المريض وتدفعه على تناول مجال مبكر واحد لا غير، وتمنع الطبيب من اكتشاف جميع الموضوعات التي يرغب المريض بمناقشتها. وبتنا أن الإعادة (Echoing) وتكرار التعبير بصيغة أخرى (Paraphrasing) والتفسير (Interpretation) التي تعد مهارات تشجيعية قيّمة في مراحل أخرى من المقابلة قد تكون عائقاً في بداية المقابلة الطبية. بينما العبارات التشجيعية غير الموجهة (Neutral) مثل: ها ... ها ها..، استمر، نعم، م..م..، أنا أرى..، تناسب المريض وتشجعه على الاستمرار على الطريقة التي يرغب بها في التعبير.

3 المهارات غير اللفظية. سنستكشف المهارات غير اللفظية بتفصيل في الفصل الخامس «بناء العلاقة».

ولكننا هنا سنشير إلى بعض الموضوعات غير اللفظية التي لها علاقة خاصة بافتتاح المقابلة الطبية. إن غالبية التشجيع والرغبة بالانصات تأتي في سلوك الطبيب غير اللفظي الذي يعطي المرضى دلائل قوية عن مستوى أهتمامهم ومشكلاتهم. ومن المفردات غير اللفظية محل البحث هي وضعية الجسم (Posture)، الحركة، والقرب (Proximity)، واتجاه النظر، والاتصال البصري، والإيماءات (gestures)، ونبرات الصوت «المعدل، الحجم، نغمة الكلام»، والتعبير الوجهي، واللمس، والقيافة،

وغالباً ما تؤدي هذه الطريقة إلى الكشف عن الأعراض والهواجس المتعلقة بالمشكلة الأولى. ولكن المريض قد لا ييوح بمشكلة أخرى منفصلة ليست لها علاقة بالمشكلة موضوع البحث. وربما يرغب الطبيب أن يدقق مرة أخيرة:

ألاحظ أن هذه الأعراض يمكن لها أن تقلقك وتحتاج إلى مناقشتها بالتفصيل بعد دقيقة، ولكن اسمح لي أولاً أن أتأكد من أنك قد ترغب بمناقشة مواضيع أخرى؟ وربما أقدم لك مساعدة عنها اليوم أيضاً.

وربما سيضيف المريض معاناة أخرى، حسناً، كما أعاني من سعال مزعج؟ أو مشكلة اجتماعية، حسناً، أعاني بشدة من مشكلة ابنتي؟ ومن دون هذا التدقيق قد تكتشف هذه المشكلات في نهاية المقابلة الطبية وليس لك الوقت والصبر على تدبيرها.

أسلوب الخطوات الأربع لتحديد قائمة المريض وهي:

- 1 الأسئلة المفتوحة.
- 2 الانصات.
- 3 التحري.
- 4 الموافقة والتأكيد.

والتي لها مزايا حسنة كثيرة للطبيب والمريض إلى ما هو أبعد من المنهج التقليدي، الذي يركز على:

- 1 إسأل.
- 2 افترض.
- 3 تقدم من دون توقف.

وهناك فرصة للطبيب أفضل لاكتشاف مشكلات المريض الكاملة ومناقشة كيفية استغلال الوقت المتاح بأفضل ما يمكن ثم ترتيب المقابلة ترتيباً مناسباً.

ويفيد تحري الطبيب لتدقيق توقعه وافتراضه حول غرض المقابلة وما يرغب المريض بمناقشته وتساؤه على بقاء ذهنه مفتوحاً.

ويرسي التحري الفهم التوافقي المشترك ويطمئن المريض بأنه محل اهتمام بمشكلاته وأفكاره معاً وكلاهما يساعدان على إرساء الثقة والبوح بالمشكلات. كما أنها تساعد المريض على الكشف المبكر عن أهم المشكلات في بداية المقابلة وتمنع تركيزه من البقاء بحالة أنتباه حول كيف ومتى يتمكن من عرض هواجسه غير المعلنة (Unstated concerns) وليس على القائمة محل المناقشة (Korsch et al. 1968, Mehrabian & Ksionsky 1974) ويساعد التحري منع الغموض الذي يعتري ذهن المريض الذي يقوده إلى التشتت وعدم القدرة على الاتصال الفاعل.

ولكن سيبقى المرضى ييوحون بمشكلاتهم ومعاناتهم المخفية في المراحل الأخيرة للمقابلات الطبية وحينما يتفحصون المسار العام للحوار ويحصلون على القناعة بالعلاقة. ويشجع التحري إلا أنه لا يضمن تحديد المشكلات مبكراً وينبغي على الأطباء أن يبقوا يقظين وبذهن مفتوح للمعانة التي تظهر في المراحل المتأخرة ومرهفي الحس للأسباب التي دعت المريض لتأخير الكشف عنها.

ويساعد الانصات الفاعل ومن دون مقاطعة المريض المشوش التفكير والمشاعر من تحديد مشكلاته غير المرتبة نهائياً أو غير المرتبة بشكل واضح. وعند إعطاء المجال لمثل هؤلاء المرضى سيسمح لهم الوقت لتوضيح ما يرغبون بمناقشته مع الطبيب علماً أن بعض المرضى لا يمتلكون قائمة مشكلات محددة. ومع هذا الوسع والرغبة للسمع والملاحظة في بداية المقابلة، لماذا لا يسمح الأطباء للمرضى وبادراك مقصود الدقيقة الأولى أو الدقيقتين الأوليين لسرد معاناتهم؟ عندها يركز الأطباء على الانصات والتشجيع بدلاً من الأسئلة؟ وإن الانصات الفاعل بدلاً من البدء بسلسلة من الأسئلة المباشرة عن التاريخ المرضي سيسمح للطبيب في الحصول على الأهداف التي يرغب في الوصول إليها. على الرغم من أنها تحتاج إلى وقت قليل جداً والإفادة من الدقائق الأولى للمقابلة بحكمة.

التحري

Screening

لاحظنا في المناقشة السابقة، كيف يمكن للطبيب استعمال سؤال مفتوح مناسب مع انصات فاعل ومهارات تشجيعية خاصة من الوصول واكتشاف أكبر ما يمكن من قائمة مشكلات المريض مبكراً منذ بداية المقابلة. ونرغب الآن أن نكتشف مزيداً من مشكلات المريض بمحاولات جادة وسعي حثيث لإكمال قائمته أو إدراج أكثر ما يمكن من المشكلات قبل الخوض بأي منها مما يزيد من دقة المقابلات وكفاءتها.

والتحري، عملية متأنية للتدقيق مع المريض واكتشاف جميع الموضوعات التي يرغب بمناقشتها وتتم باستفسارات متكررة وبأسئلة مفتوحة النهايات بدلاً من افتراض ذكر المريض جميع الصعوبات التي يعاني منها، بتدقيق مضاعف:

وهكذا، مؤخراً، عانيت من صداع ودُوام (Dizziness)، هل هناك شيء آخر يزعجك؟

وإذا استمر المريض بالكلام، ينبغي الانصات له مرة أخرى إلى أن يتوقف ثانية. ثم يعيد الطبيب ما قاله المريض بعملية التحري إلى أن يقول المريض نعم انتهت جميع المشكلات:

نعم، وأنت تشكو أيضاً من الشعور بالاجهاد الشديد، وسرعة الانفعال، وتظن أن اعراضك تنم عن فقر الدم. هل يوجد شيء آخر؟

وفي نهاية التحري، وحينما يقول المريض هذا كل شيء، قد يرغب الطبيب بالتأكد من صحة استيعابه ويعطي للمريض فرصة لمعرفة ماذا سمع:

نعم وكما فهمت، عانيت من صداع ودُوام مع الشعور بالاجهاد الشديد وسرعة الانفعال وتظن أن هذه الاعراض قد تكون ناجمة من فقر الدم، هل هذا الذي قصدته انت؟

بأسس الاتصال التي نوقشت سابقاً وهي الحيوية (Dynamism). وما مناسب في هذا الموقف قد يكون غير مناسب في موقف آخر. وينبغي أن نراقب كيف تسير المقابلة والأسلوب الأفضل لها. وعند معرفة ذلك، من المفيد أن نصغي ونتحرى ونكون مرنين بصورة كافية لاستعمالها بشكل مناسب في مواقف مختلفة هو مفتاح نجاح المقابلة.

إعداد القائمة

Agenda setting

من الطبيعي أن يؤدي التحري إلى المناقشة وإعداد القائمة، مع الأخذ بالاعتبار احتياجات كل من الطبيب والمريض بالحسبان (Kaplan et al. 199; Manning & Ray 2002) واستمرار التأكيد على تطوير المشاركة التساهمية بين الطبيب والمريض. ويؤدي هذا الأسلوب الواضح والمشاركة إلى صياغة مسار المقابلة وماذا ينبغي أن يجري.

وسنرى في الفصل الثالث بتفصيل كاف، كيف يمكن بناء المقابلة حينما نتصدى للتخليص والانتقال. ونصف كيف تشجع هذه الطرق الطبيب الأخذ بالاعتبار المرحلة التي تمت بها المقابلة وماذا ينتظر أن ينجز بعدها؟ وكيف يصوغ المريض عباراته وأفكاره؟ وهناك خيارات كثيرة مقابل الانتقال ببساطة من مرحلة إلى أخرى من دون توضيح. وعلى الطبيب أن ينظم أفكاره ويمنع الأسئلة غير الضرورية وغير الهادفة ونقصان المعلومات. وللمريض في بناء المقابلة فرصة مشاركة أكبر وتحمل مسؤولية ما يجري. إن ترتيب المقابلة هي مثال آخر على بناء المقابلة. ويمكن إرساء الأولويات ومناقشتها:

هل يمكن أن نبدأ بالمشكلات الجديدة: الاسهال والحمى ثم ننقل إلى المشكلات الناتجة عن تناولك للأدوية؟

ويمكن إضافة قائمة الطبيب أيضاً:

حسناً، أسمح لنا أن نفكر بالصداع الذي تعانيه ثم نتناول الطفح، وسوف لا أنزعج من قياس ضغطك ومناقشة حبوب الغدة الدرقية التي تتناولها بعد ذلك، فهل هذا مناسب لك؟

ويمكن تناول المشكلات ومناقشتها مع الوقت:

إنها قائمة طويلة ينبغي مناقشتها، ولست متأكداً من أن لدينا الوقت الكافي لمناقشة جميع مفرداتها بعدالة، ما رأيك في مناقشة...؟

عند مناقشة الأولويات، يحتاج الطبيب إلى موازنة بين هواجس المريض وتسلسلها وإدراك أهمية المشكلات الطبية التي ربما لها أولوية آنية من وجهة نظر الطبيب:

وافترضت كتب امريكا الشمالية التعليمية التسلسل الآتي لبداية المقابلة (Riccardi & Krutz 1983; Lipkin 1987; Cohen Cole 1991):

- شجع المريض على مناقشة هواجسه المهمة بالانصات الفاعل من دون مقاطعة أو غلق مبكر.
- تأكد من القائمة المحددة في كل حين بالتلخيص.
- دقق وكرر البحث عن الهواجس الإضافية (هل هناك أي موضوع إضافي ترغب بمناقشته اليوم؟) حتى يشجع المريض على ذكر جميع معاناته.
- ناقش قائمة المشكلات التي تتناولها في المقابلة.

وسنبحث بتفصيل أوسع مهارات التدقيق والتخصيص في الفصل الثالث.

الموازنة بين الانصات والتحري

The balance between listening and screening

بعد اكتشاف أهمية التحري لتحديد جميع المشكلات، غالباً ما يحدد المتعلمون مشكلة معقدة حول متى بالضبط نتحرى ومتى ننصت؟

وينبغي أن نتوصل إلى موازنة بين استعمال هاتين المهارتين المتكاملتين التي ستحدد محتوى أية مقابلة. وفي بعض المقابلات من المحتمل والمفيد أن يكون الطبيب هادئاً ومبادراً في أثناء التحري وأن يبين خطته للمريض بطريقة مباشرة. وهكذا، وفي حالة إحالة المريض إلى طبيب اختصاص قد يسمع هذه المقدمة:

هلو، انا د. سمث، تسلمت رسالة الطبيب العمومي، لذلك عندي فكرة عن سبب زيارتك اليوم. ولكن أرغب أن أسمع منك شخصياً قصة معاناتك وبعدها أحاول أن اساعدك بأفضل ما أستطيع. وأرغب أن نبدأ إذا وافقت معي أن نعمل قائمة عن جميع المشكلات التي تعانها أو الجوانب التي ترغب أن اساعدك فيها؟ وبعدها يمكن أن نناقشها معاً بالتفصيل.

يساعد هذا الأسلوب على توضيح بناء المقابلة توضيحاً كاملاً للمريض. ويجعل رغبة الطبيب لفهم كل القائمة منذ البدء بيئة وستتصدى المقابلة لجميع هواجس المريض. ومن دون ذلك، ربما لا يعرف المريض هل سيناقش مشكلة واحدة أو يذكر جميع مشكلاته باختصار. وفي الجانب الآخر، عندما يدخل المريض مباشرة ويدلي بقصته التي يحتاج أن يخبر الطبيب بها. أو حينما تدخل مريضة وهي تجهش بالبكاء لوفاة والدها القريبة. مثل هذه المواقف تحتاج إلى انتباه كامل وآني. وهنا تتقدم أولوية الانصات على التحري. ومن غير المناسب أن يقاطع الطبيب ويقول «حسناً، سنناقش هذه بعد حين، هل هناك مشكلات أخرى ترغبين بمناقشتها اليوم؟!».

يجلب بعض المرضى قائمة معاناتهم مكتوبة ويعطون الطبيب فرصة ذهبية لتحري القائمة ومناقشة ماذا يمكن مناقشته في الوقت المخصص للمقابلة. وآخرون لديهم تحضير مبكر وانفعالي ومرتب، ومن الضروري السماح لهم للتفريغ عما يعانون قبل أن يبدأ العمل المشترك بين الطبيب والمريض. وغالباً ما تكون العبارات الافتتاحية للمريض غنية بالمشاعر والأفكار والرؤى والهواجس والتوقعات وتلمح عن عالم المريض ومن الخطأ أن لا يُعطى المريض فرصة للتعبير عن معاناته. وإذا لم ينصت الطبيب جيداً سوف تهمل هذه التلميحات التي يمكن أن يكون لها دور في مساعدة المريض لتدبير مشكلاته. ويمكن حل الإشكالات

الفصل الثالث

Chapter 3

جمع المعلومات

Gathering information

المقدمة

Introduction

بعد أن رأينا مدى أهمية بداية المقابلة وحيويتها في الاتصال بين الطبيب والمريض، نوجه اهتمامنا الآن إلى القسم الآتي من المقابلة ذلك هو جمع المعلومات.

ادرك الأطباء منذ سنوات عديدة أهمية التاريخ المرضي القصوى في تشخيص الحالة المرضية. وأظهرت دراسات سريرية متعددة أن التاريخ المرضي يسهم بنسبة (60-80٪) من المعلومات اللازمة للتشخيص وقد أكدت مراراً وتكراراً. وأثبتت دراسة هامبتن على مرضى العيادة الخارجية: إن التاريخ المرضي كان كافياً لتشخيص (66) حالة من مجموع (80) حالة (Kassirer 1983; Sandler 1980; Hampton et al. 1975; Peterson et al. 1992).

وإن الطريقة التقليدية التي تعلم بها أطباء كثيرون استقاء التاريخ المرضي قد تتمخض عن عدم الدقة والكفاءة. ولا تشجع على عرض الأسئلة وإدراك التاريخ الشامل أو نمو فرضية فاعلة. ومن حسن الحظ، فإن التطورات التي حصلت في الآونة الأخيرة في نظرية الاتصال والبحوث الاتصالية قد حسنت من فهمنا لصياغة «Process» جمع المعلومات بدرجة كبيرة.

كما فتحت آفاق محتوى حديث «New content» في مجال التاريخ المرضي: منظور المريض لمعاناته «illness» (Mc Whinney 1989). بينما كانت الطريقة التقليدية المتوارثة تركز على المرض «Disease» على حساب إدراك حاجات المريض الفردية الخاصة. ونتيجة لذلك، فإن كثيراً من المعلومات التي يتوجب الحصول عليها لفهم مشكلات المرضى بقيت محجوبة عن الأطباء. وتُبرهن الدراسات التي أجريت على قناعة المرضى والتزامهم واسترجاعهم للمعلومات ونتائج الرعاية الصحية الحاحية إلى منظور أوسع يشمل البيئة التي يعيش بها المريض فضلاً عن المنظور الإحيائي «Biological perspective» الذي يركز عليه الطبيب.

ويحتاج الطبيب لمهارتي «المحتوى والصياغة» في جمع المعلومات اللتين لهما تأثير مركزي فاعل في المقابلة الطبية وسنستكشف مجالتهما الواحدة تلو الأخرى.

مشكلات في الاتصال

Problems in communication

هناك كم هائل من البيانات تثبت وجود مشكلات اتصالية في جمع المعلومات عند المقابلة الطبية، منها:

- (Byrne and Long's 1976): العمل الشهير الذي قام به بايرن ولانج عند دراسة (2000) مقابلة طبية في المملكة المتحدة في مراكز الرعاية الصحية الأولية. والذي أظهر أن الأطباء اتبعوا أسلوباً واحداً

الطبيب: أرى إن التهاب المفاصل الذي تعانيه اليوم يبدو قاسياً، وينبغي مناقشته. لكن هل تمنع البدء بمناقشة ألم الصدر الذي لازمك الاسوع الماضي أولاً؟

ومن الجدير بالأهتمام يبين (Levinson et al. 1997) أن أطباء الرعاية الصحية الأولية الذين يتفقون مرضاهم عن ماذا يُتوقع وسير المقابلة ويعانون بصورة أقل من ادعاءات سوء الممارسة.

ينبغي التنويه إن اعداد قائمة المشكلات ومناقشتها هي ليست إخبار المريض بماذا سيقوم الطبيب به ولكنها دعوة المريض للمشاركة بصياغة خطة متفق عليها. وأحد أسس الاتصال التي ناقشناها في الفصل الأول هو الاتصال الفاعل الذي يحفز التفاعل وليست عملية نقل مباشرة. وأوضح (Cassta 1978) أهمية تبلور القائمة في بداية المقابلة وليس تعزيز التفاعل بإتجاهين حسب. وإنما تشجيع المريض على أن يكون أكثر فاعلية ومسؤولية واستقلالية خلال المقابلة. وأحد الأسس الخمسة هو تقليل الغموض. وهنا هي القائمة الواضحة الترتيب التي ترسي قاعدة فهم مشترك. وزودنا (Joos et al. 1996) ببحث يبرهن على أن هذا الأسلوب يعلم الأطباء المقيمين مهارة إظهار هواجس المرضى ومناقشتها والاتفاق على قائمة المشكلات. ويبين أن الأطباء الذين تلقوا التدريب ليس فقط تمكنوا من إظهار هواجس المرضى ولكنهم توصلوا لها من دون زيادة في وقت المقابلة.

الخلاصة

Summary

تفحصنا في هذا الفصل المهارات المستعملة في افتتاح المقابلة، أحد أهم أجزاء المقابلة. وتشمل إرساء الألفة الأولية، وتحديد أسباب زيارة المريض، والاتفاق على قائمة المشكلات التي ستحدد مشهد المقابلة لنهايتها، وتؤثر في الأهداف الثلاثة المهمة في الاتصال الطبي، وهي: الدقة والقدرة والدعم الممكن في الحصول عليها من خلال المقابلة بمجملها.

وتختلف مهارات الافتتاح اختلافاً كبيراً عن مهارات جمع المعلومات، كما رأينا في دليل (كالكارى - كامبردج). ولكن غالباً لم تفصل هذه المهام في ذهننا وقد تتداخل مما يؤدي إلى تأثير مدمر في النتائج. ومن الأهمية بمكان، رسم بناء المقابلة في ذهن الطبيب كلما تقدم بالمقابلة الطبية وقبل أن يذهب إلى اكتشاف مشكلات المريض بالتفصيل، وعليه أن يسأل نفسه: هل تمكنت من الوصول إلى الأهداف الموضوعية في الجزء الأول من المقابلة؟ هل تمكنت من تحديد جميع المشكلات التي يرغب المريض بمناقشتها؟ هل تمكنت من إرساء قاعدة فهم مشترك لقائمة المشكلات وأنشأت خطة متفق عليها للمقابلة؟ هل تمكنت من جعل المريض جزءاً من العملية التساهمية؟ وعند إكمال هذه المهام يمكن للطبيب أن ينتقل إلى جمع المعلومات عن كل مشكلة.

الأهداف

Objectives

عند جمع المعلومات، لا ينحصر اهتمام الطبيب باستخراج المعلومات من المريض غير المتعاون حسب، ولكن يحتاج الطبيب أن يعطي انطباعاً للمريض أنه ينصت له ويهتم به لضمان الفهم المشترك وادامة العلاقة التساهمية. وتشمل أهداف هذا الفصل:

- استكشاف مشكلات المرضى بمنظور طبي إحيائي «biomedical perspective» ومنظور المريض «Patient perspective» والمعلومات الأساسية «Background information».
- التأكد من دقة المعلومات المجموعة وشموليتها وإدراك وتوافق من الطرفين (إرساء قاعدة فهم مشتركة «Establishing common ground»).
- شعور المريض بأن الطبيب انصت له وأن معلوماته ومنظوره موضع اهتمام وتقدير (التأكيد).
- الاستمرار على خلق بيئة داعمة وإقامة علاقات تساهمية.
- بناء المقابلة لضمان جمع المعلومات الوافية ومساعدة المريض على الإدراك والشعور بمراحل المقابلة، وأين وصل وإلى أي جزء يسير ولماذا؟

ومرة أخرى، تحتوي هذه الأهداف مهام متعددة ونقاط تدقيق ذكرت في ادلة مشهورة للمقابلة:

- (Pendleton et al. 1984, 2003):
 - التعرف على أسباب زيارة المريض:
 - (i) طبيعة المشكلات وتواريخها.
 - (ii) الأسباب.
 - (iii) تأثير المشكلات.
 - (iv) آراء المريض وهواجسه وتوقعاته.
 - إرساء العلاقة بالمريض وإدامتها لتساعد على إنجاز المهام أخرى.
- (Neighbour 1987):
 - الربط- إرساء الألفة مع المريض.
 - التلخيص- هل استوعب الطبيب: لماذا استشاره المريض؟
- AAPP Three-Function Model (Cohen-Cole 1991):
 - جمع المعلومات من أجل فهم مشكلات المريض.
 - تنمية الألفة والاستجابة لعواطف المريض.
- Bayer Institute for Health Care Communication E4 model (Keller and Carroll 1994):
 - الترابط بالمريض.
 - التعاطف بالمريض.
- The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills (Makoul 2001):
 - إظهار المعلومات.
- The Maastricht Maas Global (van Thiel and van Dalen 1995):
 - الاستكشاف.
 - التوضيح.

- مشتركاً على الرغم من اختلاف المشكلات المعروضة عليهم أو اختلاف سلوك مرضاهم. واتباع الأطباء غالباً أسلوب محورية الطبيب «doctor-centred» المغلق للحصول على المعلومات، الأمر الذي لم يشجع المرضى على التحدث عن تاريخ أمراضهم أو الإفصاح عما يقلقهم.
- (Platt and McMath 1979): ولاحظ بلات وماكمات عند مراقبة (300) مقابلة في أقسام الباطنية في الولايات المتحدة الأمريكية: إن منهج السيطرة العالي في صياغة الأسئلة «process» والتركيز المبكر على المشكلات الطبية المحتوى «content» قد أديا إلى فرضية إدراكية «perceptual» محدودة تُقيد قابلية المريض لعرض هواجسه، والتي بدورها تؤدي إلى عدم دقة المقابلة الطبية.
- وفي بحث (Tuckett et al. 1985) الذي أجروه على إعطاء المعلومات في الممارسة العامة في المملكة المتحدة الذي سنستعرضه بتفصيل واف في الفصل السادس، أظهر الأهمية الأساسية لإبراز معتقدات المريض حول معاناته التي تساعد المريض على الفهم والاسترجاع. وعلى الرغم من قلة مثل هذه البحوث التي تتطلب دعوة الأطباء لمرضاهم للبحث بآرائهم أو التعليق على الأفكار التي يعرضها المريض حينما تظهر عفواً.
- وقد وظف (Kleinman et al. 1978) العامل الثقافي «Cross-culture» وأظهر تأثير الاختلاف الثقافي بين معتقدات المريض الصحية والطبيب الذي يؤدي إلى مشكلات في فناعة المريض والتزامه بالعلاج والنتائج الصحية.
- وبيّن (Maguire et al. 1996a) أن أقل من نصف الملاكات الطبية لديهم القدرة على تحديد (60٪) من هواجس المرضى قبل المشاركة في ورش عمل الاتصال.
- ووجد (Levinson et al. 2000) أن المرضى يظهرون تلميحات لفظية وغير لفظية زمن المقابلة ولكن الأطباء في الجراحة استجابوا لـ (38٪) منها فقط، بينما استجاب أطباء الرعاية الصحية الأولية لـ (21٪) من الحالات فقط.
- واكتشف (Rogers and Todd 2000) أن أطباء الأورام انصتوا بطريقة تفضيلية واستجابوا لتلميحات بعض الأمراض وأهملوا تلميحات المريض الأخرى حول الألم عدا الألم الذي يمكن معالجته بأدوية السرطان. وأما الآلام الأخرى فقد أهملت أو لم يُقرّ بوجودها.
- وأظهر (Kuhl 2002) أن الأطباء الذين يهملون أو يهملون آراء مرضاهم أو لم يأخذوها بالحسبان من دون قصد ووسمه بمصطلح - المعاناة ذات المنشأ العلاجي «Iatrogenic suffering» - الذي يعني الألم والمعاناة التي تصيب الشخص من الآخرين من دون قصد. وأورد عدداً من أمثلة قصص المرضى المصابين بالسرطان ومعاناتهم، اقترح كول بأن المعاناة ذات المنشأ العلاجي تظهر حينما يتحمل المرضى أعباء الموضوعات النفسية والعاطفية حول الموت والمعاناة والألم والعلاقات التي تُركت من دون تدبير.
- وأظهر (Maguire and Rutter 1976) نقصاً خطيراً في مهارات جمع المعلومات لطلبة كليات الطب في المراحل المتقدمة. فقد أفلح عدد قليل منهم في اكتشاف المشكلة الرئيسة التي يعاني منها المريض، وتوضيح طبيعة المشكلة الحقيقية واستكشاف العبارات الغامضة وتوضيحها بدقة وإبراز تأثير المشكلة في حياة المريض اليومية والاستجابة للتلميحات اللفظية، والتعرف على المشكلات الشخصية أو استعمال التشجيع. واستعمل معظم الطلبة أسئلة مغلقة ومطولة ومركبة ومكررة.

المرضية في الحياة مع التغيرات التشريحية في الأعضاء. ومنذ ذلك الحين، أصبح التعبير عن الحالة المرضية البدنية أساس أسلوب المهنة الطبية. وأصبح على الطبيب المشخص أن يفسر الأعراض بعبارات مرضية محددة ويقدم توضيحاً علمياً لذلك. وأعطت هذه التطورات نداءً للتقدم المذهل في التشخيص والعلاج في القرن العشرين.

وبمجيء عام (1880) أصبحت هناك طريقة سريرية كاملة محددة المعالم. ويتضح ذلك من الملفات السريرية في المستشفيات. وتُبت طريقة تسجيل التاريخ المرضي والفحص البدني المألوفة لدينا حالياً (Tait 1979; Roter 2000): تاريخ المعاناة الحالية، وتاريخ المعاناة السابقة، العلاجات، وتاريخ الحساسية، التاريخ العائلي والاجتماعي، والاستفسارات الوظيفية - مراجعة أجهزة الجسم - التي صيغت بأسلوب معياري ومنظم لإستقاء التاريخ المرضي. (راجع الفصل الأول، المستطيل 1.2).

وما زالت هذه الطريقة تسيطر على الطب حتى الآن، وتعززت حينما أدخلت طرق الفحوص والتحري الحديثة عن آلية الأمراض الداخلية التي حسنت بدورها من تفسير مشكلات المرضى: التصوير الشعاعي، علم الجراثيم، الكيمياء الحيوية، وأمراض الدم والتي تعد من أساسيات مهنة الطب. كما زادت من إدراك الأطباء لآلية الأمراض ووصل إلى مستوى الخلية وما هو أبعد من ذلك.

نقاط القوة

Strengths

يعد الأسلوب العلمي للوصول إلى المريض في الطريقة السريرية التقليدية هي القوة الأكبر فيه. ومما لا شك فيه أن نشوء تصنيف آلية الأمراض قد مهد للتقدم في العلوم الطبية التي تبعت ذلك. وقد هيأت هذه الطريقة إمكانية مراجعة دقيقة وحقيقية لاختصاصيي علم الأمراض النسيجي «Histopathologist» لمهارات الأطباء السريريين التشخيصية. وأعطت لغة عامة لتوحيد الأسلوب الطبي «Medical approach».

وزودت الطريقة الأطباء بمنهاج واضح لأخذ التاريخ المرضي وتوثيقه. وبينت بناءً محكماً للوصول إلى التشخيص أو استبعاد المرض العضوي. وبسطت العملية المعقدة ووحدتها ومنعت حذف النقاط الرئيسة وساعدت على إبراز المعلومات المستنبطة من المريض بنماذج معيارية مفهومة.

نقاط الضعف

Weaknesses

وتعد نقطة القوة في الطريقة السريرية التقليدية هي نقطة الضعف نفسها. وقد تبنت الموضوعية التي يحتاجها تشخيص المرض برؤية علم الأمراض النسيجي، وهي تركز تركيزاً متزايداً على العضو المعتل وظيفياً وغارت إلى المستوى الخلوي وحالياً إلى المستوى الجزيئي. وهذه الموضوعية المفرطة قد تهمل ما يتصل بالمريض الإنسان والكيان الكامل - الذي تُرك كله من أجل جزئه - . وكما وصفها (Cassell 1985): «إن هواجس المريض ومخاوفه تترك جانباً وينحصر التركيز على وظائف الأعضاء».

ولا تهدف مثل هذه الطريقة العلمية لفهم معنى المعاناة بمنظور المريض ولا تضع في سياقها محيطه الحياتي أو العائلي. ولا تحصى الموضوعات الشخصية مثل معتقدات المريض وهواجسه وقلقه محللاً في الأسلوب التقليدي. ويتعامل العلم مع الامور الموضوعية وبالوسائل التي يمكن قياسها، بينما تهمل مشاعر المريض الشخصية وأفكاره وهواجسه التي لا يمكن الكشف عنها وقياسها لذلك لا تستحق الاهتمام في هذا النهج.

وتربى طلبة الطب تقليدياً على الموضوعية البحثية والتقنية على حساب فهم المعاناة. وتتقنوا على التركيز على كشف آلية المرض وهكذا تجنب التعليم إدراك المريض ومشاعره. وإن التوغل في عالم أفكار

— التلخيص.
— الانفعالات.

• Essential Elements of Communication in Medical Encounters: Kalamazoo Consensus Statement (Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education 2001)

— جمع المعلومات.

— فهم منظور المريض.

• The Model of the Macy Initiative in Health Communication (Kalet et al. 2004):

— جمع المعلومات

— إظهار منظور المريض وفهمه.

• Patient-centred medicine (Stewart et al. 2003):

— استكشاف كل من المرض والمعاناة.

وتشمل أهدافنا فضلاً عما جاء في النماذج العديدة الأخرى، أن نجعل مهارتي المحتوى والصياغة واضحة، إذ يعدان عنصرين مهمين في جمع المعلومات. وسنستكشف أولاً مهارات المحتوى التي تتعلق بهذا الجزء من المقابلة ومن ثم التمعن بمهارات صياغة جمع المعلومات. وقبيل نهاية الفصل سنناقش تأثير الاستنتاج السريري كما نركز على مهارتي المحتوى والصياغة في استقاء التاريخ المرضي مع بعضهما في أثناء المقابلة الطبية.

محتوى جمع المعلومات في المقابلة الطبية

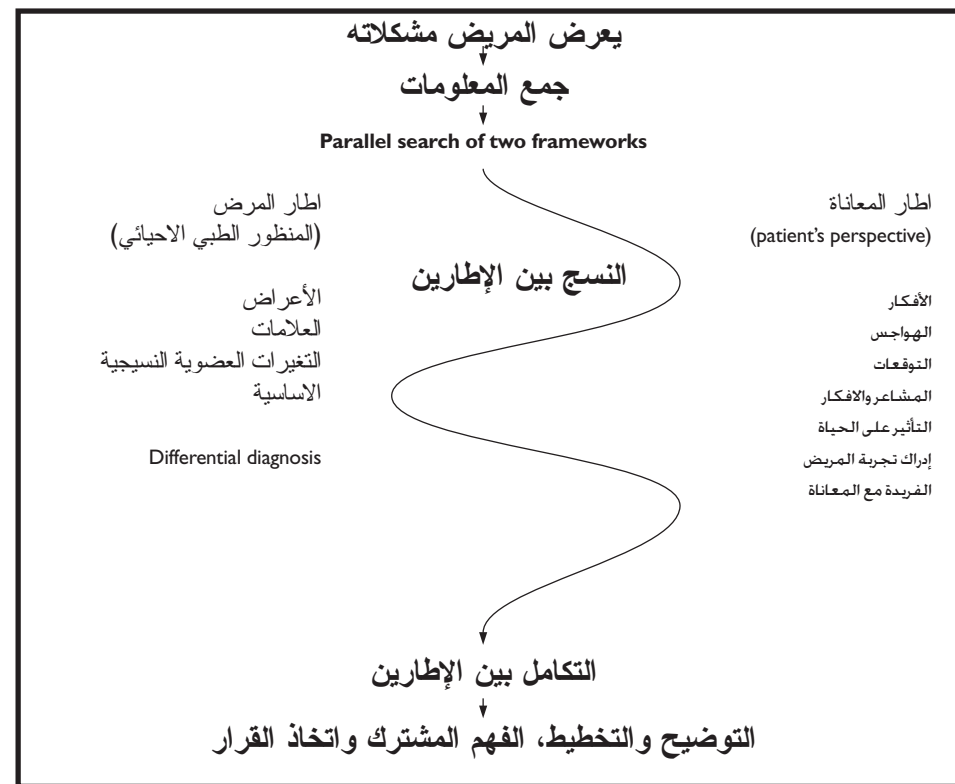
The content of information gathering in medical interviews

ما المعلومات التي يحتاج الأطباء إلى جمعها في نهاية المقابلة؟ وما المعلومات التي يعرضونها في جولاتهم السريرية؟ وماذا يوثقون في ملفاتهم الطبية؟ ومتى ما حددنا هذه المعلومات، يمكن لنا أن نوجه اهتمامنا إلى الأسلوب الأفضل الذي ينبغي أن نتبعه. وما مهارات الصياغة التي ترفدنا بالمعلومات الدقيقة والشاملة والداعمة. ونبدأ باستكشاف أسلوبين متناقضين لجمع المعلومات، وهما: التاريخ المرضي التقليدي «The traditional medical history» ونموذج المرض - المعاناة «disease-illness model».

التاريخ المرضي التقليدي

The traditional medical history

ترسخت طريقة استقاء التاريخ المرضي التقليدي لدرجة التسليم لفرضية أنها الأسلوب الصحيح. وغالباً ما نفترض صحة ممارستنا الطبية من دون تحقق وما أهميته بالنسبة لممارستنا الطبية الحديثة ومنبعه؟ وقد تتبع (1989) McWhinney بأناة منشي أسلوب استقاء التاريخ المرضي التقليدي ونقاط قوته وضعفه التي سنوجزها بدقة بما يأتي: كان الطب سابقاً لا يعتمد على أية قاعدة علمية. ويعتمد الطبيب على الأعراض المرضية فقط وهناك إدراك ضئيل لآلية المرض. وفي أعقاب الثورة الفرنسية وبداية القرن التاسع عشر بدأت طريقة جديدة في الطب السريري بالظهور. وكشفت الاختراعات الجديدة، مثل السماع الطبية إلى ظهور معلومات سريرية جديدة. وفي الوقت نفسه بدأ الأطباء بفحص الاحشاء الداخلية بعد الموت وربط العلامات



نموذج المرض والمعاناة 1.3 The disease-illness model

The disease-illness model. After Levenstein et al. (1989) and Stewart et al. (2003).

تعريف المرض والمعاناة

Definition of disease and illness

تكمّن جمالية أسلوب جمع المعلومات في هذا النموذج في كيفية استطاعة الطبيب أن يستكشف معلومات المرض والمعاناة معاً، لتلبي حاجة الطبيب للتوصل إلى الدور الرائد الذي يضطلع به في الممارسة الطبية. والمرض «Disease»: هو السبب الطبي الإحيائي للمعاناة بلغة علم الفسيولوجيا المرضية «Pathophysiology». ومن البيديهي أن دور الطبيب هو البحث عن الأعراض والعلامات التي تدل على المرض. والتوصل إلى التشخيص هو اهتمام الطبيب المركزي في الطريقة التقليدية. وخلافاً لذلك، فالمعاناة «illness»: هي التجربة المرضية الفريدة التي يمر بها المريض، وتختلف رؤية أي مريض عن غيره وكيفية إدراك معاناته واستجابته لها. ويتضمن منظور المريض أفقاً واسعاً من المشاعر والأفكار والهواجس والمخاوف وتأثير المعاناة في حياته الخاصة عكس منظور الطبيب المحدود. وإدراك المريض ما حدث له وآماله بالمساعدة التي تقدم له بشأنها.

لذلك ربما يعاني المريض من معاناة «illness» من دون وجود مرض عضوي «disease». فمثلاً قد يعاني المريض من الحرمان أو الحزن. مثل، يعاني رجل الاعمال من صداع توتري أو طفل يعاني من ألم

المريض وعواطفه المجهولة من دون تدريب كاف يعزّز هذا النهج الحاجة للموضوعية العلمية المعزولة عن المعاناة.

وهناك مشكلة أخرى بالطريقة التقليدية الكلاسيكية لاستقاء التاريخ المرضي. ومثلما لاحظنا في الفصل الأول، إذ يدرك الطلاب في أغلب الأحيان خطأ الصيغة التي يُقدّمون بها معلوماتهم أو عند تسجيلهم التاريخ المرضي في ملف المريض ومن أي جانب يجب أن يحصلوا على المعلومات. ويخطأون بين محتوى التاريخ الطبي التقليدي وصياغة المقابلة الطبية. وتعلم الأطباء أن الأعراض التي يحتاجون استكشافها للوصول إلى التشخيص تقترح الآتي، إن الطبيب إذا سأل (15) سؤالاً حول عمل عضو معين، سيجمع جميع المعلومات التي يحتاجها. وكما سنرى لاحقاً، إن الأسلوب المغلق في الأسئلة يشجع عملياً على استقاء معلومات غير دقيقة وغير كافية (Evans et al. 1991). وفي الحقيقة، إن البحث المبكر عن الحقائق العلمية هو الذي يمنع الطبيب من الانصات ويمنعه من استقاء التاريخ الدقيق والنقاط تلميحاً للمريض حول مشكلاته وهو احسه. وأن محورية المرض «Disease-centred» ستتحوّل سريعاً إلى محورية الطبيب «Doctor-centred» التي تضر بمجمل الممارسة الطبية.

نموذج المرض - المعاناة

The disease-illness model

أعد (McWhinney 1989) وزملاؤه في جامعة أونتاريو الغربية طريق سريرية تحويلية «Transformed clinical method» لتحل محل المحتوى التقليدي لاستقاء التاريخ الطبي. وتتطلب الطريقة من الأطباء فهم مرضاهم فضلاً عن إدراك الأمراض التي يعانون منها وأطلق عليها «المقابلة الطبية التي محورها المريض «Patient – centred clinical interviewing» من أجل تمييزها عن المقابلة الطبية التي محورها الطبيب «Doctor – centred» التي تفسّر معاناة المريض من خلال المنظور التقليدي للمرض والتغيرات المرضية النسيجية في اعضائه (Stewart et al. 1995, 2003; Stewart 2001). وقد يساء فهم مصطلح «محورية المريض» الذي يعني الاستهلاكية «Consumerism» وهذا ما لا يقصده المؤلفون جلياً. ويشجع منهج محورية المريض الأطباء لتناول أولويات الطبيب والمريض معاً في أية مقابلة طبية (Mischler 1984; Campion et al. 1992; Epstein 2000) ويمثل الشكل (3.1) نموذج المرض - المعاناة الذي يحاول أن يقدم طريقاً عملياً للاستعمال في الممارسة السريرية اليومية.

بالتشخيص والعلاج بينما ما يقلق المريض هو العجز وفقدان الاستقلالية. وقد تضم قائمته مناقشة مآل المرض أكثر مما تتعلق بالتشخيص. وتداخل هاتان القائمتان بعضهما بعضاً ولكن من دون أن يتصدى الطبيب إلى ظنون المريض وهو اجسه والتشخيص والعلاج فإن الطبيب لم يخدم مريضه خدمة كاملة كفرد. وأما أسلوب محورية المريض فيوسّع من برنامج الطبيب ويفترض فيه أن يأخذ بالحسبان كلاً من المرض والمعاناة. ومن الممتع في دراسة (O'Keefe et al. 2003) لمقابلات الطلبة في طب الأطفال، وقيمت الكفاءة السريرية من أمهات الأطفال بدلاً عن محورية المريض. وعلى كل حال، فإن محورية المريض والكفاءة السريرية ارتبطت ارتباطاً وثيقاً وعالياً بقناعة الأمهات.

وهناك مزيات عديدة للأسلوب الجديد نموذج «المرض - المعاناة».

1 الدعم والفهم وبناء العلاقة. إن أخذ التاريخ المرضي بالطريقة التقليدية فقط (محورية المرض Disease-centered) لمريض عمره 55 سنة مصاب بألم الصدر قد يسمح للطبيب أن يشخص الذبحة الصدرية ويخطط للفحوص والعلاج. على الرغم من أن هذه مهمة ضرورية قصوى، لكن حينما يفشل الطبيب باكتشاف ماذا يعنى ألم الصدر بالنسبة للمريض في حياته العملية قد يحد من تأثير الطبيب لديه. وقد يرتبك المريض حينما يذكر الطبيب تشخيص الذبحة الصدرية ويربطه بوفاة والده المفاجئة الذي أصيب بنوبة قلبية حينما كان بعمره. أو عند الشخص الممتلئ حيوية وربما يعد تشخيص الذبحة الصدرية مدمراً لمستقبله الفاعل الذي خطط له. وربما يكون تشخيص الذبحة الصدرية لتاجر متنقل يعتمد في معيشتة على قابليته على سيطرة السيارة، وقد تكون زوجته مريضة وربما لا يرغب أن يزيد أعباءها بمشكلاته. لذلك فإن قابلية الطبيب على مساعدة المريض ليس قدرته على التشخيص الفاعل حسب وإنما على فهم منظور المريض ودعمه في مصيبتة.

2 لا يوضح نموذج المرض التقليدي جميع مشكلات المريض. قد لا يعاني المريض من مرض «Disease» معين بمصطلح نموذج المرض التقليدي لشرحه لمريض عمره (55) سنة يعاني من ألم الصدر وإنما شعوره بالمعاناة التي لها جذور في شخصيته الحزينة، أو توتره العائلي أو في أثناء العمل أو القلق على صحته. وعلى الرغم من أن أحد مسؤوليات الأطباء هي نفي وجود الأمراض العضوية لكن حتى لو بذلوا جهوداً كبيرة فلن يجدوا أمراضاً عضوية لدى جميع مرضاهم. ولو وجدوا ذلك فلن يفسروا لماذا استشارهم مرضاهم في ذلك الوقت المعين. فمثلاً يمكن تحمل الألم العضلي حينما يكون المريض مرتاحاً في حياته ولكن يقلقه حينما يتعرض إلى توتر.

ينبغي أن تضم مقابلات الأطباء منظوري المرض والمعاناة معاً. أما استعمال منظور المرض فقط، فعند مريض عمره (55) سنة يعاني من ألم الصدر وتخطيط قلبه سليم ويكرر زيارته للطبيب قد يجبر الطبيب لفحوص متقدمة. ينبغي استكشاف معاناته التي تسمح بالكلام حول عدم توافقه العائلي أو الحزن العميق من شأنها أن يزيل الألم (Epstein 1999) وإن البحث في المنظورين يمكن أن يؤدي إلى مقابلة دقيقة وكفاءة وداعمة. وفي طب الأسرة، فإن محورية المريض وإدراكه انتجت إيجاد قاعدة مشتركة أدت إلى تقليل الزيارات وقلة الفحوص وقلة الاحالة إلى الأطباء الاختصاص.

وهناك بيّنات بحوث كثيرة تدعم خلو المرضى من مرض عضوي لتفسير معاناتهم. وبيّنت دراسة (Blacklock 1977) في الممارسة العامة، أن (50%) من المرضى الذين عانوا من ألم الصدر، لم يثبت سبباً عضوياً بعد متابعة لمدة ستة أشهر. وتتوافر إحصائيات مشابهة حول شكاوى متعددة: الإنهاك، ألم البطن، الصداع. ومن الخطأ أن يشار إلى هذه المشكلة على أنها مرتبطة بطب الأسرة فقط. والشئ نفسه يقال في معاناة البلعوم «الاحساس بجسم غريب في البلعوم» «Globus» عند مراجعي الأنف والأذن والحنجرة وتهيج القولون في عيادات الجهاز الهضمي الاستشارية وألم الصدر اللاعضوي في العيادات القلبية الاستشارية. وفي جميع التخصصات، وليس من الضروري أن لكل الأعراض أمراضاً خاصة.

البطن بسبب مشكلات دراسية. وبالمقابل، قد يمرض الشخص مرضاً عضوياً من دون أعراض مثل فرط الضغط أو سرطان المبيض.

وأما في الحالة الاعتيادية، يتواجد المرض والمعاناة معاً. ولكن أحد الامور المدهشة في الطب، أن المرض الواحد قد يُظهر معاناة مختلفة بين مريض وآخر. لكن تأمل المرضى الذين عالجتهم والذين كانوا مصابين بمرض واحد، إذ يمكن ملاحظة الاختلاف الشاسع بين استجاباتهم لأعراضهم أو تجاه التشخيص المشترك. حيث تؤثر أفكارهم ومشاعرهم وآراءهم وهواجسهم وآمالهم وتجاربهم السابقة ليس فقط على قابليتهم لتحمل المعاناة وإنما في التأثير البدني للمرض نفسه. فمثلاً يعاني شخص ما من التهاب البلعوم وينتظر علاج الطبيعة وهو سعيد من دون أدوية ولن يذهب إلى الطبيب مطلقاً. في حين أن شخصاً آخر يسعى إلى تناول المضادات الحيوية لأنه يخشى التجربة المؤلمة التي عانى منها سابقاً بسبب خراج حول اللوزتين. وأن سيدة تراجع لتورم صغير جداً في ثديها في حين أن سيدة أخرى تُكتشف بالمصادفة تعاني من ورم الثدي المتقدم.

لماذا يتوجب على الأطباء استكشاف كلا المنظورين؟

Why do doctors need to explore both perspectives?

يحاول الأطباء دائماً الفصل بين هذين المنظورين المتناقضين للحالة المرضية. ولكنهم كانوا في الماضي يميلون إلى استبعاد اطار «المعاناة illness» على أنها مجموعة من متغيرات تقف في طريق التوصل إلى التشخيص الدقيق يمكن تنفيذها. ولكن مخاوف المريض وقلقه وعتبة الألم «Pain threshold» يمكن لها أن تتجاوز قابلية الأطباء، فمثلاً: هل هذا الألم هو ألم الزائدة الدودية أم لا؟ وينظر الأطباء إلى استجابة المريض الفريدة التي قد تعكس احكامهم التقنية. وفي أحيان كثيرة، فإن النتيجة التي يركز عليها الأطباء هي المتغيرات البدنية، ويهملون إدراك المعطيات حول المريض ولذلك يفشلون في اعتبار شخص المريض ومعاناته (Cassell 1985).

ولقد شرح مشلر (Mischler 1984) كيف يلجأ الطبيب حين يُحبط في إيجاد التشخيص إلى الانصات لملاحظات المريض واختيار تلك التي تساعد في تفسير مشكلاته من المنظور التقني. ومع ذلك لا ينصت الطبيب إلى الملاحظات التي تمنحه الفرصة للتعرف على عالم المريض. ويصف مشلر ذلك على أن هناك روايتين غير منسجمتي الأهداف وتسيران في خطين متوازيين من خلالها يتحدث كل من الطبيب والمريض وبلغتين مختلفتين.

بينما يهمل الأطباء معلومات المعاناة في حين نرى المعالجين وممارسي الطب البديل - الذين لم يدرسوا الطب الغربي الذي يركز على محورية المرض «Disease centered» - يميلون إلى إهمال المعلومات عن المرض «Disease» ويركزون على المعاناة (Kleinman 1978).

في الواقع، ينبغي على الأطباء التمعن في اطاري المرض والمعاناة كليهما وأنها مسؤوليتهم المتميزة أن لا يستبعدوا أيّاً منهما (Smith & Hoppe 1991). وأن لا يهمل نموذج المرض-المعاناة الطريقة العلمية لاكتشاف المرض بل يضيف لها هدف محورية المريض. ولا يمكن للأطباء أن يصبحوا مشاويرين غرضهم الأول مساعدة المرضى على أن يكونوا أكثر دراية حول أفكارهم ومشاعرهم وتأثيرها على حياتهم، ولكن مسؤولية الأطباء التي يبنون تحتها هي تشخيص الأمراض وعلاجها. ولكن حينما يقتصر دور الأطباء على محض اكتشاف المرض فلن يستطيعوا أن يساعدوا مرضاهم مساعدة وافية تلبى حاجياتهم الخصوصية وترضيهم.

وعلى الأطباء أن يأخذوا بالحسبان كلاً من القائمة الطبية التقليدية الخاصة بالمرض وقائمة المريض واحتياجاته الخاصة جداً. وحينما يراجع المريض ويشكو من ألم المفاصل، قد يظن الطبيب أن دوره ينحصر

الخيار المعدّ لجمع المعلومات في المقابلة الطبية

An alternative template for the content of the information-gathering section of the interview

إن نموذج المرض - المعاناة (Disease-illness model) قد هيأ قاعدة استطعنا بحسبها إرساء خيار آخر لمحتوى جمع المعلومات الذي يحتفظ بجميع عناصر التاريخ المرضي التقليدي ومحتوى منظور المريض الحديث (Kurtz et al. 2003). ويؤلف النموذج الجديد العمود الفقري لكيفية ادخال المعلومات في ملف المريض وعرض النتائج إلى الآخرين مستقبلاً كما أوضحنا في الفصل الأول.

ويظهر النموذج الحديث مكونات التاريخ المرضي التقليدي بوضوح ومكونات نموذج المرض والمعاناة معاً بكل توافق ومن دون أي تناقضات ضمن الممارسة السريرية:

من المهم أن يعطي هذا الخيار المعدّ حذراً للأطباء الممارسين والهيئات التعليمية السريرية الذين يدرسون في الردهات أو في الدورات التدريبية وأولئك الذين يدرسون في دورات الاتصال قبولاً للأداة الجديدة واستعمالها في الدورات التدريبية الرسمية للطلبة والردهات والعيادات ليرسلوا رسالة متماسكة عن محتوى المقابلة الطبية الحديثة. وبذلك يتسلم المتلقون الرسالة نفسها وتكرار، ويتلاءم النموذج بصورة رائعة مع ما يحدث في الممارسة السريرية على أرض الواقع. ويستطيع الأطباء أن يدركوا كيف يتواءم المحتوى التقليدي والحديث وكيف يتعلق نموذج المحتوى بمهارة جمع المعلومات التي سنصفها لاحقاً.

المنظور الطبي الإحيائي

The biomedical perspective

تتطابق المعلومات التي يحتاج الطبيب إلى اكتشافها في جانب المرض مع معلومات التاريخ المرضي التقليدي، ولقد قمنا بتقسيم ذلك على ثلاثة أقسام على القدر نفسه من الأهمية.

المحتوى المطلوب اكتشافه

المنظور الإحيائي	منظور المريض - المعاناة
تسلسل الحوادث	أفكار ومعتقدات
تحليل الأعراض	الاهتمامات
ملخص أجهزة الجسم التي لها علاقة بالموضوع	التوقعات
	التأثير في الحياة
	المشاعر

محتوى المعلومات السابقة

التاريخ المرضي القديم
التاريخ الدوائي والحساسية
التاريخ العائلي
التاريخ الشخصي والاجتماعي
ملخص تاريخ أجهزة الجسم

الشكل (3.2) الخيار البديل لمحتوى جمع المعلومات

3 اكتشاف منظور المريض يمكن أن يدعم التشخيص ويجعل المقابلة أكثر كفاءة وفاعلية. يساعد السؤال عن أفكار المريض في التشخيص. فمثلاً، عند اكتشاف أن سبب الألم ناتج عن سقوط يُعد مفتاح حل لسبب المشكلة وربما لم يعرف نهائياً بطرق أخرى. وعند اكتشاف أولوية المريض هي الحصول على إجازة مرضية لألم ظهره الذي شفي قد يوفر الوقت والمال وذلك بعدم تبنى منظور المرض وأسئلته غير الضرورية وعدم هدر الأدوية.

4 الأساس في التوضيح والتخطيط. حينما نستكشف التوضيح والتخطيط في الفصل السادس. سنسلط الضوء على البحوث التي تشير إلى الأهمية المركزية لإظهار منظور المريض الفريد وإدراكه لمشكلته في نهاية المقابلة. وسنرى من دون أن يشمل التوضيح التعرف على أفكار المريض وتوقعاته وهو اجسه واسترجاعه وفهمه وقناعاته والتزامه ستأثر جميع اركان المقابلة.

ويبين (Tuckket et al. 1985) بأن المقابلات الطبية تذهب في اتجاه خاطئ، عندما يكون هناك اختلاف بين الطبيب والمريض ضمن الأطر التوضيحية. فمثلاً، عند المريض الذي عمره (55) سنة ويشكو من ألم الصدر المذكور آنفاً، قد يظن إصابته بسرطان الرئة إذ إن صديقاً له توفي مؤخراً نتيجة إصابته بهذا المرض. ويصّر الطبيب ويقول «ينبغي أن تكون مسروراً جداً أن ألمك ناتج عن تشنج عضلي وليس له عواقب سيئة». بينما يبقى المريض مرتاباً لأن الطبيب لم يضع في أولوياته أفكار المريض ويوضح له لماذا يعتقد أن الألم ليس سرطان الرئة. وأن هذا الأرتياب قد يوحد الباب بوجه إدراك المريض لإيضاح الطبيب وإلتزامه به ولذلك يرفض التشخيص. وفي حالة مشابهة، فإن سيدة مسنة مصابة بالفصال العظمي «Osteoarthritis» لمفصل الركبة قد لا ترغب في أية معالجة طبية فاعلة لألمها الذي تتحمله. ولكنها قلقة من احتمال إصابتها بالرتية المفصالية التي أصابت والدتها، وإنها لا تريد سوى التأكيد مجدداً بأن هاجسها غير صحيح. ومن دون توضيح الفرق بين الفصال العظمي «Osteoarthritis» والتهاب المفاصل الرثوي «Rheumatoid Arthritis» قد يصف الطبيب دواءً مضاداً لألمها الذي تعانیه. وهكذا يبدو من السهل جداً معالجة المرض وليس المريض. ومثلما استطاع الطبيب الفصل بين «المرض» و«المعاناة» فإن عليه أن يوحد بينهما من جديد، وهذه هي المرحلة التي نسميها «التكامل Integration» في نموذج «المرض-المعاناة». ومن دون هذه الخطوة، من المستحيل التوصل إلى فهم مشترك بين الطبيب والمريض حول طبيعة المشكلة وتديورها. ومن الصعب أيضاً مساعدة المريض للإسهام في إتخاذ القرار المشترك مع الطبيب.

وعندما تدور المداولات على تفهم واضح لموقف الطبيب والمريض وترسو على أرضية الفهم المتبادل، فإن ذلك هو الهدف النهائي المنشود. وعلى أية حال، وكما سنرى لاحقاً في هذا الفصل وفي الفصل السادس: فإن فهم منظور المريض لا يعني التخلي عن المسؤولية الطبية والشروع بعرض طريقة استهلاكية كاملة. ولنتأمل مريضاً مصاباً بالتهاب الحلق الفيروسي (Viral Sore Throat) لا يحتاج إلى مضادات حيوية. ينبغي التعرف على توقعات المريض بدلاً من افتراض أن جميع المرضى الذين يعانون من مثل هذه الحالة يرغبون أن يصف لهم الأطباء مضادات حيوية. وقد تساعد توقعات المريض بعينها رسم خطة المعالجة والتداول بشأنها على أساس من التفهم العميق لموقف المريض. وإن اختلاف الآراء وعدم الرضا يمكن توقعهما ودرئهما، وإذا توافق الطرفان «قد لا يفضل المريض تناول المضادات الحيوية نهائياً إذا كان ممكناً» فإن المداولة المتوافقة والتوقع المشترك وشرح وجهة نظر الطبيب آراء وجهة نظر المريض أمر حيوي. وحين ذاك، يستطيع المريض فهم موقف الطبيب المنطقي وأن وجهة نظره قد أخذت بالاعتبار في الأقل.

3 مراجعة أجهزة الجسم ذات العلاقة «Relevant systems review» هنالك عنصر ثالث مهم، يتألف من مراجعة الأجهزة ذات العلاقة بالعرض قيد المناقشة. فإذا كان المريض قد بين بأن المشكلة التي أراد الطبيب أن يكتشفها هي ألم البطن: فبعد تحديد التسلسل الزمني للأحداث وتحليل العرض السريري، فإن الطريقة الأكثر ملائمة بعد ذلك للخوض في المنظور الطبي الإحيائي تكمن في مراجعة اعراض الجهاز الهضمي.

ومن المهم مراجعة هذا الجزء من الأجهزة أنياً بدلاً من تركه إلى ما قبل نهاية المقابلة الطبية للنظر به مع باقي أجهزة الجسم الأخرى. وإن القيام بهذا العمل يتلاءم وعملية الاستنتاج السريري في الممارسة العملية اليومية وحل المشكلات مبكراً. ولهذا فإنهم يحتاجون إلى معلومات واسعة عن الأجهزة المطلوب التحري عنها في المراحل المبكرة من المقابلة.

منظور المريض

The patient's perspective

يحتاج الطبيب إلى معلومات حول منظور المريض لمعاناته، «المحتوى الجديد» للتاريخ المرضي:

- الأفكار والمعتقدات: أي معتقدات المريض لأسباب المعاناة وما يؤثر أو يسهم فيها.
- الهواجس: القلق والهم حول ما تعنيه الأعراض له.
- التوقعات: عن الطريقة التي يمكن للطبيب أن يساعد بها والنتائج التي يروم المريض الحصول عليها من المقابلة.
- التأثير في الحياة اليومية
- المشاعر: أي الانفعالات التي يمكن للمعاناة أن تحدثها.

المعلومات ذات العلاقة: المحتوى

Background information (Context)

من الطبيعي أن يحتاج الطبيب إلى اكتشاف المعلومات السابقة ذات العلاقة التي حددتها الطريقة التقليدية لإستقاء التاريخ المرضي تحديداً دقيقاً. وتعطي هذه المعلومات البيئة التي نمت بها الأعراض الحالية، وهي ضرورية لتفسير الأحداث الآنية. وتحدد درجة عمق المراد جمعها عن التاريخ المرضي المراد جمعه كاملاً أو مختصراً. وتتضمن المعلومات السابقة ما يأتي:

- التاريخ المرضي السابق Past Medical History
- التاريخ المرضي العائلي Family History
- التاريخ الشخصي والاجتماعي Present & Social History
- التاريخ الدوائي والحساسية Drug & Allergy History

أما بالنسبة للمعلومات الخاصة الأخرى المتعلقة بالعناصر الفردية للشخص فقد ذكرت في كثير من الكتب الطبية المنهجية الأخرى مثل: (Seymour and Siklos 1994; Munro and Campbell 2000; Seidel 2003).

1 تسلسل الأحداث «Sequence of events» قبل القيام بتحليل الأعراض المرضية تحليلاً معمقاً. فمن المفيد للطبيب أن يكتشف التسلسل الزمني للأحداث المتعلقة بجوانب المشكلة التي حددتها أمدها المريض اكتشافاً دقيقاً. وسناقش مهارات الصياغة ذات العلاقة للحصول على أكبر تأثير ممكن في الأسلوب وذلك في الجزء القادم من هذا الفصل.

2 تحليل الأعراض المرضية «Symptom analysis» وهنا على الطبيب أن يحلل كل عرض بعمق. كما ينبغي تحليل جميع الأعراض الذي يركز عليه دائماً التاريخ المرضي التقليدي للحصول على المعلومات. ونورد هنا مثالين يساعدان على التذكر يتضمنان المحتوى المطلوب للتحري عن أي عرض ويساعد على ضبط الأسلوب المنهجي الذي تبنيه:

الأول

أين ومتى وشدة العرض ونوعه وعوامل تحفيزه وعوامل تلطيفه ومعتقدات المريض حوله ويرمز لها بالحروف الانكليزية الآتية: (WWQQAA + B)

- 1 أين (Where): أين موضع العرض وانتشاره؟
- 2 متى (When): متى بدأ العرض وتقلباته مع الوقت، ومدته؟
- 3 النوعية (Quality): ما يشبهه؟
- 4 الكمية (Quantity): شدة العرض ومداه ودرجة العطل الوظيفي؟
- 5 العوامل المحفزة والملطفة (Aggravating and alleviating factors)؟
- 6 الأعراض المشاركة (Associated manifestations)؟
- 7 معتقدات المريض عن الأعراض (Beliefs)؟

الثاني

Macleod's Clinical Examination (Munro and Campbell 2000)

- 1 المكان «Site»
- 2 الاشعاع «Radiation»
- 3 المزيّة «Character»
- 4 الشدّة «Severity»
- 5 المدة «Duration»
- 6 التردد والدورية «Frequency & Periodicity»
- 7 وقت العرض المميّز «Special time of occurrence»
- 8 العوامل المحفزة «Aggravating factors»
- 9 العوامل المثبطة «Relieving factors»
- 10 الظواهر المشاركة «Associated phenomena»

وبعد ذلك علينا فحص كل مهارة صياغة خاصة لجمع المعلومات كما ورد في الجدول (3.1) بالتفصيل والبحث في الدليل النظري والبحثي الذي يبرهن على صلاحية استعمالها في المقابلة الطبية. وسننظر في كل مهارة بصورة مستقلة ثم نضع جميعها ضمن إطار عملي يمكن للطبيب استعمالها في جميع الممارسات الطبية اليومية.

استكشاف مشكلات المريض

EXPLORATION OF THE PATIENT'S PROBLEMS

تفحصنا في الفصل الثاني افتتاح المقابلة الطبية ورأينا المزايا الجيدة لافتتاح المقابلة المدروس بعناية. ووضع خطة لمسار المقابلة القادمة بدلاً عن السير بالمقابلة الطبية عشوائياً وسلوك الطريق الأول الذي يصادفنا. والآن، نتحول إلى المهارات التي تشترك في استكشاف مشكلات المريض بشكل أوسع. ونبدأ باستكشاف الأهمية المركزية لتقنيات الأسئلة في جمع المعلومات. وسلاحظ القارئ أننا نوصي بجدول (3.1) الذي يُظهر رواية المريض والتتابع الزمني للحوادث. أنها أول وسيلة يجب أخذها بالاعتبار بعد مرحلة افتتاح المقابلة. وتعد مهارة استكشاف رواية المريض تطبيقاً خاصاً لتقنية الأسئلة المفتوحة ومن السهل مناقشتها بعد مناقشة صياغة الأسئلة بعمق.

تقنيات الأسئلة

Questioning techniques

من السهل الافتراض في هذه النقطة من المقابلة الطبية، بأن تأثير الطبيب في مجريات الأمور يكون محدوداً وأن المريض سيروي قصته التي تهيأ لها بغض النظر عما يقوله الطبيب أو يفعله. لكن أفعال الطبيب وأقواله تؤثر بدرجة كبيرة على إجابة المريض وطبيعة الاستجابة التي يقدمها. وأن الطريقة التي نوجه بها الأسئلة تؤدي دوراً رئيساً في كمية المعلومات التي نحصل عليها ونوعيتها. وعلى الأطباء أن يدركوا بأنهم يفرضون سيطرة عالية في المقابلة الطبية. ويوجهون المرضى إلى مجالات معينة لغرض الحصول على معلومات أكبر بحسب طبيعة الأسئلة التي يطرحونها واستجاباتهم لمرضاهم. ولهذا فإنهم يفرضون حدوداً معينة على حرية المريض تحده تحديداً كاملاً. كما أن كثيراً من الأطباء غير واعين للتأثير الذي يمتلكونه. كيف يمكن للأطباء أن يتنبهوا إلى هذا الأسلوب ويختاروا ببراعة طرق أسئلة مختلفة عند الحاجة، والآن دعونا نبدأ ببعض التعاريف.

ما الأسئلة المفتوحة والأسئلة المغلقة؟

What are open and closed questions?

إن الأسئلة المغلقة، هي الأسئلة التي يكون جوابها المتوقع مؤلفاً من كلمة واحدة غالباً نعم أو لا، أنها تحد من التوسع في الإجابة حاصرة إياها في اختيار ضيق يقتصر على كلمة أو اثنتين من دون اسهاب. وبالمقابل، فإن أساليب الأسئلة المفتوحة مصممة لاتاحة مساحة من الاستفسار من دون تحديد لا مسوّغ له أو التركيز على الاستجابة، وعلى الرغم من إنها توجّه المريض إلى مجال محدد ولكنها تسمح بحرية التصرف والإسهاب المقبول وما يأتي بعض الأمثلة البسيطة على أساليب تلك الأسئلة:

- سؤال مفتوح: أخبرني عن الصداع الذي تعانيه؟
- سؤال أكثر تحديداً ولكنه مفتوح: ما الذي يخفف الصداع لديك وما الذي يزيد سوءاً؟

مهارات الصياغة لجمع المعلومات

The process skills of information gathering

ونركز الآن على مهارات الصياغة في جمع المعلومات. كيف يمكن للطبيب أن يجمع كل المعلومات المطلوبة التي ناقشناها آنفاً؟ وما تأثير مهارات الصياغة على محتوى المعلومات التي جمعت؟ وما مهارات الاتصال التي نستطيع استعمالها في هذه المرحلة من المقابلة الطبية؟ يحدد المستطيل 3.1 مهارات الصياغة في جمع المعلومات المطلوب الحصول عليها الخاصة بالتاريخ المرضي بشكل فاعل. وهنا نود أن نؤكد استعمال مهارات الصياغة استعمالاً مناسباً ويمكن تطبيقها في استقاء التاريخ الكامل والموجز على حد سواء وفي كل البيئات: المستشفيات، العيادات، في زيارات وفي طب الأسرة.

جمع المعلومات المستطيل 3.1

استكشاف مشكلات المريض

- رواية المريض: شجع المريض على شرح معاناته منذ البداية وحتى الآن (مع توضيح الأسباب التي دعتك لطلب الاستشارة حالياً)
- تقنية الأسئلة: استعمل تقنية الأسئلة المفتوحة والمغلقة وابدأ بالمفتوحة لتصل إلى المغلقة.
- الانصات: انصت بانتباه واسمح للمريض حتى اكتمال عباراته من دون مقاطعة واسمح للمريض بالتفكير قبل الإجابة أو استمر بعد فاصلة (توقف مؤقت).
- الاستجابة التشجيعية: شجع استجابة المريض اللفظية وغير اللفظية، مثل: التشجيع، الصمت، الإعادة، صياغة العبارة بالفاظ أخرى، التفسير.
- التلميحات: التقط التلميحات اللفظية وغير اللفظية (لغة البدن، الكلام، التعبير الوجهي) تحقق وقدر ما يكون مناسباً.
- التوضيح: أطلب من المريض أن يوضح لك عباراته غير المفهومة أو التي تحتاج إلى شرح، مثل: هل يمكن أن توضح لي ماذا تقصد بالدوار؟
- الإطار الزمني: تحديد التواريخ وتسلسل الحوادث.
- التلخيص: لخص دورياً للتأكد من استيعاب ما قاله المريض، وادع المريض لتصحيح التفسير أو اعطاء معلومات أكثر.
- اللغة: استعمل أسئلة وتعليقات موجزة وسهلة الفهم، وتجنب أو فسر تفسيراً واضحاً الرطانة -المصطلحات-.

المهارات الإضافية لفهم منظور المريض

- حدد بفاعلية واستكشف بشكل مناسب:
 - آراء المريض (المعتقدات، الأسباب).
 - هواجس المريض وقلقه لكل مشكلة.
 - توقعات المريض (مثل، الأهداف، ما يساعد توقع المريض لكل مشكلة).
 - التأثير: كيف تؤثر كل مشكلة في حياة المريض.
- شجع المريض للتعبير عن مشاعره.

ما أفضلية تقنية الأسئلة المفتوحة؟

What are the advantages of open questioning techniques?

يتيح الاستمرار بتقنية الأسئلة المفتوحة قبل الانتقال إلى الأسئلة المغلقة الحصول على كم أكبر من المعلومات الدقيقة. ووازن بين طريقتين مختلفتين تماماً في موقف واحد ولاحظ الفرق فيما يأتي:
إن المقابلة التي تعتمد على الأسئلة المغلقة يمكن أن يكون الحوار على هذا الوصف:

الطبيب: الآن، بشأن ألم الصدر هذا، أين موضع الألم؟
المريض: حسناً، أنه هنا «يشير إلى عظم القص»
الطبيب: ما نوع الألم؟ وما يشبهه؟ هل هو مزعج أم حاد؟
المريض: حاد، تماماً، في الواقع.
الطبيب: هل تناولت أي شيء له؟
المريض: بعض مضادات الحموضة فقط، إلا أنها تبدو غير ذات فائدة.
الطبيب: هل ينتقل الألم إلى منطقة أخرى؟
المريض: كلا، بل في ذلك الموضع فقط.

وأما تقنية الأسئلة المفتوحة منذ البداية قد تكشف عن معلومات مختلفة تماماً كما يتضح:

الطبيب: أخبرني عن ألم الصدر الذي تعاني منه...
المريض: لقد بدأ يزداد على مدى الأسابيع القليلة الماضية. وأعاني من سوء هضم خفيف ولكن لا يصل إلى هذه الدرجة من السوء. ويحدث الألم الحاد في هذه المنطقة بالضبط «يشير إلى عظم القص» ثم لا ألبث أن أتجشأ كثيراً وأشعر بحموضة شديدة لا تطاق في الفم. ويتفاقم الأمر عندما أتناول كأساً أو كأسين من الشراب ولا أنال كفايتي من النوم.
الطبيب: أصبح معلومٌ لدي، هلا أخبرتني بالمزيد عن ذلك؟
المريض: حسناً، أتساءل عما إذا كان ذلك بسبب حبوب آلام المفاصل. لقد كنت أعاني من ألم المفاصل الشديد، وتناولت قليلاً من حبوب الايبوروفين (Ibuprofen) وأنتي بحاجة إلى الاستمرار عليها. وأترك هذا للحظة وأسأل ماذا بشأن جون -ولده- والآخرين...

لماذا هذا التباين في المعلومات التي حُصل عليها بالطريقة المفتوحة؟
إن مزيات الطريقة المفتوحة هي كما مبين في أدناه:

- تشجع الطريقة المفتوحة المريض على أن يروي قصته بشمولية.
- تمنع الطريقة المفتوحة من ممارسة الرجم بالغيث عن طريق توجيه الأسئلة المغلقة.
- تمنح الطبيب الوقت للانصات والمجال للتأمل بأقوال المريض وليس توجيه السؤال اللاحق فقط.
- تسهم في الاستنتاج التشخيصي الفاعل.

• سؤال مغلق: هل تعاني دائماً من الصداع عند استيقاظك صباحاً؟

أننا نود أن نؤكد بأن جميع الأسئلة المفتوحة والمغلقة مهمة وذات قيمة، ومن خلال ملاحظتنا الرامية لإظهار ميل الأطباء إلى اللجوء إلى الأسئلة المغلقة في معظم الاحيان وفي الوقت غير المناسب وعلى حساب الأسئلة المفتوحة، فأنتنا لا نقصد ضمناً أن الأطباء لا ينبغي أن يستعملوا الأسئلة المغلقة نهائياً، فكل من الأسئلة المفتوحة والمغلقة ضرورية ولكنهما يختلفان في الوصول إلى النتائج والنهيات، وينبغي اختيارهما بعناية وبأوقات مناسبة وفي مواقف مختلفة في أثناء سير المقابلة.

وليس توجيه الأسئلة الطريقة الوحيدة لجمع المعلومات ومصطلح «سؤال» خطأ في التسمية وأن ما هو أكثر دقة من ذلك هو «تقنية الأسئلة» الأوسع والأشمل سواءاً كانت مفتوحة أم مغلقة. وأن كثيراً من التقنيات المفتوحة ليست أسئلة في الواقع بل عبارات توجيهية، مثال:

لنبدأ من البداية، «أخبرني عما يجري من أمور...»
أو «أخبرني أكثر عن ذلك...؟»
أو حدثني عن حالتك منذ أن أجريت لك العملية الجراحية يوم أمس...»

وعلى نقيضها الأسئلة الآتية:

«ما الذي حصل منذ أن شعرت بالألم حتى الآن؟»
«لماذا أدخلت الطبيب إلى المستشفى اليوم؟»
«كيف تشعر منذ أن أجريت العملية الجراحية؟»
«ما أفكارك؟»

متى ينبغي استعمال الطريقة المفتوحة والمغلقة؟ المخروط من المفتوح الى المغلق
When should we use open and closed methods: the open-to-closed cone?

ينطوي تفهّم الطبيب لكيفية الاختيار المقصود بين نمطي الأسئلة المغلقة والمفتوحة عند نقاط زمنية مختلفة في المقابلة الطبية على أهمية بالغة. وينبغي أن يبدأ الأطباء بالأسئلة المفتوحة ثم يتحولوا إلى الأسئلة المغلقة بما يسمى بالمخروط المفتوح (Goldberg et al. 1983). ومن المهم، أن يتبع الأطباء تقنية الأسئلة المفتوحة أولاً من أجل الحصول على تصور عن المشكلة من منظور المريض. وبعد ذلك يركزون على أمور محددة بأسئلة مفتوحة أيضاً ليصلوا إلى الأسئلة المغلقة التي قد تجلب تفاصيل إضافية كان المريض قد أغفلها. إن فائدة اتباع أسلوب الأسئلة المفتوحة في بداية المقابلة للتحرر عن مشكلات المريض وسر غورها أمر في غاية الضرورة، وأداة مهمة لجمع المعلومات لا تحتاج إلى تأكيد أكثر لكن الخطأ الشائع هو الانتقال إلى الأسئلة المغلقة سريعاً جداً.

الجوانب السريرية للمشكلة حسبما يحددها الطبيب وتستبعد منظور المريض. وعلى العكس من ذلك، فإن تقنية الأسئلة المفتوحة تشجع المريض على التحدث عن معاناته من وجهة نظره الشخصية. ويروي قصته حسب طريقته الخاصة وبكلماته التي ينتقيها. فالمريض يستطيع أن يختار ما هو المهم حسب منظوره الشخصي وبهذا يستطيع الطبيب أن يفهم تجربة مريضه مع المعاناة بشكل أفضل.

6 تضع نمطاً يتضمن مشاركة المريض في المقابلة بدلاً من هيمنة الطبيب فقط، كما سبق أن أوضحنا في الفصل الثاني، فإن (94٪) من المقاطعات تنتهي بأن يحصل الطبيب على قيادة الحديث (Beckman and Frankel 1984). وإن السعي المبكر لتناول مشكلة واحدة عن طريق الأسئلة المغلقة من شأنه أن يحرف مجمل التركيز من إطار محورية المريض إلى محورية الطبيب. وحالما يحدث ذلك، يبدأ المريض بتأدية دور أكثر سلبية ولا يقدم أية معلومة مالم يتم الاستفسار عنها بشكل صريح ويرجى المعلومات إلى طلب الطبيب. وتسمح الأسئلة المفتوحة بإسهام المريض الفاعل وتونه عن الرغبة بالكلام واستعداد الطبيب للانصات.

لماذا ينبغي الانتقال من الأسئلة المفتوحة إلى الأسئلة المغلقة؟

Why is it important to move from open to closed questioning techniques?

مع بدء المقابلة، من المهم أن يركز الطبيب على المشكلة تركيزاً تدريجياً، فهو يحتاج أن يستعمل بصورة مطردة أسئلة مفتوحة واسعة ثم ينتقل إلى أسئلة أقل انفتاحاً وبعدها ينتقل إلى أسئلة مغلقة للحصول على أجوبة تفصيلية عن أمر محدد. كما يحتاج الطبيب الأسئلة المغلقة للتحري عن مجالات لم تدخل في حسابان المريض وتحليل الأعراض بالتفصيل ولعمل تحرر وظيفي على الرغم من إمكانية استعمال أسئلة مفتوحة في هذا المجال مثل: «هل لديك أية مشكلة في الجلد...؟»

وفي الفصل الرابع، سنبحث في كيفية الانتقال من الأسئلة المفتوحة إلى الأسئلة المغلقة باستعمال عبارات انتقالية واضحة. ونرى كيف يمكن للتخييص وعلامات الانتقال «signposting» أن تساعد في التغلب على ضعف السيطرة وجمع المعلومات المبعثرة المتحصلة من استعمال طريقة الأسئلة المفتوحة. وسنلقي في الفصل الخامس نظرة على أهمية الاتصال غير اللفظي لنجاح الأسئلة. ونرى كيف يمكن للأسئلة المغلقة بطريقة تشجيعية أن تساعد المرضى لرواية قصتهم والحصول على معلومات أكبر وكيف يحول الاتصال غير اللفظي الأسئلة المغلقة إلى أسئلة مفتوحة.

ما البيّنات على قيمة تقنيات الأسئلة المفتوحة والمغلقة؟

What is the evidence for the value of open and closed questioning techniques?

لقد تحرى (Roter and Hall 1987) عن الارتباط بين نمط الحوار لدى أطباء الرعاية الصحية الأولية والمعلومات التي يحصلون عليها من خلال مقابلة الممثل المدرب المتمص لدور المريض «Simulated patient». ووجدوا أن الأطباء لم يحصلوا على أكثر من (50٪) من المعلومات الطبية التي يجمع الخبراء على أنها مهمة وأن المعدل القلق «worrying range» يتراوح بين (9-85٪). ووجدوا أن المعلومات المتحصلة ذات صلة بالاستعمال المناسب للأسئلة المفتوحة والمغلقة. وتبين أن الأسئلة المفتوحة تُظهر من بروز معلومات أكثر علاقة بالمشكلة من الأسئلة المغلقة.

وأظهر (Stiles et al. 1979) أن مرضى العيادات الخارجية في المستشفيات كانوا أكثر رضياً عن جمع المعلومات إذا ما تهيأت لهم الفرصة للتعبير عما يجول بخواطرهم بعباراتهم الخاصة بدلاً من الاجابة بنعم أو لا أو بكلمة واحدة على الأسئلة المغلقة.

• تساعد على استشفاف المرض والمعاناة.

• تضع نمطاً يتضمن مشاركة المريض في المقابلة بدلاً عن هيمنة الطبيب عليها فقط.

1 تشجع الطريقة المفتوحة المريض على أن يروي قصته بشمولية، تهيئ الأسئلة المغلقة السيطرة على استجابة المريض وتحد من كمية المعلومات التي يمكن الحصول عليها من المريض. أما الأسئلة المفتوحة فعلى النقيض من ذلك: تسمح ضمناً بالحصول على معلومات مرغوبة أكثر وأسرع. وفي المثال أعلاه، فإن المعلومات المفيدة عن ألم الصدر قد اكتشفت بسؤالين مفتوحين بدلاً من أربعة أسئلة مغلقة.

2 تمنع الطريقة المفتوحة عن ممارسة الرجم بالغيب عن طريق توجيه الأسئلة المغلقة، عند توجيه الأسئلة المغلقة، تقع على الطبيب المسؤولية الكاملة حيث يتوجب عليه النظر في النواحي التي يجب الاستفسار عنها ويحدد الأسئلة التي يلقيها على المريض. ومن الواضح، أن المعلومات التي يحصل عليها بهذه الطريقة ستتعلق بالنواحي الدقيقة التي يرى الطبيب أنها ذات علاقة. وقد ينسى أن يسأل عن نواح ذات أهمية أكبر. فإن كل سؤال يشبه الرجم بالغيب وعملية محفوفة بالمخاطر وغير كفوءة. أما في طريقة الأسئلة المفتوحة، يستطيع المريض أن يوضح جوانب لم يكن الطبيب قد وضعها في الاعتبار: ففي المثال أعلاه، ربما لم يكن في ذهن الطبيب «عند الأسئلة المغلقة» الاستفسار عن الكحول فيكون بذلك قد أغفل مؤشراً مهماً. وأن هذا لا يقلل من قيمة الأسئلة المغلقة في المقابلة، لكن الأسئلة المغلقة أمر رئيس لتوضيح نقاط مهمة أو التحري عن أمر مالم يذكر بعد الإطلاع وبشمولية عن المشكلة، عندها تظهر كفاءة الأسئلة المغلقة.

3 تمنح الطبيب الوقت للانصات والمجال للتأمل بأقوال المريض وليس توجيه السؤال اللاحق فقط، وعند الأسئلة المغلقة، يلحق الطبيب السؤال بسؤال آخر بدلاً من أن ينصت ويتأمل في اجابات المريض. كما أن عليه أن يصوغ السؤال اللاحق خلال هذه الفترة ليساعد على استمرار المقابلة التي قد تحول دون سماع معلومة مهمة. أما الأسئلة المفتوحة فهي تمنح الطبيب وقتاً يستطيع فيه أن يعمن التفكير في اجابات المريض وأن يلتقط النقاط البارزة حال ظهورها.

4 تسهم في الاستنتاج التشخيصي الفاعل، مالم يتبع الطبيب تقنية الأسئلة المفتوحة في بداية جمع المعلومات سيضيع الاستنتاج التشخيصي في مجال الاستفسارات المحدودة والمعلومات المجتزأة التي حصل عليها الطبيب بالطريقة المغلقة بسهولة. ونحن نعلم أن الأطباء يبدأون مرحلة حل المشكلة في مرحلة مبكرة من المقابلة. ويحاولون أن ينسقوا بين المعلومات الأولية التي حصلوا عليها مع المعرفة العلمية التي يمتلكونها وهيكل حل المشكلة الذهني الذين يعتمدون عليه. وبعد ذلك، سيوجه الأطباء مزيداً من الاستفسارات للبرهنة على أو ضد الفكرة الأولية التي صاغوها عن المريض (Kassirer and Gorry 1978; Barrows and Tamblyn 1980; Gick 1986; Mandin et al. 1997). أما تقنية الأسئلة المفتوحة فإنها تسمح للأطباء بمزيد من الوقت لوضع خطتهم لحل المشكلة والتعرف على مزيد من المعلومات التي يرسون عليها نظرياتهم وفرضياتهم. وعلى النقيض من ذلك، فإن الطريقة المغلقة سرعان ما تؤدي إلى اكتشاف جانب معين واحد الذي يؤدي إلى نهاية مقفلة. وقد يضطر الطبيب أن يبدأ مرة أخرى من جديد لوضع خطة لحل المشكلة وتليها معلومات خاطئة وغير شاملة. ففي المثال أعلاه: فإن الانصات باستعمال تقنية الأسئلة المفتوحة ساعد الطبيب على تجنب الوقوع في فخ الاستفسارات المبكرة عن إمكانية الإصابة بقصور الدورة التاجية. كما ساعد على التعبير عن مزيد من الأعراض والهواجس لتكون فرضية أكثر دقة في العمل.

