وزارة الصحة العراقية

تعليم وتعلُم مهارات الاتصال في الطب

Teaching and Learning Communication Skills in Medicine

ترجمة

الدكتور عبدالسلام صالح سلطان

طارق ابراهيم المبارك

مراجعة النص العربي: الدكتور مهدي صالح الشمري

تأليف

سوزان كورتس جوناثان سلفرمان جوليت درابر

تقديم

جان فان دالين

فريدريك دبليو بلات

الطبعة الثانية 2010

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 *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*, Second Edition

© 2005 Suzanne Kurtz, Jonathan Silverman and Juliet Draper

Arabic translation © 2010 Suzanne Kurtz, Jonathan Silverman 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 431 3

Typeset by WorldAccent, London
Printed and bound by TJI Digital, Padstow, Cornwall

المحتوى

Content

مقدمة الطبعة العربية Arabic introduction	**viii**
شكر وتقدير Arabic acknowledgment	**x**
تقديم Forewords	**xii**
تمهيد Preface	**xvi**
في رحاب هذا الكتابِ About this book	**xx**
المؤلفون About the authors	**xxi**
شكر وتقدير Acknowledgments	**xxii**
الإهداء Dedication	**xxiii**
المقدمة Introduction	**1**
الجزء الأول Part I	
نظرة عامة على تعليم وتعلم مهارات الاتصال	**11**
1 الفصل الأول Chapter 1	
«لماذا»: المنطق في تعليم وتعلُم مهارات الاتصال	**13**
المقدمة	13
لماذا ندرّس مهارات الاتصال؟	14
هل يمكنك تعليم مهارات الاتصال وتعلّمها؟	21
هل ما يحصل عليه الأطباء والمرضى يستحق هذا الجهد؟	27
2 الفصل الثاني Chapter 2	
«ما»: تعريف ما نحاول أن نُعلمه ونتعلمه	**29**
المقدمة	29
لماذا يحتاج الميسّرون ومدراء البرامج إلى المساعدة لمعرفة ما سيقومون بتدريسه؟	30
أنواع مهارات الاتصال وكيف تترابط بعضها ببعض؟	32
مشكلة الفصل بين مهارات المحتوى والصياغة في تعليم وتعلّم المقابلة الطبية	34
المنهج الشامل لمهارات الاتصال بين الطبيب – المريض	36
دليل كالكاري–كامبردج (كما عُرض في طبعة 1998)	37
دليل كالكاري– كامبردج المعزز	38
الحاجة لبناء شامل وواضح	50
اختيار مهارات الصياغة وادخالها إلى منهج الاتصال	52
الخلاصة	57

3 الفصل الثالث Chapter 3
الكيفية: مبادئ كيف تُعلّم وتَتعلّم مهارات الاتصال **59**
المقدمة 59
لماذا نتبع الطريقة المستندة إلى المهارات عند تعليم وتعلم مهارات الاتصال؟ 60
ما الطرق الناجحة للتعليم والتعلم في الممارسة؟ 65
لماذا نستعمل طرق التعلم التجريبية؟ 65
لماذا نستعين بالطريقة المستندة إلى المشكلات عند تعليم مهارات الاتصال؟ 74
ما موقع طرق التعليم الأكثر إرشادية؟ 79

4 الفصل الرابع Chapter 4
اختيار واستعمال الطرق التعليمية المناسبة **81**
المقدمة 81
اختيار الطرق التعليمية المناسبة 81
استخدام طرق من النصف الأيمن للمنوال المستمر 83
إدخال المادة الإدراكية في مادة المنهج الدراسي 84
استخدام طرق الجانب الأيسر للمنوال المستمر 86
استرجاع التسجيلات السمعية والصورية 87
المرضى الحقيقيون 90
المرضى الممثلون 93
أداء الأدوار 107

الجزء الثاني Part II
تعليم مهارات الاتصال وتعلمها في الممارسة العملية **111**

5 الفصل الخامس Chapter 5
تحليل المقابلات وعرض الاسترجاع «التغذية الاسترجاعية»
في جلسات التعليم التجريبي **117**
المقدمة 117
التحليل والاسترجاع في جلسات تعليم مهارات الاتصال 117
القواعد التقليدية للاسترجاع 118
تحليل مشكلات المقابلة المستند إلى نتائجها 122
التعبير الفاعل عن الاسترجاع في جلسات تعليم مهاراتِ الاتصال 131

6 الفصل السادس Chapter 6
إدارة الجلسة: تيسير تعليم مهارات الاتصال في بيئات تعليمية مختلفة **141**
المقدمة 141
تحليل نتائج المقابلة المستند إلى مشكلاتها عملياً 142
أمثلة على كيفية استخدام تحليل نتائج المقابلة المستند إلى مشكلاتها في بيئات مختلفة 143

التعليم الآني في العيادة أو بجانب سرير المريض 161

7 الفصل السابع Chapter 7
ادارة الجلسة: أدوات التيسير لتفعيل وزيادة المشاركة والتعلم 167
المقدمة 167
ربط التيسير مع مهارات الاتصال بالمرضى 168
الاستراتيجيات التي تعزز المشاركة والتعلم 169
إستراتيجيات التعامل مع الصعوبات 182

8 الفصل الثامن Chapter 8
إدارة الجلسة: تقديم البحوث والنظريات، توسيع وترسيخ التعلم 197
المقدمة 197
نظرة عامة: كيف تقدم المواد الإرشادية وتوسيع وترسيخ التجربة والمناقشة 198
المقترحات العملية لتقديم النظريات وبيّنات البحوث لترسيخ التعلم 202

الجزء الثالث Part III
الجزء الثالث: بناء منهاج مهارات الاتصال 221

9 الفصل التاسع Chapter 9
أسس تصميم مناهج مهارات الاتصال 225
المقدمة 225
الإطار الإدراكي في تدريب الاتصال المنهجي 226
كيف يمكن لنا أن نضمن أن المتعلمين لم يتمكنوا من المهارات على نطاق واسع فحسب وإنما يحتفظون بها ويستعملونها في ممارستهم بمرور الوقت؟ 228
كيف نختار محتويات البرنامج الاتصالي وننظمه؟ 231
كيف نختار الطرق المناسبة لأي مكون من برنامج الاتصال 238
كيف نكامل الاتصال مع مهارات سريرية أخرى وباقي المنهاج؟ 238

10 الفصل العاشر Chapter 10
تصميم منهاج اتصال الموضوعات الخاصة في مستويات مختلفة من التعليم الطبي 243
المقدمة 243
التعليم الطبي في الدراسة الأولية 243
الإقامة والتعليم الطبي المستمر 249
كيف يمكن تنسيق منهاج الاتصال خلال مستويات التعليم الطبي؟ 257

11 الفصل الحادي عشر Chapter 11
تقييم مهارات اتصال المتعلمين 261

المقدمة 261
التقييم البنّاء والإجمالي 262
ماذا نحاول أن نُقيم؟ 264
مزيات أدوات التقييم 266
ما النموذج الذي يتخذه التقييم؟ 271
ما الأشكال المتوافرة للاسترجاع في التقييم البنّاء والإجمالي؟ 276
مَن الذي يقوم بالتقييم الفعلي؟ 280

12 الفصل الثاني عشر Chapter 12
تعزيز وتنمية قدرات الهيئات التدريسية في تعليم مهارات الاتصال 283
المقدمة 283
لماذا يحتل تعليم الميسّرين هذه الدرجة من الأهمية؟ 284
تعزيز مهارات الميسّرين 285
كيف نقوم بتوسيع الحالة ونجني ثمار مثل هذا التعليم؟ 296

13 الفصل الثالث عشر Chapter 13
إرساء منهج دراسي: السياق الأوسع 299
المقدمة 299
تعزيز التقدم الحاصل وقبول مناهج الاتصال ضمن التعليم الطبي 299
نظرة إلى المستقبل: ما محطتنا القادمة؟ 305

الملاحق Appendices 313

الملحق 1 Appendix 1
نموذج منهج اتصال 315
الملحق 2 Appendix 2
تصميم دليل الصياغة لكالكاري–كامبردج الثنائي 325
الملحق 3 Appendix 3
نظام كتابة حالة المريض الممثل 333
الملحق 4 Appendix 4
نموذج مستند تقييم لامتحان سريري موضوعي البناء 341
الملحق 5 Appendix 5
تقييم المهارات الطبيّة: مهارات صياغة الاتصال 347
الملحق 6 Appendix 6
ملاحظات حول استعمال دليل كالكاري–كامبردج 349

المصادر References 351

مقدمة الطبعة العربية

Introduction for Arabic version

يمكن تلخيص مهارات الاتصال بجواب (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 يكتنزها بأحسن ما يمكن، سيقدم رعاية صحية أفضل للمريض الفرد والمجتمع عامةً.

وعُدت في العقد الأخير في الألفية الثانية مهارات الاتصال السريرية وطب البيّنة «Evidence based medicine» – أي إدخال المعلومات المتاحة وتحليلها ونقدها 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 الإنسانية في العقد الأول من الألفية الثالثة ومازالا يحتلان الأولوية كأهم إبداع عالمي في المجال الطبي. واحتل الكتابان المنهجيان (مهارات الاتصال بالمرضى، وتعليم وتعلّم مهارات الاتصال في الطب) لمؤلفيهما سوزان كورتس وجوناثان سلفرمان وجوليت درابر الصدارة والمقدمة، لأنهما تمكّنا من إدخال مهارات الاتصال المعتمدة على البيّنة في الممارسة الطبية اليومية وأصبحا من أبرز الكتب في ميدان الاتصال حيث جمعا هاتين المزيتين الفريدتين في ميدان الاتصال الطبي وطب البيّنة. إذ واءما بين المتطلبات اليومية ومهارات الاتصال المعتمدة على البيّنة النظرية 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 بيّنة استعمالها. وتميزا عن باقي كتب الاتصال حيث تدخل مهارات الاتصال بهيكل واضح ومحدد يتواءم مع مهام المقابلة الطبية المتسلسلة مؤيداً بالبيّنات 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: الالمانية والهولندية، والهنكارية، والفرنسية فضلاً عن اللغة العربية التي فيما نقدمه بين يديك عزيزي القارئ. كما اُعتمد دليل كالكاري–كامبردج العمود الفقري للكتابين في أغلب أنحاء العالم كدليل اتصال في المناهج الدراسية وأداة تقييمية في الامتحانات السريرية.

ومن اللافت للانتباه، أنّ 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 الجسيمة، 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

موضوع المقابلة الطبية وبإدخالها تطوير لمهارات الاتصال الطبية العربية الحديثة. ثالثاً: الاهتمام بالحوار غير اللفظي والاستعارات الاجتماعية والثقافية، ذهبت مهارات الاتصال بعيداً عن اللغة المنطوقة وركّزت كذلك على الحوار غير اللفظي بين الطبيب والمريض والاستعارات اللفظية الذي يعّد 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 إلاّ باللهجة التي تعوّدها 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 انها متساوية القيمة، إذ تؤدي إلى اضطراب الممارسة الطبية المحلية. ومهارات الاتصال في الكتابين (مهارات الاتصال بالمرضى، وتعليم وتعلّم مهارات الاتصال في الطب) أثبتت فاعليتها وتأثيرها في اتصال الطبيب بالمريض في مختلف انحاء 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

شكر وتقدير

Acknowledgement

نشكر معالي وزير الصحة العراقية الدكتور صالح مهدي الحسناوي 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 مكيل والسيدة آمال صادق نايف ونجاة تقي وجميع منتسبي المركز.

طارق ابراهيم المبارك

عبدالسلام صالح سلطان

تقديم

Foreword

«لا قيمة لما تعرف إذا لم تستطع ايصاله»

بهذه الكلمات المفعمة بالحكمة شاطرني (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 رقّي الاتصال وجودته بين الأطباء ومرضاهم وبين زملاء المهنة من أطباء وغيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية، لابد أن تؤثر في تحسين الرعاية الصحية. وفي عقد الثمانينيات والذي تلاه – أي عندما بدأت الأنشطة التعليمية في هذا المجال – بالتبلور، 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 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 (كالكاري 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 إلاّ 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 أُلفا وجمعت معلوماتهما وكتبا بلغة واضحة. فالمؤلفون ينتمون إلى بلدين تفصل بينهما لغة مشتركة! «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 الميسّر والمتعلم. وباختصار، أظهر الكتابان فائدة الالتزام بدليل (كالكاري–كامبردج)

قاعدة بنيوية عند تعاطيهما لموضوع مهارات الاتصال بين الطبيب والمريض ومهارات الاتصال بين الميسّر 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 الجديدتين موضع استحسان وترحيب إلّا أن الباحثين ذهبوا إلى أبعد من ذلك. وأدركوا أن عالمنا 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 الجديدتان اهتماماً متزايداً بالتمييز بين المحتوى وصياغة الاتصال والتقييم. وإن كلاً من الطبعتين الجديدتين من الكتابين موضع استحسان لأنهما يساعدان على توضيح المجال الذي نتعامل معه. ومن خلال التعريف الأفضل والتطبيق العملي فقط نستطيع أن نطّور معارفنا في هذا الميدان المهم من الاتصال في حقل الرعاية الصحية. ومن خلال منظور الإحساس بالخطر، يعد هذان الكتابان ثمرة باتجاه آفاق تحسن أكبر.

وأنني لآمل بإخلاص أن يثابر المؤلفون على الاستمرار في عملهم الذي يستحق الإعجاب وأراني أتشوق إلى صدور الطبعة الثالثة ولا اكاد أقوى على الانتظار.

Jan van Dalen
Skillslab
Universiteit Maastricht
Maastricht
The Netherlands
September 2004

تقديم

Foreword

عندما بدأتُ بممارسة مهنتي الطبية في عام (1959) كان أساتذتي قد توارثوا تقليد من سبقهم في فن الحوار لقرون خلت. وأمام جموع الطلبة سارحو التفكير يتنقل الشيوخ باستفساراتهم ويختبرون أما بلطف وهدوء أو باقتضاب وجفاء، وقد استمررنا 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 المحيّرة التي يعرضها مرضانا. ولم يخامر أولئك الأساتذة الاهتمام بما يشعر به المريض تجاه عملية استحصال المعلومات والتقنيات المحدودة التي كانت تقف خلف حاجز الأسئلة 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 ويتحاورن 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. ولا تزال 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 الاكاديميون يتعلمون التقنيات الجديدة ويعملون منها نماذج لطلبتهم في بعض الكليات الطبية في امريكا 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 الاكاديمية 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 جوناثان سلفرمان وسوزان كورتس وجولييت 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

هيكل المقابلة وبناء العلاقة مع المريض. وبعد ذلك، يأخذ سلفرمان وكورتس ودرابر بيد القارئ لكي يجتاز 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، وجدتُ 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 كرست 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 قُرائه سواء أكانوا من المبتدئين أم من الخبراء سوف تحملهم المعرفة الحديثة إلى آفاق جديدة وإن حصولهم على هذه المعرفة سيجلب لهم متعة لا تعادلها متعة.

ولكن ماذا بشأن تعليم المهارات؟ ولكي نقوم بالتعليم ينبغي علينا أن نفهم كيف يتعلم الناس وماذا يعرقل عملية التعلُم وكيف نتغلب على معارضة تعلُم 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 كـــ «مثبت 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، والعروض «المظاهرات Demonstrations». والممارسات الفردية والمقابلات الطبية المسجلة على أشرطة فديو والتدريب الداعم الفردي. ويوصون بالملاحظة والاسترجاع باعتبارها أعظم الأدوات تأثيراً في عملية التعليم. ويساعدوننا كذلك على أن نفهم اشكال الاسترجاع وأن نميز بين مناقشة توجهات «attitudes» الطلبة ومهاراتهم. والتركيز على تدريب المهارات عند تدريس موضوع الاتصال لضرورته في جميع الأوقات، والذي يعد أقل ضرراً ويؤدي إلى تغيير في التوجّه. ومن بداية الكتاب الثاني إلى نهايته — كما هو الحال بالنسبة للكتاب الأول فأنهم 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 الميسّر بعملية التعلُم 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 ننجز 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

تمهيد

Preface

كتاب تعليم وتعّلم مهارات الاتصال في الطب «Teaching and Learning Communication Skills in Medicine» هو أحد كتابين مترافقين والثاني «مهارات الاتصال بالمرضى Skills for Communicating with Patients» مصممان لتحسين مهارات الاتصال في المجال الطبي بأسلوب شامل لتعليم وتعّلم الاتصال في الطب خلال المستويات الثلاثة للتعليم الطبي «الدراسة الجامعية الأولية والإقامة والتعليم الطبي المستمر» وللأطباء الاختصاصيين وأطباء الأسرة معاً. ومنذ طبعتيهما الأولى في (1998)، أصبحا الكتابين المنهجيين في تعليم مهارات الاتصال في أنحاء العالم كافة، وأول كتابان يعتمدان على البيّنة «Evidence–based» في المقابلة الطبية (Suchman 2003).

وسعينا في طبعة الكتابين الثانية المعتمدين على البيّنة أن نعكس التطورات والتغّيرات 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 منهاج التعليم الأساس في جميع مستويات التدريب الطبي في دول كثيرة.

وحصل تقدّم كبير في حقل تعليم مهارات الاتصال في السنوات الستّ الأخيرة. وأصبحت برامج الاتصال جزءاً من التعليم المنهجي في جميع مستويات التدريب الطبي وفي العديد من البلدان. وأصبح التقييم الإجمالي مضمون الجودة «Certifying summative assessment» لمهارات الاتصال مكوّناً رئيساً للعديد من المناهج الجامعية وبرامج الإقامة التدريبية محلياً ووطنياً. وتطورت دورات تعليم مهارات الاتصال في الكليّات. واستمر نشر بحوث الاتصال بشكل غزير، إذ نُشر الفا (2000) بحث في المدلاين حول علاقة الطبيب بالمريض والتعليم الطبي خلال السنوات الستّ الماضية.

وتعكس الطبعة الثانية للكتابين جميع التطوّرات. وحدّثنا الكتابين فيما يتعلق بالتوجه الذي يترعرع في مجال البحوث والتغيير في ممارسات التقييم والتعليم. وكما استمررنا بتطوير تعليمنا الخاص خلال السنوات الستّ الماضية أيضاً والذي يتضمّن العديد من الأفكار التي نتجت من الخبرة وتطورها.

واجتمع تعلقنا بهذا العمل وانجذابنا إليه عوامل أخرى منها: ملاحظات الكثير من زملاء المهنة الذين تفاعلوا مع طبعته الأولى فوافونا بمراسلاتهم وملاحظاتهم الشخصية، واستفدنا كثيراً من اقتراحات قُرائنا وأفكارهم. وتمتّعنا كثيراً بالفرص التي تنعكس على أسلوبنا التعليمي ومراجعتنا للأسس الواضحة مرة أخرى. وتأملنا مفاهيمنا وخبراتنا المختلفة التي تكونت خلال السنوات القليلة الماضية. نرجو أنّ ينعم قرّاؤنا بما أنجزنا بقدر تمتّعنا ببنائه.

ونودُّ هنا أَن نُوضّح الأساس المنطقي للكتابين، وقد لخصّنا التغييرات التي ظهرت في الطبعة الثانية بإيجاز. ففي طبعة هذا الكتاب «تعليم وتعلّم مهارات الاتصال في الطبّ» تفحصنا كيف نبني منهج مهارات اتصال،

ووثّقنا 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 في طبعة الكتاب الأولى:

- المنطق الأساس الشامل في تعليم مهارات الاتصال: «لماذا» و «ما» و «كيف» نُعلم ونتعلم مهارات الاتصال في الطب.
- المهارات الفردية الفاعلة التي تؤلف اتصال الطبيب بالمريض.
- الأسلوب المنهجي لعرض وتعليم واستعمال المهارات في الممارسة العملية.
- الوصف الدقيق لطرائق التعليم والتعلُم 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.
- إستراتيجيات بناء منهج مهارات الاتصال العملية.

وفي الطبعة الثانية لكتابنا هذا تعليم وتعلُم مهارات الاتصال في الطب، اوضحنا:

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

والطبعة الأولى من الكتاب المرافق «Skills for Communicating with Patients، مهارات الاتصال بالمرضى» تتولى استكشاف المهارات الخاصة لاتصال الطبيب بالمريض بتفصيل أكبر. ولا نفحص كيف

نستعمل هذه المهارات في المقابلة الطبية حسب، لكن 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 للتعليم في برامج مهارات الاتصال.
- رسم هيكل عامّ للمقابلة يُساعد في تنظيم المهارات وتعليمنا وتعلّمنا إياها.
- وصف تفصيلي للأسباب المنطقية لاستعمال هذه المهارات الرئيسة في المقابلة الطبية.
- عرض المبادئ والمفاهيم وبيّنات البحوث التي تبرهن على أهمية المهارات وتُوثّق الفوائد المحتملة للأطباء والمرضى على حدّ سواء.
- اقتراحات تتضمن كيفية استعمال كُلّ مهارة عملياً.
- مُناقشة الدور الرئيس الذي تؤديه مهارات الاتصال في مُعالجة موضوعات الاتصال الحسّاسة وتحدّياتها.
- وعرضنا في الطبعة الثانية من كتاب «مهارات الاتصال بالمرضى»:
- تحديث بيّنات البحوث الشاملة في جميع ثنايا الكتاب.
- اعادة تصميم هيكل الكتاب وتضمين كُلّ فصل نسخة مُحسَّنة من دليل (كالكاري–كامبردج) الذي قدّمته البروفسورة كورتس في 2003 (Kurtz et al. 2003)، الذي وُصف بالتفصيل في الفصل الأول.
- تضمن الكتاب وصف طريقة سريرية شاملة تُكامل 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 تتزايد أهميته وارتباطه الوثيق باتخاذ القرارات المشتركة والتوافق وتوضيح المخاطر «Explanation of risk».
- الاستكشاف بالتفصيل في الفصل الثامن عن كيفية التعامل مع موضوعات اتصالية حسّاسة في المقابلة الطبية وعلاقتها بمهارات الصياغة الرئيسة لدليل (كالكاري–كامبردج).

نُشجّع قرّائنا لدراسة الكتابين. بينما يبدو للوهلة الأولى بأنّ هذا الكتاب قد تخصص بمخاطبة المُعلمين فقط، والكتاب الثاني قد تخصص بمخاطبة المتعلمين، لكن هذه النظرة بعيدةٌ عن قصدنا:

- يحتاج الميسّرون إلى القدر نفسه من المساعدة في «ما» يعلّمون كما هو الحال مع «كيف» يُعلمون. وأظهرنا كيف تُمكّن المعرفة العلمية بمهارات الاتصال المعمّق استعمال مهارات الاتصال وأيدناها ببيّنات البحوث المُرفقة، إذا ما رغب الميسّرون أن يُزيدوا التعلّم في جلسات تعليمهم التجريبية.
- ويحتاج المتعلّمون فهم «كيف» يتعلّمون فضلاً عن «ماذا» يتعلّمون. وأن فهم مبادئ تعليم مهارات الاتصال ستُمكّنُهم من زيادة ملكتهم في جميع مجالات منهج الاتصال، ويُحسّنُ اشتراكهم الخاص في ذلك التعلّم، ويفهمون قيمة الملاحظة والتدريب، ويدلوا بتعقيبات بنّاءة تسهم في خلق مناخ داعم للعملية التعليمية.

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

Jonathan Silverman
Suzanne Kurtz
Juliet Draper
September 2004

في رحاب هذا الكتابِ

About this book

يُعد إصدار هذا الكتاب والكتاب المرافق نتيجة تعاون طيب وجاد ومثمر بين المُؤلفين الثلاثة. بدأً بالدّكتور سلفرمان الذي كان في إجازة دراسية مع الأستاذة كورتس في كليّة الطبِّ، جامعة كالكاري، كندا في (1993). وكانت الأستاذة كورتس وزملاؤها يُطوّرون ويُوسعون مناهج الاتصال في الطبّ 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 المُؤلفين الثلاثة إلى تلاقح الأفكار والاتجاهات وتأليف الكتابين في طبعتيهما الأولى والثانية.

واشتركت الأستاذة كورتس والدكتور سلفرمان في تأليف الكتابين على حد سواء. ولإبراز هذه المساواة أُدرج أسم الأستاذة كورتس كمؤلف أول في كتاب تعليم وتعلّم مهارات الاتصال في الطبّ، وأدرج اسم الدّكتور سلفرمان كمؤلف أول في كتاب مهارات الاتصال بالمرضى.

المؤلفون

About the authors

الدّكتورة سوزان إم كورتس «PhD» أستاذة الاتصال في كليّات التعليم والطبّ، جامعة كالكاري، 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، والممرضات، والمهن الصحية الأخرى، ومجموعات من المرضى والمعلمين والإداريين. ومنذ (1977) أدارت برنامج الاتصال الجامعي في كليّة كالكاري للطب ومستشارة قومية وعالمية على جميع مستويات التعليم الطبي بخصوص إرساء برامج اتصال فاعلة لطُلاب الطبّ والمقيمين والأساتذة والموظّفين. وعملت مؤخراً مع زملاء في الطبِّ البيطري لابتكار برامج مهارات اتصال في هذا الحقل. كما عملت مع ثقافات مختلفة وتخصصات متنوّعة، وأسهمت في إعداد مناهج اتصال وبناء الفريق وإدارة النزاعات في القانون والعمل ومع عدّة مشاريع تنمية دولية تتعلّق بالصحة والتعليم في النيبال وجنوب شرق آسيا وجنوب أفريقيا. وتتضمّن منشوراتها كتاب سابق مع مؤلف آخر «في إم ريكاردي»، بعنوان الاتصال والمشورة في الرعاية الصحية (Published by Charles C Thomas in 1983).

الدّكتور جوناثان سلفرمان (FRCGP) عميد سريري مشارك ومدير دراسة الاتصال في كلية الطبِّ السريري، جامعة كامبردج، وممارس عام في لينتون، كامبرجشاير.واشترك في تدريس مهارات الاتصال بفاعلية منذ (1988) وميسّر إقليمي لمهارات اتصال الدراسات العليا في الممارسة العامة لعمادة شرق إنكلا حتى (1999). وفي (1993)، أخذ إجازة دراسية وعمل مع الأستاذة سوزان كورتس لإجراء بحوث مهارات الاتصال وتدريسها في كليّة الطب، جامعة كالكاري. 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 المُقيّم 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.

الدّكتورة 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 يؤلف هذا الكتاب من دون مساعدة المرضى والمتعلّمين والزملاء الباحثين والمدرسين من جميع أنحاء العالم وندين لهم جميعاً بكثير من العرفان والتقدير.

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

وممتنون خصوصاً للدكتور فنسينت إم ريكاردي لبصيرته وجُهوده المؤثرة في مجال الاتصال في الطب والدفاع عن المرضى، ودعمه المبكّر وإسهاماته التأسيسية لعملِنا وأسئلتِه الإدراكيةِ 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 كالكاري. وإسهاماتها المهنية الجوهرية في برامج التعليم والتقييم وعملها مع المتعلّمين والمرضى الذي أغنى عملنا وكتابينا في ذلك الوقت. ونشكر أيضاً ميريديث سايمون على بصيرتها، وإسهاماتها ودعمها لسنين عديدة كمدربة مخضرمة، (من 1999 إلى 2003)، ومديرة مشاركة لدورات اتصال كالكاري.

وممتنون جداً إلى بوب بيرنكتون وآرثر هيبل لاتاحتهما الوقت لنا لكتابة دليل الميسّرين للممارسين العموميين في المنطقة إنكلان الشرقية في (1996). وهو حافزنا الكبير لتأليف الطبعة الأولى من هذا الكتاب. ونشكرُهما أيضاً لدعمها المستمر والمتحمس للتدريب على الاتصال في المنطقة الأنجلزية الشرقية، ونعبر عن امتناننا لكرس ألين، بول سايكلوس ودايانا وود من كلية الطبِّ السريري، جامعة كامبردج. وشكر خاص إلى جون بنسن لرؤيتِه المبدعةِ في تعزيز تعليم مهارات الاتصال في كامبردج، ودعمه المتواصل ضمن الكلية السريرية ولاشتراكه في كتابة النسخة المُحسّنة لدليل (كالكاري كامبردج). ونودُّ أن نشكر جميع أعضاء البرنامج المتسلسل في شرق إنكلان لأفكارهم البنّاءة وحوارِهم خلال السنوات السبع الماضية.

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

ونشكرُ باخلاص كل من سيندي أدامز، آرثر كلارك، كاثي فرانكهاوسر، وبراين كروموف، ريني مارتن، ديفيد سلويتر، روبيرتا واكر، بني وليامسون، ستيف اتمور، جوانا كرافاثس، جون سبينسر، آني كوشنك، وأنجيلا هول، جين كيد، كاثي بورسكوت، نيكي برايتن، جون بيري، كرس أبيل ورايتشل هاويلز لنصيحتهم ومساعدتهم وتشجيعهم.

وأخيراً، نودُّ أن نشكر باندرو باكس وجميع فريق رادكليف لإيمانهم المستمر في عملنا و اقتراحاتهم وجُهودهم لنشر الكُتب.

الإهداء

Dedication

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

إلى والدي إيرل كورتس، في محبَّة الذاكرة، أمّي إستر كورتس، كاثي (كورتس) وسام فرانكهاوسر، جون كورتس وإلين مانوبلا، وإلى دوغ وإيبي، جون وديفيد وكريستين وستيفن وبيتر.
سوزان كورتس

إلى والدي ألما وسدني سلفرمان، وزوجتي باربرة وأطفالنا ديفيد وكاثي وإليي.
جوناثان سلفرمان

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

المقدمة

Introduction

الأسلوب المعتمد على البيّنة

An evidence-based approach

يدرك مؤلفو الكتاب أن إجادة مهارات الاتصال لها الأهمية القصوى في الطب. والهدف الرئيس لتأليفهم هذا الكتاب ومرافقهُ هو المساعدة في تحسين آليات اتصال الطبيب بالمريض في الممارسة العملية. ولنيل هذا الهدف، أنتجنا منهجاً عملياً معتمداً على البيّنة يُساعد الميسّرين ومدراء البرنامج والمتعلّمين على تحسين تعليم وتعلُم مهارات الاتصال والذي يُعزّز تطوير برامجها. وإن التحسينات في التعليم ستقُود مباشرة إلى تحسينات في مهارات اتصال الأطباء في الممارسة التي ستُنتجُ تباعاً تحسينات هامّة في العناية للمرضى والنتائج الصحية.

ركّزتْ أكثر الكتب السابقة على الاتصال في الطبِّ بحدّ ذاته وقليلاً كُتِبت لمُساعدة الميسّرين ومدراء البرنامج والمتعلّمين لإدراك الخصوصية العملية في تعليم وتعلّم هذا الموضوع. علاوة على ذلك، تفيد تجربتنا عبر سنوات عديدة أن تعليم وتعلم مهارات الاتصال مكافئة جداً للمهام المعقّدة والصعبة، ونسعى في هذا الكتاب إلى:

- تعزيز مهارات اتصال الطلبة والمقيمين والممارسين والأطباء عموماً.
- تزويد المتعلمون والميسّرون ومدراء البرامج ببيّنات البحوث والمعرفة الضرورية لاستيعاب وتعليم هذا الموضوع الحيوي.
- يزود مدراء البرامج والميسّرون ببيّنات البحوث والمفاهيم والأسس والمهارات للتعليم في هذا المجال الحيوي.
- إقناع الأساتذة التدريسيين بأهمية تنمية وتطوير نظام تعليم مهارات اتصال واسع ومتميز في معاهدهم.

كما ونعتقد وبإيمان راسخ الحاجة الماسة لتوحيد تعليم مهارات الاتصال، وفي هذا الكتاب نودّ:

- تنسيق تعليم الموضوع في المراحل الثلاث من التعليم الطبي: الدراسة الأولية والإقامة والتعليم الطبي المستمر.
- إظهار أهمية تعليم وتعلُم مهارات الاتصال في جميع التخصصات الطبية، إذا كان في الجراحة أو طب الأسرة أو طب الباطنية أو النفسية وإبراز الأرضية المشتركة الواسعة في الاتصال وتعليم مهارات الاتصال عبر جميع المجالات في الممارسة السريرية.
- إظهار كيف تتشابه موضوعات وتحديات تعليم مهارات الاتصال عبر الحدود العالمية. ويزود بالاقتراحات والحلول التي تتساوى في شمال أمريكا وأوربا وباقي أجزاء العالم.

علاوة على ذلك، فإن رغبتنا واعتقادنا لا يكفيان لإنتاج التغيير في التعليم الطبي. ومن دون بيّنة تدعم إدعاؤنا للتحسين المزمع في الممارسة الطبية. لا نتوقع لموضوع الاتصال الحديث نسبياً لأن يحدث تغييراً حقيقياً في المنهج الطبي المزدحم حالياً. وهكذا يكون هدفنا النهائي:

• تقديم أسلوب معتمد على البيّنة لتعليم وتعلم مهارات الاتصال.

وفي هذا الكتاب، نزود بالمفاهيم والأسس وبيّنات البحوث التي تصادق على أهمية وكفاءة تعليم وتعلم الاتصال في الطب. وفي كتابنا المرافق، سوف نستكشف بعمق المهارات الفردية في الاتصال الطبي، ونوثق البيّنات المعتبرة التي تشير إلى أن الاستخدام الفاعل لهذه المهارات سوف يؤدي إلى التحسن في الممارسة السريرية اليومية وضمان النتائج الصحية للمرضى. وفي هذا الفصل، نودّ أن نوضح المنطق الذي يقف خلف أهدافنا. ونؤسس لأسلوبنا على الافتراضات اللاحقة.

الافتراضات الضمنية

Underlying premises

الاتصال مهارة سريرية جوهرية ضرورية للكفاءة السريرية

Communication is a core clinical skill essential to clinical competence

القاعدة المعرفية ومهارات الاتصال وقابلية حل المشكلات والفحص البدني أربعة عناصر ضرورية للكفاءة السريرية تشكل بمجموعها الأسس الحياتية للممارسة السريرية الجيدة. وإن مهارات الاتصال ليست خياراً إضافياً في التدريب الطبي – ومن دون مهارات اتصالية مناسبة، يمكن فقدان جميع جهودنا المعرفية والذهنية ببساطة وسهولة.

مهارات الاتصال يمكن تعلمها ونحتاج إلى تعليمها

Communication is a learned skill that needs to be taught

الاتصال ليس سمة شخصية ولكن سلسلة من المهارات المتعلمة. ويحتاج تعليم الاتصال بالطب الصرامة نفسها عند تعليم المهارات السريرية الأخرى كالفحص البدني.

تحتاج مهارات الاتصال أن تعلم بفاعلية

Communication skills need to be taught effectively

خلال الـــ (25) سنة الماضية هناك ضغط من المؤسسات الطبية المهنية لتحسين تدريب وتقييم الاتصال للأطباء على المستوى الوطني (General Medical Council 1978; Association of American Medical Colleges 1984; American Board of Paediatrics 1987; Workshop Planning Committee 1992; Cowan and Laidlaw 1993; General Medical Council 1993, 2002; Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 1996; British Medical Association 1998, 2003; Association of American Medical Colleges 1999; Horowitz 2000; Batalden et al. 2002; Department of Health 2003, 2004) والمستوى العالمي (World Federation for Medical Education 1994). وعلى الرغم من تبني برامج مهارات الاتصال في مؤسسات كثيرة لكنها لم تدرس بفاعلية دائماً (Whitehouse 1991; Novack et al. 1993; Hargie et al. 1998; Association of American Medical Colleges 1999). وفي هذا الكتاب، تفحصنا الحاجة لإنتاج أكثر مما يبدو برنامجا مقنعا على الورق. حيث تحتاج برامج الاتصال إلى إنتاج تغيّر فاعل وطويل المدى لمهارات المتعلمين

الاتصالية. كما نتفحص التقدم الذي نتج عن إرساء تعليم مهارات الاتصال في الطب، ونستكشف المعوقات التي تقف أمامه ونقترح طرقاً لتجاوز الصعوبات.

اختلاف تعليم مهارات الاتصال

Communication skills teaching is different

يختلف تعليم مهارات الاتصال ولا يشبه تعليم موضوع آخر. أولا، إن لدى مهارات الاتصال مادة خاصة وطرقاً محددة وإن معرفة كيف تدرس أمراض القلبية لا يزودك بالمستلزمات الضرورية لتعليم مهارات الاتصال. وحتى معرفتك بالاتصال الصحيح في الحديث الاعتيادي لا يشبه الفهم للمهارات الخاصة في الاتصال مع المرضى. والاتصال في الطب مهارة مهنية تحتاج أن تنمى للمستوى المهني. ثانيا، يشترك مع الاتصال أنواع حقيقية من محتويات مهارات سريرية أخرى مختلفة وتعلم إدراكي. وعلى الرغم من أنه ليست سمة شخصية، لكن يبقى الاتصال مرتبطا بقوة مع مفهوم الذات واحترام الذات ونمط الشخصية. وهذا يضيف أعباء أخرى على المتعلمين والأساتذة. فضلاً عن أن الاتصال أكثر تعقيداً من مهارة إجراء بسيطة مثل الفحص البدني. وتعلم الحوار مختلف كماً ونوعاً. على الرغم من أن هناك سقف من الإنجاز لأغلب المهارات «مثل، تحتاج أن تكون جيداً فيها فقط». وهذا لا يعني أن التعقيد الموروث فيه يتيح لك دائما أن تتعلم أكثر (Davidoff 1993). ثالثاً، وفي مهارات الاتصال كل شخص يأتي مع خبرة ومعرفة حقيقة في الاتصال. وبدلاً من أن نبدأ كما يقال في الفحص البدني من الحكة، لدينا جميعاً نوع من الخبرة. ورابعاً، يجب أن نعمل أولاً من مشاعرنا ومشاعر الآخرين عند دراسة الموضوع، وهذا الجانب يمكن تجنبه في المجالات الإدراكية والتقنية في التعليم الطبي في الموضوعات الأخرى بصورة أكبر.

يحتاج الميسّرون ومدراء البرامج معرفة «ما يعلّمون» و «كيف يعلّمون» في تعليم مهارات الاتصال

Facilitators and programme directors need to know both the ‘what’ and the ‘how’ of communication skills teaching

الاتصال موضوع صعب في التعليم على الرغم من تزايد الأساتذة السريرين واستفادتهم الكبيرة من برامج الاتصال كما يستفاد طلبة الدراسة الأولية أو ربما اشتركوا في دورات تدريب المتدربين، لا تزال مادة الموضوع وطرق تعليمه غير معروفة جيداً بالضرورة لمجتمع الأساتذة والمدرسون السريريون بشكل جيد. وإن أغلب الميسّرين ومدراء البرامج من ذوي التخصصات الطبية قد تعلموا في زمن كانت مهارات الاتصال نادراً ما تعلم. وغالباً ما يفترض أن الميسّرين بالضرورة قد حصلوا على معرفة كافية ومهارات سريرية معينة تشترك مع الاتصال الطبي — والذي يعني الـــ – ما — في تعليم مهارات الاتصال، لذلك فأن كل ما يحتاجون إليه هو أن يتعلموا الـــ – كيف — كيفية تعليم الموضوع. وعلى العكس من ذلك وضع هذا الكتاب أهمية متساوية لـــ – «ما يعلمون» و «كيف يعلمون» — لتعليم الميسّرين ومدراء البرامج وكليهما أمرين حيويين ومهمين.

يحتاج تعليم مهارات الاتصال وتعلمها إلى بيّنة معتمدة
Communication skills teaching and learning need to be evidence based

تتوافر حالياً بيّنات نظرية وبحثية لتقود أسلوبنا لتعليم وتعلم مهارات الاتصال. ولقد تجمعت بحوث كثيرة على مدى الـــ (25) سنة الفائتة ترشدنا لاختيار مهارات الاتصال وطرق تعليمها لشملها في مناهج الاتصال. ونعرف عملياً أي من المهارات والطرق التي تؤدي إلى تغيّر ايجابي في الممارسة السريرية (Stewart et al. 1999) وفي تعليم الاتصال (Aspergren 1999). ويجب أن تعتمد وتغني نتائج البحوث العملية التعليمية وتقود مناهج الاتصال إلى الأمام (Stewart and Roter 1989; Simpson et al. 1991; Makoul 2003; Suchman 2003). وفي هذا الكتاب، أبرزنا ما الطرق الفاعلة للوصول إلى تغيير مستمر على مدة طويلة في سلوك المتعلمين. وزودنا كتابنا المرافق بالبيّنات لتعلم المهارات الخاصة لمساعدة مدراء البرامج والميسّرين والمتعلمين ليدركوا إدراكاً كاملاً الأسس الضمنية للموضوع. فضلاً عن عرضنا البيّنات بطريقة تساعد في استعمالها بفاعلية في عملية التعليم نفسها.

أسلوب موحد لتعليم مهارات الاتصال للاختصاصين وفي 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. وأن البيئة المختلفة تحتاج إلى مهارات كثيرة مختلفة عن بعضها البعض. ولا نتفق مع هذه النظرة ونعارض هذا المنهج بشدة، الذي هو بحد ذاته المسؤول عن تأخر ادخال تدريب مهارات الاتصال وتوسيعها. كما أن المفاهيم والجهود البحثية المتعلقة 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. تشير خبرتنا الواسعة المشتركة، بأن المشتركات كبيرة جداً لا يمكن مقارنتها بالاختلافات. وتبقى الأسس الضمنية لمهارات الاتصال الأساسية واحدة. وأن الحواجز بين التخصصات المختلفة في المواضيع وليس بمهارات الاتصال. والأكثر حداثة للبحوث المجراة في الرعاية الثانوية والثالثية أكدت توقعاتنا. وزودنا هذا الكتاب بأسلوب منطقي لتعليم مهارات الاتصال التي تسلط الضوء على جوهر التماثل والتشابه في السياقات المختلفة التي ينبغي التصدي لها. لخبرتنا الحديثة بتشجيع ادخال مهارات الاتصال وتعميمها في الطب البيطري في بريطانيا والولايات المتحده عززت وجهة نظرنا في مواقف متعددة من الرعاية الصحية: بأن هناك مجموعة واحدة من مهارات الاتصال الأساسية المناسبة.

الأسلوب الموحد لتعليم مهارات الاتصال يمكن أن يتخطى الحواجز الثقافية والوطنية المحتملة

A unified approach to communication skills teaching which crosses cultural and national boundaries is possible

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 تعليم مهارات الاتصال يلاءم جميع المهتمين المختلفين. وسوف تبرز حالة الاختلاف والتعارض مرة أخرى. لقد استعان المؤلفون بالتقنيات نفسها في تعليم مهارات الاتصال والأسس نفسها في تعلّم وتعليم المهارات الأساسية في بريطانيا وكندا. ولاحظت البرفسورة كورتس تحديداً مقابلات طبية من عدة دول وثقافات التي استعملت الطرق بعينها لتساعد وتطور برامج الاتصال في البيئة الطبية لعدة دول من العالم الثالث. ومن دون شك، فإن الاختلافات الثقافية تؤثر على العلاقة بين الطبيب والمريض والمعلم والمتعلم موجودة وتحتاج إلى أن تؤخذ في الحسبان بينما كانت أوجه التشابه أكبر بكثير من الاختلافات في مهارات الاتصال وفي تعليمها في جميع البلدان المختلفة. ونؤكد أن الطبعة الأولى لكتابينا موضع تداول في عدة دول، وأن الدليل الذي يوضح المهارات الأساسية (محور الكتابين) قد تُرجم إلى عدة لغات حالياً.* ومن الغريب، أن البحوث والنظريات لا تنتقل دائماً بشكل جيد بين البلدان وأن البرامج التعليمية لا تأخذ في الحسبان التطور الذي يجري في أماكن أخرى. وببيان جماعي (Simpson et al. 1991; Makoul and Schofield 1999; Participants in the Bayer-Fetzer Conference on PhysicianPatient 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), وجهود المنظمات العالمية مثل الجمعية الأوربية لفن الاتصال في الرعاية الصحية، بدأوا بكسر الحواجز العالمية كما فعل كتابينا في طبعتهما الأولى. ونرغب في الاستمرار بالمنهج نفسه في طبعتهما الثانية.

أسلوب موحد للدراسة الأولية والإقامة والتعليم الطبي المستمر ضروري

A co-ordinated approach to communication skills teaching though out undergraduate, residency and continuing medical education is necessary

نسعى لربط مهارات الاتصال في الدراسة الأولية والإقامة والتعليم الطبي المستمر برباط وثيق. ومرة أخرى نستعمل الطرق نفسها في التعليم، الأسلوب نفسه في تعليم وتعلّم المهارات الأساسية في المراحل المذكورة آنفاً. ويعرض هذا الكتاب 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. وتظهر الحاجة لمنهاج متناسق في تعليم مهارات الاتصال ونناقش ما الأوجه التي ينبغي أن يُعتنى بها بشكل أفضل في المراحل المختلفة للمتعلمين. وكذلك نستكشف التحديات المختلفة في تعليم مهارات الاتصال في كل مستوى من مستويات التعليم ونوضح لأنفسنا كيف نؤدي العمل في كل بيئة بنجاح. ومرة أخرى، نحن لا نزود الكتاب

* توجد نسخ مترجمة من دليل كالكاري – كامبرج في الهولندية والفرنسية والترويجية والاسبانية في موقعنا على شبكة المعلومات العالمية ويمكن ايجادها كذلك في المواقع: www.med.ucalgary.ca/education/leamingresources and www.skillscascade.com

بقواعد ثابتة عن كيفية التعليم ولكن طرقاً مرنة تسمح للميسّرين لاستعمال المواد المتاحة والطرق المناسبة في ظروفهم الخاصة.

ضرورة استعمال أسلوب معتمد على المهارات لتعليم مهارات الاتصال
A skills-based approach to communication skills teaching is essential

نعني في هذا الكتاب متقصدين الأسلوب المعتمد على المهارات بصورة رئيسة في تعليم مهارات الاتصال بدلاً من الأسلوب المعتمد على التوجّه «Attitude». وإن تعليم المهارات التجريبي هو الطريق النهائي العام الذي يحوّل الإدراك والمعرفة والتوجّهات إلى سلوك وعمل. ونعتقد أنه من الأهمية للتصدي للمهارات والتوجّهات في برامج الاتصال فضلاً عن القصد الضمني والمعتقدات والقيم التي تحفزها. بينما في هذا الكتاب نحن نركز أولاً على الأسلوب المعتمد على المهارات على أنه العنصر الضروري الذي يساعد على التغيير في سلوك المتعلمين. وبالرغم من مساعدة العمل الإدراكي أو التوجّهي المتعلمين لإدراك المفاهيم لسبب استخدام الاتصال بطريقة معينة لكن الأسلوب المعتمد على المهارات فقط يزودنا بالمهارات التي تساعد المتعلمين لوضع القصد والتوجّه في الممارسة العملية.

وعكس عدداً كبيراً من الكتب الصادرة سابقاً، نحن نخصص مجالاً واسعاً معتبراً لتعليم مهارات الاتصال الجوهرية بدلاً من تعليم الموضوعات الخاصة، وللمهارات الاتصالية الجوهرية أهمية أساسية. وفي حالة الإتقان والتمكن من هذه المهارات، يمكن التصدي لكثير من الموضوعات الحرجة والتحديات، مثل: الغضب والإدمان والبوح بالخبر السيئ وفهم المستويات الثقافية والحضارية المختلفة وتناولها بسلاسة. وقد تصدت كتب سابقة كثيرة لمثل هذه المواضيع 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 استخدامها بقصد وتركيز وانتباه أكبر. ونحتاج أن نعمق فهمنا للمهارات الأساسية ومستوى تحكمنا بها عند الاستخدام وأن المهارات الموصوفة تمثل أساس الاتصال الفاعل بين الطبيب والمريض في جميع الأحوال. وفي كتابنا هذا سنكتشف كيف نعلم المهارات والتوجّهات والموضوعات ببرنامج معتمد أساساً على المهارات.

من يخاطب هذا الكتاب؟
Who is the intended audience for this book?

الميسّرون ومدراء البرامج
Facilitators and programme directors

يتألف الجمهور الكبير لكتابنا من الميسّرين ومدراء البرامج المشاركون في تعليم وتخطيط وتطوير برامج تدريب مهارات الاتصال لطلبة الدراسة الجامعية الأولية أو الاقامة الطبية أو التعليم الطبي المستمر أو تدريب الاختصاصيين أو الممارسين العموميين في أمريكا الشمالية، أوربا، وأجزاء أخرى من العالم.

وراعينا أن مجموعة القراء لا يمثلون مجموعة منسجمة، وربما جاؤا من بيئات مختلفة جداً:

- الطبية
  - المجتمع، المستشفى أو المؤسسات التعليمية.

— الممارسة العامة وطب الاسرة.
— اختصاصيي النفسية.
— الأطباء الاختصاصيين.
— الممرضات.
— المهن الطبية الساندة.
• غير الطبية
— اختصاصيي الاتصال
— المرشدون النفسيون أو المشاورون من اختصاصات أخرى
— الأساتذة الأطباء
— الباحثون

وجمهورنا الحديث يتألف من الأطباء الممارسين والأساتذة والباحثين في الطب البيطري الذين يستخدمون ما تعلموه من البحوث والتجارب المتعلقة بمهارات الاتصال في الطب البشري كأساس لتفعيل جهودهم لتعزيز الاتصال في الطب البيطري. وأدى هذا الاختلاف إلى صعوبة في كتابة أسلوب هذا الكتاب. وغالباً ما نشير إلى الميسّرين في هذا الكتاب كما لو كانوا أطباء جميعاً، وقد نستعير قول ميسّر لمجموعة متعلمين «نمتلك جميعاً مشكلات متشابهة مع المرضى» وحتى قراؤنا 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 نضّمن أنفسنا في هذا الوصف حتى لو لم يكن جميعنا أطباء. وهكذا نصنف أنفسنا مع المهن الطبية بدلاً من أن نبدو متجادلين 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 الميسّرين غير الأطباء أن يدركوا بأننا لا نشترط أن يكون جميع الميسّرين أطباء؟

المتعلمون في كل مستويات التعليم

Learners at all levels of medical education

وندعو مخلصين المتعلمين لقراءة الكتاب ومرافقه الذي يناقش «ما» تحتوي برامج مهارات الاتصال بعمق أكبر. وفهم «كيف» كيفية تعليم مهارات الاتصال التي تساعد المتعلمون لتحسين مشاركتهم وذلك لإدراكهم نقطة الملاحظة والحاجة للمشاركة في بيئة داعمة وأهمية التغذية الاسترجاعية البنّاءة من جميع أعضاء المجموعة. وفي برامج مهارات الاتصال، يصبح المتعلمون ميسّرين معتبرين لأقرانهم فضلاً عن حاجة الأطباء جميعهم لفهم أسس التعليم والتغيير حتى لو لم ينوون أن يصبحوا أساتذة في الطب — يشترك جميع الأطباء في تعليم المرضى حتى إن لم يعلموا أطباء آخرين.

المقيمون والأطباء في الممارسة العملية

Residents and practising doctors

فيما كان المتعلمون أنفسهم، معلمين غير منهجيين في محل عملهم أو قدوات للأجيال القادمة من الأطباء، من المهم للأطباء في الممارسة العملية والمقيمين إدراك مهارات الاتصال وتعليمها.

مدراء التعليم الطبي والمنظمات الداعمة وواضعو السياسات الطبية
Medical education administrators, funding agencies and medical politicians

من الضروري أن تدرك جماعات عديدة: الأشخاص 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.

تنظيم الكتاب
Organisation of the book

ولجعل الوصول إلى المصادر من هذا الخليط المختلف من الجمهور أيسراً، قسمنا الكتاب إلى ثلاثة أجزاء مترابطة:

- **الجزء الأول**، عرضنا نظرة شاملة على لماذا وما وكيف تعليم وتعلم مهارات الاتصال في الطب – جوهر مناهج الاتصال.
- **الجزء الثاني**، استكشفنا كيف نلم هذه العناصر جميعا ونطبقها في الممارسة. فيما إذا ابتدأت حديثا واشتركت في هذا المجال أو تبحث عن بدائل لتحسين ممارستك الحالية، يقدم هذا الجزء استراتيجيات ومهارات وبصيرة لتعليم وتعلم الاتصال في الطب. وتنطبق عدداً من المصادر كذلك على العمل الفاعل مع المرضى.
- **الجزء الثالث**، يتفحص الموضوعات والتحديات التي تحيط بنمو مناهج الاتصال في الطب ويتوقع التوجّهات المستقبلية لها.

ونحن نقصد أن يستخدم القراء الكتابين كليهما كمرجع يدوي، وهكذا نحاول أن نقدم بناءاً منظماً وفهرساً مفصلاً مبنياً بعناية للبحث وإيجاد المواد ببساطة. ويستطيع المتعلمون في جميع المستويات أن يتناولوا أي جزء يرغبونه ويرجعون إليه في أي وقت يشاؤون.

كيف تناولنا نمط المواضيع في كتاب موجه لأوربا وشمال أمريكا؟
How have we addressed style issues in a book intended for both the European and North American 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 لتواءم 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

ميسّر بدلاً عن مهذب أو مدرب facilitator rather than preceptor or trainer
متعلم بدلاً عن طالب أو مقيم أو مشارك في التعليم الطبي المستمر learner rather than student or resident or CME participant
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 لنفس الموضوع على الرغم من اختلافاتهما بالمعنى في شمال أمريكا.

الجزء الأول

Part I

نظرة عامة على تعليم وتعلم مهارات الاتصال

An overview of communication skills teaching and learning

الفصل الأول

Chapter 1

«لماذا»: المنطق في تعليم وتعلُّم مهارات الاتصال

The ‘why’: a rationale for communication skills teaching and learning

المقدمة

Introduction

في البدء، لماذا نبدأ المحاولة لتعليم مهارات الاتصال أصلاً؟ ولماذا نشعر بأهمية هذا التعليم؟ وما المسوغ لتحميل منهج التعليم الطبي المزدحم أصلاً؟ ولماذا يجب أن يتبنى مقررو مناهج التعليم الطبي الثلاثة بحماس – الدراسة الأولية والإقامة الطبية والتعليم الطبي المستمر ويدخلون تعليم مهارات الاتصال ضمن مناهجهم؟

وإذا كانوا كذلك، فهل سينجحون في هذا التبني ويحققون ما يبتغون؟ وهل سيتمخض ذلك عن تطوير فاعل وبعيد المدى في مهارات اتصال المتعلم، أم سيبدو ببساطة موضوعاً مثيراً على الورق فقط؟ وهل هو مجرد اقناع وقتي للهيئات المختصة لكي توافق على قولنا «إننا نفعل شيئا ما، ألا ترون؟» أم أن الموضوع ترسخ من الناحيتين النظرية والبحثية لمدى نستطيع عنده القول، إن الموضوع يستحق كل هذا الجهد والعناء وسيستفيد أطباؤنا المتدربون ومرضاهم من نتائجه حقاً الآن وفي المستقبل.

وبهذا الصدد نسوّق الأسباب المنطقية لتعليم مهارات الاتصال التي تستند إلى الأسس النظرية والبحثية في هذا الفصل. وللقيام بذلك نحتاج الإجابة عن الأسئلة الآتية:

1 **لماذا القيام بتعليم مهارات الاتصال؟**
- أمن المهم أن ندرس المقابلة الطبية؟
- هل هناك مشكلات اتصال بين الطبيب والمريض؟
- هل هناك بيّنات تُظهر قدرة مهارات الاتصال للتغلب على مثل هذه المشكلات وتؤدي بالنتيجة إلى تطور في أداء الأطباء والمرضى ونتائج الرعاية الصحية؟

2 **هل بإمكانك القيام بتعليم وتعلم مهارات الاتصال؟**
- هل هناك ما يدل على إمكانية تعليم وتعلّم مهارات الاتصال؟
- هل هناك ما يدل على إمكانية الاحتفاظ بالمهارات المتعلمة؟

3 **هل تستحق النتائج المستحصلة هذا الجهد من الأطباء والمرضى معا؟**
- هل الجهد الذي يبذل في سبيل تعليم مهارات الاتصال سيؤدي إلى مردود ايجابي جيد، كمكافأة للأطباء والمرضى؟

إذا كان الجواب على جميع هذه الأسئلة بـــ: (لا)، فعندئذ علينا أن نرفع هذا العناء ونخلد إلى الراحة والاسترخاء والعودة إلى مناهجنا السابقة من دون أن نقلق أو نسعى لتطوير آخر، أما إذا كان الجواب على جميع الأسئلة السابقة بـــ: (نعم) فعندئذ سيكون عملنا المستقبلي ناقصاً ونخاطر إذا ما أهملنا تعليم مهارات الاتصال.

لماذا ندرّس مهارات الاتصال؟

Why teach communication skills?

أمن الضروري أن ندرس المقابلة الطبية؟

Is it important to study the medical interview?

- تعد المقابلة محور الممارسة السريرية الرئيس، وجرى تقدير عدد المقابلات التي يجريها كل طبيب في أثناء حياته المهنية بنحو مئتي ألف (200,000) مقابلة كمعدل. لذا، من الضروري أن نجهد أنفسنا من أجل أن نتمكن منها بشكل صحيح.
- والمقابلة الطبية وحدة استكشاف التاريخ الطبي، وفي دقائقها الحرجة القليلة، يتدبر الأطباء والمرضى حل مشكلاتهم. وفي الوقت الذي ينظر الطبيب إلى المقابلة الطبية على أنها واحدة من المقابلات الروتينية اليومية المتعددة، فإن الأمر مختلف بالنسبة للمريض، إذ يعدها الحدث الأهم والمقلق في ذلك الأسبوع في أقل تقدير.
- ولغرض انجاز مقابلة فاعلة فإن الأطباء بحاجة إلى أن يكونوا قادرين على التمكن من أربعة جوانب مترابطة ومتكاملة بعضها مع بعض وهي:
  - قاعدة المعرفة العلمية.
  - مهارات الاتصال.
  - قابلية حل المشكلات.
  - الفحص البدني.
- وتعد هذه الجوانب المكونات الأساسية الأربعة للكفاءة السريرية المترابطة التي لا يمكن الفصل بينها. ولا تكفي الخبرة المتميزة في أية واحدة منها دون الأخريات. فمثلاً، ليس من المجدي أن يكون الطبيب كفئاً في المعرفة العلمية فقط، من دون التمكن من مهارات الاتصال، التي قد تقف مانعاً بينه وبين المريض، لتحديد اكتشاف السبب الرئيس الذي حدا بالمريض لطلب الاستشارة، أو السبب الذي حال دون مناقشة خطة الرعاية مع المريض، التي يستطيع فهمها ويتمكن من تنفيذها. لذلك يعد الاتصال مهارة سريرية محورية أكثر من كونها خياراً من الخيارات الإضافية التي يمكن إهمالها.
- كيف نتصل؟ تمثل أهمية «كيف نتصل» أهمية «ماذا نقول» نفسها، والاتصال يردم الهوة بين طب البيّنة «evidence-based medicine» والعمل مع المرضى كأفراد.

أهناك مشكلات اتصالية بين الأطباء والمرضى؟

Are there problems in communication between doctors and patients?

في كتابنا المرافق، وصفنا بيّنات البحوث التي تثبت الخبرة أن هناك مشكلات جوهرية في الاتصال بين الأطباء والمرضى. ونقوم هنا بضرب أمثلة قليلة في هذا البحث لكي نثير الاهتمام ولأجل الغوص عميقاً في كتابنا المرافق:

اكتشاف أسباب مراجعة المريض

Discovering the reasons for the patient's attendance

- أظهرت البحوث أن «54٪» من شكاوى المرضى «45٪» من هواجسهم لم تظهر في المقابلة الطبية (Stewart et al. 1979).
- في «50٪» من المقابلات، لم يتفق المرضى والأطباء على طبيعة المشكلة الرئيسة (Starfield et al. 1981).
- تمكن قليل من المهنيين الصحيين من تحديد «60٪» أو أكثر من هواجس مرضاهم الأساسية (Maguire et al. 1996).
- تتميز المقابلات الطبية ذات النتائج غير المُرضية بعدم إبراز بعض مشكلات المريض الرئيسة (Barry et al. 2000).

- عادة ما يقاطع الأطباء المرضى بعد أن يبدؤوا عباراتهم الاستهلالية إلى درجة أن المرضى يخفقون في الكشف عن هواجسهم الرئيسة (Beckman and Frankel 1984; Marvel et al. 1999).
- غالبا ما يقاطع الأطباء المرضى بعد أن يبوح هؤلاء المرضى بالعرض الأولي «الشكوى الأولى» التي يفترضها الأطباء أنها المعاناة الرئيسة، على أن البحوث أثبتت أن التسلسل الذي يعرض فيه المرضى لشكواهم لا يتعلق بالأهمية السريرية (Beckman and Frankel 1984).

جمع المعلومات

Gathering information

- غالبا ما يتّبع الأطباء أسلوب محورية الطبيب «Doctor centredness» وأسلوب مغلق عند جمع المعلومات والتي تثبط من عزيمة المرضى وتحول دون قيامهم بعرض قصة معاناتهم أو التعبير عن هواجسهم الرئيسة بصوت واضح (Byrne and Long 1976).
- إن أسلوب «السيطرة العالية، High control style» والتركيز المبكر على المشكلات البدنية الطبية يؤديان إلى استنباط فرضيات محدودة جداً ومقابلات غير كفوءة (Platt and McMath 1979).
- ينحاز اختصاصيو الأورام وينصتوا إلى إشارات بعض الأعراض المرضية ويستجيبوا لها حينما تكون قابلة للعلاج مثل الألم الذي يمكن السيطرة عليه. أما الأعراض الأخرى والآلام التي لا يمتلكون علاجاً لها فلا يُعترف بها أو على الأقل يغفلونها (Rogers and Todd 2000).
- نادراً ما يطلب الأطباء من مرضاهم أن يبوحوا بأفكارهم طوعياً. وفي الحقيقة، غالباً ما يستبعد الأطباء أفكار المرضى ويكبحون التعبير عنها. وإذا ما ظهر خلاف بين آراء الطبيب والمريض حول المعاناة عندها يهمل الطبيب ذلك الاختلاف، وعندها غالباً ما يتأثر فهم المريض والتزامه ورضاه، بالنتيجة ما يؤدي إلى نتائج صحية غير مقنعه (Tuckett et al. 1985).

- استجاب الأطباء ايجابياً إلى إشارات المريض بمعدل «38٪» و «21٪» في المقابلات الجراحية ومقابلات الرعاية الصحية الأولية على التوالي. وأدى إهمال هذه الإشارات إلى زيادة وقت المقابلات في كلا الفرعين (Levinson et al. 2000).

التوضيح والتخطيط

Explanation and planning

- عموما يعطي الأطباء معلومات قليلة ومبعثرة لمرضاهم، في حين أن أغلبية المرضى يرغبون بمعلومات أكثر مما يحصلون (Waitzkin 1984; Beisecker and Beisecker 1990; Pinder 1990; Jenkins et al. 2001; Richard and Lussier 2003).
- في دراسة مسح كندية، كانت استجابة المرضى واقتناعهم عن الرعاية الطبية المقدمة من أطباء الأسرة الكندي عالية جداً، ولكنهم أقل اقتناعاً بمهارات الاتصال المستعملة من أطبائهم ولاسيما التي تتعلق في التوضيح والتخطيط. ونالت الفقرات الآتية في المسح معدلات واطئة في القناعة: إعطاء المرضى المعلومات الوافية عن المعاناة الرئيسة والتقصي عن المعلومات عن حياة المرضى ومشاركتهم في خطة العلاج (Laidlaw et al. 2001).
- يبالغ الأطباء بالوقت المستغرق الذي يخصصونه للتوضيح والتخطيط في المقابلة الطبية وقدروه بنسبة تصل إلى «900٪» عن الوقت الحقيقي الذي يصرفونه (Waitzkin 1984; Makoul et al. 1995).
- لم يتفق الأطباء والمرضى على قيمة المعلومات المهمة المعطاة، إذ يقدر المرضى المعلومات عن مآل المرض والتشخيص وأسباب الحالة التي يعانون منها أكثر، بينما يقدر الأطباء عالياً رغبة المرضى للمعلومات حول المعالجة والأدوية (Kindelan and Kent 1987).
- يستخدم الأطباء رطانة المصطلحات الطبية التي لا يفهمها المرضى بثبات واستمرار (Svarstad 1974).
- هناك مشكلات معتبرة في فهم المرضى واسترجاعهم للمعلومات التي تعطى لهم (Tuckett et al. 1985; Dunn et al. 1993).
- هناك قلة من المرضى حصلوا على مستوى المشاركة لاتخاذ القرار الذي يرغبون فيما يتعلق بعلاج حالة السرطان التي يعانونها (Degner et al. 1997).

التزام المريض

Patient adherence

- لا يلتزم المرضى بالخطط التي يضعها الأطباء. ويقدر معدل عدم التزامهم بالعلاج الذي يتراوح بين عدم تناول الأدوية أو لا يتناولها تناولاً صحيحا بـ «50٪» (Meichenbaum and Turk 1987; Butler et al. 1996).
- تشير الدراسات إلى الكلفة العالية لعدم الالتزام، إذ تقدر الأموال المهدورة على الوصفات الطبية التي لم تُتَناول نهائيا في كندا بخمس مليار دولار كندي استناداً إلى المصروفات السنوية البالغة «10.3» مليار. وتشير المعطيات إلى أن «50٪» من الأدوية المصروفة لم تستخدم كما وصفت. كما يقدر الإهدار المالي لعدم الالتزام بالعلاج بـ «9–7» مليار دولار كندي التي تتضمن «الزيارات الإضافية للأطباء، والفحوص المختبرية، والأدوية الاضافية والدخول في المستشفيات ودور التمريض الخاص وتقليل الإنتاجية والوفيات المبكرة» (Coambs et al. 1995). بينما بلغت «100» مليار دولار على أقل تقدير في الولايات المتحدة الامريكية (Berg et al. 1993).

الشؤون الطبية العدلية

Medico-legal issues

- يعد انفصام عرى الاتصال بين الأطباء والمرضى عاملاً بالغ الأهمية في المشكلات التي تؤدي إلى دعاوى المقاضاة بسبب سوء الممارسة الطبية (Levinson 1994). وقد شخص المحامون اتصال الأطباء وتوجهاتهم على أنه السبب الأولي لرفع المرضى دعاوى سوء الممارسة الطبية في «70٪» من الحالات (Avery1986). وأظهر بيكمان وجماعته «1994» أن هناك أربعة عوامل: إهمال المريض والتقليل من شأن وجهة نظره وإعطاء معلومات قليلة والإخفاق في فهم منظوره ضمن «65٪» من قضايا الفصل الوظيفي بسبب سوء الممارسة. وأبدت المريضات اللواتي يعالجن من أطباء الولادة – اللواتي يعانين من دعاوى سوء الممارسة – امتعاضهن وشعورهن بالإهمال ولم ينلن الوقت الكافي ولم يقدم لهن توضيحات وقائية حتى لو لم يقاضين أطبائهن (Hickson et al. 1994).
- شجعت شركات التأمين ضد ممارسة المهنة في ولايات امريكية عديدة وخفضت من أقساط التأمين بنسب تتراوح بين «3–10٪» سنوياً للأطباء المؤمن عليهم في حالة اشتراكهم بورش عمل مهارات الاتصال (Carroll 1996).

نقصان التعاطف والإدراك

Lack of empathy and understanding

- ظهرت تقارير عديدة في وسائل الإعلام تشير إلى عدم رضا المرضى عن العلاقة بين الطبيب والمريض. وتعلق كثيراً منها على قلة إدراك الأطباء لشخص المريض واهتماماته ورغباته.
- هناك مشكلات كثيرة في التعليم الصحي تتعلق بتطوير مهارات بناء العلاقة، كما ليس من الصحيح افتراض أن الأطباء لديهم القدرة على الاتصال التعاطفي أو أنهم سيكتسبون هذه القدرة في أثناء ممارستهم (Sanson-Fisher and Poole 1978).

هل هناك دليل على أن مهارات الاتصال يمكن أن تتغلب على هذه المشكلات وتطور ايجابياً أداء الأطباء والمرضى وتحسن نتائج الرعاية الصحية؟

Is there evidence that communication skills can overcome these problems and make a difference to patients, doctors and outcomes of care?

إذاً هناك مشكلات كثيرة، ولكن هل من حلول لها؟ في كتابنا المرافق «مهارات الاتصال بالمرضى» وثقنا بالتفصيل البيّنة على أن هناك مهارات اتصال معينة باستطاعتها أن تتغلب على المشكلات التي وضعناها في أعلاه. ومع ذلك نقدم هنا مرة أخرى بعض النماذج الضرورية، فكثير من الدراسات التي أجريت على مدى الأعوام الخمسة والعشرين الأخيرة قد أظهرت بالتجربة بأن مهارات الاتصال تستطيع أن تحدث تغييراً في جميع المقاييس الموضوعية للرعاية الصحية وكما يأتي:

سير المقابلة

Process of the interview

- كلما استطاع الطبيب الانتظار لمدة أطول في أثناء افتتاح المقابلة وعدم مقاطعة المريض، أصبح اكتشاف الموضوعات التي يرغب المريض في مناقشتها أكثر احتمالاً وبالنتيجة يقل تذمر المريض ويقل ظهور

المعاناة التي لم يُبح بها في نهاية المقابلة (Beckman and Frankel 1984; Joos et al. 1996; Marvel et al. 1999).

- حتى المرضى الذين لديهم مشكلات معقده يميلون إلى أن يكونوا واضحين ودقيقين ومختصري الحديث إلى حد كبير. وعندما دُرب أطباء الباطنية في مراكز الرعاية الصحية الثالثية «Tertiary care centers» على الانصات الفاعل ومن دون مقاطعة المرضى إلى أن يفرغوا من سرد أوصاف معاناتهم الأولية، كان معدل حديث المرضى «92» ثانية فقط (Langewitz et al. 2002).
- إن استعمال الأسئلة المفتوحة بدلاً عن المغلقة المتزامن مع الانصات الفاعل اليقظ أدى إلى الكشف عن مقدار أكبر من هواجس المريض الرئيسة (Cox 1989; Wissow et al. 1994; Maguire et al. 1996).
- إن السؤال: ما الذي يقلقك حول هذه المشكلة؟ 'What worries you about this problem?' هو سؤالٌ أقل فاعلية، من السؤال: ما الذي يجلب اهتمامك حول هذه المشكلة؟ 'What concerns you about this problem?' عند محاولة اكتشاف الاهتمامات والهواجس المخفية غير المدركة (Bass and Cohen 1982).
- كلما ازداد عدد الأسئلة التي يسمح للمريض بتوجيهها للطبيب أكثر، كانت المعلومات التي يحصل عليها أكثر (Tuckett et al. 1985).
- إن التقاط إشارات المريض والاستجابة لها تقلل من وقت المقابلة الطبية بدلاً من زيادتها (Levinson et al. 2000).

رضا المريض

Patient Satisfaction

- كلما توسعت محورية المريض 'Patient-centredness' في المقابلة الطبية، أدت إلى زيادة رضا المريض: (Stewart 1984; Arborelius and Bromberg 1992; Kinnersley et al. 1999; Little et al. 2001).
- يحسّن اكتشاف توقعات المرضى رضاهم: (Korsch et al. 1968; Eisenthal and Lazare 1976; Eisenthal et al. 1990; Bell et al. 2002).
- إن التحري عن أسئلة المريض غير المكتشفة ومحاولة التأكد من أن المريض حصل على الإجابة عن جميع أسئلته يزيد من رضاه (Shilling et al.2003).
- يرتبط اتصال الطبيب غير اللفظي «الاتصال البصري، وضعية الجلوس، هز الرأس، القرب من المريض، والاتصال بالمشاعر» ارتباطاً ايجابياً برضا المريض: (Larsen and Smith 1981; Weinberger et al. 1981; DiMatteo et al. 1986; Griffith et al. 2003).
- يرتبط رضا المريض ارتباطاً مباشراً بكمية المعلومات التي يتلقها من طبيبه (Hall et al. 1988).
- يزداد رضا المرضى بزيادة المعلومات المعطاة وتعبيرهم عن المشاعر وبناء العلاقة والتعاطف والتوسع في محورية المريض (Williams et al. 1998).
- عند المرضى المصابين بالسرطان، يزداد رضاهم عند زيادة كمية المعلومات المعطاة وحصولهم على الدعم العاطفي والمشاركة في اتخاذ القرارات (Gattellari et al. 2001).
- وقدّر المرضى الذين أجريت لهم عمليات استبدال المفاصل، رعاية المستشفيات التي أظهرت كفاءة علائقية «Relational competence» وتنسيقاً أكبر فيما بين العاملين على رعايتهم (Hoffer Gittel et al. 2000).

فهم المريض وتذكّره للمعلومات

Patient recall and understanding

- إن الطلب من المرضى أن يعيدوا وبعباراتهم الخاصة ماذا فهموا من المعلومات التي أعطيت لهم آنيا زادت من قدرت احتفاظهم بالمعلومات بنسبة «30٪» (Bertakis 1977).
- يتناقص فهم المعلومات المعطاة إذا اختلفت الأطر التوضيحية «Explanatory frameworks» للطبيب والمريض لاسيما عندما لا تكتشف في أثناء المقابلة الطبية ولم يتم التطرق لها (Tuckett et al. 1985).
- تزداد قدرة تذكّر المرضى للمعلومات عند استعمال تصنيف المعلومات والانتقال المؤشر «Signposting» والتلخيص والتكرار والوضوح والمخططات والرسوم التوضيحية (Ley 1988).
- يُزيد إعطاء المريض الأشرطة الصوتية المصورة للمقابلة الحقيقية التي جرت معه والكتابة له بعد ذلك قناعته وفهمه وتذكّره للمعلومات ونشاطه (Tattersall et al. 1997; McConnell et al. 1999; Scott et al. 2001; Sowden et al. 2001).

الالتزام

Adherence

- عند النظر إلى المرضى على أنهم مشاركون ويخبرون بطريقة منطقية عن خطة علاجهم وبذل الجهد ليتفهموا مرضهم، يصبحوا أكثر التزاماً بالخطط الموضوعة (Schulman 1979).
- يتمكن الأطباء من زيادة التزام المرضى بخطة المعالجة وذلك بالطلب الصريح لمعرفة مدى معرفتهم بمرضهم ومعتقداتهم ومواقفهم تجاه معاناتهم (Inui et al. 1976; Maiman et al. 1988).
- يؤدي اكتشاف توقعات المرضى إلى زيادة التزامهم بالخطط العلاجية سواء تحققت تلك التوقعات أم لم تتحقق (Eisenthal and Lazare 1976; Eisenthal et al. 1990).
- وجد ماكلين وجماعته (McLane et al. 1995) أن العامل الأهم لالتزام الشيوخ «كبار السن» هو الاتصال.
- تؤدي المقابلات التي تستخدم الاستكشاف المنهجي لمعتقدات المرضى حول معاناتهم ومعالجتهم لاسيما عند التصدي لإدراكهم وموافقتهم ودرجة سيطرتهم على مرضهم وتحفيزهم إلى سيطرة سريرية أفضل وتناول العلاج المنتظم حتى بعد ثلاثة أشهر من المقابلة (Dowell et al. 2002).

النتائج

Outcome

زوال الأعراض

Symptom resolution

- يرتبط زوال الصداع ارتباطاً كبيراً بإحساس المرضى بتمكنهم من مناقشة معاناتهم والمشكلات المتعلقة بها عند المقابلة الأولى بإسهاب أكثر من ارتباطه بالتشخيص والتحري ووصف الأدوية أو الإحالة إلى الطبيب الاختصاص (Headache Study Group of the University of Western Ontario 1986).

- لا يؤدي تدريب الأطباء على مهارات تحديد المشكلات وتدبير الانفعال إلى تحسن في تدبير المشكلات النفسية والاجتماعية حسب بل إلى تقليل الاضطراب الانفعالي لدى المرضى إلى ستة أشهر بعد ذلك أيضاً (Roter et al. 1995).
- عند معالجة التهاب الحلق «Sore throat»، ينبئ رضا المريض عن المقابلة وحسن تعامل الطبيب مع هواجس المريض بمدة المعاناة (Little et al. 1997).
- يرتبط الاتصال الذي محوره المريض باستجابة أفضل للاضطراب والهواجس وصحة عاطفية أفضل وتستمر لمدة شهرين بعد ذلك كما تقل الفحوص التشخيصية والإحالة إلى أطباء آخرين (Stewart et al. 2000).
- في جراحة استبدال المفاصل، أدت زيادة الكفاءة العلائقية (Relational Competence) والتنسيق بين فريق المعالجة إلى تمتع المرضى بالحركة بعد إجراء العملية أكثر وخلوهم من الألم (Hoffer Gittel et al. 2000).

النتائج الفسيولوجية

Physiological outcome

- أدى إعطاء الفرصة للمرضى لمناقشة هواجسهم الصحية بدلاً من الإجابة عن أسئلتهم المغلقة إلى سيطرة أفضل على مستوى ضغط الدم (Orth et al. 1987).
- أرتبط تقليل الحاجة إلى مزيلات الألم (Analgesia) بعد احتشاء العضلة القلبية «Myocardial infarction» بإعطاء المعلومات والمناقشة مع المريض (Mumford et al. 1982).
- أدى تهيئة المناخ المناسب لشمول المريضات بالخيارات المتاحة المتوافرة إن وجدت إلى تقليل القلق والكآبة بعد جراحة سرطان الثدي (Fallowfield et al. 1990).
- عند تدريب المرضى على كيفية توجيه الأسئلة والتعامل مع أطبائهم لم يحصلوا على معلومات أكثر حسب ولكنهم في الواقع حصلوا على سيطرة أفضل على مرضهم، فرط الضغط وداء السكري، (Kaplan et al. 1989; Rost et al. 1991).

الكلفة

Cost

- عند المقارنة بين مجموعة الدراسة المؤلفة من أطباء وممرضات التي ركزت على مهارات الاتصال لتحسين اتصالهم بالمرضى وعائلاتهم والمجموعة الضابطة «Control group». أدت مهارات الاتصال التي تتحلى بها مجموعة الدراسة إلى التقليل من مكوث المرضى في قسم الرعاية المركزة «6.1 يوم مقابل 9.5 يوم» واختصار مدة رقودهم في المستشفى «11.3 يوم مقابل 16.4 يوم» وتقليل الكلفة الكلية «15559 مقابل 24080» دولار والكلفة المتغيرة «$5087 مقابل $8015» (Ahrens et al. 2003).
- في دراسة على تسعة مستشفيات لمرضى خضعوا لتبديل المفاصل، أظهرت زيادة تنسيق العلاقة بين مقدمي الرعاية الصحية مع المرضى وعوائلهم إلى تقليل مدة مكوث المرضى في المستشفيات بنسبة «53٪». كما تحسنت جميع معايير التنسيق العلائقي «Relational co-ordination»: تكرار الاتصال وتوقيته ودقته وحل المشكلات والاشتراك بالأهداف والمعلومات والاحترام المتبادل بين مقدمي الرعاية الصحية جميعهم. واشتركت كذلك مع تقليل مكوث المرضى في المستشفى أيضاً (Hoffer Gittel et al. 2000).

القضايا الطبية القانونية

Medico-Legal issues

- في دراسة أجريت على «103» جراح عظام من الذين يتسمون بالألفة مع مرضاهم ويصرفون وقتاً أطول للتوضيح والمتواجدين بانتظام، كانت دعاوى سوء الممارسة ضدهم أقل عدداً من تلك المقامة ضد غيرهم (Adamson et al. 2000).
- لوحظ انخفاض معدلات دعاوى سوء الممارسة لدى الأطباء الذين وجهّوا مرضاهم بالانتقال المؤشر «Signposting» إلى الموضوعات المختلفة، وطلبوا منهم إبداء وجهات نظرهم، وتحققوا من فهم المرضى لهم وشجعوهم على الكلام وامتازوا بالابتسامة والمرح (Levinson et al. 1997).

هل يمكنك تعليم مهارات الاتصال وتعلّمها؟

Can you teach and learn communication skills?

وهكذا يبدو أن هناك مشكلات اتصالية بين الطبيب والمريض، وتوجد مهارات اتصال معينة بإمكانها أن توفر الحلول. ولكن هل بالإمكان تعليم هذه المهارات؟ أليس تعلّمها عن طريق التجربة أو عن طريق التنافذ «Osmosis»؟ وبالتأكيد، لا يمكن لك أن تستثني التعلم من المواقف الصعبة الكثيرة التي تمر بها من خلال الممارسة الطويلة؟ أو ربما نتعلم ذلك من أساتذتنا عند مراقبتهم وهم يمارسونها. وعلى كل حال، أليس ذلك موضوعاً متعلقاً بالشخصية؟ أي أن البعض يمكن لهم فعل ذلك والآخرين لا يستطيعون؟ أليس محاولة تعريف ما الذي يصنعه الاتصال الجيد وتجربة مكوناته الأساسية يشابه إلى حد ما محاولة فهم ما الذي يجعل أحد الممثلين له حضوراً بارزاً على خشبة المسرح بينما ممثلاً آخراً جامداً كالخشب؟ ويمكن تعليم كلا منهما شيئاً قليلاً ولكن جمع الأجزاء لا يصل إلى المجموع الأصلي، إذاً لماذا هذا الجهد الذي نبذله؟

استقينا هذه الأسئلة الجوهرية من المشاركين في الدورات التدريبية التي أقمناها حول موضوع الاتصال ومهاراته والتي تحتاج إلى إجابة. فإذا كانت مضامين تلك الأسئلة صحيحة وكانت مهارات الاتصال لا يمكن تعليمها، نستطيع أن نتخلى عن جهودنا ونريح أنفسنا من العبء الثقيل الذي ننوء تحته. ثم ما المنطق الذي يقف خلف تصوراتنا بأن يمكن تعليم مهارات الاتصال ومن الواجب تعليمها أيضاً؟

المنطق في تعليم مهارات الاتصال

Rationale for communication teaching

- الاتصال مهارة سريرية جوهرية.
- سلسلة من المهارات المتعلمة.
- قد تكون التجربة معلما سيئاً لمهارات الاتصال.
- يمكن تعليم الاتصال.
- يمكن الاحتفاظ بنتائج تدريب مهارات الاتصال.
- نحتاج إلى طرق تدريب محددة لتغيير السلوك:
  - رسم حدود المهارات وتعريفها.
  - مراقبة المتعلمين.
  - التغذية الاسترجاعية التفصيلية الوصفية المقصودة.

– تكرار الممارسة والتدّرب على استعمال المهارات.

الاتصال مهارة سريرية

Communication is a clinical skill

يتطلب تعليم مهارات الاتصال بين الطبيب والمريض منهجاً تعليمياً يرقى إلى منهاج تعليم الفحص البدني «Physical examination» الطبي. وينظر بشكل متزايد إلى وجوب تعليم مهارات الاتصال بالصرامة نفسها التي تُعلم بها العلوم الطبية الأساسية الأخرى (Duffy 1998; Meryn 1998). ولا يمكن أن يحلم أحدنا بحذف تعليم الفحص الطبي – إذ نراقب أداء المتعلمين في الممارسة والتقييم. وفي الوقت نفسه، لا نبدي الاهتمام نفسه حول كيفية الاتصال على الرغم من إدراكنا لأهمية دور التاريخ الطبي في التشخيص وإسهامه مقابل الفحص الطبي (Hampton et al. 1975; Peterson et al. 1992).

سلسلة من المهارات المتعلمة

It is a series of learned skills

يعد الاتصال في الطب سلسلة من المهارات المتعلمة أكثر من كونه موضوعا متعلقاً بالشخصية. وعلى الرغم من أهميته الشخصية، فإن الجزء الأكبر من قدرتنا على الاتصال تم تعلمه وليس شيئاً موروثاً أو مرتبطاً أو كامناً بالجينات. وفي الوقت الذي ربما فيه قد ولدنا مع استعداد مسبق للاتصال والتعامل مع الآخرين، فإن كيفية تنميتنا لهذه الصفة يؤثر على ما نتعلمه من بيئتنا وتجاربنا وتربيتنا بدرجة كبيرة.

ويمكن لشخصية المتعلم أن تهيئ بداية جيدة، ولكن جميعاً يمكن أن نتعلم من نقطة البداية الفردية بغض النظر عن مكانها. كما أن البعض منا لديهم استعداد مسبق للعبة الغولف، أي يمتلكون تنسيقاً فطرياً بين البصر وحركة اليد مما يمنحهم مزيّة على غيرهم، إلاّ أن هذا لا يعني عدم استطاعة الآخرين الذين حرموا من هذه القدرة الكامنة تحسين أدائهم في اللعبة ليكونوا أكثر مهارة أو أن الخبير في لعبة الغولف ليس بحاجة إلى استمرار الاهتمام بمهارته بدوام من أجل تحسينها أكثر فأكثر. بينما يستطيع أي فرد يرغب في التعلم أن يفعل ذلك.

ومفتاح تعلم أية مهارة معقدة سواء أكانت لعبة رياضية أم اتصالاً بالمرضى هو تجزئة المهارة المعقدة إلى الأجزاء التي تتألف منها. فنحن غالباً ما نقول: أنظر، «إنها جيدة مع المرضى» أو «أن لديه أسلوباً لطيفاً حقاً» حيث يبدو كل شيء سهلاً. ومن دون أن نحدد ما الذي فعله بالضبط لا يمكن أن نحدد المهارات ونقاط القوة. لذلك نحتاج إلى تحديد المهارات الفعلية التي استعملت وأن نمارس المكونات الفردية ثم نعيد ترتيبها سوية لتصبح كياناً واحداً غير قابل للتجزئة كما شاهدناه. ولا نتوقع أن نتعلم لعبة التنس بمراقبة مباراة عالية المستوى ونقول «والآن بعد أن شاهدت لعبة تنس عظيمه فلأمارس شيئاً منها». لذلك نحتاج أن نركّز على سلسلة مهارات معينة تؤلف الكيان الكلي ليس مجرد تكوين فكرة عامة لتحسين الاتصال، وهذا ينبغي أن يكون بتفصيل وافٍ. فمدرب التنس يذكّرنا أن تحسين قوة الذراع لا يكفي أن يكون اللاعب ماهراً، بل ربما لم يمسك بالمضرب بالزاوية المطلوبة أو أن وقفته في الساحة لم تكن الخيار الأمثل. وقد لا نعرف إذا كانت هذه المهارات الفردية قد أدخلت ضمن منهاج التدريب للمتدرب على لعبة التنس أم لا.

قد تكون التجربة معلماً سيئاً لمهارات الاتصال

Experience can be a poor teacher

من المؤسف إن مهارات الاتصال لا يمكن أن تتحسن بالضرورة مع الوقت فتصبح التجربة عندئذ معلماً سيئاً. وتعرفنا من عمل (Byrne and Long 1976; Maguire et al. 1986b; Ridsdale et al. 1992) ميل الأطباء لتبني أسلوباً محدداً لا يتغير في المقابلات يتبعونه مع جميع المرضى بتكرار ثابت. وهكذا، يبدو أن لا علاقة بين عمر الطبيب ولا الوقت المتوافر في المقابلة والاستعانة بمهارات معينة عند إجرائها. كما إن الخبرة عامل مركّز ممتاز لتعزيز العادات ولكنها لا تميز بين العادات الجيدة والرديئة. وعلى الرغم من الخلل الواضح في أسلوب المقابلة الطبية الذي يؤدي إلى نتائج ضارة حتى على أسس الاتصال بين الطبيب والمريض، نرى أن الأطباء يواظبون على اتباع الطرق نفسها مراراً وتكراراً إلى أن غاصت ركب الأطباء برمال الواقع الرديء للمقابلة، مما انعكس على فهمنا وتصورنا إنه فن الاتصال على ما نقوم به، وبالحقيقة انه ليس تعريفاً دقيقاً. ووجد (Waitzkin 1985) أن الأطباء يخصصون أكثر قليلاً من دقيقة واحدة كمعدل إلى مهمة إعطاء المعلومات في المقابلات التي تستمر عشرين دقيقة، ولكنهم يبالغون في تقدير الوقت الذي صرفوه على هذه المهمة ويضربونه بتسعة أمثاله. وفي دراسة (Laidlaw et al. 2004) على الأطباء المقيمين في الامتحانات السريرية الموضوعية المنهجية (OSCE) في السنة الأولى لإقامتهم التي تتمثل بأربع مراحل لقياس أدائهم لمهارات الاتصال، وجد اختلاف في تقييمهم الذاتي عن تقييم الخبراء وتقييم المرضى القياسيين. واستنتج أن المقارنة أوضحت أن المقيمين غير دقيقين في تقييم مهاراتهم الاتصالية.

ونعلم أيضا انه من دون تدريب خاص على مهارات الاتصال فإن قدرات طلبة الطب على الاتصال تتدهور كلما تقدموا في الدراسة الطبية التقليدية. وعندما يدخل الطالب كلية الطب يتمتع بمهارات اتصال أفضل من تلك المهارات التي يمتلكها عند التخرج. وذلك لأن سير عملية التدريب الطبي في الواقع تؤدي بالطلبة لتبني النموذج الطبي«Medical model» والعمليات الفكرية مما يقلل من قدراتهم الاتصالية بالمرضى. وبيّن هيلفر (Helfer 1970) بأن مهارات اتصال طلبة الطب تدهورت مع استمرار التدريب. وكلما تقدم الطلبة في الدراسة انخفضت قدراتهم الاتصالية مع أمهات الأطفال المرضى ولذلك تلبية لرغبتهم المتزايدة للحصول على المعلومات الحقيقية «Factual information». إذ ترسخ الطرق الطبية التقليدية المتبعة في تدريس الطب من المنهج القديم إلى تآكل المهارات الشخصية العامة ومهارات المقابلة لدى طلبة الطب (Association of American Medical Colleges 1984).

وأوضح ماكواير وروتر (Maguire and Rutter 1976) نواقص خطيرة في مهارات جمع المعلومات لطلبة الصفوف المتقدمة في الكليات الطبية الذين لم يتلقوا تدريباً خاصاً على المهارات. إذ افلح قليل من الطلبة من اكتشاف المعاناة الرئيسة لدى المرضى، وتوضيح طبيعة المشكلة التي يعاني منها المرضى بدقة، وفهم العبارات الغامضة والتحري عنها، ودقة التوضيح، وإظهار تأثير المشكلة على حياة المريض، والاستجابة لإشارات المريض اللفظية، واستكشاف موضوعات شخصية أكثر، واستعمال التشجيع، ولكن معظم الطلبة استخدموا أسئلة مغلقة وطويلة ومركبة ومكررة. كما وجد (Irwin and Bamber 1984) نواقص مشابهة في المهارات الرئيسة للمقابلة، مشكلات في الإيضاح، والصمت، والمجابهة والتقاط الإشارات غير اللفظية واستكشاف الجوانب النفسية والشخصية والاجتماعية.

ولقد تأمل (Maguire et al. 1986b) في مهارات إعطاء المعلومات لفريقين من الأطباء الأحداث. ضم الفريق الأول أطباء تدربوا على مهارات جمع المعلومات بتغذية استرجاعية في أثناء دراستهم في كلية الطب قبل خمس سنوات، ولم يحصل الفريق الثاني على مثل ذلك التدريب. ولم يتدرب الفريقين على مهارات إعطاء المعلومات في أثناء المقابلة الطبية بشكل مستقل. وكانت النتائج تبعث على الأسى، حيث أظهر الفريقان ضعفاً شديداً في الأساليب الخاصة بإعطاء المعلومات ومهاراتها والمعروف عنها إنها تزيد من رضا

المريض والتزامه بالتوصيات والعلاج. وعلى الرغم من وجود اختلاف واضح بين المجموعتين في مهارات جمع المعلومات، لكنهما لم يفترقا ولا يوجد اختلاف بينهما في مهارات إعطاء المعلومات. ويثبت هذا أن الأطباء لا يستطيعون الاعتماد على التجربة لتكون مرشداً لهم. وهم بحاجة ماسة إلى تدريب خاص ومحدد في كل جزء من أجزاء المقابلة إذا ما أريد أن يكونوا فاعلين طيلة المقابلة.

ومن ناحية أخرى، أظهر (Davis and Nicholaou 1992) تحسناً ملحوظاً على مهارات الاتصال لدى الطلبة في أثناء تقدمهم بمراحل دراستهم الطبية. ويمكن أن يفسر ذلك التغيير من النتائج المتزامنة مع التغير في الأساليب والتوجّهات في تدريب الاتصال لعقدين ماضيين من الزمن.

تعليم مهارات اتصال معينة تؤدي إلى تغيّر في مهارات المتعلمين: يمكن تعليم مهارات الاتصال

Specific communication skills teaching does produce change in learners' skills: communication skills can be taught

على مدى أكثر من «25» عاماً، أصبح لدينا دليل واضح على إمكانية تدريس مهارات اتصال معينة وأدت إلى تطوير مهارات أداء الأطباء. أي أنه من دون شك يمكن تعليم مهارات الاتصال (Duffy 1998; Aspergren 1999; Kurtz et al. 1999). وراجع اسبركرين «180» بحثاً اتصالياً وقيّمها حسب قيمتها العلمية (Aspergren 1999). وحضت (81) دراسة خصائص البحوث العالية أو المتوسطة القيمة، وكانت كالآتي: «31» دراسة عشوائية «Randomised trials»، و «38» دراسات التأثير المفتوح «open effect studies»، و(12) دراسة وصفية «Descriptive studies». ولخصت المراجعة وأكدت ودعمت إمكانية تعليم وتعلُّم مهارات الاتصال. وفي الحقيقة، هناك دراسة واحدة فقط بيّنت بأن لا تغيير على مهارات المتدربين، وربما كانت بسبب قصر الفترة التدريبية. كما بيّنت المراجعة استفادة الأطباء الاختصاصيين من التدريب شأنهم شأن أطباء الرعاية الصحية الأولية.

واظهر روتر ومكواير (Rutter and Maguire 1976) في دراسة تجريبية محكّمة «Controlled trial» على طلبة الطب الذين ادخلوا برنامجاً تدريبياً على مهارات استقاء التاريخ في أثناء دراسة الأمراض النفسية للمرحلة السريرية «clerkship» تمكنوا من الحصول على ثلاثة أضعاف المعلومات المهمة ذات العلاقة والدقيقة مقارنة مع الطلبة الذين تلقوا تدريباً تقليدياً على أخذ التاريخ المرضي في أثناء مقابلة التقييم. وتأكد هذا التأثير المباشر على طلبة الطب من عمل (Irwin and Bamber 1984 and Evans et al. 1989). كما أظهر إيفانز (Evans et al. 1991) أن طلبة الطب الذين تعلموا مهارات المقابلة الطبية الأساسية كانوا أكثر كفاءة وفاعلية في الحوار مع المرضى الباطنية والجراحة «مثل: أدى التدريب إلى تحسن سلوك ومهارات الطلبة وازدادت كفاءتهم السريرية» علماً أنهم لم يستغرقوا وقتاً أطول في المقابلات مقارنة مع الطلبة غير المتدربين.

وتكررت النتائج في بيئات مختلفة أخرى:

- أظهر (Stillman et al. 1976, 1977) تأثير الاستعانة بالمرضى الممثلين «Simulated patients» في تحسين المهارات الحوارية لطلبة الطب في مراحلهم السريرية في طب الأطفال.
- وأظهرت دراسة (Sanson-Fisher and Poole 1978) فاعلية تدريب طلبة الدراسة الأولية لمهارات التعاطف «Empathy».

- وأظهرت دراسة (Putnam et al. 1988 and Joos et al. 1996) تأثير تدريب أطباء الباطنية المقيمين والأساتذة على استخدام مهارات المقابلة المناسبة في الحوار التي أدت إلى تطور ملموس في عملية جمع المعلومات.
- وبيّن (Goldberg et al. 1980) تأثير مشابه للتدريب على المقابلة يمكن أن يزيد من الدقة التي يستطيع عندها أطباء الأسرة من إدراك المعاناة النفسية.
- وأوضح (Gask et al. 1987, 1988) إمكانية تحسين مهارات الحوار لمدربي أطباء الأسرة والمقيمين الأقدمين بالتدريب على مهارات الاتصال.
- كما أظهر (Levinson and Roter 1993) وجود تغييرات مهمة كامنة طرأت على ممارسة أطباء الأسرة بعد التدريب لمدة ثلاثة أيام في برنامج التعليم الطبي المستمر.
- وتفحص (Inui et al. 1976) تأثير جلسة تدريبية واحدة للأطباء على مهارات الحوار في مساعدة التزام المرضى المصابين بفرط الضغط في العيادة الخارجية. وبعد التدريب صرف الأطباء المتدربون وقتاً أطول يتأملون أفكار المرضى، وفي تثقيف المرضى أكثر من سيطرتهم عليهم. وقد تحسن فهم المرضى لحالتهم وازداد التزامهم بالتعليمات. ومن المدهش كانت هناك سيطرة أفضل على ضغط الدم حتى بعد انقضاء ستة أشهر بعد تلك الجلسة!
- وبيّن (Roter et al. 1995) في دراسة عشوائية مسيطر عليها «Randomised controlled trial» بأن دورة تدريبية واحدة لمدة ثماني ساعات في منهاج التعليم الطبي المستمر لأطباء الرعاية الصحية الأولية أدت إلى ليس تحسن التحري عن المشكلات النفسية وتدبيرها حسب، وإنما إلى تقليل الاضطراب النفسي لدى المرضى أيضاً.
- واثبت (Langewitz et al. 1998) إمكانية تعليم مهارات معينة لاتصال محوره المريض لمقيمي الباطنية على مدى ستة أشهر، وبعد عشرة أشهر قيّم التدريب وأظهر سيطرة المقيمين على المهارات المكتسبة في أثناء التدريب أفضل من المجموعة الضابطة.
- وبيّن (Smith et al. 1998, 2000) أن دورة تدريبية مركّزة لمدة شهر واحد على الحوار والمواضيع النفسية والاجتماعية ذات العلاقة قد حسّن من معرفة الأطباء المقيمين وتوجّهاتهم ومهاراتهم الحوارية للمرضى الحقيقيين أو الممثلين.
- ولقد تحرى (Roter et al. 1998) تأثير برنامج أمده ثماني ساعات على مهارات الاتصال لدى الأطباء العاملين في الإسعاف في ترينيداد وتوباغو. حيث استخدم الأطباء المدربون مزيداً من المهارات الهادفة بعد التدريب أكثر مما فعله زملائهم غير المدربين. وكان رضا المرضى أعلى في المقابلات التي أجراها الأطباء المتدربون.
- واثبت (Humphris and Kaney 2001b) تحسناً في مهارات اتصال طلبة الطب على مدى (17) شهراً خلال دراستهم الأولية بعد تدريب شامل ومستمر على مهارات الاتصال.
- كما بيّن (Fallowfield et al. 2002) أن أطباء الأورام الاختصاصيين الذين يعانون من صعوبات كثيرة عند الاتصال بزملائهم ومرضاهم وأقارب مرضاهم لم يساعدهم الوقت والتجربة في حل هذه المشكلات، ولكن بعد دراسة عشوائية مسيطر عليها أجراها على (160) طبيب أورام في (34) مركزاً للسرطان في المملكة المتحدة، حيث أدخلوا دورة مكثفة شاملة لمدة ثلاثة أيام أدت إلى تغييرات شخصية وموضوعية في مهارات الاتصال الأساسية بعد ثلاثة أشهر.
- وقيّم (Yedidia et al. 2003) أثر إرساء منهج الاتصال الدراسي الذي طبق في ثلاثة كليات طب. إذ حسّن المنهج قدرة طلبة السنة الثالثة في الاتصال ومهارات بناء العلاقة والتنظيم وإدارة الوقت وتقدير حالة المريض والمناقشة والمشاركة في القرار.

وفي الفصل الثالث، استكشفنا طرق التعليم المستعملة في الدراسات التي أدت إلى تغيير مؤثر في مهارات اتصال المتعلمين.

يمكن الاحتفاظ بالتغييرات الناتجة عن التدريب على مهارات الاتصال
The changes resulting from communication skills training can be retained

من المطمئن حقاً أن البحوث أظهرت ليس الحصول على مكتسبات قصيرة المدى حسب ولكن اتضح أن هناك تغييرات طويلة المدى قد طرأت على مهارات اتصال المتعلمين:

- تابع ماكواير وجماعته (Maguire et al. 1986a) طلبتهم لمدة خمس سنوات بعد التدريب. ووجدوا أن أداء كلا الفريقين قد تحسن، ولكن أولئك الذين سبق وتلقوا تدريباً على موضوع مهارات الاتصال قد حافظوا على تفوقهم في مجال المهارات الرئيسة، مثل: استعمال الأسئلة المفتوحة، التوضيح، التقاط الإشارات اللفظية واستكشاف الموضوعات النفسية والاجتماعية. حتى إن هذا التفوق قد وجد في مقابلاتهم للمرضى النفسيين والمصابين بالأمراض البدنية.
- وبيّن ستلزمان وجماعته (Stillman et al. 1977) بأن الطلبة الذين درّبوا قد احتفظوا بتفوقهم بعد التدريب على اقرانهم الذين لم يحصلوا على تدريب بعد متابعة أدائهم مدة سنة.
- كما أظهر (Bowman et al. 1992) بأن التحسن الذي طرأ على مهارات المقابلة لدى الأطباء الممارسين بعد دورة تدريبية على المقابلة الطبية كما وضعها (Gask et al. 1987) أمكن الاحتفاظ بها على مدى سنتين من المتابعة.
- بيّن (Oh et al. 2001) أن الأطباء المقيمين في الباطنية الذين يستعينون بمحورية المريض في مقابلاتهم تحسنت مهاراتهم الاتصالية لدرجة كبيرة بعد دورة تدريبية مكثفة وقد احتفظوا بهذا التحسن بعد ذلك بسنتين.
- وأوضح (Laidlaw et al. 2004) أن (78) من بين المقيمين في سنتهم الأولى وبداية السنة الثانية من جميع الاختصاصات من الذين تلقوا تدريباً على مهارات الاتصال في كليات الطب قد أثّر إيجابياً في أدائهم وتوجّهاتهم للامتحانات الموضوعية المنهجية السريرية (OSCE) في محطاته الأربعة. وارتبط تدريبهم السابق بكفاءتهم السريرية ايجابياً كذلك.

الحاجة إلى طرائق تعليم نوعيّة للحصول على التغيير
Specific learning methods are required to obtain change

استكشفنا في الفصل الثالث وبعمق البيّنات على الحاجة لطرائق تجريبية معينة لتمكين المتعلمين من إحداث تغيير في سلوكهم خلال المقابلة الطبية، وسنرى كيف ترشدنا الدارسات أعلاه إلى اتجاه:

- التحديد المنهجي وتعريف المهارات الضرورية.
- مراقبة المتعلمين.
- التغذية الاسترجاعية الوصفية الموسعة المقصودة.
- تسجيل المقابلات صوتياً وصورياً ومراجعتها.
- إعادة الممارسة والتدّرب بطرق جديدة على أداء المهارات.
- مجموعة صغيرة فاعلة أو تعليم فردي من شخص لآخر.

ولا تتمكن الطرائق التقليدية في التدريب المهني «Apprenticeship» ولا التعليم الإرشادي من التوصل إلى تغيير في سلوك معين أو في المهارات المكتسبة.

هل ما يحصل عليه الأطباء والمرضى يستحق هذا الجهد؟
Is the prize on offer to doctors and their patients worth the effort?

وبعد ذلك، ماذا سيقدم تدريب مهارات الاتصال للأطباء ومرضاهم؟ أليس الاتصال كما يقول البعض ببساطة هو أن يكون الطبيب لطيفاً و«سمسرة للمريض Pandering to the patient». لكن المكافأة هي أكبر بكثير من هذا التبسيط، وإن التدريب على مهارات الاتصال يُحسّن من الأداء السريري.

المستطيل (1.1) المكافأة التي تقدم من تدريب مهارات الاتصال هي تحسن الأداء السريري

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 مُعتبر من نواحي:
  - الدقة والكفاءة والدعم.
  - نتائج الرعاية الصحية للمرضى.
  - قناعة المريض والطبيب.
  - العلاقة العلاجية Therapeutic relationship.
- يقلص الاتصال الهوة بين طب البيّنة «Evidence based medicine» والعمل مع المرضى كأفراد.

المقابلات الأكثر تأثيراً
More effective consultations

لاحظنا في المناقشة أعلاه، إن مهارات الاتصال يمكن أن تنجم عن مقابلات أكثر تأثيراً للمرضى والأطباء معاً. فمهما بلغ الطبيب من التمكن من العلوم النظرية والاطلاع على حقائق الطب فإن لم يستعن بمهارات اتصال مناسبة لن يتمكن من:

- أن يكتشف بكفاءة المشكلات والموضوعات التي يريد المريض مناقشتها.
- استقاء التاريخ المرضي الكامل.
- المساهمة والتفاوض على خطة التدبير التوافقية المقبولة.
- بناء علاقة داعمة والتقليل من الصدام بين الطبيب والمريض.

تحسن النتائج الصحية

Improved health outcomes

ورأينا كذلك كيف يمكن للاتصال أن يحسن ولدرجة كبيرة النتائج الصحية للمريض، ويمكن للمهارات الفردية أن تؤدي إلى تحسن رضا المرضى والتزامهم بالعلاج وتخفيف الأعراض المرضية والفسيولوجية التي يشكون منها ويحدث الاتصال تغييراً في صحة المرضى.

كما يتمكن الاتصال أن يحسن النتائج للأطباء أيضاً، فاستعمال مهارات اتصال مناسبة لا يزيد من رضا المرضى عن أطبائهم حسب، وإنما يساعد الأطباء على التقليل من الإحباط الذي يعانونه أيضاً، ويصبحون أكثر رضا عن عملهم (Levinson et al. 1993). والاتصال المناسب يقلل من الصدام وذلك بالحيلولة دون وقوع سوء فهم الذي غالباً ما يكون سبب الصعوبات التي تحدث بين الأطباء والمرضى.

عقد الشراكة التعاونية

A collaborative partnership

تدعم المهارات التي حددناها في كتابنا المرافق «مهارات الاتصال بالمرضى» أسلوب محورية المريض أو محورية العلاقة «Patient - or relationship-centred approach» كما يقوي عقد الشراكة التعاونية بين المريض والطبيب. ولا يمثل هذا التوجّه رأينا الشخصي أو معتقداتنا ولكننا نتبع هذه الطريقة لأن المهارات التي تدعم هذه النظرية «منظور علاقة الطبيب بالمريض» قد جرى تطبيقها في البحوث والممارسة العلمية وأعطت نتائج صحية أفضل للطبيب والمريض معاً.

وإن مفهوم عقد الشراكة التعاونية يتضمن مشاركة على قدر أكبر من المساواة بين المريض والطبيب وميل في ميزان القوى بعيداً عن الأبوة الطبية «Medical paternalism» تجاه المشاركة «Mutuality» (Roter and Hall 1992; Coulter 2002) وهكذا يدعو كتابنا إلى مهارات الاتصال التي يستطيع الطبيب الاستعانة بها لتعزيز قدرات مرضاه ليكونوا أكثر شمولاً بالمقابلة الطبية ويشاركوا في علاقة أكثر توازناً.

وماذا يمكن أن نقول بعد لإقناع مؤسساتنا بالحاجة لإقامة برامج لمهارات الاتصال؟

What then can we say to our institutions to convince them of the need to run communication skills programmes?

ليست الرسالة التي نحن بصدد توجيهها إلى مؤسساتنا هي مجرد استطاعتنا تهيئة طريقة للمقابلة الطبية يكون فيها المريض أكثر محورية. بينما يكون الهدف الذي يستحق الثناء والأهمية بمكان هو النظر في حاجة المرضى لاكتشاف اهتماماتهم ومخاوفهم واحتياجاتهم وإشراكهم بشكل أكبر في المقابلات. وغالبا ما يزيل ذلك بعض الغشاوة التي تغشي أبصار البعض لإدراك هذه المهمة. والنقطة الجوهرية بسيطة وهي: إن الاتصال الفاعل عنصر أساسي لممارسة طب عالي النوعية. وعند إقامة برامج مهارات الاتصال نستطيع أن نساعد المتعلمين من تحسين أدائهم السريري ليكونوا أكثر دقة وكفاءة عند التشخيص ويصبح لديهم مرضى يتفهمون ما جرى بحثه معهم ويوافقون على خطط التدبير التي نوقشت. وبالنتيجة سيعزز المتعلمون من قدرتهم في العمل مع المرضى في تحسين الصحة وتدبير المعاناة بل حتى التوصل إلى نتائج فسيولوجية أفضل.

الفصل الثاني

Chapter 2

«ما»: تعريف ما نحاول أن نُعلمه ونتعلمه

The ‘what’: defining what we are trying to teach and learn

المقدمة

Introduction

لقد عرفنا لحد الآن:

- أهمية التعليم والتعلم في مجال الاتصال الطبي.
- هناك مشكلات محددة في علاقة الطبيب – المريض.
- هناك حلول ثبت جدواها لهذة المشكلات.
- يمكن تعليم وتعلم مهارات الاتصال.
- يمكن الاحتفاظ بالمعلومات التي نحصل عليها في مهارات الاتصال.

ولكن هل ما نحاول تعليمه وما نحاول أن نتعلمه واضحان وضوحاً تاماً؟ وهل نستطيع تعريف المهارات الفردية في الاتصال الطبي؟ وهل يمكن تجزئة مثل هذه المهمة المعقدة والبالغة الأهمية كالاتصال إلى مكوناتها الأولية؟

وفي دوراتنا التدريبية على مهارات الاتصال، غالباً ما يبدأ المتدربون على مختلف المستويات بمثل هذه العبارات: أظن إن هذا أمر كله شخصي؟ ما الدليل على ما تقولون؟ ما منهج مهارات الاتصال – أم يبدو الأمر كله في غاية الارتباك ومجموعة من الحيل غير المنظمة. وما وسع هذا الموضوع؟ أينبغي أن اعرف مهارة أو اثنتين لكي أركز عليهما؟ ولكني قد افقد هذا الكم الهائل من المهارات.

وتستحق جميع هذه الأسئلة البحث عن إجابات لها، فمن أجل أن نقوم بتعليم مهارات الاتصال وأن نتعلمها يجب علينا أولاً أن نستطيع تعريف المهارات الفردية التي تحدث تغييراً في الاتصال الطبي. ونحتاج أن نبرهن على قيمة هذه المهارات وذلك بتقديم الدليل النظري والبحثي الذي يبرر ادخالها في برامج اتصالنا. وعلينا أن نضع إطاراً للإدراك يمكّن المتعلمين والميسّرين أن يجعلوا المهارات الفردية ذات معنى ويلمسوا كيف تتعلق بالمقابلة الطبية ككل.

ولذا فإننا في هذا الفصل سوف:

- نستقصي حاجة الميسّرون ومدراء البرامج إلى المساعدة في معرفة ماذا عليهم أن يُدرّسوا مما يتصل بمهارات الاتصال.
- نعّرف الأصناف العامة من المهارات التي تشكل الاتصال بين الطبيب والمريض، وكيف تترابط ببعضها.
- نصف منهجاً للمهارات على شكل دليل كالكاري–كامبردج.
- نصف إطاراً لتنظيم المهارات ونوضح أهمية هذا التركيب.

- نناقش القواعد النظرية والبحثية عند اختيار المهارات المطلوب إدخالها في منهج الاتصال.

لماذا يحتاج الميسّرون ومدراء البرامج إلى المساعدة لمعرفة ما سيقومون بتدريسه؟

Why facilitators and programme directors need help with knowing what to teach

إذا كان أحد أهداف هذا الكتاب هو مساعدة الميسّرين ومدراء البرامج في تعليم مهارات الاتصال في الطب، فلماذا نؤكد بصورة متساوية على «ماذا» و«كيف» عند تعليم وتعلم مهارات الاتصال؟ ألا نستطيع أن نحذف «ماذا» ونمضي مباشرةً إلى «كيف»؟ بالتأكيد إن الميسّرين الذين ليسوا من ذوي المهن الطبية ستكون لهم خلفية في مهارات الاتصال وهم على معرفة سابقة بـــ«ماذا» ثم أليس الميسّرون الذين تلقوا تدريباً طبياً يعرفون موضوع برامج مهارات الاتصال كذلك؟ إنهم يستعينون بهذه المهارات يومياً في ممارساتهم السريرية على كل حال. بالطبع، إن معرفة ما سوف يتم تعليمه أمر سهل، أما اكتشاف طرق التعليم الصحيحة فهو الأمر العسير ولاسيما بالنسبة إلى الأطباء الذين لم يسبق وحصلوا إلّا على قدر قليل من التدريب على طرق تدريس الاتصال.

ولقد اكتشفنا مع مرور الزمن إن هذه الافتراضات تنطوي على مخاطر، حيث أصبحنا ندرك أن برامج تدريب الميسّرين ومنها هذا الكتاب تحتاج إلى تركيز وبشكل متساوٍ على كلمتي «ماذا» و «كيف» عند تعليم مهارات الاتصال. وحتى المدرّسين الواثقين من قدرتهم على اختيار طريقة التدريس وقابليتهم على القيام بها، لا يشعرون بالارتياح من المادة التي يقومون بتدريسها. وفيما يأتي ملاحظات هامة استقيت من ميسّرين ذوي خبرة وتجربة: مثل «لا استطيع أن أخمن ماذا يجب أن أركز عليه» و «يبدو أنني أقوم بتدريس نتف قليلة (جيء بها) من هنا وهناك» و«التغذية الاسترجاعية عندي تبدو مسألة عشوائية» و «لست متأكداً ما إذا كنت قد التقطت جميع النقاط التي ازمع تدريسها بالضبط» و «أنا غير واثق من أن ما اقوم بتدريسه، هل له أية قيمة أم انه لا يتعدى آرائي الخاصة». وليس من الغريب أن تنعكس مصاعب الميسّرين غالباً في تجارب طلابهم والسؤال هو من أي منفذ تسللت هذه المصاعب؟

- إن معظم الأطباء الذين أصبحوا ميسّرين لمادة مهارات الاتصال كانوا هم انفسهم قد تلقوا تدريباً قليلاً في موضوع مهارات الاتصال خلال دراستهم. وفي الحقيقة، ربما لم يكن موضوع مهارات الاتصال موجوداً أصلاً ضمن المنهج الدراسي عند دراستهم الطب (Suchman 2003). وإن تدريبهم على مهارات الاتصال قد حصلوا عليه فقط من تجاربهم كأطباء. وإن هذا الرأي يعكسه بعض أعضاء الهيئات التدريسية للطب السريري بقولهم: «لا حاجة لتدريس موضوع الاتصال فالأطباء المقيمون يستطيعون التقاط ذلك بأنفسهم من خلال العمل». ولكن للأسف وكما رأينا في الفصل الأول، فإن التجربة وحدها للحصول على التدريب الكافي في هذا المجال هي في الغالب ما تعد معززاً قوياً للعادات الرديئة (Helfer 1970; Byren & Long 1976; Magurie et al. 1986a)، وهكذا ربما لم يكن الأطباء قد اكتسبوا أساس المعرفة أو حصلوا هم أنفسهم على فائدة من التدريب المنهجي على المهارات سابقاً. وعلى الرغم من أن الميسّرين قد يكونوا مهتمين وراغبين جداً بذلك إلّا أنهم ربما لا يكونون مرتاحين تماماً من موضوع المهارات أو لم تكن لديهم ممارسة سابقة في هذا الموضوع الذين هم بصدد تدريسه.

- إن كثيراً من الميسّرين من تخصصات شقيقة للطب مثل علم النفس والمشورة «Counseling» – شأنهم شأن الأطباء – ربما سبق وحصلوا على تدريب منهجي قليل في موضوع الاتصال. وحتى أولئك الذين لديهم خلفية في الاتصال ربما لا يكونون قد درسوا موضوع الاتصال بين الطبيب والمريض تحديداً.
- تجمعت أدلة كثيرة على مدى الأعوام الثلاثين الأخيرة تمكننا من خلالها تعريف المهارات التي تُعزز الاتصال بين المريض وطبيبه. وترقى إلى أن تصبح موضوعاً سلوكياً جديراً بأن يتم تعليمه وتعلّمه. وعلى كل حال، فإن كلّاً من الميسّرين سواء أكانوا من ذوي المهن الطبية أو سواها قد وجدوا أن من الصعوبة بمكان الولوج إلى هذه الأدبيات كما يظهر على صفحات كثيرة من المجلات الطبية التخصصية المتنوعة، وأن كثيراً من الميسّرين ليس لديهم سوى وقت محدود لمواكبة البحوث. ولعدم شيوع هذه المعلومات على مدى واسع، فإن الميسّرين غالباً ما يكونوا غير واثقين من قيمة ما يقومون بتدريسه. وهذه النقطة أحدى المصاعب بالجوهرية في مجال التدريب على الاتصال، حيث إن تدريب مجموعة صغيرة أو التدريب الفردي يتطلب إشراك عدد كبير من الميسّرين على كل منهم أن يفهم مغزاها ويطبقها عند التدريس.
- لا يتوافر لدى كثير من الميسّرين إطار تصوري واضح يُمكّنهم من التفكير بشكل منتظم ضمن سياق المقابلة الطبية الذي من خلاله يمكن توحيد المهارات المتفرقة وتنظيم المهارات ذات الأهمية الخاصة التي يحددونها كنواحي للتعلم. وغالباً ما تبدو المهارات العديدة وكأنها مجموعة من الحيل غير المتناسقة «Bag of tricks». وتجابه الميسّرين مشاكل فرز المهارات الفردية لضمان التطور المنتظم والتوكيد على مهارات الاتصال.

كفيف يقود كفيف (أعمى يقود أعمى آخر):

The blind leading the blind

لا نستطيع الافتراض أن الميسّرين بالضرورة يستطيعون استيعاب المادة الدراسية أكثر من طلابهم. فقد لا يكون الميسّرون درسوا موضوع الاتصال ضمن المواد الدراسية المنهجية. وربما لا يتمتعون بالضرورة بمستويات قياسية من الاتصال خلال ممارساتهم المهنية. وحتى لو كانوا على كفاءة في الاتصال فربما لم يكونوا قد حللوا مطلقاً ما كانوا يقومون بعمله، وهكذا يجدون صعوبة في تعليمه. وهذا الموقف هو ما يطلق عليه «كفيف يقود كفيفاً» بل وحتى على مستوى الخريجين، فإن الأعمى يقود أعشى، إذ إن طلاب الطب والخريجين الجدد قد حصلوا على مزيد من التدريب على هذا الموضوع أكثر مما حصل عليه اولئك الذين يحاولون الآن تدريسهم إيّاه!

إن مساعدة الميسّرين على فهم «ماذا» الخاصة بتعليم مهارات الاتصال أمر نافع من نواحٍ عديدة: أولها، إن كثيراً من الميسّرين ذوي الخلفية الطبية حرموا من التدريب على مهارات اتصال مهمةً خلال دراستهم السابقة، لذا فمن المهم لهم اقتناص هذه الفرصة للتطرق إلى مهارات الاتصال الخاصة بهم من أجل زيادة فهمهم الشخصي لـــ«ماذا» المتعلقة بالتدريب على الاتصال. وثانياً، إن فهم «ماذا» سوف يساعدهم إلى درجة لا حدود لها عند قيامهم بالتعليم. فلأجل تقديم تعليم جيد من المهم للميسّرين إظهار الإمساك الفاعل ببنّية المقابلة والاطلاع على المهارات التي ينبغي تعليمها والبحوث والبيّنات النظرية التي تدعم استعمال مهارات اتصال معينة والإطار الشامل لمنهاج مهارات الاتصال. وبعكسه من السهل علينا أن نكون عشوائيين في تدريسنا ونغفل مهارات اتصال رئيسة أو حتى نهمل موضوعات رئيسة من المقابلة بأكملها مثل التوضيح والتخطيط.

نحن متحمسون لإدراك الميسّرين بيّنات البحوث التي تسند مهارات الاتصال ليصبحوا خبراء باستعمال المعرفة في تعليمهم. ولاسيما مزيّة التعليم التجريبي الجيد، وهي قابلية الميسّر لتقديم مواد علمية معرفية أو بيّنات البحوث في الوقت الذي يتأمل فيه المتعلمون ويفكرون ملياً ويبرزون حاجتهم للمعلومات التي ستهضم وتتمثل سريعاً. ولا يعد الميسّر مرشداً لمجموعة موجهة ذاتياً للتعليم حسب ولكن يمكن لخبراته ومعلوماته أن تفعّل التعليم التجريبي إذا ما قدمت بإحساس عالٍ.

أنواع مهارات الاتصال وكيف تترابط بعضها ببعض؟
Types of communication skills and how they interrelate

ماذا ندرس عملياً في برامج الاتصال؟ ونبدأ بالإجابة عن هذا التساؤل بتعريف ثلاثة أنواع واسعة من مهارات الاتصال التي تحتاج أن نتصدى لها في مناهج مهارات الاتصال:

1 **مهارات المحتوى، Content skills**: وتعني بـــ«ماذا» يتصل الملاك الصحي؟ محتوى أسئلتهم، الاستجابة، والمعلومات التي يجمعونها، العلاج الذي يناقشون.
2 **مهارات الصياغة، Process skills**: «كيف» يصوغ الملاك الصحي عباراته؟ وتعني الطريقة التي يتصل بها الملاك الصحي بالمرضى، كيف يسكتشفون التاريخ المرضي؟ وكيف يعطون المعلومات؟ المهارات اللفظية وغير اللفظية التي يستعملونها وكيف يبنون علاقتهم بالمريض؟ وما الطريقة التي ينظمون بها الاتصال ويبنونه؟
3 **المهارات الإدراكية، Perceptual Skills**: بـــ «ماذا يفكر الملاك الصحي وبماذا يشعرون؟» القرار الذاتي والمنطق السريري ومهارات حل المشكلات: توجّهاتهم «Attitudes» وقصدهم وقيمهم ومشاعرهم، وإدراكهم لمشاعر المرضى وأفكارهم عن المرض وشؤون أخرى تقلقهم وإدراكهم لمفاهيمهم الخاصة: الثقة، التحيز، الإحباط الذي يعانون.

ومن المهم التأكيد على أن مهارات المحتوى والصياغة والإدراك متداخلة لا يمكن تجزئتها، ولا يمكن تناولها تناولاً فردياً. لذا يجب أن نتنبه لهذه المجاميع الثلاث من المهارات عند دراسة المقابلة الطبية (Riccardi and Kurtz 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 الأسئلة 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 الإداركية. وفي المقابل، لم تأخذ مهارات الصياغة وكيف تتداخل المهارات الثلاث بعضها ببعض حيزاً مناسباً في المناهج الطبية. لذلك فإن هذا الكتاب ورفيقه اعطيا اهتماماً بارزاً لمهارة الصياغة كما اعطيا اهتماماً لمهارتي المحتوى والإدراك التي تتعلق بالاتصال في الرعاية الصحية. وناقشنا بعناية كيفية تأثير هذه المهارات بعضها ببعض.

أدناه بعض الأمثلة التي تظهر الاعتماد المتداخل بين الصياغة والمحتوى والإدراك.

مثال ١

إذا سأل الطبيب سلسلة من الأسئلة المغلقة (الصياغة) مبكراً في المقابلة الطبية عن مشكلة معينة (محتوى)، يبدو واضحاً 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 بين:

المريض:	أستيقظ 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؟

وبين:

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

مثال 2

هناك رابط آسر ما بين أفكار الطبيب ومشاعره والمحيط الخارجي للمريض. ويمكن أن تتعارض الأفكار والمشاعر عن المريض «إدراكية» مع سلوك الطبيب تعيق الاتصال، مثل:

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

مثال 3

الافتراضات الخاطئة عن المريض «إدراكي»، يمكن لها أن تؤدي إلى إغفال 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 وتعلّم المقابلة الطبية*

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

من البديهي وجوب تكامل مهارات المحتوى والصياغة والإدراك في تعليمنا – جميعها مهارات سريرية ضرورية. ويجب أن تُعلّم بعضها مع بعض، والنظر بمنظار واسع لمفردات الاتصال بدلاً عن النظرة السابقة التي في بعض الأحيان تركّز على مهارة الصياغة فقط. ولكن غالباً ما تفصل هذه المهارات في التعليم الطبي قسراً تؤذي المتعلمين. وأن فصل مهارتي المحتوى والصياغة بعضها عن بعض في تعليم المقابلة الطبية أثبتت أنها مشكلة صعبة في الواقع.

ومن نتائجها المؤلمة أن المتعلمين يواجهون نموذجين يبدوان متناقضين في المقابلة الطبية لجميع المتعلمين طلاب ومقيمين وأطباء في الممارسة. النموذج الأول: هو التاريخ الطبي التقليدي «Traditional Medical History» (أنظر المستطيل 2.1) والذي يعرض فيه هيكل المعلومات التي ينبغي أن يجمعها السريري حينما يلتقي المريض لأجل التشخيص وهو محتوى المقابلة الطبية.

المستطيل(2.1) التاريخ الطبي التقليدي

- المعاناة الرئيسة Chief Complain
- تاريخ المعاناة الحالية History Of the present Complain
- التاريخ المرضي السابق Past Medical History
- التاريخ العائلي Family History
- التاريخ الشخصي والاجتماعي Present & Social History
- التاريخ الدوائي والحساسية Drug & Allergy History
- الاستفسارات الوظيفية/ مراجعة أجهزة الجسم Functional inquiry / Review of System

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 المذكورة في 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 يظن المتعلمون في أن أحد النموذجين قد يكون بديلاً للآخر. وكثيراً ما يهمل الطلاب نموذج صياغة مهارات الاتصال كدليل. ويُعتمد نموذج التاريخ المرضي التقليدي (المحتوى) كدليل للصياغة أيضاً وليس للمحتوى فقط. ومع الأسف الشديد، يعتمد الطلاب نموذج التاريخ الطبي كدليل للصياغة ويستخدمون

* إن مواد هذا الجزء من الفصل جاء من عمل كورتس وسلفرمان وبنسون ودارير (2003)

الأسئلة المغلقة وتتوجه المقابلة لجمع المعلومات الاحيائية الطبية «Biomedical Information» بأفق ضيق.

هناك عِدّة أسباب لارتكاب المتعلّمين هذا الخطأ فيما يتعلق بصياغة الاتصال

1 خارج دورات مهارات الاتصال، نادراً ما يُراقب المتعلمون خارج دورات مهارات الاتصال في أثناء أخذ التاريخ المرضي وتُقدّم نتائجه ببساطة إلى الأساتذة الذين يستعملون أسلوب التاريخ الطبي التقليدي. لذا يدركُ المتعلّمون خطأً بأنّ هذه الصيغة التي يُقدّمون معلوماتهم فيها هي الطريقة التي يجب أن يحصلوا بها على المعلومات.

2 الحرج، يكتبُ المتعلّمون نتائجهم في الملف الطبي بنفس صيغة التاريخ الطبي التقليدي، مما يوحي أن هذه الصيغة «صحيحة» لصياغة مقابلة طبية.

3 نادراً ما يُلاحظ المتعلّمون مدربيهم يقومون بإجراء مقابلة طبية كاملة. وفي أغلب الأحيان، يُلاحظ المتعلّمون أغلب أساتذتهم مشغولين بحلّ مشكلة أو يُعلّمون في جانب سرير المرضى. ولسوء الحظ، يشاهدون قليلاً منهم يأخذون التواريخ المرضية أو مشغولون مع المرضى في التوضيح والتخطّيط. لذلك يخطؤون في تصور كيف تكون عناية المرضى «في العالم الحقيقي». فضلاً عن أن التعليم في جانب السرير يُشجّعُ في أغلب الأحيان التحرُّك مباشرة إلى الأسئلة المُغلقة فيما يتعلق بالأجزاء المعيّنة من تاريخ المريض التي تتجاوز مهارات الاتصال الفاعلة بشكل غير مقصود.

4 هناك سوء فهم بين الذي نُعلّمُه حول كيف نتّصل بالمرضى وكيف تقيّم المهارات السريرية. وفي أغلب الأحيان، يُسأل المتعلّمون عن أخذ التاريخ المرضي في الامتحانات، ما يتوقّعونه حقاً هو أن يعرضوا ما يجول في ذهنهم أو الذي يعرفونه حول المحتوى والإدلاء به على شكل الأسئلة التي سألوها. وهذا يعني استعمال الأسئلة المغلقة التي تركّز على التاريخ الطبي الإحيائي، بينما تُهمل العلاقة بالمريض ومنظوره. لسوء الحظ، يميل المتعلّمون إلى التفكير بهذا التاريخ المخصص للامتحان والتاريخ المُركّز «Focused history» للممارسة الواقعية كموضوع واحد. وأخيراً، تختفي مهارات صياغة الاتصال عن الأنظار وتشيع عادة اشتراك التاريخ المركّز مع الأسئلة المغلقة والتأكيد ينحصر على التاريخ الطبي الإحيائي الذي يحافظ على مكانه.

5 يختلف الأساتذة السريريون في أساس تدريبهم الخاص ومعرفتِهم وخبراتهم ومدى اندفاعهم لتعليم مهارات الاتصال. بسبب هذا، يرجعون في أغلب الأحيان إلى التاريخ الطبي التقليدي، النظرة الوحيدة التي تعلّموها في أثناء تعليمهم الخاص.

6 غالباً ما يُعلّم الفحص البدني بالارتباط الوثيق مع عملية اكتشافه. وعلى النقيض من ذلك، عموماً يُعلم التاريخ الطبي التقليدي في دورة أخذ التاريخ المرضي أو في دورات بجانب سرير المرضى، اللذان يُركزان على حل المشكلات الطبية التي تتعلق بالمرض. بينما تُعلم مهارات الصياغة في دورات الاتصال المنفصلة. علاوة على ذلك، يُعلم التاريخ المرضي في أغلب الأحيان الأطباء الاختصاصيون في المستشفيات التعليمية، بينما يُدرس دورات الاتصال الأطباء الممارسون والنفسانيون والأطباء النفسانيون. والذي يُمكِن أن يبعث رسائل غير ملائمة إلى المتعلّمين: الأطباء «الحقيقيون» يأخذون «التواريخ» ولا يهتمّوا بالاتصال، بينما معلمو الاتصال يتّصلون لكن لا يهتمّوا بالتاريخ السريري. وكلا الانطباعين غير حقيقي. على أية حال، يدركُ المتعلّم بأنّ التاريخ الطبي التقليدي النظرة «الصحيحة» وبأنّ مهارات الصياغة «إضافة» اختيارية ملحقة.

ارتباك المحتوى

Confusion over content

وهناك ارتباك آخر يخص المحتوى. وعلى الرغم من أن نماذج الاتصال غالباً ما تركز على مهارات الصياغة، لكن أدخل كثيرٌ من الباحثين مضامين جديدة لمحتوى التاريخ المرضي وهي منظور المريض لمعاناته ووجهة نظره الشخصية (Mc Whiney 1989)، كما سنشرحها بالتفصيل في الفصل الثالث من الكتاب المرافق «مهارات الاتصال بالمرضى». ويركّز التاريخ المرضي التقليدي على المرض على حساب فهم حاجات الفرد ومنظوره، لذلك كثيراً من المعلومات التي نحتاجها لفهم مشكلات المرضى وتدبيرها لن تُستقى. وتعزز دراسات رضا المرضى والالتزام والنتائج الوظيفية الحاجة إلى منظور أوسع للتاريخ المرضي. وإدخال معلومات حياة المريض وعالمه لبيانات المنظور الإحيائي 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 إمّا لاكتشاف آراء المرضى وهواجسهم أو استقاء التاريخ المرضي الإحيائي الدقيق، ولكن الحقيقة هي الجمع بين هذين الأمرين.

مواءمة المحتوى والصياغة

Marrying content and process

في نهاية الفصل سنناقش منهج أعددناه حديثاً لحل هذه المشكلة. وعرضنا نموذجاً موحداً للمقابلة الطبية يؤالف بين الصياغة والمحتوى في المقابلة الطبية. وعرضنا نموذجاً موحداً في المقابلة الطبية يجمع بين المحتوى التقليدي للنموذج الإحيائي الطبي «القديم» مع المحتوى «الحديث» الذي يتضمن منظور المريض.

المنهج الشامل 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 كمرجع في أثناء العمل. ولكن ما مهارات اتصال الطبيب – المريض التفصيلية تحديداً؟ كيف نعرف المهارة التي نرغب بإدخالها في منهج الاتصال؟ كيف نجعلها في متناول الميسّرين والمتعلمين ليتمكنوا من استيعابها واستيعاب مجمل المنهج؟ وكيف يمكن أن نعرضها ليتذكر المتعلمون كلّ المهارات المستقلة وكيف تتواءم بعضها مع بعض في المقابلة الطبية ككل؟

وللإجابة عن هذه الأسئلة، نعرض نظرتنا الشاملة لتعلّم وتعليم مهارات الاتصال على شكل دليل كالكارى–كامبردج، الذي يعد أساس منهجنا في مهارات الاتصال وأهم مميزات كتابنا هذا والكتاب المرافق له «مهارات الاتصال بالمرضى».

دليل كالكاري–كامبردج (كما عُرض في طبعة 1998)
The Calgary-Cambridge Observation Guide (as presented in the 1998 editions)

صمم دليل كالكاري–كامبردج (Kurtz and Silverman 1996; Kurtz et al. 1998; Silverman et al. 1998) للإجابة عن الأسئلة المذكورة آنفاً على قاعدة صلبة وموجزة وسهلة المنال. ويعد الدليل الجزء المركزي للطبعة الأولى لهذا الكتاب والكتاب المرافق «مهارات الاتصال بالمرضى». ويعّرف الدليل منهج المهارات الذي يُبنى على أربعة عناصر «ماذا نعلّم ونتعلم» في برنامج الاتصال المعتمد على المهارات.

1 **البناء structure**: كيف نصنّف مهارات الاتصال؟
2 **المهارات skills**: ما المهارات التي نرغب في تعزيزها؟
3 **البرهان validity**: ما البراهين التي تشير إلى أن المهارات تؤدي إلى تحسن اتصال الطبيب بالمريض؟
4 **المجال breadth**: ما مجال منهج الاتصال؟

للدليل هدفان عامان — أولاً، يهدف الدليل إلى مساعدة الميسّرين والمتعلمين لإدراك وبناء تعليمهم وتعلّمهم. وثانياً، يساعد مدراء برامج الاتصال، العاملين مع طلبة الكليات أو الإقامة أو التعليم الطبي المستمر في جهودهم لإرساء برامج تدريبية للمتعلمين والميسّرين.
وعلى الرغم من أن الدليل بضع صفحات لكنه:

- اقترح هيكلاً لتنظيم مهارات الاتصال الطبية تتطابق وطريقة بناء المقابلة الطبية لتساعد في التعليم والتعلم والممارسة الطبية.
- يصف ويصور بدقة كل مهارة تجعل من اتصال الطبيب – المريض فاعلاً.
- يلخص وييسّر الوصول إلى البحوث المتعلقة بمهارات الاتصال بين المريض والطبيب.
- يبني أسس منهج شامل (Riccardi and Kurtz 1983; Kurtz 1989) للطلبة والميسّرين ومدراء البرامج ويجهزهم بآراء واضحة لأهداف المنهج التعليمي.
- يقدم ملخص مهارات وافٍ للميسّرين والمتعلمين يستعينون به يومياً في الجلسات التعليمية وذخيرة للتذكّر «Aide-memorie» وطريقة بناء ملاحظة التغذية الاسترجاعية «feedback» والتقيّيم الذاتي.
- يقدم لغة مشتركة للدلالة والمرجعية لسلوك معين.
- يقدم قاعدة متينة من المواد التدريبية لخلق برامج اتصالية متماسكة وثابتة لمجموعة كبيرة من الميسّرين في تعليمهم موضوع الاتصال.
- يقدم أسساً عامة لبرامج الاتصال لجميع المستويات – قبل التخرج والإقامة والتعليم الطبي المستمر – وذلك بتحديد مجموعة شاملة من مهارات اتصال الطبيب – المريض صالحة ويمكن تطبيقها في البيئات الثلاث.

على الر غم من أن مجموعة كبيرة من الباحثين أوضحوا ماذا نعلّم في السابق، أدلة، قوائم ضبط ومنها دليلنا السابق (Stillman et al. 1976; Cassata 1978; Sanson-Fisher 1981; Riccardi and Kurtz 1983; Cohen-Cole 1991; van Theil et al. 1991; Novack et al. 1992; van Thiel and van Dalen, 1995). لكن دليل كالكاري الذي عرض في طبعة «1998» في كتابينا يعد تطوراً مهماً وذلك لأنه:

- قدم ذخيرة شاملة من المهارات التي أسندت ببراهين البحوث والبيّانات النظرية.

- اعتمدت المهارات على المراجع والبحوث الحديثة.
- التحرك باتجاه أكثر نحو محورية المريض والنمط التعاوني.
- أكد على التوضيح والتخطيط المجال المهم جداً تأكيداً كبيراً (Carroll and Monroe 1979; Riccardi and Kurtz 1983; Tuckett et al. 1985; Maguire et al. 1986b; Sanson-Fisher et al. 1991)، والبحوث الأحدث التي أشارت إلى الحاجة المتزايدة لهذا الموضوع (Towle and Godolphin 1999; Edwards and Elwyn 2001).
- قدم إرشاداً للمهارات التي تخلق تحسناً في الاتصال الطبي بينما يسمح لمدى معتبر لنمط الفرد وشخصيته.

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

وأُدخل الدليل في تعليم المملكة المتحدة للأطباء المقيمين في فرع الممارسة العامة وللميسّرين في منطقة أنكلان الشرقية. وطُور هناك في ورش العمل التجريبية مع الأطباء والميسّرين. 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. واستعملت الدليل مؤسسات في الأرجنتين وأستراليا وكندا وايطاليا والدول الاسكندنافية وجنوب أفريقيا واسبانيا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة الامريكية وفي أماكن أخرى مختلفة كمصدر أساس للتعليم وأداة للتقييم والبحوث. وشهادة أخرى إضافية لتجاوزه الثقافات المختلفة وتطبيقه، قام أطباء وأساتذة بلدان متعددة بترجمة الدليل إلى الهولندية والفرنسية والنرويجية والاسبانية ولغات أخرى. والأكثر حداثة، بدأ الأطباء البيطريون في شمال امريكا والمملكة المتحدة بالاستعانة بالدليل في برامج الاتصال مع المراجع – الحيوان والطبيب «Client–patient–vet communication programmes». وتناولنا في الفصل الحادي عشر استعمال الدليل أداة تقيّمية وناقشنا مصداقيته «Validity» ومعوليته «Relaibility» وأثره التعليمي «Educational impact» في سياق 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 (71) مهارة صياغة اتصالية «Communication process skills».

