

ХАРАКТЕРИСТИКА КОММУНИКАТИВНЫХ ТАКТИК ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

М.В.ШОЛКОВА, Э.А.ДОЦЕНКО, Е.С.ГРИЦЕВА
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Цель: оценить особенности медицинского интервью, проводимого врачами-терапевтами приемного отделения многопрофильной больницы при первичном обращении пациента.

Материал и методы. Исследование проводилось в приемном отделении учреждения здравоохранения «б-я городская клиническая больница г. Минска» в период октябрь 2019 – февраль 2020 гг. Проведено изучение интервью 99 пациентов в возрасте 63 [47; 75] года, треть пациентов составили мужчины (n=32). Во время беседы врача с пациентом фиксировалось продолжительность беседы при помощи секундомера, продолжительность первого высказывания пациента, количество заданных вопросов, прерывание высказывания со стороны врача, характер терапевтической патологии, рассчитывался индекс коморбидности Чарлсон. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы «Statistica 10.0» с использованием непараметрических статистических методов.

Результаты и обсуждение. Преобладали пациенты с сердечно-сосудистой патологией и заболеваниями органов дыхания.

- СС патология: n=42, (42,4%): ИБС (n=31) и АГ (n=11)
- Заболевания органов дыхания, n=38 (38,4%): пневмония (n=17) и бронхиальная астма (n=12).

Индекс коморбидности Чарлсон составил 3 [1; 5] балла.

Из пяти врачей приемного отделения только один имел стаж работы свыше 10 лет и первую врачебную категорию, четыре врача имели стаж работы до 5 лет (у двоих была вторая врачебная категория, двое не имели категории).

Медиана продолжительности беседы с пациентом составила 6,5 [4,7; 8,9] минут (минимум – 1,8 минуты, максимум – 20,6 минут). Количество вопросов, заданных врачом за время беседы, варьировало от одного до 49 с медианой 13 [8; 19].

В 55 случаях в беседе использовалась тактика активного слушания, в 44 случаях – тактика активного опроса.

При тактике активного опроса врач перебивал речь пациентов в среднем через 9 [6; 19] секунд (минимум 3, максимум 39 секунд) после начала высказывания, а общая длительность беседы в таком случае составила 6,8 [5,6; 9,4] минуты. Пациентам при использовании тактики активного опроса было задано 15 [11; 21] вопросов (минимум 7, максимум 49).

В случае, если врач не прерывал пациента вопросами, продолжительность первого высказывания пациентов составила 17 секунд [7; 37] с минимумом в 2 секунды и максимумом в 7,7 минут. Общая длительность беседы в этом случае составила 6,1 [4,2; 8,8] минут. Выявлена зависимость между продолжительностью консультации и более высоким индексом коморбидности Чарлсон. У пациентов с индексом коморбидности 0-3 балла длительность беседы составила 5,8 [4,3; 8,6] минут, тогда как при значении индекса от 7 до 9 баллов 8,3 [6,6; 9,7] минут ($p < 0,05$).

Заключение:

1. Врачи терапевтического приемного отделения многопрофильного стационара во время беседы в половине случаев перебивают пациентов вопросами, через 9 [6; 19] секунд после начала изложения жалоб. Если врач не прерывал пациента, длительность первого высказывания составила 17 [7; 37] секунд.

2. Общее время беседы с пациентом составило 6,5 минут, за это время врач в среднем задавал пациенту 13 вопросов. Затраченное на беседу время при использовании различных тактик интервью не отличалось: 6,1 [4,2; 8,8] минут при тактике активного слушания против 6,8 [5,6; 9,4] минут при тактике активного опроса ($p > 0,05$). Количество заданных вопросов было существенно меньше при использовании тактики активного слушания: 9 [6; 17] вопросов против 15 [11; 21] вопросов при тактике активного опроса ($p < 0,001$).

3. Пациенты с коморбидной патологией закономерно требуют более длительного времени на приеме.