5 تساعد في استشفاف المرض والمعاناة، إن الأسئلة المغلقة ليست طريقة بداية كفوءة لاستشفاف المرض والمعاناة، لا بل هي أقل مساعدة على اكتشاف إطار المعاناة. ولطبيعة الأسئلة المغلقة فإنها تتبع

إظهار رواية المريض

Eliciting the patient's narrative

تعد أهمية الانصات في جمع المعلومات كأهميته في افتتاح المقابلة. ولكن قبل أن يبدأ الطبيب بالانصات عليه أن يتأكد: كيف يمكن للمريض أن ينطلق بالاتجاه الصحيح؟ وكيف يسأل المريض لكي يعطيه معلومات أكثر حول كل مشكلة يعاني منها؟ ومن المناقشة أعلاه، يتضح أن استعمال تقنية الأسئلة المفتوحة دون المغلقة عند بدء استكشاف المشكلة سيكون له نتائج مفيدة.

أخبرني عن حالات الصداع التي تعاني منها؟

وستكون ذات فائدة أكبر بكثير من:

لقد تطرقت إلى الصداع، أين يؤلمك بالضبط؟

واحدى الطرائق المفيدة الخاصة لجمع المعلومات الأولية بتقنية الأسئلة المفتوحة هي الحصول على رواية المريض التي تشجع المريض على رواية معاناته منذ البداية إلى وقت المقابلة وبعبارة الخاصة:

أخبرني عن معاناتك كلها منذ البداية؟

وهذه طريقة طبيعية للحصول على تجربة المريض والتعرف على جميع جوانب المشكلة وتجمع المعلومات بطريقة منظمة. فهي تمنح المريض فرصة اخبار الطبيب بروايته وبالتسلسل الزمني وبصورة مشابهة إلى حد كبير لسرد القصة إلى صديق إذ لا بد للمريض أن روى قصته لبعض اصدقائه قبل أن يزور الطبيب (Stimson and Webb 1975). ومن وجهة النظر الطبية، فهي تزود الطبيب ومن بداية المقابلة بصورة واضحة عن التسلسل الزمني للأحداث. وهذا جزء مهم ويعزز الدقة من المنظور الإحيائي الطبي والتاريخ المرضي (biomedical perspective (disease history)). وكما يساعد التتابع الزمني بناء الهيكل التنظيمي للمعلومات والاستنتاج السريري مثلما يساعد المريض على تذكر تفاصيل المرض بيسر. ومقابل ذلك، لتأمل صعوبة استخراج التسلسل الزمني للأحداث عند استعمال الأسئلة المغلقة والذي يوضح لماذا يُغفل هذا الجانب المهم من التاريخ المرضي أحياناً.

تقدم هذه الطريقة أسلوباً بسيطاً للمريض ليروي معاناته بصورة متسلسلة زمنياً. أنها طريقة ممتازة لفهم منظور المريض. وتساعد على منع ظاهرة الروايتين المتوازيتين التي أشار إليها مشلر التي يتحدث بها المريض والطبيب عن أهداف متعارضة وبلغتين مختلفتين (Mischler 1984). وينحصر دور الطبيب في الانصات بعناية وإذا تطلب الأمر أن يوجه المريض خلال روايته أو يطلب توضيحاً يسيراً ثم سرعان ما يعود للمريض عن طريق السؤال «ثم ماذا حدث بعد ذلك؟» ويعد مبادأة المريض أولاً أداة بيد الطبيب يمكن

وقد بحث (Goldberg et al. 1983) في قدرة الأطباء المقيمين في مجال طب الأسرة في الولايات المتحدة على تحري المشكلات العاطفية والنفسية لمرضاهم. ونظروا في نمط المقابلة التي تحد من قدراتهم على تحري الاضطرابات النفسية. ووجدوا أن مهارتين لهما علاقة بدقة تقديرات الأطباء الممارسين التي تكمن في الانتقال من الأسئلة المفتوحة إلى الأسئلة المغلقة والأسئلة التوجيهية المفتوحة وليست الأسئلة المغلقة.

وقد بين (Maguire et al. 1996b) بأن مرضى السرطان يكشفون عن مزيد من هواجسهم إذا كان أطباؤهم قد اتبعوا أسلوب الأسئلة المفتوحة بدلاً من الأسئلة الموجهة «Leading Questions». وقد بينت الدراسات المستفيضة لـ (Cox et al. 1981a, 1981b; Rutter and Cox 1981; Cox) مزيداً من البينات على قيمة الأسئلة المفتوحة والمغلقة حيث درست مقابلات آباء الأطفال المحالين إلى العيادة النفسية. ولاحظوا في المرحلة الأولى من الدراسة على الأطباء النفسانيين المتدربين من أجل أن يحددوا تأثير سلوكيات معينة في المقابلات على عملية جمع الحقائق العلمية والتعبير عن الانفعالات والمشاعر، ولقد أظهر البحث ما يأتي:

- ترتبط نسبة الأسئلة المفتوحة إلى المغلقة بدرجة كبيرة مع ثرثرة الوالدين واسهاماتهم. وكلما كان الآباء أكثر كلاماً كان بإمكانهم إظهار المشكلات تلقائياً.
- تتناسب كمية كلام الطبيب وعدد الموضوعات التي يعرضها وعدد المداخلات التي يثيرها تناسباً عكسياً مع كمية كلام الآباء والحقب الزمنية التي ينطقون بها.
- أن تشجيع الطبيب بالأسئلة المفتوحة والانصات الطويل يسر جمع المعلومات الحساسة والتعبير عن الانفعالات.

في المرحلة الثانية من دراستهم، تدرّب الأطباء النفسانيون المتمرسون على استعمال أنماط مختلفة من المقابلة لتبين أنّ نتائج المرحلة الأولى من الدراسة يُمكن أن يُعاد إنتاجها بشكل تحريبي. وتمكنوا من إعادة إنتاج النتائج أعلاه، كما أظهروا:

- لو أن الأمهات قد شُجعت على إظهار هواجسهن بحرية لذكرن معظم القضايا المهمة وليس جميعها بدون الحاجة إلى الأسئلة المغلقة. وأن كثيراً من النقاط المتبقية تبين فيما بعد أنها إما اعتيادية أو غير ذات أهمية. وفي التقصي اليسير، كان المرضى يذكرون أعراضاً أو مشكلات مما لم يسبق أثارها أو نظر فيها من قبل. في حين عند التقصي الدقيق، فإن الأعراض التي يظن الطبيب أن لها علاقة كان احتمال فقدانها ضعيف جداً. واستنتجوا أن من المرغوب القيام به هو زيادة مدة المقابلة التشخيصية مع قليل من التقصي الدقيق مما يسمح للمرضى وذويهم من التعبير عن هواجسهم بطرقهم الخاصة.

كما أن البحث الذي اجراه كوكس وجماعته أظهر قيمة الأسئلة المغلقة أيضاً وكما مبين في أدناه:

- ترتبط الموضوعات التي أثّرت من الطبيب ارتباطاً مباشراً بزيادة الأعراض المكتشفة إلى حد كبير كما أكدت عدم وجود أعراض أخرى تعد معلومات مهمة جداً.
- حصل الأطباء على مزيد من المعلومات عند إجراء طلب توضيحات تفصيلية واستخدام طرق تقصٍ أدق عن كل موضوع.

وفي استنتاجهم النهائي توصلوا إلى: إذا ما أراد الأطباء النفسانيون أن يحصلوا عليه من تفاصيل كافية عن المشكلات العائلية والأعراض الظاهرة عن الطفل لتكوين فكرة مناسبة تستند إليها خططهم العلاجية، لا بد من الأسئلة والمنهج الاستقصائي المنظم والتفصيلي.

- التكرار «الصدى» (repetition (echoing)
- إعادة الصياغة paraphrasing
- مشاركة المريض أفكار الطبيب sharing your thoughts

التشجيع

Encouragement

مع الإشارات غير اللفظية، مثل: هز الرأس والتعبير الوجهي، يمارس الأطباء الانصات الفاعل ويلجأون إلى مشجعات لفظية لا حصر لها. تعطي إشارات للمريض كي يستمر في روايته. وغالباً ما يتم ذلك بكفاءة وبأقل مقاطعة ممكنة أو من دون مقاطعة إطلاقاً. مما يعطي للمريض الثقة الضرورية لكي يستمر بالحديث. وتتضمن هذه الملاحظات التشجيعية الحيادية همهمات مثل: ها، هو، م.م أو كلمات: استمر، نعم، ألاحظ.. ويمتلك جميع الأشخاص كلمات معينة أو عبارات مفضلة يستعملونها بتكرار.

الصمت

Silence

لا تكون التلميحات التشجيعية فاعلة ما لم تتبعها فترات صمت يقط. ولقد بحثنا في الفصل الثاني عمل (Rowe 1986) حول وقت الانتظار وكيفية استخدام فترات الصمت الموجزة أو التوقفات «Pauses» التي تشجع المريض بصورة طبيعية وبسهولة من أن يسهم بالمقابلة الطبية بشكل أكبر. وأن الصمت لفترات أطول مناسب أيضاً، إذا كان لدى المريض صعوبة في التعبير عن نفسه أو عندما يوشك أن تسيطر عليه حالة انفعالية. وأن الهدف من تخصيص مدة صمت أطول هو لتشجيع المريض للتعبير عن المشاعر والأفكار التي تدور في رأسه بصوت عال. وهنا يوجد توازن حرج بين الصمت المريح وغير المريح وما بين التشجيع على الاتصال والتدخل فيه والذي قد يؤدي إلى خلق الغموض والقلق. ويجب على الطبيب أن يتنبه إلى السلوك غير اللفظي المصاحب أيضاً. ولتذكر الأطباء، أن القلق هو ما يشعر به الطبيب وليس المريض غالباً، فالمرضى عادة يستطيع تحمل الصمت أكثر من الطبيب! وإذا ما شعر الطبيب بأن الصمت يولد القلق أو أن المريض بحاجة حقاً إلى مزيد من التشجيع ولحثة على الكلام فإن اهتماماً خاصاً يجب أن يخصص لكسر جدار الصمت، فمثلاً:

هل تستطيع أن تحمل نفسك وتخبرني بما تفكر به الآن؟

ويسمح هذا السؤال على بقاء المريض مع أفكاره فضلاً عن تشجيعه مثلما يعمل تكرار آخر كلمات المريض وكما سنرى في أدناه:

التكرار «الصدى»

Repetition or echoing

إن تكرار آخر كلمات نطق بها المريض تشجعه على الاستمرار في الحديث. ويراد الأطباء قلق كثير بأن هذا النوع من التردد سيبدو غير طبيعي. ولكننا نكرر القول، بأن ذلك مقبول إلى درجة كبيرة لدى المرضى. ولاحظ كيف إن إعادة تشجيع المريض على الاستمرار في الكلام ابتداءً من آخر عبارة قالها. ويعتبر أمراً توجيهياً أكثر من التشجيع والصمت. وهذا يفسر ما توصل إليه فرانكل وبيكمان (1984) وكما بحثناه في

له أن يجري بعض المقاطعات والتي لا تعني أخذ المبادأة منه. فالطبيب يعيد زمام الأمور بيد المريض مرةً أخرى وذلك بالطلب منه بالاستمرار بروايته. وإن هذا الإجراء ينبغي أن يتم بقصد لأنه مجرد أن يقاطع الطبيب المريض سيسهل على الطبيب أن يأخذ بزمام المبادرة لإلقاء أسئلة مغلقة ويحول دون إكمال المريض روايته.

إن للأسئلة المفتوحة وروايات المرضى طريقتين مثاليتين للدخول في منظوري الإحيائي الطبي ومنظور المريض في آن معاً. ويحصل الأطباء خلالهما على معلومات ذات جودة ونوعية عالية من كلا الطريقتين.

الانصات الفاعل «اليقظ»

Attentive listening

عندما يروي المريض روايته، ينبغي على الطبيب الانصات بإمعان من دون مقاطعة. وقد سبق أن تحدثنا عن أهمية الانصات بأسهاب في الفصل الثاني عندما ناقشنا افتتاح المقابلة. وقد وجدنا أن الانصات مهارة صياغية عالية. ويحتاج الانصات إلى ترابط مهارات التركيز والتشجيع والانتظار والتقاط التلميحات المهمة. وحديثاً يشار إلى هذه المهارة بالانصات الواعي أو العميق «Mindful listening» or «Deep listening».

ولو نظرنا مرة أخرى لمزيات الانصات الفاعل كما مبين في الفصل الثاني، نستطيع أن نرى كم من السمات المشتركة مع تقنية الأسئلة المفتوحة التي وردت في بداية هذا الفصل. لأن الانصات الفاعل هو نتيجة منطقية ومباشرة لاستعمال الأسئلة المفتوحة. ويكاد يكون من المستحيل تقريباً استخدام الانصات الفاعل والأسئلة المغلقة معاً.

الاستجابة التشجيعية

Facilitative response

فضلاً عن الانصات، من المهم أن يُشجع المريض على الاستمرار في روايته. ولأن استخدام الأسئلة المغلقة مهيمناً لدرجة كبيرة - في الممارسة الواقعية- ربما يستجيب المريض لأفضل سؤال مفتوح بكلمة أو كلمتين إن لم يتم تشجيعه على الاستمرار بالحديث. ويعد أي سلوك يسهم في دعوة المريض لزيادة التحدث في مجال معين استجابة تشجيعية. وعندما بدأنا مناقشة الاستجابات التشجيعية في الفصل الثاني، نظرنا إلى بيّنات البحوث التي أظهرت بأن بعض المهارات مثل الصدى «Echoing» أو الإعادة «Repetition» قد تؤثر سلباً وفحوى حديث المريض في بداية المقابلة. ففي افتتاح المقابلة، يهدف الطبيب إلى الحصول على أوسع مشهد من رؤية المريض قبل استكشاف أية مشكلة بالتفصيل؟ والآن نوجه انتباهنا إلى فائدة الاستجابات التشجيعية في مرحلة جمع المعلومات. فما المهارات المفيدة هنا عندما نحاول تشجيع المريض على أن يتحدث عن كل مشكلة من مشكلاته بعمق؟

تتضمن الاستجابة التشجيعية كلاً من مهارات الاتصال اللفظي وغير اللفظي. وفي هذا الفصل، سنركز على الاتصال اللفظي كما تتناول بعض المهارات غير اللفظية. وسنستكشف المهارات غير اللفظية بأسهاب في الفصل الخامس.

ويمكن استخدام المهارات الآتية لتشجيع المريض بالتحدث بصورة واسعة والذي يشير بالوقت نفسه إلى اهتمام الطبيب بما يقوله المريض وأنه متلهف لسماع المزيد من خلال استرسال المريض في الحديث:

- التشجيع encouragement
- الصمت silence

ترتبط إعادة صياغة العبارة عناصر التشجيع والاختصار والتوضيح. وعملياً تساعد الطبيب إذا ظن أنه فهم قصد المريض ولكنه ليس واثقاً تماماً. أو يظن أن هناك مشاعر مخفية في الرسالة البسيطة التي تلقاها. وتسهل إعادة صياغة عبارة الطبيب لدخول منظور المريض.

مشاطرة المريض أفكار الطبيب

Sharing your thoughts

وهي طريقة ممتازة لإشراك المريض بالاجابة عن السؤال الذي يعرضه الطبيب ويجب عنه بصوة عامة. وهي أداة تشجيعية فاعلة جداً:

الطبيب: أحياناً، يمكن أن تظهر آلام الصدر نتيجة التوتر، وأنتي اتساءل ما إذا كنت تشعر بأن هذه الحالة تنطبق عليك؟

إن هذا سؤال مغلق بقصد الالتفاف على ما يعنيه الطبيب حقيقة، ولكن في الواقع، يستطيع المريض أن يفهم المسببات من طلب الطبيب ذلك، ثم يقوم بالجهد المطلوب للتعبير عن رأيه. أما السؤال المباشر مثل: هل تعاني من توتر كبير الآن؟ فإن الجواب سيكون بكلمة واحدة تتضمن معلومات قليلة. وسنبحث إشراك المريض بأفكار الطبيب بتفصيل أكبر في الفصل الخامس.

ما البيئات النظرية على التشجيع؟

What is the theoretical evidence for facilitation?

إن المهارات التي نوقشت في أعلاه هي مهارات رئيسة للمشاوره غير التوجيهية «Non-directive counselling». وبحثت هذه المهارات بحثاً شاملاً من (Rogers 1980, Egan 1990) وغيرهم. ولاقت قبولاً واسعاً بوصفها عناصر مهمة في أي اتصال يكون الهدف: تشجيع المريض للتحدث حديثاً مستفيضاً عن مشكلته من دون تدخل مهني غير مبرر.

وأجريت بحوث محدودة على جميع المهارات مجتمعة حسيماً كان ذلك منطبقاً على المقابلات الطبية، لذا من الصعب تقديم بيانات ابحاث تدعم استعمال كل مهارة فردية على حدة. وعلى كل حال، أظهر (Levinson et al. 1997) أن أطباء الرعاية الصحية الأولية الذين كانوا يستخدمون العبارات التشجيعية بكثرة (مستحصلين آراء المرضى مع التحقق من الفهم، وتشجيع المرضى على التحدث، وإعادة صياغة العبارات وتفسيرها) أقل معاناة من سوء التصرف المهني. ولا يوجد مثل هذا الترابط عند الجراحين في الدراسة نفسها.

وعموماً، فإن مهارات التشجيع تشكل جزءاً كبيراً من نمط المقابلة التي محورها المريض التي قام بها (Henbest and Stewart 1990a, 1990b). وقد أظهرت التأثير الجيد لمعايير اتصال كثيرة يمكن قياسها. وكانت تقاس محورية المريض في هذه الدراسات بالربط بين الأسئلة المفتوحة والعبارات التشجيعية والطلبات الخاصة لتوقعات المريض وأفكاره ومشاعره استجابة لملاحظاته، كما سنبحثها في القسم الآتي.

الفصل الثاني. الذي يظهر بأن ترديد كلمات المريض الأخيرة نفسها يمكن أن يؤدي إلى المقاطعة قبل أن يكتشف الطبيب الطيف الواسع لهواجس المريض. وتكملة للمثال السابق، نستطيع أن نرى أن المهارات أعلاه في أثناء التطبيق لغرض اكتشاف المنظور الطبي الإحيائي ومنظور المريض:

الطبيب: أخبرني عن ألم الصدر الذي تعاني منه...
المريض: لقد بدأ يزداد على مدى الأسابيع القليلة الماضية. وأعاني من سوء هضم خفيف ولكن لا يصل إلى هذه الدرجة من سوء سابقاً. ويحدث الألم الحاد في هذه المنطقة بالضبط «يشير إلى عظم القص» ثم لا ألبث أن اتحشاً كثيراً وأشعر بحموضة شديدة لا تطاق في الفم. ويتفاقم الأمر عندما اتناول كأساً أو كأسين من الشراب ولا أنال كفايتي من النوم.
الطبيب: أصبح معلوماً لدي، هلا أخبرتني بالمزيد حول ذلك؟
المريض: حسناً، أتساءل عما إذا كان ذلك بسبب حبوب آلام المفاصل. لقد كانت أسوأ بكثير وتناولت قليلاً من حبوب الايبوبروفين (Ibuprofen) وأنتي بحاجة إلى الاستمرار عليها. وأترك هذا للحظة وأسأل ماذا بشأن جون والآخرين...
الطبيب: فترة صمت واتصال بصري «بنظرات ثابتة موجهة إلى عيني المريض» مع هزة رأس بسيطة.
المريض: في الحقيقة، إن حالة جون تتدهور... واشك في عهدي الذي قطعته له، وأن أتدبر الأمر وابقى معه البيت؟
الطبيب: تتدبر الامر وتبقى معه في المنزل؟ (تكرار)
المريض: لقد وعدته بأن لا ادعه يدخل المستشفى مرة أخرى ولست متأكداً، الآن ما إذا كنت استطيع ذلك؟

إعادة الصياغة

Paraphrasing

وتعني إعادة صياغة عبارات المريض المتعلقة بالمحتوى أو المشاعر بعد أن يرسلها المريض وتختلف عن التدقيق أو الاختصار كما سيرد لاحقاً. والقصد منها تشذيب فهم العبارة بدلاً من تأكيد فهمها فقط. ولذلك تكون أكثر تحديداً من رسالة المريض. وهي أداة لاختبار صحة تفسير الطبيب لما يقصده المريض، ولنستمر بالأمثلة:

الطبيب: هل تظن إذا تدهورت حالة جون، فلن تستطيع عندها تميزه بنفسك؟ (تفسير المحتوى)
المريض: أظن أنني سأكون على ما يرام، ولكن ما يحصل عندما يحتاج إليّ ليلاً ونهاراً؟ ولا يوجد أحد غيري، وليس باستطاعتي استدعاء ماري لأن لديها عملاً.
الطبيب: يبدو أنك قلق لأنك لا تستطيع مساعدة جون. (تفسير الشعور)

وقد توصل ليفنسون في النهاية إلى أن جانبي المقابلة الطبية وهما: تلميحات المريض واستجابة الطبيب كانتا مفتاح بناء علاقة الثقة بين الطبيب والمريض الأمر الذي أدى إلى تحسين نتائج الرعاية الصحية. وستفحص فيما بعد في هذا الفصل أساليب الاستدلال على منظور المريض والاستجابة له.

توضيح قصة المريض

Clarification of the patient's story

هي إحدى مهارات جمع المعلومات التي توضح العبارات التي تبدو غامضة أو التي تحتاج إلى مزيد من التوسع. إذ بعد استجابة مبدئية إلى السؤال المفتوح النهائية، قد يحتاج الطبيب إلى دفع المريض لكي تميز أقواله بمزيد من الدقة والوضوح والكمال. وغالباً ما تكون لعبارات المريض وجهان محتملان ولذا من الأهمية أن يعرف الطبيب أيهما هو المقصود. وغالباً ما يكون التوضيح مفتوحاً بطبيعته:

«هل تستطيع أن توضح ماذا تقصد بالدوخة؟»

ومع ذلك يمكن أن يكون مغلقاً:

«عندما تقول أن لديك دوام «Dizzy» فهل تقصد أن الغرفة تبدو كأنها تدور حولك؟»

وإذا لم يذكر المريض تواريخ الحوادث المهمة في قصته فعلى الطبيب أن يسأله عن ذلك. ويتحقق من إدراك تسلسل الأحداث إدراكاً صحيحاً إذا كانت غامضة. ولكي يحسن من عامل الدقة، ينبغي أن يتعلم كيف يصوغ أسئلته ضمن إطار زمني، ولنقارن بين:

هل عانيت من الاكتئاب؟ (من دون تاريخ)

هل سبق وعانيت من الاكتئاب؟

هل عانيت من الاكتئاب خلال الأسبوعين الماضيين بعد أن أصبت برأسك؟

وغالباً ما يوجه الأطباء السؤال الأول في حين يقصدون السؤال الثالث. وعندما يجيب المريض بكلمة «أحياناً» فعلى أي سؤال من الأسئلة الثلاثة قد اجاب؟

التقاط التلميحات اللفظية وغير اللفظية

Picking up verbal and non-verbal cues

من خلال الانصات الفاعل والتلميحات اللفظية وغير اللفظية يُشعر الأطباء المرضى بالارتياح والترحيب. وهذا يشير إلى اهتمام الأطباء بما يقوله المرضى ويشجعهم على الاستمرار ويدفعهم للتوسع. ومما يثير الاستغراب، أن ينصت الأطباء مبدئين أنهم استوعبوا ما قاله المرضى لكنهم واقعاً لم يستوعبوا ما قاله المرضى! وقد يُظهرون الأطباء المعلومات إظهاراً واضحاً إلا أنهم يخفون في تسجيلها. وقد يقترب هذا التشبيه إلى قياس ضغط دم المريض وبعد أن يرفع الطبيب لفاف جهاز الضغط من يد المريض ينسى أن يسجل القراءة في ذهنه، وقد عانى من هذا الأمر جميع الأطباء.

إن الاستماع لما يقوله المريض هو عنصر جوهري عند جمع المعلومات. ولا يتعلق بما يقوله المريض للطبيب بأسلوب واضح ولكنه يتعلق أيضاً بما يلوح به المريض لفظياً وغير لفظي تلميحاً غير مباشر وربما عن غير قصد. ويتلهف المرضى عامة لإخبار الأطباء عما يجول في خواتمهم من أفكار أو مشاعر. ولكنهم غالباً ما يوحون بطريقة غير مباشرة وبالتلميحات اللفظية وغير اللفظية (لغة الجسم، الإشارات اللفظية: التردد في الكلام، تغيير نبرة الصوت أو تعبير الوجه). وإن التقاط هذه التلميحات هي مهارة أساسية لأجل استكشاف المنظور الإحيائي الطبي (و... كان.. لدي.. هذا النوع من... ليس بالضرورة ألم) ومنظور المريض (الأمر لم تكن على ما يرام معي... أو أنني وحيد) كما ذكر: (Tuckett et al. 1985; Branch and Malik 1993; Cegala 1997; Suchman et al. 1997; Lang et al. 2000).

ووجد Levinson et al. (2000) في مقابلات الرعاية الصحية الأولية والجراحة أنها تضمنت على أكثر من إشارة واحدة في (50٪) من المقابلات وبمعدل (2.6) في الرعاية الصحية الأولية و (1.9) في الجراحة.

لا يكفي سماع التلميح وحده، فالأطباء بحاجة إلى أن يستجيبوا ويدققوا في كل إشارة تصدر عن المريض وإقرار مناسبتها كما ورد (Suchman et al. 1997). ووجد (Levinson et al. 2000) أن المرضى قد اصدروا تلميحات خلال المقابلة من بدايتها حتى آخر دقيقة منها. ولكن الأطباء استجابوا لـ (38٪) من إشارات المرضى فقط في مقابلات الجراحة و (21٪) في مقابلات الرعاية الصحية الأولية. وأما بقية المقابلات فقد اضعوا فرصة الاستجابة لتلميحات المرضى تماماً. وحيثما لا تلتقط الإشارات فإن نصف المرضى أثاروا الموضوع نفسه للمرة الثانية والثالثة. وفي جميع الحالات اضاع الأطباء الفرص الإضافية مرة بعد أخرى. وينطوي هنا الخطر على جانبيين: فأما أن تفقد الرسالة برمتها أو أن تلتقط ولكن افتراض الأطباء معرفة قصدها ومن دون تدقيقها مع المريض. وتحتاج تلميحات المرضى وافتراضات الأطباء أن تُستكشف ويُقَرَّ بها أنياً أو فيما بعد خلال المقابلة. وعلى الرغم من أنه قد يكون من المناسب أن يسمع الطبيب الإشارة ويؤجل استجابته لها إلى وقت آخر. إلا أن هذا النوع من الاجراءات ينطوي على الخطر. فبالدرجة الأولى يوجد احتمال كبير أن لا تسجل الذاكرة ذلك وثانياً أن الاستجابة الآنية وإدراك تلميحات المريض تعمل كتنكيد على فهم الطبيب لمريضه واهتمامه به وتساعد على حث المريض ولو كان مغلقاً.

كما أظهرت دراسة (Levinson et al. 2000) كذلك أن التقاط إشارات المريض والاستجابة لها يختصران وقت المقابلة. وإن مقابلات الرعاية الصحية الأولية التي تضمنت إشارة واحدة لم يستجب لها الطبيب استغرقت وقتاً أطول من تلك التي أبدى الطبيب فيها استجابة ايجابية (معدل زمن المقابلة 20.1 دقيقة في الأولى مقابل 17.6 دقيقة في الثانية). وجاءت النتائج في المقابلات الجراحية بمعدل (14 دقيقة في الأولى 12.5 دقيقة في الثانية). واستغرقت المقابلات التي يظهر فيها المرضى التعبير عن الانفعالات بصورة متكررة بعد أن اضاع الطبيب فرصة الاستجابة زمنياً أطول من تلك التي أظهر الأطباء فيها استجابة واحدة في الأقل (18.4 دقيقة مقابل 17.6 دقيقة) في الرعاية الصحية الأولية و (15.5 دقيقة مقابل 12.5 دقيقة) في الجراحة.

التلخيص الداخلي

Internal summary

التلخيص، هو الخطوة المقصودة لوضع خلاصة لفظية واضحة للمريض مستمدة من المعلومات التي جمعت حتى ذلك الحين. وهو واحد من أهم مهارات جمع المعلومات كافة. ويساعد التلخيص الدروي الطبيب في مهمتين بارزتين هما ضمان الدقة خلال المقابلة وتيسير الحصول على المزيد من استجابات المريض.

الدقة

Accuracy

التلخيص، هو اختبار عملي بالغ الأثر لمعرفة دقة فهم معلومات المريض وتمكين المريض من تأييد اجاز الطبيب أو أن يصحح سوء الفهم الذي حصل للطبيب. ووسيلة فهم متبادل على أرضية مشتركة بين الطبيب والمريض. وشبهه (Platt and Platt 2003) العملية إلى مؤلفين يمرران مسودات العمل المشترك بينهما جيئةً وذهاباً إلى أن يقتنعا كلاهما به.

وينبغي أن يتذكر الطبيب أن يلخص جانبي المرض والمعاناة في قصة المريض. وتلخيص كليهما يساعد على تلبية هدفين سبق ذكرهما في جمع المعلومات وهما:

- استكشاف منظور المريض وفهمه لغرض معرفة معنى المعاناة بالنسبة له.
- استكشاف المنظور الإحيائي الطبي أو إطار المرض من أجل الحصول على تاريخ مرضي مناسب.

وينبئ التلخيص عما إذا فهم الطبيب الموضوع فهماً صحيحاً. وإذا كان كذلك، فسبؤيد المريض الصورة التي رسمها الطبيب بالإشارات اللفظية وغير اللفظية التي تدل على الموافقة. بينما إذا لم يفهم الطبيب فهماً صحيحاً أو كاملاً فسيرسل المريض إشارات غير لفظية تدل على عدم رضاه (Neighbour 1987). ومن دون الخلاصة اللفظية الواضحة، يعتمد الأطباء على التخمين والافتراض على أنهم فهموا المريض فهماً صحيحاً.

التيسير

Facilitation

لا يؤدي التلخيص إلى دقة أكبر فقط بل يوسع فهم الطبيب لمشكلات المريض. فالتلخيص يقوم مقام المقدمة التيسيرية الممتازة. وعندما يتبع التلخيص توقف وانصات فاعل فإنه يعتبر بمثابة طريقة مهمة تمكن المريض من أن يستمر في سرد قصته من دون توجيه الطبيب. وهكذا يعمل كأداة تيسيرية بدعوة المريض وفسح المجال له للاسترسال وتوضيح مشكلته وأفكاره.

الطبيب: «هل تستطيع أن اعرف ما إذا كنت قد فهمت ما تقول فهماً صحيحاً؟ لقد عانيت من عسر هضم سابقاً ولكن عانيت من ألم حاد في صدرك على مدى الاسابيع الفائتة مصحوبة بغازات وحموضة. تمنعك من النوم وتنفاقم عندما تتناول الكحول. وتتساءل ما إذا كانت الحبوب المسكنة هي السبب، هل هذا صحيح؟» (صمت)
المريض: «نعم، ولا أستطيع أن أوفق بين معاناتي واحتياجات جون المريض المتزايدة.»

ويتميز التلخيص الداخلي بمزيتات عديدة، وهي:

- يبين أن الطبيب كان منصتاً (للمريض).
- ويشير إلى اهتمام الطبيب وبذله عنايته للحصول على المعلومات بالطريقة الصحيحة، وتحظى بتأييد المريض.
- يقدم طريقة لحل المشكلات تعاونياً.
- يتيح للمريض أن يتحقق من فهم الطبيب وأفكاره.
- يمنح المريض فرصة تأييده لتفسير الطبيب أو تصحيحه أو لملء الثغرات.
- يحث المريض على الاسترسال وتوضيح مشكلاته وأفكاره لأنه يعمل كافتتاحية تيسيرية.
- يعبر عن اهتمام الطبيب بجوانب المعاناة والمرض من قصة المريض.

وهناك مزيتات مهمة للتلخيص الداخلي للطبيب أيضاً

- توسع مجال جمع المعلومات الدقيقة والسماح للطبيب من التحقق من دقة ما قاله المريض حسبما يظن وتصحيح أي فهم خاطئ ويرسي تفاهماً متبادلاً على أرضية مشتركة.
- يعطي الطبيب فرصة مراجعة ما تم مناقشته من موضوعات.
- ينظم أفكار الطبيب ويصحح ما في ذهنه من مفاهيم مشكوك فيها ويدل على الجانب من القصة التي يحتاج اكتشافه بعد ذلك.
- يساعد الطبيب على استرجاع المعلومات لاحقاً.
- يسمح للطبيب بالتمييز بين المرض والمعاناة والنظر في كل منهما.
- وستحرى عن التلخيص بعمق ونبحث في ادلة استعماله في الفصل الرابع.

اللغة

Language

تحتاج المقابلة الطبية استعمال لغة بسيطة ومن دون مصطلحات غريبة (رطانة) وتكوين أسئلة وملاحظات مختصرة وسهلة الفهم. وسوف نركز على هذا الجانب من الاتصال عندما نستكشف التوضيح والتخطيط.

مهارات إضافية لفهم منظور المريض

ADDITIONAL SKILLS FOR UNDERSTANDING THE PATIENT'S PERSPECTIVE

إن المهارات التي يبناها أنفلاً لاستكشاف مشكلات المريض تساعد الطبيب على اكتشاف معلومات عن عناصر التاريخ المرضي الثلاثة: المنظور الإحيائي الطبي، منظور المريض والمعلومات الأساسية «Background information» ذات العلاقة.

وعندما يُكشف عن القصة، ستندفق المعلومات حول المرض والمعاناة. ويستطيع الطبيب الحاذق أن يكتشف النسيج بين جانبي المرض والمعاناة من مشكلات المريض. وتتميز مهارات فهم منظور المريض بنوعية جوهرية مختلفة تحتاج إلى خبرة الطبيب الخاصة والإضافية وهي: تحديد وإقرار آراء المريض

وفي أنموذجهم المعد، تمثل المقابلات المتعددة الثقافات ببساطة مثال متطوّر لجميع المقابلات الطبية. وهناك في جميع التفاعلات بين المرضى والأطباء احتمال كامن للاختلاف في النماذج التوضيحية الذي يمكن أن يثبط الاتصال.

وفي دراسة حول المعتقدات الصحية في مجتمع حضري متعدد الثقافات، أظهر (Chugh et al. 1994) بوضوح، أن المعتقدات ضمن مجموعة حضارية واحدة عادة ما تكون متباينة شأنها شأن الاختلافات بين المجموعات المتباينة ثقافياً. وعلى الرغم من أهمية تفهم المعتقدات الصحية للمجموعات الثقافية لكن مازال من الضروري التعرف على معتقدات المريض الصحية الفردية.

وأوصى (Kleinman et al. 1978)، أن لا ينبغي استخراج النموذج التوضيحي للمريض فقط، ولكن على الطبيب اجراء مقارنة مفتوحة مع المريض ومناقشة الأفكار المتضاربة. كما رأوا أن هذه الخطوة ضرورية لتحسين الالتزام بالنصائح الطبية. وقد يبدو احتمال الالتزام ضعيفاً إذا لم يربط الطبيب توصياته بمعتقدات المريض، كما أنها تبدو غير مفيدة في حل المشكلة كما يراها المريض.

واعتبرت هذه المرحلة في نموذج المرض - المعاناة بـ «التكامل integration» راجع الشكل (3.1). وعندما يكتشف الطبيب مفهوم المريض لمعاناته وهيكله التوضيحي فقط يستطيع أن يوضح ويرسم خطة يمكن أن يفهمها المريض ويقبل بها. ينبغي أن يأخذ الطبيب بالاعتبار أفكار المريض وهواحسه وتوقعاته حينما يبني توضيحه لمسار المرض حتى يستطيع أن يشمل أسئلة المريض المهمة ومن منظور المريض الشخصي ليصلا إلى مستوى أرضية مشتركة. ومن المهم أن يصل إلى حالة تكون توصيات الطبيب وتوضيحه ذات معنى في عالم المريض. وعليه فإن استقصاء معتقدات المريض ينطوي على ثلاثة مراحل:

- **التحديد:** أي الاستكشاف والانصات لأفكار المريض وهواحسه وتوقعاته.
- **القبول:** وهو الاقرار بوجهات نظر المريض وحقه في الاحتفاظ بها. مع عدم اشتراط الموافقة عليها، ومن بعد ذلك التوقف، ليتسنى للمريض قول المزيد إن رغب.
- **التوضيح:** أي توضيح الطبيب لفهمه لمشكلة المريض وعلاقة ذلك بفهم المريض لها والتوصل إلى أرضية مشتركة للفهم المتبادل.

وسنبحث القبول بتركيز أوسع في الفصل الخامس. ونستكشف هذه المراحل باستفاضة في الفصل السادس، عندما نلقي نظرة على عمل (Tuckett et al. 1985) حول تأثير استخراج الأطار التوضيحي للمريض في استرجاع المريض وتفهم ايضاحات الطبيب.

وقد أضاف (Wright et al. 1996) عمقاً جديداً إلى فهمنا لمنظور المريض. ففي كتابهم حول المعتقدات في الرعاية الصحية، فإنهم يشنون نقطة ماذا يعتقد المرضى حول معاناتهم: العلاج، الأسباب، المآل، دور الصحة في حياتهم، العلاقة بين الحياة الروحية والصحة - لها تأثير في كيفية تعاملهم مع معاناتهم وأهميته أكبر من أي عامل آخر. كما استكشف المؤلفون الدور الايجابي الذي يستطيع أن يلعبه الأطباء في التفهم والبناء والتأثير في المعتقدات. وهذه الأهداف التي يستند إليها الطب الروائي «narrative-based medicine» (Launer 2002; Haidet and Paterniti 2003). وفي هذا الأنموذج، يشجع الأطباء المرضى أن يرووا معاناتهم باتباع أساليب الأسئلة التي يستخدمها المعالجون الاسريون «family therapists». وإن اللغة التي يستعملها كل من المريض والطبيب خلال المقابلة هي الأساس لمساعدة المريض «لتغيير روايته» لكي يحصل الشفاء.

وللحصول على رؤية اضافية عن طبيعة الاستخراج الدقيق لمنظور المريض وقيمه، فإننا نشجع الأطباء على الاطلاع على بعض روايات المرضى التي نشرها حول تجاربهم في الرعاية الصحية. فضلاً عن دراسات الباحثين التي جمعت وحللت روايات الآخرين. وتستحق كلا النوعين من الاديبيات الاستكشاف.

وهواحسه وتوقعاته وتشجيعه على التعبير عن مشاعره وأفكاره. وسنستكشف المهارات العملية الضرورية لتكملة عملية جمع المعلومات.

ما البيّنات التي تدعم استكشاف منظور المريض لمعاناته؟

What is the evidence to support exploration of the patient's perspective of their illness?

تعمقنا في بداية الفصل في نموذج المرض - المعاناة وأهمية استكشاف أطر الطبيب والمريض خلال المقابلة. ونحن الآن بصدد تفحص البيّنات التي تبرهن على أهمية تفهم منظور المريض لمعاناته. ويتضمن منظور المريض أو إطار معاناته ما يأتي:

- آراء المريض ومعتقداته حول المسببات أو تأثير المعاناة، وما الذي يؤثر أو يسهم فيها.
- الهواجس: القلق حول ما يمكن أن تعنيه الأعراض.
- التوقعات: الآمال المعقودة على كيفية مساعدة الطبيب له.
- الأفكار والمشاعر: الانفعالات والأفكار التي تحدثها المعاناة.
- التأثير في الحياة: تأثير المعاناة في حياة المريض اليومية.

دراسات أنثروبولوجية وثقافية مشتركة

Anthropological and cross-cultural studies

إن الكثير من المفاهيم التي ساعدت على تكوين نموذج المرض - المعاناة جاءت بالأصل من دراسات أنثروبولوجية وثقافية مشتركة. وجمعت ورقة المراجعة المؤثرة التي اعدها (Kleinman et al. 1978) الدروس المستفادة من دراسات انثروبولوجية نوعية متعددة. وبيّن كيف يمكن تطبيق نتائج العمل في المقابلات الطبية اليومية.

وكشف الباحثون كيف يستمد الإطار التوضيحي لمعاناة المرضى شكله الثقافي. وتأثير المعتقدات الاجتماعية والثقافية والروحية على إدراك الناس لأعراضهم وتوقعاتهم حول معاناتهم وسلوكهم عند طلب المساعدة من عائلاتهم واصدقائهم والمهنيين. وتحكم القواعد الثقافية السلوك المرضي وتختلف الثقافات المتعددة اختلافاً كبيراً في تعريف الاضطراب «Disorder» في المجتمع وكيف يمكن للفرد التعامل معه. كما توجد هذه الاختلافات في الثقافة الواحدة على مستوى الطبقات الاجتماعية والأطر العائلية.

وليست معتقدات المريض التي تُحدد ثقافياً فقط وإنما معتقدات الطبيب أيضاً! وحتى ضمن الممارسة الطبية الغربية الحديثة توجد فوارق ثقافية كبيرة تحدد ما الذي ينبغي إدراكه على أنه «واقع سريري clinical reality». وقد لاحظنا جميعاً الاختلاف بين التوضيح العلاجي الذي تلقاه المرضى الغربيين من أطباء من مختلف أرجاء العالم خلال قضاء احازاتهم في الخارج. كما أن المنظور الطبي الإحيائي هو الآخر مبعاً بقيم ثقافية محددة وليست موضوعية كما نلظ غالباً.

ودرس (Kleinman et al. 1978) نماذج من الأطر التوضيحية المتباينة للمعاناة لدى مجموعات عرقية صغيرة تعيش في الولايات المتحدة. فمثلاً يختلف فهم الجاليتين الصينية والغواتيمالية للمعاناة اختلافاً بيناً عن المنظور الطبي الإحيائي لإطبائهم الذين تدرّبوا في الولايات المتحدة. فغالباً لا تستجيب الأقليات للمعاناة التي يتوقعها اختصاصيوهم ومستشاروهم. وفي الثقافة الصينية مثلاً، يعد المرض العقلي وصمة كبيرة، والاضطرابات النفسية الصغرى، عادة ما يُعبر عنها بأعراض بدنية «Somatization». ثم شرع المؤلفون بعد ذلك باستكشاف الاختلافات الأساسية بين النماذج التوضيحية للطبيب والمريض ضمن الثقافة الواحدة.

التي محورها المريض منحوا اهتماماً أكبر لعملية المقابلة مما أعطوه للرعاية الوقائية، والتزموا بها، وبنبغي عليهم أن لا يفقدوا التركيز على تدبير المرض. وربما كان التداخل التدريبي في هذا البحث غير كافٍ لتنمية قدرات المتدربين لاعتبار منظور الطبيب والمريض معاً في كل مقابلة. وكما قلنا سابقاً، أن الطريقة التي محورها المريض توسع من خطة الطبيب وأن لا تكون بديلاً عنها، وأن تأخذ بالحسبان المرض والمعاناة معاً. أن القدرة على النظر فيهما في وقت واحد هي إحدى المهارات التي ينبغي أن يتبناها الممارسون عندما يدلون أسلوبهم بآخراً أكثر تركيزاً على محور المريض في المقابلة الطبية (Roter 2000). وبين Stewart et al. (2000a) بأن الاتصال الذي محوره المريض في مقابلات الرعاية الصحية الأولية يقيم على أساس إدراك المرضى لمحورته ومقترناً بشفاء أفضل من الاضطرابات والهواجس مع صحة نفسية أحسن بعد انقضاء شهرين مع عدد أقل من الفحوص التشخيصية والاحالات - إلى المراكز التخصصية.

دراسات القناعة والمطواعة

Satisfaction and compliance studies

توثق دراسات كثيرة العلاقة بين طريقة محورية المريض وقناعاته ومطواعته (التزام المريض بتوصيات الطبيب). وأول من تصدى للتفاعل بين الطبيب والمريض ((Korsch et al. (1968) and Francis et al. (1969) في دراساتهم الإبداعية لـ (800) مقابلة طبية في العيادة الخارجية لطب الأطفال في لوس انجلس باتباع طريقة دقيقة. وبينوا انخفاض القناعة والمطواعة عند:

- فقدان الدفء والشعور الودّي.
- الاخفاق في شمول الهواجس والتوقعات في الاعتبار.
- استعمال لغة غير مفهومة (رطانة: مصطلحات طبية).
- انعدام التفسيرات الواضحة عند التشخيص وبيان الأسباب.

وبيت كورش وجماعتها «Korsch et al.» بأن توقعات الأمهات لم تستخرج في الغالب من أطباء الأطفال. وقد ذُكرت (24٪) من هواجس الأمهات الرئيسية فقط. وإن قلة انتباه الأمهات كان يعبر بالقلق والترقب، الأمر الذي أدى بهن إلى الانصراف عن المقابلة الطبية واعطاء معلومات إضافية قليلة. ومن ناحية أخرى، عندما بُليت الاحتياجات التي تراها الأمهات عاجلة ظهروا أكثر اهتماماً وتعاوناً مع أفكار الأطباء وخططهم. وأن معدل وقوع عدم القناعة ظهرت بنسبة كبيرة في مقابلات المتابعة كانت في تلك المقابلات التي لم تحظ خلالها بالتوقعات والهواجس بالاهتمام وحينما لم يصرف مزيداً من الوقت عندما يُكشف عن التوقعات.

كما بين (Joos et al. (1993) and Kravitz et al. (1994) أن جميع المرضى الذين يعانون من أمراض مستديمة والمراجعون للعيادة الخارجية للطب الباطني يبدون أكثر قناعة إذا ما بُليت توقعاتهم الأولية خلال المقابلة. بينما لم تلب رغبات المرضى في الحصول على معلومات إضافية حول مرضهم أو علاجهم أو طلب مساعدتهم في انفعالاتهم ومشكلاتهم العائلية. وأظهر (Bell et al. (2002) عدم قناعة المرضى المراجعين للعيادات الخارجية لطب الأسرة والباطنية والقلبية عن المقابلة الطبية حينما لم يعبروا عن رغبتهم، ولم يطرأ على أعراضه سوى قليلاً من التحسن.

وقام أيزنتال ولازار بسلسلة من دراسات أصيلة على أسلوب المستهلك «Customer approach» في عيادة الطب النفسي (Lazare et al. 1975; Eisenthal and Lazare 1976; Eisenthal et al. 1979). حيث درسوا توقعات المرضى بصورة شاملة. ورُكزوا على «كيف يأمل المريض في المساعدة المحتملة من الطبيب» وعرض شكواهم الأولى. وبينوا بوضوح: غالباً ما تكون آمال المرضى غير واضحة من خلال

ويُعمق النظر لقصص المرضى المكتوبة من وجهة نظرهم فهم الأطباء لمنظور المريض والدور المهم الذي يلعبه في الرعاية الصحية والشفاء. ويزود الكتاب المنهجي الذي نشره (Geist-Martin et al. 2003) الأطباء بأمثلة مهمة ومفيدة لنوعي العاملين المذكورين آنفاً.

دراسات النتائج

Outcome studies

ما البيّنات التي نمتلكها على أن استخراج منظور المريض الخاص حول معاناته يؤثر فعلاً في نتيجة المرض؟

قامت «مجموعة دراسة الصداع» في جامعة أونتاريو الغربية (1986) بدراسة قبلية «prospective study» لمدة سنة واحدة على (272) مريضاً يعانون حديثاً من الصداع في مجال طب الأسرة. وكان هدف الدراسة وصف التاريخ الطبيعي للصداع في الرعاية الصحية الأولية، وتقييم أهمية المتغيرات المحتملة في الشفاء منه بعد سنة. ودرست المجموعة متغيرات كثيرة ومتنوعة ومنها: تشخيص الطبيب، التشخيص العضوي والوظيفي، وجود أعراض معينة، العلاج، الفحوصات، الاحالة، العمر، الجنس، المشكلات النفسية الاجتماعية. وتبين أن العلاج والفحوص والاحالة ليس لها تأثير في زوال الأعراض بعد سنة. وكان العامل الأهم من جميع المتغيرات المحتملة هو إدراك المريض بأنه استطاع أن يناقش الصداع والمشكلات المحيطة به منذ المقابلة الأولى (3.4) مرة أكثر رجحاناً لزوال الصداع كاملاً. وكان أهم عاملين آخرين هما: التشخيص العضوي (3.2) وانعدام الأعراض البصرية (2.2). وبين البحث بوضوح أهمية الاتصال بين الطبيب والمريض على نتائج الصداع المستديم. وفي الحقيقة، أن البحث رفع شأن الاتصال إلى مستوى الاجراءات، حيث نستطيع البدء بالتحدث عن الاتصال كخيار علاجي يستطيع أي طبيب أن يستعمله.

وأظهر (Orth et al. 1987) أن تخفيض ضغط الدم لدى المصابين بفرط الضغط «Hypertension» من المرضى أكبر عند الذين كان يسمح لهم في أثناء المقابلة التعبير عن هواجسهم الصحية بعبارةهم الخاصة ومن دون مقاطعة مقارنة بالذين يسمح لهم الأجابة عن الأسئلة بنعم أو لا فقط.

ودرس (Brody and Miller 1986) الشفاء لدى المرضى المصابين بجمخ المجاري التنفسية العليا المراجعين العيادات الخارجية من دون موعد مسبق «Walk in clinic» في المستشفيات. ففي الوقت الذي كان فيه نوع العرض وشدته ومستوى المخاوف الصحية ونتائج الفحوص ونتيجة الزرع والمعالجة لم يكن لها علاقة بسرعة الشفاء، كان الشفاء ناتجاً عن خفض مستوى القلق بعد المقابلة (لاسيما خطورة المشكلة ونتائجها المستقبلية)، وقناعة المرضى بأن الوقت المستغرق لبحث هواجسهم لم يذهب هدراً.

وأظهر (Roter et al. 1995) في دراسة مقارنة عشوائية «Randomized controlled trial» بأن أطباء الرعاية الصحية الأولية المتدربين على مهارات تحديد المشكلات والتعامل مع الانفعالات «التي تضمنت كثيراً من المهارات لاستكشاف إطار المعاناة» لم تحسن التحري عن المشكلات النفسية الاجتماعية وتبديرها حسب وإنما أدت إلى تقليل التوتر الانفعالي لدى المرضى لمدة ستة أشهر تقريباً.

واستعمل (Kinmonth et al. 1998) دراسة المقارنة العشوائية لتقييم التدريب الإضافي للممرضات والأطباء الممارسين على الرعاية التي محورها المريض في الرعاية الصحية الأولية في المملكة المتحدة لموضوع نمط الحياة والوضع النفسي والوظيفي للآباء المصابين بداء السكري النوع الثاني المكتشف حديثاً. ووجدوا أن المرضى أظهروا اتصالاً أفضل بأطبائهم ورضى أكبر عن علاجهم وعافيتهم. وكما أن الاختلاف في نمط الحياة والسيطرة على مستوى سكر الدم لم تكن ذات اعتبار مهم. بينما قياس دليل كتلة الجسم «body mass index» وتركيز الشحوم الثلاثية «triglyceride» كانا معتبرين بدرجة عالية، في حين احتل مقياس معرفة المرضى درجات أوطأ. واعتقد الباحثون أن الممارسين المتدربين على المقابلة

وأظهرت دراسة (Arborelius and Bremberg 1992) على الممارسة العامة بأن المقابلات الطبية الناجحة التي قيّمها كلاً من الطبيب والمريض بصورة ايجابية، تلك التي تتسم بالجهود المبذولة من أجل بلورة أفكار المريض وهو يحس مع بذل مزيدٍ من الوقت للفهم المشترك واشترك المريض في تدبير حالته المرضية.

وأظهرت دراسة (Kinnersley et al. 1999) على المرضى المراجعين الجدد للممارسة العمومية، ترتبط قناعتهم بشكل إيجابي واحصائي وثيق بنمط المقابلة لاسيما المقابلة التي محورها المريض. وبيّنت دراسة (Little et al. 2001b) عن تعبير المرضى لاستحسانهم الكبير لأسلوب محورية المريض ولو لم يتلقوا ذلك لكنوا أقل رضاً وقابلية - على تدبير معاناتهم-.

ودرس (Abdel-Tawab and Roter 2002) جدوى نماذج الاتصال التي محورها المريض وقبولها ومدى فاعليتها في (31) عيادة تنظيم الأسرة في مصر. سجلت صوتياً المقابلات التي اجراها (34) طبيباً لـ (112) مريضاً طالبوا بتحديد النسل. وحللت لمعرفة أسلوب الأطباء في الاتصال. ووجدوا أن ثلثي المقابلات كان محورها الطبيب والثلث الباقي كان محورها المريض. وارتبطت المقابلات التي محورها المريض بقناعة المرضى بزيادة مقدارها ثلاثة أضعاف ومواظبتهم على طريقة تحديد النسل على مدى سبعة شهور. وتشير النتائج إلى أن مصر أسوة بالدول المتقدمة تظهر مقابلات محورية المريض عن قناعة المرضى ونتائج سريرية أفضل من المقابلات التي محورها الطبيب.

دراسات الفهم والاسترجاع

Understanding and recall studies

بيّن البحث الذي اجراه (Tuckett et al. 1985) حول اعطاء المعلومات الذي سنبحنه تفصيلاً في الفصل السادس أهمية استنباط أفكار المريض ومعتقداته عن معاناته لتمكنه من فهم المعلومات التي زوده الطبيب بها واسترجاعها. وقد أعاق جهود المؤلفين ندرة الأمثلة التي استطاعوا العثور عليها من مقابلات الأطباء الذين ادلى مرضاهم بأفكارهم بصورة طوعية أو طلب الأطباء توضيح أفكار مرضاهم التي تظهر ذاتياً من دون مؤثر خارجي. وغالباً ما يتجنب الأطباء أفكار مرضاهم ويحولون دون التعبير عنها ايجابياً. وأدى هذا السلوك إلى زيادة احتمال الفشل في الفهم والاسترجاع. وبالمقابل يتعزز الفهم والاسترجاع عندما يكون المريض محور المقابلة. كما يتعزز إدراك الأطباء أيضاً بالمقابلات التي محورها المريض.

وبيّنت دراسة (Peppiatt 1992) على الف مقابلية لطبية لأطباء الأسرة أن (77٪) من المرضى قد وضخوا سبب معاناتهم ذاتياً أو حينما طلب منهم ذلك استجابوا له. وساعدت أفكار المريض في اكتشاف (20٪) عن المسبب لاعراضهم، في حين أن (9٪) من المرضى مكّنوا الطبيب من التشخيص فعلاً.

هل تستغرق مقابلات محورية المريض وقتاً أطول؟

Are patient-centred interviews longer?

نظر (Stewart 1985) في (133) مقابلة رعاية صحية أولية وقارن بين درجة محورية المريض مع طول مدة المقابلة. واستنتج معدل مدة المقابلة التي فيها محورية المريض ضعيفة ومتوسطة وعالية كانت (7.8، 10.9، 8.5 دقيقة) على التوالي. ولخص ستيوارت بأن الأطباء توقّعوا في أثناء تعلمهم مهارات محورية المريض بأنهم سيستغرقون وقتاً أطول. في حين أن الأطباء الذين اتقنوا أسلوب محورية المريض سيستغرقون وقتاً اضافياً قليلاً مقارنة بالأطباء الذين لم يستخدموه.

ولم يلحظ (Roter et al. 1995) أية زيادة في وقت المقابلات في الرعاية الصحية الأولية بعد التدريب على مهارات تحديد المشكلة وتدبير الانفعالات.

الشكوى الرئيسية، وأن الأطباء لا يستفسرون عن آمال المرضى روتينياً. وأظهرت بحوثهم: إذا سأل الأطباء عن توقعات المرضى، فإن المرضى يشعرون بالقناعة ومساعدة الأطباء لهم باحتمال أكبر ويزداد التزامهم بالخطة العلاجية المناقشة. وبأهمية البالغة، بيّن بحثهم أن القناعة المتزايدة لم ترتبط بتلبية الطلب الذي قدمه المرضى، وهذه النتيجة تسترعي الانتباه. بينما أظهر عمل كورش وجوس، أن العلاقة بين الآمال والقناعة متعلقة بتلبية الطلب وليس استنباطه فقط. وربما لا يبدو هذا مدهشاً، فإن المرضى يكونون سعداء إذا ما لبيت طلباتهم. والمسألة التي عرضتها كورش وتركت تنتظر جواباً، لو أن التوقعات اكتشفت وجرى بحثها إلا أنها لم تتحقق في الواقع؟ في الحقيقة، هل كان التوقع المستكشف الذي لا يجد حلاً يعد عاملاً لعدم قناعة؟ أم إن عملية الاستكشاف ومناقشة التوقع عامل مساعد بنفسه؟

وبيّن ايزنثال ولازار أن استكشاف التوقع ومناقشته ذو قيمة بنفسه، كما أن خطة العلاج المستندة إلى تفهم توقعات المريض تكون عاملاً مساعداً أيضاً. وبعبارة أخرى، أن المسألة هي ليست تفضيل المريض للمضادات الحيوية لعلاج السعال والتماشي مع رغبته. ولكن المسألة هي توضيح موقف الطبيب ازاء وجهات نظر المريض. وهذا يتواءم مع خطة الثلاث مراحل لاستكشاف المعتقدات المذكورة آنفاً. واعتماداً على إدراك الأطباء لمواقفهم ذات العلاقة والسعي للتوصل إلى اساس مشترك للفهم هو الهدف النهائي.

وحدد (Britten et al. 2000) أربعة عشر صنفاً من سوء الفهم المتعلق بمعلومات المريض التي لم يتمكن الطبيب من معرفتها، ومعلومات الطبيب غير المعروفة من المريض، والمعلومات المتضاربة، وعدم الاتفاق على أسباب الأعراض الجانبية، الاخفاق في الاتصال حول قرار الطبيب، وعوامل العلاقة بين الجانبين. وتشترك جميع حالات سوء الفهم بعدم اسهام المريض بالمقابلة الطبية: تعبير المريض اللفظي عن توقعاته أو إبداء ردود الفعل تجاه قرارات الطبيب واجراءاته. وتشترك جميعها بنتائج سلبية كاملة أو واقعية، مثل: عدم الالتزام بالعلاج. وبدء عدم إدراك الأطباء لأهمية أفكار المرضى عن الادوية لأجل وصف الدواء الناجع. ومن ناحية أخرى، وفي دراسة على المرضى غير المواظبين على تناول أدويتهم ولا يسيطرون على حالاتهم السريرية، فقد بيّن (Dowell et al. 2002) في مقابلات مطولة استخدموا فيها استكشاف أفكار المريض المنهجية بشأن معاناتهم وأدويتهم، وبحثوا في الفهم والقبول ومستوى السيطرة الشخصية والمحفزات خاصة. وأدت إلى تحسن أربعة عشر مريضاً من مجموع (24) مريض من ناحية السيطرة السريرية على أمراضهم واستعمال الأدوية لمدة ثلاثة أشهر بعد اجراء المقابلة الطبية.

وفي دراسة عشوائية مفتوحة «Open randomised trial» على تدبير التهاب البلعوم في مجال الرعاية الصحية بيّن (Little et al. 1997) أن القناعة بالمقابلة الطبية أنبأت عن مدة المعاناة وارتبطت بحسن تعامل الطبيب الوثيق بهواجس المريض.

وسجل (Stewart 1984) مقابلة على أشرطة صوتية في الرعاية الصحية الأولية وحلل سلوك الأطباء ليحدد إلى أي مدى كان المريض محور المقابلة فيما يتعلق بالسعي لاكتشاف منظور المريض ومساعدته للتعبير عن نفسه وتشجيعه لطرح الأسئلة. وجرى لقاء المرضى بعد عشرة أيام من المقابلة في بيوتهم. وبيّن ستيوارت التكرار العالي والمستويات الرفيعة لقناعة المرضى ومطاوعتهم للسلوك الذي كان محوره المريض.

وتوسع (Henbest and Stewart 1990a, 1990b) في العمل لاستنباط أداة محددة لقياس الدرجة التي يسمح بها الأطباء للمرضى للتعبير عن مشاعرهم وأفكارهم وآمالهم. وقيست محورية المريض في الدراسة بواسطة الترابط بين الأسئلة المفتوحة النهايات والعبارة التيسيرية والطلبات المحددة لمعرفة آمال المرضى وأفكارهم ومشاعرهم. وتبيّن أن محورية المريض كانت ترتبط بدرجة كبيرة بتأكيد الطبيب وتحققه عن سبب زيارة المريض ومعالجة هواجسه.

شجعهم (7٪) من أطباؤهم فقط وطلبوا التوسع بطريقة فاعلة. وانصت (13٪) منهم بسلبية ولم ينصت (81٪) لم أو قاطعوا مرضاهم بتقصده. وأن نصف آراء المرضى كان يُعبر عنها بشكل ضمني بدلاً عن العلني. مع العلم أن الإشارات العلنية يمكن أن تلتقط بسهولة على عكس الإشارات الضمنية. وخلاصة القول هنا، أن المرضى يرسلون إشارات ولكن مع الأسف الشديد يتجاهلها الأطباء. وأظهر باتو وجماعته (2002) Butow et al. أن الأطباء يلتقطون معظم الإشارات التي تتضمن «معلومات» ويستجيبون لها بشكل فاعل ولكن نراهم أقل ملاحظةً وقدرة على التعامل مع الإشارات التي تلمس العون العاطفي. كما يبتنوا إمكانية التعامل مع الإشارات كذلك من دون اطالة مدة المقابلة أو زيادة قلق المريض.

ولقد سبق وأن وصفنا عمل كوكس وجماعته (Cox et al. 1981a, 1981b; Rutter and Cox 1981) الذين يبتنوا أن الأسئلة المفتوحة والانصات الفاعل كانا ييسران التعبير عن العواطف وجمع المعلومات الحساسة المصحوبة بعواطف جياشة. فلو خلق الطبيب جواً من الأهتمام والانفتاح فإن كثيراً من مشاعر المرضى وأفكارهم ستظهر على شكل إشارات في مرحلة الانصات الفاعل، ولكانت عملية التقاط الإشارات طبيعية ومن ثم الامعان في استكشاف الإشارات أسير نسبياً. وعندها يُشعر الطبيب المريض براحة أكثر من توجيه الأسئلة العفوية المباشرة. ومن الممتع، وجد (Del Piccolo et al. 2000) أن نسبة الإشارات التي يعطيها المرضى الذين يعانون من اضطراب عاطفي في مقابلات الرعاية الصحية الأولية ترتبط بالسلوك اللفظي للأطباء الممارسين وتزداد بزيادة الأسئلة النفسية والاجتماعية المغلقة وتتضاءل باستخدام تقنيات المقابلة الفاعلة مثل الأسئلة المفتوحة والاستجابة العاطفية. ويفترض المؤلفون بأن تقنيات المقابلة التي محورها المريض تجعل المريض يسرد قصته مباشرة من دون الحاجة إلى إشارات خفية. وينبغي التأكيد على أن الإشارات لا تظهر ظهوراً لفظياً فقط وإنما للإشارات غير اللفظية مثل لغة الجسم والكلام وتعابير الوجه أهمية بارزة كذلك. ولضمان تفسير دقيق للسلوك غير اللفظي، ينبغي المراقبة المتأنية والتمحيص الدقيق مع المريض لفهمها.

ولكن لماذا يخفق الأطباء مراراً وتكراراً بالاستجابة للإشارات؟ يعود ذلك جزئياً إلى موضوع السيطرة على المقابلة. إذ توارث الأطباء السيطرة التقليدية على المقابلة باستعمال الأسئلة المغلقة التي تحد من مشاركة المرضى وتجعلهم أكثر سلبيّة. وعندما يلتقط الأطباء إشارات المرضى ربما يشعرون وكأنهم سيخربون عن الخطة المعدة مسبقاً للطيران وهم غير واثقين إلى أين ستكون وجهتهم، ويبدأ الشعور بفقدان السيطرة. وقد تحين لحظة حرجة تسهل على الطبيب أن يخطو خطوة جانبية والعودة إلى الخطة المعدة ثانية الأكثر أمناً (Epstein et al. 1998). ومن المفارقة، أن الإشارات ما هي الا اختصار للطريق والوصول إلى مجالات مهمة تتطلب من الأطباء التنبيه إليها واعارتها ما يلزم من الاهتمام.

وقد يفشل الأطباء في التقاط إشارات المعاناة لأنهم يفضلون أن يلتقطوا إشارات المرض بدلاً منها، فلو قال المريض: كان الوضع صعباً في البيت، وازدادت آلامي باطراد مؤخراً. فمن السهل أن يلتقط الطبيب إشارات المرض ويقول له: أخبرني عن آلامك، من دون الرجوع لمشكلات البيت، ويقول: لقد قلت أن الاضاع كانت صعبة في البيت. واكتشف روجر وتود (2000) Rogers and Todd اكتشافاً رائعاً، أن اختصاصيي الاورام فضلوا الانصات لإشارات المرض واستجابوا لها دون غيرها وكانوا يتجاهلون إشارات المرضى بشأن الألم إلا إذا كانت من «النوع الصحيح» من الألم، أي الألم الذي يستجيب للعلاج السرطاني. أما الآلام الأخرى فلم يعترفوا بها أو يستبعدوها.

ويبين Levinson and Roter (1995) بأن الأطباء الذين لديهم مواقف أكثر ايجابية تجاه الجوانب النفسية استعملوا عند رعاية المرضى مهارات اتصال أكثر ملائمة ونتيجة لذلك حصل مزيد من النقاش النفسي. ودخل المرضى شركاء في رعايتهم الصحية لمعاناتهم. ومع ذلك لم تستغرق مقابلات هؤلاء الأطباء زمناً أطول من الذين كانت مواقفهم أقل ايجابية.

ووجد Roter et al. (1997) خمس أنماط اتصالية في مقابلات الرعاية الصحية الأولية في الولايات المتحدة:

- 1 الطبية الإحيائية الضيقة (narrowly biomedical)، وتمتاز بأسئلة طبية مغلقة وحوار طبي احيائي.
- 2 الطبية الإحيائية الواسعة (expanded biomedical)، الشبيهة بالضيقة مع مستويات متوسطة من المناقشة النفسية الاجتماعية.
- 3 الإحيائية النفسية الاجتماعية (biopsychosocial)، التي تعكس التوازن بين الموضوعات النفسية والاجتماعية والإحيائية الطبية.
- 4 النفسية الاجتماعية (psychosocial)، التي تتميز بالتبادل النفسي الاجتماعي.
- 5 الاستهلاكية (consumerist)، التي تتميز بأسئلة المريض وتقديم الطبيب للمعلومات.

ولم يجدوا أي بيّنة تدل على أن مقابلات محورية المريض تستغرق وقتاً أطول من الطبية الإحيائية الضيقة. ووجد (Levinson et al. 2000) في المقابلات التي تجري في الرعاية الصحية الأولية والعيادات الجراحية، حينما تضيع فرص التقاط إشارات المرضى العاطفية تطول مدتها مقارنة بالمقابلات التي تلتقط فيها ويستجيب الأطباء لها.

وفي دراسة عبدالنواب وروتر التي سبق ذكرها، استغرقت المقابلات التي محورها المريض دقيقة واحدة فقط عن المقابلات التي محورها الطبيب على الرغم من تحسينها من قناعة المرضى وزيادة التزام المرضى بالعلاج لدرجة ملحوظة.

كيف تكتشف منظور المريض؟

How to discover the patient's perspective?

خلال المقابلة توجد طريقتان للكشف عن منظور المريض وهما: السؤال المباشر عن أفكار المريض وهو احسه وآماله ومشاعره أو عن طريق التقاط الإشارات التي تصدر من المريض.

ويبين Maguire et al. (1996a) قيمة كلا التقنيتين. وكشف مرضى السرطان عن المزيد من مخاوفهم الشديدة ومشاعرهم حينما سألهم اطباؤهم عن الجوانب النفسية مثل: «بماذا جعلك ذلك تشعر...؟» بدلاً من تركيزهم على الجانب البدني «Physical Aspect» من مرضهم فقط. وكشفوا كذلك عن مخاوفهم بصورة أكبر حينما وضع الأطباء الإشارات النفسية على وجه الخصوص: «تقول أنك قلق حول...؟» ومما يمكن التنبؤ به: استعمال الأسئلة المفتوحة والتلخيص وعبارة التعاطف التي تشجع على الكشف عن الهواجس.

التقاط الإشارات والتحقق منها

Picking up and checking out cues

يحرص المرضى على اخبار الأطباء عن أفكارهم ومشاعرهم. وفي البحث الذي قام به Tuckett et al. (1985) كان (26٪) من المرضى يقدمون شرحاً شريحاً أنياً لأعراضهم على الأطباء. وحينما عبر المرضى عن أفكارهم،

المستطيل 3.2 أمثلة على التقاط الإشارات اللفظية وغير اللفظية

تكرار التلميح

- «منزعج...؟»
- «يمكن عمل شيء ما...؟»

التقاط الإشارات اللفظية وتدقيقها

- «قلت بأنك قلق، لأن الألم قد يشير إلى أمر خطير.. ما هي الافتراضات التي ساورتك حول ما عسى أن يكون ذلك؟»
- «لقد ذكرت بأن والدتك كانت تعاني من التهاب المفاصل الرثوي، فهل تظن أن هذا هو ما يحصل لك الآن؟»

التقاط الإشارات غير اللفظية

- «أشعر أنك غير راض تماماً عن التفسيرات التي اعطيتها لك سابقاً، أليس هذا صحيحاً؟»
- «هل أنا على صواب حينما أظن أنك منزعج للغاية حول معاناة أبتك؟»

الاستفسار بصورة محددة حول منظور معاناة المريض

Asking specifically about the patient's illness perspective

على الرغم من أن التقاط إشارات المريض قد يكون سهلاً إلا أن الاستفسارات حول المعاناة تبقى مهمة ضرورية (Platt et al. 2001). ويبيّن Lang et al. (2002) في مجال طب الأسرة، إن الاستجابة لمنظور المريض كانت كما يأتي: أظهر (44٪) من المرضى هواجس كبيرة ما كان بالإمكان الكشف عنها بوسيلة أخرى. وكانت فناعة المرضى الجدد أكبر عند استعمال تلك الأسئلة المتوالية مقارنة بعدم استعمالها. بينما أظهر عمل توكت أن (6٪) من الأطباء يسألون المرضى مباشرة عن أفكارهم حول معاناتهم. وتحتاج الأسئلة المباشرة إلى توقيت دقيق وانتقال محسوب والأهتمام بالتعبير التفصيلي. وقد بيّن Bass and Cohen (1982) في مجال طب الاطفال، حينما يسأل آباء الاطفال بعبارة «ما الذي يقلقك حول هذه المشكلة؟» أجاب معظم الآباء: «لست قلقاً» في حين أن عبارة: «ما الذي يجلب اهتمامك في هذه المشكلة؟» أجاب ثلث الآباء وعبروا عن هواجس لم تكن تدرك بطرق أخرى سابقاً.

المستطيل 3.3 أمثلة عن التعابير المختلفة المرغوبة عند توجيه الأسئلة حول أفكار المريض

الأفكار (المعتقدات)

- «أخبرني عما يجول بخاطرك عن سبب ال...»
- «ما هي ظنونك عما يجري حالياً؟»
- «هل لديك أية فكرة حول مرضك؟»
- «هل لديك أية مؤشرات؟ أية افتراضات؟»
- «من الواضح أن الامر يشغل ذهنك، ومن المفيد أن اعرف ما يراودك عن الموضوع؟»

الهواجس

- «ما الذي يجعلك قلقاً؟»
- «هل هناك أمر ما يجعلك متخوفاً مما سيحصل؟»
- «ما أسوأ أمر تفكر به؟»
- «في اصعب اللحظات التي مررت بها...؟»

التوقعات (الآمال)

- «ماذا تتوقع بوسعنا عمله أزاء هذا الأمر؟»
- «ما الخطة التي تظن هي الأفضل للعمل بها؟»
- «كيف يمكنني أن اساعدك على أفضل وجه؟»
- «من الواضح أنك فكرت في الأمر، ما هي أفضل طريقة لمعالجة هذا الأمر كما تظن؟»

المشاعر

Feelings

يجد عدد من الأطباء الدخول إلى عالم مشاعر المرضى صعباً. كما أن المشاعر لا تستقصى طبيعياً ولا تتواءم مع أهداف الأساليب السريرية التقليدية وغالباً ما تعلمنا تجنبها في الكليات الطبية. وقد تكون الموضوعية غير المنفعلة جذابة، ولكن غالباً ما يكون التعامل مع المشاعر مؤلماً للطبيب والمريض معاً. ويخشى الأطباء فتح «الصندوق الأسود Pandora's box»، لمشاعر المريض وانفعالاته. وللمقارنة، يشجع المشاورون الآخرون والمعالجون من مهن أخرى هذا المجال ويستكشفونه باستفاضة! وسجل Maguire et al. (1996b) أن الأطباء يستعملون ثلاثة سلوكيات مثبطة مقابل كل سلوك تشجيعي. لذلك من المهم عملياً وعي مهارات عملية لاكتشاف مشاعر المريض والاستجابة لها (أنظر المستطيل 3.4).

التأثير في الحياة

Effect on life

إن السؤال المفتوح حول كيف أثرت معاناة المريض أو اعراضه على حياته مدخل ممتاز في منظور المريض للمشكلة. وعملياً وغالباً ما يؤدي ذلك إلى حديث مفتوح عن أفكار المريض ومشاعره.

وضع مهارات صياغة جمع المعلومات سوياً

PUTTING THE PROCESS SKILLS OF INFORMATION GATHERING TOGETHER

استكشفتنا حتى الآن مهارات صياغة جمع المعلومات الفردية. ولكن كيف لنا أن نوظفها مجتمعة لمناقشة الطريق الذي نسلكه في هذا الجزء من المقابلة؟ وكيف لها أن تستعمل لاكتشاف محتوى المعلومات بفاعلية كبيرة:

- المنظور الطبي الإحيائي.
- منظور المريض.
- المعلومات الأساسية.

وهنا نعرض أسلوباً عملياً واحداً فقط لجمع مهارات الصياغة التي يستعملها الطبيب في الممارسة اليومية بعد الانتهاء من افتتاح المقابلة وتحديد قائمة مشكلات المريض. وينبغي ملاحظة أن هذا هو طريق واحد من عدة طرق يمكن فيها جمع المهارات. وأن المبدأ الرئيس هو المرونة والحيوية «الدينامية» والاستجابة لإشارات المرضى والاجابة أينما نتقدم.

استكشاف مشكلات المريض الطبية الإحيائية ومنظوره

Exploration of both the biomedical perspective and the patient's perspective

تسلسل الحوادث

شجع المريض على رواية معاناته، واستعمل تقنية الأسئلة المفتوحة أنصت بانتباه.
شجع.
استعمل الأسئلة المفتوحة الموجهة أكثر.
وضح واضبط التوقيتات
التقط التلميحات اللفظية وغير اللفظية الخاصة بالمرض والمعاناة.
لخص المنظور الطبي الإحيائي ومنظور المريض.
انتقل إلى:

المستطيل 3.4، مهارات اكتشاف مشاعر المريض والاستجابة لها

التقاط الإشارات اللفظية والتحقق منها

- «قلت أنك تعيس، هل يمكن أن تخبرني أكثر عن شعورك هذا؟»

اعادة الإشارات اللفظية

- «متزعج...؟»

التقاط الإشارات غير اللفظية والاستجابة لها

- «أشعر أنك متوتر - هل من المفيد التكلم عن ذلك؟» أو تبدو حزينا، حينما تتكلم عن جون».

الأسئلة المباشرة

- «كيف تشعر حيال ذلك... الأمر؟»

استخدام القبول والتعاطف والاهتمام والإدراك للسماح للمريض أن يشعر بأن الطبيب مهتم

بمشاعره (انظر الفصل الخامس)

- «الاحظ... يجب أن يكون ذلك صعباً عليك.»

استعمل أسئلة المشاعر مبكراً لإرساء اهتمام الطبيب بالموضوع

نماذج خاصة من الأسئلة

- «هل تتذكر وقتاً شعرت به شعورك الحالي؟ ماذا حدث واقعا؟»

طلب السماح للدخول لعالم مشاعر المريض

- «هل يمكن أن تتحمل وتخبرني ما هو شعورك بالضبط؟»

كيف يمكن انهاء مناقشة المشاعر من دون الغرق في اهتمامات لولبية مع المريض

- «شكراً لاجباري عن كيف تشعر، لقد ساعدتني لفهم الموقف بصورة أفضل. هل تعتقد أنك اخبرتني بما يكفي عن مشاعرك لإدراك الأمر؟» أو «أشعر الآن أنني أدرك جزءاً من مشاعرك. اسمح لنا أن نتداول الأمر عملياً ونرى إمكانية مساعدتك؟»

كل عرض بعمق كما وصفنا ذلك مسبقاً في هذا الفصل، وطرح أسئلة مركزة هنا ضروري. ويمكن طرح أسئلة مفتوحة موجهة أولاً ثم تتطور إلى مغلقة عند الضرورة أيضاً.

هل يمكن أن تصف نوع الألم؟ هل كان ناخساً؟

كما ينبغي استكشاف منظور المريض أيضاً. كما وصفنا سابقاً، وهنا الأسئلة المفتوحة مثمرة جداً، ولكن في بعض الحالات تكون الأسئلة المغلقة مفيدة أيضاً:

«هل أنت قلق بما قد يكون؟»
«هل كان قلقك بشأن السرطان؟»

ومع تقدم المقابلة، ينبغي أن يبدأ الطبيب بصياغة الاستنتاج السريري. وستقود المهارات الإدراكية الطبيب إلى أسئلة مركزة إضافية. فمثلاً، عندما يواجه الطبيب مريضاً يعاني من ألم الصدر غير العضوي الذي لم يُذكر التوتر كعامل محتمل مساهم في الأعراض. وبعد الانصات المتأنين والاستعمال الحكيم للأسئلة المفتوحة قد يسأل الطبيب سؤالاً مغلقاً خاصاً:

«هل تعانيين من ضغوط عديدة حالياً؟»
«حسنٌ، لقد تحطم زواج ابني مؤخراً»

ينبغي الحذر من أن الأسئلة المغلقة قد تكون غير مركزة أيضاً. ومن السهل سؤال المريض سؤالاً مغلقاً غير ملائم — حينما يخطط الطبيب بسرعة، ويُفكر بجواب محتمل ويحجب عنه، يرى فرضيته غير ناضجة والسؤال غير مناسب. بدلاً من ذلك، ينبغي أن يسأل السؤال الذي كان يفكر فيه الطبيب من البداية! أي مثال جيد هذا سيكون:

ويتحير الطبيب أعلاه، ويسأل ما إذا كانت مريضته تعاني من أية ضغوط حالياً. وبدلاً من السؤال العمومي، مثل: «هل هناك أي توتر في حياتك في الوقت الحاضر؟» ولكنه يفكر ويتحير إذا ما كانت مريضته تعاني من مشكلات بيتية ويسأل، هل: الأمور جيدة مع زوجك حالياً؟ وتعلق المريضة، أن الامور جيدة. وينتقل بعدها الطبيب من دون الحصول على جواب لسؤاله الأول.

ويحتاج الطبيب بعد ذلك إلى معلومات أساسية واسعة تتضمن التاريخ المرضي القديم والتاريخ العائلي وتاريخ الأدوية المتناولة والحساسية والتاريخ الشخصي والاجتماعي. وفي هذه المرحلة، يحتاج الطبيب أن يستعمل أسئلة مباشرة باطراد حتى يصل إلى مراجعة أجهزة الجسم الكاملة التي تصبح عبارة عن قائمة تدقيق

تحليل الأعراض واحداً بعد الآخر ومراجعة الأجهزة ذات العلاقة.
أبدأ أولاً بالأسئلة المفتوحة وانتقل تدريجياً إلى الأسئلة المغلقة.
انتقل إلى:

استكشاف منظور المريض

استعمل الأسئلة المفتوحة بكثافة.
اقرار منظور المريض ومشاعره.
انتقل إلى:

اكتشاف المعلومات الأساسية

استعمل الأسئلة المباشرة بكثرة وتحرك أخيراً إلى المغلقة

منوال تقنيات الأسئلة المفتوحة إلى المغلقة

The continuum of open to closed questioning techniques

في الأسلوب المقترح اعلاه هناك استمرارية من تقنية الأسئلة المفتوحة إلى المغلقة. وتتقدم المقابلة تدريجياً من الأسئلة المفتوحة إلى الأسئلة المغلقة بعد استكشاف كل جزء من محتوى التاريخ. ومبدئياً تستخدم تقنيات الأسئلة المفتوحة لبدء الاستكشاف:

«أخبرني، منذ بداية شعورك بالمرض حتى الآن.»

وكلما تقدمت المقابلة، يحتاج الطبيب أن يكون أكثر توجيهاً، وقيادة للمريض والتوسع بمجالات خاصة في المنظور الإحيائي الطبي والمنظور الشخصي التي تبرز إلى السطح مع استمرار رواية المريض. ويمكن للطبيب أن يستعمل عبارات مفتوحة أو مركزة وأسئلة:

«أخبرني أكثر عن الألم»
«ذكرت ضيق النفس. أخبرني عنه.»
«قلت أن الألم كان مرعباً، هل يمكن أن تخبرني كيف شعرت بذلك؟»
«هل لاحظت أمراً آخر بينما كنت تعاني كل هذه المعاناة؟»
«وماذا تفعل بعد ذلك؟»

وعند استكشاف المشكلة، هناك مجالات في المنظور الإحيائي الطبي لم تبرز من ذهن المريض، وبالتقدم التدريجي من الأسئلة المفتوحة إلى المغلقة يضمن استكشاف هذه المجالات. ويحتاج الطبيب أن يستكشف

جوهرياً عن الشامل بالاختصار في المدة التي يستغرقها. وعندما يُسأل الطلبة في بداية سنواتهم السريرية عن الاختلاف بين الأسلوبين، يجيبون في التاريخ المركّز: يحذف الطبيب مرحلة الانصات الأولية وينتقل إلى الأسئلة المغلقة سريعاً. ويفترضون أن مهارات الصياغة التي ندعو لها في هذا الكتاب مثل: الانصات، والتحري، وجدول الاعمال، والتشجيع، واستعمال الأسئلة المفتوحة -إلى- المغلقة، وابرار رواية المريض، والتلخيص لا تنطبق على التاريخ المركّز.

وفي الحقيقة لا شيء يتغير. وفي الواقع أن المحتوى يتغير هنا وليس الصياغة. وأن المعلومات المستقاة تختلف عن التاريخ الشامل. لا يمكن تجاوز قائمة المشكلات والمنظور الطبي الإحيائي ومنظور المريض الحيوي. ويمكن ملاحظة بعض الاجزاء المهمة والمختارة من المعلومات الأساسية المساعدة. مثل، أن مراجعة اجهزة الجسم الشاملة لا يكتمل أبداً. وهو أسلوب أكثر انتقاءً وحكمة للمعلومات المساعدة.