* نشرت هذه المناقشة والمخططات من دليل كالكاري–كامبردج المعزز أصلاً في Kurtz et al. (2003).
ويشار إلى الدليل بصيغة الجمع ولكن ترجم على صيغة دليل بحرأين.

ونحن نقدر أن عدد المهارات تبدو مثبطة لأول وهلة. ولكن في الوقت نفسه، ينبغي أن نكون حريصين بأن لا نبسط الاتصال الطبي لدرجة كبيرة. إذ يعد الاتصال حقلاً معقداً وصعباً «Challenging» وليس من الإنصاف أن نختصر الدليل بعدد محدود من المهارات.

الموضوع الثاني: كيف نكامل بوضوح أكبر بين المحتوى والصياغة للاتصال في دليل كالكاري–كامبردج.

الموضوع الثالث: يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالموضوعين الأوليين، كيف نضمن بأن الأساتذة والطلبة يستمرون في تعلّم وتعليم الاتصال بعد الدراسة الأولية. وأن يتواصل تعليم وتعلّم الاتصال منسجماً مع برامج الإقامة والدراسات العليا.

وللإجابة عن هذه المشكلات ونتيجة الخبرة التي اكتسبناها منذ «1998» طورنا نموذجاً معززاً من دليل كالكاري–كامبردج (Kurtz et al. 2003)، ويحتوي تعزيزنا الأمور الآتية:

- طورنا ثلاثة أشكال من الهيكل، تصور بالتأمل والإدراك طريقة إدخال مهارات الاتصال ووضع مهارات الصياغة الاتصالية ضمن منهاج سريري شامل.
- ابتكرنا دليل محتوى جديد للمقابلة الطبية يتواءم مع البناء وصياغة مهارات الاتصال التدريبية.
- إدخال منظور المريض في صياغة المقابلة الطبية ومحتواها.

وساعدنا التعزيز بتقديم الدليل بثلاث مراحل منفصلة: الأولى: قدمنا ثلاثة مخططات تمهيدية لمنهج الاتصال ووضعناه 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. وعند تتبع التسلسل، يمكن أن 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 المطّلعون على نسخة «1998» التطورات والتحسينات 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 الدليليين يقوّي أحدهما الآخر ويشجع على التكامل في مهارات المحتوى والصياغة. وأنّ مزاوجة مكونات المحتوى والصياغة في المقابلة الطبية بنموذج واحد يشكل طريقة سريرية شاملة حقيقية. ويعد دليل كالكاري–كامبردج المعزّز العمود الفقري لكتابينا مثل النموذج السابق طبعة «1998».

المخططات الثلاثة: هيكل دليل كالكاري–كامبردج المعزّز

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

تصف المخططات الثلاثة لدليل كالكاري–كامبردج المعزّز بشكل يجعله ميسراً للمتعلمين والأطباء الذين يعلمونه وتمكنهم من معرفة:

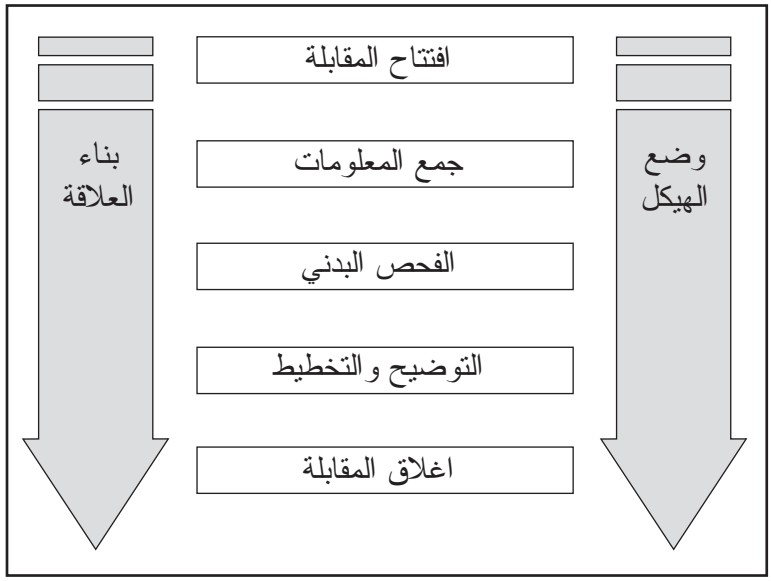
1 ماذا يحدث في المقابلة الطبية.
2 كيف تتكامل مهارات الاتصال والفحص البدني بعضها مع بعض.

تقدم المخططات الثلاثة المهارات الاتصالية وتضعها ضمن المنهاج السريري الشامل:

الهيكل الأساس:

The Basic Frame work

يمثل مخطط (2.1) المقابلة الطبية، إذ يتضمن مهام الاتصال والفحص البدني، وتصف الخريطة الهيكلية «العمود الفقري» لمسار المهام في الحياة العملية للممارسة السريرية.



المخطط (2.1) الإطار الأساس

وفي المخطط السابق، رتبنا المهارات استناداً إلى خمس مهام يحاول الطبيب والمريض اكمالها في الممارسة اليومية الاعتيادية: افتتاح المقابلة، جمع المعلومات، بناء العلاقة، التوضيح والتخطيط، اغلاق المقابلة. وتبني المهام احساس بديهي ونظام منطقي لرسم تفاعل الطبيب والمريض وفي تعليم مهارات الاتصال. واقترح هذا البناء أولاً ريكاردي وكورتس (Riccardi and Kurtz in 1983) ومشابه للذي اتخذه (Cohen-Cole in 1991).

ويقدم المخطط المذكور آنفاً تطوران في دليل كالكاري-كامبردج. التطور الأول، بدلاً 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 الحقيقية بحيث يجعل المتعلمون يلاحظون كيف يتواءم الفحص البدني مع مهام الاتصال الأخرى بصورة أكثر وضوحاً.

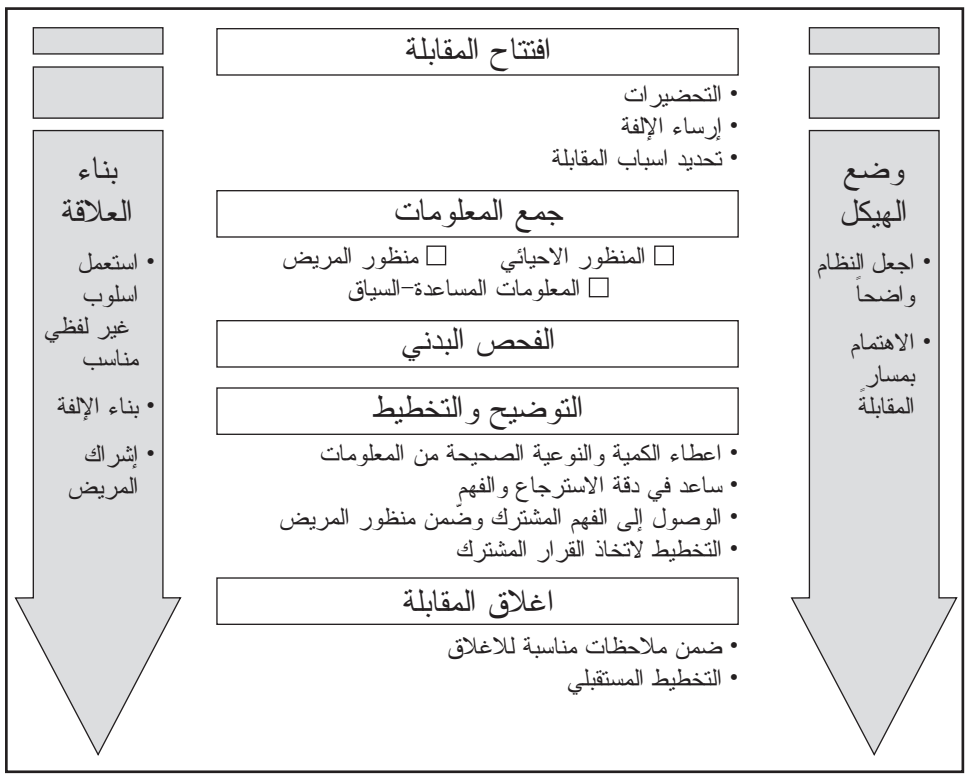
والتطور الثاني، الفصل الواضح بين المهام الخمس التي تجري بصورة متسلسلة في المقابلة الطبية مع رابط مشترك لمهمتين تجريان في آن معاً وعلى طول المقابلة الطبية وهما بناء العلاقة وإعداد الهيكل. وكان إعداد هيكل المقابلة الطبية سابقاً ضمن جمع المعلومات. ولكن أدركنا الآن أن إعداد هيكل المقابلة الطبية مثل بناء العلاقة هو مهمة تشمل مجمل المقابلة الطبية وليست متتالية طبيعية وكلا المهمتين ضروريتين كما هي المهام الخمس المتوالية التي يجب تحقيقها عملياً.

وساعد التطوران المتعلمين لتصور صياغة الاتصال لوحده تصوراً دقيقاً وفضلاً عن العلاقات بين المهام المختلفة التي تكونه.

المخطط المفصل

يبدو «المخطط 2.2» مخططاً موسعاً للمخطط الأساس، ويحدد الأهداف التي ينبغي أن تتحقق في مهام الاتصال. ويقدم المخطط المفصل صورة شاملة تساعد المتعلم للتذكر وتنظيم مختلف مهارات الصياغة الاتصالية واستعمالها لمهام وأهداف المخطط التي يشار اليها في دليل كالكاري-كامبردج الأكثر تعقيداً. ويوضح الدليل بتعابير لا لبس فيها المهارات الخاصة المعتمدة على البيّنة التي يحتاجها-المتعلم - للوصول لكل هدف.

ويتضمن الدليل الكامل «خيارات» إضافية أخرى ترتبط بالتوضيح والتخطيط التي لم توصف في المخطط (2.2). إذ يحتوي على مهارات المحتوى والصياغة لثلاثة مجالات شائعة وهي مناقشة الفحوص الطبية والإجراء الطبي - ومناقشة آراء الطبيب وأهمية المشكلة - ومناقشة خطة العمل التوافقية. ولاحظ رجاءً اشتراك مهارات الاتصال المرتبطة بالفحص البدني: الاحترام والتصرف اللائق وأخبار المريض عن الفحص البدني اخباراً مناسباً التي تدخل ضمن بناء العلاقة وإعداد الهيكل والتوضيح والتخطيط.



المخطط (2.2) الإطار الموسع

مثال عن العلاقة بين المحتوى والصياغة
An example of the interrelationship between content and process

يتناول المخطط الثالث «2.3» مهمة واحدة – جمع المعلومات – كمثال يُظهر المخطط التفصيلي وكيف تكون العلاقة المتبادلة بين المحتوى والصياغة في المقابلة الطبية.

جمع المعلومات Gathering information

مهارات الصياغة لاستكشاف مشكلات المريض
Process skills to explore patients problems

- رواية المريض Patients narrative
- نمط السؤال مفتوح –مغلق Open to close-question style
- الانصات الفاعل Attentive Listening
- الاستجابة التشجيعية Facilitative Response
- التقاط التلميح Picking up cues
- التوضيح Clarification
- تنسيق الوقت Time Framing
- التلخيص الداخلي Internal Summary
- تداول لغة مناسبة Appropriate use of Language
- مهارات إضافية لفهم منظور المريض
Additional skills for the patients perspective

المحتوى المطلوب اكتشافه

منظور المريض – المعاناة The patient's perspective – illness	المنظور الإحيائي The Biomedical perspectives
أفكار ومعتقدات Ideas & beliefs	تسلسل الحوادث
الاهتمامات Concerns	تحليل الأعراض
التأثير في الحياة Effect of life	ملخص أجهزة الجسم التي
التوقعات Expectation	لها علاقة بالموضوع
المشاعر Feeling	

محتوى المعلومات الأساسية Background of patient – content

التاريخ المرضي القديم Past medical history
التاريخ الدوائي والحساسية Drug & allergy history
التاريخ العائلي Family history
التاريخ الشخصي والاجتماعي personal & social history
ملخص تاريخ أجهزة الجسم Review of system

مخطط (2.3) مثال عن العلاقة التبادلية بين المحتوى والصياغة
:An Example of The Interrelationship Between Content and process

وتؤلف المخططات الثلاثة (2.1، 2.2، 2.3) هيكلاً مصوراً 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 وصياغته.

تتنامى محاولات إدخال برامج الاتصال لتشمل مدى أوسع من دورات تدريب المهارات الاتصالية في الدراسات الأولية السريرية لتتكامل مع برامج الإقامة والتدريب السريري في الردهات أو التدريب في العيادات. وفي هذه البيئات، تختلف أسس تدريب الأساتذه السريريّين في مجال الاتصال كما هي الاختلاف في خبراتهم وإمكانية تدريس مهارات الاتصال وشعورهم بالارتياح في أثناء التدريس. وتضمن المخططات الثلاثة طرقاً لتصور مهارات الاتصال في المقابلة الطبية ويستطيع الأساتذة السريريون أن يربطوا هذه المخططات بتعليم الاتصال خارج دورات الاتصال القياسية بطريقة أيسر.

وبعدها سوف نحتاج إلى الدليل الموسع لمهارات المحتوى والصياغة عندما ننتقل من التفكير بأهداف تفاعل الطبيب والمريض العملية فقط إلى تحديد مهارات الصياغة الاتصالية الفعلية واستعمالها والاتصال واستكشاف المحتويات المناسبة في مفاصل المقابلة الطبية المتعددة.

دليل كالكاري–كامبردج: مهارات الصياغة الاتصالية

Calgary-Cambridge Guides: communication process skills

وبقدر تعلق الأمر بمهارات الصياغة الاتصالية، فإن دليل كالكاري كامبردج يقدم تفاصيل الصياغة. والدليل يصف (71) مهارة صياغة ويعّرفها باختصار معتمداً على البراهين التي بدورها تدخل في مهام وأهداف هيكل المخطط (2.2). ومن خبرتنا، فإن المتعلمين والأساتذة السريريّين الذين يفهمون المخططات «2.1–2.3» أولاً هم أفضل من يدرك ويستوعب تعقيد دليل منهاج كالكاري–كامبردج المفصل الحقيقي. ويقدم الدليل ذخيرة شاملة من المهارات التي تستعمل عند الحاجة وليست قائمة وضيعة دون المستوى المطلوب للتتبع.

وبالرغم من أن دليل الصياغة مشابه كثيراً لنسخة (1998)، لكن المطّلع على تلك النسخة يدرك حجم التطور والتعديل الذي جرى على بعض المهارات في بعض الأجزاء، وقد أجرينا 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 المواضيع (48–52) لم نضف مهارات جديدة ولم نجر تغييرات جوهرية في التفسير والمغزى، لكن ضمنّا بحوثاً قد نشرت منذ (1998) وأسساً لبراهين المهارات المذكورة في دليل (1998). وهكذا عُزّزت المهارات بدلاً عن اقتراح التغيير في التفسير أو إضافة مهارات جديدة.

دليل كالكاري–كامبردج
مهارات الصياغة الاتصالية

CALGARY–CAMBRIDGE GUIDES
COMMUNICATION PROCESS SKILLS

افتتاح المقابلة

Initiating the session

البدء بإرساء الألفة

1 حيّ المريض وتعرف على أسمه – 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 اضطرتك 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 دعته لطلب الاستشارة حالياً)
9 استعمل تقنية الأسئلة المفتوحة والمغلقة وابدأ بالمفتوحة لتصل إلى المغلقة.
10 انصت بإنتباه 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 وقّدر ما يكون مناسباً.

13 أطلب من المريض أن يوضح لك عباراته غير المفهومة أو التي تحتاج إلى شرح، مثل: هل يمكن أن توضح لي ماذا تقصد بالدّوار؟
14 لخص دورياً للتأكد من استيعاب ما قاله المريض، وأدع المريض لتصحيح التفسير أو إعطاء معلومات أكثر.
15 استعمل 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 استهلالية للجزء القادم بشكل مرن ومنطقي.

الاهتمام بمسار المقابلة

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

بناء المقابلة

Building relationship

استعمل ايماءات غير لفظية مناسبة

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

• التلميح الصوتي المعبر، مثل: معدل سرعة الكلام، جهارة 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 استعمل 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 كالألم البدني ومن ضمنها الالم 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 والتخطيط

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 اعطِ مقداراً معيناً من المعلومات للمريض يمكن استيعابه وتأكد من فهمه لها واستعمل استجابة المريض دليلاً على كيفية الاستمرار.
34 قيّم معلومات المريض الأولية: أسأل المريض عن المعلومات التي يعرفها في بداية اعطاء 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 لتذكّر المريض واستيعابه.
37 تنظيم التوضيح: تقسيم التوضيح إلى عدة أجزاء واضحة وأشرح ذلك بتسلسل منطقي.

38 استعمل تقسيماً واضحاً أو نقاط انتقال، مثل: «هناك ثلاثة موضوعات مهمة أرغب أن اناقشها معك، أولاً ...، والآن هل يمكن أن ننتقل 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 والخطط التي لها علاقة بمنظور المريض.
اكتشف أفكار المريض ومشاعره تجاه المعلومات المعطاة.
شجع التفاعل بدلاً من نقل المعلومات بإتجاه 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 وبما 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 وقّدر ووجّه 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 بـــ:
- 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

- 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 ملائمة 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 وعيّنها إذا كان ممكناً.
58 إعط 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، التطبيب أو المداخلات الجراحية، المعالجة غير العقاقيرية (العلاج التأهيلي، مساعدات المشي، السوائل، المشورة)، الإجراءات الوقائية.
62 إعطِ معلومات عن الاجراء أو العلاج المقدم:
- الاسم.
- الخطوات المتخذة وكيف تعمل.
- الفوائد والمزيّات.
- 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.

65 أظهر تفاعلات المريض وهواجسه عن الخطط والعلاجات شاملة بذلك موافقته.
66 خذ بنظر الاعتبار نمط حياة المريض، معتقداته، ثقافته وقابلياته.
67 شجع المريض على الاشتراك بتطبيق الخطة وتحمل المسؤولية والاعتماد على النفس.
68 ناقش مع المريض نظام الدعم وأنظمة الدعم الأخرى أيضاً.

مناقشة الفحوصات والإجراءات

69 قدم معلومات واضحة عن الإجراءات الطبية المراد اتخاذها، مثلاً، ماذا سيُجرى للمريض وكيف يتسنى له معرفة النتائج.
70 اربط الاجراءات المتخذة بخطة العلاج: القيمة، الغرض.
71 شجع الأسئلة وناقش مضامينها: احتمالات القلق الكامنة والنتائج السلبية.

دليل كالكاري–كامبردج: اتصال المحتوى

يبين المحتوى المعّدل للدليل الذي يقدم طريقة جديدة لتصور المعلومات وتسجيلها في أثناء المقابلة الطبية والملف الطبي. وحافظ على الطريقة التقليدية لتسجيل المعلومات الطبية (المستطيل 2.1) ولكن عزّزها بإدخال واضح لـــ:

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

وبهذه الإضافات، وائم محتوى الدليل المعزّز الممارسة الطبية الحديثة أكثر من المنهج التقليدي راجع المخطط (2.4) دليل محتوى المقابلة الطبية المعدل.

وجعله أيسر على المتعلمين بإدخال المحتويات «القديمة» و«الحديثة» روتينياً في الممارسة الحقيقية وساعدت هذه الإضافات التدريب وتوثيق الملف الطبي. (في الاستعمال اليومي، تتبع كل فقرة من دليل المحتوى مجال لكتابة الملاحظات المناسبة من المتعلمين في أثناء المقابلة وبعدها تدون هذه ملاحظات 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 لـــ كالكاري–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 كتابينا معاً، نشير بتكرار لأهمية البناء الواضح الذي قُدم في دليل كالكاري–كامبردج، لماذا نؤكد قيمة البناء الواضح ونعّرف به؟

إنّ البناء الواضح يفيد الممارسين والمتعلمين والميسّرين جميعاً:

- **الممارسون:** إن وعي 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 ممكناً في المقابلة الطبية، وأن لا تستخدم عشوائياً. وهذا يستدعي بقاء الذهن يقظاً لمراحل المقابلة – وأجزائها – في أثناء إجرائها. فمثلاً، حينما لا يقدّر الطبيب أن مرحلة جمع المعلومات في المقابلة الطبية تشمل تفاعل

دليل دليل محتوى المقابلة الطبية المعدّل

قائمة مشكلات المريض

استكشاف مشكلات المريض

المنظور الطبي الإحيائي – المرض	منظور المريض للمعاناة
تسلسل الحداث تحليل الأعراض مراجعة الأجهزه ذات العلاقة	الآراء والمعتقدات الهواجس التوقعات التأثير على الحياة المشاعر

المعلومات الأساسية

التاريخ المرضي القديم
التاريخ الدوائي والحساسية
التاريخ العائلي
التاريخ الشخصي والاجتماعي
مراجعة تاريخ اجهزة الجسم

الفحص البدني

التشخيص التفريقي – الفرضيات

وتشمل المرض والمعاناة

خطة الطبيب للتدبير

الفحوصات
العلاج والعلاج البديل

التوضيح والتخطيط مع المريض

ماذا أُخبر المريض
مناقشة خطة العلاج`

مخطط (2.4) دليل محتوى المقابلة الطبية المعدّل

المريض مع معاناته وإدراكها مع الجانب السريري للمريض فإن الطبيب سينتقل إلى مرحلة التوضيح والتخطيط قبل الأوان، ويهمل ويفشل في إدراك هواجس المريض. وبالطبع، يجب الانتباه إلى أن إدراك بناء المقابلة مرن ولا ينبغي أن تسير المقابلة بمسار ثابت من دون إسهام المريض. ولكن من دون البناء، من السهولة أن يصبح الاتصال مضطرباً وغير مثمر.

- **المتعلمون:** لا تكفي قائمة المهارات الفردية وحدها، بل هناك عدد كبير من المهارات لا يمكن تذكّرها إذا ما أدرجت عشوائياً من دون تصنيف. ويحتاج المتعلمون إلى نموذج ذهني تصوري شامل للمساعدة على تنظيم المهارات المبرهنة بالبيّنة للتذكّر والاستعمال إجمالاً. وفي الفصل الثالث من هذا الكتاب، 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 بناء توضع في داخله مهارات معينة، تساعد المتعلمين لاستخدامها عند الحاجة، والاستعانة بها في الفرص المناسبة أثناء العمل التجريبي، وينبغي ملاحظة كيفية انسجام تلك المهارات الفردية مع المقابلة ككل.
- **الميسّرون:** قد يفتقر الميسّرون إلى الرؤية الواضحة لكيفية استخدام المهارات المنفردة أو مجموعة من المهارات وتصور أهميتها في المجال التعليمي. ومن دون بناء ذهني شامل، قد تبدو المهارات المتعددة في المقابلة الطبية حقيبة من الحيل المشوشة. ويجد الميسّرون صعوبة لربط مهارات متعددة مختلفة في سياق واحد. وإنّ تزويد المتعلمين ببناء واضح يساعدهم على تجاوز تلك المشكلة. كما يساعد البناء الميسّرين في اتخاذ الأسلوب المعتمد على النتائج كدليل لتدريبهم على مهارات الاتصال (الفصل 5). ويعطي البناء نظرة شاملة تساعد الميسّرين بالسؤال سؤالين مركزيّين للمتعلمين وهما: «أين أنت في المقابلة؟» و «إلى أين تحاول أن تصل؟» وعند تحديد التوجّه، سوف تساعد المهارات الفردية على إجابة السؤال الآتي: «كيف تستطيع أن تحقق ذلك؟»

وتشبه جهودنا في استعمالنا النموذج الذهني للبناء في تعليم الاتصال استعمال الطبيب التدريسي الخبير لمخطط الاستنتاج السريري «Clinical reasoning» للوصول إلى المعرفة أو تطبيق المهارات منهجياً، مما يساعد على التذكّر، وفرض ما هو منطقي ومنهجي لما هو عشوائي وغير قابل للاستعمال من المعلومات.

اختيار مهارات الصياغة وادخالها إلى منهج الاتصال
Choosing the process skills to include in the communication curriculum

نسمع كثيراً مَنْ يقول «أنكم تمزحون – (71) مهارة صياغة ينبغي تعلُمها وهضمها والتمكن منها، هذا مستحيل!» هل نحتاج واقعاً إلى كل هذا التعقيد؟ هل يمكن أن نقلّل عددها أو ندمج بعضاً منها؟ هل من الضروري الاستعانة بجميع المهارات في أية مقابلة طبيّة؟

إن إجابتنا ومن دون اعتذار لهذا الإستغراب: إنّ ملابسات المقابلة الطبية وبيئتها معقدة جداً، ولا يمكن اجمالها ببعض الأوصاف العامة. وقد رأينا حتى الآن وفي الفصل الأول، إن الاتصال هو مجموعة مهارات متعلمة ومن المحتمل والضروري أن نقسم المقابلة إلى هذه المهارات المفردة إذا ما رغبنا بتحديدها وممارستها وتمثيل سلوك جديد في ممارستنا للطب. وقد تكون جميع المهارات في الدليل ذات فائدة كبيرة في صياغة المقابلة. وكما سنرى لاحقاً، إن جميع المهارات قد بُرهنت نظرياً وبحثياً وجميعها ستجلب انتباهنا.

وهل هذا يعني أنه ينبغي علينا أن نستخدم كل الـ (71) مهارة صياغة في كل مقابلة؟ والجواب، بالطبع لا. ولم نقترح أن جميع هذه المهارات نحتاجها في كل مناسبة. وتعتمد حاجتنا إلى المهارة المعينة على الموقف والنتائج المرجّوة التي يرغب الطبيب والمريض الوصول إليها. وينبغي أن توضح هذه في البداية الأولى مع المتعلمين، مما يساعد في تقليل القلق المصاحب لهذه القائمة الطويلة. فمثلاً، على الرغم من أن معظم المهارات في جمع المعلومات في أثناء المقابلة مناسبة لكل مقابلة، فإن الاستعانة بعدد كبير من

مهارات التوضيح والتخطيط بحاجة إلى أن تختصر لحاجة المريض الآنية في المقابلة. وإن ذخيرة المهارات في التوضيح والتخطيط لن تستعمل في جميع المقابلات. ومع ذلك، فأن التآلف مع جميع المهارات سيفيد منها المتعلمون من دون شك. وفي أقل تقدير، ستستعمل المهارات حينها عفوياً أو بانتباه وتركيز مناسبين حينما تكون الأمور صعبة!

وهكذا، ما القواعد التي استندنا إليها لإدخال (71) مهارة في منهج كالكاري–كامبردج؟ هل نستطيع أن نبرهن على أهمية كل مهارة بأية طريقة أم 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 انها 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 وتأثيرها المعتبر في اتصال الطبيب بالمريض وضمان النتائج المرجوة.

نحن محظوظون لوجود بيّنات نظرية وبحوث غزيرة تجمعت في الثلاثين سنة الأخيرة، أمكنتنا من تحديد المهارات التي تحسّن من اتصال الطبيب بالمريض. وأظهرت بوضوح كيف يحسّن استعمال مهارات معينة في رضا المريض والتزامه وتقليل الأعراض وتحسين النتائج الوظيفية. ونستطيع أن نعزز استخدام هذه المهارات في الوقت الحاضر وتستحق 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 للتقدم نحو أهداف تعليم مهارات الاتصال. فمثلاً، حديثاً أوجدت البحوث تركيزاً أكثر أهمية في التوضيح والتخطيط «إعطاء المعلومات» بينما كان مجالاً مهملاً سابقاً. وثانياً: هناك تحرك بطيء وتدريجي بإتجاه محورية المريض والمنهج التعاوني «Patient-centred and collaborative approach».

وفي هذا الفصل، أوضحنا ببساطة برنامج منهج مهارات الاتصال وذلك بتدوين وتعريف مختصر لكل مهارة. وفي كتابنا المرافق، وصفنا المهارات بتفصيل كافٍ وتفحصنا بعمق المفاهيم والأسس والبحوث والبيّنة التي تبرهن على المهارة.

الأسس والأهداف التي تساعد على اختيار المهارات
Underlying goals and principles of Communications that helped in choosing the skills

لقد بيّنت البحوث مجموعة أهداف وأسس اتصال واضحة مما أدت إلى اختيار المفردات المناسبة وإدخالها في الدليل. كما زودتنا كلا الأهداف والأسس بالركائز النظرية المتماسكة للدليل وطورت منهاج الاتصال الذي أدى إلى تحسين الاتصال في الرعاية الصحية.

أهداف الاتصال الطبي

Goals of medical communication

تشجع جميع المهارات التي اخترناها الاتصال الذي يساعد على تحقيق الاهداف الآتية (Riccardi and Kurtz, 1983; Kurtz 2002) التي يحاول الطبيب الوصول إليها حينما يتصل بالمرضى:

المستطيل (2.2) أهداف الاتصال في الرعايه الصحيه

زيادة
- الدقة
- الكفاءة
- الدعم

تحسن رضا المريض والطبيب معاً.
تطور نتائج الرعاية الصحية.
تعزيز التعاون المشاركة «رعاية محورها العلاقة، Relationship – Centred care»

أننا نبني جميع برامج التدريب على الاتصال حول قائمة تشبه الأهداف أعلاه – وهذه النتائج التي نأمل أن نجعلها عوامل تأثير عن طريق تعزيز مهارات الاتصال في الطب. ولقد أوجزنا في الفصل الأول بعض البحوث مبينين بأن المهارات المدرجة في الدليل تدعم هذه الأهداف. ولسوف نناقش بشكل أوسع لماذا أدخلنا الرعاية التي محورها العلاقة «Relationship – Centred care» كأحد الأهداف في هذا الكتاب. وهنا، يكفي أن نقول أنه بالرغم من أن الرعاية التي محورها الطبيب والرعاية الاستهلاكية لها موقعها، ولكن من الواضح أن الرعاية التي محورها المريض أو التي محورها العلاقة تزداد أهميتهما باطراد لأنهما الأكثر فاعلية وتأثيراً لتحقيق النتائج الصحية المعروضة آنفاً (Tresolini and the Pew-Fetzer Task Force 1994; Roter 2000; Coulter 2002; Stewart et al. 2003).

الأسس التي يتميز بها الاتصال الفاعل

Principles that characterize effective communication

يخضع اختيار المهارات لتأثير ما ندعو بـــ «المبدأ الأول» للاتصال الفاعل. ونبدأ مناقشتنا لهذا المبدأ بإلقاء نظرة مهمة ولكنها سريعة على السياق التاريخي. وبالفطنة المألوفة، عرض التون باربور (Barbour 2000) استعارة عملية مفيدة، إذ أشار إلى محاولات تحسين الاتصال عبر الأزمنة يمكن حصرها بأسلوبين أساسيين:

- الأسلوب الرامي The shot-put approach
- أسلوب الصحن الدوار The frisbee approach (الفرسبي – لعبة رمي الصحن الذي يرمى بين اللاعبين ليلتقط ويرجع إلى اللاعب الأصلي).

وليس من الغريب أن الأسلوب الرامي قد ظهر أساساً في الفترة الكلاسيكية الإغريقية. حيث عرّف الاتصال – حسب أسلوبهم – وببساطة على أنه الرسالة المصاغة جيداً والمُسلمة بطريقة جيدة أيضاً. وربما جاءت

جزءاً من مشكلتنا مع الاتصال من تلك البدايات الكلاسيكية ولغاية بداية القرن العشرين. إذ ركّز التدريب المنهجي في الاتصال تركيزاً كاملاً تقريباً على الأسلوب الرامي. وكان الاتصال الفاعل يتألف من المحتوى، والنقل، والإقناع – فلا أحد كان يتصور أن الأمر سيكون غير ذلك. ففي الأسلوب الرامي، يصوغ الشخص رسالة جيدة وينقلها وبعد ذلك يأتي شخص ما ويلتقط هذه الرسالة وهكذا ينتهي الاتصال ولم تلاحظ فكرة التغذية الاسترجاعية في حينها نهائياً.

ومنذ عقد الأربعينيات من القرن الماضي، بدأ التركيز على أسلوب الفرسبي «الصحن الدّوار» في الاتصال بين الأشخاص. وأرسي هذا المنظور الحديث في عقد الستينيات من القرن الماضي. وكما اقترح باربور «Barbour»، إن هناك مفهومين مركزيين في أسلوب الصحن الدوار بين الأشخاص وكلاهما مهمان في الاتصال الطبي. المفهوم الأول هو التأكيد «Confirmation». إذ قدم (Laing 1961) تعريفاً مفيداً لهذا المفهوم «التأكيد»: الأخذ بالاعتبار والاعتراف والإقرار بالشخص الآخر. والمفهوم المركزي الثاني لأسلوب الصحن الدوار التفاعلي هو: الأرضية المشتركة للتفاهم المتبادل «mutually understood common ground». وتمثل هذه الأرضية المشتركة إدراك الشخصين المتفاعلين ضرورة إقامة أسس الثقة والدقة بينهما. وقد أطلق بيكر (Baker 1955) على هذه الفكرة «التعريف المتبادل 'Reciprocal identification'» وأشار إلى أن الناس يتوصلون إلى تفاهم متبادل واع للأرضية المشتركة التي يشتركون بها مبدئياً وذلك بالتكلم فيما بينهما عنها. وذهب بيكر أبعد من ذلكً وادعى أن سبب اتصالنا فيما بيننا للوصول إلى الصمت المريح. وقدم انموذج بيكر علاجاً ناجعاً لتلك اللحظات التي تشعر حينها بعدم الارتياح، وعندها يقوم الطبيب بموقف الدفاع أو التوتر أمام المريض لإعادة نوع ما من أرضية التفاهم المشترك المتبادل.

وإذا كان التأكيد والأرضية المشتركة للتفاهم المتبادل مهمان بالنسبة للاتصال الفاعل، إذاً لماذا تفشل رسالة المرسل المصاغة بشكل جيد والمُسلمة بشكل جيد أيضاً. بمنظور الصحن الدوّار لا تزال الرسالة مهمة بالطبع ولكن التركيز ينتقل إلى التفاعل والاسترجاع والتعاون، وبكلمة موجزة – ينتقل إلى العلاقة. وبطريقة متشابهة – فإن أساليب الاتصال في الرعاية الصحية تطورت تدريجياً من التركيز على الاتصال محوره الطبيب إلى الاستهلاكي وإلى الأحدث الاتصال محوره المريض أو محوره العلاقة.

وبعد الاطلاع على هذا السياق التاريخي فقد وجدنا من المفيد تعريف «الاتصال الفاعل» وفق الأسس الخمسة الموصوفة في المستطيل (2.3)

مستطيل (2.3) الأسس التي تميّز الاتصال الفاعل

وفي أدناه الأسس الخمسة التي يمكن أن تنطبق على أية جلسة تساعدنا على أن نفهم ما الذي يشكل الاتصال الفاعل الدقيق (Krutz 1989)

يمتاز الاتصال الفاعل بالمزايا الآتية:

1 **يؤّمن تفاعلاً وليس عملية نقل مباشرة:** إذا ما نُظِر إلى الاتصال على أنه عملية نقل مباشرة فأن المرسل للرسالة يفترض أن مسؤوليته كمتصل قد أُكملت حينما يصوغ رسالته ويرسلها. وحينما يُنظر إلى الاتصال على أنه عملية تفاعلية لذلك فالتفاعل لا ينتهي الاّ إذا تسلم المرسل الاجابة الراجعة وكيف فُسرت رسالته، وهل فهمت، وما تأثيرها في المستقبل. أمّا نقل المعلومات فقط أو الانصات فقط غير كاف – لذلك ينبغي اعطاء واستلام 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:** يشتت الغموض الأنتباه 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 توقّع المريض من المقابلة، أهمية سلسلة من الأسئلة، دور أحد أفراد فريق العلاج، حول التوجّه، 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.

3 **إنه يحتاج للتخطيط والتفكير بلغة النتائج:** يتحدد التأثير في البيئة التي يعمل فيها الطبيب والمريض وباتجاهها. إذا ما كان الطبيب غاضباً وما النتيجة التي يسعى اليها؟ 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 إظهار الحيوية «الديناميكية»:** قد يكون شيئاً ما مناسباً في موقف معين وغير مناسب في آخر. وتختلف حاجات الأفراد وتتغير باستمرار حسب السياق الآني. 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 198) 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.

الخلاصة

لقد عرفنا في هذا الفصل اجمالاً أنواع المهارات التي تؤلف الاتصال الطبي. ووصفنا المهارات الفردية التي أدخلت في منهاج الاتصال والبراهين النظرية والبحوث التي تؤكد اختيار هذه المهارات المحددة. وقد عرضنا منهج المهارات على هيأة دليل كالكاري–كامبردج المعزز ولم ندرجها فقط، ولكن قدمنا البناء أو الهيكل الذهني الذي يساعد الميسّرين والمتدربين لتدبير أهمية المهارات وكيف ترتبط بالمقابلة الطبية ككل.

إن المهارات المرتبة في دليل كالكاري–كامبردج تضع أسس الاتصال الفاعل بين المريض والطبيب في كثير من السياقات الطبية المختلفة. وهناك العديد مِنْ الحالاتِ الصعبة جداً للأطباء عندما يتّصلون بالمرضى. وتتضمّن نماذج لموضوعات مثل البوح بالخبر السيئ، والحرمان، والكشف عن الكآبة المخفية، النوع الاجتماعي، والاختلافات الثقافية والوقاية والتحفيز (Gask et al. 1988; Maguire and Faulkner 1988a; Sanson-Fisher et al. 1991; Chugh et al. 1993). تستحق هذه القضايا اهتماماً خاصاً بشكل واضح في تعليمنا ونحن سنَستكشفها بعمق أكبر من خلال هذا الكتاب ومرافقه. على أية حال، فنحن نؤكد على أن المهارات المحددة في الدليل هي جوهر مهارات الاتصال المطلوبة في كل هذه الظروف وقاعدة مأمونة عند التعامل مع قضايا الاتصال الخاصة هذه. وعلى الرغم من أن سياق هذا التفاعل يتغير ومحتوى الاتصال يختلف إلّا أن مهارات الصياغة تبقى نفسها من دون تغيير. ويكمن التحدي لكيفية تعميق فهمنا لهذه المهارات المحورية ومدى سيطرتنا عليها عند التطبيق.

إن الدليل المعزز لا يلخص «ماذا» ما المنهاج الدراسي للاتصال حسب – وإنما يعد جزء مهم من «كيف» عند تعليم مهارات الاتصال أيضاً. وخلال هذا الكتاب بأكمله، سوف نعود بشكل متكرر إلى الدليل محور أسلوبنا بأكمله عند تدريس مهارات الاتصال. وسنرى كيف أن:

- بإمكان كل من الميسّرين والمتعلمين استعمال الدليل باعتباره موجزاً ومرتباً بعناية وممكن الاستخدام من باب مساعدة الذاكرة. ويمكن أن يرجع إليه بسهولة عند المراقبة والاسترجاع والتقييم الذاتي وفي جلسات المناقشة. والدليل يساعد على جعل التعليم أكثر منهجياً.
- يساعد الدليل على تنظيم التعليم وهيكله على مدى الوقت وذلك بتمكين الميسّرين من التلخيص والحفاظ على مجال حيوي لاستغلال الفرص التعليمية التي تبرز، وأن يجمعوا أجزاء المهارات المتناثرة كلما ظهرت ووضعها خلال منهج دراسي لولبي. ويسمح للميسّرين والمتعلمين أن يضعوا مهارات صياغة المعلومات والمحتوى التي تمت مناقشتها في أية مقابلة طبية أو جلسة تعليمية وفتح سجل للمجالات التي اكتشفت خلال الجلسة التعليمية نفسها أو على مدى دورة تدريبية كاملة. ويقف الدليل بوجه الطبيعة العشوائية لعمل المهارات في مجال التعليم التجريبي المستند إلى حل المشكلات وذلك من خلال تهيئة إطار لاحتواء هذه المهارات الفردية بمخطط شامل ومترابط.
- يمكن استعمال الدليل في التقييم البنّاء والإجمالي «Formative & summative assessments» وأن استخدام الدليل كأساس للتقييم الذاتي وتقييم الأقران والتقييم المنهجي النهائي الإجمالي الذي يشجع على إقامة تفاهم منفتح بين مدير الدورة التدريبية والطلبة من دون إمكانية ظهور أولويات «قائمة مشكلات» مخفية.
- مع تعديل طفيف على الإطار فقط، يمكن استعمال الدليل عبر مستويات مختلفة من التعليم الطبي: الدراسة الأولية إلى مرحلتي الإقامة والتعليم الطبي المستمر والذي يمكّنه من تهيئة أسس مشتركة لبرامج الاتصال في جميع هذه المستويات.

الفصل الثالث

Chapter 3

الكيفية: مبادئ كيف تُعلّم وتَتعلّم مهارات الاتصال

The ‘how’: principles of how to teach and learn communication skills

المقدمة

Introduction

لقد رأينا حتى الآن ما يأتي:

- وجود حاجة إلى تعليم وتعلم الاتصال في الطب.
- يمكن تعلُم الاتصال.
- يحقق التدريب على الاتصال فرقاً ايجابياً في الممارسة.
- يمكن تعريف المنهاج الدراسي لمهارات الاتصال.

ولكن كيف يتسنى أن تعلموا وتتعلموا مهارات الاتصال عملياً؟ هل نستطيع أن نشير إلى طرق التدريس التي ستنجح عند الممارسة؟ هل هناك دليل على أن طرقاً معينة هي أكثر فائدة من غيرها أم أن ذلك برمته محض رأي شخصي؟

من الواضح إن المقابلة الطبية وتعليم وتعلم الاتصال يسيران بخطين متوازيين وغير متقاطعين. ولقد سبق وأن أظهرنا أن معرفة «ماذا» سنقول أو نفعل في المقابلة الطبية أمرٌ مهم ولكنه غير كافٍ، وتحتل «كيف» نتصل الدرجة نفسها من الأهمية. وعلى غرار ذلك، فإن معرفة «كيف» نعلم ونتعلم في برامج الاتصال هو الخطوة الأولى الرئيسة ولكن النجاح يتوقف وبشكل حرج على «كيف» ننجز الأمور.

وفيما تبقى من هذا الكتاب، سنستكشف «كيف» نعلم ونتعلم مهارات الاتصال بمزيد من التعمق. وفي هذا الفصل، نقدم منظراً عاماً يتيح للقارئ مشاهدة «الصورة الكبيرة» والحصول على تفهم أوسع للمبادئ التي تؤكد على هذا الموضوع المعقد قبل الولوج إلى أي موضوع آخر بشكل أعمق. ونحن بصدد استجلاء أربعة اسئلة تساعد على تأطير كل ما يأتي ذلك.

1 **لماذا نتبع الطريقة المستندة إلى المهارات عند تعليم وتعلم الاتصال؟**
   - ما أهمية أسلوبي المهارات والتوجّهات «Attitudes» في تعليم الاتصال.
   - ما المسوّغ لتبني أسلوب يستند إلى المهارات.
2 **لماذا من الضرورة بمكان تعلم مهارات الاتصال عن طريق التجربة؟**
   - ما الدليل على أن التعلم عن طريق التجربة ضروري لإحداث التغيير؟
   - ما المكونات الأساسية لتعلم مهارات الاتصال بالتجربة؟
3 **لماذا نتخذ أسلوب يستند إلى حل المشكلات عند تعليم مهارات الاتصال؟**

- لماذا ترتبط نظريات التعليم بأسس التدريب على مهارات الاتصال ارتباطاً وثيقاً؟
- لماذا نستعمل الطريقة المستندة إلى حل المشكلات في تعلم مهارات الاتصال بالتجربة؟
- التوازن بين التعلم ذاتي التوجيه والتعلم الموجّه من الميسّر.

4 **لماذا ينبغي تكامل التعليم التجريبي بالطرق الإرشادية والإدراك الذهني؟**

- لماذا يجري ادخال التعليم الإرشادي في برنامج مهارات الاتصال؟

لماذا نتبع الطريقة المستندة إلى المهارات عند تعليم وتعلم مهارات الاتصال؟

Why take a skills-based approach to communication teaching and learning?

يتبع هذا الكتاب الطريقة السائدة المستندة إلى المهارة في الاتصال. وإن طرائق التعليم والتعلم التي ندعو اليها موجهّة بشكل وثيق نحو اكتساب مهارات محددة، فهل لهذا الموقف ما يبرره؟

ما أهمية أسلوبي المهارات والتوجهات عند تعليم الاتصال

The importance of both skills and attitudinal approaches to communication teaching

جرت نقاشات كثيرة حول كيفية التوصل إلى القيام بتعليم الاتصال بين الأطباء والمرضى. والجدل يدور حول كيفية رأب الصدع بين السلوك الفعلي للأطباء خلال المقابلات الطبية والسلوكيات التي نعرف أنها يمكن أن تحدث فرقاً ايجابياً في النتائج بالنسبة لكل من المريض والطبيب. وأين تكمن الصعوبات؟ وما أفضل السبل لازاحتها عن الدرب؟ وفي ذروة التناقض القطبي، يبدو للوهلة الأولى أن هناك وجهتي نظر وحيدتين ومختلفتين تهيمنان على المناقشة مع مؤيدين ينتمون إلى معسكرين مختلفين حسب «التوجه» و «المهارات». ونحن نعرف أن توجهات الأطباء ومهاراتهم تميل إلى التناغم في السياق نفسه. فمثلاً لقد أظهر (Levinson and Roter 1995) بأن الأطباء الذين لديهم توجهات ايجابية للجوانب النفسية لرعاية المريض يستخدمون بشكل أكثر المهارات التي يكون محورها المريض، وأن علاقاتهم مع المرضى تتسم بمزيد من التعاون ولكن كيف نتمكن من دفع المتعلمين إلى السير بهذا التوجه، هل بواسطة تدريبهم على المهارات أم عن طريق التوجه؟ إن هذا السؤال ليس اكاديمياً خالصاً، فتعليم طرق التوجهات وتعليم طرق المهارات يعملان بشكلين مختلفين تماماً، إذ إن كيفية قيامنا بتعليم الاتصال يتوقف إلى درجة قطعية على أية طريقة نتبّع.

أسلوب المهارات:

The skills approach

إن المنطق الذي يقف داعماً لطريقة المهارات في تعليم الاتصال يمكن تلخيصه بما يأتي:

- الاتصال مهارة.
- إن سلسلة المهارات التي يتم تعليمها ليست مجرد موضوع مرتبط بالشخصية.

- المهارات الفردية يمكن تحديدها وتعلمها.
- التعّرف على المهارات المناسبة لا يترجم مباشرةً إلى حسن الأداء.
- إن الممارسة مع المراقبة والاسترجاع أمر مطلوب لاكتساب مهارات جديدة ولإحداث التغيير في سلوك المتعلمين.
- يتطلب التدريب على الاتصال تعليماً «منهجياً» يتسم بالقصد والتنظيم والتحديد والتجربة.

ويسعى تعليم المهارات إلى تحسين أداء المتعلمين لمهارات الاتصال. كما يسعى لمساعدة المتعلمين ليس لاكتساب الفهم لماهية مهارات الاتصال المناسبة التي تكمن في كل جزء من أجزاء المقابلة فقط، وإنما يتعلمون كيفية إدماج هذه السلوكيات في ممارستهم اليومية. ويقسم الأداء ككل إلى عناصره الأولية، أي إلى مهارات وسلوكيات معينة يمكن ممارستها والتدرّب عليها بشكل مستقل(Pacoe et al. 1976). والرسالة المطلوب ايصالها هنا: لا يكفي إدراك أهمية معرفة ما يمكن أن يُحسّن الاتصال ولكن عملياً من الضروري استعمال مهارات الاتصال في الممارسة الواقعية. والفرق هنا يكمن بين الفهم والأداء. فالمتعلمون يحتاجون اغتنام الفرصة للتركيز على المهارات واستخدامها لكي تصبح جزءاً من استعدادهم وامكانيتهم ويستطيعون استعمالها بشكل مناسب وعن قصد حيثما تدعو الحاجة. وتتطلب المهارات الجديدة بأن تمحص بحذر وأمان إلى أن يشعر المتعلمون بالارتياح عند استخدامها في المقابلة الطبية. وتساعد طريقة المهارات المتعلمين على اكتساب المهارات العديدة التي اوجدتها البحوث والتجارب كي تساعد على تحقيق الاتصال بين الطبيب والمريض وادخالها ضمن الأساليب الخاصة بهم.

أسلوب التوجّه:

The attitude approach

وعلى النقيض من ذلك، يعتمد الأسلوب على أن التوجه هو المعّوق في الاتصال من حيث المبدأ، وليس على المهارات الضعيفة، ولكن يكون تحت مستوى اعمق من التوجهات والانفعالات أي بالوعي الذاتي والانعكاس الذي يبدو على الشخص (Epstein 1999). ويقترح المؤيدون لهذا الأسلوب، إن الأطباء قد يمتلكون مهارات مناسبة سبق واستخدموها خارج الميدان الطبي ولا يتمكنون من نقلها إلى غرفة المقابلة الطبية وذلك بسبب عراقيل كبيرة تقف في طريق علاقاتهم بالمرضى والتي تتطلب أن تزال قبل إمكان احراز أي تقدم (Kuhl 2002; Zoppi and Epstein 2002). وإن كثيراً من المشكلات المتعلقة بالتوجهات لها علاقة بالمؤسسة الطبية نفسها وبالتجارب التعليمية السابقة وبسلوك النماذج التي يراقبونها والتي تؤدي دوراً مهماً في تلك المؤسسة (Bandura 1982; Suchman 2001). وربما يتعلق السؤال الأساس هنا بمعتقدات الطبيب نفسه حول دور المرضى والأطباء في العملية العلاجية. تأمل في الطبيب الذي يتبنى المقابلة التي محورها المرض «Disease-orientated» وبتوجه محورية الطبيب «Doctor-centred attitude» عندها يكون منظور المريض غير ذي قيمة ويتجنب مشاعر المرضى. وطبقاً لهذا الأسلوب، فإن إزالة هذه المعوقات والتوجهات والتغلب على القيم التي تقف خلفها ومجابهتها وتغييرها، بعدها يمكن للطبيب أن يتصل بطريقة مناسبة وفاعلة مع المرضى. لذلك ينصب التعليم على استجلاء أفكار الطبيب ومشاعره وانفعالاته تجاه المرضى وتفحّص من أين جاءت تلك التوجهات وهل تفيد الطبيب وإنتاجيته أم تقف حائلاً أمام تفاعله مع مرضاه (Burack et al. 1999; Martin et al. 2002; Kuhl 2002; London Deanery Module: Facilitating Professional Attitudes and Personal Development; www.clinicalteaching.nhs.uk/site/HomePage.asp)

لماذا الاثنان: المهارات والتوجهات؟

Why both skills and attitudes?

بالطبع، إن الحقيقة تقف في مكان ما بين الموقفين المتطرفين في هذا الجدل فالمهارات والتوجهات كلاهما أمران حيويان ويجب التصدي لهما معاً وإن كلاً منهما يتطلب الاهتمام الدقيق (Markakis et al. 2000). وفي الحقيقة، يشتركان بأرضية عامة أكبر بكثير مما يبدو لأول وهلة. فالطريقتان مرتبطتان معاً بمفهوم نتائج الرعاية الصحية، إذ إن أحدى أسس الاتصال التي سبق وبحثناهما في الفصل الثاني تفيد بأن الاتصال الفاعل إنما يستند إلى النتائج (Kurtz 1989). وإن أكثر الطرق فاعلية للتصرف في موقف معلوم إنما يعتمد على ما تريد تحقيقه. لذا وكما وصفنا بالتفصيل في الفصل الخامس في موضوع التعليم الذي يستند إلى المهارة، فإننا نشجع المتعلمين على أن يحددوا قبل كل شيء ما يهدفون إليه، وعندئذ فقط يتمكنون من اختيار المهارات التي تساعدهم في الوصول إلى حيث يريدون. والعمل الخاص بالتوجهات هو جزء من عملية تفحص الأهداف – أنه ببساطة يعيد الفكرة خطوة واحدة إلى الوراء وهو يشجع المتعلمين على استكشاف النتائج التي يرومون الوصول اليها عن طريق تفحّص جذور علاقاتهم بالمرضى وماذا يحاولون – مع المرضى – التوصل اليه خلال المقابلة الطبية. وهنا وفي كل الكتاب، نستخدم مصطلح التوجه كحجر زاوية لتمثيل مجموعة أكبر من العناصر المهمة التي تتضمن النوايا والقيم والمعتقدات البارزة.

ولذا فإن القاعدة التي ينطلق منها مقدمو الرعاية الصحية مثل التزامهم بأنهم اشخاص يقدمون الرعاية ويراقبوا ويعملوا على الشفاء – هو شيء ضروري. ومهما يكن من أمر فإن تطوير المهارات لازم لوضع التوجهات والقيم والمعتقدات والنوايا موضع التطبيق. وللتعبير عن ذلك كما تقول (Hoffer Gillet 2003) من المهم على سبيل المثال أن تكون شخصاً مسؤولاً عن الرعاية – ومن الأهمية بالقدر نفسه إيجاد سبل اتصال تهتم بالتداول اليومي أو عند حدوث ازمات كبيرة.

ويزيد على ذلك ديفيد سلويتر «David Sluyter» مدير معهد فيتزر ومؤلف كتاب الذكاء الانفعالي في بحثه الموسوم الاتصال الشخصي (Personal communication, 2004)، عمق المناقشة بإضافة فكرة القدرة الشخصية والتي قد تكون فطرية إلا أنه بالإمكان تطويرها. واقترح سلويتر « ...واقعاً، من الضروري أن تتوافر لدينا أولاً القدرة التي ربما يمكن تطويرها من خلال عمليات التطوير والنمو الشخصيين. وثانياً، المهارات التي بواسطتها يمكن ايصال القدرة للآخرين التي هي مسألة تدريب على المهارات وقد يكون بالامكان تعليمها بشكل مختلف». وفي الحقيقة، أن كليهما يجري تطبيقه في أفضل البرامج الاجتماعية والانفعالية في المدارس. وهو يسوق لنا المثال الآتي: أن شخصاً ما قد يكون محباً ومسامحاً (قدرات) ولكنه قد لا يكون بارعاً في قابلية الحب والمسامحة. أي أن هذا الشخص قد يكون بحاجة إلى أن يضع (القدرة) موضع الممارسة. ونجد أن ما يجذب اهتمامنا بالنظر في موضوع العطف أو الرعاية على انها قدرات أكثر مما هي خاصيّة أو صفات – إلى حد ما فالقدرة تتيح مجالاً أرحب للنمو والتطور.

إذاً لماذا نتبّع الأسلوب المستند إلى المهارات بالدرجة الأولى؟

So why take a predominantly skills-based approach?

إذا كانت كل من المهارات والتوجهات تستحق أن تحظى باهتمامنا في مجال برامج مهارات الاتصال، فلماذا يدعو هذا الكتاب إلى طريقة مهيمنة تستند إلى المهارات عند القيام بتعليم وتعلم الاتصال؟

1 **إن اكتساب المهارات هو أحد العناصر الضرورية لتعليم وتعلم الاتصال**. ورغم التفهم والإدراك اللذين سبق التوصل إليهما عن طريق «العمل التوجهي Attitudinal work»، إلاّ إن المتعلمين لا يستطيعون اكتساب المهارات الا عبر ترجمة هذا التفهم إلى ممارسة عملية بواسطة طريقة تستند إلى المهارات.

فمثلاً، قد يبدو من الواضح من طريق العمل المستند إلى التوجه بأن إظهار التعاطف المتزايد تجاه المريض قد يمكّن من تحقيق التقدم خلال المقابلة الطبية. وحينها فإن المتعلم قد لا تكون لديه سوى فكرة بسيطة حول كيفية تحويل هذا المفهوم إلى واقع عملي. وبدون القيام بخطوات عملية لوضع هذا التوجه موضع التطبيق واكتساب المهارات اللازمة لا يستطيع المتعلمون تحويل أهدافهم التي بنيت حديثاً إلى سلوك مناسب إلاّ بالمهارات.

وأسلوب المهارات هو المنفذ العام الأخير لتحسين العلاقات في أثناء الممارسة العملية وعلى الرغم من أن العمل حسب التوجه له أهمية في رفع الوعي واضافة عنصر البصيرة فقد يكون عقيماً ولا يحدث تغييراً مفيداً في سلوك المتعلم من دون إضافة عامل التدريب على المهارات.

2 **إن اكتساب المهارة ضروري حتى حينما لا توجد معوقات في التوجه، وعدم وجود مشكلات نهائياً من ناحية توجه الطبيب.** تبقى هناك حاجة إلى استكشاف التمكن من مهارات الاتصال التي تساعد المتعلمين على أن يكونوا أكثر تأثيراً في المقابلة. كما نستطيع أن نفكر جميعاً في اناس يمتلكون توجهات «صحيحة» كاملة ولكنهم لا يمتلكون المهارات الشخصية الضرورية. إذ يستطيع كل منا أن يحسّن ويصقل مهاراته بغض النظر عن النقطة التي انطلق منها.

وحتى لو استعملنا بالتأكيد المهارات في مجالات أخرى في حياتنا غير الطبية فقد لا نستطيع أن نحلل ما قمنا بعمله أبداً، لذلك لا نستطيع أن نحول هذه المهارات قصداً في سياق طبي. ولا يمكن أن نلحظ مهارات الاتصال الطبي غالباً عند أول وهلة، كما أنها ليست المهارات نفسها بالضبط التي نستخدمها في علاقاتنا الأخرى. فقد تعجبنا قيمة الفهم الكامل لقصة المريض من منظوره هو مثلاً، ولكن قد لا نمتلك قيمة التلخيص الذي يعد احد المهارات الرئيسة المطلوبة عند جمع المعلومات وفي بناء العلاقة من اجل بلوغ هذا الهدف. وعلى غرار ذلك، كيف يمكن لنا أن نحدس أن الاستجابة التشجيعية والتكرار مثبط في المراحل الاولى من المقابلة الطبية ولكنها تصبح ذات فائدة عظيمة فيما بعد؟

3 **تُعد طريقة المهارات هي أقل تهديداً للمتعلم المتحفظ.** وبالنسبة للمتعلم الأقل تحفيزاً فإن «المسافر المتردد» يرغب بالحديث عن المهارة أكثر من تغيير التوجه الذي يمكن أن يكون أقل تهديداً له، لذا يكون احتمال توصله لإحداث التغيير أكبر. وتصور حالة طبيب يمارس الطب على مدى «20» عاماً ثم يتم تحديه خلال مناقشة عندما يطلب منه أن يتأمل فيما إذا كان توجهه الأبوي تجاه المرضى طيلة تلك الفترة مناسباً أم غير مناسب. وقد يكون هذا مدعاة استقطابه للجواب الدفاعي: «إن توجهي كان سليماً شكراً جزيلاً». ولنجرب طريقة أخرى أكثر اعتماداً على المهارة ونناقش الطبيب عن حالة مريض يرفض التقيد بالعلاج ونمارس المهارات التي تساعده على استخراج توقعات المريض ضمن سياق أقل تهديداً لثوابته بكثير. فهناك فرق شاسع بين القول بأن شخصاً ما لابد له من تغيير توجهه وبين تزويده بمهارة تمكنه من التوصل إلى النتيجة التي كانت تدور في خلده.

4 **يمكن لاكتساب المهارات أن تؤدي إلى إحداث تغييرات في التوجه: من خلال تجربتنا، أن الشخص ليس مضطراً إلى تبديل توجهه قبل أن يتم استيعاب المهارات الجديدة.** وعلى العكس يمكن لاكتساب المهارات أن يفتح الطريق لإحداث تغييرات في التوجه (Willis et al. 2003). فمثلاً، قد يكتسب الطبيب ويستوعب مهارة الانصات الفاعل عند بداية المقابلة الطبية ليساعده ذلك على تحسين فرضيته التي يفترضها. ونتيجة لاستخدام هذه المهارة فإن مزيداً من العبارات والإشارات لأفكار المريض ومخاوفه وتوقعاته ستظهر. وسوف تتغير مقابلة الطبيب مع بداية إنصاته لهواجس المريض والتصدي لها. إن هذا التغيير قد يدعوه إلى تفهم أهمية الطريقة التي فيها المرض أقل محورية. وهكذا يحبذ الفرق النابع من أن احتياجات المريض يمكن أن تؤدي إلى أن يكون عمله أكثر فاعلية. وعند تطبيق مهارة من المهارات قد يؤدي تبعاً لهذا إلى إحداث تغيير في التوجه والاعتقاد. ويدعم هذه الفرضية العمل الذي قام به (Jenkins

and Fallowfield 2002) اللذان وجدا في تجربة مسيطر عليها عشوائياً «Randomized control trial» بأن مرور ثلاثة أشهر بعد دورة تدريبية أمدها ثلاثة أيام على مهارات الاتصال، أظهر الأطباء الذين شاركوا في الدورة توجهات وآراء محسنة لدرجة كبيرة تجاه القضايا الاجتماعية – النفسية عند المقارنة بالعينة الضابطة «Control group». فالتدريب على مهارات الاتصال لم يزد من أساليب المقابلة الفاعلة المحتوية على منافع ضمنية فقط ولكنه غيّر التوجهات والأفكار كذلك. وهكذا ازداد الاحتمال بأن مثل هذه المهارات يمكن الاستفادة منها في جلسات المقابلة. وربما يكون التناظر الوظيفي* مفيداً هنا، وتخيل لو أن مهارات الاتصال في المجال الطبي تحولت إلى مجموعة عُدد لدى أحد الميكانيكيين وكل أداة منها صممت لأداء مهمة معينة تصميماً جميلاً وكفئاً. بالطبع يمكن للميكانيكي رفع الصامولة بمطرقة ومسحج «Chisel» ولكن كم سيكون أكثر إرضاءً واختصاراً للوقت بل وأكثر أماناً أن تفتح هذه الصامولة بمفتاح مناسب ونظيف. وتتطلب الممارسة تعلم أية مهمة ينبغي إنجازها وبأية أداة وكيف تستعمل الأداة عملياً.

ولا يستعمل الميكانيكي جميع الأدوات في وقت واحد، ولكنه في المواقف الصعبة يعرف أين يجد الأداة المناسبة لذلك العمل. وصندوق الأدوات الجيد هو الذي يحتوي على اقسام «أي ما يتناسب وبنية المقابلة الطبية». وأن أقسام صندوق الأدوات تساعد الميكانيكي على قيامه بتنظيم وضع الأدوات في أماكنها الصحيحة لكي يتمكن من معرفة مكان كل منها ويعرف ما أفضل أداة في الصندوق لإنجاز العمل الذي بين يديه.

وبالطبع، فإن مجرد الحصول على الأدوات غير كاف، فالميكانيكي الذي ليس لديه توجه لا يتيسر له أن يكون خبيراً لمجرد إهداء صندوق أدوات ميكانيكية له بمناسبة عيد الميلاد. فهو يحتاج إلى الشعور بأن له انجذاباً تجاه السيارات ومستعد للعمل في هذا المجال. كما يحتاج إلى معرفة بكيفية صيانة السيارات وإدامتها. وعليه أن يعتني بها عندما تصدأ وتأخذ بالتآكل. فمن دون الرغبة في القيام بصيانة السيارات ومعرفته بكيفية استخدام كل أداة لديه لا يستطيع أن يستخدمها بأفضل شكل. وإن المهارات والتوجهات يمضيان جنباً إلى جنب. وإن الحصول على الأدوات المناسبة قد يكون حافزاً لإنبثاق مزيد من الرغبة في مجال صيانة السيارات. ومع ذلك فإن الوعي بقيمة صيانة السيارات يمكن أن يكون أداة للإحباط إلاّ إذا هيأنا الفرصة للحصول على أفضل العُدد والأدوات كذلك.

المهارات مقابل الموضوعات:

Skills vs. issues

يمكن أن تتخذ برامج الاتصال الأسلوب المعتمد على الموضوعات «Issues-based approach» مثل الأخلاقيات والاختلافات الثقافية والعمر والموت والاحتضار والإدمان. وندعو مرة أخرى إلى إتباع طريقة تستند إلى المهارات أكثر من الطريقة التي تستند إلى الموضوعات. للمهارات الرئيسة في دليل كالكاري – كامبردج المقدمة في الفصل الثاني أهمية أساسية فهي تهيئ الأرضية لاتصال الطبيب – المريض في كثير من السياقات الطبية المختلفة وتهيئ أساساً مأموناً يمكن أن تلقى عليه موضوعات اتصال خاصة وتحديات معينة. وحالما يتم التمكن من المهارات المحورية فستكون موضوعات الاتصال الخاصة قابلة للتعامل معها فوراً.

ولذلك، فإن طريقتنا هي بذل مزيد من الجهد على المهارات أكثر من بذلها على الموضوعات. وعلى الرغم من أن الموضوعات مهمة للغاية وأنها يجب أن تدخل ضمن منهاج الاتصال، لكن نفضل أن لا يرسى

* نحن ممتنون لـــ سو ويفر على اقتراحه لهذا التناظر

التعليم الذي نقدمه حول اكتشاف كل موضوع منفصل بنفسه كما لو كانت مشكلة جديدة لا علاقة لها بالمهارات المحورية. ولا حاجة إلى ابتكار مجموعة من مهارات صياغة الاتصال لكل موضوع بمفرده. وبدلاً من ذلك، نحتاج إلى أن نكون على علم بأنه بالرغم من كون مهارات الصياغة المحورية مازالت ممكنة الحدوث إلاّ أن بعضها يتطلب الاستخدام بمزيد من القصد والتركيز والوعي. ونحتاج إلى تعميق فهمنا لتلك المهارات المحورية وإلى مستوى السيطرة عليها.

إن النهج الدراسي المعّد جيداً هو الذي يتعامل مع المهارات والتوجهات وموضوعات اتصال خاصة. ولقد جمعنا في الفصل الثامن كيفية ربط تعليم هذه المحاور الثلاثة وبشكل خاص كيفية ادخال تعليم التوجهات والموضوعات ضمن منهاج راسخ يستند إلى المهارات.

ما الطرق الناجحة للتعليم والتعلم في الممارسة؟
Which teaching and learning methods work in practice?

بعد أن أرسينا المنطق في اعتماد الأسلوب المعتمد على المهارات بالدرجة الأولى «Skills-based approach». سنتفحص الآن بيّنات البحوث التي تبرز ضرورة استعمال طرقاً معينة مثمرة للتدريب على الاتصال. وهناك ثلاث طرق تكاملية يمكن بمجموعها أن تزيد إلى الحد الأعلى التعلم عند التدريب على مهارات الاتصال:

1 طرق التعلم التجريبي.
2 طرق التعلم المستندة إلى حل المشكلات.
3 الطرق الإرشادية.

لماذا نستعمل طرق التعلم التجريبية؟
Why use experiential learning methods?

عرضنا في الفصل الأول بيّنات البحوث التي تظهر إمكانية تعليم مهارات الاتصال في الطب. ولكن ما الطرق المحددة التي استعانة بها هذه البحوث من بين الطرق المتعددة لتصل إلى هذه التغيّر الإيجابي المؤثر في مهارات اتصال المتعلمين؟ يوجز لنا الجدول (3.1) الطرق المتبعة في كل بحث. استندت برامج مهارات الاتصال الموصوفة في هذه البحوث إلى درجة كبيرة على الطرق التجريبية أكثر مما تستند إلى الطرق الإرشادية. وتكاد تكون جميعها تستخدم التسجيلات الصورية أو الصوتية للمقابلات الطبية لمرضى حقيقيين أو ممثلين تتبعها عمليتا مراقبة واسترجاع على وجه الخصوص. ولكن هل هذه الطرق التجريبية لازمة لتعلم الاتصال؟ وهل نعرف أن طرق التدريب التقليدية أو طرق التعليم الإرشادية لا تجلب بحد ذاتها التغييرات نفسها في السلوك والمهارات؟ ولماذا تكون الطرق التجريبية أكثر تحدياً ضمنياً وأكثر تهديداً وأقل أمناً بالنسبة للمتعلم، وهل نصّر على استعمالها؟ أليست المعرفة بالمهارات كافية دون الحاجة لتطبيقها؟

البيّنات على أن طرقاً محددة للتعليم التجريبي هي أمر ضروري
The evidence that specific experiential learning methods are necessary

تخدم البيّنات التي نقدمها الآن الاختلافات المعتبرة بين المعرفة بشأن المهارات والسلوكيات التي يتألف منها الاتصال الفاعل والقدرة على وضع تلك المهارات موضوع التطبيق. ولا يمكن ترجمة المعرفة فوراً إلى أداء لأننا بحاجة إلى خطوة أخرى من عمل تجريبي محدد مطلوب للحصول على مهارات جديدة وتغيير سلوك المتعلم.

أنني اسمع وأنسى
أنني أرى وأتذكر
أنني اعمل وأفهم
«كونفوشيوس 551–479 قبل الميلاد»

جدول 3.1 الطرق التعليمية التي تحدث تغييراً ايجابياً عند المتعلمين مهارات الاتصال
Table 3.1 Teaching methods used to bring about changes in learners' communication skills

	مشورات	محاضرات	ورش عمل تدريبية	نسجيل صوت وصورة	مريض حقيقي	مريض ممثل	أداء أدوار	استرجاع
Rutter and Maguire (1976)	✓			✓	✓			✓
Irwin and Bamber (1984)				✓	✓			✓
Evans et al. (1978)		✓		✓	✓	✓	✓	✓
Stillman et al. (1976,1977)				✓		✓		✓
Sanson-Fisher and Poole (1978)		✓						
Putnam et al. (1988)	✓		✓	✓	✓			✓
Joos et al. (1988)	✓	✓	✓	✓		✓		✓
Goldberg et al. (1980)		✓	✓	✓				
Gask et al. (1987, 1988)	✓			✓	✓			✓
Levinson and Roter (1993)	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Inui et al. (1976)			✓					
Roter et al. (1993)	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Smith et al. (1988)	✓		✓	✓	✓		✓	✓
Humphris and Kaney (2001b)	✓		✓			✓	✓	✓
Fallowfield et al. (2002)		✓	✓	✓		✓	✓	✓
Yedidia et al. (2003)	✓		✓			✓		✓
Langewitz et al. (1998)	✓		✓		✓	✓	✓	✓
Roter et al. (1998)	✓	✓	✓				✓	✓
Oh et al. (2001)	✓		✓	✓	✓		✓	✓

أن بعض الدراسات المتميزة التي اجريت على التعلم التجريبي في سياق التعليم الطبي هي تلك التي قام بها ماكواير وزملاؤة (Maguire & colleagues). ولقد أظهرت أعمالهم الأولية أن طلبة كليات الطب الذي أكملوا البرنامج التدريبي على أخذ التاريخ المرضي في المقابلة الطبية للمريض تمكنوا من خلال المرحلة السريرية (Clerkship) في الطب النفسي من استيفاء المعلومات ذات الصلة بالموضوع والدقة السريرية بمقدار ثلاث مرات تقريباً من أولئك الذين تلقوا التدريب التقليدي فقط على طريقة تعلم أخذ التاريخ المرضي في مقابلات اختبارية (Rutter and Maguire 1976).

وتفحص ماكواير بعد هذا البحث في محاولة منه لإبراز تلك الجوانب المسؤولة عن الحصول على أكبر قدر من المهارات التي تم ملاحظتها من ذلك البرنامج التدريبي على المقابلة (Maguire et al. 1978). ولقد ساعد هذا العمل على أن يقود تطور برامج مهارات الاتصال منذ ذلك الحين. وحيث قام الباحثين بتقسيم طلبة الطب عشوائيا بموجب أربعة ظروف تدريبية هي:

- المجموعة الأولى: التدريب حسب الطريقة التقليدية فقط.
- المجموعات (2، 3، 4) تزود فضلاً عما جاء أعلاه بإجراء المناقشة مع مدرب وتزويدهم باستمارتين عن موضوعات ذات معلومات تفصيلية مطلوب الحصول عليها مع تقنيات مطلوب اتباعها.
- المجموعة (2) فضلاً عما ذكر أعلاه، تلقى كل طالب شخصياً استرجاعاً من المدرب على المقابلة الطبية المسجلة التي أجراها وشاهدها المدرب منفرداً وجرى تصنيفها على مقياس متدرج. ولم يكن الطلبة قد شاهدوا هذا التسجيل.
- المجموعة (3) مثلما جرى في المجموعة الثانية، ولكن الطالب والمدرب شاهدا التسجيل المصور الذي استخدم كأداة للاسترجاع.
- المجموعة (4) شأنها شأن المجموعة الثالثة ولكن مع استعمال الشريط الصوتي بدل الشريط المصور.

وتلقى كل طالب من المجموعات (2 – 4) استرجاعاً من المدرب في مناسبات ثلاث قبل وبعد التدريب على المقابلات التي تسجل من أجل تقييم مدى التحسن الذي طرأ على المهارات. ولقد أظهرت النتائج أن طلاب المجموعة الأولى وبالرغم من التعلم الذي تلقوه خلال الإقامة الدورية السريرية لم يظهروا تحسناً في مقدار المعلومات التي ظهرت ولا في المهارات التي استخدموها. أما طلبة المجموعات الأخرى الذين تلقوا الاسترجاع من المدرب فقد حصلوا على فوائد كبيرة في مقدار المعلومات ولكن طلبة المجموعتين الثالثة والرابعة فقط اللتين استفادتا من الاسترجاع الصوتي والصوري وأظهرتا اكتساباً متميزاً في مهارات الاتصال.

وكما أظهرت جميع النتائج، أن المجموعة التي استعانت بالتسجيل الصوري حققت نتائج أفضل من المجموعة التي استعانت بالتسجيل الصوتي فقط، ولو أن الإحصائيات لم تشر إلى ذلك بفارق كبير.

ولقد لاحظ رو (Roe 1980) الذي كان يعمل مع مجموعة مكواير أنه منذ أن طبق تلك النتائج بصورة عملية على شكل تدريس شخص لشخص أمكن تحقيق النتائج نفسها مع المجموعات الصغيرة أيضاً. ولقد أظهرت الدراسة كذلك أن من المهم بالنسبة للمدرب أن يكون مدركاً للموضوع قيد الدرس. فالأفراد أو المجموعات التي شاهدت الأشرطة الصورية المبينة لأدائهم وقدموا استرجاعاً خاصاً بهم من دون وجود مدرب كان تقدمهم أقل بدرجة ملحوظة من أولئك الذين كانوا تحت إشراف مدرب.

وتظهر النتائج التي حصل عليها مكواير، أن التدريب الطبي التقليدي على الاتصال يتسم بنقصين كبيرين: الأول، الافتقار إلى النموذج المناسب الذي يُظهر الجوانب التي يجب أن يغطيها طلبة الطب بوضوح، والمهارات التي عليهم الاستعانة بها. وثانياً، إن الفرصة المتاحة أمام الطلبة للحصول على التغذية الاسترجاعية

حول تمكنهم من الاتصال بالمرضى كانت ضئيلة. ولذا أقترح طريقة للتعليم تتضمن الخطوات الرئيسة الآتية:

- تهيئة أدلة إرشادية تحريرية مفصلة عن الموضوعات المطلوب تغطيتها والمهارات الواجب استعمالها.
- إجراء المقابلات الطبية تحت ظروف مسيطر عليها.
- المراقبة الذاتية ومراقبة الميسّر.
- إعطاء استرجاع من ميسّر ذي خبرة وتجربة بمساعدة تسجيلات صورية أو صوتية.

لقد أظهر ايفانز وجماعته (Evans et al. 1989) التحسينات البارزة على مهارات الاتصال والتقنيات التي تلت دورة مهارات أخذ التاريخ المرضي مقارنة بتعليم كلية الطب التقليدية. ومرة أخرى، لقد تمكنوا من الفصل بين ما إذا كان ذلك تعليماً إرشادياً أم تجريبياً أدى إلى التغيير وكانت طريقتهم تتضمن عاملين:

1 عبارة عن سلسلة من خمس محاضرات مدة كل منها ساعة واحدة تغطي الأسس النظرية للتدريب على الاتصال والمهارات غير اللفظية ومهارات الانصات التي كان لها دور مفيد في المقابلات الطبية وزود الطلبة بمصادر شاملة للمعلومات النظرية والبحثية ذات العلاقة.
2 ثلاث ورش عمل مدة كل منها ساعتان تقام بعد المحاضرات وباستعمال الطرق التجريبية مثل أداء الأدوار والمناقشات وتسجيل الأشرطة الصورية للمرضى الحقيقيين والممثلين والاسترجاع.

ولقد أظهرت النتائج أنه بالرغم من حصول بعض التحسن بعد سلسلة المحاضرات، لكن التقدم المعتبر قد طرأ على أخذ التاريخ المرضي بعد ورش العمل التي أقيمت للمجموعات الصغيرة حول موضوع الاتصال. ولقد وجد مدان وجماعته (Madan et al. 1998) بأن الجلسة التفاعلية بوجود مرضى قياسيين (Standardized patients) لتعلم إستراتيجيات الوقاية من مرض العوز المناعي «HIV» للأطباء المقيمين كانت أكبر تأثيراً من المحاضرات الإرشادية وذلك بعد أن أختبر أولئك المقيمون في امتحان موضوعي منهجي سريري «Objective Structured Clinical Examination» بعد أسبوعين من ذلك.

فماذا عسى أن تخبرنا هذه الدراسات البحثية حول كيفية تعليم وتعلم مهارات الاتصال؟ إنها تُظهر وبشكل عملي نواقص نموذج التدريب التقليدي. كما تُرينا في الوقت نفسه أن الطرق التعليمية الإرشادية نفسها ليست كافية لإحداث تغيير في سلوك المتعلمين. وإن المراقبة والاسترجاع والتسجيل الصوري أو الصوتي للأداء مطلوب لإحداث تحسين عملي في أداء المتعلمين (Carroll and Monroe 1979; Simpson et al. 1991).

إعداد النماذج المثالية

Modelling

هل لدى نماذج الطريقة التقليدية ما يقدموه للمتعلمين لتطوير مهاراتهم الاتصالية؟ علينا عند هذه النقطة أن ننظر ملياً في أهمية النمذجة. فجميع الميسّرين والأطباء الذين يُراقبهم المتعلمون أو يُراقبهم زملاؤهم هم نماذج للمهارات والسلوكيات وبناء التوجهات. ويمكن أن يكون تأثير النماذج كبيراً على التوجهات (Siegler et al. 1987; Bandura 1988; Ficklin 1988). ومهما يكن من أمر، ففي الوقت الذي يمكن للنماذج فيه أن تغيّر التوجهات فلا النماذج ولا التوجهات المناسبة تكفي لضمان تمكّن المتعلمين من تحديد المهارات التي يرونها بأعينهم، والتي تتنامى لديهم بأقل كثيراً مما ينبغي، فلا يستطيعون الاستفادة منها بكفاءة عند الممارسة العملية(Kurtz 1990). وغالباً ما لا يلحظ المتعلمون المهارات التي استعملها المدرب الماهر مع المريض وتمكن منها تمكناً كاملاً. وعندما يطلب منهم بيان ما الذي يجعل ذلك الأستاذ

على هذه الدرجة من الجودة، يحارون في تحديد سبب نجاح أداءه ويكتفون بإبداء هذه الملاحظة أنه يمتلك «موهبة» التعامل مع المرضى.

وهذا لا يعني أن ليس للنموذج تأثير في المهارات، فقيمته عند تعلم المهارات تكمن في قدرته على تقوية أو – قطع الطريق على – تطوير المهارات والحفاظ عليها وتطبيقها. وقدرة النموذج هذه هي التي تجعل الفرد يتحلى بالإرادة والوعي ليبقى محافظاً على استخدام مهارات الاتصال. ولكن يبدو أنها لا تدوم خارج قاعات الدراسة أو في الحياة العملية على قيمتها أو استخدامها (Thistlethwaite and Jordan 1999; Suchman 2001). إن تنمية نماذج مهارات الاتصال المثالية على المستوى المهني هي مسؤولية مهمة ملقاة على كواهل الميسّرين في برامج الاتصال وقابلياتهم لإبراز النموذج المطلوب في شخصهم وكذلك بالنسبة للآخرين الذين يظهرون دور النموذج أمام المتعلمين في غير تلك المواقف (Cote and Leclere 2000)، وسنتناول موضوع إعداد النماذج المثالية بمزيد من التفاصيل في الفصل السادس.

العناصر المهمة لتعلم مهارات الاتصال التجريبية:

The essential ingredients of experiential communication skills learning

فيما يأتي العناصر المهمة لتعلم مهارات الاتصال التدريبية:

- التحديد المنهجي وتعريف المهارات الرئيسة.
- المراقبة.
- الاسترجاع الوصفي التفصيلي الحسِن النية.
- عرض التسجيلات الصوتية والصورية ومراجعتها.
- تكرار الممارسة والتدّرب على المهارات.
- تعلم المجموعة الصغيرة الفاعلة أم التعلم الفردي

التحديد المنهجي وتعريف المهارات الرئيسة

Systematic delineation and definition of essential skills

عند مناقشة دليل كالكاري–كامبردج للمهارات الرئيسة الموصوف في الفصل الثاني، تعامل مع هذه المتطلبات بالتفصيل. ومن دون توافر هذا العنصر فإن من المستبعد أن يكون التعليم التجريبي ناجحاً (Association of American Medical Colleges 1999; Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education 2001; Cegala and Lenzmeier Broz 2002).

المراقبة

Observation

تكاد تجمع الدراسات التي أشير إليها في أعلاه على استخدامها للمراقبة المباشرة للمتعلمين عند قيامهم باجراء المقابلات الطبية مع مرضى حقيقيين أو ممثلين. وليس من الغريب أن يظهر بأن للمراقبة أهمية كبيرة في تعليم مهارات الاتصال، فالمراقبة أمر ضروري عند تعلم أية مهارة سواء كان ذلك ضمن الوسط الطبي أو خارجه.

واسأل أية مجموعة من المتعلمين عن تجربتهم في المراقبة عند التعلم، سيوردون فوراً نماذج من خبرتهم في مجال الرياضة وتعلم العزف على الأدوات الموسيقية أو نتيجة الخبرة التي تعلموها بالممارسة العملية

كقيادة السيارة أو الرسم. وبالطبع، يمكن أن يتعلم المرء بطريقة المحاولة والخطأ – أي بالممارسة وحدها – ولكن كم سيكون تعلمك أكثر كفاءةً عندما تتم مراقبتك ثم تحصل بعد ذلك على الاسترجاع المتعلق بما قمت به من عمل. وكم سيكون من الصعب أن تحصل على التحسن بعد الوصول إلى نقطة معينة من دون حصول المراقبة والاسترجاع. حيث تصبح العادات متأصلة ونكون أسرى للطرق التي نتبعها وقد تكون مريحة عند إنجاز العمل ولكنها ربما لا تكون بالضرورة أفضل الطرق.

ومع ذلك فبوسع الأطباء أن يتذكروا عدداً من المواقف القليلة خلال تدريبهم الطبي جرت فيها مراقبتهم خلال تعاملهم مع المرضى. وربما حصلوا على استرجاع بنّاء وذا قيمة في مواقف أقل عدداً. وهذا القدر الشحيح من المراقبة كان امراً شائعاً في كلية الطب في المملكة المتحدة وامريكا الشمالية على مستوى كليات الطب والإقامة حتى وقت قريب (Jason and Westberg 1982; Stillman et al. 1986, 1987). ويبدو أن عنصري المراقبة والاسترجاع كانا غائبين في التعليم الطبي.

وعندما كان الأطباء يُراقبون خلال تدريبهم كان ذلك يتم خلال محاولاتهم لإنجاز إجراءات عملية عالية المستوى مثل عمليات بزل الفقرات القطنية أو بزل الصدر. فمثلاً، ربما لا نطمح إلى القول بأن الجراحين المعّول عليهم أن يتعلموا كيفية القيام بعملية رفع المرارة بدون مراقبة. فالجراحون تعلموا المهارات دوماً من كونهم يُراقبون بصرامة وبتلقيهم الاسترجاع حول تقدمهم في القيام بالعمل. فما عسى أن يكون شعورنا عندما يكون الجراح على وشك القيام بعملية رفع مرارتنا وكان قد تعلم ذلك الإجراء من المطالعة ثم مراقبة الآخرين وهم يقومون بذلك وبعدها يقال له أن يذهب لإجراء واحدة ثم يعود ليخبرنا كيف فعل ذلك؟ نعم، إن ذلك هو ما كنا نقوم به عند تعليمنا مهارات المقابلة الطبية بالطرق التقليدية لطلاب الطب (Davidoff 1993).

وتشابه هذه الطريقة إلى حد كبير ما كان يقوم به الهامسون الصينيون عن طريق السماع فقط. فمن دون المراقبة تكون القصة قد حملت في طياتها شيئاً مقارباً للحقيقة — والمعلم يحصل فقط على نسخة مرشحة لما كان قد حدث فعلاً. وأن نقل الأخبار شخصياً لا يكون عادةً على درجة من التفصيل تسمح للمعلم بأن يفهم المشكلة. فمن الصعب جداً على المتعلمين تذكر ما كان قد جرى لحظة كانت المشكلة على أشدها، وأن يكون قادراً على التحديد بدلاً من الغموض. ويستحيل طبعاً أن نعلق على النقاط المجهولة. إذ سيكون الاسترجاع آنذاك قليل القيمة لأنه لا يتصدى إلى الصعوبات التي حدثت فعلاً. فكيف يتسنى لمدرب لعبة التنس أن يقدم اقتراحات لتحسين أدائك في اللعب إذا كان كل ما يجري هو وصفك للكرة وهي ترتطم في الشبكة؟ والمدرب بحاجة إلى أن يرى ما يقوم به ساعدك ومن ثم يقوم بتحليل المشكلة قبل أن يقدم الحلول لها. والاسترجاع الذي يجري من دون المراقبة يشبه المعالجة التي تتم من دون تشخيص.

وعليه فإن المراقبة أمر حيوي لكل من المتعلم والأستاذ. وهي على القدر نفسه من الأهمية سواء بالنسبة للخبراء أو المبتدئين. وكيف يحافظ الرياضيون المحترفون على تربعهم على عرش اللعبة؟ وكيف يتسنى لهم شحذ مهاراتهم وتحسينها؟ أنهم يتقدمون بذلك عن طريق المراقبة والتحليل والاسترجاع من استقبال ملاحظات زملائهم ومدربيهم.

الاسترجاع الوصفي التفصيلي الحسِن النية

Well-intentioned, detailed and descriptive feedback

نادراً ما يُراقب المتعلمون خلال تعليمهم الطبي، فضلاً عن تعرضهم لنتائج سلبية للغاية في تجاربهم أثناء الاسترجاع الذي يلي المراقبة النادرة. وإن أهم ما يذكّر بالاسترجاع هو الجولات السريرية في ردهات المستشفى التي غالباً ما توصف بأنها محبطة وموقف تعليمي مهين. ويذكر المتعلمون مواقف تعليمية تتميّز بالمنافسة أكثر من كونها مواقف تعاونية. وقد لا يبدو الأساتذة متعاونين فيكون الاسترجاع الذي يتلقاه

المتعلمون سلبياً ومستنداً إلى الأحكام، ومن دون أن يحمل اقتراحات لإحداث التغيير. وللأسف، فإن التجارب الأخرى للمتعلمين الخاصة بالمراقبة هي تلك المقتصرة على التقييم في الامتحانات التي يتلقاها الطلبة حيث يكون الاسترجاع عبارة عن تقديرات عامة مثل «ناجح» أو «راسب».

ونادراً ما واجه المتعلمون مواقف تعليمية تتضمن المراقبة، وشعروا بأنهم مدعومون من أستاذ يحفِزهم تحفيزاً جيداً وأن له القدرة على تقديم نقد تقويمي بنّاء ومن دون حكم سلبي (Ende et al. 1983; McKegney 1989; Westberg and Jason 1993). وقديما، ربما لم يتمكنوا من عرض مشكلاتهم بقصد ورغبة في التعلم من دون الخوف من الحط من قدرهم مقابل الحصول على قليل من التقييم الحقيقي البنّاء. وهكذا، كنا نجاهد دائماً من أجل إقناع المتعلمين وترغيبهم في قيمة المراقبة والاسترجاع الجيدان مقابل معاناتهم من تجارب سابقة غير مشجعة. وتتطلب المراقبة والاسترجاع التعامل الدقيق والحذر إذا ما أريد تسخير طاقاتهما الكامنة من أجل التعلم.

وتتطلب استفادة المتعلمين من المراقبة والاسترجاع أن يكون الاسترجاع نوعي وتفصيلي ومن دون حكم سلبي وبحسن نيّة. إذ لا يقتصر عمل مدرب لعبة كرة التنس على المراقبة فقط، فهو يهيئ بيئة داعمة ويقدم التشجيع الذي يسلط الضوء على انجازات المتعلم. وفي الوقت نفسه، يهيئ الاسترجاع المفيد والعملي والهادف على النواحي التي تستفيد من التغيير. فالاسترجاع، عمل بنّاء شرط أن يكون نوعياً وبتفصيل واف للمتعلمين كي يعرفوا كيف يتسنى لهم تغيير أنماطهم السلوكية وتطوير مهاراتهم، ويكون هادفاً وبشكل جيد ويقدم لصالح المتعلم. فالمدرب إنما وجد هناك كي يشجع المتعلم لا ليثبت مهارته بمقابل عدم مهارة المتعلم.

ولأن الاسترجاع الوصفي أمر محوري في تعليم مهارات الاتصال فقد بحثنا هذا الموضوع في الفصل الخامس بحثاً تفصيلياً وافياً.

عرض التسجيلات الصوتية والصورية ومراجعتها

Video and audio playback

ليس من الغريب أن تسلط البحوث الضوء على أهمية التسجيلات الصوتية والصورية عند تعليم مهارات الاتصال. فتعلم أية مهارة إنما تساعده المراقبة الذاتية – أي القدرة على أن نرى بأنفسنا ما قمنا به بالضبط، وأين يمكن إجراء التحسينات؟ ففي الميدان الرياضي، أصبح التدريب بمساعدة استعمال التسجيلات الصورية (الفيديو) أمراً مألوفاً لتمكين المتعلمين والمدربين على حد سواء من الحصول على البصيرة والتعلم عن طريق المراقبة.

يقدم استعمال التسجيلات الصورية أو الصوتية فوائد كثيرة لمنهجية الاسترجاع مقارنة باسترجاع مراقبة المقابلات الحية فقط (Hargie and Morrow 1986; Premi 1991; Heaton and Kurtz 1992b; Beckman and Frankel 1994; Westberg and Jason 1994):

- إن المتعلمين الذين يستطيعون مراقبة أنفسهم وينصتون إليها يتفهمون نقاط قوتهم وضعفهم أكثر بكثير مما لو اعتمدوا على الانعكاس المتحصل من الآخرين وحده – وإن إدراكنا لسلوكنا الذاتي ليس دقيقاً دائماً.
- تشجع التسجيلات الطريقة التي يكون محورها المتعلم على أن يكون المتعلم محور العملية مشارك بصورة أكثر فاعلية في تحليل المقابلة. وملاحظة الأداء تمكّن المتعلمين من اعطاء تقييم ذاتي تفصيلي موضوعي أوسع. والمشاركة في التقييم الذاتي مجال مهم من تحليل المقابلة.
- تساعد التسجيلات في منع الفهم الخاطئ وعدم الاتفاق حول ما يقف بالفعل في طريق عملية التعلم. وتزداد دقة الاسترجاع ومصداقيته تبعاً لذلك.

- تسمح التسجيلات لأن يكون الاسترجاع محدداً، إذ يوجد دائماً مصدر مؤكد لأي جزء من المقابلة. كما أن شريط التسجيل يسمح للمتعلمين بإعادة الدخول في نقاط محددة في المقابلة ليحصلوا على تفهم أعمق للعبارات المستخدمة بالضبط أو السلوك المحدد.
- تساعد التسجيلات على أن يركّز الاسترجاع على الوصف وليس التقييم وهذا مجال مهم من الاسترجاع البنّاء كما سنرى في الفصل الخامس.
- تساعد التسجيلات على مراجعة نقاط معينة من المقابلة لعدة مرات تمكّن المتعلمين من الرجوع إلى الاسترجاع والتعلم في وقت لاحق أيضاً.

وللتسجيلات الصورية (الفيديو) ميزة على نظيرتها الصوتية التي يكافئ التباينات في سهولة الاستعمال. حيث تمكّن التسجيلات الصورية الاسترجاع والتقييم الذاتي على أن يركّزا على مدى أوسع من السلوكيات اللفظية وغير اللفظية التي ربما كانت تضيع خلال التعلم. وعلاوة على ذلك، فإن من الأسهل التركيز لفترات أطول على الأشرطة الصورية من الصوتية.

تكرار الممارسة والتدرّب على المهارات

Repeated practice and rehearsal

غالباً ما تكون إعادة الممارسة والتدرّب جانبين مهملين من جوانب تعليم وتعلم مهارات الاتصال. ونعود مرة أخرى إلى موضوع كرة التنس، فنقول إن المدربين الجيدين هم الذين لا يقومون بمجرد تقديم التوصيات ويقترحون عليك طرقاً تمضي وتجربها بنفسك خلال المباراة القادمة، بل هم الذين يطلبون منك تجربة حركات بعيداً عن هرج ومرج المباراة الحقيقية. وأن تجريها مراراً وتكراراً في مكان منعزل ومأمون إلى أن تشعر بالرضا والارتياح. وهم الذين يراقبونك في أثناء ممارستك لمهارة جديدة ويعطونك مزيداً من الاسترجاع الذي يسمح لك بتنقية أسلوبك كلما تقدمت في الممارسة.

إن التدرب والتدريب ضروريان عند تعلم مهارات الاتصال، فماذا يقدم التدرّب للمتعلمين؟

1 **ممارسة المهارات بأمان:** لا يمكن أن نطلب من المتعلمين (ومن مرضاهم كذلك!) أن يحاولوا تجربة مهارات جديدة ولأول مرة في مقابلات حقيقية. ونقطة البداية في التعليم التجريبي هو انها تستطيع اتاحة فرص لممارسة المهارات في وسط آمن لا تترتب عليها نتائج سلبية عند عدم الاتقان وإعادة المحاولة وتجربة مهارة جديدة. فمن المأمون بالنسبة للمتعلم في تلك الجلسة أن محاولات التدرب لاستخدام المهارات تكون غير خاضعة إلى الإحباط والمجازفة فضلاً عن أن التجربة تكون موضع تقييم. فمن مصلحة المريض كذلك أن يكون في مأمن من الاذى من التجريب، إذ يمكن أن تجرى أولاً مع المرضى الممثلين أو الأقران. فكم هو مفرح أن نقول: «حسناً أن هذا الإجراء لم ينجح مطلقاً، هل أستطيع تكرار التجربة؟» أو يمكن أن نقول «أن ذلك أنجز كما ينبغي ولكنني أرغب في معرفة ما سيحصل لو اتبعت أسلوباً آخر». ومن أهم ما ينطوي عليه التدرّب أنه يتيح فرصاً للتعلم أقرب ما تكون للمواقف الحقيقية في الحياة، في الوقت الذي تسمح فيه بفرص عديدة للمحاولة والخطأ فضلاً عن الاسترجاع. وسوف ننظر في مسألة كيفية الترتيب لمثل هذه الجلسات بتفصيل أوسع في الفصول 4و5 و6.

2 **المساعدة في استمرار الاسترجاع والتدرّب:** يؤدي التدرّب إلى مزيد من المراقبة والتقييم الذاتي وتقييم الأقران والاسترجاع. وعند ذاك سيؤدي الاسترجاع إلى مزيد من التدرّب مما يمكّن المتعلم من أن يُحسن المهارات الأساسية بشكل تدريجي. وفي الحقيقة، إن هذه المراقبة اللولبية والمتكررة والاسترجاع غالباً ما يدفع بعملية التعلم نحو الأمام. ويجب توافر فرص تكرار الممارسة والاسترجاع في مواقف التعلم. فلا يكفي أن نهيئ ببساطة للاسترجاع من دون منح الفرصة لتجربة المقترحات المعروضة.

3 **تطور الأسلوب الفردي:** يحتاج كل متعلم لإظهار أسلوبه الخاص عند ادائه لمهارة معينة تمهيداً لدخول تلك المهارة في صلب شخصيته وأسلوبه. ومن الانتقادات التي توجّه إلى تعليم المهارات التي تستند إلى المهارة هو انها تشابه طريقة «كتاب الطبخ» الذي يعرض التعليمات الإرشادية: «ها هي المهارات المراد تعلمها – وهذه هي طريقة العمل الواجب تنفيذها»، فكيف لنا أن نوفق بين الحاجة إلى المرونة والفردية والأسلوب الشخصي إزاء الطريقة التي تعتمد على المهارات التي ندعو لها، والتي عُرّفت مهاراتها في المنهج بكل وضوح وترتيب في الدليل المكون من (71) فقرة؟

الجواب يكمن في كيفية تصدي المتعلمين والميسّرين لهذه المهارات. فكل مهارة من المهارات المدرجة في الدليل هي إشارة إلى أن هذه ناحية تحتاج إلى أن تجرّب وفيها عبارات وسلوكيات محددة على أن تطوّر بصورة تجريبية. والقائمة نفسها غير كافية – إذ على كل متعلم أن يكتشف بنفسه كيف يضع كل مهارة من المهارات موضع التطبيق. بينما يوضح الدليل المهارات التي انبثقت من البحوث والممارسة على انها ذات قيمة بالنسبة للاتصال بين الطبيب والمريض إلاّ أنه لا يحدد العبارات أو السلوك المناسبين بالضبط من أجل هذه المهارات. وكل ما يفعله الدليل هو تحديد تلك المهارات وأحياناً يورد الأمثلة عليها. والتحدي الذي يظهر خلال الجلسة التعليمية يكمن في الاتيان ببدائل اخرى واعطاء الفرصة للمشاركين في تجربة وتنقية عبارات وسلوكيات مختلفة من دون الحد من تأثير المرونة أو إنكار دور الميزات الفردية للمتعلمين. وفي الحقيقة، فإن التدريب على الاتصال ينبغي أن يزيد من المرونة بدلاً من خفضها وذلك بواسطة تهيئة ذخيرة واسعة للمهارات يمكن للأطباء الاختيار بحذق وبشكل متعمد للاستعمال عند الطلب. ولقد أيد (Zoppi & Epstien 2002) هذه التوكيدات حول المرونة باعتبارها مهارة الاتصال الرئيسة «الأكثر تنظيماً» كما سلط الضوء على خطورة اعتبار أن الاتصال هو أداة جامدة تستخدم في كل الظروف وبالطريقة نفسها. وبعد الانتقال من المهارات المحددة إلى الفردية يواجهنا التحدي الحقيقي للتعلم التجريبي. فلا يمكننا أن نصف افتراضياً أفضل طريقة لنعمل بها في كل ظرف. فكثير من المتغيرات تؤثر على الخيارات التي هي أفضل ما تعمل في مواقف محددة ومن ضمنها تطوير الأسلوب الشخصي. ولكننا مع ذلك، يجب أن نعترف بأننا نستطيع أن نقدم نماذج وقواعد للاتصال يمكن الاعتماد عليها، فبعض المهارات المعينة يحتمل أن تكون أكثر فاعلية من سواها حيث اثبتت البحوث قيمتها ويمكن أن تساعد المتعلمين على أن يكونوا أكثر فاعلية وثقة في أثناء المقابلة الطبية.

وإن الممارسة والتدرّب هي التي تسمح لنا بالمواءمة بين مفهومي المهارات والفردية. وما قائمة المهارات إلّا البداية. ولكي نتعلم كيف نستخدم كل مهارة بحذق، ذلك يتطلب الممارسة والاسترجاع والتكيف المستمر. ومن خلال هذه الطريقة اللولبية يستطيع المتعلمون وضع بصمة فرديتهم على عملية الاتصال المتكررة.

تعلم المجموعة الصغيرة الفاعلة أم التعلم الفردي

Active small group or one-to-one learning

من الواضح أن التعلم التجريبي الذي يتم من خلال المراقبة والتسجيل والتدّرب لا يتناسب والمجموعة الكبيرة المألوفة والمريحة ولا مع سياقات الدراسة المستعملة بصورة واسعة في التعليم الطبي الأكثر تقليدية وإرشادية. فالتدريب على مهارات الاتصال يتطلب التعليم فرداً لفرد أو مجموعة صغيرة حيث تسمح قلة عدد المتعلمين أن يؤدوا دوراً أكثر فاعلية وتخلق فرصاً أكبر للممارسة والمشاركة والتدريب الفردي.

ويحتاج أسلوب تعلم مهارات الاتصال إلى أن يأخذ المتعلمون دوراً أكثر فاعلية، فالتعلم عن طريق العمل بدلاً من التعلم عن طريق الاستماع أو القراءة. إن مفهوم بياجيت «Piaget's concept» القائل بأنك تتعلم فقط مما تخلقه أو تعيد خلقه بنفسك إنما يتعلق مباشرة ببرامج مهارات الاتصال. والإشراك الفاعل في عمل

تجريبي يتضمن مجموعة أخرى من مهارات التعلم بدلاً عن الدراسة التقليدية الإدراكية. ولم يعد عالمنا هذا عالم الاستماع إلى محاضرات الخبراء وتسجيل الملاحظات والمشاركة في المناقشات الجماعية ودراسة المواد المطبوعة وكتابة المقالات والاشتراك في الامتحانات. فالدراسة التجريبية تنقل التركيز الأولي من المحاضرات والكتاب إلى سلوك الفرد. والتعلم التجريبي أكثر تركيزاً على المتعلم من المعلم. وهو أكثر ايجابية وأقل سلبية بالنسبة للمتعلمين من حيث زيادة الوقت المصروف عند الممارسة والمراقبة والفعاليات خلال عملية الاسترجاع.

إن ادوار ومسؤوليات كل من الميسّرين والمتعلمين قد تغيرت وربما تحتاج كل منهما إلى أن تتماشى مع الظروف الجديدة. وربما لا يجعل التعلم التجريبي المتعلمين والميسّرين يشعرون بالارتياح، إذ لم يتعودوا على هذه الطريقة. وبالمقارنة مع التعليم الإرشادي يبدو أنه غير مأمون وغير متماسك وعشوائي بحد ذاته. ومع ذلك، فإن التقدم لا يحصل من الاستماع إلى المحاضرات فقط. ومن التحديات التي تواجه الميسّرين والمتعلمين في برامج مهارات الاتصال هو الانتقال من مجموعة تعليم كبيرة على أساس المحاضرة إلى مجموعة صغيرة تتعلم واحداً لواحد عن طريق التعلم التجريبي.

ويقدم الجزء الثاني من هذا الكتاب وبتفصيل كبير كيفية تسهيل تعلم المجموعات الصغيرة والمشاركة في ذلك وسياقات التعلم فرداً لفرد وكيفية معاملة احدهما للآخر، والحفاظ على مجموعة متماسكة من المتعلمين يكون فيها المرء آمناً لكي يمحص ويجّرب الخيارات غير المألوفة ويرتكب الأخطاء ويتعلم. ولكن هناك سبب مقنع آخر يدفعنا إلى تقوية قدراتنا على العمل بفاعلية مع زملائنا وأساتذتنا وذلك امتياز قد لا يبدو ظاهراً للعيان.

وأصبحت مهارات بناء العلاقة «Relationship-building skills» موضع اهتمام متزايد ليس فقط على صعيد مقابلة الطبيب للمريض ولكن فيما بين مقدمي الرعاية الصحية أنفسهم. وحسبما توصلت إليه هوفر وجماعتها (Hoffer Gittel et al. 2000) في دراستهم المقارنة على تسعة مستشفيات: يحتاج الناس حديثاً إلى مستويات عالية من الخبرة الوظيفية فضلاً عن ميولهم إلى الحاجة للمستويات العالية من القدرة العلائقية لمُكاملة عملهم مع الآخرين. وعلق أحد المشاركين في دراستهم بالطريقة الآتية: «لقد انتقلنا من مرضى يواجهون أفراداً يقدمون رعاية لهم إلى مرضى يواجهون الأنظمة كمقدمي رعاية....، وهكذا ليس التألق الفردي المهم، وإنما الأهم أكثر هو نسق الجهد الجماعي».

إن طريقة تعلم المجموعة الصغيرة وطريقة التعليم فرداً لفرد مناسبان جداً لتعلم مهارات الاتصال بين الطبيب والمريض التجريبية وتوفر المنتدى الأمثل لتطوير المهارات المؤثرة من أجل التعاون والاتصال بين مقدمي الرعاية أنفسهم.

لماذا نستعين بالطريقة المستندة إلى المشكلات عند تعليم مهارات الاتصال؟

Why use a problem-based approach to communication skills teaching?

نعلم جيداً، أن تعلم مهارات الاتصال يستعمل طرقاً تجريبية محددة، ولكن من أين نبدأ؟ ماذا نراقب ولماذا؟ والجواب يكمن في الطريقة المستندة إلى المشكلة، والتي من خلالها يتم التركيز على مشكلات المتعلمين التي واجهوها في اتصال الطبيب – المريض التي تتيح المراقبة والتعلم.

لماذا نبدأ باحتياجات المتعلمين؟ ولماذا لا نخبرهم ببساطة عن المهارات التي يحتاجون تعلمها؟ وبعد ذلك نراقب جهودهم خلال التعلم التجريبي؟ ولماذا نتطرق إلى مهارات الاتصال من منظور المشكلات التي تخص المتعلمين أكثر من فهمنا الواضح حول ما يحتاجون اليه فعلاً هم ومرضاهم؟ وبعد ذلك كله، سبق وركزنا على أهمية تعريف المهارات وإعداد منهج دراسي. إذاً، لماذا لا نتوجه إلى احتياجات المتعلمين بدلاً من طلباتهم؟ وعند تفحص بعض أسس بعض نظريات التعلم التي تؤكد على التعليم التجريبي بشكل عام والطريقة التي تستند إلى حل المشكلات بشكل خاص تساعد على حل هذه المعضلة.

لقد اكتسبت طرق التعلم التجريبي في السنوات الأخيرة شعبية متزايدة في التعليم الطبي بمختلف مستوياته. فمن الناحية التاريخية كانت مبادئ كنولز لتعلم الراشدين (Knowles 1984) أحد المؤثرات الرئيسة في هذا الانتقال. فلقد جرب كنولز ما يُحفز البالغين على التعلم وكيف نستفيد من ذلك. وأفاد أن المتعلمين يحفزون على التعلم عندما يدركون أن ذلك متعلق بوضعيتهم الحاضرة وعندما يمكّنهم ذلك من اكتساب المهارة والمعرفة التي يمكن استعمالها فوراً وبطرق عملية. وكلما كان التعلم أشد صلة بالعالم الحقيقي وتجربتهم المباشرة كان ذلك أسرع وأكثر فاعلية على قدرة الراشدين على التعلم. وهكذا فإن المتعلمين يُحفزّون بالطريقة المستندة إلى المشكلة «بدلاً من الطريقة المستندة إلى الموضوع» حيث المصاعب العملية التي يمرون بها تعمل كمحفّز على التعلم.

وإن البناء على التجارب السابقة للمتعلمين يحفز الراشدين على التعلم أيضاً. فالمتعلمون البالغون لديهم خبرة معتبرة حول محيطهم يُعتد بها وعندهم الكثير كي يقدمون. ولو أن مشاركاتهم قد حظيت بالتقدير والقبول والاستخدام فإن التعلم يثمر. وإذا ما تم تجاهل خبرتهم فإن الطرق الجديدة سيتم رفضها غالباً.

وتتعارض مبادئ تعليم الراشدين مع التعليم الإرشادي التقليدي الذي محوره المدرس والذي يعني بالانتقال المباشر للمعلومات من المعلم إلى المتعلم السلبي. بينما في التعلم المستند إلى المشكلة، يشجع الميسّرون المتعلمين على المشاركة بفاعلية. ولا يكتسب المتعلمون فقط المعرفة بل هم يطورون المهارات والفهم كي يضعون هذه المعرفة موضع الممارسة.

وتمثل القائمة الآتية ما يُحفز المتعلمين الراشدين على التعلم. ويعتنق كثير من المعلمين في مجالات مختلفة ومنهم الأطباء مجموعة الأفكار هذه مثل (Barrows and Tamblyn 1980; Westberg and Jason 1993). ويتحفز البالغين على تعلم إذا كان:

- ما له علاقة بمواقف حالية للمتعلمين.
- ما يتعلق بالأمور العملية دون النظرية.
- ما يتعلق بالمشكلة أكثر مما يتعلق بالموضوع.
- ما مبني على تجاربهم السابقة.
- ما موجّه تجاه الاحتياجات المدركة للمتعلمين.
- ما مخطط له فيما يتعلق بالأهداف الطارئة والتي سبق التداول بشأنها والأهداف الطارئة.
- ما يتعلق بمشاركة المتعلمين الفاعلة.
- ما يستطيع المتعلمون مجاراته.
- الموجه ذاتياً من حيث المبدأ.
- المصمم بحيث يستطيع المتعلمون التحلي بالمسؤولية عند تعلمهم إياه.
- ما كان مصمماً لبناء علاقة أكثر تكافؤاً مع المدربين.
- ما يمكن تقييمه ذاتياً ومن خلال تقييم الأقران.

غالباً ما تخطر في بال الناس جميعاً «خصائص تعلم الراشدين» هذه بشكل عام بغض النظر عن أعمارهم – والبالغون هم في موقع أفضل من الأطفال لكي يعبروا عن هذه الأفكار وليبينوا مدى أهميتها.

إن هذا الوصف لما يُحفز المتعلمين على التعلم له صلة وثيقة بتعليم مهارات الاتصال، وييّسر أسلوب حل المشكلات من أجل احتواء الموقف الدفاعي الذي قد يصاحب التعلم التجريبي. وعلينا أن ندرك سواء على مستوى كليات الطب أو الإقامة أو التعليم الطبي المستمر أن زخماً من عدم الارتياح قد ينشأ أيضاً من إدخال برنامج يتطلب منك أن تختبر أو ربما تحتاج إلى تغيير شيء ما يبدو مرتبطاً بشخصيتك ومفهومك الذاتي بشكل وثيق كسلوك اتصال. والطرق التجريبية بحد ذاتها أكثر تحدياً وأكثر تهديداً وأقل أماناً بالنسبة للمتعلم من الصيغ التقليدية للتعلم. فقد يبدو من غير المريح قيامك في الوقت الذي يقوم فيه الآخرون بتقدير مهاراتك وتصور فيه الكاميرا أداؤك. عند اتباع أسس تعلم البالغين يمكن أن نقلل من الموقف المعارض للمتعلمين ويمكنهم الاستفادة من التدريب على الاتصال. وعند تحديد احتياجات المتعلمين واكتشاف الحلول العملية لمشاكلهم والمضي على نفس وتيرتهم وجعل عملية التعلم ذات صلة بمواقفهم كل ذلك سيُمكّن المتعلمين على أن يكونوا أقل معارضة وأكثر انفتاحاً على التعلم والتغيير.

ومن المفيد أن نقارن هذه الأفكار بالنموذج المثالي الأحدث الذي يطلق عليه اسم «البنائية constructivism» والذي يسهم كذلك في تفهمنا لكيفية قيامنا بتعلم مهارات الاتصال التوجّهات. وعند أقصى مبادئه فإن الطريقة البنائية تضفي على المتعلمين وعملية التعلم الخصائص الآتية (van der Vleuten 2000):

- تبنى المعرفة من المتعلم.
- ترسى المعرفة على أساس تفهم المتعلم – والمعرفة العلمية أو «الأكاديمية» التي تتراكم بشكل علمي مهمة ولكنها ليست الحقيقية الوحيدة.
- يبني المتعلم بناءاً تأملياً إدراكيا من خلال التفاعل والانعكاس والاستقصاء.

ولا يدعم الأسلوب الذي نتبعه في تعليم وتعلم مهارات الاتصال في الطب من قبل ما ورد أعلاه فقط وإنما من مجموعة واسعة من العلماء الذين أسهموا في إرساء مفاهيم وأسس التعلم التجريبي منذ مدة طويلة كذلك. وهذه تتضمن على سبيل المثال لو تسو «Lao Tsu» من القرن الخامس قبل الميلاد «وبصيرته حول التوجيه غير المباشر للقيادة والتعليم»، وسقراط «Socrates» «عند التعليم بواسطة الأسئلة»، وبياجيه «Piaget» «وتأكيده بأننا يمكن أن نتعلم فقط مما نبتكره أو ما نعيد ابتكاره بأنفسنا»، وديوي «Dewey» صاحب فكرة «التعلم عن طريق العمل»، وشون وكولب «Schon and Kolb» اللذان يؤكدان على التفكير المعمق «Reflection».

استخدام أسلوب حل المشكلة في الممارسة

Using a problem-based approach in practice

وهكذا ينبغي توسيع التعلم ولا نلجأ فقط إلى طرق تجريبية محددة بعينها التي يمكن من خلالها التجربة والممارسة بصورة فاعلة في بيئة مشجعة فقط ولكن علينا كذلك أن نحث على أسلوب حل المشكلات. وانطلاقاً من موقع المتعلمين فإننا نحاول التصدي إلى احتياجاتهم وربط عمليتي التعليم والتعلم بظروفهم الراهنة والبناء فوق معرفتهم ومهاراتهم وتجاربهم اليومية. ولأجل الحيلولة دون المواقف الاعتراضية فإن تعليم مهارات الاتصال يجب أن يكون ذا صلة بالمواقف التي يواجهها المتعلمين وليس لمجرد القول «أن هذا هو ما تحتاجونه لأننا نقول لكم ذلك».

اكتشاف الاحتياجات التي يدركها المتعلمون

Discovering learners' perceived needs

إن اكتشاف الاحتياجات المتأتية من عمل المتعلمين وتجاربهم تعتبر نقطة بداية لأي تعليم تجريبي. ولاسيما المشكلات والمصاعب التي يواجهونها والمجالات التي يرغبون في أن نساعدهم فيها؟ وما تجاربهم السابقة ومستوى معارفهم ومهاراتهم الحالية؟ ونبدأ من نقاط بداية المتعلمين: أين هم الآن وما احتياجاتهم «قائمة مشكلاتهم» وإلى أين يريدون الذهاب «أهدافهم».

خلق مناخ داعم

Creating a supportive climate

تتطلب الطرق التجريبية المستندة إلى حل المشكلات في تعليم مهارات الاتصال إلى خلق مناخ داعم يتعاون المتعلمون خلاله أكثر مما يتنافسون. والحفاظ على هذا المناخ كي يكتسبوا الثقة بأنفسهم وبأقرانهم وبالميسّرين، وحيث يتسنى لهم الكشف عن متاعبهم في جلسات يشيع فيها الأمان والدعم.

تطوير المواد التجريبية المناسبة

Developing appropriate experiential material

قد يضع الميسّرون ومدراء الدورات المواد التدريبية للتحليل في تعليم الاتصال «أي عن طريق التمثيل أو دعوة مرضى معينين للمشاركة» أو قد يجلب المتعلمون أنفسهم مواد للمناقشة «مثلاً أشرطة صورية تبين تفاعلاتهم مع المرضى يجلبونها معهم إلى الجلسات». وعندما يكون الميسّرون ومدراء الدورات مسؤولين عن إعداد المواد فمن المهم أن تكون الجلسة والحالة أقرب ما يواجه المتعلمون في الواقع العملي.

إتباع الأسلوب المستند إلى المشكلة لغرض تحليل المقابلة

Taking a problem-based approach to analysing the consultation

سواء كانت المقابلة الطبية حية أو مسجلة على شريط مصور (فيديو) أو كانت مع مرضى حقيقيين أو ممثلين، فإن الطريقة المستند إلى المشكلات تبدأ بطرح الأسئلة على المتعلم الذي كان قيد المراقبة عن أولوياته وما المشكلات التي واجهته وما المساعدة التي يتوخاها من بقية أعضاء الفريق. ومتى ما تحقق هذا، وفي حالة سماح الوقت فأسأل أعضاء آخرين في الفريق ما إذا كانت المقابلة قد أثارت مسائل إضافية يرغبون في بحثها. وعندئذ فقط اضف اسئلتك إلى الأولويات إذا لم تكن تلك المسائل قد أثيرت ولاسيما إذا كانت تنسجم مع المسائل التي سبق للمتعلمين أن حددوها.

إن هذه الأسلوب الذي يعتمد على تحليل المقابلة المستند إلى المشكلات يقلل من الموقف الاعتراضي عند ضمان أن الاحتياجات المدركة من قبل المتعلمين قد وضعت قيد المعالجة. وإن المتعلمين يحصلون على مساعدة عملية بواسطة التغلب على مشكلاتهم. فالمشكلات العملية التي تواجه المتعلمين تعمل كمُحفز على التعلم. ولقد بحثنا هذه الطريقة بالتفصيل في الفصل الخامس.

التوازن بين التعليم الموجّه ذاتياً والتعلم الموجّه من الميسّرين

The balance between self-directed and facilitator-directed learning

ولكن ألا توجد أخطار متوارثة عند اتباع الأسلوب المستند إلى المشكلات عند تعليم مهارات الاتصال؟ ولو أرسينا طريقتنا على اكتشاف المشكلات التي يدركها المتعلمون وعملنا على حلها ولو اتبعنا النموذج

الموجّه ذاتياً والذي محوره المتعلم ألا نكون عندئذ قد فرطّنا في إسباغ المبالغة على وثاقة الصلة بالموضوع والحافز؟ وبعفوية ماذا بشأن الاحتياجات التي لم يدركها المتعلمون؟ ألا تقع على الميسّرين مسؤولية إرشاد المتعلمين إلى النقاط الغامضة لديهم والدفع بالمتعلمين إلى الأمام على طريق تفهمهم للاتصال؟

ومن تجربتنا، هناك خطر التأرجح بعيداً عن الطريقة التي محورها المدرس باتجاه التعلم الموجّه ذاتياً، وهكذا ترتبك قضية التعلم بصورة لا موجب لها. إننا ندعو إلى طريقة تعاونية للتيسير يلعب فيها كل من التعليم الموجّه ذاتياً والتعليم الذي يقوده الميسّر دوره. وهنا يتم الاعتراف بأن الميسّر لديه خبرة في مهارات الاتصال ويوازن بين الطريقة التي محورها المتعلم مع شيء من التوجّه وحتى بعض الإرشاد بين حين وآخر. وكذلك يتم الإقرار بأن المتعلمين لديهم خبرة وتجربة يقدمونها إلى المجموعة.

ومرة أخرى نقول إن التناظر الوظيفي بين التعليم والمقابلة أمر مفيد. لقد انتقلنا تدريجياً بعيداً عن الطريقة الأبوية التي يكون فيها الطبيب محور المقابلة، حينها تكون السيطرة التامة في المقابلة بيد الطبيب في حين تبقى مشاركة المريض سلبية. بينما تتغير المعادلة كلياً في الطريقة الاستهلاكية التي يوجهها المريض والتي تكون فيها السلطة كلها بيد المريض في حين يلتزم الطبيب الصمت، وكما تعد طريقة المقابلة المهملة «laissez-faire approach» غير مثمرة والتي ليس من الضروري أن يلتزم أحد الطرفين بالمسؤولية (Roter & Hall 1992). أما الطريقة المعاصرة التي يكون فيها المريض محور المقابلة (Stewart et al. 2003)، والتي لا تعني أن لا يؤدي الأطباء دوراً في توجيه المقابلة، وأن لا يقدموا الاقتراحات والنصائح. وإنما يستمر دورهم ببناء الهيكلية وتقديم المعلومات ولكن كعرض وليس كأمر واقع. وعندها يكون المريض هو المحور ويتحرك الطبيب والمريض باتجاه التعاون والمشاركة، ويبقى دور كل منهما مرناً جداً.

ونحن نقول الشيء ذاته في التعليم. وباعتبارنا ميسّرين متعاونين، فإننا نضع على كواهلنا مسؤولية مناقشة هيكلية مقبولة تساعد المتعلمين على الشعور بالارتياح عند المشاركة. فنحن نتعمد تشجيع الطريقة التي يكون محورها المتعلم وإرساء المناقشة على الاحتياجات التي يدركها المتعلمون وباكتشافنا لأولوياتهم وقائمة مشكلاتهم التي ينشؤنها في فكرهم بصورة فاعلة. ومع ذلك، فإننا نشارك باقتراحاتنا ونقدم معلومات مبرمجة بشكل مناسب من أجل توضيح الأمر للمتعلمين وتقوية التعلم الذي يحصلون عليه.

والتعليم الذي يستند إلى المشكلة لا يعني التركيز فقط على المشكلات التي يدركها المتعلمون، فهو يعني ببساطة الانطلاق من تلك النقطة كوسيلة للدخول في الموضوع ومن ثم نساعد المتعلمين على الحصول على أكبر قدر ممكن من التعلم. وإذا لم ترصد مشكلة مهمة من قبل المتعلمين أو فاتت عليهم إحدى فرص التعلم التي لا ينبغي إغفالها فعند ذلك تكون من مسؤولية الميسّر أن يضع تلك النقاط في دائرة الضوء ويناقشها مع المتعلمين. وغالباً ما يكون من المناسب استخدام موضوعات المتعلمين كنقطة تحول إلى مجالات إضافية للتعلم. وكأعضاء في المجموعة، فإن الميسّرين أحرار في إبداء منظورهم الخاص وذلك بعرض الأسئلة أو تقديم المعلومات أو القيام بدور يظهرون فيه مهارة من المهارات. وعند تقديمه لحل نهائي، فإن تدخل الميسّر يكون مجهضاً لمحاولاتهم. أما عندما يقدم كبديل عن اقتراحات المتعلمين أنفسهم والذي يحق لهم قبوله أو رفضه حسبما يجدون ذلك مناسباً، فإن تلك الإضافة من جانب الميسّرين يمكن أن توسع الآفاق بدون الإضرار بالتعلم الذي محوره المشكلة.

وهكذا فإن طريقتنا تتمثل في إدخال أسس التعلم التجريبي ضمن هيكلية للتعلم توازن ما بين الانشطة التي يكون المتعلم محورها وتلك التي يكون الميسّر محورها. وكما هي الحال في المقابلة، فإن البرامج الأكثر فائدة هي تلك التي يمكن أن تستوعب احتياجات المتعلم والمعلم معاً.

ما موقع طرق التعليم الأكثر إرشادية؟
What place is there for more didactic teaching methods?

بحثنا في أوائل هذا الفصل الدليل على كون طرق التعلم التجريبية هي أمر لازم لإحداث التغيير في مهارات الاتصال لدى المتعلمين. ومع ذلك لا يعني هذا أن الطرق التجريبية في الدورات التدريبية على مهارات الاتصال وحدها هي التي لها القيمة ولا مكان للتعليم الإرشادي فيها. والآن ما فائدة ادخال التعليم الارشادي في برنامج مهارات الاتصال؟

لماذا ندخل التعليم الإرشادي في برنامج مهارات الاتصال؟
Why include didactic teaching in the communication skills programme?

المعرفة أمر ضروري. والحاجة إلى توفير ميسّرين هي إحدى الأفكار التي دأبنا على تكرارها في هذا الكتاب لكي يمكن توضيح أسس الاتصال والمفاهيم وبيّنات البحوث التي تضيء التعلم التجريبي. ومثل هذه المعرفة تتيح للمتعلمين استيعاب القضايا التي تكمن خلف التدريب على مهارات الاتصال بشكل أكمل فضلاً عن البيّنات التي تبين قيمة كل مهارة. وعلى الرغم من أن الطرق التأملية بحد ذاتها كالقراءة والتحليل والافتراض والتصنيف لا تتمخض عن مهارات فإن الفهم الذهني يمكن أن يزيد استخدام مهاراتنا ويوجهها وكذلك يكتشف توجهاتنا وقضايانا.

وإن معرفة العلاقات التكاملية بين مختلف مهارات الاتصال هو أمر على درجة كبيرة من الأهمية كذلك. وإن إدراك الصلة المنطقية بين المهارات المختلفة من المقابلة الطبية يمكن لكل منهما تقوية التعلم ويجعل استخدام المهارات بصورة أكثر بناءً في المقابلة الطبية شيئاً ممكناً. وإن تهيئة مخطط يصنف المهارات ضمن مجموعات وتعرف العلاقات القائمة فيما بينها تمكن المتعلمين من أن يضعوا التعلم الذي حصلوا عليه بالشكل الذي يمكن لهم تذكره واستعماله فيما بعد حسب رغبتهم. وكما سبق وأوضحنا في الفصل الثاني فإن المتعلمين يحتاجون إلى تفهم الهيكلية والإطار الإدراكي للمقابلة لكي يكون لتعلمهم معنى ويحتفظون به بمرور الزمن.

ولقد تحرينا في الفصلين الخامس والسادس عن كيفية تقديم المادة الإدراكية بصورة بنّاءة في المنهاج الدراسي التجريبي الذي يستند إلى المهارات مع تجنب السقوط في مهاوي الطرق الإرشادية التي يكون فيها المعلم هو المحور في الوقت نفسه.

الفصل الرابع

Chapter 4

اختيار واستعمال الطرق التعليمية المناسبة
Choosing and using appropriate teaching methods

المقدمة
Introduction

قدمنا في الفصل الثالث نظرة شاملة حول كيفية تعليم وتعلُم الاتصال في مجال الطب والذي عرضنا فيه:

- المنطق في اتباع الطريقة المستندة إلى المهارات عند الاتصال بين الطبيب والمريض.
- أهمية طرق تعلم تجريبية محددة عند تعليم مهارات الاتصال.
- الحاجة إلى إدخال طرق تستند إلى المشكلة.
- قيمة الطرق الإرشادية والإدراكية لتكامل التعلم التجريبي.

ولكن كيف يتم استعمال هذه الطرق عند التطبيق؟ وما الطرق الإرشادية والتجريبية المتوافرة؟ وما فوائد ومساوئ كل منها؟ كيف يتسنى للمّدرب أن يزيد من معرفة المتعلمين وإدراكهم لاتصال الطبيب – المريض وكذلك مضاعفة تطوير مهاراتهم أيضا؟

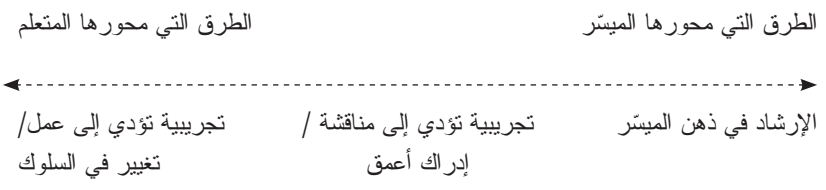
إن اختيار طرق التعليم والتعلم تؤثر تأثيراً بالغاً في النتائج التي من المحتمل أن تبلغها برامج الاتصال أو الجلسات الفردية.ويحتاج مدراء البرامج والميسّرون إلى تفهم المزايا النسبية لكل طريقة ومن ثم الاختيار بينهما عن قصدٍ وحيث أن هذه الطريقة تتطلب المشاركة الفاعلة، فإن المتعلمين سيستفيدون من إدراك المنطق الذي يقِف وراء اختياراتهم أيضاً.

ولذا سنقوم في هذا الفصل بـــ:

1 استقصاء كيفية الاختيار من بين الطرق التعليمية المتوافرة.
2 تفحص فائدة استعمال الطرق الإرشادية «Didactic» المستندة إلى المعرفة.
3 مناقشة الاستعانة بالمواد التجريبية الآتية ومزاياها النسبية:
   - التسجيلات الصوتية والصورية.
   - المرضى الحقيقيون.
   - المرضى الممثلون.
   - أداء الأدوار.

اختيار الطرق التعليمية المناسبة

كيف نختار من بين الطرق التعليمية المتنوعة المتاحة للاستعمال في المنهج الدراسي للاتصال؟ ماذا نتوقع من كل طريقة مختلفة أن تحقق؟ إن وضع الطرق المتوافرة في المنوال الآتي يرشدنا عند اتخاذ القرار:



الشكل (4.1) طرق المنوال المتصل عند تعليم مهارات الاتصال

إن طرق المنوال المتصل مفيدة ولا يوجد من بينها ما يخلو من الاستحقاق، وتؤثر الاعتبارات العملية المتيسّرة والكلفة وضيق الوقت جميعاً على اختيار الطريقة. ولكن فاعلية إحدى الطرق بعينها تعتمد على النتائج التي تسعى للحصول عليها في نهاية المطاف.

الطرق الإرشادية

Didactic

إن القطب الإرشادي للمنوال المتصل يتضمن المحاضرات وعروض المجموعة «Group presentations» والقراءة. وعلى الرغم من أن هذه الطرق قد تكون مثيرة، إلا أنها لا تميل إلى أن تحدث تغييرات في السلوك أو نمو المهارات. ومثل هذه الطرق التي يكون محورها الميسّر ودور المتعلم أكثر سلبية يمكن لها أن تحفز الاهتمام بالموضوع وتنمي التفكير وتوسع الفهم وتساعد على نشوء أو خلق أطر ذهنية، ولكنها لوحدها نادراً ما تؤدي إلى عمل أو تغيير مستديم. وتساعد الطرق الإرشادية المتعلمين على معرفة ما الضروري للاتصال بفاعلية أيضاً ولكنها لا تطور مهارات المتعلم أو تضمن التمكن أو التطبيق على أرض الواقع.

الطرق التجريبية التي تؤدي إلى مناقشة أو فهم أعمق

Experiential methods that lead toward deeper discussion or understanding

عند التحرك على المنوال المتصل باتجاه الوسط نجد هناك مجموعة من الطرق التجريبية التي تؤدي إلى مناقشة أعمق أو تفهم أكبر، إلاّ إنها لا تزال على مسافة من التغييرات في السلوك. وعلى كل حال، فإن هذه الطرق قد تزيد من مساهمة المتعلمين مقارنة بالطرق الإرشادية ومن مستوى استجابتهم ومشاركتهم: تتضمّن الأمثلة المظاهرات الحيّة «Live demonstrations»، و«أشرطة محفزة، Trigger tapes، تسجيلات قصيرة تستعمل حافزاً للمناقشة»، وأداء الأدوار، وورش العمل، والمناقشات والتمرينات.

الطرق التجريبية التي تؤدي إلى إجراء فاعل أو تغيير في السلوك

Experiential methods that lead to action or change in behaviour

وأخيراً، نتحرك باتجاه المنوال المستمر للطرق التجريبية التي تؤدي إلى أحداث تغيير في السلوك. وهنا يقوم أحد المتعلمين بالمقابلة الطبية في حين يراقبه الآخرون، وينشغل المتعلمون في الاسترجاع المتعلق بالمقابلة والتدرّب على طرق بديلة أو مهارات محددة وربما إجراء محاولات لاحقة جزئياً أو كلياً. ويصبح الأداء جزءاً مهماً من الدورة، والطرق التجريبية هي الأكثر احتمالاً أن تتمخض عن التجريب مع البدائل والتغييرات في المواقف والسلوك وتطور المهارات والإستراتيجيات والعمل الفاعل «أكثر من مجرد تعميق الوعي

والفهم». ويمكن وصف الاختلافات بين الطرق الإرشادية والتجريبية بالفرق بين معرفة «ما حول» الاتصال الفاعل و«القدرة» على الاتصال بفاعلية.

الصيغة: مجموعة كبيرة أو مجموعة صغيرة أو الجلسات الفردية
Format: large group, small group or one to one

يمكن للتعليم الإرشادي أن يتم ضمن صيغ كثيرة تشمل المجموعة الكبيرة أو الصغيرة أو فرداً لفرد وحتى منفرداً «Solitary settings». ويمكن للمحاضرات والمظاهرات الأكثر تفاعلاً والتمارين أن تجرى بمجموعات كبيرة أو صغيرة. كما يمكن مناقشة بحوث الاتصال ونظرياته عبر المناقشات بين شخصين أو على شكل مجاميع كبيرة. وإن المطالعة المعمّقة ومراجعة البحوث المتخصصة وعمل مشروع يمكن أن يقوم بها بصورة فردية أو من خلال مجموعات صغيرة. وعلى النقيض من ذلك، فإن التعليم التجريبي الذي يستند إلى المشكلات يمكن القيام به بصورة أكبر فاعلية أما ضمن مجموعة صغيرة أو فرداً لفرد وبمساعدة ميسّرين خبراء.

وحيث أن برامج مهارات الاتصال تؤكد بشكل كبير على طرق الجانب الأيسر من المنوال المستمر المبيّن في الشكل (4.1) ويجري الجزء الأعظم من التعليم في جلسات لمجموعات صغيرة أو التعليم فرداً لفرد، ولذلك سوف نناقش الفوائد والامتيازات النسبية لجلسات المجموعة الصغيرة مقابل جلسات تعليم الفرد في الفصل السادس.

وتحافظ طرق المنوال المستمر المتعددة على سعة الخيارات في ذهن مدراء البرنامج والميسّرين ومساعدتهم على اختيار الطرق المناسبة لكل مكون من مكونات المنهج الدراسي للاتصال. وسنستكشف في بقية هذا الفصل استخدام طرق من جانبي المنوال المستمر في برامج مهارات الاتصال.

استخدام طرق من النصف الأيمن للمنوال المستمر
Using methods from the right half of the methods continuum

سبق وركّزنا على أن الطرق الإرشادية ليست كافية بحد ذاتها لإحداث التغيير في سلوك المتعلم. ومطلوب من الطرق التجريبية أن تماسك التعليم المتحقق من الطرق الإرشادية، ومع ذلك فلا تزال الطرق الإرشادية مهمة في منهج الاتصال:

- يمكن للمادة الإدراكية أن تحفز المتعلمين على التدريب على مهارات الاتصال، ففهم المشكلات التي تحدث في الاتصال الطبي واختيار الحلول التي تسفر عنها البحوث من أجل التغلب عليها، وتعلم ما تكشفه النظريات والبحوث التي تؤكد على مهارات الاتصال وتعليمها، فسيكون باستطاعة المتعلمين أن يعوا أهمية دراسة هذا الموضوع وإمكانية تعريض أنفسهم إلى المضايقات الضمنية لعملية المراقبة التجريبية والاسترجاع.
- بإمكان المادة الإرشادية من أن تضيء الطريق أمام التعلم التجريبي وتزيد من تفهم المتعلمين للمهارات التي يكتسبونها وتساعدهم على رؤية الروابط المنطقية بينها.

إدخال المادة الإدراكية في مادة المنهج الدراسي
Introducing cognitive material into the curriculum

يمكن إضافة المادة الإدراكية إلى مناهج الاتصال بطرق عديدة مثل:

بحيث تصبح جزءاً مكمّلاً مِن العمل المستند إلى المهارات
As an integral part of skills-based work

يمكن زيادة المواد الإدراكية التي يمكن أن يهضمها المتعلمون بشكل أفضل عندما يستطيعون:

- اكتشاف الحاجة إلى المعلومات بأنفسهم.
- الإمساك بالمعلومات بفاعلية بدلاً من مجرد الاستماع السلبي للمعلومات المقدمة.
- تفهم المسوّغات العقلانية والأسس التي تقف خلف المعلومات بدلاً من تعلمها ببساطة عن طريق التكرار.
- فهم التفاعلات المنطقية المتبادلة وحلقات الوصل بين الأجزاء المختلفة من المعلومات.
- جمع المفاهيم المتنوعة بمجاميع يمكن تذكّرها لاحقاً.
- عقد الصلة بين المعلومات والتطبيق العملي لها.

قدمنا في الفصل الخامس أسلوب تحليل مشكلات — المقابلة – المستند إلى نتائجها «agenda-led outcome-based analysis» بمثابة طريقة دمج التعلم التجريبي الذي يستند إلى المشكلة مع التقديم المبرمج زمنياً بشكل جيد لبيّنات البحوث والمواد الإرشادية الأخرى في تعليم وتعلم الاتصال. وتبني هذه الطريقة فوق الأسس المبنية أعلاه مادة إضافية عند تلك النقطة التي يكون عندها استكشاف المتعلمين التجريبية قد وصلت وشعر المتعلمون آنذاك بحاجتهم إلى المعلومات التي يستطيعون استيعابها فوراً. ويمكن تجربة أية دروس متأتية من هذه المعلومات فوراً والتدرّب عليها لمعرفة مدى قيمتها عند التطبيق العلمي.
وتقديم المادة الإرشادية جزء مكمل لمسؤولية الميسّرين خلال الجلسات التجريبية. ولبلوغ هذا القصد، ينبغي أن تكون جاهزة تحت يد الميسّرين المعلومات اللازمة حول بحوث ونظريات الاتصال. وهذه عقبة أمام الكثير من الميسّرين الذين يفتقرون إلى التدريب المنهجي. وبالرغم من رغبتهم في حصول العكس فإن وقتهم القليل لا يسمح لهم بمتابعة هذه المعلومات بجهودهم الخاصة، وكتابنا المصاحب «مهارات الاتصال بالمرضى» مهم لمساعدة مدراء البرنامج والميسّرين لتذليل هذه العقبة.

يمكن عرضها كنشاطات مستقلة
As separate activities

يوجد كذلك مجال لممارسة الأنشطة الإدراكية بشكل مستقل من ضمنها:

- تقديم المحاضرات الإرشادية.
- دراسة البحوث المشهورة.
- قراءات تمحيصية لبيّنات البحوث.
- مجموعات الدراسة والمناقشة.
- عمل المشروع.
- مظاهرات (حية أو بأشرطة الفيديو).
- الندوات والمناقشات لمجموعة خبراء.

- التعليم الالكتروني.

ويحتاج مدراء البرامج والميسّرين إلى النظر في كيفية الاستعانة بهذه الأنشطة ضمن المنهج الدراسي، فمثلاً ربما:

- يهيئون محاضرة لمجموعة كبيره عند بداية الدورة «للامساك» باهتمام المتعلمين أو ليقدموا إطاراً ذهنياً يساعد على فهم العمل التجريبي.
- استخدام مجموعات المناقشة لتنشيط العمل التجريبي بالموضوعات التي تظهر خلال الدورة.
- تحديد بحوث مهمة أو تقديم عمل مشروع أو إقامة حلقات دراسية حول موضوعات ظهرت خلال المناقشات التجريبية.
- عمل مظاهرات أو استعمال الأشرطة المحفزة من أجل تقديم مهارات تناسب جزءاً معيناً من المقابلة الطبية.
- إقامة جلسات إرشادية لمجموعات صغيرة أو كبيرة بشكل استراتيجي على مدى الدورة من أجل تلخيص عملية التعليم حتى ذلك الحين، وتقديم بيّنات البحوث أو تخصيص مجال لقضايا أو مهارات جديدة.