محتوى المقابلة الطبية المركّزة

قائمة مشكلات المريض

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

استكشاف مشكلات المريض

المنظور الإحيائي الطبي
تسلسل الاحداث، تحليل الأعراض، مراجعة اجهزة الجسم ذات العلاقة.

منظور المريض
الأفكار، الهواجس، التوقعات، التأثير في الحياة، المشاعر

المعلومات الأساسية- السياق

التاريخ المرضي السابق
التاريخ العائلي
التاريخ الشخصي والاجتماعي والدوائي
وتاريخ الحساسية ومراجعة اجهزة الجسم الكاملة
تستقى المعلومات انتقائياً

ليس هناك حقيقة أكثر من المصادقية. والواقع أن التغير يشمل المحتوى وليس الصياغة. وفي التاريخ المركّز، أن المعلومات المستحصلة هي غير المعلومات المستحصلة في التاريخ الطبي الكامل: لا يمكن حذف قائمة المشكلات، التاريخ الطبي الإحيائي ومنظور المريض الحيوي، كما يشمل بعض المعلومات المساعدة ذات العلاقة. ولا تظهر مراجعة أجهزة الجسم الكاملة أو لم تكمل نهائياً في التاريخ المركّز. لذلك أنه يختصر المعلومات المساعدة وينتقي منها بأسلوب حكيم.

لماذا غالباً ما تبدو مهارات الصياغة في الاتصال مصيبة الانتقال من استقاء التاريخ الشامل إلى المركّز؟ وجزء من التفسير قد يكون، هناك خلط بين ماذا نعلم حول استقاء التاريخ المركّز والشامل وكيف نتوقع

من أسئلة مغلقة تقريباً. وكما رأينا من عمل كوكس وجماعته في هذا الفصل، أن معلومات مهمة يمكن أن تُفقد إذا لم يُستخدم أسلوب منهجي لاستثناء الأعراض المشاركة. وعلى الرغم من أن هذه الطريقة قد تكتشف بعض الأعراض الغائبة فقط، لكنها معلومات تشخيصية مفيدة جداً لم يكن الافتراض من دونها. علماً أن النتائج السلبية مهمة وبأهمية النتائج الايجابية.

جمع المعلومات الشاملة مقابل المركّزة

The complete vs. the focused history in information gathering

نودّ أن نؤكد أن هيكل المحتوى والصياغة الذي عرض آنفاً ينطبق على منهجي جمع المعلومات الشامل والمركّز للتاريخ الطبي.

حينما يتعلم طلبة الطب كيف يقابلون المرضى، في البدء يتعلمون كيف يستقون التاريخ المرضي الشامل الذي يستوعب جميع أوجه محتويات المقابلة الطبية كما موصوف في أدناه:

محتوى المقابلة الطبية الشاملة

قائمة مشكلات المريض

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

استكشاف مشكلات المريض

المنظور الإحيائي الطبي
تسلسل الاحداث، تحليل الأعراض، مراجعة اجهزة الجسم ذات العلاقة.

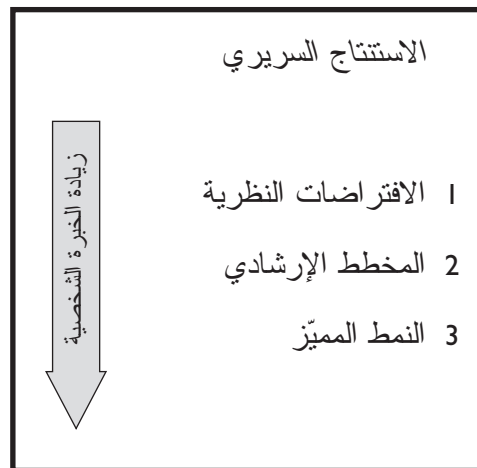
منظور المريض
الأفكار، الهواجس، التوقعات، التأثير في الحياة، المشاعر

المعلومات الأساسية- السياق

التاريخ المرضي السابق
التاريخ العائلي
التاريخ الشخصي والاجتماعي والدوائي
وتاريخ الحساسية ومراجعة اجهزة الجسم الكاملة

وبينما في الواقع، نادراً ما يلحظ الطلبة أطباءً يقابلون المرضى بهذه الطريقة. ويستعمل اغلبية الأطباء في العيادة الخارجية للمستشفى، ردهة الطوارئ، الممارسة العامة استقاء التاريخ المرضي المركّز، الذي يختلف

وكلما تطورت خبرة الطبيب سوف يتبنى أساليب متطورة جداً في الاستنتاج السريري أنظر شكل (3.3) (Elstein and Schwarz 2002; Dornan and Carroll 2003).



شكل 3.3 أساليب الاستنتاج السريري

Figure 3.3 Approaches to clinical reasoning

الاستنتاج الافتراضي المتطور

More advanced hypothetico-deductive reasoning

هو نوع من الاستنتاج الافتراضي ويتكون من نظريات تشخيصية متعددة «5-6 لا أكثر» بعد عرض المشكلات التي تنشأ في دقائق المقابلة الأولى. وعند تقدم المقابلة تثبت النظرية أو ترفض (تقبل/ترفض) بالأسئلة التي يعرضها الطبيب والفحص البدني والفحوص المساعدة الانتقائية التي يختارها.

المخطط الإرشادي

Schema-driven approach

يستعمل الطبيب مخططاً أو شكلاً ذهنياً مسترسلاً يساعد في حل المشكلة (Mandin et al. 1997). ويمكن استعمال الأسلوب عند تراكم الخبرة والمعرفة فقط. ويحث الاستنتاج بالأسئلة الانتقائية والتفريقية التي تساعد على قبول أو رفض مجالات تشخيصية واسعة وتسمح بالملاحظة في مجال مشكلة محددة.

النمط المميز

Pattern recognition

يستخدم الأطباء الخبراء طريقة استنتاج سريرية غير متاحة لطلبة الطب. يساعدهم في ذلك تراكم التفاصيل الدقيقة والسمات المميزة للحالات المحددة على هيئة «طبقات» (Templates) أو بناء ذهني منظم يدعى بـ«مخطوطات المرض» (Illness scripts) (Schmidt et al. 1990) كلما تقدموا في مهنتهم. وغالباً ما توجد المخطوطات في مرضى معينين. وحينما يواجه الطبيب مشكلة معينة يبحث في رصيد المخطوطات المرضية ويتأمل هل هذا النمط معروف لديه. ويخضع الانطباع الأولي إلى تمحيص بأسئلة إضافية ويرى

أداء الطلبة والمقيمين أثناء الامتحانات. وأصبح واضحاً مرة أخرى، عند المناقشة مع أحد الخريجين الجدد الذي أصر أولاً: أن التاريخ المركز ينبغي أن يكون موجهاً إلى المنظور الطبي الإحيائي بدرجة أولى وتستقي المعلومات فيه عن طريق الأسئلة المغلقة. وغالباً أيضاً حينما يُسأل الطلبة أو المقيمون أن يستقوا تاريخاً مركزاً للتقييم (أو في الردهة)، ماذا يأملون واقعاً: هو أن يظهروا معرفتهم بالمحتوى وترديده عالياً على شكل أسئلة طرحوها. وتقريباً يعني استعمال الأسئلة المغلقة مركزاً لاستقاء المعلومات الطبية الإحيائية حتماً. ولاسيما إذا كان الامتحان على شكل محطات محسوبة التوقيت (مثل المحطات التي تظهر في امتحانات الطلبة السريرية الموضوعية التنظيم «Objective structured clinical examination» (OSCE))، والاقامة المحلية أو الامتحانات للدراسات العليا مثل LMCC في كندا والامتحانات النهائية في المملكة المتحدة.

واستنتجنا مرة أخرى من هذه المناقشة، أن هناك ثلاثة أساليب من المقابلات عملياً في «العالم الحقيقي» للطلبة والمقيمين: التاريخ الشامل، والتاريخ المركز والتاريخ الذي يستقي أثناء الامتحانات. ولسوء الحظ، أن المتعلمين (وربما بعض الاساتذة) يميلون إلى اعتبار التاريخ المركز والتاريخ المرضي المطلوب في الامتحان أنهما أمر واحد- والذي اعتادوا عليه لسنين عديدة، حتى عاد ربط التاريخ المركز مع الأسئلة المغلقة والتأكيد الحصري على التاريخ الإحيائي الطبي واحكم في رؤية واحدة. وهل من العجب إذاً أن يفقد المتعلمون الاتجاه عن مهارات الصياغة، وتقنية الأسئلة المفتوحة، ورواية المريض والعلاقة وهكذا وهم في طريق الانتقال من التاريخ الطبي الشامل والكامل في بداية تدريبهم في الاتصال إلى التاريخ الطبي المركز والذي يعتقدون أنه معد ومطابق للتاريخ المرضي المطلوب في الامتحانات؟

يختلف التاريخ المرضي المطلوب في الامتحانات عن التاريخ المركز الذي نتكلم عليه في هذا الفصل. وبينما نحاول أن نساعد المتعلمين والممارسين معاً للانتقال من التاريخ الشامل إلى المركز من دون فقدان محتوى محورية المريض أو محورية العلاقة (Relationship-centred or Patient-centred) ومن دون تقليل نوعية مهارات الصياغة أو فقدانها. وبعبارة أخرى، إن التاريخ المرضي المطلوب في الامتحانات هو نوع الخاطئ من التاريخ المركز الذي يختلف كثيراً عن الأمر الحقيقي. وفيه يبرز الطبيب المعلومات حول التاريخ الطبي الإحيائي ومنظور المريض وبعدها يجمع المعلومات المساعدة ذات العلاقة وفي الوقت نفسه يبني العلاقة ويستعمل بقية مهارات الصياغة بفاعلية. وهذه حجة قوية لتغيير امتحانات الدراسات العليا و (OSCEs) التي تطبق حالياً. لأنها تؤثر سلباً وبغير قصد في العملية التعليمية.

تأثير الاستنتاج السريري في عملية جمع المعلومات

The effect of clinical reasoning on the process of gathering information

كما في نوع التاريخ، ينبغي أن لا تؤثر الأساليب المختلفة للاستنتاج السريري وبأية طريقة على مهارات الصياغة التي نحتاجها في جمع المعلومات.

وحينما يبدأ الطلبة مقابلاتهم مع المرضى، سوف يستخدمون افتراضات فكرية للاستنتاج ومحاولة حل المشكلات السريرية. وفي هذا الأسلوب، تجمع المعلومات من المريض أولاً، وبعدها سيقف الطالب بعيداً ليتفحص: ماذا يمكن أن يكون التشخيص التفريقي؟ وبعدها يخمن الطالب التشخيص المحتملة ثم يقوم باستبعاد وادخال الاحتمالات. وفي هذا الأسلوب المبكر جداً من الاستنتاج السريري الذي لا يستعمل في الحياة الواقعية إلا إذا كان الموضوع بعيداً جداً عن تخصص الطبيب ومجاله. وبما أن الاستنتاج السريري «ما بعد الحدث»، لذلك لا يتدخل في عملية المقابلة ويتواءم بيسر مع هيكل المقابلة الموصوف آنفاً.

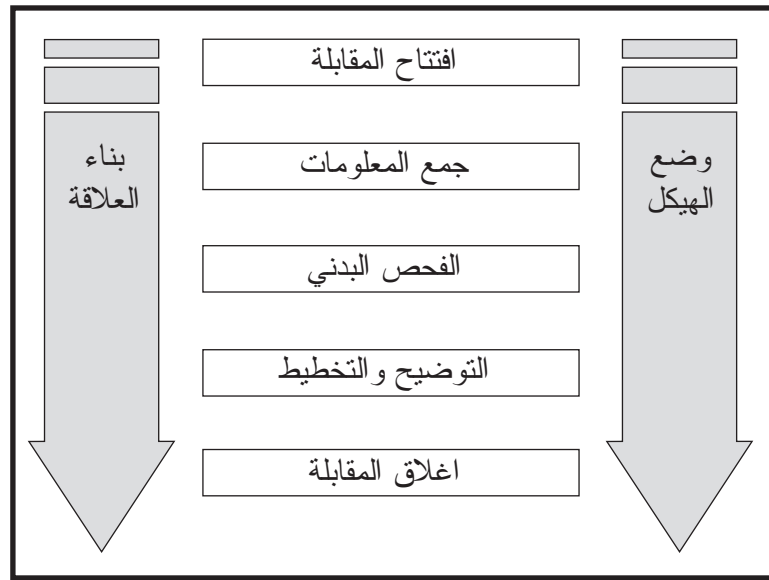
بناء هيكل المقابلة الطبية

Providing structure to the Interview

المقدمة

Introduction

سنكتشف في هذا الفصل مهارات الاتصال التي يستطيع الأطباء استعمالها لإعداد هيكل المقابلة الطبية من أجل فائدة كل من الطبيب والمريض. ذلك أن إعداد هذه الهيكلية هو مهمة من مهمتي المقابلة التي نتقصد إظهارها في دليل (كالكارى - كامبردج) كمسلك يسير باستمرار طيلة المقابلة أكثر من كونها جزءاً من نموذج تنبؤي. وإن إعداد الهيكل - شأنه شأن بناء العلاقة - مهمة تظهر على مدى المقابلة الطبية أكثر من كونها مرحلة من مراحل متتابعة. لذا فإن وجودها ضرورياً لإنجاز المهمات الخمس المتتابعة إنجازاً فاعلاً أنظر شكل 4.1.



شكل 4.1

ليست المقابلة الطبية لقاءً عابراً أو حواراً من دون هدف، مثل جلسة تبادل أحاديث اجتماعية بين شخصين متكافئين. إنما هي مناقشة رفيعة المستوى بين شخص اختصاصي ومريض، يتصرف فيها كلا الطرفين طبقاً لنماذج نمطية حسب الظروف والقواعد والتقاليد الضمنية. وتبدأ المقابلة عبر مسلك قد يكون كل من الطرفين مدركاً له في مجال اللاوعي، ولكنهما نادراً ما يتناقشان نقاشاً واضحاً بشأنه.

مدى انطباقه. والنمط المميز ليس طريقاً مختصراً لكنه مهارة سريرية ضرورية يستعملها جميع الأطباء - ويمكن التنبؤ بها بعد ملاحظة حالات كثيرة جداً وعلى مدى سنين.

كيف تؤثر أساليب الاستنتاج السريري المختلفة في عملية جمع المعلومات؟ تستلزم الأساليب الثلاثة المختلفة من الاستنتاج السريري الموصوفة آنفاً البدء بعملية حل المشكلة في مرحلة مبكرة من المقابلة. وللوهلة الأولى، توحى للطبيب الذي يستعمل هذه التقنيات أن يتحرك بسرعة إلى الأسئلة المغلقة ليتفحص الفرضيات والمخطط والنمط المميز، بذلك يضيق مجال التشخيص المحتملة.

في الحقيقة، العكس هو الصحيح. تعتمد جميع الأساليب بشكل حرج على اتخاذ أسلوب صياغة جمع المعلومات التي وصفناها سابقاً في الفصل. والخطر الكامن في جميع الأساليب هو البدء بالاستنتاج السريري مبكراً. وتؤدي الأسئلة المغلقة المبكرة إلى استكشاف طريق واحد وستجمع معلومات غير كفوءة وغير دقيقة، الذي يثبت عدم مناسسته ويؤدي إلى طريق مسدود. وقد يضطر الطبيب أن يبدأ مرة أخرى ويضع استراتيجية جديدة لحل المشكلة.

تعتمد أساليب الاستنتاج السريري الثلاثة حقيقةً على الانصات الفاعل الذي يحصل الطبيب بها على صورة واضحة أولاً ثم يطبق المخطط الصحيح أو يزداد احتمال تمييز النمط المناسب. ويسمح استخدام مهارات الصياغة الحكيمة في التحري والأسئلة المفتوحة والانصات اليقظ والكشف عن رواية المريض في الدقائق الأولى من المقابلة وقتاً أكثر للطبيب لبناء استراتيجية حل المشكلة وتعطي معلومات أكثر تعتمد عليها بناء النظريات والفرضيات. ويمكن أن نرى هنا كيف ترتبط المهارات الإدراكية والمحتوى والصياغة بعري لا تنفصم ولا يمكن تناولها على انفراد في الاتصال.

الخلاصة

Summary

تأملنا في الفصل نظريات جمع المعلومات وتطبيقاتها. واستكشفنا محتوى جمع المعلومات وناقشنا نقاط قوة استقاء التاريخ المرضي التقليدي ومحدداته. وتفحصنا الحاجة إلى الانتقال لطريق سريري يأخذ بالحسبان منظور الطبيب والمريض معاً عند مناقشة المشكلة. وعرضنا أن جمع المعلومات لا ينحصر باستجواب المريض عن أعراضه فقط. وإنما يحتاج الحصول على المعلومات الدقيقة والكفوءة إلى تقنيات أساسية أكثر فاعلية: الأسئلة المفتوحة والانصات الفاعل. ونظرنا إلى مهارات إضافية ضرورية لاستكشاف منظور المريض لمعاناته.

قبل الانتقال إلى الفحص البدني أو مرحلة التوضيح والتخطيط في المقابلة. يحتاج الطبيب أن يتأمل بالمهارات المدونة في منهاج (كالكارى - كامبردج) ويعتبر الأسئلة الآتية: هل استكشفت جانب المرض من المشكلة بكفاءة؟ هل استكشفت منظور المريض لمشكلاته وادركت معنى المعاناة لديه؟ هل اكتشفت المعلومات المساعدة؟ هل أضمن أن المعلومات التي استقيتها دقيقة وشاملة؟ هل أتمكن من تأكيد فهمي للمشكلة بطريقة صحيحة؟ هل استمرت بتنمية بيئة داعمة ومتفاعلة؟

- (1987) Neighbour:
 - إن التلخيص، مثل: هل أستطيع أن أفهم لدرجة مناسبة لماذا زارني هذا المريض؟
- (1991) AAPP Three Function Model (Cohen-Cole):
 - جمع المعلومات
 - (i) اجراء مسح المشكلات
 - (ii) المداولة حول الأسقيات
 - (iii) التلخيص
- (1995) The Maastrich Maas Global (Van Thiel & Van Dalen):
 - التلخيصات
 - التنظيم
- Essential Elements of Communication in Medical Encounters Kalamazoo Consensus statement Bayer – Fetzer conference on physican- patient communication in Medical Education, (2001)
 - ضع الهيكلية ولخص المعلومات.
- (2004) The Model Of The Macy Initiative in Health communication (Kalet et al.):
 - إدّر المقابلة انسيابية وسلاسة.
- (2003) Patient- centered medicine Stewart et al.:
 - تعزيز علاقة المريض بالطبيب: المشاركة في السيطرة على المقابلة.
 - الواقعية: فيما يتعلق بوقت المقابلة.

المهارات

Skills

يقول كاساتا (1978) Cassata في الملاحظات التي أوردتها في بحثه عن وضع هيكل المقابلة التي يؤكد فيها على اتصال ذي اتجاهين في جميع المراحل ولاسيما تأكيده أهمية التعرف على التوقعات، وتدوين قائمة المشكلات في المرحلة المبكرة من بداية المقابلة ذلك ما يشجع المريض على المشاركة والتعاون وشعوره بتملكها. هذا ما استقصيناه في الفصل الثاني الذي يوضح المهارات الثلاث الآتية التي بإمكانها أن تبسر طريقة التعاون وفي الوقت نفسه تؤدي إلى نمط مقابلات أكثر كفاءة:

- تحديد المشكلة.
- التحري عن مشكلات أخرى.
- صياغة قائمة المشكلات.

وهنا سنؤكد على أربع مهارات مكملية أخرى ذات علاقة بمجريات المقابلة تمكننا من العمل مع المريض لكي ننظم مقابلة توافقية بطريقة واضحة الهيكلية.

كيف يُحدد هيكل المقابلة؟ على الرغم من أن معظم الأطباء يستطيعون استرجاع مقابلاتهم مع المرضى والتي شعروا حينها بفقدان السيطرة على مسار المقابلة تماماً. فإن الإنموج الثابت تقريباً، أن الطبيب هو من يضع معايير المقابلة ويقرر هيكلية التفاعل. وإن الجزء الأعظم من السيطرة الضمنية بيد الطبيب. فالطبيب هو من يستطيع تحديد الوقت المتوافر للمناقشة، ويغيّر إتجاه المقابلة إلى مجالات جديدة كما يرغب، وهو الذي يقرر عدد الموضوعات التي سيتم بحثها في جلسة اليوم وينهي المقابلة متى ما يريد. كما أن الطبيب هو الذي يسيطر على المقابلة بدرجة كبيرة وسلوكه يضع حدوداً لحرية مرضاه سواءاً أشاء أم أبى.

وتؤدي هذه السيطرة إلى مسؤوليات، فما مسؤوليات الطبيب عندما يبني فقرات المقابلة؟ وما الذي يريد بلوغه عندما يقوم بتحديد مسارها؟ إن الطريقة التقليدية لوضع هيكلية المقابلة تكون عبر سلسلة من الأسئلة المغلقة، التي يكون فيها المريض شريكاً سلبياً. سنتناول في هذا الكتاب الطريقة التي يكون محورها المريض أو التي تكون محورها العلاقة Relationship-centred approach في المقابلة. وتؤدي المهارات التي سبق وحددناها إلى تعزيز العلاقة التعاونية بين المريض والطبيب. وليس هذا بسبب وجهة نظرنا الشخصية ولكن لأن المهارات التي تجعل هذا الأسلوب ممكناً قد ظهرت من خلال الممارسة والبحوث التي أوردت أن تلك المهارات تعطي نتائج أفضل لكل من المريض والطبيب.

ويتضمن مغزى الشراكة التعاونية مزيداً من الشراكة المتكافئة بين المريض والطبيب. وعلى كل حال، فما دام الطبيب هو من يقرر شكل المقابلة، فإن هذا الشكل من نقل السيطرة لا يحدث إلا عند قيام الطبيب بوضع هيكلية مقابلة مناسبة ولا يحدث هذا الشيء تلقائياً وبسر كما نريد. في الواقع أنّ الأطباء هم من يقرر حدود إسهام المرضى. وأن درجة إسهاماتهم في الاتجاه الذي تتجه نحوه المقابلة والتوازن بين الحالة التي يكون فيها الطبيب محور المقابلة وتلك التي يكون فيها المريض محورها. إن إدراك هيكلية المقابلة طيلة الوقت الذي تستغرقه، يساعد الطبيب على الشعور كونه يملك تأثيراً مناسباً على المعايير العامة للمقابلة وعلى عمله اليومي. وعندما يستعمل تأثيره بشكل صحيح فإنه يساعد المريض على أن يكون مشاركاً مشاركاً أكثر توازناً.

الأهداف:

Objectives

إن مهمة بناء الهيكل تتضمن الأهداف الآتية:

- المساعدة على خلق مقابلة مرنة ومرتبطة.
- تمكين المريض من إدراك المشاركة إدراكاً واضحاً في موضوع إلى أين تتجه المقابلة ولماذا.
- تشجيع المريض على أن يكون مسهماً في عملية بناء المقابلة.
- تشجيع المريض ليكون مشاركاً ومتعاوناً.
- التوصل إلى جمع معلومات دقيقة وإعطاء مناسبة.
- استثمار الوقت بكفاءة.

إن هذه الأهداف تشمل بعض المهمات ونقاط التدقيق التي ذكرت في الأدلة المعروفة الأخرى للمقابلة وهي:

- (1984, 2003) Pendlton et al.:

— ضرورة الافادة من الوقت والموارد بطريقة مناسبة.

في المقابلات واستعملوا مهارات الانصات الفاعل فلماذا يقولون حججاً من تبني ذلك؟ ربما كان ذلك بسبب:

- شعور الأطباء بفقدانهم السيطرة على المقابلة
- قد يقلق الأطباء ويشعرون بعدم حاجتهم للمعلومات أو ربما يعجزون عن تذكر كل ما يخبرهم المرضى به.
- أو أن المعلومات تنساب بطريقة أقل تنظيماً، أو يبدو أن الأطباء يتلقون معلومات ضبابية وغير مترابطة حينما تقدم بطريقة غير منتظمة لا يمكن هضمها بسهولة.

وهذه المخاوف حقيقية تماماً، إذ مما لا شك فيه أن الأسلوب المفتوح قد ينتج مقابلة أضعف تنظيماً. وعلى كل حال، فهناك طريقة للخروج من هذه المشكلة وهي أن نقوم ببناء المقابلة عبر التلخيص الداخلي وإيضاح معالم الطريق الذي يوفر طريقة بديلة للطبيب كما يحصل على سيطرة منظمة ومناسبة على المقابلة بدون التضحية بفوائد الانفتاح.

والتلخيص كأداة لبناء الهيكلية يسمح للطبيب القيام بما يأتي:

- تجميع ومراجعة كل ما سمعه من المريض حتى تلك اللحظة.
- تنظيم المعلومات وصبها في قالب متماسك.
- إدراك نوعية المعلومات التي مازالت ناقصة أو غامضة من المريض.
- الحصول على فرصة النظر في المنحى الآخر الذي سنتجه له المقابلة بعد ذلك.
- الفصل فيما بين المرض والمعاناة والتأمل فيهما.

إن المتعلمين الذين يستعملون أساليب الأسئلة المفتوحة والانصات بأهتمام يجدون التلخيص مفيداً بصورة خاصة، عند عدم وثوقهم عما يسألونه بعد ذلك أو مما كان المريض قد قاله والتلخيص واستغلال الوقت الأمثل. وإن عملية التلخيص تحديداً وإستجابة المريض لها، عادة ما تؤسس إلى أفضل الطرق للسير قدماً بدون إحراج أو تناقص العزم بشكل ملحوظ.

الطبيب: هل أستطيع التأكد من أنني فهمت ما قلت فهماً صحيحاً؟
كان لديك ألم في القدمين منذ عدة أشهر لاسيما عند المشي وعانيت من تصلب جميع مفاصلك عند الصباح وكنت متعباً بشكل عام؟
المريض: نعم، هذا هو المقصود، أجد صعوبة في تلبية احتياجات اطفالي المتزايدة في الوقت الحاضر.

ما الدليل على قيمة التلخيص في المقابلة الطبية؟

What's the Evidence for The Value of Summarizing?

هنا نقدم الدليل على قيمة التلخيص في مجال «جمع المعلومات» وإعداد هيكلية المقابلة. لقد حددنا بحثين فقط يعطيان أهمية التلخيص في المقابلات. إذ أثبت كوكس وجماعته (Cox et al. 1981 a) أن التحقق بواسطة الإعادة، حداً بالآباء إلى إحالة أطفالهم إلى عيادة الطب النفسي ليكونوا طليقي اللسان. كما بين (Maguire et al. 1996) بأن التلخيص هو واحد من عدة مهارات (فضلاً عن استعمال الأسئلة المفتوحة

المستطيل 4.1 المهارات المكملة ذات العلاقة

اجعل التنظيم واضحاً جلياً

- التلخيص الداخلي: لخص عند نهاية كل مجموعة من الاستفسارات لتؤكد فهمك (لما قاله المريض) قبل الانتقال إلى الجزء الذي يليه من المقابلة.
- توضيح معالم الطريق: انتقل من جزء من المقابلة إلى جزء آخر باستعمال عبارات انتقالية مناسبة تتضمن عبارات منطقية تتصل بالجزء الذي يليه من المقابلة.

التنبه للانسيابية (سلاسة الانسيابية)

- الانسيابية: ضع هيكلية المقابلة بحيث تجري الخطوات بتسلسل منطقي.
- الوقت: التزم بالتوقيتات وحافظ على مهام المقابلة.

ما الذي نريد تعليمه وتعلمه عند إعداد الهيكلية: بيّنات المهارات:

What to teach & learn about providing Structure: The evidence for the skill

جعل التنظيم جلياً

MAKING ORGANIZATION OVERT

التلخيص

Summarizing

ما التلخيص؟

هو الخطوة التي يلخص الطبيب بها كلام المريض تلخيصاً لفظياً واضحاً، وهناك نوعان:

- التلخيص الداخلي: الذي يركز على جزء محدد من المقابلة.
- التلخيص النهائي: يلخص جميع أجزاء المقابلة.

وسنستكشف التلخيص النهائي بتفصيل في الفصل السابع.

لماذا يعتبر التلخيص الداخلي مهارة رئيسة عند وضع هيكل للمقابلة؟

سبق واستقصينا في الفصل الثالث دور التلخيص الداخلي باعتباره أحد أهم مهارات جمع المعلومات. وهنا سنناقش دور التلخيص الحيوي في بناء المقابلة. ونرى كيف يمكن لهيكل المقابلة من خلال قائمة المشكلات والتلخيص وتعليم الطريق «Signposting» أن يكون مجالاً رئيساً في تعليم مهارات الاتصال. وتقليدياً، كان الأطباء يفرضون الهيكلية على المقابلة عبر أسئلتهم المغلقة. وكما أوضحنا سابقاً، تجعل الطبيب في موقف «سيطرة» على حساب سلبية المريض. وعلى كل حال، وكما سبق ورأينا، فإن هذا الأسلوب يمكن أن يكون غير كفء للغاية. إذ يمكن أن يفضي إلى عدم الدقة عند الحصول على المعلومات. كما يمكنه جعل المريض غير داعم للعملية. ولكن إذا ما أدرك الأطباء أهمية بقائهم مفتوحين للذهن

- إن الطبيب يسمع الرسالة الصحيحة من المريض ولكنه يسيء تفسير قصد المريض.
- إن الطبيب قد فهم ما قاله المريض إلا أنه يضع افتراضات خاطئة حول ما عسى أن يكون خلف تلك الرسالة.
- قد يكون لدى الطبيب إنحياز وميول مما يؤثر في الدقة (مثلاً استناداً إلى جنس المريض أو عرقه أو عمره، التدريب الطبي الذي حصل عليه الطبيب، مكان المقابلة الطبية أو الخبرة السابقة مع ذلك المريض).

يمكن أن تؤدي جميع عوامل التشنت إلى أخذ تاريخ طبي غير صحيح. وأن الطريقة الوحيدة التي تؤكد بأن الرسالة قد صيغت بشكل مناسب وأنها قد استلمت وفسرت وفهمت فهماً صحيحاً هي عن طريق التغذية الرجعية. ففي المقابلة الطبية ليس من المحتمل أن يكون المريض واثقاً إلى درجة كافية من أن يسأل الطبيب أن يعيد ما فهمه من رسالته! وما لم يكن لدينا «كاطباء» يلقون على عاتقهم مسؤولية إعطاء التغذية الرجعية عن طريق تقديم تلخيص لأقوال المريض مع تتابع أحداث المقابلة، فسنبقي المريض في موقف الشك من إدراك الطبيب وفهمه وعندها سنكون نحن - الأطباء - أنفسنا غير واثقين من أننا قد حصلنا على معلومات دقيقة.

علامة الانتقال؟

Signposting

ما علامة الانتقال؟

علامة الانتقال هي المهارة المزدوجة للتلخيص. فعبارة الانتقال تقدم وتثير الانتباه لما يريد الطبيب أن يقول. فمثلاً إن من المفيد استعمال عبارة الانتقال «signposting statement» عند تقديم التلخيص الأول. وأن يعلن الطبيب عما يزمع أن يعمل به ويدع المريض ليفكر معه ويضيف شيئاً إلى المجالات المنسية أو أن يصحح تفسير الطبيب لأقواله في حالة وقوعه في الخطأ. فمثلاً

الطبيب: «هل يمكنني أن أتأكد فقط من أنني قد فهمتك، دعني أعرف ما إذا كنت قد نسيت شيئاً؟»

وبعدها يمكن لعملية التفاعل أن تستمر إذ يقول المريض:

«كلا- ليس ذلك صحيحاً تماماً...»

وبعد التلخيص عندما يقوم المريض بالاستجابة بكلمة (نعم) استخدام عبارة الانتقال «Signposting» مرة أخرى:

- لغرض الانتقال من قسم من أقسام المقابلة إلى قسم آخر.
- الشرح المنطقي لما ينطوي عليه القسم الآتي.

والتركيز على توضيح الجانب النفسي والعبارة التعاطفية وصياغة التخمين الذكي) تيسر كشف مرضى السرطان عن المزيد عن مخاوفهم البالغة.

وعلى كل حال، فعلى الرغم من انعدام البحث الطبي مجال التلخيص المباشر، فهناك دليل نظري مستل من عدة دراسات اتصال تؤكد قيمة التلخيص. وكنا قد وضعنا في الفصل الأول الأسس التي يبنى عليها الاتصال الفاعل، وإن أحد هذه الأسس هو أن الاتصال هو عملية معقدة أكثر من كونها مستقيمة وسهلة فالتكرار والترديد متلازمان والتلخيص طريقة فاعلة لبناء هذا الأساس وتحويله إلى جمع معلومات.

وهناك أساس ثان ذو علاقة، هو: أن الاتصال المؤثر يضمن عملية التفاعل أكثر مما تضمنه عملية نقل المعلومات المباشر. فمرسلو الرسائل يفترضون بأن مسؤولياتهم كمرسلين قد انتهت بمجرد أنهم كتبوا الرسالة وأرسلوها. ولو نظر إلى الاتصال على أنه عملية تفاعلية، فإن التفاعل يكتمل فقط عندما يتلقى المرسل الجواب الراجع حول كيف فسرته رسالته وما إذا كانت قد فهمت وما تأثيرها على المتلقي. بينما نقل المعلومات أو مجرد الانصات لا يكفي. فإن الإرسال والاستلام وتأثير الرسالة أمر حاسم في عملية الاتصال الفاعل مع التأكيد على الاستقلالية المشتركة بين مرسل الرسالة ومتلقيها لتأسيس أرضية فهم مشتركة (Dance & Larson 1972).

التلخيص مهارة رئيسة في جمع المعلومات وبناء مراحل المقابلة التي تساعد في إرساء هذا الأساس عند التطبيق. فهي تهيئ تغذية رجعية مقصودة للمريض حول ما تظن أنك قد سمعت منه عند انصاتك لحكايته. وكما سنرى لاحقاً، فإن المزيد من المهارات أمر مطلوب في جانب التوضيح والتخطيط لضمان درجة مشابهة من التفاعل.

ولننظر مرة أخرى في هذه النقاط الحرجة من النظرية، فبدون حصول تغذية رجعية من الطبيب كيف يعرف المرضى إذا كانوا قد استطاعوا إيصال أفكارهم وأدركت من الطبيب؟ يمكنك القول بأن الاشارات غير اللفظية يمكن أن تبث من الطبيب في الانصات الواعي الذي يسمح للمرضى معرفة ما عسى أن يكون الطبيب قد ركز عليه وما الذي يهيمه من قصتهم وبأنه قد فهم رسالتهم. وعلى كل حال، فإن هذا هو مجرد افتراض. فنحن لا نستطيع الافتراض بأن الانصات الواعي بحد ذاته يمكن أن يؤدي إلى الفهم الصحيح. والاتصال موضوع معقد، وأن كثيراً من التفسيرات غير الصحيحة ممكنة الوقوع. والسؤال الرئيس المطلوب من الطبيب توجيهه هو «كيف اعرف أن ما فهمته من المريض هو تمثيل صحيح لما أراد أن يخبرني به؟» ومن منظور المريض يصبح السؤال: «أنا أدرك أن الطبيب يبدو منصتاً لي، ولكن كيف لي أن أعرف أنه قد فهمني؟» - كيف يمكن لكل من الطبيب والمريض أن يعرفا بأنهما أقاما أرضية مشتركة لفهم كل منهما الآخر؟ وهناك مصادر كثيرة ممكن أن تشنت الاتصال كما يحصل لأية رسالة بين طرفين. أنظر في أمر مريض يعطي رسالته إلى طبيب فإن تشنت الرسالة يمكن أن يحصل عند النقاط الآتية:

- إن ما يقوله المريض قد يكون غامضاً.
- ببساطة يمكن أن يكون المريض قد نسي ذكر شيء ما.
- ربما كان المريض قد أساء فهم سؤال الطبيب.
- ربما كان المريض قد سرد تلك القصة إلى أحد افراد فريق الرعاية الصحية، ولذا فإن الطبيب لا بد أن يكون على علم بها.
- ربما كان المريض قد أعطى العنوان الرئيس لقصته لكنه شد عن الطريق ولم يكمل تعليقه.
- ربما كان المريض قد ارتكب غلطة لفظية غير مقصودة الأمر الذي شنت المعنى الذي كان يقصده.
- قد يعطي المريض إشارة غير لفظية مثل الضحكة التي توحى بشيء غير مقصود للطبيب.
- ربما كان المريض قد قال ما يقصده بالضبط، إلا إن التشنت حدث خلال ظروف بث الرسالة (مثلاً أن ضحيج الطابعة منع الطبيب من سماع كل ما قاله المريض).

التركيز أو القلق والتي بدورها يمكن أن تقضي على الاتصال الفاعل. فمعرفة إلى أين تتجه المقابلة ولماذا يمكن لها تبديد كثير من الشكوك والقلق. وفي الحالة أعلاه، أدركت المريضة إن الطبيب قد التقط إشارتها حول الأطفال وستتاح الفرصة لاستكشاف ذلك خلال وقت قصير. إن هذا من شأنه أن يجعلها تركز على الجزء الآتي من المقابلة بدون قلق من أن أحد همومها الأساسية لم يتطرق إليه.

ولقد أظهر ليفنسون (Levinson et al. 1997) أن أطباء الرعاية الصحية الأولية الذين يلجأون إلى المزيد من العبارات الانتقالية التي جرى وصفها في هذه الدراسة كعبارات إرشادية وتوجيهية كانت أقل احتمالاً من أن تعاني من مطالبات سوء الممارسة.

وكما أظهر (Floyd et al. 1999) في دراسة في الولايات المتحدة حول تقدير خطورة فيروس فقدان المناعة بأن المرضى يكونون أكثر ارتياحاً عند الإجابة عن قضايا حساسة. إذا كانت العبارة الانتقالية (أو إذا كان المؤلفون يرمزون إلى هذه المهارة كسؤال حيوي) يستعمل لتوجيه أسئلة مباشرة حول الصحة الجنسية.

وهكذا فإن استعمال التلخيص والعبارة الانتقالية:

- مهارتان رئيستان لدفع المقابلة الطبية إلى الأمام بشكل تعاوني وتفاعلي.
- جعل البناء مفتوحاً ومفهوماً عند المريض.
- تسمح للطبيب والمريض بأن يعرفا إلى أين يتجهان ولماذا؟
- تسمح لهما بملاحظة أي تغيير في الاتجاه.
- إقامة أرضية فهم مشتركة والتقليل من الشكوك التي تعترى المريض.

إن التلخيص والعبارة الانتقالية على القدر نفسه من الأهمية خلال جانب التوضيح والتخطيط من المقابلة. وفي الفصل السابع سنناقش كيف نستخدم هاتين المهارتين في هذا السياق ونقدم الأدلة الإضافية ذات العلاقة.

الإلتزام بالانسيابية:

ATTENDING TO FLOW

التتابع

Sequencing

يُعد وضع مهام المقابلة ومناقشتها قد أسسا لوضع خطة مفتوحة ومتفق عليها للمقابلة. فإن من الواضح أن مسؤولية الطبيب تكمن في المساعدة على تنفيذ ما خطط له والحفاظ على تتابع منطقي. الذي يبدو واضحاً للمريض كلما تقدمت المقابلة إنه أسلوب مرن ولكنه منظم في الوقت نفسه مع انتقالات واضحة من خلال العبارات الانتقالية من أحد أجزاء المقابلة إلى جزء آخر يساعد كلاً من الطبيب والمريض في عملية إعطاء وجمع معلومات دقيقة.

ومن الطرق الرئيسة التي يمكن التوصل إلى الإلتزام بالانسيابية، هي: أن لا يتعد عن بال الطبيب مطلقاً وفي جميع الاوقات بناء المقابلة الطبية كما في محتوى وعملية الصياغة لنموذج (كالكارى- كامبردج). وجرى النقاط الضرورية في المقابلة الطبية والإلتزام بالخطوط الإرشادية العملية. فإن القدرة على أخذ زمام المبادرة خلال المقابلة وتحديد ما انجزه وما لم يتم في نظر الاعتبار يسمح للطبيب باستعادة السيطرة على مسار المقابلة وخلافاً لذلك تذهب المقابلة على غير هدى ومربكة لكل من الطبيب والمريض على حد

لقد ذكرت نقطتين هما في غاية الأهمية كما يلاحظ بوضوح، أولاهما مشاكل المفاصل والإرهاق، والثانية كيف يمكن لك مواكبة أطفالك. هل أستطيع البدء بإلقاء بعض الأسئلة عن آلام المفاصل مما يساعدني على معرفة مسبباتها وبعدها نعود إلى موضوع مشاكلك مع الاطفال؟

أو

«حيث اننا لم نلتق سابقاً، من المفيد أن أعرف شيئاً عن تاريخك المرضي السابق. فهل نستطيع أن نفعل ذلك الآن؟»

أو

«يبدو أنك الآن متضايق، ولكنني بحاجة أن أسألك عن بعض الأدوية التي وصفها لك طبيبك وبعدها أفحصك بصورة سريعة لكي أتمكن من تحديد ما يجري في الواقع»

وتستعمل عبارة الانتقال لكي ينتقل الطبيب من قسم إلى آخر ولكي:

- يفهم المريض إلى أين تتجه المقابلة الطبية ولماذا؟
- يكون باستطاعة الطبيب مشاركة أفكاره واحتياجاته مع المريض.
- يتمكن الطبيب من طلب الأذن «فحص أو إجراء معين».
- تكون المقابلة قد أحكم تركيبها بشكل يبين لكل منهما.

أمثلة على عبارات الانتقال خلال استقاء التاريخ المرضي وتتضمن ما يأتي عند الانتقال:

- من مرحلة التقديم إلى مرحلة جمع المعلومات.
- من الأسئلة المفتوحة إلى الأسئلة المغلقة.
- في الأسئلة المحددة حول أفكار المريض وهمومه وتوقعاته.
- في أجزاء أخرى من التاريخ المرضي.
- في الفحص الطبي.
- في التوضيح والتخطيط.
- في اغلاق المقابلة.

إن اللجوء إلى التلخيص والعبارة الانتقالية معاً يهتئ تركيبة مفتوحة ظاهرة بجلاء للمريض، فالمريض يفهم ويصبح جزءاً من عملية بناء المقابلة. إن هذا أفضل بكثير من البناء بواسطة استعمال الأسئلة المغلقة حيث يترك المريض في حيرة من أمره ولا يعرف إلى أين تسير المقابلة.

وهناك قاعدة أخرى من القواعد الخمس للاتصال الفاعل التي سبق وفحصناها في الفصل الأول ألا وهي تقليل الشكوك إلى أقل حد ممكن. ذلك إن الشكوك التي لا يصار إلى إزالتها يمكن أن تؤدي إلى انعدام

بناء العلاقة

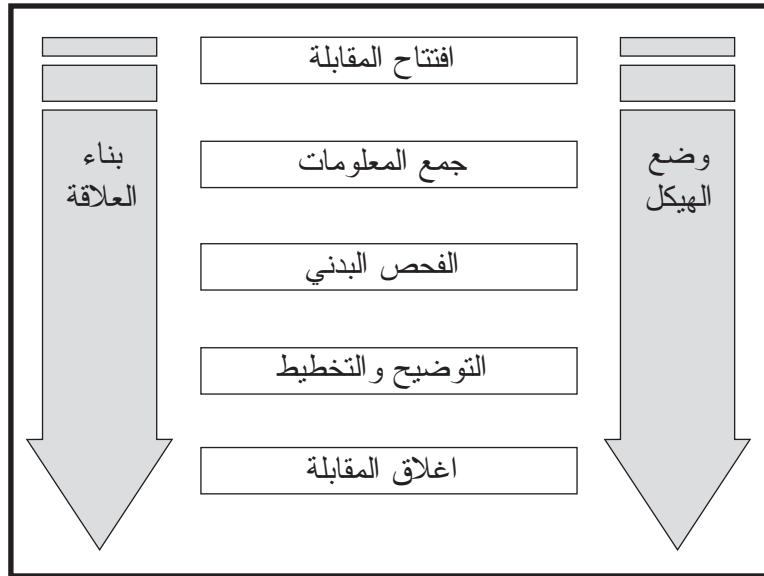
Building the relationship

المقدمة

Introduction

يظهر موضوع بناء العلاقة واضحاً في جميع فصول الكتاب والكتاب المرافق وأحدث تطوراً في الاتصال عند الملاك الصحي والرعاية الصحية ونتائجها.

ويبين الشكل (5.1) خمس مهام متسلسلة في المقابلة وتدرج طبيعي كما تحصل في الواقع العملي. وبالمقابل هناك مهارتان متوازيتان على مدى مجمل المقابلة وهما: بناء العلاقة ووضع الهيكل. ويجري بناء العلاقة مع المهام المتسلسلة الخمس التي تعد العنصر الرابط لمراحل المقابلة كافة. وتسهم جميع مهارات الاتصال التي ندعمها في هذا الكتاب المتعلقة بالمهام المتسلسلة الخمس تقريباً بناء العلاقة المتينة بالمرضى. ولكننا أفردنا لهذه المهمة الواسعة التأثير مزية منفصلة وفصلاً خاصاً للتأكيد على أهميتها. ونلقي الضوء على مهاراتها الخاصة التي نستعملها في مجمل المقابلة بدلاً من ادخالها تحت مهمة واحدة.



الشكل 5.1

وللتبسيط فإن بناء العلاقة أما تعد من البديهيات أو قد ينسى ذكرها ولا يفكر فيها. وغالباً ما تهتمن مهام المقابلة الطبية المتلاحقة خلال انتقال الطبيب بين المهام الخمس عند محاولته إظهار معاناة المريض

سواء. ومن الحقيقة الغربية، أن يؤدي البناء الواضح إلى المرونة. فمعرفة الخطوات وكيفية الرجوع إليها يزود الطبيب بالثقة التي تسمح بانسياب المقابلة بيسر، والهيكلية تجعل الطبيب حراً.

التوقيت

Timing

ومن المهارات المهمة التي على الطبيب الاستفادة منها هي التوقيت. فما لاشك فيه أن للوقت أهمية كبرى في الطب الحديث ويشعر الأطباء بأن الوقت يضيق الخناق عليهم كي يفرغوا من المقابلة الطبية وبأكفاً صورة ممكنة. فإن تحقيق كل الاحتياجات المختلفة لكل من الطبيب والمريض ليس بالأمر السهل خلال الوقت المتاح على الرغم من أننا بيّنا في الفصل الثالث، أن المقابلة التي يكون محورها المريض تأخذ وقتاً أكثر بقليل مقارنة بالمقابلات التقليدية. ومن المهارات الرئيسة تبعاً لذلك أن يكون الطبيب قادراً على إدارة وقته بكفاءة عالية خلال المقابلة. من أجل تقسيم وقت المقابلة بحيث ينال كل جزء من المقابلة الحصة التي يستحقها من الوقت.

الخلاصة

Summary

نظرنا في الفصل الرابع إلى المهارات التي يتضمنها الإعداد لبناء المقابلة. وكيف يمكن استثمارها على مدى انسياب المقابلة. ولقد نظرنا في مسائل القوة والسيطرة والتنظيم خلال المقابلة الطبية. ورأينا كيف يحتاج الطبيب إلى أن يتأمل بشكل جلي هيكلية التفاعل الذي سيحدث ويجعل ذلك أمراً واضحاً للمريض. ولقد خضنا في فوائد وضع هيكلية مفتوحة يمكن بسهولة ووضوح أن تستعمل عبارات الانتقال وبتقبلها المريض وتساعد الطبيب للتخطيط عبر المواقف المعقدة. وتكون مفهومة لدى المريض والتأثير في طريقة العمل المقترح عند الضرورة. وإن مهارات الهيكلية تسمح للأطباء بتنظيم مقابلاتهم كما تسمح للمرضى بأن يشعروا بارتياح أعظم وأن يكونوا على بينة مما سيحدث (لاحقاً) ولكي يمضي كل من الطبيب والمريض خلال المقابلة بكل ثقة.

بأن الكفاءة العلائقية أمر لازم من أجل ضمان مشاركة الأفراد ومزج خبراتهم الكامنة. ويركز الفصل على العلاقة بين الطبيب والمريض في المقابلة الطبية فضلاً عن المهارات التي تقدمها لبناء العلاقة في المديان الأوسع في ميدان الرعاية الصحية - مثل علاقة زملاء فيما بينهم أو العلاقة مع ذوي المريض والآخرين. وأعطت الفقرات السابقة دعماً إلى الرعاية التي محورها العلاقة (Relationship-centred care). وما استخلص من المثال الإحيائي النفسي الاجتماعي القريب من الطب الذي محور المريض: تركيز الرعاية التي محورها العلاقة على أسلوب رعاية طبية شخصية تشاركية (Suchman et al. 2002) ويضع منهج الرعاية الصحية والشفاء «العلاقة» في صميم العملية العلاجية. وبهذه الطريقة، يساعد مفهوم المقابلة والسياق الواسع للرعاية الصحية على تركيز الانتباه إلى الحاجات الأساسية والضرورية للعلاقة بين المرضى والأطباء وأفراد العائلة ومقدمي الرعاية الآخرين ومنظمات الرعاية الصحية والمجتمع الواسع (Tresolini and the Pew-Fetzer Task Force 1994). وتقر أن الاتصال بين الطبيب والمريض والعلاقة تمارس ضمن سياقات تنظيمية لا تتأثر باحتياجات الأفراد والمهارات حسب، وإنما بالقيم التي تُعبر عن سياسات التنظيمات والفعاليات وبالطريقة التي يتعامل بها ويُعامل الأفراد فيما بينهم داخل التنظيمات المجتمعية الأخرى (Suchman 2001). وتنهى المهارات والمفاهيم التي ناقشها في هذا الفصل والمترافقة مع بناء العلاقة الخاصة بالمهام المتتابعة في المقابلة، الوسيلة للأطباء لتعزيز مهاراتهم في الكفاءة العلائقية وقابليتهم لربطها بالرعاية التي محورها العلاقة. وكما تقول هوفر، فإن الخطوة الأولى هي أن يصبح أحدنا مقدم رعاية والخطوة الثانية تكمن في إيجاد طرق لإيصال هذه الرعاية يومياً وتطبيقها في أحلك الظروف.

مشكلات في الاتصال

Problems in communication

تُشير تقارير كثيرة في أجهزة الإعلام عن استياء المرضى يتصل بعلاقة الطبيب بالمريض. وتعلق العديد من المقالات على قلة فهم الطبيب لما يعانيه المريض باعتباره فرداً له همومه وتطلعاته. وربما أكثر الأمثلة قسوة تلك المقالات التي كتبها الأطباء الذين وجدوا أنفسهم في الدور غير المتوقع كمرضى. والكثير منها نُشر الآن في سلسلة مثل «وجهة نظر شخصية» في المجلة الطبية البريطانية. وغالباً ما تركز على البروز المفاجئ لوحشية الطب ونقص العناية والدعم المقدم من الأطباء المعالجين لزملائهم. فإيا له من عار، إن الذي يجلب انتباهنا هو ما نأخذه من تجربتنا الشخصية للمعاناة.

ومنذ البحوث الأولى في الاتصال الطبي، برزت مشكلات العلاقة كأحد أهم منبئات نتائج الرعاية الصحية السيئة. وفي بحثها الشهير، قامت كورش وجماعتها «Korsch et al. (1968)» بدراسة (800) مقابلة في العيادة الخارجية في لوس انجلس، وبينت أن عدم إظهار الأطباء المشاعر الدافئة والود كان أحد أهم المتغيرات المتعلقة بتدني مستوى الرضا وعدم التزام المرضى.

وأظهر بولي وسانسون - فيشر «Poole and Sanson-Fisher (1979)» أن هناك مشكلات كبيرة في تطوير مهارات بناء العلاقة في التعليم الطبي. وبيّنوا أننا لا يمكن أن نفترض أن لدى الأطباء القابلية للاتصال التعاطفي مع المرضى أو يمكن أن يمتلكوا هذه القدرة خلال تدريبهم الطبي. ووجدوا مهارات متدنية في التعاطف عند طلبة كلية الطب في المرحلة الأولى والأخيرة، كما أظهروا بأن الأطباء المقيمين في الطب النفسي الذي يُعتقد أنهم سيطورون هذه المهارات خلال تدريبهم، كانوا يتمتعون بمهارات تعاطفية ضعيفة.

ومرضه من دون الإنففات إلى خصوصية بناء العلاقة مما يعرقل إنجاز هذه المهمة الأساسية ويجعلها أكثر صعوبة. وقد يكون بناء العلاقة هدفاً بنفسه - عندها يكون دور الطبيب مشاوراً داعماً فقط. ولكن في معظم المقابلات الطبية تسهم بناء العلاقة في إنجاز جميع أهداف الاتصال الطبي الذي اوضحناه في الفصل الأول وهي: الدقة والكفاءة والدعم وزيادة قناعة الطبيب والمريض وتعزيز المشاركة. وهذا ما يساعد على بناء العلاقة مع المريض وعرض قصته وتوضيح هواجسه وتعزيز التزامه فيما يمنع عدم الفهم ويفاقم الصراع.

إن بناء العلاقة بالمريض جوهر نجاح أية مقابلة في أي سياق. وغالباً ما توجز في الطب التخصصي. ونشير هنا إلى ضرورة بناء الألفة الذي يساعد المريض على الإحساس بالراحة الإطنان عند مناقشة مشكلاته مع شخص غريب للاستفادة القصوى من المقابلة، في المقابل يواجه الطبيب الاختصاصي مشكلات إضافية وهي بناء الألفة مع مريض قلق (Barnett 2001).

كما نوضح هنا، إن بناء العلاقة منعطف الدخول لرؤية واسعة الأفق في الممارسة الطبية أكثر مما تناولناه في الفصول السابقة. وفي مواقف عديدة، تمتد العلاقة بين الطبيب والمريض وتتجاوز المقابلة الأولى لتستمر في المقابلات المتلاحقة (Leopold et al. 1996). وبها تُرسى ثقة المرضى بأطبائهم التي تعد المكافأة السامية التي يسعى إليها الأطباء في أثناء عملهم على مدى سني الممارسة العملية.

ويرغب المرضى أن يروا أطباءهم كفنيين وواسعي الاطلاع، ولكنهم بحاجة إلى أن يتعلموا بهم ويشعروا بدعمهم في أثناء المصائب التي يعانون منها وتقديرهم لها. ويوفر الانتباه لبناء العلاقة مكافأة محتملة للمرضى المقتنعين بأطبائهم وللأطباء الذين يعانون من إحباط أقل وقناعة أكثر في عملهم (Levinson et al. 1993).

وتزداد أهمية مهارات بناء العلاقة ليس في سياق العلاقة بين الطبيب والمريض حسب، وإنما لمقدمي الرعاية الصحية فيما بينهم أيضاً. وفي كتاب هوفر المستنبت من سلسلة دراسات عن تأثير متانة العلاقة للوصول إلى أداء عالي في شركة صناعة للطيران، ضمنت «Hoffer Gittel (2003)» فصلاً تناقش به دراسة واسعة لها وجماعتها «Hoffer Gittel et al. 2000» مقارنة بين الكفاءة والنتائج لتسعة مستشفيات في «بوسطن ونيويورك ودالاس» فيما يتعلق بجراحة تبادل المفصل. حيث اشترطت مجموعة من هذه المستشفيات التوظيف المرتبط بالتدريب على الكفاءة العلائقية «Relational competence» بكثافة - والتي تُعرف بالقدرة على التفاعل مع الآخرين لإنجاز أهداف عامة، بينما اختارت مستشفيات أخرى الأشخاص الكفويين المتميزين - وتوجهت هذه المستشفيات إلى إغفال كفاءة العلاقة عند توظيف الأطباء بشكل واضح. ووجدت الدراسة اختلافات معتبرة بين المجموعتين في متانة العلاقة والتنسيق بين مقدمي العناية الصحية كعامل مهم في عملية رعاية المرضى. وأفادت هوفر وجماعتها «Hoffer Gittel (2003: p. 48)» في الصفحة (84) من البحث: أدى تحسين (100٪) من علاقات العاملين فيما بينهم إلى ما يأتي: تخفيض مدة مكوث المرضى في المستشفى بنسبة (31٪)، وتحسن نوعية الخدمة التي تلقاها المرضى بنسبة (22٪)، والخلو من الألم بعد العملية بنسبة (7٪)، وزيادة القابلية على الحركة بعد العملية بنسبة (5٪). ولخصت «Hoffer Gittel et al. 2000» أن أولئك الذين تمتعوا بمستويات عالية من الخبرة الوظيفية احتاجوا إلى مستويات عالية من الكفاءة العلائقية «Relational competence» من أجل أن يتكامل عملهم مع الآخرين. وإن أحد المشاركين في الدراسة عبر عن ذلك بالطريقة الآتية «لقد انتقلنا من مرضى يمرون بخبرة مقدم رعاية فردية إلى مرضى يمرون بخبرة أنظمة رعاية... وإن تنسيق الجهد الجمعي أكثر أهمية من التألق الفردي.»

وهكذا ففي ميدان الرعاية الصحية فإن مهارات بناء العلاقة والكفاءة العلائقية (Relationship competence) أمران ضروريان في مقابلة (الطبيب - المريض) من جهة ومن جهة أخرى، للعلاقات بين مقدمي الرعاية الصحية أنفسهم. وسواءً تعلق الأمر بالمرضى أو العاملين المشاركين فإننا نتفق مع هوفر كيتل

- AAPP Three-Function Model (Cohen-Cole 1991):
— تنمية الألفة والاستجابة إلى انفعالات المريض.
- Bayer Institute for Health Care Communication E4 model (Keller and Carroll 1994):
— الارتباط بالمريض.
— التعاطف مع المريض.
- The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills (Makoul 2001):
— فهم منظور المريض.
- The Maastricht Maas Global (van Thiel and van Dalen 1995):
— العواطف.
— المرونة.
- Essential Elements of Communication in Medical Encounters: Kalamazoo Consensus Statement (Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education 2001):
— بناء العلاقة.
- The Model of the Macy Initiative in Health Communication (Kalet et al. 2004):
— بناء العلاقة.
- Patient-centred medicine (Stewart et al. 2003):
— تعزز العلاقة بين الطبيب والمريض.

المهارات

Skills

المستطيل «5.1» مهارات بناء العلاقة

- استعمل إيماءات غير لفظية مناسبة
- أظهر إيماءات غير لفظية مناسبة:
— الاتصال البصري، التعبير الوجيهي.
— هيئة المريض، وضعيته، الحركة.
- الإشارات الصوتية، مثل: معدل سرعة الكلام، جهازة الصوت، النغمة.
- الملاحظات: ينبغي أن لا تؤثر قراءة الملاحظات وتدوينها واستعمال الحاسوب على الحوار أو الألفة.
- النقاط إشارات المريض غير اللفظية (لغة الجسم- الكلام- تعبير الوجه) التحقق منها وقرارها إن كان مناسباً.

تنمية الألفة

- القبول: تقبل رؤية المريض ومشاعره بحيادية من دون الحكم عليها.

Continued

وربط كثير من المعلّمين بين التطور الضعيف لبناء مهارات بناء العلاقة للأطباء بطريقة تعليم الطلبة والمقيمين الذي يقيهم بعيدين في علاقتهم بمرضاهم في التدريب الطبي. كما لاحظنا في الفصل الثالث، تعتمد الطريقة السريرية التقليدية على الاستنتاج العلمي وتُشيد بالانفصال السريري عن المرضى. وترى طلبة الطب في عالم الأهداف والتقنية على حساب فهم شخص المريض. وتعلموا التركيز على آلية المرض وحماية أنفسهم من الانفعالات الجياشة للممارسة الطبية عندما تكون المشاعر مؤلمة للمريض والطبيب. ويوصى بالموضوعية السلبية «غير المنفعلة» التي تنسجم مع الموقف. ويبدو واضحاً، أن مهارات بناء العلاقة لا تزدهر في هذا الوسط.

وقد عرض شامان ووليمسون في بحثهم الموسوم الاتصال الشخصي

«(Suchman and Williamson (2003, personal communication))»

رؤية أعمق عن الطريقة التي تؤثر بها كليات الطب في تطوير مهارات العلاقة للطلبة: «يتعلّم طلاب الطب أولاً وقبل كل شيء من ما يرون ويواجهون، بدلاً من المكتوب في المنهج الدراسي. وإذا شاهدوا تفاعلات مُحترمة وتساهمية، مارسوا الانصات والتعاطف والدعم. وإذا لاحظوا أساليب مختلفة وحوار فضولي بدلاً من التصارع والهيمنة، فإن هذه التفاعلات ستؤثر توقعاتهم لطبيعة العلاقات في الطب. ولكن إذا رأوا أطباء مشهورين في الطب يدخلون بشكل دوري في علاقات سلبية غير شفائية أو علاقات سلبية فيما بينهم ومع مرضاهم. وإذا لاحظوا أن مدربيهم يؤكّدون على أهمية المعلومات التقنية والخبرة قبل كل شيء ولا سيما فوق معرفة النفس ومعرفة الآخرين، وواجهوا التشويش أو الإذلال كتقنيات قياسية من علم أصول التعليم الطبي، سيُطوّرون نمطاً مختلفاً جداً لممارستهم الدائمة.»

الأهداف

Objectives

يمكن تلخيص الأهداف التي نسعى إليها في بناء العلاقة بالمريض بما يأتي:

- تنمية الألفة التي تساعد على إحساس المريض بأن الطبيب فهمه وقيم رؤيته ودعمه.
- إرساء الثقة بين الطبيب والمريض وإقامة أساس لعلاقة علاجية.
- التشجيع على انشاء بيئة تزيد من كفاءة افتتاح المقابلة وجمع المعلومات والتوضيح والتخطيط ودقتها.
- خلق مشاورة داعمة كنتيجة يحد ذاتها.
- خلق علاقة طويلة الأمد والسعي في ادامتها.
- إشراك المريض بالمقابلة حتى يدرك دوره الكامل في المشاركة بجميع مراحلها بارتياح.
- تقليل الخلاف أو ربما الصراع المحتمل بين الطبيب والمريض.
- زيادة قناعة الطبيب والمريض بالمقابلة التفاعلية المبنية بناءً صحيحاً.

تتضمن الأهداف اعلاها مهمات كثيرة ونقاط تدقيق عديدة جرى تناولها في دلائل معروفة في مجال المقابلة الطبية:

• Pendleton et al. (1984, 2003):

— ترسي أو تديم العلاقة بالمريض وتساعد على إنجاز المهام الأخرى.

• Neighbour (1987):

— تنشئ الألفة مع المريض.

المستطيل 5.2 ماذا نعني بالسلوك غير اللفظي؟

- الوضعية (Posture): الجلوس، الوقوف، الانتصاب، الاسترخاء.
- القرب (Proximity): كيف استعمل المجال الحيوي، البعد بين الشخصين المعنيين بالاتصال ووضعية كل منهما.
- اللمس: المصافحة، الربت - على الكتف -، جس الطبيب المريض خلال الفحص.
- الحركات: اشارات اليد والذراع، التمللمل - للتعبير عن الضجر وعدم الارتياح -، هز الرأس، حركات القدمين والساقين.
- تعابير الوجه: رفع الحاجبين، التقطيب - العبوس -، الابتسامة، البكاء.
- سلوك العين: الاتصال البصري، الخزر، التحديق.
- الإشارات الصوتية: النغمة، معدل الكلام، الحجم، اللحن، الصمت، التوقف، زلات اللسان.
- استعمال الوقت: مبكراً، متأخراً، في الوقت المناسب، الوقت الاضافي، الاستعجال، التباطؤ بالرد.
- المظهر الخارجي: العنصر، الجنس، الهيئة، الملابس، الاستعداد.
- الإشارات البيئية: الموقع، ترتيب الأثاث، الأضاءة، درجة الحرارة، الألوان.

ما الفرق بين الاتصال اللفظي وغير اللفظي؟

What is the difference between verbal and non-verbal communication?

ما الفرق بين الاتصال اللفظي وغير اللفظي؟ (Verderber and Verderber 1980)

- الاتصال اللفظي اتصال متقطع وذو نقاط نهاية واضحة - نعرف متى وصلت الرسالة نهايتها. وخلاف ذلك، فالاتصال غير اللفظي مستمر ما دام الشخصان المتصلان ببعضهما موجودين. ولا يمكن إنهاءه «Watzlawick 1967» حتى عندما يكون الشخصان المتصلان في صمت مطبق، فإن الجو الذي يكتنف جلستهم مملوء بالرسائل. والفرق بين الصمت المريح وغير المريح تتوسطه رسائل غير لفظية.
- يحدث الاتصال اللفظي بطريقة منفردة واحدة، أما أن يكون سمعياً «عند الكلام» أو بصرياً «عند الكتابة» في حين يظهر الاتصال غير اللفظي بطرق متعددة ومفاجئة. ويمكن أن نرسل ونسلم تلميحات غير لفظية وكما مبين في المستطيل 5.2 في آن معاً وأن حواسنا تتسلمها في الوقت نفسه.
- يكون الاتصال اللفظي في أغلب الأحيان تحت السيطرة الواعية، في حين أن الاتصال غير اللفظي يعمل على حافة الوعي أو خارج سيطرته. ويمكن أن نستخدم الاتصال غير اللفظي بقصد حينما نرغب بإدارة الحديث في أثناء المقابلة متمثلاً بنبرة الصوت وحركات الجسم والعين. ولكن يعمل الاتصال غير اللفظي بمستوى أقل وعياً وقد تتسرب تلميحات غير لفظية لا يعلم بها المرسل. وتوفر تمثيلاً اصدق للمشاعر من الملاحظات اللفظية الأكثر ادراكاً. ويصدق ذلك خصوصاً في وضعية الجسم والحركات كما أظهر دايماتو (DiMatteo et al. 1980).
- الرسائل اللفظية أكثر فاعلية في إبلاغ المعلومات المنفصلة في اتصال أفكارنا وآرائنا الذهنية. وعلى النقيض من ذلك، فإن الاتصال غير اللفظي هو القناة الأكثر مسؤولية عن إيصال اتجاهاتنا وانفعالاتنا وعواطفنا، والطريقة التي نقدم بها انفسنا ونربط بين المواقف. وأن المعلومات المتعلقة بالترحيب

- التعاطف: استعمل التعاطف لإيصال الفهم وتقدير مشاعر المريض أو مأزقه: وقدر منظور المريض ومشاعره بوضوح.
- الدعم: وفر الدعم: عبر عن الاهتمام والتفهم والرغبة بالمساعدة، وقدر جهوده الشخصية للعيش ورعايته المناسبة لنفسه واعرض المشاركة.
- الرقة: تعامل برقة مع المواضيع المزعجة والألم البدني ومن ضمنها الألم المصاحب للفحص البدني.

إشراك المريض

- الاشتراك بالتفكير مع المريض لتشجيعه على المساهمة، مثل: ما أفكر به الآن هو ...
- التفسير المنطقي للأسئلة أو أجزاء الفحص البدني التي تبدو غير مرتبة.
- في أثناء الفحص البدني: اشرح الإجراءات وأطلب موافقة المريض عليه.

ما الذي تُعلمه وتتعلمه في بناء العلاقة: الأدلة على المهارات

'What' to teach and learn about building the relationship: the evidence for the skills

ثم نقوم بتمحيص مهارات بناء العلاقة الفردية تفصيلاً وكما مبين في المستطيل 5.1 ونستكشف الأدلة النظرية والبحثية التي تبرهن على استعمالها خلال المقابلة.

استعمل ايماءات غير لفظية مناسبة

USING APPROPRIATE NON-VERBAL COMMUNICATION

لا يمكننا التأكيد بصورة وافية على أهمية الاتصال غير اللفظي على مدى المقابلة الطبية ما لم نتنبه على تأثير تفاعلنا غير اللفظي بمثل ما نفاعل مع تفاعلنا اللفظي (Friedman 1979; Hall et al. 1995). وهناك جانبان لهما علاقة وثيقة بالاتصال غير اللفظي يستحقان التأمل هما:

- 1 السلوك غير اللفظي للمرضى.
- 2 السلوك غير اللفظي للأطباء.

ويحتاج الأطباء أن يدركوا تأثير تلميحات المرضى غير اللفظية خلال أحاديثهم وعواطفهم وتعابير وجوههم ووضعية أبدانهم. وفي الوقت نفسه، يحتاج الأطباء أن يعوا سلوكهم غير اللفظي وكيف يضبطون الاتصال البصري ووضعية الجسم والحركة والإشارات الصوتية من أجل إنجاح المقابلة. ويضم المستطيل 5.2 مجموعة متنوعة من أنماط السلوك غير اللفظي (Mehrabian 1972; Gazda et al. 1995).

يؤثر في سلوك الآخرين عن طريق سلوكه. ومن ناحية أخرى، لو تصرف الطبيب بعدم اهتمام فإن المريض سيلتقطه وستدهور الاتصال.

ما البيّنات البحثية الدالة على أن الاتصال غير اللفظي سيجعل المقابلة مختلفة؟

What is the research evidence that non-verbal communication makes a difference to the consultation?

بيّن هاريكان وجماعته «(Harrigan et al. (1985)» إن الأطباء الذين يواجهون مرضاهم مباشرة ويكثرون من الاتصال البصري ويبدون بوضعية منفتحة يعدون أكثر تعاطفاً واهتماماً ودفعاً.

في دراسة للطب الباطني/ العيادة الخارجية للمستشفيات، وجد واينبركر وجماعته «Weinberger (1981) et al.» علاقة إيجابية بين قناعة المريض واتصال الطبيب غير اللفظي: المتمثل بهز الرأس والإيماءات وقرب المسافة بين الطبيب والمريض في مرحلة جمع المعلومات.

وأظهر لارسن وسمت «(Larsen and Smith (1981)» في طب الأسرة، إن ارسال الإشارات غير اللفظية باستعمال المسس وتقليل المسافة بين الطبيب والمريض والانحناء للأمام وتكييف الجسم والتحديق لها علاقة بقناعة المريض إضافة إلى فهمه.

واتبع هول وجماعته «(Hall et al. (1981)» تقنية الكلام المترشح للفصل بين الرسائل اللفظية والإشارات الصوتية من خلال التسجيلات المعالجة إلكترونياً. وتمكن من سماع الإشارات الصوتية من دون الكلمات. وبيّنوا أن المرضى والأطباء تبادلوا العواطف ونوعية الصوت بالمثل في عيادة طب الأسرة وطب المجتمع. فلو أظهر أحد الجانبين رضاه أو قناعته أو قلقه فكان الجانب الآخر يظهر الشيء نفسه. وكانت المقابلة بالمثل أكثر وضوحاً في الكلام المترشح منه في الكلام غير المترشح أو المكتوب. واستنتج المؤلفون أنّ معظم الاتصال العاطفي الذي يُستجاب له في التفاعل النشيط حدث عن طريق الاتصال غير اللفظي. وأظهروا اختلافاً بين القنوات اللفظية وغير اللفظية فيما يتعلق برضى المرضى. فالرسائل اللفظية التي تستعمل كلمات تبدو أقل قلقاً وأكثر تعاطفاً ارتبطت بدرجة رضى أكبر عند المرضى. وعلى النقيض من ذلك، فإن الرسائل غير اللفظية التي تنطوي على غضب وقلق أكثر كانت تؤدي إلى مزيد من رضى المريض. وأظهرت نتائج مماثلة فيما يتعلق بتقيّد المرضى بمواعيد المراجعة. واقترح المؤلفون بأن الإشارات غير اللفظية التي تدل على الغضب والقلق تفسر من قبل المرضى على أنها تعكس الأهتمام والخطورة من جانب الطبيب. ويبدو واضحاً اختلاف المعلومات العاطفية المنقولة عبر القنوات اللفظية وغير اللفظية.

وبيّن هول وجماعته «(Hall et al. (1987)» أنّ الأطباء في الرعاية الصحية الأولية الذين أعطوا معلومات كثيرة قدّروا أيضاً إلى حد كبير على نغمة صوتهم من المراقبين المستقلين - كما كانوا أكثر اهتماماً وقلقاً وأقل انزعاجاً. وعلى النقيض من ذلك، فإن الأطباء الذين أعطوا معلومات أقل صرفوا وقتاً أكثر في المحادثات وتبدو اصواتهم ضجرة أو باردة. كما توصل المؤلفون أيضاً إلى أن القلق الذي صاحب نبرة الصوت استقبل على أنه اعتبار متلهف. وينسجم هذا التفسير جيداً مع عمل «(Kaplan et al. (1989)» الذي سناقشه بالتفصيل في الفصل السادس. ووجدوا أن 'الشعور السليبي' الذي عبر عنه الطبيب والمريض معاً ارتبط بنتائج صحية أفضل. وإستنتج المؤلفون بأنّ هذا قد يُمتثل «احتكاكاً صحياً healthy friction» أو أن الأطباء الأكثر ارتباطاً بمرضاهم يبدون أكثر اهتماماً أو قلقاً.

ولقد بيّن دياماتو وجماعته «(Dimatteo et al. 1980, 1986)» أن أطباء الباطنية وأطباء الأسرة المقيمين الذين أثبتت الفحوصات المختبرية الموضوعية مقدرتهم على إيصال الانفعالات عن طريق تعابير الوجه ونبرات الصوت (أي استعمال الترميز) كان مرضاهم أكثر رضى عن رعايتهم الطبية. ومن المثير للاهتمام،

والإستجابة والهيمنة تهيؤها التلميحات غير اللفظية أكثر بكثير من الوسائل اللفظية. ويؤدي الاتصال غير اللفظي دوراً في غاية الأهمية عندما لا يكون المرء قادراً على أو غير راغب في التعبير عن مشاعره تعبيراً لفظياً واضحاً. فمثلاً عندما تفرض الأعراف الزاجرة عدم الإتفاق مع مسؤول كبير أو عندما لا تكون الكلمات مناسبة للتعبير عن الحب أو الحزن أو الألم («(Ekman et al. 1972; Mehrabian 1972)» Argyle 1975).

لماذا يحدث إدراك الاتصال غير اللفظي تطوراً في المقابلة الطبية؟

Why understanding non-verbal communication can make a difference in the consultation

يمكن للاتصال غير اللفظي أن يحدد نطق أو يوزن أو ينظم أو يحل محل الاتصال اللفظي أو يناقضه. وفي معظم الظروف، يعمل الاتصال اللفظي وغير اللفظي سوياً لكي يعزز أحدهما الآخر. وتساعد الإشارات غير اللفظية الرسائل اللفظية لكي يتم ايصالها توصيلاً دقيقاً وكفاءة عن طريق تعزيز الرسائل اللفظية. فمثلاً، بعد أن يلخص الطبيب أقوال المريض ويسأله: هل استطعت أن أفهم ما قلته؟ فيجيب المريض: «نعم هذا هو المقصود بالضبط» ثم يتسم ويميل بجسمه إلى الأمام ويستخدم لهجة حميمة. بينما عندما تتحدث مريضة عن مخاوفها المتعلقة بالعملية الجراحية: فإنها تنظر إلى الأسفل وتتكلم ببطء وتحرك أصابعها.

وعندما نشغل في مواءمة تأييدنا غير اللفظي لتعبيرنا اللفظي، فإن حوارنا أكثر عرضة لسوء الفهم. ولقد جابه جميعنا مشكلات في الاتصال الهاتفي: عندما لا نتلقى كثيراً من الإشارات غير اللفظية. وباستطاعتنا استعمال الاتصال غير اللفظي للحد من الشكوك وسوء الفهم في اتصالنا اللفظي. مثل «هل انت سعيد بهذه الخطة؟» مصحوبة باتصال بصري وانفراج اليدين مع تعبير استقهامي على الوجه، تشير جميعها إلى الأهتمام الصادق. وبدلاً من ذلك، إذا كانت العبارة نفسها مصحوبة باغلاق دفتر الملاحظات وصفق اليدين على المنضدة مع القاء نظرة سريعة على المريض ثم الابتعاد عنه، فإن جميع الإشارات توحى بأن الطبيب لا يريد أن يعرف إذا كان الجواب لا.

وعند تأمل المثال الأخير، يمكن ملاحظة تناقض القناتين مع بعضهما. وتشير بحوث الاتصال: حينما تكون القناتان غير متوافقتين أو متعارضتين، فإن الرسائل غير اللفظية تميل إلى الإدراك أكثر من الرسائل اللفظية «(Koch 1971; McCroskey et al. 1971)». والعبارة اللفظية: «أخبرني عن مشكلتك؟» بينما تشير الإشارات غير اللفظية إلى الاستعجال مصحوبة بنظرات قلقة، سيفسر المريض السؤال: أن الوقت ضيق ويحتل الأولوية اليوم. وإذا قال الطبيب: لا يوجد ما يثير القلق ولكن يتردد في عباراته عند إيصال الرسالة اللفظية، فإن المريض سيفترض أن هناك بعض القلق وأن المعلومات قد حُجبت. ومع ذلك، ينطبق هذا التعميم على الأشخاص البالغين الطبيعيين فقط، بينما نرى الأشخاص المضطربين عاطفياً والمراهقين يميلون إلى الرسائل اللفظية عندما تجابههم تناقضات وحالات الاختلاف «(Reilly and Muzarkara 1978)».

وهناك استعمال آخر للسلوك غير اللفظي يتعلق بتعزيز نظرية التفاعل الاجتماعي «(Mehrabian and Ksionsky 1974)» والتزامن غير اللفظي «(DeVito 1988)»: ويميل الناس إلى التصرف على وفق الطرق التي تعزّز توقعاتهم العامة. وميالون إلى نسخ أو تقليد سلوك بعضهم البعض غير اللفظي - أو التحرك أو الكلام بتزامن - للدلالة على التوحد. ويتمكن الطبيب من استعمال هذه المفاهيم للإفادة منها أولاً، عن طريق استباق التوقع الايجابي. وثانياً، تصميم نموذج لمهارات الانصات الواعي المريح. وقد يتخذ المريض وضعية الطبيب ويعزز السلوك الذي سيساعدهما على الشعور بالراحة ويبدون أكثر اهتماماً. وباستطاعة الطبيب أن

هذا السلوك غير اللفظي من المهم، بل من الضروري ليس مراقبته بدقة حسب وإنما يجب التحقق من الحدس بشكل لفظي أيضاً. وقد تصح تفسيرات الطبيب وافتراضاته أو لا تصح فهي بحاجة إلى أن تدقق مع المريض. وقيام الطبيب بتدقيق ما افترضه يشجع المريض على أن ينطلق في التحدث عما يفكر أو يشعر به ولهذا مردود مزدوج إذ إن كلاً من الطبيب والمريض سيتجنبان سوء التفسير ويكتشفان مزيداً من المعلومات. في الفصل الثالث، جرى وصف مهارات التقاط التلميحات غير اللفظية وتدقيقها تدقيقاً لفظياً مثل: «يبدو عليك الانزعاج، هل ترغب في الحديث عن ذلك؟».

لا يساعد التقاط الإشارات غير اللفظية الطبيب على فهم الضغط النفسي (العاطفي) من جراء معاناة المريض حسب ولكنه في الوقت نفسه ذو أهمية تشخيصية كبيرة متميزة. وقرأة الإشارات غير اللفظية للمصاب بالاكئاب هو جانب مهم من جوانب تشخيص المعاناة (Hall et al. 1995). في حين إن المشكلات العاطفية التي تستقى من خلال القنوات غير اللفظية تكون في أغلب الأحوال هي السبب الذي يكمن خلف الاعراض البدنية.

نقل تلميحات - الطبيب - غير اللفظية الذاتية إلى المريض

Transmitting your own non-verbal cues

وبصورة مشابهة، ومن دون إغارة الاهتمام إلى مهارات الطبيب غير اللفظية الذاتية والرسائل التي يرسلها عن طريق القناة غير اللفظية «التشفير» فإن كثيراً من جهوده الأخرى في الاتصال قد تبقى من دون حل. فإذا كانت إشارات الطبيب اللفظية وغير اللفظية متناقضة، فأقل ما يمكن أن يحصل هو تعرضها لمخاطر الارتباك أو سوء التفسير. وأسوأ ما قد يحصل هو أن رسالته غير اللفظية ستتغلب. إن المهارات غير اللفظية التي ترسل عن طريق الاتصال البصري والوضعية والجلوس والموقف والحركة وتعبير الوجه والتوقيت ونبرة الصوت قد تنبه المريض وتسهل إقامة علاقة تعاونية معه. وعلى النقيض من ذلك، فإن السلوك غير المبالي يغلق التفاعل ويعيق بناء العلاقة (Gazda et al. 1995). ومرة أخرى نقول، إن عدم التكافؤ في القوة والسيطرة بين المريض والطبيب، يقود المريض إلى الاهتمام بالإشارات غير اللفظية للطبيب اهتماماً خاصاً وتوجه الطبيب وما تعنيه. ونادراً ما يستسفر المرضى على التأكيد اللفظي للإشارات غير اللفظية التي يلتقطونها. وفي العادة يرسمون انطباعاتهم بالدرجة الأولى على الرسائل غير اللفظية.

استعمال سجل الملاحظات والحاسوب

Use of notes & computers

من أهم المهارات غير اللفظية الاتصال البصري. ومع ذلك، فكثيراً ما يراجع الطبيب الملف الطبي أو سجل المريض في الحاسوب خلال المقابلة الطبية في أثناء عرض المريض لقصته وبهذا تضيع فرصة التخاطب بالعيون. وفي دراسة نوعية على الممارسة الطبية العامة في المملكة المتحدة فحصت هيث «Heath 984» نتائج قيام الأطباء بمحاولة قراءة سجلات المرضى والانصات إليهم في الوقت نفسه. وأثبتت كيف تدهورت الكفاءة بدلاً من تحسنها، وكما يأتي:

- يتوقف المرضى عن استجاباتهم الأولية لنداء الطبيب إلى أن يحدث الاتصال البصري.
- يتوقف المريض عن الكلام قبل إكمال العبارة التي يريد قولها عندما يبدأ الطبيب بإلقاء نظرة على الملف أو سجل الملاحظات الخاص به ثم يستأنف حديثه بعد أن تلتقي عينه بعين الطبيب بعد ذلك.
- يلجأ المرضى إلى الحركات الجسمانية ليلتقطوا تحديق الطبيب ومعرفة ما إذا كان الطبيب يقرأ الملاحظات في أثناء قيامهم بالتحدث.

كانت قوائمهم تترخر بمزيد من اعداد المرضى. كما أن الأطباء الذين أكدوا قدرتهم على فهم الإشارات غير اللفظية لمرضاهم (فك الرموز) كان مرضاهم أكثر رضىً والتزاماً بالمواعيد.

ولقد أثبت كولدبيرك وجماعته «Goldberg et al. (1983)» بطريقة عملية، أن أطباء العائلة المقيمين الذين يمارسون الاتصال البصري كانوا أكثر احتمالاً على اكتشاف الاضطراب العاطفي لدى مرضاهم. ووجد امبادي وجماعته «Ambady et al. (2002)» علاقة بين نبرات اصوات الجراحين في أثناء قراراتهم وسجل الدعاوى المقامة ضدهم بسبب سوء الممارسة الطبية. وذلك بتسجيل اصواتهم في أثناء التحدث إلى مرضاهم خلال المقابلة لنماذج مختصرة جداً من محاوراتهم - لمقطعين زمن كل منهما عشر ثوان لكل جراح استخرجت من أول وآخر دقيقة من تفاعلهم مع مريضين مختلفين - وقيمت من متحريين للنبرات الصوتية ليسوا على علم بدعاوى سوء ممارسة المهنة. وقورنت بأطباء لم تسجل ضدهم دعاوى الاساءة للمهنة. وبعد السيطرة على المحتوى، قدرت الهيمنة العليا والاهتمام الأوطأ / القلق في نغمات اصواتهم. تمكن تحديد الجراحين ذوي الدعاوى السابقة بشكل ملحوظ مقارنة مع أولئك الذين ليس ضدهم دعاوى سوء التصرف. وتلقي الدراسة الضوء على قوة تأثير الإشارات الصوتية في المقابلات الطبية.

ودرس كريفيث وجماعته «Griffith et al. (2003)» العلاقة بين الاتصال غير اللفظي لأطباء مقيمين مع قناعة مرضى قياسييين «standardised patient» عن المقابلات الطبية. وتشمل مهارات الاتصال غير اللفظي: تعابير الوجه، تكرار الابتسام، هز الرأس، ميلان الجسم للأمام، وضعية الجسم، ونبرة الصوت. يبدو أنها أداة مستقلة للتنبؤ عن رضى المرضى القياسييين في ثلاث مؤسسات طبية مختلفة وهي: المحطة الأولى، مشكلة طبية بحته، حالة مريض يعاني من ألم في الصدر والمحطة الثانية، مشكلة نفسية اجتماعية، التعامل مع حالة مريض مصاب بالكآبة ومعتدى عليه جنسياً والمحطة الثالثة مشاوررة طبية «Counselling encounter» تقليل عوامل الاختطار لفايروس نقص المناعة المكتسبة. وكان مدى التأثير بالاتصال غير اللفظي كبيراً، توقع الفرق بـ (32٪) في قناعة مرضى ألم الصدر، (23٪) في قناعة مرضى الكآبة والإعتداء الجنسي، و(19٪) في قناعة المشاورة لاختطار فايروس نقص المناعة. وتوصل المؤلفون إلى أن استعمال مهارات الاتصال غير اللفظي الأفضل ارتبطت مع قناعة مرضى من مجاميع مختلفة من المقابلات الطبية مع المرضى القياسييين.

ما الدروس المستفادة للأطباء؟

What then are the lessons for physicians?

وتبعاً لذلك، على الأطباء أن يدركوا سلوك مرضاهم غير اللفظي فضلاً عن سلوكهم غير اللفظي.

قراءة تلميحات المريض غير اللفظية

Reading the non verbal cues of the patients

تظهر المعايير الثقافية في مجال الرعاية الصحية تعبير المرضى عن مشاعرهم لفظياً - ويتردد المرضى عن إبداء أفكارهم أو مشاعرهم تردداً واضحاً. وبدلاً من ذلك يستعملون رسائل غير مباشرة أو ضمنية (أنظر الفصل السادس). وقد تكون الإشارات غير اللفظية تبعاً لذلك - أحد مؤشرات الطبيب القليلة بأن المرضى يرغبون في التعبير عن مخاوفهم واهتمامهم حول المشكلة.

وعلى أية حال، عند ترافق التلميحات غير اللفظية التي تمثل المشاعر الحقيقية، فإن هذا لا يعني أن باستطاعة الطبيب أن يفسر تلك الإشارات تفسيراً دقيقاً وييسر عند ملاحظتها. هناك مصادر كثيرة للتشيت الممكن الحدوث ولسوء الفهم الذي يكمن وراء تسلم الرسائل غير اللفظية. ولضمان التفسير الدقيق لمثل

بناء الألفة

DEVELOPING RAPPORT

القبول

Acceptance

نظرنا في الفصل الثالث إلى أهمية فهم منظور المريض. ولقد فهمنا الحاجة إلى استخراج أفكار المرضى وآرائهم ومخاوفهم وتوقعاتهم والتنبيه لمشاعرهم. ولكن بعد اكتشافنا هذه الآراء والمشاعر، ماذا يجب أن تكون إستجابتنا الأولى؟ إن مفهوم القبول كما يقترحه «Briggs & Banahan 1979» ذو فائدة في هذا المجال، فهو يوحي إنه بدلاً من التلمين المباشر أو الرفض أو حتى الموافقة على آراء المريض سيكون ردنا الأولي لمشاركة المريض هي «إستجابة القبول» «accepting response»:

استجابة القبول

The Accepting Response

وتسمى كذلك، الاستجابة الداعمة أو استجابة التقدير التي وردت في أبحاث أخرى. وإستجابة القبول هذه، تهيئ وسيلة عملية ومحددة لما يلي:

- قبول ما يقوله المريض من دون الحكم عليه.
- الاعتراف بشرعية امتلاك المرضى لآرائهم الخاصة ومشاعرهم.
- تقييم مشاركات المرضى.

إن استجابة القبول تعترف بعواطف المرضى أو أفكارهم وتقبلها بغض النظر عن ماهيتها ومتى حدثت. ويرجى ملاحظة أن القبول هنا لا يعني أن الطبيب يتفق والمريض بالضرورة. ولكن مع ذلك، فإنه يستمع ويقدّر عواطف المريض ووجهة نظره. وهذا أسلوب فاعل في بناء العلاقة لأنه يرسى أساساً مشتركاً بين الطبيب والمريض من خلال تفهم مشترك لمنظور المريض. فالقبول هو أساس الثقة والثقة هي حجر الأساس للعلاقات الناجحة (Gibb 1961; Briggs & Banahan 1979).

وقبول أفكار المرضى وعواطفهم من دون حكم ابتدائي عليها، ربما لا يكون بالأمر اليسير ولا سيما إذا كانت لا تتفق وتصورات الطبيب. وعلى كل حال، فبواسطة الاعتراف بوجهات نظر المريض وتقديرها بدلاً من مواجهتها مع أفكار الطبيب، فإن الطبيب يستطيع أن يدعم مريضه ويعزز علاقته به. والمفهوم الرئيس هنا، الاعتراف بحق المريض في أن تكون له آراؤه ومشاعره الخاصة به. وهذا يساعد المرضى على فهم أن ليس من المنطقي أن تكون لهم آرائهم وانفعالاتهم المتعلقة بمعاناتهم حسب ولكن من المهم أيضاً للطبيب أن يعبر لمريضه عن ذلك لكي يكون على علم بمنظوره واحتياجاته.

وظائف استجابة القبول

Function of the accepting response

لاستجابة القبول ثلاث وظائف قيّمة هي:

- 1 الاستجابة الداعمة لتعبير المريض عن مشاعره وأفكاره.
- 2 العمل على كون الاستجابة تيسيرية من أجل الحصول على فهم أفضل لهذه الأفكار والمشاعر.
- 3 لتقييم المريض وأفكاره حتى عندما تبدو مشاعره أو مخاوفه غير مسوّغة أو ربما خاطئة.

- تتدهور طلاقة لسان المريض عندما ينظر الطبيب بعيداً وتعود طلاقته بعد أن تلتقي عين الطبيب بعينه.
- غالباً ما يفقد الطبيب أو ينسى ما قاله المريض أثناء انهماكه بقراءة الملاحظات.

وإن التقاء عين الطبيب بعين المريض يجعل الأخير يخلص إلى أن الطبيب أصبح متهيباً للمشاركة بالحوار والانصات. وعند غياب التقاء العينين فإن المريض يبذل جهوداً غير لفظية ليشجع الطبيب على إعادة تعديل نظرتة، وهنا يحدث نقصاً في نوعية وكمية المعلومات المقدمة. وتنتهي هذه الدراسة إلى أن استعمال السجلات في أثناء قيام المريض بالتحدث ليست الطريقة الفاعلة للقيام بالمقابلة الطبية للمريض والطبيب معاً. فالمريض سيقدم المعلومات بشكل ابطأ وبصورة مبتورة وربما لا «يستمتع» الطبيب إلى المعلومات المقدمة إليه من المريض. وتقترح هيث إستراتيجيات عديدة للتغلب على المشكلة العامة التي تتطلب سماع قصة المريض وفي الوقت نفسه قيام الطبيب بفحص السجلات:

- أن يتقصد الطبيب تأجيل مراجعة السجلات إلى أن يكمل المريض عبارته الأولى.
- انتظار الطبيب للحظات المناسبة قبل إلقاء نظرتة على الملاحظات.
- الفصل بين الإنصات وقراءة الملاحظات بواسطة علامات الانتقال والطلب من المريض برهة للنظر إلى السجلات وعند الانتهاء من ذلك يطلب الطبيب من المريض إكمال روايته لكي يفهم المريض مسار العملية.

وقام «(Robinson (1998) and Ruusuuvuori (2001)» حديثاً بمضاعفة النتائج. وأظهر روزوفوري وبشكل رائع كيف يتواءم وضع الجسم والاتصال البصري لبيان فيما إذا كان الطبيب منهمكاً بالإنصات لقصة المريض. وهل يقابل النصف السفلي للطبيب المريض أم أن المريض يواجه المكتب. وإذا واجه المريض النصف السفلي للطبيب فإنه يسمح للمريض بسرد قصته بانسيابية وطلاقة أكبر. وإن التحول من التحديق في عين المريض إلى النظر إلى السجلات يكون أقل ضرراً عندما يكون الجزء الأسفل من جسم الطبيب لا يزال في مواجهة المريض أكثر مما لو كان الجسم خلف المكتب في ذلك الوقت. ولقد بين روزوفوري أن اشاحة النظر بعيداً عن عين المريض يكون مربكاً في بعض اللحظات الحرجة التي يكون المريض فيها يصف نقاط ذات أهمية خاصة له. وأن الاتصال البصري ليس مهماً طيلة وقت المقابلة إذ لا بد للطبيب من أن يلقي نظرة على الملاحظات أحياناً. أما عند النقاط الحرجة من القصة التي يسردها المريض فإن الاتصال البصري أمر ذو أهمية متميزة.

ويستعين الأطباء بالحاسوب استعانة متزايدة في المقابلات كوسيلة مساعدة للسجلات المكتوبة بخط اليد. وفي كثير من الأحيان، نجد الحاسوب قد حل محل الملاحظات المكتوبة باليد بشكل كامل. ويجب الاهتمام بالاتصال البصري ووضع الجسم بمزيد من الاعتبار من أجل أن تكون المقابلة الطبية أكثر فاعلية (Greatbach et al. 1993). وعلى الرغم من كثرة الفوائد التي تلت استعمال الحاسوب (Mitchell and Sullivan 2001; Booth et al. 2002) إلا أن فوائد استعمال الحاسوب في الاتصال بشكل تعاوني تتضمن ما يأتي:

- المشاركة في المعلومات «مثلاً جدول عوامل اختطار أمراض القلب والاعوية الدموية».
- المناقشة العاجلة مثل: «أرى أن الوقت قد حان لكي أعيد فحص ضغط دمك- هل تقوم بذلك اليوم؟»
- تسجيل الخطوات المتفق عليها وملاحظات المتابعة.

مهارات استجابة القبول

Skills of the accepting response

يمكن استعمال مجموعة المهارات الآتية بالتتابع الميّن في أدناه لكي تشير إلى إستجابة القبول. كما في المثال الذي عبر المريض عن أفكاره بالقول: «اعتقد أن لدي سرطان يا دكتور. كنت أعاني من غازات مؤلمة كثيرة مؤخراً». وتتضمن المهارات:

- تسمية أفكار المريض أو مشاعره أو تكرارها أو تلخيصها مثل: «إذا أنت قلق لاعتقادك بأن الغازات قد يكون سببها السرطان»
- الإقرار بحق المريض بما يشعر أو يفكر حسب طريقته وذلك باستعمال الملاحظات المشروعة مثل: «أستطيع أن أفهم رغبتك في أن تتحقق من ذلك».
- الوصول إلى التوقف الكامل وبعدها: استعمال الصمت الواعي والسلوك غير اللفظي المناسب لإعطاء المجال للمريض لكي يقول المزيد مثل «نعم دكتور، انت تعلم أن والدتي قد توفيت بسرطان الامعاء عندما كانت في الاربعين من العمر، وأنا أتذكر انها عانت من غازات كثيرة. أنني مرعوب من كون هذا الأمر يحصل لي أيضاً».
- تجنب الميل إلى اعطاء جواب مناقض مثل «نعم، ولكن...» وعلى الرغم من كون الجزء الآتي غير ضروري في كل إستجابة قبول إلا أنه مفيد أيضاً:
- تقدير الطبيب للمرضى الذين يعبرون عن آرائهم مثل «شكراً لك على اخباري بهذه المعلومات، ومن المفيد جداً أن أكون على علم بمخاوفك».

الاستجابة للمشاعر والعواطف الواضحة

Responding to overt Feelings & Emotions

في المثال اعلاه، استعملنا استجابة القبول لمعتقدات المريض. كما يستعمل القبول في استجابة الطبيب الأولية للمشاعر والعواطف وبنفس الأهمية أيضاً. فمثلاً لتأمل استجابة القبول لمريضة تاملت حديثاً تقول عن زوجها المتوفى «أنا غاضبة منه جداً، كيف يسمح لنفسه أن يتركني بهذه الحال؟ حتى انه لم يترك وصية»

الطبيب: «إذا أنت غاضبة لأنه تركك وحيدة من دون وصية. أستطيع أن ألاحظ أن ذلك يسبب ازعاجاً شديداً»

(بعدها «توقف تام» لإعطاء المجال للمريضة للاستمرار بالكلام).

المريضة: «نعم أنا كذلك. أنا وحيدة للغاية وناقمة عليه لكونه لم يبق معي وبعد ذلك أشعر أنني مذنبه لأنني غاضبة عليه. هل جننت يا دكتور؟»

الطبيب: «لا هذه انفعالات قوية يصعب التعامل معها. أنا مسرور لأنك ذكرت لها لي».

(توقف)

الإستجابة للمشاعر والانفعالات المعبر عنها تعبيراً غير مباشر

Responding to indirectly expressed feelings & Emotions

المثالان أدناه يثبتان عملياً فائدة إستجابة القبول عندما يتم التعبير عن المشاعر أو الأفكار بصورة غير مباشرة. أي عن طريق السلوك غير اللفظي فقط. وهنا نستطيع أن نربط بين التقاط الإشارة التي تدل على مشاعر المريض - كما في الفصل الثالث - وإستجابة القبول.

«الاحظ ضحكك عندما جئت لزيارتي «الطبيب اختصاصي امراض الدم، هل أنا على صواب؟»...»
«هذا الأمر وارد، كثيراً من الناس يشعرون كذلك عندما يأتون لزيارتي لأول مرة»
(توقف قصير / توقف تام)

أو

«أرى أنك مسرور بنتائج الفحوص هذه. أنا مسرور أيضاً لكون النتائج جيدة»
(توقف قصير / توقف تام)

ومن الجوانب المهمة لإستجابة القبول هو أن يصل الطبيب إلى التوقف التام عن الكلام بعد تقديم الإقرار الابتدائي، أي التوقف لبرهة مع صمت واع، وتجنب قول: «نعم، ولكن...» التي تنفي بشكل آلي القبول وهذا يشبه رد فعل (منعكس) الركبة «knee-jerk» الذي شعر به معظمنا. جميعنا يتلهم إلى المساعدة وذلك بأن نقول «نعم، ولكن...» ثم نمضي لتقديم وجهة نظرنا أو تأييدنا أو تصحيح الفهم الخاطئ قبل أن نعطي المريض فرصة الشعور بالقبول أو الادلاء بمزيد من الآراء. وينبغي أن يتم ذلك لاحقاً خلال المقابلة وبعد أن تتاح للمريض الفرصة لكي يستجيب إلى عبارتنا الدالة على القبول. أنه أمرٌ ضروري بالطبع بأننا نُصحِّحُ، ننصِّحُ ونطمئن - السؤال هو متى؟
فماذا يحدث بعد أن نتوقف عن الكلام كلية بدلاً من إضافة عبارة «ولكن...؟» في العادة يستجيب المرضى بإبداء توضيح الفكرة أو المشاعر التي أقرّ الطبيب وجودها ويشترك بالعبء أو الابتهاج التي حصل عليه بمنظور أقل إثارة لكي يتمكن أن يتحدّث عنه بإسهاب أو يستمر بالتركيز على أمور أخرى.

القبول لا يعني الموافقة

Acceptance is not agreement

من المهم أن نفرق بين القبول والموافقة. وقبول رغبة المريض في إجراء عملية جراحية لا يحمل نفس معنى الموافقة على إجرائها. وهو إجراء على مرحلتين، الأولى: على الطبيب قبل كل شيء أن يحدد معتقدات المريض ويقرها قبل أن يبادر إلى رفضها سريعاً. وبهذا يمكن الطبيب فهم المريض من دون توتر الحوار وإتخاذ المريض موقف الدفاع عن رأيه في المقابلة وبعد التأمل العميق في الموضوع ينتقل الطبيب إلى المرحلة الثانية من المقابلة، حيث يعرض الطبيب منظوره الخاص ويصحح أية اساءة فهم.

تأمل مثلاً ما إذا كان المريض الذي ورد ذكره في المثال السابق كان في العشرين من العمر. ووضعت الإجابات الآتية مقابل عبارته: «اعتقد أن لدي سرطان يا دكتور، حصلت لي غازات مؤلمة كثيرة مؤخراً»

مشكلة التطمين المبكر

The problem of premature reassurance

وبالقبول يمكننا تجنب الوقوع في فخ التطمين المبكر أيضاً. والتطمين البسيط نفسه ربما لا يكون فاعلاً لإستجابة داعمة ومؤثرة (Wasserment et al. 1984). وغالباً ما يُعطى التطمين قبل الحصول على المعلومات المناسبة وقبل اكتشاف هواجس المريض وقبل إنشاء الألفة بين المريض والطبيب. وما لم نحصل على معلومات وافية أولاً فقد يبدو التطمين زائفاً أو بالأحرى متفائلاً بصورة غير مناسبة. وما لم نتفهم مخاوف المريض فقد نتعامل مع الهاجس الخاطيء. وما لم نبين الألفة مع المريض فإن التطمين قد يترجم بلا مبالاة أو يكون مرفوضاً. وأخيراً، ما لم نتزود بمعلومات ملائمة وذات علاقة لدعم تطميننا، لن يفهم المريض أساس مزاعمنا (Kessel 1979). والقبول يحول دون التطمين المبكر، وباكتشاف مخاوف المريض وقبولها وتنمية الثقة يمكن عندها الحصول على المزيد من المعلومات عن معاناة المريض ومخاوفه قبل إبداء وجهة النظر. وعندئذ يأتي التطمين في توقيت الملائم وشرحه شرحاً مناسباً ومواءمته مع مخاوف المريض.

وقبل جمع مزيد من المعلومات وقبل طلب الفحوص ربما لا نكون في وضع يتيح لنا التطمين بأن لا شيء يدعو للقلق. وعلى كل حال، فلدينا الكثير كي نقدمه. إذ يمكننا القبول بمخاوف المريض ومن ثم نلجأ إلى التطمين بطرق مناسبة أخرى. وبدلاً من طمأنة المريض عن معاناته يمكن أن نؤكد له نيتنا ونقدم دعماً وإظهار رغبتنا في العمل معه واهتمامنا بهواجسه إلى مدى بعيد.

التعاطف

Empathy

يعد التعاطف في المقابلة الطبية من أهم المهارات لبناء العلاقة بين الطبيب والمريض (Spiro 1992). ومن بين جميع مهارات المقابلة الطبية ينظر المتعلمون إلى التعاطف باعتباره من مقومات الشخصية أكثر من مجرد كونه مهارة. فعلى الرغم من أن بعضنا قد يكون بطبيعته أقدر على إظهار التعاطف من سواه، فإن مهارات التعاطف يمكن تعلمها. ويكمن التحدي في تحديد بناء استجابات تعاطفية وتمكين المتعلمين من إدماجها ضمن عناصر التعاطف في أسلوبهم الطبيعي بحيث يظهر واضحاً لكل من الطبيب والمريض (Bellet and Maloney 1991; Platt and Keller 1994; Gazda et al. 1995; Coulehan et al. 2001; Buckman 2002).

ويمر التعاطف بمرحلتين:

- 1 تقدير التعاطف المرهف لمأزق الشخص الآخر أو مشاعره.
- 2 الاتصال من ذلك الفهم ومساعدة المريض بطريقة داعمة.

ومفتاح التعاطف لا يكمن في كون الطبيب مرهف الحس فقط ولكن ينبغي إظهار هذا الإحساس بشكل مناسب للمريض لكي يُقدّر تفهم الطبيب ودعمه أيضاً. وليس من المستحسن بما فيه الكفاية أن يفكر الطبيب بطريقة تعاطفية حسب وإنما بإظهار ذلك أيضاً. وإن إظهار التعاطف يفك العزلة التي تفرضها المعاناة على المريض والتعاطف نفسه يعد إجراءً علاجياً. ويعد فاتحة تيسيرية قوية تساعد المرضى على الكشف عن المزيد من قلقهم ومخاوفهم. بعد ذلك ما المواد اللازمة لبناء الإستجابة المناسبة للتعاطف؟

الطبيب: آه، كلنا نحصل لنا غازات، ولكن هذا لا يدل على وجود سرطان في هذا العمر.
ما الذي لاحظته بالضبط؟
المريض: «أنتي اشعر بأن جوفي منتفخ بعد وجبات الطعام واستمر باخراج الغازات مساءً»
الطبيب: «لا يبدو أن هذه الحالة تسبب القلق»

تقلل هذه الطريقة من أهمية آراء المريض على الرغم من احتمال كونها صحيحة إلى حد كبير. إلا أن التأكيد قد جاء في وقت مبكر من المقابلة بحيث لا يمكن تقبله من المريض الذي لم يُشجع على تقديم نظرياته الخاصة به بعد ذلك. وبدلاً من ذلك يمكننا اتباع الخطة التي قدمناها في وقت سابق:

الطبيب: «إذا أنت قلق لأن الغازات قد يكون سببها السرطان».

(فترة صمت)

المريض: «نعم دكتور، فانت تعلم أن والدتي توفيت بسرطان الامعاء عندما كانت في الاربعين من العمر وأني أتذكر إنها كانت تعاني من كثرة الغازات»
الطبيب: «أستطيع أن اتفهم مخاوفك. سنقوم بالتحقق من ذلك بدقة. أخبرني بالمزيد عن أعراضك، وسأفحصك لمعرفة ما إذا كنت بحالة جيدة»

وهنا بدلاً من معارضة وجهة نظر المريض أو إعطاء التطمين قبل أوانه، من المهم أنياً للطبيب أن يسمع أن مخاوف المريض قد روعيت وأخذت في الاعتبار. وباستطاعته أن يوضح ويصحح إساءة الفهم لاحقاً. والقبول هو المرحلة الثانية من العملية ذات المراحل الثلاث لاكتشاف معتقدات المريض التي عرضناها في الفصل الثالث.

1 **التحديد:** الاكتشاف والانصات إلى أفكار المرضى ومخاوفهم وتوقعاتهم.

2 **القبول:** الإقرار بآراء المرضى وحقهم في التمسك بها من دون الاتفاق معهم – بالضرورة – على ذلك. ثم على الطبيب التوقف عن الكلام لإتاحة الفرصة للمريض بذكر المزيد من الاقوال عن مشكلته.

3 **الايضاح:** التعبير عن ادراك المشكلة وصياغة توضيح يتعلق برؤية المريض والتوصل إلى فهم متبادل معه على أرضية مشتركة.

والقبول يمكن الطبيب من البقاء منفتحاً على مرضاه، ويمنع إبداء حكم مبكر. ويعزز حالة عقلية تجريبية، كما يمنع إغلاقاً غير ناضج أو ردود أفعال دفاعية ويؤسس بدلاً من ذلك مفهوماً متبادلاً وأرضية مشتركة، وهذا ما يسمح لحدوث الفرق في الرعاية.

مدرّك لمأزقه. ولكن ما المهارات اللفظية التي تتيح للأطباء إظهار التعاطف؟ إن العبارات التطمينية هي ملاحظات داعمة ولاسيما حينما تربط ربطاً خاصاً بين (أنا) الطبيب و(أنت) المريض وجميعها تحدد مشكلات المريض وانفعالاته «(Platt & Keller 1994)».

- أستطيع أن أرى أن فقدان زوجك لذاكرته جعل من الصعب جداً عليك مسيرتك له.
- أستطيع أن استشف كم من الصعب عليك التحدث عن هذا الأمر.
- أستطيع أن أشعر بمدى غضبك بشأن معاناتك.
- أستطيع أن أرى مدى انزعاجك الشديد لسلوكها.
- أستطيع أن اتفهم أن من المرعب لك معرفة أن الألم قد يعاودك.

وليس من الضروري أن يكون الطبيب قد شارك فعلاً في تجربة أو أن يشعر نفسه بأن تلك التجربة صعبة عليه. ولكن الضروري أن ينظر الطبيب إلى المشكلة من موقع المريض، وأن يعيد اتصال فهمه لحالة المريض. ويجب أن لا يشوش التعاطف مع العطف (Sympathy) الذي يعني إظهار الشعور بالأسى على المريض أو القلق عليه من خارج محيطه.

وأظهر بوبول وسانسون - فيشر «(Pool & Sanson-Fisher 1979)» إظهاراً جلياً، أن التعاطف: هو بناء يمكن تعلمه. واستعمل الباحثون مقياس تقييم مؤلف من تسع درجات انشأه «(Truax & Carkhuff 1967)» يتدرج من المرحلة الأولى (إغفال كامل لأكثر عبارات المراجع وضوحاً: وإستجابة لا تناسب مع مزاجه ومحتوى عباراته) إلى المرحلة التاسعة التي (تستجيب لمجموعة مشاعر المراجع بحجمها الحقيقي وكثافتها: وتعترف بكل الجوانب العاطفية وتعكسها بكلمات ونبرة صوت: وتوسع تلميحات المراجع لمشاعره وتجربته بإسهاب بالدقة الحساسة الصائبة). وأظهر تراوكس، أن المعالجين النفسيين الذين يحصلون على درجات عالية بموجب هذا المقياس يستطيعون إحداث التغيير.

وبين بوبول وسانسون - فيشر «(Poole & Sanson-Fischer)» أيضاً تدني قدرة طلبة كليات الطب على التعاطف خلال دراستهم قبل التدريب. إذ حصل جميع طلبة الصف الأول والصف الأخير على درجات متدنية في هذا المقياس وبمعدل (2.1) درجة (من مجموع 9 درجات). وبعد أن شاركوا في (8) ورش عمل «اسغرقت كل ورشة عمل ساعتين» باستعمال اشرطة تسجيل سمعية. تحسن معدل الدرجات التي حصلوا عليها إلى مستوى (4.5) درجة (المرحلة الخامسة: التي تستجيب إلى جميع مشاعر المراجع القابلة للإدراك بدقة: ولا يعرقل أي سوء فهم بسبب طبيعته التجريبية). وبعد التدريب، تمكن الطلاب من:

- التقليل من استعمال الرطانة «المصطلحات الطبية».
- القيام بمحاولات واضحة لفهم المعنى الفريد للأحداث والكلمات والأعراض التي تخص المرضى.
- تقليص عدد حالات إغلاق المجالات العاطفية المشحونة.
- الحصول على تفاصيل أكبر في مجال المشكلات التي عانى منها المرضى.
- في كثير من الحالات، تناغمت نبرات أصوات الأطباء وتوافقت مع نبرات أصوات المرضى.
- التقليل من كلام الطلبة.
- إستجاب الطلبة بدرجة أكبر لنمط إدراك المشكلات.
- قدم الطلبة نصائح أقل.
- أفاد المرضى بأنهم شعروا بتفهم وأهتمام أكبر.

فهم مأزق المريض ومشاعره

Understanding The Patient's predicament & Feelings

كثيراً من المهارات التي بحثناها في هذا الكتاب تُظهر للمرضى بأننا مهتمون بمعرفة ما يفكرون به. وتسهم جميعها بتوفير جو من شأنه أن يهيئ لكشف المشاعر ويمهد للخطوة الأولى للتعاطف المتمثلة بتفهم مأزق المريض، ولأجل ذلك ينبغي أن:

- يرحب الطبيب بالمريض بحرارة.
- توضيح جدول الاعمال لما يناسب المريض وتوقعاته.
- الانصات الواعي.
- التيسير ولاسيما في إعادة صياغة المحتوى والمشاعر وتكرارها.
- تشجيع المريض على التعبير عن مشاعره وأفكاره.
- التقاط التلميحات والتحقق من تفسيراتنا وافترضااتنا.
- التلخيص الداخلي.
- القبول.
- الإستجابة من دون احكام مسبقة.
- استعمال الصمت.
- تشجيع المريض على المشاركة المتكافئة.
- عرض الخيارات.

وبعد توفير الجو الذي يساعد المريض على الكشف عن اسراره، على الطبيب التقاط إشارات المريض اللفظية وغير اللفظية ليكون على علم بمأزق المريض والقدرة على التأمل في مشاعره وانفعالاته. وفي دراسة وصفية ونوعية اجراها «(Suchman et al. 1997)» على مقابلات طبية في تخصصات مختلفة، أظهرت الدراسة بأن المرضى نادراً ما يعبرون لفظياً عن انفعالاتهم تعبيراً مباشراً. وبدلاً من ذلك، يعطون إشارات من خلال عبارات حول مواقفهم واهتماماتهم. وأن الأطباء بحاجة إلى اقتناص هذه الفرص التطمينية الكامنة «(Potential empathic opportunities)» ويطلب من المريض التعبير عن هواجسه العاطفية تعبيراً مباشراً. وبعد ذلك فقط، يستطيع الطبيب أن يستجيب باتصال تعاطفي. وفي حالات كثيرة، اتخذ الأطباء المشاركون في الدراسة «منبطات الفرص التطمينية الكامنة» بإعادة توجيه المقابلة بسؤال أو تعليق له علاقة بالمنظور الطبي الإحيائي. وبهذا يحولون دون قيام المريض بالكشف عن عواطفه بطريقة مسموعة. وعلى صعيد مشابه وجد «(Levinson et al. 2000)» أن الأطباء يستجيبون إيجابياً إلى إشارات المرضى بنسبة (38%) من العيادة الجراحية و(21%) من عيادات الرعاية الصحية الأولية. وفي بقية المقابلات أهملت فرص التعليق على تلميحات المرضى والإقرار بمشاعرهم.

الاتصال التعاطفي بالمرضى

Communicating empathy to the patient

إن المهارات التي لخصت في اعلاه لا تكمل الخطوة الثانية للتعاطف، التي تُبلغ فهم الطبيب إلى المريض وتقديره المرهف للصعوبة التي يواجهها المريض. ويمكن أن تساعد استعمال المهارات اللفظية وغير اللفظية في هذه المجال.

ويعد الاتصال التطميني غير اللفظي أبلغ من الف كلمة. فتعابير الوجه والقرب واللمس ونبرة الصوت أو استعمال الصمت كإستجابة لتعبير المريض عن مشاعره. جميعها تشير إلى المريض بوضوح أن الطبيب

• الاعتراف بالجهود الموازية والرعاية الذاتية المناسبة Acknowledging coping efforts and appropriate self-care

«لقد قمت فعلاً بعمل الشيء الصحيح من أجل خفض درجة حرارته»

أو

«أعتقد أنك استعدت صحتك جيداً في البيت على الرغم من مشاكل لا يستهان بها»

• الرقة Sensitivity

«أنتي آسف إذا ما ألمك الفحص الذي سأجره لك. سأبذل جهدي للقيام بما يمكن بسرعة واثقان»

إن النقطة الرئيسة هنا هي إن أفكار الطبيب يجب أن تترجم إلى أقوال (ألفاظ) من أجل أن تحظى بخاصية الدعم. ويجب أن يكون الاتصال واضحاً للمريض لكي يكون فاعلاً بصدق ولا يتعرض إلى سوء التفسير. ومن دون تعليقات واضحة فقد لا يدرك المريض إدراكاً كاملاً دعم الطبيب له.

• ما البيّنات البحثية التي تجعل مهارات بناء الألفة تحدث فرقاً في المقابلة الطبية
What is the Research Evidence that Rapport Building Skills make a difference to the Medical consultation?

وصف «Buller & Buller (1987)» أسلوبين عامين للأطباء استنبطهما من خلال المقابلات الطبية. الأسلوب الأول، المشاركة: يتألف من سلوكيات صممت لإقامة علاقة إيجابية بين الطبيب والمريض. وجرت مناقشة كثير في أعلاه ومن ضمنها إبداء الودّ والإهتمام والانتباه والتعاطف والموقف المتزن من المريض من دون الحكم عليه والتوجه الاجتماعي. أما الأسلوب الثاني فيتضمن سلوكيات تعزز قوة الطبيب وموقفه وسلطته وخبرته المهنية. ووجدوا بأن درجة رضى المريض أكبر عندما يكون الأطباء العاملون في مجال الممارسة التخصصية وطب الأسرة قد اتخذوا أسلوب المشاركة.

وأثبت «Bertakis et al. (1991)» في دراسة أجروها على الطب الباطني وطب الأسرة، ازدياد رضى المرضى في المقابلات الطبية التي تشجعهم على التحدث عن القضايا الاجتماعية- النفسية في جو تغيب فيه سيطرة الطبيب ويشيع فيه الودّ والاهتمام.

وأجرى «Hall et al. (1991)» دراسة تحليلية بعدية «Meta-analysis» لـ (41) دراسة مستقلة، حيث أفادوا ارتباط رضى المريض بكمية المعلومات التي يقدمها الأطباء والكفاءة التقنية والشخصية وبناء شراكة أكبر وحوار إيجابي وسلوك غير لفظي ومزيد من الحوارات الاجتماعية. واستعملوا تعريفات تهدف إلى تصنيف السلوكيات إلى مجاميع تجمع بين «بناء الشراكة» و«الأحادية الإيجابية» التي تتضمن كثيراً من مهارات بناء الألفة التي سبق وصفها.

وحديثاً ابتكر «Bylund and Makoul (2002)» مقياساً جديداً للاتصال التعاطفي في المقابلة الطبية وأكدوا أن الطبيبات أبدين تعاطفاً أعلى درجة عند الإستجابة إلى الفرص التعاطفية التي يثيرها المرضى.

الدعم

Support

أسهمت عدّة أساليب داعمة أخرى في بناء العلاقة وتشكيل الألفة (Rogers 1980; Egan 1990) التي غالباً ما تستعمل لإكمال الاستجابة التعاطفية:

• القلق Concern

أنا قلق من ذهابك إلى البيت وحدك الليلة، وربما لا تتمكن من حمل ذراعك «المكسور» الموضوع في قالب تجبيس.

• الإدراك Understanding

«يُمكن أن أفهم فهماً أكيداً، كم أنت غاضب من المستشفى لإلغاء عملياتك؟»

• الرغبة في المساعدة Willingness to help

«إذا كان بوسعي القيام بأي عمل آخر لـ (جارك) فيرجى إعلامي بذلك»

أو

«على الرغم من قلبي أن ليس باستطاعتنا شفاء السرطان ولكن أتمكن من تقديم المساعدة لأية أعراض قد يسببها، لذا أرجو إعلامي فوراً في حالة حدوث أي شيء»

• الشراكة Partnership

«علينا ان نعمل جميعاً للسيطرة على هذه المعاناة، فدعنا نعمل من منطلق الخيارات التي نستطيع الانتقاء منها»

المشاركة في الأفكار

Sharing of Thoughts

زواجنا في ثنايا الكتاب نظاماً للاتصال الطبي يشجع على الإدراك التساهمي بين المريض والطبيب. ورأينا أهمية أن يفهم المريض والطبيب أحدهما الآخر. والخطوات التي يمكن أن نقوم بها لضمان اتصال المقابلة الطبية تفاعلاً (متبادلاً) أكثر من كونه وسيلة اتصال ذات اتجاه واحد. فالتقنيات مثل اعتماد التلخيص الداخلي عند جمع المعلومات وتدقيق الفهم عند تقديم المعلومات لا يضمنان الدقة فقط ولكن يعملان كذلك كميّسراً للتشجيع على عملية تفاعلية حقيقية.

ومشاركة الطبيب التفكير مع المريض هو مثال آخر على التشجيع لضمان مشاركة المريض:

«ما أفكر فيه الآن هو، كيف نفصل بين كون الألم الذي في ذراعك مصدره كتفك أو عنقك.»

أو

«أحياناً، من الصعب أن نخمن إذا ما كان ألم الجوف بسبب مرض عضوي أم أن له علاقة بالاجهاد»

ومشاركة أحدنا عمليات التفكير بهذه الطريقة لا يسمح للمريض بتفهم الأسباب التي تدعو لتوجيه مثل هذه الأسئلة حسب ولكنها تعمل كذلك كإجراء تيسيري.

«اعتقد انك قد تكون مصيباً بشأن الاجهاد يا دكتور. لقد مر بي وقت مربك مع ولدي في الآونة الاخيرة، ولا أعرف كيف أتعايش مع هذه المشكلة؟»

وتسمح هذه الطريقة المفتوحة للمريض أن يخمن ما يتضمنه سير المقابلة. وتُمكنه من تفهم تغيرات أسئلة الطبيب وتوفر طريقة مفتوحة النهاية لاستخراج مزيد من المعلومات. وفي معظم الحالات، تبدو أكثر قبولاً من مجرد التفكير في المشكلة داخلياً والقيام بفرض أسئلة مغلقة النهايات ومن دون شرح الأسباب:

«هل أنت تحت تأثير أي توتر في هذه اللحظة؟»

وغالباً ما تفضي الأسئلة المغلقة إلى شعور المريض بعدم الارتياح بسبب عدم التأكد مما يقع عليه اختيار الطبيب لتوجيه المقابلة:

«هل يظن الطبيب أنني مجرد مريض مصاب بالعصاب؟»

وحلل «Wasserman et al. (1988)» تأثير العبارات الداعمة المقدمة إلى الامهات خلال مقابلات طب الأطفال. ووجدوا أن العبارات التعاطفية أدت إلى زيادة رضا الامهات والتخفيف من مخاوفهن. وأدت عبارات التشجيع (مثل الاعتراف بالجهود الموازية والرعاية الذاتية المناسبة) إلى رضا متزايد واحترام أكبر للأطباء. وعلى النقيض من ذلك، فإن التطمين البسيط الذي يعد أكثر التداخلات المألوفة لم يؤد إلى تحسن النتائج. وهذا ما يؤكد القول إن التطمين من دون فهم مخاوف المرضى أو تقديم المعلومات المناسبة قد يكون ذا قيمة ضئيلة.

ووجد «Wissow et al. (1994)» أن أطباء الاطفال الذين يتداولون عبارات داعمة مثل «ازجاء المديح والموافقة والإهتمام والتعاطف والتشجيع والتطمين» تترابط إيجابياً مع كشف المرضى عن مشاكل اجتماعية – نفسية أكثر.

وأجرى «Spiegel et al. (1989)» دراسة بعيدة المدى «Longitudinal Study» على نساء مصابات بسرطان الثدي المنتشر (Metastatic breast carcinoma) مقارنين بين مجموعة ضابطة «Control group» ومجموعة من السيدات اللواتي خضعن إلى جلسات إسبوعية تعبيرية جماعية داعمة «Weekly supportive-expressive group therapy» وعلى مدى عام كامل. وتضمنت الجلسات: التشجيع وتقديم دعم متبادل وشرح مشاعرهن ومناقشة مخاوفهن حول الموت وإقامة تنظيم حياتي لما تبقى لهن من العمر وتفحص علاقاتهن بالآخرين والعمل خلال مشكلات العلاقة بين الطبيب والمريض. واستعمال التنويم الذاتي «Self-hypnosis» للمساعدة على السيطرة على الألم. وبعد أربع سنوات، ماتت جميع النسوة في المجموعة الضابطة. وبقي ثلث من النسوة اللواتي خضعن للجلسات التجريبية أحياء. وعلى مدى عشر سنوات، كانت السيدات اللواتي يحضرن اجتماعات الدعم بقين أحياء وبمعدل (15) شهراً أطول من نظيراتهن في المجموعة الضابطة. وعلى الرغم من ان تلك الدراسة كانت تنظر إلى تأثيرات معالجة الفريق الداعم نفسه أكثر من موضوع علاقة الطبيب – المريض بحد ذاته، ولكننا ذكرناها في هذا المجال لأنها تلقي ضوءاً على أهمية التعبير عن المشاعر في جو داعم وتبين قوة العلاقة في ميدان الرعاية الصحية. وبمثابة رسالة تذكير لخلق أفضل علاقة ممكنة بمرضاهم، يستطيع الأطباء أن ينصحوا مرضاهم إلى مجموعات داعمة أخرى من المهنيين الآخرين الذين يستطيعون تلبية احتياجات المرضى لعلاقات إضافية.

اشراك المريض

INVOLVING THE PATIENT

إن أحد أسس الاتصال الفاعل الذي عرضناه في الفصل الأول هو تقليص الغموض غير الضروري. فالغموض الذي يترك من دون حل قد يؤدي إلى قلة التركيز أو التوتر وقد يوصد الباب أمام الاتصال الفاعل. فمثلاً، قد لا يكون المرضى واثقين مما يتوقعون خلال مقابلة طبية معينة. ومغزى سلسلة الأسئلة (الاستفسارات) وما دور عضو معين في فريق الرعاية الصحية أو حول مواقف وتيّات أو مدى جدارة الاختصاصيين الصحيين للثقة الممنوحة. وعليه فإن أحد الجوانب المهمة لبناء العلاقة خلال المقابلة هو استعمال المهارات التي تحد من الشكوك التي يمكن أن تغلق الباب بوجه الاتصال.

اهتماماً مركزاً إلى مهارات بناء العلاقة وفي الوقت نفسه يقوم بإكمال المهمات المتسلسلة للمقابلة الطبية. ويجعل المهارات التي أدرجت في دليل كالكارى كامبردج ماثلة للعيان، سيكافأ الطبيب بمقابلة أكثر دقة وكفاءة ودعم تمهد الطريق إلى خلق علاقة مثمرة موثوقة بعيدة المدى.

تقديم الأسباب المنطقية

Providing Rationale

إن شرح الأسباب المنطقية للأسئلة أو للفحص الطبي هو مثال آخر على قاعدة تقليل الشكوك. إذ إن كثيراً من أسئلة الأطباء وفحوصهم تبقى لغزاً محيراً للمريض إلا إذا جرى تفسيرها. فعند استقاء التاريخ الطبي من مريض يعاني ألماً في الصدر يسأله الطبيب:

«على كم وسادة تنام؟»

ويبدو هذا السؤال كما لو كان غير مرتب. لماذا يسأله الطبيب عن عادات نومه؟ مع أننا نستطيع في الوقت نفسه توجيه السؤال الآتي:

«هل تشعر ان نفسك ينقطع عندما تنام ليلاً على سرير مستو؟»

على أن يتبع هذا بالسؤال الآتي عند الضرورة:

«هل تضطر أن تسند رأسك على وسائد عديدة؟»

وبصورة مماثلة، إذا لم يوضح الطبيب لماذا يقوم بإجراء فحص طبي معين ويترك المريض عرضة للشكوك. وقد يضع الطبيب نفسه أمام مساءلة طبية قانونية. فالمرأة الشابة التي تزور الطبيب وتعاني من ألم البلعوم ستدهش عندما تجد الطبيب (الذكر) يبدأ الفحص من أسفل البطن، إذا لم يوضح لها الطبيب ربما تعاني من حمى الغدد «Glandular fever». ويرغب بإجراء فحص الغدد للمفاوية في تلك المنطقة. وقد يقلق الرجل المصاب بعرق النسا «Sciatica» من قيام الطبيب بفحص احساس العجان «Prineal sensation» بدبوس ما لم يوضح مخاطر انزلاق الغضروف الفقري. وأن كلاً من هذين المثالين قد أديا إلى تقديم شكواي رسمية ضد الأطباء. وأن تقليص الشكوك قد يقلل من قلق الطبيب أيضاً: وخلال الفحص، فإن طلب الطبيب السماح له للقيام بإجراء معين من المريض ليس مجرد معاملة معتادة حسب ولكنه يظهر للمريض رقة الطبيب تجاه الضرر المحتمل وهكذا سيترسخ بناء العلاقة.

الخلاصة

Summary

تفحصنا في هذا الفصل مهارات بناء العلاقة، محور نجاح المقابلة الطبية. ومن دون مراعاة اتصال الطبيب واتصال المرضى غير اللفظيين وبذل الجهود لخلق الألفة الوثيقة والصبر من أجل شمول المريض بعملية المقابلة الطبية، فإن مشاكل كثيرة ستظهر. ولا تتأثر علاقة الطبيب الطويلة الأمد بالمريض حسب ولكن حتى على المدى القصير سيشعر المريض بأنه لم يفهم ولم يُدعم إلا إلى حد ضئيل. وسيكون بلوغ المهام الأخرى للمقابلة أكثر صعوبة. وسيتضاءل رضا المريض والتزامه. وطيلة وقت المقابلة على الطبيب أن يعبر

التوضيح و التخطيط

Explanation and Planning

المقدمة

Introduction

يعدّ التوضيح والتخطيط سندريلاً تعليم مهارات الاتصال. وتركز أغلب برامج تعليم مهارات الاتصال على الجزء الأول من المقابلة وتهمل أو تقلل من أهمية هذا الجزء الحيوي منها (Maguire et al. 1986b; Sanson-Fisher et al. 1991; Elwyn et al. 1999). ويمكن تبرير التركيز على بداية المقابلة أو مرحلة جمع المعلومات لأن مشكلات اتصالية عديدة ترجع أصولها اليهما. وكما سنرى في هذا الفصل، أن مهارات اتصال التوضيح والتخطيط مرتبطة ومعتمدة على مهارات جمع المعلومات في المرض والمعاناة، وتبنى على هيكل معاناة المريض وأفكاره وهواجسه وتوقعاته. ومع ذلك، يمثل التوضيح والتخطيط الأهمية القصوى للمقابلة الناجحة. لأن القدرة على اكتشاف ما يرغب المريض مناقشته، والحصول على تاريخ مرضي شامل والتمتع بمعرفة وافرة غير كافية، إذا لم يرتبط بخطة تدبير يشعر المريض خلالها بالراحة ويفهمها ويتعاون على تطبيقها. كما إن وصف الأدوية التي لا يتناولها المريض تعد جهوداً مهدورة للتقييم والتشخيص. وإذا أُعتبر الجزء الأول من المقابلة أساسيات الاتصال الطبي، فإن التخطيط والتوضيح يمثلان السقف وإهمال هذا الجزء يهدر الجهد المبذول لإدراك مشكلات المريض.

مشكلات في الاتصال

Problems in Communication

حددت البحوث صعوبات جوهرية في مرحلة التوضيح والتخطيط في المقابلة. وفي الحقيقة تشير الإحصاءات المتعلقة بالمشكلات الاتصالية في التوضيح والتخطيط إلى أسئلة محيرة حول قيمة الفعاليات اليومية التي نمارسها: ونقدم هنا بعضاً من الأمثلة عن بيانات عديدة:

هل هناك مشكلات بكمية المعلومات التي يعطيها الطبيب؟

Are there problems with the amount of information that doctors give?

تشير دراسات متعددة إلى ندرة المعلومات التي يقدمها الأطباء العموميين إلى مرضاهم:

- Waitzkin (1984)، يبين وتركن أن أطباء الباطنية الامريكان يبذلون دقيقة واحدة أو أكثر قليلاً كمعدل لمهمة إعطاء المعلومات في المقابلات التي تستغرق أكثر من عشرين دقيقة. ويغالون بالوقت الذي يستغرقونه على هذه المهمة ويضربونه بتسعة.

- نصف المرضى في (800) مقابلة. وعانت الأمهات من الغموض في المصطلحات التي يستعملها الأطباء، ولكنهن نادراً ما طلبن توضيحات للمصطلحات غير المألوفة.
- أوحى (1974) Svarstad أن الأطباء والمرضى يشتركون بـ «مؤامرة اتصالية»، وفي (15٪) من المقابلات فقط، استفسر المرضى فيها عن المصطلحات الغامضة التي اعترف المرضى بأنهم لم يفهموها. وبالمقابل تصرف الأطباء على أن جميع ما قيل قد فهمه المرضى. واستعمل الأطباء وتعتمد مصطلحات تقنية عالية للسيطرة على الاتصال ولتحديد أسئلة المرضى – ويحدث هذا السلوك حدوداً مضاعفاً عندما يعاني الأطباء من قلة الوقت.
- (1975) McKinlay، في دراسة على أطباء النسائية والتوليد، أظهرت أن الأطباء كانوا واعين للصعوبات التي عانى منها المرضى عموماً. وبالرغم من ذلك، واصل الأطباء تداول المصطلحات الغامضة نفسها التي حددها وتوقعوا أن المرضى لا يفهمونها.

هل يتمكن المرضى من فهم واسترجاع المعلومات المعطاة لهم؟

Do patients recall and understand the information that we give?

من الواضح، أن المرضى لا يتمكنون من استرجاع كل ما يفصح به الأطباء، ولا يستطيعون أن يفهموا الرسائل الغامضة. وكما سنرى لاحقاً بيّنت دراسات سابقة؛ أن (50-60٪) من المعلومات فقط يمكن استرجاعها. وأضافت دراسات أخرى في الممارسة العامة، الحقيقة الآتية: يمكن أن تُسترجع معلومات كثيرة ولكن الصعوبة الحقيقية هي أن المرضى لا يفهمون معنى الرسائل المهمة دائماً ولا يلتزمون بمنظور الطبيب كذلك. بينما وجد (1993) Dunn et al.، أن مرضى السرطان في مقابلتهم الأولى تذكروا (45٪) فقط من النقاط الرئيسة كما حددها طبيب الأورام.

هل يشترك المرضى في اتخاذ القرار بالدرجة التي يرغبون بها؟

Are patients involved in decision making to the level that they would wish?

درس (1997) Degner et al. نساء مصابات بسرطان الثدي المؤكدة المراجعات لعيادات الأورام في المستشفى. ووجد أن (22٪) يرغبن في اختيار علاج السرطان و(44٪) اخترن علاجهن بمساهمة أطبائهن و(34٪) منهن يرغبن بمناقشة القرار مع أطبائهن ولكن (42٪) فقط من النساء اعتقدن انهن حصلن على مستوى القدرة في اتخاذ القرار المرغوب.

هل يطواع المرضى أو يلتزمون بالخطة التي يضعها الأطباء؟

Do patients comply with or adhere to the plans that we make?

هنا البحوث واضحة جداً ومفيدة.

- أظهرت الدراسات بثبات أن بين (10-90٪) من المرضى الموصوف لهم الدواء من أطبائهم بمعدل (50٪)؛ أما لم يتناولوا العلاج نهائياً أو تناولوه بشكل غير صحيح (1996) Haynes et al.

- (1995) Makoul et al.، وجد مكول أن الأطباء العموميين في المملكة المتحدة يغالون في تقدير مدة مهام التوضيح والتخطيط الرئيسة التي ينجزونها؛ شرح مخاطر العلاج، مناقشة المريض حول قدرته على الالتزام بخطة العلاج، إظهار رأي المريض بالأدوية الموصوفة.
- (1978) Boreham and Gibson، في دراسة للممارسة العامة في أستراليا، أظهرت أنه على الرغم من قلة المعلومات التي يعرفها المرضى قبل المقابلة ورغبتهم الشديدة في الحصول عليها حول معاناتهم، فإن غالبية المرضى لا يحصلون حتى على المعلومات الأساسية المتعلقة بالتشخيص والمآل والأسباب والعلاج لحالتهم المرضية.
- (1974) Svarstad، درست توصيات الأطباء للمرضى عند وصفهم الأدوية. ووجدت أن (20٪) من الحالات وصفت من دون مناقشة، ولا يزود المرضى باسم الدواء أو الهدف منه في (30٪)، ولم يذكر عدد المرات التي يتناول المريض العلاج في (80٪) ولم يذكر مدة العلاج في (90٪) من الحالات.
- وحديثاً درس (2003) Richard and Lussier، مناقشة العلاج في الممارسة العمومية الكندية. وتسجيلات صوتية لـ 40 طبيب خبير شملت (462) مقابلة. وكررت أغلب نتائجهم نتائج الدراسات السابقة. وفي مجال استعمال علاجات جديدة، نوقشت التوصيات في (75.9٪) من الحالات التي نادراً ما تطرقت إلى التحذيرات والأعراض الجانبية، وأسباب الاستشارات القادمة في (35.4٪) من الحالات، ومناقشة مدى الالتزام بالأدوية الجديدة في (5٪) من الحالات فقط.

هل هناك مشكلات في نوع المعلومات المعطاة من الأطباء؟

Are there problems with the type of information that doctors give?

كما نعلم أيضاً، أن المرضى والأطباء لا يتفقون على درجة أهمية المعلومات الطبية.

- أظهرت دراسة (1987) Kindelan and Kent للممارسة العملية في المملكة المتحدة أن المرضى يقيّمون عالياً المعلومات حول التشخيص والمآل (Prognosis) وأسباب مشكلاتهم. بينما يغالو الأطباء في رغبة المرضى بمعرفة العلاج والأدوية، ويقللون من رغبتهم لمعرفة معلومات أسباب المرض والمآل. وينبغي إظهار حاجة المريض إلى معلومات بشكل فردي.
- وفي دراسة تربط الرواية الشخصية مع بيانات أخرى درس (2004) Anderson and Marlett طبيعة المعلومات التي يعطيها مقدم الرعاية الصحية لمرضى الطارئة الدماغية وعوائلهم. وكيف يستعمل الناس هذا الاتصال لإعادة تأهيلهم. واستنتجوا كيف أثر الاتصال في المحصلة النهائية – وغالباً على النحو الأسوأ، لأن التركيز كان على ما لا يمكن أن يقوم به المريض مستقبلاً.

هل يستطيع المرضى فهم لغة الأطباء؟

Can patients understand the language that doctors use?

أظهرت دراسات عديدة أن الأطباء يستعملون لغة لا يفهمها المرضى حسب وإنما يستعملونها لغرض السيطرة على المقابلة.

- وجدت (1968) Korsch et al.، أن أطباء الاطفال يستعملون مصطلحات تقنية مثل: (Oedema) الوذمة أو الحزب ومختصرات طبية مثل، التاريخ (History) التي عُدت حاجزاً للاتصال مع أكثر من

أكملوا ثلاث سنوات اقامة تقريباً أن يقدموا شريط فيديو مسجل عليه سبع مقابلات، كأفضل أداء أنجزه المرشح مع مرضى حقيقيين. وقيمت أفضل خمس مقابلات منها. وجد كامبيون نقصاً في كفاءة محورية المريض «Patient-centred competencies» المتعلقة بالتوضيح والتخطيط في المقابلات المختارة على الرغم من إدراك المرشح لنقاط المفاضلة، وهي:

- لم يُلاحظ اكتشاف معتقدات المريض عن معاناته عند (14٪) من المرشحين. ولم يتجاوز معدل الكفاءة إلا في ثلاث أو أكثر من المقابلات الخمس لـ (39٪) من المرشحين فقط.
- لم يُلاحظ استعمال المعتقدات في التوضيح إلا عند (31٪) من المرشحين و(17٪) منهم تجاوزوا المعيار المحدد في ثلاث أو أكثر من المقابلات الخمس فقط.
- لم يُلاحظ التأكد من فهم المريض للتوضيح في (45٪) من المرشحين و(9٪) منهم تجاوزوا المعيار المحدد لثلاث أو أكثر من المقابلات الخمس.

الأهداف

Objectives

يمكن توضيح أهدافنا في التوضيح والتخطيط بـ:

- تحديد كمية المعلومات المعطاة للمريض.
- إعطاء التوضيح الذي يمكن أن يفهمه المريض ويتذكره.
- تقديم توضيح مرتبط بمنظور المريض.
- استعمال أسلوب تفاعلي للتأكد من الفهم المشترك للمشكلة مع المريض.
- التخطيط المشترك بمستوى رغبة المريض والذي يزيد من التزام المريض بالخطوة.
- الاستمرار ببناء العلاقة وتهيئة بيئة مناسبة.

وتحتوي هذه الأهداف على مهام متعددة ونقاط سيطرة مذكورة في سياقات مشهورة في المقابلة:

- (Pendleton et al. (1984, 2003):
 - مساعدة المريض على اختيار القرار المناسب لكل مشكلة.
 - الحصول على فهم مشترك مع المريض لمشكلاته.
 - إشراك المريض بالمعالجة وتشجيعه على تحمل المسؤولية المناسبة.
- (Neighbour (1987):
 - التبادل — أولويات الطبيب والمريض؛ المناقشة، المشاركة، تغليف الهدية.
- (AAPP Three-Function Model (Cohen-Cole 1991):
 - التثقيف، المناقشة، الحافز.
 - بناء الألفة والاستجابة لإنفعالات المريض.
- (Bayer Institute for Health Care Communication E4 model (Keller and Carroll 1994):
 - تثقيف المريض.
 - إشراك المريض برعايته الصحية.
- (The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills (Makoul 2001):
 - إعطاء المعلومات.

• أظهرت دراسات متعددة، أن المرضى لا يتبعون توصيات أطباؤهم بـ (20-30٪) عند معالجة الحالات الحادة، و (30-40٪) عند وصف ادوية وقائية، و(50٪) عند تناول ادوية الامراض المستديمة، و(72٪) عند وصف البرنامج الغذائي.

• ومن الغرابة، أن يحاول الأطباء اهمال عدم الالتزام كاحتمال لسوء نتائج الرعاية الصحية.

• ويعد عدم الالتزام باهضاً جداً، إذ تقدر الموارد المالية المهذورة المصروفة على الأدوية التي لم تستعمل استعمالاً صحيحاً أو التي لم تستعمل نهائياً في كندا بـ (5) بليون دولار كندي سنوياً. وتشير إلى أن (50٪) من الوصفات الطبية لم تستعمل كما وصفت. وتقدر المصروفات الإضافية؛ دخول المستشفيات ودور التمريض، وقلة الانتاجية، والوفاة المبكرة بـ (7-9) بليون دولار كندي (Coombs et al. 1995). وتقدر في الولايات المتحدة بأكثر من (100) بليون دولار امريكي.

ولمزيد من المعلومات عن عدم الالتزام تعرض الكتب الآتية مختصراً رائعاً في هذا المجال: Haynes et al. (1979), Meichenbaum and Turk (1987), Ley (1988), Coombs et al. (1995), Butler et al. (1996) and Haynes et al. (1996).

هل هناك مشكلات في تعلم وتعليم التوضيح والتخطيط في التعليم الطبي؟
Are there problems in the teaching and learning of explanation and planning in medical education?

درس «Maguire et al. (1986a, b)» مهارات إعطاء المعلومات للأطباء الجدد الذين أكملوا دورات تدريبية كاملة في مهارات المقابلة «لم يشمل التدريب حينها على مهارات إعطاء المعلومات باستقلالية» في الكليات الطبية قبل خمس سنوات. وكانت النتائج محبطة وبينت ضعفاً في التقنيات الخاصة المستخدمة لزيادة قناعة المريض والتزامه بالعلاج، وهي:

- لم يحاول اكتشاف منظور المريض وتوقعاته في (70٪) من الحالات.
- لم تناقش في (90٪) من الحالات.
- لم تستعمل الأسئلة التشجيعية في (70٪) من الحالات.
- لم تعد الصياغة في (63٪) من الحالات.
- لم يتأكد من الفهم في (89٪) من الحالات.
- لم تصنف المعلومات في (90٪) من الحالات.

واكتُشف أن لا اختلاف في استعمال مهارات إعطاء المعلومات الاتصالية بين المجموعة المتدربة على مهارات المقابلة والمجموعة الضابطة (Control group) أيضاً. كما لوحظ استعمال الطالب المتدرب وغير المتدرب على مهارات الاتصال السيطرة عينها في أثناء جمع المعلومات أيضاً. ويُظهر ذلك الحاجة إلى تعليم ليس مهارات جمع المعلومات حسب وإنما التدريب على التوضيح والتخطيط أيضاً، إذا ما رغب الأطباء أن يكونوا ماهرين في نقل المعلومات خلال المقابلة. وقبل عقد من الزمن، أصّر سانسون «Sanson-Fisher et al. (1991)» على تدريب الأطباء بمجال نقل المعلومات كتحد جديد في تعليم مهارات الاتصال. ومازال التحدي مستمراً حتى الآن، وسنرى لاحقاً، ضرورة إدخال مهارات اتخاذ القرار المشترك والمساهمة التوافقية فضلاً عن نقل المعلومات.

وتأمل (Campion et al. (2002) في درجات (2094) مرشح لنيل العضوية الملكية للأطباء العموميين في المملكة المتحدة لنموذج مهارات المقابلة. وطلب في هذا الامتحان الرفيع المستوى من الأطباء الذين

يلاحظ أن مكونات المحتوى تشمل منظور الطبيب الذاتي والتخطيط فضلاً عن التوضيح والتخطيط الذي يشمل إشراك المريض. وخلال هذا الفصل، من المفيد أن يبقى في الذهن كيف تعمل مهارات الصياغة والمحتوى معاً في هذا الجزء المهم من المقابلة؟

مهارات الصياغة في التوضيح والتخطيط

مستطيل (6.2) مهارات الصياغة في التوضيح والتخطيط

- إعطاء الكمية والنوعية الدقيقة للمعلومات
- الأهداف: لإعطاء معلومات مناسبة وشاملة.
- تقييم حاجة كل مريض للمعلومات التي يرغب بها.
- علي أن تكون لا أكثر ولا أقل مما هو مطلوب.
- إعط مقداراً معيناً من المعلومات للمريض يمكن استيعابه وتأكد من فهمه لها واستخدم استجابة المريض كدليل لكيفية الاستمرار.
- قيم معلومات المريض الأولية: أسأل المريض عن المعلومات التي يعرفها في بداية إعطاء المعلومات، واكتشف مدى رغبة المريض بالمعلومات.
- أسأل المريض عن ماهية المعلومات التي يرغب بمعرفتها، مثل: أسباب المرض ومآله.
- إعط توضيحات في الوقت المناسب، وتجنب النصيحة والتطمين المبكر.

- تأكد من دقة الفهم والاسترجاع
- الأهداف: لجعل المعلومات أسهل لتذكر المريض واستيعابه.
- تنظيم التوضيح: تقسيم التوضيح إلى عدة أجزاء واضحة وشرح ذلك بتسلسل منطقي.
- استعمل تقسيماً واضحاً أو نقاط انتقال، مثل: هناك ثلاثة موضوعات مهمة أرغب أن أناقشها معك، أولاً...، والآن هل يمكن أن ننتقل إلى... وهكذا.
- استعمل التكرار والتلخيص لتعزيز المعلومات.
- استعمل لغة مفهومة وبسيطة وموجزة وتجنب الرطانة أو اشرحها عند الضرورة.
- استعمل الطرق البصرية عند نقل المعلومات (مخططات، نماذج، معلومات مكتوبة أو تعليمات)
- تأكد من فهم المريض للمعلومات المعطاة أو الخطط المتخذة، مثل: أسأل المريض لإعادة المعلومات ووضح عند الضرورة.

- التوصل إلى فهم مشترك: الدمج بمنظور المريض
- الأهداف: تقديم التوضيح والخطط التي لها علاقة بمنظور المريض.
- اكتشف أفكار المريض ومشاعره حول المعلومات المعطاة.
- شجع التفاعل بدلاً من نقل المعلومات باتجاه واحد.
- اربط التوضيح بمنظور المريض: بما يخص مشاعره وهو حسه وتوقعاته.

• The Maastricht Maas Global (van Thiel and van Dalen 1995):

- المشاركة بالمعلومات.
- التشخيص.
- التدبير.

• Essential Elements of Communication in Medical Encounters: Kalamazoo Consensus Statement (Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education 2001):

- الاشتراك بالمعلومات.
- التوصل إلى اتفاق حول المشكلات والخطط.

• The Model of the Macy Initiative in Health Communication (Kalet et al. 2004):

- تثقيف المريض
- مناقشة الخطة والموافقة عليها.

• Patient-centred medicine (Stewart et al. 2003):

- إيجاد قاعدة مشتركة.
- دمج الوقاية وتعزيز الصحة.

محتوى التوضيح والتخطيط

The content of explanation and planning

وصفنا في الفصل الثالث كيف ترتبط صياغة المهارات بمحتوى جمع المعلومات في دليل (كالكارى- كامبردج). كذلك ترتبط صياغة مهارات التوضيح والتخطيط مع محتوى دليل (كالكارى - كامبردج)، ويشير المستطيل (6.1) على مكونات الدليل:

المستطيل 6.1 محتوى التوضيح والتخطيط

التشخيص التفريقي - الفرضيات، وتشمل المرض والمعاناة

خطة الطبيب في التدبير
الفحوصات
المعالجة والبدائل

التوضيح والتخطيط
بماذا أخبر المريض
خطة مناقشة الإجراءات.

- وفرّ الفرص وشجع المريض على المساهمة في طرح الأسئلة وطلب التوضيح عن الغموض وبصورة مناسبة.
- التقط واستجب للتلميحات اللفظية وغير اللفظية مثل احتياج المريض للمشاركة بالمعلومات أو في طرح الأسئلة أو كثرة المعلومات أو الشعور بالضيق.
- إظهار أفكار المريض ومشاعره وتفاعله مع المعلومات المعطاة والمصطلحات المستعملة وقدر ووجهه عند الضرورة.
- التخطيط: المشاركة في صنع القرار.
- الأهداف: إسمح للمريض بفهم عملية صنع القرار.
- إشرك المريض بصنع القرار للمستوى الذي يرغب به.
- زيادة التزام المريض بالقرار المتخذ.
- شارك بأفكارك في المواقف المناسبة بالآراء والآليات الفكرية وحل المعضلات.
- إشرك المريض بـ:
- تقديم المقترحات والخيارات المختلفة
- تشجيعه للإسهام بأفكاره ومقترحاته.
- استكشف خيارات التدبير
- تأكد من مستوى المشاركة التي يرغب بها المريض لصنع القرار الآني.
- ناقش الخطة المتفق عليها مع المريض
- أفصح عن موقفك من الخيارات المحتملة وهل هو متوازن وغير منحاز بين الاحتمالات أو تفضل احتمالاً معيناً.
- حدد خيار المريض المفضل.
- تحقق مع المريض
- إذا ما ارتضى الخطة من وجهة نظره.
- إذا ما كانت لديه هواجس معينة.

الخيارات في عملية التوضيح والتخطيط

(شاملة بذلك مهارات الصياغة)

مناقشة الفكرة عند تقديمها وأهمية المشكلة

- قدم الفكرة وعن ماذا حصل وسيحصل وعينها إذا كان ممكناً.
- اكتشف عن توضيحات عقلانية حول الفكرة المعطاة.
- أشرح الأسباب، الخطورة، النتائج المتوقعة والعواقب طويلة وقريبة الأمد.
- إظهار معتقدات المريض واستجابته وهواجسه، مثل؛ (وهل تماشت الفكرة مع أفكاره، قبوله، مشاعره).

مناقشة خطة العمل التوافقية

- مناقشة الخيارات وعلى سبيل المثال: عندما لا يوجد إجراء، أو فحوصات، أو التطبيق أو المدخلات الجراحية، أو المعالجة غير العقاقيرية (العلاج التأهيلي، مساعدات المشي، السوائل، المشورة)، الإجراءات الوقائية.

- إعطِ معلومات عن الإجراء أو العلاج المقدم؛
- الأسم.
- الخطوات المتخذة وكيف تعمل.
- الفوائد والمزيات.
- الأعراض الجانبية المحتملة.
- احصل على رأي المريض لضرورة التداخل المطلوب، الفوائد المرجوة، الموانع، الدوافع.
- تقبل رؤية المريض وقدم له رؤية بديلة إذا كان ضرورياً.
- إظهار تفاعل المريض وهواجسه حول الخطط والعلاجات شاملة بذلك موافقته.
- الأخذ بنظر الاعتبار نمط حياة المريض، معتقداته، ثقافته وقابليته.
- شجع المريض بالاشتراك بتطبيق الخطة وتحمل المسؤولية والاعتماد على النفس.
- ناقش مع المريض نظام الدعم وأنظمة الدعم الأخرى أيضاً.

مناقشة الفحوصات والإجراءات

- قدم معلومات واضحة عن الإجراءات الطبية المراد اتخاذها، مثلاً: ماذا سيجري للمريض وكيف يتسنى له معرفة النتائج.
- اربط الإجراءات المتخذة بخطة العلاج: القيمة، الغرض.
- شجع وناقش الأسئلة حول احتمالات القلق الكامنة والنتائج السلبية.

مهارات الصياغة الاتصالية: البيّنات

Communication process skills: the evidence

نكتشف الآن مهارات التوضيح والتخطيط الفردية المدرجة في المستطيل (6.2). وتتفحص البيّنات النظرية والبحوث المبرهنة على استعمالها في المقابلة. وقسمنا مهارات التوضيح والتخطيط إلى خمسة اجزاء سنتناولها تباعاً:

1 إعطاء الكمية والنوعية الدقيقة للمعلومات.

2 المساعدة في فهم المعلومات الدقيق واسترجاعها.

3 التوصل إلى فهم مشترك والأخذ بالاعتبار منظور المريض.

4 التخطيط: اتخاذ القرار المشترك.

5 الخيارات في التوضيح والتخطيط.

وسنسلط الضوء على مهارات التوضيح والتخطيط واحدة تلو الأخرى مع التقدم في الفصل، آخذين بنظر الاعتبار مهارات القاء المحاضرة «للمقارنة». جميعنا حضر عدة محاضرات في حياته، ليست جميعها من المستوى العالي. وعند التفكير في الإلقاء السيئ للمحاضرة سيرشدنا إلى المهارات اللازمة في إعطاء المعلومات في المقابلة. وليس هناك شخص حضر محاضرة إلا لاحظ بعضاً أو جميع الملاحظات الآتية:

- لا تمتلك المحاضرة بناءً أو هيكلًا، ولا يتمكن المنصت أن يتتبع أين تذهب.
- يستعمل المحاضر لغة أو مصطلحات لا يمكن فهمها.
- قد يفقد المشارك سلسلة المحاضرة ويحاول جاهداً اللحاق بأفكار المحاضر.

بعد صياغة الرسالة وإرسالها. بينما إذا نُظر إلى الاتصال على أنه عملية تفاعلية: فإن التفاعل لا ينتهي إلا إذا تأكد المرسل من كيفية إدراك رسالته، وهل فهمت، وما تأثيرها على المُستقبل من خلال التغذية الرجعية. ويبدو أن نقل المعلومات ليس كافياً- وأن الاستجابة للتغذية الرجعية تصبح ضرورية وسينقل التركيز على استقلالية المرسل والمتسلم لإرساء قاعدة فهم مشتركة (Dance and Larson 1972).

ومن المُفرح بدأ أسلوب (الفرسي) يؤثر في نمط المحاضرة. والخطوة الأولى لتحديث المحاضرة هو أن تكون مدة المحاضرة عشرة دقائق ويفسح بعدها المجال لطرح أسئلة الجمهور. وهذا يساعد على بعض التفاعل في أسلوب الصحن الطائر، ولكنه يشير إلى جزء من العملية. وحينها يقوم المحاضر بإلقاء أسئلة بين الحين والآخر على الجمهور. ويبدأ بعض المحاضرين بتقييم احتياجات الجمهور وتوقعاتهم- أسلوب محورية المتعلم (The learner centred lecture).

وفي المقابلة الطبية، نحتاج إلى أسلوب أكثر تفاعلاً. وكما سنرى لاحقاً، نحتاج إلى أن نأخذ بالحسبان احتياجات المرضى الفردية الخاصة، وقابلياتهم المختلفة لاستيعاب المعلومات واحتياجاتهم وهواجسهم، وماذا يعرف الطبيب حتى الآن؟ وكم من المعلومات يرغب المريض أن يعرف؟ وما هواجسه المهمة؟ وما مدى رغبته باتخاذ القرار؟ ولكن ينبغي أن نعمل مع كل هذه المهام من دون التضحية بمهاراتنا اللفظية والتنظيمية المهمة التي تعلمناها من الأسلوب الرامي.

إعطاء كمية ونوعية المعلومات الملائمة

PROVIDING THE CORRECT AMOUNT AND TYPE OF INFORMATION

من أهم موضوعات التوضيح والتخطيط، هو: كيف نُقيّم المعلومات التي نشارك المريض بها. وكيف نناقش موضوع إعطاء المعلومات القليلة أو إغراق المريض بالتفاصيل؟ وكيف نتأكد من احتياج المريض الفردي للمعلومات؟ وكيف نصوغ معلوماتنا لتلبي حاجته؟ وكيف نكتشف ما المعلومات التي يحتاجها أي مريض لتكون مؤثرة في حينها؟ بدلاً من إعطاء المريض محاضرة مهياً مسبقاً معتمدين على افتراضنا حول احتياجه؟

هل يختلف المرضى والأطباء على نسبة المعلومات التي ينبغي أن يُفصح عنها؟

Do patients and doctors disagree over the amount of information that should be imparted?

أدر كنا سابقاً أن هناك مشكلات حول كمية المعلومات التي يعطيها الأطباء إلى المرضى. ولكن هل يرغب المرضى أن يزودوا بمعلومات أفضل؟ وغالباً لا يدرك الأطباء كمية المعلومات التي يطلبها المريض مع ميل ثابت لاختصار المعلومات المعطاة. وأظهر (Waitzkin 1984)، أن في (65%) من مقابلات لأطباء الباطنية، استخف الأطباء برغبة المريض للمعلومات وفي (6%) فقط في الحالات التي يغالون فيها.

ودرس (Faden et al. 1981) الاختلاف في توجه أطباء العصبية ومرضاهم المصابين بالصرع بالتزود بالمعلومات. ووجدوا أن المرضى يفضلون معرفة تفاصيل المخاطر التي ترتبط بالأدوية المستخدمة حتى النادر منها. بينما ينظر الأطباء على أنهم يرغبون بتزويد المرضى بالمخاطر الشائعة والمحتملة الحدوث فقط، ويشعر الأطباء أن البوح بالمعلومات التفصيلية عن الأدوية سيقلل من التزام المرضى بها ولكن المرضى يشعرون أنها تزيد من التزامهم بها.

- قد تكون المعلومات أقل من أو أكثر من مستوى إدراك المشارك الآني.
- قد تحتوي معلومات حديثة قليلة أو كثيرة جداً.
- افترض المحاضر احتياج المشاركين الشخصي خطأً، وأن السؤال الذي يرغب المشارك في الحصول على جواب لم يتناوله المحاضر.
- المشارك غير متأكد من أهم محاور المحاضرة الرئيسية.
- والأسوأ هذا السيناريو؛ أن يتكلم المحاضر لمدة (45) دقيقة من دون مقاطعة في غرفة مظلمة مع عرض سلايدات (شرايح) ذات نوعية بائسة. وسوف يركز المشارك لمدة معينة ويجول في ذهنه سؤالاً يحتاج إلى توضيح. وبينما يتأمل السؤال، سيفقد بعض الدقائق من المحاضرة، وينتقل إلى حلم اليقظة ثم يعاود التركيز على المحاضرة بعد مدة غير معلومة من الوقت.
- وحينها لن تكون المحاضرة ذات معنى لديه. وفي النهاية، يسأل المحاضر: هل هناك أسئلة؟ ولكن المشارك قلق أو متضايق جداً للسؤال الذي فكر به سابقاً. ولا يعرف هل أجيب عن السؤال في حلم اليقظة أم لا، وعندها لا يعلق على المحاضرة بأية كلمة.
- يمكن أن تطبق هذه الدروس من السيناريو آنفاً ليس عن كيفية إلقاء المحاضرة حسب وإنما عن كيف يؤدي الطبيب التوضيح والتخطيط في المقابلة. ولتعزيز إعطاء المعلومات في كلا الجانبين، من المفيد أن نطلع على أسلوب الاتصال الموضحين في كتابنا «تعلّم وتعليم مهارات الاتصال في الطب» وقد عنون (Barbour 2000) مجازياً الأسلوبين بـ:

• الأسلوب الرامي The shot-put approach

• أسلوب الصحن الطائر (أسلوب الفرسي) The frisbee approach

ويُعرف الأسلوب الرامي الاتصال ببساطة: الإعداد الجيد والإلقاء الجيد للرسالة. ومنذ زمن اليونان التقليدي، نشأ الأسلوب ولغاية القرن العشرين، كان التدريب التقليدي للاتصال المهني يركز على الأسلوب الرامي. ويعني: المحتوى والإلقاء والافتناع. ويشبه «صغ الرسالة جيداً، واطررها خارجاً» وبهذا تكون قد اديت الرسالة بشكل جيد. وأنموذج الأسلوب الرامي في الاتصال تطور أولاً في شركة الهاتف وقد عُرض بالشكل الآتي: يصوغ المرسل رسالة واضحة ومقنعة وينقلها، وقد يتسلمها المتسلم أم لا؟ ويبدو هذا نهاية الاتصال.

وتبدو المحاضرة التقليدية وتنهج منهج الأسلوب الرامي في معظم العناصر الأساسية له. وتستعار مهارات إلقاء المحاضرة الناجحة لجزء من الاتصال الفاعل وبناء العلاقة بين الطبيب والمريض.

ويحتاج أن نعرف، كيف ترسل الرسالة المؤثرة؟ وكيف تصاغ؟ وكيف تلفظ بوضوح؟ لكي تلتقط من المريض ويتذكرها ويفهمها. ومع ذلك، فإن الأسلوب الرامي هو جزء واحد مما نحتاج إليه.

وفي عقد الأربعينيات من القرن العشرين، بدأ ادراكنا للاتصال يتجه إلى أن يكون أكثر تفاعلياً؛ أسلوب إعطٍ وخذ. وفي هذا المنظور الحديث، بدأ أسلوبنا يرتقي إلى أسلوب القرص الطائر «لعبة يرمى القرص بين الأشخاص ليلتقط ويعاد إلى الرامي». وفي عقد الستينيات، أرسى هذا الأسلوب التوافقي المشترك بقاعدة عامة والذي يبدو أساساً للثقة والدقة. وهكذا فإن التوصل إلى قاعدة مشتركة هي المفهوم المركزي لهذا الأسلوب. وإذا ادركنا أن إرساء القاعدة المشتركة التوافقية مهمة في الاتصال المؤثر، لاحظنا أن إلقاء المحاضرة الجيد يبدو غير كاف. وفي منظور القرص، تبقى الرسالة مهمة ولكن التركيز يتحول إلى التفاعل والتغذية الرجعية «Feedback» والإسهام المتبادل.

وهذا المفهوم، سيُرجعنا إلى أحد الأسس الضرورية للاتصال التي ذكرناها سابقاً: يتضمن الاتصال المؤثر عملية تفاعلية وليست عملية نقل معلومات مباشرة وعندها يرسل المرسل الرسالة ويفترض أن دوره سينتهي

الطبيعة العاطفية للمعاناة

The emotional nature of illness

وما المختلف في المقابلة الطبية الذي يسوّغ رؤية بارسونز؟ احتجاج واحد يستخدم للدفاع عن هذه الرؤية: تحمل المعاناة طبيعة عاطفية تمنع الاتصال والفهم المنطقي العقلاني. ويؤدي القلق والخوف إلى اتخاذ الشخص دور المريض، الذي يجعل منه سلبياً معتمداً على الدور المرضي «Sick role» ومستعداً لتقبل توجيهات الطبيب الأبوية الحكيمة. وعند تبني دور المريض والنقاهاة: يحصل المريض على امتياز الاعفاء عن المسؤوليات الحياتية اليومية. وبإتباع هذه الحجة، فإن الخوف من إعطاء المعلومات الخطيرة للمريض تؤدي إلى تأثير سبيء عليه، وهكذا غالباً من المفضل أن يحمي الطبيب مريضه من العواقب الإنفعالية لكل هذا الأخبار.

سلطة المهنة

Professional authority

وفي منظور مقابل، يرى فريدسون (Freidson 1970) إن الاختلاف بين المقابلة الطبية وإعطاء المعلومات في مواقف أخرى ليس بسبب الطبيعة العاطفية ولكنها رغبة الأطباء في الحفاظ على المنزلة الرفيعة في المجتمع.

ويوحى هذا التحليل إلى النتيجة الحتمية لرغبة الأطباء للحفاظ على منزلتهم الاجتماعية الذي يؤدي إلى التعالي وحجب المعلومات. وإذا كان الاختلاف بالمنزلة الاجتماعية بين الطبيب والمريض هو الدافع الذي يحتفظ الطبيب من أجله بالمعلومات، يمكن أن يصل إليه بحجب المعلومات عن المرضى البسطاء. وتعد غموض معارف الطبيب وتخفيض معلومات المريض عوامل أقوى من القوى التي تدفع بإتجاه خلق مريض مطلع ومستقل ذاتياً. وإن المحافظة على مسار مناسب بين ضروريات الطبيب والمراجع تحدّد من ملكية الطبيب لبعض المعلومات. كما أن استعمال المصطلح اللاتيني قد يزيد من غموض العملية المعقدة، مثل: يعاني المريض من ألم في الحلق «Sore throat»، ويقول الطبيب، التهاب البلعوم الحاد «Acute pharyngitis»، وطبعاً فإن هذه ترجمة لما يقوله المريض وليس اشتراك باللغة الطبية (Bouhris et al. 1989).

إن فجوة الكفاءة الملحوظة والصعوبات العاطفية للعلاقة بين الطبيب والمريض والحاجة للحفاظ على السيادة المهنية قد تؤدي إلى حجب المعلومات عن المريض. ويبقى سلبياً هامشياً في التوضيح والتخطيط من المقابلة الطبية.

لماذا تُؤوّل البحوث الحديثة لتؤكد النمط التقليدي لإعطاء المعلومات؟

Why has modern research been misinterpreted as confirming the traditional stereotype of information giving?

احتج توكت وجماعته (Tuckett et al. 1985) على أن المهنة الطبية فسرت بعض نتائج البحوث حول إعطاء المعلومات على أنها تأكيد لمنهجها التقليدي بإجحاف.

وأظهرت عدة دراسات، مع حسن نية الأطباء، أن يختار الأطباء حجب المعلومات عن المرضى ومحاولة حمايتهم من القلق. ووجد (Pinder (1990) عند تشخيص مرض باركنسن، أن الأطباء يعانون من هاجس حماية المريض «Protection» واتخاذ قرار: متى وكيف وللمن يباح له الخبر؟ وما المعلومات التي ينبغي أن تعرض في محالي التشخيص ومآل المرض «Prognosis»؟ ومن ناحية أخرى، يحاول المرضى الحصول على فكرة شاملة وكيف يتوافق مع معاناته مع أسئلة متزاخمة في أذهانهم وملحة عن سير المرض والعلاج المحتمل ومخاوف المعاناة والمنظور المستقبلي. ويحاول الأطباء أن يكونوا إيجابيين، ويدافعون عن مرضاهم، ويظهرون تفاؤلاً مفرطاً، فمثلاً: يتجنبون التعليق على الأدوية بالتفصيل ويقللون من احتمالية الأعراض الجانبية ولا يتطرقون إلى مشكلات استعمال مضادات الباركنسن طويلة الأمد وعموماً يرغب المرضى بتقديم المعلومات بدلاً من أن يدافعوا عنهم. ويرغب أغلبية المرضى فهم أدويتهم واحتمالات الأعراض الجانبية التي من الممكن أن يعانون منها. وإذ أظهرت البحوث أن المرضى يرغبون بمزيد من المعلومات (Cassileth et al. 1980; Beisecker and Beisecker 1990). لماذا يصير الأطباء على تزويدهم بمعلومات قليلة؟

ولماذا هناك فجوة هائلة بين ما يعتقد به الأطباء عن ما يرغب به المرضى؟ وما يقوله المريض لنا عن حاجته؟ وكيف يتمكن الطبيب أن يحدد مقدار المعلومات التي يرغب بها كل مريض على حدة في مواقف مختلفة؟ وإن كثيراً من هذه الاختلافات الشديدة بين كمية المعلومات المعطاة من الأطباء والكمية التي يرغب المرضى بالحصول عليها لها جذور في النظرة التقليدية للعلاقة بين الطبيب والمريض. وفي الفصل الثالث، أوضحنا التباين بين الطريقة التقليدية لأخذ التاريخ المرضي (History taking) مع نموذج المرض-المعاناة (Disease-illness model) في غرب أونتاريو. وستتبع الأسلوب نفسه في التوضيح والتخطيط بمقارنة النظرة التقليدية لإعطاء المعلومات والمنظور الحديث الذي يعكس صورة التغير الشامل في المجتمع.