ومن المهم شرح أسباب تعريض المشاركين لمثل هذه الأنشطة من أجل انتقاء الخيارات المناسبة لهم.

المحاضرات مثلاً، ليست الطريقة الفاعلة لتغيير السلوك ولكنها يمكن أن تعمل «كصنارة» لاصطياد المتعلمين وتمكينهم من تقبل التعلم التجريبي. وفي دورات الاتصال الإجبارية لطلبة الطب، فإن محاضرة أولية يمكن أن تسهل على المتعلمين اتباع طرق العمل الجديدة وذلك بعرض المشهد وتوضيح الأهداف وطرق تعليم الدورة. وفي التعليم الطبي المستمر، فإن محاضرة واحدة يمكن أن تظفر باهتمام المتعلمين عندما توضح الحاجة إلى التدريب على الاتصال وتضفي شرعية على الموضوع بتقديم البيّنات البحثية المناسبة. ويمكن أن تعمل كمحفز للأطباء الممارسين على المشاركة في الدورات التجريبية. وكذلك يمكن استخدام المحاضرات ضمن دورةٍ ما من أجل توجيه التقدم الحاصل نحو الأمام وتقديم مناطق جديدة للتعلم قبل الانطلاق إلى جلسات تجريبيةٍ جديدة. إن المقدمات الإرشادية تصبح أكثر فاعلية عندما تتضمن التفاعل مثل المناقشة والعصف الذهني وتمرينات الأقران بمجموعات زوجية أو مجموعات صغيرة خلال المحاضرة لتحفيز المشاركين في عملية التعليم.

والقراءة المعمقة وعمل مشروع، تأسر ذهن المتعلمين بذكاء وتمكّنهم من تفهم الأساس النظري والبحثي الذي يضفي المصداقية على دراسة مهارات الاتصال في الطب واستكشاف المنطق الذي يؤكد على استخدام المهارات المعيّنة.

المظاهرات «Demonstrations» يمكن أن تؤدي دوراً في عرض مهارات اتصال معينة ولكن يجب أن لا تعوض أو تربك التدريب التجريبي الحقيقي. ويمكن للمظاهرة أن تكون فاتحة لمناظرة حيوية عن الاتصال بالمرضى. وقد يعد عرض الأشرطة التحفيزية أو إجراء المدرب مقابلات حيّة جيدة ورديئة مع مرضى حقيقيين أو ممثلين بمثابة خطوة أولى في تعليم مهارات الاتصال عندما تعمل كنماذج للسلوكيات المناسبة. ويمكن القيام بذلك عن طريق جلسات لمجموعات كبيرة بالترابط مع المحاضرات أو كبديل لها. فمثلاً خلال جلسة في كالكاري حول بناء العلاقات للبوح بالأخبار السيئة نتعاون بعناية مع اختصاصي الرعاية التلطيفية* والعمل مع ممثل يُظهر بمظاهرة عملية كيف:

1 يباشر بإقامة علاقة ثقة بمريض عليه أن يخبره خبراً سيئاً.

* نحن ممتنون من د. تيد «Dr. Ted Braun» اختصاص الرعاية التلطيفية في كالكاري البرتا لإجرائه مظاهرة لبيان مهارات بناء العلاقة والبوح بالخبر السيئ بمهارة.

2 يقدم له الخبر السيئ وهو الخشية من الإصابة بسرطان الكبد والتي تتطلب الحصول على خزعة، ثم يستجيب لهواجس المريض.
3 يقوم بعدها بزيارة متابعة وفيها عليه أن يبوح بالخبر السيئ، وهو إصابته بسرطان الكبد قصير المآل.

وبعد كل جزء من المظاهرة نسأل المشاركين أن يشرحوا ويناقشوا المهارات التي قام الاختصاصي بإظهارها وتقديم البدائل لها وأن يحددوا ويتحدثوا عن مشاعر الطبيب ومشاعر المريض، ويتأملوا الحاجة الحرجة في التعامل مع هذه الانفعالات. ويهيئ دليل كالكاري–كامبردج بناءً توجيهياً للمناقشات. ويخرج المشاركون بتفهّم عميق لكيفية إقامة علاقات فاعلة في تلك الظروف ونقل الأخبار السيئة برأفة والعمل مع المريض في هذه المواقف.

في الفصل السادس، نكتشف فائدة المظاهرات وتقديم النماذج «Modelling» من الميسّرين خلال جلسات التعلم التجريبي. وبالطبع، بغض النظر عن سواء كان ذلك قد تم لمجموعات كبيرة أو صغيرة فإن المظاهرات بحد ذاتها تمكّن المتعلمين من معرفة ما ينبغي أكثر من قدرتها على تنمية قابلياتهم من أجل استخدام مهارات الاتصال. ويتطلب تعلُّم مهارات الاتصال الممارسة المراقبة والاسترجاع والتكيف والخصوصية الفردية. المظاهرة شأنها شأن إلقاء المحاضرات – يجب أن تستخدم على نطاق ضيق، إذ أننا نتعلم بأفضل صورة عندما نبتكر أو نعيد الابتكار بأنفسنا. وبدلاً من أن نعرض أحدى المهارات ومن ثم نطلب من المتعلمين أن يجربوا ذلك فإننا نفضل اتباع الطريقة المستندة إلى المشكلة التي تشجع المتعلمين على اكتشاف المهارات المناسبة بأنفسهم. وحينما يجتهد المتعلمون في إظهار مهارات مناسبة، عندها نتأمل فيما إذا كان من المناسب أن نقدم الاقتراحات بأنفسنا.

ويتيح **التعلُّم الالكتروني** من خلال شبكات الانترنت «Online learning» أو القرص المدمج «CD-ROM» لنا طريقة أخرى للارتباط الذهني. إن المزايا الأساسية للتعلم الالكتروني هي الدراسة المستقلة. فإذا كانت البنية التحتية بالتقنية متوفرة فإن المتعلمين يمكنهم الحصول على قرص مدمج (CD-ROM) في الوقت الذي يختارونه. ويستعمل التعلم الالكتروني بصورة متزايدة في التعليم الطبي كأداة تعليمية لدعم البرامج الرسمية وطريقة لتقديم برامج تعلم عبر شبكة الانترنت. وإن فائدته الكامنة في تقديم المعلومات والمحتوى فيما يخص تعليم مهارات الاتصال مدهشة ولاسيما بالنسبة للحصول على منهاج دورة ذات مواضيع متفاعلة مع بعضها كما يمكن الحصول على مقتطفات أفلام قصيرة «فيديو كليب» تقدم مشكلات محددة أو تطبق للاستخدام الفاعل لمهارات محددة (Fleetwood et al. 2000; Herxheimer et al. 2000). ويمكن احتمال إقامة ندوات المناقشة والمؤتمرات الصورية في الشبكة. ويعتمد النجاح على جعل المصادر التعليمية محورها المتعلم ومتكاملة بشكل جيد مع المقابلة وجهاً لوجه والعناصر الأخرى للدورة. ولا يمكن للتعلم الالكتروني بنفسه أن يحل محل عناصر المقابلة وجهاً لوجه لتعلم المهارات. وتتضمن المشكلات الكامنة لهذه الطريقة المعلومات غير الدقيقة أو التي مضى أوانها والقضايا الأخرى المتعلقة بمراقبة الجودة والتقنية غير الجيدة أو غير الموثوقة وتأخر الوصول إلى الأفلام المصورة أو الرسومات وكلفتها العالية. إن الاحتفاظ بموقع الشبكة الالكتروني مستمراً ومداراً بشكل جيد هو مهمة عظيمة وإن قضايا حقوق الملكية قد تتأثر عند الدخول عبر كلمة سر غير المحمية على الرغم من الإشكالات التي تحوم حولها.

استخدام طرق الجانب الأيسر للمنوال المستمر

Using methods from the left half of the methods continuum

تتوافر مجموعة من الطرق التجريبية تجعل من الممكن مراقبة المتعلمين وهم يتفاعلون مع المرضى وتتضمن:

- التسجيلات السمعية والصورية.
- المرضى الحقيقيون.
- المرضى الممثلون.
- أداء الأدوار.

فما هي مميزات كل طريقة من تلك الطرق؟

استرجاع التسجيلات السمعية والصورية

Audio and video feedback

سبق واستكشفنا فوائد الاسترجاع الصوري والصوتي في برامج تعليم مهارات الاتصال في الفصل الثالث. ولقد أظهرت بحوث تعليم مهارات الاتصال بوضوح أهمية تسجيل المقابلات الطبية.

ومما لا شك فيه أن التسجيلات الصورية تمثل المستوى الأرقى لتعليم الاتصال. وعلى الرغم من أن الأشرطة الصورية تثير فضول كل من المتعلمين والمرضى على حد سواء، إلا أنها تسمح بالتركيز على الجوانب المرئية من السلوك غير اللفظي والذي يستحيل معرفته بواسطة الأشرطة الصوتية فهي تشد اهتمام المراقبين أكثر وتؤدي إلى إعطاء تحليلات أكثر تفصيلاً للمقابلات (Kurtz 1975; Westberg and Jason 1994).

القضايا التطبيقية عند استعمال التسجيلات الصورية

Practical issues in the use of video recording

ما القضايا التطبيقية المتضمنة لدى استعمال الأشرطة الصورية في برامج الاتصال؟

What are the practical issues involved when using videotape in communication programmes?

الكلفة

Expense

إنها وسيلة مكلفة، فتوفيرها يتطلب رصد مبلغ ضخم لتجهيز البرنامج بالآلات من أجهزة تصوير (كاميرات) وأجهزة التقاط الصوت (مايكروفونات) وأجهزة عرض «شاشات تلفزيونية وأجهزة فيديو» فضلاً عن إن هذه الأجهزة تحتاج إلى إدامة وصيانة بل إن الحاجة قد تتطلب استبدالها بأحدث منها مع التقدم التكنولوجي، إذ تصبح من مخلفات الماضي. ولحسن الحظ فان أجهزة الكامرة التسجيلية «Camcorder» الخفية قد أصبحت أقل كلفة وأوسع انتشاراً في الآونة الأخيرة. وتوفر التقنية الرقمية اختياراً متاحاً يسمح بتسجيلات عالية الجودة ولكنها بقيت لا تسترعي الاهتمام الواسع بسبب غلاء أسعارها ولأن العرض يتطلب أجهزة رقمية أو الاضطرار إلى نقل المعلومات على أشرطة صورية «خطوة إضافية ومضيعة للوقت وصعبة التنظيم».

التقنية

Technology

يمكن أن تدخل تقنية الفيديو مع عملية التدريب، إذ يجب نصب أجهزة التصوير ولاقطات الصوت وفحصها وضبط مستويات الصوت المطلوبة قبل البدء بتسجيل الجلسات. كما أن أجهزة العرض التي تنسجم وأجهزة التصوير واللاقطات يجب ربطها بأجهزة التسجيل، لأن الإخفاق في التسجيل الصوتي أو الصوري أو العرض يمكن أن يدمر الجلسة ويطيح بثقة المتعلمين والميسّرين على السواء. وللتغلب على هذه المشكلات، يجب

بذل كل جهد ممكن من أجل تبسيط عمليات التسجيل في المقابلات. ويجب أن تكون معدات التسجيل موجودة قبل بدء الجلسات ويفضل أن تكون متوافرة هناك طوال الوقت. وفي المواقف السريرية أو في غرف التعليم التي تستخدم بانتظام للتسجيل، ينبغي نصب وربط أجهزة التصوير وملحقات الإنارة ولاقطات الصوت وغيرها بشكل دائم هناك من أجل تسهيل عملية التسجيل واختصاراً للوقت. كما أن على الميسّرين والعاملين الآخرين أن يتحملوا مسؤولية ضمان تأييد أن تلك الأجهزة قد نصبت فعلاً وإنها صالحة للعمل قبل بدء الجلسات. وعندما يحتاج الوضع إلى نقل تلك الأجهزة إلى أماكن تجري فيها أنشطة سريرية، فإن ذلك يجب أن يتم قبل وقت التسجيل وبدون إشغال المريض أو المتعلم بذلك كما أن أجهزة العرض يجب توفيرها مقدماً كذلك (Kurtz 1975; Westberg and Jason 1994).

تهيئة الجلسة

Setting

إن تهيئة جلسة التعلم التجريبي تتطلب التأمل. وتهيئ بعض الكليات الطبية والمستشفيات التعليمية غرفاً مزدوجة للمراقبة ذات مرايا تظهر الرؤيا من جانب واحد لا من جانبين. ينبغي في مثل هذه الغرف أن تزود بمختبرات مهارات سريرية وتستخدم في أنواع كثيرة من تعليم المهارات السريرية والتقييم. وتجرى المقابلة الطبية في غرفة تشابه غرفة الفحص الطبي مع آلة تصوير ولاقطة صوت مثبتتان داخلها وتراقب مجموعة المتعلمين الصغيرة وتسجل، وأحيانا تناقش المقابلة التي تدور في الغرفة المجاورة.

وإذا لم تكن الغرفة المزدوجة عملياً في أماكن إقامة الجلسات، فيمكن استعمال قواطع متحركة للفصل بين المراقبين من جهة والطبيب والمريض من الجهة ألاخرى. وكبديل آخر، يمكن للمراقبين الجلوس بعيداً في مكان آخر حيث يمكنهم مشاهدة المقابلة الطبية خلال عملية تسجيلها «أسلوب إناء السمك Fishbowl technique» حيث تستخدم عدسات ذات زوايا منفرجة كبيرة للسيطرة على المنظر بأكمله ولكنها تظهره مبالغاً فيه لدرجة غريبة، أو بواسطة تسجيل شريط فيديو بصورة خاصة وسرية ومن ثم مشاهدته لاحقاً من دون أن يقوم المراقبون بمراقبة المقابلة الحية.

وإذا أردت أن تنصب أدوات تصويرك في غرفة فحص فليكن ذلك بصورة غير مرئية جهد الإمكان.

ثبت جهاز التصوير بحيث تسمح بتصوير ثلاثة أرباع جسم الشخص لكل من الطبيب والمريض. وما لم تكن تستطيع أن تتحكم بالكاميرا عن بعد «وحتى مع استخدام أجهزة التحكم عن بعد «الريمونت كونترول»» فانبذ فكرة التلاعب بالتصوير من زوايا غريبة أو استعمال العدسات المقربة (زوم) للحصول على صورة قريبة جداً «Close up» ورؤية تعابير الوجه فمثل هذه الاستخدامات مربكة وهي قليلة الفائدة عند عرض الشريط. وخلال الفحص الطبي للأشخاص، والذي يتضمن خلع الملابس تأكد من أن الكاميرات في وضع لا يمكن خلاله مشاهدة الفحص أو عليك بتغطية عدستها بحيث أن الصوت وحدة هو الذي يسمع خلال الفحص.

الوقت

Time

يستغرق استعمال التسجيلات الصوتية والصورية خلال الجلسات التعليمية وقتاً طويلاً. وان استبدال الشريط بأكمله أو جزء من التسجيل يضيف زيادة كبيرة إلى طول مدة الجلسة التعليمية. ويتطلب التعامل مع شريط الفيديو بكفاءة وخبرة من جانب الميسّر ولاسيما إذا ما أريد البحث عن مهارات وسلوكيات مختارة خلال سير الجلسة. ومن الأمور المفيدة، أن يقوم أعضاء المجموعة بتسجيل زمن التسجيل أو أرقام عداد جهاز

التسجيل لكي يتسنى لهم حصر أجزاء صغيرة من المقابلة كي يسهل العثور عليها وعرضها فيما بعد خلال عملية الاسترجاع «Feedback» أو لكي يتمكن المتعلمون من الرجوع إلى تلك المقاطع فيما بعد.

وذكر روتر وجماعته (Roter et al. 2004) حديثاً طريقة لمحاولة التغلب على مشكلة الوقت فوصفوا طريقة استرجاع إبداعية من شريط الفيديو. حيث تسجل أشرطة المتعلمين على قاعدة قرص مدمج متفاعل (CD-ROM) ومن ثم يتم ترميزها باستخدام نظام ترميز جاهز يسمح بسرعة البحث عن مهارات اتصال محددة، وبهذا يتم توفير الوقت عند الاسترجاع. ولقد نظر المؤلفون في مسألة قبول ذلك من قبل الطلبة وأعضاء الهيئات التدريسية وكذلك تقييم فترة تعليم قصيرة «ساعة وقت للاسترجاع الفيديوي تقترن مع جلسة تعليم إرشادي وأداء ادوار أمدها ساعة واحدة كذلك». ولقد وجد أن هذه الطريقة مقبولة من جميع الأطراف وأن تلك الفترة قد اقترنت بسلسلة من التغيرات في الاتصال معظمها في الاتجاه الإيجابي.

الخشية

Apprehension

يمكن أن يزيد استخدام شريط الفيديو من الخشية أثناء المراقبة(Hargie and Morrow 1986)، فإذا كان الموضوع مراقبة الشخص وهو يجري المقابلة وكان الاسترجاع غير مريح، فإن تحمل كاميرا حية موضوعة في زاوية الغرفة أمراً مقلقاً لاسيما وهو مضطر إلى مراقبة سلوكه من خلال شاشة ذات كاميرا عالية التقنية. إن مزايا استخدام التسجيلات وإعادة التشغيل «التقييم الذاتي وإشراك المتعلم والموضوعية والدقة والاسترجاع المحدد والتحليل الدقيق للسلوك»، يمكن أن تؤدي جميعها إلى خيبة المتعلمين (Beckman and Frankel 1994). وتحتاج هذه الطريقة إلى التعامل الدقيق والحذر وسنبحث كيفية استكشاف ذلك بعمق في الفصلين الخامس والسادس.

وعلى الرغم من هذه المصاعب الكامنة، تبقى التسجيلات الصورية الأداة الأثمن في برامج مهارات الاتصال. وبدلاً من الامتناع عن عمل التسجيل الصوري تتطلب هذه المصاعب الإزالة، إذ إن فوائدها لكل من المتعلمين والأساتذة عظيمة، فالفوائد الآنية للمتعلمين تتجلى في البحوث التي وصفناها في الفصل الثالث، أما الفوائد على المدى الطويل فتؤول إليها كذلك. ويستطيع المتعلمون أن يمسكوا سجلاً بالمقابلة ويستطيعون استعراضه خلال الجلسة التعليمية فيما بعد لغرض تقوية التعلم. ويمكن لمدير البرنامج مسك سجل ربما لمجموعة كبيرة من المقابلات ليساعده في عملية التعليم القابلة أو للإفادة منها عند إعداد «أشرطة التحفيز». ويمكن للتسجيلات كذلك أن تساعد في البحوث وتطوير الدورات وكذلك عند تقييم الطلبة كما سنرى ذلك في الفصل الحادي عشر. وأن طلب الموافقة الإضافية لكل من المرضى والمتعلمين لازمة لأي استعمال للأشرطة الخاصة بهم في البحوث أو التعليم الذي يتجاوز الاستخدام المباشر الذي تم الحصول على الموافقة الأصلية بموجبة.

المرضى الحقيقيون

Real patients

يمكن الاستعانة بالمرضى الحقيقيين في المنهج الدراسي لمهارات الاتصال بعدة أشكال:

التسجيلات الصورية المسبقة لمقابلات حقيقية

Pre-recorded videotapes of real consultations

التسجيلات الصورية لمقابلات طبية حقيقية من الطرق التجريبية العامة المستخدمة في تدريب المقيمين وفي أثناء التعليم الطبي المستمر التي صورت خلال ممارستهم العملية. ولقد أصبحت تلك طريقة قياسية للتدريب على مهارات الاتصال في الممارسة العمومية للخريجين في المملكة المتحدة والتي حضيت بتوصيات كثيرة. وكما نوقشت سابقاً، ومن المهم أن تستكشف الموضوعات التجريبية مواقف اقرب ما تكون إلى الواقع جهد الإمكان. فما عسى أن يكون أفضل من مقابلة حقيقية مسجلة في عيادة الطبيب؟ وبوسع المشاركين أن يجلبوا المقابلات المسجلة التي بدت صعبة لهم ويلتمسوا مساعدة المجموعة حول قضايا محددة.

فضلاً عن العمل المستند إلى المشكلات يمكن أن تستعمل الأشرطة الصورية لمقابلات حقيقية بطريقتين:

- يمكن للمتعلمين أن يسجلوا جميع مقابلاتهم الطبية لمدة من الزمن لضمان شمول موضوعات معينة ثبتت صعوبتها في الممارسة «مثل شرح فائدة جهاز استنشاق الستيرويد لآباء وأمهات مترددين لاستخدام أولادهم المصابين بالربو» قد جرى تسجيلها على الشريط لغرض عرضها ومناقشتها مستقبلاً.
- حالما يحوز تحليل الشريط المسجل على الثقة وتتم تهيئة الوسط الداعم للتعليم يستطيع المتعلمون عندئذ تصوير جلسة سريرية كاملة ويختاروا منها بعض المقابلات بصورة عشوائية. ويشكل هذا الإجراء صورة أوضح لأداء المتعلمين.

ولكن جلب الأشرطة المسجلة التي سبق تصويرها إلى دورة الاتصال بهذه الطريقة له بعض المساوئ، فالمريض لا يستطيع أن يقدم استرجاعاً «Feedback» شخصياً لأداء الأطباء وكذلك لا يمكن إجراء مزيد من التدرّب مع المريض، لذلك يمكن التعويض بالطرق البديلة لأداء الدور بين المتعلمين. نعرف جيداً بأن عمليتي التسجيل والمراقبة ليستا كافيتين بحد ذاتهما. فالمزيد من التدرّب ضروري كذلك من أجل إدخال السلوكيات الجديدة ضمن ذخيرة المتعلمين. ولذا فنحن بحاجة إلى هندسة التدرّب وتكراره في جميع الجلسات التجريبية التي تستخدم فيها التسجيلات الصورية. وهذا الأمر سهل نسبياً مع المرضى الممثلين، إذ تستطيع المجموعة مراقبة التفاعل بين «المريض» والطبيب في أثناء المقابلة، ويمكن استعمال التسجيل الصوري مباشرة بعد ذلك خلال الاسترجاع، ومن ثم يجري تمرين آخر مع الممثل المريض. ومن ناحية أخرى، يمكن أن يكون التدرّب أصعب في حالة التسجيلات الصورية المسبقة لمرضى حقيقيين لأنهم غير متواجدين في تلك الجلسة. وهنا يكون من المهم بالنسبة لأحد أفراد المجموعة أن يراقب التسجيل الصوري من منظور المريض وأن يصبح مستعداً لأداء دور المريض خلال الاسترجاع والتدرّب. ولقد بحثنا هذا الأسلوب بصورة أكثر استفاضة في الفصل الخامس.

المقابلات الحية مع مرضى جلبوا إلى وحدة الاتصال

Live interviews of patients brought to the communication unit

هناك طريقة بديلة لاستخدام مرضى حقيقيين ألا وهي جلبهم إلى دورة الاتصال من أجل إجراء مقابلات معهم لغرض شرح موضوع مساعدة المتعلمين. فمثلاً يمكن للميسّرين الذين هم في الواقع أطباء دعوة

مرضى مختارين للمشاركة في البرنامج أو في حالة كون مكان إجراء الدورة ملحقاً بمستشفى فعندئذ يمكن اتخاذ الترتيبات مع الملاك التمريضي من أجل أن يشارك المرضى الراقدون في العملية.

وتعتمد بعض الكليات الطبية كذلك على مصدر ثالث من المرضى الحقيقيين، المتطوعون أو برنامج مرضى المجتمع. وفي هذه البرامج يؤخذ من المجتمع أشخاص يرغبون في إدماج حكاياتهم المرضية جزئياً أو كلياً في البرنامج كعمل تطوعي أو لقاء أجر زهيد. وهؤلاء المرضى المأخوذون من المجتمع يمكن أن يكونوا من المدرجة أسمائهم على قوائم الإحالة من قبل الأطباء. وأن النشرات التي تدعو مثل أولئك للمشاركة موجودة في غرف انتظار الأطباء أو عن طريق الإعلان بوسائل الإعلام. وعادة ما يرافق منسق البرنامج طبيب يقوم لاختيار المتقدمين وإعداد «مصرف» يتضمن قائمة بأسماء المتطوعين من حيث مشاكلهم أو قضاياهم الصحية التي يعرضونها وما إذا كانوا يرغبون في إخضاعهم للفحص الطبي فضلاً عن بيان علاقة ذلك بتاريخهم المرضي شفوياً. إن المعلومات السكانية والخاصة بالاتصال يحتفظ بها في سجل كالأسماء وأرقام الهواتف وعناوين السكن والبريد الالكتروني وأسم الطبيب والصور الشخصية والأوقات التي يستطيعون الحضور خلالها والعمر والعِرق «Ethnicity» ومسألة توفير وسائل النقل والموافقة التحريرية على المشاركة والتصوير بالفيديو. ويحضر هؤلاء المرضى جلسات توجيهية – تدريبية قبل إجراء المقابلة الأولى معهم من أجل أن يتفهموا دورهم وماذا سيفعلون مع المتدربين وما الذي يتوقعونه من الدورات المتعددة. وعادة ما يتم تدريبهم على تقديم الاسترجاع ومناقشته. ومع مرور الزمن، فإن هذه البرامج تدعم المرضى بشكل فاعل مقدمة خدمة كفوءة في دورات الاتصال والدورات الأخرى في مجال المهارات السريرية. ويقوم مدراء الدورات أو الميسّرون بإعلام الشخص المنسق مع المريض المتطوع أن عليه أن يعرض مشكلة صحية معينة أو قضية أو أمر مقصود خلال مقابلة أو جلسة محددة وعندها يقوم المنسق بالبحث في سجل المعلومات عن المريض المناسب للقيام بالترتيبات. وإذا كان الطلب غير ممكن التحقيق يبحث عندئذ الأمر مع الذي طلب ذلك بغية تدريب المرضى القادمين من المجتمع الذين تتوافر فيهم المتطلبات اللازمة.

والاعتماد على مرضى حقيقيين بهذه الطرق يمكن أن يكون ذا فائدة عظيمة، فمثلاً مع بدء منهج الاتصال في كليات الطب يكون المتعلمون متلهفين لرؤية مرضى حقيقيين ومثمنين تلك الفرصة التي تتيح لهم ممارسة العمل مع المرضى بأمان في وحدة التدريب على الاتصال. ويمكن أن يكون الاسترجاع الآني الصادر عن المريض ذا فائدة كبيرة بالنسبة للمتعلمين. إذ بواسطته يستطيعون اكتشاف ما إذا كانت سلسلة الأسئلة قد تم التعامل معها بحساسية وذلك من منظور المريض أو ما إذا كان المريض يرغب في الحصول على مزيد من المعلومات أكثر مما كان المتعلم قد افترض (Kent et al.1981). وللأسف، فإن المرضى يكونون أحيانا داعمين للمتدربين إلى درجة كبيرة بحيث يكون من الصعب عليهم إبداء انتقادات بناءة!

ويؤدي استخدام مرضى حقيقيين مصاعب أخرى لا يمكن تذليل إلا بعضها من خلال المتطوعين الجيدين أو برامج المرضى المأخوذين من المجتمع.

محددات التدرّب

Rehearsal limitations

على الرغم من أن المحاولة مع البدائل أمر ممكن، ولكن التدرّب المتكرر قد يكون صعباً مع المرضى الحقيقيين الذين عادة ما يجابهون مشكلة مع التقاط مسار المقابلة عند نقطة ظهور مشكلة معينة والتصرف بشكل مختلف في كل تمرين فهم ليسوا بممثلين. وتزداد هذه الصعوبات بشكل متساوق مع تعقيد الوضع. إن التمرين على كيفية اخذ التاريخ الطبي من مريض حقيقي بكفاءة أمر سهل نسبياً. ولكن الطلب من

المرضى السماح لبضعة طلبة تجربة أساليب مختلفة من أجل استخراج الكآبة المخفية مسألة مختلفة كثيراً كما هو واضح.

يمكن العمل مع مرضى محددين دون سواهم

Restricted Types of Patients

تستطيع عينات محددة فقط من المرضى المشاركة، فالمتقاعدون مثلاً لديهم وقت فراغ والمرضى الذين تتم مشاهدتهم يميلون إلى أن يكونوا من ذوي الحالات المزمنة في الممارسة العمومية أو مرضى المستشفيات المستقرة حالتهم آنذاك. ومن الواضح إنهم المجموعة المنتخبة «المنتقاة».

الواقعية

Realism

يؤثر الوسط بحد ذاته إلى درجة كبيرة على المقابلات التي تراقب. وأن كثيراً من الواقعية التي تتضمنها المقابلة الحقيقية تنفيها الطريقة التي يفترض أن تبرمج المقابلة بموجبها. ولكونها مقابلة مكررة، فإن معظم المرضى لا يقدمون الأعراض التي يشكون منها أو هواجسهم بالطريقة نفسها التي قدموها عند مقابلتهم للطبيب أول مرة. فقد لا تكون لدى المريض مشكلة طارئة، وربما كان باستطاعته إخبار الطبيب بالمشكلات التي جابهته في الماضي. وكثيراً من الأجواء العاطفية قد تكون خففت مما أصابهم بعد المقابلة الأولى. ولا نكاد أن نتوقع من مريض أن يكرر مروره بسورة الغضب من المهنة الطبية أو عند استلام خبر سيئ. ولذا لا نتوقع أن نكون قادرين على تعليم كيفية التغلب على مثل هذه المواقف عند اتباع هذا الأسلوب.

الموافقة الواعية

Consent

الموافقة الواعية قضية كبرى في أي موقف في التعليم الطبي يدعى فيه مرضى حقيقيون لمساعدة المتعلمين. ويصدق هذا بشكل خاص عند إجراء التسجيلات الصورية. والموافقة التي يعبر عنها بصراحة لازمة، كما يجب أن تتاح للمرضى وبكل حرية فرصة الرفض أو المشاركة وكذلك فرصة تغيير الرأي بعد المقابلة (Southgate 1993; General Medical Council 1995). ويجب أن تذكر الإجراءات الوقائية بشكل واضح وصريح على ورقة الموافقة، مثل: أن الفحوص الطبية الحساسة لن تسجل، وبأن الأطفال يجب أن يرافقهم شخص بالغ. وستقتصر مشاهدة الأشرطة الصورية على الأطباء فقط والمسؤولين عن تعليمهم. وسيتم الاحتفاظ بالأشرطة بسرية، وستتلف بعد فترة محددة من الزمن. وعلى أولئك المرضى التوقيع قبل وبعد المقابلة تأييداً لموافقتهم الصريحة والكاملة.

يعد الحصول على موافقة المرضى المتبرعين على تسجيل المقابلات التي تمارس مع المتعلمين يسيرة. وعلى كل حال، هناك تناقض بين البيّنات حول مدى معارضة المرضى لتسجيل المقابلات الحقيقية معهم في عيادات الأطباء. وتظهر خمس دراسات من الممارسات العمومية في المملكة المتحدة النتائج الآتية، فقد وجد (Martin and Martin 1984) انخفاضاً في معدل الرفض بنسبة «16٪» وربما كانت النسبة أقل فيما لو كان الأطباء قد طلبوا من المرضى شخصياً أن يشاركوا. بينما لاحظ (Servant and Matheson 1986) رقماً منخفضاً لموافقة المرضى على المشاركة قدره «6٪» فقط حينما يختارون بأنفسهم «مثل تطوع المرضى بصورة ايجابية لتسجيل مقابلاتهم صورياً».

ووجد (Myers 1983) انه كلما كان الوقت الذي يمنح للمرضى لتأمل التسجيل الصوري أكثر كان احتمال رفضه من قبلهم أكثر، كما وجد (Bain and Mackay 1993) أن أقل من نصف عدد المرضى

بقليل ممن كانوا يحضرون العيادات وتعطى لهم أوراق استبيان قالوا أنهم كانوا يشعرون وكأنهم قد اضطروا للمشاركة تحت الضغط «وليس بكامل رضاهم وموافقتهم» وأعرب ثلاثة أرباعهم عن الشعور بعدم الارتياح. وفي دراسة قام بها كامبل وجماعته (Campbell et al. 1995b) على مرضى وقارن بين ممارسين، ووجد بأن لا اختلاف في معدلات الرضا بين المرضى الذين صورت مقابلاتهم والذين لم تصور.

ومن الواضح أن هناك ما يثير القلق بأن المرضى قد يشعرون بأنهم كانوا مكرهين على تسجيل مقابلاتهم وإنهم ربما كانوا قد قاموا بذلك «إرضاء لأطبائهم» أو لضمان جودة العناية الطبية المقدمة لهم وأن لا تتأثر رعايتهم. وهذه مسألة أخلاقية مهمة نطلب منكم النظر فيها بإمعان عند التعامل مع الجهات الرسمية المختصة والمنظمات المهنية ومعاهد الأخلاقيات والمشاورين القانونيون في بلدانكم.

ويقلل طلب الموافقة من موظفي الاستعلامات بدلاً من الأطباء من احتمال إكراه المرضى على الموافقة. ولقد وجدنا أن موظفي الاستعلامات بحاجة إلى التدريب على هذه المهمة لضمان أن المرضى قد أتيحت لهم فرصة الاختيار وأن موظفي الاستعلامات قد أوضحوا للمرضى بأن الأطباء لن يعارضوا فيما إذا فضل المرضى عدم تصويرهم.

المرضى الممثلون

Simulated patients*

استعين بالمرضى الممثلين بنجاح في تعليم وتقييم وبحوث الاتصال منذ تقديمها لأول مرة في ستينيات القرن الماضي (Barrows and Abrahamson 1964; Helfer and Levin 1967; Jason et al. 1971; Werner and Schneider 1974; Maguire 1976; Stillman et al. 1976, 1977, 1990a; Callaway et al. 1977; Kahn et al. 1979; Kurtz 1989; Anderson et al. 1994; Hoppe 1995; Kurtz and Heaton 1995; Kaufman et al. 2000; Madan 1998) والتي عرفت كذلك باسم المرضى المهنيين أو المبرمجين أو القياسيين «ولاسيما عندما كانوا يدربون» لأداء «دور متماسك وثابت لأغراض التقييم والبحث» ويعكس هؤلاء المرضى الممثلون تفاعلات حية لمشكلات طبية محددة وتحديات اتصال حسب الطلب. وفي البداية، كانت الاستعانة بالمرضى الحقيقيين لتقديم صور حقيقية عن حالات من المعاناة سبق وتعرضوا لها بأنفسهم (Barrows and Abrahamson 1964; Helfer et al. 1975b; Stillman et al. 1976). وأصبح المرضى الممثلون مألوفين جداً في الوقت الحاضر، فهم أما أن يكونوا ممثلين محترفين أو هواة أو أفراد عاديين من المجتمع دون سابق خلفية في التمثيل، تدرّبوا ويؤدون أدواراً لم يكونوا قد جربوها من قبل (Barrows 1987).

ويتيح هؤلاء المرضى الممثلون الفرص للمتعلمين لكي يجربوا ويتعلموا في بيئة آمنة دون أن يؤذوا المرضى الحقيقيين وضمن مواقف اقرب ما تكون إلى الواقع. ولقد اثبت استخدام المرضى الممثلين بأنه مقبول لدى كل من المتعلمين والهيئات التدريسية على حد سواء ويمكن الاعتماد عليه كوسيلة معتمده للتعليم والتقييم (Fraser et al. 1994; Vu and Barrows 1994; Hoppe 1995; Bingham et al. 1996). والمرضى الممثلون هم بدائل واقعية لمرضى حقيقيين. ولقد أظهرت البحوث بأن طلبة الطب والأطباء المقيمون والممارسون لا يستطيعون التمييز بين المرضى الحقيقيين والمرضى الممثلين الذين أحسن تدريبهم (Burri et al. 1976; Sanson-Fisher and Poole 1980; Norman et al. 1985; Pringle

* نحن مدينون بالشكر خلال هذه المناقشة عن المرضى الممثلون لكل من السيد برايان كروموف «Brian Gramoff» الممثل المحترف والمدير والرائد في هذا المجال والذي أخرج برنامج المرضى الممثلين لجامعة كالكاري على مدى 13 سنة. كما درب المرضى القياسيين لرجال الاطفاء في وحدات الطوارئ الطبية وكذلك للمجلس الطبي الكندي لامتحانات منح التراخيص. وكذلك السيد ستيف أتمور «Steve Attmore» منسق برنامج المريض الممثل في كلية الطب السريري في جامعة كامبردج والذي ينسق برامج المرضى المفترضون في كليات الطب الثلاث في منطقة ايست انكليا «East Anglia» ولتقديمه الممثلين للمشاركة في الأعمال الطبية وغير الطبية عن طريق شركته المسماة سيمباتيكو (Simpatico).

and Stewart-Evans 1990; Rethans et al. 1991; Saebo et al. 1995). وأن توافر هؤلاء المرضى الممثلون تحت الطلب يوفر من الناحية العملية فرصاً ثمينة لبرامج مهارات الاتصال. وإننا بصدد بحث فائدة المرضى الممثلين بشيء من التعمق لأن هذه الطريقة ذات فائدة كبيرة جداً لبرامج مهارات الاتصال ولأن بعض الكليات الطبية والمتعلمين لم يسبق لهم المرور بهذه التجربة.

مزايا المرضى الممثلين

Advantages of simulated patients

التدرّب

Rehearsal

تتوافر فرص مثالية للتدرّب خلال جلسات الاسترجاع. وهذا أفضل ما يمكن تقديمه للمتعلمين حيث يأخذون حريتهم في تجريب المهارات والتدرّب عليها مراراً وتكراراً، وفعل ما لا يستطيع أحد عمله مع المرضى الحقيقيين في العالم الواقعي ويستطيع المتعلم من التعبير بصوت عال «إن هذه الطريقة لم تعمل جيداً، دعني إذاً تجربتها مرة أخرى وبأسلوب مختلف!». والمرضى الممثلون مستعدون لعمل أخطاء بشكل متعمد من أجل إتاحة العديد من الفرص أمام المتعلمين للتوصل إلى ما مطلوب عن طريق المحاولة والخطأ، ومن أجل أن يمارس المتعلمين المهارات بأمان ومن دون حصول تبعات ضارة لإفساد محاولة التدرّب على مهارة جديدة. وبالطبع، فإن هذا ممكن فقط عندما يكون الممثل حاضراً عند مناقشة المجموعة خلال المقابلة. كما أن هذا لا يتحقق لو كانت المقابلة قد سجلت قبل اجتماع المجموعة وفي غياب المريض الممثل عند مراجعة التسجيل الصوري.

ويمكن الاستعانة بالمرضى الممثلين استعانة مرنة للغاية ضمن برنامج الاتصال، فهم يستطيعون المشاركة مع أو من دون إضافة التسجيل الصوري في الغرف المزدوجة المزودة بمرايا ذات اتجاه واحد كما سبق التطرق إليها في بداية هذا الفصل. ويستطيعون بدلاً من ذلك وببساطة الانضمام إلى مجموعة من المتعلمين وممارسة مهارات المقابلة من دون أية أداة من أدوات مختبر المهارات الحديثة. وهنا، يمكن أن يجلس الممثل والمتعلم على مسافة قريبة من بقية المجموعة وهم يراقبون بصمت أسلوب «عدسة حوض السمك» أو يمكن للممثل أن يصبح جزءاً من المجموعة نفسها عندما يقوم كل فرد منها بالمشاركة في المقابلة والتدرّب.

الارتجال

Improvisation

يستطيع المرضى الممثلين اعادة أداء الأدوار وأجزاء من المقابلات الطبية ويعاودوا الدخول في أي جزء منها مظهرين رد فعل مناسب ومختلف كل مرة كلما قام المتدربون بتجربة أساليب مختلفة. ويستطيع هؤلاء المرضى الممثلون إضفاء المرونة على الطرق المختلفة التي يجربها المتعلمون، فمثلاً في حالة المتدرب الذي لا يملك قابلية استخدام مهارات بناء الألفة «Rapport-Building Skills» فإن الممثل يمكن أن يبدو قلقاً أو يصبح هادئاً كما هو الحال مع المريض الحقيقي. ومن الناحية الأخرى، يستطيع المريض الممثل أن يفشي أفكاره أو مخاوفه إلى المتعلم الأكثر مهارة الذي يستطيع التقاط إشاراته.

وهذه الخصائص الارتجالية مهمة جداً، لأنها تمكّن إظهار مختلف السلوكيات في المشهد. وكذلك فهي تساعد المتعلم ليوقف استمرار المقابلة عند أية نقطة فيها لكي يناقش ما كان جارياً آنذاك. كما يستطيع الممثل في حالة تمثيل دور التوتر التقاط المقابلة في أية لحظة يكون فيها فرد آخر من المجموعة مستعداً للاستمرار. وكما سبق وصفه، ليس من الإنصاف أن نتوقع من مرضى حقيقيين أن يكرروا التدرّب على

مواقف صعبة أو معقدة، وأن يكونوا قادرين على تغيير تصرفاتهم «إزاء» مهارات المتعلمين. وعلى عكس ذلك، فإن الممثلين يمتلكون المزيّة الفائقة لكونهم قد تدربوا على أعمال تكرار الدخول في المواقف كما لو لم يكونوا موجودين هناك أصلاً وأن يقدموا أداء مميزاً كل مرة. وهكذا تبدو قدرتهم على إظهار المرونة بمهارة تامة أمر عظيم لا يمكن تثمينه.

التقييس (المعايرة)

Standardization

كما يقدم المرضى الممثلون حالات قياسية أيضاً أي «القدرة على اعادة أداء الأدوار». ويختلف مستوى التقييس «المعايرة» المطلوب اعتماده على الغرض من استخدام الممثل. وتتطلب المواقف التعليمية عرض الحالة نفسها أو الموقف بطريقة متماسكة منطقياً. ويمكن أن يواجه المتعلمين التحدي نفسه في أيام مختلفة. وبالتأكيد، سيستفيد المتعلمون من رؤية كيف تمكن أقرانهم مواكبة مواقف مماثلة. ويستطيع الميسّرون ومدراء البرامج وضع معايير للتقييم والاسترجاع مقدماً بل وحتى تجربة تحديات الاتصال بأنفسهم. وفي حالة الامتحانات عالية المستوى «High-Stake Exams» ينبغي أن تكون المعايرة عند مستوى أعلى مع عرض متماسك للغاية للحالة، كي يجابه المتعلمون تحديات متماثلة عند تقيمهم. إن قياس أداء المرضى الممثلين قد جعلت الكثير من الخطوات الكبيرة ممكنة سواء في تقييم كفاءة الأداء السريري أو في البحوث التي تجرى على مهارات الاتصال.

التفصيل: إجراء التعديل حسب الطلب

Customization

يسمح استخدام الممثلين للقيام بدور المرضى بأن تكون المقابلة الطبية تتلاءم ومستوى معين للمتعلمين، وأن تُفصلّ حسب احتياجات كل مستوى. ويمكن أن تتفاوت الحالات التي يلعب فيها المرضى الممثلون الأدوار بحيث تزداد درجة التحدي مع درجة إحكام السيطرة على المهارات الأساسية. فالمدرسون «Preceptors» ومدراء البرامج يحتاجون إلى العمل بصورة وثيقة مع الممثلين فيما يتعلق بمثل تلك القرارات – وقد لا يكون من المناسب بالنسبة للممثلين أن يغيّروا أدوارهم من تلقاء أنفسهم أو أن يمنحوا أنفسهم حق التصرف حسب هواهم.

الموضوعات الخاصة والمواقف الصعبة

Specific issues and difficult situations

يستطيع المرضى الممثلون عرض الحالات التي تبين المواقف الصعبة بشكل خاص. ولذا فهم مثاليون عند المساعدة في الجلسات المكّرسة لموضوعات خاصة. ويستطيع مدراء البرامج أن يخططوا مقدماً وأن يضمنوا بأن المنهج سوف يغطي جميع المواقف مثل البوح بالخبر السيئ والإدمان أو الغضب الذي قد لا يظهر تلقائياً لو كان البرنامج يعتمد فقط على المواقف التي تحصل على أرض الواقع والتي يمر بها المتعلمون خلال فترة الدورة التدريبية على الاتصال. والطلب من مرضى حقيقيين بدلاً من الممثلين الحضور إلى وحدة التدريب على الاتصال لكي يعيدوا أداء تجاربهم الصعبة أو المشحونة بالعاطفة مراراً وتكراراً ليس بالأمر المناسب لهم كما هو واضح. ويتغلب استخدام المرضى الممثلين على مثل هذه الصعوبات.

الجهوزّية: التوفر عند الطلب

Availability

يمكن أن يحضر المرضى الممثلون في أي وقت يطلب منهم الحضور فيه دون إزعاج المرضى الحقيقيين. ويمكن إعداد قائمة بالحالات الخاصة لتكون بين أيدي المسؤولين عن برامج الاتصال والهيئات التدريسية في الكليات الطبية حين الطلب. ويستطيعون محاكاة الموقف في المقابلات الطبية التي تتم في العيادات الخارجية أو عند الزيارات البيتية أو الطارئة أو تلك التي تجري إلى جانب سرير المريض. وإن التحرر من قيود ضرورة توفر المريض الحقيقي تتيح لبرنامج الاتصال مجالات اختيار أكبر فيما يخص أماكن عقد الجلسات.

كفاءة الوقت

Time efficiency

إن استخدام المرضى الممثلين فيه توفير مثالي للوقت – فبعض المهارات المحددة يمكن أن تعزل وتمارس من دون الحاجة إلى مراقبة مقابلة كاملة. ومن الممكن أن تتابع مراحل كثيرة من سير المعاناة المتسارعة لكي يتسنى للمتعلمين متابعة سلسلة مهارات الاتصال في أثناء المراحل الواقعية المتعاقبة. ويستطيع الطلبة أن يجربوا خلال يوم واحد احداثاً منتزعة من الواقع قد تستغرق تجربتها أسابيع عديدة. ولقد استخدم نموذج من هذا النوع في دورة تكامل ضمن برنامج لطلبة الطب في جامعة كالكاري «يرجى الرجوع إلى الفصل التاسع» حينما جرى متابعة مريض مصاب بقصور الدورة التاجية من العيادة الخارجية إلى الإدخال ثم النقل إلى وحدة إنعاش القلب وحتى موته الفجائي، في حين كانت زوجته مشغولة بإجراءات شعبة الإدخال للمستشفى ثم البوح بالخبر السيئ ثم مهارات الاتصال في أثناء مواجهة إجراء قانوني مهدد.

الاسترجاع

Feedback

من المزايا الهامة التي تتضمن مشاركة المرضى الممثلين في التدريب على مهارات الاتصال يكمن في مقدرتهم على توفير الاسترجاع للمتعلمين ونفاذ البصيرة من المنظور الماثل إزاءهم. وبوسع مجموعة من المتعلمين الذين تلقوا تدريباً طبياً والميسّرين أن يغفلوا بسرعة منظور المرضى عند مناقشتهم. وفي الحقيقة، يمكن أن يقال أن التدريب الطبي يمكن أن يجعل من المستحيل بالنسبة للأطباء رؤية القضايا بأكملها من وجهة نظر المرضى دون أن تقدم لهم خبرتهم الطبية المتراكمة غشاوة لا يمكن اختراقها بحيث تسدل ستاراً من الظلام على المنظور. وعلى كل حال، فإن باستطاعة المرضى الممثلين شرح ما يشعرون به كمرضى وتهيئة الاسترجاع الذي قد لا يبقى بعكسه متاحاً (Jason et al. 1971; Whitehouse et al. 1984; Barrows 1987). والمرضى الممثلون – شأنهم شأن الميسّرين والمتعلمين أنفسهم – يستفيدون من التدريب من ناحية كيفية عرض استرجاع وصفي تفصيلي بصورة كفوءة.

التيسير والإرشاد والتقييم

Facilitation, instruction and evaluation

ينبغي أن يتدرب المرضى الممثلين على العمل كميسّرين ومرشدين ومقيّمين وذلك مما يزيد من أهمية الدور الذي يؤدونه في البرنامج. وتحت هذه الظروف غالباً ما يطلق عليهم المرضى المرشدون «Patient instructors» (Helfer et al. 1975a; Carrol et al. 1981; Stillman et al. 1983; Levenkron et al. 1987; Nestel et al. 2002)، وهنا لا يقومون بمجرد تقديم الاسترجاع باعتبارهم قد

تقمصوا دور المرضى، ولكنهم يبدون ملاحظاتهم حول مهارات المقابلة الطبية التي استعان بها المتعلمون بصورة اقرب إلى ما يقوم به الميسّرون. والمرضى الممثلون الذين يقومون بدور الميسّرين أقل قدرة على إبداء المساعدة عادة عندما لا تركز عملية التعلم على مهارات صياغة الاتصال حسب وإنما على تكامل مهارات الصياغة والمحتوى والمهارات الإدراكية. ويمكن أن يستخدم الاسترجاع الذي يقدمه المرضى الممثلون في كل من التقييم البنّاء «Formative assessment»، (Stillman et al. 1976, 1977, 1990a,b; van der Vleuten and Swanson 1990; Sharp et al. 1996). والتقييم الإجمالي النهائي «Summative assessment» لمهارات المتعلمين (Stillman and Swanson 1987; Langsley 1991; Grand Maison et al. 1992; Vu et al. 1992; Klass 1994; Pololi 1995). ويستطيعون أن يؤدوا دوراً مهماً في بحوث الاتصال وتعليم مهاراته (Burri et al. 1976; Roter and Hall 1987; Roter et al. 1987; Monahan et al. 1988; Hoppe et al. 1990).

التحديات عند الاستعانة بالمرضى الممثلين

Challenges in the use of simulated patients

هناك عدة قضايا عملية تؤثر في الاستعانة بالمرضى الممثلين في برنامج الاتصال:

الكلفة

Expense

إن أجور المرضى الممثلين مكلفة وعلى عكس الكلف الرئيسة «Capital Costs» المستخدمة لشراء أجهزة التسجيلات الصورية فهذه الكلفة تعتبر متكررة، فالممثلون يطالبون بدفع أجورهم عن القيام بالتمثيل وعن الوقت المصروف والتحضيرات. ولا ينبغي علينا أن نقلل من قيمة المبالغ التي تنفق تعويضاً عن الوقت المصروف. وتعد محظوظاً إذا استطعت العثور على ممثلين متقاعدين أو في حالة «استراحة» الذين بإمكانهم التبرع بالوقت ولكن هذا لا يمكن الاعتماد عليه.

وغالباً ما يكون الممثلون متلهفين للمشاركة في برامج الاتصال وتتضمن الأسباب التي يوردونها فرصة تحسين مهاراتهم في الارتجال وتعلم كيفية تقمص مجموعة متنوعة من الشخصيات والمشكلات وتعلم مهارات الاسترجاع والاستمتاع بمنافع التدريب التخصصي والحصول على مورد مالي مؤقت «إذا كان ذلك ما بين أوقات العمل الرئيسة». وتوفر مدارس تعليم التمثيل عادة طلاباً في مرحلة دراسة التمثيل من المستعدين للغاية لتقديم خدمة مجانية ولكن – وكما سنرى لاحقاً – توجد قضايا رئيسة في هذا المجال ربما تعد أثقل من الاعتبارات المالية.

أن الكُلف الشخصية لأعضاء الهيئات التدريسية والمدربين والمعلمين في الحالات المتقدمة وتدريب المرضى الممثلين وابتكار معايير للتقييم إضافة إلى تكاليف توفير المكان والمعدات والدعم الإداري تحتاج كذلك إلى الأخذ بنظر الاعتبار (King et al. 1994).

الانتقاء

Selection

إن عملية انتقاء المرضى الممثلين مهمة قبل التدريب وخلاله. وهؤلاء قد يكونون من الممثلين المحترفين أو الهواة أو طلبة تمثيل أو أفراد من المجتمع تم تدريبهم من دون أن تكون لهم خلفية مسبقة بالتمثيل. لذا فإن من الحكمة استبعاد المرشحين الذين لديهم مواقف سلبية تجاه المهنة الطبية. كما يجب أن يمر هؤلاء الممثلون عبر عدد من الأمور التي لا بد وأن تعترض طريقهم مثل الرغبة الأصلية في المساعدة بدلاً من

ترصد أخطاء الأطباء والمتعلمين للإيقاع بهم. ولقد مر كثيراً من الناس بتجارب اتصال ضعيف مع مهنيين صحيين من الدرجة الأولى. وإن هذا بحد ذاته، يمكن أن يعد معيناً بشرط أن يكون المرضى الممثلون يتمتعون ببصيرة حاذقة في الموضوعات والمهارات المطروحة على بساط البحث. ومن الأمور التي يجب أن تؤخذ في الاعتبار هي أكبر من مجرد درجة الغضب والحالة الدفاعية والحالة العدوانية عند اختيار من يمكن أن يمثل دور المرضى. هناك مشكلة كامنة أخرى هي مشكلة الفرد الذي لديه معاناة لم تحل بعد وتتعلق بقضية محددة. إن مثل هذه الأمور الشخصية غير مناسبة عادة في التمثيل ويمكن أن تثير المتاعب لكل من الممثل والمتعلم.

ويمكن أن يثبت طلبة معاهد التمثيل أنهم أفضل الممثلين لدور المرضى. وعلى كل حال، فإن طلبة التمثيل قد يفتقرون أحيانا إلى النضوج كي يستطيعوا فهم دورهم في دعم المتعلمين بدلاً من تسجيل النقاط ضدهم. وذلك يتوقف على مستوى خبرتهم وقد يغالون في تمثيلهم. وهؤلاء يتقدمون إلى مراحل أعلى عاماً بعد عام ذلك ما يعني بأن الجهد الذي استهلك في التدريب ينبغي أن يتكرر كل عام لطلبة آخرين، وأن رصيد الممثلين يقل ولا يمكن الاحتفاظ به وتنميته. كما أن استخدام أفراد من المجتمع بدون خلفية في التمثيل عن طريق الاتصال الشفهي أو عبر إعلان قد يكون مفيداً. فمثل هؤلاء يمكن أن يأتوا من وسط مرضى أو منظمات اجتماعية أو مؤسسات تركز على الأمراض أو مجموعات ممثلي مسرح هواة أو قد يكونوا مجرد أفراد من المجتمع مهتمين بالموضوع. ومن صفات المشاركين المفيدة التي يتطلب البحث عنها هي الرغبة في مساعدة الأطباء على التعلم مع قدرة لا تقتصر على حفظ الدور عن ظهر قلب حسب ولكن إظهار المرونة تجاه أساليب القائمين المختلفين بالمقابلات. والقدرة على التعبير عن الانفعالات بصورة شفوية أو غير شفوية والقدرة البدنية على التحمل والاستقرار العاطفي (Pololi 1995; King et al. 1994).

وما لم يكن الأفراد معروفين سابقاً لدى المدربين، فإن كل مرشح يجب أن يغربل بصورة كاملة خلال التقديم والمقابلة. ويجب بذل عناية خاصة عند اختيار المرشحين المأخوذين من المجتمع عموماً، فحمايتهم لا تقل عن حمايتك أنت نفسك. وينبغي الحصول على التاريخ الطبي الشخصي للمرشح كجزء مهم من العملية لضمان أن المرضى الممثلين لا يؤدون أدواراً من شأنها إثارة عواطف كامنة أو مشكلات من تجاربهم التي لم تحل بعد أو أدوار ينجم عنها أداء منحاز أو غير مفيد.

قوائم المشكلات الخفية

Hidden Agendas

على الرغم من أن معظم المتعلمين يعلقون على كيف يمكن أن يكون المرضى الممثلين واقعيين ومفيدين، فإن بعضهم يظنون أحياناً أن هناك جوانب خفية في الدور الذي أعده الميسّر والممثل، وطلب منهم اكتشافه. ويصفون الطريقة كالطريقة التي يتم فيها تقشير بصلة لحين الوصول إلى الطبقة الطرية. وحيث أن الممثل والميسّر وحدهما يعرفان مسبقاً تفاصيل قصة المريض، فقد يبدو أنهما يخططان لإيقاع المتعلم في الفخ عن عمد. وبالإمكان التخفيف من هذه الشكوك بتقديم الممثلين «أو على الأقل حقيقة الاستعانة بالممثلين ولماذا» للمجموعة في وقت مبكر. وبالطبع، فإن بعض جوانب الحالة ماثلة هناك لكي تتحدى مهارات الاتصال لدى المتعلم، إلا أن من الضروري أن يرى المتعلمون أن هذه هي فرصة لممارسة المهارات أكثر من كونها مصيدة. وإن الاستعانة بحالات حقيقية مع أحداثها الواقعية كأساس للتمثيل بدلاً من فبركة حالات مصطنعة يساعد كذلك على حل هذه المشكلة.

الوقت الإداري

Administrative time

هناك قضية عملية أخرى للنظر في الاعتبار، إلا وهي الوقت المستغرق لكتابة حالة مريض ممثل جديدة وتحديث المحفوظ منها في السجلات وصياغة أدوار المرضى وتطويع وتدريب ومتابعة المرضى الممثلين والتنسيق معهم والحضور في المواعيد المحددة. إن كتابة حالات جديدة حسب الحاجة والاستمرار على تحديث ما سبق حفظه منها في السجلات يتطلب مساعدة من الأطباء. وفي برنامج كبير واسع قد لا يكون بوسع مدراء ذلك البرنامج أن يتحملوا أعباء تلك المهمة لوحدهم. وقد يصبح من الضروري تعيين عاملين يكرسون وقتهم لإدارة برنامج المريض الممثل وتنسيق عملية التدريب وإعادة تدريب المرضى الممثلين مع تطور الحالة الحقيقية.

وفي جامعة كالكاري، أدى تعيين مدير لبرنامج المريض الممثل في كلية الطب التابعة لها «له خلفية في التمثيل والإخراج والإنتاج وتعليم التمثيل» إلى زيادة واسعة النطاق ولافتة للنظر في برنامج المريض الممثل بين أفراد الهيئة التدريسية في كل من برنامجي الكلية وما بعد التخرج وفي عمل الدورات والتقييم معاً. وعلى الرغم من أن البرنامج تأسس في وحدة تدريب الاتصال فقد أنشئ مصرف معلومات للمرضى القياسيين «Standardized Patients» وللحالات، يمكن لمدراء البرامج في أية دورة طلبه عند الحاجة. ويمكن إعداد حالات جديدة عند الطلب بالاستعانة بالخبرة والمعرفة في عملية تطوير أداء الأدوار والتدريب والتي بعكسه قد لا تكون متوافرة لدى مدراء البرامج من الكليات الطبية وعلى مختلف مراحل الدراسة. ولقد مكّن ذلك من انتشار الاستعانة بالمرضى الممثلين خارج مدى وحدات تدريب الاتصال كما حظي بقبول أوسع وتكامل مع برنامج تعليم مهارات الاتصال بين الهيئات التدريسية في كلية الطب عامة.

التدريب

Training

يحتاج المرضى الممثلون إلى التدريب (King et al. 1994). ومن الأمور الحيوية لنجاح البرنامج أن يكون الممثلون قد دُربوا بدقة من أجل أن يصوروا سلوك المرضى بدقة في مختلف الجلسات. وأن يجيدوا أداء أدوار معينة وأن يقدموا استرجاعاً بنّاءاً وجيد القصد. وقبل الانتقال للتدريب على دور معين، يتطلب الأمر توعية أولئك الممثلين ببرنامج الاتصال بشكل عام وبالأهداف التي يتضمنها وطرق التدريس المتبعة في وحدة التدريب، وكذلك لفت أنظارهم إلى المسؤوليات الملقاة عليهم عند تعليم المتعلمين أو تقييمهم. إن أولئك الممثلين بحاجة إلى أن ينسجموا كذلك مع أهداف وطرق برنامج مهارات الاتصال وهم بحاجة إلى تفهم أي تدريب اتصال في مجال الرعاية الصحية هو الذي يرتجى من ورائه التوصل إلى تحديد المشكلات التي قد تجابه المتعلمين خلال خوض البرنامج بهدف تغيير سلوكياتهم واستيعاب تلك المشكلات (Barrows 1987).

موضوعات تدريب المرضى الممثلين

Issues in the training of simulated patients

بما أن التدريب يسهم إسهاماً كبيراً في إنجاح برامج المرضى الممثلين، ففي هذا الجزء من الفصل تجدون مقترحات محددة لتعزيز مثل هذا التدريب.

إدراك كيف يتصرف المرضى

Understanding how patients behave

من الجوانب المهمة التي يجب التطرق إليها في تدريب المرضى الممثلين معرفة كيف يتصرف المرضى الحقيقيون خلال المقابلة الطبية عملياً. وقد لا يحبذ الممثلون الأنماط السلوكية التي تتكرر في البحوث على نحو لا يتغير والتي غالباً ما تحدث في المقابلات بين الأطباء والمرضى. فمثلاً قد لا يفهم الممثلين سبباً منطقياً لتصرف المرضى وهم غالباً ما يلمحون بإشارات مستورة بدلاً من الصريحة تؤكد حاجتهم إلى طرح الأسئلة أو أنهم يكونوا على استحياء عندما يوجّه الأطباء لهم أسئلة مباشرة لأول مرة حول أفكارهم وهواجسهم. وفي السياق نفسه، قد لا يستحسن الممثلون كون المرضى الحقيقيين لا يسألون أطباءهم عادة عن الجوانب التي لم يكن بوسعهم فهمها إلا إذا طلب منهم ذلك بالتحديد.

ومشاهدة الأشرطة المسجلة لمقابلات بين أطباء ومرضى حقيقيين من شأنها مساعدة الممثلين على تفهم تلك الجوانب غير الواضحة. ويحتاج الممثلون إلى تدريب تجريبي خاص بهم لإظهار تلك السلوكيات – فالمراقبة والاسترجاع والتدرّب هي على القدر نفسه من الأهمية بالضبط لكل من الممثلين والمتعلمين. ومن الأمور الضرورية أيضاً هي المراقبة المنتظمة والاسترجاع والتمحيص لمهارات الممثلين عند أدائهم الأدوار المطلوبة منهم.

وتعليمهم الاستجابة بشكل جيد للأسئلة المفتوحة التي أُحسن اختيار كلماتها مهم بشكل خاص. وقد لا يدركون كيف يمكن للمريض أن يستجيب بشكل مختلف للأسئلة المفتوحة والمغلقة. ونتيجة لذلك قد لا يستجيبون استجابة مناسبة للأسئلة التي تتضمن معلومات كافية حول المرض والمعاناة. وعندما يترك هؤلاء ليستعينوا بوسائلهم الخاصة حول هذا الموضوع فقد لاحظنا أن الممثلين غالباً ما يستجيبون إلى الأسئلة مفتوحة النهايات والتي تم اختيار عباراتها بعناية بإجابات مثل «لا أعرف» أو بكلمة أو كلمتين أو ربما بسبب الاعتقاد الخاطئ أنهم سوف يكشفون عن المزيد «من الأسرار» فيما لو تفوهوا بالمزيد. وهم بحاجة إلى انتظار ورود أسئلة مغلقة محددة من أجل الكشف عن كل معلومة محددة. وللأسف، فإن الممثلين عندما يفعلون ذلك يكونون قد ساعدوا المتعلمين – وبإهمال غير مقصود – على التوقف عن استخدام الأسئلة المفتوحة أو استخدام الأسئلة المغلقة بشكل غير صحيح.

وإن تدريب الممثلين القائمين بأدوار المرضى على حسن الاستجابة للأسئلة المفتوحة يمكن أن يتبسط إذا صيغ الأسلوب الذي كتبت به الحالة وتحدد كيف يجب أن تكون استجابات أولئك الممثلين لمجموعة منوعة من تلك الحالات. ومن السهل جداً وضع مثل تلك المعلومات وتكون أكثر واقعية عندما يكون واضعوها مقدمو خدمات رعاية صحية يسندون حالاتهم إلى مقابلات طبية حقيقية أجريت مع مرضى حقيقيين – والتمثيل يمكن أن يعكس عندئذ استجابات المرضى الحقيقيين – قلت أم كثرت – للأسئلة المفتوحة.

وهناك ثلاثة مجالات مهمة على وجه التخصيص لتحديد كيفية الاستجابة للأسئلة المفتوحة:

- عند بداية المقابلة الطبية حينما يسأل الطبيب القائم بالمقابلة: «ماذا تأمل في أن نتحدث عنه اليوم؟» أو «ما الأسئلة التي تأمل أن نجيبك عنها اليوم؟»
- عندما يحاول الطبيب أن يستخرج قائمة مشكلات المريض قبل أن يأخذ تاريخه المرضي فيوجّه مثل هذا السؤال: «إذاً هي الحمى والتعب... أي شيء آخر على قائمة اليوم؟»
- خلال عملية جمع المعلومات عندما يحاول الطبيب القائم بالمقابلة تشجيع المريض على سرد قصته موجّهاً مثل هذا السؤال: «أخبرني عما جرى منذ أن لاحظت المشكلات في الأسبوع الماضي ولحد اليوم». أو متابعة سؤال مفتوح سابق بطلب مثل: «أرجو أن تخبرني بمزيد من التفصيل عن الألم».

ومن الأمثلة على الصيغ المختارة التي تتضمن توجيهات للممثلين حول كيفية الاستجابة للأسئلة المفتوحة تجدونها في الملحق (3). ولقد وجدنا أن إدخال مثل هذه التوجيهات ضروري عندما يكون التقييس «Standardization» مهماً «كما في الحالات التي ستستخدم للامتحان أو التقييمات الأخرى عالية المستوى» وللحالات التي سوف تستخدم في جلسات تعليم المجموعات الصغيرة البنّاء «formative».

فهم كيفية تقديم الاسترجاع

Understanding how to give feedback

إذا طلب من الممثلين تقديم الاسترجاع فأنهم سيكونوا بحاجة إلى فهم أسس إعطاء استرجاع حسن القصد وبنّاء من دون حكم مسبق وبأشكال مختلفة والتي تساعد المتعلمين وتمكنهم من الحصول على التغيير. وبالإضافة إلى أسس الاسترجاع التي سنبحثها في الفصل الخامس فقد وجدنا أن من الأمور المساعدة على تدريب المرضى الممثلين على تفهم ثلاثة مواقف ممكنة يمكن لهم اتخاذها عند تقديمهم الاسترجاع هي:

- الدور «الحيادي» In role, in 'neutral'
- في الدور مع «استمرارية الانفعال» In role, still in the emotion
- خارج الدور Out of role

ففي وضعية الدور «الحيادي» الذي نطلب من الممثلين اتباعه في معظم المواقف، وهنا يبقى الممثل في الدور المرسوم في المقابلة ولكن لا يبقى على نفس درجة الانفعال التي كان عليها عندما أوقف استمرار الدور مباشرة قبل الاسترجاع. فمثلاً، إذا كان المريض غاضباً أو إذا كان يبكي عند نهاية أداء الدور فإن الممثل لا يبقى على هذه الحالة الانفعالية لأن عملية الاسترجاع لدى المجموعة تكون قد بدأت. ولذا فعلى الممثل أن يجلس بهدوء كما لو كانت عجلة تبديل السرعة في السيارة قد وضعت على درجة عدم التعشيق. وعندما يطلب الميسّر من الممثل أن يجيب حسب دور المريض المعروض فأنه ينظر إلى الموقف من مسافة قريبة. ويتم تدريب الممثلين على استعمال عبارات (T) للدلالة على المريض وليس للممثل:

> الميسّر: «يا سيدة جونز، إنني أتساءل كيف كان شعورك عندما حاولت «آن» أن تطمئنك بأن الأطباء قد عملوا لأجل أفضل مصالحك؟»
> المريضة الممثلة: «عندما حاولت «آن» أن تطمئنني وجدت نفسي وقد ازددت غضباً – أظن أن ما كان سيساعدني بالنسبة إلى تلك النقطة لو أن منحتني فقط بعض المجال للتعبير؟»

يرجى ملاحظة أن الممثل – مثله مثل أي عضو في المجموعة – يجب دائماً أن يقدم الاسترجاع للمتعلم مباشرةً بدلاً من الحديث عن المتعلم أمام المجموعة. ومن المذهل كيف أن مثل هذا التغيير الطفيف يجعل من الاسترجاع الذي يقدمه الممثل إلى المتعلم وكأنه شخصي تماماً. وهكذا يصبح أكثر قبولاً، مما يحفز المـــمثل أيضاً ليكون أكثر عناية عند تقديم استرجاع بنّاء وبنية صادقة.

«آن – عندما حاولتِ تطميني – شعرت بأنني صرت أكثر غضباً – أظن أن مما كان سيساعدني في هذه القضية بالذات فقط لو منحتني بعض المجال للتعبير.»
وليس بموجب السياق الآتي:
«عندما حاولت آن تطميني، فالذي حصل إنني ازددت غضباً – أظن انه كان من الأفضل عند تلك النقطة أن تعطيني بعض المجال.»

ولو أن الاسترجاع قد أعطي في الوضعية الثانية أعلاه «في الدور ولكن مع البقاء في الحالة الانفعالية» لكان من الصعب إعطاء استرجاع بنّاء. وعلى العموم، فإن الاسترجاع الذي يُعطى في أثناء أداء الدور مع استمرار الانفعال يؤدي إلى الانفعالات والحيرة التي كان كل من الطبيب والمريض يمران بهما خلال المقابلة بدلاً من السماح بالتعلم كما حصل تواً:

«لقد شعرت بالغضب الشديد ولا أزال – انتم معشر الأطباء تجعلونني أشعر بالمرض عندما تهاجمونني سوية. لماذا لا تغربون عن وجهي إلى الأبد؟»

ومن ناحية أخرى، أطلب من المريض بوضوح أن يعود إلى «الدور» عند نقاط مختلفة خلال جلسة الاسترجاع كي يتمكن المتعلمون من تجربة بدائل بدلاً من مجرد الحديث بشأن الاستخدام الممتاز لموقف «الدور» خلال الجلسة.

والاسترجاع الثالث، الذي هو استرجاع خارج الدور وهو الوضعية الممكنة الثالثة قد تكون على جانب كبير من الإشكال كذلك. فهنا يشير الممثل إلى المريضة مسمياً إياها «السيدة جونز» وهنا استخدم عبارات (T) التي تشير إلى إحساس الممثل نفسه بدلاً من إحساس المريضة:

«أظن أن السيدة جونز قد ازداد غضبها بدلاً من أن يقل في ذلك الموقف. ولست متأكدةً ماذا سيكون شعوري إذا كنت اقابل الطبيبة بنفسي وقالت ذلك – أظن أن معظم المرضى سيشعرون بالانزعاج الشديد.»

إن هذا سيقلل من التأثير المهم للاسترجاع، إذ لم يسمع الطلبة كيف استجاب المريض إلى تداخل المتعلم في ذلك الوقت. وهناك خطر من أن يبدأ المريض الممثل بالكلام نيابة عن المريض بشكل عام بدلاً من التحدث عن كيف شعر ذلك المريض بالذات. وهذا فرق جوهري عند العمل مع ممثلين وافتراض أن جميع المرضى سوف يستجيبون بطريقة واحدة. ولكن ينبغي أن يتعلم الطلبة كيف يقيسون ويتفاعلون مع استجابات الأفراد المختلفة.

ويسمح في ظروف معينة تبني الموقفين الثاني والثالث. فمثلاً قد يكون الأمر بالغ الصعوبة حينما يؤدي الممثل دور مريض مصاب بالذهان ويبقى في حركة دائمة جيئة وذهاباً مماثلة للحركات البدنية والانفعالات للمريض الحقيقي. وهنا لا يستطيع الممثل أن يقدم الاسترجاع بطريقة محايدة وينبغي عليه أما أن يقدم استرجاعاً في الدور أو أن لا يقدمه مطلقاً.

وعندما يطلب من المرضى الممثلين أن يؤدوا دور المريض المرشد «Patient instructor» «كما سبق وصفه» نراهم يقومون بالتحليلات وإبداء الملاحظات حول مهارات معينة جرى استخدامها. فمن الواضح، أنهم يحتاجون إلى الخروج عن الدور ليعملوا كميسّرين. وعلى المرضى الممثلين أن يتأملوا بعناية في الملاحظات التي تدور بخلدهم وأن يميزوا بوضوح بين تلك التي يقدمونها كمرضى والتي يقدمونها كميسّرين.

«عندما حاولت أن تطمئن المريضة، باعتبارك السيدة جونز حسب الدور فقد شعرت أنا نفسي قد ازداد غضبي. هلا نظرنا في مسألة أي مهارات اتصال قد تستخدم لكي نجعل السيدة جونز تستجيب بشكل مختلف؟»
«دعني اخرج قليلاً عن الدور هنا. عند هذه النقطة بالضبط قام أحد المتعلمين أمس بـــ...»
(واصفاً ما فعله متعلم في مجموعة أخرى بحيث كان فاعلاً بشكل خاص للمشكلة التي تحاول هذه المجموعة الحالية حلها).

ويمكن أن يعمل الممثلون كميسّرين جيدين ويقدمون استرجاعاً ثميناً «خارج الدور» ولكن إذا أراد منظمو الدورة أن يتوقعوا من الممثلين تبني هذه المسؤولية بشكل فاعل فعليهم أن يخضعوهم إلى درجة من التدريب شبيهة بما تقدم لميسّرين آخرين. ويحتاج هؤلاء المرضى الممثلون إلى تعلم كيفية التصرف بحذر شديد «مثل لاعب السيرك الذي يسير على حبل مشدود» عندما يؤدون دور المريض وكذلك دور الميسّر. وإذا ما طلب منهم تقديم الاسترجاع حول كيف يشعر المريض ليس فقط حسب الدور المرسوم ولكن كذلك خارج الدور حول مهارات الاتصال بحد ذاتها فأنهم يحتاجون إلى تقويه التفهم حول «أي من» وسائل الاتصال وكذلك فكرة واضحة عن أهداف الجلسة المحددة أو مجموعة المتعلمين المحددة هي التي يقومون بتوفير تيسّير لها.

فهم كيفية إعادة تمثيل الدور لعدة مرات خلال جلسة واحدة

Understanding how to replay the role several times in the same session

في جلسة تعليم مهارات الاتصال قد يضطر الممثل إلى أن يعود مرات عديدة إلى مرحلة سابقة في الدور لكي يستطيع عدد من المشاركين المختلفين ممارسة مهاراتهم والتدرّب عليها. وعلى الممثل، أن يتعلم كيف يبدأ من جديد كما لو كان هو المريض نفسه بالضبط وبشكل مختلف كل مرة، إذ يجرب المشاركون طرق متباينة. وكذلك على المريض الممثل أن يتعلم كيف يرجع إلى نقطة البداية بإظهار الانفعال في كل مرة يقوم فيها بتكرار الدور. وكمثال على نوع الصعوبة التي يمكن أن تظهر هنا، حينما يعمل ممثل واحد مع عدد من المتعلمين وفي أثناء تعمقه في سرد قصته كل مرة يتضايق المريض تدريجياً ويصل إلى حد الغضب أو الإحباط. وهنا على الممثل كبح انفعالاته فجأة والعودة إلى درجة الانفعال السابقة التي أظهرها عندما بدء العمل مع متعلم جديد.

فهم كيفية تغيير الأداء حسب الطلب

Understanding how to vary the performance on request

ضمن التحديات الأخرى التي تجابه الممثلين القابلية على تعلم كيفية تعديل الدور الصعب خلال وقت قصير حسب طلب الميسّرين. ففي بعض الأحيان، يرغب المشاركون في أن يجابهوا بتحديات أكبر مما مرسوم

بالدور. فمثلاً قد يرغبون بممارسة شرح حالة إلى مريض سبق وقرأ الكثير عن المعالجات المتوافرة عن طريق شبكة المعلومات العالمية «الانترنيت» وهكذا ينبغي على الممثلين أن يبدلوا مواقفهم بشكل فجائي ويتصرفون كما لو كانوا يعرفون أكثر بكثير مما هو مثبت في الدور المرسوم لهم. أو قد يسأل الميسّر المتعلمين كيف يتصرفون حين يزداد المريض غضباً ويصبح عدوانياً بسلاطة اللسان. لذا يجب على الممثل أن يكون قادراً على أن يرفع أو يخفض من درجة الغضب بطريقة واقعية وكما لو كان الميسّر قد قام بتشكيل جهاز خيالي لتنظيم الحرارة مثبت على ظهره.

تحضير دور محدد

Preparing a specific role

تتضمن عملية التدريب في جامعة كالكاري على دور معين أن يقوم الممثل بدراسة الحالة المكتوبة التي يفترض منه أن يؤديها ويناقشها مع المدرب. ثم يأتي التدرّب بعد ذلك مع المدرب أو مع أحد الممثلين من ذوي الخبرة في البرنامج بدور الطبيب. وبعدها يناقش المدرب والمريض الممثل وقد يكون أحيانا الطبيب الذي كتب الحالة معهم ونادراً ما يشترك المريض الذي تُمثل حالته باستفاضة حالات سوء الفهم والإجابة عن الأسئلة وتقديم الاقتراحات من أجل إضفاء المزيد من الواقعية على الدور. ولقد وصف (Rashid et al. 1994 and Thew and Worrall 1998) طريقة لتدريب الممثلين الذين يقومون بدور المرضى واستخدم فيها شريط التسجيل الصوري للمقابلة الطبية التي استندت إليها تلك المقابلة.

وبالنسبة للحالات الأكثر تعقيداً ولاسيما عندما تكون المعايير مهمة «Standardization»، 'كما في حالة مشاركة الممثل في امتحان لتقييم «Certifying exam» المهارات' فتشمل تحضيرات أخرى، تقوم مجموعة تعلم صغيرة من الممثلين المطلوب منهم أداء نفس الأدوار بمراقبة أداء بعضهم بعضاً ومن ثم يشاركون مع المؤلفين الذين كتبوا الحالة في الاسترجاع والتدرّب إلى أن يصبح مستوى المعايير مقنعاً. وقد تسجل التدريبات والأداء صورياً مع المتعلمين كيما تعرض لاحقاً أما بشكل مستقل أو مع المدرب ومجموعة صغيرة من الممثلين الآخرين. ويمكن «اختبار» جودة تقمص الدور من أجل اعتبار مصداقيته وذلك بأن يقوم الطبيب الذي كتب الحالة – أو طبيب سريري لم يكن قد شاهدها – بإدارة المقابلة. وإذا كانت التمثيل يشمل فحص بدني أو تحديات اتصالية فينبغي تعليمها «قدر الإمكان» واختبارها أسوة بالتاريخ المرضي.

والتدريب على أداء دور واحد يستغرق ما بين ساعتين إلى ثمان ساعات – حسب درجة تعقيد الحالة – مع طلب مزيد من الوقت إذا كان دور الممثل يتطلب تقمص دور المريض المرشد «Patient instructor» وعليه تقديم استرجاع شفوي أو تحريري (King et al. 1994; Pololi 1995). وحالما تكون الحالة قيد الأداء يطلب المدربون من ميسّري جلسات التعلم أو الامتحانات تقديم الاسترجاع والتحقق من أن المريض الممثل يقوم بتمثيل الدور بشكل متماسك. وعلى العكس من ذلك، فمن السهل جداً الخلط بين الحالات أو تغيير أو إغفال عناصر هامة وحاسمة. والتوجيه الموقعي المختصر أو مزيد من التدريب الشامل مطلوبان عادة.

خلق حالات المرضى الممثلين

Developing simulated patient cases

يعد تقمص الأدوار أكثر واقعياً إذا كان مستنداً إلى حالات حقيقية يبين فيها أسم المريض والتفاصيل الأخرى التي جرى تعديلها حفاظاً على السرية. وقد تطبق القصة الأصلية لكي تكون أكثر مناسبة لمتعلمين محددين وذلك بزيادة أو تقليل درجة تعقيد المشكلة. وغالباً ما يتم ابتكار حالة المريض الممثل من فريق تنمية الحالة

الذي يتكون من طبيب سبق له رؤية المريض الأصلي ومدرب للممثل القائم بدور المريض والمعلمين المشمولين ببرنامج التقييم وغيرهم من المهنيين الصحيين (King et al. 1994).

وبالرغم من أن الطرق الأخرى ممكنة إلا أن طريقة خلق الحالة «Case Development» والتي نؤيدها هي نتاج حالة مكتوبة. ويمكن أن تتراوح المقالات بين عدة فقرات إلى عدة صفحات وذلك يتوقف على طبيعة الحالة والقصد من استخدامها. وتنظم التفاصيل ذات العلاقة تحت عناوين التاريخ الطبي «الشكوى الأولية، تاريخ المشكلات، التاريخ السابق، تاريخ العائلة المرضي والتاريخ الاجتماعي المرضي ومنظور المريض، الأفكار والهواجس والآمال (التوقعات) والتأثير على الحياة والمشاعر وغير ذلك». وتكتب المقابلات الطويلة وتبدأ بخلاصة للحالة وسياقها «من حيث المكان مثلاً غرفة الطوارئ أو جناح المستشفى أو عيادة الطبيب والظروف مثل الزيارة الأولى أو زيارة المتابعة والعلاقة السابقة مع الطبيب». وتتضمن هذه المقابلات كذلك التفاصيل ذات العلاقة بشخصية المريض والعواطف والعلاقات. كما يتم تضمين توجيهات مختصرة تتعلق بالجوانب المختلفة لاتصال المريض مثل كم قدّم المريض من معلومات أو الفقرات التي تطرق إليها المريض الأصلي فقط عندما طلب منه التحدث بصراحة. فإذا كانوا جزءاً من الأشخاص المعالجين للحالة فينبغي إيضاح التحديات الاتصالية وتتضمن كلمات محددة بأن على المريض الممثل أن يتفوه بها. ويمكن أن تملأ تفاصيل الوضع الديموغرافي من تاريخ الممثل الشخصي الخاص إذا أراد ذلك. ولكن الحذر يجب أن يتخذ كيلا يتم الانحراف عن الهدف الأصلي الذي يتطلب الاهتمام به والذي لا علاقة له بالحالة. وتتضمن الحالة عادة «نص مكتوب» سيناريو للحالة يتلى على جميع المتعلمين مباشرة قبل أن تبدأ المقابلة مع المريض الممثل. ويتضمن ترتيب الجلسة مع جملة أو جملتين عن المعلومات التي يجب أن يحصل عليها المتعلمون قبل مقابلة مريض حقيقي.

وبالنسبة للحالات التي يدخل فيها الاتصال والفحص الطبي تكاملياً، فنحن ندخل فيها نتائج الفحص البدني والتحليلات المختبرية وغيرها. وقد تتخذ المواد الداعمة شكل رقائق شفافة «السلايدات» أو صور الحاسوب «الكومبيوتر» أو النتائج الشعاعية والفحوص فوق الصوتية «السونار» ومن دون ضرورة لذكر أسم المريض الحقيقي والتي لا ينبغي استخدامها إلا بعد الموافقة. وبالنسبة لبعض الحالات، فإننا نقدم البيانات لكل من الزيارات الأصلية وزيارات المتابعة مع إضافة التعقيدات التي طرأت مع مرور الزمن والتي يمكن للمتعلمين أن يجربوها من خلال تقمص الشخصيات في الدورات المسائية.

وتتضمن «النصوص» معلومات — على أن لا تحتوي على محاورة خارجية ما عدا اقتراحات تعبيرية تطرأ بين حين وآخر «التي تنفع في حالة تحديات اتصال محددة». ونقدم هذه المقابلات الخاصة بالحالات للميسّرين وكذلك للممثلين لكي يتسنى للميسّرين شرح السياق للمتعلمين قبل قيام هؤلاء بمقابلة المريض الممثل. ويحصل الميسّرون كذلك على مستندات تحريرية توضح التفاصيل التي من المتوقع أن يستخرجها المتدربون «من المريض». ويفضل بعض الميسّرين أن يقحموا أنفسهم كمتعلمين أو أطباء مقابلين المريض للمرة الأولى خلال قيامهم بالمراقبة – وهم يلقون نظرة على النص التحريري للحالة فقط بعد أن يكونوا قد عملوا على الحالة بالتعاون مع المتعلمين الآخرين.

ولقد ظهرت صيغ عديدة لكتابة الحالات التي يجري فيها تقمص شخصية المريض. وتتراوح تركيباتها وتعقيداتها تبعاً لمقتضيات البرامج المختلفة وما وراء كل حالة من قصد محدد «يرجى ملاحظة الملحق رقم (3) الذي يتضمن النظام مع حالة كاملة».

ولقد فتحت كليات طب متعددة مصارف للاحتفاظ بالحالات الموثقة كتابياً على مدى السنوات الأخيرة كي توضع تحت تصرف برامج الاتصال وبرامج المهارات السريرية الأخرى لديها، بل أن بعضها أعدت دليلاً بالحالات المحفوظة لديهم وهم على استعداد كي يشاركوا الآخرين بالاستفادة منها عادة لقاء رسم يغطي بعض تكاليف إنتاجها أو عن طريق المقايضة بحالات على نفس مستوى من درجة التعقيد.

العمل بدون حالة مكتوبة

Working without a written case

عند تدريب الخريجين «خريجي كليات الطب» في مجال التعليم الطبي المستمر بشكل خاص وكما سيجري شرحه في الفصل العاشر تجدون طريقة أخرى للعمل مع الممثلين الذين يقومون بدور المرضى يستند فيها العمل التجريبي بأكمله إلى المشكلات التي يواجهها المتعلمون في الحياة اليومية.

وفي هذه الحالة، لا توجد حالات مكتوبة تقررت مسبقاً وبدلاً من ذلك يصف المشارك مشهداً مع مريض حقيقي يتضمن مشكلات أو تحديات اتصالية. وهنا يلعب الممثل دور المريض محاولاً تقمص دور المريض بشكل اقرب إلى الدقة جهد الإمكان لكي يمكن تجربة طرق مختلفة والحصول على قدر من الحدس. ولأجل الانغماس في الدور، يشجع الممثل على أن يطلب التفاصيل من المتعلم الذي جلب الحالة إلى المجموعة. ويمكن اعادة أداء الدور لعدة مرات إلى أن يقتنع المتعلم ويشعر بالارتياح وأن تقمص الدور كان طبيعياً كما هو الحال في الحياة الواقعية وأن المشكلة قد جرى عرضها بوضوح.

وتتطلب هذه الطريقة من العمل قدراً كبيراً من مهارة الارتجال من الممثل الذي يؤدي دور المريض ولا تصلح للأداء إلا من ممثلين أحسن تدريبهم فقط.

دور المتعلم في التمثيل

The role of the learner in simulation

في السيناريوهات التي يقوم فيها ممثل بأداء دور المريض والتي بحثناها آنفاً، يحتاج المتعلمين فهم الدور المطلوب منهم أداؤه. وكثيراً ما نطلب من المتعلمين في كل من الجلسات التعليمية والتقييمية أن يقوموا بتمثيل دور المريض بأنفسهم «بدلاً من الممثلين المحترفين». وقد يكون المتعلم من طلبة المرحلة الأولى أو مقيم في السنة الثالثة لطب الأعصاب أو جراح في الحياة العملية وندعوهم ليمثلوا دور المريض. وبعبارة أخرى، إننا نميل إلى اختيار الحالات والسيناريوهات التي قد يتوقع مجابهتها المتعلمون موضوع البحث على ارض الواقع حالياً أو مستقبلاً. ويتماشى هذا مع قاعدة التعليم التجريبي التي تجعل من سياق التعلم أقرب ما يكون للحياة الواقعية وأن يتعلق مباشرة بالموقف جهد الإمكان.

ومن الضروري أحيانا تعريض المتعلمين إلى تحديات سيجابهونها في السنوات المقبلة لكي يستطيعوا البدء بفهم بعض القضايا المعقدة والتي من خلالها يرون مسؤوليهم من الاختصاصيين يجاهدون لتجاوزها. فطلبة كليات الطب في المملكة المتحدة مثلاً لا يسمح لهم بالتوقيع على استمارات الموافقة على إجراء عمليات جراحية ومع ذلك فإن من الأمور الأساسية أن يجابهوا المصاعب التي تصاحب هذه المهمة خاصة. حيث لا نستطيع الاعتماد على برنامج الإقامة لكي يقدم تدريباً مناسباً على الاتصال في هذه الناحية. وعلى غرار ذلك، فإن الأطباء المقيمين في سنتهم الأولى لا يسمح لهم المشاركة في «ملاحظة عدم الإنعاش، Do not resuscitate notices» على الرغم من أنها مسألة تتطلب الاستكشاف الدقيق.

أداء الأدوار

Role play

فوائد أداء الأدوار

Advantages of role play

أداء الأدوار طريقة قيّمة أخرى نلجأ إليها في منهج الاتصال (Bird and Cohen-Cole 1983; Simpson 1985; Maguire and Faulkner 1988b; Coonar 1991; Koh et al. 1991; Mansfield 1991; Cohen-Cole et al. 1995). ولقد سبق وناقشنا كيف أن أداء الدور يعتبر جزءاً مكملاً لجميع الطرق التجريبية ومن ضمنها التدرّب. إذ يشجع أفراد المجموعة على تبني دور الطبيب خلال تحليل المقابلة لكي يمارسوا ويتدربوا على المهارات. ولقد رأينا كذلك كيف أن عدم توفر المريض الحقيقي أو الممثل في المقابلات أو المواقف الأخرى كي يشارك في مناقشة المقابلة الطبية ولأجل تسهيل عمليتي الاسترجاع والتدرّب فإن مشاركاً من المجموعة عليه أن يؤدي دور المريض.

ونحن الآن بصدد شكل محدد من أداء الأدوار حين يقوم المتعلم بدور المريض طيلة مقابلة طبية كاملة. وقد يعطى المتعلم الذي يقوم بأداء دور المريض دوراً معيناً كي يؤديه «مثلاً عن طريق نص مطبوع مبين فيه التفاصيل» أو بدلاً من ذلك يمكن أن يقوم المتعلمون بإبتكار دور يستند إلى مشكلة طبية عانوا منها بأنفسهم شخصياً أو مرت عليهم كأطباء. ويؤدي زميل آخر من المتعلمين «لم يسبق له الاطلاع على الحالة» دور الطبيب. وعندما يطلب من المتعلمين أن يمثلوا التواريخ المرضية الخاصة بهم، فيتم تشجيعهم على حماية خصوصياتهم كيفما يرغبون وذلك بتغيير تفاصيل معينة ومن دون إعلام أي شخص آخر. وعليكم تذكير المجموعة بأن هذه الحالات مثل التواريخ المرضية لمرضى حقيقيين يجب أن تبقى في إطار السرية.

ومن الفوائد الجلية لأداء الأدوار ما يأتي:

- إنها زهيدة الكلفة – وفي الواقع مجانية!
- لا تتطلب إلا قليلاً من التدريب فيما إذا دعت الحاجة إليه.
- انها متوافرة على الدوام إذ يمكن القيام بها متى ما أراد مدير البرنامج ذلك ومن دون تخطيط أو مزيد من التنظيم. ولا داعي لإعداد أشرطة التسجيل الصوري مقدماً أو تدريب ممثلين وحجز المواعيد معهم.
- إنها تسمح لبعض المتعلمين بأداء دور المريض – وهذا بحد ذاته تجربة تعلم متميزة.
- يمكّن أداء الأدوار من تكرار ممارسة لمهارات محددة مع فتح المجال لمراقبة واسترجاع والتدرّب الآني.
- يمكن استخدامها خلال أية جلسة تعليمية سواء داخل أم خارج منهج الاتصال كلما رغب الميسّرون أو المتعلمون في ممارستهم لمهارات الاتصال المتعلقة بموضوع محدد. ويمكن لمجموعة تآلفت مع أداء الأدوار أن تدخل إلى هذه الطريقة وتخرج منها بكل سهولة.

يستفاد من أداء الأدوار في ظروف متنوعة، وهي:

الحالات الصعبة

Difficult cases

يمكن استخدام أداء الأدوار بطريقة ارتجالية من أجل توضيح حالات صعبة مرت بالمتعلمين خلال عملهم وعرضوها على مجموعة المتعلمين. وأداء دور المريض لا يقدر بثمن – هنا يؤدي الطبيب الذي عانى من صعوبة دور المريض الذي كان لديه مشكلة معه في حين يقوم مشارك آخر بدور الطبيب. ويمكن تجربة

مهارات بديلة في الوقت نفسه يستطيع أن يكتسب الطبيب الأول بصيرة ثمينة عن طريق تجربته الأحاسيس التي يشعر بها المريض الذي يتدبر مشكلته.

سيناريوهات المشكلة

Problem scenarios

يمكن الطلب من المتعلمين أداء الأدوار الخاصة بهم من أجل إبراز مشكلة محددة أو جانب محدد من المقابلة الطبية الذي هو محور الجلسة التعليمية الجارية. ويمكن أن يستند أداء هذه الأدوار إلى سيناريوهات كانوا قد جربوها بأنفسهم في الحياة الواقعية كطلاب أو أطباء أو مرضى.

الموضوعات الخاصة

Specific issues

يمكن وضع النصوص الخاصة بدوري المريض والطبيب من الميسّرين قبل الجلسات لاستقصاء مشكلة محددة ومناقشتها بشكل تفصيلي. وقد أوردنا هنا أحدى الطرق التي يقوم بأدائها مشاركان يقومان بدوري المريض والطبيب. وتصور المقابلة وتحلل بالطريقة نفسها كما لو كان قد تم أداؤها مع مريض ممثل. وبدلاً من ذلك، فإن لعب الأدوار يمكن أن يتم بواسطة تقسيم المجموعة إلى مجموعات زوجية من الأطباء والمرضى أو مجموعات صغيرة من ثلاثة «طبيب ومريض ومراقب». وتقوم كل وحدة بإنتاج وأداء وتحليل المقابلة من دون استخدام شريط صوري. وإن تكليف شخص واحد للعمل كمراقب يساعد الشخصين المتبقيين بأن يأخذا التمرين على محمل الجد ويقدما استرجاعاً وصفياً خلال عملية التحليل. ويمكن اتباع هذا الأسلوب مع المجموعات الكبيرة والصغيرة كذلك، وبهذا يمكن لكل مشارك أن يعمل على مهارات الاتصال الخاصة به آنياً.

الأشرطة المحفزة

Trigger Tapes

يمكن الطلب من المتعلمين بعد مشاهدة الأشرطة التحفيزية أن يطبقوا كلا من دور المريض والطبيب حسبما ورد في الشريط. ولهذا الإجراء فائدة قيّمة محددة عندما يثبت بأن من الصعب الحصول على مادة تجريبية وأن المادة التجريبية الوحيدة المتوافرة تتألف من أشرطة جاهزة لا تتضمن تسجيلات أعضاء المجموعة أنفسهم. وكما بحثنا آنفاً، فإن تحليل الأشرطة التحفيزية يمكن أن يساعد المتعلمين على فهم مهارات الاتصال ذهنياً ويزيد من استجاباتهم. ولكن ليس من المحتمل أن يؤدي ذلك إلى تغيير في سلوكياتهم أو أن يزيد من مهاراتهم. وعلى كل حال، فإن إضافة أداء دور المشارك من شأنه أن يحول استخدام الأشرطة التحفيزية إلى طريقة أكثر تجريبية يمكن أن تعزز تطوير المهارات. فالشريط يؤدي عمل منصة الإطلاق للتدرّب وأداء الأدوار للمهارات الجديدة التي يقترحها المتعلمون للتعاطي مع المشكلات التي يحددونها على الشريط.

مساوئ أداء الأدوار

Disadvantages of role play

تتعلق مساوئ أداء الأدوار بدرجة الصعوبة التي قد يواجهها المتعلمون عند تبني الأدوار. فالمشاركون ليسوا بممثلين، وقد يجدون من الصعوبة أن يؤدوا دوراً من دون أن يكون لديهم الإحساس الداخلي ولاسيما إذا كان لديهم علاقة سابقة مع المشارك الآخر. وعلى وجه التحديد، قد تكمن الصعوبة في اضطرارهم للتخلي

عن معرفتهم الطبية وإظهار رد فعل كمرضى ليس لديهم خلفية أو خبرة أو تجربة التي يتحلى بها المتعلمون واقعاً. ولذا فإن الأسهل بالنسبة للمتعلمين، أن يؤدوا دور مشكلة جربوها بأنفسهم «مع تفاصيل شخصية كافية تم تحويرها لأغراض السرية» أو أن يقوموا بعرض أدوار أشخاص حقيقيين مثل المريض الذي سبق وعالجوه أو في أثناء مراقبتهم لمريض من خلال الشريط المصور. كما يصعب على المتعلمين ارتجال تاريخ مرضي مع استمرارهم في التمثيل إلا إذا تم تهيئة خلفية تفصيلية ومنطقية. وقد يشعر «الطبيب» و «المريض» الممثلين بأنهما يتصنعان، إذا لم يتقمص «المريض» وينغمس تماماً في الدور المقترح. وهذا التصنع هو أعظم نقد شائع يوجه لتمثيل الأدوار. ولذا فإن العناية أمر ضروري عند تهيئة المتعلمين لأداء الأدوار ولاسيما أداء دور «المريض» الذي قد يحتاج إلى مساعدة عند تقمصه الدور واستخلاص المعلومات منه عن الدور لاحقاً. وقد يتطلب الوضع مزيداً من الوقت الإضافي حينما يطلب من المتعلمين أداء الدور في حالات كتبت مسبقاً لاسيما عندما تنطوي على التعقيد أو واسعة التفاصيل أو مشحونة بالانفعالات والعواطف.

مشكلة «اللاواقعية» في التعليم التجريبي
The problem of 'unreality' in experiential learning

إن جميع الطرق التجريبية التي بحثناها ثمينة من حيث أنها تتيح فرص المراقبة والاسترجاع والممارسة. ولكن للأسف، فإن جميع هذه الطرق عرضة للنقد من المتعلمين «وأحيانا من الهيئات التدريسية» على أساس أنها «غير حقيقية». وإن العمل مع التسجيلات المصورة لمرضى حقيقيين هو غير واقعي أيضاً، لأن أشكال التقنية والموافقة الخطية يمكن لها أن تؤثر في المقابلة الطبية. والعمل مع ممثلي دور المرضى لا يشبه العمل مع المرضى الحقيقيين. فإدارة مقابلة مع صديق يمثل دور مريض لا يعادل التفاعل مع مريض حقيقي.

يجب الاعتراف بهذه المشكلات على الدوام وهي حقيقية بعد كل شيء! وإن أية طريقة مراقبة مرتبطة بالتدخل في صياغة المقابلة. وعلى أية حال، فهي لا تزال أفضل الطرق التي بين أيدينا لمساعدة المتعلمين على إظهار مهاراتهم. وعلى الرغم من أننا يجب الإذعان لتحفظات المتعلمين أنفسهم من كونهم لا يظهرون أنفسهم بالشكل الأمثل، إلا أننا يجب أن نبقى على علم بأن التوتر الكامن وراء أطلاق مثل هذه العبارات ليس القلق الناشئ حول دقة الموقف وإنما القلق المتأتي بالدرجة الأولى من كون الشخص مراقباً وفي وضع انتقاد. ويتطلب أن نقبل بهذا الموقف الدفاعي الطبيعي والخوف من أداء المهمة بكفاءة ونتفهمه.

ومن الوسائل الناجحة لقهر هذا التخوف من الأداء هي القبول بأن هذا الموقف غير حقيقي – ويا للأسف – لا تسمح لك المواقف الحقيقية بالمراقبة وبعد ذلك القيام بالتجريب. وهنا أمامك فرصة ارتكاب الأخطاء بأمان وأن تكون في مأمن من إلحاق أذى «بالمريض». ويمكن أداء المقابلات مراراً وتكراراً وكسباً للوقت الأمر الذي لا يمكن أن يحدث على صعيد الحياة الواقعية. وعلى أية حال، فالأمور لا يمكن أن تسير كما خطط لها في الحياة الواقعية أيضاً – فنحن نؤدي المهام دائماً من دون تحقيق أفضل النتائج بسبب المقاطعات في أثناء العمل وبسبب الأفكار المثبطة والإنهاك. ويترتب علينا أن نجد طريقاً نتعامل به مع مواقف كثيرة لم تتهيأ الظروف الملائمة تماماً.

الجزء الثاني

Part 2

تعليم مهارات الاتصال وتعلمها في الممارسة العملية

Communication skills teaching and learning in practice

مقدمة الجزء الثاني: تعليم مهارات الاتصال وتعلمها في الممارسة العملية

Introduction to Part 2: communication skills teaching and learning in practice

والآن لنوجه اهتمامنا إلى الإستراتيجيات العملية عند تعليم مهارات الاتصال وتعلمها. ولقد سبق ورأينا كيف أن برامج الاتصال تحتاج إلى:

- أن تكون مستندة إلى مهارات.
- أن تركّز على تكرار المراقبة والاسترجاع والتدرّب على مستوى مجموعة صغيرة فاعلة أو مستوى التعلم فرداً لفرد.
- أن تركز تركيزاً خاصاً على الطرق التجريبية مثل عرض الأشرطة الصورية أو مرضى حقيقيين أو مرضى ممثلين أو أداء الأدوار.
- أن تتبع طريقة تستند إلى المشكلة ودمجها بطريقة التعلم التجريبية.
- تضمين التعليم موضوعات ذهنية «Cognitive material» وتعلم التوجهات «Attitudinal learning».

وسبق أن وصفنا الاستعانة بدليل كالكاري ــ كامبردج كأرضية تستند إلى البيّنات في مناهج تدريس الاتصال، حيث توفر البيّنات وسيلة لكل من تعريف المهارات المطلوب تعلمها والتحليل المنهجي والاسترجاع المتعلق بتلك المهارات.

والآن، كيف ستضع كل ذلك موضع التطبيق الفعلي؟ كيف يمكنك التوليف بين كل العناصر عند العمل مع المتعلمين؟ كيف يمكنك تنظيم التعليم التجريبي من أجل زيادة «رفع مستوى» كل من التعلم والأمان؟ كيف نربط بين التعلم التجريبي والإرشادي؟ كيف يمكن للميسّرين والمتعلمين وضع هيكل الاسترجاع وعبارات بحيث تنخفض مواقف الاعتراض إلى الحد الأدنى ويتم تشجيع عملية التعلم؟ وما الإستراتيجيات والمصادر التي يمكننا الاستعانة بها لزيادة المشاركة إلى أعلى حد والاستجابة إلى المواقف الصعبة التي لابد من أن تطرأ عند تعليم المهارات وتعلمها؟

ولقد نظرنا في القسم الثاني من هذا الكتاب أيضاً إلى طرق تيسّير تعليم مهارات الاتصال والمشاركة فيها التي تمكننا من التصدي لهذه التحديات. وكما سنبحث بشيء من التفصيل في الفصلين السادس والتاسع فإن هناك نمطان من الجلسات ضروريان في جميع مستويات التعليم الطبي، وهما: الجلسات المكرّسة لتعليم الاتصال والتي تعقد بمعزل عن الرعاية الحقيقية للمريض، وتعليم مهارات الاتصال «الآني، In-the-moment» الأقل رسمية الذي يجري خلال الممارسات اليومية مع مرضى حقيقيين في العيادة أو عند سرير المريض. وتتصف الجلسات المكرّسة لتعليم الاتصال بالسعة والعمق الحيوي وتفي بأغراض المكونات الأساسية لتعليم المهارات التي حددت آنفاً. بينما في تعليم مهارات الاتصال الآني والتي غالباً ما يغفل عنها مخططو المناهج لازمة لتقوية وإضفاء الشرعية على ما يحدث خلال الجلسات المخصصة للتعليم

وينبغي إلقاء الضوء عليها. وإن الاهتمام بمهارات الاتصال على مستوى الممارسات اليومية يصبح على درجة من الأهمية ولاسيما عند الطلبة في المراحل السريرية والإقامة، ومن دون ذلك يفقد برنامج الاتصال المنهجي قيمته في نظر المتعلمين، وعندها يشيع «المنهج الدراسي الخفي» والذي غالباً ما يقدم عليه عن غير قصد «النموذج العملي السائد Modelling» والذي يرونه أمام اعينهم والسير على نهجه والتعامل معه والذي يتعرض له المتعلمون يومياً.

ولذا فإن نجاح برنامج الاتصال يعتمد على نوعين من المدرسين: أساتذة الهيئات التدريسية الذين ييسّرون الجلسات المكرّسة لتعليم الاتصال والأساتذة السريريين «ومن ضمنهم الأطباء المقيمين» الذين يعملون مع المتعلمين في العيادات أو بجانب أسرة المرضى. وكما يتطرق الجزء الثاني من هذا الكتاب إلى احتياجات كل من هذين النوعين من المدرسين.

ويستكشف الفصل الخامس الإستراتيجيات اللازمة للقيام بنوعين من الأنشطة في تعليم مهارات الاتصال وتعلمها وهما:

- كيفية تحليل مهارات الاتصال.
- كيفية القيام بالاسترجاع الفاعل خلال الجلسات التجريبية.

ونظراً لكون المتعلمين على هذا المستوى من التعلم التجريبي ولأن القابلية المطلوب إظهارها بالدقة والتفصيل المطلوبين على المستوى الفردي ولأن قابلية نظرائهم هي مهارة مهنية بهذه الدرجة من الأهمية، فإن كلاً من الميسّرين والمتعلمين سوف يفيدون من هذا الفصل.

ويتطرق الفصل السادس بالتفصيل إلى كيفية إدارة الأنواع المختلفة من جلسات تعليم الاتصال بكفاءة. ولأنها موجهة من حيث المبدأ إلى الميسّرين ومن ضمنهم ميسّري المجموعات الصغيرة الذين يقومون بالتدريس في الجلسات المكرّسة، كما يقدم أفكار لهيئات التدريس السريرية القائمين بالتدريس الآني سواء تم ذلك في ردهات المستشفيات أو في العيادات والأطباء المقيمون الذين يدّرسون طلبة «الصفوف النهائية في كليات الطب» وهي:

- كيف نضع هيكلية جلسات التعلم.
- كيف نطبق الإستراتيجيات الموصوفة في الفصل الخامس في السياقات المختلفة للتعلم.

ومرة أخرى نقول، إن الفصل السابع موجّه للمّيسرين والمتعلمين. واعتماداً على الفصلين السابقين، يهيئ الفصل السابع مجموعة منوعة من الأدوات والإستراتيجيات تزيد من مساهمة وتعلم المجموعة الصغيرة أو سياقات التعليم فرداً لفرد إلى الحد الأقصى ومن ضمنها طرق:

- إشراك المتعلمين.
- دعم تغيير السلوك وتطوير المهارة الذاتية أو مهارات الآخرين.
- التعامل مع الانفعالات والاستجابة إلى المصاعب، مثل: الموقف الدفاعي أو الصراع.

ويمكن استعمال كثير من هذه المصادر للاستفادة منها عند العمل مع المرضى وبصورة خاصة إذا كانت تؤكد على تثقيف المرضى أو تغيير سلوكياتهم.

ويتمم الفصل الثامن ما جاء في الفصل الثاني باستكشاف كيفية التوسع في وتعزيز الخبرة والحوار والمناقشة خلال الجلسات التعليمية وخاصة عند التقديم المبرمج زمنياً للبحوث والنظريات ذات العلاقة.

وعند التكييف المناسب، فإن معظم الإستراتيجيات التي نقدمها هنا تنطبق على التعليم الإرشادي وجلسات التعليم الآنية. وفي الحقيقة، إن كثيراً من تلك المصادر لها علاقة بالتعليم الطبي خارج نطاق برامج الاتصال

والذي من شأنها تعزيز فاعلية المشاركين في أية مجموعة تعلم صغيرة أو التعليم فرداً لفرد عند التركيز على تعليم مهارات سريرية أخرى أو تعزيز السلوك أو تغييره.

الفصل الخامس

Chapter 5

تحليل المقابلات وعرض الاسترجاع «التغذية الاسترجاعية» في جلسات التعليم التجريبي

Analysing interviews and giving feedback in experiential teaching sessions

المقدمة

Introduction

إن تعليم المهارات الاتصالية وتعلمها أو بالأحرى أية مهارات سريرية – يتطلب استمرار الممارسة اللولبية والمراقبة الدقيقة وتحليل المهارات موضع البحث ذاتياً أو من قبل الآخرين، والاسترجاع التفصيلي، ومناقشة كيفية ترسيخ المهارات أو تحسين ما لا يسير بصورة جيدة وفرص التدرّب على المهارة وتكرار التجربة. وفي هذا الفصل، سنركّز على المكونين الرئيسين لهذه الدورة اللولبية (Helical Cycle) من حيث:

1 **كيفية التحليل والاسترجاع في جلسات تعليم مهارات الاتصال:**
- لماذا نحتاج إلى تنظيم الاسترجاع والتعلُم في مجال تعليم مهارات الاتصال؟
- القواعد التقليدية للاسترجاع – نواحي القوة والضعف.
- الطريقة البديلة – تحليل المشكلات المستند إلى نتائج المقابلة (ALOBA, Agenda led outcome based analysis of the consultation).

2 **كيفية صياغة عبارات الاسترجاع صياغة فاعلة في جلسات تعليم مهارات الاتصال:**
- مبادئ الاسترجاع البنّاء.
- الاسترجاع الوصفي.

التحليل والاسترجاع في جلسات تعليم مهارات الاتصال

Carrying out analysis and feedback in communication skills teaching sessions

لماذا نحتاج إلى تنظيم الاسترجاع والتعلم في مجال تعليم مهارات الاتصال؟

Why is there a need to organize feedback and learning in communication skills teaching?

نعلم بأن طرق التدريس الإرشادي ليست ناجحة بحد ذاتها في تعليم مهارات الاتصال، إذ إنها لا تفعل سوى القليل في سبيل تغيير سلوكيات المتعلمين. ومع ذلك، يتمتع التعليم الإرشادي بخصائص يجدها المدرسون في معظم الاختصاصات مشجعه وهي:

- مأمونة على حساب كونها لا تشكل تحدياً للمتعلم الأكثر سلبية.
- إنها حسنة الترتيب – فالمدرس لدية خطة قد وضعت مسبقاً وهي في تطور مستمر حتى النهاية. والمدرس في وضع سيطرة وباستطاعته تقديم كمية كبيرة من المعلومات خلال مدة زمنية قصيرة.
- الموضوع المشمول بالتغطية واضح تماماً – ويمكن لسلسلة من المحاضرات أن تؤمن فصلاً دراسياً كاملاً بشيء من الثقة.

وعلى النقيض من ذلك، فعلى الرغم من أن التعلم التجريبي المستند إلى المهارات أساسي لإحداث تغيير في مهارات الاتصال لدى المتعلمين إلّا أنه يواجه عدة صعوبات ينبغي التغلب عليها إذا أردنا خلق برامج اتصال ناجحة:

- **يعد التعلم التجريبي غير مأمون ضمنياً،** فكلما كانت الطريقة أكثر تحدياً للمتعلمين كانت الصعوبات التي تقف أمامهم أعظم. وأن يعرض المرء نفسه إلى النقد، ليس بالأمر اليسير وفي البيئة الخطأ، فإن التعليقات السالبة أو غير الداعمة من الميسّر أو المتعلمين الآخرين من شأنها إغلاق التعلم الكامن. ولا يشبه تعلم مهارات الاتصال تعلم مهارات أخرى، لأن الاتصال يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمفاهيم الذاتية وقد يفسر المتعلمون الاقتراحات الهادفة إلى التغيير كتهديد لشخصياتهم. ويجب بذل الجهود الإضافية لضمان الحصول على بيئة داعمة وآمنة.
- **يعاني التعلم التجريبي من ضعف البناء،** فهو بيئة أكثر «فوضوية» للعمل وتعرض طرق متعددة للتعلم وخلال بناء أقل وضوحاً. وكلما كان المتعلمون مشمولين أكثر بالتعلم التساهمي كلما كانت عملية بناء الجلسة لضمان التعلم المفيد للجميع أصعب تحقيقاً. فمن السهولة بمكان للمجموعات المتعلمة بالطريقة التجريبية أن تهمل الاستفادة من عامل الوقت أو ينتهي بها الأمر للوصول إلى نقاط غامضة وغير مثمرة.
- **يعتمد التعلم التجريبي بطبيعته على الفرص والعشوائية،** إذ لا يستطيع الميسّرون أبداً أن يقرروا مسبقاً المهارات التي ستغطيها أية جلسة من الجلسات، وأن التركيز سيختلف تبعاً لما قد يطرأ من أمور في المقابلة التي تجري مراقبتها وانسيابية الجلسة والاحتياجات المحددة من المتعلمين. وقد يجابه الميسّرون صعوبة في ضمان إكمال منهج المهارات الدراسي كما يجب، إذ قد تقف أمام المتعلمين صعوبات تتجمع مع الوقت أكثر مما يبدو للناظر وكأنها طرق في متاهة عشوائية ظهرت مع مرور الوقت.

وهكذا، فإن التحدي يكمن في تقليل المصاعب التي ترتبط بالتعليم التجريبي، وفي الوقت نفسه تضخم إلى أقصى حد فرص التعلم الثمينة. ولقد ابتدع مدرسو مهارات الاتصال طرقاً عديدة لتنظيم التحليل والاسترجاع في الجلسات التجريبية من أجل التوصل إلى كل من عنصري الأمان والتعلم (Riccardi and Kurtz 1983; Pendleton et al. 1984; Gask et al. 1991; Lipkin et al. 1995; Silverman et al. 1996). وبهذا الصدد، فإننا نعارض الطريقة الراسخة لتنظيم الاسترجاع ونؤيد طريقة بديلة ألا وهي تحليل المشكلات المستند إلى نتائج المقابلة «Agenda led outcome based analysis of the consultation».

القواعد التقليدية للاسترجاع: مواطن القوة والضعف
Conventional rules of feedback: strengths and weaknesses

قبل كل شيء، سنصف طريقة تنظيم الاسترجاع التي استعملت على نطاق واسع في مجال تعليم مهارات الاتصال. ولقد جرى تكوين هذه الطريقة مبدئياً فيما يتعلق بالاسترجاع في ميدان التعليم الطبي من قبل بيندلتن وجماعته «1984» والتي غالباً ما يشار إليها بعبارة «قواعد بيندلتن، Pendleton's Rules».

وأصبحت هذه القواعد جزءً لا يتجزأ من طرق تعليم مهارات الاتصال في الميدان الطبي (Pendleton et al. 1984; McAvoy 1988; Cohen-Cole 1991; Gask et al. 1991).

وقدمت قواعد الاسترجاع هذه مبدئياً من أجل توفير التوازن والأمان عند تحليل المقابلات. ولاحظ بيندلتن والعاملين معه ميل الاسترجاع في المجال الطبي إلى التركيز على ما يغفله المتعلمون والإخفاقات والتخلي عن النصح البنّاء والداعم في كيفية خلق التغيير. وغالباً ما يفهم المتعلمون أن المراقبة تكون تجربة هدامة لأنها لا تأتي بالرغبة في التعلم. وعليه فقد أوصى فريق بيندلتن بقواعد أساسية للتخفيف من هذا الخطر الكامن، ووضعوا نظاماً محدداً للاسترجاع يركّز على النقاط الجيدة قبل كل شيء ويضمن أن يتحقق التوازن الكلي للاسترجاع.

ولقد فسر الآخرون هذه القواعد الأساسية بأشكال مختلفة بل ومخالفة لما كان يرمي إليه بيندلتن وزملاؤه أساساً. ولقد علق بيندلتن وجماعته (Pendleton et al. 2003) عليه بـــ «الرغبة الجامحة لتطبيق مبادئ الاسترجاع التي اقترحت بالأصل» وحقيقة كون القواعد قد استعملت «كقوانين بدلاً من أدلة إرشادية» حتى ارتقت إلى مستوى «المعتقدات». وأن مثل هذا التفسير الذي تطور مع الزمن وأطلقنا عليه اسم «القواعد التقليدية للاسترجاع» لسهولة الإشارة إليها، وهي قيد الاستعمال على نطاق واسع. ويمكن تلخيص القواعد التقليدية للاسترجاع كما يأتي:

- أنها توضح الموضوعات الواقعية باختصار.
- يبدأ المتعلم الذي يُراقب أولاً بذكر ما أنجزه إنجازاً جيداً، وكيف؟
- وبعدئذٍ يعلق باقي أعضاء المجموعة «أو الميسّر وحده في حالة العمل فرداً لفرد» على ما أُنجز بشكل جيد، وكيف؟
- ثم يعلق المتعلم الذي يتلقى الملاحظات ما الذي يمكن القيام به بشكل مختلف، وكيف؟
- ثم يعلق باقي أعضاء المجموعة «أو الميسّر وحده فقط في حالة فردٍ لفرد» ما الذي يمكن عمله بشكل مختلف، وكيف؟

والأسس التعليمية التي تؤكد عليها هذه القواعد كما يأتي:

- **الملاحظات الايجابية لضمان السلامة أولاً**، أقترح بيندلتن وجماعته بأنه «يجب أن تبحث نقاط القوة أولاً بشكل مستفيض وقبل الإدلاء بأي اقتراحات أخرى والذي يوصف بـــ «بالايداع قبل السحب». وأقتُرح ذلك من أجل الحيلولة دون النقد السلبي الذي يولد التفافاً لولبياً للهجوم والدفاع المضاد، ويقصد من الإصرار على مناقشة نقاط القوة أولاً أن يولد جواً أكثر دعماً وأمناً، ويعزز إيجابياً مواطن القوة أيضاً.
- **التقييم الذاتي أولاً**، إذ تتاح في البدء الفرصة للمتعلم ليعلق على المقابلة الخاصة به. وإن ما يساعد المتعلم أكثر هو أن يتمكن من عرض الموقف الصعب الذي عانى منه في أثناء المقابلة بدلاً من إتاحة الفرصة لأحد المشاركين لكي يذكر الموقف كانتقاد. ويمكن تقليص كثير من المواقف الدفاعية بالتقييم الذاتي. فبالنسبة إلى الميسّرين فإن إدراك المتعلم بالمشكلات عن طريق تقديره الذاتي لها يعتبر معلومة «تشخيصية» مهمة. وهناك فرق شاسع بين المتعلم الذي يستطيع تقدير المشكلة والمتعلم الذي لا يستطيع إدراك أن مشكلة ما قد حصلت بالفعل.
- **توصيات لا انتقادات**، فالأسس التقليدية تؤكد أهمية المضي إلى ما بعد القول، وإن أمراً ما قد أنجز بطريقة غير جيدة. ولأجل أن تحدث عملية التعلم، يجب إعطاء التوصيات حول كيفية التغلب على المشكلة. ولذا فإن القواعد تذكر بأن الاسترجاع يجب أن يقدم فقط حين يمكن تقديم اقتراح لإحداث

التغيير وليس لمجرد «ماذا كان الخلل؟» ولكن التأكيد على «ما الذي كان يمكن عمله بشكل مختلف، وكيف؟»

إن وضع تلك القواعد أسهم إسهاماً كبيراً في التصدي لمشكلات الاسترجاع التي كانت جلية في الأيام الأولى من تحليل المقابلات. وثبت مساعدة تلك القواعد في منع المتعلمين من تلقي النقد السالب فقط. إلا أن المعلمين الصحيين قد اكتسبوا خبرة تراكمت على مدى الأيام في هذا المجال المعقّد وبات جلياً أن هناك مصاعب ضمن القواعد نفسها تحد من كفاءة التعليم. فالمعتقدات الرئيسة التي تتضمنها القواعد، الاسترجاع المتوازن والتقييم الذاتي وتقديم اقتراحات للحصول على التغيير تبقى على نفس الدرجة من الحيوية اليوم مثلما كانت يوم ابتكرت للوهلة الأولى. ولكن الاقتراح الذي يؤكد على إيجاد وجود نظام صارم للاسترجاع هو الذي يخلق المشكلات وليس بالضرورة يقدم الأمان الذي كان القصد الأول لبيندلتن وجماعته.

ما المصاعب الكامنة في القواعد التقليدية؟

What are the potential difficulties of the conventional rules?

الفصل المصطنع بين النقاط الجيدة وبؤر المشكلات وبين المتعلم الفرد والمجموعة

The artificiality of separation of good points and problem areas, and of learner and group

لغرض ضمان عنصر الأمان، فإن القواعد تؤكد ضرورة التنظيم الصارم للاسترجاع مع قيام المشاركين بتقديم النقاط الجيدة قبل مناقشة المصاعب، ويُشجع المتعلم على تقديم الملاحظات قبل أن يسهم المراقبون في العملية. وقد يشعر الميسّر بالحاجة إلى أن يتصرف كشرطي موجهاً من الذي يجب أن يشارك ومتى. إن هذا من شأنه خلق تصنّع بشأن عملية الاسترجاع، إذ قد يحبط المناقشة، والحيلولة دون إبراز النقاط عندما يُفكر فيها أو حينما تكون هي الأكثر مناسبة. وأن وقتاً طويلاً يمكن أن يمر قبل أن يجري التعليق على «أجزاء» محددة من المقابلات الطبية مما يجعل من الصعوبة فيما بعد تذكرها أو ربط بعضها ببعض.

قد يرغب المتعلم في أن يقول:

«ظننت بأنني قدمت نفسي جيداً ولكن لو كنت قد تحققت من هوية الشخص الذي رافق المريض حينما دلف إلى الغرفة.»

أو:

«إنني اعرف ما الذي تقصده من قولك بأن أسئلتي تفصيلية جداً، ولكنني شعرت لو أنني استعنت بمزيد من الأسئلة المفتوحة لكنت قد اكتشفت ما هو أكثر بكثير.»

وعند التمسك بالقواعد التقليدية على الميسّرين التدخل بالشكل الآتي:

«كفى، ينبغي ذكر النقاط الجيدة في هذه المرحلة فقط.»

ويبدو أن القواعد التقليدية تميل إلى القول بأن ضمان الأمان من خلال المراقبة الصارمة لنظام المشاركة هي أهم بكثير من تمكين القيام بمناقشة متفاعلة. ومع ذلك، فغالباً ما يكون تعليق المشاركين بأن هذه الطريقة على درجة كبيرة من الاحتياطات الوقائية بحيث تكبح النقد البنّاء. وإذا كنا نحاول المضي بأسلوب تفاعلي

قدماً للمقابلة نفسها، فهل نقوم بمنعها في أثناء تعليم الاتصال؟ إن التأكيد على الخطر الماثل دائماً يتطلب منا إحكاماً تقييدية، يمكن أن تكون أخطر باعتبارها متناقضة والشعور الأمان.

عبارات التغذية الاسترجاعية التقييمية

Evaluative phrasing of feedback

على الرغم من أن هدفهم هو الحيلولة دون أن يكون للاسترجاع تأثير سلبي على المتعلمين، لكنه يبقى أداة تقييم وإصدار أحكام على المتعلم إذا ما أُعطي بموجب الأصول التقليدية. وعند مناظرة بين ما «قد تم عمله بشكل جيد» وما «كان يمكن عمله بشكل مختلف» فإن القواعد التقليدية تضع نبرة تقييميّة على الاسترجاع الذي يتبع ذلك. فالقواعد تحاول تخفيف ثقل التقييم هذا بالقول بأن الاسترجاع لـــ «نقاط جيدة» سوف تتبعه «توصيات بدلاً من انتقادات».

وفي الوقت نفسه يعد المتعلمون ذلك عاملاً مساعداً إلّا أن ما «يمكن عمله بشكل آخر» يبقى ينظر إليه كبرقع لحجب «ما تم عمله بصورة رديئة» ولاسيما عندما يتعارض تعارضاً مباشراً مع «ما أودّي أداءً جيداً». فقد يستلهم المتعلم الاسترجاع الايجابي الأولي باعتباره غطاء أو أنه غير مخلص القصد «مثل طبقة السكر التي تغلف قرص دواء مر» ويهيئ نفسه للضربة التي ستأتي بالتأكيد.

وكما سنرى لاحقاً في هذا الفصل، فإن الاسترجاع التقويمي يميل إلى أن يخلق مواقف دفاعية ويقلل من السلامة ويكبح عملية التعلم. ولكي يحصل التعلم فعلينا أن ننأى بلغتنا عن التقييم بإطار «الجيد والسيئ» وأن نجد طرقاً بديلة للتعبير عن الاسترجاع بكلمات يمكن أن يتقبلها المتعلمون مباشرة.

تتأخر اكتشاف قائمة مشكلات المتعلم في عملية الاسترجاع

The learner's agenda is discovered late in the feedback process

لا تشجع قواعد الطريقة التقليدية على اكتشاف ما كان يفكر فيه المتعلم إلا بعد وقت متأخر من المناقشات. والتأكيد على النقاط الجيدة قبل كل شيء يمكن أن يمنع المتعلم من الحصول على فرصة مبكرة لبيان نواح معينة يستشف بأنها صعبة والتي يُحبذ عندها تلقي الدعم من المجموعة.

ومن المفارقة أن هذه الطريقة قد تزيد من قلق الشخص الذي يتلقى الاسترجاع. وقد لا يستطيع أن يستوعب النقاط الإيجابية الأولية حول مهاراته الجيدة، إذ إنه قلق من: كيف تُقيم مشكلاته من الآخرين؟ والشكوك قد تؤدي إلى القلق الذي يعيق قدرته على سماع التعليقات حول مهاراته الجيدة، وهكذا تقلل من القدرة الكامنة للمتعلم في استقبال النقاط الحرجة في الاسترجاع.

عدم استغلال الوقت بكفاءة

Inefficient use of time

غالباً ما تستغرق المجموعة وقتاً غير متكافئ بين ما «الجيد» وتترك وقتاً ضئيلاً يخصص للمساعدة البنّاءة والتغلب على صعوبات المقابلة. ومما يغري على القيام بذلك هو محاولة أن تكون داعماً قدر الإمكان وذلك عن طريق إثارة جميع النقاط الجيدة للمقابلة وبينما هناك جوانب صعبة يتطلب بحثها لاحقاً.

ومن الممكن أن تحمل العملية طابع التكرار – فعزل الاسترجاع يمكن أن يكون ثقيلاً ومزعجاً مما يؤدي إلى تغطية جانب واحد فقط مرات عديدة خلال عملية الاسترجاع. ولأن جميع نقاط المتعلم الجيدة في المقابلة قد احاط بها المتعلم في البداية، ويتبعها بعد ذلك جميع النقاط الجيدة التي تذكرها المجموعة. ثم جميع اقتراحات المتعلم واقتراحات المجموعة. مما يؤدي إلى تقاطع المقابلة من طرف لآخر، ويصبح من العسير التركيز بصفه خاصة على جانب واحد من المقابلة والنظر بأي تفصيل.

تحليل مشكلات المقابلة المستند إلى نتائجها
Agenda-led outcome-based analysis of the consultation (ALOBA)

أن تحليل مشكلات المقابلة المستند إلى نتائجها (ALOBA) هو مسلسل بديل من الإستراتيجيات لغرض تحليل المقابلات وعرض الاسترجاع الذي يزيد من كمية المادة التي جرى تعلمها وإلى ضمان الأمان في الجلسات التدريبية (Silverman et al. 1996). وهذا التحليل للمقابلة يقضي على مساوئ القواعد التقليدية التي أوجزناها آنفاً، في الوقت الذي يزيد من نقاط القوة لمنع حدوث نقد سلبي وغير بنّاء ويُعزز التقويم الذاتي. فضلاً عن تغيير مسار تنظيم الاسترجاع (Feedback) فهذه الطريقة تشجع على القيام بموالفة التعلم التجريبي المستند إلى المشكلات الذي يركّز على ما يفكر به المتعلمون بأسلوب سلس مع تقديم المفاهيم والأسس وبيّنات البحوث والنقاش الأوسع المبرمج زمنياً بشكل جيد. ويمكن تجاوز الطبيعة العشوائية وغير الموضوعية لهيكلية التعليم التجريبي لمهارات الاتصال بحيث يستطيع المتعلمون أن يفهموا فهماً مباشراً ومنظماً للمنهاج الدراسي للاتصال. وإن تحليل مشكلات المقابلة المستند إلى نتائجها هو طريقة أكثر تركيزاً وقد وصفها الميسّرون على أنها الطريقة التي تجعل المتعلمين يصلون إلى لب المشكلة وصولاً سريعاً. وهذه الطريقة تستند إلى قواعد التعليم التي تم تلخيصها في الفصل الثالث والتي تدمج وقت التفكير أيضاً (Kolb 1974; Schon 1983). وتصلح لكل من المواقف التعليمية للمجموعات الصغيرة أو التعليم فرداً لفرد وعلى جميع مستويات التعليم الطبي وكذلك عند التعليم «الآني» سواء إلى جانب سرير المريض أم خلال المناقشات السريرية. ومناسبة وبالقدر نفسه لتحليل ما يأتي:

- المقابلات الحية، «عندما تجرى المقابلة وربما تسجل بالفيديو وكما يراقبها المتعلمون أو الميسّرون أو كلا المجموعتين، أي إن الاسترجاع يتم فوراً بعد المقابلة».

أو

- المقابلات التي سبق تسجيلها صورياً، «أي أن يجري تسجيل المقابلة بعيداً عن المتعلمين أو الميسّرين — ويقدم المراقبون الاسترجاع فيما بعد» (Riccardi and Kurtz 1983; Kurtz 1989; Heaton and Kurtz 1992b).

أسس تحليل مشكلات المقابلة المستند إلى نتائجها
The principles of agenda-led outcome-based analysis

يصف المستطيل (5.1) باختصار أسس تحليل مشكلات المقابلة المستند إلى نتائجها. ويقدم هذا الجزء شرحاً أكثر تفصيلاً لكل أساس لأسلوب (ALOBA).

المستطيل (5.1) أسس تحليل مشكلات المقابلة المستند إلى نتائجها

تنظيم عملية الاسترجاع:

- **ابدأ بحسب مشكلات المتعلم.**

— استفسر عن المشكلات التي مرت بالمتعلم وما المساعدة التي يرجوها من باقي المجموعة.

Continued

- **تأمل النتائج التي يحاول كل من المتعلم والمريض الوصول إليها.**
  – ناقش ماذا يهدف إليه المتعلم وكيف يروم الوصول إلى مقصده.
  – تعتمد فاعلية الاتصال دوماً على ما يحاول كل من الشخص الذي يدير المقابلة والمريض الوصول إليه.
- **تشجيع التقويم الذاتي وحل المشكلات ذاتياً أولاً.**
  – اعطِ للمتعلم مجالاً كي يعرض الاقتراحات قبل أن تشاركه المجموعة أفكاره.
- **أشرك جميع أعضاء المجموعة في حل المشكلة.**
  – شجع المجموعة على العمل الجماعي من أجل التقدم بحلول لا تهدف إلى مساعدة المتعلم فقط وإنما لمساعدة أنفسهم كذلك عند التعرض إلى مواقف مماثلة.

عرض الاسترجاع المفيد بصورة متبادلة:

- **استعمل الاسترجاع الوصفي للتشجيع على اتباع طريقة مختلفة عن إصدار الأحكام**
  – يضمن الاسترجاع الوصفي عدم إصدار الأحكام والتعليقات الخاصة كما يحول دون إطلاق العموميات الغامضة.
- **قدم استرجاعاً متوازناً**
  – شجع جميع أعضاء المجموعة على عرض استرجاع متوازن عن النقاط التي أديت أداءً جيداً وتلك التي لم تؤدَ بشكل جيد. وهكذا يساعد بعضهم بعضاً ويؤدي إلى زيادة التعلم. إننا نتعلم الكثير عندما نحلل لماذا تنجح طريقة ما نجاحاً جيداً ولم تعمل طريقة أخرى.
- **قدم عروضا واقتراحات وفكر في بدائل**
  – اعرض اقتراحات أكثر من تقديم وجهات نظر عامة ثم اعكسها على المتعلمين مجدداً لأجل النظر فيها، وفكر بلغة الأساليب البديلة.
- **ليكن قصدك حسناً وقدم الدعم والتقدير الجيدين**
  – إنها مسؤولية المجموعة أن يشيع الاحترام والتعامل الرقيق بينهم.

اضمن أن يؤدي التحليل والاسترجاع إلى فهم أعمق وانبثاق مهارات خاصة عملياً

- **تدرب على الاقتراحات**
  – جرب استعمال عبارات بديلة ومارس الاقتراحات عند تعلم أي مهارة، ينبغي القيام بالمراقبة الاسترجاع والتدرّب على الاقتراحات المطلوبة لإحداث التغيير.
- **قيّم المقابلة على أنها مكافأة أولية للمجموعة**
  – استخدم المقابلة كهدية أولية لكي يكون بوسع جميع أعضاء المجموعة استكشاف مشكلات وموضوعات ومهارات الاتصال وتستطيع المجموعة أن تتعلم بقدر ما يتعلمه المتعلم الذي تجري مراقبته، والذي لا ينبغي أن يكون المحور الثابت للاهتمام. وتقع المسؤولية على الجميع لتقديم الاقتراحات، والتدرّب عليها.
- **تحيّن الفرص لتقديم النظرية وبيّنات البحوث وادعُ لمناقشات أعمق**
  – قدم المفاهيم والأسس النظرية وبيّنات البحوث وناقش باستفاضة كلما سنحت الفرصة لتنوير تعليم المجموعة ككل.

Continued

- **ابنِ التعلم ولخصه بحيث يبلغ النقطة البنّاءة النهائية**
  – ضع هيكلية لعملية التعلم ولخص باستمرار طيلة الجلسة باتباع دليل كالكاري–كامبردج لضمان أن يجمع المتعلمون المهارات الفردية والمتفرقة ووضعها في إطار عام للاستيعاب والفهم.

كيفية تنظيم عملية الاسترجاع

How to organise the feedback process

ابدأ بمشكلات المتعلم

Start with the learner's agenda

إن مفتاح هذه الطريقة التحليلية يتمحور بمحور المشكلات، إذ تبدأ المناقشة بالاستفسار عن المشكلات التي مر بها المتعلم الذي كان مراقباً خلال المقابلة الطبية وما المساعدة التي يأملها من مجموعته وما فوائد هذه الطريقة؟

- تسمح هذه الطريقة باكتشاف مجال المشكلة والإقرار بها في وقت مبكر للحيلولة دون معاناة المتعلم من القلق والغموض التي تحد من قدرته على تقدير الاسترجاع المقدم له.
- إنها أكثر كفاءةً وتنظيماً حينما تلجأ إليها المجموعة عند مجابهة مشكلة محددة ومحاولة حلها بصورة جماعية.
- يمكن التصدي إلى جزء معين من المقابلة وتحليله بعمق.

إن البدء بالمشكلات التي عانى منها المتعلم يناقض القواعد التقليدية التي توصي بأن النقاط الايجابية الجيدة هي التي يجب أن تأتي في المقدمة، ولكن البدء بمشكلات المتعلم هو أكثر أمناً في اغلب الأحيان بل وأكثر دعماً من التقويم الذاتي للقدرات الإيجابية. ولكون المتعلم قد استطاع تحديد مشكلة معينة بنفسه ومن ثم طلب المساعدة من مجموعته على كيفية حلها فإن موقف الرفض قد تراجع. وببساطة، إن الإعلان عن المصاعب يجعل المتعلم أكثر شعوراً بالارتياح وجعله مستعداً لسماع انطباعات الآخرين. ويندر عندها استهلاك الاسترجاع الذي يعد مشكلة، إذ تهيئ المجموعة مناخاً داعماً منذ البداية وينطلق برغبة من أجل مساعدة ذلك المتعلم في البحث عن إستراتيجيات بديلة. والخطوة الرئيسة هنا تكمن في طلب المساعدة، ويُطلب الاسترجاع من أجل التغلب على المشكلة بصراحة.

وكما سنرى لاحقاً، فإن الاسترجاع يبقى أمراً لازماً ولكنه يأتي بعد خطوة البداية هذه المتمثلة باكتشاف مشكلات المتعلم. وفي الغالب يشعر الميسّرون والمتعلمون بأن التأكيد على تحديد النقاط الايجابية الجيدة أولاً قد يبدو مصطنعا ومقيداً، إذ يخامرهم الشعور بأن لدى المتعلمين صعوبة في اكتشاف أية نقطة جيدة والكشف عنها خلال أدائهم. وقد يعاني المتعلمون من مشكلات غير معلنة والتي لا تزال تحتل الصدارة في تفكيرهم وتتطلب الكشف عنها أولاً. كما هو الحال في المقابلات الطبية التي تجري مع مرضى حقيقيين فنحن نستفيد من اكتشاف أفكار المرضى ومشاعرهم والقبول بها أكثر مما نوصد في وجوههم باب التعبير عما يجول في خواطرهم.

والخطوة المهمة هنا هي إتاحة الفرصة للمتعلم كي يبدأ بمشكلاته – إن كان لديه مشكلة – وما إذا كان راغباً في أن يشارك فريقه فيها. وفي بعض الأحيان، لا يتوافر لدى المتعلم مشكلات محددة بل قد لا يكون قادراً على التعبير عنها منذ البداية. وقد يطلب المتعلم منذ البداية الاسترجاع من المجموعة، وهذا

جيد أيضاً. إذ ليس العبرة في أن يبدأ التحليل بمشكلات المتعلم ولكن في إتاحة الفرصة له في أن يتخلص من حمل أعباء مشكلته أولاً لو رغب في ذلك.

تأمل في النتائج التي يحاول كل من المتعلم والمريض التوصل إليها

Look at the outcomes learner and patient are trying to achieve

من أسس الاتصال التي أوجزناها في الفصل الثاني، إن الاتصال الفاعل يتطلب التخطيط والتفكير بلغة بالنتائج. فالمهارات التي استعرضناها تعتمد إلى درجة كبيرة على ما تريد بلوغه. تأمل في حالة المريض الغاضب، وإذا كنت راغباً في إنهاء المقابلة بسرعة والإفلات من موقف ينطوي على محاذير، فما عليك إلا التعرف على طريقة واحدة معينة. أما إذا كنت ترغب في فهم الأسباب التي تقف خلف سورة الغضب تلك وأن تبني – مع ذلك – علاقة مع المريض فإن ما يلزمك مهارات مختلفة تماماً.

وهكذا، وبعد اكتشاف مشكلات المتعلم فإن النقطة الآتية هي الاستفسار عن ماهية النتائج التي يرغب في التوصل إليها. وناقش أين يريد المتعلم أن يصل عند النقطة المعيّنة من المقابلة الطبية قبل التأمل بالمهارات التي قد تكون ذات فاعلية في بلوغ ذلك الهدف. ونسأل المجموعة كذلك أن يتأملوا في النتائج التي تدور في ذهن المريض فإن لهذا تأثيراً كبيراً في الموقف المعني.

وهناك مزيتان عند اتباع الطريقة المستند إلى المشكلات، أولهما: أنها تشجع على حل المشكلة التي يكون المريض محورها، فعند توجيه أسئلة مزدوجة مثلاً: «إلى أين يريد المريض وأنا أن نذهب؟» و «كيف يتسنى لنا الوصول إلى هناك؟» فبهذا يمكن للمتعلم والمجموعة معاً وضع الأهداف التي يطمحان في الوصول إليها بمشاركة فاعلة وعند اكتشاف المهارات المناسبة التي تفي باحتياجاتهم واحتياجات مرضاهم.