المنظور التقليدي للعلاقة بين الطبيب والمريض: فجوة الكفاءة التي لا يمكن ردمها

The traditional view of the doctor-patient relationship

الهوة في الكفاءة

An unbridgeable competence gap

يرسم المنظور التقليدي للعلاقة بين الطبيب والمريض بالهوة التي لا يمكن تجاوزها بين الكفاءة للطرفين. ومن المستحيل الوصول إلى شكل معين من إدراك المريض. ورسم بارسونز (Parsons 1951) صورة الأطباء على أنهم متدربون ضليون وذوي معارف هائلة تجعل الاختلاف بينهم وبين مرضاهم شاسعاً. ومن المستحيل توضيح الموضوعات المعقدة توضيحاً مناسباً. وينبغي على المرضى الإذعان لنصائح الأطباء بسبب ثقتهم بالطبيب الإنسان وبالمهنة الطبية عامة. وطبقاً لهذه النظرية، يعتمد المرضى على حكمة أطبايهم والقواعد الأخلاقية العالية التي تتمتع بها مهنة الطب والتي تجبر الأطباء على العمل لأفضل فائدة للمريض. وفي هذا التحليل، فإن المقابلة الطبية تختلف عن مواقف حياتية أخرى عندما ينقل الخبير المعلومات ويشترك بها مع المراجع الأقل خبرة، مثل: الطبيب الاختصاص حينما ينصح الطبيب الممارس، والمحامي حينما ينصح مشتري البيت، والعالم حينما يسهم مع رجل أعمال أو حينما يوجه المدرس الطالب. في كل هذه المواقف، يحاول الناس في مستويات مختلفة أن يتوصلوا إلى فهم مشترك. وينبغي ان يفصحوا عن معلومات وافية للوصول إلى اتصال ناجح يساعد المراجع على أن يتخذ خيارات أو خطط من دون ارتباك أو الاغراق بالتفاصيل.

البحوث الأولية في استرجاع المعلومات

Early studies of recall of information

أظهرت البحوث الأولية في استرجاع المعلومات (المقدمة للمريض) نتائج غير مشجعة. وجمع لي (Ley 1988) ارقام الاسترجاع لعدة باحثين وكانت نسبتها (60٪) من عدة مستشفيات ذات تخصصات مختلفة. ووجد أن أفضل استرجاع في المقابلات المتكررة عنها في المقابلات الأولية. كما وجد أن نسبة استرجاع المعلومات في الممارسة العامة (50٪ و 56٪) على التوالي. وسجل Bertakis (1977) (62٪) قابلية استرجاع المراجعين في المقابلات الأولية وبيّنت Hulka (1979) أن نسبة الاسترجاع في المقابلات المتكررة مستوى اعلى (67٪) لمرضى السكري والنساء الحوامل و(88٪) لأمهات الأطفال المرضى الرضع. وفي تجربة مختبرية، أظهر «لي» علاقة بين كمية المعلومات المعطاة والمسترجعة ولاحظ أنه: إذا كثرت فقرات المعلومات المعطاة ازدادت نسبة نسيانها. وتمكن من تأكيد ملاحظته هذه على مجموعة سريرية لمرضى العيادة الخارجية للمستشفى، وليست في الممارسة العامة. وقد اقتبس البحث واستعمل دليلاً واسع النطاق وكما يأتي:

- إن المرضى يسترجعون كمية قليلة جداً من المعلومات المعطاة لهم.
- كلما إعطيت معلومات أكثر يقل تذكر المريض لها.

وتوصلوا إلى النتيجة الحتمية الشائعة:

- وهكذا ليس من المفيد أن تزود المرضى بمعلومات كثيرة في المقابلة الأولى.

ولكن هل هذا التلخيص صحيح؟ حتى لو كان الاسترجاع بنسبة (50٪) من المعلومات المعطاة؟ هل هذا يعني أن لا فائدة من تزويد المرضى بالمعلومات مطلقاً؟ أم هل ينبغي أن نبحث في طرق إعطاء جديدة لتحسين هذه النسبة؟

بحوث حديثة أخرى

More recent studies

تشير البحوث الحديثة إلى أن المرضى يسترجعون أكثر مما كان معروفاً. استعمل Tuckett et al. (1985)، طرائق بحثية مختلفة تبحث عن نوع المسترجع من المعلومات وتحليله والنقاط الرئيسة التي يحتويها وليس جميع ما أعطي من الطبيب. وكما أظهر البحث أن (10٪) فقط من مراجعي مراكز الرعاية الصحية الأولية فشلوا في تذكر جميع النقاط الرئيسة التي زودوا بها. ومن اللافت للنظر والمشوق وفي الوقت نفسه، أن الاسترجاع في المقابلة قد يكون سيئاً حينما يكون المريض متوجساً وقللاً. ووجد دون وجماعته (Dunn et al. 1993)، أن المرضى المصابين بالسرطان سيتذكرون (45٪) فقط من النقاط الرئيسة في المقابلة الأولى كما حددها أطباء الأورام.

وفي الحقيقة أن لي لا يعني أبداً لا ينبغي أن نجتهد في إعطاء المرضى المعلومات. وتعليقاً على عمله في العلاقة بين كمية المعلومات المقدمة والمسترجعة أوضح هذه النقطة: تلاحظ أن نسبة النسيان تزداد وتتوافق مع المرضى الذين يعطون معلومات أكثر حول مرضهم ولكنهم يعرفون أكثر عن حالاتهم المرضية من الذين يعطون معلومات أقل. وبالرغم من أن نسبة المعلومات المفقودة لكمية المعلومات تكون أكثر في دراسة لي، لكن الكميات المطلقة المتذكورة تبقى أعلى.

تأكيد التحيز

Confirmation of prejudices

كتب توكت بيلاعة كيف دعم استنباط الاعتقاد الخاطئ لنتائج «لي» منظور الممارسة الطبية التقليدية وأرسي كقاعدة تدريسية.

وإن أوجه عمل «لي» التي توافق جيداً النموذج التقليدي أبرزت عالياً وأهملت النتائج التي لا تتوافق معه. وأخبر الطلبة، أن مرضاهم لن يتذكروا معظم ما يقال لهم وعليهم أن يكونوا واضحين. وثقفوا على أن لا يكونوا طموحين في إعطاء المعلومات وإن عدد العبارات المحددة يائنتين ستسترجع استرجاعاً جيداً (Horder et al. 1972). وهكذا تحدد الأطباء بنتائج لي لتبرير منظورهم. وأن هناك مجالاً ضيقاً لا يسع أكثر من المعلومات الأساسية للاخبار بها. بينما لم تكن هذه نتائج لي كما ذكر سابقاً. ورؤيته هي، ينبغي على الطبيب أن يحسن خطة اخبار المرضى بالمعلومات، وهكذا يزداد كم المعلومات المعطاة للمرضى والذي سيزيد من استرجاعهم لها. ويرغب أن يعطي الأطباء معلومات أكثر وأوضح ومرتبياً ترتيباً أفضل ليصبح المريض أكثر معرفة.

ما الاتجاهات الحديثة في المجتمع التي تؤثر في إعطاء المعلومات الطبية

What recent trends in society have influenced medical information giving?

التغير في المجتمع

Changes in society

جلبت العقود الأخيرة تغييرات عديدة في المجتمع وتحللت الطبقات المتعددة وكُسرت الحواجز الاجتماعية. وازدادت حرية الكلام والجنس والمساواة العرقية وتيسر الحصول على المعلومات التي غيرت المجتمع جذرياً بصورة لا رجعة فيها. ولزيادة معايير التعليم والثروة الشخصية ازدادت التوقعات وتبع ذلك طلب خدمات متعددة ومن ضمنها الخدمات الصحية التي ازدادت باضطراد. وشملت التغيرات الصحية مجالات ابعده من الصحة العلاجية إلى الوقاية من الامراض وتعزيز الصحة التي زادت من وعي الناس لشؤون الصحة المختلفة. وأدى الازدياد الانفجاري للمقالات والبرامج المكتوبة والاطراف الاعلامية المختلفة والانترنت إلى ظهور مفهوم المستهلك ومجاميع الدفاع عن وجهة نظر المريض (المستهلك) التي زادت من تأثير دور المريض في المقابلة. وعززت التشريعات التي تركز على حقوق المرضى في الرعاية الصحية هذا التوجه وأيدت التغيرات وحالات التأثير. ولم يقف المجتمع مكتوف الأيدي ولم تبق العلاقة بين الطبيب والمريض على حالها. كما يتعرض الأطباء روتينياً إلى المسائلة عن معرفتهم ودوافعهم من المجتمع. ولم يبق المجتمع على نظراته العمياء للثقة بالمهنة. ولا يتقبل حالياً المرضى مفهوم فجوة الكفاءة الواسعة بين الطبيب والمريض.

التغير في الطب

Changes in medicine

على الرغم من تبني بعض المرضى الدور الاعتمادي في المعاناة الخطيرة جداً، وهم ممتنون من الأطباء الذين يريحونهم. فإن أغلب المقابلات الطبية في الممارسة الطبية الغربية الحديثة هي ليست حول المعاناة المهددة للحياة. وأكثر من ذلك فإن الرعاية المستديمه والوقائية تؤدي دوراً يتسع باطراد. وبالنتيجة، فإن مستوى القلق وموانع الاتصال تقل ويشعر المرضى بأنهم مستعدون للتزود بالمعلومات الوافية والشائكة في رعاية انفسهم.

استقلالية المريض

Patient Autonomy

أصبح مفهوم استقلالية المريض اعتقاداً في الاخلاق الطبية وينظر إلى العلاقة الأبوية بين الطبيب والمريض على أنها من التراث الطبي. وكما سنرى لاحقاً، هناك مخاطر جمة من التوجه إلى العلاقة الاستهلاكية. وقد اقترح أن يكون الأسلوب التساهمي التوافقي هو المناسب للتقدم إلى الامام. ويرى الأطباء أن هذه التغييرات تنعكس تدريجياً على ممارستهم العملية. وكثيراً ما يراجع المرضى طلباً للمعلومات لإجراء وقائي (مثل، طلب عقار الكالسيوم للوقاية من هشاشة العظام Osteoporosis) مع التوقع أنهم سيتخذون قرارهم بعد تزويدهم بالمعلومات التي تعتمد مناقشة الخيارات التي توضع بين ايديهم. وسابقاً يضع الطبيب وصاياه ويتوقع من المرضى أن يتبعوها. ولا تشمل دورات الرداهات كثيراً من المناقشة بجانب سرير المريض والذي كان يُعتقد أن لا رأي له، أو مشاعر أو الاشتراك في عملية الرعاية الشخصية الطبية. ربما أن التغيير الكبير حدث في مجال حجب المعلومات حول المرض الخطير أو التصريح بالخبر السيئ. وليس بعيداً كان من الطبيعي أن تحجب المعلومات حول السرطان عن المرضى اعتقاداً أن هذه المعلومات يمكن أن تؤذيهم. ويحمي الأطباء مرضاهم عن المعلومات التي يحتمل صعوبة معاشتها. لقد كانت مسؤولية الأطباء التقرير بين كتمان المعلومات والتحفظ عليها والتواطؤ مع اقارب المريض وواجب اخبار المريض بالحقيقة. والآن، فإن بندول الممارسة الطبية الغربية انحراف باتجاه حقوق المريض للحصول على المعلومات. وإعطاء الأطباء فرص اخبار المرضى بدقة حول مرضهم. وتُحجب المعلومات فقط، حينما يلوح المريض بعدم رغبته بمعرفة حالته المرضية (Buckman 1994). وهناك اختلافات ثقافية موجودة في دول مختلفة توازن بين استقلالية الشخص وأهمية قرار العائلة في اتخاذ القرار. في اليابان مثلاً، مازال الأطباء يعطون آمال تفاؤلية للمرضى وتشاؤمية للعائلة (Akabayashi et al. 1999; Elwyn et al. 2002).

ما البيّنات البحثية التي توحي أن إعطاء المعلومات أكثر فائدة؟

What is the research evidence to suggest that giving more information is helpful?

يرغب المرضى بالتزود بمعلومات أكثر من التي يحصلون عليها اعتيادياً. ولكن هل يمكن أن نظهر أن تزويد المرضى بالمعلومات يؤثر عملياً في نتائج الرعاية الصحية؟

هناك بيّنات كثيرة تؤكد قيمة إعطاء المعلومات. في دراسة تحليلات بعدية (meta analysis) لقياس تأثير سلوك معطي المعلومات «Provider behaviours» المختلفة التي قد تؤدي إلى تغييرات في المقابلات الطبية، راجعت هال وجماعته (Hall et al. 1988) البحوث من (1966-1985) واكتشفوا (41) بحثاً مستقلاً تحتوي متغيرات «Variables» اتصالية تستعمل من قبل المهنيين الصحيين لها علاقة في تحسين القناة أو الاسترجاع أو الالتزام. وبعد تجميع المتغيرات الممكنة قُسمت إلى ست مجاميع. واستنتجوا في كل المجاميع: أن كمية المعلومات المصرّح بها من الأطباء هي أهم مُنبئ دراماتيكي لقناعة المريض والتزامه واسترجاعه وفهمه. وهذه العلاقة الايجابية بين قناعة المريض وكمية المعلومات المعطاة هي نتائج متناغمة في بحوث الاتصال (e.g. Bertakis 1977; Stiles et al. 1979; Deyo and Diehl 1986). وتربط بحوث عديدة ارتباطاً عالياً بين تقديم المعلومات والافادة الحقيقية من نتائج الرعاية الصحية، مثل: تقليل الأعراض وتحسين الحالة الوظيفية. كما أظهرت البحوث (e.g. Kaplan et al. 1989; Stewart 1995). (Egbert et al. (1964، إن التثقيف قبل العملية من طبيب التخدير حول السيطرة على الآلام بعد العملية يقلل ليس من استعمال مسكنات الألم حسب وإنما من مدة رقاد المريض في المستشفى.

وراجع (Mumford et al. 1982)، عدة نتائج متشابهة حول إعطاء المعلومات أو التداخل النفسي المسرع للتمائل للشفاء وتحسين النتائج الصحية للمرضى بعد العملية أو بعد احتشاء العضلة القلبية.

هل يحتاج جميع المرضى لمعلومات أكثر؟

Do all patients want more information?

هل يحتاج جميع المرضى لمعلومات أكثر؟ إذا كان الجواب بـ لا، كيف لنا أن نحدد المعلومات المعطاة لتلائم حاجة المريض الفردية؟

وفي دراسة بندر (Pinder's 1990) حول إعطاء المعلومات لمرضى الباركنسون، يتبنى الأطباء نمطاً معيناً مع جميع المرضى على الرغم من الاختلافات الكبيرة في رغبتهم بكمية المعلومات المعطاة. ويرغب أغلب المرضى وليس جميعهم الحصول على معلومات أكثر حول مرضهم وعلاجهم. وفي دراسة (Jenkins et al. 2001)، على مجموعة كبيرة من مرضى السرطان (2331) مريض، أظهرت أن (87٪) منهم من يرغب بأكثر ما يمكن من المعلومات، بينما (13٪) منهم يفضلون كمية المعلومات التي يقدرها الطبيب. وأظهرت دراسات أخرى، أن المرضى ينقسمون على نوعين: الباحثون عن المعلومات نحو (80٪) والمتجنبون لها نحو (20٪). ويتواءم الباحثون عن المعلومات بصورة أفضل حينما يحصلون عليها، كما يتواءم أيضاً العازفون عن المعلومات أكثر حينما يتركوا الأمر لأطبائهم (Miller and Mangan 1983; Deber 1994). وأظهر ستيتيتوا (Steptoe et al. 1991) وجماعته أن العازفين عن المعلومات يزداد فهمهم وقناعتهم مع بناء العلاقة بينهم وبين اطبايهم أكثر من الباحثين عنها ومن المفارقة أن يتدهور فهمهم لاحقاً. وبالمقابل، تقل قناعة الباحثين عن المعلومات بالاتصال ويسعون لمعلومات أكثر على الرغم من حصولهم عليها. ووجد توكت وجماعته (Tuckett et al. 1985) أن (19٪) من المرضى من لا يسألون أطباءهم لأنهم غير مكترئين بمعرفة المعلومات الطبية. وأظهر برويل وجماعته (Broyles et al. 1992) أن (50٪) من أمهات الأطفال الذين يعانون من اختطار الفشل التنفسي حينما قدم لهم معلومات مختصرة عن المنفاس الآلي، وبعدها سُألن، هل يرغبن بمعلومات أكثر؟ أكدن طلبهن لمعلومات أكثر.

بينما يرغب أكثر المرضى بمعلومات أكثر من أطبايهم، وهناك قلة من المرضى يرضى بالقليل. ولكن ليس من اليسير التنبؤ من أي مجموعة ينتمي لها هذا المريض؟ فمثلاً أفاد وتزنيك (Waitzkin 1985): اشارت البحوث بوضوح أن المرضى من طبقة العمال غالباً ما يفترض أنهم لا يرغبون بمعلومات كثيرة ولا التوضيح الشامل لمعاناتهم. ويبدو أن هذا الافتراض جاء من تردد العمال عن السؤال وليس احجامهم أو عدم اهتمامهم للحصول على المعلومات. وبيّن (Barsevich and Johnson 1990) أن هناك علاقة متوسطة بين الرغبة بالمعلومات عند النساء اللاتي يجرين فحص ناظور المهبل «Colposcopy» وسلوكهن الباحث عن المعلومات. وبيّنت الدراسات المتكررة عن افتراض أن كبار السن لا يرغبون استقبال معلومات عن معاناتهم على الرغم أن عدداً أقل من كبار السن يرغبون بمعلومات أكثر من المرضى الشباب، ولكن أغلبهم يحاولون الحصول على معلومات جيدة عن مرضهم (Davis et al. 1999; Stewart et al. 2000b).

تقييم معلومات المريض الأولية

Assessing the patient's starting point

إن أحد الأساليب الأساسية في إعطاء المعلومات هو، تقييم معلومات المريض الأولية. كيف يمكن للطبيب أن ينتقي مستوى المعلومات التي يعطيها من دون أن يتقدم خطوة للأمام ويكتشف معلومات المريض الأولية؟ وكيف يمكن للطبيب أن يقارن بين منظوره للمشكلة ودرجة اختلافها مع منظور المريض والوصول إلى فهم مشترك من دون اكتشاف فهم المريض لمشكلته مبكراً؟

يختلف توضيح مرض السكري المشخص حديثاً لأستاذ جامعي عن عامل بناء. ابتداءً، إنها عملية مختلفة وليست مهمة واحدة، تتطلب مستويين مختلفين من الإدراك والقابليات لاستيعاب المعلومات. ولكن الافتراض بهذا الشكل من دون سؤال المريض المباشر عن مستوى معرفته بالمرض يعد عملية محفوفة بالمخاطر. وقد تكون معلومات الأستاذ الجامعي المتخصص في علم الفلك قليلة عن مرض السكري. ويعرف أنه كارثة محتملة للعمى والتهديد بفقدان الوظيفة فقط. وقد يكون عامل البناء ترعرع مع ابوين مصابين بالسكري. ويكون مستوى إدراكه للمشكلة أفضل. لذلك من المفضل تقييم معلومات المريض الأولية قبل الخوض بتفاصيل التوضيح والسؤال:

الطبيب: لا أعرف حالياً ما مدى معرفتك بمرض السكري؟
المريض: نعم، اعرف شيئاً قليلاً عنه، صديقي المفضل في الكلية يعاني منه.
الطبيب: من المفيد لي أن تشرح ولو باختصار مدى معرفتك بالمرض، وبدوري سوف أملأ الفراغات التي تنتخل المعرفة.

ومن المهم أن يتأكد الطبيب من رغبة كل مريض المبدئية بالحصول على المعلومات. كما رأينا سابقاً، بالرغم من رغبة أغلب المرضى الحصول على معلومات أكثر. وتبقى هناك أقلية ترغب بالقليل من المعلومات. كيف لنا أن نميز فيما إذا كان هذا المريض من الباحثين عن المعلومات أو من الذين لا يرغبون بها؟ أن تقنية المعلومة والتدقيق «Chunking and checking» والاستفسار عن أسئلة المريض أسلوب لتقييم احتياج المعلومات الشاملة. وهناك أسلوب مباشر في بداية عملية التوضيح وهو سؤال المريض:

الطبيب: هناك معلومات كثيرة، أكون سعيداً في الاشتراك معك بها، حول مرض الباركنسن والأدوية المستعملة لعلاجها. بعض المرضى يفضلون معلومات أكثر وآخرين يفضلون قليلاً منها، كم من المعلومات التي ترغب بمعرفتها؟
المريض: نعم، أنا غير متأكد، أستطيع أن أسمع بعضها اليوم. وربما نستطيع أن نطلع على بعض الأدوية وسوف أراجع مرة أخرى مع زوجتي بعد أسابيع قليلة.

وينبغي أن يتذكر الطبيب، أن رغبة المريض وحاجته للمعلومات تتغير مع الوقت ومن موقف لآخر. فمثلاً: قد يتحول المريض المحتضر من موقف المتجنب والإنكار إلى القبول والمناقشة المفتوحة كلما تطور المرض ووصل إلى نهايته. لذلك على الطبيب أن يكون واعياً لهذا الاحتمال ولا يفترض أن تبقى الإجابة عن سؤال الطبيب ثابتاً للشخص عينه.

ما المهارات التي يستطيع استعمالها المتعلم تساعده على تحديد كمية المعلومات التي يعطيها للمريض ونوعيتها؟

What skills can learners use to help gauge the correct amount and type of information to give to each individual patient?

رأينا سابقاً، أن الأطباء يقللون من حاجة المريض الشخصية للمعلومات عموماً. علماً أن قليلاً من المرضى يفضلون كمية محدودة منها. وإن التحدي الرئيس في إعطاء المعلومات هو: اكتشاف كمية المعلومات التي يرغب بها المريض في موقف معين بدلاً من افتراضها، وبعدها يمكن قياس الكمية لحاجة الفرد الشخصية. سابقاً، كان الأطباء يحجبون المعلومات لحماية بعض المرضى الذين يفضلون عدم معرفتها. والتحدي الآن هو، كيف يمكن للأطباء أن يُخبروا الأغلبية مع حماية الأقلية بإعطائهم كمية أقل من المعلومات. كما يجب أن نأخذ بالاعتبار ليس كمية المعلومات حسب، وإنما ما المعلومات التي تزود المريض بها؟ وكيف يمكن لنا أن نأخذ بالحسبان معلومات المريض السابقة واكتشاف الأسئلة التي يرغب أن نجيب عنها؟

وبالعودة إلى المقارنة مع الفاء المحاضرة، كيف يستطيع المحاضر أن يصوغ محاضراته لتلبية احتياج الجمهور فعلاً بدلاً من التحضير المسبق المعتمد على افتراض احتياج الجمهور؟ أولاً، يمكن البدء بالطريق الذي رسمه المحاضر، وتقسيم المحاضرة إلى اجزاء يتوقف عندها المحاضر ويسأل الجمهور عما سمع من ذلك المقطع. وبهذا يمكن للمحاضر أن يجيب عن الأسئلة مع سير المحاضرة. ويمكن له أن يقيم مستوى الجمهور واحتياجاتهم الأخرى. ثانياً، يمكن أن يسأل المحاضر بتأن ابتداءً وقبل الخوض بالمحاضرة الجمهور عن معلوماتهم بالموضوع، وما المشكلات التي يعانون منها في هذا المجال؟ وما الأسئلة التي يرغبون معرفة اجابتها؟ ويمكن إعادة العملية وتكرارها مع سير المحاضرة. وباستمرار يسأل، ما المعلومات الأخرى التي يرغبون معرفتها؟ وبعبارة أخرى، يستطيع المحاضر أن يزيد التفاعل ويتقدم من الأسلوب الرامي إلى أسلوب الصحن الطائر. وهذا ما يساعد الأطباء في مجال المقابلة الطبية بالضبط.

المعلومة والتدقيق

Chunking and checking

المعلومة والتدقيق، مهارة حيوية في مرحلة التوضيح والتخطيط من المقابلة الطبية. ليس لتحديد كمية المعلومات المعطاة حسب ولكنها أداة لدقة الاسترجاع «accurate recall» والوصول إلى فهم مشترك «shared understanding».

وتشمل المعلومة والتدقيق، أن يعطي الطبيب المعلومات بأجزاء صغيرة ثم يتوقف ويدقق الاستيعاب قبل أن يتقدم، ويكون دليله تفاعل المريض، ويتأمل ما المعلومة التي يحتاجها المريض بعد ذلك. إنها تقنية وأداة غير مباشرة لتقييم احتياج المريض للمعلومات عموماً. وإذا أعطى الطبيب المعلومات بأجزاء صغيرة وسمح للمرضى بفرص كافية من الوقت للإسهام فإنهم سيستجيبون بإشارات واضحة حول كمية ونوعية المعلومات التي مازالوا يحتاجونها.

الطبيب: لذا حقاً، أن الأعراض التي وصفتها وطريقة ظهور الازيز wheeze المثالية التي تكثر عند الاجتهاد وفي أثناء الليل. أبدو واثقاً إلى حدٍ معقول بأن ما تصفه «ربو» وبأننا يجب أن نعتبر إعطائك بعض المعالجة له. «(توقف/مهلة)» هل ذلك مفهوم حتى الآن؟
المريض: نعم، اعتقد ذلك، ولكن لست متأكدًا ماذا يعني الربو؟ وهل يشيع في العوائل؟

الطبيب: هذا سؤال مهم جداً، ولكن هل يمكن أن أؤجل الإجابة عنه بعد فحص صوفيا؟ وبذلك أكون قادراً على الإجابة عنه بصورة أفضل.

الطبيب: وبالرجوع إلى سؤالك، هناك مشكلة في صدرها تحتاج إلى مضادات حيوية. وهل أنت مرتاحة عند تمييزك بين نوبة ربو قصبي جديدة والخمج الرئوي؟

أم الطفلة: نعم، أعتقد ذلك، ولكنه ليس من اليسير دائماً.

الطبيب: حسناً، في أغلب الحالات، أنها نوبة ربو بسبب البرد من دون خمج صدري.

المساعدة في دقة الاسترجاع والفهم

AIDING ACCURATE RECALL AND UNDERSTANDING

هناك مجال مهم آخر في التوضيح والتخطيط، كيف يتمكن الطبيب أن يعطي معلومات يمكن فهمها وتذكرها بيسر؟ في الجزء السابق الذي يتطرق لإعطاء كمية المعلومات ونوعيتها الصحيحة، اكتشفنا الحاجة للنظر إلى التفاعل مع المريض «أسلوب الصحن الطائر Frisbee» إلى أبعد حد، لقياس المقدار المطلوب من المعلومات المعطاة للمريض التي تلبى حاجته. وهذا لا يعني أننا نتخلى عن الدروس المستفادة من الأسلوب الرامي «Shot-put approach». وهو الطريق الذي نعطي به المعلومات، وربما يؤدي إلى الفهم والاسترجاع الممتاز أو إلى تجربة غير مقنعة نهائياً.

وهكذا، كيف يمكن الحصول على رسائل معبرة وبطريقة جيدة؟ كيف نصوغ المعلومات بحيث تؤدي إلى أن يفهمها الناس ويتذكرونها؟ لتتذكر الحكمة القديمة للمحاضرة «أن كل ما تريد قوله، رددّه مرة بعد أخرى» وينبغي تحديد منهاج وبناء لجعل إعطاء المعلومات مؤثراً. ولأجل ذلك، نحتاج إلى لغة مناسبة ومشاهد صورية كما نحتاج إلى مهارات تراجع التدقيق والفهم. وهذه المهارات التي نسبر غورها في محاور المقابلة الطبية.

بحث لي «Ley» في استرجاع المريض للمعلومات

Ley's research into patient recall

باشر لي «Ley» في عقد السبعينيات والثمانينيات من القرن العشرين بحثاً شاملاً في مهارات الاتصال التي تحسن استرجاع المريض للمعلومات. واعتمد عمله الأولي على تجارب في المختبر النفسي وبعدها نقل عمله في الإطار السريري. تُعلم الأطباء في المستشفى والممارسة العامة تقنيات متعددة لملاحظة: هل يمكن تطبيق نتائج المختبر في غرفة المقابلة. وما يأتي تفسير نتائج لي «Ley»:

التصنيف: مثال على الانتقال المؤشر

Categorization: an example of signposting

وفي هذه التقنية يُشعر الطبيب المريض مقدماً أن هناك اصنافاً من المعلومات التي تُعطى له، وبعدها تقدم المعلومات صنفاً بعد آخر:

سؤال المريض عن المعلومات المفيدة الأخرى؟

Asking patients what other information would be helpful

كما رأينا سابقاً، يسيء الأطباء تقدير أنواع المعلومات التي يحتاجها المرضى. كما أنهم لا يتناولون الأسئلة الآتية:

ما الذي حدث؟ ولماذا حدث؟ ولماذا أنا؟ ولماذا الآن؟ وماذا يمكن أن يحدث إذا لم أتخذ إجراءً حوله؟ أنها الأسئلة التي يرغب المريض الإجابة عنها وتفضيلها على المعلومات العلاجية (Helman 1978). ومن الصعب تحديد احتياج كل فرد. وينبغي السؤال مباشرة وبطريقة واضحة لمنع حذف المعلومات المهمة بالنسبة للمريض؟

الطبيب: هل هناك أي سؤال آخر ترغب أن اجيب عنه، أو أي أمر لم أتطرق إليه؟
المريض: هل تعتقد أنني يمكن أن انقل هذا؟ أعني - هل هو مرض معد؟

البوح بالمعلومات في الاوقات المناسبة

Giving an explanation at appropriate times

هناك صعوبات في المقابلات تبرز في أثناء ذكر النصيحة أو المعلومات أو التظمين المبكر. فمثلاً، في أثناء مرحلة جمع المعلومات، تسأل أم الطفلة المصابة بالربو الآتي:

أم الطفلة: تبدو حالة صوفيا متدهورة من نزلة البرد - هل تحتاج إلى مضادات حيوية؟
الطبيب: أنا متأكد أن الجواب ليس مضادات حيوية - نزلة البرد هي التي حفزت نوبة الربو - لا يعني أنها مصابة بخمج بكتيري في صدرها - وما نحتاجه عملياً هو معالجة حالة الربو.

بعد أن أعطى الطبيب محاضرتة المثالية - وأكمل استقاء التاريخ المرضي، وجد أن صوفيا مصابة بالحصى ومريضة منذ الليل. بين الفحص أن هناك علامات في احدى الرئتين، بدأ يفكر مرة أخرى وشعر أنه فقد ثقة الأم.

الطبيب: ها ها، على الرغم من ما قلته لك، هناك مشكلة تحتاج إلى مضادات حيوية.

وبدلاً من ذلك، يمكن للطبيب أن يقدّر سؤال الأم ويطلب منها الإجابة عنه بعد أن تكتمل صورة المرض لديه، ويقول:

أنه احبرني، يجب أن أتناول بخاخ الستيرويد مرتين يومياً باستمرار. ولكنني أشعر الآن أن حالتي جيدة لذلك لا أحتاج أن أتناول أي شيء.

وواضح أن الاسترجاع ليس كل شيء. ومن يقول ما هي أهم معلومة؟ وما يعتبره الطبيب مهماً مختلفاً جداً عن الذي يهتم المريض. وأسلوب لي «Ley» هذا محوره الطبيب. لذلك فالطبيب هو الذي يقرر ما المعلومة المهمة لينقلها إلى المريض. وهذا يناقض عمل توكت (Tuckett et al. 1985)، الذي سيُعرض في الجزء الآتي ويؤكد أن من الأهمية اكتشاف المعلومة المهمة وتناولها من وجهة نظر المريض الشخصية والحاجة للتركيز عليها.

ورسالة مهمة أخرى هنا ذات مغزى، وهي استنتاج لي «Ley» المساعد على جلب انتباه المريض. أن يُعلم الطبيب المعلومة ويشير إلى أهميتها بحسب منظور الطبيب، وهذا دليل آخر على الانتقال المُعلم Signposting:

هذه المعلومة مهمة جداً لتذكرها ...

المعلومة والتدقيق

Chunking and checking

نودّ أن نناقش هنا الموضوع الأساس هو: ترتيب المعلومات وتجنب إعطاء كميات كبيرة من المعلومات في آن معاً. ويؤدي السرد الطويل للمعلومات إلى التأثير الأولي الفاعل. إذ يبقى المريض يفكر في النقطة الأولى في أثناء الانتقال إلى موضوعات أخرى. وبالتالي يؤدي إلى فقدان التركيز والانصات للأجزاء الأخيرة من المعلومات. وإذا كان الهدف هو زيادة الاسترجاع والفهم والالتزام بالخطة، نقترح تقليل التأثير الأولي الفاعل الذي يحدث في السرد الطويل للمعلومات. ويمكن الحصول على ذلك باستعمال تقنية المعلومة والتدقيق. وتتكون من إعطاء معلومة صغيرة ثم التوقف. وبعدها يتحرى الطبيب من وصولها إلى المريض واستيعابها قبل التقدم إلى المعلومة الثانية. وينبغي أن يكون دليل الطبيب تفاعل المريض والتأكد من المعلومة المطلوبة الأخرى. وحينها فقط، يمكن للمريض أن يسترجع المعلومات ويفهمها بعد أن يهضم كل جزء منها. كما أنها مهمة أيضاً في التقييم الشمولي لاحتياج المريض للمعلومات. وإذا ما أعطيت المعلومات بأجزاء صغيرة تليها فرصة للمساهمة عندها سيتسلم الطبيب علامات واضحة عن كمية المعلومات ونوعيتها التي مازال المريض بحاجة إليها.

الإعادة

Repetition

هناك عنصران في الإعادة يؤديان إلى فرق كبير في استرجاع المريض:

- إعادة الطبيب النقاط المهمة.
- إعادة المريض صياغة المعلومات.

هناك ثلاثة موضوعات مهمة أرغب في شرحها؛ أولاً، أخبرك عن المرض الذي تعانيه؟ وثانياً، ما التحليل التي احريها لك؟ وثالثاً، ما العلاجات التي أصفها؟
أولاً، اعتقد انك تعاني من ...

وأظهر لي «Ley» أن مستوى الاسترجاع يزداد في هذه الطريقة في المختبر والممارسة السريرية مع زيادة نموذجية من (50٪) إلى (64٪).
وهنا يبدو أن عمليتين تجريان في آن معاً. الأولى: هي تصنيف المعلومات المعطاة، والتي تسمح بتقسيمها إلى اجزاء تساعد على التسلسل المنطقي للاتباع. والثانية: أن هذا التصنيف يبدو واضحاً للمريض. وهذا مثال آخر على الانتقال المُعلم، وهو تقنية قدمت في الفصل الثالث. والانتقال المُعلم، هو: عملية توضيح للمريض تنبئه إلى أين ستذهب المقابلة بعد ذلك ولماذا. ويقلل تقديم بناء المقابلة الواضح من الغموض والقلق الذي يمنع الاتصال الفاعل والاسترجاع والفهم. وهو يشبه المحاضر الحصيف الذي يضع خطة واضحة للجمهور في بداية المحاضرة.

تأثير المعلومات المهمة: مثال آخر على الانتقال المُعلم

Labelling important information: another example of sign posting

في كتابه، وضع لي «Ley» تأكيداً كبيراً على التأثير الأولي (Primacy effect) - وهي المعلومة الأولى التي يتذكرها المريض. وأظهر في تجاربه المختبرية، أن الحقائق الطبية التي أعطيت إلى المتطوعين أولاً في ترتيب المعلومات ستسترجع أكثر من لو ذكرت متأخرة ثم انتقل إلى الجانب السريري. وفي دراسة سابقة له، بين لي «Ley» أن المرضى يسترجعون معلومات التشخيص أكثر مما يسترجعون التعليمات والنصائح. لأن المرضى يعتقدون بأهمية التشخيص أكثر من المعلومات المتعلقة بالعلاج. كما أن الناس يتذكرون المعلومات التي يعتقدونها أكثر أهمية عموماً. ولملاحظة إذا ما أمكن تحسين استرجاع معلومات التعليمات - عن الأدوية- والنصائح. استعمل العيادة الخارجية إطاراً لبحثه وأعطى معلومات بأولويات مختلفة. وبين أن المرضى الذين يُعطون معلومات عن العلاج أولاً سيسترجعون (86٪) منها وحينما تُعطى بأولوية متأخرة سيكون نسبة الاسترجاع (50٪). ومن الجدير بالذكر وجد أن لا تحسن في الاحتفاظ والاسترجاع الشامل. وإنما إذا ما تحسن استرجاع التعليمات والنصائح تقل معلومات التشخيص المسترجعة.

وعلى الرغم من أهمية التأثير الأولي للمعلومات المعطاة يبدو واضحاً، لكننا نتحفظ على استنتاج لي «Ley» التي تشير إلى أننا يجب أن نُعطي المعلومات الأكثر أهمية أولاً. واقترح لي «Ley»، يمكن زيادة التزام المريض بأن يعطي الطبيب المعلومات العلاجية والنصائح أولاً وقبل المعلومات التشخيصية والمنطقية. وهذا المنظور يعتمد على افتراض أن المرضى سيتذكرون معلومات العلاج بدرجة أقل. وعموماً سيقبل التذكر لاسيما تذكر المعلومات التشخيصية والمنطقية. وعلى الرغم من ضرورة تذكر الخطة العلاجية لزيادة الإلتزام. هل هذا الأسلوب سوف يزيد من إلتزام المرضى عملياً؟ أم أن هناك عوامل مؤثرة أخرى؟ وابتداءً قال لي «Ley» أن منظور المريض يضع المعلومات التشخيصية بدرجة أكثر أهمية من التعليمات والنصائح. وهكذا، هل كان تدهور المعلومات التشخيصية يؤثر في التزام المريض تأثيراً كبيراً؟ وماذا عن افتراض تذكر المريض كل ما قيل له عن العلاج وليس له الدافع للالتزام. لأنه يمتلك معلومات قليلة عن حالته الصحية أو الإلتزام بنظرة الطبيب:

- توضيح المصطلحات عند استعمالها.
- استعمال كلمات قصيرة.
- استعمال عبارات قصيرة.

جعل التوضيح أو النصيحة أكثر خصوصية ليفهمها المريض أو يعمل بها Making explanations or advice specific enough for the patient to understand or act upon

اقتبس «لي Ley» عملاً لإظهار أن عبارات معينة أسهل تذكراً من العبارات العمومية. واسترجعت النساء البدنيات (16٪) من النصائح العمومية بينما استذكرن (51٪) من النصائح الخاصة.

وتبدو صياغة النصائح الأكثر خصوصية لها معنى واضح في مواقف معينة. مثل توضيح كيفية تناول الأدوية. ولكن لدينا تحفظ لإشاعة هذه الطريقة في جميع حالات إعطاء المعلومات، لأن هناك مخاطر إعطاء نصائح معينة من أن تشيع الارتباك والخلط غير المناسب «Inappropriately dogmatic».

وكما سنرى لاحقاً، هناك بيانات تفضل أن تتبنى النموذج التشاركي في التوضيح والتخطيط، وحينها يكون المريض منمكماً في الاختيارات والاقتراحات التي يقدمها الطبيب بدلاً من أن يكون موجهاً مباشراً. ويتحسن الالتزام حينما يبحث الطبيب عن مشاركة المريض وتفاعله مع المقترحات والمناقشات المناسبة. ويقترح «لي Ley» أن تخبر المريض انقاص وزنه (30) باوند (15 كغم) يؤدي إلى استرجاع أفضل من أن تخبره تخفيض الوزن فقط. ولكن هل يؤدي إلى إلتزام أفضل؟ وماذا بعد تذكر المريض:

30 باوند، أنا لم أكن بهذا الوزن في حياتي! لا هذا غير ممكن؟

هناك أسلوب ثالث: تقديم المقترحات، وإظهار التفاعل، والمناقشة، وفي النهاية يوضح الطبيب ويركز على ما اتفق عليه بالتحديد. كيف يتحدد الطبيب؟ يعتمد ذلك على حجم المهمة قيد البحث. وفي التعليمات الشائعة، أن تكون النصيحة محددة مهمة يسيرة نسبياً. أما إذا كان الموضوع معقداً، مثل: تعزيز الصحة أو الإجراءات الوقائية فلا مجال لهندسة استرجاع ممتاز من دون حوافز. وأن تكون النصيحة محددة يحتاج الطبيب أن يوازن بين مهارات المناقشة والحوافز في أثناء المقابلة.

استعمال الطرق المرئية لنقل المعلومات

Using visual methods of conveying information

أظهرت عدة دراسات، أن استعمال الرسوم والنماذج والمعلومات المكتوبة والتعليمات يمكن أن تحسن معرفة المريض والتزامه. وهناك بحوث معتبرة عن التصميم المؤثر المطبوع لتحسين إدراك المريض واسترجاعه وقد لخصها لي «Ley» 1988 تلخيصاً جيداً.

لخص (Tattersall et al. (1997), McConnell et al. (1999), Scott et al. (2001) and (Sowden et al. (2001)) الأساليب الأكثر حداثة لتزويد المريض بالمعلومات المناسبة عن معاناته. وتشمل تسجيلات سمعية وبصرية لمقابلات حقيقية والكتابة للمريض بعد المقابلة. وكلاهما أظهرتا زيادة في فناعة المريض واسترجاعه وفهمه ونشاطه. وتباین هذه الطريقة مع إعطاء اشرطة سمعية عامة عن الموضوعات التي لا تزيد وربما تقلل استرجاع المريض وقناعته بالمقابلة المعينة. وبين (Tattersall et al. 1994) أن المريض يقدر عالياً الأشرطة السمعية مقارنة بالرسائل أو الحديث مع ممرضة الأورام الاختصاصية.

بعض المحاذير عند استعمال التسجيلات المرئية والمسموعة:

تعد إعادة الطبيب للنقاط المهمة ذات قيمة في تقييم الاسترجاع في المختبر (Ley 1988) وفي غرفة المقابلة (Kupst et al. 1975). وبين كويست أن معدل الاسترجاع المباشر بعد العرض الأولي كان (76٪) وإذا أعاد الطبيب المعلومة ثانيةً سيزداد الاسترجاع ويصل لـ (90٪):

الطبيب: وخلاصة القول؛ قرنا أن يكون علاج الخمج الفطري fungal infection بواسطة الكريم وتضعه مرتين باليوم ولمدة اسبوعين. وإذا لم تتحسن حالتك، ينبغي أن تراجعني مرة أخرى.

وإعادة المريض صياغة العبارة تقنية فاعلة جداً أيضاً. وهنا يتأكد الطبيب من فهم المريض المعلومة المُعطاة وذلك بالطلب منه بإعادة العبارة بحسب إدراكه لها، وبعدها يمكن أن يوضح الطبيب عند الضرورة.

وفي عمل كويست «Kupst» وصل إمكان استرجاع المعلومة بعد إعادة صياغتها من المريض إلى (91٪) التي تتوافق مع إعادة الطبيب. وحينما قُيم الاسترجاع بعد شهر، كانت إعادة صياغة المريض مع التغذية الرجعية أقوى طريقة فاعلة. وأضافت إعادة صياغة المريض للمعلومة فائدة إعطت للطبيب والمريض معاً رؤية مبكرة عما استوعبه المريض.

وباشر (Bertakis 1977) دراسته لتقييم فائدة إعادة الصياغة من المريض وتوضيح الطبيب. حينما كان الأطباء المقيمون في طب الاسرة يتدربون على هذه التقنية. وبين أن المرضى أكثر رضاً وازداد الاحتفاظ بالمعلومات من (61٪ إلى 83٪).

إن الصعوبة في إعادة المريض الصياغة هي بطريقة طلب الطبيب بتعبير مناسب ونبرة صوت داعمة. ومن السهولة أن لا يتمكن المريض ضمناً من ذلك. ويبدو ذو قابلية محدودة أمام الطبيب الذكي! أنها قابلية شخصية للطبيب يتمكن أن يصوغ عباراته ويتعرف على الصيغ المفيدة التي تساعد المريض في هذا المجال:

الطبيب: اعرف أنني أعطيتك معلومات كثيرة اليوم، وأنا قلق من أنني لم أوضحها بدرجة كافية. ومن المفيد لي إذا أعدت علي ما اتفقنا عليه حتى الآن. لأتأكد أننا نسير على مسار واحد وفهم مشترك.

اللغة

Language

لقد رأينا أن استعمال الرطانه (المصطلحات الطبية وغيرها) من أهم مشكلات الاتصال. ونادراً ما يطلب المرضى توضيحات لها خوفاً من وصفهم بالجهل. إنها ليست اللغة التقنية المشكلة حسب (Hadlow and Pitts 1991) وحتى الكلمات الاعتيادية اليومية في البيئة الطبية قد تكون غامضة. وبين مازولو (Mazzullo et al. (1974) أن (52٪) من الناس الذين وصفت لهم حبوب للسوائل المحتبسة يظنون انها تحبس السوائل. لذلك أوصى «لي Ley» التبسط في المعلومات يساعد في الاسترجاع والفهم، ويمكن الوصول إليها بـ:

- التقليل من الرطانه المستعملة (المصطلحات الطبية)

1 **ليست جميع المعلومات بأهمية متساوية:** قِيمت البحوث السابقة استناداً إلى عدد العبارات «كمية المعلومات» التي قالها الطبيب وتذكرها المريض. وربما تكون بعض المعلومات أهم من الأخرى. وهل من الأهمية بمكان، إذا نسي المرضى بعض المعلومات وتذكروا أهم النقاط؟ وهل يساعد المرضى تذكر عبارات أكثر، إذا كانت هذه المعلومات لا يحتاجونها فعلاً لفهم مشكلتهم؟ نحن بحاجة إلى معرفة ما المعلومات المُفصّل عنها وليس عددها فقط؟ وصمم توكت طريقة تحدد ما «النقاط الرئيسية» التي تَقوّه بها الطبيب؟ التي ساعدت على تحليل استرجاع المريض للعبارات الضرورية التي لها علاقة بمعاونة المرضى وعلاجهم، وليس على جميع العبارات التي تَقوّه بها الطبيب.

2 **ليس بالضرورة أن يتضمن الاسترجاع الفهم أو الالتزام:** ليس بالضرورة أن تتحسن نتائج الرعاية الصحية بتحسين الاسترجاع. وماذا عن استرجاع معلومات من دون معنى؟ ينبغي أن ننظر إلى ما بعد الاسترجاع، وهو الفهم. وعلى الرغم من أهمية الاسترجاع لكن لا يؤلف نهاية مقنعة في بحوث إعطاء المعلومات. ولأجله تفحص توكت وجماعته ثلاثة مقاييس لنتائج الرعاية، وهي:

- استرجاع المريض
- فهم المريض: هل تمكن المريض الإحساس بصواب ما قيل؟
- التزام المريض: هل وافق المريض على أفكار الطبيب الرئيسية؟ وهل تتناقض الأفكار مع النموذج التوضيحي له؟

3 **ينبغي النظر إلى حاجة إعطاء المعلومات من منظوري المريض والطبيب معاً** لأن المشكلة في إعطاء المعلومات هي ليست المعلومات التي يرغب الطبيب بالإفصاح عنها وكيف يمكن له ذلك فقط؟ وإنما حول كيف يكتشف المرضى أنها المعلومات التي يرغبون بها أيضاً. فضلاً عن مهمة الطبيب في كيف يستطيع أن يساعد في هذه العملية؟ لذلك فحص توكت وجماعته أساليب لإعطاء المعلومات، أولاً: تفحصوا مفهوم لي «Ley» ووضوح المعلومات المعطاة وماذا يؤثر في قابليات الأطباء عند استعمال اقتراحات لي «التصنيف الواضح، العبارات القواعدية، التعبير المميز، تجنب الافتراضات غير المُفسرة، تجنب الرطانة، التقدم، وإمكانية السمع» وتأثيرها في استرجاع المرضى وفهمهم والتزامهم؟ ثانياً: تفحصوا منظوراً مختلفاً جوهرياً ويدعى الاشتراك المتبادل «Mutual sharing»؛ تبادل وجهات النظر الذي يعتمد على عمل الأثنوبولوجيين الاجتماعيين مثل (Helman 1978). ويشبه نموذج «المرض- المعاناة» الذي استكشفتها في الفصل الثالث. ويتجه إلى جميع المفاهيم المهمة للمشاركة التوافقية الشاملة بأرضية مشتركة. وهل يساعد فهم نظام معتقدات المريض ومنظوره الشخصي لمعاناته في إعطاء المعلومات؟ وللإجابة عن هذا التساؤل، تفحص توكت وجماعته محاولات الأطباء لتشجيع المرضى للتطوع والإفصاح عن أفكارهم واستجابة الطبيب إلى أي دليل عن أفكار المريض وما مدى استنتاج الأطباء المرتبط مباشرة بأفكار المرضى وإلى أي مدى تحقق الأطباء من درجة فهم المرضى؟

ماذا أظهرت بحوث توكت وجماعته في إعطاء الطبيب للمعلومات؟

What does the research of Tuckett and colleagues show about the information given by doctors?

- ركز الأطباء كما متوقع على أهمية التشخيص وتأثير العلاج أكثر من الإجراءات الوقائية والنتائج.
- في نسبة مئوية قليلة من الحالات قدمت وجهات نظر الأطباء تقديماً واضحاً.
- في (50٪) من الحالات كانت الأسباب المنطقية ضمن وجهة نظر الطبيب.
- حتى حينما أعطيت الأسباب المنطقية، كان الأطباء شحيحين في تقديم المعلومات وغير واضحين.

تقل فائدة المواد المكتوبة أو التسجيلات إذا ما أعطيت وحدها ولا تكون بديلاً عن التفاعل مع الطبيب. ولزيادة فائدتها يحتاج العاملون في المجال الصحي أن:

- يقدموا التسجيل والمتابعة وجعل المادة المعروضة لها علاقة محددة بالمريض.
- يهيئوا مجالاً للمرضى أن يسألوا بعد مشاهدة العرض.

يمكن أن تكون المادة غير مناسبة إذا لم يستطع المريض فهم اللغة بشكل سليم. المواد المكتوبة (تشمل التعليمات المكتوبة والمخططات) التي تعرض قد تكون غير مناسبة للمرضى الأميين وظيفياً «functionally illiterate». وحتى في الدول ذات التعليم واسع الانتشار، لأن الأميين الوظيفيين أكثر مما يتوقع العاملون في المجال الصحي. وأن ملخص المهارات التي تساعد المريض على تذكر توضيح الطبيب وفهمه معروض في المستطيل (6.2).

الحصول على فهم مشترك- والدمج بمنظور المريض

ACHIEVING A SHARED UNDERSTANDING – INCORPORATING THE PATIENT'S PERSPECTIVE

في التحليل السابق، تأملنا بالتفصيل المهارات التي تستعمل لتحسين استرجاع المريض للمعلومات. والأسلوب متعلق ابتداءً بالمعلومات المسترجعة التي يعدها الطبيب مهمة. بينما رأينا سابقاً عمل (Kindelan and Kent s1987)، وتحليل «لي Ley» نفسه، أن ما يعده الطبيب والمريض مهماً ليس بالضرورة الموضوع نفسه. وهكذا عند النظر إلى ما يراه الطبيب مهماً ويقوله للمريض واكتشاف أفضل الطرق لإعطاء المعلومات هو نصف المهمة فقط. وماذا عن المعلومات التي يحتاجها المريض اعتماداً على منظوره (Grol et al. 1991)؟

إن هذا السؤال لن يدحض نتائج «لي Ley» والآخرين: الذين عرضوا مهارات مهمة تساعد الطبيب لجعل المعلومات أكثر وضوحاً وتؤدي إلى استرجاع أفضل من المريض. ولكن نحتاج إلى تحليل إضافي، كيف نكتفٍ تزويد المعلومات مع منظور المريض للمشكلة؟ كيف نتأكد من رؤية المريض للمعلومات المعطاة؟ كيف يصل الطبيب إلى فهم مشترك مع المريض؟

بحث توكت وجماعته حول فهم المريض

Tuckett and colleagues' research into patient understanding

وصفت بحوث توكت وجماعته في كتابهم «اجتماع الخبراء: أسلوب مشاركة الأفكار في المقابلة الطبية» (Tuckett et al. 1985)، وهو ركيزة فهمنا لأسلوب المشاركة في إعطاء المعلومات. وقد وسعت مداركنا نتائجهم واستعمالهم طرق بحثية مختلفة التي قاومت الانطباع السابق.

طرق بحث توكت وجماعته

The methodology of Tuckett and colleagues

درس توكت وجماعته (1302) مقابلة اجراها (16) طبيباً في الممارسة العامة في المملكة المتحدة ووضعوا ثلاثة أسس في اذهانهم وهي:

الغالبية العظمى من توضيح الأطباء لا يتطرق إلى وجهة نظر المريض أو معتقداته. ومن مجموع (405) مقابلة: (12) مقابلة فقط ربطت توضيح الأطباء بمعتقدات المريض.

• في (6٪) من المقابلات فقط، احتلت أفكار المريض وتحليلاته الاعتقادية المركز الأول من الاهتمام.

• حتى لو تطوع المرضى وأوضحوا أفكارهم تلميحاً أو عبارات واضحة، سأل الأطباء المرضى عن تفاصيل آرائهم في (7٪) من المقابلات فقط.

• لم يسأل الأطباء المرضى عن تفاصيل آرائهم حسب، ولكن غالباً ما يتجنبها الأطباء أو يثبط التعبير عنها بتعمد.

• وفي (7٪) من المقابلات فقط دقق الأطباء فهم المريض لما قيل.

وخلاصة القول، أوضح توكت وجماعته، أن الأطباء نادراً ما يظهرون تنظيم المقابلة والمهارات الضرورية الأخرى لجعل جهودهم واضحة للمرضى. كما أظهروا اهتماماً قليلاً لنظريات المرضى وافتراساتهم أو فهمهم. وأوحت البحوث الحديثة مثل (Campion et al. 2002)، أن الحال مع الأسف الشديد باق كما هو. لذا فيما يتعلق بالتمودجين: نموذج لي «كيف» إعطاء المعلومات ونموذج «المرض - المعانة» لا يتوقع أن يكون الأطباء فاعلين في إعطاء المعلومات!

• إن طرح الأسئلة ليس من مهام المرضى والتعبير عن الشكوك أو تصرفوا كأن رؤيتهم ذات أهمية (36٪).

- يخشى المرضى من أن إدراكهم لمعاناتهم ضئيلة أمام الطبيب (22٪).
- يخشى المرضى من التفاعل السلبي للأطباء (14٪).
- إن المرضى مرتبكون ومتعجلون (27٪).
- ينسى المرضى أو ينتظرون لحين التأكد من منطقيّة أسئلتهم (36٪).
- يشك المرضى من أن أطباءهم سيخبرونهم أكثر في الوقت الحاضر (22٪).
- يخشى المرضى من الحقيقة (9٪).

وهناك (19٪) من المرضى لا يرغبون أن يطرحوا أسئلة لعدم اهتمامهم بالمعلومات التي يفتقرون إليها.

ما التأثير المشترك لإسلوبى المرضى والأطباء على إعطاء المعلومات للمرضى؟
What are the combined effects of patients' and doctors' approaches to patient involvement in information giving?

حينما نربط بين سلوك الأطباء والمرضى في المقابلات الطبية لـ توكت وجماعته نحصل على بعض النتائج المحيطة، يبدو كلا الفريقين قد اتخذ دوراً يمكن التنبؤ به اعتماداً على المنظور التقليدي للعلاقة بين الطبيب والمريض. وشعر المرضى أن ليس من المهم فهمهم أو لا تقع على كاهلهم مسؤولية طرح الأسئلة. ويخشون استجابة أطباؤهم من الأسئلة التي قد يطرحونها. وفي (85٪) من محاولاتهم للإسهام في عرض أفكارهم وطرح الأسئلة أو التعبير عن الشكوك ينحى اغلبيتهم للتلميح أو عرض أسئلة غامضة بدلاً من أسئلة واضحة. ومن ناحية أخرى، أن الأطباء ينقصهم استكشاف التلميح أو الرسائل المستورة. كما أنهم لا يشجعون أو قد يثبطون المرضى من التعبير عن آرائهم. وغالباً ما يستجيبون بتوتر عال حينما يجازف المرضى بآرائهم أو يطرحون الأسئلة. وهكذا يبدو أن سلوك الأطباء واحساس المرضى يعجلان معاً تأكيد الدور السلبي لاشترك المرضى الذي يؤدي إلى عدم الوصول إلى فهم مشترك.

• شرح نماذجهم التوضيحية.

• طلب التوضيح لوجهة نظر الطبيب وتعليماته.

• سؤال الطبيب عن الأسباب والمنطق.

• التعبير عن الشكوك.

وقد يعبرون عنها:

- بوضوح.
- بغموض.

أظهرت مشاركة عالية المستوى. وفي الحقيقة، أظهر (85٪) من المرضى واحدة من هذه النشاطات في أقل تقدير. ولكن كانت هذه المشاركات في الأعم الأغلب على مشاركات غامضة، تلميحاً أو سؤالاً غامضاً بدلاً من العبارة أو السؤال الواضح. ويتوافق هذا الاستنتاج مع بحوث أخرى تؤكد أن المرضى يسألون أسئلة واضحة قليلة. (Svarstad 1974; Stimson and Webb 1975; Roter 1977; Beisecker and Beisecker 1990) وكانت محاولات من المرضى لتوضيح منظورهم وأسئلتهم المهمة (Levinson et al. 2000).

ما تأثير مشاركة المرضى في إعطاء الطبيب للمعلومات؟ حينما يسهم المرضى، فإنهم سيحصلون على معلومات أكثر في أغلب الأحيان. وتؤدي محاولاتهم الخفية إلى تأثير أقل. وبين (Svarstad 1974)

كما فحص توكت وجماعته تأثير مفهومين مختلفين لكيفية إعطاء المعلومات: الوضوح (Clarity) والاشترك المتبادل (Mutual sharing) بتبادل الآراء وتأثيره في فهم المرضى. ومن المدهش، وجدوا أن لا علاقة مطلقاً بين وضوح تفسير الطبيب وإدراك المرضى الصحيح لتعليقاته!

ومن ناحية أخرى، أدت المحاولات التي تربط بين الاشتراك المتبادل مع فهم المريض إلى دلائل في العلاقة. وأوضحت أن المقابلات التي يثبط بها الطبيب أو يتجنب أفكار المريض أدت إلى فشل الاسترجاع والفهم باحتمالية أكبر مقارنة بالمقابلات التي لا يثبط بها الطبيب آراء المريض أو يتجنبها، ويتراجع معدل الفهم من (40٪) إلى (29٪). وهذا يوحي إلى أن الانتباه إلى المنظور التوضيحي للمريض يزيد الفهم. ولم يكن من الممكن تقييم الأوجه الأخرى للاشتراك المتبادل، لأن الأطباء نادراً ما يظهرون المهارات المناسبة المطلوبة ويتقنون فهم المريض للتوضيح. ولم تُكتشف آراء المرضى ومعتقداتهم إلا نادراً أيضاً. وأن الاستنتاجات التي أعطيت ليس لها علاقة بمنظور المريض التوضيحي ولا يمكن التحقق من تأثيرها في فهم المرضى! وعند محاولة الحصول على معلومات أكثر حول أهمية الاشتراك المتبادل، استعمل توكت وجماعته التحليل النوعي (Qualitative analysis) لعينة صغيرة من المقابلات. وتم مراجعة المقابلات المسجلة بإسهاب ولتسجيلات ما بعد المقابلة. وأظهرت أن المرضى يعانون من مشكلات الاسترجاع والاستفادة من المعلومات إذا لم تتناغم مع رؤية المريض التوضيحية. وأن مفتاح مشكلة الفهم تبدو الأفكار التفصيلية التي يحملها المريض عن توضيح الطبيب. وإذا كان هناك تجانس مع توضيح الطبيب فإن الفهم الجيد سيحصل حتى لو كان توضيح الطبيب ضئيل ومتناثر. بينما يعاني الفهم مشكلات إذا لم يتوافق مع منظور المريض وهيكله التوضيحي. وليس من الغريب، صعوبة هضم المعلومات غير المألوفة أو غير المتوقعة أو المخيفة. كما أن المعلومات المعطاة الغامضة أو غير المرتبة غير مفيدة عملياً.

وتؤدي المعلومات الضئيلة المعطاة إلى مجال كبير من سوء الفهم الواضح. وإذا كانت رؤيتا الطبيب والمريض متباعدتين، سينتهي المريض إلى استنتاج مختلف لما يحاول أن يقوله الطبيب من دون أن يعي أي منهما هذا التباعد. وعندما لا يكتشف الطبيب منظور المريض، ولا يوضح جلياً أن هناك منظورين مختلفين ولم يتحقق من فهم المريض بعد إعطاء المعلومات، فإن المريض سيفسر خطأً أن الطبيب يؤكد منظوره الخاص. وبالمقابل، إذا كانت رؤيتا الطبيب والمريض متقاربة جداً، فإن الطبيب سيتجاوز تبعات الاضطراب والغموض، لأن هناك تناغماً مسبقاً في المنظور واحتمال أقل من سوء الفهم.

هل يلتزم المرضى بمنظور أطباءهم؟

Were patients committed to the doctor's views?

إن الإغلبية العظمى من المرضى (75٪) الذين يتذكرون ويدركون المعلومات المعطاة لهم سببتمون برؤية الطبيب. ومرة أخرى، تؤدي المقابلات التي يثبط الطبيب فيها أو يتجنب أفكار المرضى إلى قلة التزام المرضى برؤية لطبيب بصورة أكبر من تلك التي لا يثبط الطبيب فيها أو يتجنب آراء المرضى.

وأظهر التحليل النوعي أن الاختلاف بين الملتمزين وغير الملتمزين، أن الملتمزين يتوقعون ما يقال لهم وموافقون عليه ابتداءً. بينما إذا عرض المريض آراؤه وأهملت من طبيبه، فإن المقابلة لن تغير ما حصل بينهما، وسيرفض المريض رؤية الطبيب ويختار رؤيته. ونادراً ما يهتم الأطباء بأفكار مرضاهم ويجهلون ما يفكرون به وحينها لن يتمكنوا من توجيه توضيحاتهم ليوائهم تفكير مرضاهم. ويعتقد توكت وجماعته، أنه من دون معرفة أفكار المريض لا يمكن الوصول إلى الاشتراك المتبادل في الآراء. ومن دون ذلك، فالأمل قليل لزيادة الإلتزام.

وكما قلنا سابقاً، يعبر بعضاً من المرضى عن شكوكهم وسؤال الطبيب عن توضيحات لمنطقهم وأظهر توكت وجماعته، أن المرضى الذين يسألون أطباءهم بهذه الطريقة لا يلتزمون برؤية الطبيب في نهاية المقابلة

وتبدو السيطرة التقليدية القوية للأطباء على المعلومات. ويتبنى المرضى الدور السلبي ويظهرون عدم اهتمام حينما يتخذ الأطباء زمام الأمور. ولسوء الحظ، يقوي هذا التوجه السلطوي والإذعان العلاقة بين الطبيب والمريض والخبرة القديمة السائدة في الممارسة الطبية.

هل يستطيع الأطباء والمرضى التأثير إيجابياً باتجاه الفهم المشترك للمعلومات المعطاة؟

Can doctors and patients more positively influence each other towards a shared understanding in information giving?

كما رأينا تواتراً، فإن مشاركة المرضى الفاعلة في المقابلة ستؤدي إلى الحصول على المعلومات التي يرغبون بها باحتمالية أعلى. ومما لا شك فيه، إذا رغب الأطباء يتمكنون في التأثير على المرضى ومساعدتهم لأخذ أدوار فاعلة أكبر. وأظهرت (1974) Svarstad أن الأطباء الذين يتجنبون بعضاً من السلوك المثبط يساعدون مرضاهم على طرح أسئلة أكثر. والسلوكيات المثبطة، هي: النظر إلى الساعة، استعمال الرطانة (المصطلحات الطبية)، المقاطعة، المهمة غير المفهومة، إهمال ملاحظات المرضى، الحفاء، وإنهاء المقابلة المبكر. ويبدو أن الأطباء قادرين على تغيير سلوكهم وفقاً للظروف، واستعمال استراتيجيات اتصال مُحددة أكثر بكثير متى ما عانوا من قلة الوقت. وهكذا يستطيع الأطباء والمرضى في التأثير في مدى المشاركة التي تحدث في المقابلة الطبية.

هل توافقت بحوث توكت وجماعته في الاسترجاع مع البحوث السابقة؟

Does the research of Tuckett et al. about recall fit in with previous work?

هناك نتيجة مهمة جداً لتوكت وجماعته حول استرجاع المرضى لمعلومات أكبر عن تلك التي صرحت بها البحوث السابقة. ووجد توكت وجماعته أن (10٪) من المعلومات فقط قد نُسييت مقارنةً بـ (30-50٪) للبحوث السابقة مثل بحوث «لي» (Ley).

واعتمد الأطباء نتائج البحوث السابقة على استرجاع المرضى كمبرر لإعطائهم معلومات قليلة. بينما تشير البحوث الحديثة خلاف ذلك، وهذه نتيجة ذات أهمية كبيرة، ترى ما سبب هذا الاختلاف الكبير؟ على الرغم من أن اختلاف بيئة المقابلة المدروسة قد يكون سبباً لذلك. ولكن الأعم الأغلب، إن السبب الرئيس المحتمل هو اختلاف طرائق البحوث التي استعملها توكت وجماعته: أولاً، قَيِّموا النقاط الرئيسة التي استرجعها المرضى من حديث أطباءهم. وهذا اختلاف كبير عن تقييم عدد العبارات التي تذكرها المرضى من حديث الأطباء اجمالاً. ثانياً، استعملت البحوث السابقة طريقة الاسترجاع الحر (free recall) وفيها يستخدم الباحث سؤالاً عاماً مثل «ماذا قال لك الطبيب عن سبب زيارتك؟» إذ إن الباحث لا يتمكن من التحري بصورة دقيقة. بينما استعمل توكت وجماعته أسلوب تقصي الاسترجاع (probed recall) استعمل الباحث مقابلة منهجية استطاع خلالها اكتشاف مقاصد المريض للمعنى والحصول على جواب توضيحي.

هل هناك فهم صحيح للتوضيحات؟

Was correct sense made of the explanations?

تذكر المرضى حوالي (90٪) من المعلومات الرئيسة التي أعطيت من الطبيب. ولكن هل فهمت هذه المعلومات؟ قارن توكت وجماعته بين فهم المرضى للمعلومات التي تسلموها والمعنى الحقيقي لها من ناحية الأطباء، وحكم على هذا التقييم من جهة ثالثة. مرة أخرى، وجدوا إدراك شمولي عالي المستوى (73٪) وتمكن المرضى من الفهم الصحيح للنقاط الرئيسة التي أخبروا بها.

يبيّن (Eisenthal and Lazare 1976)، «انظر الفصل 3» إذا اكتشف أطباء النفسية في العيادة الخارجية توقعات المرضى، فإن المرضى سيكونون أكثر قناعة ويلتزمون بالخطة بغض النظر عن طلبهم سينفذ أم لا. وبعبارة أخرى، إن اكتشاف الطبيب لتوقعات المرضى فقط، سوف لا يدفعهم لتنفيذها، ولكن مناقشتها بعقل مفتوح مقابل موقف الطبيب. كما أن إظهار التوقعات يسمح للطبيب الأهتمام برؤية المريض. ما البيّنات التي تدعمها والتي تقف ضدها وبأساليب مختلفة. عند اكتشاف رغبة المريض لإجراء مفراس لا يعني أن الطبيب سينفذ رغبته تلك. ولكن اكتشاف توقعاتهم ومناقشتها مع رؤية الطبيب ليصلا إلى خطة مناقشة مقبولة من الطرفين.

وفي دراسة (Eisenthal and Lazare 1976) في الممارسة العامة، تبين أن المقابلات التي عدّها الطبيب والمرضى إيجابية، بذل الطبيب فيها جهوداً لتوضيح أفكار المريض وهو يحسسه وأعطى وقتاً لمهمة الفهم المشترك واشترك المريض بالتدبير الصحي.

واستعمل ماينارد (Maynard 1990) أسلوباً نوعياً لفحص أهمية اكتشاف معلومات المرضى الأولية ومشاعرهم في إعطاء المعلومات لآباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من صعوبات النمو. وفي سيناريو البوح بالخبر السيئ، حدد ماينارد التناسق التفاعلي «Interactional alignment» كعامل مهم في قبول الوالدين تشخيص تأخر النمو. وإذا أعطى الخبر من دون اكتشاف معلومات الوالدين ومشاعرهم حول حالة الطفل، هناك احتمال كبير لرفض التشخيص. وحينما يكتشف الطبيب ادراك الوالدين أولاً، فهناك احتمال كبير لنقل الخبر بطريقة تسمح للوالدين قبول التشخيص. وهكذا أوصى ماينارد بالنمط التفاعلي لإعطاء المعلومات الصعبة. إذ يتناغم الطبيب والمريض ويستطيع الطبيب أن يتوقع المشكلات التي تبرز. وحالما ترفض المعلومات من الصعوبة إعادة التوازن ثانية.

ويبدو عمل ماينارد ياتجاه مساعدة الأطباء لتجاوز المشكلات التي حُددت في بحوث أخرى (Starfield et al. 1981; Bass and Cohen 1982). وهناك دلائل متواترة في البحوث تدل على أن فقدان التوافق في نهاية المقابلة حول طبيعة المشكلة أو ظهور الحاجة إلى المتابعة أدت إلى تقليل تحسن أعراض المرضى. وربما يكون أحد الطرق الممكنة لتحسين الموقف تبني أسلوب التخطيط التفاعلي لماينارد. ودرس (Inui et al. 1976) تأثير تدريب جلسة مهارات اتصال واحدة لمدة ساعتين لإطباء العيادات الخارجية لمساعدتهم على حث مرضى فرط الضغط على زيادة مطاوعتهم «compliance» وأظهرت:

- شيوع عدم المطاوعة شيوياً واسعاً بين مرضاهم.
- هناك احتمالية كبيرة تؤكد أن ضعف السيطرة على ضغط الدم مؤشر على سوء الالتزام (العلاقة 90٪).
- ينبغي على الأطباء أن يناقشوا مع مرضاهم توجهاتهم ومعارفهم ومعتقداتهم حول فرط الضغط وعلاجه بدلاً من البحث عن مضاعفات الضغط.
- ينبغي أن يتحول الأطباء من مشخصين فقط إلى ساعين في تثقيف مرضاهم أيضاً، ويربطون بين معتقدات المرضى وتوجهاتهم وادراكهم لتوضيحات الأطباء ومشاركة مرضاهم تحليلهم ومساعدتهم لتجاوز موانع الالتزام.

وكانت نتائج هذه الدراسة: لم يصرف الأطباء المتدربون وقتاً أطول للتعرف على أفكار مرضاهم وتثقيفهم بدلاً من فرض السيطرة ولم يتحسن ادراك المرضى لحالاتهم وزيادة التزامهم حسب بل تبين أن هناك سيطرة أفضل على فرط الضغط حتى بعد ستة أشهر من الجلسة الخاصة! وهذه بيّنة فسيولوجية جيدة لمغزى الفهم المشترك (Shared understanding).

بدرجة أكبر. ويبدو أن المرضى يحذرون الأطباء لحاجتهم لأخذ رؤيتهم بجدية، ولكن أغلب الأطباء يهتمون جهودهم لهندسة التوضيح المشترك المتبادل.

ما الملخص الرئيس لتوكت وجماعته؟

What are the main conclusions of Tuckett and colleagues?

لخص توكت وجماعته أن هناك حاجة لأسلوبين متناغمين لتشجيع نجاح أهداف استرجاع المريض وفهمه والتزامه:

- الوضوح Clarity: وبه يفهم المريض ماذا قيل وينظر شمولياً الفرق بين رؤية الطبيب ومعتقداته الشخصية.
- الاستكشاف Exploration: تستكشف معتقدات المريض وآرائه مع تمحيص تفسير المريض وتفاعله مع المعلومات المعطاة. ويحتاج الطبيب إلى دافع لاستكشاف الخلاف بين الرؤيتين ومناقشة نموذج توضيحي مشترك (Shared explanatory model).

ويقترح توكت وجماعته إلى حاجة الأطباء إلى تغيير أسلوبهم في التوضيح والتخطيط يساعدهم على خلق مفهوم اجتماع الخبراء «meeting of experts». أنه المفهوم الذي تبنناه لنموذج التوضيح بين مجموعتين ذوي خبرات مختلفة، واحدة من عالم الطب والأخرى من التجربة الفريدة للمرضى.

وعلى الرغم من وضوح أعمال توكت وجماعته، يؤدي الاختلاف في الهيكلين التوضيحيين للطبيب والمرضى إلى ضعف الفهم والالتزام. لكنهم لم يستطيعوا أن يثبتوا قدرة المعايير التي اقترحوها. لذلك أظهر عدد قليل من المقابلات البحث الفاعل عن أفكار المرضى أو شمول توضيح الطبيب لهيكل المريض التوضيحي، الذي استحال اثباته في التحليل الاحصائي. وبقينا نحمل سؤالاً لم يجب عليه كاملاً. وإذا ما أظهر الأطباء أفكار المرضى المختلفة واخذوها بالاعتبار ووضحوها النتائج وربطوها بها، هل يتحسن فهم المرضى والتزامهم؟ ولحسن الحظ، أن هناك عدداً من البحوث لم تؤيد عمل توكت وزملائه حسب لكنها سلطت الضوء على هذه الموضوعات أيضاً.

بحوث أخرى دعمت الفهم المشترك

Other work to support shared understanding

يتوافق مفهوم توكت وزملائه الاشتراك الواضح للنماذج التوضيحية «Explicit sharing of explanatory models» تماماً مع نموذج المرض- المعاناة ومفهوم الفهم التوافقي بأرضية مشتركة كما ناقشناه في الفصل الثالث. ودعمناه بخطة المراحل الثلاث لاكتشاف معتقدات المريض:

- 1 التعريف Identification
- 2 القبول Acceptance
- 3 التوضيح Explanation

وفيه تكامل بين مفهوم الطبيب والمرضى للمشكلة والوصول إلى أرضية مشتركة من الفهم التوافقي كهدف نهائي. وعند وضع نتائج توكت في الذهن حول الوضوح والنموذج التوضيحي المشترك، ما البيّنات الأخرى التي تدعم هذا الأسلوب؟

يجب أن يكون المحاضر يقطاً لكي لا يفقد جميع دروس الأسلوب الرامي، وتطغى الرغبة التفاعلية العالية على منهج المحاضرة.

بينما تظهر قوة أسلوب الفرسي في مجموعة صغيرة بين شخصين أو ثلاثة اشخاص يشتركون في الاتصال كمساهمين أو شركاء وليس لمجموعة كبيرة. كما هذا الأسلوب يعني ضمناً واحتمالاً أكبر في العلاقة والتفاعل. وفي بيئة المقابلة، ليس قول الطبيب مهماً حسب ولكن ماذا قال المريض مهم أيضاً. يمكن تطبيق جميع الدروس المستنبطة من المحاضرة المتمركزة على المتعلمين أيضاً. وهنا نمتلك فرصة أكبر من المرونة والتفاعل للطبيب والمريض معاً لسماع بعضهم بعضاً والاستجابة والوصول إلى فهم مشترك وإرساء أرضية مشتركة للفهم المتبادل بوضوح.

ربط التوضيح بمنظور المريض

Relating explanations to the patient's perspective

ناقشنا في الفصل الثالث «جمع المعلومات» ورأينا أهمية اكتشاف منظور المريض كجزء مهم وفاعل في المقابلة الطبية. ورأينا فوائد اكتشاف آراء المريض وهواجسه وتوقعاته ومشاعره التي تساعدنا ليس في الدعم والفهم الأكبر حسب ولكن في صياغة التشخيص وانتاج مقابلة كفوءة وأكثر فاعلية.

وربما أن أهم فائدة من اكتشاف هيكل معاناة المريض هو تأثير هذا الهيكل في التوضيح والتخطيط كما رأينا في البحوث التي عرضناها آنفاً. وإن الاسترجاع والفهم والقناعة والالتزام كلها ستتأثر حينما لا يتناول التوضيح آراء المريض وتوقعاته وهواجسه الشخصية.

وهكذا، وفي هذه المرحلة المبكرة من المقابلة الطبية، ينبغي أن نربط بين توضيحنا وهيكل معاناة المريض الذي عرضناه في جمع المعلومات:

الطبيب: ذكرت سابقاً، ربما تخشى أصابتك بالذبحة الصدرية... وألاحظ لماذا فكرت بذلك. ولكن الحقيقة، أظن أن معاناتك تبدو تشنجاً عضلياً باحتمال أكبر... اسمح لي أن أوضح لماذا...

تشجيع المريض وإعطائه فرصة للإسهام

Providing opportunities and encouraging the patient to contribute

إذا كانت المرحلة الأولى من الفهم المشترك هي تزويد المريض بالتوضيح المتعلق بمنظوره الذي عرضناه أولاً. تشمل المرحلة الثانية اكتشاف أفكار المريض ومشاعره حول المعلومات التي تُعطى آناً. ومن العناصر الضرورية لتشجيع المريض، إعطاؤه الفرص للسؤال أو التوضيح أو التعبير عن الشكوك. وينبغي أن يكون الأطباء صريحين جداً هنا. وكما رأينا كثيراً من المرضى يترددون عن التعبير عما يحول بخواطرهم وعلى طرف لسانهم ومتحIRON لسؤال طبيهم من دون دعوتهم للسؤال. وقد يغادرون المقابلة ولديهم أسئلة لم يتم الاجابة عليها وقد تؤثر في فهمهم والتزامهم بالخطة:

ما الأسئلة التي تحول بخاطرك؟ هل هناك أمر ما لم أتناوله أو أوضحه؟

كما أن هناك زيادة في الالتزام تبعت جلسة تدريبية واحدة خاصة للمساعدة في مهارات الاتصال للمطوعة في سياق مراجعي العيادة الخارجية للأطفال المصابين بخمج الأذن الوسطى (otitis media)، (Maiman et al. 1988).

ولتسليط مزيد من الضوء على المنطق والمغزى في إرساء أرضية عامة للفهم المشترك مع المرضى: راجع مرة أخرى مجموعة دراسة الصداع في جامعة غرب أونتاريو (1986) والتي ذكرت في الفصل الثالث هي دراسة قبلية (Prospective study) أمدها سنة واحدة، كان أفضل المنبتات لزوال مشكلة الصداع هو أبعد من التشخيص والتداخل والاحالة والوصفات بل إدراك المرضى وملاحظتهم وأنهم منحوا فرصة لعرض معاناتهم ومناقشة هواجسهم حول الصداع مناقشة كاملة مع أطباءهم في المقابلة الأولى. ويبدو واضحاً إمكانية الوصول إلى أرضية مشتركة عامة - وفرصة مشاركة المريض معاناته وهواجسه متغير فاعل في نتائج الرعاية.

وفي دراسة أخرى للنتائج التي وصفناها بتفصيل أكبر في الجزء القادم من الفصل الحالي، درب كابلان (Kaplan et al. 1989) مرضى للجهر بأسئلتهم وهواجسهم في المقابلة الطبية. ووجدوا أن التأثيرات في سلوك المرضى تتجاوز المواقف الإيجابية في المقابلة الطبية إلى التحسن الوظيفي لمرضى السكري وفرط الضغط.

ما المهارات التي نوصي بها لمساعدة المتعلمين للوصول إلى الفهم المشترك مع مرضاهم؟

What skills can we recommend to help learners achieve a shared understanding with their patients?

كيف يمكن لنا بعث الروح في الدروس التي تعلمناها من البحوث التي ناقشناها آنفاً؟ كيف نضع هذه الدروس في الممارسة العملية للمقابلة؟ وهنا يمكن الاستفادة من مهارات إلقاء المحاضرة وتناظرها مع مهارات الفهم المشترك. كما ينبغي استعمال الأسلوب التفاعلي وتدعى، المحاضرة المتمركزة على المتعلم «Learner-centred lecture» فضلاً عن:

- تصميم عرض المحاضرة لاحتياج المتعلمين وبطريقة المعلومة والتدقيق، وتقييم معلومات المتعلمين الأولية وطريقة الصحن الطائر (frisbee approach).
- الأهتمام ببناء المحاضرة وتنظيمها ولغتها والمساعدات المرئية والأسلوب الرامي (shot-put approach).

واستعمال العصف الذهني بقصد مع المتعلمين للتحرري عن شكوكهم وهواجسهم وتوقعاتهم مبكراً، ومع الاستمرار بالمحاضرة يكرر المحاضر:

- الرجوع إلى الشكوك التي تعترى المتعلمين.
- التأكد من استجابة المتعلمين بملاحظة تلميحاتهم اللفظية وغير اللفظية.
- التعرف على استجابة المشاركين وتفاعلهم مع ما قيل.

وعلى المحاضر أن يكون مرناً للاستجابة لاحتياجات المتعلمين ويراعي بحرص شديد بناء المحاضرة وأدواتها التنظيمية في الاوقات المناسبة لمنع المحاضرة من أن تكون عشوائية وغير منظمة. وبعبارة أخرى،

المفاهيم النظرية لصنع القرار المشترك

Theoretical concepts behind shared decision making

على مدى العقود الثلاثة الماضية، قدم عدة كتاب الدعم النظري لمفهوم الأسلوب التساهمي للتخطيط (Collaborative approach to planning). واكتشف نموذج بيكر للاعتقاد الصحي Becker's health belief model (Becker 1974) كيف يتأثر الالتزام بالبرنامج أو التغيير في السلوك الصحي بالموازنة بين فهم المريض وتقييم المنافع الكامنة التي قد تجمع الكلف والموانع الشخصية أو الاجتماعية إلى تنفيذ الاقتراحات موضوع البحث. واعتماداً على هذا النموذج، ينبغي على الأطباء أكثر من تثقيف المريض حول طبيعة العلاج وتأثيره، إذ عليهم اكتشاف تصورات المريض للثمن الذي يدفعه والحوار التي يأخذها بنظر الاعتبار. ولا يمكن الوصول إلى هذه التفاصيل إلا إذا كان هناك استعداد لإدخال الأسلوب النقاشي في المقابلة وتقبله. وناقش (Slack 1977) تشجيع المرضى على صنع قراراتهم الشخصية بمساعدة الطبيب بدلاً من اختيار الطبيب لهم. وبعدها سيتخلى الأطباء عن الشعور بالمسؤولية لما يقع على المرضى ومن المنهج الأبوي الطبي «Medical paternalism» المصاحب لذلك الشعور. واقترح (Brody 1980) أربع خطوات ضرورية لتفعيل دور المريض في صنع القرار. وتحمل هذه الخطوات مجتمعة كثيراً من الأفكار المدعمة في هذا الكتاب:

- 1 إرساء بيئة ميسرة للمشاركة ترحب بالمساهمة والنظر إلى جميع أفكار المريض وأسئلته بجدية.
- 2 التحقق عملياً عن أسباب زيارة المريض للطبيب وأهدافه وتوقعاته.
- 3 إعطاء المعلومات المناسبة حول طبيعة المشكلة والتي تتضمن رؤية الطبيب المنطقية والبدائل المتاحة والمزيت الحسنة والسيئة واقتراح توصيات بدلاً عن النصائح.
- 4 إبراز اقتراحات المريض وأولوياته المفضلة ومناقشة أية اختلافات.

وناقش (Quill 1983) دور التفاوض وعقد علاقة تبادلية. وأكد (Herman 1985) على أهمية المشاركة بالاحتمالات وإبراز أولويات المريض المفضلة ليفهم مبررات الطبيب المنطقية ويشترك في صنع القرار والإدارة المشتركة بينهما. واقترح (Deber 1994) أن اختيار العلاج المثالي قرار هامشي. وأن «القرار الصحيح» يتأثر غالباً بالقيمة التي يربطها المريض بالنتائج المختلفة وتصوراتهِ للإجراءات المعيّنة. وبعد معرفة منظور المريض الخاص والفريد لهذه الموضوعات فقط، يمكن للاختيار المناسب أن يصنع من المريض والطبيب معاً. ودعم (Stewart et al. 1997) التوافقية والمساهمة والمشاركة في نموذج رعاية محورية المريض «Patient-centred»، كما فعلت وثيقة حول الرعاية المتمركزة على العلاقة (Tresolini and the Pew-Fetzer Task Force document «Relationship-centred care» (Pew-Fetzer Task Force 1994).

النموذج التوافقي

The mutuality model

وصف (Roter and Hall 1992) في كتابهما «الأطباء يتكلمون مع المرضى والمرضى يتكلمون مع الأطباء» أربعة نماذج محتملة لعلاقة الطبيب بالمريض؛ الأبوي، الاستهلاكي، المهمل والتوافقي: النموذج الأبوي Paternalistic model: ويتميز بالسيطرة العالية للطبيب والواظمة للمريض. ويصنع الطبيب القرارات التي يعتقد أنها من مصلحة المريض الأولى. ويتعاون المريض مع النصائح كما توصف له. وفي أوقات خاصة، يُرحب بهذا النمط من المريض ولاسيما عند المرضى المصابين بمعاناة شديدة، وذوي

وغني عن القول، يجب أن يستجيب الطبيب استجابة مناسبة. ومن دون حث الطبيب وإبداء اهتمامه برؤية المريض، لا يجرؤ المريض أن يعبر عن منظوره الشخصي وينكفي إلى دور سلمي أكبر:

«نعم، انه سؤال مهم. وأنا مسرور لسؤالك واحاول أن اجيبك عنه...»

التقط التلميحات اللفظية وغير اللفظية

Picking up verbal and non-verbal cues

وهي طرق أخرى لاكتشاف أفكار المريض ومشاعره. إذ يحاول الطبيب التقاط التلميحات اللفظية وغير اللفظية مع العلم أن اغلبية المرضى يظهرون تلميحات غير مباشرة أو مبهمه للتعبير عن شكوكهم وأسئلتهم بدلاً من الأسئلة المباشرة. لذلك يجب أن يبحث الطبيب عن الإشارات غير الواضحة التي تبدو على المريض للحصول على المعلومات أو طرح أسئلة. كما قد تعني أنهم أغرقوا بالمعلومات أو تضايقوا منها:

تبدو حزينا - هل هذا بسبب احتمال إجراء العملية الجراحية؟

إظهار معتقدات المريض وتفاعله وهو اجسه

Eliciting the patient's beliefs, reactions and concerns

فضلاً عن التقاط التلميحات، من المهم البحث بجد عن تفاعل المريض للنقاش الذي تناوله الطبيب آتياً، وذلك بسؤال واضح عن مشاعره وهو اجسه وتقدير ضرورتها:

أنا غير متأكد من تأثير المعلومات على مشاعرك، أو هل أثار المعلومات بعض الهواجس والشكوك؟

التخطيط - المشاركة في اتخاذ القرار

PLANNING - SHARED DECISION MAKING

بعد التوضيح يلي التخطيط الذي يعد أكثر من تطور في مفهوم إعطاء المعلومات وتوجه لتغيير أسلوب المهنة الطبية وعملية اتخاذ القرار. ويدعم الباحثون في المجال الطبي والأساتذة والمهتمون بالاخلاق ومجاميع المرضى نموذج اتخاذ القرار ودمج عقد المشاركة والحوار والمساهمة التوافقية (Coulter 1999). ولكن ما البيّنات النظرية والبحثية التي تقف وراء هذه المطالبات؟

الوكيل المثالي - إذ يحاول أن يتخذ القرار المتوقع أن يأخذه المريض نفسه كونه خبيراً وحاضراً في العملية السريرية (Gafni et al. 1998). وعلى الرغم من شعور الطبيب بضرورة إشراك المريض بصنع القرار، لكنه في النهاية يتخذ القرار بدلاً عنه كونه قائداً لعملية اتخاذ القرار. وهكذا وبالتعريف، فإن المشاركة بين الطبيب والمريض في التخطيط غير موجودة.

في الخيارات المتاحة، تعتمد المشاركة على تقسيم العمل الكامل. ويشمل دور الطبيب على عرض المعلومات فقط. ويزود المريض بجميع خيارات العلاج المتاحة وتفاصيل صنع القرار الذي يختاره «الفوائد والمخاطر». ويأتي دور المريض ولديه جميع المعلومات لصنع القرار المفضل لديه. ولا يتحمل الطبيب أية مسؤولية أو ادعاء اشتراك وأن لا يؤثر على المريض خوفاً من سلبه سيطرته على عملية اتخاذ القرار. لذلك لا يدعم الطبيب المريض ولا ينصحه (Eddy 1990). وهنا قد يعاني المريض مشكلة كامنة، إذ يشعر بالوحدة والقلق وهو يتخذ قراراً صعباً من دون دعم الطبيب وفي الوقت ذاته يحزم على الطبيب المشاركة في العملية التي قد تدفعه لإتخاذ موقف غير مقبول لنفسه ومجتمعه. وحينها يفوض المريض كاملاً على حساب المشاركين الآخرين (Quill and Brody 1996).

وفي المقابل، يُعد نموذج صنع القرار المشترك «shared decision-making model» ذا طبيعة تفاعلية أوسع. ويشترك الطبيب والمريض في جميع مراحل اتخاذ القرار. وقد يعاب على هذا النموذج في مقابلات كثيرة: إذ أن نقل المعلومات قد تعثرها صعوبات افتقار الطبيب إلى مهارات الاتصال الضرورية وقدرة المريض المستقل وفهمه واستيعابه للمعلومات التي يتأثر بالمستوى العلمي المختلف والموقف الانفعالي الذي يمر به. جميعها تقف حائلاً أمام افتراض قدرة المريض على اتخاذ القرار دائماً. وفي هذا النموذج، هناك طرفان يتبادلان المعلومات: يزود الطبيب المريض بالمعلومات التقنية ويعرض المريض أفكاره هواجسه وتوقعاته. وكلاهما يضع العلاج الأنسب له ويتفقان على اتخاذ القرار. وفي نموذج اتخاذ القرار المشترك، يمتلك الطبيب والمريض حق عرض الخيارات المفضلة ويتوصلان إلى القرار بالتعاون والجماع. ويتمتعان كلاهما بالشرعية في المشاركة الكاملة بالمعلومات الضرورية «كما في الخيارات المتاحة» ولكنه هنا يؤدي إلى مرحلة متقدمة في عملية اتخاذ القرار: وهي عناصر منفصلة في التوضيح والتخطيط ولها مهارات خاصة.

وفي نموذج اتخاذ القرار المشترك، من المقبول أن يمتلك الطبيب خياراً ما دام ينتقل إلى موقف المريض ويدرك أهمية موقفه ويتوصلان إلى اتخاذ قرار حقيقي مشترك. وفي احتمال متساو، حينما يقف الطبيب موقفاً متوازناً (Elwyn et al. 2000) ولا يفضل أي قرار من قرارات العلاج الممكنة التي يختار المريض احدها. وعلى كل حال، إن كان موقف الطبيب متوازناً أو مفضلاً لأحد الخيارات يجب عليه أن لا يقف بالصد مع القرار الذي يتخذه المريض أخيراً ومن المهم هنا هو المناقشة. يدعم أسلوب اتخاذ القرار المشترك حالياً وبشكل واسع (Coulter et al. 1999; Elwyn et al. 1999, 2001; Holmes-Rovner et al. 2000; Schofield et al. 2003). وهناك عدد من المصطلحات المتشابهة التي تستعمل بشكل واسع وقد تكون مربكة. مثل، خيار المريض المبرهن «evidence-based patient choice» (Hope 1996; Edwards and Towle and Godolphin 1999; Elwyn 2001; Ford et al. 2003). اتخاذ القرار المشترك الواعي (Trevana and Barratt 2003).

ولكن هل يستعمل الأطباء هذه الأساليب روتينياً؟ بأسف نقول، توحى البيّنات أن الممارسة الحالية لم تتقبل مفهوم اتخاذ القرار المشترك (Makoul et al. 1995; Stevenson et al. 2000; Campion et al. 2003; Richard and Lussier 2003).

وركزت أساليب أخرى على تشجيع مشاركة المريض وتأكيد دوره بدلاً عن الطبيب ووضعت استراتيجيات معدة مسبقاً لمساعد المرضى وتهيئتهم أو مشاركتهم في المقابلة:

الاستعداد العالي للإصابة والذين لا قدرة لهم على اتخاذ دور في العلاقة المتوازنة تقريباً. كما هو النموذج المفضل عند بعض المرضى وباحتمال أكبر عند كبار السن والمرضى ذوي التعليم البسيط (Haug and Lavin 1983).

وهناك علامات استفهام حول ملاءمة هذا النموذج حتى لو وافق عليه الطرفان كما يبدو. وغالباً ما لا يكون الطبيب والمريض بمستوى واحد. وقد يمتلك قليل من المرضى دوراً فاعلاً في رسم العلاقة. ويبدو أن الدور السلبي نتيجة منطقية لسنين من الاختلاف من دون الفهم الكامل للبدائل الأخرى (Deber 1994). ولا تحدث المناقشة الواضحة لمختلف القرارات المتخذة المتاحة بوضوح في العلاقة الأبوية. ويقترح النموذج أن تثقيف المريض وتشجيعه على أخذ دور جزئي للعلاقة بين البالغ - البالغ يضطلع به الطبيب وحده.

النموذج الاستهلاكي Consumerism: هو النقيض الحاد للعلاقة الأبوية. وهنا يتمتع الطبيب بسيطرة ضعيفة مقارنة بسيطرة المريض العالية، وتشيع عند المرضى الشباب المثقفين الذين يتخذون دوراً حازماً. وقد يتعاون الطبيب ببساطة ويوافق على طلب المريض من فحوص أو علاج. وهنا توجد مشكلات أيضاً، مثل - طلب المريض لا ينسجم مع اصول الممارسة الطبية العامة أو ليس من مصلحة المريض الأولى أو قد تهدر موارد صحية ثمينة. وفي الممارسة الاستهلاكية، يستطيع المريض تغيير الطبيب حتى يجد طبيباً يلبي طلباته. ويعتمد مورد الطبيب على قابليته لجذب عدد مرضى أكثر وأداء مهام أكبر. وقد يضحي بقيم الممارسة الطبية بتغيير الحاجات الاستهلاكية والحوافز المالية. وتحدث في هذا النموذج الثقة بين الطبيب والمريض وتدهور خبرة الطبيب كما يُحدث المريض في النموذج الأبوي.

النموذج المهمل Default أو «laissez-faire» ويصف النموذج أن لا أحد يتحمل المسؤولية وأن الطرفين لديهما سيطرة واطئة وبذلك تصبح العلاقة من دون هدف وغير منتجة.

النموذج التوافقي Mutuality: وفيها يتمتع الطبيب والمريض بسيطرة عالية. وتتمحور آراء المريض بعناية وتقرن بشفاية مع آراء الطبيب. ويوضح الطبيب الاستنتاج المنطقي المتعلق بآراء المريض ويقود النقاش المفتوح للقاء بين استنتاجين متقاربين لانتاج خطة تساهمية متفق عليها. ويوضح المريض الخيار المفضل لديه أو سبب عدم قدرته على اتباع برنامج عمل خاص. ويمكن الطبيب أيضاً أن يناقش المشكلات بوضوح ويشرح لماذا لا يكون اقتراح المريض ملائماً ولماذا لا يستطيع الطبيب أن يتخذه. وغالباً ما يتواءم منظوري الطبيب والمريض مع بعضهما ويتغير طفيف. وينبغي أن يميّز موضع الخلاف في المقابلة ويبرز للعيان. بينما في أسلوب محورية الطبيب لا تظهر مثل هذه الشكوك للعيان في المقابلة ولكنها تبرز لاحقاً بعد ترك المريض العيادة وتمهد لعملية عدم الالتزام الماكرة.

نموذج صنع القرار المشترك

The shared decision-making model

وحديثاً، دعم جارلس وجماعته (Charles et al. 1997, 1999a, 1999b) نموذج صنع القرار المشترك، وهنا قارن بين ثلاثة مواقف محتملة:

- الأبوية paternalistic
- الخيارات المتاحة informed choice
- صنع القرار المشترك shared decision making

مثلما وصف النموذج الأبوي المذكور آنفاً، ومما يجلب الانتباه هنا، أشار الباحثون: يمكن أن يكتشف الأطباء خيارات المرضى وينووا عليها عملية صنع القرار. ووصفت هذه الطريقة مكانة الطبيب على أنه -

واحدة فقط (Britten 2003). ويشار إلى الاتفاق على انه بين طرفين، يحتاج الطبيب معرفة قرار المريض وأولوياته ومناقشتها بوضوح بدلاً من تحديد النظام الأفضل للعمل المعتمد على الالتزام الطبي الوحيد. وينتقل الاتفاق تحرك الطبيب من إعطاء الأدوية للسيطرة على المرض «مثل الصرع» إلى أفضل نتيجة محتملة من منظور المريض - التي قد تكون الموازنة بين نوبات الصرع وتقليل الأعراض الجانبية للعلاج. وينبغي أن تحتل النتائج الصحية للمرض الأهمية الثانية لمنظور المريض لنوعية الحياة التي يرغب بها. وهدف الاتفاق جعل هذه الاختلافات واضحة للعيان وليست مخفية والتي ستحدث لا محالة. وعلاوة على ذلك، أن الأسلوب التقليدي لا يعلم الطبيب مرضاه غير المطاوعين. وهكذا بكل بساطة، يشير مصطلح الاتفاق إلى خلق اتفاق حول العلاج باحترام معتقدات المريض ورغباته وليس المطاوعة للتعليمات (Britten 1994; Dowell et al. 2002). وكما قال مارنكر (Marinker et al. 2003) بحسم:

«ربما لا يتفق الأطباء والمرضى دائماً، عندها يعني الاتفاق أن منظور المريض له الأسبقية. ويؤدي هذا إلى علامات استفهام صارخة في الخيارات والمسؤولية. وإذا ما اختار المريض الدواء الذي لا يلي ما يطمح الطب الحديث الوصول إليه. ستقع على كاهل الطبيب مسؤولية أخلاقية وشرعية وعاطفية لا تطاق. وتكمن الصعوبة هنا على إقرار الأطباء أنها خيارات المرضى وليست لهم لتحديد على أي حال يأخذ المرضى العلاج. ويمتلك المرضى معتقداتهم حول ادويتهم والطب عموماً وأولوياتهم وخطابهم المنطقي في الصحة والرعاية والمخاطر والفوائد. وقد تختلف أو تتناقض مع منظور الأطباء ولكنهم ليس أقل حماسة أو أهمية أو تماسكاً»

ماذا يحدث لو أن جميع الأطباء طبقوا نموذج الاتفاق؟ وما تأثيره على نتائج الرعاية الصحية على الافراد والمجتمع ككل؟ وما لا نعلمه حتى الآن، إذا ما اخذنا بمنظور المريض، أن أحد النتائج ربما انخفاض الاموال التي تصرفها على الأدوية التي لا يتناولونها. هل تتحسن صحة الناس؟ بالضرورة أن هذا ليس الجواب النهائي - هنا يمكن أن نرى أن الاحتكاك بين طب المجتمع «ما هو الجيد بالنسبة للناس ككل» وبين استقلالية الافراد.

البيانات البحثية التي تدعم اتخاذ القرار المشترك؟

The research evidence to support shared decision making

ما البيانات التي تمتلكها التي تظهر أن الأسلوب التساهمي يحسن نتائج رعاية المرضى؟ فضلاً عن عمل ايزنثال وجماعته (Einsenthal et al. 1979) للعلاقة بين إبراز توقعات المريض التي تتبعها زيادة قناعته. أظهرت أن المستوى العالي من النقاش ومشاركة المريض في عملية اتخاذ القرار ستزيد من التزام المرضى وقناعتهم. وأهتم الباحثون بالأسلوب النقاشي و إبراز توقعات المرضى وطلبهم للرعاية والنقاش الفاعل في خطة العلاج وتمحيص مناقشة الخطة للنظر في موافقة المريض عليها. ووجد (Suchman 1979) أن مرضى فرط الضغط الذين اشتركوا في البرنامج العلاجي يتحلون بمستوى عال من الالتزام ونتائج رعاية جيدة. وعرف «الاشترك الفاعل Active involvement» بالنظر للمرضى على أنهم اطراف مساهمة مشتركة في اتصال بياتجاهين ووضع قرارات مشتركة ومطلعين على أسباب العلاج الجوهرية ويشجعون للحديث عن آرائهم والبوح بالأعراض الجانبية. وأظهر مرضى فرط الضغط الفاعلين فهم أفضل لمعاناتهم وأعراض جانبية أقل والتزام أفضل وتبني سلوك صحي معزز أكثر، والأهم من ذلك السيطرة الجيدة على ضغط الدم. وبين (Brody et al. 1989)، أن المرضى الذين يتمتعون بدور فاعل في المقابلة الطبية أكثر قناعة باطبائهم وأقل قلقاً من معاناتهم وإحساساً بسيطرة أعلى على مرضهم مقارنة بالمرضى السلبيين.

Tuckett et al. 1985; Kaplan et al. 1989; Middleton 1995; Health Canada 1996; Korsch and Harding 1997; Bayer Institute for Health Care Communication 1999; Fleissig et al. (2000; Cegala 2003) ومنها ما يأتي:

- الطلب من المرضى أن يهيئوا قائمة الموضوعات التي يرغبون بمناقشتها في المقابلة.
- تزويدهم بطاقتات جاهزة أو مذكّرة للأسئلة المستخدمة.
- تزويدهم بالمعلومات عن أفضل الطرق للحصول على النتائج عند زيارتهم للطبيب.

من المطاوعة إلى الاتفاق:

From compliance to concordance

الاتفاق مفهوم مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمطاوعة في التأثير (Marinker et al. 1997; Marinker and Shaw 2003, Britten 2003)، أن الاتفاق هو عملية اتخاذ القرار المشترك في مجال تناول العلاج (Elwyn et al. 2003a). وعرف (Marinker et al. 1997) الاتفاق بـ:

«هو اتفاق بين الطبيب «مقدم الرعاية الصحية» والمريض على احترام معتقدات المريض ورغباته في تحديد: على أي حال، ومتى، وكيف يتناول العلاج. وعلى الرغم من الآراء التبادلية بينهما: فإن في هذا التحالف يُقدر «الطبيب» عنده بأسبقية قرارات المريض حول تناول الأدوية الموصى بها.

ويقر هذا التعريف الحقيقية الواضحة التي تقول: في نهاية المطاف، فإن المريض في بيته هو الذي يقرر كيف أو هل يتناول العلاج؟ ويعرف الأطباء أيضاً: أن (50٪) من علاج الامراض المستديمة؛ أما لا يتناولها المرضى أو يتناولونها بشكل غير صحيح (Haynes et al. 1996)، وعدم المطاوعة هذه لها تأثير صحي واقتصادي سلبي خطير. وفي مراجعة كوميس وجماعته (Coombs et al. 1995) لبحوث عدم المطاوعة: توصلوا إلى نتائج مفادها، إن النماذج المستنبطة لتوضيح عدم المطاوعة والتي نجحت في التنبؤ بها هي نماذج اعتمدت على دراسة معتقدات المرضى واتجاهاتهم ونياتهم للمطاوعة وليست الدراسات التي اتخذت صفات المرضى الإحيائية والسمات الاجتماعية. كما استنتجوا أيضاً، حينما كانت علاقة الطبيب بالمريض مبنية على التفاهم والاتفاق على العلاج المقترح فإن نسبة المطاوعة للنظام العلاجي تزداد بشكل كبير وتحسن الحالة الصحية.

ومن اللافت للإنتباه، يلجأ الأطباء إلى استبعاد استعمال مفهوم المطاوعة نهائياً. الذي يعني السلبية والإذعان لأوامر الطبيب. وأن مصطلح المطاوعة لا ينسجم مع الأسلوب الحديث في اتخاذ القرار المشترك. وتوحي بحوث المطاوعة إلى عقلانية الأدوية بينما عدم مطاوعة المريض غير عقلانية وغير مبررة. كما يبدو الأطباء مساهمين أساسيين في تناول الأدوية. وبالمقابل يبدو المرضى سلبيين ومذعنين ولا يسألون النصيحة و«سيئي السلوك» ويقع لوم عدم المطاوعة على المرضى بشكل كبير.

وفي الواقع، يصنع المرضى قراراتهم معتمدين على معتقداتهم وتجاربهم والمعلومات التي يحصلون عليها في ذلك الوقت طبعاً. ولديهم خطاب عقلائي يختلف عن عقلانية المنظور الطبي وأوسع مجالاً منه. ومن الواضح أن الوصفة الطبية ليس علماً محايداً. ولا يتفق الأطباء فيما بينهم على الوصفة الواحدة. كما أن هناك ضغطاً كبيرة على الواصف «الطبيب» تجارية ونظام صحي وشركات الأدوية ومنظور الأطباء الشخصي وخبرتهم في الأدوية التي يستخدمونها (Donovan 1995). وأن محاولات الانتقال إلى الاتفاق لإعادة التوازن «Concordance» المطلوب. وقد لا يطاوع المريض ولكنه لا يتفق في مقابلة أو مناقشة

وأظهرت دراسات (Kaplan et al. 1989, 1996) على الأمراض المستديمة (فرط الضغط، داء السكري المعتمد على الانسولين، الرثية المفصلية) في مراكز الرعاية الصحية الأولية والمراكز المتخصصة: أن المرضى المراجعين لأطباء أقل سيطرة ومشاركون لمرضاهم يتمتعون بحالة وظيفية وبدنية أفضل وأكثر قناعة ولا يغيرون أطباءهم إلا نادراً. كما أظهر كابلان وجماعته، أن لدى المرضى المشاركين بفاعلية في المقابلات الطبية مشكلات صحية وتحديد وظيفي أقل بسبب معاناتهم، وهم راضون عن صحتهم بشكل أفضل. ويسيطر المرضى على ضغطهم وسكرهم سيطرة أفضل أيضاً. ولكن هل هذه الاختلافات بسبب سمات شخصية للمرضى؟ أم فاعلية المريض هي الأساس للتحسن البدني. وإذا كان هكذا، هل يمكن أن نحسن الاشتراك في المقابلة بالثقة؟

وللأجابة عن هذه الأسئلة، نفذ (Kaplan et al. 1996) سلسلة دراسات من البحوث العشوائية المسيطر عليها (Randomly controlled trials) والتي تتفحص بانفراد عن مرضى فرط الضغط والسكري وسرطان الثدي وامراض القرحة. ودرّبوا المرضى وقاسوا تأثير التدريب في السلوك الاستراتيجي لجمعهم أكثر فاعلية ومشاركة في أثناء المقابلة الطبية. وتدرّب المرضى حول كيف يحسنون من أسئلتهم للأطباء، وزودوا بتقنيات للحوار وشاهدوا طرقاً لتقليل الإحراج والخوف من الشعور بالغباء. وأطلعوا على ملفاتهم الخاصة وزودوا بخوارزميات تساعدهم على فهم علاجهم. وأدى التدريب إلى تغيير كبير في المقابلة ونتائجها. وبذلك أصبح المرضى أكثر فاعلية في المقابلات وازدادت مساهماتهم في المناقشة وحصلوا على معلومات أكثر من أطبائهم. والأهم حصولهم على تقدم حالتهم الصحية بشكل أفضل وسيطرة وظيفية على ما يعانون، شملت: انخفاض قراءة الضغط الانبساطي، انخفاض نتائج فحص «HBAI» -المرضى السكري- وأيد هذا التحسن في الحالة الوظيفية نتائج دراسة (Rost et al. 1991) حول مرضى السكري السابقة. ولوحظت مثل هذه النتائج حقاً عند مرضى مصابين بأمراض مستديمة مختلفة مما زاد في مصداقيتها وإمكانية تطبيقها في مجالات أوسع.

وأحدى النتائج المثيرة الإضافية، الشعور العاطفي السلبي الذي عبّر عنه الطبيب والمريض معاً المتعلق بتحسين النتائج الصحية. وعُرف الشعور العاطفي السلبي في هذا الإطار: التوتر والقلق والتهقبة العصبية والأنتباه إلى الذات والضجر والغضب الواضح. ويُعزى إلى التغيير في العلاقة الطبيعية بين الطرفين أو كما وصفها كابلان بالاحتكاك الصحي «healthy friction» أو ربما ناتج عن ارتباط الأطباء العميق بمرضاهم مما يجعلهم مهتمين وقلقين. وعلى كل حال، عبر المرضى لاحقاً عن عزمهم وتفضيلهم الاشتراك الفاعل في صنع القرار المشترك. وكما أظهر (Hall et al. 1981) أن زيادة الشعور العاطفي السلبي لدى الأطباء ارتبطت بزيادة قناعة المرضى.

وأكدت هذه النتائج عمل (Roter 1977) السابق، الذي وجد أن التداخل قبل عشرة دقائق من مقابلة المريض للطبيب في الرعاية الصحية الأولية ساعدت المرضى على طرح أسئلتهم وأدت إلى مضاعفة الأسئلة المطروحة وشعور بالإحساس والسيطرة وتحمل مسؤولية صحتهم ورعاية أنفسهم وتقليل التخلف عن المراجعات المقبلة. وبين (Butow et al. 1994) أن إعطاء قائمة أسئلة محددة قبل عشرة دقائق من المقابلة الطبية في عيادة الأورام، زادت من الأسئلة المطروحة من المرضى حول مآل المرض ولم تشمل جميع أنواع الأسئلة. كما بين (Svarstad 1974 and Tuckett et al. 1985) أن رغبة المرضى في طرح الأسئلة أو التعبير عن الغموض أدى إلى زيادة المعلومات المعطاة من الأطباء وذلك بتغيير نهج الأطباء لتلبية احتياجات المرضى.

ووجد (Fallowfield et al. 1990) أن النساء المصابات بسرطان الثدي حينما تُخبرن بين استئصال الثدي أو إزالة الورم فقط، فإنهن عانين من قلق أو كآبة أقل من النسوة اللواتي فضل أطباؤهن أحد الخيارين. يبدو لأول وهلة، أن هذا الاجراء اعطى دعماً للأساس الذي يساعد المرضى على الاشتراك بصنع القرار

وذلك بالسماح لهم الاختيار. ولكن هناك اعتبار تقني يحول دون إشراك (50٪) من المريضات بالخيار. وعلى الرغم من ذلك، يبقى المرضى يُظهرون النسبة نفسها من تقليل القلق والكآبة كما عند الأشخاص الذين يفيدون من هذا الخيار. وكما علق (Stewart 1995) أود أن أبين أنه ليس قدرة المرضى على إتخاذ القرارات المهمة حسب، لكن بالأحرى إظهار الاحترام والأهتمام والتشجيع والدعم في هذا السياق هو الذي مكّن النساء من إتخاذ القرار المهم برضى. ويبقى هذا الملخص حدساً، لكنه بالتأكيد قابلية الجراحين في بعض الوجوه التي ارتبطت وساعدت على الاتصال بالمريضات أدى إلى التغيير المهم في النتائج النفسية. وربما كانت رغبة الجراحين في الاشتراك باتخاذ القرار هو انعكاس للنموذج التوافقي بدلاً عن النموذج الأبوي.

كما بين (Stewart et al. 1997) أن المقابلات التي يجد فيها الأطباء والمرضى أرضية مشتركة في اتخاذ القرار تشمل: النقاش التوافقي في خيارات العلاج والأهداف والقواعد في التدبير والتدقيق والتغذية الاسترجاعية.. الخ، التي تتسم بتقليل الاحالات والفحوص بعد شهرين من المقابلة الطبية. وهذا يشير إلى الأسلوب التساهمي الذي يستطع أن يقلل احتياجات نظام الرعاية الصحية.

وعند مراجعة بيانات اتصال الطبيب - المريض، وجد ستوارت وجماعته (Stewart et al. 1999) أن الأوجه الآتية في خطة التدبير أثرت تأثيراً كبيراً على نتائج الرعاية الصحية:

- تشجيع المريض على طرح الأسئلة.
- تقديم معلومات واضحة.
- رغبة المريض في الاشتراك باتخاذ القرار.
- موافقة المريض والطبيب حول المشكلة والخطة.

ومن المثير واللافت، إن مناقشة الطبيب الصريحة للغموض في المقابلة الطبية اسهم بزيادة رضى المريض وزيادة كبيرة (Gordon et al. 2000). وينطبق ذلك تماماً مع التبادل المفتوح ومناقشة المواقف في عملية اتخاذ القرار المشترك بدلاً من الثقة في الأسلوب الأبوي.

هل يرغب جميع المرضى الاشتراك في صنع القرار المشترك؟

Do all patients want to be involved in shared decision making?

كما في إعطاء المعلومات، أن نسبة من المرضى لا يرغبون أن يتدخلوا تدخلاً فاعلاً ويختارون بقاء القرار بأيدي أطبائهم. ومن الخطأ أن نفترض أن جميع المرضى يرغبون أن يشتركوا بالأسلوب التساهمي للتخطيط (Cassileth et al. 1980; Strull et al. 1984; Blanchard et al. 1988; Ende et al. 1989; Sutherland et al. 1989; Beisecker and Beisecker 1990; Hack et al. 1994; Guadagnoli and Ward 1998).

فمثلاً، في دراسة ستروال وجماعته (Strull et al. 1984) على مرضى فرط الضغط في العيادة الخارجية، فضل (53٪) من المرضى فقط الاشتراك بفاعلية باتخاذ القرار. وفي دراسة بلانجرود وجماعته (Blanchard et al. 1988) على مرضى السرطان أن (92٪) منهم رغبوا بالمشاركة باتخاذ القرار، و (25٪) من الذين يرغبون بجميع المعلومات فضلوا أن يتخذ الأطباء القرارات بدلاً عنهم.

وتقصى ديبير وجماعته (Deber et al. 1996) نتائج الدراسات التي أظهرت قلة رغبة المرضى في الاشتراك في اتخاذ القرار. وفي رأيهم، فشلت هذه الدراسات في عدم التفريق بين موضوعين: حل المشكلات - التي تحتاج إلى خبرة الطبيب ومشاركته الضرورية، واتخاذ القرار - والاختيارات الحقيقية أمام المريض التي

في الفصل الخامس. ولكن ما المهارات الخاصة الإضافية التي نستطيع استعمالها في هذا الجزء من المقابلة التي تساعد نظرياً وبحثياً في اتخاذ القرار المشترك الذي يترجم إلى ممارسة سريرية؟

اشرك أفكارك - الطبيب - حينما يكون ذلك مناسباً: الآراء، العمليات الفكرية، المواقف الحرجة

Sharing own thinking as appropriate: ideas, thought processes and dilemmas

وهي إحدى المهارات الخاصة للمشاركة في الأسلوب التساهمي للتخطيط. وحينما يشترك الطبيب بأفكاره وآرائه في المواقف الحرجة وفي مواقف مناسبة أخرى، يوفر مزايا إلى الطبيب والمريض معاً:

- تقليل الغموض وإرساء أرضية مشتركة للفهم التوافقي. عندها يبدأ المريض بإدراك المنطق خلف اقتراحات الطبيب وما هو الموقف الحرج. ولا يترك المريض يحبس لماذا اتخذ الطبيب هذا المنحى.
- تشجيع المريض للإسهام من خلال منظوره. وبعد إظهار الموقف الحرج، غالباً ما يسهم المريض لتأكيد خياره أو يعطي معلومات أكثر تساعد الطبيب في اتخاذ القرار. ومشاركة الطبيب أفكاره علامة اهتمام لسماع رأي المريض وهكذا سيشتجع المريض لاتصال واسع ومفتوح.
- ترغم الطبيب على إعطاء معلومات، غالباً ما يتجاوز الطبيب التشخيص والأسباب والمآل ويذهب إلى العلاج مباشرة. بينما يساعد الأسلوب التشاركي منع الحذف بطريقة منطقية للمعلومات التي يحتاجها المريض إذا ما يراد له الاشتراك بفاعلية في اتخاذ القرار:

هناك احتمالان هنا ربما يفسران أعراضك - أما قرحة أو حصاة المرارة. أنها غير واضحة بالفحص البدني فقط. وأحاول أن اقرر بين طريقتين - أما أن نعالج على أنها قرحة أو أن نجري بعض الفحوص أولاً لنصل إلى تشخيص أكثر دقة...

إشراك المريض

Involving the patient

عرض اقتراحات وخيارات بدلاً من التوجيهات

من أجل إشراك المريض في عملية اتخاذ القرار المشترك، يحتاج الطبيب أن يحدد طرق التدبير المحتملة وخياراتها التي يظن أنها متاحة بدلاً من اقتراح اجراء محدد واحد:

اعتماداً على ما قلته انت، اعتقد أن هناك خيارين متاحين ينبغي أن نفكر بهما سوياً - الأول: البدء بالعلاج الهرموني التعويضي الآن. والثاني: نراقب ونلاحظ ماذا يحدث لأعراضك في الأشهر القليلة القادمة؟

تشجيع المريض بالإسهام بآرائه واقتراحاته

Encouraging the patient to contribute their ideas and suggestions

يستطيع الطبيب تشجيع المريض بفاعلية للإسهام بآرائه واقتراحاته أيضاً. وقد يحمل المريض خيارات أخرى في ذهنه لم يتناولها الطبيب. وينبغي أن يتذكر الطبيب أن عدداً كبيراً من المرضى يترددون عن التعبير عن

تنضمّن مبادلات الحسنة والسيئات. وفي دراستهم أيضاً، رغب المرضى بعدم الاشتراك في المجموعة الأولى ولكنهم يرغبون بشغف بالمجموعة الثانية.

وفي دراسة (Degner et al. 1997) من مجموع (1012) امرأة مصابة بسرطان الثدي المؤكد اللاتي راجعن عيادات الأورام تبين: أن (22٪) منهن رغبين اختيار العلاج بانفسهن، و (42٪) فقط يعتقدن اختيار العلاج بمساهمة أطبائهن، و (34٪) فوضن اتخاذ القرار بيد أطبائهن. ولكن (42٪) من النساء فقط يعتقدن أنهن حصلن على مستوى السيطرة التي يرغبن في اتخاذ القرار. ويوحى الفرق الجوهرية بين تفضيل النسوة وحصولهن على مستوى المشاركة بالقرار، أن الأطباء بحاجة إلى التأمل بعناية أكبر في كيف يمكن لنا أن نتعامل مع هذا الجانب المهم في الاتصال والرعاية.

وفي دراسة (Gattellari et al. 2001) عن مرضى السرطان، وجدوا أن عدم التوافق بين دور المرضى المرغوب في اتخاذ القرار وما حصلوا عليه عملياً أدى إلى زيادة قلقهم. وكيفما كان خيار المريض المفضل قبل المقابلة، فإن القناعة بالمقابلة وكمية المعلومات والدعم العاطفي الذي تلقوه كان أكبر بكثير عند الذين أفادوا بأنهم اتخذوا دوراً مشاركاً. وهذا يعطي دعماً لمفهوم احترام الاختلافات الفردية في خيارات المريض أيضاً. وأن جزءاً من دور الطبيب تشجيع المريض لأخذ دور في اتخاذ القرار المشترك بلطف. وقد لا يدرك المرضى فائدة الادلاء بخياراتهم لأطبائهم. ونعرف أيضاً، أن الأطباء غير ماهرين في إظهار خيارات المرضى حول العلاج، كما أن كثيراً من المرضى لم يجربوا هذا النوع من العلاقة في الماضي (Coulter et al. 1994; Robinson and Thomson 2001).

والأسلوب الذي ندعمه هنا، أن لا نفترض افتراضات ولكن نسأل سؤالاً مفتوحاً حول خيارات المريض للاشتراك في عملية اتخاذ القرار المشترك. وإذا لم يرغب المريض الاشتراك آنياً، فإن مثل هذا النقاش سينبهه إلى حقيقة هذا الخيار المتاح الذي قد يرجع إليه مستقبلاً من دون نقد الطبيب له. والسؤال هنا، كيف يمكن للأطباء أن يكتشفوا رغبة كل مريض الشخصية بدلاً عن الافتراض؟ وعلى الرغم أنه من المرجح، أن كبار السن وذوي التعليم المتدني والمصابين بأمراض خطيرة يفضلون عدم الاشتراك بعملية اتخاذ القرار (Degner and Sloan 1992)، ولكن عدداً منهم يفضلون الأطلاع والمشاركة.

ويبين (Stewart et al. (2000b) Strull et al. (1984) and Ende et al. (1989) صعوبة تخمين رغبة كل مريض في الاشتراك باتخاذ القرار من دون السؤال المباشر بدلاً من التخمين أو إجبار جميع المرضى لتبني الدور المساهم. ومهمة الطبيب التأكد من خيارات المريض الشخصية في المشاركة ومواءمة دورهم وفقاً لها.

وقد تختلف خيارات المرضى في المشاركة والمعلومات تبعاً لطبيعة المعاناة ومرحلتها (Beaver et al. 1996)، وتحتاج إلى المناقشة الدورية مع الوقت ومن موقف لآخر. وهكذا يجب اكتشاف خيارات المريض للمشاركة في اتخاذ القرار كمهمة مستمرة وليس تقييماً أحادي الجانب وفي مقابلة واحدة فقط.

ما المهارات التي نوصي بها لمساعدة المتعلمين في الوصول إلى اتخاذ القرار المشترك في التخطيط؟

What skills can we recommend to learners to help them achieve shared decision making in planning?

يحتاج الأسلوب التساهمي إلى استعمال مهارات متعددة خلال المقابلة (Towle and Godolphin 1999; Elwyn et al. 2003b). وأن تحدي الأطباء الرئيس هو خلق بيئة يشعر خلالها المريض بالارتباط المريح في العملية التساهمية بالدرجة الأولى. وهنا يشار إلى أهمية مهارات بناء العلاقة ونمو المشاركة كما وصفت

الموضوع مهماً عند تأمل شرح المخاطر في اتخاذ القرار المشترك (Edwards and Elwyn 2001b). وتقاس النتائج سابقاً بنتائج البرامج المسحية «Screening programmes» وغالباً ما يتبنى الطبيب العلاج الذي يشعر بأفضليته على العلاجات الأخرى. ويمكن اقتباس الاحصائيات ببساطة، وعلى الرغم من صحتها لكنها تضخم الفوائد وتقلل المخاطر لأي شخص يخضع لبرنامج معين. وفي مثل هذه المواقف، غالباً ما تستعمل المخاطر النسبية «Relative risk» للتضخيم والمخاطر الحقيقية «Absolute risk» لتقليل التأثير. وعلى الرغم من مقبولية هذا النمط في منظور الناس في شؤون الصحة العامة وعيون الأصدقاء، أما في منظور الفرد: تقاس المخاطر المقبولة في الاتصال في سياق المعلومات غير المضللة التي تؤدي إلى زيادة قابلية المريض ليصل إلى القرار الواعي (Thornton et al. 2003). وخلافاً لذلك، نرجع إلى سياق المطاوعة «Compliance» بدلاً عن الاتفاق «Concordance» وفي عالم التأثير بدلاً من اتخاذ القرار المشترك. وتحتاج طريقة عرض الاحصاءات كذلك الأخذ بالحسبان:

- كلمات مقابل أرقام تمثيلية.
- عرض صيغ بصرية ومخططات.

وهنا مشكلة خاصة، إذ يختلف المرضى عن بعضهم في طرق تفضيلهم تلقي المعلومات المعقدة. لذلك من الصعب تصميم شكل يناسب جميع الأشخاص. ونؤكد هنا أيضاً على قيمة تنمية المهارات الخاصة والأساليب التي تجعل الطبيب أكثر مرونة عند التفاعل مع المريض الفرد.

الأدوات المساعدة في صنع القرار

Decision aids

يختص هذا الجانب في كيف يُحسن الطبيب نوعية اتخاذ القرار للمرضى وذلك بتزويدهم بمواد إضافية مكتوبة أو على أشكال أخرى (O'Connor and Edwards 2001; Robinson and Thomson 2001; Sepucha and Mulley 2003). تصمم بعض الأدوات المساعدة لتهيئة الأرضية المناسبة للمناقشة في المقابلات القادمة. وتصمم مواد أخرى تستعمل في أثناء المقابلات اللاحقة. وتزود أدوات القرار المرضى بالمعلومات حول الخيارات المتاحة واحتمالات النتائج المختلفة. وتذهب بعيداً عن معلومات المطويات البسيطة، وتساعد على توضيح قيم المرضى وترشدتهم إلى كيفية اتخاذ القرار، وتساعدهم على تقييم نسبة الفائدة/الضرر معتمدة على طب البيئية «Evidence-based medicine» والغموض العلمي والقيم الشخصية والاختيارات. وتبين أدوات القرار ما يأتي:

- تحسن معلومات المرضى عن المشكلات والخيارات والنتائج.
- تقلل عدد المرضى المحتردين المترددين وماذ يعملون.
- تقلل صراع القرار (الغموض).
- تحفز المرضى ليكونوا أكثر فاعلية في اتخاذ القرار من دون زيادة قلقهم.

ويبدو أن أدوات القرار لها تأثير قليل على قناعة المريض وعلى قدرة المتغيرات حول القرار النهائي المتخذ. وعلى كل حال، من المهم الإشارة إلى قدرة أدوات القرار من تقليل تفضيل الجراحة بنسبة «20٪» في القرارات الجراحية الكبيرة (O'Connor et al. 1999, 2001, 2003). كما أن عبارات التحذير التي ذكرناها آنفاً في مجال المعلومات المكتوبة تنطبق أيضاً على المرضى الأميين وظيفياً والمصابين باضطراب الرؤية.

منظورهم المباشر ويحتاجون إلى السؤال المباشر لتجاوز ترددهم. وإذا اهتم الطبيب بملاحظات المريض بوضوح، فإن المريض يستطيع أن يكون أكثر ثقة وجراءة لتقديم مقترحاته تلقائياً مستقبلاً:

الطبيب: ربما فكرت كثيراً في هذا أيضاً، هل هناك خيارات أخرى؟ ما هي أفكارك عنها؟
المریضة: نعم، واقعاً، أنا اتوجس كثيراً من هشاشة العظام، وأتساءل: لماذا لم تناول الهرمون التعويضي حتى الآن؟ احدي صديقاتي تناول دواء يدعى «بايفوسفونيت bisphosphonate» هل هو مناسب لي؟

استكشاف خيارات التدبير مع المريض

Exploring management options with the patient

وبعدها من المهم أن يستكشف الطبيب الخيارات المتاحة للمريض بتمعن وتزويده بالمعلومات عن فوائد كل إجراء ومخاطره.

وحتى الآن وملخصاً، اتفقنا أن هناك ثلاثة أساليب يمكن أن نتأملها: الأول، نفكر في تناول الهرمون التعويضي. والثاني، لا تناول أي دواء في الوقت الحاضر ونراجع ذلك في زيارات قادمة. والثالث، نفكر في استعمال دواء الـ بايفوسفونيت؟

هناك مجالان مهمان جداً في استكشاف الخيارات مع المرضى واللذان خضعا إلى بحوث قيمة في العقد الأخير. الأول: شرح المخاطر بموضوعية تامة ليتفهم المرضى ويستخدمونها في اتخاذ قراراتهم. والثاني: استعمال المعلومات المكتوبة والمساعدات الأخرى لحث المرضى لفهم الخيارات المتاحة لهم والاختيار فيما بينها. وهما معقدان وخارج مجال الكتاب لاستكشافهما بتمعن ولكننا سنلقي ضوءاً عليهما الآن فقط.

شرح المخاطر

Risk communication

يحتاج الطبيب إلى اطلاع المرضى على المخاطر بعناية فائقة عند استعمال الآتي (Edwardsetal.2000, 2002; Mazur 2000, Gigerenzer 2002; Gigerenzer and Edwards 2003)

- عرض احصاءات المخاطر **The statistical presentation of risk**: وهنا تستعمل المخاطر الحقيقية والنسبية ونحتاج إلى عدد الحالات التي خضعت للعلاج (NNT: Number Needed for Treatment) والتكرارات الطبيعية.
- **تأثير التأثيرات Framing effects**: وتعرف بعرض المعلومات المنطقية بطريقة متكافئة بطرق مختلفة، مثل: هناك احتمال (98٪) للحياة بعد العملية، مقابل القول (2٪) احتمال الوفاة.

هناك إمكانية كبيرة لإعطاء معلومات مضللة حول المخاطر وذلك باختيار الاحصاءات الانتقائية والطريقة التي تعرض بها تأثير التأثيرات «Framing effects»، وقد يكون التضليل مُتعمداً أو غير مُتعمد. ويعد هذا

مناقشة الخطة التوافقية المقبولة

Negotiating a mutually acceptable plan

ويحتاج كل من الطبيب والمريض مناقشة الخطة والاتفاق عليها.

تحديد الامور المتفق عليها أو خيار الطبيب المفضل

Signposting position of equipoise or own preferences

وكما قلنا في نموذج اتخاذ القرار المشترك، من المناسب تماماً أن يتفحص الطبيب الاحتمالات ويصوغ الاختيار ما دام يُعلم بوضوح هذه المهام. وعليه أن يشير إلى أهمية موقف المريض كما هو دور الطبيب. وأن موقف الطبيب يكون محايداً وحقيقياً ولا يمتلك خياراً محدداً من بين الخيارات المتعددة التي يعرضها على المريض ليختار واحدة منها.

في مثل هذه الحالة، ومن المنظور الطبي البحت، أنا شخصياً أعتقد أن التاريخ المرضي العائلي لقصور الدورة التاجية الشديد وتأثيره على معادلة المخاطر: من المفضل أن تتناول الأدوية لتقليل فرط الضغط. وهنا أرغب أن أعرف على رأيك وأخذة بالحسبان. كما أنها مازالت عملية موازنة بين المخاطر والفوائد.

أو

إجمالاً، أن الموقف متكافئ بدقة، ليس لدي شعور يدفعني باتجاه فيما إذا تتناول الأدوية المخفضة لفرط الضغط الآن. واعتقد أن الأهمية نسبية لأمر متعدد يمكن مناقشتها.

تعيين خيارات المريض

Establishing the patient's preferences

يمكن ملاحظة أن هناك ترتيباً هرمياً في طرق صنع الخطة مع المرضى، من تعليمات الأسلوب الأبوي واوامره (يجب أن تفعل الآتي...) إلى الأسلوب الاستهلاكي الذي يسلم صنع القرار بيد المريض (سأعمل أي شيء تريده...). أما نموذج اتخاذ القرار المشترك الذي يعتنقه الفصل، يتخذ منظور المريض والطبيب منهاجاً ويزاوج بينهما، ويعبر عنهما لتأثير أفضل. وينبغي أن يكون الطبيب متأنيًا عند تقديم الآراء على شكل مقترحات ليتأمل فيها المريض والانصات بعناية لآرائه واستجابته.

بماذا تفكر اجمالاً؟ ما خيارك؟

مناقشة الاختلافات

Negotiating differences

ينبغي على الطبيب أن يجعل الخلافات واضحة أمام المريض ويرغب بمشاركته في اتخاذ القرار وحل الاختلافات ومناقشة خطة توافقية مقبولة:

إرساء مستوى المشاركة التي يفضلها المريض

Establishing level of involvement the patient prefers

من أهم الأهداف الرئيسية في هذا الجزء من المقابلة، وجوب تناول مستوى المشاركة في صنع القرارات التي يرغب بها المرضى. وكما رأينا حتى الآن، أن نحو (70٪) من المرضى يرغبون بالمشاركة في صنع القرارات، ويفضل (30٪) ترك الأمر بيد الطبيب. لذا ينبغي أن يكون دور الطبيب التأكد من رغبة المريض الفردية للمشاركة في صنع القرار ويكيف ذلك وفقاً لما يطلبه بدلاً من الافتراض من دون تمحيص. ورأينا أيضاً، أن هذا التفضيل قد يتغير مع الوقت لأي مريض. لذلك ينبغي إعادة العملية دورياً. وهناك طريقتان يمكن بهما أن نصل إلى ذلك؟ حينما تكون هناك خيارات حقيقية «والتي غالباً ما تتوافر» يشجع الطبيب المريض ليصبح مشتركاً:

وهكذا، هناك عدة أمور يمكن أن نستعملها، كل واحدة لها حسنات ومساوئ، هل لديك خيار مفضل؟

وقد يستجيب المريض بـ أما:

حسن، على كل حال، أنا ليس ممن يتناول الجيوب. وكما قلت آنفاً، يمكن أن اتحمل ألم البلعوم واترك الطبيعة تأخذ دورها.

أو

أنا غير متأكد، ماذا تنصحنى يا دكتور؟

وقد يعبر المرضى بطريقة غير مباشرة عن رغبتهم للمشاركة باتخاذ القرار. وهناك طريق مباشر أكبر لاكتشاف رغبة المرضى في صنع الخيارات حول رعايتهم والسؤال بوضوح:

الطبيب: هناك عدة خيارات في علاج باركنسن - متى نبدأ العلاج، وما الأدوية التي نستعملها؟ وهل ترغب بزيارة طبيب اختصاصي؟ يرغب بعض المرضى المشاركة في صنع هذه القرارات، وأنا أرحب بذلك. وبعضهم يترك الأمر بيد الطبيب. كيف ترغب أن تجري هذه الامور في الوقت الحاضر؟
المريض: أنا أرغب أن أعرف الخيارات المتاحة ومناقشتها معك؟

- وضع الأسباب، الخطورة، النتائج المتوقعة والنتائج المرحلية القصيرة والطويلة الأمد.
- إظهار معتقدات المريض وتفاعله وهواجسه (مثل، إذا ما كانت الأفكار تتواءم وأفكار المريض، قبوله، مشاعره).

ومثال شائع يظهر هذه المهارات في أثناء العمل:

لقد اخبرتني كثيراً عن ألم المرفق. اعتقد أن المشكلة هي مرفق التنس... ولماذا أفكر في مثل هذا التشخيص لأن... هل هذا ينطبق مع ما تفكر به؟ حسن، وأظن أنه ليس خطيراً واستناداً لما اخبرتني به، انت لا تظن أنه التهاب مفصل. كيف تبدو لك الحالة؟

إذا ما نوقشت الخطة التوافقية

If negotiating mutual plan of action

يمكن أن نستعمل مهارات خاصة هنا:

- مناقشة الخيارات- مثل لا إجراء، فحوصات، علاج أو جراحة، علاجات غير دوائية (تأهيل بدني، مساعدات المشي، سواكل، مشورة) الإجراءات الوقائية.
- تقديم المعلومات حول الإجراء أو الدواء
 - الأسم.
 - الخطوات اللازمة، كيف العمل.
 - الفوائد والمزايا الحسنة.
 - الأعراض الجانبية المحتملة أو المزايا السيئة.
- الحصول على منظور المريض لحاجة الإجراء، إدراك الفوائد، الموانع، الدوافع.
- قبول منظور المريض، دعم منظور آخر عند الضرورة.
- إظهار تفاعل المريض وهواجسه حول الخطط والعلاج وضمنها القبول.
- الأخذ بالاعتبار نمط حياة المريض ومعتقداته وثقافته وقابلياته.
- شجع المريض للاشتراك ببناء الخطط وتحمل المسؤولية واعتماده على نفسه.
- اسأل عن أنظمة دعم المريض ومناقشة مصادر الدعم المتاحة الأخرى.

مناقشة وتقديم الخيارات في التدبير والعلاج

Discussing and offering options in management and treatment

تقديم الخيارات هي الخطوة الأولى لمساعدة اختيار المريض. وكيف يتمكن المريض الذي يعاني من ظهار «Backache» من الاختيار من دون معرفة الاختيارات الآتية؛ التأهيل البدني، التقويم العظمي «Osteopathy» تقليل الألم، الراحة، أو بدون علاج؟ واضحة ومفسرة أولاً.

أن الذي اقترحتة أحد فيه معنى... ولكن من جانبك؛ هل يناسبك؟ نحتاج أن نفكر في ذلك ثانية...
أخبرني ما شعورك تجاهه.
أو
هنا لدي بعض التحفظات للأسلوب الذي اقترحتة. هل يمكن أن أوضحها لك. وبعدها ربما نحاول
أن نجد حلاً يمكن أن نعمل عليه معاً؟

التدقيق مع المريض

Checking with the patient

عند نهاية التخطيط ينبغي التحقق النهائي. أنها ممارسة جيدة للتأكد فيما إذا كان المريض سعيداً بالقرار الذي اتخذه، أو قبل الخطة. وهل نوقشت جميع هواجسه؟

والآن، هل يمكن أن اتحقق، ما إذا كنت راضياً على الخطة...

خيارات في التوضيح والتخطيط

OPTIONS IN EXPLANATION AND PLANNING

إن الأجزاء الأربعة التي نوقشت آنفاً شائعة في جميع المقابلات التي تتناول التوضيح والتخطيط. والآن نناقش ثلاثة خيارات قد تنطبق في إحدى المقابلات ولا تنطبق على أخرى.

1 إذا ما قُدمت الآراء ونوقشت أهمية المشكلة.

2 إذا ما نوقشت خطة العمل التوافقية.

3 إذا ما نوقشت الفحوصات والإجراءات.

وَضْمًا مفردات الصياغة والمحتوى إذا ما تفحصنا المهارات المشتركة مع الخيار.

إذا ما قُدمت الآراء ونوقشت أهمية المشكلة

If offering opinion and discussing significance of problems

لقد ناقشنا آنفاً البيئية التي تدفع الطبيب لمناقشة العلاج والأدوية، بينما يهتم المريض بالتشخيص والأسباب والمآل أولاً (Helman 1981; Kindelan and Kent 1987) وقد يخرج المريض من المقابلة حتى من دون معلومات أولية حول معاناته. وبيّن (Svarstad (1974); Boreham and Gibson (1978). (Tuckett et al. (1985) أن إدراك المرضى والتزامهم بخطة التدبير تتدنى، لأن الأطباء نادراً ما يوضحون منطقهم بشيء من التفصيل أو يزودونهم بالمعلومات التي لها علاقة بهيكل المعاناة الذي يرسمه المريض في ذهنه. لذلك، ما المهارات التي نوصي بها وتساعد الأطباء حول المشكلة؟ وهنا أربع مهارات رئيسة يمكن أن تساعد في هذا الجزء من المقابلة:

- قَدِّم الأفكار عن ماذا يجري وعينها إذا كان ممكناً.
- اوضح منطق الأفكار.

- 2 إدراك توجهات المرضى للمشكلة التي تؤثر في حياتهم.
3 التعرف على المهارات الخاصة وتطبيقها لمساعدة المرضى للتغيير.

المقابلة الحائثة

Motivational interviewing

تستعمل المقابلة الحائثة (Miller and Rollnick 1991) مجاميع المهارات الثلاث لتساعد الأفراد في تغيير سلوكهم. ومهمة الطبيب الأولى، اكتشاف معتقدات المريض الصحية وثانياً، استعداده للتغيير. وبعد ذلك فقط، يستطيع الطبيب أن يحدد الطريق الأفضل للعمل على مساعدة المريض. وتعتمد المقابلة الحائثة على نموذج مراحل التغيير (شكل 6.1) الذي صممه أولاً بروجاسكا ودادي كليمانت (Miller (1983) and Prochaska and DiClemente (1986) ثم طوره مليير وفان بلسون وفان ارنست (Miller (1983) and van Bilson and van Ernst (1989) في الممارسة.

ويصف النموذج سلسلة من المراحل الطبيعية التي يمر خلالها الاشخاص عندما يحاولون التغيير ويمكن ملاحظة أن كل مرحلة من تلك المراحل يمتلك خلالها الاشخاص هيكل أفكار مختلف. وأن التدخل المهني يمكن أن ينجح إذا ما كُتِف للمرحلة التي يمر بها الشخص. وأن دور الممارس هو تحديد المرحلة من مراحل التحفيز الذاتي التي يمر بها المراجع ويدعم جهوده ويشجعه. ويتأثر نجاحهم على مستوى: قدرة الاشخاص Confidence (قابلية الاشخاص لصنع التغيير)، وقناعتهم Conviction (ما قناعتهم بضرورة التغيير) (Keller and Kemp-White 1997; Rollnick et al. 1997). وتسمى المقابلة الحائثة على تفويض الشخص لتحمل مسؤوليته في اتخاذ قراراته وذلك بزيادة احترامه لذاته وقدرته لاحترام منظوره الخاص وهو اجسه ومناقشة الأهداف المناسبة.



الشكل 6.2 مخطط القناعة والقدرة (Keller and Kemp-White 2001)

تقديم المعلومات حول الإجراء أو العلاج الموصوف

Providing information on action or treatment offered

تتميز مهمة إعطاء المعلومات حول تدبير معين أو خطة العلاج بمهارات عالية. لاحظ مثلاً، الحوار بين شخص يسعى لتغيير العلاج الذي يتناوله لمعالجة فرط الدم البسيط. ينبغي على الطبيب ليس توضيح كيف يعمل الدواء وتكييف ذلك لإدراك المريض وحاجته حسب، وإنما يجب عليه أن يصف فوائد ومخاطر الدواء بدقة، وأن يأخذ بنظر الاعتبار هواجس المريض، ويشرح الأعراض الجانبية المحتملة وانواع تعبئة الدواء المتوافرة وكيف يتناوله إذا ما اختار المريض ذلك.

الحصول على رؤية المريض لحاجة الإجراء وإدراك الفوائد والموانع والدوافع

Obtaining the patient's view of the need for action, perceived benefits, barriers and motivation

لموازنة المعلومات التي يجلبها الطبيب معه في المقابلة الطبية ومقابل ذلك بأهمية متساوية، ينبغي الحصول على معلومات المريض واتجاهاته وقيمه واولوياته ومعتقداته التي لها تأثير فاعل في الوصول إلى القرار الأكثر ملاءمة والتقدم إلى الامام بشكل صحيح. كما تسري الأهمية على منظور المريض للفوائد المرجوة والموانع والدوافع، إذا ما رغب الطبيب الوصول إلى قرار مشترك.

وتصح هذه المبادئ لأي قرار طبي بينما يُركز على الموانع والدوافع بشكل مميز في مجال تعزيز الصحة. وتزداد أهمية الوقاية وتعزيز الصحة في مجال عمل الطبيب باضطراب. ويستند العاملون الصحيون في حقل الادمان الكحولي والمخدرات والتوقف عن التدخين وتقليل الوزن إلى نماذج نفسية اتصالية تساعدهم على زيادة قدرات مراجعهم لتغيير السلوك الصحي الخاطئ. ووجد برايست وسيلبر (Priest and Speller (1991) ثلاث مجاميع من المهارات تساعد الممارسين للتأثير في نمط حياة المراجعين وتغييرها:

1 التعرف على عوامل الاختطار.

وفي هذا النموذج شكل (6.2)، يقيّم الطبيب استعداد الشخص في اتجاهين، وهما؛ القناعة «Conviction»: هل اعتقد أن عملية التغيير ستحسن من صحتي؟ والقدرة «Confidence»: هل اعتقد أنني أتمكن من هذا التغيير؟ والتداخل لزيادة قناعة المريض أو قدرته أو كليهما والتي يمكن تطبيقها لمساعدة المريض لموقف أكثر قناعة وقدرة. واقترحت استراتيجيات خاصة للعمل مع المرضى ذوي القدرات والقناعات الواطئة أو واحدة عالية وأخرى واطئة. ويمكن تطبيق النموذج في مجالات مختلفة من السلوك الصحي الخطر والبرامج العلاجية مثل التدخين والسمنة.

وقدم رولنك وجماعته (Rollnick et al. (1999) أسلوباً آخر يدعى «تغيير السلوك الصحي» Health behaviour change والذي يحاول أن يجمع بين الدروس المستنبطة من مقابلة محورية المريض والمقابلة الحائثة في الوقت نفسه. ويوسع مجال المقابلات الحائثة من الادمان وتعزيز السلوك الصحي إلى موضوعات سريرية أشمل. ويساعد هذا التطور دفع النقد الموجه للمقابلات الحائثة وتغيير السلوك الذي يتضمن محاولة مساعدة الأشخاص للتغيير بطريقة محددة ويعطي انطباعاً ضمنياً مفاده «الطبيب يعرف الأفضل Doctor knows best» المؤثر والمغير ومحاولة الوصول إلى هدف «ما هو الصحيح» محدد مسبق مسيطر عليه ومن أولويات الطبيب. وبعبارة أخرى، يبدو توجه المقابلة الحائثة مشكوكاً به، إذ تدفع المريض لمطابوعة نصائح الطبيب. وهذا ليس غريباً، إذ نمت وترعرعت في مجال العمل مع المرضى المدمنين التي تبدو فيها أن النتيجة الصحيحة واضحة للعيان. وفي أسلوبهم لتغيير السلوك الصحي، تبت رولنك وجماعته بوضوح، يجب أن يسمح للمريض أولاً: تقرير ماذا يرغب أن يعمل بمساعدة المقابلة المتمحورة عليه واتخاذ القرار المشترك. وأن الدور الأساس للطبيب، مساعدة الأشخاص لإتخاذ القرارات ضمن منظورهم الخاص وهيكلمهم المرجعي. وبعد ذلك فقط، يحاول الطبيب مساعدة المريض لتقييم أهمية الموضوع ومستوى قدرة المريض للوصول إلى الهدف واستعداده للتقدم إلى الأمام.

قبول رؤية المريض أو تأييد رؤية أخرى عند الضرورة

Accepting the patient's views and advocating an alternative viewpoint as necessary

ناقشنا في الفصل الخامس المفاهيم الأساسية للقبول الأولي وإقرار شرعية أفكار المريض وليس بالضرورة الموافقة عليها. ويسمح بقبول فكرة المريض من دون الحكم عليها لاحقاً لتقديم رؤية الطبيب للمشكلة في ضوء معتقدات المريض ومناقشة إدراكه الخاطيء وتأييد أسلوب مختلف عند الضرورة ومناقشة خطة متفق عليها. ولكن ماذا لو شعر الطبيب أن توجه المريض يؤثر تأثيراً خطيراً على صحته، وسيهمل اقتراحاته؟ كيف يمكن أن يواجه الطبيب ويتحدى المعتقد الراسخ للمريض من دون الإساءة إليه؟

التحدي ومواجهة المريض

Challenging and confronting patients

قد تحلب النزاهة في المقابلة الطبية صعوبات للطبيب ولاسيما حينما يواجه مريضاً غير مهتم بالمشكلة التي يعانها. وغالباً ما يكون التصادم غير مجد مع مريض سيقى يعاني من الشعور بالغضب وفقدان الدعم: قارن:

«يجب أن تترك التدخين حالاً، تبدو غيبياً إن لم تفعل ذلك. أنا غير مسؤول عما سيحدث لك إن لم تفعل»

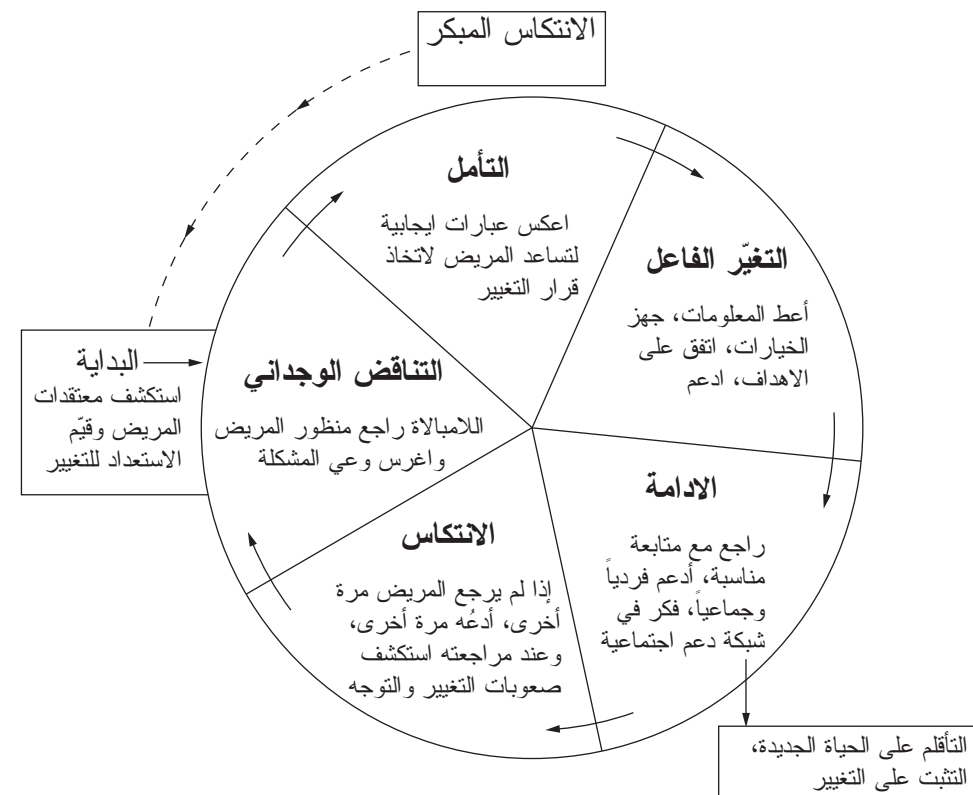


Figure 6.1 Intervention process using the stages of change model. Adapted from the work of Prochaska and DiClemente (1986).

الشكل 6.1 عملية التأثير في نموذج مراحل التغيير، استعير من عمل بروجسيكا ودايكليمنت (1986)

ويلاحظ أن المقابلة الحائثة تستند إلى المهارات الأساسية التي نوقشت آنفاً في هذا الكتاب، وتشمل: الانصات، استكشاف معتقدات المريض، استعمال الأسئلة المفتوحة، الانعكاس (Reflection)، التلخيص، تقديم الخيارات، المناقشة، القبول، والدعم. والكتب المنهجية المفيدة التي تتناول المقابلة الحائثة ومكامن السيطرة تشمل (Miller and Rollnick (2002), Dye and DiMatteo (1995), Tate (1997) and (Butler et al. (1996).

ومقابل نماذج تغيير السلوك المعقدة والمعتمدة على مقابلة — (50) دقيقة من جلسة مشاوراة (Counselling session). استحدثت كيبلر وكيمب — وايت (Keller and Kemp-White (2001 نموذجاً للتأثير في سلوك الشخص يساعد الطبيب على التداخل فيه خلال مقابلة قصيرة.

مع:

- يساعد التفاعل الثنائي على اكتشاف، ما المعلومات التي لم يزودها الطبيب حتى الآن.
- وسؤال المريض لإعادة المعلومات التي حصل عليها أنياً، يزيد من الاسترجاع والفهم زيادة كبيرة.
- ويحتاج الطبيب أن يعطي المريض الشجاعة لطرح الأسئلة والتعبير عن المخاوف والبحث عن التوضيح، إذا ما أراد أن يصل إلى الفهم المشترك ويمنع عدم الالتزام.
- يحتاج الطبيب أن يفهم آراء المريض إذا ما أراد أن يوائم التوضيح لحاجة المريض.
- يحتاج الطبيب إلى إشراك المريض بالتخطيط الذي يسمح له أن يكون جزءاً من عملية صنع القرار ومعرفة الاختيارات.

نأمل أن هذا الفصل قد اقنعك للاستمرار في أن تتجه بعيداً عن إعطاء المعلومات فقط وتذهب إلى الفهم المشترك والقرار المشترك وهذا تحول يبشر ليس فقط بمقابلات أكثر اقناعاً للمريض والطبيب، ولكن الحصول على أفضل نتائج صحية طويلة الأمد كذلك.

أنا أعلم أن لديك صعوبة حالياً في ترك التدخين... وتمر في اختيار صعب... ولكن صدرك قد تضرر كثيراً في السنوات الأخيرة، وقلقي حول استمرار تدهور حالتك في هذا الشتاء إذا لم تترك. ماذا تستطيع أن تعمل كي اساعدك؟

إن النزاهة والقدرة على تحدي المعتقدات بشكل بناء هو جزء مهم لمساعدة المرضى على التغيير.

إذا ما نوقشت الفحوصات والإجراءات

If discussing investigations and procedures

غالباً ما يحتاج الطبيب إلى أن يعطي المعلومات حول الفحوصات والإجراءات. وينبغي أن يتذكر الطبيب أن الذي يبدو تافهاً لديه قد يكون مرعباً للمريض. وإن إجراء تحليل دم بسيط قد يربح المريض، وانتظار نتيجة فحص الثدي لمدة اسبوعين عند المريضة التي تخشى إصابتها بالسرطان يبدو دهرأ. لذلك فالانصات والتعاطف والوصول إلى قرار مشترك مهمة جداً. وهناك ثلاث مهام رئيسة في هذا المجال من المقابلة:

- 1 إعطاء معلومات واضحة عن الإجراء تشمل ما سيعاني وكيف يُخبر بالنتيجة.
- 2 ربط الإجراءات بخطة العلاج.
- 3 تشجيع الأسئلة ومناقشة القلق الكامن والنتائج السلبية.

الخلاصة: التوضيح والتخطيط عملية تفاعلية

Summary: Explanation and planning is an interactive process

في أغلب هذا الفصل، أيدنا الأسلوب التفاعلي للتوضيح والتخطيط. وأن إعطاء المعلومات فقط وأملأ الخطة غير كاف. وفي الفصل الثالث، ناقشنا محددات النقل المباشر للمعلومات. وإذا ما نُظر إلى الاتصال على أنه عملية نقل مباشرة فإن مرسل الرسالة يفترض انتهاء مهمته ومسؤوليته بعد صياغة الرسالة ونقلها. بينما إذا نُظر إلى الاتصال على أنه عملية تفاعلية لا تكتمل إلا بعد أن يتسلم المرسل التغذية الرجعية حول كيف فُسرَت رسالته، وهل فُهمت وما تأثيرها على المستقبل (Dance and Larson 1972). وأظهرنا أن التلخيص والتدقيق هما مهارتان رئيستان تساعدان الأسلوب التفاعلي عند التطبيق في الممارسة العملية في مرحلة جمع المعلومات في أثناء المقابلة، وذلك بإعطاء المريض التغذية الرجعية حول بماذا نفكر عما سمعنا وفهمنا. والآن، رأينا أهمية دور بناء العلاقة. وتعزيز اتخاذ القرار المشترك والعمليات التفاعلية الأخرى في مرحلة التوضيح والتخطيط عندما تبنى العلاقة وتصل إلى المساهمة والمشاركة بين المريض والطبيب التي تطورت من خلال بداية المقابلة.

وفي مرحلة التوضيح والتخطيط، لا يكون الكلام من طرف واحد. ولإعطاء معلومات دقيقة يحتاج الطبيب أن يتحقق بتكرار هل رسم فكرته بصورة واضحة وهل فهمها المريض قبل أن ينتقل إلى معلومة أخرى. ورأينا كيف:

اغلاق المقابلة

Closing the session

المقدمة

Introduction

غالباً ما تتعلق مشكلات الاتصال في نهاية المقابلة بتوقيت إغلاقها. حينما يقتنع الطبيب من أكمله لمقابلة مقنعة ويخطط لإغلاقها يفاجئه المريض بموضوع مهم وكبير. وكذلك عندما يبدأ الطبيب بترتيب الزيارات القادمة والمتابعة، يسأل المريض سؤالاً يبدو واضحاً منه أنه لم يفهم أي شيء من التوضيح لحد اللحظة. وقد يبدو المريض حريصاً جداً لمناقشة الشأن الذي عرضه. مما يؤدي اختلاف الآراء هنا إلى الصراع والاحباط الواضحين.

إذاً، ما هي المهارات التي نوصي بها لحل هذه المشكلات؟ غالباً ما تنطلق مشكلات الاغلاق من مواضيع اتصالية مبكرة في المقابلة. ويمكن تجنبها عند التيقظ لاستعمالنا مهارات الاتصال في مراحل افتتاح المقابلة وجمع المعلومات والتوضيح والتخطيط. وعند التحسب لمثل هذه التحديات، فإن مشكلات الاغلاق ستزول.

كما أن هناك مهارات اتصالية خاصة في مرحلة الاغلاق أيضاً وهي: التلخيص، وتوضيح الخطط التي اتفق عليها، والخطوات اللاحقة لكلا الطرفين، وتحديد ماذا يجب على المريض أن يعمل إذا لم تسر الامور حسب الخطة، والتأكد من موافقة المريض على الترتيبات براحة تامة، والاستمرار في بناء العلاقة بين الطبيب والمريض. كل هذه العناصر ضرورية في المقابلة وتسهم في تحسين الإلتزام والقناعة ونتائج الرعاية الصحية. سنكتشف في هذا الفصل سؤالين منفصلين لكنهما مترابطان

- 1 ما المهارات التي نستعملها في مجمل المقابلة الطبية التي تساعد على اغلاق أكثر كفاءة؟
- 2 ما المهارات التي تستعين بها في مرحلة الاغلاق لنصل إلى نهاية مُرضية؟

الأهداف

Objectives

يمكن تلخيص الأهداف في هذه المرحلة بما يأتي:

- تأكيد خطة الرعاية الموضوعية.
- توضيح الخطوات القادمة للمريض والطبيب معاً.
- دعم الخطط غير المتوقعة.
- استعمال الوقت بكفاءة في المقابلة.
- زيادة التزام المريض وتحسين النتائج الصحية.

ضمان نقاط اغلاق مناسبة

- التلخيص النهائي: لخص المقابلة باختصار وشرح خطة العمل.
- التدقيق النهائي: التحقق من موافقة المريض وراحته للخطة، وأسأل عن أي تصحيح، أسئلة أو مواضيع أخرى.

«ماذا» نَعْلَم ونتعلم بشأن نهاية المقابلة

‘What’ to teach and learn about endings: the evidence for the skills

قبل أن نتفحص المهارات الخاصة التي تسهم في انهاء المقابلة بكفاءة، من الجدير أن نتطرق لبعض المواضيع التي تبرز كثيراً في هذه المرحلة من المقابلة والنظر بعناية للسلوك والمهارات التي تسبق هذه المرحلة والتي تساعد على منع المشكلات وتيسر الفاعلية.

ماذا يحدث عملياً في إنهاء المقابلة

What actually happens in the closing section of the interview?

درس وايت وجماعته (1994) White et al. الإغلاق بصورة مفردة وحاولوا أن يفصلوا هذه المرحلة من التوضيح والتخطيط. وأنصتوا لأشرطة مسجلة لإطباء الرعاية الصحية الأولية في أوريكون، وحددوا الاغلاق وذلك بالبحث عن عبارة تظهر الانتقال من التنقيف إلى مرحلة الاغلاق، مثل: «حسناً، لنراك مرة ثانية بعد خمسة أشهر أو لنرى فقط كيف تجري الأمور بالمستقبل»، وكانت نتائجهم كما يأتي:

- مدة الزيارة: بمعدل (16.8) دقيقة
- مدة الاغلاق: بمعدل 1.6 دقيقة (يتراوح 1-9 دقيقة).
- ابتدأ الطبيب الاغلاق: في (86٪) من المقابلات.
- نوقشت مشكلات جديدة لم تذكر سابقاً في المقابلة: في (21٪) في الاغلاق.
- سلوك الطبيب في أثناء الاغلاق
 - شرح الخطة (75٪)
 - توجيه المريض مرة ثانية للخطوات القادمة (56٪)
 - إعطاء المعلومات حول الحالة أو العلاج (53٪)
 - التحقق من الفهم (34٪)
 - السؤال فيما إذا كانت هناك أسئلة أخرى (25٪).

ما السلوك المبكر الذي يمنع من ظهور مشكلات جديدة في مرحلة الاغلاق؟

What behaviours earlier in the visit prevent new problems from arising during closure?

وجد (White et al. 1994) السلوك الآتي الذي يمنع من ظهور مشكلات في مرحلة الاغلاق:

- الاستمرار بتشجيع المريض وشعوره جزءاً من العملية التساهمية وبناء علاقة مستقبلية به.
- ذكرت هذه الأهداف في بعض مهام ونقاط التحقق في أدلة سابقة للمقابلة الطبية أيضاً:
 - Pendleton et al. (1984, 2003):
 - لاستعمال الوقت والموارد بطريقة مناسبة.
 - Neighbour (1987):
 - شبكة السلامة: ماذا لو؟ – تأمل ماذا يعمل الطبيب في كل حالة
 - AAPP Three-Function Model (Cohen-Cole 1991):
 - التنقيف والمناقشة والدوافع
 - تنمية الألفة والاستجابة لعواطف المريض
 - Bayer Institute for Health Care Communication E4 model (Keller and Carroll 1994):
 - تنقيف المريض.
 - أشرك المريض في رعايته الصحية.
 - The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills (Makoul 2001):
 - إنهاء المقابلة
 - The Maastricht Maas Global (van Thiel and van Dalen 1995):
 - التدبير – حدد من الذي سيقوم بالعمل وبماذا ومتى
 - Essential Elements of Communication in Medical Encounters: Kalamazoo Consensus Statement (Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education 2001):
 - انجاز الاغلاق.
 - The Model of the Macy Initiative in Health Communication (Kalet et al. 2004):
 - اغلاق.
 - Patient-centred medicine (Stewart et al. 2003):
 - الوقت والتوقيت

المهارات الصياغية لإغلاق المقابلة

The process skills for closing the session

تساعدنا المهارات الآتية للحصول على أهدافنا في هذه المرحلة من المقابلة:

المستطيل 7.1 مهارات اغلاق المقابلة

التخطيط للمستقبلي

- العقد: اعقد مع المريض الخطوات اللاحقة ثانية التي تتعلق بالمريض والطبيب.
- شبكة السلامة: شبكة سلامة مناسبة – اشرح النتائج غير المتوقعة المحتملة، وما العمل حينما تفشل الخطة، كيف ومتى يطلب المريض المساعدة.

ما السلوك الذي يشترك في اغلاق المقابلة غير الكفاء؟

What behaviours during closure are associated with inefficient endings?

أكتشف (White et al. 1994) السلوك الآتي الذي يشترك في إطالة إنهاء المقابلة؟

- يسأل الطبيب أسئلة مفتوحة النهايات.
- يضحك الطبيب أو يظهر عواطف قلق أو استجابة للمرضى.
- المرضى مشغولون بمناقشة المواضيع النفسية والاجتماعية.

ولكن هل نحاول الوصول إلى اغلاق أقصر؟ وهنا يبرز توتر بين الكفاءة والإكمال. وإذا رغب الطبيب أن ينهي المقابلة بكفاءة أكبر، ينبغي أخذ خيار واحد للتصرف بنمط يميل إلى الاغلاق أكثر. بينما إذا رغب المريض أن يطرح أسئلة أخرى أو مناقشة مشكلات خفية، فإن أغلقها لن يزيد من قوة المقابلة الكامنة (Robinson 2001). وبدلاً من ذلك فقد تزيد من وقت المقابلة الآنية والمقابلات اللاحقة. وينبغي أن لا نتخلي عن السلوك المفتوح التساهمي ومسار محورية المريض في أثناء الاغلاق. ونتمنى أن سلو كنا السابق سيسمح للمريض في هذه المرحلة أن يقول «لا، لقد أحببت عن جميع أسئلتي» أو «لا، لا أعاني من أية مشكلة أخرى» ولكن وبينما تسير المقابلة بصورة حسنة حتى الآن، يبقى بعض المرضى لا يزالون يختزنون المشكلات التي تفرقهم وتضايقهم حتى نهاية المقابلة، وحتى يمتلكوا الشجاعة الكافية التي تدفعهم للإعلان عنها. ويجب أن لا نكم أفواهم من أجل كفاءة قصيرة المدى.

وفي دراسة نوعية لـ (White et al. 1997) أوضحوا هذا المجال أكثر وبينوا أن (36٪) من الاغلاق قد قوطع، وظهرت مشكلات جديدة للمناقشة في (23٪) من الزيارات. وبرزت المقاطعة حتى في المقابلات المفتوحة البداية وطلب الطبيب من جميع المرضى ذكر جميع مشكلاتهم. ويظن الباحثون أن الاغلاق المقاطع مع ذكر مشكلات جديدة ربما يكون أقل فاعلية من غيره، إذ زاد الإحباط عند الأطباء، وقلل من قناعة المرضى برعايتهم. ولتقديرنا لصعوبة المقابلة الطبية وتعقيدها قد ينسى الأطباء والمرضى من دون قصد أموراً لغاية نهايتها. أو قد يتعاطف الأطباء مع المرضى في نهاية المقابلة، وقد لاحظ الباحثون ثلاث نقاط حول مقاطعة الاغلاق التي قد تحسن كفاءة الطبيب:

- عندما يكون الطبيب والمريض مستعدين لإغلاق المقابلة حينها فقط يتمكنان من اغلاقها بنجاح- إن الانصات واكتشاف معتقدات المريض وهو حسه مبكراً سوف يؤدي إلى اغلاق يسير.
- ينبغي أن يحذر الطبيب السؤال الآتي: «هل هناك أي شيء آخر؟» في نهاية المقابلة والذي لا يتوقع الاجابة عنه بالاجاب. ينبغي على الطبيب السؤال عن أي هاجس أخير قبل أن يبدأ بعملية الاغلاق بدلاً من اللحظات الأخيرة، الذي حينها يمكن مناقشته. وهذا التحري للأعمال غير المنجزة يجب أن يؤدي إلى الذهاب للاغلاق.
- يساعد الانتقال الواضح والمعلم في المقابلة المريض على فهم العملية وماذا يحدث في كل مرحلة منها- وأن الوقت المناسب لذكر أي هاجس غير مطروق سابقاً يبدو أكثر وضوحاً للجميع. وفي نظرنا، أن هذا يحدث في جميع مراحل المقابلة ويشمل الإرشاد والتحريك إلى الاغلاق مثل، عند القول «أعتقد نحن قاربنا النهاية... هل هناك أمر ما ترغب بمناقشته؟»

- استعمل الأطباء علامات توقف إرشادية لتوجيه المريض عن مسار المقابلة («والآن، سأفحصك وبعدها سنناقش لبعض الوقت عما تعاني حالياً»)
- أعطى الأطباء معلومات أكثر عن البرنامج العلاجي.
- تكلم المرضى أكثر عن علاجهم.
- سؤال الأطباء عن معتقدات المرضى وكانوا أكثر استجابة لمرضاهم.