أما المزية الثانية فهي، تشجع الطريقة المستند إلى النتائج على الوصول لطريقة غير مستندة إلى إصدار الأحكام. وتتوقف عن المضي في أن تكون مسائلة، فيما إذا كان الأمر جيداً أو رديئاً في ذاته. ويبقى السؤال، ما إذا كان الإجراء الذي أتُخذ فاعلاً أم غير فاعل عند محاولة بلوغ هدف معين أو بعبارة أخرى، عند الرغبة في تحقيق الهدف الذي اخترناه «ما الذي بدا بأنه ذو فائدة» و «وما الذي بدا غير مفيد». وهنا تظهر المهارات لا تحمل في جوهرها موقف تقيمي، إذ إنها ببساطة، مفيدة في ظروف متنوعة للتوصل إلى نتائج مختلفة.

وليس هذا لدلالة المعنى فقط – فالطريقة المستند إلى النتائج هي عامل رئيس في تقليل اتخاذ المواقف الدفاعية ولغرض تيسّير عملية التعلم. ولذلك، عند عدم تمحور المناقشة على النتيجة المقصودة، فستجد نفسك من أصحاب من يصدرون الأحكام الشخصية، وينطوي قولك ضمناً أن ذلك كان جيداً أو غير جيد. وهذا يوحي بوجود طريقة صحيحة أو خاطئة على وجه التحديد ويكون من أعطى الاسترجاع طرفاً فيها. وفي أقل تقدير، يصبح الاسترجاع شخصياً «Subjective» والحكم الشخصي ذو فائدة بنائية ضئيلة للمتعلم، الذي قد لا يتفق معك حوله.

وتُمكن الطريقة المستند إلى النتائج المتعلم من إيضاح ما يريد إنجازه في المقابلة، ومن ثم يتلقى الاسترجاع حول الطرق والمهارات التي يمكن أن تساعده على بلوغ أهدافه. وهكذا لا يتعرض المتعلم إلى إصدار الأحكام حينما يتلقى مساعدة لبلوغ أهدافه وأهداف مريضه. وبتفحص ما الذي كان مفيداً وما الذي لم يكن ذا فائدة لإنجاز هذه المهمة فإن لغة الاسترجاع تنتقل بالطبع من طور تقييمي إلى طور غير تقييمي.

شجع على أن يحصل التقييم الذاتي وحل المشكلة ذاتياً قبل كل شيء
Encourage self-assessment and self-problem solving first

تؤكد القواعد التقليدية على أهمية السماح دوماً أن يبدو المتعلمين آراءهم أولاً، وإن هذا التقييم الذاتي المبدئي له فائدة كبيرة لكل من المتعلمين والميسّرين وجزءاً مركزياً من طريقتنا أيضاً.

وعلى كل حال، فنحن نعزز فكرة حل المشكلة ذاتياً وذلك بإشراك المتعلم وفي وقت مبكر قدر الإمكان حينما يقدم الميسّر أو المجموعة الاسترجاع. وحسب القواعد التقليدية عندما يأتي دور المجموعة لتقديم الملاحظات، يطلب من أعضاء المجموعة تقديم اقتراحات بديلة عندما يقدمون الاسترجاع حول موضوع «ما الذي كان يمكن عمله بشكل مختلف، وكيف؟». وهذا يعني بأن المتعلم الذي هو في دور المراقبة قد أبعد عن المشاركة في المناقشة إلى حين تقييم إستراتيجية بديلة، وهكذا يصبح المتعلم متلقياً سالباً لأفكار الآخرين.

وعلى العكس من ذلك، فإننا نشجع المجموعة على أن لا يقدموا حلولاً جاهزة، ولكن بدل من ذلك أن يصفوا ببساطة ما يلاحظوا بأنفسهم ومن ثم عكسه على المتعلم.

> «عند الساعة الواحدة إلا ربعاً، شاهدتك تتصفحين السجل لتعرفي ما الذي دونتي من ملاحظات في الزيارة الماضية مما جعل المريض متردداً جداً، ما رأيك يا سو؟»
>
> «نعم. أظنك على حق، ربما لو تركت الملاحظات جانباً وأدمت الاتصال البصري مع المريض في الدقائق الأولى من المقابلة»

وتتيح هذه الملاحظة الفرصة للمتعلم كي يتحدث عما حدث وكيف حل المشكلة قبل أن تقدم المجموعة اقتراحاتها. يمكن للمجموعة بعد ذلك أن تقدم مساعدة أخرى والتوصل إلى تفاعل داعم. وإن كلاً من التقييم الذاتي والحل الذاتي للمشكلة يقلل من اتخاذ المواقف المضادة الكامنة التي تحدث عندما يتلقى المتعلمون اقتراحات حول النواحي التي يستطيعون القيام بأدائها بشكل تام بأنفسهم.

إشراك كل أعضاء المجموعة في حل المشكلات
Involve the whole group in problem solving

لقد شاهدنا كيف أن البدء بمشكلات المتعلم واستعمال الطريقة المستند إلى النتائج يشجعان على حل المشكلة. وحالما يتم تحديد المشكلة، وتقرير النتائج المرغوب الوصول إليها، يستطيع جميع أعضاء المجموعة وعلى قدم المساواة التوصل إلى كيفية حلها. فالأمر بعد ذلك يصبح موضوع الاقتراب من الحل أكثر من مسألة التركيز على أداء المتعلم. وبالطبع، ينبغي أن تتاح للمتعلم الفرصة ليكون هو البادئ بالعمل، ولكن مفتاح هذه الطريقة هو في إشراك المتعلم وبقية أعضاء المجموعة معاً. إذ تستطيع المجموعة بعد ذلك أن تعرض أسئلة ليس فقط من أجل مساعدة المتعلم ولكن لمساعدة أنفسهم كذلك في مواقف مماثلة سيواجهونها بلا شك في المستقبل أو كانوا قد سبق وتعرضوا لها. إن هذا يخلق المساواة بين المتعلم والمجموعة ويحول دون أن يكون المتعلم هو محور الاهتمام الدائم.

ويساعد كل أساس من هذه الأسس الأربعة الأولى لتحليل المشكلات المستند إلى النتائج (ALOBA) في بناء عملية الاستجابة العكسية الشخصية الآنية وهي عنصر رئيس لحيوية التعلم.

كيف يعرض بعضنا على بعض الاسترجاع المفيد

How to give useful feedback to each other

الاستعانة بالاسترجاع الوصفي من أجل الحث على اتباع الطريقة التي يُمتنع فيها عن إصدار الأحكام

Use descriptive feedback to encourage a non-judgmental approach

إن الاسترجاع الوصفي بسيط جداً، ومع ذلك فهو طريقة أساسية للحصول على استرجاع نوعي وذا علاقة بالأسلوب وواضح القصد ولا يتضمن إصدار أحكام شخصية. وسنتفحص في آخر هذا الفصل كيف نضع توصيفاً محدداً للاسترجاع وذلك عن طريق وصف ما شوهد وسُمع من دون تفسير أو تقييم مبدئيين.

أعرض استرجاعاً متوازناً

Provide balanced feedback

تؤكد القواعد التقليدية توكيداً يعد صحيحاً على الاسترجاع، ليس فقط من أجل دعم المتعلمين، ولكن من أجل توسيع التعلم. ونحن نتعلم الكثير من قيامنا بتحليل لماذا يعمل إجراء ما بفاعلية؟ كما هو تحليلنا لماذا لا يعمل إجراء آخر؟

ولكن هل من الضروري التركيز تركيزاً صارماً على النقاط الجيدة قبل وضع أية اقتراحات؟ لقد وجدنا أنه: إذا ما بذلت جهود من أجل تهيئة بيئة داعمة وتم اتباع طريقة تقودها المشكلات وتستند إلى النتائج عند تحليل المقابلة وإذا كانت المجموعة تعمل سوية على حل مشكلة مشتركة، فعندئذ لن يكون تسلسل الاسترجاع حاسماً إلى هذه الدرجة من الصرامة. وتقع المسؤولية على الميسّر كي يتأكد من حيث توازن الاسترجاع عند نهاية الجلسة، ولكن يمكن أن يكون أكثر مرونة في تنظيم الاسترجاع المقدم. وأن ينبذ التصنع المتمثل بالإصرار على جميع النقاط الجيدة التي ينبغي جمعها قبل بحث أي مشكلة. والملاحظات بشأن ما قد عُمل بشكل فاعل وما لم يعمل خلال جزء محدد من المقابلة، يمكن أن تقدم سوية. وهكذا يفتح طريق التفاعل المفيد بين المتعلم والمجموعة التي ينتمي إليها مع توسع التعلم في الوقت نفسه. وتتطلب هذه الطريقة من الميسّر أن يراقب المناخ السائد في المجموعة ووضعية المتعلم طيلة المقابلة. وفي مواقف معينة، إذا كان الموقف الدفاعي موجوداً أصلاً فقد يكون أكثر ضرورة الانطلاق من بعض النواحي التي سبق وعملت جيداً. ولكن في بعض الأحوال هل هذا كله من الضرورة بمكان إذا كانت المجموعة تعمل معاً بانسجام وتحقق نتيجة متوازنة في النهاية.

إن مثل هذا الدعم قد لا يصل بشكل طبيعي إلى متعلمين نشأوا في عالم التعليم الطبي التقليدي التنافسي. ولأجل أن تنجح هذه الطريقة، يجب بذل جهود كبيرة من أجل خلق بيئة داعمة لكبح الموقف الدفاعي وتشجيع التعلم التعاوني. وبدلاً من فرض تعليمات تبقي المتعلمين تحت التدقيق، فإننا نفضل أن نناقش طريقتنا مع مجموعتنا أولاً لإماطة اللثام عن المكاسب والمصاعب الكامنة والدفع باتجاه خلق مناخ داعم وتشجيع الطريقة المستند إلى المشكلة. وباستطاعتنا استثمار الجهود بمراقبة التوازن والدعم والمضي – عند الضرورة – نحو اعادة التوجه والتدقيق مع المتعلمين في ما يتعلق باحتياجاتهم وتوفير تنظيم للجلسة التعليمية من أجل مساعدة كل فرد من المتعلمين لتحقيق أهدافه.

وتتطلب هذه الطريقة كما هو جلي مهارة الميسّر وخبرته الفائقة. ومع ذلك فبمجرد أن تؤسس فكرة التحليل الذي يقود المشكلات ويستند إلى النتائج ويتجه لحل المشكلة، فإن مشكلة الأمان في الاسترجاع لا تعد قضية مهمة بعد ذلك.

تقديم العروض والاقتراحات: خلق بدائل

Make offers and suggestions: generate alternatives

يشجع المتعلمون على تقديم اقتراحات بدلاً من ملاحظات إرشادية وعرض محاولات لكي يتأملها المتعلم. والإجماع على جواب واحد منفرد على انه «الأفضل» ليس هو الهدف. فالتجريبية بدلاً من اليقين والانفتاح الفكري بدلاً من التصلب الفكري وتقييم وجهات النظر البديلة بدلاً من إزجاء نصيحة من منظور شخصي – تدعم جميعها أسلوب حل المشكلات، إلا أنها ليست اللهجة المعتادة في التعبير الطبي! ومرة أخرى نقول، إن مثل هذه المهارات التي نحن بصدد دعمها تحديداً في المقابلة الطبية: أي أن تكون تعاونية ومتساوية بدلاً من أن تكون طريقة أبوية سلطوية متعالية كما هو التعامل مع المرضى.

كن حسن القصد ومقدراً وداعماً

Be well intentioned, valuing and supportive

في التعلم التعاوني، يكون كل فرد في المجموعة مسؤولاً عن مساعدة زملائه ودعمهم، كما تقع على عاتق الميسّر مسؤولية ضمان حدوث ذلك. ويتضافر هذان العاملان إلى درجة كبيرة من أجل أن تصبح المجموعة «مجتمع متعلمين» جدير بالثقة. وكما هو الحال في المقابلة الطبية، فإن بناء علاقة داعمة والحفاظ عليها أمر لازم لغرض إنجاز جميع المهام الأخرى التي تتطلبها الجلسة. ومن دون الاهتمام بخلق بيئة داعمة، فإن كل ناحية أخرى ستتعرض إلى الضرر. أنها مسؤولية الجميع أن يكون كلاً منهم جديراً بالاحترام ويتحسس مشاعر الآخرين من أجل أن يشمل التعلم الجميع.

كيف نضمن أن التحليل والاسترجاع يؤديان عملياً إلى فهم أرسخ ونمو مهارات فاعلة

How to ensure that analysis and feedback actually lead to deeper understanding and development of specific skills

التدرّب على المقترحات

Rehearse Suggestions

من الضروري أن نتدرّب ونمارس ونستكشف قيمة الاقتراحات، ليس فقط مجرد مناقشتها ولكن بتجربتها مع المرضى أو مع بعضنا البعض وبصوت عالٍ. وإن مثل هذا التدرّب أو الممارسة هو المفتاح لتعلم أي مهارة، وهو الجزء الثالث من «المراقبة والاسترجاع والتدرّب». ويسمح التدربّ للمتعلمين تجربة الاقتراحات وملاحظتها وفائدتها. وتجربة العبارات المقترحة بالضبط لنقل الأفكار إلى الواقع العملي. ويؤدي التدرّب إلى مزيد من الاسترجاع والذي بدوره يؤدي إلى التدرّب أيضاً، وتبرز مقترحات أخرى وتزيد من التدرّب. ويسمح التدرّب أيضاً للمتعلمين بأن يجربوا أفكاراً مختلفة في بيئة آمنة وللتمرس على المواقف الصعبة مستقبلاً.

تقييم المقابلة كمنحة ومادة خام للمجموعة

Value the interview as a gift of raw material for the group

إن الأساليب التي تُسخّر التحليل والاسترجاع لفائدة الشخص الذي تتم مراقبته أكثر من المجموعة ككل تزيد وبشكل متناقض من الضغوط المسلطة عليه، وتثير لديه الموقف الدفاعي. وحينما نجعل التركيز على المشارك الذي أجرى المقابلة إلى درجة تصبح محاولاتنا لحمايته وضمان أن يكون الاسترجاع ملبياً لاحتياجاته، ذلك ما يساعد على وضعه «تحت المجهر»، وفي الواقع نقوم بتغذية الشعور بعدم الارتياح لديه.

وعلى النقيض من ذلك، تتعمد طريقة تحليل المشكلات المستند إلى النتائج أن تكون المناقشة جماعية وتتضمن الفعاليات التي تشجع على خلق مجتمع داعم من المتعلمين». فالمشارك يقدم هدية للمجموعة التي يكون لكل فرد فيها مزية التمتع بالقدرة على التجربة والتي منها يمكن أن يتعلم باقي أفرادها. وتعرض المقابلة عليهم كمصدر من مصادر تحسين القدرات – أي كمنصة انطلاق لمزيد من التعلم – أكثر من كونها مادة للتقييم. ويصبح التعلم نشاطاً جماعياً يتألف من أفراد على القدر نفسه من المساواة والتي لا يكون محورها مشارك واحد فقط تدور حوله. والمقابلة التي تتم مراقبتها تهيئ المادة الخام التي يمكن لأفراد المجموعة الإفادة منها لاستكشاف مهارات وموضوعات الاتصال فأعضاء المجموعة يتعلمون بقدر ما يتعلم صاحبهم المشارك في المقابلة، وكل فرد من المجموعة يضع الاقتراحات ويتدرب عليها. وبينما يجرب المشاركون الخيارات البديلة ويتلقون الاسترجاع، لا يعود المتعلم الذي أجرى المقابلة محور الاهتمام الكامل.

وبكل وضوح لدينا هدفان مترابطان في جلساتنا التعليمية التي تدور بمدار مهارات الاتصال، هما:

1 مساعدة المتعلم الذي تجري مراقبته على حل مشكلاته وذلك بإشراك المجموعة بأكملها – ومن ضمنهم المتعلم نفسه – في حل المشكلة وذلك لمصلحة المجموعة كلها.
2 التعميم – بعيداً عن المقابلة المحدودة قيد البحث – من أجل تمحيص موضوعات ومهارات اتصال معينة وبناء هيكلية التعلم العامة.

وإن هذا القصد من استعمال المقابلة «كمادة خام» أو «منصة انطلاق» لمزيد من التعلم تحتاج إلى أن تبحث مبكراً مع المجموعة ولكي تصبح جزءاً من تعاقد المجموعة.

عرض المفاهيم والأسس وبيّنات البحوث ومناقشة أوسع كلما سنحت الفرصة

Opportunistically introduce concepts, principles, research evidence and wider discussion

يستطيع الميسّر عند نقاط معينة وبعد استئذان المجموعة، تعميم ما يأتي بعيداً عن المقابلة:

- شرح أسس الاتصال.
- عرض أو «الطلب من أحد أعضاء المجموعة أن يعرض» بيّنات البحوث.
- توضيح مهارات أو مفاهيم محددة عن طريق المظاهرة «النموذج Modelling» والمناقشات والعصف الذهني والتمارين وغيرها.
- تركيز الاهتمام على نواح محددة من المقابلة الطبية.

ويستطيع الميسّر أن يلتقط مناقشة المجموعة الحالية ليقدم أياً من هذه الطرق من أجل مساعدة المتعلمين على استكشاف مهارة أو موضوع بشكل أعمق. وبعد مثل هذا التعليم، يستطيع الميسّر العودة إلى المتعلم في المقابلة الأولية ليرى إن كانت المناقشة ذات فائدة.

ويتطلب هذا النوع من التعليم أن يقدم الميسّر المعلومات عند النقاط التي يكون فيها المتعلمون في أمس الحاجة إليها، وعندما يصبح مكملاً لاستقصاءاتهم الذاتية – وبعبارة أخرى، عندما يستجيب الميسّر إلى المشكلات والقضايا التي سبق للمتعلمين تحديدها. فمن الخطأ الظن بأن كلّ العمل ينبغي على المتعلمين القيام به تجريبياً من دون مساعدة من قائد المجموعة. ويمتلك الميسّرون المعرفة التي يمكن أن تنير الطريق أمام عمل المجموعة. وأن تتقاسم المجموعة هذه المعرفة أمر في غاية الأهمية طالما يشجع الميسّر على المساواة في المساهمة وأن لا يستأثر وحده بالموضوع. ويحافظ على الاختصار ويتجنب السيطرة على الأفكار التي يمكن أن يطرحها المتعلمون والنابعة من تفكيرهم الخاص وطالما التزم كمتعلم ضمن

المجموعة. ويستطيع المتعلمون بعدئذٍ تقييم مشاركة قائد المجموعة فيقبلون بما تحقق عنها من فائدة أو يرفضون.

ولتوجيه المقابلة بهذا التوجه فوائد جمة: أولاها، إن المتعلم وكما هو واضح، يسترخي عندما يتم إبعاد الأضواء عنه ويجلس في الصفوف الخلفية ويسترجع ما تعلمه. وتنشغل المجموعة أكثر بالعملية التعليمية حتى تصبح على مستوى المتعلم نفسه الذي يتلقى الاسترجاع. وثانيهما، أنها تمكّن المتعلمين من رؤية الصورة الأوسع ولكي تقوم بتنظيم وتجميع ما حصلت عليه المجموعة من تعلم وهكذا يتحقق الوصول إلى نتيجة بنّاءة. ولقد بيّنا سابقاً، كيف يتسم التعليم التجريبي بالعشوائية ويفتقر إلى البناء المُحكم. وهنا علينا أن نسلك أحد الطرق لكي نجابه المشكلة وذلك عن طريق خلطة ماهرة من التعلم التجريبي والعمل الجماعي والقليل من التعليم الإرشادي.

تنظيم التعلم وتلخيصه، لكي يتمكن المتعلمون من إنشاء فهماً منظماً لمنهاج الاتصال

Structure and summarise learning so that learners develop an evolving and systematic understanding of the communication curriculum

يركّز تعليم وتعلم مهارات الاتصال بالطبع على قائمة أولويات المتعلم الآنية ومشكلاته. ويحدث التعلم بين فرصة وأخرى في المجالات التي تبرز خلال المقابلة التي تجري مراقبتها. فكيف بعد هذا نستطيع ضمان أن المتعلمين يتمكنون من جمع مفردات المهارات التي تبدو عشوائية معاً وضمن أي إطار إدراكي عام؟ كيف يستطيع المتعلمون الاحتفاظ بنظرة عامة وشاملة لكل ما تم وما لم يتم تغطيته من نواح خلال أية جلسة أو الدورة ككل؟ كيف يتمكن الميسّرون تركيب وترتيب أجزاء المهارات التي تم تحديدها في أثناء الجلسة كي لا تبدو المهارات المتفرقة وكأنها حقيبة من الحيل غير المنسقة.

وكخطوة أولى تحتاج برامج التدريب على الاتصال إلى تعريف محتوى المنهاج الدراسي. ولقد قدمنا في الفصل الثاني دليل كالكاري–كامبردج بجزأين، يصف كل منهما مجموعة شاملة من المهارات الفردية تؤلف منهاج دراسي لبرامج مقترحة للتدريب على مهارات الاتصال الطبية ويهيئ إطاراً لهذه المهارات ومرآة عاكسة لما يحدث في المقابلة.

1 استعمال دليل كالكاري–كامبردج في المواقف التعليمية اليومية وتنظيم التعلم اليومي.

وبعد أن عرّفنا التعليم الذي أعددناه، نحتاج إلى تمكين المتعلمين من تجميع أجزاء المهارات التي تبرز سوية بصورة عشوائية عند التعلم. وذلك باستعمال الدليل خلال الجلسات اليومية كخلاصة موجزة لمهارات الاتصال في متناول اليد بإمكان الميسّرين المتعلمين الحصول عليها. ويعد هذا مفكّرة «aide-memoire» بإمكان كل من المتعلمين والميسّرين الرجوع إليه خلال الجلسات وكطريقة لمجابهة الطبيعة العشوائية للتعلم التجريبي. ويقدم الدليل إطاراً يمكن أن توضع المهارات الفردية داخله لتنمو ضمن مخطط شامل. وعند وضع المهارات على شكل قوائم من سلوكيات قابلة للمراقبة والتي ثبتت فائدته في نواح مختلفة من المقابلة فإن الدليل سيسمح بتسليط الضوء على النواحي المناسبة عندما تظهر وتمارس.

ونشجع المتعلمين أيضاً على وضع هذا الدليل نصب أعينهم خلال المراقبة والاسترجاع والكتابة عليه أما مباشرة أو للرجوع إليه عندما يدونون الملاحظات بأوراق مستقلة. وليس القصد من الدليل استخدامه كقائمة تدقيق وتحقق تؤشر مفرداتها كوسيلة لإعطاء الاسترجاع. فقوائم التدقيق تعزز فكرة «ناجح / فاشل» والتي تعرقل التعلم أكثر مما تدفع به للأمام. وبدلاً من ذلك، يشجع المشاركون والميسّرون على كتابة ملاحظات تفصيلية ووصفية ونوعية على الدليل تقود مناقشتهم. ولقد أنتجنا طبعة من الدليل تحتوي مجالاً لتسجيل الملاحظات ضمن الأقسام المنهجية في الدليل «راجع الملحق 2». إن هذا يشجع المراقبين على النظر في أية مرحلة من المقابلة يمر القائم بها وإلى أين يروم الذهاب. والدليل أداة

لتقييم النفس والزملاء ويمكن اتخاذه كسجل لملاحظات الآخرين في وسع المتعلم أن يحصل عليها بعد ذلك.

2 استعمال الدليل كوسيلة لتلخيص الجلسة

وهناك فائدة عملية أخرى للدليل، إذ يمكن استعماله كأداة تلخيص وتسجيل التعلم الحاصل في نهاية الجلسة، بحيث يستطيع المتعلمون استيعاب ما تعلموه استيعاباً دقيقاً. وهذه خطوة نهائية مهمة في أسلوب تحليل المشكلات المستند إلى النتائج، فالميسّر «أو أي عضو في المجموعة» يستطيع أن يكرر ترديد المهارات التي سبق بحثها، ويوضح كيف يمكن أن تنسجم ضمن تركيبة المقابلة. ويمكن أن يهيئ نظرة شاملة لما استوفى وما لم يستوف في المقابلة أو الجلسة التعليمية. ويستطيع المتعلمون فيما بعد استعمال الدليل كأداة لتعضيد الذاكرة في غرفة الاستشارة أو عند سرير المريض للسماح لهم بممارسة المهارات التي سبق تحديدها. وللوصول إلى هذه النتيجة، فقد أصدرنا دليل بشكل بطاقات جيب يمكن للمتعلمين «والهيئات التدريسية السريرية» حملها معهم. ويمكن للميسّر أن يستهل الجلسة التالية بالاستفسار عن مدى التقدم الذي أحرزه المشاركون في مجال هذه المهارات في الجلسات السابقة.

وبهذه الطريقة لتنظيم التعلم وبمرور الوقت تتاح أقصى فرص للإفادة من الطرق التجريبية الضرورية لبرامج مهارات الاتصال. ومثلما سنرى في الفصل التاسع، يتطلب تصميم دورات الاتصال الشكل «اللولبي» – فالدورات «المنقطعة» ضئيلة الفائدة. ويحتاج المنهاج الدراسي للاتصال أن يسير طيلة مدة التعليم الطبي ككل مع فرص للإعادة الضمنية والتنقية وتدرج في الصعوبة. ويعطي الدليل فرصة لجمع المهارات التي تظهر بصورة عشوائية معاً خلال هذا المنهاج اللولبي لكي تتم الإفادة منها إلى أقصى درجة. ولكون الدليل محور تعليمنا إلى درجة كبيرة في طريقتنا فقد القينا نظرة فاحصة في الفصل العاشر على كيفية الاستعانة به، ووضعه موضع التطبيق أمام المتعلمين في مختلف مستويات الدراسة الطبية.

التعبير الفاعل عن الاسترجاع في جلسات تعليم مهاراتِ الاتصال
Phrasing feedback effectively in communication skills teaching sessions

من العناصر المهمة في أسلوب تحليل المشكلات المستند إلى النتائج كما جرى إيجازه آنفاً استخدام الاسترجاع الوصفي. فهنا نستمر في تفحصنا للاستراتيجيات الخاصة بتحليل مهارات الاتصال وإعطاء الاسترجاع بواسطة استكشاف الاسترجاع الوصفي بعمق. فتحليل قائمة المشكلات المستند إلى النتائج يهيئ إطاراً عاماً لتنظيم تعليم مهارات الاتصال في حين أن الاسترجاع الوصفي يحدد كيف تصاغ عبارات الاسترجاع ضمن ذلك الإطار لضمان عدم إصدار أحكام شخصية وتعليقات معينة.

وقد لا يكون المتعلمون في ميدان الطب – إلا ما ندر – قد مروا بتجارب ومواقف تعليمية وجدوا فيها دعماً من أستاذ ذي قدرة على التحفيز واستطاع تقديم نقد غير مستند للأحكام الشخصية وبنّاء في الوقت نفسه (Ende et al. 1983; McKegney 1989; Westberg and Jason 1993) فما الأدلة الإرشادية التي نوصي بها لتدعم الميسّرين وأعضاء المجموعة وعلى كل مستويات التعليم الطبي لتطوير عبارات استرجاع أمينة وغير محبطة، يستطيع المتلقون أن يستقبلوها برحابة صدر؟

والاسترجاع – كأي اتصال آخر – يكون أكبر تأثيراً عندما يصاغ تفاعلياً وليس مجرد إسداء محاضرة ذات اتجاه واحد نخبر فيها شخصاً أو أشخاصاً آخرين عن رأينا في ماذا فعلوا؟ وما الطرق الأخرى التي

عليهم أن يسلكوها؟ وكما هو الحال في مقابلة الطبيب – المريض، فطريقة الصحن الطائر «الفرسبي، Frisbee» تفاعلية وليس طريقة «الرامي، Shot-Put» هي الطريقة المطلوب إتباعها لتمكين الاتصال في أن ينجح في مجال التعليم والتعلم (Barbour 2000). ومهما كانت رسالة الاسترجاع سهلة الفهم وحسنة التقديم فلن تستطيع الوصول إلى أرضية مشتركة للفهم المتبادل والحصول على تأييد الجانب المقابل إذا كان كل ما تفعله هو أن تترك رسالة هناك ثم تمضي إلى سبيلك. فالتفاعل والتعاون والنقاش المتبادل لكل الرسائل السائرة في كلا الاتجاهين مطلوب لتمكن المتعلم من سماع وهضم ما قيل، وإمكانية اتخاذ ما يلزم ضمناً بشأن الاسترجاع.

قواعد الاسترجاع البنّاء

Principles of constructive feedback

لا تعد القواعد الآتية للاسترجاع البنّاء جديدة بأي معيار. ولقد عرفت هذه القواعد قبل ما يزيد من ربع قرن (Gibb 1961; Johnson 1972; Riccardi and Kurtz 1983; Silverman et al. 1997). ومع ذلك، لم تتمكن من التغلغل في التعليم الطبي إلى درجة معتبرة. وحتى في تعليم مهارات الاتصال، فإن تفهم أسس الاسترجاع ليست موحدة حسب كل المقاييس.

يجب أن يكون الاسترجاع وصفياً بدلاً من أن يكون مستنداً إلى إصدار الأحكام أو تقييماً لها

Feedback should be descriptive rather than judgemental or evaluative

تجنب صياغة عبارات الاسترجاع على أساس جيد أو رديء، صحيح أو خطأ فعبارات مثل «فظيع» و «أحمق» و «ذكي» و «كسول» لا تعني سوى القليل بالنسبة للمتعلم، والتقييم السلبي مثل:

> «كانت البداية فظيعة فقد ظهرت وكأنك تتجاهلها بالضبط»

تؤدي إلى اتخاذ موقف دفاعي، فلقد صدر حكم يتضمن بأن المراقب قد توجه إلى الشخص القائم بالمقابلة بعبارة تدل على فشل شخص ما للالتزام بمجموعة قياسية من السلوك، وعلى نقيض ذلك تأمل:

> «عند بداية المقابلة لاحظت أنك تركز على جانب آخر، ناظراً في دفتر ملاحظاتك مما حال دون الاتصال البصري بينك وبين المريضة»

وهذا اتصال وصفي بسيط، ولم يقم على حكم شخصي ومرتبط بالنتيجة، يمكن أن يستوعبه المتعلم. ويشير كذلك إلى المشكلة ولكن بطريقة لا تدل على عدم كفاءة المتعلم. وكذلك التقييم الايجابي – على غرار ذلك – لا يساعد عندما يقدم بشكل حكم على الأمور مثل:

«كانت البداية ممتازة، ضربة رائعة !»

إن هذا لا يعني سوى القليل، لماذا تم التعبير بشكل جيد كما أنها تتضمن صيغة قياسية تم الاتفاق عليها. قارنها بنقيضها:

«لقد منحتها في البداية اهتمامك الكامل ولم تفقد الاتصال البصري – لقد سجل تعبير وجهك اهتمامك بماذا كانت تقول».

وليست المهارات الأساسية من حيث الجوهر جيدة أو رديئة – إنها فقط ببساطة تساعد أو لا تساعد على التوصل إلى هدف محدد في ظرف معين. ولأن الاسترجاع الوصفي مكون رئيس في النقد البناء فنحن سنعالجه بمزيد من التفصيل في آخر هذا الفصل.

اجعل الاسترجاع محدداً وليس عاماً

Make feedback specific rather than general

إن التعليقات العامة الغامضة مثل:

«لم يبدو عليك متعاطفاً بدرجة كبيرة»

فمثل هذه العبارة لا تساعد كثيراً. ينبغي أن يكون الاسترجاع مفصلاً ومحدداً. والتركيز على وصف سلوك محدد تستطيع رؤيته أو سماعه، إذ إن التعميم الغامض لا يسمح ليكون منفذاً للنظر على التغييرات التي من الممكن أن تنقذ الموقف فتؤدي إلى جواب مثل: «آه... صحيح... نعم، لقد كنت كذلك». أي على نقيض ما يأتي:

«عند النظر من الخارج، لم أكن استطيع معرفة ماذا كان شعورك عندما أخبرتك تلك المرأة عن تعاستها لم يتغير تعبير وجهك منذ أن بدأت تركّز على قصتها. لقد شعرت بأنها ربما لم تكن تعرف ما إذا كنت متعاطفاً معها.»

إن هذا يؤدي بشكل بنّاء إلى النظر إلى الفهم العام للتعاطف والمهارات المحددة التي تسمح للمرضى باستحسان التعاطف بشكل واضح.

استعمل صيغة المتكلم المفرد عند إعطاء الاسترجاع مثل: «إنني أعتقد بدلاً من نحن نعتقد» أو «معظم الناس يعتقدون». ركز على وجهة نظرك الشخصية وعلى ذلك الموقف بالذات بدلاً من المواقف العامة.

وليكن الاسترجاع مركزاً على السلوك أكثر مما على الشخصية
Focus feedback on behaviour rather than on personality

عند وصف الشخص بأنه ذو «ثرثرة» هو تعليق على شخصيته، أي ما هو ذاك الشخص حسب رأيك. وإن قول «بدا عليك أنك تتكلم كثيراً – لقد حاولت المريضة مقاطعتك ولكنها لم تستطع الدخول في المحاورة» هو تعليق حول السلوك أي إبداء رأيك حول ما عمله شخص ما. والسلوك من السهل تغييره أما تغيير الشخصية فليس كذلك ولذا فالأكثر احتمالاً أن نفكر بأننا نستطيع تغيير ما نقوم به من عمل وليس ما نحن عليه.

ينبغي أن يكون الاسترجاع لمصلحة المتعلمين
Feedback should be for the learner's benefit

تميل الأبوية والسخرية والتعليقات المتعالية إلى فائدة المراقب أكثر من قيامها بتشجيع المتعلم. إذ ينبغي إسداء الاسترجاع الذي يفي باحتياجات المتعلم أكثر من إيفائه باحتياجات من يعطيه. ويجب أن لا يكون مجرد طريقة تهدف إلى «التنفيس عن مشاعر» من قدم ذلك الاسترجاع. إن إعطاء الاسترجاع الذي يجعلنا نشعر أفضل أو الذي يعطينا فائدة نفسية يكون مدمراً للمتعلم وبالتالي للمجموعة ككل.

ليكن الاسترجاع مركزاً على الاشتراك بالمعلومات بدلاً من إزجاء النصح والإرشاد
Focus feedback on sharing information rather than giving advice

عندما نتشارك بالمعلومات فنحن نترك لمن يتلقى الاسترجاع حرية أن يقرر بنفسه ما أفضل طريقة للتصرف والعمل. وعلى النقيض من ذلك، فعند إسداء النصيحة نشير غالباً إلى المقابل حول ما يجب أن يعمله وبهذا نسلبه حرية اتخاذ القرار بنفسه أو بالأحرى نهمله. وعند العمل مع المتعلمين، من الواضح أن هناك خيطاً رفيعاً بين مشاركة المعلومات وإزجاء النصح، ولكن علينا الابتعاد عن إعطاء النصائح كصيغة أولية للاسترجاع إزاء مفهوم التفكير في البدائل وإعطاء العروض والمقترحات.

تحقق من تفسير الاسترجاع
Check out interpretations of feedback

يجب على من يقدم الاسترجاع أن يكون مسؤولاً عن نتائج ما قدمه. وكما هو الحال في المقابلة، فمن المهم أن يكون المرء على دراية بردود أفعال المتلقي اللفظية وغير اللفظية وعليه أن يتحقق من استجابات المتلقين. ويجب أن نكون على وعي عال بما يؤول إليه استرجاعنا من عواقب.

وبالمقابل، يجب أن يتحقق المتلقي «The recipient» للاسترجاع ما إذا كان قد فهم الاسترجاع فهماً صحيحاً: «أظن أن ما تقصده هو...». إن هذا يحول دون حصول تشتيت الأفكار وسوء الفهم اللذين من السهل أن يحصلا لاسيما إذا كان هناك شيء من الموقف الدفاعي.

وأخيراً، فإن من الأمور المساعدة لكل من مقدم الاسترجاع ومتلقيه أن يتحققا ما إذا كان آخرون في المجموعة يشاطرانهما نفس الانطباع.

احصر الاسترجاع بمقدار المعلومات التي يمكن للمتلقين الإفادة منها وليس بالمقدار الذي ترغب أنت في إعطائه

Limit feedback to the amount of information that the recipient can use rather than the amount we would like to give

إن إغراق شخص ما بالاسترجاع يقلل من إمكان الاستفادة من أية معلومة وردت فيه بشكل صحيح. ومرة أخرى نقول، ربما نكون قد لبينا شيئاً من الاحتياجات الخاصة بنا بدلاً من مساعدة المتعلم. فقد نشعر بأننا قد فشلنا إذا لم نستطع القيام بالتعليق عن كلّ ما شاهدناه بدلاً من مجرد تركيزنا على أكثر النواحي صلة بالمتعلم. ويجب أن نكون على ثقة بأن فرص العودة إلى النواحي التي أغفلناها ستظهر فيما بعد خلال الدورة – فما هي العبرة في تغطية كل شيء الآن إذا لم يستطع المتعلم أن يستوعبه كله؟

الاسترجاع يجب أن يلتمس لا أن يفرض

Feedback should be solicited rather than imposed

يتحقق الاسترجاع بأفضل ما يكون عندما يكون المتلقي هو من يبحث عنه بلهفة وبعد أن طلب المساعدة في نواح محددة. ولقد سبق لنا التطرق لمدى أهمية ما يعنيه ذلك عند مناقشتنا تحليل المشكلات المستند إلى النتائج. فمن المهم للمجموعة أن تكون قد اتفقت مقدماً حول كيف ومتى يجب أن يقدم الاسترجاع وتلقيه.

قدم الاسترجاع لما يمكن تغييره تحديداً

Give feedback only about something that can be changed

لا فائدة كبيرة ترجى من تذكير شخص ما بموطن ضعف لا يستطيع إصلاحها بسهولة. فالسلوك الحاد أو التمتمة قد تكون مشكلة لا يمكن الإقرار بها بسهولة، وإن الاسترجاع التفصيلي حول ذلك السلوك أو التصرف لن يكون مساعداً بحد ذاته.

> «لو لم (تتمتم) كثيراً لاستطاع المريض أن يفهمك فهماً أفضل – كان بطء الكلام مؤلماً للمريض.»

والأكثر فائدة منه:

> «من الواضح أن التأتأة أمر كان لابد لك أن تتعايش معه. هل في ذهنك شيء تريد من المجموعة أن تساعدك فيه أم أن هذا ما تريد منا القبول به وأن لا نمسه بشكل مباشر؟»

وعلى غرار ذلك، يصعب منع مشكلة تنظيمية مثل المقاطعات الهاتفية المستمرة، ولاسيما إذا كان المتعلم طبيباً مقيماً أو طالباً وليس الطبيب المسؤول عن الوحدة. والعمل على كيفية معالجة المقاطعات بدلاً من كيفية منعها قد يكون أكثر نفعاً للمتعلمين في مثل هذه المواقف.

الاسترجاع الوصفي

Descriptive feedback

كيف نشجع المتعلمين على الاسترجاع المناسب الذي يتلاءم والأسس التي أوجزناها آنفاً، وما الذي يقوي التعلم بشكل إيجابي؟ الجواب على ذلك، استعمال الاسترجاع الوصفي الذي يُعد طريقة بسيطة يمكن فهمها بسهولة ويسمح للاسترجاع بأن يكون:

- غير خاضع للأحكام الشخصية.
- محدداً.
- موجهاً نحو السلوك أكثر مما هو موجه نحو الشخصية.
- القصد منه قد صيغ بشكل جيد.
- مما يشارك فيه الآخرون.
- مما يمكن تدقيقه مع المتلقي.

والاسترجاع الوصفي هو العملية التي تماثل وضع مرآة فوق رؤوس المجموعة. وبدلاً من قول «ما الذي أودّي أداءً جيداً» و «ما الذي كان يمكن أن يؤدى أداءً مختلفاً» فإننا نستطيع الاستعاضة عنهما بما يأتي:

- «هذا ما رأيته وسمعته.»
- «ما رأيك؟»

وبوصفك ما رأيته في المقابلة بالضبط، فإنك تكاد في جميع الأحوال تقريباً أن تصدر استرجاعاً محدداً وغير تقييمي. وهنا نحتاج إلى مثال لإثبات قوة الطريقة. فإذا بدأت المريضة بخفض نظرها إلى الأسفل وعبثت بأصابعها وبطئت من سرعة كلامها وتبدو وكأنها تريد أن تبكي. وعندها سألها القائم بالمقابلة: كيف تسير أمور عائلتها، فتجيب بأنها في أحسن حال. فإن ذلك يجعلها تستعيد هدوءها الفكري ولن تعود إلى لماذا بدت متضايقة بهذا الشكل، وهكذا فإنك تستطيع أن تظهر الاسترجاع بطريقتين مختلفتين:

> «أظن حقيقة أنك أهملت إشارة مهمة كانت في متناول يديك عندما أوشكت المريضة أن تقول لك شيئاً مهماً ولكنك خشيت أن تسألها.»

إن هذا إصدار حكم واسترجاع عام، وافتراض دافع لتصرف المتعلم وإجراءاته وتعليق ضمني حول شخصيته.

والآن قارن ذلك بنقيضه:

> «في الدقيقة الثالثة و23 ثانية حدثت نقطة تسترعي الاهتمام عندما بدأت المريضة بخفض بصرها إلى الأسفل وهي تعبث بأصابعها ومقللة من سرعة حديثها وبدأت لما كانت تريد أن تبكي. ثم سألتها أنت بعد ذلك عن عائلتها ولم يبد عليها أبداً أنها كانت تودّ الرجوع إلى ما كان يزعجها فما رأيك يا جون؟»
>
> «أجل. لم أكن أعرف تماماً كيف ادعها تسترسل في الحديث.»

هذا هو استرجاع وصفي ومحدد جداً، ولا يتميز بإصدار الأحكام الشخصية. ويقود المناقشة بشكل فاعل باتجاه النتيجة التي يروم المتعلم تحقيقها. وإذا لم يكن المتعلم يريد حقاً الدخول في عالم مشاعر المريض لأنه كان متأخراً ساعة من الوقت فعندها يكون ما فعله يحقق النتيجة المأمولة. ويمكن للمتعلم أن يسيطر على أفكاره ومشاعره التي تضفي ظلالاً على أفعاله. وبينما، حتى في تلك اللحظة تستطيع المجموعة أن تتدرب عند تلك النقطة على كيفية حل لسان المريض لو كان لديها وقت كاف أو التحدث عن ذلك في مناسبة أخرى أو للتأمل في خيارات أخرى يمكن أن تأخذ وجهة نظر المريض في الحسبان.

لاحظ كيف يركّز الاسترجاع الوصفي من حيث المبدأ على كلمات السؤال ماذا ومتى و أين وكيف أكثر مما يركز على «لماذا». والتعليقات على لماذا عُمِل العمل المعين تنقلنا من الشيء القابل للمراقبة إلى الحدس والاستدلال ومن الممكن أن تغرقنا في سيل من الافتراضات حول الدوافع والأفعال (Premi 1991).

واليك المزيد من الأمثلة. لاحظ كيف يستفيد الاسترجاع الايجابي من الوصف الرصين والمحدد. قارن بين ما يأتي:

> «اعتقد أنك كنت رائعاً عندما حملت المريضة على أن تحكي قصتها بهذه السهولة.»
> (وصف عام وتقييمي ولا يساعد كثيراً على التعلم)

مع:

> «لقد سألتها في البداية وبعدها تركتها تتحدث و كلما بدت تحاول التوقف عن الكلام كنت تنتظر عدة لحظات ثم تقول «ها – ها» واستمرت هي على سرد قصتها – لقد أخبرتك عن مشكلتها كلها وعن مخاوفها بكلماتها.»

أو قارن بين:

> «كان ذلك مريعاً فقد ألقيت عليها محاضرة.»

وبين:

> «عندما شرحت الحالة للمريضة عرضت عليها معلومات كثيرة وتحدثت بشيء من التفصيل لمدة دقيقتين دون توقف في الوقت الذي لم تسأل هي خلاله أية أسئلة. ولكنني لاحظت أنها قطبت جبينها بعد حوالي أربعين ثانية فما رأيك يا جون؟»

لاحظ كيف ينسجم الاسترجاع الوصفي مع أسس التحليل الذي يتبع تحليل المشكلات المستند إلى النتائج. أولاً، إن الانعكاس على المتعلم الذي هو قيد المراقبة يشجع على حل المشكلات ذاتياً. وثانياً، أن وصف ما حدث يؤدي بصورة مباشرة إلى تحديد معرفة التأثير الذي حصل. وهذا بدوره يؤدي إلى ما كان المتعلم يتمناه أن يحدث وإلى النتيجة التي يتمنى كلّ من المتعلم والمريض بلوغها. وأخيراً، يستطيع المتعلمون تأمل ما المهارات التي قد تمكنهم من الوصول إلى الهدف؟

أهداف الاسترجاع الوصفي هي كالآتي:

- تقلل من اتخاذ الموقف الدفاعي.
- تعزز المناقشة المفتوحة.
- تزيد من فرص التجريب.
- تعضد عمليتي تقديم البدائل الممكنة والنظر فيها.
- تساعد في النهاية على تغيير السلوك.

وفي محاولة منا لنكون أكثر قدرة على الوصف، فإننا نحاول خلق جو يتميز بالابتعاد عن إصدار الأحكام ويشجع على التعلم. وبالطبع، فإن قسماً من الأحكام الشخصية نجده كامناً في صلب عملية اختيار المجال الذي نحن بصدد وصفه – فهناك اختيار إدراكي انتقائي في كل ما نقوم به. ولكن عندما ننأى بأنفسنا عن لغة إصدار الأحكام والانتقال من إطار ما هو جيد وما هو غير جيد للإطار الوصفي «لما شاهدناه» فأننا بهذا نغير الطريقة التي يُتلقى بها الاسترجاع وربما حتى في الطريقة التي نفكر فيها. وإذا كان المراقب قد كّون في فكره حكماً معيناً فعليه أن يتجنب العبارات التي تعبر عن لغة تقيمية كي يستفيد متلقي الاسترجاع من المعلومات بنفسه ومن دون أن يصبح في موقف الدفاع والاعتراض. ولا يعني هذا أن التحليل والتفسير لا ينبغي أن يكونا سمة مميزة وإنما يعني أن القائم بالمقابلة يجب أن تتاح أمامه جميع الفرص للتوصل إلى الأحكام بنفسه قبل كل شيء. وإذا لم يكن هذا مثمراً فقد يكون من المناسب عندئذ الانتقال إلى أسلوب أكثر تفسيراً.

وإليك مثال على هذا الأسلوب المتدرج:

جين:	«لقد وجهت أسئلة أربعة في تتابع سريع وكان جواب المريضة ينحصر في كلمتي «نعم» أو «لا».»
الميسّر:	فما هو رأيك يا جون؟»

إذا أجاب جون: «أظن أنني قد حصلت على بعض المعلومات المفيدة من هذه الأسئلة» بدلاً من «نعم، لقد شعرت بصعوبة الاستمرار...» فيمكنك أن تبدأ بالشكل الآتي:

الميسر:	«هل يمكنني الرجوع إلى ما سبق وقلتِه يا جين؟ ماذا كان رأيك بشأن أسئلة جون؟ ما تأثير تلك الأسئلة حسب رأيك؟
جين:	«أعتقد أن أسئلة جون المغلقة حدت بالمريض إلى أن يعطي إجابات عن أسئلة بدلاً من سرد قصته.»

لاحظ أن في المثال السابق أن جين مازالت تستعمل لغة لا تستند إلى إصدار أحكام ومن دون الرجوع إلى ما هو جيد وما هو غير جيد ولكنها انتقلت قليلاً إلى مسار التحليل وذلك بالاستنتاج حول السبب والنتيجة.

الفصل السادس

Chapter 6

إدارة الجلسة: تيسير تعليم مهارات الاتصال في بيئات تعليمية مختلفة

Running a session: facilitating communication skills teaching in different learning contexts

المقدمة

Introduction

كيف تقوم بإدارة جلسات تعليم مهارات الاتصال على أرض الواقع وتتمكن من إحياء أسس تحليل نتائج المقابلة المستند إلى مشكلاتها (ALOBA)؟ وكيف يمكن تطبيق هذه الأسس وغيرها للتعليم والتعلم المؤثرين في بيئات مختلفة؟

يستكشف هذا الفصل الإمكانات العملية لإدارة جلسات تعليمية على الاتصال في مجموعة منوعة من البيئات وهي موجّهة إلى جميع أساتذة الاتصال ومن بينهم:

- ميسّرو المجموعات الصغيرة.
- القائمون بإدارة جلسات مكّرسة للعمل فرداً لفرد.
- الهيئات التدريسية السريرية وغيرهم من القائمين بالتعليم الآني في الردهات أو العيادات.
- المقيمون الذين يعلمون طلبة المرحلة السريرية.

ونقدم في هذا الفصل:

1 مخططاً من صفحة واحدة تتضمن كيفية تنظيم جلسة تعليمية وتطبيق تحليل نتائج المقابلة المستند إلى مشكلاتها (ALOBA).
2 أمثلة على كيفية تطبيق تحليل نتائج المقابلة المستند إلى مشكلاتها في البيئات الآتية:
   - جلسات اتصال تجريبية لمجموعات صغيرة مخصصة لـــ:
     — مرضى ممثلين وأجهزة تسجيل صوري «فيديو».
     — مرضى حقيقيين متطوعين وأجهزة تسجيل صوري «فيديو».
     — أشرطة تسجيل صوري سبق تسجيلها مع مرضى حقيقيين.
     — من دون الاستماع إلى/ أو مشاهدة أشرطة صوتية وصورية.
   - جلسات اتصال تجريبي للتعليم فرداً لفرد.
3 الأسئلة التي غالباً ما يعرضها الميسّرون والمتعلمون عن خطوات تحليل نتائج المقابلات المستند إلى مشكلاتها.
4 التعليم الآني في العيادات أو بجانب أسرة المرضى.
   - تعليم صياغة الاتصال نفسه.

- فائدة النموذج «Modelling».

وتتعلق مادة الفصل بمستويات التعليم الطبي كافة: طلاب كليات الطب وطلبة الصفوف السريرية والمقيمين والأطباء الممارسين / الأساتذة جميعهم بحاجة إلى جلسات تعليم الاتصال إذا كانوا جادين في تعلّم موضوع مهارات الاتصال. ومن ناحية أخرى، يحتاج المتعلمون بمختلف مستوياتهم إلى التعليم الآني سواء عند أسرة المرضى أو في العيادات لتعزيز مهاراتهم وتطويرها وتعزيز أو تغيير سلوكياتهم على الصعيد العملي. وتتباين طبعاً جلسات التعليم المكّرس لمهارات الاتصال والتعليم الآني بحسب مستوى المتعلمين وأغراض المنهج الدراسي الخاص بالاتصال.

تحليل نتائج المقابلة المستند إلى مشكلاتها عملياً
Agenda-led outcome-based analysis in practice

إن القواعد التقليدية للاسترجاع التي جرى وصفها في الفصل السابق جذابة من حيث الإيجاز – إذ إن أسطراً قليلة تتضمن أموراً يمكن تذكرها بسهولة على الرغم من أنها من حيث التركيب غير مرنة نسبياً إزاء تحليل المقابلة.

ونجدها أكثر صعوبة عندما نريد إيجازها في توصياتنا، إذ تتّبع جلساتنا طريقاً لم يسبق التخطيط له إلى حد كبير معتمدين بصورة أكبر على مهارة الميسّرين للحفاظ على انسيابية وتوازن الجلسة وجعلها تندفع بالاتجاه الصحيح. ومثالياً، يتحلى المتعلمون بتحمل مسؤولية التقييم الذاتي وتقديم الاسترجاع إلى زملائهم. ولذا فأنهم بحاجة إلى من يأخذ بأياديهم إلى كيفية تقديم الاسترجاع والاستجابة له. لذلك علينا أن نحث المتعلمين على قراءة الفصل الخامس عندما نشرع بوضع هيكلية الجلسات وبعد ذلك نبحث معهم أسس تحليل نتائج المقابلة المستند إلى مشكلاتها (ALOBA) «لاحظ معهم المستطيل 5.1». وبعد ذلك، نعمل ضمن المخطط الوارد في الإطار البسيط المؤلف من صفحة واحدة المبين في الشكل «6.1» لغرض وضع هذه الأسس موضع التطبيق.

ويجد الميسّرون أن من الأمور المساعدة مراجعة أسس تحليل نتائج المقابلة المستند إلى مشكلاتها (ALOBA) على الدوام وأن يضعوا في متناول أيديهم المخطط المبين في الشكل (6.1) عند الجلسات للرجوع إليه آنياً. كما يرجى ملاحظة مرونة التركيبة التي نقترحها. ويبدو الاسترجاع كتفاعل وليس عملية نقل مباشر – وهو عملية ديناميّة لولبية تصطف بموازاة المقابلة تماماً. ونهيب بكم تجنب النظر إلى الطريقة المبينة في الشكل كما لو كانت مصفوفة أحجار جامدة!

وليس من الغريب، أن نلحظ أن خطة تنظيم التعلم التجريبي ووضع نتائج تحليل المقابلة المستند إلى مشكلاتها (ALOBA) موضع التطبيق (لاحظ الشكل 6.1) تحمل شبهاً كبيراً لإطار دليل كالكاري–كامبردج بشأن المقابلة الطبية، والتي بيّنا بشكل محدد أن بناء العلاقة وتهيئة الهيكلية مساران مستمران يربطان أجزاء الجلسة من البداية حتى النهاية. وتختلف هاتان المهمتان اختلافاً واضحاً عن بقية المهمات والتي تتبع خطوات متلاحقة وتنفذ بالتتابع مع استمرار الجلسة. وإن كلاً من بناء العلاقة وهيكلية الجلسة هما مهارات تيسّير شاملة وهما من أهم المسؤوليات الملقاة على عاتق الميسّرين في إدارة المجموعات الصغيرة أو جلسات التعليم فرداً لفرد سواء أكان الموضوع هو مهارات الاتصال أم سواها. والمهارات المطلوب توافرها لتحقيق هذه المهام هي نفسها المدرجة في دليل كالكاري–كامبردج، لكنها في هذا المجال تنطبق على مجموعة من المتعلمين لا المرضى. وسوف نناقش مهارات بناء العلاقة وبناء بيئة داعمة للتعلم بمزيد من التفصيل في الفصل السابع.

وعلى غرار ذلك، فإن الخطوات المتتابعة لإدارة جلسة ما ترتبط ارتباطاً مباشراً بالمهام المتتابعة في إطار دليل كالكاري–كامبردج، والتي تبدأ بافتتاح المقابلة ثم جمع المعلومات فالتوضيح والتخطيط ثم الإغلاق «ومن الواضح أن الفحص الطبي يعتبر استثناء من هذه القاعدة». ونكرر القول، إن معظم المهارات الواردة في الدليل تعمل بشكل جيد وعلى قدم المساواة ولغرض الاتصال بالمتعلمين ومثلما هو جارٍ في الاتصال بالمرضى وببساطة يمكن الاستعاضة بـــ «المعلم» و «المتعلم» بدلاً عن «الطبيب» و «المريض».

ولقد تعمدنا إظهار هيكلية الجلسة كساعة رملية لكي نوضح الأهمية المركزية لتحديد أولويات المتعلمين في جلسات الاسترجاع. وكذلك بالنسبة للنتيجة أو النتائج التي يريد المتعلم التوصل إليها، ويرجو من المجموعة مساعدته عند الخوض فيها. ويركّز المخطط على الحاجة للأخذ بالاعتبار النتائج التي يتوخى المريض الوصول إليها في مختلف مراحل المقابلة. وفي أية جلسة اتصال تعليمية، ينبغي أن تؤخذ بالاعتبار الأولويات والنتائج المتوخاة التي تستل منها بقية الإجراءات.

الشكل (6.1) كيف يعمل تحليل نتائج المقابلة المستند إلى مشكلاتها في الممارسة العملية

أمثلة على كيفية استخدام تحليل نتائج المقابلة المستند إلى مشكلاتها (ALOBA) في بيئات مختلفة

Examples of how to use agenda-led outcome-based analysis in different contexts

إن تحليل نتائج المقابلة المستند إلى مشكلاتها يلاءم وبدرجة المساواة نفسها الجلسات المكرسة لتعليم الاتصال التجريبي:

- مع مرضى حقيقيين أو ممثلين.
- مع جلسات حية أو سبق تسجيلها.
- مع أدوار يتناوب في أدائها أفراد المجموعة.
- مع أو بدون تسجيلات صورية أو صوتية.
- مع تعليم المجموعات الصغيرة.
- مع التعليم فرداً لفرد.

ويختلف الاستخدام الحقيقي لـــ (ALOBA) تبعاً لفحوى البيئة التعليمية. ومن أجل تصوير هذه الاختلافات فإننا نقدم وصفاً تفصيلياً لواحد من تلك المواقف وبعدها سنصف المتغيرات المطلوبة عند عمليات التعليم في البيئات المختلفة.

جلسة مخصصة لتعليم الاتصال التجريبي: مجموعة صغيرة تعمل مع مريض ممثل وباستخدام أجهزة تسجيل مصور

A dedicated experiential communication teaching session: small group format working with a simulated patient and videotape equipment

نقدم في أدناه جلسة تجريبية تفصيلية للميسّرين في أثناء التدريب وبصورة حرفية تقريباً. وعلى الرغم من أننا لا نتوقع بالتأكيد قيام أي منهم بالتنفيذ بالتفاصيل نفسها والتتابع نفسه، لكن عرضناه بناء على طلب الميسّرين الذين عملنا معهم.

ولقد اخبرنا هؤلاء الميسّرون بأن تهيئة نموذج يحتوي على الخطوات التي سيتبعونها والعبارات التي سيرددونها سيساعدهم على فهم كيفية إدارة جلسة تعليمية مع تنمية مهاراتهم التيسيرية. وكالعادة، فهي عملية لوضع الخطوات موضع التطبيق أكثر من كونها مجرد فهم لأهميتها. ونادراً ما نتجاوز أية خطوة من الخطوات المطبوعة بأحرف بارزة في أدناه ولكننا حقاً نختارها ونلتقطها من بين الخيارات البديلة ونصمم جهودنا التيسيرية لتلائم الظروف بشكل مناسب جداً.

ويرينا هذا المثال كيف نضع هيكلية لجلسة حية مع مريض ممثل مع تسجيل مصور وتُراقب من الميسّر والمتعلمين يتبعها استرجاع فوري.

تهيئة المشهد لمجموعة صغيرة تتعلم تجريبياً

Set the scene for experiential small group work

- أرسِ الألفة الأولية:
  - رحب بالحضور – وابدأ الجلسة.
  - استكشف وناقش كيف يمكن لهذه الجلسة أن تتلاءم ومستوى التعلم العام لدى المتعلمين.
  - حدد توقيت الجلسة واشرح أغراض الجلسة وطرائقها.
  - أظهر الاهتمام والهواجس.
- ساعد المتعلمين على أن يركزوا على موضوع الجلسة وعلى أن تتضمن الخيارات تشجيع المجموعة على ما يأتي:
  - تحديد موضوعاتهم الخاصة.
  - مناقشة شؤون المرضى.
  - تعريف أهداف جزء جلسة المقابلة موضوع المناقشة.

— تفحّص وناقش الأطر ذات العلاقة «مثل، دليل كالكاري-كامبردج، الخطوات الواجب أخذها في الاعتبار عند العمل مع مترجم، عناصر تاريخ الحياة الجنسية».

- اشرح لهم بأن هذه فرصة لتطبيق المهارات المهمة قبل وضعها موضع الاستعمال. وإنها ليست تمريناً على إصدار الأحكام وإنما هي فرصتهم للممارسة والتدرّب بأمان وبعدد المرات التي يحتاجونها. واجذب انتباه أفراد المجموعة إلى أن بعض المهارات التي سيجدونها مفيدة في الجلسة سيمارسونها حتماً في المستقبل.
- صف السيناريو المحدد بتفاصيل كافية كي تهيئ لأرضية الجلسة وتوجيه المجموعة «مثل ترتيب الجلسة، الموضوعات المعروفة مسبقاً، السجلات الطبية،... الخ».
- وضح بصورة محددة دور المتعلمين في ذلك السيناريو، فمثلاً «أنت نفسك ذاهب إلى ردهة المستشفى لأول مرة لغرض مقابلة مريض. واقترح عليك الطبيب المقيم أن تتحدث إلى مريضة أدخلت إلى المستشفى تواً اسمها جون هندرسن. وسوف نركز هذا الصباح على بداية المقابلة فقط ولنكتشف من المريضة نفسها السبب الذي حدا بها إلى دخول المستشفى ذلك اليوم.»
- اطلب من الفريق مناقشة القضايا العامة التي يتضمنها السيناريو قبل أن يبدأ المتعلم الأول القائم بإدارة المقابلة بعرض أولوياته وكما مبين فيما بعد.
- هيئ غرفة المقابلة «توزيع الأثاث، زاوية الكاميرا... الخ».

حدد أولويات المتعلم

Identify the learner's initial agenda

- شجع أحد المتعلمين على أن يبدأ العملية — بالطبع، وأخيراً سوف يعطي كل شخص للمجموعة المادة الخام التي سيعملون عليها عند تنفيذ المقابلة وكهدية لهم:

— «ما القضايا المحددة أو الصعوبات الشخصية التي تجابهك والتي تريد أن نعمل عليها؟» «حاول أن تجعل المتعلم يتحدث عن أمور محدّدة قدر الإمكان وهذه الناحية تصبح أكثر سهولة مع حصول المتعلمين على مزيد من المعرفة».

— «ما الذي ترغب في ممارسته وتحسينه؟»

— «ما أهدافك الخاصة من المقابلة؟» «اكتب على السبورة أو الأوراق الدوارة Flip Chart».

— «كيف تأمل من المجموعة أن تساعدك بأفضل صورة؟»

— «ما الموضوعات التي تريد أن يدور حولها الاسترجاع؟ هل لديك أمر ما على وجه التحديد تريد منا أن نراقبه؟»

هيئ المجموعة بأكملها لكي تراقب المقابلة

Prepare the whole group to watch the interview

- اسأل إذا كان المقابِل يرغب في معرفة أي أمر آخر حول السيناريو من أجل أن ينفذه.
- أكد على المقابِل هل يمكن أن يبدأ أو يتوقف أو يُقاطع من أجل طلب المساعدة كلما رغبت المجموعة بذلك. أما إذا لم يحاول المتعلم إكمال المقابلة، فعليك بمناقشة مقاطع من المقابلة التي قدمت للمجموعة. أذكر في أي وقت على الميسّر أن ينهي المقابلة فيه إذا لم يذكر المتعلم ذلك «أي عند نقطة محددة في المقابلة أو بعد أية مدة معينة».
- شجع الفريق على أن يدون كلمات وتصرفات معينة في أثناء المراقبة تدعم الاسترجاع الوصفي ولكي تلجأ إليها فيما بعد خلال جلسة الاسترجاع. وهذا يمكن تدوينه على ورقة فارغة. وعليك الإشارة إلى

نقاط معينة في دليل كالكاري–كامبردج فيما بعد ومع استمرار المقابلة. كما يمكن كتابة ملاحظات المراقبة/ والاسترجاع مباشرة على نسخة من دليل كالكاري–كامبردج بجانب المهارة أو مجموعة المهارات المناسبة (راجع المرفق 2). وإذا كانت الجلسة تسجل صورياً، فأقترح عدم تسجيل شيء وإنما يسجل توقيت الملاحظة أو رقم عدّاد المقابلة من جهاز تسجيل الفيديو لكي تجعل من السهل ربط الاسترجاع أو الأسئلة بنقاط محددة من المقابلة. وفي بعض الحالات، يمكن تقديم الملاحظات إلى المقابِل بعد جلسة الاسترجاع لغرض الاستفادة منها واستعمالها خلال مراجعة تصوير الفيديو شخصياً.

- يمكن الطلب من أحد المتعلمين أن يسجل محتويات المقابلة في الوقت الذي يركّز فيه الآخرون على مهارات صياغة الاتصال. فإذا كان من المحتمل أن تشمل المقابلة كل المهمات الرئيسة المبيّنة في دليل الصياغة «والتي غالباً ما تكون هي الحالة مع الأطباء المقيمين على سبيل المثال»، فإن من المفيد كذلك أن تطلب من بعض الأفراد أن يركّزوا على المراقبة والاسترجاع الذي قاموا به على جزء من دليل الصياغة مثل أخذ التاريخ المرضي، في حين يركّز الآخرون على أقسام أخرى مثل بناء العلاقة أو التوضيح والتخطيط. قم بتوزيع نسخ من دليل كالكاري–كامبردج للصياغة والمحتوى على عدد مناسب من أعضاء المجموعة وحسب الحاجة.

راقب المقابلة

Watch the interview

- راقب المقابِل والمجموعة مراقبة دقيقة خلال المقابلة أو التلميحات التي تبين الهواجس خلال عرض المقابلة والتي يمكن أن تكون مفيدة عندما تقومون بتنظيم الاسترجاع. وإذا كان من الممكن تدوين عدّاد الفيديو أو التوقيت خلال المقابلة على جهاز التسجيل الصوري عند نقاط محددة في المقابلة التي ترغب في توجيه الانتباه لها خلال عمليتي الاسترجاع أو مراجعة شريط الفيديو.
- بعد مراقبة المقابلة، دع المقابِل والمجموعة يتأملون لفترة من أجل تجميع أفكارهم وتحديد أهم نقطة أو نقطتين يرغبون في إثارتها خلال الاسترجاع بعد التأكد من أن الموازنة قد تمت بين ما كان مفيداً وبين ما كان يمثل المشكلة.
- خلال «مدة التفكير القصيرة» هذه، يمكنك باعتبارك ميسّراً أن توضح أفكارك الخاصة حول المقابلة ومن ضمنها «الأنماط» التي تراها تظهر من خلالها «راجع الفصل الثامن». ويشمل أولوياتك للمقابلة: الطرق التي يمكن بواسطتها التصدي للاسترجاع الصعب بشكل خاص ولاسيما أين تضع ما يركّز عليه الاسترجاع من النقاط الجيدة.

تقدير مشاعر المتعلمين حول المقابلة

Acknowledge the learner's feelings about the interview

– أي «كيف تشعر؟»
– و«كيف جرت الأمور؟»

تنقيح أولويات الفرد وحدد النتيجة أو النتائج العامة المأمول بلوغها

Refine the individual's agenda and identify the desired overall outcome(s)

– «هل يمكننا الرجوع إلى الأولويات التي حددناها على الأوراق الدوارة «Flip Chart» قبل المقابلة؟ هل تغيرت؟ ما الاسترجاع الذي ترغب فيه حول هذه النقطة؟ هل ظهرت نواح تتضمن مصاعب جديدة؟ هل بإمكاننا تحديد المشكلات؟ هل فاجأتك قدرتك؟

– ما الذي كنت ترغب أن يسير بشكل مختلف؟ بعد تحديدنا المشكلات مسبقاً ما النتائج المختلفة التي ترغب في استكشافها؟

- الميسّر – ينصت، يوضح، يلخص ويتحقق.
- على الميسّر أن يتأمل في ما إذا كان عليه أن يضيف لأولوياته أو لأولويات المجموعة.

قدم الاسترجاع وأعد التدرّب على المهارات (المجموعة بأكملها)

Offer feedback and (re)rehearsal of skills (whole group)

- تداول مع المتعلمين حول أفضل الطرق التي يمكن النظر خلالها إلى المقابلة – اختر المجال الذي تريد التركيز عليه وما إذا كان عليك إعادة عرض ذلك الجزء أو الأجزاء قبل بدء الاسترجاع أو التمرين.
- ابدأ مع المتعلم. وتتضمن الخيارات ما يأتي:

– هل كانت لديك أفكار مسبقة حول كيفية التصدي لذلك بشكل مختلف هذه المرة، وهل النتيجة التي ترغب في الوصول إليها واضحة لديك؟

– «لديك – كما هو واضح – فكرة واضحة حول ما ترغب في تجربته...»

– «لقد عرفت المشكلة وقمت بإعطاء الاقتراحات... هل ترغب في التدرّب على هذا الجزء مرة أخرى؟»

– «اخبرني عن الأمور التي سارت بشكل جيد ولاسيما الأهداف التي قمت بتحديدها»

– «ما الأمور التي سارت بشكل أقل جودة من المطلوب بالنسبة إلى أهدافك؟ وبالنسبة إلى أهداف المريض؟».

- كن واضحاً بشأن النتيجة/ النتائج التي كان كل من المتعلم والمريض يرغبان في الحصول عليها في المجالات التي على بساط البحث:

– «ما الذي كنت أنت والمريض تحاولان التوصل إليه؟ ما الذي حصلتما عليه بالنسبة لذلك الموضوع؟ هل كانت النتائج التي كنت تتداولها مع المريض متناسقة؟»

– «هل أوصلك ذلك إلى ما كنت تطمح الوصول إليه؟ ماذا بشأن النتائج التي كان المريض يقصد التوصل إليها؟ إذا كان الجواب بنعم فمرحى لك! وما البدائل التي كان يمكن أن تكون أفضل من حيث التطبيق أو أكثر فاعلية؟ وإذا كان الجواب بالنفي وإلا فما الخيارات التي كان بإمكانك الحصول عليها أنت أو المريض أو كلاكما عند تلك النقطة؟»

– «هل كانت هناك نتائج مهمة أخرى أغفلتها؟»

- احصل على الاسترجاع الوصفي والأفكار حول البدائل من المجموعة بين وقت وآخر:

– «لقد قلت بأن البداية» الافتتاح «كانت جيدة تحديداً، هل تستطيع أن توضح أكثر حول ما تعني... ماذا شاهدت؟»

– «عندما تتكلم عن النتائج التي سبق ذكرها وأخبرتنا بأنك بصدد محاولة التوصل إليها، فهل يرغب شخص آخر في محاولة أسلوب بديل؟»

– «إن هذه هي إحدى الطرق التي عملت بشكل جيد! هل يريد شخص آخر تجربة طريقة بديلة؟»

- استعمل دليل كالكاري–كامبردج لبناء الاسترجاع وكمصدر للبدائل. واستعمل الملاحظات المدونة خلال عملية المراقبة لتعزيز الرسوخ والتحديد.
- عندما يقدم المشاركون اقتراحات، اسأل ما إذا كان المقابِل يرغب بإجراء ذلك أم ترغب المجموعة في تجربة ذلك.

- ادعُ المرضى الممثلين أن يضيفوا ما لديهم من حدس ومشاعر وأن يزيدوا من عدد مرات التدرّب. وإذا كان المرضى الممثلون يرغبون في العمل مع مجموعات أخرى فتأكد بأن التدرّب يبدأ بوقت مبكر «مثلاً استجابة إلى طلب المتعلمين لاسترجاع محدد أو عندما تتاح الفرص لتجربة البدائل».
- أسال الممثل القائم بالدور الأسئلة التي أغفلت المجموعة الاستفسار عنها تحديداً:
  — «عندما سألتك ما الذي يقلقك أكثر من سواه، كيف كان أثر ذلك السؤال؟»
- قم بتنبيه المقابِل والمتعلمين الآخرين من أجل أن ينظروا إلى انفعالاتهم ومواقفهم:
  — «ما الذي كنت تشعر به في تلك الأثناء تحديداً؟ وما العمل (الذي تختاره) تجاه تلك المشاعر؟»
  — «ما الذي كنت تفكر فيه عندما طرأ ذلك الموقف؟ ماذا كانت ردود فعلك تجاه ذلك الموقف؟ ماذا كانت ردود فعلك تجاه المريض عندئذ؟ كيف كنت ستتصرف مع تلك الظروف أو المواقف؟»
- تذكّر أنك:
  — تمارس وتدرّب على الأساليب الجديدة التي تقترحها المجموعة.
  — تأكد من وجود توازن بين الاسترجاع الايجابي والسلبي.
  — استفد من استرجاع المرضى.
  — طبق المهارات بنفسك حيثما كان ذلك مناسباً.
  — استعمل دليل كالكاري—كامبردج للصياغة والمحتوى.

(i) شجع المجموعة على تأمل كيف يمكن أن تؤثر مهارات الصياغة في المحتوى أو الفهم المطلوبين للمعلومات المقدمة والعكس بالعكس.

  — «ماذا عسى أن يحدث لو انك استخدمت أسئلة مفتوحة النهايات لكي تبدأ باستقاء التاريخ المرضي للمعاناة الحالية (قصة المريض) بدلاً من سلسلة من الأسئلة المغلقة؟»

(ii) شجع الفريق على النظر في كيفية تأثير العمليات الفكرية على سير المقابلة:

  — «ما الافتراضات التي كنت بصددها عندئذ؟ كيف أثرت في المقابلة؟ هل اضطررت إلى تدقيق افتراضاتك؟»
  — «ما الذي كنت تظنه بشأن ذلك الجزء من المقابلة؟»

استعرض الشريط المصور وحدد المهارات

Review the videotape, skills spotting

- تأمل المهارات الدقيقة للاتصال والكلمات التي استخدمت بالضبط.
- أعد عرض أجزاء الشريط الصوري الخاصة لإظهار التعبير / السلوكيات المحددة «ما عدا تلك التي تأتي في بداية المقابلة ونهايتها. والتي يمكن تطبيقها فقط إذا كان المراقبون يدونون الأوقات أو أرقام لقطات جهاز التسجيل الصوري خلال المراقبة.
- شجع المتعلمين على استعراض شريط التسجيل الصوري (الفيديو) بعد الجلسة:
  — «إن هذا الشريط ملائم جداً لكم لكي تعيدوا مشاهدته — دققوا في كيفية الافتتاح وماذا جرى خلال الثماني دقائق من التسجيل؟»

قدم / عزّز نقاط التعليم: التعميم

Introduce/reinforce teaching points: generalising away

- أضف آراء الميسّر وأفكاره بعد الاستماع من المتعلمين والمرضى وباقي المجموعة.
- قدم النظرية والبحوث ومناقشة أوسع على مدى الجلسة.

- عزّز أفكار المجموعة بإيجاد صلة بينهم وبين النظرية أو البحوث.

اغلاق الجلسة

Close the session

- أوضح للمتعلمين بأن أولوياتهم قد تمت تغطيتها.
- كن حذراً جداً عند المقارنة بين ما سار جيد وما لم يسر في النهاية.
- تجوّل للتعرف على ما تعلمه كل فرد في المجموعة «قد حصل على شيء ما ليحتفظ به» وما إذا كان الاسترجاع مفيداً ومقبولاً لدى الجميع.
- لخص - أجمع المهارات المتفرقة وقارنها بالمهارات المنصوص عليها في دليل كالكاري–كامبردج. وضح المهارات التي سبق مناقشتها وكيف أنها ستنسجم داخل الذخيرة الأوسع في هيكلية دليل كالكاري–كامبردج. اعطِ المتعلمين استرجاعاً تحريرياً على شكل نقاط وضعت من المتدربين أنفسهم أو من الميسّر حسبما كان ذلك ملائماً. واشكر الممثل الذي قام بدور المريض.
- وزع المنشورات ذات العلاقة «مثل، البحوث التي تتعلق بأهداف معينة بالنسبة لهذه الجلسة أو القضايا التي ظهرت خلال جلسات سابقة».

إطار المجموعة الصغيرة مع مريض حقيقي ومعدات تسجيل صوري

Small group format with a real patient and videotape equipment

يتضمن الإطار مرضى حقيقيين يقومون بتقديم تاريخهم المرضي الحقيقي مع بعض التغيرات الضرورية «مثل المريض الذي شاهده الميسّر مؤخراً أو المريض المتبرع المرسل من قبل «مصرف» برامج الاتصال». ومن المفضل قبل أن يقابل المريض المجموعة التأكد من أن المريض على إلمام بمستوى المتعلمين وبالغرض من عقد الجلسة، وكيف من المرسوم لها أن تجري «بما في ذلك التسجيل الصوري والتوقيتات المحددة وحقيقة قيام فريق صغير بالمراقبة سواء كان المريض مدعواً لتقديم الاسترجاع أم لا»، واحصل على موافقة المريض إن لم يكن ذلك قد حصل سابقاً. وناقش معه وبإيجاز ما مقتطفات التاريخ المرضي الحالي أو السابق الذي من المناسب التركيز عليها والتدرّب عليها. وأكد له على أن أية معلومة يجري بحثها ستبقى موضع الكتمان. وإذا كان المريض مشمولاً بجلسة الاسترجاع قدم بإيجاز لكل عضو من المجموعة ما أنت مقبل عليه واطلب منهم تقديم الاسترجاع حول النقاط نفسها التي ستقوم بالاستفسار عنها كما يحصل عند مشاركة المريض الممثل. وقد يجد المرضى الحقيقيون أن من الصعب العودة إلى التدرّب على الطرق البديلة ولاسيما ما يتعلق بالمواقف المحرجة أو العاطفية أو الحساسة ضمن سياق المقابلة. وتأمل بعناية ما إذا كنت ستدخل المريض ضمن هذه الخطوة أم أنك سوف تتدرّب على ذلك بعد أن يكون المريض قد غادر المجموعة وأخيراً أشكر المريض على مشاركته.

جلسة تعليمية مخصصة للاتصال: مجموعة عمل صغيرة بتسجيل صوري مع مريض حقيقي معّد مسبقاً «من دون حضور المريض»

A dedicated communication teaching session: small group format working with a pre-recorded videotape of a real patient (no patient present)

يحتاج الميسّر في هذا الإطار إلى نموذج تفصيلي عند مناقشة تسجيل مصور لمريض حقيقي له علاقة بالواقع العملي للمجموعة المشاركة بالجلسة ومن دون مساعدة مريض ممثل يتقمص دور المريض الحقيقي الذي

يظهر بالفلم. وفي هذه الحالة، تم تسجيل المقابلة بعيداً عن الميسّر والمتعلمين الذين سيراقبون المقابلة ويعطون الاسترجاع لها.

ولذلك يجب على الميسّر أن يجري بعض التغييرات:

تهيئة مشهد العمل التجريبي

Set the scene for the experiential work

- وهنا من الضروري الاعتراف بجهود المتعلمين عند تقديمهم التسجيلات الصورية مع تقديم الشكر للمجموعة لجلبها الأشرطة الخاصة بها:
  - «شكراً لكم لجلبكم التسجيلات الصورية الخاصة بكم كهدية و بمثابة مادة أولية خام، والتي يمكننا استخدامها عند استكشاف مشكلات الاتصال والقضايا الأخرى سوية. وسنحاول ليس فقط مساعدة الطبيب ذي العلاقة بالشريط ومناقشة أولوياته ولكن سنسلط الضوء عموماً على المشكلات الاتصالية الواردة في الشريط ونتفحص نواح معينة من نواحي الاتصال من أجل الفائدة التي سنجنيها جميعاً».

تقرير ما إذا كنت ستحدد مشكلات المتعلم الأولية

Decide whether to identify the learner's initial agenda

- في مثل هذا الموقف، سيكون من المفيد مراقبة شريط التسجيل الصوري بدون معرفة سابقة لمشكلات المتعلم مع تقدير المقابلة من دون أفكار مسبقة.
  - «هل ترغب في أخبارنا حول المشكلة / المشكلات التي تعاني منها الآن أم ترغب في مناقشة ما يدور في خلدك بعد مشاهدة الشريط الصوري؟»
  - «هل لديك شيء بعينه ترغب في أن نشاهده ونعلق عليه؟»

تهيئة المجموعة كلها لكي تراقب المقابلة

Prepare the whole group to watch the interview

- عند هذه النقطة، تحتاج المجموعة إلى أن تعرف بالضبط معلومات المتعلم وما شعوره قبل بداية التحدث إلى المريض. أطلب من المتعلم الذي يقوم بعرض الشريط بتهيئة المشهد الذي يصف به معاناة المريض السابقة ومعلوماته عن ظروف المريض وأولوياته.
- بالنظر لعدم وجود مريض اختر أحد أعضاء المجموعة لكي ينظر إلى المقابلة الطبية من وجهة نظر المريض وأن يكون متهيئاً للقيام بدور المريض من أجل التدرّب وأن يعكس منظوره للمجموعة.

راقب المقابلة

Watch the interview

- يمكن لنوعية الصوت في الشريط المسجل أن تصبح مشكلة كامنة. عليك بالتحقق من توضيح أي أمر «مثلاً في تلك الأجزاء من الشريط التي يكون فيها الصوت مشوشاً أو غير مسموع».
- على الرغم من أن تشوش أو انقطاع الصوت أو الصورة يعرقل انسيابية المقابلة إلا أن ذلك مفيد أحياناً فعليك في هذه الحالة استغلال الفرصة لكي توقف الشريط الصوتي أو الصوري لتناقش أجزاء مختلفة في أثناء سير المقابلة. أطلب الموافقة قبل أن تبدأ مثل:
  - «يبدو أن هذا هو نهاية افتتاح المقابلة، ما رأيك؟»

— «لقد قلت أنك منزعج من نفاذ الوقت – فهل من المفيد أن نتفحص فيما إذا كان هناك أمر في هذا الجزء يسهم في تعقيد مشكلتك مع الوقت؟»

- إذا كانت مشاهدة شريط التسجيل بأكمله قد حدثت قبل المدة المخصصة للمناقشة، فمن المهم أن تسجل المجموعة ملاحظاتها كي تساعدها لتذكر ردود الفعل والأسئلة.

استعرض المشكلات الفردية وتنقيحها ومناقشة النتيجة المأمولة

Refine the individual's agenda and desired outcome

إذا حددت المشكلات مسبقاً:

- اسأل المجموعة «هل نستطيع الرجوع إلى المشكلات المدونة على الأوراق الدوارة «Flip Chart» قبل أداء الأدوار؟ وهل تغيرت أولوياتكم؟»

أو

- هيئ المشكلات المبدئية في هذه المرحلة.

قدم الاسترجاع والتدرّب «لكل المجموعة»

Offer feedback and re-rehearsal (whole group)

- ومرة أخرى نقول، طالما لا يوجد هناك مريض فعليكم بالممارسة والتدرّب على أساليب جديدة بعد حصول اقتراحات من أحد أفراد المجموعة الذي يقوم بدور المريض واطلب منه أن يبين هواجسه وأفكاره كمريض.

الجلسة المكرسة لتعليم الاتصال: لمجموعة صغيرة ومن دون أجهزة عرض صوتي أو صوري

Dedicated communication teaching session: small group format without video or audio review

إن استخدام طريقة تحليل المشكلات المستندة إلى النتائج «ALOBA» من دون أجهزة تسجيل صوتي أو صوري يتطلب بعض التعديلات البسيطة. حينما لا نملك أجهزة مساعدة لمناقشتنا، يجب أن نعتني بتفاصيل طريقة تحليل المشكلات المستندة إلى النتائج «ALOBA» بدرجة أكبر.

تعزز التسجيلات التقييم الذاتي والمعوّل عليه والدقيق، والطريقة التي يكون محورها المتعلم وحصول موضوعية أكبر إضافة إلى تشجيع الاسترجاع الوصفي والمحدد. ومن دون التسجيلات، ربما تزداد أهمية المراقبين وتسجيل نقاط أكثر تفصيلاً للتعبير والتعليقات والسلوكيات المحددة بالملاحظة والتي من الممكن مراقبتها. لكي يمكن إتاحة تقدير دقيق لدعم الاسترجاع الوصفي والمحدد. وليس لدى المتعلمين الفرصة لكي يعيدوا عرض تسجيل المقابلة ومراقبة أدائهم بأنفسهم. ولذلك فإن استخدام دليل كالكاري–كامبردج أو أي شيء أخر من شأنه أن يساعد على ويزيد قيمة بناء هيكلية المراقبة والاسترجاع مما يعين الذاكرة أو يزيد دقة الاسترجاع.

الجلسة المكرسة لتعليم الاتصال فرداً لفرد

Dedicated communication teaching session: one-to-one format

نحن الآن بصدد تأمل التعديلات المطلوبة عند استخدام طريقة تحليل المشكلات المستندة إلى النتائج «ALOBA» في جلسات التعليم فرداً لفرد، ويسمح هذا الإطار بمزيد من الوقت للمتعلمين الأفراد. ويتميز

العمل مع مجموعات صغيرة داعمة من الزملاء وميسّر ماهر بمزيتين بارزتين على عملية التعلم فرداً لفرد، أولاهما: أن المجموعة الصغيرة تتيح تبادلاً أكبر لطرق متنوعة. وثانيهما، إنها تسهل التدرّب على المهارات. أما عند العمل بطريقة فرداً لفرد فإن كفاءة الميسّر تتحدد لمتعلم واحد لا أكثر في الوقت المحدد. وأن هذه المشكلات في أسلوب طريقة التعلم فرداً لفرد ليست سمة خاصة لطريقة تحليل المشكلات المستندة إلى النتائج «ALOBA» ولكنها مألوفة بالنسبة لجميع طرق الاسترجاع في مهارات الاتصال.

إن فائدة طريقة تحليل المشكلات المستندة إلى النتائج «ALOBA» تكمن في أتباعها الخطوات التي أوجزت في المثالين أعلاه. وعلى كل حال، ففي طريقة التدرّب فرداً لفرد فإن المتعلم والميسّر هما وحدهما من يتمكنا من تقديم المشكلات والاقتراحات. وحيث أن عدد البدائل يأخذ بالتلاشي، فمن السهل أن يظهر الاختلاف على السطح والسقوط في عدم الاتفاق ولاسيما عند المتعلم الأكثر ممانعة للتعلم «Defensive» لدمجها مع بيئة المعلم. وسيزيد الاختلاف في نواحي القوة والمعرفة الأمور تعقيداً. ويصحُ ذلك في حالة المتعلم المتردد أو الذي لديه قدرة قليلة على تقديم الاقتراحات. فيجد الميسّر نفسه يقدم الاقتراحات إلى مشارك سلبي وغير متعاون وهكذا تتلاشى فوائد التعليم التجريبي سريعاً.

وسيفقد الفرد فوائد تلقي الاسترجاع من أقرانه. أما في تعليم المجموعات الصغيرة فإن الميسّر يقدم اقتراحات أو يقوم بتطبيق المطلوب أداؤه بعد أن يكون جميع أعضاء المجموعة قد انتهوا من المشاركة وفي حالة عدم تمكنهم من حل المشكلة بأنفسهم فقط. ولكن عند تعليم الفرد الواحد فإن الطرفين الوحيدين اللذين بوسعهما تقديم الاقتراحات أو القيام بإجراء التمرينات البديلة هما المتعلم والميسّر. مما يضطر الميسّر إلى أن يلعب دوراً بارزاً للعيان في عملية الاسترجاع. وفي الوقت نفسه، يجب على الميسّر أن يضمن التوازن ويدبّر الممانعة ويدعم المتعلم ويسأل الأسئلة ويعمق النقاش ويقدم المعلومات الفكرية. وإن المتطلبات التي تستوجب أن يكون الميسّر لاعباً رئيساً في عملية الاسترجاع تجعل من تحقيق الأدوار الأخرى أمراً بعيد المنال.

وينطوي التدرّب في جلسات التعليم فرداً لفرد على مشكلات كبيرة ما لم يتوافر مريض ممثل خلال الاسترجاع. وبدلاً من وجود عضو في المجموعة تكون مهمته مراقبة المجموعة من وجهة نظر المريض، كما في جلسات المجموعات الصغيرة، والذي يقوم بتمثيل دور المريض في التمرينات اللاحقة، فعلى المتعلم والميسّر تبادل الأدوار عند القيام بتقمص شخصية المريض في حين يفكر الآخر في إطلاق أفكار جديدة. ويمكن لهذا أن يعمل عملاً جيداً، ولكن على كل من الميسّر والمتعلم أن يعرفا كيف يكونا مرنين – ومرة ثانية نقول، إن المتعلم المتردد يمكنه أن ينسف العملية بسهولة وسيفقد من هو في أمس الحاجة إلى ما يرنو إليه. وهنا يمكن لممارسة التعبير بعبارات معينة بصوت عال – ببساطة – أن يكون أكثر تأثيراً في هذا الموقف من أداء دور شكلي صغير.

أسئلة غالباً ما يطرحها الميسّرون والمتعلمون حول الخطوات الفردية لـــ تحليل المشكلات المستندة إلى النتائج

Questions facilitators and learners frequently ask about individual steps in agenda-led outcome-based analysis (ALOBA)

يوجّه كل من المتعلمين والميسّرين وفي مجموعات منوعة من البيئات التعليمية أسئلة متشابهة عندما يبدؤون الجلسات التعليمية وحينما يضعون طريقة تحليل المشكلات المستندة إلى النتائج «ALOBA» موضع التطبيق. وهنا نقدم إجابات عن بعض الأسئلة التي غالباً ما يوجّهونها.

كيف تشرح العمل التجريبي للمتعلمين الذين قد يتخذون موقفاً دفاعياً ويشعرون بأن التمثيل والتعليم التجريبي هما بديلان ضعيفان «للواقع الحقيقي»؟

How do you explain experiential work to learners who might be defensive and feel that simulation and experiential teaching is a poor substitute for the 'real thing'?

من المهم وصف كيف يتيح العمل التجريبي فرصة إلى ممارسة مهارات الاتصال. وينبغي تطمين المتعلمين انه ليس اختباراً للأداء – ومَنْ يتقدم أولاً هو الذي يعرض المادة الخام فقط مما يمكّن الآخرين العمل على الموضوع بالتناوب. والإقرار بأن هذا ليس ما يحدث في «الحياة الواقعية». والتدرّب مجرد أداة يمكن استخدامها في الأداء وإعادته وأداء الأدوار لأجزاء تتضمن مشكلات اتصالية بظروف آمنة إلى أن نجد حلولاً لها.

وعند العمل مع المرضى الممثلين، اشرح الفرصة الكبيرة التي يقدمها الممثلون وأكد على أن العمل معهم لا يتمثل بالتمرين على إصدار الأحكام، وإنما إتاحة الفرصة لممارسة أي أمر يرغب المتعلمون فيه. ويجب أن لا يخامر المشاركين الشعور بأن أداء دور قريب جداً مما قد يكون على ارض الواقع، وإنهم بعد ذلك سيتلقون الاسترجاع الذي يتضمن إصدار الحكم على قدرتهم. كما لا ينبغي أن يكون أمراً مصطنعاً جداً، ولكنه يعني اغتنام الفرصة لكي تصل إلى حيث ما تريد. وينبغي أن يكون من الواضح أن المتعلمين يمتلكون الفرصة الفريدة لكي يمارسوا بأمان وبقدر ما يرغبون فيه من المرات وأن بعض المهارات التي قد تكون مفيدة في أحد المواقف من المحتمل أن يحتاجها المرء في المستقبل القريب. وبكلمة أخرى، إنها فرصة لأداء وتوسيع ذخيرته أكثر مما هي عملية إصدار أحكام أو تقييم أو الأمر العسكري بتلقيم مدفع.

صحيح أنها عملية مصطنعة، إلّا أن الفائدة تكمن في استخدام المرضى الممثلين تعني فرصة للتدرّب والتي من الممكن إعادتها مائة مرة وبرحابة صدر. ولذا فإن الهدف من التدرّب ليس كم كان الأداء جيداً في عملية التدرّب الأولى ولكن لكي تكون بمثابة نقطة بداية لك تتبعها في أية طريقة ترغب فيها وتراها مفيدة.

لماذا تزعج نفسك مقدماً للتحري عما يعرفه المتعلم قبل إجراء المقابلة فعلاً؟

Why bother with what the learner knows before the consultation?

قبل مراقبة مقابلة ما، تحتاج المجموعة إلى أن تفهم السياق الذي جرت به المقابلة سابقاً، ليكونوا في وضع مشابه للذي كان المتعلم فيه قبل بدء المقابلة. وهذا من الأمور المهمة بصفة خاصة بالنسبة إلى المقابلات المسجلة مسبقاً بين مشاركين ومرضى حقيقيين. اطلب من المتعلم الذي يدير المقابلة أن يصرح بما يعرف حول المريض قبل بدء المقابلة، وما إذا كان ذلك الموعد الأول مع المريض أم زيارة متابعة. وأسأله إن كان قد راجع سجل الملاحظات قبل التحدث إلى المريض وما إذا كان متأخراً ومتضايقاً من الوقت وما إلى ذلك. ومن المفيد بالنسبة إلى المقابلات المسجلة مسبقاً لو أن المجموعة لم تكن قد أخبرت حول ما يحدث في المقابلة أو المعلومات التي يبحث عنها المتعلم فيما بعد كي يتسنى للمجموعة أن تمارس المقابلة من منظور المتعلم نفسه. وعند القيام بمراقبة مقابلة حية مع مريض حقيقي أم مع ممثل فيجب إعطاء المعلومات والتوجيهات نفسها التي تقدم للمقابِل.

إنني سأكتفي بالمراقبة والتعليق – هل نحن بحاجة فعلاً إلى كتابة الملاحظات أو استعمال دليل كالكاري–كامبردج؟

I'd rather just watch and comment – do we really need to make notes or use the Calgary-Cambridge Guides at all?

إن من المهم جداً بالنسبة إلى الميسّرين والمجموعة «والمتعلم إذا كان الجميع يشاهدون مقابلة مسجلة على شريط تسجيل مصور» أن يقوموا بتدوين الملاحظات خلال مراقبتهم للمقابلة باعتبار ذلك وسيلة تعزيز إعطاء الاسترجاع فيما بعد. وإننا ننصح بكتابة الكلمات والانفعالات التي يرونها ويسمعونها، وليس من الضروري القيام بأي تحليل مبدئي. إن هذه الطريقة تشجع على الاسترجاع الوصفي. وفي حالة استخدام أشرطة التسجيل الصوري فإننا نطلب منهم كذلك ملاحظة زمن النقاط المهمة على الشريط من أجل سهولة البحث عنها وعرضها مجدداً. ومن الأمور المساعدة أيضاً، الطلب من أحد المراقبين لكي يسجل جوانب محتوى كل من المرض والمعاناة خلال التاريخ المرضي لكي يمكن استخراج محتوى المقابلة على قدر تعلق الأمر بمهارات الصياغة الاتصالية. وتدوين التعليقات أو الأسئلة التي تظهر حيثما يحدث أمر مفيد كذلك.

وعلى قدر من الأهمية أن يكون لدينا مدخل إلى ذخيرة المهارات في دليل كالكاري–كامبردج من أجل هيكلية الاسترجاع ولكي يكون بمثابة مفكّرة «Aide-Memoire»، مما يساعد على التوازن واختيار مهارات محددة من أجل التركيز عليها... الخ. وكلما كان المتعلمون يألفون مهارات الصياغة والمحتوى في دليل كالكاري–كامبردج فيمكنهم أن يقرنوا ملاحظاتهم بمهارات محددة في الدليل المذكور مع تقدمهم في الجلسة.

لماذا كل هذا التأكيد على «دور المريض» خلال التغذية الاسترجاعية؟

Why all of this emphasis on the 'patient role' in feedback?

لا نستطيع التوكيد أكثر على أهمية «دور المريض» في عمليتي الاسترجاع والتدرّب. وهذا من السهل تحقيقه عند العمل مع المرضى الممثلين، إذ يستطيعون تقديم استرجاع آني من خلال تجربتهم باتخاذ دور المرضى ومن خلال اعادة أداء المقابلة كي يكون في وسع المتعلمين تجربة الاقتراحات والبدائل. وكذلك يمكن للمرضى الحقيقيين أن ينضموا إلى المجموعة خلال بداية جلسة الاسترجاع كي يعطوا انطباعاتهم وأفكارهم ومشاعرهم.

وعلى كل حال، فعند العمل مع اعادة عرض شريط الفيديو في الجلسات الحقيقية المسجلة مسبقاً فان التدرّب والاسترجاع يمكن أن يكونا أكثر صعوبة نظراً لعدم تواجد المريض الحقيقي خلال جلسة الاسترجاع. ونستطيع التغلب على هذه المشكلة بدعوة أحد أعضاء المجموعة كي يراقب المقابلة وكأنه المريض الذي يظهر على شاشة العرض وأن يكون مستعداً لإعطاء الاسترجاع فيما بعد وأن يؤدي دور المريض كلما جرى التدرّب على الاقتراحات. ولهذا الطريقة فوائد عديدة منها:

- إنها تهيئ طريقة للتدرّب على المهارات الجديدة والبدائل.
- إن المشارك الذي سيقوم بدور المريض يكون قد شاهد المقابلة من وجهة نظر المريض وسيجعل المقابلة تكون محورها المريض بدلاً من أن يكون محورها الطبيب. وعلى الرغم من إن التدريب الطبي يقتصر على نشر هذا المنظور فإن وجود شخص ما يقوم بدور المريض يغير من حيوية المجموعة. فالمناقشة تفتقد عنصر العدوانية لدى الأطباء عند التحدث عن المرضى والأطباء أنفسهم باعتبارهم «هم» و«نحن»

وهي واضحة جداً لمن يشاهدهم خلال فترة الاستراحة بأنهم أطباء أو طلبة طب. وإن وجود المريض يقلل من تعليقنا في جلساتنا ويشجعنا على أن نستمع إلى وجهة نظر المريض.

والقيام بتقمص دور المريض يعطي المتعلمين رؤية حرموا منها عند العمل مع مرضى ممثلين. إن المرور بتجربة دور المريض مسألة تربوية عالية الأهمية بالنسبة إلى كل متعلم. فنحن نتعلم الكثير عند تعرضنا للمعاناة عن العلاقة بين المريض والطبيب – وهنا طريقة للمرور بهذه التجربة دون أن نكون مرضى بالفعل!

حالما ندخل في طور حل المشكلة يصبح الاسترجاع المتوازن فكرة قديمة – أية فكرة؟

Once we get into problem solving, balanced feedback becomes an afterthought – any ideas?

غالباً ما يعلق الميسّرون حديثي العهد بتنظيم جلسة تدريبية على الصعوبة الجلية حول التأكد من «ما الذي أُنجز بشكل جيد؟». مثلما يسلط الضوء على كيف يمكن معالجة «ما لم ينجز بشكل جيد». وعند النظر إلى المقابلة من منظور تحليل المشكلات المستندة إلى النتائج «ALOBA» الذي يركّز بدرجة أكبر على المصاعب التي يواجهها المتعلم. فإذا بدأت بالمشكلات فربما من السهولة أن تغفل النجاحات.

وبالتأكيد فإن هذه الطريقة لن يكون لها مكان محدد «للنقاط الايجابية». فالتقدير والمسؤولية تقع على عاتق الميسّرين «وأخيراً على عاتق المجموعة» لضمان أن يتحقق التوازن.

وهناك طرق عديدة ممكنة لتقديم «ما الذي أنجز بشكل جيد» في المناقشة. وأن حرية الخيار في أين يوضع ذلك يتوقف على كيفية أداء المجموعة ومستوى الدعم الذي أظهره أفراد المجموعة ودرجة القلق الواضح على وجه المقابِل وأخيراً مستوى الثقة الذي تم إرساؤها، واليكم بعض الأمثلة على ذلك:

- من بين الطرق المتاحة النظر في أولويات المتعلم أولاً، ومن ثم تأمل ذلك أو أعد عرض الجزء من شريط التسجيل الصوري من المقابلة ذي العلاقة. وادعُ المتعلم ليبدأ بالقول: «ما الذي أنجز بشكل جيد» مع ذكر الصعوبات التي واجهته. ويبدو هذا شبيهاً بالأحكام التقليدية على جزء من المقابلة ولكن مع فوارق كبيرة، أولاها: إن المشكلات سبق وتم الكشف عنها والإقرار بها – وسبق للمتدرب أن طلب المعونة لمشكلته، ولذا فأنه أكثر قدرة على الاستماع إلى الملاحظات عن ما كان قد أنجز بشكل جيد. وثانيهما، إن النظر إلى جزء صغير من المقابلة يحول دون تجاوز المقابلة من أحد الطرفين للطرف الآخر. وحيث أن الاسترجاع يقتصر على جانب واحد من المقابلة ألا وهو ما أنجز جيداً وما لم ينجز. لا يمكن أن تفصل بينهما فترات زمنية كبيرة وإن الفريق يمكن أن يتخذ طريقة تستند إلى المشكلات المتعلقة بجزء واحد من جوانب المقابلة.
- عندما يكون الفريق منسجماً ويعمل بطريقة داعمة فإن الطريقة المتبعة غالباً هي ببساطة أن توضع الثقة في المجموعة و «السير مع التيار». وابدأ من أولويات المتعلم وتأملها أو أعد عرض ذلك الجزء المسجل من المقابلة تاركاً للمتعلم البدء باقتراحاته هو من أجل التصدي للمشكلة. ودع انسيابية الاسترجاع والتدرّب على اقتراحات المتعلم والمجموعة يستمر. وفي معظم الأحوال، يتضمن الاسترجاع من المتعلم ومجموعة العمل ملاحظات كافية حول ما أنجز جيداً لكي يوازن تحليل الأجزاء التي تضمنت المصاعب. وعلى الميسّر ضمان تحليل ما الذي أنجز بصورة جيدة بعمق بحيث يتاح لعملية التعلم أن تظهر هنا أيضاً. وإذا لم يكن الاسترجاع الايجابي قد طفا على سطح مجريات الأحداث خلال جلسة الاسترجاع فعلى الميسّر ضمان الحصول على وقت كافٍ قبل انتهاء الجلسة. وبإمكان الميسّر أن يسأل المجموعة

بصراحة حول استرجاعهم المتعلق بما عُمل جيداً وذلك ليتبين لأعضاء المجموعة بأنهم يجابهون خطر إهمال عرض استرجاع متوازن ومن ثم قيام الميسّر بضرب الأمثلة على ذلك بنفسه.

- في بعض الحالات، يحرص المتعلم الدخول مباشرة في الاقتراحات التي يبديها بنفسه حول التغيير. ومن المهم الانطلاق من هذه النقطة والسماح له بانتهاز فرص أداء الدور بسيناريو مختلف. حيث يمكن أن يقدم حينئذ الاسترجاع على التدرب. وغالباً ما يركز الاسترجاع على ما أنجز بشكل جيد خلال الدور الثاني. وقد يكون هذا كافياً وقدم المتعلم تقييمه الشخصية وعمل على حل المشكلات الخاصة به وتدرب على ما اقترحه وتلقى مزيداً من الاسترجاع، ولم يبق مما هو مطلوب سوى القليل. وفي بعض المواقف النادرة التي يكون فيها ما تم أداؤه بشكل جيد في المقابلة الأصلية يسيراً جداً، وإن المهارات الداعمة للممارسة في الاعادة قليلة جداً من حيث العدد فيكون من الإنصاف عندئذ إضفاء مزيد من التوازن على الاسترجاع على ما تم اعادة عرضه من الشريط وليس بإبداء أنصاف الحقائق «حقائق غير كاملة» حول الأصل. واطلب من المتعلم أداء أدواراً تعكس المقترحات حول البدائل وناقش هذه الجهود والمهارات. وإلّا فإن الاسترجاع «الايجابي» الذي يفرض بالإكراه قد ينظر إليه وكأنه ضرب من الغش والخداع.
- ومن المفيد النظر إلى ذلك الجزء من المقابلة الذي يبدو صعباً للمتعلم المقابِل. ويؤدي الاستخدام المناسب للمهارات تمهيداً للوصول إلى النقطة التي بدت فيها الأمور تنحرف عن هدفها. فمثلاً، قد أظهر المريض تلميحات حول هواجسه ولم تلتقط، وربما لم تطفُ على السطح لأن المتعلم لم يظهر مهارات التيسير والاهتمام بالاتصال غير اللفظي. وعلى الرغم من أن أولويات المتعلم تنصب على التلميحات التي فاتت فرص التقاطها فمن المفيد من ناحية عملية النظر إلى ما كان قد أُنجز بشكل جيد من أجل أن يبلغ المقابِل جوهر الملاحظة التي يصبو إليها وهذا يؤدي إلى الحصول على استرجاع متوازن.
- إذا لم تكن المجموعة قد استقرت على رأي أو إذا كان المتعلم المقابِل قليل الخبرة أو مضطرباً فمن الممكن القول فور الفراغ من اكتشاف الأولويات: «والآن وبعد أن أخبرتنا عن أولوياتك يا جورج هل تفضل أن تمنحنا بضعة دقائق من وقتك لتخبرنا عن ما أُنجز بشكل جيد قبل أن نتأمل مشكلاتك بعمق؟» ولأن جورج سبق وطلب مساعدة المجموعة في التغلب على هذه المشكلات فسيكون قادراً على الاستفادة من الاسترجاع الايجابي. وليس من الضروري أن تكون قائمة طويلة. وإن فترة قصيرة من الوقت سوف تساعد المجموعة على اكتشاف الاحتياجات الإضافية مع استمرار التحليل المتوازن عند المضي قدماً.
- وهناك طريقة أخرى أمام قائد المجموعة كي يضيف «ما الذي كان جيداً في الأداء» خلال سير صياغة الأولويات ومنذ اللحظات الأولى للبداية: «حسناً، ما الذي تريدنا أن نركّز عليه. كما إنني اقترح كذلك أن نتأمل في بعض الأمور التي كانت قد عملت جيداً معك والتي بإمكاننا أن نتعلم منها أيضاً. وهناك أمور معينة أظن أنها مهمة جداً كي تسلط عليها الأضواء، فما رأيك؟ ما الذي نبدأ به أولاً؟» لاحظ التوازي بين الأولويات في المقابلة.

هل كل ذلك ضروري حقاً من أجل اكتشاف مشاعر المتعلمين؟

Is it really all that necessary to get into learners' feelings?

بعد مشاهدة المقابلة وقبل تمحيص الأولويات، من المهم التأكد من مشاعر المتعلمين والإقرار بها. وكما هو الأمر في المقابلة نفسها، فمن الأمور الحيوية الوعي مبكراً للمحيط العاطفي. ومن الأهمية بمكان، اكتشاف ما إذا كان المتعلم منزعج أو محرج وعندئذ عليك بالقبول بمشاعره ودعمها. إلّا أن هذا لا يعني يجب

أن نقفز للدفاع عما جرى في المقابلة وننقذ المتعلم ونطمئنه ونقول له إن ذلك صحيح وكامل جداً. هناك طرق مناسبة أخرى لتقديم الدعم للمتعلم وتخفيف الضغط الذين يتعرض له بدلاً من تقديم استرجاع عام وغير ناضج وربما غير دقيق أيضاً. تأمل المتعلم الذي يقول:

> «لقد كان الأمر فضيعاً. لقد تعاملت بفظاظة. وكنت على عجالة من أمري بحيث أسأت إليه بالكلام.»

أما الاستجابة ببديل وبحكم شامل فإن جواباً قد يكون بهذه الصورة:

> «لا أوافق على ذلك، كان الأمر جيداً، لقد تمكنت من معرفة ما تريد، ماذا كنت ستفعل لو ضايقك الوقت؟»

لن تضيف هذه الاستجابة إلا القليل لتقدير المتعلم لنفسه وتقديم تطمين كاذب – ومما لا شك فيه أن لديه أمراً سيئاً، حتى وإن كانت خيبته قد زادت الموقف تعقيداً. وبدلاً من الاسترجاع الايجابي عند هذه النقطة فإن من الأفضل القبول بمشاعر المتعلم والاعتراف بالأمر الواقع وإبداء التعاطف من أجل تقديم الدعم:

> «أرى انك غير مرتاح للمقابلة. أظن أن ضيق الوقت كان مشكلة لكل منا وبأننا تعرضنا جميعاً لمثل هذا الموقف من قبل.» (تحقق مع المجموعة من أجل الحصول على دعمها). «أرى بالتأكيد إن مما يساعدنا جميعاً أن نضع خططاً لمجابهة مثل هذا الموقف.»

وبدل من ذلك يمكن تقديم الدعم والاسترجاع حول موضوع آخر أكثر من المهارات موضوع البحث:

> «لقد كانت هذه أولوياتي لمثل هذه المقابلة أيضاً – وإن أدراك المشكلة هو كسب نصف المعركة، حسناً فعلت. كيف يمكننا أن نساعدك بأفضل صورة؟ هل لديك أفكار معينة؟»

بإمكانك كذلك الطلب من المتعلم أن يبحث المشكلة من جميع جوانبها مع السماح له بالكلام. وهذا غالباً ما يساعد المتعلم على تحديد عدداً من الموضوعات الأخرى. وعند اختبار هذا الأمر «فضلاً عن استخلاص المرض والمعاناة من المريض» يعطي المعلم مجالاً لاسترداد الأنفاس. وربما ما يحدث هو أن أولويات المتعلم تصبح اقرب من تلك الخاصة بالميسّر والمجموعة مما يجعل من السهل على الجميع مناقشة المشكلات ومساعدة المتعلم على إيجاد الحلول لها.

ما العمل لو أن قائمة مشكلات المتعلم لم تتضمن موضوعاً أحسبه ضرورياً؟
What if the learner's agenda misses something that I think is important?

كما ناقشاً سالفاً في هذا الفصل، ينبغي أن يمنح المتعلم الفرصة لعرض المجالات التي تنطوي على الصعوبة في نظره أولاً. فنحن نصرف وقتاً كي نمحّص أولويات المشارك تمهيداً للنظر في جوانب محددة من المقابلة. فنحن نسأل المتعلم عن المشكلات التي جابهته وما المساعدة التي يأمل الحصول عليها من باقي أعضاء المجموعة؟ يمكن أن تكتب هذه الاستجابات على السبورة أو على الأوراق الدوّارة كي تكون مرجعاً للمجموعة بين وقت وآخر.

وفي معظم المواقف، تتطابق أولويات المتعلم والميسّر بما فيه الكفاية بحيث يتمكن الميسّر من تضمين أي استرجاع يراه ضرورياً في المناقشة. وفي بعض الأحيان – على كل حال – قد يهمل المتعلم جانباً مهماً يرى الميسّر أنه لا ينبغي تجاوزه. وفي هذه الحالة، أما أن ينتظر الميسّر إلى حين إكمال مناقشة أولويات المشارك قبل تقديم أي أولوية أخرى أو أن يضيفها إلى الأولويات، تماماً مثلما يمكن للطبيب أن يضيف مشكلات أخرى لقائمة مشكلات المريض.

> «إذاً، فأنت ترغب في استكشاف الصعوبة التي مرّت بك عند بداية المقابلة لمعرفة لماذا زارتك اليوم و كذلك كيفية توضيح مخاطر فرط ضغط الدم إلى مريضة قلقة. أظن إننا يجب أن نقضي بعض الوقت كذلك لقياس ما المعلومات التي ترغب المريضة في الحصول عليها منا والتي أظن إنها جانب مهم جدير بالاستكشاف في هذه المقابلة.»

ومهما كان الأسلوب الذي يتبعه الميسّر، فإنه سيتوقف على مدى نضج أفراد المجموعة ومستوى موقف العناد «Defensiveness» الذي يبديه المشارك. فإذا أظهر المتعلم علامات المعارضة لأسلوب الميسّر فقد يكون من الأفضل التمسك بسلسلة أولويات المتعلم أولاً واستحسان مدى عقلانية الانتقال إلى جوانب أكثر خطورة مع استمرار سير المناقشات. فإذا كان الفريق برمته يعمل بشكل جيد ومتعاون فمن الممكن أن يكون متفتحاً تماماً على فقرات أخرى من الأولويات ودعوة جميع أعضاء الفريق فضلاً عن الميسّر كي يقترحوا جوانب أخرى يرغبون في استكشافها. وإن بحث الأولويات بعناية مهم جداً في جلسات التعليم فرداً لفرد والنظر لأهمية العلاقة بين المعلم والمتعلم الخاصة.

كيف يمكنني التعاطي مع الأفكار المتضاربة حول ماهية النتيجة المناسبة؟
How do I deal with differing perceptions about what constitutes an appropriate outcome?

استكشاف النتائج أمر مهم جداً – أولاً خلال إعداد قائمة المشكلات الأولية فيما يتعلق بما يريده المتعلم من جلسة الاسترجاع. ومرة أخرى، عند نقاط محددة في أثناء المقابلة وعلاقتها بما يصبو إليه المتعلم والمريض الوصول إليه معاً.

وفي بعض الأحيان، يكون الناتج الإجمالي المطلوب من المتعلمين يتعارض مع ما يريده المريض أو الميسّر وربما باقي أفراد المجموعة كذلك. إن المشاركة بهذه النتائج المختلفة والمتنوعة يسمح بالقيام باستقصاء مهارات غير قائمة على إصدار الأحكام – فنحن نستطيع النظر إلى المهارات التي قد نستخدمها

مع نتائج مختلفة نحملها في أذهاننا أكثر من التضمين بأن استخدام المهارات بطريقة معينة هو بشكل أساس صحيح أو خاطئ.

المتعلم «ما كنت أريد عمله هو عدم تضخيم مشكلة فرط ضغط الدم، وكي أؤكد لها مجدداً أن ضغط دمها يحتاج إلى القياس مرة كل شهر – ولم أرغب في الخوض في مخاطر ارتفاع ضغط الدم في هذه المرحلة، الأمر الذي لا يتعدى زيادة مخاوفها من دون ضرورة.»

الميسّر «ما الذي كان يطمح المتعلمون الآخرون إلى تحقيقه عند هذه النقطة؟» «وماذا بشأن المريضة – ما الذي كانت تريده؟» أو «نعم بإمكاني استحسان ذلك. اعتقد ينبغي أن استكشف فيما إذا كانت المريضة (R.D) قلقة قبل ذلك وما تعرفه عن فرط ضغط الدم. أنني أتساءل ما إذا كانت هناك طريقة لقياس ذلك وما إذا كان ذلك سيفيد. أظن أنّ بوسعنا النظر في الطريقتين: كيف نطمئن المريضة وكيف نكتشف ما إذا كانت قلقة حالياً؟ ثم ننظر في أنماط المهارات التي نحتاجها في كل حالة.»

ويسمح استكشاف النتائج عند نقاط محددة خلال المقابلة للميسّر بأن يجعل المتعلم يرجع إلى الخلف كي يتفهم والمجموعة النتائج التي هم والمرضى بصدد البحث عنها واستكشاف البدائل بصورة أكثر إنتاجية.

«عندما سألتها عن سير الأمور مع عائلتها، هل أستطيع أن أوضح ما كنت تهدف إليه، ما الذي كنت تحاول الوصول إليه؟»

«هل بوسعك التفكير في أية بدائل أخرى، ربما كان ذلك يساعدها لكي تعبر عما كان يضايقها؟»

«هل نستطيع أن نبحث ذلك قليلاً؟ – ألا يمكن لأحد هنا أن يفكر في طريقة أخرى؟»

كيف يمكنني أن أجعل المتعلمين يتدربون على الخيارات البديلة؟

How do I get learners to rehearse alternatives?

شجع المتعلمين على تجربة الاقتراحات وبأسرع ما يمكن خلال عملية الاسترجاع من أجل الانتقال من المناقشات النظرية التي تبقى «تدور في أذهانهم» إلى الجانب الواقعي المتمثل بترجمة الاقتراحات إلى واقع. وإلّا فمن السهل البقاء بأمان ضمن إطار إطلاق التعميمات والنظريات والحدس والافتراضات بدلاً من الانتقال إلى التشخيص المحدد وممارسة مهارات ذات فائدة.

«حاول أن تضع بعض أفكارك قيد التطبيق – عد إلى النقطة التي قال المريض أنه يخشى أن يكون مصاباً بالسرطان في واقع الأمر» ... «وأبدأ من تلك النقطة.»
«إذاً أنت تظن أن سؤالاً مفتوحاً يمكن أن يكون مفيداً هنا. كيف تعبر عن ذلك بالكلمات؟ افترض بأنني أنا المريض... أسألني...هل يرغب أي فرد آخر تجربة خيار آخر؟»

كيف يتسنى لي الموازنة بين احتياجات الفرد واحتياجات المجموعة؟
How do I balance the needs of the individual with the needs of the group?

نظراً لكون الطريقة التحليلية للمقابلة المستندة إلى قائمة المشكلات تبدأ بالمتعلم المقابِل فإن المناقشة في المراحل الأولى تميل إلى فكرة أن تكون مقتصرة على المتعلم والميسّر فقط واللذين يضعان قائمة المشكلات بصورة مشتركة ويبحثان كيفية التصدي للمشكلات التي تم تحديدها. ومع ذلك، فإنّ من المهم ضم متعلمين آخرين إلى المناقشة وبأقرب وقت ممكن. وبخلاف ذلك قد تصبح المجموعة مقتصرة على أداء دور المتفرجين الصامتين.

ويحدث التوتر في المراحل المبكرة للجلسات بين احتياج الفرد واحتياجات المجموعة. فمثلاً إذا كان المتعلم قادر آنياً على تحديد الحلول الممكنة لمشكلاته. امنحه فرصة لعب دور بنفسه وبطريقة أخرى على الرغم من أن هذا سيبقي المشاركين خارج دائرة النقاش لوقت أطول. وحالما يمكنك القيام بذلك وبأسرع صورة، اطلب من الحضور تقديم اقتراحاتهم وتكليفهم بأداء الأدوار التي يقترحونها. وحالما يشارك الآخرون في التدريب، فإن طبيعة المجموعة سوف تتحول من مرحلة التعلم الفردي إلى مرحلة تعليم كل أفراد المجموعة. وعندها تتحول مسؤولية الميسّر من تشجيع كل فرد في المجموعة على المشاركة إلى منح الثقة للمجموعة التي يسمح لها بقيادة الجلسة مؤقتاً قبل العودة إلى التخليص أو إعادة التوجيه.

كيف يمكنني الاستفادة من أشرطة التسجيل الصوري استفادة أفضل؟
How do I make good use of the videotape?

أعد عرض الشريط كلما أمكن ذلك ولاسيما عندما يكون من الصعب تماماً تذكُر ما حدث بالضبط خلال المقابلة. وفي جلسات الاسترجاع، فإنّ إعادة عرض الجزء المناسب من الشريط يجعل الاسترجاع أكثر تحديداً ورسوخاً ويسمح لـــ «المريض» بأن يكون مستعداً لأداء الدور والتدرب على البدائل. وفي الحالات التي يركّز فيها الاسترجاع على مقابلات حية تم تسجيلها في أثناء مراقبة المجموعة، شجع المتعلم أيضاً على مشاهدة الشريط بأكمله بعد الجلسة. واطلب من المجموعة تدوين ملاحظات محددة ومقترحات على دليل الجلسة من ضمنها الوقت أو أرقام عداد جهاز التسجيل الصوري ليتسنى للمتعلم أخذ الملاحظات والرجوع إليها عند عرض التسجيل لاحقاً.

لماذا نأخذ عامل الوقت في الحسبان ونضيفه إلى البحوث والمواد النظرية؟
Why take the time to add in research and theory?

كما ترسخ لدينا سابقاً، فإن تقديم المادة الإدراكية المبرمجة زمنياً والمناقشات المستفيضة إلى العمل التجريبي تنطوي على مسؤولية كبيرة بالنسبة إلى ميسّري مهارات الاتصال. على الرغم من أن الحصة الأكبر

من الوقت للعمل التجريبي وللمناقشة واستكشاف مهارات الاتصال لديهم. وعلى الرغم من أن التعميم النظري والمحاضرات الموجزة في أثناء العمل التجريبي تبعدنا عن الموضوع قيد البحث أيضاً، إلّا أنها عندما تمارس بحساسية يمكنها أن تعزز حيوية تعليم الاتصال. ولقد وصفنا في الفصل الثامن كيفية التوصل إلى ذلك خلال جلسات التعليم التجريبي. فضلاً عن إمكانية الميسّرين ربط المتعلمين مباشرة بالبحوث عن طريق تقديم قراءات مقترحة وتكليفهم بإجراء مشروع ما.

لماذا نخصص وقتاً ثميناً لإغلاق الجلسة؟

Why spend precious time closing the session?

من المهم أن ينتهي الاسترجاع والتحليل عن ملاحظات عملية بنّاءة. ويجب استبقاء زمن لتلخيص التعليم الذي حدث وتكرار المهارات التي نوقشت ضمن إطار إدراكي بنائي تعلمي – وكما بحثنا سابقاً فإن استخدام دليل كالكاري–كامبردج كأداة للتلخيص يمكن أن يكون ذا فائدة كبيرة في هذا المجال. والاستفسار الدوري الذي يطلب من المشاركين خلاله تلخيص ما تعلّموه وما الخطوات التي ينوون القيام بها لها قيمة معتبرة أيضاً.

التعليم الآني في العيادة أو بجانب سرير المريض

‘In-the-moment’ teaching in the clinic or at the bedside

إن الجلسات المكّرسة للاتصال وكما وصفت في الأمثلة التي قدمت في أوائل هذا الفصل لازمة للمناهج التعليمية. فهي تهيئ السياق الذي من الممكن خلاله الإيفاء بالمعايير المطلوبة لتعليم وتعلم مهارات الاتصال التي سبق تحديدها في الفصول الأولى من هذا الكتاب، وهي:

- أن تبنى على أساس المهارات.
- استعمال المراقبة والاسترجاع وتكرار التدرّب بمجموعات صغيرة فاعلة أو على مستوى التعليم فرداً لفرد.
- التأكيد على الطرق التجريبية مثل إعادة عرض أشرطة تسجيل المقابلات سواء أكانت مع مرضى حقيقيين أم ممثلين أم أداء الأدوار.
- اتباع الطريقة المستندة إلى المشكلات والطريقة التجريبية عند التعليم.
- دمج التعلم النظري والتوجهي «Attitudinal learning» ضمن تعلم مهارات الاتصال.

وبينما غالباً ما يهمل تعليم الاتصال الآني من راسمي المناهج الدراسية لكنه مطلوب لتعزيز التعليم المنهجي وإعطائه قيمة أكبر. ومن دون الاهتمام بتعليم الاتصال الآني فإن برامج الاتصال يمكن إفراغها من قيمتها بسهولة في نظر المتعلمين. كما لا يمكن أن يعّول على التعليم الآني باعتباره المنهج الوحيد الذي توضع ضمنه مهارات الاتصال لأن من الصعب جداً في هذا السياق الإيفاء بالمعايير المطلوبة المدرجة أعلاه. والصعوبات الأساسية عند تعليم الاتصال الآني، هي:

- الحصول على إعادة تدرّب مقنع.
- الحصول على استرجاع بنّاء من المرضى الذين لم يتعودوا على هذه الطريقة من العمل.
- بحث قضايا حساسة أمام المريض.

- توفر الوقت في واقع الممارسة الحقيقية للأطباء والمرضى.
- تعدد المهام ومن ضمنها العناية بالمرضى التي تتطلب الاهتمام.
- المدى الواسع للمهام التعليمية الممكنة ومن ضمنها المنطق السريري والفحص الطبي والفحوص التقنية وخيارات المعالجة ... الخ.

ومن ناحية أخرى، فإن المتابعة بعد الجلسات المخصصة لتعليم الاتصال إلى سياقات الواقع العملي المتمثلة بالعيادات والمستشفيات أمر لازم ويمكن عمل الكثير ضمن هذا المجال. وإن المكون الرئيس لأي تعليم من هذا القبيل هي المراقبة المباشرة ولكن في جلسات كثيرة تعقد في العيادات أو ردهات المستشفيات لا يُراقب المتعلمون وهم يتفاعلون مع المرضى، ويقدمون – ببساطة – ما توصلوا إليه من معلومات إلى أساتذتهم. وعندما يقدم أي استرجاع سيميل إلى التركيز على محتوى المقابلة «المعلومات» أكثر من تركيزه على صياغة الاستفسارات وإن نوقشت قضايا صياغة المقابلة فإن انعدام المراقبة يجعل من التحليل المفيد أمراً مستحيلاً.

إذاً كيف ينظم الميسّر تعليم مهارات الاتصال خلال الأنشطة اليومية مع مرضى حقيقيين سواء في العيادة أم بجانب سرير المريض؟ ولو وضعنا في حسابنا المصاعب المتوارثة فما أنجح الطرق لتطبيق تحليل المشكلات المستند إلى النتائج والذي يقدم دعماً – على الأقل – إلى منهج الاتصال الرسمي؟

وسنقسم هذه المناقشة إلى قسمين:

- تعليم صياغة الاتصال بحد ذاته.
- فائدة النموذج.

تعليم صياغة الاتصال بحد ذاته

Communication process teaching per se

تتيح بعض العناصر التنظيمية المعينة تعليم الاتصال في الردهات والعيادات كي يكون أكثر جاهزية. أولاً، من المفضل أن تكون هناك جولات تعليم صياغة اتصال مستقلة إزاء جولات رعاية المرضى كي يمكن تخصيص وقت واعتباراً لتعليمه. وثانياً، وربما الأكثر أهمية أن جلسات تعليم الاتصال في العيادات أو المستشفيات تعمل بشكل أفضل عندما تبدأ الجلسة التعليمية بمناقشة لا تدور أمام المريض وإنما في غرفة أخرى مستقلة للتعليم ومن بعدها الانتقال إلى المريض ومن ثم العودة إلى المناقشة مرة أخرى (Kurtz 1990). إن هذا يمكّن الأسلوب المعتمد على المشكلات المستند إلى النتائج كي يعمل بكفاءة أكبر. عندها يمكن بحث مشكلات المرضى والمشاركة بالمعلومات ونستطيع تحديد التحديات التي تواجه الاتصال «مثلاً، التوصل إلى مشاعر المريض حول الخروج المخطط له من المستشفى أو أخذ تاريخ طبي معقد أو شرح بدائل علاجية معقدة». ويستطيع المتعلمون وضع أولويات للمقابلة وأهدافها. وتستطيع المجموعة بعد ذلك أن تنتقل إلى جانب المريض حيث يمكن مراقبة المتعلم وهو يتفاعل مع المريض. وبعد إجراء مناقشة موجزة عند سرير المريض، يقوم الميسّر بأداء الدور النموذجي وبعدها يمكن للمجموعة أن تعود لتستقصي إلى أي مدى استطاع المتعلم تحقيق أهدافه وما الأهداف التي انبثقت ويرغب في الحصول على استرجاع بشأنها. ويمكن أن تحصل إعادة التّدرب بين المجموعة الصغيرة.

إذاً لماذا يكون مفضلاً البقاء بجانب المريض عند الاسترجاع والتدّرب؟ لأن الاسترجاع الآني من قبل المريض يمكن أن يكون مساعداً ولكنه قد يكون مقيداً بالمأزق الذي يجد المرضى أنفسهم فيه. فليس من السهل على المرضى أن يكشفوا عن مشاعرهم أمام الذين يقدمون الرعاية لهم ولهذا فإن الاسترجاع

قد لا يكون بالضرورة ايجابياً. وعلى كل حال، فإن المشكلة الرئيسة تظهر عند بحث قضايا حساسة أمام المريض. فمثلاً إذا لاحظت أن المريض يبدو منزعجاً فسيكون من الصعب – كنقطة تعليمية – أخبار المجموعة بأنك قد التقطت إشارات غير لفظية توحي بأن المريض غير مسرور. ولذا عليك أن تبحث عن وسائل أخرى للتصدي لهذه المشكلة ومن ثم حاول العثور على عبارات مناسبة. وبدلاً من ذلك، قد يكون من المهم بالنسبة إليك التقاط إشارات المريض بنفسك إذا لم يلتقطها الطلبة وأن تستجيب إلى المريض بين الفينة والفينة. ويمكن مناقشة النموذج المطلوب الذي تروم فيما بعد بعيداً عن جانب سرير المريض وممارسة الخيارات البديلة.

فائدة النموذج

Modelling to advantage

النموذج في الاتصال هو الأسلوب الأقل منهجية في التعليم، إلّا انه أساس لنجاح أي برنامج. وإذا وجد المتعلمون أن دور نماذجهم الاتصالية التي يقتدون بها تتفاعل مع المرضى بصورة غير منسجمة مع الصورة الرائعة التي رسمها المنهج الاتصالي الدراسي فإن جهودنا المضنية ستذهب هباءً.

تبرز النماذج الاتصالية خلال أساليب عديدة وليس بأسلوب واحد، وإن الاستفادة من الاقتداء بالنماذج المؤثرة في التعليم ليس كخط مستقيم كما يبدو. وبدءاً نقول، إن الهيئات التدريسية السريرية والنماذج الأخرى تحتاج إلى أن تكون أكثر وعياً من حيث استخدامهم هم أنفسهم لمهارات اتصال مناسبة كي يتسنى للمتعلمين مراقبة هذه المهارات واستحسانها في أثناء الممارسة (Cote & Leclere 2000). وعلى الرغم من أن هذا هو النموذج الأكثر وضوحاً ينبغي أن يوسّع تعريف عمل النموذج ليشمل ليس مهارات الاتصال مع المرضى فقط ولكن لكي يتضمن كذلك ما تركّز عليه تلك النماذج في أدوارها المختلفة في أثناء اختيار ومناقشة الموضوعات مع المتعلمين في جولات الردهات والعيادات.

فمثلاً، تحتاج النماذج إلى اختيار موضوعات منتقاة بعناية عند مناقشة حالات المرضى بعيداً عن أسرتهم. أولاً، من حيث المحتوى فإن من السهل جداً بحث المنظور الطبي – الحياتي «Biomedical perspective» فقط. وقد يُحذف منظور المريض بأكمله والذي يحبط أهمية هذا الجانب الحيوي. وعلى الهيئات التدريسية السريرية أن تتناول هذا المجال وذلك بسؤال المتعلمين سؤالاً تقليدياً عن عرض آراء المرضى وهواجسهم خلال الجولات في ردهات المستشفيات.

وثانياً، ربما لا يجري التطرق إلى مهارات الصياغة أبداً – فمن غير المألوف لدى النماذج المقتدى بها أن تناقش صعوبات الصياغة التي واجهتها مع المرضى وتستكشف المهارات المساعدة التي استخدمتها في تجاوز تلك الصعوبات. ومع ذلك فإن من الأمور الحيوية أن يقوموا بالإشارة إلى الأساليب والمهارات التي استخدموها وإلّا سيفترض الطلبة بأن العملية كانت ناجحة بسبب «لمسة سحرية» بدلاً من تطبيق مهارات عن قصد.

وعلى غرار ذلك، عند مشاهدة المتعلمين عند أسرة المرضى، من المهم أن نشجعهم على استخدام المهارات المساعدة بدلاً من أن نعرقل عملية تعلمهم لها. وغالباً ما يشجع المتعلمون على الانتقال مباشرة باتجاه تقنيات الأسئلة غير المناسبة التي تسيطر على المقابلة وتغفل تعليم مهارات الاتصال الفاعل من دون قصد.

«أنس موضوع الأسئلة المفتوحة النهاية–سنكون هنا طيلة اليوم وحينما تبدأ هناك – عليك فقط التقيد بقائمة الأسئلة التي أعطيتك إياها.»
أو:
«أنس موضوع قائمة مشكلات المريض فنحن لا نتعامل مع كل ذلك – احصر اهتمامك بالشكوى الرئيسة فقط.»
أو:
«لا تقدم لي موضوع منظور المريض (أو التاريخ الشخصي أو الاجتماعي) – أنني أريد فقط معرفة (الحقائق).»

وعند أخذ هذا التوجّه بالاعتبار والتقدم خطوة إلى الأمام – من الأهمية أن يشير الأستاذ السريري بوضوح حينما يقوم بتدريس حل المشكلات الطبية عند سرير المريض بيان لماذا لا يصلح هذا الأسلوب من الاتصال مع المريض في ظروف أخرى. ونادراً ما يراقب المتعلمون أساتذتهم وهم يديروا مقابلة كاملة ولكن بدلاً من ذلك يلاحظون نتف منها عند أخذ التاريخ المرضي والارتباط مع المرضى بالتوضيح والتخطيط أو العمل مع المرضى لمدة زمنية. وغالباً ما يشاهد المتعلمون أساتذتهم في أثناء قيامهم بحل مشكلة ما أو التعليم عند سرير المريض وللأسف يخلطون في ما يرون برعاية المريض العملية «في عالم الواقع». ونادراً ما يتجه المتعلمون إلى المراقبة – وأقل من ذلك إلى المناقشة — وتتضمن سلسلة مهارات الاتصال أقامة علاقة بالمريض عند الزيارة للمرة الأولى واستقاء التاريخ المرضي الكامل أو المختصر، وإجراء التوضيح والتخطيط والعمل مع المريض طيلة الوقت... الخ. ولكن للأسف فإن المتعلمين قد يفهمون أن الاتصال الفاعل أنما هو مجرد حل مشكلات. وهذا لا يعني القول بأن الرعاية الحقيقية والاتصال النموذجي لم يحدثا. ففي معظم الأحيان لم يتواجد المتعلمون هناك لمشاهدة ذلك ونادراً – إذا لم نقل أبداً – يتحدث أساتذتهم عن الموضوع مباشرة (Kurtz et al. 2003) ويتعلق هذا الموضوع بتجارب الطلبة الذين يتنسبون إلى المستشفيات مقارنة بأولئك الذين يعملون في مجال طب الأسرة وكما يقول (Thistlethwaite & Jordan 1999):

> وقد يبدو أن الطلبة نادراً ما يتعرضون إلى مفهوم المقابلة التي محورها المريض خلال التعليم الذي يجري في ردهات المستشفيات. و أقل احتمالاً أن يراقبوا الأطباء وهم يسألون عن هواجس المرضى خلال الجلسات التعليمية في المستشفيات. وعندما يحدث هذا فإنه مألوف في الحالات الباطنية وليس الجراحية. وكذلك هناك غياب التشجيع للغوص في التاريخ الاجتماعي للمريض الذي قد يكون له تأثير على مشكلات المريض والنتائج اللاحقة.

والجانب الآخر لتأثير النماذج ذلك الذي يميل إلى أن يكون أقل بروزاً على الرغم من تأثيره الكامن على المتعلمين كبيراً، كيف لهم أن يضفوا على النماذج التي يراقبونها مسحة ذاتية خاصة. وفي الواقع، أدرك بعض الأطباء السريريين والأساتذة أن كلّاً من الطريقتين التي يرى بها المتعلمين الأشخاص يتفاعلون من حولهم، والطريقة التي يُعامل المتعلمون بها لها تأثير كبير في الطريقة التي سوف يتعاملون بها مع المرضى من أي جانب من جوانب المنهاج الدراسي الرسمي. إن هذا «المنهاج الخفي» من تأثير النماذج ومن ضمنهم أولئك الذين يقومون بالتعليم في الجلسات المكرّسة لتعليم مهارات الاتصال وأولئك الذين يقومون بالتدريس الآني وأي شخص أخر له علاقة في الكلية الطبية أو المستشفى أو العيادة له مضامين معتبرة علينا جميعاً. وقدم شومان ووليامسون (Suchman & Williamson 2003) في البحث الموسوم (الاتصال الشخصي) بصيرة لا يمكن الاستغناء عنها في مثل هذا النوع من النماذج:

يَتعلّم طلاب الطب أولاً وقبل كل شيء من ما يرون ويُواجهون، 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 ستؤطّر توقّعاتهم لطبيعة العلاقات في الطب. ولكن إذا رأوا أطباءً مشهورين في الطب يدخلون بشكل دوري في علاقات سلبية غير شفائية أو علاقات سلبية فيما بينهم ومع مرضاهم. وإذا لاحظوا أن مدربيهم يؤكّدون أهمية المعلومات التقنية والخبرة قبل كل شيء ولاسيما فوق معرفة النفس ومعرفة الآخرين، وواجهوا التشويش أو الإذلال كتقنيات قياسية مِن عِلم أصول التعليم الطبي، سيُطوّرون نمطاً مختلفاً جداً لممارستهم الدائمة.

إذاً سيكامل الطلبة ويكاثرون نماذج وأنماط متعلقة بما جربوا في كليات الطب لذلك تقع على عاتق كل منا (أساتذة الكلية أو أطباء أو مقيمين) عبئاً أن نكون أكثر وعياً بسلوكياتنا الخاصة وأن نكون على دراية تامة بقصدنا حول القيم (والمهارات) التي نمارسها في عملنا اليومي... وبعبارة أخرى، علينا أن نساعد طلبتنا على التعلم وتغيير سلوكهم وعلينا أن نلزم أنفسنا بأن نستمر على التعلم وتغيير السلوك.

في الغالب، يمكن للنماذج في تعليم الاتصال الآني وفي المواقف العملية في الحياة اليومية أن تمارس بالترابط مع الأهداف الأخرى. فمثلاً لنتأمل الفرق في التعلم، إذا ما تلقف الميسّرون زمام الأمور من بعض الجراحين الذين نعمل معهم والذين يرغبون في تحسين أداء المتعلمين لحالات المرضى خلال جولات الرعاية* ويستطيع الجراحون تعزيز قيمة تفهم منظور المرضى وذلك بالسؤال عن معلومتين كان الطلبة نادراً ما يقدمونهما:

- «ما الأسئلة التي يريد مني هذا المريض أن أجيبه عنها؟»
- «ما المخاوف التي لدى هذا المريض والتي أحتاج إلى التصدي لها؟»

وهذا أيضاً يعزز درجة الوعي الكامن لدى الهيئات التدريسية السريرية وذلك بقيمة إدخال منظور المريض في الجولات السريرية.

ومن الأمثلة الأخرى على الطرق التي تستطيع أن تضع نماذج مهارات اتصال لها وتركّز الانتباه عليها تتضمن ما يأتي† (Kurtz 1990):

- أبدأ الاتصال بالمرضى بعناية من أجل أن يكون الاتصال شخصياً منذ لحظة البداية (قاطع المتعلمين عند الضرورة من أجل القيام بذلك).
  - قدم نفسك ووضح دورك في مجال رعاية المريض.
  - اعلم المريض حول ما يتوقع من الجولات واطلب موافقته كي تبدأ.
  - اربط واجعل العمل لشخص المريض بجلب التفاصيل التي تتعلق بحالته الخاصة مثل، (أخبرني الطبيب المقيم أن حقنة الوريد قد سببت لك بعض الألم. سننظر في كيفية معالجة ذلك).
- تحدث إلى المريض مباشرة وبثبات مستخدماً صيغة ضمير المخاطب (أنت) بدلاً من التحدث عن المريض حتى وإن كان المتعلمون يستخدمون صيغة الشخص الثالث عندما يشيرون إلى المريض.
- أيد تسلمك ملاحظات المرضى والمتعلمين كليهما.
  - «حسناً... أنني أفهم بشكل أفضل الآن.»

* ندين بهذا المثال بالشكر إلى الدكتور جون كراهام والدكتورة أنيتا جينكنز، قسم الجراحة في جامعة كالكاري.