استعمل (Barsky 1981) مصطلح القائمة الخفية «hidden agendas» التي تظهر في اللحظات الأخيرة من المقابلة. وغالباً ما تكون ذات شحنة عاطفية أو مواضيع نفسية واجتماعية ويظن أن العرض المتأخر للمشكلات قد يكون مرتبطاً بفشل الطبيب لتيسير البوح المبكر. لذلك ينتظر المريض اللحظة «المناسبة» لعرض معاناته «الحقيقية» - إذا لم تعط بقصد مبكراً وأن الفرصة قد لا تسنح إلا في نهاية المقابلة. ووصفنا في الفصل الثاني البحث الرائد لـ (Beckman and Frankel 1984) عن كيف يمكن للأطباء وبسهولة ومن دون انتباه أن يوجهوا المرضى لعرض مواضيع بعيداً عن الأسباب الحقيقية التي جاؤا من أجلها. وإن المقاطعة المبكرة والفشل في التحري المبكر عن المشكلات في المقابلة سيؤدي إلى ظهور المعاناة المتأخر.

ما المهارات التي نوصي بها في المراحل المبكرة من المقابلة التي تساعد في إغلاق كفاء ومقنع؟

What communication skills can we recommend in the earlier sections of the consultation that will aid efficient and satisfactory closure of the session?

المستطيل 7.2

الافتتاح

- الانصات الفاعل
- التحري
- إكمال قائمة المشكلات

جمع المعلومات

- علامات الدلالة
- اكتشاف آراء المريض وهو حسه.
- مناقشة مشاعر المريض وأفكاره وعواطفه.
- مناقشة المواضيع النفسية والاجتماعية.

التوضيح والتخطيط

- إعطاء المعلومات
- اشراك المريض بالتوضيح والتخطيط
- التحقق من فهم المريض
- البحث عن أسئلة المريض

ما العناصر الأساسية للاغلاق ذاته (انظر المستطيل 7.1)

What are the specific elements of closure itself?

التخطيط المستقبلي

Forward planning

التعاقد

Contracting

يسمح التعاقد مع المريض بشأن الخطوات القادمة للمريض والطبيب معاً من تحديد أدوارهما التوافقية ومسؤولياتهما (Stewart et al. 1997). إذ ربما يحتاج الطبيب أن يذكر بوضوح كيف له أن يخبر المريض بنتائج الفحوص وماذا يعمل في الوقت الحالي. وقد يحتاج المريض أن يؤكد استعداداه للإلتزام بالخطة المتفق عليها.

وهكذا، سوف أكتب رسالة إلى الطبيب الاختصاص وأشرح فيها المشكلة وأرسلها بالفاكس اليوم. وإذا كان هناك أمر غير طبيعي في فحوص الدم سوف أتصل بك قبل موعد زيارتك. هل يمكن أن تتصل بي بعد زيارتك لـ د. جونز وتخبرني ماذا قال لك؟

شبكة السلامة

Safety-netting

إن رسم خطة طارئة للمشكلات غير المتوقعة الحدوث هي خطوة رئيسة عند الاغلاق. وتوضيح ماذا يجب أن يعمل إذا ما حدث طارئ ولم تجر الخطة كما يُتوقع. وكيف يتصل بالطبيب، وما التطورات المهمة التي تحتاج إلى تدخل طارئ؟ وكما وصف (Neighbour 1987) أن شرح النتائج غير المتوقعة المحتملة، ومتى وكيف يطلب المساعدة خطوات مهمة ليس لسلامة الممارسة الطبية حسب وإنما لبناء العلاقة أيضاً. مثلاً، إذا أخبر الطبيب المريض أن لديه التهاب اللوزتين القححي وسيتحسن بعد العلاج بالبنسلين، ولكنه لم يتحسن. وقد يذهب هذا المريض إلى طبيب آخر ويشخص الحمى العقدية «glandular fever». ربما يشعر بعدم الرضى من الطبيب الأول. بينما إذا ذكر الطبيب الأول للمريض احتمال الحمى العقدية واقترح له أن يراجع لإجراء فحص الدم إذا لم يساعده البنسلين على شفائه. سيكون احترام المريض له عالياً حيث انه توقع ما سيحصل في المستقبل.

ضمن الاغلاق نقاط مناسبة

Ensuring appropriate point of closure

التلخيص النهائي

End Summary

تفحصنا قيمة التلخيص الداخلي لإعطاء المعلومات وبناء المقابلة الطبية في الفصلين الثالث والرابع. ويعد التلخيص أداة ضرورية في اغلاق المقابلة أيضاً. ويعطي التلخيص الموجز للمقابلة وخطة الرعاية فرصة لتأكيد قصد الطبيب والمريض، كما هي ذات قيمة عليا وأداة تيسير للمريض لعرض أسئلته أو تصحيح إدراك الطبيب وزيادة الدقة ومن ثم الإلتزام على أن يتذكر الطبيب دائماً أن يترك فسحة للمريض للتصحيح أو الاضافة.

الطبيب فقط للإعادة، أعتقد أن السكري قد خرج عن السيطرة قليلاً مقارنة بالعام الماضي، وربما ناتج عن الوزن الزائد الذي تعاني منه. ويمكن أن نرجع السيطرة على المرض إذا ما خفضت وزنك وكما كان في العام الماضي. سأزودك بقائمة الغذاء كما اخترتك ويمكنك لي أن أراك بعد شهرين. هل هذا الملخص كاف عما اتفقنا عليه؟

المريضة حسناً دكتور، على الرغم من أي شيء وكما قلت لك، أظن أن عدم ممارستي الرياضة منذ أن أصيب زوجي بنوبة قلبية هي السبب، والآن هو أفضل قليلاً ويمكن لي أن أخرج من البيت وامارس المشي لمدد أطول.

التدقيق النهائي

Final checking

وكما وصفنا آنفاً، فمن المهم التحقق النهائي وموافقة المريض وقبوله بارتياح للخطة التي صيغت وسؤال المريض عن أي تصحيح يرغب به أو سؤال يسأله، ونتمنى أن يكون الجواب:

لا، هذا جيد، شكراً لمساعدتك الكريمة- وقد أجبت عن جميع أسئلتي.

الخلاصة

Summary

تأملنا في هذا الفصل مهارات اغلاق المقابلة. ورأينا كيف يرتبط الاغلاق الجيد للمقابلة باستعمال مهارات الاتصال في المراحل الأولية للمقابلة واستعمال مهارات الاتصال المحددة في دليل (كالكارى - كامبردج).

يساعد التلخيص والتعاقد، وشبكة السلامة والتدقيق النهائي لاغلاق المقابلة بسلام وإرساء قاعدة عامة وتقليل الغموض للطبيب والمريض معاً حول ماذا حصل وماذا يتوقع أن يحدث في المستقبل، وإكمال عملية المشاركة والتساهم التي عززناها في هذا الكتاب.

تساعد مهارات الاغلاق المرضى وتشعرهم بالارتياح والقبول بالخطة التوافقية، وتزودهم بوضوح عما سيحدث مستقبلاً بثقة أكبر. وكما أن هذه المهارات تساعد الأطباء لإكمال مقابلاتهم بفاعلية أكبر والبدء بمقابلة جديدة مع قليل من المهام غير المنجزة أو القلق الذي يقلل تركيزهم. ولقد ذكرنا آنفاً أن بداية المقابلة هي جذر مشكلات الاغلاق. وهنا لاحظنا من دون الانتباه والعناية فإن الاغلاق سيكون جذر أسباب الصعوبات في بداية المقابلة التالية. والانتهاء من المريض السابق هو حاجة ملحة للتركيز على المريض الآتي.

تدبير مواقف خاصة بمهارات الاتصال الأساسية

Relating specific issues to core communication skills

المقدمة

Introduction

ندرس في هذا الفصل موضوعات اتصالية خاصة، إذ تواجه الأطباء والمرضى عدداً من الموضوعات والتحديات الاتصالية في أثناء تفاعلهم بعضهم ببعض. وتتراوح هذه الموضوعات بين الموت والاحتضار، وفي اختلاف العمر والجنس، والتعامل مع الغضب والعدوان، وصعوبات الاتصال خلال التلفون. وهنا نودّ أن نناقش مختارات من هذه الموضوعات المهمة، لاسيما استكشاف أمثلة عن كيفية تطبيق مهارات الصياغة الاتصالية في دليل (كالكارى - كامبردج) في بيئات اتصالية مختلفة اختلافاً كبيراً.

لقد خصص عدد كبير من كتب الاتصال الطبية معظم محتوياتها على موضوعات اتصالية خاصة وأعطت حيزاً واهتماماً أقل لمهارات الاتصال الأساسية. وفي هذا الكتاب عكسنا هذه الموازنة. أما لماذا ركّزنا ابتداءً على المهارات الأساسية التي يستطيع استعمالها الأطباء في جميع المقابلات؟ فلأننا لاحظنا أن جميع المهارات التي يحتاجها الطبيب تقريباً في التعامل مع المواقف الخاصة والتحديات الاتصالية موجودة ضمن مجموعة المهارات التي عرضناها في الفصل الثاني والسابع. وأن تعليم وتعلّم موضوعات الاتصال الفردية مهمة جداً، لكنها ليست بسبب اختلاف المهارات التي نحتاجها في مواقف مختلفة. كما يبقى دليل (كالكارى - كامبردج) أداة ضرورية يمكن تطبيق بعض منها بمهارة وقصد في البيئات المختلفة. المفاهيم الأساسية التي ينبغي تذكرها في جميع المواقف الفردية المختلفة اختلافاً كبيراً:

- تغيير بيئة التفاعل.
- يختلف محتوى الاتصال.
- ولكن تبقى مهارات الصياغة واحدة.

من البديهي أن يتغير محتوى الاتصال تبعاً للموقف الخاص، إذ يختلف ما يقوله الطبيب عند البوح بالخبر الطبي السيئ عما يقوله حينما تكون المعاناة انفلونزا. كما تتغير بيئة الاتصال تبعاً لطبيعة التفاعل مثل: يتغير مستوى العواطف وتأثير الكلام على المريض وعائلته عند البوح بالخبر السيئ الذي يؤثر في بيئة المقابلة تبعاً لذلك.

بينما لا تتغير مهارات الصياغة التي يحتاجها الطبيب في هذه المواقف. ولا نحتاج أن نخترع مجموعة مهارات جديدة لكل موضوع. وبدلاً من ذلك، يحتاج الطبيب أن يعي انه على الرغم من أن أغلب مهارات الاتصال تتعلق بالمحتوى والمواقف المعينة وتعتمد عليهما، وأن يتنبه تنبهاً أكبر لأداء بعض المهارات. وأن

وعلى الرغم من هذا التركيز على الموضوع ولاسيما في الدراسات الأولية، لا يزال الطلبة والمقيمون والأطباء يعانون من صعوبة البوح بالخبر السيئ للمرضى وعائلاتهم (Makoul 1998; Dosanjh et al. 2001). وفي المستشفى كما هو الحال في الممارسة العامة، ينبغي أن ييوح الأطباء لمرضاهم بأخبار سيئة لمرض خطير أو مميت، مثل: السرطان أو فحص الأيدز الإيجابي أو اشتباه حمل بطفل مصاب بمتلازمة داون. وأكثر شيوعاً من ذلك، ينبغي أن ييوح الأطباء بأخبار لا يعدونها «سيئة» ولكن المرضى يعدونها كارثة، مثل: تشخيص الرثية المفصليّة «Rheumatoid arthritis» أو نقص الدرقية «Hypothyroidism»، وإخبار المريض بأنه مصاب بفقر الدم، أو نتيجة فحص مسحة عنق الرحم مختلفة بدرجة بسيطة عن الطبيعي «Mildly abnormal cervical smear» أو حتى الاخبار بانفلونزا للمريض يرغب بالتمتع بإجازة لا يناسب سفره حالياً. ولذلك غالباً ما يكون الأطباء غير واعين لأهمية المعلومات المنبئة عن المرض وتأثيره عليهم. وفيما يأتي ملخص لمقترحات عن البوح بالخبر السيئ معتمدين فيها على عمل (Brod et al. 1986; Maguire and Faulkner 1988; SansonFisher 1992; Buckman 1994; Cushing and Jones 1995). وليس غريباً أن تشابه مع ما جاء بدليل (كالكارى - كامبردج). وهناك مصادر مهمة أخرى ضمت أفلاماً من التعليم الطبي المستمر في نيو ساوث ويلز وأستراليا ونيوزيلندا لأطباء التخدير (1993)، (Fallowfield and Lipkin (1995), Maguire et al. (1996b), Ptacek and Eberhardt (1996) and Kuhl (2002).

يعمق ادراكه للمهارات ويزيد من مستوى تمكنه منها. فمثلاً، عند البوح بالخبر السيئ يحتاج الأطباء تطبيق مهارات الصمت والمهارات غير اللفظية بحذق وقصد وكذلك استعمال تقدير الاستجابة. وهنا يفيد ضرب مثل متشابه من مهارات الرياضة، حينما يتعلم شخص فن التزلج في ظروف مثالية، وفجأة يرى نفسه في الثلوج تضطره هذه البيئة إلى أن يتعلم مجموعة مهارات تبدو جديدة عليه. وفي الحقيقة، أنه بحاجة إلى تطوير مستوى السيطرة على المهارات التي تعلمها سابقاً، وتطبيق بعض المهارات بتركيز أكبر وأعلى مثل مهارة الحاشية «edging».

وفي هذا الفصل، اخترنا مجموعة من الموضوعات الخاصة لتوضيح كيفية استخدام دليل مهارات (كالكارى - كامبردج) في مواضع أكثر حرجة واحتياجاً.

وقد أوضحنا الموضوعين الأوليين بإمعان (البوح بالخبر السيئ والاختلافات الثقافية). وناقشنا باختصار الموضوعات الآتية: المتعلقة بالاختلاف العمري «كبار السن والأطفال وآبائهم»، والمقابلة خلال التلفون، والصحة العقلية «الكآبة المخفية والذهان». وفي نهاية هذا الفصل، أدرجنا عدداً من الموضوعات الاتصالية والتحديات متضمنة المصادر المفيدة التي تناولت هذه الموضوعات بتركيز أكثر. وفي كتابنا المكمل «تعليم وتعلم الاتصال في الطب» ناقشنا كيفية إدخال تعليم الموضوعات الخاصة في منهاج بناء المهارات الأولى.

مواقف خاصة

Specific issues

البوح بالخبر السيئ

Breaking bad news

يزود دليل (كالكارى - كامبردج) هيكلاً ومهارات مبدئية آمنة للبوح بالخبر السيئ. ويحتوي الدليل جميع مهارات الصياغة التي يحتاجها الطبيب لمواجهة المواقف الصعبة تقريباً. فمثلاً، إن أسلوب التوضيح والتخطيط الذي تبنيه في هذا الكتاب يشمل بناء علاقة داعمة وموثوقة بالمريض والحاضرين معه - عائلته - وإعطاء المعلومات على قدر احتياج المريض، ومحاولة فهم منظور المريض والعمل بشراكة تساهمية. كل هذه المهارات ضرورية في البوح بالخبر السيئ. وأظهر بحث (Tuckett et al. 1985) إن مهارات إعطاء المعلومات المحددة بدقة هي المهارة الضرورية عند ظهور اختلاف بين منظوري الطبيب والمريض. وأن البوح بالخبر السيئ هو النموذج الصارخ لمثل هذه المواقف. وهنا يتعلق أمل المريض عند دخوله الغرفة على احتمال سماع خبر جيد مهما كان ذلك ضعيفاً بينما يحاول الطبيب أن يلفت نظر المريض إلى حقائق مقلقة يجب أن يبدأ بها الاتصال.

وهذا هو أحد أصعب الموضوعات الاتصالية في تقدير أغلب الأطباء. وتعد العواقب النفسية التي تتبع البوح بالخبر السيئ بطريقة مفاجئة وغير رقيقة نتائج مدمرة وطويلة الأمد (Finlay and Dallimore 1991). وتتوالى على مدى السنين بحوث طبية وعامة كثيرة تبرز ضعف الأطباء في هذا المواقف. ووجد (Hearteningly, Field 1995) إن هناك برامج متنوعة وكثيرة في المملكة المتحدة للتدريب في مجال الاحتضار والموت بين (1983-1994)، وكذلك الحال في أستراليا والولايات المتحدة وباقي أوربا. وازداد عدد البحوث التي تتناول تدريس البوح بالخبر السيئ، وتبعاً لذلك استمرت بالظهور في المناهج الأساسية للتعليم الطبي. ويعكس هذا التوجه أهمية الموضوع للمتعلمين والمدرسين (Garg et al. 1997; Baile et al. 1999, 2000; Vetto et al. 1999; Colletti et al. 2001; Orlander et al. 2002).

المستطيل 8.1 ملخص مقترحات للبوح بالخبر السيئ

التهيئة

- حدد موعداً للمقابلة بأسرع ما يمكن
- أعط وقتاً كافياً: تأكد من عدم المقاطعة.
- إصنع جواً عائلياً مريحاً.
- شجع المريض أن يدعو زوجته، صديقه أو عائلته.
- تهيأ بما يكفي في المجالات السريرية وملف المريض وخلفية المريض الثقافية.
- ضع جانباً حقيبتك ومشاعرك الشخصية في أي مكان مناسب.

بدء المقابلة: هيّء المشهد

- لخص مسار الحالة وأين وصلت، وتأكد مع المريض.
- اكتشف ماذا حصل بعد المقابلة الأخيرة.
- قس كيف يفكر المريض وما هي مشاعره.
- ناقش قائمة المشكلات.

الاشترك بالمعلومات

- قِيم فهم المريض أولاً - ماذا يعرف حتى الآن، بماذا يفكر أو ماذا أخبر.
- حدد كمية المعلومات التي يرغب بها المريض.
- أعط تحذيراً أولياً بأن هناك أخباراً صعبة في الطريق (مثل: أخشى أن هناك عملاً ينبغي إنجازه... أو يبدو أنّ هناك أموراً خطيرة أكثر مما نأمل، أخشى ذلك).

Follow-up and closing

- لخص وتحقق من فهم المريض وهل لديه أية أسئلة إضافية.
- لا تستعجل المريض على البدء بالعلاج.
- حدد موعد مقابلة أخرى، اعرض خدمة الاجابة عن الاتصال التلفوني.
- حدد أنظمة الدعم: أشرك أقرباء المريض وأصدقائه.
- ابد استعدادك لمقابلة أهل المريض واصدقائه.
- وفر مواد مكتوبة وزود المريض إن رغب.

إذا حضر مرافق للمريض في المقابلة: تأمل واستجب لحواره اللفظي وغير اللفظي، واعط مجالاً للأسئلة، ولكن تذكر أن المريض هو هاجسك الأول.

وخلال مجمل المقابلة ينبغي أن تعي قلقك الشخصي — من ناحية المعلومات التي تعطيها، التجارب السابقة والفشل في المساعدة والعلاج.

ولا يتحدد بناء علاقة الطبيب بالمريض والآخرين أيضاً بأي جزء من أجزاء المستطيل (8.1)، وإنما يبدو واضحاً أن بناء العلاقة أهم جزء في مجمل المقابلة كافة؛ ولاحظ كم من هذه الاقتراحات والمهارات التي يحتويها دليل (كالكارى - كامبردج) الذي سناقش في الجزء التالي والذي يتعلق بإرساء قاعدة عامة مشتركة والإقرار والاستجابة بلطف لمنظور المريض (الأفكار والمشاعر) وإظهار سلوك لفظي وغير لفظي يقط. وفي بيئة البوح بالخبر السيئ، يحتاج الطبيب إلى المهارات نفسها لبناء وإدامة علاقة علاجية بغض النظر عما إذا كان الطبيب والمريض غرباء عن بعضهم بعضاً أو يعرف أحدهم الآخر معرفة جيدة.

المهارات الرئيسية في دليل (كالكارى - كامبردج) التي يحتاج الطبيب إلى تطبيقها بتمعن وقصد وتركيز أكبر

Key skills of the Calgary-Cambridge Guides which need to be applied with greater depth, intention and intensity

إن البوح بالخبر السيئ هو البيئة التي يتغير فيها محتوى المقابلة والوعي لاستخدام بعض مهارات الصياغة لدليل (كالكارى - كامبردج) بتمعن وقصد. والآتي، وصف لهذه المهارات بجدول مع رؤوس نقاط مناسبة في دليل (كالكارى - كامبردج):

- أعط معلومات بسيطة وأساسية وبأمانة، وأعد النقاط المهمة.
- اربط تفسيرك بمنظور المريض.
- لا تعط معلومات كثيرة في البداية ولا تربكه.
- أعط المعلومات بجرع صغيرة، وقسها لفظياً.
- راقب التقدم: وتأكد مراراً من فهم المريض ومشاعره حينما تتقدم.
- استخدم اللغة بعناية، أعط أهمية لذكاء المريض وتفاعله وعواطفه: وتجنب الرطانة.
- كن واعياً لتلميحاتك غير اللفظية خلال الحديث.

كن رؤوفاً بالمريض

- تأمل تلميحات المريض غير اللفظية (الوجه، البدن، الصمت، الدموع).
- يمكن لك أن تتوقف (حينما يبدو على المريض المقاومة وعدم الانصات) وبعدها أترك فرصة: وسلم باحتمال الإنكار.
- توقف بين حين وآخر لتفسح مجالاً للمريض للأسئلة.
- تحقق من حاجة المريض إلى معلومات إضافية في أثناء الحديث واعط المعلومات المطلوبة (مثل: انصت إلى رغبات المريض، علماً أن رغبات الشخص قد تختلف كثيراً بين حين وآخر أو موقف وآخر).
- شجع التعبير عن المشاعر مبكراً (مثل: كيف أثرت هذه الأخبار على مشاعرك؟ أو أنا آسف هذه صعبة عليك، تبدو متضيقاً).
- استجب لمشاعر المريض ومأزقه بالقبول والتعاطف والاهتمام.
- تأكد من معرفة المريض السابقة حول المعلومات المعطاة.
- أظهر هواجس المريض بشكل خاص.
- تأكد من فهم المريض للمعلومات المعطاة: هل يمكن أن أعرف ماذا ستقول لزوجتك ولو بشكل سريع؟
- تنبه لاختلاف الفهم (مثل: ماذا يعني السرطان للمريض مقارنة لمعناه عند الطبيب)
- لا تتردد من إظهار العواطف والضيق.

التخطيط والدعم

- بعد تحديد هواجس المريض الخاصة، قدم المساعدة بتجزئة المشاعر المربكة إلى هواجس يمكن تدبيرها وضع أولويات وميز بين التي يمكن معالجتها والمعدنة للعلاج.
- حدّد خطة عما سيحدث مستقبلاً.
- ضع خطوطاً عريضة لما سواجكم مستقبلاً.
- أعط أملاً مدعماً بالحقيقة (تهياً للأسوأ وأمل للأفضل).
- ناصر المريض (نستطيع أن نعمل على هذا الموضوع سوياً... فيما بيننا) مثل: ركز على مشاركة المريض، أكد دورك كداعم للمريض.
- أكد على نوعية الحياة.
- شبكة السلامة.

المهارات من دليل (كالكارى - كامبردج)	استعمل هذه المهارات وتمعن وقصد وتركيز أكبر
البدء	استعمل تقسيم واضح أو انتقال محدد المعالم
التهيو	إعطاء ضربة تحذيرية أولى هو نوع خاص من تقسيم المعلومات أو تحديد كنه المراد إعطاؤها، وتنبه المريض أن الحقيقة هي ليس كما يأمل. ومن المفيد إعطاء ضربة التحذير في بداية المقابلة، لاسيما حينما تكون المقابلة هي للمتابعة. وهناك طرق متعددة للأداء، ويعتمد الأداء الأفضل على حالة المريض ونمط الطبيب. وللمرضى الذي يعاني من مرض مهلك أو حينما تعاني الحامل من اسقاط محتمل ويانتظار نتيجة الفحص قد يكون الأسلوب: أحشى أن الخبر ليس كما نأمل، مع تلميحات لفظية مناسبة. ويستطيع الطبيب أن يتوقف ويفسح مجالاً لهضم المريض الخبر الصعب قبل أن يستمر في المقابلة. ولمساعدة المرضى على تركيز الانتباه من المهم الانتقال المدروس بين المعلومات: مثل، هناك أمران ينبغي أن نتذكرهما. أولاً... ثانياً.
الترحيب بالمريض مناقشة قائمة المشكلات	اربط التفسير بمنظور المريض
التوضيح والتخطيط	اربط التفسير بمنظور المريض
معلومة صغيرة والتحقق	اربط التفسير بمنظور المريض
قيم نقطة بداية المريض	اربط التفسير بمنظور المريض
تقييم احتياج كل مريض للمعلومات على حدة	اربط التفسير بمنظور المريض

Continued

المهارات من دليل (كالكارى - كامبردج)	استعمل هذه المهارات وتمعن وقصد وتركيز أكبر
البدء	كما في أية مقابلة، ترتيب المقابلة أمر أساس
التهيو	كيف تتهيأ للمقابلة: إذا كان الخبر خطراً ومعقداً المعلومات التي ينبغي أن تعطى، والتهيو يحتاج إلى أفكار خاصة وتخطيط. أين ومتى تنجز هذه المهام؟ من المفترض وجوده؟ هل انت كـ «طبيب» تهيأ شعورياً وحقيقة؟
الترحيب بالمريض مناقشة قائمة المشكلات	مقابلة أكثر من «مريض» في آن معاً، أو اشخاص يعرفون أنهم سيواجهون معلومات صعبة أو معقدة، وسيحضر مع المريض أقرانه أو أصدقائه ليقابلوا الطبيب وعند ذلك سوف تجد عدة أشخاص بأفكار مختلفة، وهواجس، وتوقعات وقوائم مشكلات مختلفة. من الضروري التركيز على المريض «الرئيس»، ولكن من المهم أيضاً أن تأخذ بآراء المرافقين بنظر الاعتبار وإذا كان لديك وقت فمن المهم رؤية ذوي المريض والمريض على انفراد ثم اللقاء بالجميع سوياً. ولاحظ نتائج دراسة (Benson and Britten's 1996) للمرضى المصابين بالسرطان، والتي أظهرت أن أغلب المرضى يرفضون البوح للأخريين إلا بعد أخذ موافقتهم التحريرية.
التوضيح والتخطيط	إن البوح بالخبر السيئ هو حالة خاصة من التوضيح والتخطيط، لذلك ليس من الغريب انها تحتاج إلى استخدام أغلب مهارات هذه المرحلة من المقابلة بكفاءة عالية
معلومة صغيرة والتحقق	إعطاء المعلومات بجرع يمكن هضمها والتأكد من استيعابها هي المهارة الرئيسة هنا، والتي تسمح للطبيب أن يقيس أين وصل إدراك المريض في النقاط المتعددة من هذه المرحلة من المقابلة.
قيم نقطة بداية المريض	أكتشف ماذا يعرف المريض آنياً، لاسيما حين يكون المريض مرعوباً، خائفاً أو آملاً هنا صعوبة التحديد ولكنها ضرورية، وربما تكون أكثر صعوبة حينما يوجد مرافق مع المريض. ولكنها مفيدة جداً عندما ترسم صورة «من أين بدأ المريض ومرافقيه» قبل إعطاء المعلومات مثل مآل المرض وخيارات العلاج. إن هذه الرؤية رائعة لتوطيد علاقة الطبيب بالمريض مستقبلاً.
تقييم احتياج كل مريض للمعلومات على حدة	أكتشف ماذا يرغب كل مريض معرفته أيضاً مهمة ضرورية جداً، إذا ما كان يعاني من السرطان (Meredith et al. 1996) ومن ضمنهم كبار السن (Ajaj et al. 2001). يعد قياس حاجة المريض لكمية المعلومات التي يرغب بها مهارة عالية. ويساعد إدراك تأثير الخلفية الثقافية الكامنة هنا، ولكن التأكد من احتياج المريض وأولوياته الفردية واعتبارات المرافقين. وأوصى باحثون بتوصيات مختلفة عن كيفية تحديد احتياج المريض الفرد، وأقترح (Buckman 1994) سؤالاً تمهيدياً مباشراً، مثل: إذا كان مرضك من النوع الخطير، هل أنت من النوع الذي يجب أن يعرف التفاصيل الدقيقة؟ وأقترح (Maguire and Faulkner 1988) تسلسلاً هرمياً للتعبير اللطيف عن الخبر السيئ، والتوقف بعد ذلك لتأمل تفاعل المريض. وأقترح باحثون آخرون طريقاً مباشراً للبدء بإعطاء الخبر السيئ بعد عبارة تحذيرية قوية وقياس كيفية التصرف بعد ذلك. وناقشوا أن المرضى الذين يلجأون إلى الإنكار يبقى لديهم مجالاً لصم آذانهم عن ما لا يريدون سماعه.

Continued

الاختلافات الثقافية والاجتماعية*

Cultural and social diversity

يحتاج استكشاف واقع الاختلافات الثقافية المتعددة استعمال مهارات اتصال معينة من المهارات الأساسية لفهم منظور المريض في جمع المعلومات والتوضيح والتخطيط. ويمكن القول كذلك للاختلافات الاجتماعية، مثل: العمر، الجنس، المكانة الاجتماعية - الاقتصادية والمستوى التعليمي.

كثيراً من المفاهيم التي ألفت أساس نموذج المرض - المعاناة «disease-illness model» التي نوقشت في الفصل الثالث قد أخذت من دراسات انثروبولوجية والتمازج الثقافي «cross-cultural». وعرضت مقابلات كنماذج لثقافات متعددة في مجتمع واحد كأحد الأمثلة على الاختلافات الشديدة المتطرفة للمقابلة الطبية، وطبقت الدروس المستخلصة على الأطباء والمرضى الذين يعيشون في مجتمع واحد. وهنا نغلق العملية، ونستكشف كيف تطبق مهارات الاتصال التي تستكشف منظور المريض في مواقف الثقافات المتعددة الصعبة وحينها يحمل الطبيب منظوراً يختلف عن منظور المريض.

يواجه الأطباء بإزدياد اثباتاً متعددة بسبب حركة الناس المتزايدة في العالم. وقال جونسون وجماعته (Johnson et al. 1995) «تعد كل ثقافة بُنية من المعتقدات والممارسات، بعضها متماسك ومتناغم، وبعضها الآخر مختلف ومتناقض». واقتروا: ينبغي على الأطباء استكشاف معتقدات المرضى الصحية ونظرتهم لأعراضهم ومعاناتهم في كل مقابلة طبية. وإذا أهمل الأطباء هذه الأداة فأنهم سيقعون في خطر الافتراض أو الحكم على القيم ونمطية المريض المكررة «stereotyping». ولا تؤدي إلى صراع فقط وإنما إلى عدم الدقة. وفي البيئة متعددة الثقافات، وبالحقيقة وفي جميع حالات الاختلاف بين الطبيب والمريض فإن التمييز العنصري مشكلة كامنة كما أوحى (Dovidio and Gaertner 1996) وغالبية الأطباء أما أنهم غير واعين للتمييز العنصري الذي يمارسون أو ينكرون ذلك الاحتمال. وكما في مسح حديث لـ (Kaiser Family Foundation 1999) والذي بين التيقظ بآنتباه بالغ لموضوعات الاختلافات الثقافية والاجتماعية وتدريبها باهتمام بالغ*.

ووضع جونسن وجماعته (Johnson et al. 1995) النقاط الآتية التي قد يجد فيها الطبيب الفائدة عند مقابلة مريض من ثقافة مختلفة: إن ثقافة المريض تزوده بالأفكار حول صحته ومعاناته، وتعطيه فكرة غامضة عن الأسباب، ومعتقدات عن مَنْ الذي يسيطر على قرار الرعاية الصحية، وفكرة عامة عن كيفية البحث عن خطوات الرعاية الصحية. وبنى جونسن وجماعته نموذجاً توضيحياً مفيداً أوضح فيه الفروق العامة بين الأطباء المتدربين على الطب الغربي والمرضى التقليديين من اثنيات مختلفة. ودعم هذا الأسلوب بدراسة التمازج الثقافي لـ (Chugh et al. 1993). وأهم نتائجها هي: أن هناك عدداً من الحواجز «Barriers» في قناعة المرضى وفي إعطاء الأطباء المعلومات التشخيصية والعلاجية وحواجز استقبالها من المرضى. وتعلق هذه الحواجز بتجارب المرضى الثقافية وأفكارهم ومعتقداتهم وتوقعاتهم كما هي في صعوبات اللغة.

وزود (Myerscough (1992) and Eleftheriadou (1996) معلومات مهمة حول عدد من المشكلات الثقافية التي يواجهها الطبيب الغربي بكثرة، مثل: أهمية بناء الأسرة ونمط الحياة ودور المرأة والتوجهات تجاه النساء والاولاد والملبس والدين والغذاء والصيام والموت والحياة.

وحد (Ferguson and Candib 2002) في مراجعتها لبحوث في الثقافة واللغة والعلاقة بين الطبيب والمريض، هناك بيّنات ثابتة أن الاقليات الأثنية الصغيرة والتي لديها المام بسيط باللغة الانكليزية لا تحضى بالاستجابة التعاطفية من أطبائها، وتبدو أنها تستلم معلومات أقل عموماً، ولا تشجع لاقامة شراكة عند اتخاذ القرار. لذلك يقتضي أهمية وجود مترجم مهني متدرب في المقابلة. وفي دراسة (Ngo-Metzger et al.)

المهارات من دليل (الكاري - كامبردج)	استعمل هذه المهارات وتمعن وقصد وتركيز أكبر
قدم الدعم	الشراكة والدعم دعم المريض ضروري وبعبارة واضحة، مثل: ينبغي أن نعمل سوياً أو سوف أتكلم مع الطبيب الاختصاص نيابة عنك، أو لن نتركك لوحده لتعايش مع... كيف نتقدم الآن إلى الأمام؟ وينبغي التركيز على احتياجات المريض ومساعدته.
إظهار تلميحات غير لفظية مناسبة	عدم احفاء مشاعر الضيق الشخصية يمكن أن يشعر المرضى بالغضب حينما يلاحظون عدم اهتمام الأطباء بشعورهم بالضيق وتبقى مشاعرهم جامدة (Woolley et al. 1989). ينبغي أن لا يخشى الأطباء من إظهار عواطفهم (Fallowfield 1993) ولكن يصعب تقدير كمية المشاعر التي ينبغي أن يظهرها الطبيب ويشارك بها مريضه وتعتمد على شخصية الطبيب وخصوصية الموقف. ومن البديهي أن لا يتصدي المريض للضيق الذي يشعر به الطبيب. ومن ناحية أخرى، من الصعب على الطبيب أن لا يبدي قلقاً حينما يؤدي مهمة صعبة كالبلوح بالخبر السيئ. كما أن المريض سيلحظ التلميحات غير اللفظية للطبيب. وينبغي الاستمرار بكسب ثقة المريض والاستمرار ببناء العلاقة كمهمة أولى هنا.
الغلق	استثمر الوقت هنا بتلخيص الخطوات القادمة المحتملة مع المريض وارجاع بعض السيطرة له.
الاتصال بالمريض بخصوص الخطوات القادمة وشبكة السلامة	خطط متابعة واضحة: حدد موعداً قريباً للمقابلة التالية واتصل بالمريض هاتفياً للتأكد من أن جميع الأمور جيدة والبدء بتخطيط الخطوات القادمة مع الدعم والتطمين. كما يبدو مفيداً الاتصال بالمراقبين المهتمين بشؤون المريض حينما يعبر المريض عن اهتمام حول اخبارهم بالتشخيص والمال، لإعطاء المريض وقتاً لهضم الخبر السيئ وكم يحتاج للتفكير في خيارات العلاج. ووثق عن ماذا أخبروا (المريض والمراقبين): ويعد التوثيق مساعداً للغاية حينما يتصل طبيب الأسرة بالطبيب الاختصاص أو حينما تتطلب حالة المريض فريقاً طبياً آخر للرعاية.

ويشمل هيكل العمل هذا على جميع وصايا المرضى والأطباء والممرضات في دراسة صممت لاكتشاف وملاحظة إجماع المرضى ومقدمي الرعاية الصحية على دليل عمل للبلوح بالخبر السيئ (Girgis et al. 1999). كما تعكس الوصايا والمهارات المقدمة للبيئة المعتمدة على الافلام المصورة في الولايات المتحدة وعنوانها البلوح بالسرطان: الاتصال بالمريض بشأن التشخيص (Cancer Disclosure: Communicating the Diagnosis to Patients) والذي أنتج عام (1986)، واستمر نموذجاً تدريسياً ممتازاً للعرض. واستخدم فيه نماذج تشبيهية «Simulated samples» وقصص شخصية للأطباء والمرضى.

* مع الشكر لـ Charlene Pope لرؤيتها في علم النفس الاجتماعي التي جلبت انتباهنا إلى هذا العمل.

- المناسبات العائلية الحياتية (مثل: الطقوس والمعتقدات حول ترتيب الزواج والحمل والولادة ورعاية البالغين لعائلاتهم وعلاج كبار السن ومراسم الموت)
- الموضوعات النفسية الاجتماعية: التعرف على الضغوط الشائعة، إدراك الدعم عند اختلافات العائلة/المجتمع.
- دور الطبيب في الصحة العقلية والعجز.

موضوعات حساسة

- العلاقات الجنسية وتشمل: الاتجاهات والممارسات الجنسية ومنع الحمل.
- الازعاج في بعض الفحوص البدنية.
- تناول الكحول والادمان عليه وعلى المواد الكيميائية.
- العنف المنزلي والاعتداء.
- المشاركة في الاخبار السيئة.

الممارسات الطبية في الموضوعات / الحواجز

- مدى التشارك بين الطبيب والمريض ومدى تدخل العائلة. ومسؤولية الشخص والعائلة في الرعاية الصحية والعلاج.
- الموضوعات الأخلاقية في الرعاية.
- افتراضات الطبيب، ونمطية التعامل أو التمييز.
- استشارة ممارس الطب المكمل أو البديل في أثناء الرعاية.

من المفيد أن يتعرف الطبيب على معلومات البيئة الثقافية التي يعمل فيها، وفي بعض الحالات يكون حيويًا. وربما تعطي الطبيب الثقة وتسمح له بتغيير الاجراءات. بينما تبقى المهارات الأساسية لفهم المريض الفرد ومعتقده الخاص «ومن أي ثقافة جاء» ضرورية. وأن نعت المريض باتجاهات أو الهيئة الحضارية العامة لعرقه ربما يكون مدمراً كما لو أهمل الشأن الحضاري كاملاً. وينبغي أن يكون هدف الطبيب الموضوعي هو اكتشاف منظور المريض الفردي الخاص وتجربته مع المعاناة. كما هو مهم في حالة اشتراك الطبيب والمريض بثقافة واحدة.

وهكذا، سيواجه الطبيب موضوعين اتصاليين متعارضين بشكل طفيف، هما: كيف يتجنب الافتراض معتمداً على عرق المريض؟ وفي الوقت نفسه، استعداده لاكتشاف الاختلاف وإدراك الاختلافات الثقافية التي تؤدي إلى كيفية رعاية المريض باعتبار مختلف؟ وأنه ليس من الغريب أن نمو الفهم المشترك والثقة بين المريض والطبيب وهم من بيئات مختلفة غالباً ما يأخذ وقتاً وجهداً من كلا الطرفين.

(2003) على المهاجرين الصينيين والفيتناميين إلى الولايات المتحدة، وجدوا أن المرضى يفضلون مترجماً مهنيًا بدلاً من أحد أفراد عائلتهم ومن جنس مماثل.

وفي شرحها المقدم لعدد من البحوث في موضوع الاختلاف الثقافي، اقترحت روتر (2002) (Rotter) الرعاية المتمركزة على العلاقة «relationship-centred care» كأسلوب لتلبية احتياجات المرضى المختلفة التي تتعلق بالثقافة والاثنية والجنس والعمر والاتجاهات الجنسية أو المعتقدات الدينية والمواقف التي يتكلم فيها الطبيب والمريض لغتين مختلفتين.

الموضوعات الشائعة/ الحواجز في الاتصال بين الثقافات

Common issues/barriers in cross cultural communication

يزودنا المستطيل (8.2) بقائمة مفيدة للاختلافات أو الحواجز الثقافية الكامنة التي تؤثر في التفاعل وتحتاج إلى الأتنباه حينما تختلف القواعد الثقافية والاجتماعية بين المريض والطبيب:

مستطيل 8.2 الموضوعات الشائعة / الحواجز في الاتصال بين الثقافات

استعمال اللغة

- التكلم بلغة اجنبية، مثل: يضطر الطبيب أو المريض أن يتصل بلغة لا يستطيع أن يتمكن منها بسلاسة.
- التكلم بالعامية
- التكلم بلهجة
- الازعاج عند رفع الكلفة خلال زيادة الحميمية... الخ

استعمال وتفسير الاتصال غير اللفظي

- اللمس البدني.
- لغة البدن.
- القرب Proximity – التقرب / التباعد
- الاتصال البصري
- التعبير عن العواطف/ الانفعالات

المعتقدات الثقافية والرعاية الصحية

- تفسير الاعراض- ماذا يعتبر طبيعي وغير طبيعي.
- الاعتقاد في الاسباب
- الإتجاهات في المعاناة والمرض.
- استخدام الطب المكمل أو البديل.
- التوقعات في النوع والجنس حول الادوار والعلاقات.
- دور الطبيب والتفاعل الاجتماعي المتعلق بميزان القوى وطريقة إظهار الاحترام.
- إدراك المسؤوليات المتعلقة بالالتزام بالتوصيات الطبية.

مهارات دليل (كالكارى - كامبردج)	استعمل هذه المهارات بتمعن وقصد وتركيز أكبر
التوضيح والتخطيط	
قيم أفكار المريض السابقة وتحقق من ادراك المريض	تحقق من بيئة المريض الثقافية قبل إعطاء المعلومات، اعمل مع المترجم في أثناء المقابلة إذا كان ضرورياً، وتأكد من أن المترجم أعطى المعلومات الدقيقة والكاملة وفهم المريض ذلك.
اربط بين التوضيح ومنظور المريض	تحقق من بيئة المريض الثقافية/ وقابليته اللغوية قبل إعطاء المعلومات، وتأكد من مناقشة هواجس المريض.
تأكد من فهم المريض وناقش الخطة المتفق عليها	تأكد من فهم المريض مراراً لاسيما عند وجود مشكلة لغوية على الرغم من وجود المترجم. أعط فرصة حقيقية معتمداً على خلفية المريض وحالته. وقد يجد المرضى غير المعتادين على التساهم والشاركة أن هذا الاجراء غير مألوف وصعب التعاطي معه.

وفيما يأتي بعض الأمثلة على التعبير الدقيق الذي يساعد الأطباء على اكتشاف وتقييم الاختلافات الثقافية وفي الوقت نفسه يتجنب الأطباء الوصمة النمطية والافتراض. وعموماً، إذا كان سؤال الطبيب أو ملاحظته الأولية ناجحة مع أغلبية الثقافات فهو على الطريق الصحيح. وينبغي السؤال عن المريض الفرد أو عائلة المريض بدلاً من السؤال عن ثقافتهم التي تساعد على التركيز على خصوصية الفرد بدلاً من التعميم. وجاء الأسلوب المستقيم للدعم البليغ من جمع (60) امرأة مهاجرة إلى كندا من ثقافات وأثنيات مختلفة، وحينما سئلن (وكانت تجربتهن في العيش في كندا من بضعة شهور إلى سنين متعددة) عن ماذا يرغبن أن ندرّب الأطباء في الاختلاف الحضاري، وكانت استجابتهن الأولى المخلصة ويأجماع ومصادقة «رجاءً علموهم أن يتعاملوا معنا كأفراد بدلاً عن تمثيلنا لمجموعة ثقافية» وعلى الرغم من أن النسوة يعتقدن أنه من المفيد فهم الاختلافات الحضارية والاختلاف في المعتقدات الصحية. وركزن من دون معرفة المريض الفرد لا يمكن معرفة ما ينطبق من التعميم الثقافي أو العرقي وما لا ينطبق ببساطة. وعرض بحث (Chugh et al. 1994) منطلقاً وافياً إلى ثوابت الاتصال في الاختلاف الحضاري والذي أظهر أن المعتقدات الصحية في مجموعة عرقية في مجتمع متعددة الثقافات كالمدينة الكندية تختلف اختلافاً كبيراً فيما بينها داخل المجموعة نفسها.

وعند تفحص الأمثلة الآتية، ينبغي أن نتذكر أن أهمية التلميحات غير اللفظية للطبيب وقابليته لإلتقاط التلميحات غير اللفظية للمريض والاستجابة لها بأهمية اختيار الكلمات في أقل تقدير.

ما تأثير كل ذلك على حياتك وحياتك من حولك؟ هل تستطيع أن تخبرني ولو قليلاً عن نفسك وعائلتك...؟ أين تسكن...؟ من معك في البيت...؟ أين كان وطنك السابق...؟ ما هي خلفية والديك...؟ هل تمارس طقوساً دينية؟

المهارات الرئيسية في دليل (كالكارى - كامبردج) التي يحتاج الطبيب إلى استعمالها بتمعن وقصد وتركيز أكبر

Key skills of the Calgary-Cambridge Guides which need to be applied with greater depth, intention and intensity

تتعلق أمثلة المهارات من دليل (كالكارى - كامبردج) التي اختيرت تدلل على اهتمام الطبيب لإظهار منظور المريض وفهمه فهماً دقيقاً والاستجابة استجابة واضحة، كما تساعد هذه المهارات على فهم المريض لمنظور الطبيب أيضاً.

مهارات دليل (كالكارى - كامبردج)	استعمل هذه المهارات بتمعن وقصد وتركيز أكبر
البدء	
حَيَّ المريض، واعط مقدمة، أظهر الاهتمام والرغبة والاحترام واهتم براحة المريض البدنية	تأكد من لفظ أسم المريض وكيف يرغب أن ينادى، أبرز رغبة المريض لمشاركته أحد أفراد عائلته في المقابلة أو اختياره الطبيب ذكراً أم أنثى بركة. وقدم المساعدة في توفير مترجم مهني، وإذا وافق، ضمن المناقشة في تحديد قائمة المشكلات ودور المترجم. تحقق من اللغة المفضلة التي تستعمل في المقابلة. واعرض تأجيل المقابلة إذا كان هناك حاجز لغوي كبير. وخذ في الاعتبار موضع نوع الجنس المفضل بين الطبيب والمريض في المقابلة والفحص البدني.
جمع المعلومات	
أكتشف منظور المريض - أفكاره، هواجسه، توقعاته وتأثيرها على نمط الحياة والمشاعر	<ul style="list-style-type: none"> اكتشف اعتقاد المريض في أسباب المرض. التوقعات الثقافية في العلاج. العائلة، الزواج، الدين، العادات. فهم الشبكات الاجتماعية والجماعات. استخدام موارد الطب التكميلي أو البديل في الرعاية الصحية. <p>ربما لا يعي المرضى من بعض الثقافات والخلفية الاجتماعية الربط بين الشؤون النفسية الاجتماعية واعراضهم البدنية. وقد يصعب اكتشاف الكآبة المخفية للاعراض البدنية somatisation في هذه الاحوال. على أن يبقى الطبيب منفتحاً على رؤية المريض وبناء الثقة لفترة طويلة. وربما يقرر الطبيب متى يتقبل خيارات المريض أو رؤيته لمعاناته. بدلاً من مخاطرة تحدي المريض غير الناجحة والتي تؤدي لاحقاً إلى الاضرار بالثقة أو العلاقة بين الطبيب والمريض.</p>
بناء العلاقة	
إظهار سلوك غير لفظي مناسب، وقبول رؤية المريض ومشاعره من دون الحكم عليها	كن حذراً للاختلاف الثقافي في السلوك غير اللفظي (الاتصال البصري، اللمس، القرب (proximity)، قيم أفكار المريض ومعتقداته من دون الحكم عليها أو التعامل معه بنمطية إثنيته أو بتنازل له (مثل: قبول رغبات المريض وعائلته عند الفحص البدني وطلب الفحوص والعلاج). تجنب الافتراض أو تحقق منها. تعامل بركة مع الاختلافات الثقافية في موضوعات، مثل: المشكلات الجنسية، تناول الكحول أو الادمان عليه أو على المواد الكيميائية الأخرى والعنف المنزلي.
قدم الدعم	التعبير عن الدعم الواضح

الأولية تناول عدداً من الموضوعات ومن ضمنها الاتصال الفاعل في الاختلاف الثقافي التفسير والترجمة. وسلط ضوءاً على الوعي المطلوب لأهمية نموذج جبل الجليد الغاطس في المقابلة الطبية- قد يعي الأطباء الجنس والعمر والعرق والقومية ولكنهم قد يغفلون البيئة الثقافية مثل الحالة الاقتصادية والاجتماعية، الدين والاتجاهات الجنسية والسياسية. وعند اكتشاف رواية المرضى ودراسة الحالة العميق تقدم بنا عمل (Geist-Martin et al. 2003) إلى التقرب أكثر من (Geist-Martin et al. 2003) تجارب المرضى وإدراك المواضيع الثقافية وموضوعات الاختلاف في الرعاية الصحية. واقترح أساليب مفيدة لتحسين الاتصال في البيئات المختلفة. ووجدت وصفات مفيدة أخرى في بحث (Steele 2002) لتجاوز الحواجز الثقافية واللغوية. ودراسة (Fadiman 1997) حول طفلة هاموك الذي بين كيف تصادمت الثقافة الطبية التي تعالج فيها مع نظام معتقدات عائلتها.

الموضوعات المتعلقة بالعمر

Age-related issues

ندرس في هذا الجزء الاتصال بكبار السن (وذويهم واصدقائهم المساعدين لهم عند الضرورة) كما ندرس الاتصال بالأطفال وذويهم. وتعرض إلى بعض النماذج الممثلة للمهارات من الدليل.

كبار السن المرضى

Older patients

أزداد عدد كبار السن في جميع أنحاء العالم تدريجياً خلال القرن الماضي. وتشير إحصائيات العالم الغربي أن (35٪) من السكان هم أكبر من (65) سنة في عام (2030). ويحتاج الاتصال بكبار السن اعتباراً خاصاً، وفيما يأتي بعض الأسئلة التي يحتاج كل الأطباء أن يسألوا أنفسهم حينما يقابلون مريضاً كبيراً في السن، اعتماداً على بحث (Geisler 1991):

- ما المشكلات النفسية والبدنية المتعلقة بالعمر التي يعاني منها هذا الشخص؟
- هل يعيق فقدان السمع أو الأمراض العصبية الشخص من الاتصال؟ وإذا كانت نعم، ما احتاج أن اعمل بشكل مختلف؟
- ماذا يعني المرض أو الاقتراب من الموت لهذا الشخص؟
- إذا طلب المريض استشارة لمعاونة، هل هذا تلميح من المريض لحاجته المساعدة عن طريق آخر؟
- هل يعاني من الكآبة أو الوحدة، أو الخوف من العجز أو فقدان الاستقلالية أو الموت؟
- ماذا اعلم عن عالم هذا الشخص، ماذا عانى في حياته السابقة؟
- هل هناك محددات في التدبير الطبي للشخص واحتاج أن اضعها في الأولويات؟
- ماذا يتوقع مني كطبيب؟
- هل يساعد المريض ذويه أو اصدقائه؟ هل يحتاج أو يرغب المساعدة وكيف لي أن اشركهم بذلك؟
- هل يعالج الشخص من عدد من الاختصاصات؟ هل استمرارها يشكل معضلة؟

أنا أعلم أن مشكلات الخصوبة قد تؤدي إلى توتر عائلي - هل هذا صحيح لديك؟

في بعض الأحيان تبدو الخلفية العائلية أو الاجتماعية مهمة جداً حينما تكون المشكلة تتعلق بالامراض النسائية، فمثلاً: لدى الاشخاص الكاثوليك رؤية شديدة تجاه منع الحمل. هل تؤثر خلفيتك الثقافية على تفكيرك في شأن المشكلة التي تعانيتها؟

وهكذا وبعد ذلك واستناداً لاستجابة المريض:

ذكرت لي أنك من افغانستان. لا أعرف أي شيء عن ثقافة افغانستان... هل من الممكن مثلاً أن يصافح الطبيب مريضه؟ ما المفضل لديك عند اللقاء؟

أنا أدرك الاحباط الذي تعانیه والذي يؤدي إلى انني لا أستطيع أن افهم كما ترغب، هل يساعد إذا جلبنا مترجماً؟

أرغب أن أعرف أي نوع من العلاج تتوقع أو تأمل؟ ولحدود علمي بالثقافة الصينية، قد تبدو مختلفة جداً عما نقدم هنا. وإذا كان ذلك صحيحاً لك، أنا أودّ المساعدة.

لقد أخبرتني أن جسمك يؤلمك... هل لديك فكرة لماذا تعاني من ذلك؟

عبارات مفيدة أخرى وتشمل:

- حينما لا تعرف المريض أو اقاربه وغير متأكد فيما إذا كنت تستطيع مصافحته:
 - لاحظ استجابة المريض.
 - أعتذر إذا ما بدا لهم اعتداء.
 - تأكد من قيامك بعمل آخر يزيد من بناء العلاقة.
- أطلب الموافقة إذا رغبت أن تسأل سؤالاً حساساً: هل ممكن أن أسألك حول هذا الموضوع أم لا؟
- أسأل عما يفيد: أنا احتاج لـ... هل هناك أمر يساعدك في هذا الشأن؟
- وضح لماذا:
 - «قد يكون هذا صعباً عليك - لأن السبب الذي لأجله أسألك / لسبب...»
 - «في بعض الحالات لدى الأفراد توضيحهم الخاص للأمر ومن المفيد فهم منظور المرضى»
 - «أعلم أن بعض النساء يفضلن طبيبة لفحصهن، هل هذا مهم بالنسبة لك؟»

وزود (Eleftheriadou 1996) ملخصاً عملياً موجزاً لما ينبغي اعتباره حينما نتصل بمريض من ثقافة مختلفة. وعرض أمثلة مفيدة لتحسين الاتصال. ويحتوي كتاب المقابلة الطبية لـ (Cole and Bird 2000) فصلاً مفيداً عن هذا الموضوع. وفي كتاب (Kai 2003) الحديث عن العرق، والصحة والرعاية

مهارات دليل (كالكارى - كامبردج)	استعمل هذه المهارات بتمعن وقصد وتركيز أكبر
استخدام اللغة المناسبة	ينبغي استخدام اللغة الواضحة مع المريض المشوش، المرتبك، الغاضب أو الذي يعاني من صعوبة النطق أو السمع. تحقق من افتراض اسباب صعوبة الاتصال وما العوامل المؤدية لها؟ هل كان الألم أو الأدوية عاملاً مهماً؟ وهل الرطانة أو اللغة التي يستخدمها الطبيب هي المشكلة؟ وإذا ما عانى المريض من التلعثم أو الصمم، تحقق من الإدراك وتأكد فيما إذا كان هناك طريقة أسهل للاتصال، وهل يفيد الاتصال الكتابي؟ وإذا كان في المستشفى، تأكد من استعمال المريض لسماعة اذن وهل تعمل وفي مكانها الصحيح؟
اكتشف منظور المريض	وهنا من المهم اكتشاف منظور المريض. وتأثير حالته على حياته والتي غالباً ما تنبئ بتوقعاته أو المتابعة التي تخص علاجه والتي ينبغي أخذها بالاعتبار.
بناء العلاقة	
اظهر تلميحات غير لفظية مناسبة	الصبر مع الوقت - من الضروري مجازاة خطى المريض
اظهر رقة وتعاطف وقبول ودعم	ربما يحتاج المسنون إلى عاطفة كبيرة ودعم عملي. وقد يساعد محاولة تقدير المأزق الذي يعانون منه كفهم السلوك الشاذ أو الغريب الذي يبدو للوهلة الأولى. وأن الاستجابة للمشكلات العويصة مثل سلس البول بطريقة تعاطفية واحترام - ربما يكون مساعدة عملية.
هيكل المقابلة	
التلخيص والانتقال المُعلم	من المفيد استعمال هاتين المهارتين بتناغم وتناوب ولاسيما عند المسنين الذين يعانون من صعوبة السمع وفقدان الذاكرة. وقد يتيه كبير السن في روايته ويحتاج إلى مساعدته وارجاعه إلى هيكل الرواية بالتلخيص وتحديد الانتقالات المهمة التي تساعد كلا الطرفين الطبيب والمريض. ويسمح هيكل المقابلة بتحقيق الطبيب من الأسئلة أو الخطط مع المريض ومقدمي الرعاية الآخرين، مثل: عرفت أنك تواجه صعوبة للذهاب للتسوق حالياً...هل يمكن أن تسمح لي التحقق من ابنتك للحظة...أين يسكن؟ أن فحص الذاكرة أداة مفيدة لتقييم المسنين- وهذا يحتاج إلى الانتقال المُعلم بعناية لتجنب المضايقة أو الغضب.
التوضيح والتخطيط	
معلومة بسيطة مع تحقق استعمال المخططات	استعمل لغة واضحة ومن دون رطانة ومعلومة صغيرة وتحقق من فهمها. استعمل الاشكال والمخططات والتعليمات المكتوبة ولاسيما مع الادوية، لفائدتها لفاقد الذاكرة ومقدمي الرعاية لهم.

أظهر ستيوارت وجماعته (Stewart et al. 2000b) فائدة إسهام كبار السن ومشاركتهم الفاعلة في المقابلة الطبية عند مراجعتهم لـ (50) بحثاً حول اتصال الطبيب بكبار السن. ووصفت الدراسة تأثير الاتصال على توقعات كبار السن واتخاذهم للقرارات والاسترجاع والالتزام والقناعة ونتائج الرعاية الصحية العاطفية والبدنية ومدة الإقامة في المستشفى. وأن الأبعاد الاتصالية التي ظهرت من دراسة المراجعة كانت التوافق بين توقعات الطبيب وكبير السن للمقابلة الطبية واسهام المريض في طرح الأسئلة وتقديم المعلومات بطريقة رقيقة وادراك المعلومات الدقيقة التي قدمها الطبيب والمناقشة التوافقية حول الموارد والمسؤوليات، ومناقشة الجوانب المهمة من سياق حياة المريض، وتوجه الطبيب في الرعاية واستمراريتها.

المهارات الرئيسية في دليل (كالكارى - كامبردج) التي يحتاج الطبيب إلى توظيفها بتمعن وقصد وتركيز أكبر

Key skills of the Calgary-Cambridge Guides which need to be applied with greater depth, intention and intensity

إن المبدأ والأساس الأول في علاج الاشخاص هو علاج الفرد بدلاً عن علاج «كبير السن» وهنا ينبغي التعامل المماثل للموضوعات الثقافية. ولسوء الحظ يشيع مفهوم الشيخوخة في الرعاية الصحية. ونحن نشجع الطبيب دائماً أن يسأل نفسه: هل أعمل بطريقة غير صحيحة أو مناسبة من الافتراض أو التعميم على أساس العمر مع هذا المريض بدلاً من البحث في مشكلاته ككفرد؟ فمثلاً: واعتماداً على العمر، هل افترض أن هذا الشخص يعاني من عجز أو عاهة أو لا مبالاة أكثر من الواقع؟ وفيما يأتي بعض المهارات الرئيسية التي تستحق الانتباه الخاص عند العمل مع كبار السن:

مهارات دليل (كالكارى - كامبردج)	استعمل هذه المهارات بتمعن وقصد وتركيز أكبر
البدء	
بناء الألفة	يحتاج الطبيب أن يعطي اهتماماً خاصاً لـ مثل: ضعيفي السمع والبصر أو فاقدته. غالباً ما يزور كبير السن الطبيب مع أحد أقاربه أو أصدقائه - وهنا ينبغي بناء الألفة معهم جميعاً.
التحري	يحتاج الطبيب أن يتذكر أن التحري وصياغة الأولويات مهمة خاصة مع كبار السن لأن وجود عدة مشكلات كامنة أو عجز متعدد مع الوقت، وتذكر: <ul style="list-style-type: none"> • أن نوع المشكلات وعددها لا ترتبط وظيفياً بالضرورة. • ليس جميع المشكلات فاعلة حالياً. • لا تحتاج جميع المشكلات إلى مساعدة. • ليس جميع المشكلات في قائمة المريض.
الانصات الفاعل	من المهم جداً قياس حالة المريض الانفعالية مبكراً وعلى طول المقابلة لأن القلق والكآبة شائعتين عند كبار السن وقد لا تكون واضحة للعيان.
جمع المعلومات	
اسأل أسئلة توضيحية	غالباً ما ينصت الطبيب لرواية معقدة عند مقابلة كبار السن وتبدو كمية المعلومات كبيرة ومحيرة. وهنا تصبح مهارة التوضيح وتسلسل الأحداث والتلخيص والتدقيق مهمة جداً. فمثلاً: أطلب بصراحة من المريض أن يوضح مشكلته من أين بدأت إلى الوقت الحالي، أو قد تكون مفيدة عند طلب التوضيح في حقبة من حقبة المعاناة.
التقط التلميحات	ربما يكون المريض متضامناً ولكنه حريص على مناقشة الموضوعات مثل: سلس البول، الفسق المغنبي، أو ورم الثدي- التقط تحقق واستجب للتلميحات اللفظية وغير اللفظية المهمة.

Continued

المهارات الرئيسية في دليل كالغاري - كامبردج التي يحتاج الطبيب إلى توظيفها بتمعن وقصد وتركيز أكبر

Key skills of the Calgary-Cambridge Guides which need to be applied with greater depth, intention and intensity

مهارات دليل (كالغاري - كامبردج)	استعمل هذه المهارات بتمعن وقصد وتركيز أكبر
البدء	
التحضير	اخلق جواً مناسباً للطفل وعائلته. تشمل لعب وكتب تناسب عمره: وأعطِ اهتماماً لوضعية الجلوس حتى البالغين والأطفال الحاضرين وتعرف عليهم من خلال الطفل إذا كان قادراً على ذلك. العب مع الطفل لاشراكه أو درش مع الكبار بحديث عام. قس مستوى راحة الطفل أولاً وتصرف على وفق لذلك. أبد الاهتمام والرغبة. واسع لراحة الطفل والوالدين)
حد أسباب المقابلة	تأكد من قدرة الطفل على إدارة الحديث وكيف يشارك الآخرين. وهل يبدأ بالحديث؟
جمع المعلومات	
أنصت، شجع، واستعمل الأسئلة المفتوحة والمغلقة بطريقة مناسبة	العب وأجمع المعلومات في وقت واحد مع الاطفال الصغار. شجع بفاعلية لرواية قصة المعاناة وبعبارة الطفل وذويه. استعمل الأسئلة المفتوحة والمغلقة بطريقة مناسبة لعمر الطفل - أسئلة الخيارات المتعددة مناسبة للأطفال الصغار. والرواية أفضل عند الأطفال الكبار. حدّد وقدر الآراء (المعتقدات عن أسباب المعاناة التي قد تختلف بين الطفل وذويه). حدّد منظور المريض وذويه إذا كانا مختلفين.
فهم منظور الطفل ومنظور والديه	شجع التعبير عن المشاعر (ربما يستطيع الوالدان التعبير عن مشاعر الطفل ولكن وفر فرصة للطفل للتعبير عن رؤيته) وضمن الآتي: • الحمل والتاريخ المرضي للولادة. • التطعيم والتاريخ المرضي للطفل. • تاريخ التطور والنمو. • الأدوية الحساسية. • التاريخ العائلي والاجتماعي.
الهيكل	
استخدم التلخيص الداخلي والانتقال المعلم	استعمل هذه المهارة بتكرار، لاسيما حينما تنقل الانتباه من الطفل إلى الوالدين والرجوع مرة أخرى للطفل، فمثلاً: ديفيد، قالت لي أمك توأ عن ألم البطن وماذا تعتقد هو... والآن أرغب أن اسمع منك، هل تستطيع أن تحدد مكان الألم بالضبط... هل يمكن أن تشير عليه؟

Continued

وقد زدونا (Mader and Ford 1995) برؤية مفيدة عن الاتصال بكبار السن. وأفرد (Geist- 2003) (Martin et al. 2003) فصلاً كاملاً في كتابهم عن الاتصال لجميع المراحل العمرية - من الطفولة إلى الهرم - الذي تضمن رؤى ناضجة عن رواية المرضى ومقترحاتهم عن الاتصال الأكثر فاعلية في مختلف جوانب الصحة.

الاتصال بالأطفال وآبائهم*

Communicating with children and parents

ينبغي عند الاتصال بالأطفال أن نتذكر أمراً حيوياً: أن الطفل هو المريض، في حين يُعقد الاتفاق مع الوالدين. وفي هذه المقابلة الثلاثية الأطراف ينبغي على الطبيب أن يتصل بالوالدين) والأطفال معاً. ولتغلب على الصعوبات ينبغي أن يعطي الطبيب انتباهها خاصاً لكل شخص على انفراد. ومن المهم في بداية المقابلة أن نركز على الطفل ولا نحول انتباهنا كاملاً إلى الوالدين). ونسأل الطفل إن كان يرغب أن يحكي معاناته أو يفضل أن يعرض والديه مشكلته. كما أن لدى الأطفال احتياجاتهم الخاصة التي ينبغي أن نهتم بها، وذلك لتحسين رضاهم والتزامهم بالعلاج (Pantell et al. 1982).

كثيرة هي مشكلات الأطفال الطفيفة التي يُطلب فيها الرعاية الطبية ولكنها تؤدي إلى قلق هام للوالدين. أما المعاناة الخطيرة عند الأطفال فإنها تربك جميع الآباء والامهات. لذلك ليس من الغريب في كلتا الحالتين أن يرتبط رضا الوالدين بالاعتراف المناسب بقلقهم وتوقعاتهم في أثناء المقابلة الطبية (Korsch et al. 1968; Mangione-Smith et al. 2001).

ويحاول الوالدان مقاطعة اولادهم في أثناء المقابلات الطبية (Tates and Meeuwesen 2000). وقد لا يتفقون مع نظرة اولادهم لمشكلاتهم لاسيما المشكلات السلوكية، ومن المفيد التقاط تلميحات كلا الجانبين واختلافاتهم. وقد يحتاج الطبيب أن يقابل المراهق والوالديه كلاً على انفراد ومن المهم جداً عدم تهميش المراهق. ومن المحتمل أن يشجع نمو علاقة ناجحة بين الأطباء ومرضاهم الصغار. بتقييم جميع الأطفال واحترام رؤيتهم (Dixon-Woods et al. 1999; Young et al. 2003).

ويجلب الأطفال صعوبات مختلفة في المقابلة، وتعد مقابلة الرضع من أسهل المقابلات لأن أغلب الخطاب موجه إلى الوالدين). ويحتاج إشراك الرضع والأطفال الصغار إلى مهارات خاصة، إذ يخشون طبيعياً من الأجواء الجديدة والغرباء. أما الأطفال قبل المراهقة فهم خجولون وانطوائيون جداً، كما هو الحال عند المراهقين بل قد يكون الوضع أشد. ومن المهم جداً، أن لا يفرض الطبيب رؤيته على الأطفال الكبار والمراهقين بل عليه أن يقدم الفرص لإشراكهم الجدي في مرحلتهم جمع المعلومات والتخطيط من المقابلة (Lewis et al. 1988).

يساعد التقدير المرن للغة الطفل وتطوره الإدراكي في تنمية مهارات الاتصال به - وكما هو التعرف على فهم الطفل لمعاناته أيضاً (Bibace and Walsh 1981; Ginsburg and Opper 1988).

وتعتمد مهارات المقابلة الناجحة مع الأطفال على أغلب المهارات الأساسية التي تطبق في مقابلة البالغين، ولكن من المهم أن نتذكر، أن هناك دراسات نادرة على الحيوية التفاعلية والمهارات التي تحتجها المقابلة الثلاثية لتكون ناجحة وفاعلة (Tates and Meeuwesen 2001). والجزءان اللذان يحتاجان إلى التركيز هما افتتاح المقابلة وبناء العلاقة. فمثلاً، تعطى الأهمية الأولى لبناء الألفة في المراحل الأولى من المقابلة للأطفال الدارجين «toddlers» أو الذين هم في مرحلة ما قبل المراهقة، والتي تطمئن المريض وتريحه خلال مجمل المقابلة وتعيد الطريق إلى تحمل الفحص البدني المؤلم أو الفحوصات الأخرى.

* نحن مدينون للدكتورة راشيل هاول لمساهمتها ورؤيتها في هذا الفصل

أو كبير السن. لذلك من الضروري أن ينصت الطبيب بعناية ويتحقق بتكرار لفهم الموضوع والاستجابة باهتمام، إذا ما أريد أن تكون المقابلة الهاتفية فاعلة. ويحتاج تشجيع المريض للكلام واستعمال التيسير اللفظي لأن التيسير غير اللفظي غير ممكن مثل: م م... م م... هاها... يا.اي اي... أو بوضوح أكثر أنا الاحظ... استمر... أخبرني أكثر... نعم... نعم... وأن اكتشاف هواجس المريض وأفكاره وآماله في المقابلة أمر حيوي. وإذا ما أبدى المرضى قلقاً في المقابلة الهاتفية فهذا غالباً ما يدل على تجاربهم الصعبة السابقة في الاتصال التلفوني. والتي قد لا ترتبط بالمجال الطبي (Hopton et al. 1996). والتقط بوضوح تلميحات المريض التي تساعد على الدخول بطريقة كفوءة وتعاطفية: «يبدو لي أنك قلق جداً... أستطيع أن اسمع من صوتك أنك تبدو قلقاً...» وفي بعض الأحيان، يحتاج الطبيب أن يتحدى بعناية: «يبدو أنك غير مقتنع بما قلت لك تواتراً؟» وقد يجد الشخص الذي يعاني من ضعف السمع صعوبة في التفاعل الهاتفي. ومن السهل الاختصار وقصور توضيح بعض الأجزاء الخاصة من قصة المريض واهمال تشخيص مهم.

وللمفارقة، فإن وقت المقابلة الهاتفية قد لا يقل عن وقت المقابلة الاعتيادية لأن من الضروري التوضيح غير القابل للشك لمحتوى المرض والمعاناة. أسأل المريض فيما يرى أو يشعر («كيف يبدو لك الطفح؟» أو «كيف يبدو ذكاء طفلك؟») قد تسمح للطبيب بتدبير المشكلة بسلام من دون رؤية المريض. وينبغي أن تعطى المعلومات بوضوح وبساطة، بجرع قليلة وتحقق متكرر. وتفيد الإعادة والتلخيص لخطة التدبير لأكثر من مرة. والطلب من المريض إعادة التفاصيل المهمة ثانية للطبيب أمر ضروري في مهارة الإعادة. وغالباً ما يساعد تقديم الخيارات لإيجاد قاعدة للفهم المشترك (أنظر الفصل السادس)، وتسمح المناقشة للتقدم بيسر أكبر. ويصعب الاغلاق حينما يشعر المريض أن حاجاته لم تلَب. لاسيما حينما تكون خطة المتابعة غير واضحة أو لم يوافق المريض الطبيب على المقترحات، ومن الضروري تسجيل فحوى المقابلة.

وفي ممارسة الرعاية الصحية الأولية وخارج اوقات الدوام حينما لا يعرف الطبيب المريض سابقاً فإن المقابلة الهاتفية قد تسبب مشكلة خاصة. وأجرى (Males 1998) في المملكة المتحدة دراسة نوعية عن خبرة الأطباء في إعطاء النصائح الهاتفية ووجدوها مفيدة.

المهارات الرئيسية في دليل كالغاري - كامبردج التي يحتاج الطبيب إلى توظيفها بتمعن وقصد وتركيز أكبر

Key skills of the Calgary-Cambridge Guides which need to be applied with greater depth, intention and intensity

مهارات دليل (كالغاري - كامبردج)	استعمل المهارات بتمعن وقصد وتركيز أكبر
البدء	
التحضير	أحب على المكالمة أو اتصل فوراً.
ضع مقدمة	و حينما تكون أنت المتصل هي المعلومات الضرورية قبل أن ترفع سماعة الهاتف. تأكد من أنك تتكلم مع المريض الصحيح-وربما لا تعرف صوت المريض حتى لو تعرفه أو تعرفها سابقاً.
انشئ إلفة	أستعمل نغمة صوت وعبارات دعم ابتداءً لأجل بناء إلفة.

مهارات دليل (كالغاري - كامبردج)	استعمل هذه المهارات بتمعن وقصد وتركيز أكبر
الفحص البدني	
اخلق جواً مناسباً للفحص	يشمل فحص الطفل الصغير: <ul style="list-style-type: none"> الخيارات حضن الوالدين، سرير / عند اللعب. استعمل أقل تداحل ممكن أولاً. استعمل اللعبة لتيسير الفحص. انتبه الفرص. فحص الطفل الكبير: توقع أن يكون مزعجاً ويحتاج إلى خصوصية. أسأل الطفل من يرغب أن يكون معه.
التوضيح والتخطيط	
اعط كمية معلومات ونوعية صحيحة	اعط كمية معلومات ونوعية صحيحة مناسبة للطفل وذويه يمكنهم فهمها. يمكن أن يكون من المناسب أن يوضح الوالدين) للطفل بالنيابة عنك. ضمن منظور المريض والديه في أثناء إعطاء المعلومات أشرك المريض والديه في اتخاذ القرار حينما يكون مناسباً.
ضمنها منظور المريض	
أشرك المريض باتخاذ القرار	
اغلق المقابلة	
شبكة السلامة	تعد شبكة السلامة مهمة جداً لقناعة الوالدين وادراكهم الدقيق.

أسهم بحثان منشوران عن هذا الموضوع، ((Perrin and Gerrity (1981) and Santrock (1998) في النظر إلى مقابلة الأطفال وعائلاتهم. وبين فلم مفيد (Korsch 2002) الاتصال الفاعل بين الطفل المريض والطبيب وبتركيز خاص لتقليل عدم تكافؤ القوة.

مقابلة الهاتف

The telephone interview

أصبحت المقابلة عبر الهاتف طريقة شائعة لاتصال الطبيب بالمريض في الوقت الحالي. ولمناقشة وتدبير المشكلات البسيطة والإدارية ومتابعة الحالات الحادة والمستديمة التي يمكن إنجازها بفاعلية بالهاتف (Pinnock et al. 2003). وبيّن مراجعة (Car and Sheikh 2003) للمقابلات الهاتفية أن مستوى رضا المريض كان عالياً في هذا النمط من الاتصال. إذ يقمّم المرضى سرعة الاتصال وتحسنه، كما يقلل وقت السفر والكلفة، كما يمكن تكرار الاتصال. ولكن هناك دراسات قليلة عن المهارات التي يحتاجها الطبيب للمقابلة الفاعلة أو تدريب الأطباء ليتمكنوا من استعمال هذه الوسيلة بمهارة وقناعة، وهي حيوية إذا ما أريد ضمان النوعية والسلامة (Toon 2002).

وعلى الرغم من أن مهارات الاتصال الأساسية تبدو مناسبة للمقابلة الهاتفية لكن هناك بعض الاختلافات المهمة وهنا نشير إلى الحاجة إلى استعمال بعض المهارات بتمعن أكبر ودقة ولاسيما إذا كان المريض يفتقد القناعة.

ويمكن أن يقلّ فهم الموضوع لأن التلميحات الطبيعية غير اللفظية المصاحبة والمهمة في إرسال وتفسير الرسائل غير متوفرة للطبيب والمريض معاً. وعند الطوارئ، من الشائع أن يتصل شخص ثالث بدلاً عن المريض

الكآبة المخفية والذهان

Hidden depression and psychosis

تُظهر مقابلة مرضى الأمراض العقلية أهمية المهارات الأساسية في جمع المعلومات ولاسيما أخذ تاريخ مرضي دقيق وبناء العلاقة.

كشف الكآبة المخفية وتقييم خطر الانتحار

Uncovering hidden depression and assessing suicidal risk

تعد الكآبة اعتلال نفسي شائع يمكن إغفاله بسهولة في الممارسة الطبية. ويعتمد التشخيص الدقيق على مهارة الطبيب. وهنا نحتاج أن نسلط الضوء على مهارات الصياغة، ليس لتساعد المريض على الإدلاء بقصته بصورة أيسر واكتشاف منظور المريض حسب، وإنما لإظهار جميع المعلومات المهمة للمقابلة النفسية الخاصة، ولاسيما مستوى كآبة الشخص وهل لديه أفكار انتحارية أم لا؟ وتختلف المقابلة النفسية عن جميع المقابلات الأخرى وذلك لأن الفحص الذهني جزء متكامل لعملية المقابلة - وإن المقابلة هي التاريخ المرضي والفحص في آن واحد. وإن استعمال مهارات الصياغة في الدليل بدقة وبشكل عطوف يمكن لها أن تلي حاجات المقابلة النفسية. والتي تعد واحدة من أصعب مطالب المهام الطبية. ولا يحتاج المقابل إلى بناء الألفة واكتشاف أكبر ما يمكن من قصة المريض فقط ولكنه يحتاج إلى تقييم منهجي للحالة العقلية.

ويشعر كثير من المرضى المكتئبين أنهم لا يستحقون أهدار وقت الطبيب. وهي مزية تناسب معاناتهم التي يشعرون خلالها أن من الصعوبة على الأطباء الانصات لهم وفهمهم فهماً كاملاً. ولذلك فهم يتلقون رعاية أقل فاعلية من التي يحتاجونها ويستحقونها (Gask et al. 2003). وإن التركيز على بناء العلاقة منذ لحظات المقابلة الأولى يشجع المريض على الانفتاح والتعبير عن معاناته بكلماته ومشاركته بمشاعره حول الموقف الذي يجد نفسه فيه - وهو جزء من أسلوب علاجي مهم. وإن مهارات بناء الألفة والتعبير التعاطفي والدعم وسؤال المريض أسئلة محرجة بركة تساعد الطبيب على اظهار الحقائق الرئيسة، مثل: هل يعاني المريض من اضطراب شديد في المزاج وذلك بشعوره بعدم أهميته، فقدان المتع والشعور بالذنب المرضي مع التغير في الشهية والوزن ونمط النوم. ومن الضروري اكتشاف فيما إذا تراود المريض أفكاراً تخطر بالانتحار، وفقدان الأمل، وأذى النفس أو الانتحار. ويجب استعمال تقنيات الأسئلة المفتوحة والمغلقة الدقيقة المصحوبة بالعطف والرغبة لملاحظة خبرات المريض.

ينبغي التأكيد مرة أخرى على أهمية الأخذ بالمرونة في استعمال الأسئلة المفتوحة والمغلقة. وقد يستجيب المريض المصاب بالكآبة الشديدة إلى الأسئلة المفتوحة والعبارات التطمينية التي تساعد على التعبير عن مشاعره وقد ييؤح بالمعلومات التي يحتاجها الطبيب. ولكن قد يحتاج المريض كذلك إلى مجموعة من الأسئلة الموجهة لتساعده للإدلاء بمعاناته، وقد يكون جزءاً منها يصعب البوح به (مثل، تفاصيل النوايا الانتحارية). كما أن الطبيب قد يحتاج إلى اتخاذ قرار: إلى أي حد يستمر أن يبقى باب الأسئلة المفتوحة للمصاب بالكآبة الشديدة في محاولة لبناء الألفة والحصول على المعلومات المطلوبة، أو متى يتحول إلى أسئلة أكثر اغلاقاً. ليتبين مستوى الكآبة واحتمالية محاولات الانتحار القادمة وفيما إذا كان السماح للمريض الرجوع إلى البيت ممكناً.

مهارات دليل (كالكارى - كامبردج)	استعمل المهارات بتمعن وقصد وتركيز أكبر
Continued	
جمع المعلومات	
انصت بفاعلية	أعطِ اشارات لفظية بدلاً من الانصات بصمت.
قس عواطف المريض	التقط التلميحات واستجب لها لفظياً وبوضوح.
وضّح	وضح القصة السريرية بعناية، مستعملاً الأسئلة المباشرة.
اكتشف الهيكل التوضيحي للمريض	وضّح أن أفكار المريض وواجسه وتوقعاته قد فهمت قبل الشروع بالتوضيح والتخطيط.
بناء العلاقة	
أظهر التعاطف، والقبول قدم الدعم بحنان	ينبغي إظهار هذه المهارات لفظياً وبتكرار.
هيكل المقابلة	
استعمل تلخيص داخلي وانتقال معلّم	استعمل هاتين المهارتين بترادف متكرر حينما لا ترى المريض لأجل توضيح الانتقال بين الأسئلة المفتوحة والمغلقة.
التوضيح والتخطيط	
جرعة وتحقق	تحقق من الفهم والموافقة لفظياً بدلاً من استعمال هز الرأس مثلاً.
استعمل لغة واضحة من دون رطانة وافسح مجالاً	هذه المهارة مهمة لاسيما عند التشويش في خط الهاتفني. ويفيد إعطاء القليل حول المآل في بداية المعاناة، ولاسيما حينما يتفق الطبيب والمريض بعدم ضرورة اللقاء وجهاً لوجه.
قدم خيارات	قدم الخيارات قبل محاولة الاتفاق على الخطوة. تحقق من قبول خطة التدبير. وهي أكثر من تظمين المريض بعدم الحاجة لزيارة الطبيب في هذه المناسبة.
مناقشة خطة التدبير	شجع المريض على إعادة النصائح التي أعطيت له. أسأل المريض هل لديه أية أسئلة أو هواجس.
الاغلاق	
لخص وتحقق من شبكة السلامة	تحتاج هذه المهارات إلى انتباه خاص في المقابلة الهاتفية، للسلامة السريرية والمحافظة على الألفة وقناعة المريض.

«أنا مندهش كيف تكون واطفاً لهذه الدرجة... هل تحمل على نفسك وتخبرني؟»

«تبدو كثيراً اليوم... هل ترغب إخباري، ما شعورك؟»

«لقد أخبرتني أن إحساسك بفقدان الأمل والذنب يعبر عن موقفك الحالي. هل تظن بإمكاننا مساعدتك؟»

أنت تستغرب إذا ما كنت تعاني من الكآبة، أرغب أن أسألك بعض الأسئلة عن مزاحك وتركيزك وشهيتك ونمط نومك والتي تساعدنا في فهم حالتك»

«هل شعرت ولو مرة واحدة أن هناك ضوءاً في نهاية النفق؟»

«قلت لي أنك تعاني من صعوبة النوم، ماذا يراود ذهنك حينما تضطجع وتقلب في فراشك؟»

«يشعر بعض الناس بأنهم لا يستطيعون الاستمرار وهم مكتئبون. هل لديك أفكاراً كهذه... وترغب التخلص منها نهائياً؟ هل وضعت بعض الخطط؟»

«لقد تناولت جرعة خطيرة من الباراسيتامول ليلة أمس، كيف تشعر حول ذلك الآن: هل أنت مسرور أم أنك خائب الأمل لفشلها.»

المرضى الذهاني

The psychotic patient

يؤدي المرضى المصابين بالهلاوس والهلام والتحديات اتصالية جمة. وفيها يبدو المريض بعيداً عن الواقعية - وقد يكون المريض مخادعاً أو في حالة مرضية حادة، تافه، شكوك، عنيف ولديه بصيرة معتلة. ولا يتمكن المريض من التصرف الطبيعي وغالباً ما يعاني من اعتلال مهاراته الاتصالية، ويكون مرعوباً وشكاكاً. وفي الحقيقة، ربما من المستحيل أن يتمكن الطبيب من بناء علاقة معه - وأية محاولة للتقرب منه قد تفسر خطأ ويشعر بالتهديد. ومن ناحية أخرى، يقيم المريض العقلي عالياً فهم الطبيب لحالته.