† نشكر الدكتور توم أنوي الذي طبق هذه الأمثلة في مستشفى (بيل فو) في سياتل خلال جولاته التعليمية.

- فكر بصوت عالٍ – اكشف عن أفكارك حول إغفال تقديم منظور المريض بواسطة الربط بين الملاحظات والإشارات والأسئلة المتزامنة بشكل مناسب:
  – «هنا تكمن مشكلتي – لقد حددنا المرض ولكننا بحاجة إلى تحديد كيف نستطيع مساعدتها لأداء شؤونها بأفضل صورة مع الزمن المتبقي لها. ماذا تريد هي أن تفعل؟» «ولقد استجاب الطلبة بالإقرار بحاجتهم إلى مزيد من المعلومات. لقد ركزوا على تفاصيل التاريخ المرضي والتشخيص الذي عُرف قبل سنوات ثلاث لهذه المريضة المصابة بالسرطان ولم يستقوا أية معلومات عن منظور المريضة حول الرعاية التي كانت ترغب في الحصول عليها أو التي كانت تحتاجها الآن».
  – «هل أستطاع أحد التعرف ما إذا كان لديها من يعتني بها في بيتها؟»
- استخدم أسئلة لجلب منظور بديل كي تظهر للمتعلمين كيف أن الافتراضات غير المدققة يمكن أن تضللهم مثل:
  – «إذا افترضت أن المريضة تحتال على الطبيب. ولو افترضت بدلاً من ذلك ما تفعله المريضة فهذا رد فعل معقول للمشكلة أو هل من المعقول بحث مقدار جرعات المهدئ الموصوف لها، فماذا تظن؟»
- استعمل الصمت كاستجابة تعزيزيه مصحوبة بتركيز واضح لكل من تتحدث إليه. إن هذا النموذج من الارتباط «Engagement» والصمت والاحترام ذو تأثير عند التفاعل مع المرضى أو المتعلمين.
- استخرج معتقد المرضى عن مشكلاتهم: خذ العبارات التي يطلقونها على محمل الجد – تمهيداً لبحثها معهم:
  – «أنني أرى ذلك...» (توقف قليلاً كي تسمح للمريض بالاسترسال) استجابة إلى معتقد المريض من أن مشكلة الكبد قد بدأت عند استخراج خزعة منه ثم استجب بعد ذلك إلى الملاحظات الإضافية التي يبديها المريض ثم أشرح له لماذا استخرجت الخزعة من أجل إزالة المعتقدات الخاطئة التي يؤمن بها المريض.
  – «إذاً أنت قلق ربما لاعتقادك بأنك مصاب بسرطان الرئة مشابهاً لذلك الذي توفيت والدتك بسببه؟ (توقف قصير ثم أطلب من المريض الاستمرار)... أنني أقدر أن تخبرني...»
- ومع جميع هذه الأمثلة للنماذج قرّب هذه المهارات من انتباه المتعلمين بين وقت وآخر بالطلب منهم صراحة ما إذا كانوا قد انتبهوا إلى ما فعلته أو لماذا كان عليك القيام به.

ادارة الجلسة: أدوات التيسير لتفعيل وزيادة المشاركة والتعلم

Running a session: facilitation tools to maximise participation and learning

المقدمة

Introduction

وصفنا في الفصل الخامس والسادس أسلوب التيسير الذي يعطي أرضية آمنة لتعليم وتحسين مهارات الاتصال. ويركّز هذا الفصل على أدوات تيسير إضافية تساعد على خلق بيئة داعمة للتعلم وزيادة المشاركة. وهي عناصر ضرورية لأي تعلم وتقود إلى تطور المهارات أو التغّير الشخصي وهكذا نُؤكّد الأهمية الخاصة في برامج مهارات الاتصال التجريبي.

ونتصدى في هذا الفصل لـــ «كيف نتعامل مع المواقف الحرجة». وعلى الرغم من بذل أفضل جهودنا كميسّرين أو مشاركين في برامج الاتصال سوف نواجه تحديات مزعجة أو نقف أمام حاجز تعليمي غير متأكدين من كيفية تدبيره مما يشيع المقاومة والدفاع والسخرية وفقدان الثقة وعدم الاتفاق والأخطاء والأداء الضعيف عاجلاً أم آجلاً. وسنعرض مائدة من المهارات والإستراتيجيات لنواجه مثل هذه التحديات.

وسوف نستعرض في هذا الفصل:

- الربط بين التيسير الفاعل والاتصال الفاعل مع المرضى لنرى الأسس المتشابهة لكليهما.
- نقدم سلسلة من المفاهيم والنماذج والإستراتيجيات التي تساعد في تطوير بيئة داعمة تزيد من المشاركة والتعلم.
- اعتبار إستراتيجيات التعامل المفيدة مع المواقف الصعبة والتوتر.

ويُعَزّز التيسير والتعلم إذا ما وعى الميسّرون والمتعلمون واستعانوا بالأدوات والموارد الموضحة في هذا الفصل.

إذ يعتمد تدريب الاتصال بصورة أساسية على تعليم الأقران والتقويم الذاتي الذي جعلنا جميعاً «مدرسين». ويؤدي التمكن من الاتصال إلى مكاسب مضاعفة، إذ ينطبق كذلك على التفاعل مع المرضى والزملاء في الممارسة المهنية كما يستعمل مع المتعلمين.

ربط التيسير مع مهارات الاتصال بالمرضى
Relating facilitation to communication with patients

التوازي بين مهارات الاتصال والتيسير
The parallel between c ommunication skills and facilitation skills

يُعد الاتصال الفاعل جذر التيسير الفاعل. وفي الحقيقة، إن المهارات التي نحتاجها للاتصال الفاعل شديدة الشبه بمهارات التعليم المصنّفة في منهاج كالكاري–كامبردج وملخص الاتصال والتيسير لكليهما. ولتحويل الدليل إلى دليل تيسير المهارات والتقييم الذاتي نستخدم مصطلح «الميسّر» و«المتعلم» بدلاً من «الطبيب» و«المريض» في جميع مفرداته.

وإن الأطباء الذين يستكشفون مهارات التيسير غالباً ما يؤدي إلى اكتشاف أنهم يبنون على مهارات مألوفة وبناء يستعملونها في حديثهم مع المرضى:

- **البدء بالجلسة** (سوف نناقشه في الفصل لاحقاً) – بالتوازي مع افتتاح المقابلة.
- **بناء تعليم المجموعة** – اكتشاف مشكلات المتعلمين والنتائج التي يرغبون الوصول إليها كما ناقشناها في الفصل الخامس تحليل المشكلات المستندة إلى نتائجها (ALOBA) باستعمال التلخيص وعلامات الانتقال – بالتوازي مع بناء المقابلة عند افتتاحها وجمع معلوماتها.
- **التيّسير من خلال الأسئلة والاستجابة** – الأسئلة المفتوحة، الانصات الفاعل، التشجيع، الصمت، الإعادة، وإعادة الصياغة، التفسير، التوضيح، التلخيص الداخلي، المشاركة في الأفكار، اكتشاف أفكار المتعلم، معتقداته، وتوقعاته «كما نوقشت في المشاركة المحفّزة، التفكير والتعلم في هذا الفصل لاحقاً» – بالتوازي مع جمع المعلومات في أثناء المقابلة.
- **بناء العلاقة** – القبول، التعاطف، الدعم، الرقة والتقاط الإشارات «جزء من مهارات البيئة الداعمة ومن العناصر الأساسية للتعامل مع المواقف المُعارضة والدفاعية كما ستناقش في هذا الفصل لاحقاً» – بالتوازي مع بناء العلاقة في المقابلة.
- **إعطاء المعلومات** «كما سيناقش في الفصل الثامن» – بالتوازي مع التوضيح والتخطيط للمقابلة.

التوازي بين أسس الاتصال الفاعل وأسس التيسير الفاعل
The parallel between the principles of effective communication and the principles of effective facilitation

حددنا في الفصل الثاني خمسة أسس تميّز الاتصال الفاعل، وتنطبق هذه الأسس سوياً على التيسير الفاعل وتعطي هيكلاً لمساعدتنا لتقدير كيف يمكن أن نيسّر التعلم في منهاج مهارات الاتصال، ونفكر حالياً بعنوان كيف نيسّر التعلم بدلاً من الاتصال بالمرضى ويمكن أن نسأل أنفسنا ماذا نعمل في أية جلسة لـــ:

- نضمن التفاعل «بين المتعلمين والميسّر وفيما بين المتعلمين أنفسهم».
- نقلل من الغموض بمنطق حول «ماذا نتوقع، قائمة أولويات الجلسة، مسؤوليات الميسّر والمتعلمين، وهل يمكن أن نثق بالمجموعة أو أن نكون محل ثقة».
- إظهار الحيوية «الاشتراك، المرونة، الاستجابة».
- مساعدة المتعلمين للتفكير بلغة النتائج والأسباب المنطقية (ماذا تهدف، ماذا حدث).
- تطبيق نموذج لولبي «مبني على الإعادة والمراجعة وتشجيع المتعلمين لاتخاذ 'الخطوات اللاحقة' في العملية اللولبية للتمكن من المهارات وفهمها».

وتقدم هذه الأسس للمتعلمين كإطار للمشاركة الجماعية الفاعلة. فمثلا، هل أصبحت الحلقة اللولبية نموذج مفيد في كيفية تعلم المهارات. وينبغي لنا أن نشير إلى أن معظمنا يتقدم في اللولب التعليمي لمدة محدودة وبعدها يتراجع مؤقتاً. وربما يكون ذلك ناتج عن محاولة تطبيق مهارة «قديمة» في بيئة جديدة أو نعاني من عقبة في ثقتنا. وعلى الرغم من الانزعاج الذي نشعر به، فإن لها فائدة للمجموعة حيث تدرك أن هذه العقبة غالباً ما تعد استهلالاً لدفعة لولبية إلى الأمام.

وقدم ويست بيرك وجاسن (Westberg and Jason 1993) أسس مفيدة أخرى تميز علاقة المعلم بالمتعلم. ولاحظ مرة أخرى التداخل مع اتصال الطبيب بالمريض الفاعل:

- الانفتاح والأمانة.
- الثقة المتبادلة.
- الاحترام المتبادل.
- الدعم والاحتضان.
- المساهمة، تعزيز استقلالية المتعلم.
- المرونة.
- التطور الثابت.

ويحتاج الميسّر إلى وقت لخلق بناء العلاقة والثقة والمصداقية. وتشبه العلاقة مع المرضى، إذ يأخذ عدداً من المتعلمين الدور السلبي مع معلميهم ويجدون صعوبة لتجاوز الأنماط المألوفة وتبني نموذج أكثر إسهاماً. ويصح هذا النموذج على الميسّرين أيضا، الذين هم أكثر ألفة مع الأسلوب الأبوي المتسلط. كما يلاحظ، أن معظم الأطباء يضطروا أن يكونوا متنافسين في مهنتهم الطبية وشاهدوا التنافس مسيطراً على العلاقة بين المهن الطبية المختلفة وفي جميع مستوياتها. لذلك ليس من العجب أن يصعب التحول إلى المساهمة والتعاون في بداية الأمر. ولكن إذا ما استخدم الميسّر المهارات والأسس الموصوفة خلال هذا الفصل وتشجيع المتعلمين للعمل المماثل فإن تأثيره سيزيد المساهمة، ويعزز التعليم ويقي من بروز الصعوبات الكامنة المتعددة خلال المجموعة وبين الميسّرين والمتعلمين.

الاستراتيجيات التي تعزز المشاركة والتعلم
Strategies for maximising participation and learning

ينمو التعلم وتتطور المهارات في بيئة مؤطرة بالثقة والانفتاح التي تتناقض مع البيئة المشوبة بعدم الثقة والدفاع عن النفس. ولسوء الحظ، حينما يحتاج التعلم إلى إعادة تقويم أو تحدي معتقداتنا وأفكارنا لتعلم مهارة جديدة أو نغير الطريقة التي نؤدي بها عمل ما نواجه درجة معينه من المقاومة أو الصراع الداخلي المحتوم. وهذا التوتر الناشئ من إدراك الحاجة إلى التغيير غالباً مع يدفع إلى التعلم بقوة – لكنه يهزنا ويضطرب هدوءنا. ويمكن لهذا الشعور بالاضطراب أن يؤدي إلى إيذاء الذات «الكرامة»، وقد يستجيب المتعلمون بالرفض والإصرار على مواقفهم ويتركّز انتباههم وجهودهم لحماية أنفسهم أو التقليل من المخاطر التي يتعرضون لها بدلاً من التعلم والتغيير.

وعند وعي هذه المواقف، ينبغي خلق بيئة داعمة لأي دورة مهارات اتصال – لكن الدعم مثل التحدي لا يكفي لوحده. والبيئة الداعمة من دون تحدي قد تكون مريحة – لكنها تواطؤ، كما أن التحدي من دون دعم قد يكون مدمراً. لذلك، ماذا نستطيع أن نعمل لخلق بيئة تعليمية داعمة والمحافظة عليها؟ وكيف نجد

الموازنة الصحيحة بين مساعدة المتعلمين وتعريضهم إلى القلق «الفرن frisson» الذي يحفزهم للتعلم مع دعم ضروري في آن واحد؟ وكيف نتعامل مع المقاومة والصراع الكامن المتوقع الحدوث لا محالة؟

بناء بيئة داعمة

Building a supportive climate

في هذا الجزء نستكشف طريقين إستراتيجيين قريبين عن بعضهما لبناء البيئة الداعمة والمحافظة عليها وزيادة المشاركة في التعلم التجريبي. وبعدها نقدم مجموعة عملية من الأدلة الإرشادية لإرساء البيئة الداعمة في بداية كل دورة أو جلسة.

استراتيجيات «كب» للبيئة الداعمة مقابل البيئة المعندة

Gibb's strategies for supportive vs. defensive climate

إن المساعدة في خلق بيئة آمنة وداعمة هي مهمة ضرورية لجميع الأشخاص في المجموعة ولكنها مسؤولية الميسّر الأساسية في القيادة في هذا المجال للتعامل مع الصعوبات التي تبرز لا محالة حتى لو بذل جميع الأشخاص أفضل جهودهم. وهنا يبدو عمل «كب» (Gibb 1961) مفيداً وعملياً كمصدر لخلق ثم إدامة البيئة الداعمة لتقليل المقاومة لمستوى يمكن تدبيره حينما تبرز ولإعادة البيئة الداعمة والآمنة حينما تضطرب آنياً.

واعتماداً على عمل «كب» الذي دام ثمان سنوات تفحص خلاله تسجيلات صوتية لمناقشة مجموعات صغيرة. وحدد ست مجموعات من السلوك التي تميز البيئة الداعمة في مجموعة النقاط الأولى من الجدول المزدوج وست نقاط في مجموعة مقابلة تميز البيئة المعندة في الجدول نفسه. وليس من الصعب الحدس من هي المجموعة التي تتصف بنمط السيطرة التقليدية للمعلم.

البيئة الداعمة	البيئة المعندة
1 الوصف عرض من دون حكم على المعروض والمشاعر والحوادث وطلب حقيقي للمعلومات، عكس آراء وصفية وملاحظات مباشرة للسلوك الظاهر للشخص الآخر، وتجنب مصطلحات: «جيد أو رديء».	**التقييم** حكم: لوم أو نقد أو إطراء، الشك في الدوافع أو المعايير.
2 الاتجاه للمشكلة التعاون والاتفاق على تحديد المشكلات وطرق حلها بدلاً من النصح لعمل شيء محدد.	**السيطرة** عمل شيء ما لأشخاص آخرين، ونصحهم لعمل ما أو كيف يشعرون أو يفكرون.
3 المرونة (العفوية) التحرر من «القائمة المخفية» أو الخداع، الوضوح والمباشرة والقابلية على الاستجابة بمرونة للأشخاص والحوادث (والعفوية لا تعني فقدان التنظيم أو الخطة والمنهج).	**الإستراتيجية** «قائمة مخفية» التحرك خلال استعمال الحيل أو الخطة المخفية، نوايا مخفية.

البيئة الداعمة	البيئة المعندة
4 التعاطف (الاشتراك) الرغبة بمشاركة الآخرين، الشعور بنفس الشعور، الاحترام، قبول الآخرين وفهمهم.	**التعادل** (التحفظ) اللامبالاة، الانفصال، الانعزال، النظر إلى الآخر على أنه أداة للدراسة.
5 المساواة الرغبة بالمشاركة مع الآخرين، تحديد المشكلات وحلها بالتوافق عدم التركيز على الاختلاف في القدرة والقابلية، والمساواة لا تهمل الاختلاف المعرفي أو القابلية ولكنها تقدر المشاركة وأهمية كل فرد.	**التعالي** الفشل في تقدير أهمية الآخر، وإبراز مشاعر الاختلاف مع الآخرين، والاتصال على أن الشخص أفضل من الآخرين.
6 التجريبية الذهن المفتوح والرغبة في استكشاف المواضيع البديلة ووجهات النظر الأخرى أو الخطط البديلة.	**الجزمية** الإصرار على الرأي ومقاومة اعتبار البدائل، التركيز على صحة الموضوع بدلاً من حل المشكلة.

ولغرض التعلم أو التغيير، ينبغي تنمية البيئة الداعمة والمحافظة عليها – وينبغي استخدام بوعي الوصف والتوجه للمشكلة والعفوية والتعاطف والمساواة والتجريبية ونتجنب ما أمكن من التقييم والسيطرة والقائمة المخفية والتحفظ والتعالي والجزم «كما حددها كب». وهذا هو الهيكل الذي نعوّل عليه أولاً حينما نبدأ مع مجموعة وحينما تبرز صعوبات من أي نوع وغير متأكدين من كيفية تدبيرها. ووجدنا هذا الهيكل مفيداً وعملياً كأداة للتعامل مع المقاومة والمعاندة وعدم الثقة حينما يظهران في ميدان التعلم أو الرعاية الصحية.

ويعد خلق بيئة داعمة اعقد من الدعم بمفرده وتجنب السلوك المعاند. ويحدد مستوى المقاومة السائد على الدرجة التي تستخدم فيها الأصناف الأخرى التي اشاعة المقاومة أو الدعم. وإذا ما خلقت المجموعة بيئة داعمة، عندها يتمكن المشاركون ويشعرون بحرية والتعبير عن ملاحظاتهم بسهولة وتحمل ملاحظة الآخرين في أية من الأصناف المذكورة أعلاه. وبالمقابل فإن المقاومة تحول دون التعلم وينبغي الرجوع بتمعن إلى البيئة الداعمة وبالتأكيد فإنها نقطة البداية لأي موقف جديد أو غير معروف.

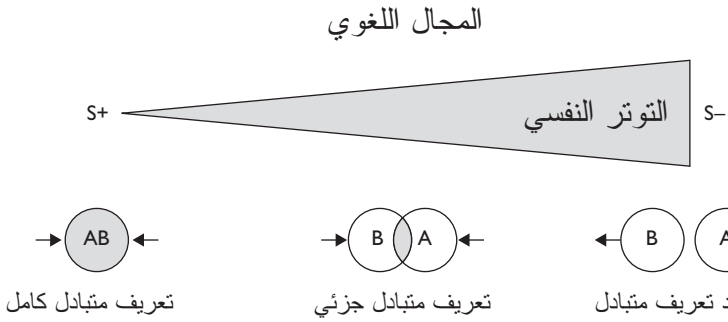
وعلى الرغم من أن التركيز يسلط على الجانب السلبي للصفات الدفاعية لكنها ليست دائما غير مناسبة. ويمكن للتقييم والسيطرة أن يكونا مناسبين في بعض الظروف بغض النظر عن المعاندة التي قد تنتج.

أرضية الفهم التوافقي المشترك: قاعدة الثقة والعلاقة

Mutually understood common ground: the basis for trust and relationship

يمثل نموذج بيكر «1995» أداة مساعدة أخرى لخلق البيئة الداعمة، ويشجع المشاركة والتعامل مع الموقف المقاوم. وسلط النموذج الضوء على ما اسماه بيكر «التعريف المتبادل Reciprocal identification» أو كما أسميناه أرضية الفهم التوافقي المشترك «Mutually understood common ground» (Riccardi and Kurtz 1983). وطبقا لبيكر، فإن تأثير أي اتصال أو «جهود تعليمية» يعتمد على درجة الاشتراك بين المتصلين ودرجة تفاعلهم الذي يتحدد مع الآخر بدقة. وتوافقت دراسات حديثة مع هذه الفرضية. فمثلاً، وجد ستيوارت (Stewart et al.1997) في دراسة على «315» مريض و «39» طبيب رعاية صحية أولية، أن احساس «المريض بوجود أرضية مشتركة مع طبيبه» تشترك بسرعة تحسن المريض

من معاناته وهواجسه، وصحة عاطفية أفضل بعد شهرين من المقابلة وأقل فحوص مختبريه وإحالات إلى أطباء اختصاص. كما عزز عمل روتر (Roter's 1997) مفهوم المشاركة التوافقية ومفهوم الأرضية المشتركة وأهميتها لاتصال الطبيب بالمريض وكما هي لتعليم وتعلم المجموعة الصغيرة. ونظرة متفحصة على نموذج بيكر شكل (7.1) توضح السبب:



شكل (7.1) نموذج بيكر للاتصال (1995)

تمثل الدائرة A و B في هذا الشكل شخصين يتفاعلان. حيث تمثل المنطقة المضللة المتداخلة درجة أرضية الفهم التوافقي بينهما. ويتوافر شيئاً من أرضية التوافق المشترك مثلاً إذا ما اشترك A و B بثقافة أو لغة واحدة وإذا ما عرفا الموضوع أو الحالة. وأن تعريف الأرضية المشتركة لأحدهم غير كافية، ينبغي أن يحددها كليهما وتعرف بـــ التوافقية المتبادلة. وربما تنشأ أرضية التوافق المشترك لـــ A و B إذا ما بينوا خلفياتهم، وأهدافهم، معتقداتهم... الخ لبعضهم البعض خلال الاتصال مثل «مجال اللغة» والمدة الزمنية التي يتفاعلان بها، والخبرة لكليهما. ويعد مثل هذا التعريف المتبادل قاعدة مهمة للثقة والدقة.

ويعد ما يختلج المشاركين من مشاعر في فترات التأني والتوقف أو الصمت علامة للتعريف المتبادل. ويشير الصمت السالب «S–» في النموذج إلى الصمت غير المريح المشترك مع التوتر النفسي العالي ويتوافق مع النقصان النسبي لأرضية التوافق المشترك مثل بسبب الصراع، الضيق، المعاندة. ويمثل الصمت الموجب «S+» الصمت المريح والمشترك مع درجة قليلة من التوتر الذي يعكس التعريف التبادلي بدرجة عالية مثل الفهم المشترك وفقدان الموقف المعاند. ويساعدنا هذا النموذج لتحديد درجة الألفة أو أرضية الفهم المشترك التي تتوافر في العلاقة في أية لحظة.

والعبارة الأخيرة – في أية لحظة – مهمة. إذ تتغير درجة التعريف المتبادل باستمرار على الرغم من الانجازات المؤقتة والحصول على التعريف المتبادل الكامل الذي له تأثير ايجابي مستمر على العلاقة. ولا يوجد ضمان لاستمرار العلاقة الايجابية. ويمكن لأي سوء فهم أو صراع من أن يعيد العلاقة السلبية مرة أخرى مؤقتاً إلى الصمت السلبي والاحساس بعدم التعريف المتبادل. ويقترح هذا النموذج الحل بإعادة إرساء درجة من الثقة وذلك بالرجوع إلى النقطة التي اتفقا فيها على أرضية مشتركة تحفزهم على التوافق «مثل: اتفق الطرفان على رغبتهم باستمرار العلاقة» وبعدها العمل لإعادة بناء أرضية الفهم التوافقي المشترك من ذلك «مثل: يمكن أن يتفق الطرفان على وصف المشكلة».

كيف يساعدنا نموذج بيكر؟

- يؤكد على أن أحد الطرائق لتقليل التوتر والتعامل مع سوء الفهم وخلق بيئة داعمة هو بإرساء النقاط المرجعية العامة «مثل: خلال الاتفاق المشترك على الأهداف».

- يزودنا بطريقة مفيدة لإرساء الثقة وبناء العلاقة وتشجيع المشاركة – وذلك بالعمل بأية طريقة لإرساء الأرضية التوافقية المشتركة بأيّ طريقة مساعدة.
- يعرض توضيحاً جزئياً لعدم الارتياح الذي لمسه بعضنا في أي حالة صمت حتى لو كانت لمدة قصيرة مع مجموعة غير مألوفة سابقاً أو مع شخص يمتلك معه المقابل ألفة قليلة أو نوعاً من سوء الفهم الآني.
- يقدم طريقة لتقليل عدم الارتياح هذا وذلك بالاشتراك بالخبرات أو محاولة لإعادة الأرضية المشتركة.

وفي أثناء التيسير والاستجابة والاسترجاع، وجدنا إن من المفيد أن نحافظ على فكرتين إضافيتين في ذهننا تتعلق بالأرضية المشتركة وهما: أولاً، الاتصال الفاعل «أو التعليم» لا يعني الفهم المجرد للحديث أو استماعه. وأن لا نفترض أن الاتصال الدقيق هو صياغة الرسالة وإرسالها فقط أو أنها سمعت، وأن لا نعتمد على المنطق الزائف الشائع: أنا افترض أنا ألاحظ «X» بدقة. وافترض أنت تلاحظ «X» ملاحظة دقيقة أيضاً، وهكذا افترض أنت تلاحظ «X» بالطريقة والدقة التي ألاحظها أنا، والعكس صحيح (Schutz 1967). ولذلك فإن الاسترجاع والمناقشة هي التي تؤدي إلى أرضية الفهم التوافقي المشترك الضرورية للاتصال الفاعل.

ثانياً، استمرار الاتصال غير الموافقة عليه، كثيراً منا يفترض خطأً ذلك في اتصالنا، أو أن تيسيرنا قد اضطرب أو أسيء فهمه إذا ما توصل الآخرون إلى عدم الموافقة على وجهة نظرنا، في آخر المطاف. كما أن عدم الموافقة ليس كسوء الفهم (Verderber and Verderber 1980). وفي الحقيقة، أن عدم الموافقة قد تكون نتيجة لنموذجنا الاتصالي المثالي. أما أرضية الفهم التوافقي المشترك التي ربما نصل إليها تعني الفهم الدقيق لمفرداتنا ومفردات الآخرين المختلفة في المنظور، ولذلك ينبغي القبول بهذا الاختلاف في المنظورين وتقدير تمايز الأمرين. وهكذا، فإن هذا المنظور مفيد حينما يختلف الأشخاص فيما بينهم حول أفضل طريق ينبغي أن يسلكوه. وغالباً ما يلطف هذا الاختلاف ويستثمر الوقت الثمين بالإشارة إلى أن الإجماع غير ضروري، كما من المفيد سماع نقاط المنظور البديل. وإن الهمة والعزيمة ينبغي أن تصرف بالفهم الدقيق للبدائل بدلاً من المحاججة حول ما هو «أفضل» خيار.

البداية: إرساء أسس البيئة الداعمة

Getting started: laying the foundations for a supportive environment

إنها فرصة مهمة لإرساء الأرضية المشتركة وأسس البيئة الداعمة وفي اللحظات الأولى للقاء المتعلمين الجدد من بداية الجلسة وفي بداية أية جلسة. ووضعنا مقترحات عملية عديدة للبداية لنضمن إدخال سلوك «كب Gibb» في البيئة الداعمة ونموذج «بيكر Becker» لإرساء أرضية الفهم التوافقي المشترك.

ويوجد هنا أيضاً تشابهاً كبيراً بين الجلسة والمقابلة الطبية. ولاحظ التشابه الكبير والتوازي بين مهارات افتتاح المقابلة في دليل كالكاري–كامبردج والقائمة الآتية والتي تفيد في البداية مع المتعلمين:

- التحضيرات
- إرساء الألفة الأولية
  - إظهار الاهتمام والاحترام، وإبراز نموذج لسلوك مناسب.
  - التقديم: للميسّر والمشاركين.
  - التعريف وبناء الثقة.
  - الترتيبات وترك الانشغال بأمور أخرى.
- تنمية ثقافة الدعم والأمان
  - العقد الواضح بالالتزام بالقواعد الأساسية.

— مناقشة النوايا والمسؤوليات.
- المشاركة ومناقشة قائمة الأولويات
— تحديد مسبق للأهداف الواضحة «على أن لا توجد أولويات مخفية».
— اكتشاف احتياج المتعلمين وأولوياتهم.
— مناقشة الأولويات والاحتياجات، والأخذ بنظر الاعتبار احتياج المتعلمين والميسّرين.

التحضيرات

Preparation

إن التحضيرات الجيدة هي مفاتيح ثقة الميسّر واطمئنانه وتشمل: تهيئة الأدوات والأجهزة المناسبة ومكان الجلسة قبل وصول المتعلمين.

إرساء الألفة الأولية

Establishing initial rapport

إذا ما رغبنا في أن يسلك المتعلمون بثقة واحترام وانفتاح وأمانة وتعاطف ورقة ومزاج وحياء وصداقة نحتاج إلى أن نكون نموذجاً لهذه النوعية بإظهار الاهتمام والاحترام بمبادأة منا.

ويشمل التقديم التعرف على معلومات أساسية عن المشاركين والاسم المفضل الذي يرغب المشارك أن ينادوه به أفراد المجموعة، تعد بداية جيدة إذا لم يعرف المشاركون بعضهم بعضاً سابقاً. والتقديم يعد إحماء موجز وتمرين لكسر جبل جليد الجمود ليساعد المشاركين للتعرف على بعضهم الآخر وذلك بالمشاركة بنُبذ تعريفية عنهم أو خبراتهم. حتى عندما نشارك مجاميع لمدة قليلة «مثل: حضور بديل للميسّر الغائب». ويبدأ الميسّر البديل لدقائق قليلة بدعوة المشاركين لإعطائه فكرة عن أنفسهم والإعلان عن بعض المعلومات التي ربما لا يعرفها عنهم سابقاً وهذه فرصة للإنصات والاستجابة والتسلية للجميع واحتمال إرساء أرضية فهم توافقي مشترك «حول البيت، المدينة، العائلة / تاريخ سابق مشترك ...الخ»، وإرساء أسس الثقة والبيئة الداعمة ببساطة ملحوظة. ويمكن للتمرين أن يساعد المشاركين للاستقرار وترك الأمور التي تشغلهم جانباً. ومثل أي «نشاط أولي» للبدء بالإيمان المخلص لعضو المجموعة أن يشارك مثل مشاركة الآخرين.

بناء ثقافة الدعم والأمان

Developing a culture of safety and support

وهي الخطوة التالية لسؤال المتعلمين عن القواعد الأساسية التي ترسي كيفية إدارة الجلسة. وقد يرتبط بترتيب سياقات الحضور في الجلسة وضمان حق كل شخص بالكلام وأن ينصت له وإرساء قواعد النقد البنّاء والسرية وإشاعة المصداقية بدلاً عن النقد التجريحي وادعاء نفاذ الوقت في أثناء الجلسة عند محاولة الحصول على المساعدة، ... الخ. ويشبه التقديم تنمية معايير الإسهام والاشتراك باتخاذ القرار والانفتاح خلال المجموعة.

مناقشة النوايا والمسؤوليات، وقد تبدو واضحة ولكن في أغلب الأحيان لا تبرز للعيان. وينبغي البدء بتوضيح ما تهيأ وما سوف يقدم للمتعلمين في بداية الدورة أو الجلسة. والرغبة بإبراز النموذج المتكافئ وبقاء الميسّر كمتعلم والتيسير بمزاج. والتقاط ما يقوله المشاركون وتقديره. والإشارة إلى تقديم الخيارات والبدائل والإقرار بعدم العصمة من الخطأ...الخ. وسؤال المتعلمين التصحيح عند وقوع الميسّر بخطأ، والتأكيد على المحافظة على البيئة الداعمة مثل، أن التعلم هو مسؤولية جميع المجموعة في النهاية. والحديث عن فائدة تعليم جميع أعضاء المجموعة بعضهم بعضاً وكيف يُيسّر الفرد في المجموعة للآخر.

المشاركة ومناقشة قائمة الأولويات

Sharing and negotiating agendas

يساعد تحديد أهداف واضحة لأية جلسة أو دورة من تقليل الغموض غير الضروري. وتساعد طريقة الإعلان عن الجلسة أو الدورة – المتعلمين لمعرفة ماذا يتوقعون بالضبط. كما ينبغي التركيز على أهمية الإعلان عن أهداف الدورة المنهجية وتوزيعها قبل بداية الدورة مع معلومات عن الميسّرين ومنطق الدورة ومدتها والطرق التي تستعمل فيها.

وحينما نلتقي المتعلمين وسؤالهم عن تحديد المرامي والأهداف التي يرغبون العمل عليها، وتحديد احتياجاتهم التعليمية وأولوياتهم. وعند الالتقاء بالمتعلمين لأول مرة أو للمرة الثانية ينبغي التركيز على المرامي بعيدة المدى، فمثلاً نطلب من المتعلمين تدوين أهدافهم الشخصية ولنشارك بها باقي المجموعة، وربما يمكن العمل كمجموعات ثنائية أو ثلاثية لتحديد هذه الأهداف. وغالباً ما يؤدي سماع أفكار بعضهم الآخر إلى تغيير أو إضافة إلى الأهداف الشخصية وظهور الأرضية المشتركة التي تتعلق بالأهداف المشتركة. وتعد هذه القائمة مرنة، وعند تقدم الدورة سيغير بدون شك المتعلمون آراءهم الأولية. ومع تقدم الدورة يمكن أن نجمع القوائم الأولية لتشجيع المتعلمين للاستمرار بالتفكير بالنتائج التي يرغبون بالوصول إليها.

وغالبا عند الوصول إلى نهاية مناقشة الأهداف، تراجع المجموعة «الأهداف» التي وضعها منظمو الدورة ومقارنتها وملاحظة التداخل والاختلاف بين أهداف المجموعة أو الأهداف المشتركة. وربما تؤدي هذه المناقشة إلى تغييرات في الأهداف الأولية المخططة للدورة. كما يحدث مع المرضى حينما يناقش الطبيب القائمة المشتركة للتدبير.

وبعد مناقشة المرامي بعيدة المدى ننتقل إلى المرامي قصيرة المدى العامة للجلسة المعينة «مثل، التي قد تكون موضوعة في الجلسة السابقة أو المخطط لها مسبقاً من قبل منظمي الدورة» كما ينبغي مناقشة مرامي المتعلم الفردية في مقابلاتهم الشخصية التي يعرضونها للمجموعة. ويسأل الميسّرون عن ذلك قبل البدء بالمقابلة التي يجريها في أثناء الجلسة، «أي أمر معين ترغب أن نراقبه؟» وبعد المقابلة نسأل أيضاً عن «أي أمر معين ترغب أن نركّز عليه في أثناء المناقشة؟».

وبعدها نناقش كيف ترغب المجموعة أن تتقدم، آخذين بالاعتبار النتائج التي يرغبون بالوصول إليها. وإذا كان الميسّر جديداً للمجموعة المنسجمة، يسأل كيف يؤدون أعمالهم المعتادة؟ حتى يتبع الميسّر نهجهم أو إذا ما أرادت المجموعة محاولة انتهاج أسلوب بديل.

وتأخذ هذه النشاطات وقتاً مهماً في الجلسة الأولى. وبعد ذلك، يحتاج الميسّر إلى دقائق قليلة للبدء بالجلسة وإرساء البيئة الداعمة وتحديد المرامي. ويبدو هذا الجهد ضرورياً جداً لنجاح أية الجلسة.

تحفيز المشاركة والتفكير والتعلم خلال الجلسة

Motivating participation, thinking and learning throughout the session

حينما تبدأ الجلسة وترسى أسس البيئة الداعمة ويوضع التعليم التساهمي موضعه الصحيح، هناك أداتان تيسيريتان ضروريتان ومهمتان لتفعيل إشراك المتعلمين وزيادتها وهما: تقنيات الاستجابة «Responding techniques» وتقنيات الأسئلة «Questioning techniques». وكما يستجيب الطبيب في المقابلة لملاحظات المريض، فإن العوامل المهمة لتحديد نتائج الجلسة هي الطرق التي يستعملها الميسّر: التي يدعو المتعلمين بها للإسهام والطرق التي يسأل بها. وتتوافق هذه التقنيات مباشرة مع مهارات جمع المعلومات في المقابلة الطبية المصنفة في دليل كالكاري –كامبردج كما سيرد بتوسع في كتابنا المرافق.

الاستجابة

Responding

تعد مهارات الانصات والاستجابة للمتعلمين مركز التيسير الفاعل. وتتطابق مع المهارات الآتية التي تستعمل في المقابلة الطبية:

- الانصات الفاعل
- التشجيع
- الصمت
- الإعادة
- إعادة الصياغة
- التفسير
- التوضيح
- التلخيص الداخلي
- التقاط التلميحات اللفظية وغير اللفظية

وتعد هذه المهارات التيسيرية المهارات الرئيسة في جلسات المشاورة غير الموجهة. وقد نوقشت باستفاضة من قبل روجرز (Rogers 1980) وايكان (Egan 1990) وآخرون. وقد اتفق على أنها عناصر حاسمة لأي اتصال يهدف إلى تشجيع المراجع للتكلم بحرية عن مشكلاته من دون توجيه الطبيب غير الملائم.

فمثلاً عند استخدام تقنيات الاستجابة المفيدة نرجع إلى دراسة الحالة السابقة لكورتس (Kurtz 1990) التي تتضمن مراقبة احد الأطباء لعدة أيام وهو يقوم بدوراته السريرية. وقد استقبل المشاركين ذلك بالقدرة العملية الفاعلة وقابليته على تحفيز المشاركة والتفكير والتعلم الجانبي. وليس من المدهش أن الدراسة أوضحت أن مهاراتي الاستجابة والانصات من المهارات الرئيسة التي استخدمها. وهنا ينبغي النظر بعمق إلى مهاراتي الانصات والاستجابة التي استعملها لتحفيز المشاركة والتعلم. وفي كل فرصة استعان بتقنيات اقرها المتعلمين وعززوها:

- اختار الصمت كاستجابة مصاحبة للتركيز وركز بعناية على أي شخص تكلم.
- أعاد أو كرر ملاحظات المتعلم باهتمام: «وهكذا أنت تفكر بـــ ...»، «وهكذا قررت المريضة أن تذهب للبيت مع الأطفال في أعياد الميلاد».
- التقط التلميحات اللفظية وغير اللفظية: «تبدو منهكا اليوم ... لنأخذ استراحة بعد هذه...».
- المقاطعة النادرة عند الضرورة وإعطاء التلميحات غير اللفظية أولاً مثل التقدم للأمام قليلاً ثم إرساء الاتصال البصري.
- تعزيز آراء المتعلمين والتفاعل معها بصوت عالي: «هذا اقتراح جيد ... هم ... اوه ... إن حدسك صحيح، نعم لقد فهمت الآن بشكل أفضل».
- الانتظار لمدة «3–5» ثواني بعد السؤال لإعطاء المتعلمين وقتاً للتفكير والاستجابة.
- السؤال عن التوضيح المحدد: «هل تستطيع توضيح ماذا تعني بـــ ...؟»
- إعادة صياغة العبارة للتحقق من التفسير: «إذاً، إنّ الذي يقلق كثيراً هو فيما إذا ...»

الأسئلة

Questioning

هناك ثلاثة أنواع أساسية من الأسئلة مفيدة في التيسير:

- الأسئلة المفتوحة النهايات التي تكون لها عدة إجابات محتملة.
- الأسئلة المغلقة التي تحتاج إلى كلمة واحدة أو اثنتين للاستجابة، والتي غالباً ما تكون الإجابة الصحيحة واحدة فقط.
- أسئلة سقراط التي تتبع نمط سؤال سقراط «Socrates' pattern» القصير الذي يفتح الباب للمتعلمين «لاكتشاف» الجواب بأنفسهم.

تعد جميع الأسئلة مناسبة في أوقات مختلفة ويعتمد استعمالها على النتائج التي يرغب الميسّر الوصول إليها. ولإشراك المتعلمين وتشجيع مشاركتهم وتفكيرهم الجانبي فإن الأسئلة المفتوحة والسقراطية هي الأكثر فاعلية.

ونرجع إلى مثالنا السابق، دراسة دورات الطبيب، ونرى هنا ونتفحص طريقته في تقنيات الأسئلة. عموماً، استعمل الطبيب الأسئلة لتحفيز المجموعة الصغيرة من الطلبة والمقيمين للتفكير أكثر أو لتكامل المعلومات بشكل مختلف. واستعمل أنواعاً من الأسئلة السقراطية بكثرة وأعطى انطباعاً للتفكير والعمل المشترك لحل المشكلات أو البحث في البدائل وليس لامتحان المتعلمين أو تقويمهم. وما يأتي نماذج محددة من تيسيره الذي يظهر فيه كيف استعمل الأسئلة بفاعلية أكبر:

- يسأل الأسئلة في سياق ما يقوم المتعلمون به – التأكيد، وبعد: «وهكذا كيف تفكر حول هذه المشكلة؟»
- دعوة المتعلمين بوضوح من خلال الأسئلة: «هل هناك سؤال آخر؟»، «أي أمر آخر نحتاج أن نتعرف عليه ...؟»
- تحفيز المتعلمين للتفكير ما بعد استجابتهم الأولى، وأحيانا يعطي لهم الفكرة للخطوة القادمة المناسبة: «ماذا ترغب بعد ذلك أن تعرف؟ ماذا تفعل لتجد أن هذا سيكون مؤثراً؟»
- استعمل الأسئلة لإعطاء المتعلم الفرصة لتعليم الآخرين، «هل راجعت الدراسة الحديثة المنشورة في ... وماذا استخلصت في ...؟ هل يمكن أن تخبرنا بذلك؟»
- دعوة المتعلمين للتفكير بصوت عال مع الطبيب، لاسيما بعد سؤالهم عدة أسئلة مترابطة للوصول إلى الأمر المحير أو الذي أغفلوه. وبعد عدة أسئلة يستدرك ويسأل، «ماذا أريد أن اعمل؟»
- يضمن الأسئلة أو يبدأ التفكير بفكرة: «هنا انا أفكر بـــ... بماذا أنت تفكر؟»
- استعمل الأسئلة لإبراز منظور بديل، والإظهار للمتعلمين كيف يمكن للافتراض أن يؤدي بهم إلى الضياع: «وهكذا تفترض أن المريض يداهن الطبيب. وبدلاً من ذلك افترض أن تفاعل المريض للمشكلة له أسباب منطقية، أو اعتبر جرعات الأدوية المخدرة التي نعطيها هي السبب، وبعد ذلك كيف تفكر؟»
- دعوة المتعلمين للتخمين حينما لا يمتلك احدهم الجواب: «هل ترغب للحدس باحتمال معين؟»

واستعان الطبيب بتقنية أخرى، وهي «التفكير بصوت عال» للأسئلة والاستجابة وجعل تفكيره وحل المشكلة مرئياً للمتعلمين «والمرضى» وذلك بالقول بماذا أفكّر.

- كثيراً ما يوضح أفكاره بشكل مناسب مع الحاجة الآنية المثيرة، مثل، «هنا تكمن مشكلتي، لقد حددنا المرض بوضوح ولكن نحتاج إلى تحديد كيفية مساعدتها لتدبير شؤونها مع المآل القصير المتبقي لها؟»

واستجاب المتعلمون بالاعتراف بحاجتهم لمعرفة المزيد عن معلومات أكثر حيث ركّزوا سابقاً على التاريخ المفصل والتشخيص ولكنهم غفلوا منظور المريضة وجوانب الرعاية التي تحتاجها الآن.
- يلخص كثيراً، ويقاطع الأسئلة التي تبرز حينما يرغب أحد المشاركين بالتلخيص.
- يدعو المتعلمين لمساعدته للحصول على الأجوبة للأسئلة التي تجول في أذهان المجموعة: «ما أفكر به هو ...؟ كيف لنا أن نحل هذه المشكلة..؟»

فضلاً عن فرض نظام الاستفسار التقديري «Appreciative inquiry» (Cooperrider and Whitney 1999) الذي يعد بعداً آخر إلى الطريق التي نسأل ونستجيب لبعضنا الآخر في سياق المجموعة «أو المؤسسة» الصغيرة. ويعمل الاستفسار التقديري على فرضية النظر وتفحص ما الإجراء المؤثر والذي يعد أكثر تحفيزاً وفاعلية والإكثار منه والتقليل من الاستفسار غير المؤثر. أنه تحول قصدي طفيف ينبغي أن نركّز عليه والذي نستطيع أن نعرضه كفرصة مهمة للتغيير (Williamson et al. 2001). ويقترح هذا المنظور منطق إضافي لأهمية التركيز عن ماذا نعمل عليه في الجلسات التعليمية أو رعاية المريض فمثلاً، استعمال الأسئلة، مثل: «ما الذي يعمل واقعاً معك وقد حدث هنا؟ ماذا يحفزك أو يلفت انتباهك في عملية رعاية المريض؟ والعملية التعليمية؟ ما يعيقك؟»

نماذج التعلم و التغيير

Models of learning and change

سوف نعرض نماذج تعلم وتغيير متعددة التي تبرز المراحل التي يمر خلالها المتعلمين حينما يتبنون مهارات وأنماط سلوك جديدة. ويسهم اعتبار هذه النماذج في تنمية البيئة الداعمة لتساعد المتعلمين والميسّرين ليصبحوا أكثر واقعية في توقعاتهم وهكذا نصل إلى مواقف تعليمية مريحة أكثر وأقل مقاومة.

نموذج المراحل الأربع للتعلم

Four-stage model of learning

وصف واكمان وجماعته (Wackman et al. 1976) نموذج المراحل الأربع للتعلم التي يتم التقدم خلالها عند تعلم أية مهارة. وعند إخبار المتعلمين حول هذا النموذج فقط له تأثير إيجابي وربما لأنه يعطيهم الإذن للاعتراف بما سيعانون وحتى التسلية عندما يمروا ويتقدموا خلال مراحلها. وحين يدرك المتعلمون أن المعاناة في أية مرحلة هي اعتيادية ومتوقعة سيحصلون على حرية الانتقال خلال هذه المراحل وخارجها مرات متعددة – لارتكاب الأخطاء والتقدم إلى الأمام والتراجع والتصحيح، بأقل قدر من المقاومة وأكثر تقديراً.

وربما تستطيع أن تعطي معنى أكبر للمراحل حينما تقارنها بمهارة يدوية أو فنية تمكن منها الشخص سابقاً. وأطلب من المشاركين وسؤالهم محاولة استرجاع الشبه بين تعلم السباحة أو العزف على آلة موسيقية ولاسيما تعلمها الفرد عند البلوغ، وتكون على الشكل الآتي:

1 **مرحلة الوعي الأولي (Beginning awareness stage)**: وتتميز بالارتباك والإثارة، وتشترك مع هذه المرحلة إدراك أن هناك طرقاً لتنفيذ الأمر الذي لم يكن قد فكر الشخص بها، ولم يتمكن منها. ولا يشكل التحفيز هنا مشكلة مهمة لأن كل شيء حتى الآن جديد ومختلف.

2 **مرحلة الارتباك (Awkward stage)**: يزداد في هذه المرحلة الوعي للمهارة الجديدة أو الطرق المستخدمة، ولكن هناك صعوبات في تبنيها. ويشعر الفرد بثقل الأداء وغير متقن وميكانيكي آلي، وأداء مرتبك كأنما يستغرب الفرد نفسه، وقد يعاني من الانتباه المفرط لذاته ويميل إلى لوم مدربه أو زميله للبطء الذي يعاني منه في التحسن. وقد يبدو السلوك مجبراً عليه وتقل العفوية ويشعر الشخص بالإحراج.

3 **مرحلة المهارة الواعية (Consciously skilful stage)**: يبقى الشخص واعياً لحركاته في هذه المرحلة ولكنه يبدأ استعمال المهارة بفاعلية أكبر. ويشعر براحة أكثر ويتبنى المهارة الجديدة كنمط شخصي، وعلى كل حال تبقى الأفعال نوعما آلية ويحتاج أن يفكر بها ملياً قبل أدائها.

4 **مرحلة التكامل (Integrated stage)**: تحتاج إلى وقت كبير وبذل جهود مستمرة وممارسة للوصول إلى هذه المرحلة. وهنا يشعر الفرد بالراحة والكفاءة والعفوية عند استعمال المهارة الجديدة ثم تصبح جزأ من السلوك الطبيعي له.

إن هذا التقدم ليس ثابتاً في الحياة العملية. وإن النكوص وارداً ولاسيما عندما يكون الشخص متوتراً منهكاً مشوشاً بمشكلات شخصية ليس لها علاقة. ويمكن الإحساس بالشعور نفسه حينما يحاول الشخص تطبيق حتى المهارة المتقنة في سياق جديد عليه. ولحسن الحظ، حينما يصل الشخص إلى المرحلة التكاملية يندر عندها النكوص حتى عند زيادة التوتر أو يجد الشخص نفسه من سياق جديد.

وهناك ملاحظة إضافية مهمة حول مرحلة الارتباك، حينما يدخل الشخص هذه المرحلة أو يتراجع عندها. وربما يجد الشخص نفسه مع عدد هائل من الأعذار لتفسير عدم قدرته للاستمرار في التجربة وعدم تبني السلوك الجديد، وبعض التعابير المختارة في دورات مهارات الاتصال تشمل الآتي:

- هذا مربك، لا يبدو أنه أنا هذا؟
- هذا يجعلني أكثر وعيا لذاتي.
- تمرينات الاتصال مشؤومة.
- حينما يبلغ الإنسان مرحلة متقدمة في الممارسة فإن نمط اتصاله تحدد بطرق لا تتغير وهي هي.
- يمكن أن أتعلم هذه المواد لاحقاً، مع نفسي حين لا يراقبني أحد.
- ربما لم أكن متميزاً ولكن أنا بمستوى جيد بما فيه الكفاية.

نحن نُعرف بهذه المراحل الأربع لمشاركينا من البداية أو إدخالها في اللحظات المناسبة. فمثلاً، حينما نحتاج إلى تهدئة مراوغات التجنب أو الانسحاب الموصوفة أعلاه، نراجع هذا النموذج ونلح على المشاركين لممارسته حتى يصلوا إلى مرحلة اليسر مع السلوك «الجديد» ثم إلى مرحلة المهارة الواعية.

ويقلل هذا النموذج المقاومة ويجعلنا واقعيين أكثر في توقعاتنا لذواتنا وللآخرين وصبورين للوقت الذي نستغرقه لبناء التغيير السلوكي. كما يوضح النموذج أيضاً ضرورة الإعادة والتدرّب والمراقبة والاسترجاع. تأمل لاعب التنس الذي يلعب بمهارة مناسبة ولكنه يذهب إلى مدرب محترف لتحسين مهاراته. يلاحظ المدرب ويحدد المشكلات لزاوية المضرب مع الساعد ويقترح تغيير الإمساك. والآن بدلاً من أن يتحسن أداؤه ستبدو أية ضربة كارثة حتى الضربة التي تعود عليها اللاعب سابقاً. ويفكر ملياً بكل ضربة وتقل عفويته المعتادة ويشعر بالتراجع حتى عن مستوى أدائه الأولي. ومع التدرّب والاسترجاع والتشجيع فقط سيسمح له بهضم الأسلوب الجديد لبقية المباراة وهكذا يمكن أن يتحسن أداؤه. وأخيراً تبدو المباراة طبيعية ومتحسنة لديه وقد وصل إلى المرحلة الرابعة.

إعادة ترتيب أفكارنا حول النتائج

Reframing our thinking about outcomes

من البساطة الافتراض إن نجاح التعليم والتعلم يقترن بنجاح المشاركين عملياً وتوصلهم إلى تغيير سلوكهم. وفي مكان هذه الفكرة المحدودة المجتزأة من المفيد أن نتأمل نتائج مختلفة أو أنواعاً من التغيير يمكن أن يهدف إليها الميسّرون:

نتائج التغيير

Outcomes of change

بدلاً من التفكير في الإنجاز التام تأمل النتائج الأربع المعتبرة:

- **الاعتبار**: أنا أعي، ولي رغبة في تأمل التغيير.
- **التوجّه**: لدي توجّه إيجابي نحو التغيير.
- **المعتقدات والقيم**: أنا اعتقد أن التغيير هو الأسلوب الأفضل.
- **الإنجاز / السلوك**: أنا أغيّر الطريقة التي أعمل / أنجز بها في الحياة العملية.

إذا قيّمنا ما يحصل من تقدم لدى المتعلمين، يمكن لنا إدراك التوجّه وبذل جهودنا بدقة أكبر وما الخطوات القادمة للتحرك باتجاهها. وطبعاً هدفنا النهائي الحصول على تغيير سلوك المتعلمين وتحسين مهاراتهم. ولكن الأسلوب غير المباشر غالباً ما يؤدي إلى مقاومة أقل وبرهن على فائدته بدلاً من محاولة العمل المباشر الآني. وإذا لم يمتلك الشخص الرغبة لاعتبار التغيير فهو أقل حظاً لجعل التغيير في السلوك ثابتاً مقارنة بالشخص الذي لديه توجّه ايجابي نحو التغيير.

وإن التفكير في نتائج التغيير الأربع بدلاً من التغيير الأوحد مثل الإنجاز والتمكن التام يغير من طريقة تقويمنا للجهود التعليمية وتطور المتعلمين. ويسمح لنا بتسجيل التقدم الذي يطرأ على اعتبار المتعلمين، وتوجهاتهم ومعتقداتهم وقيمهم حول التغير وليس التغير في السلوك الذي نلمسه فقط.

مراحل نموذج التغيير

The stages of change model

قارن بين هذا النموذج والنموذج الأحدث مراحل نموذج التغيير لبروجاسكا وداي كليمنت (Prochasca and DiClemente 1986) الذي طبقاه على السلوك الإدماني:

- اللامبالاة.
- الإدراك والتأمل.
- التغيير الفاعل.
- المحافظة على التغيير، الإدامة.
- النكوص والرجوع إلى المراحل الأولية.

أو

- النجاح.

إن إدراك هذه المراحل الطبيعية الحدوث ومساعدة المراجع المتعلم لفهم المرحلة التي هو فيها يساعد على تحديد طريقة الدعم أو التأثير للتحفيز والتقدم.

القناعة والقدرة

Conviction and confidence

حدد كيلر وكيمب وايت (Keller and Kemp-White 1997) عاملان إضافيان يؤثران بدرجة كبيرة في النتائج المتعلقة بالتحفيز والتغيير:

- **القناعة Conviction**
  - ما درجة وأهمية التغيير بالنسبة لك؟
  - كيف يكون التزامك تجاهه؟
- **القدرة Confidence**
  - ما قدرتك التي تعرفها (وامتلاك مهاراتك) لتصنع هذا التغيير؟
  - ما احتمالية صنعك هذا التغيير؟

ويساعد كل عامل من العوامل تظافرياً لتحديد وخلق الاستعداد للتغيير. ويعبر هذا النموذج عن العلاقة التفاعلية بين القناعة والقدرة بمشبك لاحظ (شكل 7.2) الذي يعطي أداة لحساب مستوى القدرة والقناعة ويصف كيف يمر الأشخاص بمأزق وهم يحاولون التغيير.

الشكل 7.2 مشبك القناعة والقدرة (Keller and Kemp-White 2001)

وطبق كيلر وكيمب وايت نموذجهما بترابط مع نموذج بروجاسكا وداي كليمنت لمراحل التغيير لمساعدة المرضى لتغيير نمط حياتهم أو اتباع نظام علاجي. ويحتاج السريريون أن يبحثوا عن مرحلة التغيير التي يمر مرضاهم بها عند اعتبار أي تغيير أو سلوك جديد فضلاً عن أين موقع المرضى في مشبك القدرة والقناعة. وهناك مواقف مختلفة في المشبك تستدعي السريري أن يستخدم تقنيات مختلفة لمساعدة مراجعيه نحو التغيير. ويشجع كيلر وكيمب وايت أيضاً السريريون للاستعانة بالمشبك كأداة لتقييم التزامهم تجاه مساعدة مرضاهم وتحفيزهم للتغيير الشخصي أو السلوك المهني.

ويبدو أن مشبك القناعة والقدرة ينطبق أيضاً في تعلم وتيسير مهارات الاتصال الجديدة للميسّرين أنفسهم أو مساعدة الآخرين لعمل ذلك. ويركّز هذا الكتاب ومرافقه ليس على زيادة كفاءة القراء حسب ولكن لتحسين قدرتهم وقناعتهم حول «كيف» و«ما» و«لماذا» تعليم وتعلم مهارات الاتصال. ويهدف أسلوبنا في التيسير والاتصال في الطب لحماية وتعزيز احترام ذوات المتعلمين والمرضى والأطباء عمداً، وهو العامل الذي يحمل في طياته القناعة والقدرة.

وتعزز فائدة جمع الأساليب الثلاثة: مشبك القدرة والقناعة، واعتبار احترام الذات مع نموذج المراحل الأربع للتعلم «بداية الوعي والارتباك والمهارات الواعية والتكامل» ونتائج نموذج التغيير «الاعتبار، التوجّه، المعتقدات والإنجاز». وعلى ضوء ذلك تستحق نتائج القدرة والقناعة واحترام الذات بذل الجهد للعمل في برامج الاتصال والأداة لتحقيق الغاية المنشودة.

إستراتيجيات التعامل مع الصعوبات
Strategies for dealing with difficulties

الاستجابة للمواقف الدفاعية والصراع: الأسس
Responding to defended and conflicted situations: the basics

هناك دائماً مواقف تضطرب عندها البيئة الداعمة التي بنيتها بعناية. وهنا نعرض مجموعة من المهارات التيسيرية للاستعانة بها حينما يصطدم المتعلمون فيما بينهم أو مع الميسّر ولاسيما حينما تكون التحديات عدائية أو تخلق الاضطراب.

وتؤلف هذه التقنيات الأساليب الأولية لتلاؤم أيّ موقف مضطرب. وهي مهارات الاستجابة الأولية «First-response» التي تستخدم حالما يشعر الميسّر بالصراع أو المقاومة تطفو على السطح أو في بداية حل الصعوبات العويصة.

فكر بالمواقف الدفاعية والصراع على أنه توتر إيجابي
Think of defensiveness and conflict as a positive tension

اعمل على مجموعة أفكار قبل وقوع الصعوبات، علماً أنه نادراً ما يخلق المشاركين مشكلات بقصد. ومن المفيد أن تفكر ويفكر المشاركون بالناحية الإيجابية للمواقف الدفاعية والصراع – طبيعي ومحتوم عند تعلم المهارات وهو مليء بالفرص – بدلاً من التفكير السلبي والفشل (Foreman et al. 1996).

استعمل استجابة القبول
Use the accepting response

غالبا ما تستعمل استجابة القبول ولاسيما عندما تكون المشاعر جياشة «سلبية أو ايجابية» (Briggs and Banahan 1979). كما تدعى كذلك بالاستجابة الداعمة «Supportive response» أو الاستجابة التقديرية «Acknowledgement response»، وتعطي استجابة القبول طريقاً عملية ومحددة لـــ:

- قبول ما قاله المتعلم من دون حكم.
- الإقرار بشرعية منظور المتعلم ومشاعره.
- تقدير مساهمة المتعلم.

ويعد هذا الأسلوب فاعلاً بسبب إرساء الأرضية المشتركة بين الميسّر والمتعلم خلال الفهم المشترك لمنظور المتعلم.

وإن مميزات استجابة القبول الأولية هي التعبير عن تقدير مشاعر وآراء الآخرين وقبولها والتأكيد على أحقيتهم بذلك. ويبني تعبير القبول قاعدة الثقة، وأنها ليست محاولة لمساعدة الشخص الآخر لتجاوز المشاعر السلبية أو تغيير آرائه التي لا نتفق معه عليها. كما لا تقدم الموافقة أو عدمها أو محاولة تصحيح

التفسير الخاطئ أو التطمين. وهذه خطوات مستقبلية إذا كانت مناسبة في حينها. وبتعبير آخر، فإن استجابة القبول تعني إدراك موقف الآخر وفهمه ودعم وقبول الشخص في أي مكان يقف، وكيف يشعر. والقبول هنا هو الإقرار وليس الموافقة.

فمثلاً، عند الاستجابة لفورة غضب، تكون استجابة القبول:

> استطيع أن اشعر بمستوى الغضب الذي أنت فيه، الشعور بالغضب قد يكون جيداً.

أو إذا لم يوافقك أحدهم بقوة:

> نعم، من الواضح إنها طريقة ثانية للنظر إلى الموضوع «بديل ممتع»

وبعدها توقف، أعط وقتاً للشخص الآخر للإحساس بالقبول. وعدم المجادلة لتقديم المساعدة أو النصح أو محاولة الكلام عن مشاعر الشخص الآخر أو عمله المختلف. والحذر من التردد المؤقت والتعقيب بالبدء بـــ «ولكن ...»

وتساعد الاستجابة التقديرية إرساء أو إعادة إرساء القبول الذي تليه الثقة. وغالباً ما يستجيب الشخص الآخر بإيجاز بمشاعر أخرى أو أفكار تؤيد ما عبر عنها سابقاً. ومرة أخرى ينبغي الاستعانة باستجابة القبول والصمت. وغالباً عند هذه النقطة ترسى استجابة القبول أسسها في محيط غير مقاوم الذي يساعد جميع الأطراف لإعادة إرساء أرضية مشتركة واستمر بحل المشكلات البنائي وتصحيح سوء الإحساس وفكر من خلال البدائل. وقد وصفت استجابة القبول كاملاً في سياق اتصال الطبيب – المريض في كتابنا المرافق.

إعادة الصياغة

Paraphrase

غالبا ما تتضمن إعادة الصياغة كلمات يختارها الميسّر للتعبير عن إحساسه لمحتوى رسالة الشخص الآخر و / أو مشاعره بالمشاركة. وهي محاولة لتأكيد أن تفسير الميسّر للرسالة يحمل المعنى نفسه الذي يعنيه الشخص الآخر. ويشجع المتعلمون للاشتراك بإعادة الصياغة للمقاطع المهمة للتفاعل للتأكد من فهم الجميع الدقيق. وينبغي العمل على الوعي والإقرار بالافتراضات التي يعتقد الميسّر أنها أدت إلى اضطراب فهمه الخاص أو فهم الآخرين. وتعد استجابة القبول وإعادة الصياغة مهارات ضرورية ولاسيما عند العمل مع مجموعات ذات اختلافات ثقافية.

إعادة إرساء الأرضية المشتركة «نموذج بيكر»

Re-establish common ground (the Baker model)

وبعد القبول استمر بتدبير الصراع «بالرجوع» إلى نقطة أرضية الفهم التوافقي المشترك. ويمكن للأرضية المشتركة أن تهيئ المناقشة المفتوحة والفهم التوافقي لتعريف المشكلة. وغالباً من المفضل أن تبدأ بحل المشكلة وتدبير الصراع بالتركيز على الأرضية المشتركة حول موضوع صغير لعدم الاتفاق بدلاً من اختيار موضوع كبير وذلك:

- من السهولة إرساء الأرضية المشتركة والحصول على تقدم في المواضيع الصغيرة.
- يساعد مثل هذا التركيز جميع الأطراف لتنمية مجموعة عمل تتصدى لموضوعات أصعب والوصول إلى حلول.

أوقف الصمت المشوب بعدم الارتياح واعد إرساء أرضية الفهم التوافقي المشترك وبأية درجة كانت. وتقدم مرة أخرى لتدبير أي صراع لحين تشعر بالصمت المريح نسبياً. ويساعد هذا التكتيك أيضاً منع تصاعد عدم الاتفاق البسيط والوصول إلى الصراع بين المشاركين والبدء بمهاجمة احدهم الآخر. وعندها يصعب تدبير الموقف الأخير.

مراجعة إستراتيجيات «كب» والاستعانة بها بتمعن لدعم البيئة وتقليل المقاومة

Review and intentionally use Gibb's strategies with regard to supportive and defensive climates

تعد هذه الاستراتيجيات مهمة ولاسيما عند التصدي للصراع، إذ إنّ درجة من المقاومة واقعة لا محالة حينما يحدث الصراع. والكلمة التحذيرية ضرورية هنا – وهي التفريق بين المقاومة الشديدة والدفاع المعتدل. وعند وصم الآخرين بالمقاومة قد يؤدي إلى إهمالهم أو / ولدفاعهم المعتدل. ومثل هذا الإهمال يعطي للميسّر والباقين السماح غير المناسب لإهمال ما يقال أو التوقف عن الانصات كاملاً.

تعلم القول ومارس: أنا آسف، كنت مخطئاً، لم أفكر في / عرفت ذلك شكراً للتوضيح

استعمل هذه العبارات بصدق وإخلاص، وإن مثل هذه العبارات البسيطة فاعلة فعالية كبيرة.

فكر في تدبير الصراع بشكل لولبي

Think about conflict management as a helical process

يميل الأشخاص للنظر والتعامل مع الصراع على أنه مسار مستقيم. ويتوقعون عند المحاججة في نقطة واحدة أو الفوز فيها فإن الصراع في تلك النقطة قد انتهى، أو يفترضون إذا ما بدأ الصراع يدفع المقاومة إلى العمل وأنهم وصلوا إلى نهاية الطريق ويفقدون الأمل أو على الأقل أن الموقف لا يفعل بالتسوية. ولكن هناك خيار يعطي نتيجة أفضل وذلك بالنظر في تدبير الصراع كما في الاتصال أو التعليم عامةً الذي يأخذ الشكل اللولبي والذي ينبغي على المشاركين الرجوع مرة أخرى على مسار اللولب ويناقشون الموضوعات نفسها مرة أخرى وبمستوى أعلى. وربما في أحيان أخرى، يرجعون مرة أخرى إلى الخلف قبل أن يتوصلوا إلى الحل المقنع. ويساعدنا النموذج اللولبي لتوقع الصراع في الدورة بطريقة أكثر واقعية حينما نستوفي الموضوعات القديمة بتكرار المواجهة أو تأخيرها. ويشجع اللولب المتعلمين والميسّرين معاً للحفاظ على الحقائق في أذهانهم، وإن التطور الحقيقي متدرج ويحتاج إلى أن نأخذ خطوة واحدة فقط في وقت واحد في طريقنا الصاعد في اللولب بدلاً من تناول قفزة كبيرة واحدة: فضلاً عن العملية اللولبية، فإن الصراع هو جزء من التعلم والتغير اللولبي والمادة الأولية للمكسب المنتظر.

التعامل مع التوتر المؤثر في التعلم

Dealing with tensions that influence learning

من الحقائق المؤكدة في التعلم التجريبي ولاسيما تعلم مهارات الاتصال أن تصاحبها بوادر مشاعر جياشة من وقت لآخر. لأن الارتباط بين الاتصال ومفهوم الذات واحترامها ارتباطاً وثيقاً. إذ تتراوح المشاعر بين الإحباط والغضب الشديد التي ربما تصاحب موضوع الثقة بالنفس، المقاومة للصراع الذي نوقش تواً. كما أن التحديات المفترضة وسؤال الزملاء للمجازفة ومحاولة تجربة أسلوب جديد أو بديل يضيف طبقة أخرى من المشاعر – الخوف من المجهول، من المجازفة، من الوقوع في الخطأ أو الفشل. وهذا النوع من القلق غير موجود في المجموعة الميسّرة جيداً أو التعليم فرداً لفرد الذي يسير بطريقة محكمة ولكن معظمنا ما زال يواجه ذلك من حين لآخر فضلاً عن ما عرض آنفاً. لذلك ما التقنيات التي نوصي الميسّرين والمتعلمين التعامل بها في مثل هذا التوتر؟

وسوف نناقش لاحقاً ونركّز على كيف يمكن للمشاعر أن تكون مساعدة أو مثبطة لعملية التعلم؟ وكيف يمكن للميسّر أن يتعامل مع المشاعر حتى تسارع تعلم مهارات الاتصال؟ وقد ميّزنا هنا بين العمل مع المشاعر في سياق تعلم مهارات الاتصال والعمل مع المشاورة «Counselling» أو نمط المجموعة العلاجية.

على أن هناك فرقاً قليلاً بين تيسير المجموعة وتيسير وصف العلاج. وليس مستغرباً عند العمل مع الطلبة في بيئة داعمة أن يصرحوا عن مشاعرهم وقيمهم ومعتقداتهم التي ربما تكون جياشة، والسؤال للميسّر، ما مدى إمكانية استكشاف هذه المشاعر ضمن المجموعة – هل يمكن لنا أن نوضح الفرق بين سبر غور هذه المشاعر وتعلم المجموعة؟

ربما لا ترتبط هذه المشاعر التي ظهرت بموضوع الاتصال محل البحث وببساطة مثل هذه المشاعر تظهر في البيئة الداعمة التي أرسيت في هذه الحالة. وهنا يوازن الميسّر بين قيمة ومناسبة استكشاف المشاعر الفردية الآنية مقابل أهمية الاستمرار في تعليم الاتصال. وليس من الضروري بحث هذه المشاعر لأنها برزت تحتاج إلى استكشاف أكثر وقد لا تكون ملائمة للمناقشة العلنية. وحينما تتعلق المشاعر بالمشكلات الاتصالية محل النقاش، تبقى هناك مخاطر جمة لاستكشاف المشاعر الشخصية في المجموعة وتدبير الموقف من دون دعم متواصل ومن دون امتلاك الميسّر المهارات الضرورية لتيسير جلسة المجموعة العلاجية. وفي المقابل، يتمكن الميسّر الماهر ربما بمساعدة المتعلم في استكشاف المشاعر المعقدة ومساعدة المجموعة كلها لتصبح تعاطفية ومساهمة لإيجاد اقتراحات مساعدة تغني التجربة التعليمية لجميع المشاركين.

في المناقشة اللاحقة، سوف نؤكد أهمية فهم كيف يمكن لمشاعر المتعلمين والصعوبات التي تواجههم أن تؤدي إلى التوتر وبالتالي تؤثر على المجموعة المتعلمة، ونستكشف طرقاً للتعرف على وقت حدوثها ونقترح استراتيجيات للعمل عند التوتر واستثارة العواطف. ولن نتفحص مهارات المشاورة أو العلاج النفسي التي نشعر أنها خارج إطار اغلب المجموعات التعليمية وهي بالتأكيد خارج إطار هذا الكتاب.

التمييز بين أنواع التوتر

Distinguishing between types of tension

تنطلق المشاعر من نوعين مختلفين من الصراع أو التوتر (Miller and stienberg 1975; Stewart and D'angelo 1975; Foreman et al. 1996):

1 الصراع من داخل الشخص (Intrapersonal conflict)

- موضوعات الثقة واحترام الذات.
- القلق أو العصبية.
- التأثر بالتجارب الشخصية السابقة أو صداها.
- الخوف من الخطأ أو الفشل أو المجازفة.

2 الصراع بين المجموعات أو الأشخاص (Interpersonal conflict)

- صراع المحتوى بشأن التعريف، التفسير، الدقة.
- صراع القيم الأساسية عن فلسفتها أو فكرتها.
- الصراع الكاذب استناداً إلى سوء الفهم، مثل: لا صراع حقيقي.
- الصراع البسيط حينما ينبغي أن تفوز مجموعة وتخسر أخرى.
- صراع الأنا حينما يهاجم المشاركون بعضهم بعضاً على أساس الخبرة أو الكفاءة أو الاعتبار الشخصي أو السيطرة لمن على من.

يجب الرجوع إلى الخلف وتحديد نوع الصراع أو التوتر خلف المشاعر هو الخطوة الأولى عند التعامل مع العواطف الجياشة وتدبير الصراع. إذ إنّ هناك أنواعاً مختلفة من الصراعات تحتاج إلى تقنيات مختلفة للتدبير. ونادراً ما يكون صراع الأنا هو نقطة البداية. ومن جانب آخر، يمكن لأي نوع آخر من الصراع أن يُرفع إلى صراع الأنا إذا ما انتقل التركيز من الموضوع محل المناقشة إلى الأشخاص المشتركين. إذ إنّ صراع الأنا من أكثر الصراعات التدميرية نوعاً، فإن منع التصعيد والرجوع إلى مناقشة الموضوع بعيداً عن مهاجمة الأشخاص فوراً فيه فائدة جمة. وهذا يسير إذا كان الميسّر الطرف الثالث بدلاً من هجوم الأنا ضد الميسّر أو من قبله. وعند التعامل مع أي عواطف صعبة ولاسيما حينما يكون الصراع أنوي «من الأنا» استعن بمهارات «الاستجابة الأولى» بتمعن لتدبير الصراع والمواقف المقاومة كما موصوفة في أعلاه.

العمل لتحسين قلة الثقة وقلة تقدير الذات

Working on improving low confidence or low self-esteem

يمكن لقلة الثقة وقلة تقدير الذات أن تعيق التعلم والتغيير وبينما تعززه زيادة الثقة وتقدير الذات. وغالباً ما تشترك قلة الثقة وقلة تقدير الذات بالقلق والعصبية اللذين يقفان في طريق التعلم ودقة المعلومات المتبادلة وكفاءة الأداء.

والتناقض العجيب، أن تقف قلة الثقة وقلة تقدير الذات خلف الغطرسة والثقة الزائفة ولكن يمكن فهم الغطرسة والثقة الزائفة على أنهما غير مناسبين دائماً ويرسمان استجابة سلبية من المرضى والزملاء وهما اللذان يؤديان إلى نتائج سريرية مروّعة، مثل: نقص معلومات أو تشويشها ويتدخلان سلبياً في قرارات في العلاج أو النصيحة.

وبعض القلق وقلة الثقة واردان وطبيعيان ومحتومان في التعلم. وغالبا ما يزولان مع الوقت والتجربة. ومع ذلك فأنها مفيدة للميسّر والمتعلم لبناء مهارات تساعد من التقليل من التأثير السلبي وزيادة القناعة واحترام الذات (Riccardi and Kurtz 1983):

1 إعط المجموعة ولنفسك فسحة للتكلم حول مثل هذه المشاعر، وربما مناقشة العوامل التي تجعل الفرد متضايقاً، وما تفاعلهم الشخصي لمثل هذه المشاعر والعلاج الذي يجدونه نافعاً لتبديده.

2 في جلسات التصوير والمراجعة، راجع كيف يتحسس المشاركون، الواحد تجاه الآخر. وركّز على الاسترجاع الوصفي بدلاً من الاسترجاع التقويمي – وتجنب وصم مثل هذا السلوك على أنه سمة

شخصية، فمثلاً حينما تلاحظ سلوكاً يعطي انطباع التكبر أو القلق إعط استرجاعاً عن التكبر أو القلق بدلاً أن تقول «انك تبدو حقاً متكبراً أو 'قلقاً'».

3 شجع على استعمال تقنيات التنفس الاسترخائي، استرخاء العضلات، التأمل، اليوغا، الإيحاء، توكيد الذات وأشكال أخرى من الاسترجاع البايولوجي «Biofeedback» والإيحاء الذاتي.

4 استعمل سلوكاً قصدياً تبدو فيه مرتاحاً وبثقة عالية حتى لو لم تشعر بذلك. مما يجعل الآخرين يستجيبون كما لو كنت واثقاً ومسترخياً والذي ينعكس على شعورك أيضاً (Mehrabian and Ksionsky 1974; Diveto 1988) يشمل مثل هذا السلوك:

- الحركات «مثل الإيماءات، تغيير الوضعية، حركات الكرسي الذي تجلس عليه، التغيّر في التعبير الوجهي» – والحركات من أي نوع تقلل التوتر وتظهر للآخرين السماح بالحركة أيضاً: اتخذ وضعا مختلفاً بجانبي الجسم والذي يكون فاعلاً للشعور وإظهار استرخاء أكبر وواثقا «مثل ضع أحد اليدين على ذراع الكرسي واليد الثاني على البطن بدل أن تكون يداك متناظرتين».
- عبر عن الحيوية أو الاستجابة «مثل خلال التعبير الوجهي وجهارة الصوت مقابل جمود الوجه والصوت بوتيرة وحدة» – والحيوية تعني وتعكس أهمية الشخص الآخر للمتكلم «حينما أكون أكثر حيوية، تشعر بأهمية أكبر في نظري».
- توضيح الأولويات، الاشتراك بالتفكير وإضافة مواد أخرى للجلسة تبدو أكثر كفاءة وتقلل الضياع أو الأسئلة خارج السياق التي تظهر وتعكس نقصان الثقة.

تدبير الأخطاء والفشل ومخاوف المجازفة

Handling mistakes, failure and risk-taking fears

لا أحد يرغب أن يبدو ساذجاً أو فاشلاً، ولكن يعاني أي شخص من مثل هذه الهواجس في عملية تنمية مهارات الاتصال للوصول إلى مستوى المهنية. ولذلك من الضروري أن ترسى البيئة الداعمة التي منها يشعر المتعلمون بالأمان ويجازفون ويرتكبون الأخطاء. وعند مناقشتنا للتدرّب وإعادة التمرين والاسترجاع الوصفي في الفصل الثالث والخامس والموضوعات التي قبلها في هذا الفصل نصف كيف نتوصل إلى ذلك. وهنا مهارات ذات قيمة خاصة:

- التركيز ومناقشة البدائل مع التقدم بالموضوع بدلاً من محاولة الخروج بأسلوب واحد مفضل.
- قدم الفرص للإعادة والمحاولة الأخرى.
- شجع المتعلمين لأخذ فرصة في أثناء المقابلة للحصول على المساعدة من المراقبين حينما يرغبون بذلك.
- التفكير بصوت عالٍ وبلغة التعلم اللولبي «مثل أسأل المتعلمين ما «الخطوات القادمة» التي يرغبون المحاولة فيها واطلبْ منهم فقط تجريب هذه الخطوات بدلاً من تحقيق الأداء الكفء.
- شجع المتعلمين للنظر إلى الأخطاء المرتكبة أو الفشل على أنها ببساطة إحدى المحاولات أو الخيارات الممكنة من محاولات عديدة أخرى.
- وضح إذا لم تحدث أخطاء فليس هناك تعلم. والنظر إلى الإحباط على أنه مؤشر على التقدم الذي يسبق الإنجاز.

ونرجع هنا إلى دراسة تعليم الطبيب السريري بجانب المريض في دورات الردهات التي يظهر عدداً من التقنيات لتدبير الأخطاء في أثناء تعليم مجموعة صغيرة (Kurtz 1990). حيث أفاد المتعلمون بثبات على أن تلك الدورات مفيدة، ويشيرون إلى الطريقة التي يتدبر بها الطبيب الأخطاء كانت واحدة من

المهارات المميزة التي أسهمت بإغناء تعلمهم. وكان الطبيب يستعمل «الخطأ أو السهو التي يرتكبها هو أو المتعلمون» قاعدة انطلاق التعلم بدلاً من فرصة للإهانة أو الانتقاد. وقاد الطبيب المتعلمين إلى أن يلحظوا بأنفسهم «بصمت أو بصوت عال» أنهم مخطئون بدلاً من قوله أنت مخطئ مباشرة ويدفعهم إلى الأمام لتصحيح أخطاؤهم. وأن طريقته لتدبير الأجوبة الخطأ والأخطاء الأخرى تشمل:

- يسأل سؤالاً آخر مركزاً بدلاً أن يخبر المتعلمين أنهم على خطأ «مثل: أنكم تعتقدون أن المشكلة هي ورم حميد «Fibroid» لكن ما سبب مرض الكبد والهزال؟»
- يشجع على اختلاف الآراء بدلاً من صح وخطأ كحقائق ويستجيب بـــ: «يختلف الأطباء بآرائهم كثيراً... أو أنا أفضل ذلك ...»
- يعيد انتباه المتعلمين وتفكيرهم بوضوح حينما يهملون جانباً مهما «مثل: تذكروا، أن الموضوع هنا هو تقليل بقاء المريض بالمستشفى الآن لأنه سيطول بقاؤه فيه لاحقاً».
- بعد إقرار أحد المتعلمين إنه لا يعرف ما ينبغي عمله، يسأل المتعلمين الآخرين إذا لم يعرف أحد منهم، يطلب من المتعلمين الحدس أو يغور بأفكاره بصوت عالٍ ويسألهم بعض الأسئلة الموجهة.
- يعلق على الغموض أو عدم الإدراك الذي يعتريه وفي بعض الأحيان يقترح كيف يتمكن من مراجعة وعلاج هذا القصور بصوت عالٍ وهكذا يشجع الطلبة للإقرار بـــ، ومعالجة القصور الذي يعانون بصوت عالٍ.

وليس مستغرباً في هذه الدورات أن يقر المتعلمون بأخطائهم ونقص معلوماتهم ويعالجونها آنياً. وتترك تقنيات الطبيب الحرية للطلبة للتفكير ومحاولة البدائل بدلاً من أن يدافعوا عن أنفسهم.

وتعد رؤية الأخطاء وعدم الاتفاق والصراع توتراً إيجابياً مفيداً وطبيعياً وجزءاً من المشاركة والتعلم بدلاً من أنه يشير إلى الفشل والنقصان والضعف الذي يمثل تحولاً في الإدراك والفهم.

تدبير الاختلاف

Handling disagreements

حينما تنشغل المجموعة في تعلم مهارات الاتصال ويشترك الجميع بالحوار فإن اختلاف وجهات النظر وعدم الاتفاق أمرٌ محتومٌ. ماذا تعمل حينما تواجه الاختلاف الذي يهدد ويتعاظم ليصل إلى الصراع الأنوي «Ego conflict» أو يعيق التعلم أو التغيير؟ تأمل ما يأتي:

- **هل الصراع «حقيقي»**؟ ولبحث الموضوع، استعمل استجابة الإقرار، وإعادة صياغة العبارة والانصات الدقيق لتوضيح الموضوع وإرساء الأرضية العامة. وغالباً لا نحتاج إلى خطوة أخرى. وإذا كان ضرورياً، صحح الاضطراب والأخطاء التي تصاحب الفهم. وضيق عدم الاتفاق واحصر المناقشة بموضوع واحد لوقت واحد.
- **إذا كان هناك صراع «حقيقي»**؟ ذكر المجموعة بمجموعتين ذهنيتين مهمتين:

— يستطيع الشخص أن يقرر فاعلية الأسلوب فقط حينما يعرف النتائج التي يحاول الوصول إليها. واسأل ما المرامي أو النتائج التي لم يتم الاتفاق عليها وشجع المجموعة للتفكير فيما هو فاعل في هذا السياق.

— إن الإجماع ليس ضرورياً غالباً. ويمكن نزع فتيل الصراع وذلك بالإشارة ببساطة أن لا حاجة لأن يتفق الجميع، إذ إنّ أحد مرامي التدريب هو لتوسيع ذخيرة مهارات اتصال المتعلمين. وقد يكون الإجماع مضراً وغير مثمرٍ. وفي الحقيقة إن عدم الإجماع والصراع البنّاء هو الذي يفتح المجال

للتغيير. بدلاً من النظر إلى أفضل الحلول أو الاستراتيجية أو الطريق الأوحد للعمل أو للتعبير، وذكّر المتعلمين على التركيز إلى توسيع ذخيرتهم من الاحتمالات.

- **في حالة صراع القيم**. أعلن بصوت عالٍ على ما جرى عليه الاتفاق وهو عدم الاتفاق واعترف به. وغالباً ما يكون «الحل» الوحيد الآني المحتملً. أما على المدى الطويل، من المفيد التأثر بالنموذج الذي يقود الفعل بدلاً عن ماذا يقال، ويبقى الأمر مفتوحاً إلى مناقشة المستقبل والتوضيح الذي قد يؤدي إلى التغيير في المنظور الشخصي.
- **إذا كنت الشخص الذي لا يتفق مع المجموعة:**
  - ثق بالمجموعة وكن جزءاً منها.
  - إذا كنت ميسّراً أو مشاركاً لك الحق بالإسهام بالتساوي مع أي فرد آخر في ما تقول.
  - استجب بـــ: «ممتع ... إن نظرتي مختلفة – أنا أقول ...» – أثني على الشخص الذي له رؤية بديلة.
  - اجعل ملاحظتك كاقتراح أو بديل واسأل الآخرين بماذا يفكرون «كن واضحاً وتجنب الأولويات المخفية».
  - إذا تظن أنها نقطة مهمة فقل باحترام: «هذا موضوع مهم بالنسبة لي – أنا شغوف به. ومن الواضح أن ليس الطريق الأوحد لسلوكه ولكن اخبرني بأفكارك».
  - للاستجابة لملاحظات الآخرين، استعمل الملاحظة: «نعم، و...» أو «في المقابل» بدلاً من «نعم ولكن...».
  - استرخ وأبق داعماً بدلاً من مدافع ... «قدم مقترحات، أبق متوازناً» بطريقة أخرى، تجنب تصعيد الموقف والوصول إلى الصراع الأنوي.
- **كن مرآة للمجموعة:** حينما ترغب أن يفكر المشاركون بالعملية وماذا جرى للمجموعة، قل «هذا ما أراه كيف تفكرون ...» وهذه تقنية مفيدة ومناسبة حينما تكون طرفاً في عدم الاتفاق أو طرفاً ثالثاً في النزاع بين أفراد المجموعة.

التعامل مع الغضب

Dealing with anger

تفتح عملية استكشاف الأخطاء وعدم الاتفاق مجالاً للمشاعر التي تشترك مع مواقف الصراع والمقاومة. ويبدو أن الغضب «الشديد أو البسيط» يخلق متاعب لمعظمنا سواء غضبنا أو الغضب الموجّه علينا أو غضب آخر موجّه لشخص آخر الذي نحن نراقبه. وينبغي فهم الغضب الذي يمكن أن يساعدنا لتصميم استراتيجيات التعامل معه بفاعلية.

وعند البدء مع الغضب، فالغضب هو شعور ثانوي – لا يحدث وحده ودائماً يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمشاعر «الأولية» (Gorden and Burch 1974)، فمثلاً نغضب حينما نكون محبطين جداً أو خائفين أو متألمين.

يقدم نموذج زيمين (Zeeman 1976) للعدوان نظرة مهمة للغضب وكيف يتفاعل الأشخاص عند الصراع أو المقاومة والدفاع. لاسيما حينما يتحول الصراع ويتصاعد من عدم موافقة بسيطة نسبياً إلى صراع أنوي. ويقترح النموذج صيغة أن العدوان والغضب لا يسيران بخط مستقيم وتدريجي الذي يمكن التنبوء بتصاعده، ولكن العدوان يتصاعد فجأة. وقد يبدو لوقت محدد أنه يتبع مساراً مستقيماً أو ينحرف تدريجياً إلى الأعلى. ولكنه في نقطة معينة لا يمكن التنبوء بها فإن مستوى العدوانية المتدرج ينتقل فجأة إلى الأعلى بدالة إلى مستوى أعلى مختلف. وتفيد هذه النظرية لفهم ماذا يحدث للأشخاص حينما يتصاعد الغضب

ليصل إلى العنف اللفظي أو البدني أو حينما يتصاعد نوع بسيط من الصراع إلى الصراع الأنوي. وربما ينتقل فجأة إلى «مستوى» مختلف كلية حينما ينتقل التركيز من المشكلة إلى التركيز على الشخص.

وإن فكرة أن الغضب شعور ثانوي ونموذج العدوانية يزودنا بدلالات حول كيفية التعامل مع الغضب والصراع.

- وبغض النظر عن فيما إذا كان غضبك الشخصي أو غضب شخص آخر ينبغي الاستجابة له قبل أن «يقفز» إلى مستوى أعلى. وإذا ما أردت أن تسيطر عليه أو تستهدف القناة التي أضرمته بطريقة بنّاءة، استجب له على أنه علامة تحذيرية «Signalling device». وحينما تشعر بداية وجوده ركّز على تهدئته ولطفه قبل أن «يتصاعد» إلى مرحلة أعلى. فكر بالغضب على انه رسالة من الداخل التي تؤشر عليك «للعمل البنّاء الآني»: «هناك أمر خاطئ – تصدى للأمر الذي يجري آنيا لتتمكن من التعامل معه».
- وإذا ما بدأ الانتقال إلى «مستوى» أعلى واضحاً، خذ وقتاً خارج الجلسة لتهدئ منه قبل محاولة معرفة السبب مع الأخر ربما يساعد لإطفاء الغضب.
- ركّز على المشاعر الأولية التي أدت إلى الغضب، ما المشاعر الأولية وما السبب. واعمل من هناك بدلاً من التركيز على الغضب وحده.

في الأعم الأغلب يشترك مع الصراع نوع من العواطف كـــ: الغضب، الخوف، الإحباط، الحساسية، التهيج، الدوخة. وقد وجد أخيراً اقترح مهم وعملي للتذكّر عند التعامل مع العواطف بغض النظر عن سلبيتها أو إيجابيتها، فإنها طبيعية وربما لها فوائد كامنة، لأنها تجلب نظرنا للتركيز على التجارب التي تصاحبها. فالمشاعر تزيد من قابليتنا على الارتباط والتعلم والتغيير. لذلك ربما بسبب أن العواطف – والصراع معلمان بارزان وجزءاً من التجارب التعليمية التي نستعملها.

التعامل مع صعوبات خاصة: وضع المهارات في الممارسة
Dealing with specific difficulties: Putting the skills into practice

لقد وصفنا في أعلاه عدة مهارات واستراتيجيات للتيسير الفاعل لمواجهة المواقف الصعبة. وما يأتي مثالان عن الصعوبات التي تبرز بتكرار في المجموعات التعليمية والتي تظهر كيف يعمل الميسّر ويضع المهارات المشتركة عملياً.

المثال الأول: الاستجابة لاسترجاع تقويمي خطر من احد أعضاء المجموعة.

في هذا المثال، نستكشف كيفية الاستجابة حينما يعطي أحد أعضاء المجموعة حكماً أو استرجاعاً خطراً «في غفلة أصبح ميسّراً!».

ولزيادة تعلم الشخص الذي استقبل الاسترجاع ولباقي المجموعة، من الضروري وضع شروط مسبقة للبيئة الداعمة كأن يكون الانتقاد مقبولاً ويمكن هضمه وتحمّله. ويخلق الاسترجاع العدواني أو التقويمي مواقع دفاعية ويثبط التعليم. ويخلق للميسّر تحديين هما:

1 كيف يجابه الانتقاد التقويمي من دون الحكم عليه بنفسه الذي سيخلق مواقع دفاعية إضافية.
2 بينما يهرع الميسّر لإنقاذ الشخص الذي استقبل الاسترجاع كيف يمكنه أن يُبدد الانتقاد العدواني وفي الوقت نفسه يدعم الشخص الذي أبداه.

الناتج غير المرغوب به

أحد أعضاء المجموعة: «هذا مريع. لم تلتقط أي من تلميحات المريض – إنه فضيع».
الترجمة: إن المقابلة بائسة وهكذا يحتمل أن تكون كذلك.

الميسّر «ولإنقاذ الشخص الذي استقبل الاسترجاع»: «توقف، لا يمكن لك أن تبدي مثل هذا النوع من الاسترجاع، لا تكن عدوانيا هكذا، ما تصورك لمشاعر جون؟»
الترجمة: إن الاسترجاع بائس وهكذا يحتمل أن تكون كذلك.

عضو آخر من المجموعة لإنقاذ الأول: «ولكن أوافق ديف – كانت مريعة».
الترجمة: مداخلتك «للميسّر» بائسة وهكذا يحتمل أن تكون كذلك.

الميسّر (والآن يدافع ومازال يحاول إنقاذ الشخص الذي يعرض الفلم): «جون، كيف جعلك استرجاع ديف تشعر؟»
الترجمة: مساعدة، أنا الآن اشعر بموقع الدفاع واحتاج الإنقاذ.

جون «بدا شجاعا وهاجم ديف»: «أنا لا اهتم أبداً – يتكلم بفضاضة ولا يستطع مساعدة أحد لأنه معقد...»
الترجمة: أشعر حالياً بتعاسة أكبر، لماذا كل هذا التركيز حول كيف أبدو فضيعاً وهل يجب أن أشعر بذلك.

عندها يبحث الميسّر عن مخرج حتى لو كان ثقباً في الأرض ليخفيه من خجله.

خطة أفضل

A better plan

- **أفصل في الرسالة بين «ما قيل في الاسترجاع» والطريقة «التي قيلت فيها الرسالة»** – مثلاً أفصل المحتوى عن الصياغة. غالباً ما يشارك عضو المجموعة بنقطة مهمة ولكنها بالطريقة الخطأ. ومن السهولة أن يُهمل المحتوى الجيد على حساب الاهتمام بضعف الصياغة.
- **صغ نموذجاً غير تقويمي ووصفي للاسترجاع**: بدلاً من تصارع الحكم بالحكم، إعط نموذجاً لمهارة وصفية مناسبة.
- **اثني واحترم الشخص الذي أدى المقابلة والمشارك الذي أعطى الاسترجاع** – وربما كلاهما يحتاج إلى الإنقاذ من الموقف الصعب. وعند الانحياز أو إلقاء الضوء على احدهم لحمايته وذلك بالتدخل القوي ربما يجعل الأمر أكثر سوءاً.

الخيارات لوضع الخطة في العمل

Options for putting the plan into action

- **بدلاً من مواجهتهما بعضاً لبعض، شجع المشاركين لاستعمال استرجاع وصفي**. وبدلاً من القول «أن ذلك استرجاع محرج جداً»، بادر بصياغة الآتي:

«حينما قلت مريعاً، ما الذي لاحظته ولم يكن موفقاً».

وهذا نموذج غير محرج ويساعد في إظهار ما ترغب من دون مواجهة السلوك مباشرة. إن الاسترجاع الوصفي المناسب يتضمن عدم إهانة المشارك. وتقدير الاسترجاع ولا ينقذ المستقبِل للاسترجاع، ويحترم كلا الشخصين.

- **الانتقال المؤشر وكيفية مساعدة الاسترجاع الوصفي للمجموعة،** وهو أسلوب مختلف بعض الشيء وذلك بالإشارة إلى المشارك وذكر سبب اقتراحك لتغيير استرجاعه.

إنها نقطة تستحق الانتباه. هل يمكن أن نتأمل ماذا لاحظت بشكل محدد وبدا لك غير موفق – وليس هكذا أما جيد أو رديء. ولكن صف لنا بدقة ما الإشارات المهمة التي لاحظتها؟ وبعدها يمكن لنا أن نتأملها جميعاً وما هي الأهداف التي نرغب ونفكر بالطرق التي تقودنا لذلك.

وهذه الطريقة تقدر المشارك فضلاً عن توضيح الحاجة إلى ملاحظات وصفية محددة وبلطف بدلاً أن تكون الاستجابة عامة وتقويمية. كما تعيد الانتباه على النتائج التي يحاول المريض والطبيب الوصول إليها وهكذا تحدد أي أسلوب أكثر فاعلية للوصول إلى النتائج.

- **امتلك أفكارك الخاصة:** إذا كان الاسترجاع تقويميا واضحاً، ابتسم، تجهم، ضع قبضة يدك على قلبك وقل:

«ها هذا مؤلم، هل شعر أحد به؟» «مثلاً، تفاعل كأي عضو في المجموعة وتحقق من ذلك وهل كان مناسب للمجموعة أيضاً».

وهذا أسلوب لطيف لامتصاص الموقف ومفيد حينما تكون المجموعة منسجمة وفي بيئة داعمة وتسود فيها الثقة. واتبع ذلك بابتسامة وقل:

«ديف، بسرعة اعد الصياغة قبل أن يقتل جون نفسه».

- **أعد العبارة من دون ضجيج**

«ملاحظة جيدة، هل يمكن لي أن أعيد الصياغة فقط لنتمكن من العمل بسهولة معها. «في أحيان عدة يبدو أن المريضة أرسلت تلميحات على أنها قلقه.» هل هذا ما لاحظته ديف؟»

وهذا تعديل سريع للاسترجاع من دون التركيز غير الضروري على المعطي أو المتسلم.

- **تحقق من المتسلم والمجموعة،** استخدم الانتقال المؤشر لماذا تسأل أولاً قبل التحقق من الاسترجاع مع المتسلم:

«هذه نقطة مهمة ديف، أنا متعجب من نمط الاسترجاع – وليس ما قلت والذي اعتقد انه يستحق الانتباه ولكن كيف قلت. أنا قلق إذا ما زغنا بعيداً عن القواعد الأساسية التي تفحصناها في البداية وهل هي سائدة عند المجموعة. هل يمكن لي التحقق منها مع جون وبقية المجموعة؟»

حاول أن لا توصف السلوك بنفسك ولكن أجعل المجموعة توصف وحاول تصنيفها وماذا يفضلون. إذا لا، قل «إذا كنت تقصدني سوف تجعلني مقاوماً، ماذا تعتقد؟» «حتى الآن لا تصف الملاحظة على أنها عدائية..الخ».

- **لاحظ استرجاع المجموعة عموماً**: من المفضل أن لا تؤشر بإصبع اللوم على أحد مباشرة.

هل يمكن أن نرجع لدقيقة ونتفحص الصياغة؟ كيف نؤدي الاسترجاع هل هو موفق؟ هل هناك أمر آخر يمكن أن نحسن به التعلم؟

- **أو كن مرآة للمجموعة**

«هذا ما ألاحظه أنا، يبدو أن التركيز على الجانب السلبي أكثر – هل هذا الذي ترغبون عمله؟» أو مثلاً «نحن نشرف على فتح باب الملاحظات السلبية ...» وبعدها استعمل نبرة مؤثرة ومن غير الضروري أن تنسبها إلى شخص واحد أو تنعت التعامل معهم بالصعب. «هل هذا مناسب لكم؟ هل هذا طريق بنّاء للتقدم؟»

اربط التفاعل مع المجموعة مع التفاعل في المقابلة مع المريض. إن ملاحظاتنا لبعضنا تشبه ملاحظتنا لمرضانا، تحتاج دائما إلى أن نركّز انتباهنا لتأثيرها على المتسلم.

- **إذا ما ارتكبت خطأً وأعطيت استرجاعا تقويمياً. اضبط أعصابك وقل بصوت عالٍ:**

«دقيقة، أنا آسف، هذا ليس استرجاعاً مفيداً، دعني ارجع إلى الوراء وأحاول مرة أخرى...»

لا يبقى أحداً مركّزاً (100٪) في كل الأوقات، أعلن ذلك واعترف وعالج أخطاؤك وأعط نموذجاً كيف تستعمل أخطاؤك كقاعدة لدفع التعلم وتشجيع المتعلمين للاعتراف بأخطائهم وعلاج القصور الذي يعانون بانفتاح أكثر.

المثال الثاني: التعامل مع أعضاء معرقلين وغير مساعدين للتعلم

في المثال الثاني سنتأمل الصعوبات في التعامل مع أعضاء المجموعة غير المتعاونين والمعرقلين للتعلم. إن هذه مشكلة تحدٍ للميسّر الذي ينبغي أن تتخذ عدة أشكال وتشمل:

- التعدي المباشر للقيادة «العدوانية المفرطة».
- السلوك الجارح وغير الداعم تجاه أعضاء المجموعة الآخرين.
- رفض الاشتراك في العملية: يرفض أداء الأدوار، عرض أفلام أو إعطاء الاسترجاع.

- الثقة المفرطة أو المنافسة التي تؤدي إلى المساهمة المفرطة أو التكبر.
- الصمت أو التجهم، عدم المساهمة «العدوان السلبي».
- التخريب وتمزيق العملية أو بناء الفريق «قد يكون متعمداً أو غير متعمد».
- المجموعة غير المسيطر عليها.

استراتيجيات التعامل مع هذه المواقف

Strategies for dealing with these situations

تحقق من استعدادك الذهني وتذكّر:

- الصراع أو السلوك «المشاكس» هو صحي وطبيعي.
- جميع السلوكيات المشاكسة هي اتصال لأمر ما.
- الشخص «المشاكس» ربما يقول أمراً يدور بخلد جميع الأعضاء – والذي يبدو مشاكساً ربما في الواقع سلوك شجاع.
- أفصل المحتوى عن الصياغة وخذ بالاعتبار معنى كليهما.

ابدأ بمهارات الاستجابة الأولى «First-response skills» التي وصفناها سابقا مع أي صراع أو موقف مقاوم ولاسيما السلوك الواضح والمباشر:

- استعمل استجابة القبول.
- أعد صياغة العبارات.
- أعد إرساء الأرضية العامة نموذج «بيكر».
- راجع واستعمل بتمعن استراتيجيات «كب» المتعلقة بالمقاومة والبيئة الداعمة.
- تعلم أن تقول وتمارس القول: أنا آسف، كنت على خطأ لم أفكر بها قط، عرفت ذلك – شكراً لتوضيحك.

بينما في مواقف عديدة من التي صنفناها أعلاه، أن السلوك الصعب أو المعرقل لا يبدو كتحد واضح ويبقى لم يصرح به ونادراً غير محسوس من المجموعة. فمثلاً، إذا ما تكلم جميع أعضاء المجموعة في آن معاً ولا ينصت احدهم للآخر أو يتركون المهام التي تقع على عاتقهم. أو إذا كان أحد أعضاء المجموعة صامتاً أو مشارك بغزارة، ينبغي أن يقرر الميسّر لإرجاع الفريق إلى نمط عمل مناسب أو ربما جلب السلوك محل الاستفهام إلى السطح ومناقشته.

والأساليب الإضافية الآتية قد تكون مفيدة في أي موقف مصنف أعلاه:

- **إشراك مأزق الميسّر لفظياً:** يتحقق الميسّر من المأزق الذي يعاني منه مع المجموعة وهي طريقة واضحة لإشراك المجموعة للتعامل مع الصعوبات «كن مرآة» هي أحد الطرق للوصول إلى:

> «أريد أن اقتطع جزءاً من الوقت ونتأمل ماذا حدث للمجموعة ... هذا ما أراه أنا قد حدث ... أرى أن بعض المجموعة تكلمت لأغلبية الوقت بينما الآخرون ينتظرون دورهم في الكلام ... ما تعتقدون؟ هل انتم مرتاحين لذلك؟»

- **امتلك مشاعرك الخاصة وتحقق،** مع المجموعة تكلم باسمك بدلاً من المجموعة:

«أشعر بالضيق في هذه اللحظة للطريقة التي نتناول بها الأمور اليوم. أرى نفسي أصبحت معانداً وقلقاً بصورة أكبر. هل استطيع أن أتحقق من ذلك وأرى ما الذي حدث وكيف تشعرون جميعكم حول ذلك؟»

- **ارجع المجموعة إلى القواعد الأساسية:** ارجع المجموعة مرة أخرى إلى القواعد التي أرسيت سابقاً وأسألهم هل هم ملتزمون بها. وتحقق من أن أعضاء المجموعة وهل هم مرتاحون للعملية كما تبدو.
- **ارجع المجموعة إلى أولويات جلسة الاسترجاع:** أعد إرساء الاتجاه والمهام وذلك بملاحظة هل أن المجموعة مازالت تعمل بشكل بنّاء وعلى الأوليات الأصلية.
- **قسم «دورياً» المهام الآنية للمجموعة:** وأسأل أعضاء المجموعة دورياً حول أفكارهم وعلى التوالي وبشكل دائري حول الموضوع الذي تركز المجموعة على مناقشته وشجع الأعضاء فردياً للمساهمة وإعادة إرساء أسس الانصات والاحترام. ومن المساعد خصوصاً إذا ما شارك أحد الأعضاء بكثرة، أن يقال له «هذا مهم، اسمح لي أن ألاحظ كيف يفكر الآخرون...» واستمر لتشمل جميع المجموعة وقدر المساهم اسمح لبقية المجموعة أن تشترك.
- **قسم «دورياً» بشأن المشاعر،** وهذا يساعد جميع الأعضاء للمساهمة بمشاعرهم حول عمل المجموعة أو مهامها من دون التأشير على أحدهم «مثل غير المساهم».
- **قسم على شكل مجموعات زوجية لتمرين الانصات حول المهام الآنية للمجموعة،** بدلاً من التركيز على السلوك المشاكس الذي ظهر. صغ تمرين الانصات على شكل أزواج من المتعلمين ومناقشة الموضوع الذي تعمل عليه المجموعة. يشجع ذلك مشاركة الجميع ويساعد المتعلمين لإعادة إرساء نمط الانصات والمساهمة من دون الإشارة بوضوح إلى المشكلات. ومثل هذا التمرين يجزأ الأمور ويعطي للقائد وقتاً للتفكير وعكس الفكرة على المجموعة ويجعل من إدارة المجموعة أكثر حيوية. و يمكن المشاركة بالأفكار مناقشتها كأزواج خلال المجموعة ككل.
- **قسم المشاركين إلى مجموعات زوجية لتمرين الانصات حول الصياغة.** ويمكن لتمرين الانصات الزوجي أن يستعمل لمساعدة المجموعة لإعادة حيويتها والتصدي للعراقيل التي تقف أمامها. وهذا يساعد إلى تغيير الاتجاه من داخل المجموعة ويعطي وقتاً لعكسه على المجموعة.
- **إفراد المشاركين،** إن مواجهة عضواً من المجموعة لوحده استراتيجية خطرة. ينبغي على الميسّر أن يختار بعناية بين إهمال السلوك ومحاولة مناقشة الموضوع مع المجموعة أو الانتظار لمناقشة الموضوع لاحقاً بصورة خصوصية مثل سؤال العضو الصامت في المجموعة «كيف حالك ريتشارد؟» يمكن أن يؤدي إلى فهم أوضح للصعوبات «ربما ناتجة عن إجهاد، هواجس أخرى خارج الجلسة، القلق أو عدم الارتياح من طريقة التعليم». بينما قد يضطرب تعليم المجموعة أو يضطر المتعلم لإبراز موضوع خصوصي أمام المجموعة ضد أفضل قراراته أو رغباته. إذا كان هناك أي شك ولزيادة الأمان من المفضل أن تنتظر وتجري محاورة منفردة لاسيما إذا كانت المجموعة غير منسجمة وأن الأعضاء غير معروفين تماما لك.

الفصل الثامن

Chapter 8

إدارة الجلسة: تقديم البحوث والنظريات، توسيع وترسيخ التعلم

Running a session: introducing research and theory; expanding and consolidating learning

المقدمة

Introduction

في هذا الفصل سنستكشف كيف تقدم بيّنات البحوث ونظريات الاتصال في التعليم التجريبي وكيف نوسع المناقشة ونرسخها للوصول إلى فهم أعمق وتنمية المهارات.

كما ناقشنا في الفصل «5–7»، أن لدى الميسّر مسؤوليات لادارة المجموعة في تعليم مهارات الاتصال وتشمل:

- تنمية البيئة الداعمة وادامتها.
- ضمان الاسترجاع الوصفي غير الحكمي.
- تيسير مناقشة المجموعة.
- المحافظة على تركيز المجموعة وتقدمها للأمام.
- تلخيص التعلم.

كما وصفنا مسؤوليات الميسّر المهمة المتساوية القيمة في صدد محتوى جلسات التعلم، وتشمل:

- ضمان حصول كل متعلم على استرجاع فردي للمقابلة والمساعدة في بناء المهارات الشخصية.
- توسيع المناقشة والتعلم بتشجيع المشاركة والاستفاضة في التجارب الشخصية والأفكار وترسيخ التعلم دورياً من خلال المناقشة أيضاً.
- تعميق المناقشة والتعلم وذلك بتقديم مفاهيم وأسس وبيّنات بحوث ذات العلاقة: الموازنة بين الأفكار الشخصية والتعلم التجريبي بمنظار أوسع مستل من البحوث.

إن مهمة الميسّر هي تقديم الموضوعات المختارة والمناسبة للتعلم التجريبي حينما تكون ملائمة ومفيدة للمتعلمين والثناء على استكشافها من قبلهم. وإذا ما أراد الميسّرون انجاز هذه المهمة، فيجب تحضير المعلومات حول بحوث الاتصال ونظرياته في متناول أيديهم. وكأستاذ، لا يكفي أن يعرف «كيف» تدّرس مهارات الاتصال – وإنما من الضروري أيضا وبالأهمية نفسها أن يعي «ما» يدّرس بطريقة تفيد المتعلمين وكيف يقدم «ما» يعلم بطريقة يمكن للمتعلمين الاستفادة منها. وقد صمم كتابنا المرافق ليزود مدراء البرامج والميسّرون بالمعلومات التي يحتاجونها لتعليم هذا الموضوع بثقة.

وعلى الرغم من فائدة قراءة هذه المواضيع العظيمة من قبل المتعلمين، يبقى الميسّرون يتحملون مسؤولية تقديم المفاهيم والأسس والبحوث في اللحظات المناسبة في أثناء الجلسات التجريبية. وحينما تقدم هذه المواد في السياق التعليمي الآني والتطبيق المباشر يبدو أكثر تأثيراً للتعلم وتنمية المهارات (Bloom 1965; Rollnick et al. 2002). وعند التقدم في الدورة وزيادة معرفة المتعلمين ومهاراتهم يدعَون إلى المساعدة في هذه المسؤولية.

ومن المفيد المناظرة مع تعلم لعبة التنس أو التزلج. ومن المفيد أيضاً أن يقرأ المتعلم كيف يُحسن أداؤه ولكن المفيد بدرجة أعلى حينما تقترن القراءة مع العمل تحت إشراف مدرب محترف يمكن في أثنائها مناقشة المعلومات التي حصل عليها كما تفيد أيضا حينما تربط المعلومة باللحظة المناسبة للأداء في ساحة التنس أو منحنى التزلج.

وسنزود في هذا الفصل نظرة عامة على الطرق والتقنيات التي تساعد في ذلك:

- تقديم المواد الارشادية المخصصة في التعلم التجريبي.
- توسيع وترسيخ التجربة والمناقشة.

ثم نناقش:

- غرس هذه المقترحات العملية في مجالين هما:
  - المهام الست في دليل صياغة كالكاري–كامبردج.
  - مواضيع اتصالية مختارة.

ويزود هذا الفصل رابطاً بين هذا الكتاب حول كيفية تعليم وتعلم مهارات الاتصال والكتاب المرافق الذي يعرض نظريات المهارات وبيّنات البحوث الأساسية.

نظرة عامة: كيف تقدم المواد الإرشادية وتوسيع وترسيخ التجربة والمناقشة

An overview: how to introduce didactic teaching and expand and consolidate experience and discussion

إن الموازنة بين التعلم التجريبي والتعليم الارشادي موازنة دقيقة ومهمة تحتاج إلى تحقق متكرر مع الاحتياجات التعليمية للمتعلمين. وعلى الرغم من تقديمنا مقترحات متعددة للميسّرين في هذا الفصل جاهزة للاستعمال ولكن نؤكد أن من الضروري تقديم فكرة واحدة أو اثنتين في أية جلسة. ويحتاج الميسّرون الى المحافظة على أسس التعلم التجريبي بثبات في الحسبان والعمل من أولويات المتعلمين بدلاً من أولوياتهم التعليمية والوعي لخطر «الافراط في التعليم» مهم جداً.

فرص تقديم مفاهيم الاتصال وأسسه وبحوثه

Introducing communication concepts, principles and research opportunistically

هناك فرص عديدة تبرز للميسّر لتقديم النقاط المهمة من النظريات أو البحوث لتوضيح مجال معين من المقابلة التي تستكشفها المجموعة ويمكن الوصول إلى ذلك بطريقتين:

1 أطلب السماح من المجموعة لوقت قصير للخروج قليلاً من الموضوع الخاص تحت المناقشة لجانب معين من المقابلة وإعطاء محاضرة قصيرة حول المفاهيم أو الأسس أو البحوث ذات العلاقة. وتحقق من هذا التقديم ولاحظ تأثير هذه المعلومات وهل تبدو مناسبة للمشاركين وتأكد من معرفتهم الآنية، مثلاً:

> «هل تعلمون بيّنات البحوث التي تدعم قيمة فهم منظور المريض لمعاناته؟» واتبع ذلك بـــ «هل ترغبون بمعرفة المزيد»

واذا رغب المشاركون بذلك استمر في محاضرتك القصيرة.

2 إعرض على المشاركين الفرصة لتقديم النظريات أو البحوث ذات العلاقة والتي يرغبون أن يسهموا بها بأنفسهم. مثلاً هل يعلم أحد منكم البحوث والنظريات حول ذلك؟ واسأل فيما إذا يرغب أن يخبر المجموعة عنها أو يعطينا محاضرة قصيرة. وبعدها يمكن لك أو للمشاركين الآخرين أن يقدموا تفصيلات إضافية أو مواد علمية.

واعتنِ بالأسلوب وحافظ على أن تكون المحاضرة قصيرة وأن ترجع مباشرة إلى أسلوب محورية المتعلم «learner–centered» للطرق التجريبية في المناقشة والملاحظة والتدرّب. فمثلاً، أرجع الكرة للمتعلم أو المجموعة بالسؤال هل هذه المادة مفيدة؟ وتعمد الجلوس لإعطاء الإشارة لاستمرار المجموعة في مناقشتها للمقابلة موضوع البحث. وتحقق وحافظ على الموازنة بين كلامك ومدته وإسهام المجموعة وينبغي اتاحة معظم الوقت إلى المتعلمين وممارساتهم وملاحظاتهم ومناقشاتهم.

توسيع وترسيخ التجربة والمناقشة

Expanding and consolidating experience and discussion

مع تقدم الجلسة، ستعرض الفرص نفسها التي قد تساعد المتعلمين للسير بعيداً عن المادة الخاصة في المقابلة وتوسع وترسخ تعليمهم، وتشمل التقنيات:

- الطرق التي تربط المتعلمين وتضيف عمقاً للمناقشة.
- استعمال أكبر لأداء الأدوار أو التدرّب.
- طرقاً أخرى لاستعمال التسجيلات المصورة.
- تحديد أفكار المريض ومشاعره ومشاعر الطبيب والعمل معها.
- الطرق التي تلخص التعلم وتنظمه بشكل منطقي وشامل.

وتساعدنا هذه التقنيات للتحرك بعيداً عن التفكير السطحي إلى المناقشة وتعميق التعلم التجريبي (Marton and Saligo 1976). كما تساعدنا على جمع الأفكار والمهارات التي تبرز في التعلم التجريبي إلى مادة لها معنى ويمكن تذكرها. كما تربط المتعلمين وتضيف عمقاً للتجربة والمناقشة. وتمزج المعرفة وتغني فن المقابلة وتدفع المتعلمين للأمام لتنمية مهاراتهم.

الطرق التي تربط المتعلم وتضيف عمقاً للمناقشة

Methods that engage the learner and add depth to discussion

تستطيع جميع التقنيات الآتية من جعل التعلم أكثر حيوية وتسمح للميسّر تشجيع استكشاف مهارة معينة ومناقشتها أو مناقشة جزء من المقابلة:

- تقنيات الاستجابة والتساؤل.
- تشجيع مشاركة جميع المتعلمين التتابعية الدورية.
- التمارين بمجاميع زوجية أو ثلاثية.
- العصف الذهني.
- كتابة آراء المشاركين على الأوراق الدوارة (flip chart).
- التشجيع على استعمال دليل كالكاري–كامبردج.

في بعض الأحيان، يصبح عمل المجموعة أو النقاش مع أحد المتعلمين مملاً أو مماطلاً أو قد يفقد الميسّر منهجه. وقد يميل أحد أو أكثر من المشاركين إلى الصمت أو عدم المشاركة أو يتحدى الميسّر أو يطغي على المناقشة ويسيطر عليها أو قد تفشل المناقشة لأنها سطحية ومبهمة. ويمكن أن يستعمل الميسّر أية تقنية من المذكورة أعلاه لتحفيز المشاركين للتركيز على الأسس والتنقيب بعيداً عن السطحية وإعادة الارتباط والتقدم والتعلم. ومفتاح الحل هو استعمال تقنيات الاستجابة والتساؤل بحكمة وكما عرضت في الفصل السابع.

استعمال أداء الأدوار لتيسير التدرّب

Using role play to facilitate rehearsal

لقد ناقشنا أهمية التدرّب لتنمية المهارات ولاسيما مناقشة قيمة المريض الممثل التي تسمح للمتعلمين إعادة التدرّب على المهارة خلال الجلسات التدريبية. واستكشفنا طرقاً أخرى لاستعمال أداء الأدوار لمساعدة ارتباط المتعلمين:

- أداء الأدوار القصيرة للتدرّب على عبارة خاصة «مثل، التدرّب على عبارات إظهار أفكار المريض وهواجسه».
- يمثل أحد أعضاء المجموعة دور المريض الذي لا يستطيع الحضور في أثناء الجلسة التعليمية.
- تهيئة دور يمكن للمتعلمين أن يأخذوا فيه دور الطبيب أو المريض لهدف معين «البوح بالخبر السيئ».
- عكس أداء الأدوار حينما يجلب متعلم مريض حقيقي للمجموعة ويطلب المساعدة في ذلك وأداء دور المريض.

طرق أخرى لأداء الأدوار:

- أداء دور «سيئ» ويتبعه أداء دور «جيد» – وهذا يكسر حاجز الجمود وقد يساعد مؤدي الدور المتردد إلى الأداء بطرق بديلة.
- أداء الأدوار غير الطبية – وهذه قد تكون مفيدة في بعض الأحيان وأقل تهديداً للطبيب الذي يؤديها أو الطالب الذي تنقصه الخبرة السريرية.

إذا ما تردّد المشارك في أداء الدور من المفيد اكتشاف ما يعيقه في الطريق وتقبل مشاعره. ويشجع بلطف ولكن بحزم، ويوضح له النظريات التي تدعم ممارسة المهارات خلال التدرّب أو أسمح لأعضاء

من المجموعة أن تقترح عبارات أولاً قبل محاولتهم مع المريض التي قد تساعد لتجاوز الحاجز، وأشرك المتبرعين الراغبين أولاً.

طرقا أخرى لاستعمال التسجيلات المصورة

Other ways to use videotape

لقد ناقشنا فائدة عرض التسجيلات المصورة في الفصل الثالث والرابع، وما يأتي فوائد إضافية لها:

- استعمال الاشرطة المصورة لتفحص مهارة معينة «مثل، السلوك غير اللفظي أو التقاط التلميحات».
- تشغيل التسجيل الصوري من دون صوت.
- أوقف مشهد معين للحظة معينة للشريط.
- إعادة مقطع واحد من عدة تسجيلات «مثل، افتتاح المقابلة».

تحديد واستكشاف أفكار المريض والطبيب ومشاعرهما

Identifying and exploring the thoughts and feelings of both the patient and the doctor

شجع المتعلمين ليمثلوا دور المريض والذي غالباً ما يساعد على نظرة عميقة حول كيف يشعر المريض وربما يساعد أيضاً الأطباء على أن يتبنوا محورية المريض. واطلب من المرضى الحقيقيين أن يدلوا بقصصهم الحقيقية «مثل، مرضى يعانون من مشكلة دوائية أو الحرمان أو «مجموعة» آباء يعتنون بأولادهم المصابين بأمراض خطيرة» مما يعمق إدراك المتعلمين. وخلال هذا الكتاب، شجعنا الأسلوب المعتمد على النتائج الذي يفيد المتعلمين لتأمل الاستعمال المفيد لمهارات الاتصال. وفي بعض الاحيان، من المفيد استكشاف مشاعر المتعلمين وأفكارهم أولاً قبل النظر ماذا يحاولون أن يصلوا إليه وكيف يصلون هناك. وعند القيام بذلك يسمح باستكشاف الاتجاهين معاً.

طرق تلخيص التعلم

Methods of summarising leaming

يعزز التلخيص على ترتيب المعلومات وتذكّر المتعلمون ما تعلموا من النقاط المهمة ويشمل تمرين التلخيص:

- يطلب من المتعلمين كتابة ملاحظاتهم الخاصة أو تدوين ما تعلموا على الأوراق الدوارة.
- استقصاء ما تعلموا وما رسخ في ذهنهم من الجلسة التعليمية عن طريق السؤال الدوري المباشر.
- استعمال دليل كالكاري—كامبردج لتلخيص الدروس المتعلمة في أثناء الجلسة و«الخطوات اللاحقة».

إقرار نمط التعلم*

Pattern recognition*

إن تقرير أي من الطرق التعليمية أو جزء من البحوث أو النظريات تعتمد في الجلسات التدريبية ليست من الأمور اليسيرة. ولكن أغلب المشكلات التي يعاني منها المتعلمين تقع ضمن المجال الذي يتمكن الميسّرون من تمييزه — الأنماط الشائعة تظهر بكثرة — مثل أنماط المشكلات التي يعاني منها المرضى ويعرضونها على

* نحن ممتنون لـ (Tony Pearson) لاقتراحاته في هذا المفهوم.

الأطباء. وإن الإقرار بأن هناك نمط للمشكلات يساعد الميسّر أن يتهيأ لها ويضع خطط مناسبة للتصدي لها. ومن خبرتنا، يمكن أن نحدد أنماط المشكلات التي يعاني منها المتعلم تشمل:

- لا يكتشف جميع الموضوعات أو المشكلات التي يرغب مناقشتها المريض في بداية المقابلة.
- لا ينصت باهتمام ولا يسأل أسئلة مفتوحة النهايات أولاً و / أو يقاطع بأسئلة مغلقة.
- لا يتمكن من إبراز أفكار المريض وهواجسه وتوقعاته ومشاعره أو إرساء علاقة تساهمية وبدلاً من ذلك يطبق محورية الطبيب في جميع مراحل المقابلة.
- ينمي قليلاً من الألفة أو لا يستجيب إلى المريض.
- لا يلتقط أو لا يستجيب لتلميحات المريض.
- يستقي تاريخ مرضى ناقص أو غير دقيق وذلك لفشله في الموازنة المناسبة بين الأسئلة المفتوحة والمغلقة.
- يهمل البحث عن معلومات المريض الأولية قبل أن يعطي التوضيح.
- يعطي معلومات كثيرة في آنٍ واحد ويستعمل الرطانة (jargons).
- يفشل في إرساء أرضية توافقية مشتركة والعمل بشراكة المريض.
- يفشل في تقديم الخيارات أو مناقشتها مع المريض ولا يتحقق من موافقة المريض على الخطة.
- لا ينظم ترتيبات المتابعة أو ينظمها بصورة غير كافية.

وفيما يأتي مجموعة مفيدة من الأسئلة للحوار مع الذات للميسّر حينما يراقب مقابلة طبية:

- هل أتمكن من تمييز أي نمط هنا؟ هل لاحظت هذه المشكلة سابقاً؟ ما مشاعر الشخص الذي يجري المقابلة؟ ما مشاعر المريض؟
- ماذا تعرف المجموعة حتى الآن، أو ما العمل الذي أنجزته لحد الآن؟
- كيف يمكن أن أعمم ذلك؟
- ما الوقت الأفضل لعمل التعميم؟
- ما المجالات أو البحوث أو النظريات ذات العلاقة التي ينبغي أن أركز عليها؟
- هل لدي معلومات عنها؟
- هل هناك أحد من المتعلمين لديه معلومات عن البحوث والنظريات؟
- هل مجمل الموازنة بين التعلم التجريبي والمواد الإرشادية صحيحة للمجموعة؟
- هل هناك نشريات مناسبة لتوزيعها على المجموعة؟

المقترحات العملية لتقديم النظريات وبيّنات البحوث لترسيخ التعلم
Practical suggestions for introducing theory and research evidence and consolidating learning

والآن سنعرض هنا كيف يمكن لنا تقديم النظريات وبيّنات البحوث في التعلم التجريبي وتوسيع المناقشة وترسيخها. ونصنف هذه الأمثلة وعلاقتها بمهام دليل كالكاري–كامبردج. ومن كل مهمة اخترنا مجالات ومهارات وجدنا فيها صعوبات عامة يعاني منها المتعلمون وسلطنا الضوء على الطرق التعليمية التي قد تكون مفيدة. وبعض الامثلة التعليمية القصيرة وغيرها التي قد تأخذ ساعة كاملة أو حتى جلسة تعليمية كاملة. واقتبسنا جميع هذه الاقتراحات من خبرتنا الخاصة وحينما نرى أن الطريقة التعليمية قد جرى بحثها نشير الى المصدر.

افتتاح الجلسة

Initiating the session

تتعلق المشكلات الشائعة التي لاحظناها في هذا الجزء من الإستشارة (المقابلة الطبية) بـــ:

- التحضيرات قبل دخول المريض.
- الانصات اليقظ من دون مقاطعة في البداية.
- اكتشاف جميع الموضوعات أو المشكلات التي يرغب المريض مناقشتها.
- تحديد قائمة المشكلات الكاملة للمقابلة.

تركيز الانتباه

Focusing attention

تبدأ كثيراً من المقابلات بدايات سيئة بسبب الغموض الذي يلف افتتاح المقابلة: عدم التأكد من المريض الصحيح، وتوضيح هل المريض جاء بمعاناة جديدة أو بزيارة متابعة لمقابلة سابقة. أو لم يحصل الطبيب على رسالة الطبيب الاختصاص أو طبيب الأسرة. ويمكن تجنب جزءاً كبيراً من هذا الغموض وذلك بالتركيز للحظات قليلة والتحضير للمقابلة. وفتح مناقشة كيف يستخدم الأطباء الملفات الطبية «Medical records» والكومبيوتر قبل أن يشاهدوا المريض والتي تساعد في موضوعات التحضير للمقابلة.

استعمال الملفات الطبية والكومبيوتر

Using medical records and computers

عندما نتأمل كيف يستعمل المتعلمون الملفات الطبية والكومبيوتر في المقابلة الطبية نرى تأثير ذلك على التلميحات غير اللفظية الاتصالية وقابلية بناء الألفة والتركيز يدور بمدار قيمة التحضيرات وترك الملفات جانباً. ويمكن إبراز مقابلة بسيطة مختصرة موجزة ينظر خلالها الطبيب إلى محتويات الملف أو شاشة الكومبيوتر مع اعطاء اتصال بصري جيد لها دلالات عملية مهمة لاسيما حينما ينظر لها من منظور المريض. كما يمكن إبراز كثافة الرسائل غير اللفظية على اللفظية مع تقديم نتائج البحوث المناسبة (Koch 1971; McCroskey et al. 1971). وعند الرغبة في الاستزادة حول الآراء في الاتصال الفاعل عند استعمال الكمبيوتر في أثناء المقابلة راجع (Robinson 1998).

الانصات اليقظ

Attentive listening

من الواضح جلياً في كل مقابلة ينبغي التركيز على أهمية أن الانصات لا يعني عمل لا شيء وهل يبدو على المقابِل مهارة الانصات الفاعل. وليس من المفيد فقط الإقرار بها ولكن استكشاف بماذا كان مشغولاً حينها بالضبط ولإظهار ذلك ينبغي تحليل الانصات اليقظ وتدوين السلوك الظاهر على الاوراق الدوارة لعرضها على المجموعة، مثلاً:

- التيّسير اللفظي: همهمة – نعم – استمر – ها ها.
- التيّسير غير اللفظي: الجلسة، الوضعية، الاتصال البصري، التعبير الوجهي، الحيوية.
- الوقت المنتظر: طول مدة التوقف قبل الأسئلة التتابعية.

شجع أحد أعضاء المجموعة لتمثيل انصات طبيب غير يقظ في المقابلة بأسوأ ما يمكن! وبعدها اطلب من المجموعة أن تبدي استرجاعاً وصفياً حول مواءمتها مع اهداف الطبيب:

> «أعجبتني طريقة النظر في ساعتك طوال الوقت. إذ جعلت المريض منزعجا جداً... ويمكن لك أن تقوم بعمل آخر هو أن تقف طوال المقابلة.»

ويمكن أن تطلب من الشخص الذي يكون منصتاً إليه أن يعطي استرجاعاً وكيف كان يشعر. واتبع ذلك بإظهار الانصات اليقظ من أحد أعضاء المجموعة واطلب مرة اخرى استرجاعاً من الشخص المُنصت اليه وأشر على المهارات التي استعملت، وناقش أهمية ذلك من ناحية المريض حينما يُنصت إليه بتيقظ وكيف يمكن للانصات أن يكون علاجاً ناجعاً.

تحديد الموضوعات والمشكلات التي يرغب المريض مناقشتها

Identifying the issues and problems that the patient wants to discuss

غالبا ما يتركز نقاش المجموعة حول عدم الإدراك الكامل لماذا استشار المريض طبيبه؟ وينطبق ذلك في الرعاية الصحية الأولية مثلما ينطبق عند استشارة الاختصاص.

السؤال المفتوح

The opening question

إن المجال الممتاز لتأمل هذه المشكلة هو السؤال الافتتاحي الأول للمقابلة. ولتقليل الضغط على المجموعة ينبغي استعمال العصف الذهني وسؤالهم عن السؤال الافتتاحي المفضل لديهم. وسجل الأسئلة بقائمة واعرضها عليهم للنقاش وبيّن كيف يمكن للاختلاف البسيط بين الأسئلة أن يغير الإجابة التي يدلي بها المرضى. وشجع المجموعة على المحافظة على أن أحداً من أهم الأهداف التي يسعون إليها في بداية المقابلة هو محاولة استكشاف جميع الموضوعات والمشكلات التي يرغب المريض مناقشتها. وللوصول إلى هذه الغاية، حث المتعلمين لسؤال أنفسهم سؤالاً تقليدياً كالآتي: «هل تمكنت من معرفة لماذا زارني هذا المريض؟» ولترجمة هذا السؤال عملياً وتطبيقه آنياً وتحويله إلى استفسار: «دعني أتأكد... هل هذا الذي دعاك لإستشارتي / هو سبب الزيارة اليوم؟»

التحري وإعداد قائمة المشكلات

Screening and agenda setting

غالباً ما يعد التحري وإعداد قائمة المشكلات مفتاح كفاءة المقابلة. ولأن هناك تنافراً بين الانصات والتحري في بداية المقابلة لذلك رأينا من المهم عملياً توقيت هاتين المهمتين بعناية. وعموماً يرغب الاطباء من فعل «شيء مناسب» ولأن التحري عملية فاعلة تجذب الأطباء إليها بينما هناك خطرٌ على الانصات الذي يعد من أهم المهارات وقد يُفتقد من خلال اللجوء إلى التحري المبكر.

ومن المفيد جداً استكشاف هذا المجال مع المتعلمين حينما يُعد ضمن أولوياتهم. وتحين الفرص لعرض أفكار عن التحري حينما يتعلق بموضوع يثار من أحد الاعضاء، «أنا غير متأكد لماذا جاءت المريضة اليوم/ يبدو أن هناك أمراً ما في ذهنها» أو حينما تظهر معاناة ثانية متأخرة في المقابلة «هناك أمر آخر يا دكتور، لقد عانيت من ازرقاق الساق هذا الاسبوع». اعرض هذا السؤال على المجموعة «كيف تعرفون أن المشكلة

التي ركزت عليها المريضة في أثناء التاريخ المريض هي المشكلة الوحيدة في ذهنها؟» والتي قد تؤدي إلى مناقشة سهولة الافتراض حول الموضوعات التي يرغب المريض مناقشتها. وركّز على أهمية تأمل الطرق البديلة للسؤال: «هل هناك مشكلات أخرى اليوم؟» إذ يحتاج السؤال إلى أن يكون واسعاً لدرجة يسمح للمريض الاختيار بين الاعراض التي تزعجه والتي قد ترتبط بالمشكلة الأولى أو ربما تظهر مشكلة مستقلة مختلفة أخرى. ثم اسمح للمريض أن يعطي الأولويات بحسب أهمية المشكلات التي يعتقدها ثم ناقش القائمة معه.

اقترح تعميم الموضوع بعيداً عن مقابلة المتعلم الآنية لتتصدى للمشكلات التي تظهر في نهاية المقابلة أو المتأخرة والتي ربما تستحق الاعتبار. وإذا ما رغبت المجموعة أن تناقش أولوية الحاجة الى إنهاء المقابلة وتدبير الوقت، ارجع مرة اخرى إلى القائمة وأعط البينّات التي غالباً ما تؤيد امتلاك المرضى على أكثر من هاجس واحد للمناقشة، وأن الترتيب الذي يعرضون به مشكلاتهم لا يتعلق بأهميتها السريرية (Beckman and Frankel 1984). وينبغي التدرّب على عبارات بديلة تساعد على التحري عن قائمة المريض الكاملة وافساح المجال للمشاركين لاكتشاف العبارات التي يشعرون معها بالارتياح في أثناء الممارسة.

ويزودنا تأمل مقابلات المتابعة فرصة ممتازة لاستكشاف أسس اعداد قائمة المشكلات. وقارن بين المقابلة الجديدة ومقابلة المتابعة ولاحظ أوجه التشابه المفيد بينهما. واسأل المتعلمين عن الصعوبات التي واجهتهم في بداية مقابلة المتابعة. وغالباً ما تظهر مجموعة من المشكلات تتعلق بكيفية بدء المقابلة حينما نظن أننا نعلم سبب مجيء المريض.

واطلب مقترحات عن كيفية التغلب على هذه المشكلات التي يجب أن تساعد المجموعة على بناء خطة تقر المقابلة السابقة والقائمة التي يفترضها الطبيب لكنها تسمح للمريض والطبيب معاً أن يضيفا مشكلات أخرى لأولوياتها.

جمع المعلومات

Gathering information

تشمل المشكلات العامة التي نواجهها في هذا الجزء من المقابلة:

- ضعف تطور مهارات استعمال الأسئلة المفتوحة، الانتقال السريع للأسئلة المغلقة أو خطأ الموازنة بين الأسئلة المفتوحة والمغلقة.
- استقاء تاريخ مرضي ناقص.
- الفشل في استكشاف منظور المريض.

أهمية نمط التساؤل في جمع المعلومات

The importance of questioning style to information gathering

غالباً ما يطفو على السطح موضوع نمط التساؤل، حيث يتركز نقاش المجموعة حول سلسلة الأسئلة التي لم تؤد بهم عميقاً في التاريخ المرضي وانهم غير متأكدين من السؤال اللاحق الذي ينبغي عليهم أن يطرحوه أو لم يتمكنوا من اكتشاف الأسلوب الأفضل لارشادهم بسلاسة خلال المقابلة. ولذلك نرى بتكرار أن المتعلمين يتحركون لاستكشاف فرضية معينة بأسئلة مغلقة تؤدي إلى معلومات غير كاملة أو يفقدون طريقهم في أثنائها. وحينما تحدد المجموعة مجال المشكلة اعلاه، قدم تمارين لتأمل طرق الأسئلة المختلفة المتوافرة لمساعدتهم للحصول على المعلومات التي يحتاجونها بكفاءة ودقة أعلى.

استكشاف الاختلاف بين الأسئلة المغلقة والمفتوحة

Exploring the differences between open and closed questioning

ليس دائماً أن جميع المشاركين متأكدون من ماذا يتألف السؤال المفتوح أو المغلق. والطريقة الآنية التي تفيد في استكشاف هذه الصعوبة هي الطلب من المجموعة والسماح لتعميم الموضوع والذهاب بعيداً عن الخصوصية الطبية واطلب منهم ان يسألوك عن مواضيع غير طبية بأسئلة مغلقة أولاً ثم بأسئلة مفتوحة.

- أعط المجموعة موضوعاً غير طبي لسؤالك حول «مثل: إجازاتك، سيارتك، أطفالك».
- اطلب منهم أن يحاولوا السؤال بأسئلة مغلقة فقط وتأمل ما المعلومات التي حصلوا عليها.
- ثم اطلب منهم المحاولة بأسئلة / عبارات مفتوحة وناقش الاختلاف في توقيت الأسئلة المغلقة والمفتوحة في إعطاء المعلومات.

وتابع التمرين نفسه ولكن بموضوعات طبية مختارة «الصداع الذي تعاني منه». وناقش أفضلية الأسلوب المفتوح في بداية المقابلة وكيف يساعد المتعلم للانصات بدقة ويقلل من الحاجة للتفكير المستمر بالسؤال التالي وذكّر المتعلمين للرجوع إلى الأسئلة المفتوحة حيث ما كان مناسباً خلال المقابلة.

ووضح كيفية مساعدة الأسئلة المفتوحة إذا امتلك المتسائل معلومات طبية قليلة أو لا توجد لديه فكرة عن الموضوع. وكيفية الاستفادة من الوقت حينما يستعمل بمهارة. ووضح حيوية الأسئلة المغلقة حينما نحاول أن نستكشف نقطة مهمة في التاريخ المرضي وقد تكون محبطة حينما تستعمل مبكراً في عملية أخذ التاريخ المرضي.

إستقاء تاريخ سريري وافٍ

Taking an adequate clinical history

من خبرتنا مع المقيمين خصوصاً، هناك إغراء لإستقاء تاريخ موجز وافتراضات غالباً ما تؤدي إلى فقدان أجزاء مهمة من التاريخ السريري. وينبغي التدرّب على توضيح التفاصيل أو السؤال المختصر وعلاقته بالاستفسار الوظيفي «Functional enquiry» ذو العلاقة بعد السؤال المفتوح.

وعند مناقشة مهارة الأسئلة، ينبغي أن نشمل قيمة مشاركة المرضى بأسئلة منطقية معينة وقارن بين: «في بعض الاحيان يمكن للتعب أن يؤدي للتوتر، وأنا متحير إذا ما شعرت أن هذا الكلام صحيحاً في حالتك المرضية، وبين «هل تعاني من توتر شديد حاليا؟» والذي يمكن أن يوضح قيمة مشاركتك بالمنطق مع المريض حتى لا يفترض خطأ عن دوافعك في السؤال «مثل، يعتقد الطبيب انني مصاب بالعصاب».

اكتشاف منظور المريض

Discovering the patient's perspective

في بعض الأحيان، اطلب السماح من المتعلمين للتعميم بعيداً عن الموضوع الخاص واعطاء محاضرة قصيرة حول نموذج «المرض – المعاناة» (McWhinney 1989). وإن مثل هذا الموضوع المهم لدرجة يحتاج أكثر من وقت واحد لتوضيح المفهوم باستفاضة. واطلب من المتعلمين أن يتأملوا بأنفسهم ويتقمصوا دور مريض مصاب بألم الصدر وبعدها أسال المتعلمين فرداً فرداً للمشاركة بأفكاره وهواجسه ومشاعره وتوقعاته مع الطبيب. وسوف تنتج أطراً مختلفة متعددة حول الم الصدر التي يمكن للمشاركين مناقشتها من جوانب أهمية عدم الافتراض حول «ما آراء المريض ومعتقداته؟».

عبارات خاصة للسؤال عن الأفكار والهواجس والتوقعات
Specific phrasing of questions about ideas, concems and expectations

إن الطريق الأفضل والممتاز لاستكشاف منظور المريض وبعض الموضوعات الأخرى معه هو بتفحص عبارات الأسئلة المباشرة التي تسأل المريض عن أفكاره وهواجسه. وإبراز صعوبات التعبير وصياغة مثل هذه الأسئلة لكي يشعر المريض والطبيب بالراحة. وذلك بالعصف الذهني للأساليب التي تجدها المجموعة مفيدة. لتنتج قائمة منفصلة من العبارات المحتملة حول الأفكار والهواجس. وهذا يركز على أن الأفكار والهواجس ليست موضوعاً واحداً بالضرورة على الرغم من ارتباطهما ببعضهما. وجرب تمرينا مشابهاً لاستكشاف توقعات المريض من الطبيب، وغالباً ما يجد المتعلم أنه السؤال الأصعب حول منظور المريض من دون أن يبدو متنازلاً وتنقصه المعرفة بذلك. والتدرّب على العبارات عينها يعد مفيداً جداً «مثل: ماذا تأمل اليوم؟».

وغالبا ما يفترض الأطباء مسبقاً أن المريض يبدو غير مرتاح حينما يسأل عن منظوره حول معاناته، وربما يستجيب بشيء ما مثل: «أنت الطبيب...» ينبغي التدرّب على استجابات بديلة والحديث مع المريض حول أهمية معرفة أفكاره وفائدتها في رعايته الصحية.

بناء العلاقة
Building the relationship

هناك بعض المهارات التي تؤدي إلى مشكلات للمتعلمين في هذا مجال بناء العلاقة وتشمل:

- إظهار سلوك غير لفظي مناسب.
- التقاط تلميحات المريض غير اللفظية والاستجابة لها.
- إظهار التعاطف.
- إشراك المريض.

إظهار سلوك غير لفظي مناسب
Demonstrating appropriate non-verbal behaviour

لا يمكن تركيز الانتباه على أهمية السلوك غير اللفظي المناسب بقدر أكبر مما يمكن أن يقال في بناء الألفة. وعند مراجعة مقابلة ما، ينبغي إعطاء أهمية خاصة عن تفاصيل السلوك غير اللفظي وذكّر المتعلمين لإبداء استرجاع وصفي مفصل حوله. وغالباً ما يذكر المتعلمون نقاطاً عامة ومبهمة حول السلوك غير اللفظي. فمثلاً حينما يقول أحدهم «كنت بحق عطوفاً على ذلك المريض» واطلب استرجاعاً محدداً وعملياً حول السلوك اللفظي الذي يراقبونه والذي يظهر الألفة أو الاستجابة:

> «رأيتك تنحنين للأمام باتجاه المريضة في تلك النقطة، جين، كنت تديمين الاتصال البصري وبعدها استرخت ورجعت إلى الوراء على كرسيها... ماذا تظنين؟»
> «نعم، كنت غير متأكدة في ما إذا كنت قريبة جداً منها، وهذا يبدو أن ساعدها على الاستقرار والاسترخاء وتبدو أكثر ارتياحاً.»

ويعد مراقبة شريط التسجيل من دون صوت مساعد وطريق مفضل لاستكشاف سلوك المريض والطبيب غير اللفظي.

وقدم الأسس النظرية وبيّنات البحوث حول فاعلية السلوك غير اللفظي في المقابلة. فمثلاً، إن السلوك غير اللفظي أمر محتوم الوقوع وليس دائماً تحت سيطرتنا وهو القناة المسؤولة عن معظم رسائلنا التي تنقل توجهاتنا ومشاعرنا وعواطفنا وتطغى على رسائلنا حينما نرسل للمريض رسالتين متناقضتين واحدة لفظية والأخرى غير لفظية. واقتبس مثلاً عمل (Goldberg et al. 1983) الذي يظهر أن الأطباء الذين يرسون الاتصال البصري هم الأكثر إحساساً بالاضطراب العاطفي لمرضاهم.

التقط تلميحات المريض غير اللفظية واستجب لها

Picking up and responding to the patient's non-verbal cues

إن التقاط تلميحات المريض غير اللفظية وفك رموزها وأهم من ذلك التحقق من تفسيرنا الصحيح أمر حاسم لفهم عواطف المريض ومشاعره.

والتمرين المفيد هو إيقاف الشريط المسجل حينما يظهر المريض التلميحة غير اللفظية (Gask et al. 1991) وتأكد عما يفكر فيه المريض في تلك اللحظة ومشاعره وما يحاول أن يقول. ويمكن استعمال طريق مفيد آخر وهو تحضير شريط تسجيل «مثير» ومناقشة وتحليل التلميحات غير اللفظية التي أظهرها المريض، ومناقشة معانيها المحتملة والتدرّب على استعمال عبارات دقيقة حينما نتحقق من المعاني أو تفسير التلميحات غير اللفظية للمريض.

> «... وهكذا لاحظنا أن المريض يبدو عليه الحزن في هذه النقطة... أية فكرة حول سبب ذلك؟... كيف يمكن أن تعكس ذلك للمريض والتحقق من تفسيرك...؟ والآن لنتأمل كيف نستطيع أن نربط ذلك مع ما قاله المريض لحد الآن بطريقة مفيدة...؟ أو استعمل تلك المعلومة لاكتشاف هواجس أخرى.

وهذا يعطي المجموعة الفرصة لاستكشاف أكثر والتدرّب على المهارة. واطلب من مؤدي الدور أو المريض الممثل أن يضيف إلى المناقشة وإخبار المجموعة كيف كانت مشاعره وتفاعله مع اقتراحاته. وربما يكون هذا الأسلوب عملياً ومفيداً للمتعلم الذي يجد صعوبة في محورية المريض. وناقش المشكلة الشائعة التي تحدث حينما يحاول الطبيب جاهداً أن يعطي معنى لرواية المريض ومنطقها السريري. وفي الوقت نفسه، كيف تفتقد الألفة في تلك النقطة «مثل: حينما ينظر بعيداً ومقطب الحاجبين التي ربما يسيء المريض تفسيرها». واستشهد بعمل (Levinson et al.2000) والذي أظهر امكانية تحسين الطبيب لقابلياته والاستجابة لتلميحات المشاعر حتى في الممارسة السريرية المزدحمة في الرعاية الصحية الأولية والثانوية.

واستكشف السؤال «ماذا يمنع الطبيب من التقاط تلميحات المريض؟» وربما تكتشف عدداً من الهواجس التي يدركون وجودها بوعي أو من دون وعي ذلك (Draper and Weaver 1999).

حاول أن تجرب تمرين الانصات الثنائي للمتعلمين «متعلم مع متعلم آخر» وشجع أولاً أحد المتعلمين على الكلام من دون مقاطعة وبعد ذلك أعكس العملية. أحصل على استرجاع المجموعة وما المعوقات ودوّن الصعوبات على اللوحة أو الأوراق الدوارة وقد تشمل القائمة:

- لا يوجد وقت كاف.

- الخوف من فتح «الصندوق الأسود» وعدم السيطرة على المشاعر.
- غير متأكدين من المحتوى السريري للمقابلة.
- مقاطعة التلفون.
- لا يستلطف المريض.

استكشف هذه المعوقات بوقت كاف ولاحظ ما الاستراتيجيات والحلول التي تجدها المجموعة مفيدة لبعضهم البعض.

إظهار التعاطف

Demonstrating empathy

التعاطف ليس بكلمة مفهومة جيداً عند جميع الاطباء، وغالباً ما تخلط بالعطف خطأ. ومن المفيد استكشاف تعاريف المجموعة للمصطلح، ولخص التعاريف واحصل على موافقتهم على تعريف واحد. وقد يقول المتعلمون لا يمكن تقدير حراجة موقف المريض لأنهم لم يجربوا هذا الموقف بأنفسهم. ووضح أن ليس من الضروري أن يمر المتعلم بالتجربة نفسها ليعطي تعاطفاً. ويمكن أن يظهر الطبيب للمريض رقته ويحاول أن يضع نفسه في موضع يدرك كيف ينظر المريض إلى العالم ليلبي التعاطف المطلوب. وغالبا ما لا يدرك المتعلمون أن إظهار التعاطف بتلميحات غير لفظية غير كاف. ويستفاد المرضى من الاستجابة اللفظية التي من خلالها يدركوا أنهم فُهموا. واعمل على عبارات محددة لإظهار التعاطف في مواقف خاصة.

وقد تحتاج أن تضرب أمثلة لإظهار إن أحد المفاتيح لصياغة عبارات تعاطفية هو الربط بين «أنا» الطبيب و«أنت» المريض. وناقش استجابة القبول كأحد الأدوات لإظهار التعاطف. وأعد الترتيب على صياغة عبارات تعاطفية مبكرة حينما يستجيب الطبيب لتلميحات المريض غير اللفظية مثل «أنا آسف... يبدو أن ذلك صعباً جدا عليك...» وغالباً ما تأخذ هذه العبارة إلى منظور المريض مبكراً والتي قد تكون مفيدة جداً.

إشراك المريض

Involving the patient

يعد من أهم المهارات التي تكافئ المتعلمين لتعلمهم هي كيف يمكن إشراك المريض في عملية المقابلة. ومن خبرتنا، إنها ليس إستراتيجية شائعة في التعليم ونلاحظ بتكرار نمط الصداقة والتعاطف المستعمل في جمع المعلومات للمقابلة. ولم يبذل جهداً كبيراً لاشراك المريض كشريك في العملية. وغالباً ما يستعمل الأطباء محورية الطبيب وبعض الأساليب السلطوية عند التعامل مع المرضى في مجال إعطاء التشخيص والتوضيح والتخطيط.

واعط محاضرة قصيرة عن أسس الاتصال الفاعل كعملية تفاعلية والتي تقلل الغموض. وشجع المجموعة لإعداد قائمة من العبارات التي تسمح للمتعلمين الاشتراك بأفكارهم بصوت عالٍ في أوقات مناسبة من المقابلة. وناقش جميع الصعوبات «مثل هواجس فقدان المهنية، الاعلان غير المناسب، أو تعزيز التساوي المفرط».

وإن توضيح منطق أسئلة الطبيب لسؤال خاص أو إجراء جزء من الفحص البدني تعد مهارة متشابهة للمشاركة بالأفكار. وربما تبدو غير ضرورية ولكنها مثلاً آخر للمريض لتقليل الغموض وتعزيز العلاقة التساهمية. وإعادة التدرّب على عبارات خاصة وملاحظة فاعليتها وقبولها. كما يمكن دعوة المتعلمين لأخذ دور المريض وسؤالهم بماذا يفكرون أو يشعرون حينما يسأل الطبيب:

«هل تتورم كاحليك؟» (استجابة لوصف المريض الخفقان)
و «على كم وسادة تنام ليلا؟» (استجابة لوصف المريض ضيق التنفس)

بناء هيكل للمقابلة

Providing structure to the consultation

يواجه المتعلمون مشكلات تتعلق برسم هيكل للمقابلة وتشمل:

- الفشل في بناء ترتيب واضح لهيكل المقابلة ككل أو خلال أجزاء خاصة من المقابلة.
- الفشل في جعل هذا الهيكل مرئياً للمريض.
- عدم التنظيم أو الفشل في استعمال الوقت بكفاءة.

بناء هيكل المقابلة وترتيبها

Order and structuring the consultation

إن هيكل المقابلة واحد من مهمتين يحتاجهما الطبيب خلال مجمل المقابلة، التي تجنب التناقض الظاهري بين إرساء الهيكل الواضح للمقابلة وتعزيز مرونتها خلال الانتقال بين أجزائها – وتجعل الطبيب حراً. وإن صياغة الهيكل «الواضح» للمرضى يسمح لهم بالارتباط بعملية التفاعل ومواءمة أكبر والتفكير مع الطبيب. وهذا ربما يكون مفهوماً حديثاً على بعض المتعلمين، إذ قد يعبرون عن هواجس من الهيكل الواضح للمقابلة أمام المرضى مما يؤدي إلى تأثر عنصر الوقت ومشكلات تتعلق بالقوة والسيطرة.

وكثيراً ما يعلق المتعلمون بـــ «أنا لا أعرف أين نحن ذاهبون... إنها تشبه اللخبطة... ولا يبدو أننا نذهب لأي مكان» ويمكن فتح منفذ مفيد للنقاش مع المتعلمين حول هذه الموضوعات هو أن تجلب انتباههم بين هذه المشكلات والمهارات المشاركة في بناء الهيكل «إجمالاً أو ضمن أجزاء محددة في المقابلة». واطلب من المتعلمين بذل الجهود لبيان أسباب إعطاء هيكل واضح وجعله مرئيا للمرضى، وقد تحتوي الأسباب ما يأتي:

- المساعدة في المرونة ولكن بترتيب المقابلة وسريانها بسلاسة.
- إعطاء هيكل واضح مفهوم للمريض.
- السماح للمريض أن يكون جزءاً من عملية بناء المقابلة.
- تشجيع مشاركة المريض وإسهامه.
- السماح بإعطاء معلومات دقيقة ووافية.
- استعمال الوقت بكفاءة وفاعلية.

وبعدها من الضروري التركيز على التلخيص الداخلي وعلامات الانتقال المؤشر وهما الأقل استعمالاً ولكنهما الأكثر قيمة من مهارات الاتصال كافة. وهي مهارات بناء جاهزة للاستعمال وتجيب عن المشكلات الحقيقية لمشاعر المتعملين المضطربة أو غير المسيطر عليها حينما يجربون محورية المريض، ونمط الاتصال التساهمي وأسلوب أكثر انفتاحاً للتساؤل.

إجعل الهيكل مرئياً للمريض

Making the structure visible to the patient

إن التلخيص الداخلي والانتقال المؤشر هما الموضوعان المثاليان، يمكن بهما إدخال أو إعادة إدخال بعض الأسس الخمسة في الاتصال «راجع الفصل الثاني» مثل أن الاتصال الفاعل يضمن التفاعل بدلاً من عملية النقل المباشرة ويقلل الغموض.

استعمل أداء الأدوار لإعطاء المتعلمين فرصة لممارسة عبارات التلخيص الداخلي والانتقال المؤشر، وناقش:

- كيف تلخص النقاط الأساسية مما قيل ومتى تعمل ذلك؟
- كيف تعرض تلخيصك المؤشر؟
- كيف تتحقق من المريض بأنك حصلت على المعلومات الصحيحة؟
- كيف تستعمل التلخيص الداخلي مع الانتقال المؤشر للتحول من أحد أجزاء المقابلة للآخر؟

إن التلخيص والانتقال المؤشر في نقاط مختلفة خلال المقابلة يسمح للطبيب النسج بين المنظور الاحيائي الطبي ومنظور المريض بكفاءة وفي الوقت نفسه إشراك المريض. ويعتقد المتعلمون أنه من المنطقي أو الأيسر أن تجمع التفاصيل السريرية للتاريخ أولاً ثم التحول إلى استنباط منظور المريض. وغالباً ما يكون أكثر كفاءة حينما ننسج بين المنظورين في آن معاً والذي يبدو متناقض ظاهرياً. وإن التقاط تلميحات المريض والاستجابة لها والسؤال المباشر أو المفتوح في الوقت الصحيح أكثر كفاءة(Stewart et al. 1995). ويشجع هذا الاسلوب التفاعل باتجاهين وإشراك المريض وبناء العلاقة. وإن المهارات التي تستعمل هنا هي التسلسل والتلخيص الداخلي والانتقال المؤشر. وجرب أداء الأدوار أو العمل مع المريض الممثل، وإعداد قائمة لاكتشاف مشكلات المتعلمين، في حين تذكّر أن تلخص ذلك للمريض بعد حين، وحدد الفجوات، وفكر فيما يرغبون به بعد ذلك، وانتقل إلى المريض واعلمه أفكار المتعلمين لتطبيق أي نقطة ما سيقومون بها لاحقاً. ويزود دليل كالكاري–كامبردج طريقاً واحداً لبناء قائمة المحتويات.

التوضيح والتخطيط

Explanation and planning

وتشمل المشكلات الشائعة التي يعاني منها المتعلمون في هذا الجزء من المقابلة:

- الفشل في تحديد أفكار المريض وآرائه ومشاعره وهواجسه وتوقعاته كجزء من جمع المعلومات.
- نسيان اكتشاف معلومات المريض المسبقة.
- إعطاء معلومات غزيرة في آن واحد واستعمال لغة غير مناسبة.
- الفشل في الاستجابة لتعبير المريض العاطفي المتعلقة بالمعلومات التي استلمها، والتردد لجمع معلومات أكثر بعد ذلك حول نموذج الهيكل المرضي الخاص للمريض «Patient's framework».
- إعطاء المعلومات والتوضيحات أو الاقتراحات لخطة التدبير والمعالجة من دون التحقق فيما إذا فهم المريض ذلك أو وافق عليها.
- عدم إشراك المريض بشكل تساهمي في إتخاذ القرار المشترك.

ورؤيتنا للتوضيح والتخطيط في المقابلة هي من أكثر الأجزاء صعوبة في التعليم. ولقد كثرت بيّنات البحوث الحديثة المتوافرة حالياً وهي غير مألوفة للمتعلمين والميسّرين، فضلاً عن أن هذا الجزء من المقابلة من أقل

الأجزاء تعليماً في مرحلة الدراسة الأولية. وإذا ما فشلنا في أداء النصف الثاني في المقابلة، سوف تذهب جهودنا في جمع المعلومات والمنطق السريري هباءً. ولذلك نقترح أن يخصص مجالاً محدداً مناسباً من قبل مدراء الدورات في المنهج وفي مختلف المستويات مخصصاً لاستكشاف هذا الجزء.

وذكرنا في الفصل الثالث، أهمية تحديد وتوضيح المهارات الضرورية كعناصر لتعلم مهارات الاتصال التجريبية. وربما يكون التوضيح والتخطيط من أعقد أجزاء المقابلة الطبية ولذلك من الحيوي أن يدرك الميسّرون والمتعلمون العلاقة بين جمع المعلومات وبناء العلاقة خلال التفاعل وعلاقتهما بالتوضيح والتخطيط. وذلك بإدراك أن ما يقومون به في أثناء جمع المعلومات، إما أن يوظف لتوضيح وتخطيط فاعل أو يفشل في الوصول إلى ذلك، وهكذا ينبغي إعداد جلسة تربط التعلم التجريبي والتعليم الإرشادي لتوجيه المتعلمين لجزء المقابلة – التوضيح والتخطيط.

وإن اكتشاف الصعوبات التي تواجه المتعلمين مع التوضيح والتخطيط في بداية الجلسة يكون مفيداً وذلك بتشجيعهم على استكشاف أهدافهم وأهداف مرضاهم. وإن طلاب الطب الذين لم يمارسوا التوضيح والتخطيط مع مرضى حقيقيين سوف يستفادون من التدرّب مع المرضى الممثلين بسيناريوهات معدة مسبقاً ومصممة لتستوفي المجالات الرئيسة في هذا الجزء من المقابلة. ومع طلبة الطب، ربما من الضروري تزويدهم بالمحاور الرئيسة عن المحتوى الذي يحتاجه الطبيب في التوضيح أو التخطيط إلا الحالات البسيطة منها، وبذلك نتجنب الخلط بين نقصان معلومات الطلبة فيما يقولون وتركيزهم على صياغة المهارات.

والنقاط التي ينبغي التركيز عليها في المحاضرة القصيرة تشمل:

- الأهداف والمهارات المشاركة مع الأجزاء الأربعة من التوضيح والتخطيط.
- أهمية إرسال رسالة واضحة ومعدة جيداً ومنقولة بعناية «أسلوب الرامي» مع ترتيبها لأرضية الفهم التوافقي المشترك أسلوب الصحن الطائر «الفرسبي».
- البحوث الرئيسة حول مشكلات الأطباء في إعطاء المعلومات والتخطيط «مثل: الصراع بين الأطباء والمرضى بشأن خطط التدبير».
- البحوث الرئيسة التي تبين مهارات محددة لتحسين نتائج المرضى.

حاول صياغة محاضرة تفاعلية قصيرة وذلك بالتحقق من معرفة المتعلمين واحتياجاتهم وكيف يتسلمون المعلومات التي زودوا بها. ومع التقدم، سلط الضوء على مهارات المحاضرة التي تستعملها المشابهة للمهارات التي تستعمل مع المرضى.

نقترح في أدناه إستراتيجيات تعليم بعض مهارات التخطيط والتوضيح التي تؤدي إلى مشكلات عند المتعلمين.

إعطاء كمية ونوعية المعلومات الصحيحة

Providing the correct amount and type of information

التناسب بين جرعة المعلومات والتحقق من استيعابها

Chunking and checking

من الشائع، أن نلاحظ أن المتعلمين يستعملون طريقة رتيبة مملة لإعطاء المرضى معلومات غزيرة وبوتيرة واحدة. وغالباً ما تحتوي على معلومات غنية، ولكن بعد مدة لا تزيد عن الثلاثين ثانية، نلحظ حيرة المريض ويبدو أنه فقد سلسلة توصيات الطبيب. لذلك اطلب من المجموعة أن تصف هذا الإجراء بدقة حينما يراقبون مقابلة عملية أو شريط فيديو واربط سلوك المتعلم وتأثيره على المريض. أعد التدرّب بطرق مختلفة وذلك بتجزئة المعلومات إلى جرع صغيرة وتحقق من فهم المريض واتفق على المعلومات أو التوضيح الذي عرض

على المريض عند نهايته. ناقش بيّنات البحوث التي تشير إلى اختلاف رغبة المرضى بكمية المعلومات المعطاة لهم (Davis et al. 1999; Jenkins et al. 2001).

تقييم معلومات المريض الأولية

Assessing the patient's starting point

في الأعم الأغلب، لا يقيّم المقيمون والأطباء معلومات المريض أو أفكاره أو محاولاته الشخصية للحصول على المعرفة عند قيامهم بعرض المعلومات أو التعليمات. لذلك ينبغي التوضيح أن تقييم معلومات المريض الأولية تقلل الصراع بين الطبيب والمريض وتختصر الوقت المبذول لذلك. وإذا كان بالامكان استكشاف ذلك تجريبياً ورغبة المتعلمين بذلك وقد ظهر من خلال المقابلة المعروضة أمامهم فإن الاستزادة منه مفيدة. وأعمل مع مريض ممثل لتجربة اقتراحات المجموعة أو اعمل تمثيل الأدوار مع المجموعة لبيان أفضل استجابة للمريض.

التوصل إلى فهم مشترك ودمج منظور المريض

Achieving a shared understanding and incorporating the patient's perspective

اربط التوضيح بأفكار المريض وهواجسه وتوقعاته

Relating explanations to the patient's ideas, concems and expectations

ناقش مع المجموعة أحد أهم توصيات توكت وجماعته (Tuckett et al. 1985) والتي توضح أن استكشاف معتقدات المريض وآراءه التي ظهرت في أثناء جمع المعلومات نحتاج إلى تضمينها في توضيح الطبيب لزيادة فهم المريض والتزامه. واقتبس عمل (Eisenthal and Lazare 1976 and Korsch et al. 1968) والذين وجدوا أن اكتشاف توقعات المريض تؤدي إلى زيادة قناعته وشعوره بأنه مدعوم وإن لم تلبّ توقعاته. واربط هذه المناقشة حول مفهوم الاتفاق عند أخذ الدواء والتي ربما تحتل النتائج الصحية المرتبة الثانية لنمط الحياة ونوعيتها التي يرغب المريض عيشها ومناقشة أي اختلاف بين الطبيب والمريض مناقشةً مفتوحة (Elwyn et al. 2003; Marinker and Shaw 2003).

إظهار تفاعل المريض ومشاعره

Eliciting the patient's reactions and feelings

وبعد إكمال التوضيح مباشرة، ينبغي أن يكتشف المتعلمون كيف استقبل المريض أو تفاعل مع التوضيح. وناقش أسس الاتصال الفاعل والتي تعتمد على التفاعل باتجاهين. ويجب أن يتحقق الطبيب دورياً ويلاحظ كيف استجاب المريض لرسالته. واستجب لتلميحات المريض كما هي الاستجابة وأهميتها في مرحلة جمع المعلومات لاسيما حينما نحتاج إلى متابعة المريض أو عند البوح بالخبر السيئ له. ومرة أخرى ينبغي التدرّب على العبارات بصوت عالٍ من التي يقترحها المتعلمون والتي تبدو مساعدة للمريض لإظهار مشاعره للمعلومات المعطاة.

التخطيط: صنع القرار المشترك

Planning: shared decision making

إن مكافأة إعطاء المعلومات بهذه الطريقة التي يتمكن بها المريض من فهم وتذكّر المعلومات، هي: أن الطبيب في هذا الموقع يستطيع أن يتخذ القرار المشترك لتدبير حالة المريض. والتأكيد على أسس المساهمة ومناقشة نماذج مختلفة تدعم الأسلوب التساهمي في التخطيط. فمثلا نموذج روتر وهال (Roter and

Hall 1992) التوافقي أو نموذج كافني ووالين (Charles et al. 1999) للقرار المشترك وناقش كيفية الحصول على أرضية مشتركة تستطيع أن تحسن نتائج متعددة للمريض منها قناعته، توافقه، السيطرة على الأمراض المستديمة، تقليل الاحالات أو الزيارات التالية وتقليل الفحوص التي يجريها الطبيب (Stewart et al. 1997).

وذكّر المتعلمين بأن رغبات المرضى مختلفة وليست في درجة واحدة في مجال اتخاذ القرار المشترك (Degner and Sloan 1992) حتى أن المرضى قد يغيرون أفكارهم من موقف لآخر، وأن السؤال حول تفضيلهم يجب أن يعد مهمة مستمرة بدلاً من أن يكون تقييماً وحيداً في مقابلة واحدة (Beaver et al. 1996).

إشراك المريض وبصياغة اقتراحات وتقديم خيارات

Involving the patient by making suggestions and offering choices

استكشف أفضلية استعمال هاتين المهارتين مع المريض. فمثلاً، استكشف كيف يمكن صياغة الاقتراحات «بدلاً من اعطاء توجيهات»، وشجع المرضى لصنع خيارات لمستوى رغبتهم التي قد تكون مفيدة لهم وللطبيب. واقتبس بينّات بحوث فالوفيلد وجماعتة (Fallowfield et al. 1990) والتي تشير إلى أن المريضات المصابات بسرطان الثدي اللواتي فحصن من أطباء اختصاص واللواتي فضلن إعطاءهن خيارات العلاج عانين من كآبة وقلق أقل «حتى لو أن الاعتبارات التقنية تمنع الخيار الحقيقي» مقابل النساء اللواتي فحصن من جراحين فضلوا إما إزالة الثدي أو رفع الكتلة المشتبه بها «lumpectomy» من دون أخذ رأيهن. وعبارات العصف الذهني لصنع الاقتراحات وتقديم الخيارات والتي يستطيع المتعلم أن يجريها من أجل إشراك المريض، هي:

«أنا أرغب أن اقترح اقتراحاً هنا...»

«ماذا بشأن محاولة...؟ ماذا تعتقد؟»

«دعنا نتأمل جميع الاحتمالات... كما أرى أن هنا ثلاث خيارات... أود أن أعرف ما الخطط الأفضل لك...»

«أين تريد أن تذهب بعد ذلك...؟»

«اخبرني ما الخيار الذي تحاول أن تجربه أولا...؟»

«ماذا تفضل هنا...؟»

مناقشة الخطة التوافقية المقبولة وتحقق مع المريض

Negotiating a mutually acceptable plan and checking it with the patient

اطلب من المجموعة أن تعمل بمجاميع ثنائية وفكر في سيناريو لا يلتزم المريض فيه بالخطة. وناقش أسباب الفشل وراجع بحث (Coambs et al. 1995 and Meichenbaum and Turk 1987) اللذين حددا العوامل التي تسهم بالالتزام. واربط بين أهمية التلخيص والتحقق في مرحلة جمع المعلومات وفائدتها خلال مرحلة التوضيح والتخطيط في المقابلة. حدد ودّرب على جميع المهارات التي تسهم في صنع القرار المشترك بين الطبيب والمريض وعزز تلك المهارات بالرجوع إلى الدليل.

إن عملية التوضيح والتخطيط عملية معقدة للمريض والطبيب معاً. وشجع المتعلمين أن يسألوا أنفسهم الأسئلة الآتية خلال هذا الجزء من المقابلة وذلك ليتأكدوا من تغطيتهم لمنظورهم ومنظور المريض. وإن إعداد قائمة بهذه الأسئلة للمتعلمين في نهاية الجلسة التعليمية عن التوضيح والتخطيط سيزودهم بتلخيص مفيد:

- هل أنا بوضع مناسب لإعطاء المعلومات؟
- هل أدركت الهيكل المرجعي – للمعاناة – من وجهة نظر المريض من وجهة نظري؟
- هل سألت المريض عن الأسئلة التي يرغب الإجابة عنها؟
- هل أعرف ما المعلومات التي أرغب أن أعرضها؟
- كيف يمكن لي أن أعبر عن المعلومات وبطريقة يستطيع المريض فهمها؟
- هل ربطت المعلومات بهيكل تفسير المريض للمرض؟
- كيف لي أن أتحقق بدقة من استجابتي وملاءمتها لأسئلة المريض وهيكله التفسيري؟

اغلاق المقابلة

Closing the interview

غالبا ما تتمحور مشكلات الطبيب في هذا الجزء من المقابلة بـــ:

- إدارة الوقت.
- بروز معاناة أو مشكلات متأخرة.
- الفشل في إعادة تأكيد الخطوات اللاحقة.

يعتمد التلخيص المقنع على كفاءة المقابلة في الأجزاء الأخرى من المقابلة لاسيما إظهار جميع المشكلات التي يرغب المريض مناقشتها، ومناقشة قائمة المشكلات واكتشاف إحساس المريض بالمشكلة وبناء المقابلة وأحد الطرق لاستكشاف هذه الارتباطات: استعمال الانصات والعصف الذهني الثنائي ومناقشة السؤالين اللاآتيين:

1 ما يساعد على إنهاء المقابلة بشكل مُرض؟
2 ما يعيق أو يقف إمام إنهاء المقابلة الفاعلً؟

واقتبس من وايت وجماعته (White et al. 1997) الذين أظهروا أن الانتظار وسؤال، هل يرغب المريض بمناقشة أية مشكلة قرب نهاية المقابلة يعد إجهاضاً لإغلاق المقابلة؟ وتزيد الاحباط لكلا الطبيب والمريض معاً وذلك لأن الصعوبة تكمن في تدبير هذه المشكلة في الوقت المتوفر الباقي للمقابلة.

التعاقد: شبكة الأمان والتحقق النهائي

Contracting, safety-netting and final checking

تعد أهمية شبكة الأمان «مثل توضيح نتائج غير متوقعة محتملة، ماذا يعمل المريض إذا لم تنجح الخطة، متى وكيف يطلب المساعدة» إن الخطوات النهائية من المقابلة أمراً محرجاً للطبيب والمريض معاً. واستخدام المناقشة أو العصف الذهني مع المجموعة حول الأفضلية للطبيب والمريض معاً وعدم ملاءمة الفشل في إرساء الخطط الطارئة. والطلب من المجموعة وصف سيناريو يمثل شبكة الأمان له فائدة كبيرة. والتمرن

والتدرّب على العبارات التي قد يستعملها الطبيب في شبكة الأمان مع المريض والتحقق من قبولها من المريض الممثل.

موضوعات خاصة

Specific issues

يتضمن كتابنا المرافق فصلاً حول الموضوعات الاتصالية الخاصة في الطب: كيفية البوح بالخبر السيء واستكشاف الاختلافات الحضارية وعدداً من الموضوعات الأخرى كأمثلة. بينما تعرض معظم كتب الاتصال الأخرى مجالاً قليلاً لجوهر مهارات الاتصال قبل الانتقال بسرعة إلى وصف كيفية أداء المقابلة الطبية في الموضوعات الخاصة المتعددة. وقد نهجنا نهجاً معاكساً في كتابيناً، وفي نقاشنا السابق من هذا الفصل حول تعليم المهارات مقابل الموضوعات ركزنا على أن المحتوى «ماذا نقول» يتغير بتغير الموضوع إلى موضوع آخر ومن سياق إلى آخر. وهكذا فأن الميسّرين يحتاجون إلى أن يركزوا على محتوى المهارات حينما يعلّمون الموضوعات، مثل: البوح بالخبر السيئ. وعلى عكس ذلك، فإن مهارات الصياغة التي نحتاجها في الاتصال الفاعل تبقى كما هي بالضرورة في أي موضوع أو أي سياق — مهارات الصياغة لا تتغير هنا ولكن درجة الشدة أو القصد الذي يستخدمه الطبيب لمهارة معينة هي التي تتغير.

وحين يتمكن المتعلمون من مهارات الصياغة الاتصالية في الدليل، ستصبح أعقد الموضوعات يسيرة جداً عند التصدي لها. وعند إدراك إن استكشاف الموضوعات الاتصالية بعمق هو خارج محتوى هذا الكتاب، لذلك قصدنا هنا هو عرض الطرق التي تجمع بين تعليم المهارات والموضوعات. كما نصف الطرق المختارة لتوضيح ثلاثة موضوعات مختارة كأمثلة. وحددنا بعض المهارات من الدليل التي لها علاقة خاصة بالموضوعات وتفحصنا الطرق التي تساعد المتعلمين لاستعمال هذه المهارات بدقة أكبر وعمق أعظم. والموضوعات التي اخترناها هي غالباً ما يدور النقاش حولها في ورش العمل حينما يمتلك الميسّر الفرص لتحضير الهيكل العام الذي يشمل استكشاف احتياجات المتعلمين وتقديم المحتوى أو النظريات ومناقشة الأسئلة والتفاعل والتدرّب على المهارات وينتهي بوقت كافٍ لعكس المعلومات وفرصة لتلخيص الدروس المتعلمة. ويقدم استكشاف الموضوعات الخاصة لتفحص المعتقدات الشخصية والقيم والافتراضات المثيرة للفضول. ومثل الأوجه الأخرى للتدريب الاتصالي، تعطي الموضوعات الخاصة فرصة ممتازة لتكامل تعليم المهارات والتوجهات «ولوصف موضوعات اتصالية أخرى راجع الفصل «13» من هذا الكتاب أو الفصل الثامن من الكتاب المرافق».

البوح بالخبر السيئ

Breaking bad news

يعد البوح بالخبر السيء حالة خاصة من التوضيح والتخطيط ويزود دليل كالكاري—كامبردج المهارات الرئيسة الضرورية التي تستطيع معالجة المهام الصعبة. ومن ناحية ثانية، فإن استعمال الصمت وادراك التلميحات غير اللفظية والاستجابة لها واستجابة القبول تحتاج إلى الاستعمال بخصوصية حساسة هنا.

وبرغم أن هناك بيّنات تشير إلى أن طلبة الطب في المملكة المتحدة وشمال أمريكا وأستراليا يتدربون على ويتعلمون مهارات التعامل مع الموت والاحتضار والبوح بالخبر السيئ أكثر حالياً، لكن مازال المقيمون تنقصهم الثقة ويحتاجون لدعم زملائهم الاختصاصيين في هذا المجال (Dosanjh et al. 2001; Elwyn et al. 2001). وأحد الطرق المفيدة لبدء جلسة البوح بالخبر السيئ هو الطلب من المتعلمين العمل بشكل

ثنائي لمناقشة الحواجز للبوح بالخبر السيئ. ثم مناقشة المجموعة لإعطاء استرجاعاً تحت عناوين مثل مخاوف المقيم، حواجز المعهد ومناقشتها.

ويمكن لك متابعة هذه الأساليب والتدرّب باستعمال المريض الممثل أو عضو من المجموعة. حاول أن تجرب التمثيل للبوح بالخبر السيئ حول خطورة معاناة «مثل السرطان، الموت بنوبة قلبية لأحد الأقرباء المقربين، أو الإجهاض المحتوم». وحينما يكون التدريب أداء للأدوار افسح وقتاً جيداً لتحضير «المريض» و «الطبيب» واستعمل المراقب بمجموعات ثلاثية مما يساعد على تشجيع المتعلمين لأخذ التمرين على محمل الجد. وإن أداء هذا النوع من الأدوار أمام مجموعة كاملة قد يكون محرجاً ويحتاج إلى الأمان والبيئة الداعمة واستعمل أسلوب تحليل المشكلات المستند إلى النتائج (ALOBA) وضمنها إسترجاع المريض واستعن باجزاء دليل كالكاري –كامبردج التوضيح والتخطيط وبناء العلاقة. وناقش المهارات التي تعمل جيداً والتي لا تعمل هنا وأعد التدرّب. لخص ثم أعمل مع المجموعة وحدد المهارات المألوفة لديهم في مواقف أخرى وبأية صيغة يحتاجون استعمالها وبعناية ودقة أكثر عند البوح بالخبر السيئ، فضلاً عن الاستعانة بالصمت واستجابة القبول والمهارات الأخرى التي يجب أن تستخدم، وتشمل:

- أهمية بناء العلاقة.
- إعطاء إشارة تحذيرية أولاً ثم التوقف واسمح للمعلومة أن تهضم من المريض.
- أعرف أين تتوقف، لأن المريض قد لا يرغب أو لا يستطيع أن يسمع أكثر (أسكت).
- مقابلة أكثر من شخص في وقت واحد.
- المشاركة والدعم.
- إعط أملاً مصحوباً بالحقيقة.
- إعرف متى لا يستطيع المتعلمون من مجاراة قلقهم وتحمله.

وأسلوب آخر هو، البدء بعرض وتحليل ومناقشة دقيقة كما وصفناها في الفصل الرابع. وكما نستعملها مع مجموعة كبيرة من الطلبة «75–100 مشارك» ومع المقيمين بمجموعة صغيرة «8–15 مشارك». ونبدأ بتعريف وإيجاز البوح بالخبر السيئ كحالة خاصة من التوضيح والتخطيط ثم نتفحص أسس الاتصال الفاعلة الملائمة. ويستعين المتعلمون بدليل كالكاري–كامبردج كقاعدة لتحليل ومناقشة المقابلة الممثلة بين اختصاصي الرعاية التلطيفية والمريض الممثل الذي لا يعرف أحدهم الآخر جيداً. ومظاهرة «Demonstration» من ثلاثة أجزاء مع مناقشة لكل جزء إذ يؤدي كل جزء ميسّر مختلف. ويحتوي الجزء الأول بناء العلاقة الأولية ثم الجزء الثاني إخبار المريض بأن هناك مرض محتمل قد تم إكتشافه وتوضيح البيّنة لأخذ خزعة وتحضير المريض للإجراء وأخيراً «في زيارة المتابعة التي أجريت بعد أسبوع» البوح بالخبر السيئ «سرطان الكبد» سيئ المآل.

والعمل تجريبياً مع مريض ممثل على حالات حقيقة للمتعلمين مفيداً ومؤثراً بالرغم من الحاجة لممثل يتقمص الدور بسرعة فائقة وبأداء ماهر وارتجال.

ودون قائمة من المواقف الأخرى للبوح بالخبر السيء وثبتها على السبورة أو الورق الدوار «Flipchart» التي قد يفكر فيها المتعلمون وقد تكون أقل خطورة من تلك التي عرضت، ولكن المريض قد يهلع لسماعها «مثل تشخيص هبوط الغدة الدرقية، فحص شريحة عنق الرحم غير الطبيعية، أو إخبار المريض بأنه يحتاج إلى علاج فرط الضغط» ودرب باستعمال أداء الأدوار أو المريض الممثل.

واعمل على هيكل البوح بالخبر السيئ «راجع الفصل الثامن في كتابنا المرافق» ووزع نشريات بعد ذلك لتعزيز التعلم. وناقش بيّنات البحوث لقصور الأطباء في إعطاء الخبر السيئ أو المزعج.

موضوعات الاختلافات الثقافية أو الحضارية

Cultural issues

تبقى جوهر مهارات الاتصال الضرورية التي يستعملها الأطباء واحدة حينما يقابلون مريضاً من ثقافة مختلفة – حينما يحاولون فهم معتقدات المريض الصحية من وجهة نظره التي تشمل الأفكار والهواجس وتوقعات المقابلة الطبية. اطلب من المتعلمين أن يعطوا أمثلة واقعية واجهتهم في هذا المجال وبين الارتباط مع نموذج المرض – المعاناة (McWhinney 1989). واذكر أن عدداً من هذه المفاهيم التي ساعدت على صياغة هذا النموذج جاءت من علم الأنثروبولوجيا ودراسات الاختلاف الحضاري. وسلط الضوء على أن مشكلات الأطباء هي صياغة الافتراضات من دون التحقق منها. وجرب تمارين المجموعة الصغيرة التي تسمح للمتعلمين لاستكشاف ماذا يعنون بالحضارة وبماذا تتأثر وكيف يعبر عنها فضلاً عن أهمية الوعي الذاتي وتجنب النمطية والتحيز. إن الجسات التي تدار بصورة جيدة يجد فيها المتعلمون التشجيع باستكشاف التوجهات والمعتقدات نسبة إلى الاختلافات الحضارية وتقديرها والتي ربما تساعد على تغيير الاتجاهات (Dogra 2001; Thistlethwaite and Ewart 2003). واستعمل شريط مصور مهيأ يظهر النقاط التي ترغب أن تصوغها (Kai 1999). وزود المشاركين بنشريات عن الموضوعات / الحواجز الشائعة في الاتصال عند الاختلافات الحضارية. واطلب من المجموعة تحديد النقاط التي يرغبون ببحثها بصورة أوسع. وأشر إلى أن هناك اختلافات كثيرة فيما بين المجموعة العرقية نفسها، وركّز على أهمية التعامل مع المرضى كأفراد بدلاً من إعضاء في مجموعة عرقية معينة. واعتن بالعرض من دون إهمال متعمد قد يسهم بإشاعة النمطية في التعامل مع الاختلافات الحضارية. واستعمل تمارين محورية المريض لمساعدة المتعلمين لتنمية التعاطف مع مرضاهم من مجموعات عرقية أخرى وذلك بالطلب منهم ليمثلوا بأنفسهم الأدوار الآتية واستكشف الموضوعات خلال أداء الأدوار مع ممثل (Eleftheriadou 1996):

- أداء دور لشخص مهاجر وصل حديثاً مع قدرات لغوية قليلة راجع مركز الطوارئ مع احتمال إصابته بكسر.
- زوج مسلم وزوجته وجدا نفسيهما عقيمين بصورة غير متوقعة.
- امرأة من الهندو ترغب أن ترى طبيبة وهي تشكو من دورة شهرية غزيرة ولكن لا توجد طبيبة.
- مريض يحتاج إلى مترجم.
- مريض من ثقافة المتعلم نفسها ولكنه يخالفه بالاعتقاد الصحي.

شجع المتعلمين على مناقشة الخلفيات العرقية والثقافية وخبراتهم. واعط وقتاً كافياً لاستكشاف الأوجه الحضارية لكل سيناريو واستعمل خبرات المجموعة إذا كان ممكناً. والمعرفة حول كيف يفسر بعض المرضى أعراضهم ومعتقداتهم وعلاقتها بأسباب المعاناة لها فائدة في التآلف مع العادات والعلاقة بين الطبيب والمريض في الثقافات المختلفة.

ويمكن أن يؤدي المريض الممثل دور المرضى من أعراق مختلفة وله فائدة واقناع كما يفعل المرضى الحقيقيون أو المتعلمون من أعراق أخرى ولقد بنى (Gill and Adshead 1996) نموذجاً تعليمياً للأوجه الثقافية في الصحة التي تشمل مقابلة المريض في البيت. وأظهر تقييم هذا النموذج لزيادة الوعي للصعوبات الاتصالية إذا ما إحتوت المقابلات على موضوعات ثقافية مختلفة.

المقابلة من خلال التلفون

The telephone interview

إزدادت مكانة المقابلات من خلال التلفون في الطب حالياً. ويجب أن يعني التطور الانفجاري في التلفون النقال أن المرضى أصبحوا أكثر حرية عند الكلام مع أطبائهم خلاله. وعلى الرغم من ندرة البحوث التي تتناول نتائج المقابلات التلفونية على المريض وفاعلية مهارات التلفون (Toon 2002). ومن ناحية أخرى، ليس هناك ضمان من أن زيادة استعمال التلفون في الاستشارة أدى إى تحسين مهارات الأطباء أو المرضى في هذا المجال. فإن تصنيف تدبير ومعالجة المعاناة البسيطة، والشؤون الادارية ومتابعة الحالة ملائمة للمقابلة التلفونية مما يختصر وقت المريض غير الملائم أكثر من الطبيب. ويلاحظ أن استعمال الاستشارات التلفونية إزداد في أوقات تقديم الخدمات الطبية الاعتيادية كطريقة لإعطاء النصيحة من دون رؤية المريض. ولكن حينما نريد ممارسة الطب السريري السليمة بالتلفون نحتاج إلى عدد من المهارات الجوهرية من الدليل لإستخدامها بعناية وتركيز أكبر، حيث أن الاتصال غير اللفظي يقل في هذه الحالة.

شجع المتعلمين للعمل ثنائياً أو بمجموعات صغيرة وصغ قائمة من المهارات الرئيسة التي تحتاج تسليط الضوء عليها في الاستشارات التلفونية خارج أوقات العمل، والتي تشمل الآتي:

- تأكد من إنك تتكلم مع الشخص المعني.
- إظهر الدفء والاهتمام خلال نبرة الصوت واستعمل لغة واضحة.
- أوضح الأهداف الرئيسة في الاتصال التلفوني.
- أوضح التاريخ السريري ومنظور المريض ولاسيما هواجسه وتوقعاته من خلال الاتصال التلفوني.
- إلتقط واستجب للتلميحات اللفظية.
- كرر التعاطف والتحقق.
- لخص بوضوح واستعمل الانتقال المؤشر.
- اعط جرعات قليلة من المعلومات وتحقق من فهمها، وابنِ إعطاء المعلومات على منظور المريض.
- قدم الخيارات وناقش الخطط وتحقق منها.
- استعمل التلخيص النهائي وشبكة الأمان.

تشيع جلسات التعليم على مهارات التلفون في الرعاية الصحية الأولية لأسباب واضحة. ومن السهولة جعل الجلسة حيوية وممتعة وممكن صياغة سيناريوهات معتمداً على حاجة المتعلمين واستعمل التلفون النقال في أداء الأدوار على أن يجلس «المريض» و «الطبيب» ظهر أحدهما إلى ظهر الآخر لإعطاء بعض الواقعية. ويمكن تسجيل الحوار سمعياً وهو أسهل من التسجيل الصوري ووصف مايلز (Males 1999) بناء ورشة عمل لأطباء الرعاية الصحية الأولية واستعمل التسجيلات السمعية للاستشارات التلفونية خارج أوقات العمل كأداة لتحسين المهارات. وإزدادت معدلات الثقة بشكل ملحوظ وتحسنت بعد نهاية ورشة العمل مهارات متعددة وتشمل: التعامل مع الغموض، التعامل مع آباء وأمهات الأطفال المصابين بالحمى، التعامل مع التوقعات غير المنطقية. وينبغي أيضا بناء الورشة لاكتشاف مشكلات المجموعة أولاً، وتحديد أولوياتهم في المجالات والنتائج المفضلة للمريض والطبيب. والتدرّب على المهارات وبناء هيكل المقابلة التلفونية له فائدة للمتعلمين. واسأل الشخص الذي يؤدي دور المريض – فيما إذا كان ممثلاً أو متعلماً – ووضح رؤيته وكيف يشعر حينما يكون في الجانب الثاني من التلفون طبيب. وما هواجس المريض الرئيسة؟ وكيف يمكن أن يساعد الطبيب المريض بالطريقة المثلى في أثناء الاستشارة التلفونية؟

الجزء الثالث

Part 3

بناء منهاج مهارات الاتصال

Constructing a communication skills curriculum

مقدمة الجزء الثالث

Introduction to Part 3

في الفصول المتبقية من هذا الكتاب سنذهب بعيداً عن جلسات التيسير الفردية ونتفحص منهاج مهارات الاتصال ككل. ونتصدى لـــ: كيف يمكن أن نحوّل هذه الأساليب الموصوفة للتعليم والتعلم لحد الآن إلى برامج مهارات الاتصال التي تنتج تغيّراً فاعلاً طويل المدى لمهارات اتصال المتعلمين، وكيف يمكن لنا ترجمة فهمنا لكيفية التعليم وما هي طرق التعلم التي نستخدمها في منهاج مصمم بعناية؟

وعلى مدى (25) سنة الماضية هناك ازدياد في الضغط على المؤسسات الطبية المهنية لتحسين التدريب والتقييم لمهارات الأطباء وطنياً (General Medical Council 1978, 1993, 2002; Association of American Medical Colleges 1984; American Board of Pediatrics 1987; Workshop Planning Committee 1992; Cowan and Laidlaw 1993; Barkun 1995; Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 1996; Royal College of Physicians 1997; British Medical Association 1998, 2003; Accreditation Council for Graduate Medical Education and the American Board of Medical Specialties, cited in Batalden et al. 2002) وعالمياً: (World Federation for Medical Education 1994; Institute for International Medical Education 2002). وهناك عدد من الكليات الطبية ومعاهد الرعاية الصحية في العالم قد اهتمت بهذه النصيحة ووضعت برامج تدريب مهارات اتصال منهجية ليس لطلبة الطب حسب وإنما للمقيمين والأطباء آخذت بالازدياد. وعلى الرغم من هذا الترحيب والتطور الملحوظ فإن هناك موضوعات تتحدى باستمرار مدراء البرامج والميسّرين الذين يعملون في تصميم وإرساء برامج من الطراز الأول على كل مستويات التعليم (Kurtz 1989; Whitehouse 1991; Novack et al. 1993).

الموضوعات الرئيسة في تصميم وإرساء مناهج الاتصال

Key issues of communication curriculum design and implementation

1 كيف نستطيع بناء منهاج اتصال؟

- ينبغي أن نضمن أن المتعلمين لا يتمكنوا من المهارات وبمستوى عالٍ حسب وإنما يجب أن يحتفظوا بها ويستعملوها مع تقدم الزمن.
- اختر ونظم البرامج:
  - قرر جوهر محتويات الاتصال.
  - نظم محتويات البرنامج وكيّفه لحاجة المتعلمين المعنيين.
  - اضمن الموازنة بين جميع مفردات البرنامج.
- اختر طرق التعليم لكل مفردة من مفردات البرنامج.
- كامل بين الاتصال والمهارات السريرية الأخرى وبقية منهاج المتعلمين.

Continued

- نسّق مناهج الاتصال على جميع مستويات الاتصال.
- اضمن تنمية مهارات اتصال المتعلمين إلى مستوى الكفاءة المهنية وتطبيقها في الممارسة اليومية لديهم.

2 كيف نقيّم مهارات الاتصال بفاعلية وكفاءة؟

- طوّر تقييم بنّاء «Formative assessment» كجزء من برنامج الاتصال.
- طوّر تقييم إجمالي تصديقي «Summative certifying assessment» لمهارات الاتصال.
- قيّم مهارات الاتصال للأطباء في الممارسة العملية.

3 كيف نعزّز مهارات التيسير؟

- عزّز مهارات الميسّر الشخصية في الاتصال بالمرضى.
- إرفع قاعدة المعلومات لمهارات الاتصال النظرية.
- عزّز مهارات تعليم وتيسّير الاتصال.
- عزّز حالة تبني ومكافئة هذا التعليم إلى الحد الأعلى.

4 كيف نعزّز النمو الإضافي وقبول مناهج تعليم الاتصال في التعليم الطبي؟

- اوجد الوقت والموارد المناسبة للتدريب على الاتصال في مناهج التعليم الطبي على جميع المستويات.
- اضمن حالة التدريب على الاتصال كمفردة أصيلة في المهارات السريرية لجميع التخصصات.
- استجب للاحتياجات المتزايدة لتحسين الاتصال والتنسيق بين مقدمي الرعاية الصحية.

وتناقش الفصول الخمسة في هذا الجزء الموضوعات الآتية:

- يقدم الفصل التاسع نظرة عميقة ومتداخلة واستراتيجيات تساعد على التصدي للموضوعات الشائعة لإنشاء مناهج الاتصال كافة.
- يعالج الفصل العاشر موضوعات خاصة في تصميم وإرساء المناهج في المجالات المنفصلة الآتية: برامج الدراسة الأولية والدراسة السريرية والإقامة والتعليم الطبي المستمر.
- ويستكشف الفصل الحادي عشر تقييم مهارات اتصال المتعلمين.
- ويدرس الفصل الثاني عشر كيفية تعزيز تدريب الميسّرين.
- ويتفحص الفصل الثالث عشر طرق تعزيز بناء مناهج الاتصال الإضافية في التعليم الطبي ويتأمل التطور المستقبلي.

الفصل التاسع

Chapter 9

أسس تصميم مناهج مهارات الاتصال
Principles of designing communication skills curricula

المقدمة
Introduction

ركزنا في هذا الكتاب ومرافقه على عناصر تعليم وتعلم الاتصال في جميع مستويات التعليم الطبي العامة: الأسس المستندة إليها والمفاهيم وبيّنات البحوث والنظريات والمهارات الجوهرية وطرق التعليم ومهارات التيسير. وأبرزنا في هذا الفصل الموضوعات الرئيسة في تصميم المنهاج الذي يبقى ثابتاً خلال مراحل التعليم الطبي كافة وفي التخصصات المختلفة وفي مختلف البلدان. كما تخدم طيفاً واسعاً من المهنيين للاتصال بالمرضى. وهذا لا يعني أن هناك منهاجاً معيارياً مناسباً لكل الظروف. وتحتاج مناهج الاتصال أن تكيّف إلى احتياجات الأفراد المتعلمين ومرضاهم. وحتى في هذه الحالة فإن هناك أرضية مشتركة عامة، وهي: الحاجة لتلبية متطلبات المتعلم الفرد في أي مستوى والبدء من قاعدة المعلومات التي يمتلكها لتبنى عليها برامج الاتصال.

كيف يمكن لنا تنظيم برنامج منسجم منطقياً ونضمن تنمية المهارات المنهجية والمستمرة في التدريب والممارسة السريرية؟ وكيف نتمكن من بناء منهج شامل منظم بعناية بينما يعتمد التعلم التجريبي على حل المشكلات غير المتسلسلة وفرص متباينة.

وسنبدأ في هذا الفصل بملخص موجز للإطار الإدراكي للتدريب الاتصالي المنهجي الذي يزود أسس تطور المنهج في أي مستوى. وبعدها نقدم استراتيجيات وأسس تساعد على التصدي للموضوعات الشائعة لتصميم مناهج الاتصال كافة:

- كيف نضمن أن المتعلمين لا يتمكنون من المهارات وبإطار واسع حسب ولكنهم يحتفظون بها ويستعملونها مع الزمن أيضاً.
- كيف نختار محتوى برامج الاتصال:
  - تحديد جوهر المحتوى.
  - تكييف وتنظيم المحتوى وعلاقته باحتياجات المتعلمين الخاصة.
  - ضمان الموازنة بين جميع مكونات البرنامج.
- كيف نختار طرق التعليم المناسبة لأي مكّون من مكونات البرنامج.
- كيف نكامل بين الاتصال والمهارات السريرية الأخرى وباقي منهج المتعلمين.

الإطار الإدراكي في تدريب الاتصال المنهجي
A conceptual framework for systematic communication training

سلطت البحوث (Carroll and Monroe 1979; Kurtz 1989; Simpson et al. 1991; Seely et al. 1995) الضوء على أهمية برامج الاتصال المنهجية والتي تشمل تحديد عبارات واضحة من المهارات الاتصالية ينبغي تعلمها وتقييمها وتحدد المهارات المعينة وممارستها أيضاً. كما تؤكد على ضرورة البناء المنهجي لتطوير برامج الاتصال كذلك.

وكخطوة أولى في هذه العملية، وجدنا من المفيد العمل من إطار بسيط لتدريب الاتصال المنهجي، الذي يجلب معه عدداً من العناصر المركزية في تعليم وتعلم الاتصال الذي قدمناه في هذا الكتاب لحد الآن. ويزودنا هذا الإطار بقالب يساعدنا على التفكير خلاله بكيف ننظم المنهج ونقرر أساليب التقييم. ويشكل دليل كالكاري– كامبردج الإطار الذهني لأسس مناهج الاتصال التي نبنيها للأطباء والمقيمين وطلبة كليات الطب جميعاً.

مستطيل 9.1 الإطار الإدراكي المنهجي للتدريب في الاتصال

Box 9.1 A conceptual framework for systematic communication training

الافتراضات الأولية

- الاتصال مهارة سريرية أساسية.
- الاتصال في الطب سلسلة من المهارات يمكن تعلمها – بدلاً من سمة شخصية – ويمكن لأي شخص تعلمها إذا أراد.
- قد تكون الممارسة معلماً سيئاً لمهارات الاتصال.
- هناك عناصر ضرورية في التعلم تؤدي إلى التغيير:
  - الوصف الدقيق والمنهجي وتحديد المهارات.
  - مراقبة المتعلمين.
  - الاسترجاع الوصفي التفصيلي حسن القصد.
  - التسجيل الصوري أو السمعي ومراجعته.
  - الممارسة المتكررة والتدرّب على المهارات.
  - مجموعة صغيرة فاعلة أو تعليم فرداً لفرد.

المخطط المنظم لبرامج الاتصال (Riccardi and Kurtz 1983; Kurtz 2002)

أهداف الاتصال الطبي

- يزيد
  - الدقة
  - الكفاءة
  - الدعم
- يعزز رضى المريض والطبيب
- يحسن النتائج الصحية
- يعزز المساهمة والمشاركة (في الرعاية التي محورها العلاقة)

Continued

مهام المقابلة الطبية

أصناف المهارات العامة

- مهارات المحتوى – ما يعمله الطبيب.
- مهارات الصياغة – كيف يقوم به.
- المهارات الإدراكية – كيف يفكر ويشعر.

الأسس التي تميز الاتصال الفاعل (Kurtz 1989)

- ضمان التفاعل بدلاً من النقل المباشر.
- تقليل الغموض غير الضروري.
- يحتاج إلى التخطيط والتفكير بلغة النتائج.
- إظهار الحيوية.
- اتباع النموذج اللولبي.

التركيز على التعلم والتقييم (Miller 1990)

- المعرفة – هل تعرف ذلك؟
- الكفاءة – هل تتمكن من عمله؟
- الأداء – هل تعمله (تختاره) في أثناء الممارسة؟
- النتائج – ما حدث للمرضى والأطباء؟

لقد استكشفنا حتى الآن المكونات الثلاثة الأولى من الإطار فيما سبق من هذا الكتاب. ويحتاج المركب الأخير توضيحاً أكبر. ووجدنا من المفيد أن نحتفظ في أذهاننا بأربعة مرتكزات في تخطيط وتنمية التعلم والتقييم (Miller 1990)، وهي المعرفة والكفاءة والأداء والنتائج، جميعها مهمة في اتصال الطبيب والمريض. يمكن بل يجب أن تعلم وتقيّم المعرفة والكفاءة في الدراسة الأولية وتراجع أيضاً وتحسّن وتعمق وتضاف إلى النمط اللولبي للتعليم في أثناء الإقامة والتعليم الطبي المستمر. بينما الأداء والنتائج يمكن لنا التصدي لها فقط في أثناء الإقامة والتعليم الطبي المستمر، حينما نرى ماذا يختار الطبيب واقعاً للتعامل مع المرضى وما نتائج اختياره. ويجب أن نوسّع تدريب الاتصال لأعلى المستويات في التعليم الطبي وننسقه مع برامج الاتصال في الدراسات الأولية.

كيف يمكن لنا أن نضمن أن المتعلمين لم يتمكنوا من المهارات على نطاق واسع فحسب وإنما يحتفظون بها ويستعملونها في ممارستهم بمرور الوقت؟

How do we ensure that learners not only master an increasing range of skills but also retain and use them over time?

لقد أظهرنا أن اتصال الطبيب بالمريض عملية معقدة ووضعنا منهاجاً واسعاً لمهارات اتصال الأطباء للتمكن منها لتطبيقها في الممارسة في عالمهم الواقعي. كيف يمكن لنا أن نصمم منهاجاً يساعد المتعلمين على هضم هذه المهارات؟ وكيف نستطيع أن نضمن زيادة ذخيرة المتعلمين من المهارات؟ وكيف نساعدهم على الاحتفاظ بهذه المهارات بمرور الوقت حتى يستعملونها فعلياً وتؤثر في ممارستهم المستقبلية؟

هناك ثلاثة أسس لتصميم البرامج تساعدنا للتصدي لهذه الأسئلة وترشدنا في التخطيط لبرامج مهارات الاتصال وهي:

منهاج بدلاً من دورة

A curriculum rather than a course

على مستوى الدراسات الأولية، وقفت مشكلات عديدة أمام الأساليب السابقة لتعليم مهارات الاتصال والميل لبناء دورة واحدة مستقلة للتدريب، والتي غالباً ما توضع قبل برامج التعليم الأخرى ومنفصلة عن المهارات السريرية الباقية. وعادة ما تختتم الدورة بتقييم واحد تدور حول ماذا تعلم الطلبة من مهارات الاتصال بعيداً عن باقي مناهجهم الطبية.

ولكن للوصول إلى تغيير مؤثر ومعتبر لمهارات الاتصال عند المتعلمين نحتاج إلى أكثر من «دورة واحدة» فقط ويحتاج متعلمو الاتصال إلى تطور مع تقدمهم من خلال التدريب. وهكذا فإن تداخلنا التدريبي يحتاج إلى تنسيق مناسب مع الوقت، وليس من الممكن أن نتصدى لإحتياجات المتعلمين الاتصالية الكاملة في أية نقطة مستقلة من برنامجهم التدريبي.

فمثلاً، في برامج الاتصال في الكليات الطبية يتحرك التركيز ويتدرج من افتتاح المقابلة وبناء العلاقة إلى جمع المعلومات ثم التوضيح والتخطيط. وفي الوقت نفسه، يحتاج المتعلمون إلى ترادف مع زيادة المستويات التعليمية و السريرية. لأن احتياجات المتعلمين الاتصالية لا يمكن التصدي لها في نقطة واحدة، لذلك يجب أن يخطط مدير البرنامج منهاجاً من عدة مكونات ليناسب المراحل التي يمر بها تعليم الطلبة ككل.

منهاج لولبي بدلاً من منهاج خطي

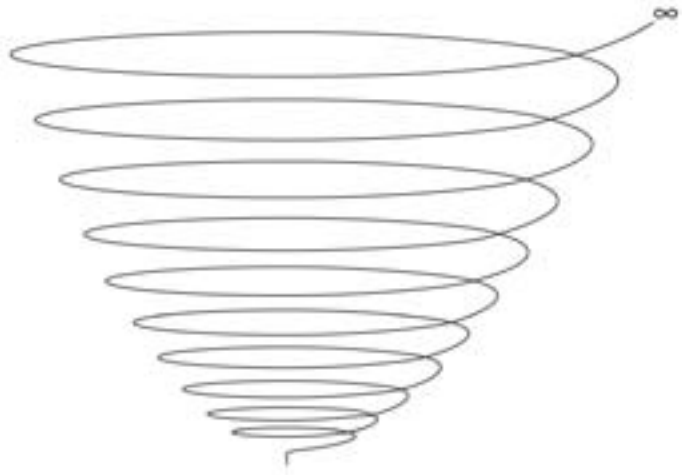
A helical rather than linear curriculum

لا يكفي نموذج الدورة الواحدة وإن النماذج المتسلسة التي لا تسمح للمتعلم من مراجعة المجالات التي درسها سابقاً غير كافية أيضاً. وهناك بيّنات واضحة من أن مهارات الاتصال سريعاً ما تنسى بعد تعلمها. وبين إنكلر (Engler et al. 1981) أن مهارات الطلبة الاتصالية المتحسنة بعد التدريب في السنة الأولى سرعان ما تتدهور بدرجة عالية إذا لم تُعزز في السنة الثانية، ووجد كريج (Graig 1992) أن الطلبة الذين اشتركوا بدورة اتصال اختيارية في السنة الأولى تحسنت مهاراتهم مقارنة بالمجموعة الضابطة ولكن بعد

ثلاث سنوات بدأ هذا التحسن بالتبخر وأخيراً اختفى هذا التمايز. ولكن بين كاوس (Kauss et al. 1980) أن المقيمين من الكليات الطبية الذين تزودوا بدورات مهارات العلاقات الشخصية الشاملة «مثل: استعمال أشرطة الفيديو وأكثر من دورة تعريفية» أظهروا تعاملاً أفضل في إظهار الموضوعات العاطفية والتعامل معها مقارنة بطلبة كليات أخرى. بينما اخفق الطلبة من كليات طبية أخرى ممن اشتركوا بدورات اتصال شخصي محدودة مقارنة بالذين لم يدخلوا دورات الاتصال نهائياً. وأظهر كران وجماعته (Kraan et al. 1990) أن الفائدة المتبقية يمكن الحصول عليها باستعمال نموذج شامل ومستمر للتدريب على مهارات الاتصال على مدى أربع سنوات.

وتلخص هذه الدراسات، أن تعليم مهارات الاتصال يجب أن يكرر خلال مدة التدريب السريري. ومن أكثر الأسباب المحتملة لها مظهرين في التعليم الطبي: أولاً، أن أي تركيز على مهارات الاتصال في البداية يبدو أنه سيهمل وذلك لانشغال الطلبة بالتعامل مع حل المشكلات الطبية. وإن أي انشغال في تدبير الأمراض فقط، يحتاج أن يعاد توازنه مع التدريب على مهارات الاتصال وإلا سيفقد تدريب المتعلمين على المهارات (Kraan et al. 1990). ثانياً، ولأن عدداً من الأطباء السريريين الخبراء قد تلقوا تدريباً قليلاً على مهارات الاتصال قد يشوهون أهمية التدريب عليها، وإن النموذج السيئ الذي يعرضه هؤلاء في الممارسة قد يؤدي إلى التأثير السلبي على برامج تدريب الاتصال المنهجي.

كما أن هناك سبباً أساسياً أكثر أهمية لضمان مراجعة الطلبة مناهجهم السابقة كلما تقدم التدريب، إذ يشير الأساس التعليمي حاجة التدريب لأن يأخذ شكلاً لولبياً بدلاً من التسلسل الخطي شكل (9.1)
(Dance 1967; Riccardi and Kurtz 1983; Kurtz 1989)



نموذج الاتصال Dance 1967 Model of communication

وفيما تقدم من الكتاب، قدمنا أهمية اللولب كأساس نظري في الاتصال. وهنا سنطبق النموذج اللولبي في التعلم وتصميم المناهج. وإن التعلم اللولبي هو أساس جميع تخطيطنا لتنفيذ ستراتيجياتنا. ويقترح أن المتعلمين يحتاجون إلى أكثر من اكمال نموذج واحد في دورة اتصال وينتقلون إلى مكون منفصل آخر. ولذلك ينبغي التأكيد على أن لا يمكن الحصول على تعلم مهارات الاتصال من التعلم من مرة واحدة. وإن الموضوع الذي لا يُعزز ولا يُعمق يميل إلى الضمور. ويحتاج إلى الإعادة ومراجعة التعلم السابق لنمو المهارات المتميزة. ويزود المنهاج المعدّ جيداً بفرص للمتعلمين لمراجعة وتحسين والبناء على المهارات التي يمتلكونها. وفي الوقت نفسه، تضاف مهارات جديدة ويزداد تعقيدها حتى يدور المتعلم بلولب متصاعد للتعلم وعلى مستوى أعلى قليلاً في كل وقت.

ولماذا هذا التكرار ضروري؟ لأن الناس يتعلمون بصورة لولبية أكثر من تعلمهم الخطي. فكر في الوقت الذي تعلمت به مهارة جديدة للعلبة الغولف أو البيانو أو تكلم لغة جديدة. لتتعلمها بصورة جيدة تحتاج إلى أكثر من سلسلة من الدروس عن مواضيع مختلفة وواحد تلو الآخر من دون تكرار أو مراجعة وعلى الفرض أن الموضوع الذي عرض تم التمكن منه. لذلك فإن التعلم الخطي لا يلبي حاجة الناس في التعلم. ويحتاج الناس إلى عرض وتكرار ومراجعة وفرص ممارسة الذي تعلموه والغور في تعقيداته للنجاح أو الفشل بأمان والتنقيب والبناء على ما موجود من المهارات وحتى إعادة التعلم.

ويساعد تخطيط المناهج اللولبي البناء المتضمن التكرار على التحسن التدريجي وعند زيادة صعوبة الموضوع يضمن للمتعلمين ليس تمكّنهم من المهارات حسب وإنما الاحتفاظ بها واستعمالها بمرور الوقت. ومن دون برامج اتصال مستمرة ولولبية على مدى تدريب المتعلمين الشامل أما ينسون مهارات الاتصال أو يفشلون من التمكن منها بالمستوى الحرفي المطلوب. وتفحصت فان دالين وجماعتها (Van Dalen et al. 2002a) هذا الموضوع في الدرسات الأولية، حيث قارنت طلبة كليتي طب في هولندا وذلك لتقييم فاعلية الأسلوبين المختلفين في تدريب مهارات الاتصال. ويقدم المنهج الأول برنامج تدريب مهارات سريرية متكاملة تتضمن مهارات الاتصال خلال الأربع سنوات التدريبية الأولى. وركّز التدريب في الكلية الثانية على دورات منفصلة في المرحلة ما قبل السريرية وفي بداية المرحلة السريرية قبل التطبيق العملي في الردهات. ونال الطلبة في المنهاج المستمر درجات عالية تشير إلى فاعلية المنهاج الشامل طويل المدى الكبيرة والمتكامل مع المهارات السريرية الأخرى مقارنة بالدورات المركّزة. وقيّم رضوي وجماعته (Razavi et al. 2003) فائدة مهارات الاتصال المستمرة مقابل دورة اتصال واحدة في التعليم الطبي المستمر. إذ قسم الأطباء بعد حضورهم برنامج تدريب أساس لمدة (2.5) يوم إلى مجموعتين بشكل عشوائي، مجموعة تلقت تدريباً لمدة ثلاث ساعات و «ست ورش عمل» تقوية ومجموعة ضابطة لم تتلق تدريباً إضافياً آخر. ووجد تحسناً كبيراً عند المجموعة التي دخلت دورات التقوية مقارنة بالمجموعة الضابطة. وقد وثق (Rucker and Morrison 2001) أسلوباً لاستكشاف الموضوع نفسه في مؤسسة صحية أكاديمية. إذ شمل الأسلوب ليس تدريب طلبة الدراسة الأولية بمدى أربع سنوات ولكن اشترك الأطباء والمقيمين والأساتذة بجلسات حوارية تشابه نموذج الاتصال الذي وضع للطلبة. وكان هدف المنهاج هو خلق ثقافة مؤسساتية تؤدي إلى اتصال فاعل بين الطبيب والمريض.

كما يساعد المنهاج اللولبي على تجاوز أحد التحديات الرئيسة لتعليم مهارات الاتصال وهو تخطيط البرنامج في سياق تحين الفرص التعليمية التجريبية حينما لا يمكن توقع أية مهارة ينبغي تغطيتها مسبقاً. ويسمح البرنامج اللولبي تغطية المجالات التي أهملت من دون قصد في جلسة مخصصة لاحقاً. وبذلك يشعر الميسّرون أن الفرص المفقودة لا تهمل نهائياً. وزودنا الملحق (1) بمنهاج أعد على النموذج اللولبي.

منهاج متكامل غير منفصل عن المنهاج الطبي
Integrated not separated from the rest of the medical curriculum

والأساس الثالث لتصميم البرنامج هو ضمان تكامل فاعل لمهارات الاتصال مع تدريب المتعلمين على المهارات السريرية والأجزاء الأخرى من المنهاج الطبي. على الرغم من أن دورات الاتصال المستقلة التي يركّز بها الانتباه على موضوع الاتصال مع ميسّرين ملمين بتعليم وتعلم الاتصال ضرورية. ومن دونها سيميل الاتصال إلى استقطاب انتباه غير كاف ولكن تكامله مع المنهاج الطبي الأوسع مهم كذلك حتى لا يظن أن الاتصال مفصولاً عن «الطب الحقيقي» (Carroll and Monroe 1979; Engler et al. 1981; Kurtz 1989; van Dalen et al. 1989; Kurtz et al. 2003). ومن دون تكامل سيبدو الاتصال زخرفة غير ضرورية بدلاً عن مهارة سريرية أساسية تتعلق بجميع المقابلات مع المرضى. إضافة إلى رغبتنا أن ينظر إلى الاتصال كموضوع جوهري يطبق في جميع التخصصات، عندها يجب أن يدرس ليس في الرعاية الصحية الأولية أو الأمراض النفسية حسب ولكن في التخصصات الأخرى مع مساعدة فاعلة من أطباء ذوي اختصاصات متنوعة. وهذا يعني أن الكلية السريرية التي تدرك أهمية الاتصال وكيف يتواءم مع الممارسة الطبية في مجالات متنوعة يعد حيوياً. وسوف نناقش أساليب التكامل بتفصيل أوسع لاحقاً في هذا الفصل.

كيف نختار محتويات البرنامج الاتصالي وننظمه؟
How do we select and organise the content of our communication programmes?

إقرار محتويات البرنامج الجوهرية
Deciding on the core content of the programme

في الجزء الأول من هذا الكتاب، عرضنا المنطق في تبني الأسلوب المعتمد على المهارة في تعليم الاتصال ووصفنا المهارات الجوهرية التي تؤلف المنهاج الاتصالي. ويلخص دليل كالكاري–كامبردج هذه المهارات الجوهرية ويضعها في إطار واضح لمهام أجزاء المقابلة. ويمكن تطبيق هذه المهارات الجوهرية في مستويات التعليم الطبي الثلاثة «الدراسة الأولية، الإقامة، التعليم الطبي المستمر» وفي سياقات طبية عديدة متنوعة. وتبدو هذه النقطة مناقضة للبداهة – إذ يعتقد كثيراً من المجموعات التخصصية التي عملنا معها أن تخصصه فريد ويحتاج إلى مهارات اتصال خاصة. وفي الحقيقة، أن مهارات الصياغة هي ليست خاصة لسياق ولا لمستوى معين. وقد تحتاج السياقات المختلفة إلى تغيير في التركيز أو تكيّف في المهارات لتلائم الحاجات الخاصة للأطباء والمرضى في تلك البيئة المختلفة. بينما تبقى المهارات الجوهرية والأسس المعتمدة عليها واحدة وتؤلف قاعدة عامة لمناهج الاتصال. وعلى الرغم من تغيّر بيئة التفاعل ومحتوى الاتصال ولكن تبقى مهارات الصياغة ثابتة.

ولا يمكن التأكيد أكثر مما ذكر على أهمية إستخدام الإطار أو النموذج مثل دليل كالكاري–كامبردج كنقطة بداية في تطور المنهاج. ومن الضروري رسم المهام والمهارات ووصفها لإرساء برامج الاتصال. وحديثا هناك محاولات عديدة لإنتاج إجماع عالمي لإصدار بيان عن تعليم وتقييم مهارات الاتصال في التعليم الطبي (Association of American Medical Colleges 1999; Makoul and Schofield 1999; Participants in the BayerFetzer Conference on Physician–Patient Communication in Medical Education 2001). وأوصى جميع المشاركين باستعمال إطار مهارات الاتصال كأساس لتطوير

البرامج. ومثل هذا الاطار سيزود الأسلوب بالتخطيط والمنطق للتعليم والتقييم وذلك بتحديد المحتويات الجوهرية لبرنامج الاتصال بوضوح وجعله شفافاً يبين كفاءة المحتوى الجوهري الذي يروم التصدي له.

وجدير بالذكر، إن المعاهد التي تطور برامج الاتصال جديدة لا ينبغي أن تبدأ من البداية حينما تروم وضع إطار لمنهاجها. إذ هناك نماذج متعددة للاختيار التي من خلالها تشترك بالأرضية العامة. ويمكن لها أن تكيّف ذلك لاحتياجاتها الخاصة. ومن غير منهاجنا (دليل كالكاري–كامبردج) هناك نماذج معروفة وتشمل:

- the Brown Interview Checklist (Novack et al. 1992)
- the Three-Function Model (Cohen-Cole 1991)
- the E4 Model (Keller and Carroll 1994)
- the Segue Framework (Makoul et al. 1995)
- the Maas Global (van Thiel and van Dalen 1995)
- the patient-centred clinical method (Stewart et al. 1995)
- the Kalamazoo Consensus statement (Participants in the Bayer-Fetzer Conference 2001)
- the Model of the Macy Initiative in Health Communication (Kalet et al. 2004).

تكييف وتنظيم المحتوى وارتباطه باحتياجات المتعلمين
Tailoring and organising the content in relation to learners' needs

حينما يخطط لمنهاج اتصال، كثيراً ما يصعب مواءمة الاهتمام وتسلسل التعلم مع المهارات الفردية المطلوبة. وعلى الرغم من بقاء محتوى مهارات برامج الاتصال ثابتة خلال المستويات الثلاثة للتعليم الطبي تبقى هناك اختلافات معتبرة فيه:

- حاجة كل مجموعة من المتعلمين للمنهاج الشامل.
- مهارات الصياغة المحددة ومهارات المحتوى والمهارات الإدراكية واحتياجها في المرحلة التعليمية المعينة.
- التسلسل الذي يلبي هذه الاحتياجات والمهارات والتصدي له بشكل أفضل.

لذلك عند تصميم أي منهاج اتصالي يجب أن يكيّف بعناية لحاجة المتعلمين الخاصة. وعند التخطيط يجب أولاً أن يأخذ في الحسبان من هم المتعلمون:

- في أية مرحلة من مراحل مهنتهم؟
- ما احتياجاتهم الاتصالية الخاصة كما محددة في البحوث وتقدير المؤسسة والمرضى والتنظيم المهني؟
- كيف يتمكن المتعلم الفرد في المجموعة أن يدرك احتياجاته؟
- ما الخبرات التي يمتلكونها سابقاً من تعليم مهارات الاتصال؟
- وما احتياجاتهم الموحدة؟

يحتل مستوى التعليم الطبي أهمية خاصة وتختلف احتياجات طلبة الدراسة الأولية عن المقيمين والأطباء وفي الاختصاص نفسه اختلافاً واسعاً. علاوة على ذلك، لا يشبه الاتصال مجالات أخرى في الطب إذ إن حاجة الأطباء لا تتحدد أولاً بدرجة خبرتهم – حيث في بعض الأحيان يحتاج الطبيب الخبير إلى موضوعات الاتصال الأساسية أكثر من غيره وسوف نستكشف ذلك بعمق في الفصل العاشر.

ضمان الموازنة بين جميع الأوجه ذات العلاقة بمنهاج الاتصال

Ensuring a balance between all relevant aspects of the communication curriculum

يظهر موضوع الموازنة في تخطيط برامج الاتصال ابتداءً في مجالين:

1 كيف يمكن الربط بين تعليم موضوعات الاتصال بالتوجهات والمهارات.
2 أين وكيف تعلم التوضيح والتخطيط.

الموازنة بين مهارات الاتصال والتوجهات والموضوعات

كما ناقشنا في الفصل الثالث، يتصدى منهاج الاتصال إلى ثلاث مجالات متداخلة:

1 المهارات (المحتوى، الصياغة، الإدراكية).
2 التوجهات (وتشمل: المعتقدات والقِيم والقصد).
3 الموضوعات والتحديات.

كيف يمكن لنا أن نضمن أن هناك توازناً بين هذه المكونات الحيوية؟ يركز هذا الكتاب على الأسلوب المعتمد على المهارة في تعليم وتعلم الاتصال. وهنا سنستكشف كيف نتناول التوجهات والموضوعات في البيئة المعتمدة على المهارات.

التوجهات

Attitudinal work

تؤثر التوجهات والمعتقدات والقيم التي تقف خلفها على تفكيرنا وأعمالنا بشكل معتبر وتحتاج إلى الاهتمام والعناية في برامج الاتصال. كيف يمكن لنا أن نربط بين تعليم المهارات التكاملية والتوجهات ضمن المنهاج المعتمد على المهارة وهنا يوجد أسلوبان محتملان:

المناقشة في أثناء جلسات التعليم المعتمدة على المهارات: إن الأسلوب الأول يساعد على ظهور التوجهات خلال جلسة التعليم المعتمدة على المهارات. ويعطي هذا الأسلوب فرصاً واسعة حينما تشجع المناقشة حول التوجهات والافتراضات التي تؤثر على كيفية اتصال المتعلمين بالمرضى وذلك يتم حينما يعطي أو يتسلم المتعلمون استرجاعاً لمهاراتهم الاتصالية. واستثمر هذه الفرص بتشجيع المتعلمين للمناقشة المستفيضة للتوجهات التي تساعدهم أو تعيقهم. مثل، التوجهات نحو محورية المريض في الطب ومحورية العلاقة في الرعاية الصحية، التعامل مع العواطف الصعبة، المشاركة بالمعلومات مع المرضى، مجموعات خاصة من المرضى: المصابون بالعوز المناعي أو المدمنون على الكحول، طلب المرضى غير المناسب، المعاناة البسيطة، والإفصاح عن العلاقة بين ما اكتشفه المتعلمون حول الاتصال وإدراكهم ما يمكن ممارسته في الواقع العملي.

وناقشنا سابقاً كيف يمكن للافتراضات أن تؤثر في الاستنتاج السريري وحل المشكلات. وبالطريقة نفسها يمكن أن تؤثر افتراضاتنا السابقة التي تشمل العشوائية والتحيز على توجهاتنا ومن ثم على إدراكنا. وغالباً ما تثار أسئلة حول إدراك المتعلمين لتوجهاتهم وافتراضاتهم وتأثيرها في ما يقولون أو يفعلون مع المرضى، وغالباً ما تكون في لا وعي المتعلم الفرد. ويمكن فتح طريق مفيد ومعتبر آخر وذلك بسؤال المتعلم في نقطة خاصة من المقابلة حينما تظهر صعوبات للعيان «ما النتيجة التي ترغب الوصول إليها؟».

وعند المقارنة بين النتائج المحتملة سوف يلقى الضوء على الاختلافات الاتجاهية بطريقة غير حُكمية «Non-judgmental» «مثل: التخلص من المريض وإخراجه من الغرفة وأن لا تراه مرة أخرى أو للتأمل والنظر في إمكانية العمل معه لمدة طويلة وبناء العلاقة». واسأل ما النتائج التي يعمل المريض للوصول إليها في نفس النقطة من المقابلة وقارنها مع النتيجة التي يرغب المتعلم الوصول إليها. وحالما يحدد المتعلمون النتائج، يمكن مناقشة التوجّه بوضوح واستكشاف الأعمال والمهارات التي استخدمها وأدت إلى نتائج مختلفة. وهذا النوع من المناقشة الواضحة يمكن أن يؤدي إلى تغيير معتبر في التوجهات والمهارات.

تخصيص جلسات محددة لمناقشة التوجهات: أما الأسلوب الثاني فيتضمن القيام بجلسات منفصلة في وحدة الاتصال تركّز تركيزاً خاصاً على التوجهات والوعي الشخصي (Novack et al. 1997). وتخصيص اجتماعات بديلة لمناقشتها، وقد استحدثت كليات طبية مجاميع توعية تشمل مجاميع مماثلة لمجموعة بلاينيت للإدراك «Balint awareness group» (Balint et al. 1993) وبرنامج العناية بسلامة الطبيب، وبرنامج الثقافة أو الأعراق والتطوير المهني أو الشخصي فضلاً عن الموضوعات المذكورة آنفاً والتي تشمل:

- التحديات والصعوبات عند مواجهة المرضى.
- الحاجة لأن يكون محبوباً.
- الرغبة للأخذ بزمام الأمور.
- الشعور بالعجز.
- عواطفنا الذاتية.
- جنسنا وجنس المريض.
- المنظور الشخصي للطب التكاملي أو البديل.
- التوجهات نحو الاختلافات الاجتماعية والتنوع الثقافي.
- التوجهات نحو النوع الاجتماعي.
- الاختلافات وأوجه الشبه.
- موقفنا وموقف مرضانا الروحي (الديني).

يمكن مناقشة التوجهات والمقارنة بين الأقران وذلك بالعلاقة بين خلفياتنا وشخصياتنا وما أفرزته من قيم ومعتقدات وخبرات حياتية سابقة وتحيزاتنا الشخصية وأحكامنا المسبقة. ويمكن أن تؤدي هذه الأساليب إلى الإنعكاس الإيجابي المثمر ليس للعقبات والمحددات للتوجهات فقط وإنما حول دعمنا بتوجهات مساعدة. كما يمكن لمناقشة التوجهات أن تزودنا بفرص لتنمية قابلياتنا في «مثل: العطف والتحمل والمرونة».

وبغض النظر عن أين سنشمل العمل التوجهي، يجب أن نضمن أن مثل هذه الجلسات تتحرك بإطار أوسع من التوجهات والقيم التي تدعمها والعمل لربطها بمهارات مناسبة. إذ ليس من المفيد أن نسلط الضوء على المشكلات أو نزيد الوعي حول التوجهات أو حتى وصفها بأساليب مساعدة من دون تقديم مهارات لحل المشكلات ووضع البدائل في الممارسة العملية كذلك. ثم لماذا نبحث تغيير توجهاتنا مع المرضى المدمنين من دون تزويد المتعلمين بفرصة تنمية المهارات الضرورية لأن يكونوا تعاطفيين وحازمين؟ وكما أشرنا في الفصل الثالث، إن زيادة الوعي جانب مهم في موضوع التوجهات ولكن سيبقى هذا الجهد عقيماً إذا لم يترافق مع تغيير سلوك المتعلمين وإضافة تدريب على المهارات الضرورية. وذكر أحد المشاركين في أحدى ورش العمل التي اقمناها بشكل جميل ووصف كيف كان متحفزاً لموضوع محورية المريض في الطب بعد دراسة سنتين لنيل درجة الماجستير. وقد أصبح ملتزماً بالفكرة وتحويل ممارسته إلى محورية المريض بدرجة

أعلى. ولكن على الرغم من حسن نيته وتأكده أن هذا سيخدمه ومرضاه بصورة أفضل لكن لم يتغير شيئاً. وبعد ثلاثة ايام من العمل بدورة نقاشية ووصف مهارات دليل كالكاري–كامبردج، أدرك بشكل واقعي إنما ما كان يفتقده هو العمل على المهارات التي يحتاجها لإرساء إسلوب محورية المريض.

الموضوعات الاتصالية والتحديات

Communication issues and challenges

تحتاج برامج مهارات الاتصال كذلك إلى تعريض المتعلمين إلى موضوعات اتصالية خاصة وتحديات مذكورة خلال هذا الكتاب وتشمل:

- الحضارة والاختلافات الحضارية.
- النوع الاجتماعي.
- العمر.
- العِرق.
- البوح بالخبر السيئ.
- التاريخ الجنسي.
- المقابلة في الأمراض النفسية.
- مقابلة ثلاثية «مثل، مقابلة المريض ومرافقه».
- احتياجات المرضى الخاصة.
- المواقف الصعبة.
- الرعاية الصحية الطارئة \ المستديمة.
- الموت والاحتضار.
- تعزيز الصحة والوقاية.

كما وصفنا في الفصل الثالث، يعتمد هذا الكتاب الأسلوب المستند إلى المهارة بدلاً عن الأسلوب المستند إلى الموضوع في تعليم وتعلم مهارات الاتصال. وعلى الرغم من أن موضوعات خاصة قد تستدعي تكيّفا خاصاً وإلى مهارات إضافية أيضاً، وتبقى مهارات دليل كالكاري–كامبردج المصدر الأساس والأهم الذي نحتاجه في تدبير جميع الموضوعات الاتصالية والتحديات بفاعلية.

وعندما تتغير بيئة التفاعل وفحوى الحوار في الموضوع أو التحدي لكن تبقى صياغة المهارات التي نحتاجها نفسها كما في أية مقابلة بين الطبيب والمريض. والتحدي هنا هو القدرة على تعميق إدراكنا لمهارات الصياغة الجوهرية ومستوى التحكم والسيطرة عليها حينما نستعملها، وفي أي ظرف نحتاج. لأن نتعلم ما المهارات التي نستعملها بكثافة وبتمعن ووعي أكبر.

لذلك كيف لنا أن نتعامل مع هذه الموضوعات المهمة خلال المنهاج؟ هناك احتمالات متعددة.

تقديم الموضوعات في المكونات ذات العلاقة في المنهاج المستند إلى المهارات: وأحد الأساليب الذي يستعمل في السنين الأولى للدراسة الأولية خصوصاً. إذ يبنى المنهاج على ست مهام اتصالية التي تضع الإطار الأساس للمقابلة الطبية «الافتتاح، جمع المعلومات، بناء العلاقة، بناء هيكل المقابلة، التوضيح والتخطيط، اغلاق المقابلة». ويكون التركيز الأساس حول استكشاف الأهداف والمهارات الجوهرية التي تحقق كل مهمة. بينما تضاف الموضوعات الخاصة لتبين كيف تستخدم المهارات نفسها في الظروف المختلفة. ونستفاد من الفرص المتاحة للعمل على الموضوعات الاتصالية والتحديات حينما تظهر فجأة في المقابلات

مع المرضى الحقيقيين. ولكن الإستراتيجية هنا هو استعمال حالات المرضى الممثلين التي تعرض للمتعلمين موضوعات خاصة أو تحديات ذات علاقة مع المهام المختلفة للمقابلة.

فمثلا، إن أحد المرضى المعياريين (الممثلين) لبرنامج الدراسة الأولية في جامعة كالكاري هي مريضة آسيوية شوهدت في غرفة الطوارئ ولديها مشكلة مع اللغة. ومشكلتها هي ليست صعوبة اللغة الإنكليزية كما يظن الطبيب الذي رآها في الواقع الحقيقي ولكن لديها أعراض نفسية تداخلت مع قدرتها على الكلام. والحالة المعيارية الثانية، مريضة لاتينية (ممثلة) متزوجة في عمر الحمل التي قد تحتاج إلى عملية إزالة الرحم. وتقدم هذه الحالات فرصاً لاستكشاف الاختلافات الحضارية والنوع الاجتماعي كجزء من تعليم مهارات جمع المعلومات. ومثل ذلك، موضوعات البوح بالخبر السيئ أو تحفيز نحو التغيير التي يمكن تدبيرها كجزء من تعليمنا في مهارات التوضيح والتخطيط.

ويمكن استعمال المرضى الممثلين بالطريقة نفسها في الموضوعات والتحديات الاتصالية لمستوى الإقامة مع الاستفادة من خبرات المشاركين لتعميق النقاش. كما يمكن في بعض الأحيان أن نطلب من المقيمين أن يزودونا بسيناريوهات وجدوا أنفسهم فيها يواجهون مواقف صعبة مع مرضاهم أو زملائهم أو آخرون. وبدلاً من الحديث فقط عن الموضوعات والتحديات تسمح لنا مهارة ارتجال المرضى الممثلين لإعادة السيناريوهات الحقيقية والعمل بأساليب مختلفة والاستجابة لهم «راجع الفصل الرابع».

بناء منهاج الاتصال حول الموضوعات: والأسلوب البديل هو بناء المنهاج حول موضوع خاص. ومع كل جلسة (أو سلسلة جلسات) يُركّز على موضوع محدد. وقد استعملت بعض برامج الإقامة والتعليم الطبي المستمر هذا الأسلوب كأداة تعزيزية للمساعدة في إرساء برامج الاتصال. فمثلاً، أن برامج الإقامة للجراحين العموميين وجراحي العظام اكتشفوا من خلال تقييم الاحتياجات بأنهم يرغبون تعلم كيفية التعامل مع موافقة المريض الخطية الواعية والبوح بالخبر السيئ للمرضى. لذلك فأن تدريب الاتصال لهؤلاء المقيمين بدأ بالموضوعين الآنفين والمهارات التي يحتاجونها للتعامل معهما (Descouteaux 1996).

الانتقال من مهام المقابلة إلى تحديات خاصة إلى موضوعات مع تقدم المنهاج: يمكن استعمال هذين الأسلوبين المهجنين. فمثلاً مع تقدم منهاج الدراسة الأولية إلى سني المرحلة السريرية فأن المنهاج سوف يركز على المهام الرئيسة والمهارات في دليل كالكاري—كامبردج. ومع تقدم الطلبة خلال الدورات العملية وفي الدورات السريرية سيركّز التغيير للتعامل مع تحديات اتصالية منتخبة التي يعرضها المرضى الممثلون أو استكشاف موضوعات ذات علاقة لتخصص معين مما يدرسه الطلبة في المرحلة السريرية. وبعد ذلك سترتبط هذه التحديات مع المهارات الجوهرية الأساسية. ويمكن أن يعمل هذا الأسلوب بأفضل ما يمكن وتنسق الجهود لتجنب الإعادة وضمان إدخال موضوعات مناسبة في دورات الطلبة السريرية. وقد وصفنا هذا الأسلوب بالتفصيل لاحقاً في هذا الفصل والفصل العاشر.

المساهمة في دورات موجّهة لموضوعات أخرى: كما اقترحنا العمل مع التوجهات سابقاً، إنها استراتيجية أخرى لتدريس الموضوعات الاتصالية مع زملاء آخرين من الذين يعّدون دورات أو حلقات نقاشية موجهة لموضوعات أخرى. ويمكن مثلاً أن نسهم بإعداد برنامج عام متعدد المهام أو الاشتراك مع محطات الامتحانات السريرية الموضوعية البناء (OSCE) لتعضيد التقييم الذي يخدم برامج الاتصال والأخلاق والاختلافات الحضارية وبرامج سلامة أو تمام عافية الطبيب.

ضمان التركيز الكافي على التوضيح والتخطيط

Ensuring adequate emphasis on explanation and planning

في جميع مستويات التدريب، تميل برامج الاتصال على التركيز على مهارات جمع المعلومات وبناء العلاقة وتقلل من أهمية التوضيح والتخطيط. وعلى الرغم من أهميته القصوى وتأثيره على نتائج الرعاية يبقى هذا المجال غير مطور بصورة كبيرة (Carroll and Monroe 1979; Kahn et al. 1979; Sanson-Fisher et al. 1991; Simpson et al. 1991; Elwyn et al. 1999). ويمكن فهم الميل للتركيز على جمع المعلومات وبناء العلاقة إذ إن كثيراً من البحوث السابقة ركزت على هذه المهارات بدلاً من مهارات التوضيح والتخطيط. وبالتأكيد ستؤثر نوع العلاقة التي أرسيت في أثناء جمع المعلومات بدرجة معتبرة على ما يليها لاحقاً في التوضيح والتخطيط. فضلاً عن أن مهارات جمع المعلومات وبناء العلاقة هي أيسر وأكثر أماناً للتعليم في الدراسة الأولية «المستوى الذي يدرب معظم الاتصال إلى حد قريب» من مهارات التوضيح والتخطيط. وقد تحسنت قابلياتنا لتعليم التوضيح والتخطيط في جميع مستويات التدريب من جراء تطورين مهمين:

البحوث الحديثة في التخطيط والتوضيح

Recent research into explanation and planning

إن التطور الأول حدث لكثرة البحوث التي أجريت في هذا المجال في السنوات الخمس عشر الماضية والبحوث النظرية ذات العلاقة في هذا الجزء من المقابلة الطبية. والذي زودتنا بقواعد ارصن لتطوير برامج التعليم في هذا المجال (Maguire et al. 1986b; Ley 1988; Kaplan et al. 1989; Roter and Hall 1992; Degner et al. 1997; Elwyn et al. 1999; Towle and Godolphin 1999; Jenkins et al. 2001; Richard and Lussier 2003) «وأنظر كذلك المصادر الإضافية في الفصل السادس لكتابنا المرافق».

المرضى الممثلون

Simulated patients

والتطور الثاني هو ازدياد استعمال المرضى الممثلين بنطاق أوسع. يلاحظ طلبة الطب مواقف لا حصر لها لأخذ التاريخ الطبي من المرضى الحقيقيين «الذي لا يتزامن مع الملاحظة والاسترجاع في أثناء استقاء التاريخ المرضى على الأعم الأغلب»، ولا يمكن أن يمارس الطلبة إعطاء المعلومات كما يفعلون في جمع المعلومات حيث لا يعرف الطلبة معلومات كافية وموثوقة لإعطائها للمريض الحقيقي أو الإجابة عن أسئلتهم حول الرعاية. ولا يرغب الأطباء الاختصاصيين ولا المرضى أن يجرب الطلبة ويخطأوا مع المرضى الحقيقيين. وتشجع مثل هذه الممارسة طلبة الدراسات الأولية لتنمية الانطباع الخاطئ حول الاتصال مع المرضى على أنه مخصص لأخذ التاريخ المرضي أو «عمل تحقيقي» بالدرجة الأولى بدلاً من رعاية المرضى. ويساعد استعمال المرضى المعياريين بتصحيح عدم التوازن الآنف الذكر، وذلك بتزويدهم بفرص للممارسة والتدرّب على مهارات التوضيح والتخطيط الآمنة للمرضى والطلبة معاً. حتى إذا امتلك معرفة ناقصة أو معلومات خاطئة، وتفيد هذه الإستراتيجية جميع مستويات التعليم. وإن أية حالة يقوم بأدائها مريض ممثل يمكن أن تستعمل في موضوعات وتحديات يمكن أن توسع لتشمل التوضيح والتخطيط. وعلاوة على ذلك، ينبغي أن يتضمن السيناريو التقليدي مثلاً، كيفية توضيح خيارات العلاج أو تحضير المرضى قبل الإجراء الطبي وتناول صنع القرار المشترك الذي ينبثق من مثل هذا التوضيح وكيف نأخذ بالحسبان منظور المريض عند توضيح التشخيص أو مناقشة البرنامج العلاجي.

ويمكن تعزيز مهارات التوضيح والتخطيط بأسلوب بديل في مستوى التعليم الطبي للإقامة والتعليم الطبي المستمر وذلك بتسجيل التوضيح والتخطيط مع مريض حقيقي صورياً أو سمعياً فقط «مع المريض الذي أعطى موافقته الخطية على ذلك» لتحليلها لاحقاً، ومراجعتها وممارسة مهارات معينة أو أساليب بديلة أخرى.

ويجب وضع أسس قوية في مجال التوضيح والتخطيط في تعليم الدراسات الأولية. حتى لو لم يكلف طلبة الدراسة الأولية بدور وظيفي في تدبير أو مسؤولية عن رعاية المريض دائماً (Thistlethwaite 2002) كما ويجب تعزيز وتطوير كامل لهذه المهارات في الإقامة والتعليم الطبي المستمر.

كيف نختار الطرق المناسبة لأي مكون من برنامج الاتصال
How do we select appropriate methods for each component of the communication programme?

يؤثر اختيار طرق التعليم والتعلم على نتائج برنامج الاتصال أو على محصلة أية جلسة من جلساته تأثيراً كبيراً. لذا يحتاج مدير البرنامج والميسّرون لإدخال طرق مناسبة ومترابطة اعتماداً على التوفر والكلفة والملائمة لأهداف الجلسة المحددة وتوفر زمن المنهاج. وقد نوقش هذا المجال المهم بعمق في الفصل الرابع.

كيف نكامل الاتصال مع مهارات سريرية أخرى وباقي المنهاج؟
How do we integrate communication with other clinical skills and the rest of the curriculum?

دعمنا سابقاً في هذا الفصل تكامل برنامج مهارات الاتصال مع تدريب المتعلمين على مهارات سريرية أخرى وباقي مكونات المنهاج الطبي. ويحتاج الاتصال أن يتكامل مع المنهاج الطبي وليس منفصلاً عن «الطب الحقيقي» ويدرس في دورات مستقلة لمفرده فقط. فضلاً عن المشاركة في جلسات اتصال تركز ابتداءً عليه. ومن الحيوي أن يدرك المتعلمين أخيراً أربعة مجالات في الممارسة الطبية تحدد كفاءتهم السريرية الشاملة.

1 المعرفة
2 مهارات الاتصال
3 حل المشكلات
4 الفحص البدني

وسيستفاد المتعلمون إذا ما أخذت طريقة التعليم اتجاهين – وهي إذا ما أدركوا كيف يمكن دمج وتدبير المهارات السريرية الأخرى ذات العلاقة في برنامج الاتصال، وبالمقابل إذا ما أُدخل الاتصال في إثناء تناول مكونات أخرى للمنهاج عندما يكون ذا علاقة بالموضوع. وإن التنسيق الواضح والمناقشة بين الأفراد العاملين في المكونات المتعددة يعد ضرورياً للوصول إلى ذلك.

وتشمل الاستراتيجيات التي تيسر تعامل الاتصال مع المكونات الأخرى:

- تقسيم منهاج الاتصال إلى أجزاء تقدم على مراحل خلال المنهاج الطبي بدلاً من إعطائه في آن واحد.
- تكامل الاتصال قصدياً بالمهارات السريرية الأخرى وتوسع معارف المتعلمين.

- إعداد ملخص المهارات مثل دليل كالكاري–كامبردج – الذي ينقل بإيجاز إلى مدراء الدورات أو الأساتذة السريريين المحتوى الجوهري لمنهاج الاتصال لأن ينوا عليه أو يستعملوه في تعليمهم عند المواءمة.
- جلب مفردات دورات أخرى لبرنامج الاتصال – فمثلاً، خلال استعمال المريض الممثل الذي يعرض مشكله أخلاقية أو مشكلات تتعلق بالاختلافات الحضارية أو النوع الاجتماعي أو مشكلات طبية محددة يدرسها المتعلمون في آن واحد مع دورة الاتصال.
- تصميم تمارين التعليم والتقييم (محطة OSCE) اقرب ما يمكن للمواقف السريرية الحقيقية التي عندها يجب أن يُكامل المتعلمون الاتصال مع مهارات أخرى من مشكلات المريض.

ربط موضوعات المحتوى والصياغة والإدراك

Combining content, process and perceptual issues

في التعليم الطبي، ترى من السهولة افتراض أن التعلم كان كافياً إذا ما تناول موضوعات المعرفة، الفحص البدني وحل المشكلات ومناقشتها. ولكن غالباً ما يُحدف مجال ضروري في الممارسة الطبية لإكمال المهمة بفعالية وهي الاتصال مع المريض. تخيل مناقشة لمقيمي الجراحة يناقشون تشخيص وتدبير سرطان الثدي. بالتأكيد ستتضرر المناقشة إذ لم تشمل تحليل المرض والباثولوجي وتقنيات الفحص البدني، والفحوص ذات العلاقة وخيارات العلاج. وعلى كل حال، ليس من الضروري عند التخطيط لجلسة تعليمية لبحث مهارات صياغة الاتصال والمهام التي نحتاج للتصدي لها بسرطان الثدي والخيار بين إزالة الثدي كاملاً أو الورم فقط وهو موضوع معروف تأثيره على المراضة النفسية «Psychological morbidity» بعد العملية (Fallowfield et al. 1990). ونحتاج أن نكون أكثر براعة عند تقديم مهارات الاتصال والموضوعات ذات العلاقة بمحتوى التعليم.

ومثل ذلك حينما نضع منهاج جلسة الاتصال من المهم أن لا نهمل موضوعات المحتوى والإدراك ذات العلاقة. وفي طب الأسرة، حينما يفشل المقيم ولا يسأل عن علاقة التهاب المثانة لمريضة شابة بالممارسة الجنسية ذلك ناتج عن سببين، أولا الإحساس بالضيق الذي يقف في طريق المعرفة – ربما سيكون تركيز الجلسة على موضوع اتصالي ومحاولة اكتشاف طريق لسؤال أسئلة ذات طبيعة حساسة في هذا الموقف الحرج. وبالمقابل، ربما لا يعرف المقيم العلاقة بين الجماع والتهاب المجاري البولية وهكذا سيكون تركيز الجلسة على المحتوى بدلاً عن الصياغة.

وفي الأمثلة أعلاه، فإن الجلسة التعليمية الموصوفة لها تركيز كبير على احد المجالات المختلفة في الاتصال أو المحتوى والمهارات الإدراكية. ومهمتنا هو ضمان عدم حذف الموضوعات التكميلية المهمة والموازنة هي المفتاح مرة أخرى.

الدورة التكاملية

The Integrative Course

نتحول هنا إلى أسلوب آخر لجمع مهارات المحتوى والصياغة والإدراك، والذي فيه تخطيط مقصود للتكامل والتركيز على المهارات الثلاثة سويةً. وقد وصفنا هذه الدورة بتفصيل لأنها تزودنا بعرض ممتاز للتعلم المعتمد على حل المشكلات وتكامل المهارات في الممارسة.

وتعد الدورة التكاملية مكوناً ضرورياً في برنامج الدراسة الأولية الطبية لجامعة كالكاري ويتكون من دورتين للتعلم المعتمد على حل المشكلات والتي تستغرق كل منهما أسبوعين ونصف مستقل وغير متعارض مع أي موضوع من المنهاج الطبي الشامل. وتصمم الدورتان خصيصاً لتكامل المهارات السريرية والفحص البدني وحل المشكلات مع بعضها بعضاً مع توسيع القاعدة المعرفية للطلبة في مجال المعلومات الطبية التقنية. وعلى الرغم من أن الدورة مصممة للدراسة الأولية ولكن فائدتها متساوية للمقيمين والتعليم الطبي المستمر.

تقاد مجموعات صغيرة بميسّرين خبراء لديهم الفرصة للتفاعل مع (20) مريض ممثل، يعرض كل واحد منهم مشكلة أو مشكلات في جهاز معين مع تحديات وموضوعات اتصالية خاصة. وقد كتب هذه الحالات أطباء من اختصاصات متنوعة معتمدين على حالات حقيقية واجهتهم. وتقضي المجموعة الصغيرة المكونة من (5–6) طلاب مع ميسّر ثلاث ساعات أو أكثر باليوم وعدد من المرضى الممثلين. وتستغرق استكشاف الحالة الواحدة إلى حد أربعة أيام. وتتوفر نتائج الفحوص مثل تخطيط القلب والأشعة والمفراس ... وغيرها حين يطلبها الطلبة. ويتوفر لدى الميسّر ملف المريض الكامل حتى لو أن المشكلة ليس من تخصص الطبيب الميسّر فإن كل البيانات الضرورية جاهزة وتشمل التاريخ المرضي السابق والحاضر بالتفصيل وتطور الحالة والنتائج والصعوبات والتحديات الاتصالية المفترضة وقائمة بالأشخاص الممكن الاستعانة بهم ويستدعون عند الضرورة للمساعدة في الحالة...الخ. وتعرض موضوعات اتصالية متنوعة خلال التمثيل «مثل: الاختلافات الحضارية، النوع الاجتماعي، الاتصال بالمرضى بزيارات متعددة، مقابلة شخص ثالث، العمر، البوح بالخبر السيئ للمرضى، الموت والاحتضار، الحرمان، العناية الطارئة والمستديمة، الاتصال مع الزملاء الأطباء، التعامل مع الكلم، Dealing with trauma».

ويبدأ كل تمثيل بمراقبة المجموعة لأحد الطلاب الذي يفتتح المقابلة مع المريض وجمع المعلومات حول المشكلات وبناء العلاقة. وقد يجرى الفحص البدني في هذه المرحلة أو قد يرجع المقابل إلى المجموعة ويناقش المعلومات المتحصلة أو المفقودة لحد هذه اللحظة. ثم مناقشة ماذا يشمل من الفحص البدني وتكوين فرضية ومناقشتها وأخيراً استخراج التشاخيص التفريقية «Differential diagnoses». واستنتاج قائمة من موضوعات التعليم «مثل: تحديد مجالات ناقصة من المعرفة التي تشعر فيها المجموعة بمساعدتها لاتخاذ القرار أو الفهم» بمساعدة وإرشاد الميّسر.

وأما أن تستمر المجموعة بحل المشكلة والتخطيط للخطوات اللاحقة أو التوقف والبحث عن موضوعات التعلم أو المعرفة التي يحتاج العمل خلالها قبل أن تستمر المجموعة ويقسم المتعلمون الموضوعات عليهم ويعرضون نتائجها على المجموعة في الجلسات اللاحقة.

ويعطى المريض الممثل مواعيد لاحقة حتى يتمكن المتعلمون من متابعة التطورات والحوادث حينما تظهر وممارسة جميع أوجه التوضيح والتخطيط. وتزود الدورة التكاملية فرصاً ممتازة لطلبة الدراسة الأولية لتجربة هذه المهارات في بيئة آمنة. ولدى الطلبة الوقت الكافي للعمل خلال الحقائق الطبية «Medical facts» حول الموقف أو المعاناة «illness» أولاً. ثم يحتاجون أن يترجموا معارفهم إلى عالم المريض وإعطاء المعلومات وترجمة المصطلحات «الرطانة، Jargons» التي يستعملونها في مناقشاتهم داخل المجموعة إلى لغة المريض التي يستطيع أن يفهمها ويقبلها. وأن الطالب الذي يعطي المعلومات للمريض لا يوضع «تحت المجهر» وعن معرفته الشخصية للحقائق الطبية وإنما يعمل باسم المجموعة ومعارفها المشتركة — وبعدها يمكن للمجموعة أن تركز على مهارات وموضوعات الاتصال ولإمكانية إعادة المحاولة من قبل المتعلمين أو تجربة أساليب أخرى بأمان فإن ذلك يعد منتدياً ممتازاً لتعلم الارتباط مع المريض في صنع القرار المشترك.

تنسيق الاتصال مع دورات مهارات طبية أخرى و التقييم

Co-ordinating communication with other medical skills coursework and evaluation

هذه استراتيجية أخرى لتكامل الاتصال وهي تنسيق دورة عمل الاتصال بشكل واضح مع مكونات أخرى من المنهج تهدف لتنمية المهارات السريرية وتكامل الاتصال مع مهارات أخرى عند الامتحانات.

ويمكن أن يعزز مدراء الاتصال التنسيق والتكامل في مستوى الدراسة الأولية وذلك بتشجيع مدراء الدورات الآخرين والتقييم لإدخال الاتصال على أنه جزءاً من برامجهم. وبالمقابل، تقديم وادخال محتويات الدورات الأخرى في دورات الاتصال. فمثلاً دعوة مدير دورة أمراض الكلى لإرسال مرضى يمكن أن يقابلوهم الطلبة في أثناء دورة الاتصال أو تطوير حالات مرضى معياريين تركّز على مشكلات تناقش في دورة أمراض الكلى. وفي احتمال آخر، التدقيق مع مدير الطلبة السريريين ولإمكانية إدخال تقييم مهارات الصياغة الاتصالية مع الامتحانات الشفوية لأخذ التاريخ المرضي الذي يقوم الطلبة باستقائه في أثناء الامتحان.

وسؤال مدير دورة الفحص البدني ماذا يعملون بخصوص الاتصال مع المريض في أثناء الفحص البدني وأعمل معهم لتطوير محطات (OSCE) التي تشمل مهارات الصياغة الاتصالية ذات العلاقة في أثناء اخذ التاريخ المرضي والفحص البدني. واكتشف كيفية تعليم مهارات الاتصال مع المهارات التطبيقية لأجراء الفحوص التداخلية المشتركة «مثل: قسطرة الإحليل للرجال أو خياطة الجروح» وذلك باستعمال دمى ومرضى ممثلين (Kneebone et al. 2002)

والإسهام مع دورات تطوير الملاكات أو دورات طب الأطفال أو دورات طب كبار السن لإعداد الفرص للطلبة للتفاعل مع مرضى حقيقيين أو ممثلين من الأطفال وكبار السن أو أفراد عائلة مشاركين في رعاية مرضاهم. وهذه الجهود لها فائدة مضاعفة وذلك بجعل الاتصال أكثر وضوحاً وضمان منزلته بين التخصصات الأخرى.

وطريقة أخرى للحصول على التكامل في الدراسة الأولية هو وضع مناهج الاتصال ضمن برامج المهارات الطبية رسمياً وشمولها جميعاً في نظام دورات وتقييم تركز على المهارات الطبية المتنوعة. فمثلاً، برنامج المهارات الطبية في جامعة كالكاري لطلبة الدراسة الأولية يشمل الدورات الآتية «راجع ملحق 1 لتفصيل أكثر».

- الاتصال.
- الفحص البدني.
- الأخلاق.
- الاختلافات الحضارية، الصحة، العافية.
- المعلوماتية الطبية والتقنية.
- سلامة الرجل و سلامة المرأة.
- سلامة الطبيب.
- الممارسة المعتمدة على البيّنة.
- الدورات التكاملية.

كما تشترك مناهج الاتصال للطلبة السريريين كذلك في هذا الأسلوب التساهمي. فمثلاً، في جامعة كامبردج طورّنا جلسات منتظمة منسقة بضفائر عمودية خلال السنتين السريريتين «راجع الفصل العاشر للوصف التفصيلي للأسلوب». ومخصصة هذه الجلسات للتعليم المشترك لمهارات الاتصال والمحتوى السريري في سياق كل موضوع سريري معين. ويتلقى الطلبة جلسة واحدة (3 ساعات) للتعليم المشترك للمجموعات

الصغيرة كل سبعة أسابيع وهم في دوراتهم على التخصصات المختلفة. وبعد نهاية السنتين السريريتين، اكتسب كل طالب 39 ساعة مخصصة للاتصال والموضوعات السريرية في آن واحد.

كما من المفيد تنسيق تعليم الاتصال بين مختلف دورات المقيمين أيضاً. فمثلاً، فأن الطلبة السريريين في جامعة كامبردج الذين انتظموا في دورات متتابعة في موضوعات الأورام، والطب ما قبل التداخل الجراحي وطب الحوادث والطوارئ، والممارسة العامة يخضعون لدورة منظمة يسهم فيها برنامج مهارات الاتصال. وتستكشف هذه الدورة الموضوعات الاتصالية حول الموت والاحتضار والمسارات المشتركة والتحديات في هذه الموضوعات الأربعة المختلفة.

وأن وضع عناصر تعليم الاتصال في المكونات الأفقية كمناهج الدراسة الأولية والمتقدمة يضمن تكامل مهارات الاتصال ويساعد بإجراء مكونات اتصالية متعددة في النمو اللولبي خلال البرنامج. بينما إن الأمل الواضح بأن الأطباء السريريين سيدمجون مهارات الاتصال آلياً حينما يُعلمون طلبتهم في سياق تدريسهم السريري غير الواقعي وحتى قد يعتقدون أنهم يدرسون الاتصال في بيئاتهم السريرية، والطلبة غير واعين عادة لذلك. وأن النسق العمودي في التعليم الطبي يحتاج إلى العناية بالتخطيط مع دعم فاعل واشتراك الأساتذة والمدراء من كلا الطرفين الأساسيين ووحدة الاتصال. وتحتاج هذه الجهود إلى التنسيق من وحدة الاتصال أيضاً لكي يكون كل مكون يشكل جزءاً تكاملياً من منهاج اتصالي منسق.

الفصل العاشر

Chapter 10

تصميم منهاج اتصال الموضوعات الخاصة في مستويات مختلفة من التعليم الطبي

Specific issues of communication curriculum design at different levels of medical education

المقدمة

Introduction

قدمنا في الفصل التاسع استراتيجيات وأسس تساعد على تصميم مناهج الاتصال العامة في الطب. وفي هذا الفصل، سنستكشف المشكلات الخاصة عند تصميم مناهج الاتصال في المجالات الآتية كلاً على حدة: الدراسة الأولية قبل السريرية، الدراسة السريرية، الإقامة، التعليم الطبي المستمر.

على الرغم من بقاء مهارات الاتصال الجوهرية في البرامج ثابتة في جميع المستويات، تبقى هناك اختلافات كبيرة في التركيز الخاص في المنهاج لكل مرحلة معينة من التعليم وفي تسلسل محتوى المنهاج وكيفية عرضه بأفضل طريقة. وهناك اختلافات في توافر الوقت المخصص للمنهاج وعدد الميسّرين من خبراء الاتصال أيضاً. لذلك ينبغي تصميم مناهج الاتصال بعناية وليس تكيّفها لحاجة المتعلمين المعنيين موضوع البحث حسب ولكن الأخذ بالاعتبار المحددات الأخرى التي تؤثر في ترتيب العمل وتوافر الأساتذة وخصوصية المناهج لكل مستوى من مستويات التعليم المذكورة.

وفي السنين ما قبل السريرية، يعد تعليم مهارات الاتصال في كليات الطب القاعدة الأمينة في جميع أنحاء العالم. ولأن تلك القاعدة ليست أمينة في المراحل اللاحقة من التعليم الطبي، لذلك سنكتشف في هذا الفصل استراتيجيات تعليم مهارات الاتصال المتينة من أسسها في المراحل الأولية إلى المرحلة السريرية والإقامة ثم التعليم الطبي المستمر. ومع إدراك إمكانية تطبيق مهارات الصياغة في دليل كالكاري—كامبردج في جميع مستويات التعليم الطبي، يصف هذا الفصل: كيف يمكن تكييف الدليل واستعماله بفاعلية خلال أي مستوى كأداة تعليمية وتطور المنهج الاستراتيجي أيضاً. وأخيراً يصف هذا الفصل: كيف يمكن تنسيق منهاج الاتصال عبر جميع مستويات التعليم الطبي.

التعليم الطبي في الدراسة الأولية

Undergraduate medical education

ونبدأ بتفحص الاعتبارات الخاصة في تصميم منهاج اتصال الدراسة الأولية. وإن فهم برامج اتصال الدراسة الأولية ضروري ليس لأولئك الذين يدرّسون طلبة الطب حسب، لكن لأولئك الذين يعدون المناهج التي تتبع المرحلة الأولى أيضاً، وينبغي أن تُعزّز المناهج اللاحقة وتعمقّ الأسس التي أُرسيت في مرحلة الدراسة الأولية.

وبالحقيقة، فإن برنامج الدراسة الأولية المحكم يمكن أن يسهم في إعداد منهج تدريب الاتصال الرصين اللاحق في مستوى الإقامة وقبوله بيسر (Cooke 2004).

وعند تصميم برامج اتصال الدراسة الأولية، نأخذ بعين الاعتبار مرحلتين منفصلتين، المرحلة ما قبل السريرية والمرحلة السريرية. لأن التعليم في المرحلة السريرية يهيمن عليه معارف المتعلمين في التجربة التي هي أقرب إلى الممارسة العملية في الحياة الواقعية. وتعرض هذه المرحلتين فرصاً مختلفة وتحديات عند تصميم مناهج الاتصال.

المرحلة ما قبل السريرية

The early years

لا يمتلك طلبة الطب في هذه المرحلة فكرة مسبقة عن اتصال الطبيب بالمريض مقارنة بالمقيمين والأطباء في الممارسة العملية. وبالتالي، فإن تحديد التركيز والتسلسل في الدراسة الأولية المبكرة لمناهج الاتصال مهمة يسيرة نسبياً.

تحديد التركيز في منهج اتصال مرحلة ما قبل السريرية

Determining the focus of the pre-clerkship communication curriculum

كما في إعداد أي منهج هناك أولويتان مهمتان في سنوات ما قبل السريرية

1 أولوية مدير البرنامج والميسّرون
- المهارات الجوهرية في المقابلة الطبية.
- الموضوعات المختارة.

2 أولوية المشاركين ومشكلاتهم.

يمتلك طلبة الطب أسس اتصال منطقية من عالمهم غير الطبي وتجاربهم الشخصية، ولكن لديهم إدراك محدود لمحتوى المقابلة الطبية أو مجرياتها. لذلك ينبغي أن يتضمن المنهج في هذه المرحلة إرساء أسس متينة لجميع مهام المقابلة الطبية. والبدء بافتتاح المقابلة الطبية ثم التقدم خلالها لحين الوصول إلى اغلاقها. وفي السنوات الأول من الكلية الطبية، يركّز على التفاعل بين المتعلمين والمرضى ومقابلة المرضى لاكتشاف تاريخهم المرضي، لذلك من المنطقي أن يركّز منهاج الاتصال على المهارات والموضوعات المتعلقة بأخذ التاريخ المرضي. ويتعلم خلالها طلبة الدراسة الأولية افتتاح المقابلة وجمع المعلومات وهيكل المقابلة وبنائها بعمق. كما ناقشنا في الفصل التاسع وجوب تقديم التوضيح والتخطيط في السنين الأول ولكن لا يمكن أن يُوفىّ بالتفصيل الكافي في هذه المرحلة، كما يُدرس في المرحلة السريرية ولاسيما في برامج الإقامة والتعليم الطبي المستمر.

كما ينبغي أن يستكشف منهج اتصال الدراسة الأولية تحديات خاصة وموضوعات مثل الأخلاق، الإختلافات الحضارية، النوع الاجتماعي، التعاطي مع العواطف والموت والاحتضار. ويحتاج المتعلمون تنمية إدراكهم بهذه الموضوعات ومهاراتهم الاتصالية التي تساعدهم عملياً للتعامل معها. وفي الكليات الطبية التي تمتلك مناهج خاصة لهذه الموضوعات خارج دورات الاتصال المخصصة، يمكن عندها أن تبذل الجهود التنسيقية لتوائم بينها وبين برامج الاتصال، وربما يشمل منهاج الاتصال جميع هذه الموضوعات.

وسوف يُعزّز تحفز طلبة الطب واندفاعهم عندما يتناول منهج الاتصال المشكلات التي تحدث لهم آنياً أو يتوقعون حدوثها حينما يتصلون بالمرضى أو بزملائهم (Hajek et al. 2000). وفضلاً عن تعليم الأولويات

المعدة مسبقاً، يحتاج الميسّرون أن يدعوا المتعلمين ليحددوا احتياجاتهم الاتصالية التي تبرز ويتناولونها مع تقدم التدريب. وهذا لا يمنع تقديم مهارات وموضوعات خاصة قبل أن يواجهها المتعلمون مثل المشكلات والصعوبات المستقبلية في الممارسة. فمثلاً، لا يُعهد اعتيادياً التوضيح والتخطيط والبوح بالخبر السيئ والمواجهة «Confrontation» لطلبة الطب، لذلك فالتجربة المباشرة والصعوبات في مثل هذه المواقف قد تكون مربكة وليس من الضروري أن يتمكنوا منها. ومن جانب آخر، يحتاج الطلبة أن يمارسوا هذه المهارات والموضوعات في بيئة محمية قبل دخولهم وتعاملهم مع المرضى الحقيقيين. كما يحتاج الطلبة فهم التوضيح والتخطيط لإكمال حلقة الاتصال التي توضح كيف يؤثر الاتصال في التشخيص وما يحدث في مجمل الرعاية الشاملة للمريض.

تنظيم المحتوى

Organising the content

يفرض البناء الطبيعي لمنهاج الدراسة الأولية حاجة الطلبة للاتصال: فالبناء يساعد على تنظيم المنهاج. مع الأخذ بالاعتبار محدودية إدراك الطلبة لمحتوى المقابلة الطبية وصياغتها. لذلك يبدأ منهاج الاتصال منطقياً من بداية المقابلة ويتدرج خلالها. ويمكن أن يبدأ الاتصال بافتتاح المقابلة وبناء العلاقة، ويتقدم الى جمع المعلومات ومحتوها «مثل، استكشاف مشكلات المريض من المنظور الطبي ومنظور المريض، والمعلومات الأساسية التي تتعلق بالتاريخ المرضي السابق، الأدوية التي يتناولها، وتاريخ الحساسية، والتاريخ العائلي، والتاريخ الشخصي والاجتماعي، ومراجعة أجهزة الجسم»، ثم بناء هيكل المقابلة وإغلاقها. وبعد ذلك يقدم التوضيح والتخطيط. ولحاجة الطلبة في السنين الأول أن يدركوا محتويات التاريخ الطبي الكامل، لذلك نتجه لتعليم مهارات الاتصال أولاً في سياق التاريخ المرضي الكامل. لأن أي نقصان في المعرفة والخبرة يؤدي إلى تدهور في استقاء التواريخ المركّزة. وبعدها فقط، يمكن أن نعلّم الاتصال في التاريخ المركّز. ويمكن إدخال التحديات المربكة مثل مقابلة المريض الغاضب والكئيب والمقابلة في أثناء معاناة المريض من الألم مع تقدم الدورة (van Dalen et al. 2001).

على الرغم من أن تخطيط التقدم الطبيعي ليس مستقيماً كما يبدو للوهلة الأولى، فإن انتهاز فرص التعلم التجريبي يجعل من الموضوع أكثر صعوبةً لضمان فيما إذا شملت بعض المهارات في أية نقطة من التدريب أم لا. على الرغم من أننا نستطيع أن نقرر ما نركّز عليه في كل جلسة مسبقاً. ويمكن أن نختار حالات المرضى الممثلين للمتعلمين التي تدعم هذا التركيز في جلسات متعددة، لكن يجب أن نعمل عما يحدث عملياً في مقابلة الطلبة واولوياتهم التي تظهر. فضلاً عن أن المهارات التي لا تُعزز سوف تضمر حالما يغادر الطلبة دورة الاتصال. ولسوء الحظ، فإن بعض التجارب التي يتعرض لها الطلبة خارج الدورة قد تدهور حتى المهارات التي تدربوا عليها تدريباً حسناً وتؤثر على توجهاتهم أيضاً.

ويمكن لنا أن نتجاوز هذه المشكلات وذلك ببناء المنهاج وتطوره اللولبي بدلاً من المستقيم، وتضمين الإعادة والتكرار في البرنامج حتى لو أضفنا مهارات جديدة أو أصبح معقداً أكثر. فضلاً عن إمكانية استعمال إطار للمهارات مثل دليل كالكاري—كامبردج الذي يتمكن خلاله الطلبة والميسّرون من رؤية «الصورة الكبيرة» وتحديد المهارات والموضوعات التي يمكن أن يعملوا عليها في أية نقطة من المنهاج، لذلك نقدم دليل الصياغة والمحتوى في وقتٍ مبكر جداً. وأن الاستعمال الثابت لإطار المهارات أو النموذج يعد مركزياً في تطورأي منهج اتصال متين والذي نركّز عليه بوضوح في كيفية استعمال مثل هذا الإطار وتكييفه تكيفاً مناسباً في جميع مستويات التعليم الطبي لاحقاً في هذا الفصل. ومن المفضل أن يُستخدم الإطار نفسه في التعليم والتقييم، إذ إن المتعلمين في جميع المستويات غالباً ما سينحون منحىً ما يعرفون الذي

سوف يتضمن تقييمهم أيضاً «سوف نتناول التقييم، ومن ضمنه دوره في تحديد المنهج وتحفيز المتعلمين في الفصل الحادي عشر».

وأعددنا في الملحق الأول مثالاً مفصلاً عن كيفية وضع منهج لولبي معتمد على حل المشكلات للدراسة الأولية. وهذا البرنامج مطبق في كلية الطب جامعة كالكاري كمنهج للسنوات الثلاث الأول مع التركيز على السنين الأول فيه. ويعتمد البرنامج على المهارات، ويستعمل المرضى الحقيقيين والممثلين ونادراً أداء الأدوار للطلبة وتزويدهم بالمواد التجريبية المناسبة. ويتضمن «50» ساعة اتصال في ثلاث مراحل لدورة الاتصال وتقييمين منهجيين. كما يتضمن أيضاً مراجعة لتسجيلات مصورة ومناقشات قليلة ودورتين تكامليتين مبنية خلالهما مكونات الاتصال المتداخلة مع موضوعات ودورات ممارسة سريرية أخرى.

المرحلة السريرية

Clerkship

في السنتين الأوليتين، يتقدم المنهج تدريجياً ويتناول مهارات كالكاري–كامبردج الاتصالية التي تواكب أخذ التاريخ المرضي. حينما يتحرك الطلبة إلى السنوات اللاحقة في دورة الدراسة الأولية ليصلوا إلى المرحل السريرية يحتاج المنهج أن يتماشى مع توسع معارف الطلبة الطبية وتقنياتهم المعتمدة على المهارات. وفي الأقل نجد هناك ثلاثة عوامل تتغير تدريجياً في منوالهم من السنين الأول إلى السريرية ثم الإقامة:

1 درجة التكامل المحتملة.
2 الدرجة الآنية في المهارات والموضوعات المركّز عليها «مثل: علاقة المهارات بما يمارسه المتعلمون 'هنا والآن'».
3 الدرجة التي يستطيع أن يستكشف فيها الطلبة التوضيح والتخطيط – يبدأ الطلبة بإدراك الحالات الطبية بدرجة كافية والتحرك إلى مستوى أعلى في ممارستهم إعطاء المعلومات، اتخاذ القرار المشترك وإدراك خيار المريض مع المرضى الممثلين.

تحديد التركيز في منهاج الاتصال للمرحلة السريرية

Determining the focus of the clerkship communication curriculum

يصبح من المهم جداً في المرحلة السريرية ضمان أسس التكامل والتنسيق مع بقية مناهج الطلبة الذي ناقشناه في الفصل التاسع والذي يحدث واقعياً في الممارسة. وهنا من الضروري أن يلاحظ الطلبة أن تعلّم الاتصال السابق له علاقة بممارستهم الحقيقية في الطب وبأي اختصاص هم يدرسون. كما أنه من الضروري تعزيز مهارات الاتصال الجوهرية التي تعلموها مسبقاً في سنيّهم الأول وتطبيقها في السياق «الجديد» الذي يقدمه الطالب السريري. ولكن ليس هناك أمر يزعج أكثر من أن يقال للطلبة أن عليهم أن يعيدوا المهام التي تعلموها سابقاً بالضبط. وبدلاً من ذلك، يكون التحدي هو كيفية بناء النموذج اللولبي وتوسيع التعلم السابق بطرق تربط الطلبة وتعزز المهارات الجوهرية في آن واحد.

وأحد الطرق الفاعلة هو تحديد التركيز في المرحلة السريرية هو الاستفادة من حقيقة، أن الأستاذ في الدورات السريرية يميل إلى تحديد الموضوعات الاتصالية التي يرغب أن يواجهها المتعلمون في تلك الدورة. ومشابه لذلك، يتحمس الطلبة للتصدي للتحديات والموضوعات المعيّنة التي لها علاقة بتخصصهم الذي يعلمون به. ولهذه الأسباب، فإن الموضوعات ذات العلاقة بدلاً من المهارات المشاركة لأخذ التاريخ المرضي تصبح الأداة المنظمة والدافعة لمنهاج الاتصال في المرحلة السريرية للطلبة. وإن إعداد فرص واضحة للتعلم والاستجابة للموضوعات والتحديات الخاصة في الوقت الذي يواجه فيه المتعلمون «أو يلاحظون في

الأقل» يرفع من دافعية المتعلمين والأساتذة بالدرجة نفسها. وكما حدد كوفمان (Kaufman et al. 2000) «إن تزويد منهاج الدراسات الأولية بالتدريب الفاعل عالي المستوى لمهارات الاتصال كجزء جوهري في منهاج الدراسة الأولية، حينما تتوافر للطلبة فرصاً مستمرة للمراقبة والممارسة واستقبال الاسترجاع لهذه المهارات ... يمكن أن يحصل في السنتين السريريتين وباستعمال التقنيات نفسها المستخدمة في تعليم مهارات المقابلة الأساسية».

وعلاوة على ذلك، يجب أن يربط الأستاذ السريري أو/ و ميسّر الاتصال المهارات وهيكل دليل كالكاري–كامبردج عند استكشاف أي موضوع أو تحدٍ بوضوح، ويضمن أن الطالب السريري بدأ بتعلم تطبيق المهارات الجوهرية في السياق الجديد. كما أن من المهم أيضاً أن يحتفظ بوقت من المنهاج يساعد به المتعلمين لبحث الصعوبات الاتصالية التي يواجهونها في مقابلات المرضى الحقيقية.

وكما هي الحالة في السنين الأول، يحتاج المتعلمون في هذا المستوى أن يبذلوا جهودهم لتجربة التحديات الاتصالية التي لم يواجهوها حتى الآن أو لم يُعهد لهم القيام بها. وتعطي المرحلة السريرية الطلبة فرصة للتفكير بالمستقبل وفي مرحلة الممارسة في السنة الأولى كمقيمين وأن يحدسوا المشكلات التي ربما تواجههم والتي يحتاجون التدرّب عليها بدرجة أكبر الآن.

تنظيم المحتوى

Organising the content

وأحد الأمثلة في كيفية إظهار ما نضع من أفكار في الممارسة والاستمرار لتنمية المنهاج اللولبي هو ما نراه في أسلوب تعليم الاتصال في السنين السريرية في كامبردج. وفي هذا المثال التنسيقي للجلسات المنظمة المصاغة خصيصاً للتعليم المشترك بين مهارات الاتصال والمحتوى السريري الخاص بالمرحلة السريرية. وفيها يتلقى الطلبة جلسة واحدة من ثلاث ساعات تعليم مشترك بمجموعات صغيرة كل سبعة أسابيع في أثناء انتقالهم بين التخصصات. وفي نهاية السنتين السريريتين سيمتلك كل طالب «39» ساعة مخصصة لتنسيق مهارات الاتصال بالمهام السريرية الأخرى.

ويضمن هذا الأسلوب العمودي التكاملي المتصاعد لتعليم مهارات الاتصال بالمرحلة السريرية:

- تكامل المحتوى مع الصياغة.
- اشتراك التخصصات خلال وحدة الاتصال.
- توافر وقت لمنهج الاتصال في مناهج مزدحمة أساساً وذلك بتعلم المحتوى السريري مع الاتصال.
- بناء منهاج اتصال لولبي يمتد إلى المرحلة السريرية.

وللوصول إلى ذلك، فإن كل مرحلة سريرية قد مرت بالآتي:

- يطلب مدير وحدة الاتصال من كل مدير وحدة سريرية أن يحدد موضوع اتصالي صعب والذي يعد الموضوع الأهم الذي يرغب مدير الوحدة السريرية المعنيّة أن يشمله الطلبة في تدريبهم.
- تقدم وحدة الاتصال بتعليم موضوع الاتصال المعيّن خلال الوقت المخصص لمنهج التخصص المذكور.
- تعرض وحدة الاتصال دمج محتوى سريري مهم وذا علاقة ومن اختيار التخصص المعيّن في الجلسة.
- يتم إعداد حالة وسيناريو ودور لمريض ممثل لأدائه، يكتب بمساعدة مدير المرحلة السريرية ذات العلاقة.
- يقوم ميسّر الاتصال من وحدته كميسّر مشارك للجلسة مع الطبيب المختص في المرحلة السريرية المعيّنة.

فمثلاً تنتخب مرحلة النسائية والتوليد السريرية تعليم الموضوع الاتصالي عن الاختلافات الحضارية مع محتوى موضوع الدورة النسائية المؤلمة والغزيرة ومرض البطانة الرحمي «Endometriosis». ويعرض المحتوى السريري – ومهارات الاتصال جنباً إلى جنب، واللذان يؤكدان الأهمية المركزية للممارسة النسائية الناجحة. ويقال الأمر نفسه في دورات الطلبة في التخصصات: الاورام، وطب ما قبل التداخل «Per-operative medicine»، وطب الحوادث والطوارئ والممارسة العامة ودراسة الموضوعات الاتصالية في الموت والاحتضار وما تأثيرها السلبي في المرضى والأطباء في كل مجال من المجالات. وحينما ينتقل الطلبة إلى أقسام طب البولية والجنسية نتدبر كيف يُستكشف التاريخ الجنسي. وأمسى نجاح هذا الأسلوب كبيراً لدرجة الحصول على وقت لمنهاج الاتصال ضمن المرحلة السريرية.

ويكفي تكامل الاتصال ضمن المراحل السريرية ليصبح مكوناً بارزاً في كل قسم ويعطي تكاملاً عمودياً لمنهج الكلية الطبية. ويساعد المكونات اللولبية من الحدوث خلال الدورات السريرية ويربط الموضوعات الاتصالية بالسياق السريري الجاري ويشرك بفاعلية الاختصاصيين من مدى واسع من الفروع الطبية.

وتطورت مبادرة ماسي «Macy initiative in health communication» في الاتصال الصحي من اتحاد ثلاثة كليات طبية امريكية ببرنامج ثانٍ، والذي أخذ أسلوباً تكاملياً للمهارات والموضوعات في تعليم الاتصال في المرحلة السريرية (Kalet et al. 2004).

وأسلوب آخر لتعلم مهارات الاتصال خلال المرحلة السريرية هو ملاحظة تفاعل الطلبة المباشر مع المرضى ثم ينهمكون بجلسات تحليل واسترجاع آنية تقريباً بعد ذلك. ويأخذ هذا الخيار وقتاً طويلاً بالطبع، ويمكن تطبيق ذلك فقط في المستشفى أو العيادة حينما يفرغ الأساتذة أو المقيمون المشرفون على التعليم من مسؤولياتهم في رعاية المرضى المباشرة حتى يتمكنوا المراقبة والاسترجاع المناسبين.

تنسيق منهج الاتصال في الدراسة الأولية

Co-ordinating the undergraduate curriculum

إن إنجاز هذه المهام العظيمة في أثناء التعليم الطبي في الدراسة الأولية أمر منهك بدرجة أكبر بكثير من صياغته فقط. وعند معرفة ضخامة منهاج الدراسة الأولية ومحدودية الوقت المخصص دائماً، فإن إقرار ما الموضوعات التي يمكن إدخالها في المنهاج يعد محرجاً لمدراء برنامج الاتصال وميسّريه وسؤال ملح ينبغي الإجابة عليه. وهناك أسباب مجبرة لمحاولة واحتمالية التمكن من أن يكون المنهج شاملاً لدرجة كافية. وإذا ما أهملت بعض المجالات المهمة والحيوية مثل التوضيح والتخطيط أو موضوعات مثل الاختلافات الحضارية ولم تضف لتدريب الطلبة سوف لا يقدّر الطلبة بدرجة مناسبة أهمية المهارات والتوجهات الفاعلة في الممارسة الطبية. وعلى الرغم من التطور الحديث في تعليم الاتصال في مستوى الإقامة والتعليم الطبي المستمر إلاّ أنه لا يوجد ضمان أن تعليم الاتصال سيشمل هذه المجالات التي تحضى بأهمية ضئيلة في الكليات الطبية أن سوف تُعلم لاحقاً. وسبب آخر لبذل الجهود المضنية لنجعل منهاج الدراسة الأولية شاملاً هو أن نحاول ليس فقط المحافظة على التوقعات لكفاءة الاتصال ولكن لتطوير المعايير المهنية في الممارسة كذلك.

أدى اتساع حجم الصفوف الدراسية إلى صعوبة تنظيمية، ليس في إنتاج المحتويات ذات العلاقة حسب ولكن كم نحتاج من مقابلات الطلبة – المرضى، للملاحظة والتحليل والممارسة في التعليم المعتمد على حل المشكلات. وأحد الحلول اعتماد إشراك مجموعة من المرضى الحقيقيين والممثلين وأداء الأدوار مع تسجيلات سمعية ومصورة، وذلك مثلما ناقشناه في الفصل الرابع والمعروض في الملحق (1) عند وصف منهاج الدراسة الأولية اللولبي لكالكاري. ويمكن مراجعة برنامج المملكة المتحدة وشمال أمريكا

في (Hargie et al. 1998) وجمعية الكليات الطبية الامريكية (Association of American Medical Colleges, 1999).