وتتميز بداية مقابلة المريض الذهاني بعدم الثقة التوافقية والألفة في الدقيقة الأولى أو الدقيقتين الأوليتين التي تؤدي سريعاً إلى التصادم والصعوبات. وقد يعقد سريان المقابلة قلق ذوي المريض أو اصدقائه وأحياناً غضبهم. واقترح (Davies 1997) استعمال الأسئلة المفتوحة في بداية المقابلة وحيويتها لتوضيح طبيعة المعاناة الحالية وإرساء الألفة. وأن استعمال الأسئلة المفتوحة أو المغلقة ليس سهلاً، ومع ذلك أظهر (Davies 1997) أنه يمكن الحصول على معلومات أكثر إذا ما استعمل الطبيب مسباراً خاصاً للأسئلة المباشرة واستعمال مخروط الأسئلة المفتوحة - المغلقة (أنظر الفصل الثالث) بمرونة، وسنستكشف هذه الأساليب بتفصيل أكثر.

وقد يصعب جداً إشراك المريض بالعلاج التوافقي بسبب اعتلال البصيرة أو إذا وافق المريض على زيارة الطبيب بسبب الضغط العائلي أو الإخبار القانوني. كما يعد مناقشة العلاج مع المريض الذهاني تحدياً كبيراً وربما يستحيل ذلك - مثل: حينما تضطر الحاجة لادخاله قسراً المستشفى.

إن التحدي الذي ينبغي أن يتجاوزه الطبيب هو التغلب على موانع الاتصال وفي الوقت نفسه جمع المعلومات التي غالباً ما تكون من التلميحات المختلفة حول وجود الاعتلال الذهاني وشدته. ويحتاج الطبيب «ربما القلق» إلى مهارات اتصال من مستوى عالٍ ليتمكن من جمع المعلومات الحساسة بطريقة

المهارات الرئيسية في دليل (كالكاري - كامبردج) التي يحتاج الطبيب إلى تطبيقها بتمعن وقصد وتركيز أكبر

Key skills of the Calgary-Cambridge Guides which need to be applied with greater depth, intention and intensity

مهارات دليل (كالكاري - كامبردج)	استعمل هذه المهارات بتمعن وقصد وتركيز أكبر
البدء	
أنشئ الألفة الأولية	كيف تحيي مريضاً كثيراً بصورة معلنة متوافقاً مع حالته ومزاجه يبدو ذلك أمراً صعباً. ومن المهم جداً النقاط التلميحيات اللفظية وغير اللفظية والاستجابة لها لبناء الألفة الأولية. وتأمّل خصوصاً تعبيره الوجيه ونغمة صوته وسرعته وتواعم معها.
جمع المعلومات	
أنصت، شجع وقس حالته العاطفية.	انصت لعبارة المريض الافتتاحية من دون مقاطعة، وأظهر الاهتمام والعطف. وعبر عن التعاطف واستمر بالنقاط التلميحيات اللفظية وغير اللفظية.
استعمل الأسئلة المفتوحة والمغلقة بمهارة	وجه المريض للتعبير عن المشاعر بسؤال مفتوح - وهذا الأمر سوف يرشدك لجذر المشكلة بسرعة. ويعد السماح للمريض للتعبير عن مشاعره دواءً مُسهلاً لمشاعره أن تفيض. ويؤدي السؤال الإرشادي إلى كسب الوقت ويساعده على البوح بمعاناته باستفاضة ويشعر بسيطرة أكبر على المقابلة. كما أنه من المهم جداً سؤال المريض: لماذا يعاني من الكآبة، وما هواجسه الرئيسية التي تؤثر في حياته الشخصية وعمله، وما يحمل من أمل وتوقعات عند مقابلة الطبيب.
التوضيح	الإعادة، وصياغة العبارة بطريقة أخرى واستعمال الصمت جميعها تساعد المريض الذي يشعر بفقدان الأمل والقيمة والاحساس بالذنب على الانفتاح.
اكتشف منظور المريض	وتساعد المريض الأسئلة التوجيهية حول لماذا يشعر بالكآبة، وما أهم هواجسه التي تؤثر في حياته وعمله، وأي أمل أو توقع يحمله تجاه طبيبه مهمة لتوضيح معاناته.
بناء العلاقة	ينبغي استعمال هذه المهارات بمرونة في جميع مراحل من المقابلة
إظهار التعاطف	من المهم أن يكون التعبير عن التعاطف بمهارة. وسوف يكتشف المريض سريعاً، هل هناك تطابق بين نغمة صوتك وما تقول ويستجيب: «كيف لك أن تشعر بما أشعر به...؟» وتحتاج الدموع إلى استجابة شاملة داعمة غير لفظية: اللمس، الصمت، التعاطف والقدرة على متى ينبغي «أن تنتقل».
القبول	تقبل من دون حكم على ما يقوله المريض وكيف يشعر، وتجنب التطمين المبكر: أنا متأكد أنك ستتحسن قريباً...
قدم الدعم	اكتشف نظام دعم المريض وأعرض دعمك الشخصي له.

أمثلة العبارات الخاصة لكشف الكآبة / المخاطر الانتحارية وتشمل

مهارات دليل كالكراري - كامبردج	استعمل هذه المهارات بتمعن وقصد وتركيز أكبر
Continued	
بناء العلاقة	
أظهر سلوك غير لفظي مناسب	حافظ على هدوئك، واحذر السرعة، المرونة في استعمال الاتصال البصري، وزيادة الاتصال البصري قد يهيج المريض ويزيد الذعر، اجلس بهدوء. كُن حذراً حول استعمال اللمس، الذي يُمكن أن يُساء فهمه.
أظهر القبول	حاول أن لا تستغرب، وقدم القبول من دون الحكم عليه.
أظهر التعاطف	احذر من التعبير التعاطفي غير المخلص، ويجد أغلب الأطباء صعوبة في تمص دور المريض الذهاني، ويعرف المرضى ذلك.
قدم الدعم	قدم دعماً حقيقياً من دون تواطؤ.
هيكل المقابلة	
استعمل تلخيص داخلي انتقال معلّم	لخص القصة مرة أخرى للمريض وانتقل بعبارة واضحة لما تحتاج عن الكشف عنه بعد ذلك، وربما يهدئ من روع المريض لاسيما حينما يرتبط بعرض المساعدة. يساعد هيكل المقابلة والانتقال المَعْلَم والتسلسل المريض المصاب باعتلال الذهن. ويعد الانتقال المعلم من موضوع إلى آخر حيويًا لأن المريض لا يستطيع التركيز ويسيء فهم أسباب الأسئلة المركزة.

أمثلة على التعابير الخاصة

Examples of specific phrasing

المخروط المفتوح - إلى - المغلق

The open to closed cone

إن محاولات تقييم مدى أفكار المريض ومعتقداته وعملياته الفكرية ربما تكون صعبة وتتطلب استعمالاً حكيماً للأسئلة المفتوحة والمُغلقة. وفي أغلب الأحيان تقنية «المتابعة» بالأسئلة المُغلقة بدلاً من الأسئلة المفتوحة ستوضّح كيفية اضطراب فكر المريض بدون مجابهة وستسمح لك اداء تقييم فحص ذهني للمريض بينما تحصل على التاريخ السريري:

المريض:	«أرى اشخاصاً خلال الشباك»
الطبيب:	«م.م.م...هل يمكن أن تخبرني من هم؟...وماذا يقولون؟» (بدلاً من «أخبرني كل ما تعرفه عنهم؟» والذي يمكن أن يُزعج المريض ويُهيّجه ويستجيب «الا تراهم؟».)

وربما يتبع المريض بعد ذلك سلسلة استلتك ويوضح أن لديه هلاوس سمعية وبصرية. بينما غالباً ما يرغب المرضى الذين لديهم شكوكاً أقل بالكلام بتفصيل أكثر عن أعراضهم الذهانية بتفصيل أكبر. ويوحوا

تعاطفية. وينبغي عدم التقليل من القلق والخوف وعدم الراحة التي يعاني منها كل من الطبيب والمريض وذويه جميعاً للمقابلة الأولى بينهما واحتمالية سماع «الخبر السيئ القريب» مرض عقلي شديد والذي قد يتذكرونه طيلة حياة المريض. ولذلك ينبغي أن تكون المقابلة فاعلة والتعبير عن المخاوف ممكناتاً وتجنب الوصمة ضرورياً. والتي تسهم في رسم المشهد المستقبلي للمقابلات القادمة والتقييم.

المهارات الرئيسية في (دليل كالكراري - كامبردج) التي يحتاج الطبيب إلى توظيفها بتمعن وقصد وتركيز أكبر

Key skills of the Calgary-Cambridge Guides which need to be applied with greater depth, intention and intensity

مهارات دليل كالكراري - كامبردج	استعمل هذه المهارات بتمعن وقصد وتركيز أكبر
البدء	
التحضير	من المهم عملياً أن تجمع معلومات عن المريض من الاشخاص الذين يعرفونه قبل المقابلة ليس لإدراك خلفية المريض ومعاناته السابقة حسب وإنما لحماية نفسك إذا ما عرفت أن للمريض تصرفات عدوانية كامنة.
التقديم	قد يعد تعريف الطبيب بنفسه أو اختصاص نفسية وشرح لماذا انت هنا صعب - وربما لا يرى المريض الجلسة مقابلة طبية. من ناحية، هناك حاجة للتوضيح من هذا الشخص الذي يقابله ولماذا دعي لمشاهدته. ومن ناحية أخرى، إذا كان المرض ذهانياً، فإن التوضيح الوافي قد يزيد الشكوك ويمنع الألفة. ولذلك ينبغي التأكد من مخاطر العنف المحتملة وتصرف في ضوئها.
جمع المعلومات	
أنصت وشجع، وقس حالة المريض العاطفية	أنصت لمنظور المريض لمشكلاته بدلاً من السؤال عن الاضطراب الذهني مباشرة. والتقط التلميحات غير اللفظية وأسأل برفقة عن المشاعر التي ستعطيك معلومات ليس فقط عن هواجس المريض (مثل: أن الحيران مصدر ازعاج) وإنما شكوك المريض والأفكار الاضطهادية والتي قد تسمح لك بتقييم مدى الهلاوس أو الاوهام. ويمكن أن تساعد المريض ببناء الألفة بتقييم التأثير الخارجي على الحياة وليس المشكلات الداخلية. وأظهر هواجس المريض - البقاء أولاً مع عالم المريض ومشكلاته بدلاً من المحاولة لاكتشاف الاضطراب مبكراً في المقابلة - التي تساعد في بناء الألفة. وقد لا يعتقد المريض أنه مريض، ويحتاج الطبيب أن يعكس تجارب المريض وتطور فهم مشترك لماهية المشكلات التي تؤثر في حياته.
اكتشف منظور المريض، وانتقل بين الأسئلة المفتوحة والمغلقة، واعكس مخروط المفتوح - إلى - المغلق عند الضرورة، وضح	اكتشف معتقدات المريض. والإقرار بها من دون التأمّر معه والتي هي مهارة صعبة سنكتشفها لاحقاً. استعمل مخروط الأسئلة المفتوحة - المغلقة بمرونة وحيوية. وربما يزيد السؤال المفتوح أو المباشر عن الذهان مبكراً القلق - وفي بعض الاحيان نحتاج أن نعكس الأسئلة المفتوحة - المغلقة (انظر لاحقاً).
التقط التلميحات	وربما تحتاج إلى أساليب مختلفة إذا لم يتبع المريض قيادتك وبدلي بمعاناته - فمثلاً: حاول أن تجرب التخمين المتعلم لتوضيح الموقف. وعند حصولك على ثقة المريض والرغبة بالحدوث، يمكن أن تتبع قيادة المريض وأسأل أسئلة توضيحية التي تربط الموضوعات وتجعل لها معنى.
	التقط التلميحات اللفظية وغير اللفظية وليس من الضرورة في بعض الاحيان اعلان الاستجابة لها، وإن عكس تلميحات لفظية وغير لفظية آتياً قد تزيد الشكوك.

موضوعات اتصالية أخرى

Other communication issues

هناك موضوعات اتصالية أخرى في الطب يمكن أن تُستكشف بنجاح بنفس الطريقة. وتحدد القائمة الرئيسية الآتية الموضوعات الاتصالية المهمة وتحمل تحديات للمتعلمين والمدربين:

- موضوعات اخلاقية.
- موضوعات الجنس.
- موافقة المريض التحريرية.
- مقابلة المرضى المصابين بالمشكلات الجنسية أو البولية/ الجنسية.
- موضوعات الوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة.
- تغيير السلوك/ وتوضيح المخاطر.
- مخاطبة المريض المعتل الاحساس.
- المرضى قليلو التعليم
- الاتصال في أثناء دورات الردهات.
- الموت / الاحتضار والحرمان.
- الغضب والعدوان.
- تدبير المعاناة.
- سوء الممارسة.
- المقابلة والتداخل في الادمان الكحولي وسوء استعمال الأدوية.
- مخاطبة المريض في ردهات الرعاية الصحية المركزة - الأمراض الحادة أو الاصابات المهددة للحياة.
- إنهاء العلاقة بين الطبيب والمريض.

قراءات اضافية

Further reading

Additional sources which cover many of the above issues that the reader may find useful include the following:

- Brewin T (1996) Relating to the Relatives: breaking bad news, communication and support. Radcliffe Medical Press, Oxford.
- Corney R (ed.) (1991) Developing Communication and Counselling Skills in Medicine. Tavistock/Routledge, London.
- Fielding R (1995) Clinical Communication Skills. Hong Kong University Press, Hong Kong.
- Hope T, Fulford KM and Yates A (1996) The Oxford Practice Skills Course: ethics, law and communication skills in healthcare education. Oxford University Press, Oxford.
- Keithley J and Marsh G (eds) (1995) Counselling in Primary Health Care. Oxford General Practice Series. Oxford University Press, Oxford.

بهواجسهم حول معاناتهم التي ستستقبل بدعم أكبر وتساعد المريض على الاشتراك بالرعاية النفسية بيسر أكبر (McCabe et al. 2002).

التعاطف من دون تواطؤ

Empathy without collusion

من المهم أن لا تواجه أوهام المريض على أنها معتقدات خاطئة - وتعاطف مع حالة المريض وشرع تجاربه من دون ضرورة الموافقة أو التواطؤ معه بتفسيره على واقعيته. ولا ترفضه ولكن ابق مهتماً برؤيته وساعده في مشكلاته.

«يُمْكِنُ أَنْ أَفْهَمَ بِالتَّأَكِيدِ بِأَنَّكَ تَبْدُو مِنْزَعَجاً جِداً لِأَنَّكَ تَعْتَقِدُ بِأَنَّكَ مَسْتَمِتٌ.»

ويمكن أن تكون الاستجابة: الا تصدقني؟ ويمكن أن تجيب: «تسأل فيما إذا اصدق انك قد سُممت. يمكن أن أخبرك بالتأكد أنا لم اسممك. ولا أستطيع أن أخبرك الآن عن أي شخص قد سقاك سُماً، ولكن أرغب أن أنصت لك وأساعذك بأية طريقة أستطيع.»

الجمع بين الدفاع والدعم في أثناء التحدي

Combined advocacy and support with callange

هذه معادلة صعبة مع المريض الذهاني وتتضمن تقديم تفسيرات توافق تجارب المريض على أنها حقيقية وإظهار التعاطف معه ولكن تعرض رؤية مختلفة، أنها معادلة صعبة. لاسيما حينما يكون التحدي وسؤالك إذا ما كنت تعتقد بانه مجنون. ومن المفيد، أن يجد الطبيب عبارات تلائم مواقف مختلفة وممارستها.

«اعرف، بأنك تشعر لست مريضاً في الوقت الحاضر، لكن أنا قلق بشأنك اليوم... أعتقد بأنك تحتاج بعض المعالجة، وأنا أود أن أساعذك.»

جمع المعلومات من الآخرين

Gathering information from others

غالباً ما يكون من المهم جداً أن تحصل على معلومات دقيقة من الآخرين الذين يعرفونه - ومن ضمنهم مهنيين آخرين - أطباء، معالجين نفسيين، - مثل: لتحديد هل أن حالة المريض تتحسن أم تتدهور؟ والحصول على مثل هذه الشهادة قد تفسر على أنها مهددة أو غير داعمة عند المريض الذي يعاني من الاضطهاد «Paranoid» واعتلال التفكير. وإذا ما رغب الطبيب أن يصل إلى علاقة تساهمية، ينبغي أخذ موافقة المريض إن أمكن. وفي هذه الاحوال، غالباً ما يعاني الاقارب والاصدقاء من القلق وبعض الاحيان الغضب، والتي قد تعقد عملية المقابلة. لذلك من المفضل أن تخصص وقتاً آخراً للمرافقين المرتبكين لما حصل لمريضهم.

وللحصول على مزيد من المعلومات حول مقابلة المعتلين ذهنياً، راجع (Gask (1998) and (Johnstone et al. (1998).

المصادر

References

- Abdel-Tawab N and Roter D (2002) The relevance of client-centred communication to family planning settings in developing countries: lessons from the Egyptian experience. *Soc Sci Med.* 54: 1357±68.
- Ajaj A, Singh MP and Abdulla AJ (2001) Should elderly patients be told they have cancer? Questionnaire survey of older people. *BMJ.* 323: 1160.
- Akabayashi A, Kai I, Takemura H and Okazaki H (1999) Truth telling in the case of a pessimistic diagnosis in Japan. *Lancet.* 354: 1263.
- Ambady N, Laplante D, Nguyen T, Rosenthal R, Chaumeton N and Levinson W (2002) Surgeons' tone of voice: a clue to malpractice history. *Surgery.* 132: 5±9.
- Anderson S and Marlett N (2004) The language of recovery: how effective communication of information is crucial to restructuring post-stroke life. *Topics Stroke Rehabil.*
- Arborelius E and Bremberg S (1992) What can doctors do to achieve a successful consultation? Videotaped interviews analysed by the 'consultation map' method. *Fam Pract.* 9: 61±6.
- Argyle M (1975) *Bodily Communication.* International Universities Press, New York.
- Baile WF, Kudelka AP, Beale EA, Gloger GA, Myers EG, Greisinger AJ, Bast RC, Jr, Goldstein MG, Novack D and Lenzi R (1999) Communication skills training in oncology. Description and preliminary outcomes of workshops on breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer Nurs.* 86: 887±97.
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gloger G, Beale EA and Kudelka AP (2000) SPIKES ± a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist.* 5: 302±11.
- Baker SJ (1955) The theory of silences. *J Gen Psychol.* 53: 145.
- Barbour A (2000) Making contact or making sense: functional and dysfunctional ways of relating. Humanities Institute Lecture 1999±2000 Series, University of Denver, Denver, CO.
- Barnett PB (2001) Rapport and the hospitalist. *Am J Med.* 111: 31S±35S.
- Barrows HS and Tamblyn RM (1980) *Problem-Based Learning: an approach to medical education.* Springer Publishing House, New York.
- Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA and Barber N (2000) Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ.* 320: 1246±50.
- Barsevich AM and Johnson JE (1990) Preference for information and involvement, information seeking and emotional responses of women undergoing colposcopy. *Res*

- Kleinman A, Eisenberg L and Good B (1998) Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med.* 88: 251-8.
- Kubler-Ross E (1967) *On Death and Dying.* Tavistock Publications, London.
- Lipkin M, Putnam SM and Lazare A (eds) (1995) *The Medical Interview.* Clinical care, education and research. Springer-Verlag, New York.
- Lloyd M and Bor R (1996) *Communication Skills for Medicine.* Churchill Livingstone, London.
- Myerscough PR (1992) *Talking with Patients: a basic clinical skill.* Oxford University Press, Oxford.
- Parkes CM (1972) *Bereavement: studies of grief in adult life.* International Universities Press Inc., New York.
- Platt FW and Gordon GH (2004) *The Field Guide to the Difficult Patient Interview (2e).* Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia, PA.
- Spitzer J (2003) *Caring for Jewish Patients.* Radcliffe Medical Press, Oxford.
- Tate P (2003) *The Doctor's Communication Handbook (4e).* Radcliffe Medical Press, Oxford.
- The Professional Education and Training Committee (PETC) of New South Wales Cancer Council and the Post Graduate Medical Council (PGMC) of New South Wales (1992) *Communicating With Your Patients: an interactional skills training manual for junior medical officers.* PETC and PGMC, Sydney.

- Boreham P and Gibson D (1978) The informative process in private medical consultations: a preliminary investigation. *Soc Sci Med.* 12: 409±16.
- Bouhris RY, Roth S and MacQueen G (1989) Communication in the medical setting: a survey of medical and everyday language use amongst patients, nurses and doctors. *Soc Sci Med.* 28: 339±46.
- Bradshaw PW, Ley P, Kinsey JA and Bradshaw J (1975) Recall of medical advice: comprehensibility and specificity. *Br J Soc Clin Psychol.* 14: 55±62.
- Branch WT and Malik TK (1993) Using 'windows of opportunities' in brief interviews to understand patients' concerns. *JAMA.* 269: 1667±8.
- Brewin T (1996) *Relating to the Relatives: breaking bad news, communication and support.* Radcliffe Medical Press, Oxford.
- Briggs GW and Banahan BF (1979) A Training Workshop in Psychological Medicine for Teachers of Family Medicine. Handouts 1±3: therapeutic communication. Society of Teachers of Family Medicine, Denver, CO.
- Britten N (1994) Patients' ideas about medicines: a qualitative study in a general practice population. *Br J Gen Pract.* 44: 465±8.
- Britten N (2003) Concordance and compliance. In: R Jones, N Britten, L Culpepper, D Gass, R Grol, D Mant and C Silagy (eds). *Oxford Textbook of Primary Medical Care.* Oxford University Press, Oxford.
- Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N and Bradley CP (2000) Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ.* 320: 484±8.
- Brod TM, Cohen MM and Weinstock E (1986) Cancer Disclosure: communicating the diagnosis to patients ± a video-tape. Medcom Inc., Garden Grove, CA.
- Brody DS (1980) The patient's role in clinical decision-making. *Ann Intern Med.* 93: 718±22.
- Brody DS and Miller SM (1986) Illness concerns and recovery from a URI. *Med Care.* 24: 742±8.
- Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG and Caputo GC (1989) Patient perception of 238 Skills for communicating with patients involvement in medical care: relationship to illness attitudes and outcomes. *J Gen Intern Med.* 4: 506±11.
- Broyles S, Sharp C, Tyson J and Sadler J (1992) How should parents be informed about major procedures? An exploratory trial in the neonatal period. *Early Hum Dev.* 31: 67±75.
- Buckman R (1994) *How to Break Bad News: a guide for healthcare professionals.* Papermac, London.
- Buckman R (2002) Communications and emotions. *BMJ.* 325: 672.
- Buller MK and Buller DB (1987) Physicians' communication style and patient satisfaction. *J Health Soc Behav.* 28: 375±88.
- Burack RC and Carpenter RR (1983) The predictive value of the presenting complaint.

- Nurs Health. 13: 1±7.
- Barsky AJ (1981) Hidden reasons some patients visit doctors. *Ann Intern Med.* 94: 492±8.
- Bass LW and Cohen RL (1982) Ostensible versus actual reasons for seeking pediatric attention: another look at the parental ticket of admission. *Pediatrics.* 70: 870±4.
- Bayer Institute for Health Care Communication (1999) *PREPARE to be Partners (Program for Patients).* Bayer Institute for Health Care Communication, New Haven, CT.
- Beaver K, Luker KA, Owens RG, Leinster SJ, Degner LF and Sloan JA (1996) Treatment decision making in women newly diagnosed with breast cancer. *Cancer Nurs.* 19: 8±19.
- Becker MH (1974) The health belief model and sick role behaviour. *Health Educ Monogr.* 2: 409±19.
- Beckman HB and Frankel RM (1984) The effect of physician behaviour on the collection of data. *Ann Intern Med.* 101: 692±6.
- Beckman HB and Frankel RM (1994) The use of videotape in internal medicine training. *J Gen Intern Med.* 9(9): 517±21.
- Beckman HB, Frankel RM and Darnley J (1985) Soliciting the patient's complete agenda: a relationship to the distribution of concerns. *Clin Res.* 33: 714A.
- Beisecker A and Beisecker T (1990) Patient information-seeking behaviours when communicating with doctors. *Med Care.* 28: 19±28.
- Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Krupat E and Azari R (2002) Unmet expectations for care and the patient±physician relationship. *J Gen Intern Med.* 17: 817±24.
- Bellet PS and Maloney MJ (1991) The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *JAMA.* 266: 1831±2.
- Benson J and Britten N (1996) Respecting the autonomy of cancer patients when talking with their families: qualitative analysis of semi-structured interviews with patients. *BMJ.* 313: 729±31.
- Berg JS, Dischler J, Wagner DJ, Raia JJ and Palmer-Shevlin N (1993) Medication compliance: a health care problem. *Ann Pharmacother.* 27: 3±22.
- Bertakis KD (1977) The communication of information from physician to patient: a method for increasing patient retention and satisfaction. *J Fam Pract.* 5: 217±22.
- Bertakis KD, Roter D and Putnam SM (1991) The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract.* 32: 2.
- Bibace R and Walsh M (1981) *Children's Conceptions of Health, Illness and Bodily Functions.* Jossey-Bass, San Francisco, CA.
- Blacklock SM (1977) The symptom of chest pain in family medicine. *J Fam Pract.* 4: 429±33.
- Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC and Blanchard EB (1988) Information and decision-making preferences of hospitalised adult cancer patients. *Soc Sci Med.* 27: 1139.
- Booth N, Kohannejad J and Robinson P (2002) *Information in the Consulting Room (iiCR).* Final Project Report. Sowerby Centre for Health, Newcastle upon Tyne.

beliefs related to culture in six North-East Calgary communities. *Citizenship and Heritage Secretariat, Calgary, Alberta.*

Coombs RB, Jensen P, Hoa Her M, Ferguson BS, Jarry JL, Wong JS and Abrahamsohn RV (1995) Review of the Scientific Literature on the Prevalence, Consequences and Health Costs of Noncompliance and Inappropriate Use of Prescription Medication in Canada. Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada (University of Toronto Press), Toronto, Ottawa.

Cohen-Cole SA (1991) *The Medical Interview: a three-function approach.* Mosby-Year Books, St Louis, MO.

Cohen-Cole SA and Mance R (1995) Interviewing the suicidal patient. In: M Lipkin Jr, SM Putnam and A Lazare (eds) *The Medical Interview.* Springer-Verlag, New York.

Cole S and Bird J (2000) *The Medical Interview: the three-function approach.* Mosby Inc., St Louis, MO.

Colletti L, Gruppen L, Barclay M and Stern D (2001) Teaching students to break bad news. *Am J Surg.* 182: 20±3.

Corney R (ed.) (1991) *Developing Communication and Counselling Skills in Medicine.* Tavistock/Routledge, London.

Coulehan JL, Platt FW, Egener B, Frankel R, Lin CT, Lown B and Salazar WH (2001) 'Let me see if I have this right . . .': words that help build empathy. *Ann Intern Med.* 135: 221±7.

Coulter A (1999) Paternalism or partnership? Patients have grown up and there's no going back. *BMJ.* 319: 719±20.

Coulter A (2002) After Bristol: putting patients at the centre. *BMJ.* 324: 648±51.

Coulter A, Peto V and Doll H (1994) Patients' preferences and general practitioners' decisions in the treatment of menstrual disorders. *Fam Pract.* 11: 67±74.

Coulter A, Entwistle V and Gilbert D (1999) Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ.* 318: 318±22.

Cox A (1989) Eliciting patients' feelings. In: M Stewart and D Roter (eds) *Communicating with Medical Patients.* Sage Publications Inc., Newbury Park, CA.

Cox A, Hopkinson K and Rutter M (1981a) Psychiatric interviewing techniques. II. Naturalistic study. *Br J Psychiatry.* 138: 283±91.

Cox A, Rutter M and Holbrook D (1981b) Psychiatric interviewing techniques. V. Experimental study. *Br J Psychiatry.* 139: 29±37.

Cushing AM and Jones A (1995) Evaluation of a breaking bad news course for medical students. *Med Educ.* 29: 430±5.

Dance FEX (1967) Toward a theory of human communication. In: FEX Dance (ed.) *Human Communication Theory: original essays.* Holt, Rhinehart and Winston, New York.

Dance FEX and Larson CE (1972) *Speech Communication: concepts and behavior.* Holt,

J Fam Pract. 16: 749±54.

Butler C, Rollnick S and Stott N (1996) The practitioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance. *Can Med Assoc J.* 154: 1357±62.

Butow PN, Dunn SM, Tattersall MHN and Jones QJ (1994) Patient participation in the cancer consultation: evaluation of a question prompt sheet. *Ann Oncol.* 5: 199±204.

Butow PN, Brown RF, Cogar S, Tattersall MH and Dunn SM (2002) Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psychooncology.* 11: 47±58.

Bylund CL and Makoul G (2002) Empathic communication and gender in the physician± patient encounter. *Patient Educ Couns.* 48: 207±16.

Byrne PS and Long BEL (1976) *Doctors Talking to Patients.* HMSO, London.

Campion P, Foulkes J, Neighbour R and Tate P (2002) Patient-centredness in the MRCGP video examination: analysis of large cohort. *BMJ.* 325: 691±2.

Campion PD, Butler NM and Cox AD (1992) Principal agendas of doctors and patients in general practice consultations. *Fam Pract.* 9: 181±90.

Car J and Sheikh A (2003) Telephone consultations. *BMJ.* 326: 966±9.

Carroll JG and Monroe J (1979) Teaching medical interviewing: a critique of educational research and practice. *J Med Educ.* 54: 498±500.

Cassata DM (1978) Health communication theory and research: an overview of the communication specialist interface. In: BD Ruben (ed.) *Communication Yearbook.* Transaction Books, New Brunswick, NJ.

Cassell EJ (1985) *Talking with Patients. Volume 2. Clinical technique.* MIT Press, Cambridge, MA.

Cassileth B, Zupkis R and Sutton-Smith K (1980) Information and participation preferences among cancer patients. *NEJM.* 162: 169±76.

Cegala DJ (1997) A study of doctors' and patients' communication during a primary care consultation: implications for communication training. *J Health Commun.* 2: 169±94.

Cegala DJ (2003) Patient communication skills training: a review with implications for cancer patients. *Patient Educ Couns.* 50: 91±4.

Charles C, Gafni A and Whelan T (1997) Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med.* 44: 681±92.

Charles C, Gafni A and Whelan T (1999a) Decision making in the physician±patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med.* 49: 651±61.

Charles C, Whelan T and Gafni A (1999b) What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ.* 319: 780±2.

Chugh U, Dillman E, Kurtz SM, Lockyer J and Parboosingh J (1993) Multicultural issues in medical curriculum: implications for Canadian physicians. *Med Teacher.* 15: 83±91.

Chugh U, Agger-Gupta N, Dillmann E, Fisher D, Gronnerud P, Kulig JC, Kurtz S and Stenhouse A (1994) The Case for Culturally Sensitive Health Care: a comparative study of health

- Lipkin Jr, SM Putnam and A Lazare (eds) *The Medical Interview*. Springer-Verlag, New York.
- Eddy DM (1990) Clinical decision making: from theory to practice. *Anatomy of a decision*. JAMA. 263: 441±3.
- Edwards A and Elwyn G (2001a) *Evidence-Based Patient Choice: inevitable or impossible?* Oxford University Press, Oxford.
- Edwards A and Elwyn GJ (2001b) Risks ± listen and don't mislead. *Br J Gen Pract*. 51: 259±60.
- Edwards A, Hood K, Matthews E, Russell D, Russell I, Barker J, Bloor M, Burnard P, Covey J, Pill R, Wilkinson C and Stott N (2000) The effectiveness of one-to-one risk communication interventions in healthcare: a systematic review. *Med Decis Making*. 20: 290±7.
- Edwards A, Elwyn G and Mulley A (2002) Explaining risks: turning numerical data into meaningful pictures. *BMJ*. 324: 827±30.
- Egan G (1990) *The Skilled Helper: a systematic approach to effective helping*. Brooks/Cole, Pacific Grove, CA.
- Egbert LD, Batitt GE, Welch CE and Bartlett MK (1964) Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *NEJM*. 270: 825±7.
- Eisenthal S and Lazare A (1976) Evaluation of the initial interview in a walk-in clinic. *J Nerv Ment Dis*. 162: 169±76.
- Eisenthal S, Emery R, Lazare A and Udin H (1979) 'Adherence' and the negotiated approach to parenthood. *Arch Gen Psychiatry*. 36: 393.
- Eisenthal S, Koopman C and Stoeckle JD (1990) The nature of patients' requests for physicians' help. *Acad Med*. 65: 401±5.
- Ekman P, Friesen WV and Ellsworth P (1972) *Emotion in the Human Face: guidelines for research*. Pergamon, New York.
- Eleftheriadou Z (1996) Communicating with patients of different backgrounds. In: M Lloyd and R Bor (eds) *Communication Skills for Medicine*. Churchill Livingstone, London.
- Elstein AS and Schwarz A (2002) Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. *BMJ*. 324: 729±32.
- Elwyn G, Edwards A and Kinnersley P (1999) Shared decision making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract*. 49: 477±82.
- Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P and Grol R (2000) Shared decision making and the
- References 241
- concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract*. 50: 892±9.
- Elwyn G, Edwards A, Mowle S, Wensing M, Wilkinson C, Kinnersley P and Grol R (2001) Measuring the involvement of patients in shared decision making: a systematic review of instruments. *Patient Educ Couns*. 43: 5±22.
- Elwyn TS, Feters MD, Sasaki H and Tsuda T (2002) Responsibility and cancer disclosure in

- Rhinehart and Winston, New York.
- Davies T (1997) ABC of mental health: mental health assessment. *BMJ*. 314: 1536±9.
- Davis MA, Ho man JR and Hsu J (1999) Impact of patient acuity on preference for information and autonomy in decision making. *Acad Emerg Med*. 6: 781±5.
- Deber R (1994) The patient±physician partnership: changing roles and the desire for information. *Can Med Assoc J*. 151: 171±6.
- Deber R, Kraetschmer N and Irvine J (1996) What role do patients wish to play in treatment decision making? *Arch Intern Med* 156: 1414±20.
- Degner LF and Sloan JA (1992) Decision making during serious illness: what role do patients really want to play? *J Clin Epidemiol*. 45: 941±50.
- Degner LF, Kristjanson LJ, Bowman D, Sloan JA, Carriere KC, O'Neil J, Bilodeau B, Watson P and Mueller B (1997) Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *JAMA*. 277: 1485±92.
- Del Piccolo L, Saltini A, Zimmermann C and Dunn G (2000) Differences in verbal behaviours of patients with and without emotional distress during primary care consultations. *Psychol Med*. 30: 629±43.
- DeVito JA (1988) *Human Communication: the basic course*. Harper & Row, New York.
- Deyo RA and Diehl AK (1986) Patient satisfaction with medical care for low back pain. *Spine*. 11: 28±30.
- DiMatteo MR, Taranta A, Friedman HS and Prince LM (1980) Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skill. *Med Care*. 18: 376±87.
- DiMatteo MR, Hays RD and Prince LM (1986) Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload. *Health Psychol*. 5: 581±94.
- Dixon-Woods M, Young B and Heney D (1999) Partnerships with children. *BMJ*. 319: 778±80.
- Donovan JL (1995) Patient decision making. The missing ingredient in compliance research. *Int J Technol Assess Health Care*. 11: 443±55.
- Dornan T and Carroll C (2003) Medical communication and diabetes. *Diabet Med*. 20: 85±7.
- Dosanjh S, Barnes J and Bhandari M (2001) Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Med Educ*. 35: 197±205.
- Dovidio J and Gaertner S (1996) A formative action, unintentional biases, and intergroup relations. *J Soc Issues*. 52: 51±75.
- Dowell J, Jones A and Snadden D (2002) Exploring medication use to seek concordance with 'non-adherent' patients: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 52: 24±32.
- Dunn SM, Butow PN, Tattersall MH, Jones QJ, Sheldon JS, Taylor JJ and Sumich MD (1993) General information tapes inhibit recall of the cancer consultation. *J Clin Oncol*. 11: 2279±85.
- Dye NE and DiMatteo MR (1995) Enhancing cooperation with the medical regimen. In: M

- 8: 218±23.
- Ford S, Scho®eld T and Hope T (2003) What are the ingredients for a successful evidence-based patient choice consultation? A qualitative study. *Soc Sci Med*. 56: 589±602.
- Francis V, Korsch B and Morris M (1969) Gaps in doctor±patient communication. *NEJM*. 280: 535±40.
- Frankel R (1995) Some answers about questions in clinical interviews. In: G Morris and R Chenail (eds) *The Talk of the Clinic: explorations in the analysis of medical and therapeutic discourse*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.
- 242 Skills for communicating with patients
- Freidson E (1970) *Professional Dominance*. Atherton Press, Chicago.
- Friedman HS (1979) Non-verbal communication between patient and medical practitioners. *J Soc Issues*. 35: 82±99.
- Gafaranga J and Britten N (2003) 'Fire away': the opening sequence in general practice consultations. *Fam Pract*. 20: 242±7.
- Gafni A, Charles C and Whelan T (1998) The physician±patient encounter: the physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. *Soc Sci Med*. 47: 347±54.
- Garg A, Buckman R and Kason Y (1997) Teaching medical students how to break bad news. *Can Med Assoc J*. 156: 1159±64.
- Gask L (1998) Psychiatric interviewing. In: E Johnstone, C Freeman and A Zealley (eds) *Companion to Psychiatric Studies*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Gask L, Rogers A, Oliver D, May C and Roland M (2003) Qualitative study of patients' perceptions of the quality of care for depression in general practice. *Br J Gen Pract*. 53: 278±83.
- Gattellari M, Butow PN and Tattersall MH (2001) Sharing decisions in cancer care. *Soc Sci Med*. 52: 1865±78.
- Gazda GM, Asbury FR, Balzer FJ, Childers WC, Phelps RE and Walters RP (1995) *Human Relations Development. A manual for educators*. Allyn and Bacon, Boston, MA.
- Geisler L (1991) *Doctor and Patient: a partnership through dialogue*. Pharma Verlag, Frankfurt.
- Geist-Martin P, Ray EB and Sharf BF (2003) *Communicating Health: personal, cultural and political complexities*. Wadsworth, Belmont, CA.
- Gibb JR (1961) Defensive communication. *J Commun*. 3: 142.
- Gick ML (1986) Problem-solving strategies. *Educ Psychol*. 21: 99±120.
- Gigerenzer G (2002) *Reckoning with Risk*. Penguin Books, Harmondsworth.
- Gigerenzer G and Edwards A (2003) Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. *BMJ*. 327: 741±4.
- Ginsberg H and Opper S (1988) *Piaget's Theory of Intellectual Development*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Girgis A, Sanson-Fisher RW and Scho®eld MJ (1999) Is there consensus between breast

- Japan. *Soc Sci Med*. 54: 281±93.
- Elwyn G, Edwards A and Britten N (2003a) 'Doing prescribing': how doctors can be more effective. *BMJ*. 327: 864±7.
- Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C and Grol R (2003b) Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Quality and Safety in Health Care*. 12: 93±9.
- Ely JW, Levinson W, Elder NC, Mainous AG and Vinson DC (1995) Perceived causes of family physicians' errors. *J Fam Pract*. 40: 337±44.
- Ende J, Kazis L, Ash AB and Moskovitz MA (1989) Measuring patients' desire for autonomy. *J Gen Intern Med*. 4: 23±30.
- Epstein RM (2000) The science of patient-centred care. *J Fam Pract*. 49: 805±7.
- Epstein RM, Morse DS, Frankel RM, Frarey L, Anderson K and Beckman HB (1998) Awkward moments in patient±physician communication about HIV risk. *Ann Intern Med*. 128: 435±42.
- Epstein RM, Quill TE and McWhinney IR (1999) Somatization reconsidered: incorporating the patient's experience of illness. *Arch Intern Med*. 159: 215±22.
- Evans BJ, Stanley RO, Mestrovic R and Rose L (1991) Effects of communication skills training on students' diagnostic efficiency. *Med Educ*. 25: 517±26.
- Faden R, Becker C, Lewis C, Freeman A and Faden A (1981) Disclosure of information to patients in medical care. *Med Care*. 19: 718±33.
- Fadiman A (1997) *The Spirit Catches You and You Fall Down*. Farrer, Strauss and Giroux, New York.
- Fallow®eld L (1993) Giving sad and bad news. *Lancet*. 341: 476±8.
- Fallow®eld LJ and Lipkin M (1995) Delivering sad or bad news. In: M Lipkin Jr, SM Putnam and A Lazare (eds) *The Medical Interview. Clinical care, education and research*. Springer-Verlag, New York.
- Fallow®eld LJ, Hall A, Maguire GP and Baum M (1990) Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ*. 301: 575±80.
- Ferguson WJ and Candib LM (2002) Culture, language and the doctor±patient relationship. *Fam Med*. 34: 353±61.
- Field D (1995) Education for palliative care: formal education about death and dying and bereavement in UK medical schools in 1983 and 1994. *Med Educ*. 29: 414±19.
- Fielding R (1995) *Clinical Communication Skills*. Hong Kong University Press, Hong Kong.
- Finlay I and Dallimore D (1991) Your child is dead. *BMJ*. 302: 1524±5.
- Fleissig A, Glasser B and Lloyd M (2000) Patients need more than written prompts for communication to be successful. *BMJ*. 320: 314±15.
- Floyd M, Lang F, Beine KLB and McCord E (1999) Evaluating interviewing techniques for the sexual practices history: use of trigger tapes to assess patient comfort. *Arch Fam Med*.

- interaction. *Appl Prev Psychol.* 4: 21±35.
- Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JR, Prichard JS and Seymour C (1975) Relative contributions of history taking, physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *BMJ.* 2: 486±9.
- Harrigan JA, Oxman TE and Rosenthal R (1985) Rapport expressed through non-verbal behaviour. *J Nonverb Behav.* 9: 95±110.
- Haug M and Lavin B (1983) *Consumerism in Medicine: challenging physician authority.* Sage Publications, Beverly Hills, CA.
- Haynes RB, Taylor DW and Sackett DL (1979) *Compliance in Health Care.* Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD.
- Haynes RB, McKibbon KA and Kanani R (1996) Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet.* 348: 383±6.
- Headache Study Group of the University of Western Ontario (1986) Predictors of outcome in headache patients presenting to a family physician ± a one-year prospective study. *Headache J.* 26: 285±94.
- Health Canada (1996) *It Helps to Talk.* Health Canada, Ottawa, Ontario.
- Heath C (1984) Participation in the medical consultation: the co-ordination of verbal and non-verbal behaviour between the doctor and the patient. *Sociol Health Illness.* 6: 311±38.
- Helman CG (1978) Feed a cold, starve a fever ± folk models of infection in an English suburban community, and their relation to medical treatment. *Culture Med Psychiatry.* 2: 107±37.
- Helman CG (1981) Disease versus illness in general practice. *J R Coll Gen Pract.* 31: 548±52.
- Henbest RJ and Stewart M (1990a) Patient-centredness in the consultation. 1. A method of measurement. *Fam Pract.* 6: 249±53.
- Henbest RJ and Stewart M (1990b) Patient-centredness in the consultation. 2. Does it really make a difference? *Fam Pract.* 7: 28±33.
- Herman JM (1985) The use of patients' preferences in family practice. *J Fam Pract.* 20: 153±6.
- Hoer Gittel J (2003) How relational coordination works in other industries ± the case of health care. In: *The Southwest Airlines Way: using the power of relationships to achieve high performance.* McGraw-Hill, New York.
- Hoer Gittel J, Fairfield K, Beirbaum B, Head W, Jackson R, Kelly M, Laskin R, Lipson S, Siliski J, Thornhill T and Zuckerman J (2000) Impact of relational coordination on quality of care, post-operative pain and functioning, and the length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Med Care.* 38: 807±19.
- Holmes-Rovner M, Valade D, Orlowski C, Draus C, Nabozny-Valerio B and Keiser S (2000) 244 Skills for communicating with patients
- Implementing shared decision making in routine practice: barriers and opportunities.

- cancer patients and providers on guidelines for breaking bad news? *Behav Med.* 25: 69±77.
- Godolphin W, Towle A and McKendry R (2001) Evaluation of the quality of patient information to support informed shared decision making. *Health Expect.* 4: 235±42.
- Goldberg D, Steele JJ, Smith C and Spivey L (1983) *Training Family Practice Residents to Recognise Psychiatric Disturbances.* National Institute of Mental Health, Rockville, MD.
- Good MJD and Good BJ (1982) *Patient Requests in Primary Care Clinics.* D Reidel, Boston, MA.
- Goodwin C (1981) *Conversation Organisation: interaction between speakers and hearers.* Academic Press, New York.
- Gordon GH, Joos SK and Byrne J (2000) Physician expressions of uncertainty during patient encounters. *Patient Educ Couns.* 40: 59±65.
- Greatbach D, Lu P, Heath C and Campion P (1993) Interpersonal communication and human-computer interaction: an examination of the use of computers in medical consultations. *Interacting with Computers.* 5: 193±216.
- Greenfield S, Kaplan SH and Ware JE (1985) Expanding patient involvement in care. *Ann Intern Med.* 102: 520±8.
- Grieth CH III, Wilson JE, Langer S and Haist SA (2003) House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *J Gen Intern Med.* 18: 170±4.
- Grol R, van Beurden W, Binkhorst T and Toemen T (1991) Patient education in family practice: the consensus reached by patients, doctors and experts. *Fam Pract.* 8: 133±9.
- Guadagnoli E and Ward P (1998) Patient participation in decision making. *Soc Sci Med.* 47: 329±39.
- References 243
- Hack TF, Degner LF and Dyck DG (1994) Relationship between preferences for decision control and illness information among women with breast cancer. *Soc Sci Med.* 39: 279±89.
- Hadlow J and Pitts M (1991) The understanding of common terms by doctors, nurses and patients. *Soc Sci Med.* 32: 193±6.
- Haidet P and Paterniti DA (2003) 'Building' a history rather than 'taking' one: a perspective on information sharing during the medical interview. *Arch Intern Med.* 163: 1134±40.
- Hall JA, Roter DL and Rand CS (1981) Communication of affect between patient and physician. *J Health Soc Behav.* 22: 18±30.
- Hall JA, Roter DL and Katz NR (1987) Task versus socioeconomic behaviour in physicians. *Med Care.* 25: 399±412.
- Hall JA, Roter DL and Katz NR (1988) Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounters. *Med Care.* 26: 657±75.
- Hall JA, Harrigan JA and Rosenthal R (1995) Non-verbal behaviour in clinician-patient

Intern Med. 89: 893±900.

Keithley J and Marsh G (eds) (1995) *Counselling in Primary Health Care*. Oxford General Practice Series. Oxford University Press, Oxford.

Keller VF and Carroll JG (1994) A new model for physician±patient communication. *Patient Educ Couns*. 23: 131±40.

Keller VF and Kemp-White M (2001) Choices and Changes: a new model for influencing patient health behavior. *Communication with patients: a clinician's guide*. Special publication of the Journal of Clinical Outcomes Management. Turner White Communications, Wayne, PA.

Kessel N (1979) Reassurance. *Lancet*. 1: 1128±33.

Kindelan K and Kent G (1987) Concordance between patients' information preferences and general practitioners' perceptions. *Psychol Health*. 1: 399±409.

Kinmonth AL, Woodcock A, Gri n S, Spiegel N and Campbell MJ (1998) Randomised controlled trial of patient-centred care of diabetes in general practice: impact on current well-being and future disease risk (the Diabetes Care from Diagnosis Research Team). *BMJ*. 317: 1202±8.

Kinnersley P, Stott N, Peters TJ and Harvey I (1999) The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *Br J Gen Pract*. 49: 711±16.

Kleinman A, Eisenberg L and Good B (1978) Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med*. 88: 251±8.

Koch R (1971) The teacher and nonverbal communication. *Theory into Pract*. 10: 231±42.

Korsch B and Harding C (1997) *The Intelligent Patient's Guide to the Doctor±Patient Relationship*. Oxford University Press, New York.

Korsch BM (2002) Patient-centered communication in pediatric practice: reducing the power gap (videotape, 32 minutes, 6 seconds). *Medical Audio Visual Communications*, Niagara Falls, NY.

Korsch BM, Gozzi EK and Francis V (1968) Gaps in doctor±patient communication. *Pediatrics*. 42: 855±71.

Kravitz RL, Cope DW, Bhrany V and Leake B (1994) Internal medical patients' expectations for care during office visits. *J Gen Intern Med*. 9: 75±81.

Kubler-Ross E (1967) *On Death and Dying*. Tavistock Publications, London.

Kuhl D (2002) *What Dying People Want: practical wisdom for the end of life*. Doubleday, Canada.

Kupst M, Dresser K, Schulman JL and Paul MH (1975) Evaluation of methods to improve communication in the physician±patient relationship. *Am J Orthopsychiatry*. 45: 420.

Kurtz S, Silverman J and Draper J (1998) *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine (1e)*. Radcliffe Medical Press, Oxford.

Kurtz S, Silverman J, Benson J and Draper J (2003) Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary±Cambridge guides. *Acad Med*. 78:

Health Expect. 3: 182±91.

Hope T (1996) *Evidence-Based Patient Choice*. King's Fund Publishing, London.

Hope T, Fulford KWM and Yates A (1996) *The Oxford Practice Skills Course: ethics, law and communication skills in healthcare education*. Oxford University Press, Oxford.

Hopton J, Hogg R and McKee I (1996) Patients' accounts of calling the doctor out of hours: qualitative study in one general practice. *BMJ*. 313: 991±4.

Horner J, Byrne P, Freeling P, Harris C, Irvine D and Marinker M (1972) *The Future General Practitioner: learning and teaching*. Royal College of General Practitioners, London.

Hulka BS (1979) Patient±clinician interaction. In: RB Haynes, DW Taylor and DL Sackett (eds) *Compliance in Health Care*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD.

Inui TS, Yourtee EL and Williamson JW (1976) Improved outcomes in hypertension after physician tutorials. *Ann Intern Med*. 84: 646±51.

Jenkins V, Fallowfield L and Saul J (2001) Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *Br J Cancer*. 84: 48±51.

Johnson TM, Hardt EJ and Kleinman A (1995) Cultural factors. In: M Lipkin Jr, SM Putnam and A Lazare (eds) *The Medical Interview. Clinical care, education and research*. Springer-Verlag, New York.

Johnstone EC, Freeman CPL and Zealley AK (1998) *Companion to Psychiatric Studies*. Churchill Livingstone, Edinburgh.

Joos SK, Hickam DH and Borders LM (1993) Patients' desires and satisfaction in general medical clinics. *Public Health Rep*. 108: 751±9.

Joos SK, Hickam DH, Gordon GH and Baker LH (1996) Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes. *J Gen Intern Med*. 11: 147±55.

Kai J (2003) *Ethnicity, Health and Primary Care*. Oxford Medical Publications, Oxford University Press, Oxford.

Kaiser Family Foundation (1999) *National Survey of Physicians. Part 1. Doctors on disparities in medical care*. The Henry J Kaiser Family Foundation, Menlo Park, CA.

Kalet A, Pugnaire MP, Cole-Kelly K, Janicik R, Ferrara E, Lipkin M and Lazare A (2004) Teaching communication in Clinical Clerkships: models from the Macy Initiative in Health Communication. *Acad Med*. 76: 511±20.

Kaplan CB, Siegel B, Madill JM and Epstein RM (1997) Communication and the medical interview. Strategies for learning and teaching. *J Gen Intern Med*. 12 (Suppl. 2): S49±55.

Kaplan SH, Greenfield S and Ware JE (1989) Assessing the effects of physician±patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. 27: S110±27.

Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH and Ware JE (1996) Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med*. 124: 497±504.

Kassirer JP (1983) Teaching clinical medicine by iterative hypothesis testing. *NEJM*. 309: 921±3.

Kassirer JP and Gorry GA (1978) Clinical problem solving: a behavioural analysis. *Ann*

- Ley P (1988) *Communication with Patients: improving satisfaction and compliance*. Croom Helm, London.
- Lipkin M Jr (1987) The medical interview and related skills. In: WT Branch (ed.) *The Office Practice of Medicine*. WB Saunders and Co., Philadelphia, PA.
- Lipkin M Jr, Putnam SM and Lazare A (1995) *The Medical Interview. Clinical care, education and research*. Springer-Verlag, New York.
- Little P, Williamson I, Warner G, Gould C, Gantley M and Kinmonth AL (1997) Open randomised trial of prescribing strategies in managing sore throat. *BMJ*. 314: 722±7.
- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K and Payne S (2001a) Observational study of effect of patient-centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*. 323: 908±11.
- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K and Payne S (2001b) Preferences of patients for patient-centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 322: 468±72.
- Lloyd M and Bor R (1996) *Communication Skills for Medicine*. Churchill Livingstone, London.
- McCabe R, Heath C, Burns T and Priebe S (2002) Engagement of patients with psychosis in the consultation: conversation analytic study. *BMJ*. 325: 1148±51.
- McConnell D, Butow PN and Tattersall MH (1999) Audiotapes and letters to patients: the practice and views of oncologists, surgeons and general practitioners. *Br J Cancer*. 79: 1782±8.
- McCroskey JC, Larson CE and Knapp ML (1971) *An Introduction to Interpersonal Communication*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- McKinlay JB (1975) Who is really ignorant – physician or patient? *J Health Soc Behav*. 16: 3±11.
- McKinley RK and Middleton JF (1999) What do patients want from doctors? Content analysis of written patient agendas for the consultation. *Br J Gen Pract*. 49: 796±800.
- McWhinney I (1989) The need for a transformed clinical method. In: M Stewart and D Roter (eds) *Communicating with Medical Patients*. Sage Publications Inc., Newbury Park, CA.
- Mader SL and Ford AB (1995) The geriatric interview. In: M Lipkin Jr, SM Putnam and A Lazare (eds) *The Medical Interview: clinical care, education and research*. Springer-Verlag, New York.
- Maguire P and Faulkner A (1988) Communicate with cancer patients. 1. Handling bad news and difficult questions. *BMJ*. 297: 907±9.
- Maguire P and Rutter D (1976) History taking for medical students. 1. Deficiencies in performance. *Lancet*. 2: 556±8.
- Maguire P, Fairbairn S and Fletcher C (1986a) Consultation skills of young doctors. 1. Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *BMJ*. 292: 1573±76.
- Maguire P, Fairbairn S and Fletcher C (1986b) Consultation skills of young doctors. 2. Most

- 802±9.
- Kurtz SM (1989) Curriculum structuring to enhance communication skills development. In: M Stewart and D Roter (eds) *Communicating with Medical Patients*. Sage Publications Inc., Newbury Park, CA.
- Kurtz SM and Silverman JD (1996) The Calgary±Cambridge Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organising the teaching in communication training programmes. *Med Educ*. 30: 83±9.
- Laidlaw TS, MacLeod H, Kaufman DM, Langille DB and Sargeant J (2002) Implementing a communication skills programme in medical schools: needs assessment and programme change. *Med Educ*. 36: 115±24.
- Lang F, Floyd MR and Beine KL (2000) Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses. A call for active listening. *Arch Fam Med*. 9: 222±7.
- Lang F, Floyd MR, Beine KL and Buck P (2002) Sequenced questioning to elicit the patient's perspective on illness: effects on information disclosure, patient satisfaction and time expenditure. *Fam Med*. 34: 325±30.
- Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Ruttimann S and Wossmer B (2002) Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ*. 325: 682±3.
- Larsen KM and Smith CK (1981) Assessment of nonverbal communication in the patient±physician interview. *J Fam Pract*. 12: 481±8.
- Launer J (2002) *Narrative-Based Primary Care: a practical guide*. Radcliffe Medical Press, Oxford.
- Lazare A, Eisenthal S and Wasserman L (1975) The customer approach to patienthood: attending to patient requests in a walk-in clinic. *Arch Gen Psychiatry*. 32: 553±8.
- Leopold N, Cooper J and Clancy C (1996) Sustained partnership in primary care. *J Fam Pract*. 2: 129±37.
- Levenstein JH, Belle Brown J, Weston WW, Stewart M, McCracken EC and McWhinney I (1989) Patient-centred clinical interviewing. In: M Stewart and D Roter (eds) *Communicating with Medical Patients*. Sage Publications Inc., Newbury Park, CA.
- Levinson W and Roter D (1995) Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med*. 10: 375±9.
- Levinson W, Stiles WB, Inui TS and Engle R (1993) Physician frustration in communicating with patients. *Med Care*. 31: 285±95.
- Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT and Frankel RM (1997) The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 277: 553±9.
- Levinson W, Gorawara-Bhat R and Lamb J (2000) A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA*. 284: 1021±7.
- Lewis C, Knopf D, Chastain-Lorber K, Ablin A, Zoger S, Matthay K, Glasser M and Pantell R (1988) Patient, parent, and physician perspectives on pediatric oncology rounds. *J Pediatr*. 112: 378±84.

the information they report they want? *Med Decis Making*. 20: 132±4.

Mazzullo JM, Lasagna L and Griner PF (1974) Variations in interpretation of prescription instructions. *JAMA*. 227: 929±31.

Mehrabian A (1972) *Non-Verbal Communication*. Aldine Atherton, Chicago, IL.

Mehrabian A and Ksionsky S (1974) *A Theory of Attribution*. Lexington Books, DC Health and Co., Lexington, MA.

Meichenbaum D and Turk DC (1987) *Facilitating Treatment Adherence: a practitioner's guidebook*. Plenum Press, New York.

Meredith C, Symonds P, Webster L, Lamont D, Pyper E, Gillis CR and Fallowfield L (1996) Information needs of cancer patients in west Scotland: cross-sectional survey of patients' views. *BMJ*. 313: 724±6.

Middleton JF (1995) Asking patients to write lists: feasibility study. *BMJ*. 311: 34.

Miller SM and Mangan CE (1983) Interacting effects of information and coping styles in adapting to gynaecological stress: should the doctor tell all? *J Pers Soc Psychol*. 45: 223±36.

Miller W (1983) Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychother*. 11: 147±52.

Miller W and Rollnick S (1991) *Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior*. Guilford Press, New York.

Miller WR and Rollnick S (2002) *Motivational Interviewing: preparing people for change*. Guilford Press, New York.

Mishler EG (1984) *The Discourse of Medicine: dialectics of medical interviews*. Ablex, Norwood, NJ.

Mitchell E and Sullivan F (2001) A descriptive feast but an evaluative famine: systematic review of published articles in primary care computing during 1980±97. *BMJ*. 322: 279±82.

Mumford E, Schlesinger HJ and Glass GV (1982) The effects of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: an analysis of the literature. *Am J Public Health*. 72: 141±51.

Munro JF and Campbell IW (2000) *Macleod's Clinical Examination*. Churchill Livingstone, Edinburgh.

Myerscough PR (1992) *Talking with Patients: a basic clinical skill*. Oxford Medical Publications, Oxford University Press, Oxford.

Neighbour R (1987) *The Inner Consultation: how to develop an effective and intuitive consulting style*. MTP Press Ltd, Lancaster.

New South Wales Anaesthetic Continuing Education Committee of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and the Australian Society of Anaesthetists (1993) *An Anaesthetic Catastrophe: managing the aftermath*. New South Wales Anaesthetic Continuing Education Committee of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and the Australian Society of Anaesthetists, Sydney.

young doctors are bad at giving information. *BMJ*. 292: 1576±8.

Maguire P, Booth K, Elliott C and Jones B (1996a) Helping health professionals involved in cancer care acquire key interviewing skills ± the impact of workshops. *Eur J Cancer*. 32A: 1486±9.

Maguire P, Faulkner A, Booth K, Elliott C and Hillier V (1996b) Helping cancer patients disclose their concern. *Eur J Cancer*. 32A: 78±81.

Maiman LA, Becker MH, Liptak GS, Nazarian LF and Rounds KA (1988) Improving pediatricians' compliance enhancing practices: a randomized trial. *Am J Dis Child*. 142: 773±9.

Makoul G (1998) Medical student and resident perspectives on delivering bad news. *Acad Med*. 73 (Suppl. 10): S35±7.

Makoul G (2001) The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns*. 45: 23±34.

Makoul G (2003) The interplay between education and research about patient±provider communication. *Patient Educ Couns*. 50(1): 79±84.

Makoul G and Schofield T (1999) Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement (Netherlands Institute of Primary Health Care). *Patient Educ Couns*. 37: 191±5.

Makoul G, Arnston P and Schofield T (1995) Health promotion in primary care: physician±patient communication and decision about prescription medications. *Soc Sci Med*. 41: 1241±54.

Males T (1998) Experiences and perceived learning in out-of-hours telephone advice: interview study of ten GPs in a co-operative. *Educ Gen Pract*. 9: 470±7.

Mandin H, Jones A, Woloshuk W and Harasym P (1997) Helping students learn to think like experts when solving clinical problems. *Acad Med*. 72: 173±9.

Mangione-Smith R, McGlynn EA, Elliott MN, McDonald L, Franz CE and Kravitz RL (2001) Parent expectations for antibiotics, physician±parent communication, and satisfaction. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 155: 800±6.

Manning P and Ray GB (2002) Setting the agenda: an analysis of negotiation strategies in clinical talk. *Health Commun*. 14: 451±73.

Marinker M and Shaw J (2003) Not to be taken as directed. *BMJ*. 326: 348±9.

Marinker M, Blenkinsopp A, Bond C, Britten N, Feely M and George C (1997) *From Compliance to Concordance: achieving shared goals in medicine taking*. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, London.

Marvel MK, Epstein RM, Flowers K and Beckman HB (1999) Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*. 281: 283±7.

Maynard DW (1990) Bearing bad news. *Med Encounter*. 7: 2±3.

Mazur DJ (2000) Information disclosure and beyond: how do patients understand and use

- Perrin EC and Gerrity PS (1981) There's a demon in your belly: children's understanding of illness. *Pediatrics*. 67: 841±9.
- Peterson MC, Holbrook J, Von Hales D, Smith NL and Staker LV (1992) Contributions of the history, physical examination and laboratory investigation in making medical diagnoses. *West J Med*. 156: 163±5.
- Pinder R (1990) *The Management of Chronic Disease: patient and doctor perspectives on Parkinson's disease*. Macmillan Press, London.
- Pinnock H, Bawden R, Proctor S, Wolfe S, Scullion J, Price D and Sheikh A (2003) Accessibility, acceptability and effectiveness in primary care of routine telephone review of asthma: pragmatic, randomised controlled trial. *BMJ*. 326: 477±9.
- Platt FW and Keller VF (1994) Empathic communication: a teachable and learnable skill. *J Gen Intern Med*. 9: 222±6.
- Platt FW and McMath JC (1979) Clinical hypocompetence: the interview. *Ann Intern Med*. 91: 898±902.
- Platt FW and Platt CM (2003) Two collaborating artists produce a work of art. *Arch Intern Med*. 163: 1131±2.
- Platt FW, Gaspar DL, Coulehan JL, Fox L, Adler AJ, Weston WW, Smith RC and Stewart M (2001) 'Tell me about yourself': the patient-centred interview. *Ann Intern Med*. 134: 1079±85.
- Poole AD and Sanson-Fisher RW (1979) Understanding the patient: a neglected aspect of medical education. *Soc Sci Med*. 13A: 37±43.
- Priest V and Speller V (1991) *The Risk Factor Management Manual*. Radcliffe Medical Press, Oxford.
- Prochaska JO and DiClemente CC (1986) Towards a comprehensive model of change. In: R Miller and N Heather (eds) *Treating Addictive Behaviors*. Plenum Press, New York.
- Ptacek JT and Eberhardt TL (1996) Breaking bad news: a review of the literature. *JAMA*. 276: 496±502.
- Putnam SM, Stiles WB, Jacob MC and James SA (1988) Teaching the medical interview: an intervention study. *J Gen Intern Med*. 3: 38±47.
- Quill TE (1983) Partnerships in patient care: a contractual approach. *Ann Intern Med*. 98: 228±34.
- Quill TE and Brody H (1996) Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med*. 125: 763±9.
- Reilly S and Muzarkara B (1978) Mixed message resolution by disturbed adults and children. Behavioral Sciences Clinical Research Center, Philadelphia State Hospital. A paper presented at the International Communication Association Annual Conference, Chicago, IL.
- Rhoades DR, McFarland KF, Finch WH and Johnson AO (2001) Speaking and interruptions during primary care office visits. *Fam Med*. 33: 528±32.
- Riccardi VM and Kurtz SM (1983) *Communication and Counselling in Health Care*. Charles C

- Ngo-Metzger Q, Massagli MP, Clarridge BR, Manocchia M, Davis RB, Iezzoni LI and Phillips RS (2003) Linguistic and cultural barriers to care. *J Gen Intern Med*. 18: 44±52.
- Novack DH, Dube C and Goldstein MG (1992) Teaching medical interviewing: a basic course on interviewing and the physician±patient relationship. *Arch Intern Med*. 152: 1814±20.
- O'Connor AM and Edwards A (2001) The role of decision aids in promoting evidence-based patient choice. In: A Edwards and G Elwyn (eds) *Evidence-Based Patient Choice*. Oxford University Press, Oxford.
- O'Connor AM, Rostom A, Fiset V, Tetroe J, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, Holmes-Rovner M, Barry M and Jones J (1999) Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. *BMJ*. 319: 731±4.
- O'Connor AM, Stacey D, Rovner D, Holmes-Rovner M, Tetroe J, Llewellyn-Thomas H, Entwistle V, Rostom A, Fiset V, Barry M and Jones J (2001) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 3: CD001431.
- O'Connor AM, Legare F and Stacey D (2003) Risk communication in practice: the contribution of decision aids. *BMJ*. 327: 736±40.
- O'Keefe M, Robertson D, Sawyer M and Baghurst P (2003) Medical student interviewing: a randomized trial of patient-centredness and clinical competence. *Fam Pract*. 20: 213±19.
- Orlander JD, Fincke BG, Hermanns D and Johnson GA (2002) Medical residents' most clearly remembered experiences of giving bad news. *J Gen Intern Med*. 17: 825±31.
- Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L, Hennrikus D and Vallbona C (1987) Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol*. 6: 29±42.
- Pantell RH, Stewart TJ, Dias JK, Wells P and Ross AW (1982) Physician communication with children and parents. *Pediatrics*. 70: 396±402.
- Parkes CM (1972) *Bereavement: studies of grief in adult life*. International Universities Press Inc., New York.
- Parsons T (1951) *The Social System*. Free Press, New York.
- Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician±Patient Communication in References 249
- Medical Education (2001) Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med*. 76: 390±3.
- Pendleton D, Schofield T, Tate P and Havelock P (1984) *The Consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford University Press, Oxford.
- Pendleton D, Schofield T, Tate P and Havelock P (2003) *The New Consultation*. Oxford University Press, Oxford.
- Peppiatt R (1992) Eliciting patients' views of the cause of their problem: a practical strategy for GPs. *Fam Pract*. 9: 295±8.

- Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M Jr, Stiles W and Inui TS (1997) Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*. 277: 350±6.
- Rowe MB (1986) Wait time: slowing down may be a way of speeding up. *J Teacher Educ*. 37: 43±50.
- Rutter M and Cox A (1981) Psychiatric interviewing techniques. I. Methods and measures. *Br J Psychiatry*. 138: 273±82.
- Ruusuvuori J (2001) Looking means listening: co-ordinating displays of engagement in doctor±patient interaction. *Soc Sci Med*. 52: 1093±108.
- Sandler G (1980) The importance of the history in the medical clinic and the cost of unnecessary tests. *Am Heart J*. 100: 928±31.
- Sanson-Fisher RW (1981) Personal communication. Faculty of Medicine, University of Newcastle, New South Wales, Australia.
- Sanson-Fisher RW (1992) How to Break Bad News to Cancer Patients. An interactional skills manual for interns. The Professional Education and Training Committee of the New South Wales Cancer Council and the Postgraduate Medical Council of NSW Australia, Kings Cross, NSW, Australia.
- Sanson-Fisher RW, Redman S, Walsh R, Mitchell K, Reid ALA and Perkins JJ (1991) Training medical practitioners in information transfer skills: the new challenge. *Med Educ*. 25: 322±33.
- Santrock JW (1998) *Child Development*. McGraw-Hill, New York.
- References 251
- Schmidt HG, Norman GR and Boshuizen HP (1990) A cognitive perspective on medical expertise: theory and implication. *Acad Med*. 65: 611±21.
- Scho®eld T, Elwyn G, Edwards A and Visser A (2003) Shared decision making. *Patient Educ Couns*. 50: 229±30.
- Schulman BA (1979) Active patient orientation and outcomes in hypertensive treatment. *Med Care*. 17: 267±81.
- Scott JT, Entwistle VA, Sowden AJ and Watt I (2001) Giving tape recordings or written summaries of consultations to people with cancer: a systematic review. *Health Expect*. 4: 162±9.
- Seidel HM (2003) *Mosby's Guide to Physical Examination*. Mosby, St Louis, MO.
- Sepucha KR and Mulley AG (2003) Extending decision support: preparation and implementation. *Patient Educ Couns*. 50: 269±71.
- Seymour CA and Siklos P (1994) *Clinical Clerking: a short introduction to clinical skills*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Silverman J, Kurtz S and Draper J (1998) *Skills for Communicating with Patients (1e)*. Radcliffe Medical Press, Oxford.
- Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D and Till J (1991) Doctor±patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 303:

- Thomas, Spring®eld, IL.
- Richard R and Lussier MT (2003) Dialogic index: a description of physician and patient participation in discussions of medications. Paper presented at the National Association of Primary Care Research Group Annual Conference, Ban , Alberta, 21±25 October 2003.
- Robinson A and Thomson R (2001) Variability in patient preferences for participating in 250 Skills for communicating with patients medical decision making: implication for the use of decision support tools. *Qual Health Care*. 10 (Suppl. 1): i34±8.
- Robinson J (2001) Soliciting patients' presenting concerns. In: J Heritage and D Maynard (eds) *Practicing Medicine: structure and process in primary care encounters*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Robinson JD (1998) Getting down to business: talk, gaze and body organisation during openings of doctor±patient consultations. *Health Commun*. 25: 97±123.
- Robinson JD (2001) Closing medical encounters: two physician practices and their implications for the expression of patients' unstated concerns. *Soc Sci Med*. 53: 639±56.
- Rogers CR (1980) *A Way of Being*. Houghton Mifflin, Boston, MA.
- Rogers MS and Todd CJ (2000) The 'right kind' of pain: talking about symptoms in outpatient oncology consultations. *Palliat Med*. 14: 299±307.
- Rollnick S, Butler CC and Stott N (1997) Helping smokers make decisions: the enhancement of brief intervention for general medical practice. *Patient Educ Couns*. 31: 191±203.
- Rollnick S, Mason P and Butler C (1999) *Health Behaviour Change: a guide for practitioners*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Rost KM, Flavin KS, Cole K and McGill JB (1991) Change in metabolic control and functional status after hospitalisation. *Diabetes Care*. 14: 881±9.
- Roter D (2000) The enduring and evolving nature of the patient±physician relationship. *Patient Educ Couns*. 39: 5±15.
- Roter D (2002) Three blind men and an elephant: reflections on meeting the challenges of patient diversity in primary care practice. *Fam Med*. 34: 390±3.
- Roter DL (1977) Patient participation in the patient±provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Educ Monogr*. 5: 281±315.
- Roter DL and Hall JA (1987) Physicians' interviewing styles and medical information obtained from patients. *J Gen Intern Med*. 2: 325±9.
- Roter DL and Hall JA (1992) *Doctors Talking with Patients, Patients Talking with Doctors*. Auburn House, Westport, CT.
- Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker R, Cole KA and Roca RP (1995) Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. *Arch Intern Med*. 155: 1877±84.

- 17 April 1985.
- Stewart MA (1995) Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J.* 152: 1423±33.
- Stewart MA, McWhinney IR and Buck CW (1979) The doctor-patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Pract.* 29: 77±82.
- Stewart MA, Belle Brown J, Weston WW, McWhinney I, McWilliam C and Freeman T (1995) *Patient-Centered Medicine: transforming the clinical method.* Sage, Thousand Oaks, CA.
- Stewart MA, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL and Freeman T (2003) *Patient-Centred Medicine: transforming the clinical method (2e).* Radcliffe Medical Press, Oxford.
- Stiles WB, Putnam SM, James SA and Wolf MH (1979) Dimensions of patient and physician roles in medical screening interviews. *Soc Sci Med.* 13A: 335±41.
- Stillman PL, Sabars DL and Redfield DL (1976) Use of paraprofessionals to teach interviewing skills. *Pediatrics.* 57: 769±74.
- Stimson GV and Webb B (1975) *Going to See the Doctor.* Routledge and Kegan Paul, London.
- Strull WM, Lo B and Charles G (1984) Do patients want to participate in medical decision making? *JAMA.* 252: 2990±4.
- Suchman A, Deci E, McDaniel S and Beckman H (2002) Relationship centred administration. In: R Frankel, T Quill and S McDaniel (eds) *Biopsychosocial Care.* University of Rochester Press, Rochester, NY.
- Suchman AL (2001) The influence of healthcare organizations on well-being. *West J Med.* 174: 43±7.
- Suchman AL (2003) Research on patient-clinician relationships: celebrating success and identifying the next scope of work. *J Gen Intern Med.* 18: 677±8.
- Suchman AL, Markakis K, Beckman HB and Frankel R (1997) A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA.* 277: 678±82.
- Sutherland HJ, Llewellyn-Thomas HA, Lockwood GA, Tritchler DL and Till JE (1989) Cancer patients: their desire for information and participation in treatment decisions. *J R Soc Med.* 82: 260±3.
- Svarstad BL (1974) *The Doctor-Patient Encounter: an observational study of communication and outcome.* University of Wisconsin, Madison, WI.
- Tait I (1979) *The History and Function of Clinical Records.* University of Cambridge, Cambridge.
- Tate P (1997) *The Doctor's Communication Handbook (2e).* Radcliffe Medical Press, Oxford.
- Tate P (2003) *The Doctor's Communication Handbook (4e).* Radcliffe Medical Press, Oxford.
- Tates K and Meeuwesen L (2000) 'Let mum have her say': turntaking in doctor-parent-child communication. *Patient Educ Couns.* 40: 151±62.
- Tates K and Meeuwesen L (2001) Doctor-parent-child communication. A (re)view of the

- 1385±7.
- Slack WV (1977) The patient's right to decide. *Lancet.* 2: 240.
- Smith RC and Hoppe RB (1991) The patient's story: integrating the patient and physician-centred approaches to interviewing. *Ann Intern Med.* 115: 471±7.
- Sommer R (1971) Social parameters in naturalistic health research. In: A Esser (ed.) *Behavior and Environment: the use of space by animals and men.* Plenum Press, New York.
- Sowden AJ, Forbes C, Entwistle V and Watt I (2001) Informing, communicating and sharing decisions with people who have cancer. *Qual Health Care.* 10: 193±6.
- Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC and Gottheil E (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet.* 2: 888±91.
- Spiro H (1992) What is empathy and can it be taught? *Ann Intern Med.* 16: 843±6.
- Spitzer J (2003) *Caring for Jewish Patients.* Radcliffe Medical Press, Oxford.
- Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS and D'Lugo BC (1981) The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health.* 71: 127±31.
- Steele DJ (2002) Overcoming cultural and language barriers. In: S Cole and J Bird (eds) *The Medical Interview: the three-function approach.* Mosby Inc., St Louis, MO.
- Steptoe A, Sutcliffe I, Allen B and Coombes C (1991) Satisfaction with communication, medical knowledge and coping styles in patients with metastatic cancer. *Soc Sci Med.* 32: 627±32.
- Stevenson FA, Barry CA, Britten N, Barber N and Bradley CP (2000) Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Soc Sci Med.* 50: 829±40.
- Stewart M (2001) Towards a global definition of patient-centred care. *BMJ.* 322: 444±5.
- Stewart M and Roter D (eds) (1989) *Communicating with Medical Patients.* Sage Publications Inc., Newbury Park, CA.
- Stewart M, Belle Brown J, Donner A, McWhinney IR, Oates J and Weston W (1997) *The Impact of Patient-Centred Care on Patient Outcomes in Family Practice.* Thames Valley Family Practice Research Unit, Ontario.
- Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L and Sangster M (1999) Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control.* 3: 25±30.
- Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW and Jordan J (2000a) The impact of patient-centred care on outcomes. *J Fam Pract.* 49: 796±804.
- Stewart M, Meredith L, Belle Brown J and Galajda J (2000b) The influence of older patient-physician communication on health and health-related outcomes. *Clin Geriatr Med.* 16: 25±36.
- Stewart MA (1984) What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med.* 19: 167±75.
- Stewart MA (1985) Comparison of two methods of analysing doctor-patient communication. Paper presented at the North American Primary Care Research Group Conference, Seattle, 14±

Norton, New York.

Weinberger M, Greene JY and Mamlin JJ (1981) The impact of clinical encounter events on patient and physician satisfaction. *Soc Sci Med.* 15E: 239±44.

White J, Levinson W and Roter D (1994) 'Oh, by the way' ± the closing moments of the medical interview. *J Gen Intern Med.* 9: 24±8.

White JC, Rosson C, Christensen J, Hart R and Levinson W (1997) Wrapping things up: a qualitative analysis of the closing moments of the medical visit. *Patient Educ Couns.* 30: 155±65.

Wissow LS, Roter DL and Wilson MEH (1994) Pediatrician interview style and mothers' disclosure of psychosocial issues. *Pediatrics.* 93: 289±95.

Woolley H, Stein A, Forrest GC and Baum JD (1989) Imparting the diagnosis of life-threatening illness in children. *BMJ.* 41: 1623±6.

Wright LM, Watson WL and Bell JM (1996) Beliefs: the heart of healing in families and illness. Basic Books, New York.

Young B, Dixon-Woods M, Windridge KC and Heney D (2003) Managing communication with young people who have a potentially life-threatening chronic illness: qualitative study of patients and parents. *BMJ.* 326: 305.

literature. *Soc Sci Med.* 52: 839±51.

Tattersall MH, Butow PN, Gri n AM and Dunn SM (1994) The take-home message: patients prefer consultation audiotapes to summary letters. *J Clin Oncol.* 12: 1305±11.

Tattersall MH, Butow PN and Ellis PM (1997) Meeting patients' information needs beyond the year 2000. *Support Care Cancer.* 5: 85±9.

Thornton H, Edwards A and Baum M (2003) Women need better information about routine mammography. *BMJ.* 327: 101±3.

Toon PD (2002) Using telephones in primary care. *BMJ.* 324: 1230±1.

Towle A and Godolphin W (1999) Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ.* 319: 766±71.

References 253

Tresolini CP and the Pew-Fetzer Task Force (1994) Health Professions Education and Relationship-Centred Care. The Pew-Fetzer Task Force on Advancing Psychosocial Health Education, Pew Health Professions Commission and the Fetzer Institute, San Francisco, CA.

Trevena L and Barratt A (2003) Integrated decision making: definitions for a new discipline. *Patient Educ Couns.* 50: 265±8.

Truax CB and Carkhu RR (1967) Towards Effective Counselling and Psychotherapy. Aldine, Chicago, IL.

Tuckett D, Boulton M, Olson C and Williams A (1985) Meetings Between Experts: an approach to sharing ideas in medical consultations. Tavistock, London.

Van Bilson HP and van Emst AJ (1989) Motivating heroin users for change. In: GA Bennett (ed.) *Treating Drug Abusers.* Routledge, London.

van Thiel J and van Dalen J (1995) MAAS-Globaal criterialijst, versie voor de vaardigheidstoets Medisch Basiscurriculum. Universiteit Maastricht, Maastricht.

van Thiel J, Kraan HF and van der Vleuten CPM (1991) Reliability and feasibility of measuring medical interviewing skills: the revised Maastricht History-Taking and Advice Checklist. *Med Educ.* 25: 224±9.

Verderber RF and Verderber KS (1980) *Interact: using interpersonal communication skills.* Wadsworth, Belmont, CA.

Vetto JT, Elder NC, To er WL and Fields SA (1999) Teaching medical students to give bad news: does formal instruction help? *J Cancer Educ.* 14: 13±17.

Waitzkin H (1984) Doctor±patient communication: clinical implications of social scienti*c research. *JAMA.* 252: 2441±6.

Waitzkin H (1985) Information giving in medical care. *J Health Soc Behav.* 26: 81±101.

Wasserman RC, Inui TS, Barriatua RD, Carter WB and Lippincott P (1984) Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: an outcome-based analysis of clinician±parent interaction. *Pediatrics.* 6: 1047±53.

Watzlawick P, Beavin J and Jackson D (1967) *Pragmatics of Human Communication.* WW

Here you can advertise for other Radcliffe publications Ltd

مهارات الاتصال بالمرضى (الطبعة الثانية) Skills for Communicating with Patients

مهارات الاتصال بالمرضى، وتعليم وتعلم مهارات الاتصال في الطب، الطبعة الثانية: كتابان مختصان بتحسين الاتصال في الطب، يعرضان أسلوباً شاملاً لتعليم وتعلم مهارات الاتصال خلال جميع مستويات التعليم الطبي، فضلاً عن التعليم في طب الأسرة والدراسات التخصصية. ومنذ صدور طبعتهما الأولى، أصبحا الكتابان المنهجيان القياسيان الأولان في تعليم مهارات الاتصال في جميع أنحاء العالم، والمتعمدان كلياً على البيئتين في الحوار الطبي.

وقد وسعت وحدثت طبعتهما الثانية توسعاً كاملاً اعتماداً على البحوث الحديثة المراجعة لتعكس التطورات الجديدة في الأساليب النظرية والإدراكية للاتصال. ويستكشفان بإسهاب المهارات الخاصة لاتصال الطبيب – المريض ومزودان بيئتان شاملة لتحسين هذه المهارات التي تستطيع أن تحسن النتائج الصحية والممارسة اليومية السريرية. وهما الوحيدان اللذان يعدان أرضية المهارات الجوهرية التي تمثل أسس الاتصال بين الطبيب والمريض في جميع الظروف.

من الضروري قراءته من قبل المتعلمين في جميع المستويات: طلبة الطب أو المقيمون، أو الأطباء والميسرون ومدراء البرامج.

يحتل هذان الكتابان المرتبة الأولى من الكتب وذلك لشموليتهما وتعبيرهما الإنساني لاسيما إنهما تعليميان، وجميع قراءهما من المبتدئين إلى الخبراء سوف يحصلون معرفة جديدة ويتمتعون بحصولهما على ما كسبوا.

Frederic platt

وجدا هذان الكتابان قراء من أنحاء العالم كافة، والآن وهما في طبعتهما الثانية وتحديثهما للمصادر لوحده يجعلهما طبعة جديدة مرحب بها ولكن ذهب المؤلفون أكثر عن ذلك. وإنهما استثمار قليل لتحسين واعد أكبر.

Jan van dalen

قيل عن الطبعة الأولى

يقف كل كتاب من هذين الكتابين موقفاً شامخاً ولكن حين جمعتهما يؤلفان لوحة فنية وممارسة لعلم مهارات الاتصال في تعليمه وتعلمه.

British Journal of Psychology

يقدم هذا الكنز الثمين دليل رعاية محورها المريض خطوة خطوة. وأوصي بشكل صريح به، لما له من قدرة واعدة لقلب التعليم الطبي رأساً على عقب وتحسن النتائج للمريض والطبيب معاً.

Royal college of Pathologist

«له قيمة ومرتعة لأي مهنة صحية – طبيب عام، طبيب مجتمع، ممرضة، والمهن الساندة المتضمنة الطلبة والمعالجين الفيزياويين.»

Physiotherapy Journal