الإقامة والتعليم الطبي المستمر
Residency and continuing medical education

أصبح تعليم مهارات الاتصال جزءاً من برامج عديدة في طب الأسرة والإقامة في الممارسة العامة ومنذ مدة. وكان مثل هذا التعليم في التخصصات الطبية الأخرى سابقاً محدوداً. بينما في السنين الحالية، حدث تطور كبير في تعليم مهارات الاتصال في الإقامة والتعليم الطبي المستمر بجميع التخصصات. فمثلاً بدأت كلية الجراحين الامريكية بتناول هذا الموضوع عن طريق تشكيل لجنة لتعليم الاتصال والمهارات التعليمية (Gadacz 2003).

وأن جزءاً من هذا التغيير جاء نتيجة بيّنات البحوث الواسعة والممتعة وكذلك لتأكيد الأساتذة والطلبة الذين حصلوا على تدريب اتصال معتبرة خلال دراستهم الأولية، وتعزيزهم هذا التوسع في التدريب في أثناء الإقامة. وأدّت الوكالات التي تجيز برامج الإقامة كذلك دوراً مهماً في إرساء سياقات حديثة جعلت من تدريب الاتصال أحد ثوابت إجازة برامج الإقامة، ولاحظ الأمثلة الآتية:

- حددت الكلية الملكية للأطباء والجراحين في كندا سبعة أدوار ضرورية وكفاءات رئيسة يجب أن تتضمنها برامج التدريب في أثناء الإقامة وتشمل تدريب جوهري للمحافظة على الاعتمادية «Accreditation» وهي، الخبير الطبي، المتصل الماهر، المتعاون، المدير، المحامي الصحي، المتابع، المحترف «وتدعى مجتمعة بـــ CanMEDS project». بينما تركّز بوضوح على الدور الاتصالي كما تلعب مهارات الاتصال دوراً كبيراً في عدد من الأدوار الأخرى (Royal college of Physicians and Surgeons 1996).
- وأشار مجلس المصادقة على التعليم الطبي للخريجين في الولايات المتحدة الامريكية إلى أن أي برنامج للإقامة يجب أن يحصل فيه المقيمين على الكفاءة في ست مجالات للمستوى المتوقع للطبيب الحديث. وأحدث هذه الكفاءات مهارات الاتصال والاتصال الشخصي التي تؤدي إلى تبادل المعلومات الفاعلة والمساهمة مع المرضى وذويهم والمهنيين الصحيين الآخرين (Batalden et al. 2002).
- وفي المملكة المتحدة، إن النجاح في مهارات المقابلة من طريق نماذج لتسجيلات مصورة لمقابلات طبية في امتحانات عضوية الكلية الملكية للممارسين العموميين (MRCGP) أصبح مقبولاً أيضاً في اللجنة المشتركة للتدريب بعد التخرج في الممارسة العمومية (Joint committee on postgraduate training for general practice, JCPTGP) كبيّنة للكفاءة في مهارات المقابلة عند التقييم الشامل في الممارسة العامة (Royal College of General Practitioners 2004; www.rcgp.org.uk/exam/index.asp).

وأعطت مجالس منح إجازات العمل في بلدان عديدة اهتماماً كبيراً لبرامج الاتصال وذلك بتقييمها في مرحلة الإقامة بالتقييم الشفوي وبمستوى عال مما يشير إلى التأثير الكبير والاهتمام الواضح بالاتصال. وعلى مستوى التعليم الطبي المستمر، تتضمن مخططات التقييم الوطني / المحلي مزيداً من التركيز على مهارات الاتصال للأطباء في الممارسة العملية. مما أدى إلى الضغط لنمو برامج الاتصال في مراحل الإقامة والتعليم الطبي المستمر أيضاً. فمثلاً راجعت ماكلويد (Macloed 2004) حديثاً البحوث التي تتناول موضوع تقييم مهارات اتصال أطباء الباطنية في الممارسة التي تصف الجهود التي بذلت في استراليا ونيوزلاندا وكندا

والمملكة المتحدة والولايات المتحدة. وقد استكشفنا تقييم مهارات الاتصال بتفصيل أكبر في الفصل الحادي عشر.

تحديد جوهر منهاج اتصال ما بعد التخرج

Determining the focus of the postgraduate communication curriculum

يجاهد الممارسون في الإقامة والتعليم الطبي المستمر ويواجهون موضوعات حياتية حقيقية معقدة في أثناء الممارسة، لذلك يعد تحديد بؤرة وتسلسل المناهج الاتصالية أكثر تعقيداً من مستوى الدراسة الأولية. وستتكرر موضوعات برامج اتصال الدراسة الأولية في مرحلة الإقامة ولكن بنوعيات مختلفة ومديات منوعة. وعلاوة على ذلك، سيجد الأطباء أنفسهم يكافحون تحت ضغط قلة الوقت في الممارسة الطبية والحاجة والقلق من المسؤولية الحقيقية. وربما يبدأون بحذف ونسيان بعض مهارات الاتصال السابق في محاولاتهم للتأقلم مع العالم الجديد المضطرب. وفي الوقت نفسه، يحتاج المقيمون لتطوير مهاراتهم لمواءمة المواقف الأكثر تعقيداً وتوسع قاعدتهم المعرفية. وهناك عامل تعقيد آخر وهو ملاحظة المقيمين نماذج اتصالية مختلفة، بعض النماذج لأشخاص يتمتعون بمهارات اتصالية عالية وآخرون أقل مهارة أو أقل وعيا لممارسة الاتصال المعتمد على البيّنة.

على الرغم من أننا بدأنا ملاحظة أطباء لديهم تدريب في موضوع الاتصال راسخ خلال مدة دراستهم كطلاب طبيةٍ أو جزءاً من برامج التعليم الطبي المستمر، لكن هناك عدداً من الأطباء «ومن ضمنهم أساتذة في كليات الطب» ربما لديهم قليلاً من التدريب المنهجي للمهارات الجوهرية في الاتصال. وإن الاتصال قد حصلوا عليه غالباً من تجربتهم كأطباء، علماً أننا لاحظنا مسبقاً، غالباً ما تكون الخبرة وحدها معلماً سيئاً. وهكذا نرى أن لدينا خليطاً هجيناً جداً يحتاج إلى علاجٍ شافٍ معقد من دون تسلسل تعليمي واضح.

ولذلك فإن التخطيط لما تضع في منهاج التعليم الطبيِ المستمر لما بعد التخرج موضوع حساس ويشمل اشتراك مجالات ثلاثة متمّيزة:

1 **التعليم العلاجي** «'remedial' education» لمجالات لم تغط مسبقاً أو قد ضمرت أو نسيت نهائياً.
2 **قائمة أولويات مدير البرنامج والميسّرون التي يجب أن تتضمن احتياجات المجلس الوطني والمحلي والوكالات الأخرى.** – مهارات وموضوعات معيّنة يحتاجها مدير البرنامج والجهات الأخرى ومن المهم استكشافها للأطباء في مجال خاص وفي مرحلة معينة من التطور.
3 **أولويات الأطباء ومشكلاتهم** — إذ يحدد المتعلمون موضوعات قد لا يتمكن مدير البرنامج أن لا يستكشفها من دون مناقشة صريحة.

التعليم «العلاجي»

'Remedial' education

لا يستعمل هذا المصطلح لانتقاص القيمة – ولكن وببساطة أن عدداً من المتعلمين ربما تلقوا تعليماً اتصالياً قليلاً في دراستهم الأولية أو بعد التخرج ويحتاجون إلى وقتٍ في المستقبل ليستكشفوا أو يتمكنوا من المهارات الجوهرية في الاتصال الطبي «أو إعادة التمكن من المهارات الضامرة أو المنسية». وقد يبدو هذا الأمر صعباً أكثر عند الاطباء ذوي الممارسة الطويلة مقارنةً مع المقيمين وطلاب الطب إذ إنّ الأطباء الخبراء ربما لديهم عادات يتمسكون بها يصعب تخطيها واعتبارات تؤدي إلى عدم التعلم.

أولويات مدير البرنامج والميسّرون
The agendas of the programme director and facilitators

من وجهة نظر مدراء البرنامج والميسّرين، هناك غالباً قاعدة مشتركة بين حاجة المقيمين والأطباء الخبراء في أي تخصص. وتشمل مكونات برامج الاتصال في كلا المجموعتين:

- **مراجعة وتشذيب الافتتاح وبناء العلاقة وجمع المعلومات** – أن الأشخاص المحظوظين المستفادين من تدريب الاتصال السابق يحتاجون إلى تعزيز هذه المهارات والبناء عليها خلال التعليم اللولبي.
- **التوضيح والتخطيط** – هناك برامج اتصال عديدة في الدراسة الأولية لم تدرس هذا الموضوع الحيوي بأي تفصيل. ولو أنّ بعض البرامج في الدراسة الأولية دّرست هذا الموضوع، حينها لم يمتلك المتعلمون في مرحلة الدراسة الأولية معلومات تقنية وافية وتجربتهم قبل الإقامة محدودة لفهم التوضيح والتخطيط الشامل مع المرضى الحقيقيين. وقُدّرت تنمية هذه المهارات بدرجة قليلة لأنها لا يمكن أن تستكشف بعمق إلا في أثناء الإقامة والتعليم الطبي المستمر. لذلك يجب أن يكون التركيز الأساس للتدريب على مهارات اتصال التوضيح والتخطيط.
- **موضوعات خاصة** – تختلف هذه الموضوعات من تخصص لآخر ويعتمد التدريب على حاجة الطبيب واهتمامه. وتشمل الاحتمالات، البوح بالخبر السيئ، المعاناة المستديمة، الكشف عن الكآبة المخفية، الأخلاق، الوقاية، الإدمان الاتصال حول النتائج غير المرغوبة أو الاخطاء، مقابلة الشخص الثالث: عائلة المريض أو أصدقائه، الاتصال بين اعضاء الفريق الطبي أو بين الاختصاصيين وأطباء الرعاية الأولية.

وينبغي أن تفي أغلب حالات القائمة أعلاه مجموعة احتياجات الهيئات المحلية والوطنية للمصادقة على المناهج الاتصالية وتهيئ المقيمين والأطباء في الممارسة لامتحانات المجالس الطبية الشفوية بشكلٍ مناسب ولتفي بمستلزمات إعادة التقييم للمحافظة على تصريح العمل الذي يزداد طلبه حالياً. ومع ذلك يجب على مدراء البرامج واساتذة الكليات مراجعة برامجهم وممارستهم دورياً لضمان استمرار مواكبتهم للاحتياجات المتطورة فضلاً عن تهيئة قدرات المتعلمين حسب المطلوب كما ينصح الأساتذة أيضاً لترغيب المتعلمين للأطلاع على المستلزمات «الخارجية» والتوقعات التي لها دور محفز ومعتبر ايضاً.

أولويات الأطباء ومشكلاتهم
The agendas and problems of the doctors themselves

وبالمقابل لرؤية مدراء البرامج، غالباً ما هناك رؤية مختلفة يعبر عنها المقيمون والأطباء لاحتياجاتهم في مجال الاتصال الطبي. فمثلاً في بداية تدريب مقيمي أطباء الأسرة بعد تخرجهم من دور الطلبة الآمن ومواجهتهم صعوبات لاتخاذ قرارات معقدة ومواقف عملية صعبة في الممارسة اليومية الشائكة مع المقابلة المركّزة والغموض والبنية غير المنظمة لطبيعة الممارسة العامة وتعاملهم مع المرضى بدلاً عن الأمراض فقط. حينها يضطربون ويشعرون بعدم الأمان في محتوى عملهم وطريقتهم. وفي حين يشعر الأطباء ذوي الخبرة براحة أكبر مع المحتوى ولكنهم يلاقون صعوبات مع المرضى المستديمين المصابين بحالات مرضية معقدة وحالات مرضى فاقدي الأمل وصعوبة التعاطف وتحمل الضغوط التي يواجهونها من النظام المزدحم واحتياجاته المتعددة التي لا تسمح لهم بالأداء الأفضل (Levinson et al.1993) وهاجسهم الأكبر هو ضيق الوقت في أغلب الاحيان.

وهناك اختلافات متشابهة أيضاً في التعبير عن الاحتياجات بين المقيمين والأطباء الاختصاص في التخصصات الأخرى. فمثلاً يجاهد مقيمو طب المفاصل للحصول على تاريخ مرضي سريع ودقيق من المرضى القلقين المحالين حديثاً. كما يواجهون صعوبات مع قلة المعلومات النسبية التي يمتلكونها. وقد

يجدون صعوبة في توضيح طبيعة الفحوصات غير الجازمة ولديهم معاناة في كيفية التعامل مع المشكلات الطبية المستديمة خارج مجال اختصاصهم. وقد يكونون غير متأكدين من كيفية مناقشة الدلائل مع المرضى ولاسيما حينما يعرض المريض معلومات معقدة من الانترنيت. وبالمقابل قد يجاهد الأطباء الاختصاص كثيراً ويعانون من ضيق الوقت واضطراب التعامل مع مشكلات مثل ألم الظهر المستديم من دون علامات مرضية أو التعامل مع المريض الغاضب الذي لا تتحسن معاناته مع الأدوية أو حينما يواجهون مشكلة طبية–قانونية.

تنظيم المحتوى

Organising the content

إن تنظيم محتوى التعليم في الإقامة أو التعليم الطبي المستمر أقل وضوحاً للمعالم مقارنة بمحتوى تعليم الدراسة الأولية. وللوهلة الأولى مع الأخذ بالحسبان أهمية المنهج المنظم والاحتياجات الكامنة للتعليم «العلاجي» يبدو من المفضل أن نبدأ بالمهارات البسيطة وزيادة التعقيد مع تطور البرنامج. ولسوء الحظ، فإن هذا الأسلوب لا يأخذ بالحسبان الاحتياجات المطلوبة واهتمامات الأطباء ذوي الخبرة ومشاعرهم. وعند التعامل مع الموضوعات المعقدة سوف لا يرحب الأطباء الخبراء البدء بالمهارات ذات المستويات الدنيا مثل كيف تفتتح المقابلة حتى لو كانت هناك مهارات مهمة غير مدركة سابقاً قد تفيد في تحسين الدقة والكفاءة والدعم في مقابلاتهم بشكل معتبر فمثلاً يقول أحدهم: «طبعاً، أنا أعرف كيف افتتح المقابلة – لقد أجريت "75" ألف مقابلة حتى الآن».

والمشكلة هنا، إذا ما بدأنا بالأساسيات فإن بعض المقيمين والأطباء ذوي الخبرة سوف يتلقون ذلك بأنه يحط من قدرهم. وأما إذا بدأنا من الطابق السابع ولم نضع الأسس اللازمة له سنعاني من موازنة صعبة التحقق، وما يأتي بعض المشكلات الخاصة في تعليم الأطباء ذوي الخبرة الذين:

- من الذي سيخسر الاحترام عند القيام بمظاهرة عملية.
- لديهم مواضع ضعف ينبغي العمل عليها.
- لديهم عادات متأصلة أكثر.
- لديهم مخاوف من برامج مهارات الاتصال أكبر.

وكلما ازدادت خبرة الطبيب تعقدت هذه المشكلات، كما لا يتحمس الطبيب «الخبير» للخوض في موضوعات اعتاد عليها ويشعر براحة في أثناء ممارستها: «لقد مررت بها–لماذا التغيير؟»، «إذا قلت لي أنني أستطيع أن أتحسن هل هذا يعني أنني غير جيد في العشرين سنة الماضية؟».

وهكذا كما في تعليم أي موضوع للكبار، فإن الطريق الأفضل أن نأخذ أسلوب حل المشكلة ذات العلاقة وقد يكون مقبولاً عند المتعلمين. إذ لا نستطيع أن نعمل من الأساس حتى لا نواجه مقاومة المتعلمين. ونحتاج أن نبدأ من ما يطلبه المشاركون والعمل معهم صعوداً ونزولاً. ونبدأ بالمشكلات التي يواجهونها في ممارستهم العملية في الطب. وعلاوةً على ذلك، ينبغي أن نضمّن التعليم المستويات الدنيا في سلم مهارات الاتصال الذي يبدو يسيراً في هذه الحالة. وكما قلنا سابقاً، غالباً ما ترتبط المشكلات المعقدة بمهارات الاتصال الجوهرية مثل الانصات ونمط السؤال وبناء هيكل المقابلة والتعاطف والتقاط التلميحات اللفظية وغير اللفظية ولغة الجسم. كما أن حل الموضوعات المعقدة يكمن غالباً في مهارات الاتصال الجوهرية والتي تشكل محور الاتصال الفاعل.

وهذا يعني أن برامج الاتصال يجب أن تعتمد أسلوب المشكلة بالدرجة الأولى والتصدي لأولويات المشاركين أولاً، وتحيّن الفرص للعمل على مهارات معينة، وأخيراً تقديم بناء أوسع على أجزاء المقابلة

وتناول موضوعات اتصالية خاصة. وعند فقدان التطور الطبيعي لبرامج الدراسة الأولية يصبح بناء وتنظيم التعليم أكثر صعوبة للمعدين والميسّرين والمتعلمين مع الوقت. كما لا يستغنى عن إطار محكم للمهارات ومنهاج يتبع مثل كالكاري–كامبردج.

لقاء المتعلمين أينما يكونون

Meeting the learners where they are

يسهم التعليم المعتمد على المشكلة وإدراك الموضوعات ذات العلاقة، مساهمة ذات أهمية عملية في الأسس الرئيسة لتصميم البرنامج في مرحلة الإقامة: لقاء المتعلمين أينما نجدهم وتعرض برامج الاتصال الموصوفة لاحقاً طرقاً منوعة تضع الأسس الإرشادية عند العمل:

وأحد الأساليب الناجحة هو إرساء بيئة معتمدة على المشكلة كما في برنامج الاتصال لمرحلة الإقامة في قسم الأورام في مستشفى أدين بروك. وإن مفتاح هذا البرنامج هو الجهود التي تقلل المقاومة المحتملة في بيئة ما بعد التخرج والحصول على فرصة التقاء بالمتعلمين أينما يكونون:

- عملياً — اذهب إلى المتعلمين وأدر الجلسات في بيئتهم.
- عاطفياً — أربط ذلك بطبيعة عملهم وحياتهم اليومية.
- وبقدر تعلق ذلك بالاتصال — اكتشف المشكلات التي يعانون منها يومياً وتصدى لها.
- كن عملياً وتجنب الموضوعات النظرية.
- أسرع — كن متوافقاً لسرعة عمل المتعلمين ومرآةً لهم.

وينبغي أن يكون المنهج غير مرتب ويتكون من جلسات شهرية وبعدد «4–5» مقيمين من قسم الأورام، ويجري في عيادتهم الخارجية في أثناء وجبة غدائهم القصيرة ولمدة ساعةٍ واحدة فقط، حيث يحضر الميسّر وممثل واختصاصي رعاية تلطيفية كمتعلم مع المجموعة. وتبدأ الجلسة بملاحظات تقديم لا تتجاوز خمس دقائق، وتبنى العلاقة مع المتعلمين خلال تقديم الميسّر والمريض الممثل والتعبير عن نيتهم لتقديم المساعدة بأيةِ طريقةٍ يحتاجونها. ويطلب من كل مقيم أن يتكلم عن مريض أو اقاربه أو أحد اعضاء المجموعة المعالجة في الردهة التي يعمل بها من الذين واجه معهم صعوبات اتصالية حالية أو موقفاً متكرراً يجد فيه صعوبة اتصال. وبعدها تختار المجموعة موقفاً واحداً ويعملون عليه وحينها يتقمص الممثل الموقف وتحاول المجموعة أن تجد أسلوباً اتصالياً جديداً لما حدث مع المريض الحقيقي. وجدير بالذكر، ينبغي أن يتحلى الممثل بدرجةٍ عالية من مهارة الارتجال والانصات للمناقشة حينما يؤدي دور المريض أو قريبه وتجرب المجموعة طرقاً مختلفة مع تغذية استرجاعية وبعدها يجمع الميسّر هذه الطرق ويربطها مع بيّنات البحوث أو دليل كالكاري–كامبردج.

ووصف رولنك وجماعته (Rollnick et al. 2002) أسلوباً مشابهاً لأسلوب الممارسة العملية لإجراء التدريب في مكان عمل الأطباء وبه تحول الحالات الصعبة المسجلة إلى سيناريوهات يقوم بأدائها ممثل قدير تسبقها وتليها مناقشة قصيرة وتعرض أولاً التجارب السريرية وتؤخر مهارات الاتصال. ويركّز أسلوب بيكمان وفرانكل (Frankel & Beckman 2003) على الاهتمامات العملية للمتدربين في حياتهم اليومية مثل «مؤتمر الحالات الصعبة».

وقد أُرسيَ أسلوب في برنامج الإقامة لقسم الأمراض العصبية في كالكاري الذي يركّز على الالتقاء بالمتعلمين أينما يكونون ويحتوي على أستراتيجية مختلفة جداً. تقود برنامج الاتصال مقيمة قدمى في الأمراض العصبية وهي تواصل تعليمها الطبي بعد التخرج وتدعم من مدير برنامج الإقامة واختصاصي اتصال «مع خبرتها التي حصلت عليها من دراستها لبرنامج الاتصال في برنامج اتصال الدراسة الأولية في كالكاري

وشاركت بورش عمل تطويرية محدودة للأساتذة وأسهمت في التدريب في أثناء العمل». وكانت المعد الأساس والميسّر في هذا البرنامج لأكثر من سنة. وشارك جميع المقيمين التسعة في قسم الأمراض العصبية في جلسات المجموعة الصغيرة والتي أقيمت في مختبر المهارات القريب لمدة ساعتين كل شهر بأنتظام، ويتضمن تصميم المنهج:

- تقييم الاحتياجات.
- تقييم قبل دخول الدورة بطريقة الأمتحان السريري المرتب موضوعياً (OSCEs) والذي قيّمه أحد الأساتذة.
- حلقات نقاشية.
- مراجعة تسجيلات مصورة لأساتذة الجامعة مع مرضاهم.
- ممارسة المهارات مع «ممثل» مُدرب على هذا التخصص:
  - أربع جلسات مع حالات تختارها المقيمة القدمى وتنشئها.
  - أربع جلسات تعتمد على التحديات الشائعة التي حددها المقيمون المشاركون يقوم بأدائها المريض الممثل بارتجال.
- استرجاع الأقران والميسّرين، ويشترك أحد الأساتذة أحياناً، ويعتمد على تحليل المشكلات المستند إلى النتائج (ALOBA) ودليل كالكاري–كامبردج.

واستجاب المقيمون لهذا البرنامج استجابة ممتازة وأشاروا وأبدوا رغبةً كبيرة لجلساتٍ أكثر في المستقبل وأبدى كثير منهم قدرةً لتيسير جلسات مستقبلية. وتشير جميع المعطيات وتحليل النتائج على تقدم هذا الأسلوب (Cooke 2004).

واستعملت كلية طب دلهاوس «Dalhouse» في كندا تسجيلات مصورة في محطات الأمتحانات السريرية المرتبة موضوعياً لبدء تدريب الاتصال في السنة الأولى للمقيمين في جميع الأقسام وفي آنٍ واحد، وبين امتحان (OSCE) مدى التحديات الاتصالية والمعرفة السريرية. وشمل التقييم جميع أجزاء وفروع دليل كالكاري–كامبردج كما أن هناك تقييم عام للأداء في كل فرع وقائمة تدقيق للمعرفة السريرية لكل حالة. ويقيّم المقيم من خبير ومريض ممثل كما يقيم المقيمون أنفسهم بمشاهدة التسجيلات المصورة للحالات التي قابلوها في امتحانات (OSCE) وزاد هذا الأسلوب الوعي وأعطى معطيات لمستوى مهارات المقيمين التي قد تكون مفيدة في التخطيط المستقبلي (Laidlaw et al. 2004).

إستراتيجيات إنشاء مناهج اتصال في برامج الإقامة المتعددة أو التعليم الطبي المستمر خلال المؤسسة الواحدة

Strategies for developing communication curricula in multiple residency programmes or continuing medical education within a single institution

لزيادة وعي تعليم الاتصال في أوسع مجال من برامج الإقامة والبدء بعملية تطوير مناهج اتصال متماسكة منطقياً في تلك البرامج المتعددة وفي آن واحد في الكلية الطبية نفسها، عملنا مع مدراء برامج الإقامة كمجموعة. فمثلاً في جامعة كالكاري حيث أنجز هذا المشروع خلال ورش عمل متعددة بدعوة وحضور العميد المشارك للتعليم الطبي بعد التخرج. وهنا أيضاً لا يمكن التركيز أكثر على أهمية تقدير الأدارة ودعمها اللامحدود. واشترك مدراء برامج الإقامة والمرحلة السريرية في الكلية الطبية في بعض هذه الورش، إذ إنّ ما يتعلمه المقيمون حول الاتصال يمكن أن يؤثر تأثيراً كبيراً في إسهامهم لتعليم مهارات الاتصال

لطلبة المراحل السريرية التي بدورها تؤثر إيجابياً في مناهج الاتصال في برامج المرحلة السريرية. وارتبطت استراتيجيات متعددة بدليل كالكاري–كامبردج والتي أثبتت فائدتها في هذه السلسلة من ورش العمل:

- يقدم الدليل على شكل أداة شاملة ومعتمدة على البيّنة ونقطة البداية التي يمكن تكييفها لبرامج الإقامة والمرحلة السريرية.
- توزيع الدليل على شكل ورقي وكارت جيبي لكل مدير.
- تحديد واستكشاف الطرق المفيدة التي يستخدمها المشاركون والآخرين في أي مكان.

وبطلب من المشاركين في ورش العمل، تتبعنا ذلك وزودنا الأطباء والمقيمين والمدربين من تخصصات متعددة بنشريات توصف بإيجاز الدليل وطرق تلبي رغبتهم لاستعماله في بيئات متنوعة. واعدنا اصدار الملحق السادس الذي يمكن أن يساعد في تحفيز التفكير حول التعليم الإرشادي والتعليم المتميز وكذلك تحديد معالم أفكار المدراء التي تتراوح بين البرامج البسيطة إلى المعقدة والتي يستطيعون أن يكيّفوها لأهدافهم في مناهج الاتصال أو تطور الكلية. وبالإرتباط مع ورش العمل، دعم العميد المشارك للتعليم الطبي بعد التخرج برنامج تعليم وتعلم الاتصال دعماً إضافياً وذلك بجعله أكثر وضوحاً خلال الكلية الطبية وأصدر كارت جيبي لدليل كالكاري–كامبردج متوافراً للمقيمين والأساتذة عند الطلب.

كما قدم معهد باير للاتصال في الرعاية الصحية سابقاً «معهد الاتصال في الرعاية الصحية حالياً» ورش عمل متعددة والتي تعد برامج إضافية مفيدة لبرامج الاتصال في مرحلة الإقامة والتعليم الطبي المستمر. وتناولت الموضوعات: العلاقة الصعبة بين الطبيب–المريض، الاتصال في أقسام الطوارئ، المقابلة الهادفة عند التحول من الرعاية العلاجية إلى التلطيفية وصنع القرار المشترك وتدبير المخاطر ودورات الأساتذة الأكاديميين.

تكييف دليل كالكاري–كامبردج لمختلف المستويات
Adapting the Calgary-Cambridge Guides for different levels

عندما وصفنا إنشاء المناهج في كل مستوى من مستويات التعليم الطبي، سلطنا الضوء على فائدة دليل كالكاري–كامبردج كأداة لتوضيح مناهج مهارات الاتصال والوصول إلى موازنة بين البرامج الاتصالية التي تشمل جميع جوانب المقابلة الطبية بين الطبيب–المريض. ويحدد الدليل مهارات الاتصال التي تحتاجها في كل مهمة من مهام المقابلة ونلخص تأثيرها حسب البحوث المتوافرة ومع هذا الوضوح الموجز للعرض في الدليل يصبح من السهولة نسبياً التحقق والتدقيق من أي برنامج في مراحل التخطيط لضمان تغطية جميع مجالات المقابلة بالتركيز المناسب.

ووجدنا من الضروري أن نمحص استعمال دليل كالكاري–كامبردج ليعكس الاختلاف الموضح في أعلاه بين مختلف مستويات التعليم الطبي. وعلى الرغم من فائدة الدليل المتساوية في تعليم المرحلة قبل التخرج والإقامة والتعليم الطبي المستمر لكن نحتاج إلى مناظرة في البيئات الثلاثة وتحفيز التعليم فيها لصياغة الدليل وتوجيه شدّة التركيز على مهارات معينة في البيئات المختلفة.

التعليم الطبي في الدراسة الأولية

Undergraduate medical education

نشأ دليل صياغة المهارات أولاً من جزأين:

الأول مقابلة المريض، والثاني التوضيح والتخطيط ويستعملان بطريقة منفصلة في منهاج اتصال الدراسة الأولية في جامعة كالكاري (راجع الملحق 2) أو «www.med.ucalgary.ca/education/learningresources» ويتضمن الجزء الأول جميع المهام ذات العلاقة بأخذ التاريخ المرضي وينتهي بمهارات الإغلاق وهو الجزء الذي يسبق الفحص البدني. ويشمل الجزء الثاني جميع مهارات التوضيح والتخطيط والإغلاق الكامل للمقابلة.

ويمكن أن يستعمل الجزء الثاني لوحده وغالباً ما يستعمل للارتباط بالجزء الأول لسببين: أولاً، يكمن أصل مشكلات التوضيح والتخطيط في الافتتاح وجمع المعلومات وبناء العلاقة وفي مراحل متأخرة نشعر أننا بحاجة إلى الرجوع لمراجعة وتأكيد مهارات الاتصال وتعميقها من التي تعلمها المتدربون في المراحل الأولى من البرنامج.

ووجدنا أن هذا النمط من التقسيم للدليل مناسب أكثر لطلبة الطب في سنيهم الأولى من التدريب، ويساعد على ترتيب الدليل بجزأين لـــ:

- العمل على عدد من المهارات التي يمكن تدبيرها في وقت محدد.
- التركيز على أخذ التاريخ المرضي وبناء العلاقة في الجزء الأول من البرنامج.
- إضافة مهارات التوضيح والتخطيط مع تطور الدورة.

ويعطى الطلبة جزأي الدليل في اليوم الأول من دورة الاتصال، وذلك لرغبتنا التركيز مبكراً على أن الذي يقومون به في التاريخ المرضي هو لصياغة توضيح وتخطيط فاعل مع المريض. وأن تركيزنا على الرعاية التي محورها العلاقة والمشاركة بين الطبيب والمريض ولحرصنا على تبديد سوء الفهم الذي يحمل على أن الهدف عند الكلام مع المرضى هو عمل تحري للحصول على التشخيص وهي النظرة الضيقة التي تطغى على تدريب الطلبة وتعزز غالباً.

ونستعمل مع جزأي الدليل الموضوعات ذات العلاقة به. حيث يستعمل المدربون والميسّرون أجزاء دليل الصياغة والمحتوى في أثناء الجلسات الصغيرة كتلخيص محكم لأهداف الدورة وطريقة مركّزة للتحليل والاسترجاع ويكيّف كأداة تقيّميه مباشرة من الدليل تساعد المتعلمين للتركيز على الاسترجاع خلال الدورة (راجع الفصل 11 لتفصيل أكبر لستراتيجيات التقييم). كما يعلّم المدرسون مهارات سريرية أخرى «مثل، الفحص البدني، الثقافة، الصحة، السلامة، ودورات تكاملية» ويستعمل الدليل نفسه لدعم أجزاء مختلفة من دوراتهم.

فضلاً عن استعمال النسخ الورقية للدليل الذي يستطيع المتعلمون من تدوين ملاحظاتهم عليه، واعددنا حديثاً نسخ مطوية جيبية من الدليل لأهداف مختلفة أخرى. فمثلاً، وزعنا في كامبردج النسخة الجيبية للجزء الأول من الدليل، وجزء المحتوى ووصف مراحل الفحص البدني لجميع الطلبة ومدراء الدورات والميسّرين، والأطباء الذين يعلمون مع الطلبة في السنين المبكرة الأولى. ولاحقاً سيزودون بالجزء الثاني من النسخة الجيبية. وهدفنا هو لوضع تذكير دائمي للمخططات في جيب كل شخص وتشجيع جميع السريريين في الردهات والعيادات أن يعلّموا بالطريقة نفسها. ويساعد تقسيم هذه المواد المتعلمين في السنين الأولى والسريرية كما يساعد أساتذتهم أيضاً «ويشمل الذيّن يعلّمون في دورات الاتصال والأساتذة السريريّن والمقيمين الذي يُعلمون في أي مكان آخر من الكلية الطبية». ولإدراك كيف ينظم برنامج المهارات الطبية الشامل في الطرق السريريّة الشاملة وكيف يتواءم تدريس مهارات الاتصال في البرنامج العام.

لقد نوقش استعمال دليل الجيب والأساليب في الفصل السادس التي ترصن تعليم المهارات. وعملياً لا يسمح جدول أعمال الطلبة في المرحلة السريرية لجلسات التعليم الإرشادية ولا الملاحظة والاسترجاع المستفيض، ويقدم دليل الجيب طريقة للمحافظة على ذخيرة مهارات الاتصال في بوصلة المتعلمين وأساتذتهم والمعلمون المقيمون. ويعد توزيع دليل الجيب لجميع المجموعات بمثابة إعلام المدرس عما تعلمه الطالب في السنين الأولى ويشجع على الاستكشاف المستمر لمهارات الاتصال مع أقل توجيه «لكنه ضروري» من المدرسين. كما يساعد دليل الجيب لاستمرار عكس مهاراتهم الاتصالية بتفصيل لأقرانهم أو أساتذتهم الذين لديهم الفرصة لملاحظتهم.

الإقامة و التعليم الطبي المستمر

Residency and continuing medical education

نستعمل الجزأين المنفصلين للدليل، أما كما وصف أعلاه أو النسخة الكاملة كما موضحة في الفصل الثاني في مرحلتي الإقامة والتعليم الطبي المستمر.

وفي بعض الظروف، كما هو العمل في العيادة الخارجية التخصصية، تشيع نوعان من المقابلات، في الأولى يُركز مبدئياً على أخذ التاريخ المرضي وتقييم المشكلات: ويشمل ليس تقييم المشكلة الجديدة حسب ولكن متابعة مشكلات المرضى الآنية أو المستديمة لتقييم التطور أو نتائج المعالجة أيضاً. وأن استعمال الجزء الأول من الدليل مناسب هنا على الرغم من أن بعض التوضيح والتخطيط سوف يبرز «مثل، في وصف الأفكار الأولية أو التحضير لإجراء فحص أو توضيح الخطوات'القادمة'».

ويفيد الجزء الثاني من الدليل في الموقف الثاني ولاسيما حينما يكون التوضيح والتخطيط المهمة الرئيسة «مثل، المريض في الزيارة الثانية لمناقشة نتائج الفحوص». ولكن حتى في هذا النوع من المقابلات تظهر مهام الجزء الأول الأساسية وتطبق عدداً من المهارات المدرجة فيه وعملياً: مهام الافتتاح وبناء العلاقة وتيسير إشراك المريض بمهارات دقيقة للتوضيح والتخطيط الفاعل.

وفي ظروف أخرى، مثل تعليم المقيمين في طب الأسرة وأطباء الجلدية والمفاصل والأمراض العصبية والبولية والتناسلية والآن حتى أطباء القلبية «حينما يتوافر جهاز صدى القلب 'الإيكو' في العيادة الخارجية الذي يساعد الطبيب في الجلسة الأولية» – أخرجنا الدليل الموحد الشامل الذي عُرض في الفصل الثاني الذي يفيد في عدد من المقابلات التي تتطور من جمع المعلومات إلى التوضيح والتخطيط النهائي في الجلسة الواحدة. ويفي هذا الدليل الموحد جميع مهارات المقابلة الطبية. ويخدم نموذج الدليل «على شكل بطاقة الجيب» المقيمين وأساتذتهم كمصدر لتعزيز مهاراتهم الشخصية وأداة تعليم يمكن مراجعتها بسهولة. وفي الحقيقة، أخرجنا بطاقة الجيب المطوية لأن الدليل الورقي غير ملائم كنموذج لتعزيز التعليم الذي يعد مَعلماً بارزاً في مرحلة الإقامة.

كيف يمكن تنسيق منهاج الاتصال خلال مستويات التعليم الطبي؟

How do we co-ordinate the communication curriculum across all levels of medical education?

ربما يعد التنسيق بين مناهج اتصال الدراسة الأولية وما بعد التخرج والتعليم الطبي المستمر أضعف حلقات جهودنا لتحسين الاتصال في الطب في الوقت الحاضر. إذ تختلف مناهج الاتصال اختلافاً كبيراً، ولا يمكن الاعتماد على برامج ما بعد التخرج المستقبلية إذا لم نأخذ بالاعتبار ماذا احتفظ من مناهج الدراسة الأولية.

كما تختلف برامج الإقامة خلال التخصص الواحد أو التخصصات المتنوعة وربما تقدم مكونات اتصالية غير منهجية أصلاً. لذلك يرث التعليم الطبي المستمر مجموعات من المتعلمين بخبرات اتصالية مختلفة.

وبيّن لبكان ولازر (Lipkin and Lazarre 1999) مشكلتان «ثقافيتان» تعقدان الجهود لتنسيق مناهج الاتصال. وهما، أن الكليات الطبية وبرامجها التعليمية مصنفة تقليدياً على أقسامها المختلفة وبمناهج محددة زمنياً «على الأقل في مرحلة الدراسة الأولية – المرحلة السريرية» والتي تبدو كقياس لهيبة القسم. وهذا يؤدي إلى التركيز الضيق – والفشل في التصدي لموضوعات متعددة تشمل أقساماً عدة في آنٍ واحد، وإن إضافة مواد بينية أصيلة تهدد الأقسام والتقاليد. وفي الوقت نفسه، إن تخفيض الميزانية والتنافس والإدماج في الرعاية قد غيرت من طبيعة ممارسة الأساتذة وأصبحوا يشعرون أن لديهم قليلاً من الوقت للأفكار التعليمية الجديدة والمتعلمين الأفراد والمرضى أيضاً.

وهكذا تبدو الموضوعات في النظام جزءاً من العوامل التي تعيق تطوير وتنسيق برامج الاتصال عبر المستويات التعليمية. وعلاوة على ذلك، نحن كأفراد لدينا مقاومة أعلى للمجموعة الثانوية من المشكلات. ويعني سوء فهم كبير حول موضوع الاتصال وتعليمه عندما يستمر ويسبب الصعوبات. ومن سوء الفهم هذا هو فكرة أن يكون التعليم خطاً مستقيماً – لذلك علينا أن ندخله لمرة واحدة فقط تكفي. ويقود إلى ثلاثة افتراضات خاطئة أخرى تضيف أعباءً على الجهود التنسيقية لمناهج الاتصال:

1 يحتاج التدريب إلى نماذج مختلفة للمستويات المختلفة – ونحتاج أن نعلم مهارات جديدة كلما تقدم المتعلمون إلى المرحلة السريرية ثم الإقامة.
2 يحتاج التدريب طرقاً مختلفة لمستويات مختلفة – لدينا في المرحلة السريرية والإقامة والتعليم الطبي المستمر قدرة على التعامل مع المرضى الحقيقيين لذلك لا نحتاج إلى ممثلين وتسجيلات صورية بهذه المراحل.
3 إن المناهج المنسقة غير ضرورية – يمكن لنا أن نعمل ذلك بأجزاء صغيرة غير مترابطة.

وينبغي البدء بتصحيح سوء الفهم هذا مع المناظرة بالتدريب الرياضي. لا يمكن لأحد أن يتخيل أن اللاعب سيصبح لاعب تنس محترف عند تلقيه تدريباً مختصراً في بداية مهنتهِ ثم ينقطع عن التدريب ويبدأ باللعب في المباريات التنافسية. وهذا لا يختلف عن تدريب مهارات الاتصال ولأجل أن يصبح «الطبيب» محترفاً ماهراً يحتاج إلى تكرار المهارات لترسيخها والعمل بتوجيه مدرب وأن تنعكس المهارات بوضوح والتدرب عليها. وبعبارةٍ أخرى، يستعمل النموذج اللولبي لتعليم وتعلم الاتصال الفاعل ويحتاج التعليم اللولبي التنسيق مع مناهج أخرى عبر جميع مستويات التعليم الطبي وتعليم مهارات الاتصال المنهجي والبناء الدائم على ما تعلمه المتعلمون سابقاً.

وفي تصميم جلسة المنهج الجديد، اقترح أحد مدراء برامج الإقامة على أننا بحاجة إلى استعمال نموذج مختلف في جلسات التدريب في الإقامة ونركّز على مجموعة جديدة من المهارات. وروت إحدى المقيمات القدميات في الأمراض العصبية التي تعلمت استعمال دليل كالكاري–كامبردج أن مديرها كان على خطأ. ولقد كانت مصّرة على احتياج المقيمين إلى فرص لإعادة المهارات التي تعلموها سابقاً بالضبط وترسيخها والتي بدؤوا بالتمكن منها في الدراسة الأولية، وإن ينبغي مجرد ممارسة تلك المهارات في البيئات الجديدة في برامج الإقامة. وحتى أنها ذهبت بعيداً وقالت أنها ترغب أن تستعمل الطرق نفسها عند ممارسة المقابلة، والتي جربتها في جلسات تعليم واسترجاع لمجموعات صغيرة في برامج الدراسة الأولية.

وتظهر هذه القصة أهمية الأسس التي تتضمن الإعادة. وعند التطور خلال التدريب تتغير البيئة ويتغير المحتوى ولكن تبقى مهارات الصياغة كما هي بالضرورة. وما يحتاجه المتعلمون بعد ذلك هو ليس إيجاد مجموعة مهارات جديدة كاملة ولكن بدلاً من ذلك إعادة تعلم كيفية ملاءمة وتطبيق مهارات الصياغة

الجوهرية في الظروف المتغيرة والتي تزداد تعقيداً في التدريب الطبي الأكثر تطوراً. فمثلاً، إذا تعلمت لعبة التنس جيداً حينما كنت يافعاً لا تحتاج إلى تعلم مجموعة مهارات جديدة عندما تريد أن تكون عضواً في فريق الجامعة. وببساطة، تحتاج أن تحسن المهارات التي تمتلكها سابقاً وأن تتعلم تطويرها في اللعب بقصد ومهارة بظروفٍ أخرى. وإذا تعلمت التزلج على منحنى متوسط وحينما تصل إلى منحنى أشد أو قمة شاهقة فتبدو لأول وهلة «أو للمرة الثانية أو الثالثة» أنك تشعر بفقدان المهارة السابقة. وفي الحقيقة، أن المهارات مازالت مخزونة ولكن يجب أن تتعلم أن تكيّفها وربما تحسنها لتلائم البيئة الجديدة.

وبالنسبة لإدخال طرق جديدة في المستويات المختلفة في التعليم، من الممكن إدخال بعضها وينبغي تفحص الصعوبات الاتصالية أو النجاحات التي واجهتها المجموعة لما لها فائدة في دورات الاتصال (Beckman and Frankel 2003). وبالمقابل، تبيّن فائدة التسجيلات المصورة والممثلين باستمرار حتى في المستويات المتقدمة وقد تكون التسجيلات المصورة محفزاً قوياً إذا ما دُرست ونُوقشت بتيسيرٍ جيد. وتقدم هذه الطريقة مواد إجبارية في التعليم المتقدم أكثر حينما يشعر المشاركون براحةٍ كافية وثقةً بالمجموعة عندها تقدم «التسجيلات» الشخصية. وهي تشبه فائدة استعمال الممثلين في التعليم المتقدم الذي لا ينبغي أن يهمل. ولا تقدر قيمة استعمال المرضى الممثلين الصحيحة بثمن. فمثلاً، تصبح فائدة الممثلين كبيرة حينما يكتشف المتعلمون أنهم يشتركون بصعوبات اتصالية عامة أو يقررون أنهم يرغبون العمل على مهارةٍ معينة «مثل، افتتاح المقابلة» بعمقٍ أكبر أو حينما يرغب المتعلمون العمل على حالةٍ مرضية معينة أو تجاوز تحدٍ اتصالي يواجهونه آنياً أو صعوبة معينة لموضوع علاقة الطبيب–المريض «مثل، البوح بالخبر السيئ».

وحينما نرسي أرضية توافقية مشتركة بالنسبةِ لمثل هذه الموضوعات بين الأساتذةِ والمتعلمين، سنمتلك مناهج اتصال منطقية كامنة ونطورها عبر منوال التعليم الطبي. ويدرك عدد من الإداريين ومنظمي الدورات الحاجة للإسهام والعمل بهذا الاتجاه في مؤسساتهم. وفي بعض الأماكن، تكونت جمعيات من الأفراد المهتمين تحتوي ممثلين من كل مستوى تشجع على المناقشة والتخطيط المشترك لتلاقح الأفكار وتنسق الجهود خلال المجموعات. وللنتيجةِ نفسها وجدنا أن من المفيد أن نجلب المهتمين من المدراء الإداريين والإقامة والمرحلة السريرية ومدراء برامج الاتصال من مؤسسات متعددة لإعادة المعالجة المشتركة لكيفية إرساء تعليم وتعلم مهارات الاتصال في كل مستوى وتحسين التنسيق عبر المستويات. ومثل هذا التنظيم لإعادة المعالجة لخمس كليات طبية غرب كندا أعطي مدراء المرحلة السريرية والإقامة فرصةً لأدراك أفضل، وبناء أسس دورات الاتصال مرحلة ما قبل السريرية. وفي الوقت نفسه، يتعلم بعضهم من بعض البرامج الاتصالية الحالية ودعي وأشترك أشخاص من ثلاث كليات طب في الولايات المتحدة كممولين لبرامج المرحلة السريرية (Kalet et al. 2004). حيث أن عدداً من المشاركين سبق وإن عملوا منعزلين نسبياً وبيّنوا أهم النتائج التي تحققت هو، تحديد الكم الهائل المؤثر من الأشخاص في داخل المؤسسات وعبر المهتمين باستمرار هذا العمل التعاوني وبنمط تنسيقي أكبر.

وقد جعل المفوضون من الهيئات الاعتمادية والمانحة للترخيص في مستويات التدريب والتقييم الثلاثة في موضوع الاتصال كعنصر إجباري. ويعزز المفوضون التنسيق وإظهار برامج اتصال حديثة واتصال مدرائها بمدراء البرامج الموجودة لتبادل الأفكار والنصيحة. وفي مستوى الدراسة الأولية، كونت بعض البلدان جمعيات للعمل على منهاج وطني لتعليم المهارات الطبية الشاملة. وفي مبادرة مشابهة بدأت على مستوى الإقامة، حيث ازداد عدد المتعلمين الذين يتخرجون من برامج الدراسة الأولية وعندما يكونون في وضع يؤثرون فيه ويشاركون بتطوير الاتصال في مستويات الإقامة والتعليم الطبي المستمر المتواصلة.

وتعقد مؤتمرات محلية ووطنية وعالمية مثل مؤتمر أوتاوا لتعليم وتقييم المهارات السريرية كل سنتين وله أهمية كبيرة. والمبادرات مثل مبادرة سرطان الثدي الكندية لاستراتيجيات التعليم المحترف التي

جلبت جميع الفرقاء المهتمين والذين يمكن لهم أن يؤثروا على تنسيق التعليم بشكل كبير وتعزيز بحوث تعليم الاتصال. وأن التدريب المشترك له قيمة عالية، فمثلاً معهد الاتصال في الرعاية الصحية (معهد باير سابقاً) في الولايات المتحدة وكندا يزود دورات التدريب لتهيئة الميسّرين في المستويات الثلاثة في التعليم الطبي. ويقود ورش عمل ويزود المشاركين بإدراك عام وعميق عن كيفية تعليم الاتصال في الطب وللاطلاع على مجموعة البحوث التي تصف محتويات ورش عمل معهد الاتصال راجع: دليل الطبيب في الاتصال بالمرضى، نسخة خاصة من مجلة تدبير نتائج السريرية المطبوع في 2001* «Communicating with Patients: a clinician's guide» (Baker and Keller 2002; Keller et al. 2002; Kemp-White et al. 2003). وتزود كورتس وجماعتها (Kurtz et al. 1999) بجدول لمصادر التدريب على مهارات الاتصال المفيدة في تخطيط البرامج على جميع المستويات.

وإزدادت عدد المجلات الطبية التي تقبل وتلح على نشر بحوث تعليم الاتصال. مثل هذا يعزز التنسيق والمساهمة لإرساء مفهوم ذهني لقاعدة عامة عبر المستويات، وتزود أدوات مثل كالكاري–كامبردج البرامج في جميع المستويات بمجموعة من المهارات العامة للتعليم والتقييم. ومصدر مفيد آخر (Dalhousie Medcom Collection 2004) لتنسيق تخطيط البرامج وتحديثها سنوياً لقاعدة البيانات هذه والتي تتألف من البحوث والدراسات وورش العمل والأدلة ودلائل المنهج ومصادر تعليمية حول تعليم مهارات الاتصال في التعليم الطبي وتطبيق مهارات الاتصال في الممارسة الطبية.

* ويذكر أن هذا «دليل الطبيب في الاتصال بالمرضى» قد ترجم إلى اللغة العربية من قبل وزارة الصحة العراقية سنة (2007) ووزع على المؤسسات الصحية العراقية ومنشور في موقع وزارة الصحة العراقية www.moh.gov.iq

الفصل الحادي عشر

Chapter 11

تقييم مهارات اتصال المتعلمين
Assessing learners' communication skills

المقدمة
Introduction

أردنا أم لم نرد، غالباً ما يقود التقييم إلى المنهج – وإن ما يقيّم سوف يُعلم (Newble and Jaeger 1983; Westberg and Jason 1993; Pololi 1995; Southgate 1997) ويشمل التقييم:

- **تحفيز تعلم الطلبة:** لسوء الحظ يركّز الطلبة طاقاتهم على الامتحانات الضرورية لأجل النجاح لدرجة اهمال النشاطات الأخرى التي تبدو مفيدة أكثر في مهنتهم.
- **تشريع أهمية الموضوع للطلبة:** إذا لم يُجرَ تقييم الموضوع فربما يستقبله الطلبة على أنه احتياج ضروري في الممارسة السريرية ولكنه ذو أهمية هامشية في أثناء دراستهم الأكاديمية.
- **تشجيع الأساتذة المتشككين لقبول الموضوع:** حال تشريع الموضوع ويصبح جزءاً من أجزاء التقييم المصدقة العامة في الامتحانات عندها يكون عنصراً من المنهج الأساس في التعليم ويحظى بقبول أصيل.

ومن الواضح إذا كانت أهمية التقييم وقوته لهذه الدرجة لإرساء الموضوع في المنهج العام، فيجب أن نعطي فكرة واضحة لهذا الجانب في برامج الاتصال ونستعمل طاقته الكامنة لدفع البرنامج إلى الأمام، وإذا ما تبنى التقييم كجزء من عملية التعليم والتعلم واقتنع المتعلمون والإداريون لعمل الأمر نفسه، نحن إذاً:

- نبتكر تقييمات مفيدة تقود عملية التعليم إلى الأمام بشكل ملائم.
- نرسي مجال برنامج الاتصالية ونوسعه.
- نحصل على التمويل الضروري للتقييم والبرنامج نفسه.

ونتفحص في هذا الفصل كيف نقيّم مهارات المتعلمين الاتصال بفاعلية وكفاءة، ونستكشف الأسئلة الآتية:

- ما الفرق بين التقييم البنّاء (formative) والإجمالي (summative).
- ما نحاول أن نقيّمه في الاتصال؟
- ما مميزات أدوات التقييم المهمة؟
- ما الشكل الذي يجب أن يأخذه تقييم الاتصال؟
- ما الهيكل المتوافر للاسترجاع للتقييم البنّاء والإجمالي؟
- منْ يقوم بالتقييم؟

التقييم البنّاء والإجمالي

Formative and summative assessment

هناك نوعان جيدان وضروريان من التقييم للمناهج الاتصالية المصممة تصميماً جيداً، وهما: التقييم البنّاء والإجمالي.

التقييم البنّاء

Formative assessment

يعد التقييم البنّاء تقييماً غير رسمي ومتواصل ومتكامل مع عملية التعليم والتعلم. ويميل إلى أن يأخذ مكانه في أثناء الدورة نفسها ويكون من مسؤولية الميسّرين ومجموعة التعلم.

والقصد من التقييم البنّاء هو الإرشاد وبناء التعليم تحت ظروف آمنة من دون حكم مسبق. ويتمتع بطاقة كامنة تدعم المتعلم وتحسن من عملية التعليم وتعزز التعلم نفسه. ويزود التقييم البنّاء فرصاً لاستكشاف المشكلات أو المجالات الضعيفة من دون تكبد عقوبات دراسية. ومن أوجه التقييم البنّاء الأساسية هو المساعدة في الاسترجاع والإرشاد وتعديل مواطن الضعف أو تعزيز نقاط القوة (Rolfe and McPherson 1995).

والهدف الخاص للتقييم البنّاء هو تشجيع التقييم الذاتي والصادق والمنفتح في بيئة يشعر بها المتعلمون بحرية الاعتراف ومناقشة الصعوبات التي يعانون منها. ويحتاج المتعلمون أن يشعروا بإمكانية التعبير بدلاً عن إخفاء المشكلات لأجل أن يستقبلوا المساعدة البنّاءة لترميم النواقص. وهكذا يمكن للمدرسين أن يخططوا تعليمهم لتلبي حاجات المتعلم الفردية. وجدير بالذكر، أنّ التعليم الطبي التقليدي يمتاز بنزعة الحكم على المتعلمين والعقوبة التي تشجع المتعلمين على الإخفاء بدلاً من الاعتراف بالنقصان الذي يعانونه. في حين يحتاج المتعلمون الشعور بالثقة والدعم من مدرب يتحلى بالدافعية ليستفيدوا من التقييم البنّاء (Ende et al. 1983; Knowles 1984; McKegney 1989; Westberg and Jason 1993).

إن التحليل والاسترجاع المتواصل للمتعلمين هو الجزء التكاملي لطرق تعليم الاتصال والذي يعد عملية تقييم بنّاءة أولية. كما وصف التعليم التجريبي المستند إلى المهارات في الفصول الأولى من هذا الكتاب، فإن مفهوم التقييم البنّاء يُستثمر بدرجات أعلى بكثير من طرق التعليم التقليدي.

وينبغي أن يُفسح المجال للتقييم الدوري البنّاء خلال الدورة بمنهجية أعلى للمتعلمين لمناقشة التطور الجاري وإعداد احتياجات المتدربين الإضافية. إذ تساعد هذه المراجعة المنظمة الميسّر والمتعلم لإجراء التعديلات المناسبة في وسط الدورة. ويفيد هذا النوع من التقييم التقييمات اللاحقة للمتعلمين للحصول على الخبرة والتعرف على نمط الامتحانات الإجمالية الأكثر منهجية النهائي «مثل الامتحانات السريرية المرتبة موضوعياً 'OSCE' كما توصف لاحقاً في هذا الفصل». وهنا يزوّد المتعلمون بنتائج الامتحان إذا ما أُريد أن يكون تقييماً أكثر استرجاعاً ومساعدة.

التقييم الإجمالي أو المصدق

Summative or certifying assessment

يحدد التقييم الإجمالي الذي يضمن الجودة في أوقات معينة مهمة. ويحتاج إلى جهود إضافية ليقرر أخيراً منْ مِن المتعلمين سينجح ومن يفشل في التقييم. وتقع مسؤولية إعداد هذا التقييم على منظمي الدورة ولجان الامتحانات في الكلية ومؤسسات ترخيص إجازات العمل والسلطات الصحية والوطنية والمحلية.

ويختلف التقييم الإجمالي عن البنّاء حيث يعتمد بشكل خاص على جمع المعلومات في نهاية التجربة التعليمية وحينما يطبق تقليدياً، فإن الاسترجاع للمتعلمين يكون على شكل حكم موجز: ناجح أو فاشل أو درجة معنية. وعادة ما يحظى بفرصة تعليمية كامنة قليلة في أثناء التقييم. أما في الأسلوب البديل للتمكن من المهارات، فالإجراء يشمل: مساعدة أكثر، إرشاد، وإجراءات لترميم النواقص التي تعد إجبارية للمتعلمين غير المُقنعين. وتقدم في بعض الأحيان للمتعلمين الذين قاربوا بأدائهم درجة النجاح فرصة محددة لإعادة إجراء الامتحان للوصول إلى القرار النهائي المتعلق بالأداء.

بينما في النظام النموذجي، يعد التقييم البنّاء المحدد الأكبر لجهود المتعلمين لتحسين أدائهم الذاتي. أما في الواقع الحقيقي، فإن المتعلمين يعلمون أن النجاح والفشل النهائي يعتمد على التقييم الإجمالي. لذلك تتوجه عنايتهم باتجاه النشاطات التي تساعدهم على تجاوز التقييم الإجمالي، وغالباً ما يهملون النشاطات التي تبدو ليست لها علاقة مباشرة بهذا الهدف. لذلك من الضروري أن يدرك المسؤولين على نظام التقييم الإجمالي مدى تأثيره وسيطرته على تحكم الطلبة وعلى البرنامج التعليمي ككل، لذلك ينبغي اتباع ما يأتي:

أولا: يجب أن يدخل موضوع مهارات الاتصال في التقييم الإجمالي حتى لو واجهت هذه المهارات من صعوبات تتعلق بقياسها «Quantifying» وتنظيمها مقارنة بمهارات التعليم بمستويات أقل مثل استرجاع الحقائق أو المهارات التقنية «Recall of facts or technical skills» وما لم تقيّم المهارات المعقدة عالية المستوى مثل مهارات الاتصال، لا يعتبرها المتعلمون مهمة لدراستهم (Westberg and Jason 1993).

ثانياً: يجب أن ينسجم التقييم الإجمالي مع أهداف منهاج تعليم مهارات الاتصال – والذي يجب أن يعتمد على الأهداف الواضحة المنشودة التي تعكس مرامي وفلسفة دورة مهارات الاتصال (Hobgood et al. 2002)، فضلاً عن أن المهارات التي ينبغي تعلمها وتقييمها يجب أن تبرهن على أهمية المواد المقرّرة. كما يحتاج الطلبة والأساتذة أن يعوا هذه الأهداف لأجل أن يربطوا مباشرة بين عملية التقييم بتعلم منهاج الاتصال.

ثالثاً: يجب أن يعكس التقييم طرق التدريس. فضلاً عن ضمان طرق التقييم البنّاء ليس العناصر الصحيحة المتعلمة التي تؤيد المحتوى «صلاحية المحتوى، Content validity» حسب ولكن يجب أن تقيس العناصر التي تشجع المتعلمين للعمل والدراسة للامتحان. وتبرهن على استعمال طرق التعلم المستخدمة الترابط المنطقي في منهاج الاتصال «Consequential validity» نفسه (Holsgrove 1997). ومن دون عمل ذلك، ربما يتغير سلوك المتعلمين بالاتجاه المعاكس ويميلون إلى ما يطلبه الأساتذة أو مدير الدورة (Newble and Jaeger 1983). وهكذا إذا استخدمت المراقبة المباشرة في التعلم والتقييم البنّاء فإنها يجب أن تستخدم في التقييم الإجمالي، ويجب استخدام أدوات مشابهة في التقييم البنائي والإجمالي أيضاً. وفي الحقيقة، ينبغي أن يكون الاختلاف بين التقييمين في القصد من التقييم وليس الطريقة المستعملة، كما ينبغي أن يألف المتعلمون طرق التقييم وأدواته قبل أن يصلوا إلى التقييم الإجمالي (Kurtz and Heaton 1987; Kurtz 1989). ونرجع بعد ذلك إلى المجال الحيوي وهو التأثير التعليمي للتقييم — حينها نناقش مميزات تقييم مهارات الاتصال الفاعل لاحقاً في هذا الفصل.

وفي أثناء سير البرامج مع التقييم الدوري الإجمالي، يجب أن يتضمن التخطيط تقديم المعالجة وإعادة التقييم للمتعلمين غير المُقنعين أو الذين يظهرون عدم الكفاءة المتكررة. وينبغي أن يُدرك التقييم على انه مكوّن إضافي من التعلم اللولبي — يعقب العلاج إعادة التقييم الذي يساعد المتعلمون أن يتناولوا خطواتهم المقبلة إلى الأمام. ومن الضروري أن يجد الميسّر الوقت الكافي للمتعلم لهذه العمليات.

ويحتاج العمل مع المتعلمين غير المُقنعين بضعة مهارات خاصة للمعالجة. لذلك هذا هو الوقت المناسب لأن تطبق تقنيات التيسير الماهرة والنماذج المعروضة خلال هذا الكتاب. أما إذا كانت المعالجة التي

تحتاجها بسبب احتمالية معاناة المرضى المستديمة أو عدم الاستقرار العاطفي، هنا من المهم إشراك مختصين من الذين يتمكنون من تحديد فيما إذا كان الموضوع مشكلات شخصية أو معاناة ذهنية مخفية. وفي هذه الحالة فالمساعدة ربما تكون أمور أخرى غير المعالجة هي أكثر ملاءمة.

ويزود إطار مهارات دليل كالكاري –كامبردج بداية البيّنات المعتمدة لتحديد أهداف منهاج الاتصال وعملية التقييم ومعيارية الأدوات المستعملة في التقييم البنّاء والإجمالي النهائي.

ما أهداف التقييم الإجمالي النهائي؟

What are the objectives of summative assessment?

1 **الشهادة Certification**: بينما يكون الهدف الأولي للتقييم النهائي في الاتصال هو المصادقة على إمكانية المتعلمين وقدرتهم الاتصالية، ولأسباب عملية تخص التقييم النهائي تشمل المصادقة على هدفين إضافيين مما يوسع من منظار برامج الاتصال وقيمة التقييم.

2 **التعليم والتعلم «كما في الاسترجاع الوصفي المفصل، المراجعة والتحسين، العمل العلاجي "Remedial work"، بناء المناقشات الضمنية وحتى تقديم مادة جديدة»**: في منظورنا، يمكن بل يجب على التقييم النهائي أن يضاعف تمارين التعلم الفاعلة التي تعلم وتعزز حتى لو كان هدفها تقييم الأداء (Kurtz and Heaton 1987; Heaton and Kurtz 1992a). كما قال أحد آباء طلبتنا «لا يمكن أن تسمن الخنزير بوزنه فقط». ويزود التقييم الإجمالي فرصة ممتازة ليس فقط لتحديد الفاشلين (5٪) ولكنه يفيدهم ويفيد الـــ (95٪) من الناجحين أيضاً. وعند جعل التقييم جزءاً تكاملياً من منهاج الاتصال يمكن استخدام الوقت بجدوى اقتصادية «Cost effective». ويعد تقييم الاتصال والمهارات السريرية الأخرى ذا كلفة اقتصادية عالية ويستغرق وقتاً مكثفاً، وينبغي استغلال ذلك بسبب تواجد الملاك التدريسي والمرضى الممثلين وأشرطة التسجيل الصورية للتعليم فضلاً عن التقييم. وأن عمل (Rose and Wilkerson 2001) أيد هذه الأفكار ووجدنا من المفيد أن نجدول التقييم الإجمالي لبضعة أسابيع بعد إكمال المقرّر الرسمي، وبذلك يتمدد المنهاج من دون البحث عن وقت إضافي وإعطاء المتعلمين الفرصة لاستعادة تدريبهم الاتصالي وأن يأخذ دورة أخرى في اللولب التعليمي (راجع ملحق 1).

3 **تكامل «الاتصال مع المهارات السريرية الأخرى والقاعدة المعرفية»**: يمكن تخطيط تقييم مهارات الاتصال مع تقييم الفحص البدني والتداخلات العملية، مهارات حل المشكلات الطبية والمعرفة وموضوعات مثل الأخلاق والاختلافات الثقافية «الحضارية»: وهذه لا تؤدي إلى زيادة كفاءة التقييم حسب وإنما يوسع إدراك الطلبة والأساتذة لأهمية وقيمة الاتصال حينما يطبق مع مشكلات المرضى الحقيقية وعملهم اليومي (Kurtz and Heaton 1987; Vu et al. 1992, Nestel et al. 2003).

ماذا نحاول أن نُقيم؟

What are we trying to assess?

عند تصميم التقييم في منهاج الاتصال من الجيد أن نبدأ بتقرير ماذا نحاول أن نقيّم. مرة ثانية يثبت الإطار في بداية الفصل التاسع فائدته «لاحظ المستطيل 9.1».

التركيز على التعلم والتقييم

Focuses of learning and assessment

أولاً: ينبغي إدراك تصميم التقييم فيما إذا كان يقيّم:

- المعرفة – هل تعرف ذلك؟
- الكفاءة – هل يمكن أن تعرضه؟
- الأداء – هل يُمكن (أن تختاره) أن تعمله؟
- النتائج – ما النتائج التي تحصل عليها من استعمالك له؟

يؤثر المستوى التعليمي للمتعلم في المحاور التي نُقيّمها. ولكن في منظورنا، عندما نقيّم مهارات الاتصال في الطب لا يكفي أن نقيّم المعرفة الذهنية فقط «مثل إذا كان المتعلمون يعرفون المهارات المشمولة في الموضوع»، وتعد المعرفة والفهم لمهارات الاتصال مهمة وهناك مجالاً لإدخال هذه العناصر في الامتحان التحريري على الأقل لإثبات أهمية الموضوع للمتعلمين. وعلى الرغم من أن هذا النوع من الامتحانات يمكن أن يؤدى بكلفة زهيدة بقلم وورقة، لكنه ينسجم بشكل رديء مع قدرة المتعلم باستعمال مهارات الاتصال بالممارسة. ويحتاج الهدف على تقييم الكفاءة في الأقل، وإذا كان ممكناً تقييم الأداء والنتائج. وتزود كل مفردة من هذه المفردات بيّنات غير مباشرة على المعرفة بينما المعرفة تعطي رؤية ضئيلة لها. وتُركز أغلب الامتحانات على الكفاءة «ربما في جميع مستويات التعليم الطبي»، والأداء «ربما في مستوى الإقامة والتعليم الطبي المستمر» (Norman 1985; Rethans et al. 1991).

المجاميع الواسعة من المهارات

Broad categories of skills

والاعتبار الثاني المهم هو: ما المهارات التي ينبغي لمهارات الاتصال أن تقيّمها؟

- مهارات المحتوى.
- مهارات الصياغة.
- المهارات الإدراكية.

مهارات المحتوى: وتتعلق بدقة المعلومات المستقاة من المريض وملاءمتها لحالته وشموليتها كما تتعلق بالمعلومات المعطاة له.

مهارات الصياغة: وتشمل المهارات الجوهرية في دليلنا والطرق المستعملة لافتتاح المقابلة وجمع المعلومات وبناء العلاقة وهيكل التفاعل والحديث مع المرضى في إثناء الفحص البدني والتوضيح والتخطيط، وإغلاق المقابلة وتدبير التحديات الاتصالية وتشمل صياغة المهارات اللفظية وغير اللفظية.

المهارات الإدراكية: التي تتعلق بحل المشكلات والآراء التي تتعلق بالفرضيات وقوائم المشكلات والتشخيص التفريقي والتفسير وتدبير العواطف والتوجهات «للمريض والطبيب».

موضوعات اتصالية خاصة

Specific communication issues

ثالثاً: هل نريد أن نضمّن التقييم كيف يتعامل الطلبة مع موضوعات اتصالية تتعلق بسياق المقرّر مثل البوح بالخبر السيئ، العمل مع مرضى من حضارة مختلفة أو الاتصال بمريض مصاب بالكآبة أو الذهان؟

مزيات أدوات التقييم

Characteristics of assessment instruments

ونتفحص الآن بعض المفاهيم الضمنية المهمة في تصميم أدوات تقييم التعليم الطبي واستكشاف علاقتها الخاصة لتقييم مهارات الاتصال. بينما لا نستطيع هنا استكشاف أوجه القياس النفسي للتقييم (Psychometric aspects)، لكن من المفيد أن نتطرق إلى خلاصة بعض المفاهيم الأساسية.

تقليدياً كانت المُعوّلِيّة (Reliability) والصلاحية (Validity) المميزات التي تُقيّم فيها أدوات التقييم (Streiner and Norman 1995)ولمواءمته مع أهداف التقييم النهائي لتعلمنا وتعليمنا وسّع فان در فلوتن (van der Vleuten 1996) القائمة وضمنها تأثير التعليم «Educational impact» كمعيار ثالث أساس وأضاف مزيتين تحتاجان أن تؤخذا بالحسبان وهما المقبولية (Acceptability) والإمكانية (Feasibility).

ووصف فان در فلوتن ببلاغة أين يقع التقييم عند المساومة بين ما هو مرغوب وما هو منجز. الذي يتضمن التناوب بين تقليب الأمر المتعلق بالمكونات الخمسة المدرجة أعلاه. ووصف الفائدة المثلى «Perfect utility» للأداة كحالة مثالية والحالة العملية في الممارسة. وأن الذين يتولون التقييم بحاجة لتحديد أوزان وقيم مختلفة لكل مكون معتمدين على السياق والهدف من التقييم. فمثلاً في الامتحان الخارجي عالي المستوى لاتخاذ قرارات مهمة حول مستقبل المرشح فإن المُعوّلِيّة تؤخذ المركز في التقييم بينما في التقييم البنّاء الداخلي ربما يكون أثر التعليم أكثر أهمية من المُعوّلِيّة.

المُعوّلِيّة

Reliability

يشير مصطلح المُعوّلِيّة إلى دقة القياس وإمكانية الحصول على الدرجات مرة أخرى، وهل يقيس التقييم أمراً دقيقاً وبنمط يمكن الحصول على الدرجات نفسها مرة أخرى؟ وهل له القدرة أن يفرق بثبات بين الطالب الجيد والرديء؟ وهل يمكن أن يستخرج ثانية عبر التقدير أو التخمين «Raters» والأسئلة والحالات المرضية والفرص الملائمة؟

يمكن لجميع انواع «التشويش» أن تؤثر في القياس الذي ينعكس على المُعوّلِيّة. ولقياس مُعوّلِيّة الأداة، يقتبس المعامل «Coefficient» الذي يعبر عن المُعوّلِيّة بمعدل الاختلاف «Ratio of the variability» بين الأفراد مقسوم على الاختلاف في الدرجات، والذي يعبر عنه بمدرج من صفر «ليس هناك ما يُعول عليه في الأداة نهائياً» إلى (1) واحد مُعوّلِيّة كاملة «Perfect reliability». لذلك يقيس نسبة الاختلاف في الدرجات بسبب الاختلاف الحقيقي بين الأفراد مقابل مصادر أخرى من الفوارق التي لا نحاول أن نقيسها ولكنها نتائج التقييم نفسه.

وهناك مقاييس مُعوّلِيّة شائعة وتشمل:

- الثبات الداخلي (Internal consistency، هل تشترك جميع العناصر ايجابياً؟)
- المُعوّلِيّة بين المراقبين (Inter-observer reliability)
- المُعوّلِيّة خلال المراقب نفسه (Intra-observer reliability)
- مُعوّلِيّة الفحص – واعادة الفحص (Test-retest reliability)
- المُعوّلِيّة بين الحالات (Inter-case reliability)

المُعوّلِيّة بين الحالات في التقييم الطبي

Inter-case reliability in medical assessment

هناك أمر ثابت الوجود في الدراسات التي تتفحص قياس كفاءة المهنيين في الطب «التي لا تخص تقييم مهارات الاتصال وحدها» حيث تقيس اختلاف الأداء بين المرشحين عبر المهام التي ينجزونها. وأظهرت الاختلافات مشكلات أكبر عند تصميم التقييمات في المُعوّلِيّة بين الحالات المرضية مقابل المُعوّلِيّة بين المراقبين. وتبدو الكفاءة ذات دلالة خاصة للحالة المعنية محل القياس، كما أن الحصول على الكفاءة في مجال معين منبئ غير جيد للكفاءة في مجال آخر. لذلك يُعد أخذ عينات واسعة عبر مجالات المحتويات الزامياً وأساسياً (Vu and Barrows 1994; van der Vleuten 2000a).

ويعد موضوع المحتوى النوعي هذا السبب الرئيس للحاجة إلى تقييم طويل المدى ومُكلِف في التعليم الطبي. والذي يحتاج إلى توظيف أوقات حقيقية للممتحنيين والمرضى والمرشحين وقد يتعرض إلى عدم القبول. وبُحث هذا الموضوع جيداً في نمط الامتحانات السريرية المرتبة موضوعياً (OSCE-style) في الكفاءة السريرية عندما كان معامل المُعوّلِيّة حوالي (0.8) والذي يحتاج إلى وقت يقارب أربع ساعات للامتحان الواحد (van der Vleuten and Swanson 1990).

هل هذا الجدل واقعي في التقييمات الاتصالية؟

Is this argument true of communication assessments?

والسؤال الرئيس في مجال مُعوّلِيّة تقييم الاتصال هو ما يتعلق بترتيب عدد المحطات وكمية الوقت المحتاج للوصول إلى تقييم متعلم مهارات الاتصال، وإذا ما يُعول على التقييم أم لا. ولحسن الحظ، على الرغم من استمرار أهمية تحديد الحالة النوعية «Case specificity» لم يبق كموضوع شائك في تقييم مهارات الاتصال. وحينما قيّم فان ثايل (van Thiel et al. 1991) مهارة صياغة الاتصال بدرجات منفصلة من المحتوى أظهر الحاجة إلى وقت امتحاني قليل بدرجة كبيرة للحصول على تقييم مُعوّلاً عليه. وإن إنتاج معامل المُعوّلِيّة (0.8) يحتاج إلى ساعتين امتحانين باستعمال مشبك الصياغة لوحده وساعتين ونصف وقتاً لمشبك المحتوى والصياغة وسبع ساعات باستعمال مشبك المحتوى وحده.

ولا غرابة في هذه النتائج – إذ إنّ مهارات الصياغة تقيس مجموعة نوعية من مهارات الاتصال بينما تتعلق درجات المحتوى بالمعرفة والاستنتاج السريري أكثر. ونعرف أن الاستنتاج السريري محتوى نوعي عالٍ – ويستعمل الخبراء مخططات وأطر معتمدة بدرجة عالية على الحالة لحل المشكلات (Mandin et al. 1997). وتبنى هذا الكتاب دليل كالكاري–كامبردج ومهارات الاتصال الجوهرية التي يحتاجها في كل الظروف على الرغم من تغير السياق في التفاعل واختلاف محتوى الاتصال، تبقى مهارات الصياغة نفسها.

واقترحت بعض الدراسات عن عدم وجود مجموعة مهارات عامة موحدة للاتصال يمكن تطبيقها في محطات الاتصال في امتحان أوسكي «OSCE». وهذه ناتجة أيضاً عن نوعية محددة «Specificity» (Hodges et al. 1996). ويعد التفسير البديل الذي نفضله هو، تحتاج مجالات الاتصال المتنوعة والتحديات الاتصالية الأخرى إلى التركيز على مجموعة مهارات مختلفة من المجموعات العامة لجوهر مهارات الصياغة. إذ تتكون صياغة الاتصال من مجالات عامة متعددة تشمل جمع المعلومات والتوضيح والتخطيط وبناء العلاقة. كما تتضمن عدداً من المواقف الصعبة مثل البوح بالخبر السيئ، التعامل مع العواطف، النوع الاجتماعي «Gender»، الموضوعات الحضارية، الوقاية والتحفيز. وأظهرنا في الملحق (4) كيف يمكن أن نستل صحيفة العلامات «Marking sheets» من قائمة المهارات الجوهرية لدليل الصياغة لـــ كالكاري–كامبردج وذلك باختيار عناصر مناسبة من كل تحدٍ في صياغة الاتصال الذي نقيّمه.

ويجب أن تأخذ نماذج واسعة من منهاج مهارات الاتصال المدروس ليكون تقييماً معولاً عليه لمهارات اتصال المتعلمين. ولا يمكن لأي شخص أن يقيّم المنهاج كاملاً في الامتحان. وأحد الطرق الرئيسة للحصول على المُعوّلِيّة هو أخذ أكثر ما يمكن من النماذج عبر منهاج مهارات الاتصال وضمان وقت كافٍ للامتحان — وكل ما كان الامتحان أطول تزداد احتمالية التعويل عليه.

ولأجل الوصول إلى أخذ النماذج المتعددة، من المفيد عند تصميم أي تقييم للمتعلمين أن يبنى على مخطط للمجالات التي تحتاج الاختبار. وأبسط نموذج للمخطط هو: مخطط ثنائي المحور يمثل أحد محوريه الكفاءات العامة التي ينبغي أن تقيّم، ويمثل المحور الآخر المواقف السريرية التي سوف تعرض بها الكفاءات. والمخطط الناجح هو الذي يربط التقييم بأهداف المنهج (Newble et al. 1994). ويجب أن ينسجم محتوى التقييم مع الأهداف التعليمية للمنهاج. ولأجل الوصول إلى التناسق البناء، يحتاج مصممو التقييم أن يحددوا الأهداف التعليمية للبرنامج وتطبيقها على محطات نتائج التعليم المحددة لثنائي مجال الموضوع والمهارة. كما يجب أن يساعد المخطط على تطبيق الحالات أو الأسئلة في هذا الثنائي لضمان النموذج الامتحاني المناسب.

ومن الممارسات الجيدة، أخذ نماذج متعددة لأداء المرشحين مقابل مصادر التشويش الكامنة أو فقدان المُعوّلِيّة (Humphris and Kaney 2001c; Keen et al. 2003). ولأجل زيادة المُعوّلِيّة في امتحانك، اضمن أن يقابل المرشحين أكثر ما يمكن من الحالات والمواقف والممتحنين والمرضى لمنع التباين في الأخطاء «Error variance».

واحد الطرق الأكثر فاعلية لزيادة المُعوّلِيّة هو أن تجعل النتائج بأبعاد ثلاثية ما أمكن. والتي تساعد على إبعاد الاختلافات التي لا تؤدي إلى الفوارق الحقيقية بين الأشخاص. وهكذا فإن التوالي المقصود والتنسيق المتعدد للامتحانات مع الوقت أكثر فاعلية من التقييم «الانفجاري الأوحد» وهذا يفسر شعبية التحرك إلى التقييم المستمر في التعليم الطبي.

وكما ورد سابقاً في هذا الكتاب، نحن ندعم تكامل مهارتي المحتوى والصياغة وتكامل مهارات الاتصال والأوجه الأخرى من منهاج الكلية الطبية. ومن التأثير السلبي لإستراتيجية التعليم هو تقييم مهارات الصياغة وحدها بعيداً عن تقييم مهارة المحتوى وحل المشكلات والمهارات العملية. ولاحقا في هذا الفصل سنناقش تصميم المحطات التي تسمح بتقييم المحتوى والصياغة في آن معاً لكنهما يقيّمان بدرجات متفاوته وربما يُقيمان بطرق مختلفة.

الصلاحية

Validity

يشير مصطلح الصلاحية إلى مدى ما يقيسه المقياس عملياً من الأمور التي نعتقد أننا نقيسها. وربما تنتج أداة التقييم نتائج مُعولاً عليها عالية الثبات، ولكن كيف لنا أن نعرف أنها تقيس الصفات أو المميزات التي نرغب التحري عنها. ويمكن أن تفحص الصلاحية بطرق مختلفة متعلقة بعضها ببعض ومتنوعة:

- الصلاحية الظاهرية Face validity: ويشير ببساطة فيما إذا كانت الأداة تبدو على ظاهر المواد التي تقوم بتقييمها وإذا ما قيّمت الأداة الصفات أو المميزات الصحيحة. أنه منظور شخصي يستند إلى رؤية مجموعة من الخبراء في الميدان العملي.
- صلاحية المحتوى Content validity: ويتبع هذا الأسلوب ويتفحص فيما إذا كانت الأداة تقيس المكونات ذات العلاقة في المجال أو السؤال أو الدورة. ومرة أخرى، أنه حكم ذاتي يمكن الحصول عليه من مجموعة الخبراء أيضاً.

- صلاحية الميزان Criterion validity: يقارن بين تدرج جديد قد أنشأ مع معيار ذهبي (Gold standard) سابق مستعمل وقد أثبتت صلاحيته سابقاً ويتوقع تناسقاً جيداً في الدرجات بينهما.
- الصلاحية البنائية Construct validity: يقيس قابلية الأداة للتفريق بين المجموعات المعروفة الاختلافات في قابليتها كالاختلافات بين المبتدئين والخبراء في مجال معين، ومَنْ المتوقع أن يظهر مستوى مهارات مختلفة في الفحص.

التأثير التعليمي

Educational impact

كما ذكرنا في بداية الفصل، إن التقييم هو القوة الدافعة خلف ما يتعلمه الطلبة، بينما ينهمك الأساتذة في بناء المنهج يوجّه المتعلمون جهودهم للنجاح في التقييم. لذلك يجب أن يكون المحدد الرئيس لطريقة التقييم الناجحة ليس فقط ما ينبغي أن يتعلمه الطلبة ولكن كذلك كيف يتعلمون. وبعبارة أخرى، يجب أن يتوافق المحتوى والأسلوب في المنهج نفسه وهكذا يتعزز السلوك التعليمي المرغوب.

وهكذا نستطيع أن نستعمل التقييم استراتيجياً للحصول على السلوك التعليمي والنتائج المرغوبة. وناقشنا في بداية هذا الفصل كيف يمكن أن يكون التعليم والتعلم من الأهداف الشرعية الموضوعية للتقييم الإجمالي. واستحدث فاندر فلوتن (van der Vleuten 1996) مصطلح التأثير التعليمي ليصف المميزات الرئيسة لتقييم أداة التقييم. وعند الأخذ بالحسبان التأثير التعليمي يجب أن نركز على المحتوى، الهيأة، الاسترجاع.

المحتوى

Content

إذا رغبنا أن نُعلم مهارات الاتصال بفاعلية، يجب أن يكون تقيمنا ليس المعرفة الذهنية واستذكار المعلومات حول الاتصال فقط، وإلا سيرتبط المتعلمين بالحفظ بدلاً من التعليم التجريبي الذي نعرف انه أكثر قابلية للوصول إلى تغيير السلوك.

الهيأة

Format

لتعزيز تعليم مهارات المقابلة مع المريض الممثل، يجب أن يكون التقييم مرآة عاكسة للتعليم واستعمال الهيأة نفسها ومراقبة مقابلة المريض الممثل أيضاً.

الاسترجاع

Feedback

إذا ما أريد للتقييم أن يكون مساعداً للمتعلمين للتطوير بدلاً من التقييم البسيط فقط، فيجب أن يتوافر الاسترجاع على شكل يمكن أن يكون مفيداً وقيّماً. وفي أفضل حالات التقييم، أن لا يكون أداة قرار حسب، ولكن تمرين عملي أيضاً له تأثير تعليمي معتبر «مثل التقييم البنّاء كما هو الإجمالي».

المقبولية

Acceptability

ينبغي إشراك عددٍ من الأساتذة في إجراءات التقييم، ومن الضروري أن يكون الامتحان مقبولاً من قبلهم إذا ما أريد أن يكون فاعلاً في الممارسة. وربما يعني هذا أن نأخذ بالحسبان تقاليد الآخرين ومعتقداهم وأفكارهم التي ربما لا تستند إلى نظريات التعليم الحديثة أو البحوث. وعندما يدخل التغيير، ربما يفهم المدربون الموضوعات أكثر من الممتحنين – إذا ما رغبت أن تحتفظ بالممتحنين التقليديين في هيأة الامتحان وتتقدم إلى إجراءات تقييمية حديثة ربما عليك أن تتحرك ببطء وأقل مما ترغب. وهذا مثال جيد حول موازنة التقييم بين المرغوب والمتحقق. وينبغي إدخال أمورٍ حاسمة في الموازنة التي تتعلق بالمكونات الخمسة: المُعوّلِيّة، والصلاحية، والتأثير التعليمي، والمقبولية، والإمكانية.

الإمكانية

Feasibility

من الواضح أن الموارد المالية والمادية والبشرية لها اعتبار في أي امتحان – ويجب أن تؤخذ الإمكانية بالحسبان في المعادلة الشاملة. وغالباً ما تكون الإمكانية عاملاً يعوق التقييم بالأدوات المشابهة التي استخدمت بصورة حسنة في مشروع البحوث من أن تستعمل في تقييم تطور المتعلمين في بيئة الدراسة «أو الحياة الحقيقية». والإمكانية عامل محدد بالنسبة لما نستطيع أن نتوصل إليه في المُعوّلِيّة والصلاحية.

نظرة شاملة عن مزيات أدوات التقييم

An overview of the characteristics of assessment instruments

ألقى فاندر فلوتن (van der Vleuten 2000b) محاضرة رئيسة في مؤتمر عالمي حول تعليم وتقييم المهارات السريرية وناقش بإقناع أن المُعوّلِيّة والصلاحية والمميزات الأخرى للتقييم هي أعمدة برنامج تقييم المنهاج الشامل بدلاً من أن تعد أدوات مفردة في ذاتها. وعبّر خلال مناقشة مستفيضة على التحول المثالي في التعليم الذي يتطلب التغيير في ممارسة التقييم، ووجه فاندر فلوتن هذه الملاحظات العامة لتقييم المهارات السريرية ويبدو الملخص له علاقة بتقييم الاتصال:

- تعتمد الفائدة من أداة التقييم على السياق الذي تستعمل فيه. وبكلمة أخرى، أن نوعية برنامج التقييم الشامل هي جوهر التقييم بدلاً من الأدوات المفردة.
- لأجل القيام بعمل جيد، نحتاج أن نقيّم قائمة التعلم، تشمل ما يعرفه المتعلمون وكيف يؤدون، وما يمكن أن يظهروه وكيف، وما يعملون «يختارون». ونحتاج في الممارسة العملية «طرق متنوعة» ويعتمد الخيار المفضل على السياق «Context» موضوع البحث.
- ونحتاج الركون أكثر إلى ما الذي نعرضه ونصفه آنياً، البيانات النوعية، القرار المهني، مع إدراك استحالة تجاوز الحكم الشخصي.
- إن مشكلة التقييم هي مشكلة تصميم التعلم أكثر منها مقياس نفسي – وكيف نستعمل التقييم استراتيجياً للحصول على تأثيره التعليمي.

ما النموذج الذي يتخذه التقييم؟
What form should assessments take?

ما الطرق المتوافرة لتقييم مهارات اتصال المتعلمين؟
كما ناقشنا في أول الفصل، يمكن أن يُركز التقييم في الطب على:

- قاعدة المعرفة العلمية.
- الكفاءة.
- الأداء أو
- النتائج.

تقييم المعرفة
Assessment of knowledge

إن تقييم قابلية المتعلم على استعمال مهارات الاتصال في الممارسة تحتاج على الأقل تقييم الكفاءة. وإن اختبارات المعرفة وحدها تقيّم فيما إذا كان المرشح يعرف «المهارات المشاركة» ولكن لا يمكن معرفة هل يستطيع استعمالها. وهذا لا يعني أن نقول أن اختبارات المعرفة ليست لها مكان في تقييم الاتصال. وتستطيع اختبارات المعرفة أن تُقيّم العناصر المعرفية مثل، الإدراك وتقدير تسلسل استعمال المهارات والخلفيات النظرية والبحثية للموضوع وحتى اعتبار الإستراتيجيات البديلة ويمكن الاستفادة من الاختبارات التحريرية والامتحانات الشفوية في تقييم المعرفة.
وتستعمل الاختبارات التحريرية لتقييم المعلومات والفهم مثل:

- الأسئلة متعددة الخيارات (van Dalen et al. 2002b) والأسئلة الاقترانية الموسعة «Extending Matching Questions».
- أسئلة الشرح (Love et al. 1993).
- الأسئلة والأجوبة القصيرة (Weinman 1984).

وأحد المحاسن لمثل هذه الاختبارات هي إمكانية المقارنة بلغة الكلفة ووقت الممتحن. وإذا ما توافرت كفاءة الاختبار والتي كانت ذات جدوى اقتصادية علاوة على أنها مُعوّل عليها وصالحة، سوف يروج لها وتسوق تسويقاً كبيراً!
وأظهرت فان دالين (van Dalen et al. 2002b) أنّ أسئلة الخيارات المتعددة لمهارات الاتصال تملك بعض القيمة التنبؤية لأداء هذه المهارات مثل قياسها في الامتحانات السريرية موضوعية البناء «OSCE» ولكن تمتاز بقيمة أقل في النتائج في المهارات السريرية العملية، وطبعاً لأسئلة الخيارات المتعددة تأثيراً تعليمياً كامناً.
واستعمل هومفرس وكاني (Humphris and Kaney 2000) طريقة متوسطة ممتعة لاختبار معلومات مهارات الاتصال التي تدعى الامتحان الموضوعي المنهجي المصور «Objective structured video exam, OSVE». في هذا الامتحان يشاهد الطلاب ثلاثة أفلام كل فلم مدته «10» دقائق في قاعة محاضرات كبيرة ويدونون المهارات حينما يحددونها ومكانها في المقابلة وبعدها يشرحون شرحاً حراً تسلسل كل مهارة اتصالية وبدائلها ويمكن إعداد هذا الامتحان بسرعة، ووجد أن له علاقة تنبؤية وسطى بالنسبة للسلوك في المقابلة في الامتحان السريري الموضوعي البناء «OSCE» لمهارات اتصال.

تقييم الكفاءة / الأداء

Assessment of competence/performance

الامتحان السريري الموضوعي البناء

Objective structured clinical examination "OSCE"

يعتمد التقييم الإجمالي للكفاءة أو / و الأداء باطراد على شكل من أشكال الامتحان السريري موضوعي البناء «OSCE» وباستعمال المرضى الممثلين المدربين على أداء معياري (Harden and Gleeson 1979; Stillman and Swanson 1987; Langsley 1991; Grand 'Maison et al. 1992; Vu et al. 1992; Klass 1994; Vu and Barrows 1994; Pololi 1995).

ويعد امتحان «OSCE» امتحان موضوعي «Objective»: «يخضع جميع المرشحين إلى الاختبار نفسه ويبنى مخطط العلامات بشكل ثابت». وبناء «Structured»: «تُختبر نماذج مهارات اتصال خاصة في كل محطة بشكل معياري». وسريري «Clinical»: «انه اختبار للمهارات السريرية وليست للمعلومات – ويراقب المتعلمون مباشرة في موقف سريري حقيقي وواقعي». ويدور المتعلمون حول سلسلة من المحطات، وفي كل محطة ينهمكون بمهمة محددة بدقة ويراقبون من الممتحنين المختلفين ويقيّمون بمقاييس محددة مسبقاً، وهكذا يستطيع «OSCE» أن يأخذ نماذج واسعة ومتنوعة من المهارات السريرية التي لا يستطيع الامتحان التقليدي أن يقيّمها.

وتنطبق طرق «OSCE» جيداً مع المفهوم الذي يجب أن يكون مرآة عاكسة للتعليمات. إذ يعد «OSCE» الامتداد المنطقي لكيف نُعلم الاتصال. ويُقيّم الطلبة بالمراقبة المباشرة لقابلياتهم الاتصالية مع مرضى ممثلين بوضع معياري اقرب إلى الحياة الواقعية وسياق الموقف أو المشكلات التي سوف يواجهها المتعلمون في الممارسة الطبية العملية. ويُدرب الممثلون ليتمكنوا من إعطاء صور معيارية للحالات المعينة والتحديات الاتصالية بدقة وثبات تشبه كثيراً ما يقومون به في أثناء التدريب «راجع الفصل الرابع حول تفاصيل تدريب المرضى الممثلين للاشتراك في التقييم لاسيما كيفية تغيير الأداء وضمان استجابتهم المناسبة للأسئلة المفتوحة» واعتماداً على طبيعة الحالة والامتحان. ربما يكون هؤلاء المرضى الممثلون مرضى حقيقيين متدربون على أداء دور المرضى المعياري أو متعلمون أو متطوعون من المجتمع أو ممثلون محترفون.

وعادة يتكون التقييم في محطات متعددة. تعرض كل محطة حالة مختلفة وفي بعض الأحيان متابعة حالة واحدة عبر محطات متعددة وربما مثلاً تصور المحطة الأولى الزيارة الأولى الأساسية والمحطة الثانية لمتابعة الزيارة وإعطاء نتائج الفحوصات ومناقشة التشخيص وبدائل العلاج وبعدها في الزيارة الثالثة «المحطة الثالثة» والتي ربما تصور بعد أيام أو أسابيع حينما تظهر المضاعفات. ويراقب الممتحنون المقابلة / المقابلات بين المتعلم والمريض المعياري أما واقعاً أو خلال التسجيل المصور وكتابة ملاحظاتهم أو درجات التقدير على الأدوات التي توثق المهارات التي ينبغي تعلمها وتقييمها.

وفي طريقة كالكاري الرائدة لدمج التعليم والتعلم في عملية التقييم، يشترك أزواج من الطلبة مع الممتحن لمراجعة أشرطة التسجيل التي تؤلف إجراء ت التقييم مضمون الجودة. وتقيّم مهارات الصياغة الاتصالية باستعمال أداة في الملحق (5) وذلك بتشجيع طالبين والطالب الذي أجرى المقابلة للتقييم الذاتي للتقدير فضلاً عن تقدير الممتحن مع مناقشته ومقارنة المقابلة موضوع البحث بمقابلتين مع المريض الممثل نفسه من قبل طالبين آخرين. ويمكن أن يأخذ التقييم شكل مناقشة موجزة لتصحيح المعوقات التي تظهر حتى لو كان الأداء الشامل يصنف تصنيفاً مقنعاً في أثناء توجهاتهم التقديرية (Heaton and Kurtz 1992a,b). كما يخبر المتعلم بوضوح أن مراجعة شريطه المسجل ليس من الضروري الوصول إلى إجماع واتفاق.

وإذا ما اختلف الممتحن والمتعلمون، يوضح الممتحن المنظور الذي يقف خلف ذلك. وتشمل المناقشة ما كان مفيداً وما كان غير مفيد وما يمكن عمله لتحسين المقابلة في أثناء تقدم التقييم. ولدى الطلبة فرصة لملاحظة كيف يتعامل الآخرون في الموقف المشابه، كأن يصبح التقييم فرصة مثالية لتصحيح المشكلات ومحاولة البدائل وتعزيز المهارات وتعميقها والمقارنة بين التسجيلات المصورة مع الأقران وملاحظة المريض المعياري «من خلال ملاحظاته المدونة مباشرة بعد المقابلة». وعند مقارنة تقدير الخبراء مع التقدير الذاتي، يدرك المتعلمون بصيرة لتوجهاتهم الشخصية ومهاراتهم المعكوسة. ولوجود صحيفة درجات المحتوى وقائمة المشكلات والفرضيات في الجلسة، فإن مراجعة الشريط المصور مفيدة أيضاً لاسترجاع أفكار المتعلم والاهتمام بصياغة فكرته في النقاط الحرجة من المقابلة وتفحص طرق تأثير مهارات الصياغة على مهارات المحتوى أو المهارات الإدراكية المستعملة عندها. وهنا، يوزن الأثر التعليمي بتركيز على طرق تصميم إجراء التقييم.

وتحتاج امتحانات أوسكي «OSCE» إلى جهود كثيرة ووقت طويل من الطلبة والممتحنين فضلاً عن تمويل المرضى الممثلين وربما الممتحنين والطاقم الإداري. وكما العمل في الدورات، يجب أن تسجل امتحانات «OSCE» أينما كان ممكناً لأن مثل هذه التسجيلات المصورة لا تقيم بثمن بالنسبة للتقييم. ويمكن مراجعة هذه التسجيلات في أي وقت. لذلك لا يحتاج أن يحضر ممتحن مهارات الاتصال في أثناء الجلسة نفسها، ويمكن للممتحنين أن يعيدوا تشغيل أي جزء من التقييم لتحديد السلوك غير اللفظي أو التحقق من الانطباع الأول. كما يمكن للمتعلمين مراجعة الأشرطة في أي وقت لاحق أو الاشتراك بمراجعة الفيديو الذي يخصهم والآخرين كما وصف سابقاً. كما يعطي التسجيل المصور بيّنات لا يمكن محاججتها لما حدث في أثناء التقدير، وهكذا تساعد في تجنب أو حل المشكلات (Heaton and Kurtz 1992b). والجدير بالذكر خلال «15» سنة من استعمال أسلوب مراجعة التسجيلات المصورة لم يعترض احد الطلبة على نتائج التقييم الموصوفة أعلاه.

ويستعمل أوسكي «OSCE» حالياً في الامتحانات المصدقة «Certifying Examinations» باستفاضة في العالم. وأصبح جزءاً من برامج كليات الطب والإقامة العديدة (Vu et al. 1992; Anderson et al. 1994; Newble and Wakeford 1994; Bingham et al. 1996)، ويستعمل في امتحانات الترخيص لأطباء الأسرة الإقليمية أيضاً (Grand 'Maison et al. 1992). كما أُدخل في امتحانات الترخيص الوطنية مثل وكالة التعليم الطبية للخريجين الأجانب، المجلس الوطني للممتحنين الطبي، هيأة التقييم المهني واللغوي للمجلس الطبي للأطباء الأجانب (Langsley 1991; Klass 1994; Morrison and Barrows 1994). كما أُدخل في امتحانات الاختصاص النوعي مثل، التقييم العلمي لامتحانات المهارات السريرية، وامتحانات الكلية الملكية لأطباء الباطنية، وامتحان الاتصال السريري للكلية الملكية للجراحين في المملكة المتحدة. وبذلت جهود كبيرة لبحث الصلاحية والمُعوّلِيّة والإمكانية لاستعمال المرضى المعياريين في التقييم مضمون الجودة (van der Vleuten and Swanson 1990; Case and Bowmer 1994; Vu and Barrows 1994).

وموضوع مهم آخر هو كيفية تصميم محطات «OSCE» لمهارات الاتصال، وإن المشكلة العويصة هي كيفية احتساب درجات المحتوى والصياغة. وناقشنا سابقاً تكامل الاتصال مع المهارات السريرية الأخرى والمعرفة التي تساعد على إضفاء الواقعية الملائمة لطريقة التقييم. وإن ذلك مهم عملياً بعدما يتقدم طالب الدراسة الأولية ليصل إلى تقييم بعد التخرج حينها نحتاج إلى اعادة إنتاج التقييم بإدخال تعقيدات الحياة الواقعية بالقدر الذي نستطيع ويمكن الحصول على تكامل الاتصال وذلك بـــ:

- بناء الحالة الاتصالية التي يمكن خلالها اختبار معرفة طبية تقنية محددة.
- إضافة الفحص البدني كجزء من محطة أخذ التاريخ المرضى.

- تتابع محطة الاتصال بمحطة تحتاج من المتعلمين إجراء الفحص البدني تتعلق بحالة المحطة الأولى.
- تزويد المتعلمين بنتائج الفحوص والفحص البدني والسؤال عن تفسير النتائج على ضوء التاريخ المرضى الذي استقوه من المريض.
- التكامل بين موضوعات الأخلاق والاتصال وذلك باختيار حالات يتعامل عندها المتعلم مع مشكلة أخلاقية مثل الحصول على الموافقة الواعية الخطية «Consent form» من المريض في أثناء الاستشارة.

وعلى أية حال، حتى في محطات أخذ التاريخ المرضى أو التوضيح والتخطيط البسيطة، هناك مناقشة شديدة لفصل درجات المحتوى عن الصياغة. ومن اليسير أن تطغى درجات المحتوى على درجات الصياغة. وعندها تصبح مهارات صياغة الاتصال غرقى بدرجات الاستحقاق المعرفي للحقائق الطبية بدلاً عن مهارات الاتصال. وهذه مشكلة حقيقية ولاسيما عند ضيق الوقت المحدد المشروط. فمثلاً راقب أحد المؤلفين مقابلة لمحطة من «6» دقائق في كلية طبية في المملكة المتحدة لامتحان «OSCE» النهائي وكان السيناريو معداً لاختبار قابلية المرشح لتقييم المريض الذي تناول دواءً بجرعة عالية مع المجازفة بالانتحار. وفي مشبك الدرجات الذي يجمع بين درجات الصياغة والمحتوى هناك أكثر من ثلاثة أرباع النقاط لمكافئة الأسئلة المغلقة الخاصة مثل «هل تعاني من قلة احترام لذاتك؟». وللحصول على العبور والنجاح ينبغي على المرشحين أن يهملوا كل المهارات الاتصالية المستعلمة المهمة ويتقدموا لإطلاق أسئلة سريعة مغلقة على المريض الممثل الذي سيصبح أكثر فأكثر سلبية وانطواءً. وهذا سيناريو شائع من الذي نشهده في شمال أمريكا في جميع المستويات أيضاً. وسيسرع المتعلمون لملاحظة ما يتوقع منهم وبغفلة يبدؤن بارتكاب الخطأ في هذا الأسلوب الامتحاني ويرجعون إلى طريقة أخذ التاريخ المرضى كما يمارسونها في حياتهم العملية – وبأثر تعليمي سلبي.

ويمكن تجنب هذا الموقف وذلك إذا أعطي وقتاً مناسباً لمحطات الاتصال، وحددت نسباً وأوزاناً مناسبة من الدرجات النهائية لمشبك الصياغة والمحتوى. وإذا ما ارشد الممتحنون للانصات للمعلومات التي ظهرت من المريض بدلاً من البحث عن تعبير المتعلمين وماذا يعرفون خلال الأسئلة المغلقة التي يسألونها فقط. وفي المحطات التي تصمم لهذه المواقف، فإن مشبك درجات المحتوى والصياغة منفصل بوضوح في أدوات التقييم، فمثلاً تحدد «3/2» من الدرجات لمكافئة مهارات الصياغة و «3/1» من الدرجات على مهارات المحتوى. وكذلك فإن درجات المحتوى تعطى على المعلومات المتحصلة وليس على الأسئلة الملقاة. وهكذا يشجع بناء العلاقة والأسئلة المفتوحة إضافة إلى الأسئلة المغلقة المناسبة. ما عدا ذلك، سيكافأ المرشحون ببساطة على معرفتهم للمعلومات المطلوبة في هذا الموقف – وهذا الجانب من المعرفة يمكن أن يقيّم بفاعلية بالاختبارات التحريرية مثل الأسئلة الاقترانية الموسعة «Extended matching questions» (راجع ملحق 4). وأسلوب أخر في هذا الموضوع هو اعتماد صحيفة درجات منفصلة لمهارات الصياغة عن المحتوى، ويقيّم ممتحنون منفصلون هذين الجانبين. فمثلاً مجموعة واحدة من الممتحنين يمكن أن يحضروا في أثناء الامتحان لملاحظة محطة أخذ التاريخ المرضي وتقيّم مهارات المحتوى والفحص البدني. ومجموعة أخرى من الممتحنين تستطيع أن تقيّم مهارات صياغة الاتصال بعد مراجعة أشرطة المحطة مع أزواج من الطلبة.

ويساعد الفصل بين مهارات المحتوى والصياغة الممتحنين بتقدير أكثر وضوحاً لماذا يمنحون الدرجات ويسمح بتعيير كل مجال على حدا وجمع وإضافة الدرجة أخيراً. وهكذا يمكن أن نحصل على التكامل بين مكافئة المحتوى والصياغة.

أشكال أخرى من التقييم

Other forms of assessment

وأسلوب آخر بدلاً عن استعمال المرضى الممثلين في التقييم المصدق النهائي هو باستعمال أشرطة مسجلة لمقابلات حقيقية. وهنا يقدم المتعلم سلسلة من المقابلات مع مرضى حقيقيين يراجعون روتينياً العيادة يصورون بعد أخذ موافقة خطية منهم ويقدمها المتعلم للحصول على التقييم المصدق. ويبدو جلياً أن هذه الطريقة أكثر ملائمة في الإقامة والتعليم الطبي المستمر عند مقارنتها بالدراسة الأولية.

وإن الطريقة التي يهيأ بها الشريط تؤثر تأثيراً كبيراً فيما إذا كان التقييم للأداء أو الكفاءة. فمثلاً يختلف إعداد الأشرطة المقدمة لامتحان إجمالي الكفاءة الصغرى في الممارسة العامة في المملكة المتحدة للمقيمين والذي قدم حديثاً مع أعضاء الكلية الملكية للممارسة العامة عن أشرطة الامتحان الأكثر صرامة لنيل العضوية الملكية للممارسة العامة. والذي أُتخذ فيه قرار للتركيز على الكفاءة (Conference of Postgraduate Advisors in General Practice 1995; Royal College of General Practitioners 1996) الذي يسمح للمقيمين أن يشتركوا بمقابلات مسجلة يختارونها لإظهار كفاءتهم على نطاق المشكلات وكان التقدير يقيّم «هل يتمكن المرشحون من إجراء ذلك؟» وليس «هل هم عادة يختارون إجراء ذلك؟». ولكن مازال هناك نقاش مستمر حول موضوعات الإمكانية، الكلفة، المُعوّلِيّة، والصلاحية لاسيما بين المهارات الشاملة مقابل المهارات التفصيلية والكفاءة (Campbell et al. 1995a; Campbell and Murray 1996; Pereira Gray et al. 1997; Rhodes and Wolf 1997).

ولإلقاء نظرة متفحصة على تقييم الأداء، يطلب من المقيمين أو الأطباء أن يقدموا أشرطة لعدة مقابلات متتابعة لمُقيّم يختار عشوائياً من المواد المقدمة. وأسلوب آخر لتقييم الأداء للأطباء في الممارسة والمقيمين بإرسال مرضى ممثلين إلى العيادات من دون إعلام مسبق وعلى المرضى الممثلين أن يقيّموا أداء الأطباء. ويخبر الأطباء بأن المريض الممثل سيحضر خلال فترة معينة وتؤخذ موافقته الخطية الكاملة (Burri et al. 1976; Norman et al. 1985; Rethans et al. 1991). وأسلوب ثالث اشترك عدداً من الأطباء والمرضى بتحليل الأشرطة المصورة مع تقديم تقييم تحريري ذاتي لما لاحظوه في المقابلة (Stewart 1997).

ومثل الامتحانات الوطنية للترخيص العالية المستوى، وتقييم الأطباء الممارسين واسع النطاق، وإعادة الترخيص وإعادة التصديق على الممارسة خارج نطاق هذا الكتاب. بينما ينحصر هذا النقاش على أشكال أخرى من التقييم، ومن المفيد تفحص طرقاً متنوعة تطورت على أيدي الممتحنين لتقييم أداء الأطباء في الممارسة ونتائج ممارستهم تلك. وأجرت ماكلويد (Macloed 2004a) مراجعة حديثة في البحوث التي حددت «56» وثيقة في هذا المجال. وأفادت بالطرق الآتية لتقييم أداء الطبيب التي تندمج مع تقييم مهارات الاتصال، وبعضها يكيّف في البيئات التعليمية المختلفة:

- استعمال أشرطة مصورة للأطباء مع مرضاهم «كما وصفت آنفاً».
- تدقيق الممارسة العشوائية أو مراجعة المخططات.
- استعمال رسائل العيادة الخارجية أو رسائل الطبيب لإحالة المرضى، رسائل الاستجابة لتلك الإحالة.
- المستندات والوثائق.
- تقييم الأطباء الذاتي.
- الاسترجاع متعدد المصادر والأدوات (360 درجة تقديرية) وفيها يعتمد التقييم على إدراك المجاميع الثلاثة: الأقران والمرضى وزملاء العمل.
- استعمال الأقران أو المرضى أو زملاء العمل كمقيّمين.
- استعمال المرضى الممثلين الذين يرسلون إلى عيادة الطبيب للتقييم «يعرف الطبيب أن المريض الممثل قادم ولكنه لا يعرف من هو ومتى».

- التقييم متعدد المستويات «مثل المستوى الأول= يُراقب جميع الأطباء دورياً باستعمال بيانات كاملة، الأسئلة وإدراك الآخرين. المستوى الثاني= التقييم الأكثر دقة للأطباء المحددين بـــ «مستوى اختطار متوسط» أو «عند الحاجة»، وربما يشمل التقييم (10–20٪) من الأطباء ويجري التقييم بمقابلة وجهاً لوجه وحوار. والمستوى الثالث = إيجاد أفضل الحلول لأولئك الذين لا يزالون يواجهون صعوبات في ممارساتهم (ربما 2٪)، (Dauphene 1999).
- تقييم «OSCE» المرتبط بشبكة المعلومات وفيه يوصل الطبيب مع مرضى ممثلين يقابلونه بشكل حي ومباشر (Novack et al. 2002).

ولإغراض البحوث هناك أسلوبان إضافيان لتقييم مهارات الأطباء الاتصالية وهما نظام تحليل روتر التفاعلي «Roter Interaction Analysis System (RIAS)» ونظام مديكود «Medicode» (Roter and Larson 2002). ونظام مديكود نظام محبوك بعناية لترميز تفاعل الطبيب – المريض – مثلاً بلغة تكرار الحدوث، المدة، نوع الأسئلة، النطق، من الذي تكلم أكثر ... الخ (Richard and Lussier 2004)، أسلوب حديث واعد وأكمل استخدامه تجريبياً حديثاً وصمم لقياس الحوار «الإنتاج المشترك للحديث بين شخصين» ومدى المشاركة في النقاش، المعالجة والعلاج بدلاً من مخاطبة المرء لنفسه «مثل الكلام من طرف واحد» والدراسات في تطور لتفحص فيما إذا كانت درجة المشاركة مرتبط بالحوار حول العلاج واشتراكها بتحسين نتائج الرعاية في سياق الأمراض المستديمة.

ما الأشكال المتوافرة للاسترجاع في التقييم البنّاء والإجمالي؟
What formats are available for feedback from both formative and summative evaluations?

إذا كان الأثر التعليمي مهما،كيف نستطيع أن نبني استرجاعاً يخلق تطوراً في العملية التعليمية؟ وما مكونات الاسترجاع الفاعل الذي هو جزء من الدورة البنائية وكذلك الذي يتبعه في الامتحان الإجمالي؟ وهنا نصف ثلاثة أشكال متوافرة من الاسترجاع:

الأشكال المتوافرة:

كمي	نوعي
استرجاع تقيمي	استرجاع وصفي
الدرجات، جيد / سيئ	«هنا ماذا ألاحظ»
عام	مفصل

وتشمل أشكال الاسترجاع

Feedback forms themselves include

- عدد – تدرج تقديري فقط.
- أعداد مع ملاحظات توضيحية لكل سؤال.

- قائمة تحقق «Checklist» تفصيلية مع تقدير.
  – ناجح / فاشل.
  – مُقنع ((نعم /مقنع ولكن مع نقص أدائي معتبر) («نعم، ولكن» أو لاحظني) / غير مقنع (كلا)).
- تقدير مدرج أو قوائم تحقق مع مجال لكتابة الملاحظات.
- ملاحظات فقط من دون إعطاء تقدير.

كان استعمال بعض التقديرات العامة لعناصر مثل «قابلية المتعلم للارتباط بالمريض» أو «المهارات البينية» بين الأشخاص مقبولاً وطبيعياً في تقييم القابليات الاتصالية، إذ توضع علامات على مربعات «Boxes» أو تعطى درجات على شكل أرقام أو على مدرج ليكرت «Likert scale». وبالتأكيد هذه طرق بسيطة عند الاستعمال وتأخذ وقتاً قليلاً ولكنها لسوء الحظ غامضة يصعب تفسيرها من الممتحنين والمتعلمين أو يصعب التعلم منها وتمتاز باحتمال التأثر الشخصي. وعلى الرغم من مساعدة هذه الأساليب لجلب الانتباه للاتصال كمهارة سريرية حقيقية لكن التطور في البحوث والتقييم زودنا ببدائل أكثر فائدة وخصوصية.

نحن ندعم الجانب الأيسر من المنوال أعلاه لكلا التقييمين البنّاء والإجمالي ونختار أشكال الاسترجاع أو الأدوات التقديرية ومجال لتدوين الملاحظات. وبهذا الطريق نستطيع أن نشجع دمج التعليم والتعلم في عملية التقييم. كما نشجع الشكل نفسه في التقييم البنائي والإجمالي ليتعرف المتعلمون على المهارات والتوجهات التي ينبغي أن يظهروها بالضبط. وهكذا يستطيعون متابعة تطورهم الشخصي (أو تراجعهم) مع الوقت. وأن قائمة التحقق للمهارات تجعل المنهج شفافاً للطلبة والممتحنين معاً.

أما إعطاء المتعلمين استرجاعاً كمياً في تقييم منهجي على شكل نسبة مئوية عموماً غير مفيدة. وعند معرفة الدرجة مثل «59٪» فقط ليست قيمة كبيرة للطالب على الرغم من مساعدتها الممتحنين لوضع الطالب في مجموعة «مثل، مقنع، غير مقنع، أو على حافة النجاح 'Borderline'». لذلك من المفضل أن يظهر الاسترجاع كمجموعة شاملة بدلاً من نسبة مئوية وتزداد قيمته أكثر حينما يشترك مع استرجاع مكتوب والمفضل أن يكون شفوياً. وربما يكون الاسترجاع الأعظم فائدة حينما يشترك مع التسجيل الصوري للمتعلمين لكي يستطيعوا أن يربطوا الاسترجاع بأدائهم الواقعي مقابل أداءهم الملاحظ.

وتطورت أعداد متنوعة من جداول العلامات ومدرج التقدير وقوائم التحقق بمواصفات خاصة ومجموعة سيناريوات تكون فيها الأوجه الرئيسة محددة (Cox and Mulholland 1993; Bingham et al. 1994, 1996; Fraser et al. 1994; Rashid et al. 1994; Humphris and Kaney 2001a; Campion et al. 2002)

ونشر بحثان مفيدان مراجعان لأدوات تقييم مهارات الاتصال. ووصف بون وستيوارت (Boon and Stewart 1998) (44) أداةً تقييميه على شكل مشبك وتنقسم الأدوات على مجموعتين اعتماداً على استعمالها الابتدائي، وهي: تقييم وتعليم مهارات اتصال الطبيب – المريض وتقييم اتصال الطبيب – المريض لإغراض البحوث. وتفرز المعلومات في كل أداة تحت العناوين الآتية: «الوصف، عدد العناصر، المُعوّلِيّة، الصلاحية، والتوافق، البناء، التنبؤ، المظهر» الاستعمال الحالي والملاحظات الخاصة. وراجع كشنك (Cushing 2002) أدوات وطرق تقييم مهارات الاتصال والمهارات البينية «بين الأشخاص» والتوجهات في سياق الدراسة الأولية وبعد التخرج.

وذكرنا سابقاً مراجعة ماكلويد القيّمة للبحوث حول تقييم أداء الأطباء ومهارات الاتصال (MacLeod 2004a). كما قدمت ماكلويد مسحاً حديثاً عن أدوات تقييم اتصال الطبيب – المريض المستعمل في بيئة التعليم والبحوث (MacLeod 2004b).

قوائم التحقق مقابل التقديرات الشاملة

Checklists vs. global ratings

هناك تحول حديث في التفكير المتعلق بتصميم امتحان أوسكي (OSCE) عموماً، مع بعض الانتقاد إلى قوائم التخصص التفصيلية التي ندعمها والحركة إلى الخلف باتجاه مخطط العلامات الشامل (Norman et al. 1991; van der Vleuten et al. 1991). وقد اقترح أن قوائم التحقق تكافئ الشمولية بدلاً من الكفاءة والتي يمكن أن تفيد المبتدئين أكثر من الخبراء. وقد تكون قوائم التحقق أقل فائدة مع زيادة الخبرة «مثل امتحان التخصص»، وهناك بيّنات متزايدة أن الأطباء والخبراء يستخدمون استراتجيات مختلفة عن المبتدأين لحل المشكلات السريرية. ويستعمل الأطباء الخبراء خوارزميات أكثر كفاءة وأقل تفصيلاً في الأساليب والتي ربما لا يمكن عرضها في نظام قوائم التحقق. وقد تضيف قوائم التحقق مجال الكفاءة بتكلف وتبدو أنها تختبر باتجاه المهام البسيطة التي يمكن ملاحظتها ولكن ربما لا تعكس التعقيد في المهام الطبية وربما لا تشمل المكونات العالية للكفاءة السريرية مثل التعاطف والألفة والأخلاق.

وهناك بعض البيّنات بأن الأحكام الكلية المتخذة خلال القرارات النوعية المقامة في مدرج التقدير مُعوّلاً عليها كما يُعول على قائمة التحقق التي تدمج عناصر السلوك التفصيلية (Tann et al. 1997). ولوحظ أن التقدير الشامل ذو صفات مقاس نفسي يتسم بالجودة أو أفضل من قوائم التحقق في سياق تقييم المهارات التقنية الجراحية مع خبير مقيّم (Regehr et al. 1998). كما ظهر أن قوائم التحقق لا تفرق كما يفرق المدرج الشامل بين المتعلمين عند ازدياد الخبرات (Hodges et al. 1999).

وعلى الرغم من ذلك، استنتج المجلس الطبي الكندي (Reznick et aI.1998) أن ليس هناك بيّنات كافية في الامتحان العالي المستوى للمجلس الطبي الكندي لاقتراح أن مدرج التقدير العمومي الشامل يمكن أن يحل محل قائمة التحقق للمهام المحددة.

فضلاً عن ذلك، ظهر أن تدريب الممتحنين على امتحانات «OSCE» أكثر أهمية مقارنة بتصميم مخطط العلامات المشبك. كما بيّن ولكنسون وجماعته (Wilkinson et al. 2003) الذين عدوا إسهام صحيفة العلامات للموضوعية «Objectivity» إسهاماً قليلاً نسبة لإسهام الممتحنين. وأن الاختلاف في المُعوّلِيّة الناتج عن بناء المحطة أسهم بـــ (10.1٪) فقط، بينما الاختلافات بسبب الممتحنين أسهمت بـــ (89.9٪). وحدد اهم عامل من عوامل الاختلاف كان درجة شمول الممتحنين في بناء المحطة.

وهناك جانب مهم آخر للمناقشة حول مقارنة مخططات العلامات الشامل وقوائم التحقق التفصيلية ألا وهو الغموض في البحوث التي تناولت ما يرشح من استعمال الأسلوبين. وفي بحوث كثيرة يشار إلى هذه المخططات الشاملة كمخططات علامات الصياغة «Process» كما توصف على أنها عمومية «Generalisable». بينما يشار إلى قوائم التحقق على أنها مشبكات المحتوى «Content» وتوصف على أنها خاصة بالمحطة «Station specific» (Regehr et al. 1999a,b; McIlroy et al. 2002). وربما هناك نوعان من المدرجات «Scales» يقيسان كفائتين مختلفتين بدلاً من أسلوبين مختلفين لتقييم الصفات نفسها. وهذا قد يفسر لماذا وجد إعادة التحليل لدراسة مواصفات المقياس النفسي في امتحان أوسكي «OSCE» (Hodges et al. 1999) ووجد هودجيز وجماعته أن سلوك الطلبة يتغير اعتماداً على إدراكهم لكيفية تقييم أدائهم في الامتحانات. وعندما يتوقع الطلبة استعمال قوائم التحقق يقومون بمقابلات عالية التركيز، وغالباً ما يسألون أسئلة مغلقة. وحينما يتوقع الطلبة استعمال التقدير الشامل يسألون أسئلة أكثر انفتاحاً ويبدو أنهم يعطون انتباها أكثر لعلاقتهم مع المرضى. لذلك ربما نحن هنا نتعامل مع الاختلاف بين طريقتين من التقييم التي تركز على المحتوى بدلاً من عناصر الصياغة، بدلاً من الجدل حول هل من المستحسن أن نستعمل التقدير الشامل أو مشبك العلامات الخاص.

كيف يمكن أن يرتبط كل هذا التقييم مع مهارات الاتصال؟ يبدو جلياً أن تقييم صياغة مهارات الاتصال تتفحص بطبيعتها الجوهرية الكفاءات عالية المستوى مقارنة بمحتوى المعرفة، لذلك تتفحص عدداً من الصفات للمدرجات الشمولية الموصوفة آنفاً. وعلى الرغم من أن هذا لا يجيب عن السؤال، ما التفصيلات والخصوصية في تقييم مهارات الاتصال التي نحتاجها؟ ربما يكون الجواب هنا هو، يختلف تقييم مهارات الاتصال عن الامتحانات الطبية الأخرى، وأن من غير الوارد وجود خبراء من ذوي المستوى العالي مع واضعي العلامات إلّا إذا كان واضعو العلامات هؤلاء من الذين تلقوا تدريبات فاعلة وخبرة معتبرة في تعليم وتعلم مهارات الاتصال. وعموماً إن التقييم اليومي الحديث مستمر لممارسة مهارات الاتصال للأطباء، لذلك ربما لا يستطيع واضعو العلامات إدراك صياغة الاتصال المهني الشامل. وحينما يقيّم الخبراء في مجالات أخرى الأداء الشامل ربما سيفترضون أن ذلك بسبب إدخالهم المهارات الجوهرية التي يبحثون عنها ويمكن أن يعتمدوا على هذا الفهم لصناعة التقييم الشامل. بينما من المفضل طبعاً لتقييم مهارات صياغة الاتصال أن يترشح الممتحنين الذين يمتلكون مستويات عالية من التدريب على هذه المهمة، وربما يحتاج غير الخبراء إلى قائمة خاصة من مهارات الصياغة لترشدهم بموضع العلامات. وطبعاً، نحتاج إلى الموازنة بين الموضوعية مقابل المخاطر المحتملة لتجزئة المهارات المعقدة. مما يؤدي إلى تهميش المواقف السريرية المعقدة (Norman et al. 1991).

كما وصفنا سابقاً في هذا الفصل، من الضروري الفصل بين مشبكات المحتوى ومشبكات الصياغة لضمان مكافأة قابليات الطلبة المناسبة.

دليل كالكاري–كامبردج كأداة تقييميه

The Calgary-Cambridge Guides as assessment instruments

إن الأداة التقييميه التي نستخدمها استلت مباشرة من دليل كالكاري–كامبردج، والذي تطور أولاً كأداة تعليمية معتمدة على البيّنة وطريقة لتحديد ذخيرة المهارات القابلة للتذكر والاستعمال. وقد صممنا الدليل آخذين بالحسبان الأثر التعليمي وكُيّف لاحقاً ليستعمل كأداة للتقييم والبحوث. وأن دليل المراقبة المعروض في الملحق (4) مثال على طريقة بناء الاسترجاع والتقييم البنّاء المستند إلى الملاحظات الوصفية فقط. وعند إضافة حقول: مقنع، مقنع ولكن عند وجود نقص معتبر في الأداء وغير مقنع، وتكييف «حذف» بعض العناصر استعملنا الدليل نفسه للتقييم المصدق الإجمالي. وأصبح الدليل بعد ذلك قائمة تحقق بعلامات وملاحظات ويشكل قاعدة صلدة واسترجاع وصفي للطلبة وذاتي أو بين الأقران للتقييم في أثناء مراجعة التسجيلات المصورة (Heaton and Kurtz 1992b). ويمكن أن يعبر عن النتائج بأرقام وذلك بتعليم الحقول الثلاثة بأرقام أو إضافة مدرج ليكرت بخمس نقاط تتراوح بين «غير مقبول» إلى «ممتاز».

وحالياً مشغولون ببحث لتقييم الصلاحية والمُعوّلِيّة وتعميم الدليل لاستعماله بمحطات (OSCE) ويمتلك الدليل صلاحية ظاهرية ومحتوى:

- إن مهارات الدليل مدعومة ببيّنات البحوث «راجع كتابنا المرافق مهارات الاتصال بالمرضى».
- انضوت المهارات تحت مجموعات منطقية يمكن فهمها سريعاً في الواقع العملي.
- هناك قبول واسع يستعمل في التخصصات المختلفة والثقافات (اللغوية منها) عابراً الحدود الوطنية وجميع مستويات التعليم الطبي.
- لاقى الدليل قبولاً سريعاً من المتعلمين مما ينعكس على أدائهم.

وقد توافرت بيانات مُعول عليها محدودة للدليل (الجزء الأول) كأداة تقييميه معروضة في الملحق (5) الذي يشمل العناصر الآتية: الافتتاح، جمع المعلومات، هيكل المقابلة، بناء العلاقة وعناصر مختارة من الإغلاق. وهذه الأداة مناسبة لتقييم أية مقابلة لاستقاء التاريخ المرضى. وقد حصلت على قيم احصائية (Cronbach's alpha values 0.75, 0.76, 0.78 &.82) في اربعة امتحانات (اثنان لامتحانات الصف الأول واثنان لامتحانات الصف الثاني وكل واحدة استعملت حالات مريض ممثل مختلفة) وبعدد (77) طالب واشترك عدة ممتحنين في كل امتحان وتلقى الممتحنون تدريباً موجزاً (30–45) دقيقة على استعمال دليل كالكاري–كامبردج كأداة تقييم إجمالية ولكنهم جميعاً تعلموا مهارات الاتصال مستعملين الدليل (Kurtz et al. 2000). وحالياً نعد طريقة تقييم منفصلة كأداة لتقييم التوضيح والتخطيط مستندين على الدليل (الجزء الثاني) للمُعوّلِيّة والعمومية.

كما وصفاً سابقاً الطريقة التي نستخدم بها مراجعة الأشرطة المصورة مع ممتحِن وطالبين. وتدمج هذه الجلسات الشخص الممتَحن مع الأقران في التقييم الإجمالي مع وجود ممتحِن خبير والتي تعد من أفضل اللحظات التعليمية في دورتنا. ومن دون شك، نضحي ببعض المُعولية الإحصائية خلال هذه المناقشات ولكن رؤيتنا للأثر التعليمي تستحق ذلك لاسيما على حساب وقت الممتحِن الذي يحتاجه في امتحانات (OSCE).

مَن الذي يقوم بالتقييم الفعلي؟

Who does the actual assessments?

الممتحِن الخارجي أو الخبير أو ميسّر الدورة أو المرضى الحقيقيون أو الممثلون أو الأقران وحتى الطالب المقيم يمكن أن يخدم كمقيّم في التقييم البنّاء أو الإجمالي (Kurtz and Heaton 1987; Stillman et al.1990a; Westberg and Jason 1993; Farnill et al. 1997). وعلى الرغم من أن تقييم الأقران والتقييم الذاتي يحمل وزناً أقل حينما يستعملان في المواقف التصديقية «Certifying situations» ولكن لهم اعتبار عالي في التقييم البناء (Jolly et al. 1994).

وفي الحقيقة، فإن التقييم الذاتي خطوة حيوية في التقييم البنّاء كما وصفناها في الفصل الخامس لعلاقتها بجلسات تعليم مهارات الاتصال التجريبية. وهناك اختلاف كبير بين المتعلم الذي يقدر أن لديه صعوبة ومتعلم غير واعٍ أن لديه مشكلة. وإن قابلية التقييم الذاتي هي ضرورة ليصبح متعلماً طول حياته بطريقة مستقلة في الممَارسة السريرية (Hays 1990).

وطّور كريكو وجماعته (Greco et al. 2001) أداة ممتازة للتقييم البنّاء للأطباء من خلال مرضاهم التي بحثت باستفاضة في المملكة المتحدة واستراليا (Greco et al. 2002). وصممت لإعطاء الأطباء العموميين وأطباء المستشفيات استرجاع المريض المنهجي السري حول مهاراتهم الاتصالية البينية خلال المقابلة وأنموذج أسئلة المريض (Doctors' interpersonal Skills Questionnaire – DISQ)، إذ تعطى لكل مريض بعد مقابلته الشخصية قائمة تشمل (12) فقرة تركز على مهارات الطبيب الشخصية وتفسح مجالاً للمرضى لتدوين ملاحظاتهم حول كيف يمكن للطبيب أن يُحسن من تقديم الخدمة وحالما تتم الإجابة تعاد إلى الوحدة للتحليل وترسل النتائج إلى الطبيب ولغرض المُعولية والصلاحية. يحتاج الطبيب أن يتلقى استرجاعاً من عدداً لا يقل عن «40» مريضاً وخضعت (DISQ) إلى دراسات مُعولية وصلاحية عديدة (وللتفصيل راجع www.ex.ac.uk/cfep/).

وفي التقييم الإجمالي بالخصوص، من الحيوي جداً تقديم التدريب للممتحنين – وإن تدريب الممتحنين محددٍ كبير لمُعوّلِيّة الامتحان ليس أن الممتحنين يحتاجون إلى الفهم الكامل للمهارات التي يقيمونها

حسب ولكنهم يحتاجون أيضاً إلى التدريب على استعمال أدوات التقييم. كما يحتاجون إلى التعيير لتحصل المجموعة على تقييم مشابه ومعقول. وإن التدريب الإرشادي لمجموعة الممتحنين والذين يضعون العلامات التقديرية سوية مستعملين أشرطة تسجيل لتقييمات سابقة لا تقدر بثمن.

الفصل الثاني عشر

Chapter 12

تعزيز وتنمية قدرات الهيئات التدريسية في تعليم مهارات الاتصال

Enhancing faculty development for communication skills teaching

المقدمة

Introduction

يبدو من خبراتنا السابقة أهمية تدريب الميسّرين وتطوير الهيئات التدريسية مهمة مركزية عند وضع برامج اتصال ناجحة. وينبغي أن نتراجع خطوة إلى الخلف وننظر في موضوع تدريب الميسّرين عند تخطيط برامج المتعلمين. وكثيراً ما نتجاهل هذه الخطوة الجوهرية، ولكن يحتاج الميسّرون إلى التدريب ليصبحوا ماهرين ويتمكنوا من تيسير برامج تعليم المتعلمين بمهارة ويُسر. وغالباً ما تلقى هذه القضية اهتماماً قليلاً عندما نشرع بوضع مناهج الاتصال حتى في المؤسسات التي لديها مناهج مهارات اتصال معتبرة. إذ قد يكون هناك تباين شاسع في إدارك الميسّرين ومعرفة ما يقومون بتدريسه وكيفية القيام بذلك وحول الكم الذي يتلقاه الميسّرون من التدريب (Evans et al. 2001; Buyck and Lang 2002).

وربما يجد مدراء البرامج أن من الصعب الطلب من الميسّرين الراغبين الذين قد يكونون على قدر كبير من الخبرة والتجربة في مجال تدريسهم «كالطب أو علم النفس أو الاتصال» أن يخضعوا لمثل هذا التدريب أو أن يخصصوا الوقت الذي يتطلبه ذلك. وعلى كل حال، فمن خلال تجاربنا، نجد أن الميسّرين غالباً ما يشعرون وهم في خضم تعليم مهارات الاتصال بأهمية أية جهود نستطيع تقديمها لهم. وهناك عامل ثانٍ يسهم في زيادة الحيرة، إذ على الرغم من الأدلة المتماسكة التي تقول بأن مهارات الاتصال يمكن تعليمها والتدرّب عليها عند تطبيق طرق تدريس تجريبية تستند إلى المشكلات استناداً فاعلاً راجع (Aspergren 1990) والجدول 3.1 في الفصل الثالث، لا يجد المدراء دائماً وسائلاً سهلة لإقناع مؤسساتهم الطبية لدعم تمويل تعليم المدرسين ولا سلك الطرق التي نثق بفاعليتها حيث يجب.

كما أننا بحاجة إلى تعضيد تطوير قدرات الهيئات التدريسية المسؤولة عن تعليم مهارات الاتصال والبناء فوق أرضية الأدلة والبيّنات التي تخص تطبيق مهارات تعليم وتعلم الاتصال بالشكل الأفضل. وفي الوقت نفسه، نحتاج إلى أن نخوض تجربة كيف يمكن تدريب المدرسين بالشكل الأفضل ليتمكنوا من تطبيق تلك الممارسات في أثناء تدريسهم بغض النظر عن بيئة التدريس «داخل قاعات الدراسة أو ردهات المستشفيات» (Spencer and Silverman 2001). وسنستعرض في هذا الفصل كيفية:

- تعزيز مهارات اتصال الميسّرين.
- زيادة معارف الميسّرين الاتصالية النظرية والبحثية.
- تحسين مهارات تعليم الاتصال ومهارات التيسير لديهم.
- توسيع ومكافأة تبني هذا التعليم.

لماذا يحتل تعليم الميسّرين هذه الدرجة من الأهمية؟
Why is training for facilitators so important?

يتطلب تدريس مهارات الاتصال عدداً كبيراً من الميسّرين
Communication skills teaching requires a large number of facilitators

يتطلب تعليم مهارات الاتصال جهداً واسعاً وعدداً مناسباً، إذ تحتاج كل مجموعة من المتعلمين تتراوح بين «4–8» إلى ميسّر للعمل التجريبي. أما إذا كان التعليم فرداً لفرد فعندها نحتاج إلى أعداد كبيرة من الميسّرين. وعلاوة على ذلك، فإن عملية تعليم مهارات الاتصال المعتبرة، عملية مستمرة وتشمل موضوعات متعددة ومتنوعة وبحاجة إلى عدد مناسب من الميسّرين. ففي الكليات الطبية النموذجية التي يتراوح عدد الطلبة من سبعين إلى عدة مئات، يحتاج كل واحد منهم إلى جلسات تعليمية بمجموعات صغيرة متعددة. كما يؤلف المقيمون في التخصصات المتنوعة وطب الأسرة فضلاً عن الأطباء من ذوي الخبرة الراغبين بتطوير مهاراتهم الاتصالية مجموعة كبيرة أخرى، لذا تدعو الحاجة إلى تدريب أعداد كبيرة من الميسّرين الكفوئين.

تعليم مهارات الاتصال أمر مختلف
Communication skills teaching is different

مثلما عرضنا سابقاً، فإن تعليم مهارات الاتصال في ميدان الطب يختلف عن أشكال التعليم الأخرى، ويمتلك موضوعاً خاصاً وطرقاً تعليمية محددة. ويرتبط الاتصال ارتباطاً كبيراً بمفهوم الذات واحترامها أكثر من أي مجال آخر من مجالات التعليم. وعلى الرغم من بيّنات البحوث التي تعارض هذا الاتجاه، لكن الطلبة يصرّون على تلقي الاتصال والبدء بالمفهوم الشائع من أن الاتصال أمر أكثر اتصالاً بالشخصية والتوجّه منه مهارة وليس بالإمكان تعليمه.

ولا نستطيع الافتراض أن الممارسة المسبقة للتعليم أو الممارسة الطبية هي كل ما مطلوب عند تعليم هذا الموضوع الفريد من نوعه. فهو ببساطة لا يتبع تلك المهارات والمعارف في مجالات الطب الأخرى التي تؤهل المرء لتعليم الاتصال.

تعليم مهارات الاتصال أمر صعب
Communication skills teaching is difficult

يتطلب تعليم مهارات الاتصال معارف ومهارات جمة، لذلك على الميسّرين أن يكونوا حاذقين في ثلاث مجالات رئيسة:

- ما يراد بـــ (ماذا) يتطلب عند تعليم مهارات الاتصال.
- ما يقصد بـــ (كيف) عند تعليم مهارات الاتصال.
- ما يقصد بـــ (كيف) عند القيام بعمليات تيسير لمجموعات صغيرة أو فرداً لفرد.

وقد يحتاج الميسّرون مساعدة كبيرة لمعرفة «ماذا» ما الموضوعات التي عليهم القيام بتدريسها ومن ضمنها:

- المهارات التي تستحق الاهتمام حقاً.

- وضع طريقة لبناء ودمج المهارات في كيان واحد متماسك وقابل للتذكر.
- البحوث والأدلة النظرية التي تعطي مصداقية لاستعمال مهارات الاتصال.
- شمولية موضوع منهاج مهارات الاتصال.

ويتضمن «كيفية تعليم الاتصال» استخدام طرق تعليم مهارات اتصال محددة لتحليل المقابلات واسترجاع النقاط المهمة. فضلاً عن إمكانية تطبيق المهارات المناسبة عند تيسير المجموعة الصغيرة أو عند التيسير فرداً لفرد المطلوبة لتشجيع الإسهام والتعلم. وجدير بالذكر، أن كثيراً من الأطباء لا يتمتعون إلاّ بقليل من الخبرة عند التعامل مع المجموعة الداعمة «Supportive group»، ناهيك عن قيادة هذه المجموعة والاستفادة من التدريب المركّز لمساعدتهم على تنمية قدراتهم للتمكن من المهارات المطلوبة. ولا نستطيع الافتراض بأن المدرسين الذين جيء بهم من التعليم الطبي التقليدي المتوارث يفهمون أسس عمل المجموعة الداعمة حتى لو أدركوا ذلك ربما لم يتلقوا التوجيه الكافي حول كيفية وضع إدراكهم هذا موضع التطبيق.

تفحص مهارات اتصال الميسّرين نحو مرضاهم
Addressing facilitators' own communication skills with patients

عند القيام بتدريب الأطباء لتعليم مهارات الاتصال غالباً ما نمر بتجربة التعقيدات الإضافية الخاصة بالاضطرار إلى التوجه إلى مهارات اتصالهم بمرضاهم فضلاً عن مهارات تعليم الاتصال. وينتمي الكثير من الميسّرين المستعدين لتدريس الاتصال إلى جيل من الأطباء الذين لم يسبق لهم أن تعلموا شيئاً أو لم يتعلموا إلاّ القليل من مهارات الاتصال خلال دراستهم. ولذا لا نستطيع الافتراض بأن الميسّرين الذين تلقوا تدريباً طبياً يستطيعون أن يستوعبوا مادة الاتصال بشكل أفضل من استيعاب طلابهم لها. كما لا يشترط أن يكونوا بالضرورة أفضل عند استعمال تلك المهارات في أثناء ممارستهم للطب. ولقد بحثنا هذا الموقف في الفصل الثاني عند وصفنا: كيف «يقود الأعمى الأعشى» وحتى لو كان الأطباء متصلين حاذقين فربما لم يكونوا قد حللوا ما يقومون بعمله هم بأنفسهم وهكذا لن يصبحوا قادرين على القيام بتعليمه. وما لم نساعد ميسّرينا على الشعور بالرضى عن قابلياتهم الاتصالية وعلى تحليل عناصر الاتصال الجيد بالضبط فقد تجابههم مصاعب كبيرة عند التعليم وبناء مهارات المتعلمين المناسبة. ومثل مدرب التنس أو البيانو فإن معلم مهارات الاتصال يحتاج أن يكون أداءه جيداً لحد معقول، ويجب أن يكون قادراً على تفهم ما يعوق الأداء من أجل التعليم الذي يقدمه للآخرين!

تعزيز مهارات الميسّرين
Enhancing facilitators' skills

يجابه الميسّرون ثلاث مهام خلال تدريبهم:

1 تعزيز مهاراتهم الاتصالية الشخصية.
2 إثراء قاعدة معلوماتهم فيما يتعلق بنظريات وبحوث مهارات الاتصال.
3 تعزيز مهارات تعليم الاتصال والمهارات التيسيرية عندهم.

من الواضح أن هناك قضية رئيسة ينبغي اعتبارها، فهناك مهارات كثيرة ومقدار كبير من المعرفة أمام الميسّرين عليهم استيعابه. وببساطة، ليس من الممكن تلبية جميع المجالات بعدالة ما لم يخصص وقت للعملية وما

لم يتم تهيئة الموارد اللازمة. ولا يوجد ما يبعث للاعتقاد أن الميسّرين الذين تلقوا تدريباً طبياً سيحتاجون إلى وقت أقل لاستكشاف مهارات الاتصال الخاصة بهم مقارنة بأية مجموعة أخرى من المتعلمين. وسوف تستغرق عملية تعلم كيفية تعليم الموضوع الوقت نفسه على الرغم من تمكنهم من الموضوعات الأخرى. وثانياً، فليس تدريب الميسّرين على مهارات الاتصال يحتاج إلى أن يكون مستمراً ولولبياً وحده، ولكن يتطلب التدريب على المهارات التيسيرية سلوك الطريق نفسه من المراجعة المنتظمة والإعادة والتكرار والتعقيدات المستمرة. كما يحتاج الميسّرون إلى وقت لبناء أهدافهم التعليمية الخاصة وتلقي الاسترجاع عند ممارستهم التعليمية والمقابلة وانعكاس ذلك على تعليمهم وتطوير مهاراتهم وترسيخها لمستوى لائق من الكفاءة المهنية.

وبالطبع فإن هناك الكثير من الميسّرين ممن هم ليسوا أطباء أو سريريين مثل التربويين واختصاصيي علم النفس واختصاصيي مهارات الاتصال يؤدون أدواراً بارزة في تيسير وإدارة برامج مهارات اتصال كثيرة على مستوى العالم، وربما يحتاجون إلى القدر نفسه من المساعدة من أجل تطوير قدراتهم كميسّرين، على الرغم من أنهم لن يعملون مع مجاميع من المرضى فمن الطبيعي أنهم لا يحتاجون إلى مساعدة في مجال قدرات الاتصال السريرية الخاصة، ولكن هذا يناقض من جهة أخرى الحاجة المتزايدة إلى تفهم العالم الواقعي الذي يحيا فيه الطبيب ومن أجل تطوير استيعابهم المحتوى الطبي الإحيائي «Biomedical» للاتصال بشكل أفضل.

وقد يبدو هذا مثبطاً للعزيمة إلى درجة كبيرة بالنسبة لمدير البرنامج والذي يدور بخلده الأسئلة مثل: «كيف يمكن أن أحصل على موارد لمثل هذه البرامج لتدريب الميسّرين؟» و «كيف يمكن لي تمكين الميسّرين أن ينتزعوا وقتاً ضرورياً خلال ممارستهم المزدحمة بالعمل؟» مع ذلك نوصي أن من الأفضل التصدي لمثل هذه القضايا الصعبة بدلاً من تجاوزها من دون إجراء. ومن دون الاهتمام ببرامج تدريب الميسّرين ستفشل برامج تدريب الميسّرين وبرامج مهارات الاتصال في الوصول إلى الهدف المنشود. وخلصت دراستان قامت بهما كليتان للطب في كندا خلال عامي «1994 و 1996» إلى إثبات هذا التأكيد، وقد حددت الدراستان ضعف تدريب الهيئات التدريسية الحاجز الأول الذي يقف دون تنفيذ المناهج الدراسية لطلبة الدراسة الأولية في مجال الاتصال (Cowan et al. 1997). وبالطبع ليس المطلوب تنفيذ جميع المهام في وقت واحد. ويمكن وضع البرامج المعدة للمتعلمين بجانب المخصصة للميسّرين، ولكن يحتاج التأكيد على تدريب الميسّرين إلى المضي قدماً وبأفضل حال مع التأكيد على المنهج اللولبي المستمر من دون ثغرات تعتري طريقه إلى درجة يؤدي إلى نسيان ما تم تعلمه برمته بين تدريب وآخر.

نماذج من تدريب الميسّرين

Examples of facilitator training programmes

قبل النظر إلى كيفية التغلب على العقبات التي تحول دون إرساء برامج تدريب شاملة للميسّرين من الخطى المساعدة أن نلقي نظرة على الطرق التي من شأنها أن تؤدي إلى تطوير الهيئات التدريسية في مجال تعليم وتعلم مهارات الاتصال.

المثال الأول

Example 1

هو مشروع تدريب مهارات الاتصال الشلال «The Cascade communication skills project» والذي تطور في منطقة انكيلا الشرقية في انكلترا «والذي يدعى الآن العمادة الشرقية». وكان الغرض من المشروع

تدريب مجموعة من الميسّرين الأطباء ليدرّسوا مهارات الاتصال على مستوى عال للأطباء في مرحلة الإقامة والتعليم الطبي المستمر للدراسات العليا في الممارسة العامة وبعدها ينحدر الشلال إلى الأطباء المحليين المدربين للأطباء العموميين والمقيمين وأطباء الأسرة (Draper et al. 2002).

وتعتمد استمرارية هذا المشروع على أساسين:

1 **المواد والطرق:** يجهز الميسّرون بدليل تعليم مهارات الاتصال لرفدهم مبدئياً بالمعرفة النظرية والأدلة البحثية لإرساء إطار المقابلة الطبية والمهارات الفردية التي تخلق الاتصال الفاعل بين الطبيب والمريض «دليل كالكاري–كامبردج» إضافة إلى التوضيح المستفيض لطرق تعليمية محددة ومن ضمنها تحليل المشكلات المستند على النتائج «ALOBA» (Silverman et al. 1996) وكان هذا الكتاب ومرافقه من أهم المصادر المطبوعة للبرنامج التدريبي.

2 **التدريب التجريبي المستمر:** ومثلما لا تستطيع أن تقوم بتعليم مهارات الاتصال بالطرق الإرشادية فقط، فكذلك لا يمكن تعليم مهارات الاتصال من دون طرق تجريبية للمراقبة والتغذية الاسترجاعية وإجراء التدرّب وتكراره. ويحتاج الميسّرون إلى كتب مطبوعة يمكن أن يستخدموها سواءً من أجل زيادة قاعدة معلوماتهم ومعارفهم أو للرجوع إليها بين حين وآخر عند الرجوع إلى أماكن عملهم لتطوير مهاراتهم وتدريسهم. وكما أن على الميسّرين التحرك من فهم جوهر المهارات التيسيرية المناسبة للتعليم في الممارسة إلى كيفية دمجها ضمن تعليمهم. فضلاً عن حاجتهم لممارسة هذه المهارات والتمكن منها والحصول على استرجاع بنّاء من أجل تنمية مهاراتهم التعليمية.

وعندما بوشر بهذا المشروع في عام «1995» قدم برنامج تدريب الميسّرين دورة تدريبية مبدئية مكثفة للتصدي لمهارات اتصال الميسّرين ذاتها و البدء بعملية تفحص مهاراتهم التيسيرية. وتبع ذلك تدريب منتظم دوري لأيام كل أربعة أشهر حيث يجتمع الميسّرون أنفسهم على مدى يوم كامل من أجل:

- الاستمرار في تعلُم مهارات الاتصال.
- مشاركة الآخرين خبراتهم التعليمية.
- تطوير تعليمهم اللولبي عن طريق مراقبة كيفية قيامهم بالتعليم العملي من خلال ملاحظة «أداء الأدوار» التي يقومون بها أو عن طريق الأشرطة المصورة التي قاموا بتسجيلها في أثناء تدريبهم لمجاميع أخرى في أماكن عملهم.

ولقد تسلم المشروع دعماً مالياً سخياً من عمادة انكيلا الشرقية للدراسات العليا في الممارسة العامة. واستطاع تمويل اثنين من المؤلفين (JDS) و (JD) ونفقات الميسّرين للنهوض بالمشروع. وفي المرحلة الأولية، مكّن البرنامج مجموعة المشاركين الصغيرة من مواجهة عملية اتصال الطبيب بالمريض بطريقة تجريبية. وفي الوقت نفسه، تمكنوا من تعلم بعض من تعليم مهارات الاتصال عن طريق الممارسة عملياً وبمراقبة ميسّرين محترفين. ومع تقدم البرنامج، أخذ التركيز ينتقل تدريجياً من اتصال المتعلمين مع المرضى إلى مهارات تعليم الاتصال وزيادة المراقبة والاسترجاع والتدرّب على التعليم وتكراره الذي قاموا به أكثر من مهارات اتصال الطبيب بالمريض. وعلى كل حال، شجعت كلتا الحالتين ليعملا يداً بيد من أجل التمكين من التكرار اللولبي ومنحه فرصة للنمو.

وخلال السنوات الأولى من هذا المشروع توبع الميسّرون الأصليون جميعاً من خلال البرنامج باعتبارهم فريقاً واحداً يدعم بعضه الآخر مشكلين منتدى يناقشون فيه المشكلات التعليمية التي واجهوها وتبادل الأفكار وتقمص الأدوار. ولم يكتفِ الفريق بالاستمرار على اكتشاف أجزاء دليل كالكاري–كامبردج

وارتباطه مع مهاراتهم في أثناء المقابلة فقط بل توصلوا إلى أهمية تغطية منهاج دراسي شامل لمن يقومون بتعليمهم.

وكما توقعنا، فإن أحد أهم احتياجات الميسّرين كانت فرص تطبيق مهاراتهم التيسيرية. ولقد اتاحت جلسات المتابعة التدريبية المذكورة آنفاً فرصة مثالية من أجل عرض مقاطع من أشرطة تسجيل صوري تصور كيفية قيامهم بالتعليم ونماذج من المواقف التعليمية التي سبق وإن مرت بهم أو المشكلات المتوقعة. ومن أهم مفاتيح تحقيق النجاح كان تخصيص وقت لاستنباط واستكشاف أولويات عملية تعليم الميسّرين والتعامل مع النتائج المفضلة كما لو كان المرء يستخدم طريقة تحليل المشكلات المستند إلى نتائجها (ALOBA) عند تعليم المقابلة الطبية «راجع الفصل السادس». شُجع الفريق على أن يقدم استرجاعاً وصفياً داعماً للميسّرين وتقديم اقتراحات حول كيفية أداء الأدوار البديلة ووضع خطة عمل أكثر فاعلية. وتلخيص المهارات والاستراتيجيات التي جرى تعلمها وتدوينها ومن ثم عرضها على الموقع الالكتروني العائد للهيأة التدريسية التي ثبتت أنها الطريقة الممتازة لتوزيع المعلومات التعليمية لغرض الاستخدام العام لاحظ www.skillscascade.com.

وعلى مدى السنوات القليلة الماضية، غادر بعض الميسّرين الفريق وحل محلهم مدرسون جدد «أطباء أسرة، اختصاصيون، ممرضات». وأن بعضاً من المتحمسين من أولئك المدرسين المقبلين في مجال الاتصال تبرعوا بالعمل وجيء ببعض آخر من مناطق أخرى من انكيلا الشرقية. ومعظم الذين انضموا إلى الفريق مؤخراً سبق وتعرفوا على التدريب على مهارات الاتصال بأنفسهم أما كطلاب أو أطباء مقيمين ولكن مع ذلك كانوا بحاجة إلى المساعدة في مجال تحليل تجاربهم الخاصة وتحسينها قبل الشعور بالثقة عند القيام بممارسة مهمة التعليم المعقدة على أرض الواقع.

وعلى الرغم من أن الفريق قد تغير بسبب التغير في أعضائه إلاّ أن احتياجات الفريق بقيت نفسها إلى حد كبير. فأيام التدريب الاعتيادية لا تزال تدار بالأسس نفسها والمنسقون يقدمون الدعم العام بوساطة الهاتف أو البريد الالكتروني فضلاً عن زيارات الأساتذة إلى أماكن عمل المدربين من أجل المساعدة في التيسير أو تقديم الاسترجاع عن مهارات التيسير التعليمية. ولا يزال تمويل المشروع يجري من العمادة الشرقية «Eastern Deanary».

ومنذ عام «1999» كرر برنامج التدريب الشلال من أجل تقديم برنامج موازٍ لتدريب الميسّرين كجزء من برنامج مهارات الاتصال المعدل لطلبة الدراسات الأولية لكلية الطب السريرية في جامعة كامبردج. ويضم الميسّرون أطباء اختصاصيين وممارسين عامين وممرضات وتربويين واختصاصيي علم نفس «سبق لبعض منهم التدرب في مشروع التدريب الشلال في انكيلا الشرقية». ولقد طور برنامج تدريبي لهؤلاء المدرسين بدأ بدورة تدريبية مكثفة لمدة ثلاثة أيام مصممة للمهارات التدريبية وتهدف إلى تطوير مهاراتهم التيسيرية والتعليمية. وتعاد هذه الدورة كلما انضم ميسّرون جدد إلى البرنامج. كما صممت حزمة من المواد للميسّرين كنموذج لكل دورة للدراسة الأولية وتم توفير جميع المواد التعليمية عبر موقع على الشبكة الالكترونية التي يتم الدخول عليها عن طريق كلمة سر خاصة بها. وقد خصصنا أيام مستقلة خلال السنة لتدريب جميع الميسّرين والمرضى الممثلين قبل البدء بتنفيذ كل نموذج. ويقوم الميسّرون خلال التدريب بإعداد ميسّرين آخرين عند تدريب مجموعات طلبة الدراسة الأولية للحصول على خبرة وكفاءة حول البرنامج إلى أن تبلغ لديهم الثقة بالنفس الحد الذي يؤهلهم لقيادة المجموعات بأنفسهم.

وجدير بالاهتمام، طوّر لانك وجماعته (Lang et al. 2000) من ولاية تنيسي في الولايات المتحدة طريقة تصوير الهيئات التدريسية عند تعليمهم مجموعات صغيرة من الطلبة، وتجاوزت هذه الطريقة حدود الطريقة المذكورة آنفاً. فهنا يوفر الطلبة آنياً ولحظة بلحظة استرجاعاً للأساتذة. ولقد توصلوا إلى نتائج مشابهة، فمثلاً: أهمية تحديد أولويات الطلبة وتقديم الاسترجاع وتقديم مقترحات بديلة. وكما يوردون،

يجب أن تبذل العناية الخاصة عند عرض استرجاع الأقران بدون أخذ الموافقة الصريحة من المتعلمين القائمين بإدارة المقابلة الطبية. وأثاروا نقطة أن الهيئات التدريسية تحتاج إلى جلسات اعتيادية يتم فيها توضيح الأهداف ومناقشة العقبات وضمان كفاءة التعليم الشامل بشكل عام.

المثال الثاني

Example 2

هناك برنامج آخر استخدم التدريب التيسيري بمجاميع مزدوجة من الأطباء والملاكات الصحية الأخرى كإستراتيجية لتحسين الاتصال في ثمان مراكز للسرطان مرتبطة مع بعضها (Cowan and Laidlaw 1997). وترعى هذا البرنامج مؤسسة أونتاريو لمعالجة السرطان والبحوث التي ترتبط به (Ontario Cancer Treatment & Research Foundation, OCTRF) والذي يدعى الآن «رعاية السرطان في أونتاريو». وانطلق هذا النموذج من أن الفريق يكون أكثر تأثيراً في تحسين مهارات الاتصال عندما يعمل كمجموعة وليس عبر العمل الفردي وحده. ولقد أرسلت المؤسسة (OCTRF) اثنين من المهتمين بالأمر أحدهما طبيب والآخر من الملاك الصحي من كل مركز للاشتراك في دورة تدريبية أمدها خمسة أيام نظمت للميسّرين في معهد الاتصال في الرعاية الصحية «باير سابقاً» لتحسين الاتصال بين الملاكات السريرية والمرضى. ومن ثم قامت هذه المجموعات بتدريب منتسبي المراكز على الاتصال ضمن مركزهم بورش عمل وأنشطة متابعة مثل جولات الاتصال. ويتألف المتدربون في هذه الورش من مجموعات منسجمة من أطباء وممرضات وصيادلة واختصاصيون نفسيون وأطباء مقيمون وطلاب طب ومعالجون شعاعيون وموظفو استقبال. وأصبح أعضاء تلك المجموعات المنسجمة في وضع يسمح لهم بدعم جهود كل منهم الآخر في سبيل تحسين الاتصال بالمرضى وتأثيره الشامل ضمن المركز بأجمعه.

ولقد اجتمع الميسّرون من جميع المراكز كفريق واحد مرة كل ثلاثة أشهر ليدعم كل منهم الآخر ولمتابعة ما خططوا له وحل المشكلات الجارية على مدى سنوات. وخلال عام واحد، شارك (380) فرداً من بينهم (49) طبيباً و(48) مقيماً في (31) دورة تدريبية وأنشطة متابعة. وليس من الغريب أن يحضر المدير التنفيذي للمؤسسة في الورش الذي أدى إلى رفع مستوى فاعلية المشاركة بدرجة ملحوظة.

المثال الثالث

Example 3

تتضمن المجموعة الثالثة إستراتيجيات التدريب في أثناء العمل لميسّري الاتصال (Kurtz 1985). ولا تشكل هذه الاستراتيجيات برنامجاً تدريبياً أساسياً، ولكن قد يجد مدراء الدورات التدريبية فائدة في دعم الميسّرين عندما لا يكون بالإمكان إقامة البرامج التدريبية جميعها في آن معاً.

- مواد ومصادر الدراسة المستقلة: تصف المصادر الرئيسة أهداف الدورات الشاملة والجلسات الفردية والنموذج الذي تستند إليه الدورات التدريبية «مثل دليل كالكاري–كامبردج». ومن المصادر الأخرى هذا الكتاب الذي بين يديك والكتاب المرافق له وقواعد البيانات الطبية الاتصالية الالكترونية مثل مجموعة دلهاوس «Dalhousie medicom collection» (Laidlaw 1997) أو مصادر شبكة المعلومات العالمية. وقد عقدت جلسات موجزة كلما سمح الوقت «مثلا إما قبل لقاء الميسّرين بالمتعلمين أو بعد ذلك مباشرة» حيث ثبتت فائدتها من أجل تعريف الميسّرين بهذه المواد وتبادل الآراء حولها والمباشرة بالمشروع.
- التدريب المباشر والمساعدة: مثل النداءات الهاتفية والتواجد قبل الجلسات التعليمية وفي أثناء وبعدها وإحاطة الميسّرين علما بالتقنيات التي تحاول المجموعات الأخرى تجربتها وعمل نماذج لمهارات

التعليم مثل الحضور المفاجئ أو دعوة المشاركين وتقديم ورش عمل للميّسرين وتنظيم ورش عمل حول مهارات الاتصال وغيرها من الاجتماعات من أجل تعزيز المهارات «كان بعضها يدار من مدير الدورة التدريبية أو الميسّرين العاملين معه وبعضها الآخر من قبل ضيوف من ذوي الخبرة». هذا إلى جانب تقديم الطعام في موقع مركزي قريب من أماكن الجلسات التعليمية من أجل تشجيع الميسّرين على التجمع للمناقشات المستفيضة.

- تطويع الآخرين للمساعدة: تدريب الممثلين المرضى على تقديم استرجاع فاعل، ودمج الميسّرين الجدد مع ميسّرين أصحاب خبرة في مجموعات زوجية واقتراح أفكار حول التعلم والتعليم للطلبة.
- أمور متفرقة أخرى: تشجيع الميسّرين على البقاء ضمن الدورة من أجل تطوير خبرة جوهرية مع الوقت وإجراء تقييم بنّاء «Formative» مع تقييم تحريري للمتعلمين لفتح الباب أمام مناقشة المشكلات أو الأسئلة. وإقامة جلسات إستراتيجية مع الميسّرين والإداريين تسمح بظهور الخيارات التي تتيح إقامة مزيد من البرامج التدريبية المتقنة للميسّرين.

المثال الرابع

Example 4

باستطاعة الميسّرين من ذوي الخبرة أو مدراء الدورات التدريبية تنفيذ الطرق الآتية من أجل تعزيز قيام الهيئات التدريسية بوضع نماذج لمهارات الاتصال وتعليمه بجانب سرير المريض أو التعليم الآني. وفي الوقت نفسه يعطي ذلك الأمر المجال إلى التعرض إلى تعليم مهارات الاتصال وتوسيع شبكة الداعمين المستعدين. وقد وجدنا أن الطريقة الأولى المفيدة التي تتيح مراقبة أعضاء الهيئات التدريسية وتقديم الاسترجاع لهم حين قيامهم برعاية المرضى في الردهات أو في العيادات الخارجية. ويمكن أن يكون هذا ذا فائدة ليس بالنسبة للهيئات التدريسية حسب وإنما إلى الميسّرين الخبراء الذين يستطيعون أن يحصلوا على بصيرة من الاختصاصات المتنوعة في أثناء ممارستهم الحقيقية أو خلال جلساتهم التعليمية.

وهناك خيار ثان، وهو مراقبة الطبيب عضو الهيئة التدريسية في أثناء القيام برعاية المريض أو في أثناء الجولات التعليمية أو العمل مع المتعلمين أو مع المقيمين فرداً لفرد لنضيف تأكيداً على تفهم الاتصال بالهيئة التدريسية مهما كان بعيداً عما يفعل المتعلمون. ومن خلال المراقبة، نقوم بأخذ ملاحظات تفصيلية لكي يصبح بإمكاننا وصف مواطن القوة أو المشكلات المحددة وذلك باستخدام أمثلة رصينة مستقاة من الواقع العملي. ونعمل على إيجاد أماكن يمكن خلالها أن تكون ممارسة الاتصال أكثر دعما للدقة والكفاءة وحل المشكلات. ومن خلال الجولات «ولكن بعيداً عن أسرة المرضى» نقوم بقيادة جلسة مصغرة على مهارات اتصال الطبيب – المريض الخاصة للمراقبة للأطباء المقيمين والطلبة والأطباء من الهيئة التدريسية. وفضلاً عن ذلك، يمكن بحث مهارات الاتصال الخاصة بهم والمهارات العلائقية «Relational skills» فيما بينهم. وعلى غرار ذلك، نطلب من المجموعة إعلامنا عن كيفية قيامهم بمبادرات أكثر فائدة للتركيز على الاتصال مع المرضى ومع بعضهم البعض اعتياديا وفي أثناء جولات رعاية المرضى على أن يبقى الإصرار والتركيز بشأن الاتصال مستمراً.

وعند نهاية الجولات، قد نقوم أحياناً بتيسير جلسات استرجاع بسيطة للطبيب عضو الهيئة التدريسية الذي يقود الفريق فيما يتعلق بمهاراته التعليمية أو طرق تدريسه. ويجب أن يرتب هذا الإجراء معه سلفاً. واعتماداً على رغبات الأطباء، علينا إما القيام بذلك بتعلم المتدربين فرداً فرداً أو الطلب من المتعلمين أن يشاركوا كفريق كامل في جلسات الاسترجاع المنعقدة بشأن تعليم الأطباء الحاضرين. ومن اللافت للنظر، يتزايد عدد أطباء الهيئات التدريسية الذين يختارون الخيار الثاني بصورة أكثر مما نتوقع ويبدو أنهم ينتهزون هذه الفرصة كي يضعوا نماذج لطلابهم حول كيفية طلب الاسترجاع وتلقيه. وخلال هذه الجلسات، نقوم

بتطبيق تحليل المشكلات المستند إلى النتائج (ALOBA) ومهارات التيسير. ومن أجل هيكلة عمليات مراقبتنا وكي نقود عمليات الاسترجاع نقدم دليل كالكاري–كامبردج «نسخا من طبعة الجيب الصغيرة». ولا يوجد هناك أدنى شك في أن الاسترجاع التيسيري مع فريق لأول مرة لم تعرفه مسبقاً سيتطلب حساسية وتيسير ماهر – كما يتطلب أن تكون التوجيهات الخاصة بذلك رقيقة. ونحن نستعير من الاستفسار التقديري وأسلوب الرعاية المعتمد على محورية العلاقة للتيسير «Relationship-centered care» (Cooperrider and Whitney 1999; Williamson and Suchman 2001) أسئلة مثل: «ما الأسئلة التي تريد أن تحصل على إجاباتها خلال جلسة الاسترجاع هذه؟» أو «ما الإجراء المناسب الذي طُبق هنا، حسب ما تلاحظون – ما الذي يحفزك في عملية رعاية المريض ويشغلك بها؟» «ما الصياغة في الطرق التعليمية؟» و «ما الذي يعيقك؟» و «ما الذي كنت تحاول انجازه؟» و «ما تفعل أمام الأمور العاطفية (مع عواطفك، مريضك ذاته أو مع عضو في المجموعة المعالجة؟)».

المثال الخامس

Example 5

هو البرنامج التدريبي للميسّرين/ الأكاديمية الامريكية للأطباء والمرضى وموقعه على شبكة المعلومات العالمية www.physicianpatient.org

وبدأ البرنامج عام «1978» والتزم بتحسين الرعاية الصحية في الولايات المتحدة منذ انطلاقه وذلك بالتركيز على التعليم والبحوث المتعلقة بالطبيب والمريض. فالتعليم الذي يكون محوره المتعلم والممارسات الطبية التي يكون محورها الإنسان جزء أن لا يتجزأ من رسالة الأكاديمية كما جاء في رسالتها. وهناك مراحل ثلاث للميسّرين في أثناء برنامج التدريب (Facilitator-in-Training, FIT) الذي بوسعه أن يتناول أي مدى ما بين «3–6» سنوات.

- المرحلة الأولى: العمل كمشارك/ مراقب في الدورات التدريبية التي تقيمها الأكاديمية التي تشمل الدورات الوطنية واجتماعات الهيئات التدريسية قبل الدورات وبعدها.
- المرحلة الثانية: مجموعات التيسير المُشاركة بإشراف ميسّر أقدم من الأكاديمية.
- المرحلة الثالثة: التيسير المستقل لمرة واحدة على الأقل قبل المصادقة على كفاءة الميسّر.

ويُشجع الميسّرون في أثناء التدريب على أن يصوغوا خططهم التعليمية بأنفسهم والحفاظ على محور عملية التعليم على أساس مشروع فردي. ويشجعون أيضاً على استخدام النماذج وطرق تعليم المقابلة التي يشعرون بأنها مؤثره ومناسبة للمتعلمين في بيئتهم العملية ومستوى خبراتهم. وقد طورت الأكاديمية وأعدت مصادر تعليمية جيدة. ومن أهم تلك المصادر، كتاب المقابلة الطبية «The Medical Interview» الذي يحتوي على وصف للبرنامج (Gordon and Rost 1995).

المثال السادس

Example 6

ورش معهد الاتصال في الرعاية الصحية «معهد باير سابقاً» والدورات التدريبية لتطوير الهيئات التدريسية وتدريب الميسّرين في الولايات المتحدة وكندا.

يقدم معهد الرعاية الصحية أثني عشر ورشة عمل متطورة للأطباء في مجال الاتصال ضمن الرعاية الصحية. وصممت الورش لرفع درجة الوعي وإعداد الأرضية اللازمة لتغيير السلوكيات وتطوير المهارات أساساً.

وتستغرق ورش العمل ما بين ساعتين إلى سبع ساعات من الممكن تطبيقها على الأطباء المقيمين وطلبة الكليات الطبية في بعض الأحيان. كما ينظم المعهد دورات مركّزة في مجال تحسين الأداء وتقديم المهارات الشاملة بمدة (40) ساعة، والتدريب وورش عمل على تطوير الأداء لمدة «24 ساعة تدريبية» ودورات الهيئات التدريسية لمدة أربعين ساعة. وتصمم هذه الدورات لدعم الأشخاص أو مجموعات الهيئات التدريسية الذين يرغبون في تطوير مهاراتهم الاتصالية وتحسين قدراتهم لتدريب المتعلمين وتحسين مهاراتهم وتطوير المناهج الدراسية في الدراسة الأولية أو تدريب الأطباء المقيمين. وتمثل الدورات التدريبية التي يقيمها المعهد لإعداد أساتذة كفوئين في التدريس وإقامة ورش عمل اتصالية وهي طريقة أخرى لبناء ملاكات تضم أفراداً ماهرين وراغبين والذين غالباً ما يصبحون قادةً أو ميسّرين لبرامج الاتصال ضمن المؤسسات التي يعملون بها.

مشكلات عامة يواجهها مدرسو مهارات الاتصال والاستراتيجيات التي من الممكن أن تساعدهم

Common problems experienced by communication skills teachers and strategies which can help

المشكلات

Problems

ما المشكلات الشائعة التي يواجهها الميسّرون في التدريس والتي غالباً ما يعدونها صعبة أو تحدي يواجههم؟ وهل تنضوي تحت «نماذج» مثل تلك التي شاهدناها عند قيام المتعلمين بإجراء مقابلات طبية مع المرضى «راجع الفصل الثامن»؟ ما الموضوعات التي يحتاج مدراء دورات الهيئات التدريسية التركيز عليها من أجل تطوير وحشد المدرسين القادرين على تقديم تدريب عالي الكفاءة في مجال مهارات الاتصال السريرية على مدى جميع مراحل تطورهم المهني؟

أظهرت تجاربنا المستخلصة من الاسترجاع البنّاء مع المشاركين في دوراتنا الخاصة من دورات مدرسي مهارات الاتصال لسنين أن بعض المهارات صعبة بشكل خاص بحيث لا يمكن التمكّن منها وتتطلب مساعدة من نوع خاص ضمن البرنامج التدريبي للميسّرين (Draper et al. 2002) وهي:

- التهيئة لأية جلسة تعليمية.
- تحليل المقابلات الطبية بسرعة موقعياً وآنياً مع تعريف المشكلة أو المشكلات الاتصالية وإدراك نمط صعوبات الاتصال في المقابلات الطبية.
- اكتشاف أولويات المتعلمين الكاملة.
- الاستمرار والمحافظة على محورية التعلم في أثناء الجلسة الكاملة مع بحث أولويات المتعلمين ولاسيما عندما لا يوجد تناغم بين ما يرغب المتعلمون في أدائه وما الذي يعتقد المدرسون أنه أكثر أهمية.
- كيفية عرض الاسترجاع ولاسيما الاسترجاع «الصعب».
- تيسير أداء الأدوار مع/ أو بدون وجود ممثلين.
- وضع هيكلية التعليم – جعل التيّسير واضحاً ومشاركة المتعلمين في أثناء عملية تفكير الميسّر، ومشاركة أولويات التعليم مع أولويات المتعلمين ومناقشة الخطوات المقبلة.
- أن يكون الفرد قد تعرف على جوهر نظرة مهارات الاتصال التعليمية والأدبيات البحثية ذات العلاقة.
- التعرف على ذخيرة التمرينات التعليمية.

- توسيع التعلم في اللحظة المناسبة والانتقال بيسر بين التعلم الإدراكي والتجريبي.
- انتهاز فرص التعليم مع تهيئة المحتوى ذي العلاقة.
- التعامل مع مشكلات المجموعة الشائعة مثل المتعلمون الذين لا ينصاعون أو المشاكسين منهم.
- وضع هيكلية للمنهج الدراسي وتغطيته على مدى الوقت المخصص له.

بعض الاستراتيجيات والحلول المساعدة

Some helpful strategies and solutions

وجدنا خلال الفصلين الثالث والخامس أن تعلم مهارات الاتصال الفاعلة يتطلب عدة عناصر أساسية من ضمنها الإطار الإدراكي وتحديد المهارات والمراقبة المباشرة عند التطبيق في أثناء استعمال الطريقة التجريبية التي تستند إلى المشكلات وإعطاء استرجاع هادف ووصفي ومفصل باستخدام عروض الأشرطة الصوتية والصورية واغتنام الفرص لتكرار التدرب على المهارات في مجموعات صغيرة فاعلة أو التدريب فرداً لفرد. وإن إطاراً مشابهاً وعلى الدرجة نفسها من الأهمية عند القيام بتدريب ميسّري مهارات الاتصال إذا أريد منهم أن يضيفوا إلى خبراتهم وتجاربهم التعليمية وزيادة كفاءتهم وثقتهم بأنفسهم، وعلى الدرجة نفسها من الأهمية في اجتماعات الهيأة التدريسية من حيث تمكّن المدرسين من سبر غور تعلم مهارات الاتصال لديهم والمشاركة بالمعلومات التي تعكس تجاربهم التعليمية ولاسيما في طرق التدريس التي تتناول موضوعاً خاصاً لم تسمح لهم الفرصة الكافية للتدريب تجريبياً إلاّ بشكل محدود مثل كيفية تيسير جلسة تعليمية للبوح بالخبر السيئ. وسبق أن تمت مناقشة الإستراتيجيات أعلاه سابقاً في الفصول (5–8) والتي يمكنها أن تساعد في حل كثير من المشكلات المدرجة أعلاه. ومع ذلك توجد نواحٍ ثلاث في تدريب الميسّرين تحتاج إلى اهتمام خاص لم تستوف بالتفصيل في هذا الكتاب لحد الآن، وهيَ:

1 كيفية توفير المادة التعليمية بسهولة وبأطر عملية للميسّرين في زخم العمل الضاغط.
2 استكشاف وتحليل المهارات وتحديد المجالات التعليمية الممكنة.
3 كيفية إجراء جلسات تعليم تجريبية للميسّرين وتوفير الاسترجاع الفردي لكل واحد منهم.

توفير المادة التعليمية

Provision of teaching material

من التحديات التي تواجه مدراء البرامج هي كيفية توفير مواد تعليمية يسهل الحصول عليها لتدريس مهارات الاتصال لمن ييسرون جلسات ودورات الاتصال وهم تحت وطأة التزامات سريرية والتزامات أخرى ضاغطة. وغاية تأليفنا لهذين الكتابين ليس لاستعمالنا الشخصي حسب «واللذين غالباً ما نشير إليهما في أثناء تيّسيرنا!» ولكن كدليل للمدرسين الذين يرغبون أن يمتلكوا كتيباً في متناول أيديهم يوضحون ويشيرون لـــ «لماذا» و «ما» و «كيف» في أي وقت يشاؤن والتي غالباً ما يحتاجون إلى أدوات رئيسة في أثناء التيسير العملي. وتتضمن هذه دليل كالكاري–كامبردج والأسس العامة لتحليل المشكلات المستند إلى النتائج (ALOBA) ولكيفية وضعها موضع التطبيق «راجع المستطيل رقم 5.1 في الفصل الخامس والشكل 6.1 في الفصل السادس» والأسس الرئيسة لتعليم وتعلم مهارات الاتصال «راجع الفصل الثالث» والقائمة الموجزة بأهم مراجع البحث «راجع الفصل الأول».

والجلسات الخاصة مثل «تدبير الغضب أو الاختلافات الثقافية» التي تتطلب مصادر إضافية. ومنذ سنوات عديدة، وضعنا خططاً تحريرية كثيرة عن تعليم مهارات الاتصال وكانت في الغالب مفصلة للدورات التدريبية والجلسات الخاصة بالأطباء على مختلف درجات خبراتهم. ووفّرنا للميسّرين بمختلف مستوياتهم التعليمية وصف لطريقة خطوة بخطوة «حول كيف يتمكنون من إدارة جلسة مخصصة لطلبة كلية الطب

عن افتتاح المقابلات الطبية أو جلسات تدريب لأطباء الأسرة الذين يعملون خارج الدوام الرسمي لإجراء المقابلات عبر الهاتف أو دورات تعليم المقابلة الطبية للمدربين أمدها ثلاثة أيام». وعلى كل حال، فإن أحدى رسائلنا الأساسية هي أن المواد التحريرية الجاهزة تعد دليلاً فقط للميسّرين ويمكن لهم تعديلها من أجل أن تتلاءم مع ما يزمعون تقديمه.

ومن أجل تسهيل عملية دخول الميسّرين إلى الأدلة وخطط التدريس والأدوات التي في متناول أيديهم فقد طورنا موقعاً على شبكة المعلومات العالمية وهو: www.skillscascade.com والذي يمكن أن تستل منه المواد التدريبية «منشورات ومحاضرات جاهزة على شرائح 'Power point & overhead'» كما يمكن استخدام الموقع من قبل المدرسين للمشاركة في الخطط التعليمية أو الأفكار الأخرى.

«تحديد» وتحليل المهارات وتحديد المجالات التعليمية الممكنة

'Spotting' and analysing skills, and identifying possible areas of teaching

من المهم والحيوي تزويد الميسرين من غير ذوي الخبرة بالأدلة. ومن الطرق المفيدة للقيام بذلك هو عرض شريط تحفيزي «Trigger tape» لمقابلة طبية أجريت سابقاً ولم يتواجد الشخص الذي أجرى المقابلة في الجلسة التدريبية. إذ يوقف الشريط كل دقيقة والطلب من الميسّرين تشخيص وتحديد المهارات التي قاموا بملاحظتها. وعندئذٍ باستطاعتك أن تشير إلى الإطار ومهارات الدليل ومساعدة الميسّرين على إعادة الأمور إلى نصابها. ومن الأمور الحيوية، أن تذّكر الفريق بأن الشخص القائم بالمقابلة غير موجود لكي يوافوه بوجهات نظرهم، ولكنهم — كفريق واحد — باستطاعتهم نقد أداء القائم بالمقابلة بسرعة. ومن المهم أيضاً تسليط الضوء على حقيقة أن هذه ليست الطريقة المناسبة لتعليم الاسترجاع أو إعطاءه. فالمتعلم الذي يحضر فعلاً ضمن المجموعة سيحتاج إلى وسائل لإجراء الاسترجاع الذي أوجزناه في الفصلين الخامس والسادس. وغالباً ما يجد مدير من الهيأة التدريسية أو المدرب الذي يقود الفريق أن مستوى المعرفة بالسلوك الاستشاري يمكن أن تكون واسعة للغاية. وإن هذا التمرين لن يكون تشخيصياً فقط بالنسبة لقائد الفريق وإنما سوف يساعد الفريق أيضا على تعيير خبرتهم في مجال الاتصال. ويمكن أن تكون تمارين تحديد المهارات ذات فائدة ومساعدة للميسّرين الذين يقدمون دورات إعداد لطلبة الكليات أو الأطباء الذين هم على عتبة امتحانات الكفاءة.

وحالما يتمكن الميسرون من اكتساب خبرة في تحليل مستوى المهارات تستطيع عندئذٍ أن تنتقل إلى مناقشة الأسئلة الآتية:

- ما الذي يجري في المقابلة الطبية هنا؟
- ما الأمر أو الأمور الغائبة؟
- ما شعور المريض في هذه اللحظة؟
- ما الذي يفكر فيه القائم بالمقابلة الآن وبماذا يشعر؟
- ما الاسترجاع الذي أستطيع تقديمه الآن؟ وكيف أستطيع التعبير عنه؟
- ما الإمكانيات التعليمية المتوافرة؟ ومتى أستطيع أن أقدمها وكيف؟

بعد ذلك يستطيع الميسّرون أن يؤدوا سيناريوهات مختلفة يرغبون بممارستها.

كيفية إجراء جلسات تعليم تجريبية للميسّرين وتوفير الاسترجاع الفردي لكلٍّ منهم

How to run an experiential teaching session for facilitators and provide individual feedback

إن إدارة جلسة تعليم تجريبي للميسّرين الجدد وحتى لذوي الخبرة منهم قد يكون أمراً مزعجاً. فكثير من الأسئلة تدور في ذهن الميسّر. هل لدى الفريق الرغبة والفاعلية؟ هل سيتبرع أحدهم بعرض شريط صوري أو القيام بأداء دور؟ كيف يمكن أن أخمن أنني أسرع بالوقع المطلوب وتسجيل مدى الرضى عن المقابلة وأن أحصل على فكرة مبدئية عن ماهية المشكلات؟ هل ستكون أولوياتي مقاربة بشكل عام لأولويات المتعلمين؟ ما الذي أستطيع تدريسه؟ هل أستطيع تذكر أدلة البحث ذات العلاقة؟ كيف أستطيع تشجيع إجراء التدرّب وتكراره؟

لقد تحرينا طريقة التعليم التجريبي للميسّرين الجدد القائمين بالتعليم الذي يقوده تحليل المشكلات المستند إلى نتائجها. إن هذا الأسلوب يعرف بـــ «أسلوب الظل Shadowing approach» يتيح للميسّر المفتقر للخبرة والتجربة أن يكرر ويعيد إستراتيجيات التعليم تحت إشراف موجه ذي خبرة، حيث يجلس الأستاذ إلى جانب الميسّر الحديث الذي يدير الجلسة والتي عادة ما تتكون من ميسّرين آخرين كما لو كانت مجموعة اعتيادية من الزملاء يعملون على تطوير مهارات الاتصال لديهم أو الذين يؤدون أدوار طلبة طب أو أطباء مقيمين والنقطة الرئيسة هي كيفية هيكلة الجلسة بحيث تسمح ضمن الوقت المعتاد إجراء الاسترجاع والمناقشة وإجراء تمرينات على المهارات التعليمية. فأما أن يكون الميسّر المتعلم أو الأستاذ ذو الخبرة يمتلك قدرة على إيقاف زر الحوار (Pause-button) في أي وقت يشاء في حين تقع مسؤولية هيكلة استرجاع الفريق على الأستاذ حول التعليم ضامناً التوازن وبأن عملية التعليم هي من السعة بحيث تشمل الجميع ومن ضمنهم الطبيب الذي مهاراته في المقابلة قيد المراقبة الآن. والظل ليس كالشراكة التيسيرية، وهي مفيدة جداً خلال طريقة التدريس في أثناء العمل لتعلم المهارات ولقيادة فريق صغير تحت إشراف مدرس ذي خبرة.

وغالبا ما يكون من الصعب على الفريق الإبقاء على مستويي التعليم والتعلم كليهما في فكره، وفي الوقت نفسه أي أن تكون عضواً اعتياديا في الفريق المتعلم وفي الوقت نفسه على دراية بسير عملية التدريس. ولكي يكون الفريق على بيّنة من أي مستوى يعملون عليه آنذاك، يحتاج الميسّر الخبير إلى أن يصمم هيكلية العملية بعناية تامة. وإذا كان الفريق كبيراً نسبياً تستطيع أن تقترح أن يجلس عضو أو عضوين خارجاً كي يراقبوا العملية التعليمية ويركزون عليها ويدونون الملاحظات ويعطون الاسترجاع عند النقاط المناسبة «وعادة ما يسمى هذا بأسلوب حوض السمك 'fish bowl technique' حينما تبدو الصورة أكبر من المألوف».

والطريقة التي نتبعها عند «الظل» تسير جنباً إلى جنب وبشكل موازٍ مع الخطوات التي يتضمنها التدريب على تيسير أية مهارة اتصال باستعمال أسلوب تحليل المشكلات المستند إلى نتائجها (ALOBA)، وهكذا تصلح النماذج لممارسة الجلسة بشكل جيد ومع انطلاقتها. وقد نبدأ كالآتي:

- بالاتفاق مع المتعلمين على معلومة صغيرة «Chunk» من الجلسة التعليمية: «لنناقش المعلومات معلومة تلو الأخرى بتفصيل خلال مسيرتنا هذه... ما هو رأيكم؟»
- أو بدلاً من ذلك، إذا كان المتعلمون ماهرين بشكل نسبي أبدأ مع الميسّر القائم بالمقابلة: «دعني أعرف متى تريد أن تتوقف، أو أقترح أن تستمر إلى أن تتوقف عندما تجابهك مشكلة؟».

ينبغي مناقشة كل جزء من المقابلة قبل عرضها، والتعامل مع المشكلات المحيرة بصوت عال لإشراك بقية الفريق والتعرف على تفكير الميسّر.

- ما الذي تهدف إليه في هذا الجزء من الجلسة التعليمية؟

- ما الاستراتيجيات التي تحاول تجربتها؟

ثم دع الميسّر المبتدأ أن ينطلق. توقف في الوقت المناسب وناقش مع استرجاع:

- كيف سار الأمر؟
- هل جابهتك أية مشكلة؟
- هل حققت ما كنت تريد؟
- ما الاستراتيجيات البديلة التي قد تكون ذات فائدة؟
- إلى أين تريد الوصول بعد ذلك؟

من المهم وبشكل خاص أن تكرر الجرعة التعليمية «Chunk» في الجلسات التدريبية إذا كان المتعلم – المدرس غير ماهر نسبياً. ولكن بغض النظر عما إذا كان المتعلم مبتدأً أو خبيراً احرص على أن لا تدع الأمور تستمر لوقت أطول من اللازم ولا أن تقطعها بسرعة.

تأكد من أنك توضح أن كلا من الميسّر المبتدأ والطبيب الذي يدير المقابلة يقدمان مادة خام هنا وإنهما قد يشعران بالضيق لاسيما عندما يصعب إكمال العملية التعليمية خلال الجلسة. ومن المهم الاهتمام بالميسّر – المتعلم، والشخص الذي يدير المقابلة في التسجيل الصوري أو القائم بالتمثيل وعملية التعلم لدى الفريق.

ولو سألت المتعلم – الميسّر ليتشارك بأفكاره احرص كذلك فقد لا يكون واضح في تفكيره حتى ذلك الوقت وعليه في الوقت نفسه التأمل في الأثر الذي قد تلقيه ملاحظته على الشخص القائم بالمقابلة من خلال التسجيل الصوري أو القائم بالتمثيل. واستخدم فريق المراقبين الخارجي للمساعدة في نقاط التيسير والفريق الداخلي جهد الإمكان فقد يكون لكل من الفريقين تصورات مختلفة.

ويعد هذا الأسلوب أكثر تأثيراً غالباً من أسلوب «الظل» البديل الذي تسمح به أولاً للمتعلم – الميسّر أن ييّسر لمجموعة التعلم بدون مناقشة ومن ثم إيقاف العملية عندما تنحو منحنً خطراً أو عندما يحدث أمراً ما له تأثير بشكل خاص. إن الطريقة التعليمية المعتمدة على تحليل المشكلات المستند إلى نتائجها تجعل من عملية التيّسير أكثر انفتاحاً وأعمق تأثيراً بالنسبة للفريق بأجمعه.

كيف نقوم بتوسيع الحالة ونجني ثمار مثل هذا التعليم
How do we maximise the status and reward of undertaking such teaching?

إذا ما أريد للبرامج التدريبية النجاح والازدهار فعلينا أن ننظر بعناية إلى كيفية التغلب على العقبات التي تحول دون التنفيذ. وإن المشكلات المتراكمة في تدريب الميسّرين هي الوقت والمال. وفي سياقات كثيرة، يتبرع الأطباء بالتدريس بلا مقابل وتظهر بعض الآليات التي تعوضهم عن تدريبهم الجاري خلال التعليم. وقد يجابه الأطباء خسائر كبيرة غير منظورة من مكاسبهم المادية وذلك بالتنازل عن ممارستهم خلال الوقت المطلوب لكل من التعليم والتدريب. ومن المهم أن جميع المهتمين بالتعليم يستمرون على العمل وإدراكهم محاولاتنا لتغيير الظرف الحالي الذي غالباً ما يبخس فيه قيمة التعليم.

تحسين حالة التعليم العامة

Improving the status of teaching in general

تتعلق إحدى العقبات الأساسية التي تحول دون توفير الدعم المالي لتدريب الميسّرين بالوضعية التي تضع التعليم في الدرجة الثانية في المؤسسات الأكاديمية بعد البحوث أو الإدارة. ولسنوات طويلة، بقى نموذج التدريب الطبي هذا مسيطراً وإن المهارات الخاصة بالتعليم لم تكن خاضعة للتقييم. كما ارتبطت المكافآت المالية في البيئة الأكاديمية الجامعية بنتائج البحوث أو المهارات الإدارية بشكل وثيق. ولم يصب غير القليل في صالح التعليم الحاذق على الرغم من أن التعليم هو مسؤولية أساسية في الحياة الأكاديمية. ولذا فإن من المهم سياسياً المساعدة في الحركة القائمة من أجل تعزيز أوضاع التعليم. وعندما يقيّم التعليم تقييماً حقيقياً فهل سيحصل على المردود المناسب سواءً أكان مكافأة مادية أم غير ذلك. ولحسن الحظ، فقد وضعت الخطوات الأولى على الطريق السائر بهذا الاتجاه. وأصبح التدريب في الإقامة الطبية مثلاً ينحو باتجاه النموذج التعليمي أكثر من نموذج الخدمة العامة. ولقد ساعدت الحركات السياسية على الدفع بهذا الاتجاه، ففي إنكلترا أمست نصف المبالغ التي تدفع للمقيمين في مختلف الاختصاصات من أموال الدراسات العليا بدلاً من رصيد المستشفيات. وهذا التغيير المنفرد يعطي العمداء سلطات أوسع لضمان وضع التدريس في مرحلة الإقامة مع مسؤولية متزايدة لضمان أن تكون عملية التعليم على أعلى مستوى من حيث النوعية. وفي كثير من الجامعات تصب سياقات بارزة لصالح التركيز على التعليم وتطوير المناهج التعليمية وإيجاد موارد للتعليم والنشر من أجل إلقاء الضوء على التعليم وتطوير المهارات الفردية التي تسهم في رفع كفاءة مستوى التعليم لدرجة عالية باعتبار ذلك أحد وسائل الاستحقاق والرقي. وكانت هذه النقلات انطلاقة مهمة نحو الأمام لضمان حال التعليم الأفضل.

الحصول على استحقاقات للميسّرين والمدربين أخرى

Obtaining other rewards for trained facilitators

هناك وسائل عديدة أخرى لضمان مكافأة ميسّري مهارات الاتصال. يمكن أن يكافأ التعليم والتدريب في إطار التعليم مكافأة لكيفية التدريب كجزء من التعليم الطبي المستمر. فمثلاً في المملكة المتحدة، يشتري أطباء الأسرة والأطباء الممارسون العموميون تعليمهم الطبي المستمر ليؤهلهم ذلك للسماح المالي المهم (Postgraduate education allowance, PGEA) من أجل دعم الأطباء وأطباء الأسرة بدفع تكاليف التعليم الطبي المستمر الخاص بهم والذي يتدربون بموجبه. ولا يقدم الميسّرون للدورات التدريبية لمهارات الاتصال بموجب هذا المشروع أية دفعة مالية لقاء قيامهم بالتدريس في هذه الدورات فضلاً عن أن ذلك يؤهلهم للمطالبة بأجور استحقاق لهم لقاء تقديمهم لهذه الخدمات. وتعمل استحقاقات التعليم الطبي المستمر نفسه بكندا. ولقد نجحنا في الحصول على مكاسب للأطباء الميسّرين في الدورات التي تنظم لطلبة الكليات فممارسو طب الأسرة وغيرهم من الاختصاصيين في كندا والولايات المتحدة حصلوا على استحقاقات لقاء قيامهم بالتدريب في مجال التعليم الطبي المستمر من أجل تطوير قدراتهم مع المرضى ولتعليم مادة الاتصال. ويتيح التدرب على مهارات الاتصال الحسم من أقساط التأمين الطبي في بعض الولايات المتحدة الأمريكية. وينطبق هذا بالطبع على الذين تدربوا على تيسير تلك الدورات التدريبية. ولذا سواءً تم الدعم المالي مباشراً أو غير مباشر فإن تعليم مادة الاتصال وتعزيز المهارات الشخصية يمكن أن يفتحا الباب أمام منافع مالية تعليمية.

وهناك مكافأة أخرى لا تقل أهمية تقدم لأولئك المشمولين بتعليم مادة الاتصال ألا وهي تحسين ممارستهم الطبية. ويسرنا أن نفيد بأن هذا الحافز هو الحافز المبدئي لكثير من الميسّرين! ولحسن الحظ

فإن القناعة والرضى اللذين يحصل عليهما الميسّر عند مساعدة المتعلمين على تحسين مهارات الاتصال لديهم يمكن أن يتغلب على كثير من الصعوبات المالية والواقعية في سبيل الحصول على الجائزة الخاصة التي نصبو إليها.

الفصل الثالث عشر

Chapter 13

إرساء منهج دراسي: السياق الأوسع
Constructing a curriculum: the wider context

المقدمة
Introduction

استكشفنا في الفصل التاسع كيفية وضع منهج دراسي لمهارات الاتصال قابل للتطبيق. إذ تفحصنا القضايا الأساسية عند تصميم المنهج وكيف يرتبط بالمستويات الثلاثة للتعليم الطبي جميعاً. ونلقي الآن نظرة أوسع ونتأمل في كيفية إرساء منهج دراسي للمهارات الطبية حسب السياق الأوسع للتعليم الطبي. وكيف يمكننا أن نطوّر منهج الاتصال ونجعله أكثر قبولاً ضمن واقع التعليم الطبي؟ وما القضايا التي ينبغي أن نتوجه إليها لتمكين منهج الاتصال ليكون عنصراً راسخاً في سير العملية التعليمية ليس على مستوى الدراسة الأولية حسب ولكن في فترة الإقامة الطبية والتعليم الطبي المستمر؟ وما الحواجز التي تمنع الاتصال من أن يؤدي دوره كموضوع جوهري يقع في القلب من التعليم الطبي؟ وأخيراً ما التحديات التي تجابه مناهج الاتصال خلال السنوات القابلة؟

يتضح من الفصول السابقة أن جهوداً كثيرة تبذل من أجل الإجابة عن هذه الأسئلة. ومن الواضح أننا أحرزنا بعض التقدم إلاّ أن الكثير ما زال على الطريق. وفي هذا الفصل سنستكشف قضيتين لهما صلة بهذا الأمر.

1 تعزيز ما حصل من تقدم وقبول مناهج الاتصال ضمن التعليم الطبي بشكل عام:
- كيف يمكن لنا أن نجد الوقت والموارد المناسبة للتدريب على موضوع الاتصال في منهج دراسي مزدحم؟
- كيف نضمن انسيابية التدريب على الاتصال عبر جميع التخصصات؟

2 التطلع إلى المستقبل: ما محطتنا القادمة؟
- ما مجالات الاتصال في الرعاية الصحية بعد المقابلة بين الطبيب–المريض؟
- أين موقعنا الآن في خضم تطوير مناهج الاتصال وما محطتنا القادمة بعد موقعنا الحالي؟

تعزيز التقدم الحاصل وقبول مناهج الاتصال ضمن التعليم الطبي
Promoting the further development and acceptance of communication curricula within medical education

ما العقبات التي كانت تحول دون القيام بوضع تعليم فاعل لمهارات الاتصال في ميدان الطب وما الطرق التي يمكن أن نقترحها للتغلب على هذه العقبات؟

إيجاد وقت وموارد مناسبة للتدريب على الاتصال في منهج دراسي مزدحم أصلاً
Finding adequate time and resources for communication training in an already overburdened curriculum

إن إيجاد الوقت المناسب للتدريب على الاتصال قضية أساسية. وإن كل ما أوردناه سابقاً في هذا الكتاب يوحي بأن إذا ما أردنا تطبيق العدالة في تعليم مهارات الاتصال والتوصل إلى إحداث تغييرات أساسية طويلة الأمد في مجال مهارات المتعلمين الأساسية فإننا نحتاج إلى تكريس وقت لا يستهان به لبرامج الاتصال. وإن مفهوم «المنهج وليس الدورة» و «التعليم اللولبي وليس التعليم المستقيم» و «تعليم المهارات المنظمة زمنياً والمرتبة منهجياً» كلها مهام يحتاجها منهج دراسي يجري خلال المسيرة الطبية بشكل عام ويحتاج إلى وقت مستقل ومن دون ذلك ستحصل متطلبات متضاربة بلا شك.

وأحد الأمثلة على ذلك برنامج الدراسة الأولية لجامعة كالكاري لطلبة الطب الذي يضع جميع هذه المفاهيم موضع التطبيق. وبدأ هذا البرنامج في عقد السبعينيات في كلية الطب التي أرست حديثاً. ونما برنامج الاتصال وخصص له في بداية الأمر «16» ساعة وازداد بتدرج حتى بلغ الآن فصل دراسي مستقل (50 ساعة) فضلاً عن تخصيص أوقات إضافية مهمة ضمن فصول المهارات الطبية والسريرية الأخرى. ويصف الملحق رقم «1» البرنامج بمزيد من التفصيل. وحالياً تخصص كلية كالكاري وغيرها من كليات الطب في امريكا الشمالية واوربا مزيداً من الوقت والموارد لتعليم وتعلم مهارات الاتصال. ولقد أسس عملهم الريادي سابقة تاريخية نستفاد منها جميعاً وأتاحت موارد رصينة يستطيع واضعو الدورات والميسّرون السير على هديها حيث:

- أسست برامج وطرق تدريس للتعليم والتعلم وتدريب الميسّرين يمكن اتخاذها نماذج لإنشاء البرامج في أماكن أخرى.
- امتلكت مصادر أهمها الأشرطة المسجلة صورياً والممثلون المتدربون على حالات مرضى حقيقية وأدوات تقييم وتصاميم ومطبوعات «بحوث منشورة في المجلات وكتب منهجية ومؤتمرات خلال الانترنت وخطوط عريضة للدورات».
- امتلكت موارد بشرية مع شبكة معلومات ومؤتمرات ومجلات: للاتصال بالزملاء ذوي الخبرة الذين باستطاعتهم المساعدة عن بعد لأجل إيجاد السبل لحل المشكلات والمشاركة بالخبرة والإستراتيجيات.
- قاعدة بحثية وإدراكية ضخمة.
- أمسى إرساء قاعدة وطيدة للبحوث ومفاهيم الاتصال قبولاً أوسعاً ودعماً كبيراً لتعليم الاتصال في ميدان الطب أكثر مما سبق بكثير.

يمكن لهذه الموارد المذكورة أعلاه أن توفر وقتاً وجهداً كبيرين لأولئك الذين يرومون إرساء وتنفيذ برامج ذات نوعية ممتازة من المحتمل أن تأخذ الآن وقتاً أقل بكثير مما كان ينبغي سابقاً. ومع ذلك فإن كليات الطب التي ترغب في تطوير التدريب على موضوع الاتصال في الوقت الحاضر لا تزال تواجه تحديات هامة كسابقاتها. عليها قبل كل شيء أن توفر المال والموارد في ظروف اقتصادية صعبة (Preston-White and McKinley 1993). وثانياً غالباً ما تجابه الحاجة للحصول على الوقت لتعليم مهارات الاتصال صعوبة الموافقة ضمن مناهج دراسية موضوعة مسبقاً ومزدحمة بالمواد (Sleight 1995). وليس غريباً صعوبة إدخال موضوع مهارات الاتصال في المنهاج التي تتزاحم فيه الموضوعات وتتصارع كل ينظر من زاويته ضمن المؤسسة. وهكذا ماذا عسانا أن نفعل لتشجيع المؤسسات لتبني موضوع التدريب على مهارات الاتصال ومساعدتها على توفير الوقت والموارد المناسبة لأنصاف هذا الموضوع.

استعمال الضغوط من الهيئات الطبية المهنية على مؤسساتنا الطبية

Using the pressure from professional medical bodies on our medical institutions

تسلط الهيئات الطبية المهنية ضغوطاً معتبرة منذ ما يزيد على «25» عاماً في مختلف أنحاء العالم لغرض تحسين تدريب مهارات الاتصال الأطباء وتقييمها. وتشعر المؤسسات الطبية بوطأة هذه الضغوط التي بدأت تدريجياً من الحث البسيط وتصاعدت للتهديد لتقييم الكليات الطبية البنّاء «Formative assessment» بشكل متزايد وأصبحت الآن متطلبات واجبة في مرحلة الدراسة الأولية والإقامة الطبية وحتى على مستويات التعليم الطبي المستمر. وعلى سبيل المثال، في عام «1995» وافقت الهيئات المسؤولة عن الإجازات للكليات الطبية في كندا «جمعية إجازة الكليات الطبية الكندية» وفي الولايات المتحدة «لجنة ارتباط التعليم الطبي» على معطيات تطلب تعليماً وتقييماً محدداً لمهارات الاتصال كمعايير لمنح الإجازة (Barkun 1995). وتحركت المجموعات التي تشرف على التدريب في أثناء الإقامة في هذين البلدين باتجاه طلبات مشابهة. وفي الوقت نفسه، أدمجت الجهات المركزية المسؤولة عن التقييم الوطني تقييم الاتصال ضمن امتحانات ما بعد التخرج (Langsley 1991; Klass 1994; Morrison and Barrows 1994; Conference of Postgraduate Advisors in General Practice 1995; Royal College of General Practitioners 1996). وأصبحت المؤسسات الطبية واعية للحاجة لإرساء تعليم مهارات الاتصال الفاعلة إذا ما أرادوا أن يجتاز طلابهم التقييم الوطني.

وفي الوقت نفسه، تتلقى الكليات الطبية طلبات لتخفيف العبء الحقيقي عن الطلبة مع زيادة قاعدة المعرفة الطبية التي تتنامى تصاعدياً عاماً بعد عام. وتشجع تلك الكليات لتغيير مناهجها الدراسية لتركز على مهارات محورية معينة ومجالات تعليم «الاتصال واحد منها»، وفي الوقت نفسه ينبغي تقديم مجموعة من الخيارات أمام المتعلمين للاختيار من بينها في الموضوعات الأقل ضرورة (General Medical Council 1993, 2002; Metz et al. 1994; World Federation for Medical Education 1994). وفي مستوى الإقامة، تطلب الجهات المانحة للاعتماد والتفويض في كندا (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 1996) وفي الولايات المتحدة (Batalden et al. 2002) عروضاً أكثر منهجيةً في ما يتعلق بالكفاءة ما بعد الخبرة الطبية. ويتضمن التقييم المعتمد على الممارسة لإعادة منح الإجازة أو اعادة التصديق تركيزاً على مهارة الاتصال في الرعاية الطبية الأولية والتخصصية.

وعند مواجهة المؤسسات الضغوط من أجل التغيير فإن «المروّج» لبرنامج مهارات الاتصال الإلزامية قد يُستقبل بالأحضان. وقد تكون سلطات الكليات الطبية على وعي بما يتوقع منها القيام به، ولكن ليس على معرفة بكيفية القيام به عملياً. فتعليم مهارات الاتصال موضوع حديث نسبياً ومعظم الأطباء الذين هم في موضع المسؤولية لا يمتلكون سوى القليل — إن كانوا يمتلكون – من الخبرة الشخصية في القيام بمثل هذا التعليم خلال تدريبهم الشخصي. وغالبا ما يكون إدراكهم قليلاً عن كيفية تعليم مهارات الاتصال هذه وقد لا يكونون على علم بالكم الهائل من الأدبيات والبحوث التي كتبت في هذا المجال.

ويمثل هذا الموقف فرصة في سبيل النجاح وعقبة تحول دونه في الوقت نفسه. فعلى الرغم من أن الجهات المسؤولة قد تساند رغبتك في إقامة دورة تدريبية فقد لا تكون تلك الجهات تدرك أن تعليم مهارات الاتصال أمر مختلف ويتطلب طريقة لولبية التي من الواجب أن تشيع خلال المنهج الدراسي بأكمله. وإن البرامج الموجهة لطلبة الدراسة الأولية غير كافية. ويجب أن نزود بالحقائق وأدلة البحوث وجاهزة بين أيدينا إذا ما أردنا إقناع الآخرين بتوفير الوقت والموارد من أجل إقامة برامج اتصال فاعلة.

الإمساك بزمام المبتكرات الجديدة في التعليم الطبي
Riding the back of other innovations in medical education

هناك خطوات أخرى على طريق التعليم الطبي تتيح فرصاً لمدير برنامج الاتصال. ومنها، يبدو بشكل متزايد إن كليات الطب آخذة بالانتقال من المناهج التقليدية المتوارثة إلى المناهج الدراسية المستندة إلى المشكلات. إذ يقدم التعليم الذي يستند إلى المشكلات فرصاً مثالية ومساعدة للتدريب على مهارة الاتصال وتوسيع المنهج الدراسي له. وما عسى أن يكون أكثر استناداً للمشكلات من تمثيل حالة مريض حقيقية يعمل عليها الطلبة طيلة الوقت منتقلين من مرحلة جمع المعلومات إلى مرحلة حل المشكلات ومن ثم التحري عن الثغرات وفرص التعليم ومن بعدها العودة إلى دور المريض الممثل كي يوضحوا النتائج التي حصلوا عليها وخططهم الهادفة لتحقيق مزيداً من الرعاية الطبية؟ إن الفصل الدراسي المتكامل لجامعة كالكاري «الذي سبق وصفه في الفصل التاسع» يقدم مثل هذه الفرص للمتعلمين بالضبط. فعندما يقام تعليم يستند إلى المشكلات أو تقديم مناهج دراسية سريرية يجري تصميمها في الكليات الطبية أو عندما تتجه البرامج التقليدية نحو مزيداً من التكامل مع تعليم مهارات الاتصال لديهم — فإن مدراء برامج مهارات الاتصال يستطيعون تقديم مساعدة قيّمة عندما تكافح مؤسساتنا من أجل تقديم طرق التعليم الأحدث هذه أو الحفاظ عليها.

وابحث عن المجالات التي تُمكنك أن تحل المشكلات المعقدة والتي سبق واكتشفها المتعلمون أو لجنة المناهج الدراسية «مثل فقدان التكامل المعرفي مع المهارات، فشل المتعلمين في تطبيق جلسات حقيقية ويبدو أنهم تمكنوا منها خلال الدورات التدريبية والامتحانات، والغموض حول كيفية تعليم المهارات وتقييمها». وابحث عن طرق تستطيع عبرها أن تأتي بأمور جديدة مثل استخدام التسجيلات الصورية أو الامتحانات السريرية موضوعية البناء (OSCEs) أو تدريب ممثلين للقيام بأدوار المرضى لحل المشكلات في جوانب أخرى من البرنامج فضلاً عن تحسين مناهج الاتصال الدراسية.

إن الخطوات الهادفة للجمع بين التدريب ما قبل السريري والسريري في الكليات الطبية تجعل من التعليم الطبي أكثر استناداً إلى المجتمع «Community based medical education». وتتيح فرصاً أمام مدير الاتصال أن يلقي فيها بمناهج الاتصال خلال المنهاج الدراسي مما يؤدي إلى ازدياد فرص تعزيز مهارات الاتصال ضمن المنهج.

وضع المهام الصعبة ضمن السياق
Getting the heavyweights on board

يجب أن تحصل برامج مهارات الاتصال على الدعم المباشر من المسؤولين. فبدون الدعم الفاعل لعمداء الكليات ضمن المؤسسة أو مدير البرامج سوف تجابه مشقة السير عكس التيار من أجل تحقيق التغيير. وفضلاً عن ذلك، ينبغي أن يكون أولئك الذين هم في السلطة متفهمين ومتعاطفين مع المفاهيم التي تؤكد على تعليم الاتصال. وقد يؤازروا رغبتك لتلبية الضرورات التي تهدف إلى توسيع تعليم مهارات الاتصال في التعليم الطبي وطرق التدريس الواجب إتباعها. وينبغي استثمار الاجتماعات التي تخصص لشرح موقفك ومناقشة ما يمكن أن تقدمه المؤسسة ذات العلاقة عند إدخالها برامج الاتصال. مثلاً، تخفيف الشكاوى القانونية ضد الأطباء أو زيادة رضى المرضى والأطباء معاً. وينبغي دعوة الدورات التدريبية الجارية الأخرى للاشتراك في الاجتماعات لأجل توضيح المجال المتعلق بالمهارات ومميزاته والموضوعات في المنهاج الدراسي التي ستُدّرس. وينبغي توفير البحوث والأدبيات التي تؤيد نتائج البرنامج وقد يجنى ثمارها مستقبلاً مع ضمان دعم أولئك القادرين على خلق الأحداث وتوفير الاستثمار المالي اللازم.

وغالبا ما يكون التمويل الخارجي لازماً لدعم الميزانية والحصول على الدعم الذي تحتاجه. ولقد هيأت شركات الأدوية موارد مالية لبرامج الاتصال التي يرونها مهمة ليس فقط بالنسبة إلى ضمان الالتزام ومطاوعة المرضى ولكن لتحسين صورتهم كمؤسسات تدعم الجانب الأخلاقي في السوق الصحية (Carroll 1996). وعلى غرار ذلك، ينظر المجتمع إلى تحسين مهارات الأطباء بالتقدير العالي. وهكذا، فإن الدعم المالي قد يتم الحصول عليه من متبرعين أفراد أو جهات خيرية.

ومن المهم كذلك الحصول على دعم المدافعين المتحمسين وقادة الفكر ضمن مؤسستك والمشرفين من الذين يحضون على احترام الهيأة التدريسية بشكل عام الذين سيزودون البرنامج بتأكيدات ايجابية عند المناقشات غير الرسمية في الكلية. وهناك خطر كبير من النماذج الرديئة وانعدام الدعم من قبل بعض الأطباء والإداريين الذي يمكن أن يفسدوا كثيراً من العمل. فالأطباء السريريون الذين لم يحصلوا إلا على القليل من التعليم في هذا المجال قد لا يثمنون هذا الجانب في عملهم. لذلك لا يطبقون في حياتهم العملية المهارات التي تُعلّم إلى من هم أدنى منهم أو يدعمون التغييرات لكي يمتد تعليم مهارات الاتصال ضمن المؤسسة. ويمكن مجابهة هذه الرسائل السلبية بمصادقة آراء قادة الفكر المحترمين في المجتمع الطبي. ويمكن أن يساعد استخدام خبراء خارجيين من مراكز مرموقة في الكفاءة والخبرة في التأثير في أولئك الذين هم في مواقع السلطة لكي يوسعوا منهج الاتصال الدراسي. وإن مؤسسات أولئك المهتمين بتعليم برامج الاتصال في الطب متوافرة الآن في جميع أرجاء العالم «مثلاً الأكاديمية الأمريكية للأطباء والمرضى في الولايات المتحدة ومعهد الاتصال بين الطبيب والمريض «معهد باير سابقاً» في الولايات المتحدة وكندا والاتحاد الأوربي للاتصال في مجال الرعاية الصحية واتحاد تعليم المقابلة الطبية في المملكة المتحدة». عليك «كمدرب» أن تتأمل في تنظيم محاضرات لأساتذة زائرين ودعوة أصحاب القرار للحضور وتنظيم ندوة يحضرها أصحاب القرار والمفكرين وخبراء خارجيين لبحث المنطق في التدريب على الاتصال والبحوث الداعمة له وأنشطة الجماعات التي سبق لهم وضع مثل تلك البرامج موضع التنفيذ. ويمكن العثور على مَنْ يرعى مثل هذه الجهود ضمن المؤسسات المحلية والوطنية والوكالات الصحية في الولايات / المحافظات والمؤسسات الخاصة وشركات الأدوية والاتحادات التي لها علاقة بالشأن الصحي مثل جمعيات السرطان.

تحفيز من تساورهم الشكوك

Motivating the doubters

عندما تجابه عقبة لا يمكنك اجتيازها كما يبدو، بين طموحاتك من جهة والتزامات أولئك الذين يتبوّؤا مراكز في السلطة والتأثير من حولك، فما عساك أن تفعل سوى إقناع المتشككين كي يشاركوا؟ وهنا نعود إلى المادة التي قدمناها في الفصل الأول من هذا الكتاب. ومن خلال جهودك الاقناعية قم بتقديم الاتصال على أنه:

- مهارة سريرية محورية تعادل الفحص الطبي في أهميته.
- عنصر حيوي من عناصر الكفاءة السريرية لا يمكن الاستغناء عنه كالمعرفة والقدرة على حل المشكلات والفحص البدني.
- يؤدي إلى زيادة الدقة والكفاءة والدعم وليس مجرد «كون الطبيب لطيفا».
- الاتصال علم تراكم على مدى ثلاثين عاماً ونيّف من الخبرات وأدلة البحوث وبيان علاقة مهارات الاتصال الفاعل بنتائج تحسين الصحة.

ولاقناع من تساورهم الشكوك حول الحاجة إلى برامج مهارات الاتصال علينا أن نتحرك إلى ما هو أبعد من فضائل الطريقة التي يكون فيها المريض هو محور المقابلة الطبية الذي من شأنه إذابة بعض الجليد لدى غير المقتنعين. وأن نقطة الانطلاق الحقيقية المطلوب البدء بها هي، أن برامج الاتصال تمكّن المتعلمين من أن يصبحوا أطباء أكثر فاعلية من الناحية السريرية. ولا يوجد شك عند المتشككين أكبر من علاقة مهارات الاتصال وإضافته «الضئيلة» لمنظور الأداء السريري.

وحالما يرسى برنامج الاتصال، تنطلق معارضة المرتابين وتظهر إلى العيان. لذلك يُعد استخدام المرضى الممثلين في الامتحانات المنهجية النهائية لاختبار مهارات الاتصال لدى الطلبة الذي يُيسر التقييم المتكامل لمهارات الاتصال والمعرفة والمهارات السريرية الأخرى الذي يمكن الوثوق من صلاحيته التقييمية القابلة للإنتاج مرة أخرى. وهذه طريقة كفوءة عالية للتقييم تفتح الطريق للطلب من الأطباء العاكفين على تقدير مهارات طلبتهم في موضوعهم الأساسي لتقدير مهارات الاتصال كذلك. ولكون المقيّمين مضطرين أن يستخدموا مشبك الدرجات الذي يتضمن التلخيص أو استقاء المعلومات حول منظور المريض، يمكن أن يعمل كمحفز مهم وخفي على الاهتمام والتعلم في مجال مهارات الاتصال.

عرض إمكانيات البرنامج

Offering programme efficiencies

عرضنا ملخصاً لكثير من الإستراتيجيات التي في الفصل التاسع من أجل تكامل الاتصال مع المهارات السريرية الأخرى وتوفير يمكن استخدامه للحصول على مزيد من وقت التعليم في وحدة الاتصال. وتتضمن هذه الاستراتيجيات دمج الاتصال مع الفصول الدراسية الأخرى وتناول مهارات سريرية أخرى ضمن برنامج الاتصال نفسه «مثل تعليم محتوى المقابلة السريرية والفحص الطبي»، تعليم الأخلاقيات عبر برنامج الاتصال، البدء بدورة تكاملية لربط الاتصال والتعليم الذي يستند إلى المشكلات، والتنسيق وترابط التقييم مع المهارات الأخرى. فمثلاً، إن تعليم محتوى المقابلة الطبية وصياغتها «Process» ضمن جلسة واحدة ليس تميزاً من الناحية التعليمية على تعليم الطلبة بشكل منفصل في الوحدات المختلفة وباستخدام مدرسين مختلفين حسب ولكنه أكبر كفاءة كذلك. فلو عرضت أن تأخذ على عاتقك القيام بتدريس المحتوى التقليدي ضمن وحدة الاتصال فيمكن أن تحصل على مزيد من الوقت على مدى المنهاج الدراسي الأشمل.

استخدام مبدأ العصا والجزرة مع المتعلمين بلا خجل

Shamelessly employing the stick and the carrot with learners

كثيراً ما تجري الرياح بما لا نشتهي، غالباً ما تستخدم عصا التقييم الإجباري محفز المتعلمين للانخراط في البرامج التعليمية بدلاً من البحث بطريقة لنكران الذات تُحفز الطلبة المتعلمين للانخراط في البرامج التعليمية (Newble and Jaeger 1983). ومع معرفتنا بالطبيعة البشرية، فإن الجزرة المتمثلة بالتحفيز المالي يمكن أن تعمل محفزاً فاعلاً وبصورة متساوية. ويصدق هذا بشكل خاص في التعليم الطبي المستمر حيث يكون معظم التعليم طوعياً ويكون العامل المقيد في تقديم مجالات تعليمية جديدة هو ليس التنافس حول زمن المنهج الدراسي ولكن التزام المتعلمين. وهنا العصا المتمثلة بإعطاء الترخيص من جديد وجزرة اعتماد التعليم الطبي المستمر والحسم من أقساط التأمين الطبي تبدو أنها تعمل وكأنها محفزات غير منظورة للمتعلمين (Carroll 1996).

ويمكن أن يضيف تحفيز الطلبة بهذه الوسائل ضغوطاً على المؤسسات الطبية كي تُحسن من نوعية التعليم الذي تؤديه. ولا توجد شكوك مثلاً حول كون التقييم الإجمالي القسري «Compulsory summative assessment» على مهارات الاتصال في مرحلة الإقامة للممارسة العامة في المملكة المتحدة قد أدى إلى تحسن في تعليم المتعلمين. ولقد استفيد من تعليم مهارات الاتصال كتواطؤ تلاشى فيه الفرق بين المتعلمين المترددين والأساتذة المفتقرين إلى المهارات الجيدة. ومن ناحية أخرى، كسبت برامج مهارات الاتصال بدورها مزيداً من المصداقية والموارد. وإن العملية نفسها جارية الآن على النهج نفسه في برنامج الإقامة التخصصية حيث لابد من التدريب المنهجي على مهارات الاتصال منه لمنح الاعتمادية.

ضمان تدريب الاتصال على أساس أنه مهارة سريرية بالتزام مخلص عبر الاختصاصات كافة

Ensuring the status of communication training as a bona fide clinical skill across all specialties

كانت مادة الاتصال تدّرس من حيث الأساس وتقليدياً بأيدي أطباء ممارسين واختصاصيين نفسيين من دون إقحام مجموعات متخصصة أخرى في هذا الميدان. وقد يوجه هذا النمط رسالة غير مناسبة للمتعلمين حول طبيعة الاتصال والالتزام به كمهارة سريرية معتبرة وعنصراً محورياً في مجالات الطب كافة. فإذا لم يكن الاختصاصيون مشمولين في مسألة تعليم الاتصال فإن الطلبة قد يتوصلون إلى الاعتقاد بأن لا أهمية له في الرعاية التخصصية. وعندئذ كيف يتسنى لنا إشراك الاختصاصيين في برامج الاتصال؟ بإمكاننا أولاً أن ندعوهم إلى العمل كميسّرين في الدورات التدريبية التي نقيّمها. ومن الضروري أن نوسّع تيسير الموضوع ليشمل أكبر ما يمكن من الاختصاصيين جهد الإمكان من أجل الدفع بتعليم الاتصال في بناء الكليات الطبية ولإعطائه مزيداً من الاعتراف ضمن الكليات الطبية بشكل عام.

وبشكل مماثل، يساعد إشراك الاختصاصيين في الاتصال ضمن الدورات التدريبية الأخرى والتقييم يكون فيها الاتصال متكاملاً مع مهارات سريرية أخرى يخدم نشر أهمية الاتصال والطرق التي من الممكن تدريسه بها.

وفي الحقيقة، فإن جميع هذه الاقتراحات والاستراتيجيات الواردة في هذا الكتاب تسهم باتجاه ضمان وضع الاتصال كمهارة بالتزام مخلص عبر جميع التخصصات. ولقد أحرز تقدماً كبيراً في كندا حول هذا الموضوع على مدى السنوات القليلة المنصرمة بفضل الاستراتيجيات المدرجة في الفصل العاشر تحت بند: «كيف يمكننا تنسيق المنهج الدراسي للاتصال عبر جميع مراحل التعليم الطبي؟» إن هذه الاستراتيجيات قد تكون بداية جيدة للتعامل مع هذا الموضوع في أماكن أخرى.

نظرة إلى المستقبل: ما محطتنا القادمة؟

Looking to the future: where next?

تبقى هناك مسألة أخرى — ماذا ستتضمن المناهج الدراسية حسنة الإعداد لمادة الاتصال في المستقبل؟ للإجابة عن هذا السؤال علينا أن ننظر إلى المجالات المختلفة التي تصلح للانضواء تحت عنوان الاتصال في الطب وتقدير أين نقف الآن من مسألة تطوير المناهج الدراسية للاتصال وتوقع الإمكانات التي سيجيء بها المستقبل.

مجالات الاتصال في الطب

Domains of communication in medicine

إن تحسين الاتصال في مجال الطب يتضمن أكثر من مجرد المهارات الاتصالية بين الطبيب والمريض فرداً – لفرد. فماذا بشأن:

- المقابلات مع الطرف الثالث تشمل، الأسرة وأفراد مهمين آخرين؟
- الاتصال بين الأطباء أنفسهم أو بين الأطباء والملاكات الصحية الأخرى؟
- تنسيق خدمات الرعاية الصحية فيما بين الفرق الطبية أو مع مقدمي خدمات الرعاية الصحية الآخرين؟
- احتياجات فريق الاختصاصيين في مجال الرعاية ومحاولاتهم تنسيق مداخلاتهم مع المرضى «وفي أغلب الأحيان مع أفراد من عائلة المرضى؟»
- الاتصال عن بعد، بالهاتف أو الارتباط عن طريق الحاسوب وغير ذلك من الوسائل التقنية للاتصال عن بعد؟
- كيفية تأثير الحواسيب في مكاتبنا على اتصالنا مع المرضى؟
- تطوير مهارات اتصال المرضى ضمن ميدان الرعاية الصحية؟

لو أخذنا هذه المشهد الواسع في الاعتبار وتأملنا بالمستقبل والمجالات التي نحتاج إلى النظر فيها؟ ما المجالات التي تسهم في خلق اتصال فاعل في مجال الرعاية الصحية؟

ومما يثير الاهتمام أن كورتس (Kurtz 1996) من الولايات المتحدة وويثرال (Weatherall 1996) من المملكة المتحدة أجابا عن الأسئلة أعلاه في محاضرتين منفصلتين أجرياها في مؤتمرات وخرجا بقوائم متطابقة من المجالات. إننا بهذا الصدد نربط بين جهودهما في المجالات بشكل قواسم ونقدم أمثلة تصف كل جانب بشكل تفصيلي. وقائمة المجالات هي نماذج للعمل الحالي والتخطيط المستقبلي.

1 التفاعل بين الطبيب والمريض
- الدقة والكفاءة والدعم.
- جمع المعلومات.
- التوضيح والتخطيط واتخاذ القرار والتفاوض.
- بناء العلاقة والكفاءة العلائقية.
- المشورة والعلاج النفسي – الاجتماعي.
- اتصال الطرف الثالث «أسرة المريض والآخرون المتميزون».
- تعزيز قدرة المرضى على الاتصال مع اختصاصيي الرعاية الصحية وضمن النظام نفسه.

2 موضوعات الاتصال
- الاختلاف الحضاري.
- الأخلاق.
- النوع الاجتماعي.
- المرضى ذوو الاحتياجات الخاصة (المسنون، الصغار، المعوقون، الأمية وقلة التعليم).
- الوقاية، التحفيز من أجل التغيير.
- التعامل مع المشاعر.
- المجابهة.
- البوح بالخبر السيئ «الموت أو الاحتضار».

- الإدمان.
- سوء الممارسة.

3 الاتصال مع الذات «مع النفس»:
- عملية التفكير.
- المنطق السريري وحل المشكلات.
- التوجهات.
- المشاعر.
- الانعكاس \ التقييم الذاتي.
- التعامل مع الإجهاد والتوتر والمرونة الشخصية.
- التعامل مع الأخطاء.
- الإخفاق في التعامل.
- الانحياز.

4 الاتصال مع الاختصاصيين الآخرين – تنسيق خدمات الرعاية ضمن الفريق الواحد ومع الفرق الأخرى:
- الزملاء والزميلات في ميدان الطب.
- الزملاء والزميلات في ميدان التمريض والاختصاصيين في المهن ذات العلاقة.
- فرق الرعاية الصحية «الرسمية وغير الرسمية، التحدث ضمن الفريق ومع المرضى».
- مقدمو خدمات الرعاية الصحية في الطب التكميلي والطب البديل.
- الإداريون.
- البحوث «المباشرة وعن طريق الأدبيات».
- إجراء عروض وإلقاء محاضرات ومناقشة الأمور القيادية.

5 الاتصال عن بعد:
- الهاتف.
- السجلات المرضية «المكتوبة أو المخزونة بالحواسيب»، الفاكس، الرسائل التحريرية.
- المقابلات الطبية والاستشارات بمساعدة الحاسوب.
- الطب عن بعد «من ضمن ذلك نقل الصور والعلامات الحيوية ... الخ».
- قواعد المعلومات، مواقع الشبكة الالكترونية العالمية، الشبكات الالكترونية «من المكتبات أو مجموعات الحوار».
- الصحف والمجلات الاجتماعية والمجلات العلمية.

6 تعزيز الصحة عبر وسائل الإعلام ووسائل الاتصال الجماهيرية:
- المنشورات والكراسات والملصقات الجدارية.
- الحملات الإذاعية والتلفزيونية.
- الإعلان.
- التسلية الثقافية \ التربوية «أشرطة التسجيل الصوتي والصوري ذات العلاقة بالمجال الصحي، الأقراص المدمجة (CDs) والعاب الفيديو».
- المحاضرات العامة.
- التصريحات للصحف والمجلات.

7 الاتصال مع الجهات الرسمية «الجهات الحكومية، المجتمع، المستشفيات ... الخ»
- التأثير على السياسات الصحية العامة.

- التحدث إلى الجهات الرسمية والمجتمع وممثلي الوكالات.
- التأثير ومواكبة التغييرات.

أين نقف الآن وإلى أين سننطلق من هذه النقطة؟
Where are we now and where do we go from here?

حسبما نعلم وعلى أفضل وجه، لا يوجد برنامج في الوقت الحاضر يستطيع أن يفي وفاءً كاملاً جميع المجالات أعلاه وبالتأكيد فإنه سيكون محبطاً عندما نحاول تطبيق برنامج مع نية التركيز على جميع تلك النقاط وفي وقت واحد.

لقد اخترنا أن نركّز في طريقتنا من حيث المبدأ على المجال الأول أي مهارات الاتصال بين الطبيب – المريض، ولقد أكدنا تأكيداً قوياً على المجالين الآخرين الذين يوثران في الاتصال بين الطبيب والمريض بشكل مباشر للغاية. وهما الموضوعات الاتصالية والاتصال مع النفس. وبدأنا حديثاً بموضوعات لإقامة جسور داخلية للاتصال مع الاختصاصيين الآخرين وتنسيق أعمال الرعاية سواء وجهاً لوجه أو عن طريق الحاسوب وغير ذلك من تقنيات الاتصال عن بعد ولكن يبقى الكثير وهو ما يتعلق بالبحوث والتعليم في هذه المجالات.

الدعامة الأولى في تطوير برنامج الاتصال
A first tier in communication programme development

لا يزال تركيزنا الحالي على المجالات الثلاثة الأولى ذا معنى وذلك نظراً للأسباب الآتية:

- أعربت مجاميع المرضى والأطباء جميعاً عن الرغبة في تحسين الاتصال بين الطبيب والمريض، وفي الوقت الحاضر اهتمام واسع بهذه الناحية ودعمها.
- لقد تم إنشاء قاعدة بحوث تخص الاتصال بين الطبيب والمريض خلال العقود الثلاث الماضية. ونحن نعلم الكثير عن كيفية تحسين هذا المجال أكثر من ما نؤديه فعلاً على أرض الواقع.
- إن تحسين مهارات الاتصال بين الطبيب والمريض تهيئ الأرضية للتحسين عبر الدعامات الأخرى. مما ينطوي على معنى كبير التركيز على هذا المجال أولاً بسبب كون المهارات التي تشكل الاتصال الفاعل بين الطبيب والمريض هي مهارات جوهرية من الممكن تكيّفها من أجل تحسين الاتصال في جميع المجالات الأخرى.

وأحدث جوانب المجال الأول الذي لا يستقطب سوى قليل من الاهتمام في كثير من البرامج «ومن ضمنها برنامجنا» ألا وهو الاتصال مع الطرف الثالث فمثلاً:

- آباء وأمهات المرضى.
- أفراد أسر المرضى المسنين وغيرهم من الأشخاص البارزين المساهمين في الرعاية الصحية.
- الأفراد المشمولين برعاية ذوي الأمراض المزمنة.
- مرافقو فاقدي البصر والسمع.
- الاتصال عبر الحواجز الثقافية أو اللغوية باستعمال مترجمين للمرضى الذين لا يعرفون لغة الطبيب.

إن تحسين برامجنا في هذا المجال هو خطوة منطقية أخرى على الطريق.

وهناك جانب غير متطور للاتصال بين الأطباء والمرضى والذي يكتسب عزماً سريعاً ألا وهو تحسين تفهم المرضى أنفسهم لتفاعلاتهم مع الأطباء وغيرهم من العاملين في نظام الرعاية الصحية وتطوير مهارات اتصالهم ضمن المقابلات الطبية. ولقد بيّن الباحثون أن المرضى عندما يشاركون في التدريب حول كيفية التحدث مع أطبائهم سيلعبون دوراً أكثر فاعلية في المقابلة الطبية وتتحسن النتائج «راجع الفصل السادس من الكتاب المرافق». ويلعب الأطباء دوراً فاعلاً في هذا المجال، أما بالمشاركة بشكل مباشر في هذا الجهد أو بواسطة دعم الآخرين الذين يعملون في هذا المجال. وتشجع منظمات الرعاية الصحية والمجموعات التخصصية هذه العملية «مثلاً، إستراتيجية التثقيف الصحي المهني التابعة للجمعية الكندية لسرطان الثدي وفرع اتحاد الاتصال الصحي». وقد تضمنت أعمال كنك وجماعتها (King et al. 1985) في المملكة المتحدة، وكورش وبيرنزويك وبانتل وهاردنك في الولايات المتحدة ;Pantell et al. 1986 Korsch and Harding 1997 ; Bernzweig et al. 1997)) مادة ثمينة كتبت للمرضى في هذا الشأن بحيث يمكن للأطباء الاستفادة من قراءتها كذلك. وهذا مجال يتطلب مزيداً من الاهتمام في برامج الاتصال الجارية حالياً ومستقبلاً.

ويجب أن يشمل تطوير مهارات برامج الاتصال ضمان موضوع اتخاذ القرار المشترك جزءاً إلزامياً ولاسيما عند البرامج المخصصة للأساتذة. وتماشياً مع المهارات المشتركة، تحتاج البرامج أن تقدم تركيز قوي ومخصوص على دور العلاقات التعاونية بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية والمرضى الذين يسهمون في توفير المتطلبات الضرورية في صنع القرار المشترك.

لقد ركز معظم النجاح الذي أحرز على مدى السنوات القليلة الماضية على الدعامة الأولى. وعند المقارنة مع ما كان عليه الوضع قبل ست سنوات خلت عندما نشرنا هذا الكتاب ومرافقه للمرة الأولى، فإن برامج كثيرة ومتعددة ولاسيما على مستوى الدراسة الأولية استطاعت أن تطالب وبحق بمناهج دراسية أكثر تطوراً في مجال الدعامة الأولى للاتصال. وتستقطب هذه التطورات عزما مستمراً في برامج الإقامة. ويبقى الكثير دون أن ينجز بالطبع، ولاسيما فيما يتعلق بالتوضيح والتخطيط وتمديد تلك المهارات لتصل إلى مستوى الإقامة وما بعدها. ومع ذلك، فإن التقدم الحالي ومواكبة التطورات الأخيرة التي حصلت في مجال البحوث والرعاية الصحية فإن كل ذلك يعني بأن هذا الوقت هو الأنسب للتركيز وتسليط الاهتمام على الدعامة الثانية كذلك.

الدعامة الثانية في تطوير برنامج الاتصال
A second tier in communication programme development

قد يصبح المجالان الرابع والخامس من الناحية المنطقية جزءاً من الجهود المبذولة في تطوير الدعامة الثانية – مع بعض الاستثناء. فالمهارات التي يتضمنها اتصال الطبيب – المريض تنطبق بشكل متساوٍ على الاتصال مع الزملاء الاختصاصيين. فالاتصال مع الاختصاصيين الآخرين سواء وجها لوجه أم عن بعدٍ «عبر الوثائق التحريرية والهاتف والبريد الالكتروني ... الخ» هو جانب من جوانب الممارسة اليومية للطبيب. وتزداد أهمية هذا الاتصال مع الزمن في مجال الرعاية الصحية وتوجّه بارز ومتميز على مدى السنوات القادمة. ولقد جعلت التطورات الأخيرة الحاصلة في التقنيات الصحية عن بعد إمكانية الارتباط الكترونياً وممارسة الطب عن بعد عبر وسائل لم نكن نتخيلها قبل عدة سنوات. وهناك حاجة شديدة للتركيز على كيفية إجراء الاتصال بكفاءة بواسطة هذه التقنيات الجديدة.

وسواء كان هذا الاتصال يتم وجهاً لوجه أم عن بعد مع الزملاء الآخرين كأفراد إلا إنه جانب مهم من المجالين الرابع والخامس. وعلى كل حال، فإن الكفاءة في هذا المجال تتجاوز الاتصال بين فرد وفرد. وتتطلب الرعاية الصحية المعاصرة التنسيق بين عدة مقدمي خدمات رعاية صحية ومرضى وغالباً مع أشخاص

معتبرين من جانب المرضى. ولقد جعلت هذه التطورات من الحاجة إلى الكفاءة العلائقية والتنسيق بين خدمات الرعاية أمراً عاجلاً. ويمكن أن يساعد تبادل المعلومات على الشبكة الالكترونية وما يسمى المعابر السريرية (Clinical Pathways) في هذه العملية. إلا إنها لا يمكن أن تحل محل الاتصال والعلاقات التي تتم وجها لوجه. وفي رأينا، أن تعزيز قدراتنا ومهارتنا فيما يتعلق بالاتصال مع الزملاء والكفاءة العلائقية والتنسيق الكفء هو «الموجة الأعلى» في الاتصال على مستوى الرعاية الصحية. وكل من هذين المجالين جاهز لإجراء البحوث عليه.

الدعامة الثالثة من تطوير برنامج الاتصال

A third tier in communication programme development

وأخيرا نقول، إن المجالين السادس والسابع قد يصبحان جزءاً من الدعامة الثالثة من حيث المجالات المهمة التي يختارها نخبة من الأطباء للإسهام فيها. وعلى الرغم من أنه ليس من المحتمل أن يحتاج كل طبيب إلى أن يُطور هذه المهارات فإن الاتصال بالجمهور وعلى نطاق واسع هو مجال يشمل الاختصاصيين بشكل متزايد.

ومن الدلائل الأخرى حاجة بعض الأطباء إلى أن يشغلوا أنفسهم بالتحدث إلى مجموعات صغيرة أو كبيرة حول قضايا الصحة والتطوير الصحي. ومع كل هذه التغييرات التي يمر بها ميدان الرعاية الصحية حالياً فقد يحتاج مزيدا من الأطباء إلى تطوير مهارات عالية الخبرة من أجل التأثير في السياسات الصحية عن طريق الاتصال مع الجماعات والجهات الرسمية والخاصة على صعيد مؤسساتهم ومجتمعاتهم الخاصة بهم وعلى مستوى الولايات/ المحافظات. ومن الواضح أن الكل سيستفيد من تطوير تلك المهارات التي من الضروري أن تكون متوافرة لمواكبة التغيير.

الملاحق

Appendices

نموذج منهج اتصال
Example of a communication curriculum

يعرض الملحق (1) منهج الاتصال اللولبي الذي يظهر كيفية وضع مواد هذا الكتاب ومرافقه في التطبيق. ويحقق منهج الاتصال للدراسة الأولية الأهداف العامة الآتية:

- يعزز التعاون والمشاركة بين الطبيب والمريض لضمان دقة وكفاءة المعلومات المتبادلة في بيئة داعمة.
- يرسي أسساً لتنمية مهارات الاتصال ويرفع مستوى الكفاءة المهنية.
- يحسن الاتصال بين الطبيب والمريض في الواقع العملي.

نظرة شاملة على منهج اتصال الدراسة الأولية: كلية الطب، جامعة كالكاري، البرتا، كندا

إدارة س أم كورتس و إل زانوسي

Overview of an undergraduate communication curriculum: Faculty of Medicine, University of Calgary, Alberta, Canada

Co-Directors: SM Kurtz PhD and L Zanussi MD*

يصف هذا الكتاب ومرافقه البناء والأسس والنظريات والبحوث التي اعتمدها منهج اتصال طلبة الطب في جامعة كالكاري. وتطور عبر ربع قرن ويشمل منهاج اتصال كالكاري حالياً العناصر الآتية:

- ثلاث مراحل مستقلة بنفسها.
- دورتان متكاملتان بجزأين.
- تقييم ثنائي للمهارات الطبية.
- مرحلة طب الأسرة السريرية وتقييمها.

كما يركّز على اتصال طلبة الطب عند الفحص البدني، والأخلاق، والاختلاف الحضاري، والصحة والسلامة، وسلامة الطبيب، ودورات الطلبة السريرية.

الموارد

Resources

حُددت موارد هذا الجزء وحشدت من تراكم خبرة سنين عديدة. وبدأ كدورة وبعدها كمهارة سريرية «تتضمن الاتصال، الفحص البدني وتنمية السلوك» ثم جزءاً أساسياً في قسم الباطنية ويعد حالياً الاتصال أحد عناصر منهاج المهارات الطبية. ويجمع المنهاج الحالي فصل إداري منهجي

* مع الشكر والتقدير للمديرين المشاركين السابقين «CJ Heaton MD and M Simon MD» لإسهامهما في تطوير المنهج على مدى عدة سنوات

يشمل تقييم: الاتصال، والفحص البدني، والأخلاق، والاختلاف الحضاري والنوع الاجتماعي، والصحة وتمامها، وتقنية المعلوماتية الطبية، وسلامة الرجل والمرأة، وسلامة الطبيب والدورات التكاملية. ويجتمع مدير البرنامج ومدراء الدورات أعلاه دورياً للتخطيط ومناقشة تحديث وتنسيق عمل الدورات وتقييمها. وتعطي الاجتماعات فرصة للتكامل والتعاون بين الدورات، وتعزز جميعها نمو المهارات السريرية والشخصية. كما نحاول التنسيق مع طلبة المرحلة السريرية الثالثة ونزودهم بخبرات سريرية مراقبة في مجالات تخصصية مختلفة. وقد كرس وقتاً خاصاً مستمراً للبرنامج في السنتين الأوليتين من منهاج الكلية الطبية.

ويمتلك دليل كالكاري كامبردج ونسخته الأولية على: أ- صورة دقيقة عن محتوى المهارات وأهداف المنهاج. ب- أعطى تركيزاً واستمرارية منذ أن بدأنا البرنامج عام 1977. ومع الحفاظ على النموذج اللولبي الذي بني عليه المنهاج، استعملنا جزئي الدليل (راجع الملحق 2) اللذان يسمحان لنا تقديم المهارات تدريجياً في مختلف مفاصل المنهاج بدلاً عن تقديمها جميعاً. كما أوضحنا في الكتاب مسبقاً، حيث يركّز جزء الدليل الأول على مقابلة جمع المعلومات. ويركّز الجزء الثاني منه على التوضيح والتخطيط. كما زودنا دليل محتوى كالكاري—كامبردج الذي يستخدمه المتعلمون لبناء تفاعلهم بإمكانية تسجيل التفاصيل «راجع الفصل الثاني».

ويعد هذا الدليل المصدر الأول للطلبة والأطباء الذي يُيسر تعليمهم وذلك باستعماله باستمرار للمساعدة في البناء والتركيز والممارسة والملاحظة والاسترجاع ومناقشة التجارب الشخصية والبحوث، فضلاً عن حقول تقييم: «مقنع» «ومقنع مع أداء غير كامل» «وغير مقنع»، كما يستعمل الدليل لضمان جودة التقييم «راجع الملحق 5».

وتشمل المصادر الحالية الأخرى برنامج المريض المعياري «Standardized patient program» «الذي ظهر في دورات الاتصال وخدم حالياً برامج أوسع في الكليات الطبية والإقامة والتعليم الطبي المستمر». وبرنامج المريض المتطوع «Volunteer patient program» «للاتصال و/ أو الفحص البدني» ومركز المهارات الطبية «الذي يدّرب وينظم المرضى، ويستضيف برامج المرضى، ويعد أماكن الدورات واحتياجاتها» ومنسق الدورة «الذي يعد ويهيئ جميع المستلزمات الإدارية لبرنامج المهارات الطبي». ومركز إعداد وتعليم المجموعات الصغيرة وتقييمها الذي يتكون من غرفتين واحدة مجهزة لتسجيل المقابلة الطبية والغرفة الثانية مجهزة بمقاعد للمجموعة المتدربة وأجهزة عرض صوتي وصوري وحواسيب. كما جُهز بالمطبوعات ومواد مصورة فديوياً لمنهاج الاتصال. ويحتوي المركز مجالاً للتعليم الذاتي ويخدم برنامج المهارات الطبية والطلبة في المراحل السريرية، إذ يحتوي على مطبوعات ومواد فديوية ومصادر حاسبية ونماذج مثالية وعينات ومتحف للأشعة. كما يحتوي المركز طبعاً هذا الكتاب ومرافقه كمادة أساسية منهجية للدورات الذي احتل مكان الطبعة الأولى للكتابين (1998) والنسخة الأقدم لكتاب ريكاردو وكورتس (1983).

المرضى الذين يتعامل معهم الطلبة:

- المرضى الحقيقيون من برنامج المريض المتطوع، ونادراً ما يكون من مرضى ميسّر الاتصال أو من المستشفى القريب من الكلية الطبية «جميعهم متطوعون بوقتهم ويصفون أنفسهم ومعاناتهم».
- المرضى المعياريون من المجتمع يعرضون الحالات كممثلين مهنيين.
- الطلبة أو مدراء الدورات المشاركين الذين يقومون بـــ أداء أدوار مع تحوير تفاصيل كافية لإخفاء الشخصية الحقيقية وحماية الخصوصية.

واعتمدت جميع حالات مرضانا الممثلين على حالات حقيقية أسهم في إعدادها أطباء الهيأة التدريسية والأطباء الآخرين. ويتراوح إعداد الحالات من صفحة أو صفحتين تحتوي على تفاصيل التاريخ، وملاحظات عن شخصية المريض ومشاعره، وتحديات اتصالية محددة (مثل المرحلة 1و 2) إلى سجل حالات أكثر تعقيداً تشمل أيضاً الفحص البدني وتقارير الفحوص المختبرية والإشعاعية والرنين وملاحظات تطور الحالة مع الوقت وربما تحتوي على زيارات متعددة كما في «الدورات التكاملية والتقييم».

تناط قيادة البرنامج بيد اختصاص مهارات اتصال وحالياً طبيب نفسي «له ممارسة في طب الأسرة لسنين متعددة»، كما يشترك في إدارة دورة اتصال التعليم الذاتي بمراحله الثلاث. ويتضمن دوره تنظيم الدورة وتهيئة مستلزماتها ويجند الميسّرين ويدربهم، ويساعد في تدريب وتطوير المريض الممثل والمريض «الحقيقي» والتقييم والمشاركة في العمل العلاجي «Remedial work». كما يشترك تكاملياً في إرساء وتنمية الدورة التكاملية، وتقييم المهارات الطبية «التي تشمل برامج المرضى الممثلون، والمتطوعون ومركز المهارات الطبية»، وطلبة المراحل السريرية في طب الأسرة. وكان المدير المؤسس لبرنامج المريض المعياري ممثل محترف/ ومخرج/ومنتج. ويدار البرنامج حالياً بواسطة مدير مركز المهارات الطبية.

ميسّرو المجموعات الصغيرة «Small group facilitators» ويطلق عليهم في كالكاري بالمدرسين 'preceptors' ويؤدون دوراً كبيراً في دورة القيادة. وهم (25) طبيباً تدريسياً وأطباء ممارسين «أغلبهم أطباء أسرة وقليلاً من اختصاصات أخرى نفسية وأشعة الأورام 'Radiation Oncologist' وتخصصات أخرى وغالبيتهم في هذا المجال لأكثر من 15 سنة ما عدا مقيم واحد أو أثنين». ويقود (20) مدرس آخر الدورات التكاملية 'Integrative Courses' «غالبيتهم أطباء اختصاصيين وبعضهم أطباء أسرة». ويخدم أطباء آخرين كمدرسيين لطلبة الدراسة السريرية أو كممتحنين مهارات طبية. وهذه أحدى طرقنا التي عززنا فيها الاتصال وذلك بتجنيد هذا الطيف الواسع من الهيأة التدريسية والأطباء العاملون في المجتمع. وغالباً ما يكون الميسّرون الجدد من الأطباء الذين تدربوا بتكرار على المنهج كطلبة طب في جامعة كالكاري.

أما الآخرون من الذين يؤثرون على المنهج هم مدير برنامج المهارات الطبية، مدراء الدورات الأخرى وطلبة المرحلة السريرية حينما يلعب الاتصال دوراً في تدريبهم، والأطباء الذين يعملون مع الطلبة في هذه الدورات.

مفردات منهاج الاتصال

Components of the communication curriculum

يُظهر الجدول (1) مفردات منهاج الاتصال في جامعة كالكاري بترتيب زمني يشمل التوقيتات السوقية، والبناء، والطرق المستعملة. والوصف الموجز الذي يتبع التركيز الأولي على كل مفردة وبأسلوبنا اللولبي لتعزيز مهارات الاتصال وتكاملها مع المهارات السريرية الأخرى وضمان التطور المستمر للمنهج. وجميع مفردات المنهج واجبة «Mandatory» ويتطلب منهاج كالكاري حضور الطلبة جميع الجلسات عند عرض المرضى الممثلين أو الحقيقيين «مثل جميع جلسات المجموعات الصغيرة».

Table 1 Logistics الجدول1 محتوى مفردات منهج جامعة كالكاري

Components	When	Formats	Methods
Phase 1 **المرحلة 1**	1st year, Sept 3–Nov 6/03 11 wks x 2 hrs = 22 hrs	2 large group lecture/ Discussions لمجموعات كبيرة2 محاضرات / مناقشات 10 small group sessions 10 جلسات مصغرة Facilitators from family prac, psychiatry and ميسّر من طب الأسرة، النفسية Surgery جراحة	**CC Guide One and دليل كالكاري–كامبردج Content Guide دليل المحتوى** Real patients مريض حقيقي Standardized patients (SP) – 13 cases مريض معياري Student role play أداء الأدوار للطلبة VTR of student Interview تسجيل المقابلات فديوياً
Phase 2 **المرحلة 2**	1st year, Mar 31–April 9/03 5 wks x 2 hrs = 10 hrs	5 small group sessions Facilitators from family prac, psychiatry and surgery	**CC Guide One and Content Guide** Standardized patients – 10 cases VTR of student interviews
Medical Skills I Evaluation **تقييم المهارات الطبية 1**	1st year, May 6 and 7/04 Exam day: 45 minutes Tutorial: 1.5–2 hrs	Exam: student interviewing SPs مقابلة مريض معياري Tutorial: 2 students and examiner مناقشة: 2 طالب مع الممتحن	**CC Guide One and Content Guide** OSCE Stations Standardized patients Paper and pencil Video review/tutorial
Integrative 1 **الدورة التكاملية الأولى**	1st year, May 21–June 8/04 2.3 weeks – full time	Small group sessions (# determined by group) تحدد من قبل المجموعة Facilitators from family prac and specialties	CC Guide One and Content Guide Standardized patients – 11 cases VTR of student interviews
Phase 3 **المرحلة 3**	2nd year, Nov 12/03–Jan21/04 Total of 12 hrs	3 large group lecture/ demo/ discussion/ practice (8 hrs) 2 small group sessions (4 hrs)	**CC Guide One and Two, Content Guide** **دليل كالكاري–كامبردج الجزء 1و2 ودليل المحتوى** Lecture/ discussion/ exercises Demo video tapes عرض التسجيلات المصورة Standardized patients VTR of student interviews
Medical Skills II Evaluation **تقييم المهارات الطبية 2**	2nd year, January 29 and 30/04 Exam day: 45 minutes Tutorial: 1.5–2 hrs	Exam: Student interviewing SPs Tutorial: 2 students and examiner	**CC Guide One and selected items of Guide Two** OSCE Stations Standardized patients Paper and pencil Video review/tutorial
Integrative 2 **الدورة التكاملية 2**	2nd year Feb 23–Mar 9/04 2.3 weeks – full time	Small group sessions Facilitators from family prac and specialties	**CC Guide One and Two, Content Guide** Standardized patients–17 cases VTR of student interviews

Communication also receives attention in:
– other Medical Skills Program courses – Culture, health and wellness; Ethics; Family in conflict; PE
– various clerkship evaluations.

يركز الانتباه على الاتصال أيضاً في: مقررات برنامج المهارات الطبية الأخرى– الاختلافات الثقافية والصحة، الأخلاق، العائلة في الصراع وتقييم الطلبة في المراحل السريرية المتنوعة.

المرحلة الأولى لدورة الاتصال

Phase I of the Communication Course

تركز هذه المرحلة على تنمية مهارات الافتتاح وبدء التفاعل وجمع المعلومات وبناء العلاقة مع المرضى «دليل مهارات الاتصال الجزء الأول: راجع الملحق 2» في سياق أخذ التاريخ المرضي الكامل «دليل المحتوى». وتحتل مهارات الأقران والتقييم الذاتي والعمل مع الزملاء الأهمية الثانية في جميع المراحل. وتبدأ المرحلة الأولى بمحاضرة تعريفية حول منهج الاتصال، وتشمل بعض المبادئ النظرية ونتائج البحوث التي تؤيد الموضوع. وبعد ذلك تشمل جميع الجلسات مجموعات صغيرة ما عدا جلسة واحدة. ونقسم الـــ «115» طالب عشوائياً إلى مجموعات صغيرة بعدد خمسة طلبة بقيادة أحد المدرسين من الأطباء الممارسين: وتبقى المجموعة نفسها في المرحلة الأولى والثانية. بينما تراقب المجموعة وتدون الملاحظات، يتناوب الطلبة بمقابلة مرضى حقيقين بمعاناة ومشكلات طارئة أو مستديمة والتي جلبت انتباههم واحتاجوا إلى رعاية طبية أو أن يقابلوا مرضى ممثلين يعرضون مشكلات في ميدان الاختصاص والجهاز البدني الذي يتدرب عليه الطلبة المترابط مع دورة الاتصال «مثل: الحمى، التهاب البلعوم أو فحص دوري، أمراض دم أو الجهاز الحركي أو مشكلات جلدية أو مشكلة طبية / أخلاقية تتعلق بين حدود الطبيب والمريض» ونادراً ما يتبرع أحد الطلبة أو مدير الدورة لأداء دور المريض «مع تغيير بعض السمات الشخصية من التاريخ المرضي للحفاظ على الخصوصية». كما ينبغي التصدي لرعاية الحالات الحادة والمستديمة. وهنا وفي المرحلة الثانية تسجل جميع المقابلات للمراجعة الجزئية وللمراجعة الذاتية الكاملة في وقت فراغ الطالب.

وبعد كل مقابلة، ينظم الطبيب الذي يقود المجموعة مراجعة مع المقابِل بطريقة تحليل المشكلات المستند إلى نتائجها (ALOBA)، ويدعى المريض لإعطاء الاسترجاع، ومناقشة الموضوعات والمشكلات التي أثارها المقابِل أو المقابلة، ويقدم الطلبة استرجاعهم للمقابِل «وفي بعض الأحيان يعاد مقطع من التسجيل الخاص بالملاحظة للمساعدة»، وتجريب أساليب أخرى ومناقشة التجارب الآنية والنظريات ونتائج البحوث ذات العلاقة. وبدلاً من محاولة إكمال التاريخ المرضي في جلسة واحدة، تبدأ المجموعة بافتتاح المقابلة فقط ثم تضاف لها تاريخ المعاناة الحالية، التاريخ القديم، تاريخ الأدوية والحساسية والنقاط الأخرى من التاريخ المرضى الكامل بتدرج في الأسابيع الستة أو الثمانية الأولى. ويمكن تقديم الجزء الأول من الدليل بتدرج، وفي الأوقات المناسبة يوجه الطلبة لقراءة كل فصل من فصول المهارات في كتابنا المرافق «مثل: نظرة عامة على المنهاج الشامل، الافتتاح، جمع المعلومات، بناء العلاقة وإغلاق المقابلة». ولتعزيز مشاركة المجموعة الصغيرة وزيادة قدراتها، نشجع كذلك على قراءة الفصل (3 و4 و5 و7) من هذا الكتاب. وبعد أسابيع قليلة من المرحلة الأولى، يحضر الطلبة في جلسة كبيرة يشترك فيها مدير البرنامج ومدرسي المجموعات الصغيرة لعرض مقابلة للتاريخ المرضى الكامل مع مريض ممثل وبتيسير من اختصاص اتصال. ويشترك المتعلمين بجلسة الاسترجاع معتمدين على الجزء الأول من دليل المحتوى. وهكذا ستركز الجلسة على إبراز ومناقشة مهارات المقابلة والمراجعة. وإن التدريب على الفحص البدني ودورات الأجهزة البدنية تتماشى مع دورة الاتصال في منهج الكلية الطبية السريري.

المرحلة الثانية من دورة الاتصال

Phase 2 of the Communication Course

وتعد هذه المرحلة مراجعة لمهارات المرحلة الأولى وتحسينها وإضافة تعقيدات المواقف الصعبة بين الطبيب والمريض. ونعتمد في هذه المرحلة كلياً على المرضى الممثلين. ونعرض تسع حالات،

ويسمح لنا المريض الممثل لتدريب الطلبة على مشكلات طبية مختارة من مختلف أجهزة الجسم وموضوعات اتصالية خاصة «مثل: مريض من ثقافة أخرى أو حمل غير مرغوب به» وتحديات اتصالية «مثل: مريض متألم أو غاضب أو حالة طارئة». وندخل هنا أيضاً في كيفية إعطاء المعلومات الأولية للمرضى من المتدرب وكيف يربط بين الاتصال والمنطق السريري وحل المشكلات. ونتبع النمط نفسه من الممارسة، والملاحظة، والاسترجاع «وفي بعض الأحيان، تعاد بعض الأجزاء المسجلة صورياً لتحسين الأداء» والمناقشة وإعادة التدرب بأساليب بديلة. في حين تتم مراجعة الفديو المصور الكامل بعد الوقت المخصص للدرس. ونوجّه الطلبة لمراجعة مهارات المرحلة الأولى وقراءة الفصل الثامن من الكتاب المرافق والفصل الخامس والسابع من هذا الكتاب، والعمل مع المريض وتثقيفه. ويوفر مركز التعليم مصادر غزيرة للتوسع بالموضوع.

تقييم المهارات الطبية الأول

Medical Skills I Evaluation

يركّز تقييم مهارات الاتصال الأول على المرحلة الأولى والثانية ويعطي الفرصة الأولى لتكامل هذه المهارات مع الفحص البدني والمعلومات من دورات الأجهزة البدنية وعرض الحالات السريرية وتفسير البيانات المحدود وحل المشكلات، كما أضيفت حديثاً الموضوعات الأخلاقية والحضارية «التي تتضمنها حالات المرضى الممثلين». ويخدم تقييم المهارات الطبية ثلاثة أهداف، وهي: التقييم المصدّق، والتكامل، والتعليم والتعلم «شاملاً المراجعة والتحسين». وتفحص مهارات الاتصال أولاً في المحطة (I-A) و(I-B) من اللذين يرتبطان بحالة مرضية واحدة «والمحطات الأخرى تقيّم جوانب أخرى من برنامج المهارات الطبية». وفي المحطة (I-A) يأخذ الطلبة التاريخ المرضي الكامل لمدة «25» دقيقة من مريض ممثل لم يسبق أن قابلوه. وتصور المقابلة، ويمنح الطالب بضعة دقائق لتنظيم ملاحظاته وتفكيره ثم ينتقل إلى (I-B) «لحد 45 دقيقة». ومنهجنا المفضل في هذه المحطة هو أن يعرض الطالب التاريخ المرضي أمام الممتحن، ويحدد قائمة المشكلات والفرضيات المنطقية ويصف ماذا يرغب أن يجري من فحوصات بدنية. وبعدها يطلب الممتحن أن يجري الطالب بعضاً من الفحوص البدنية. ثم يُعطى الطالب نتائج الفحص البدني والفحوص المختبرية ويُسأل عن تحديث قائمة المشكلات التي وضعها ويناقش التشخيص التفريقي. ويقيّم المريض الممثل والممتحن الطالب في مراحل ثلاث (المحطات I-B و 2 و 3) باستعمال قائمة ضبط مفصلة وجدول تقييم. وتقيّم مرحلة أخذ التاريخ المرضي في المحطة (I-A) بعد الفحص ومراجعة التسجيل الصوري والمناقشة. ويشترك فيها طالبان «مختلفان عن المجاميع الصغيرة الممتحنة» مع المدرس / الممتحن للمراقبة والمناقشة وتقييم مهارات اتصال الطالب المسجلة مقابلته المصورة لتعزيز المناقشة عن كيفية تأثير مهارات صياغة الاتصال على نوعية المعلومات المستحصلة أو صياغة منطق الطالب السريري أو تفسيره للفحص البدني، ويعطى المدرس ملف يحتوي على استمارات تقييم المحطة (I-B) والذي يكملها أثناء الامتحان «مثل: استمارة التقييم والمراجعة حول محتوى التاريخ المرضي، فحص المريض البدني، تفسير المعلومات وحل المشكلات» كما يدّون المريض الممثل ملاحظاته.

ويحدد المشاركون الثلاثة في المناقشة المراقبين للتسجيل المصور نقاط الضعف والقوة، ويعملون على المشكلات في المقابلة وتحسين المهارات والتدرب بطرق بديلة، وبعدها يملؤن استمارات التقييم «ومن ضمنها أداؤهم» ويختمون بتوصية «مقنع» أو «غير مقنع» للمحطة واقتراحات «الخطوات اللاحقة». وتراجع من قبل لجنة تقييم النتائج، ويعد هذا التقييم واجباً ولكنه ليس مصدقاً ونهائياً. وعلى كل حال، فإن الحالة في مجمل برنامج كالكاري لتعليم البرنامج الطبي وعند أداء الطالب غير المقنع أو حتى عندما

يكون أداؤه غير مرضي يعيد إجبارياً التدريب العمل العلاجي «Remedial work». ونتقصد في إجراء تقييم المهارات الطبي بعد عدة أسابيع من إنهاء دورة الاتصال التي تسبقه لأجل إعطاء فرصاً إضافية للمراجعة وتحسين مهارات الاتصال كما يعاد امتحان الاتصال الثاني بعد عدة أسابيع أخرى أيضاً. وننسق مع تقييم المهارات الطبية وتقييم طلبة المرحلة السريرية في طب الأسرة لأجل أن نقيّم المهارات الطبية تدريجياً ونُكامل مع قاعدة المعلومات والمهارات السريرية الأخرى.

دورة التكامل (A)

Integrative Course A

وتركز هذه الدورة على تكامل مهارات الاتصال السريرية والفحص البدني وحل المشكلات مع المعرفة التقنية التي امتلكها الطلبة في أثناء تدريبهم وتعميق إدراكهم ومهاراتهم وسلوكهم المهني في هذه المجالات. وتعطي هذه الدورة الطلبة فرصة لمراجعة وتعزيز الجزء الأول من دليل الاتصال والمهارات السريرية الأخرى في سياق المريض الممثل والعمل على تحديد نقاط الضعف في مرحلة تقييم المهارات الطبية والربط بين الاتصال والفحص البدني وحل المشكلات.

كما وصف كاملاً في الفصل التاسع، يمارس الطلبة مع مرضى ممثلين يصل عددهم أحد عشر ممثلاً يعرضون طيفاً واسعاً من المشكلات الطبية الخاصة ومشكلات نفسية اجتماعية ويقدمون أصنافاً من الموضوعات والتحديات الاتصالية «مثل: الاختلافات الحضارية، النوع الاجتماعي، مقابلة أكثر من شخص في أثناء مقابلة واحدة، تحديات العمر، الموت والاحتضار، الحرمان». وتشمل حالات المرضى الممثلين حالات حادة ومستديمة وفرص الاتصال مع المرضى بعدة زيارات. وينقسم الطلبة إلى مجاميع تضم (5-6) طالباً وبإشراف مدرس «طبيب». فمثلاً، تلاحظ المجموعة أحد الطلبة حينما يأخذ التاريخ المرضي والفحص البدني، ويقدم الطالب الثاني المشاورة «Counselling» المبدئية «توضيح النتائج الأولية، نتائج الفحوص المختبرية، الإجراءات التشخيصية» ويقوم الطالب الثالث بالمشاورة النهائية «التوضيح والتخطيط واتخاذ القرار»، ويتابع الرابع زيارات المتابعة. وبعد كل تفاعل مع المريض وغالباً ما يشارك المريض تعطي المجموعة مراجعة للمهارات، ومناقشة المنطق السريري، واستكشاف الموضوعات والتحديات، ومناقشة أساليب أخرى ومحاولة تجربتها، والتخطيط للخطوات اللاحقة وتحديد وتصحيح المعلومات الناقصة والعمل مع مصادر بشرية أخرى من المجتمع... الخ. وتأخذ كل هذه المهام وقتاً مثالياً يقدر بـــ (2-5) أيام لكل حالة.

المرحلة الثالثة من دورة الاتصال

Phase 3 of the Communication Course

تمثل هذه المرحلة مراجعة لمهارات المرحلتين الأولى والثانية، وتعطي فرصاً لتبني مهارات الجزء الأول من دليل كالكاري كامبردج الأول ومحتوى المعلومات الذي يركز على التاريخ المرضي ويقدم مهارات الاتصال والأسس والبحوث المشتركة مع إعطاء المعلومات والتوضيح والتخطيط واتخاذ القرار المشترك «دليل كالكاري-كامبردج الجزء الثاني». كما يركز على مهارات البوح بالخبر السيئ والعمل مع صعوبة العلاقة بين الطبيب والمريض. وتبدأ المرحلة الثالثة بجلسة لمجموعتين صغيرتين «مثل المجاميع الصغيرة في المرحلة الأولى والثانية». وفي كل جلسة يقوم المتعلمون بأخذ التاريخ المرضي من أربعة مرضى ممثلين مختلفين ويستلمون استرجاعاً. ومحاضرة لمجموعة كبيرة على التاريخ المركّز «Focused history» تعطي المتعلمين ملاحظات إضافية ووقتاً للمناقشة. وتستمر المرحلة الثالثة من كانون الثاني مع تقديم التوضيح والتخطيط وتتبعها مناقشة وعرض مصور الذي يظهر مهارات البوح بالخبر السيئ حول السرطان

لمرضى مختلفين (Brod et al. 1986). وبعدها يقوم اختصاص الرعاية التلطيفية بمقابلة مريض على ثلاثة مراحل تبدأ ببناء العلاقة وإخبار المريض باحتمال خطورة الموضوع واحتمال احتياجه لخزعة الكبد إلى وصف الإجراء وثم البوح بالخبر السيئ «سرطان الكبد» ومآله السيئ. وخلال تنظيم جلسة استرجاع معتمدة على دليل كالكاري -كامبردج يتعمق إدراك الطلبة لفهم البوح بالخبر السيئ كحالة خاصة من التوضيح والتخطيط. وأخيراً، يُمنح المتعلمون الفرصة لأداء دور قصير في سيناريو البوح بالخبر السيئ الذي يتألف من مجاميع ثلاثية «المريض، طالب الطب، المراقب» علماً أن الأدوار مكتوبة باختصار. ونوجه الطلبة لقراءة فصل التوضيح والتخطيط وبناء العلاقة في كتابنا المرافق ومراجعة المهارات الأخرى مع الفصل السابع من هذا الكتاب. وقد تحتوي المرحلة الثالثة ورشة عمل «باير سابقاً، ويدعى الآن معهد الاتصال في الرعاية الصحية، المترجم) حول صعوبة العلاقة بين الطبيب والمريض الذي يتضمن محاضرات/ مناقشة عن استعمال المريض لشبكة الانترنيت للحصول على المعلومات وملف مكتوب.

تقييم المهارات الطبية II

Medical Skills II Evaluation

إن هذا التقييم معتمد ومصدق ويتبع موضوعية ونمط تقييم المهارات الطبية الأول ويتضمن مراجعة للمهارات المتعلمة سابقاً. وتُعطى «20» دقيقة فقط لأخذ التاريخ المرضي والتوضيح والتخطيط الأبتدائي. وتقيّم محطات أخرى مهارات الاتصال المشاركة للفحص البدني والأخلاق والاختلافات الحضارية وسلامة الطبيب كذلك. ويؤهل هذا التقييم ومراجعة التسجيل المصور ومناقشته الطالب للدورة التكاملية التي تتطلب استكشاف مهارات التوضيح والتخطيط بعمق أكبر هو الموضوع الأهم في الدورة. ويتوقع الحصول على مستوى عالٍ من المهارات، بينما يجد كثير من الطلبة أن مهاراتهم تبدأ بالاضمحلال من نقص على التركيز وقلة الممارسة ولذلك تأخذ مراجعة التقييم أهمية خاصة.

دورة التكامل B

Integrative Course B

ويتبع النمط نفسه لدورة التكامل (A)، ولكن التركيز هنا على الاتصال المتعلق بتدبير حالة المريض وتجربة تنمية مهارات التوضيح والتخطيط في الجزء الثاني من الدليل. وبعض الحالات أعقد من حالات دورة التكامل (A) وتتطلب ادخال مشكلات أكثر من أجهزة الجسم المتعددة. وتسبق هذه الدورة مباشرة تدريب المرحلة السريرية لأجهزة الجسم المتعددة وكيف تبدو مظاهرها السريرية.

طب الأسرة المرحلة السريرية

Family Medicine Clerkship

توفر المرحلة فرص للطلبة للملاحظة وممارسة المراقبة من ملاك طبي متمرس مع مرضى حقيقيين من المجتمع. وهي سبع محطات اوسكي (OSCE) لتقييم مهارات الطلبة السريرين في جزأي الدليل الأول والثاني مع التركيز على التكامل وعرض التوضيح والتخطيط والمناقشة للخطوات اللاحقة في الفحوص والتدبير. وأحد الأنماط، ثلاث محطات وحالة مرضية واحدة التي تشترك في أربع محطات وهي، التاريخ المركّز وبناء العلاقة والفحص البدني ذي العلاقة ومناقشة الخطة مع المريض للفحوص الإضافية. ويكتب الملف الطبي أو يعرض على المدرس، وزيارة متابعة المريض بعد أسبوعين «لاحقاً»، إذ تحدد الحوادث منذ الزيارة السابقة ومناقشة نتائج الفحوصات والخطوة اللاحقة. وتسجل جميع المقابلات كذلك ويدون الاسترجاع تحريرياً عن كل محطة وتناقش مجموعة صغيرة مع بعضها: الميسّرون، مدراء الدورات السريرية

«Rotation directors» والمرضى الممثلين حول المشكلة السريرية وأداء الطالب. كما يراجع الطلبة التسجيل المصور لتفاعل الطبيب والمريض لكل محطة تقييم، في هذا الوقت يُركز على التقييم الذاتي «استخدام استمارة التقييم المنهجي» وباسترجاع نموذجي من المدرس والأقران.

وفي جزء آخر في منهج اتصال كالكاري التكامل أو التنسيق بين الاتصال ودورات برامج المهارات الطبية الأخرى، والمنهاج الطبي الموسع أو الموضوعات السريرية الأخرى.

الملحق 2

Appendix 2

تصميم دليل الصياغة لكالكاري–كامبردج الثنائي

The two-guide format of the Calgary–Cambridge Process Guide

(راجع المناقشة في الفصل العاشر– عملياً، صممنا هذين الدليلين ليتواءمان مع جانبي الصفحة بحجم الورقة الطبيعي).

أسم الطالب..... التاريخ.....

دليل كالكاري–كامبردج الجزء الأول – مقابلة المريض

افتتاح المقابلة	الملاحظات
إرساء الألفة الأولية 1 تحية المريض والتعرف على أسمه 2 تقديم الطبيب نفسه: ودوره وطبيعة المقابلة احصل على الموافقة التحريرية الواعية إذا كان ضرورياً 3 إظهار الاحترام والاهتمام براحة المريض البدنية في أثناء المقابلة تحديد سبب أو أسباب المقابلة تحديد مشكلات المريض أو الموضوعات التي يرغب بمناقشتها 4 بسؤال افتتاحي مناسب (مثل: ما الذي دعاك لزيارة المستشفى؟ أو ماذا ترغب أن نناقش اليوم؟ أو ما السؤال الذي تأمل الإجابة عليه اليوم؟) 5 الانصات اليقظ واسمح للمريض بإكمال عباراته من دون مقاطعة أو توجيه المريض 6 تحقق وابحث عن مشكلات أخرى (مثل: إذاً لديك صداع وتعب وماذا بعد؟) 7 ناقش قائمة المشكلات والأخذ بالاعتبار منظوري المريض والطبيب في الحسبان	
جمع المعلومات	
استكشاف مشكلات المريض 8 شجع المريض على شرح معاناته منذ البداية وحتى الآن بعباراته (وتوضيح سبب عرضها الآن) 9 استعمل تقنية الأسئلة المفتوحة والمغلقة وابدأ بالمفتوحة لتصل إلى المغلقة 10 الانصات اليقظ واسمح للمريض بإكمال عباراته من دون مقاطعة واسمح للمريض بالتفكير قبل الإجابة أو استمر بعد فاصلة (توقف مؤقت). 11 تيسير استجابة المريض اللفظية وغير اللفظية، (مثل: التشجيع، الصمت، الإعادة، صياغة العبارة بألفاظ أخرى) 12 التقط التلميحات اللفظية وغير اللفظية (لغة البدن، الكلام، التعبير الوجهي، المشاعر) تحقق وقّدر ما يكون مناسباً 13 توضيح العبارات غير المفهومة أو التي تحتاج إلى شرح، مثل: هل يمكن أن توضح لي ماذا تقصد بالدّوام «Dizziness»؟	

14 لخص دورياً للتأكد من استيعاب ما قاله المريض، وأدع المريض لتصحيح التفسير أو إعطاء معلومات أكثر 15 استعمال لغة مفهومة وبسيطة وموجزة وتجنب الرطانة أو وضح المصطلح 16 تأكد من التواريخ والأحداث استعمال مهارات إضافية لفهم منظور المريض 17 • حدد بفاعلية واستكشف بشكل مناسب: • آراء المريض (مثل معتقداته حول الأسباب) • هواجس المريض (قلقه، حول كل مشكلة) • توقعات المريض (مثل: أهدافه، مساعدة المريض للتوقع عن كل مشكلة) • التأثير: كيف تؤثر كل مشكلة على حياة المريض 18 تشجيع المريض للتعبير عن مشاعره	
إعداد هيكل المقابلة	
اجعل النظام واضحاً وجلياً 19 لخص في نهاية كل مجموعة محددة من الاستفسارات للتأكد من الاستيعاب وعدم إهمال أيه معلومة مهمة: أدع المريض للتصحيح 20 عند الانتقال بين أجزاء المقابلة توقف باستعمال عبارة استهلالية للجزء القادم بشكل مرن ومنطقي. الاهتمام بمسار المقابلة 21 ابنِ هيكل المقابلة بتسلسل منطقي. 22 احرص على الوقت وحافظ على إنجاز مهام المقابلة.	
بناء العلاقة – تيسير مشاركة المريض	
استعمل إيماءات غير لفظية مناسبة	
23 أظهر إيماءات غير لفظية مناسبة: • الاتصال البصري، التعبير بالوجه. • هيأة المريض، وضعته، الحركة. • التلميح الصوتي (مثل: معدل سرعة الكلام، جهارة الصوت، النغمة) 24 ينبغي أن لا تؤثر قراءة الملاحظات وكتابتها واستعمال الحاسوب على الحوار أو الألفة. 25 إظهار الثقة المناسبة تنشئة الألفة 26 تقبل رؤية المريض ومشاعره بحيادية من دون الحكم عليها. 27 استعمل 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 كالألم البدني ومن ضمنها الألم المصاحب للفحص البدني. إشراك 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.	
إغلاق المقابلة (التوضيح والتخطيط الأولي)	
33 إعطاء التوضيح في الوقت المناسب (تجنب إعطاء النصيحة، المعلومات، والرأي المبكر) 34 إعطاء المعلومات الأولية بنمط واضح من دون إسهاب: تجنب أو توضيح المصطلحات (الرطانة) 35 التعاقد مع المريض حول الخطوات القابلة للمريض والطبيب. 36 التحقق من قبول المريض للتوضيح والخطة: وتأكد من أن هواجس المريض أخذت بالاعتبار. 37 لخص المقابلة باختصار 38 تشجيع المريض لمناقشة نقاط إضافية وأعط الفرصة لذلك (مثل: «هل هناك سؤالاً ترغب أن تسأله أو أي أمر آخر لمناقشته؟)	
ملاحظات إضافية	

أسم الطالب..... التاريخ.....

دليل كالكاري–كامبردج الجزء الثاني – التوضيح والتخطيط

التوضيح والتخطيط	الملاحظات
إعطاء الكمية المناسبة والنوعية الدقيقة للمعلومات 1 البدء: تلخيص المعلومات المتوافرة، تحديد التوقعات، الاتفاق على قائمة الأولويات 2 أعط مقداراً معيناً من المعلومات للمريض يمكن استيعابه وتأكد من فهمه لها واستعمل استجابة المريض دليلاً على كيفية الاستمرار. 3 قيّم معلومات المريض الأولية: أسأل المريض عن المعلومات التي يعرفها في بداية المقابلة، واكتشف مدى رغبته بالحصول على المعلومات. 4 أسأل المريض عن ماهية المعلومات التي يرغب بمعرفتها، مثل: أسباب المرض ومآله. 5 أعط توضيحات في الوقت المناسب، وتجنب النصيحة والتطمين المبكر. تأكد من دقة الفهم والاسترجاع 6 تنظيم التوضيح: تقسيم التوضيح إلى عدة أجزاء واضحة وأشرح ذلك بتسلسل منطقي. 7 استعمل تقسيماً واضحاً أو نقاط انتقال، «مثل هناك ثلاثة موضوعات مهمة أرغب أن أناقشها معك، أولاً ...، والآن هل يمكن أن ننتقل إلى ... وهكذا.» 8 استعمل التكرار والتلخيص لتعزيز المعلومات. 9 استعمل لغة مفهومة وبسيطة وموجزة وتجنب الرطانة – المصطلحات الطبية – أو اشرحها عند الضرورة. 10 استعمل وسائل توضيح بصرية عند نقل المعلومات (مخططات، نماذج، معلومات مكتوبة أو تعليمات) 11 تأكد من فهم المريض واستيعابه للمعلومات المعطاة أو الخطط المتخذة، مثل: أسأل المريض لإعادة المعلومات بعباراته ووضح عند الضرورة. التوصل إلى فهم مشترك: دمج منظور المريض 12 اربط التوضيح بمنظور المريض: بما يخص مشاعره وهواجسه وتوقعاته المستقاة سابقاً. 13 وفر الفرص وشجع المريض على الإسهام في عرض الأسئلة وطلب التوضيح عن الغموض واستجب بما يناسب. 14 التقط التلميحات اللفظية وغير اللفظية واستجب لها، مثل: احتياج المريض للمشاركة بالمعلومات أو في رغبته بالأسئلة أو كثرة المعلومات أو الشعور بالضيق.	

15 إظهار أفكار المريض ومشاعره وتفاعله مع المعلومات المعطاة وإعادتها والمصطلحات المستعملة وقّدر وناقش عند الضرورة. التخطيط: صنع القرار المشترك 16 شارك بأفكارك في المواقف المناسبة بالآراء والآليات الفكرية والمعضلات. 17 إشراك المريض • تقديم المقترحات والخيارات المختلفة بدلاً من التوجيهات. • تشجيعه للإسهام بأفكاره ومقترحاته. 18 استكشف خيارات التدبير 19 تأكد من مستوى المشاركة التي يرغب بها المريض لصنع القرار الآني. 20 ناقش الخطة المتفق عليها مع المريض • أفصح عن موقفك من الخيارات المحتملة وهل هو متوازن بين الاحتمالات أو تفضل احتمالاً معيناً. • حدد خيارات المريض المفضلة. 21 تحقق مع المريض • هل قُبلت الخطة. • هل نوقشت الهواجس.	
الخيارات في عملية التوضيح والتخطيط	
إذا ما نوقشت الفكرة وأهمية المشكلة 22 قدم الفكرة وعن ماذا حصل وسيحصل وعيّنها إذا كان ممكناً. 23 أعط توضيحات عقلانية حول الفكرة المعطاة. 24 اشرح الأسباب، الخطورة، النتائج المتوقعة والعواقب طويلة وقريبة الأمد. 25 تحقق من فهم المريض لما قيل. 26 إظهار أفكار المريض واستجابته وهواجسه، مثل هل تتطابق الرؤية مع أفكار المريض وقبوله ومشاركته. 27 ناقش الخيارات وعلى سبيل المثال: لا إجراء، الفحوصات، التطبيب أو المداخلات الجراحية، المعالجة غير العقاقيرية (العلاج التأهيلي، مساعدات المشي، السوائل، المشورة)، الإجراءات الوقائية. 28 أعط معلومات عن الإجراء أو العلاج المقدم: • الاسم. • الخطوات المتخذة وكيف تعمل. • الفوائد والمزيّات. • الأعراض الجانبية المحتملة. 29 إبراز فهم المريض وتفاعله وهواجسه بشأن الخطة والعلاج شاملاً قبوله لها 30 الحصول على رؤية المريض للحاجة لاتخاذ الإجراء، الفوائد، الحواجز والدعم والرؤية البديلة عند الضرورة.	

31 الأخذ بالحسبان نمط حياة المريض ومعتقداته وخلفيته الثقافية وقابلياته. 32 تشجيع المريض على المشاركة في إرساء الخطة وتحمل المسؤوليات واعتماده على نفسه. 33 السؤال عن نظام دعم المريض وناقش أنظمة الدعم الأخرى. عند مناقشة الفحوصات والإجراءات 34 تزويد المريض بالمعلومات عن الإجراء بوضوح وتتضمن ما يمكن أن يعانيه في أثناء الإجراء وكيف يُخبر بالنتائج. 35 أربط الإجراء بخطة العلاج: قيمة الإجراء وهدفه. 36 تشجيع المريض لطرح الأسئلة والتعبير عن أفكاره ومكامن القلق أو النتائج السلبية	
إغلاق المقابلة	
التخطيط المستقبلي 37 الاتفاق مع المريض على مراجعة الخطوات القادمة للمريض والطبيب. 38 شبكة السلامة: وضح النتائج المحتملة وغير المتوقعة وماذا سيعمل المريض حينها، وإذا فشلت الخطة، متى وكيف يطلب المساعدة؟ أضمن نقاط إغلاق مناسبة 39 لخص المقابلة بإيجاز ووضح خطة الرعاية. 40 تحقق تحققاً كاملاً من أنّ المريض يوافق ويرضى ويطمئن بارتياح وأسأله عن أية تغييرات أو موضوعات أو أسئلة أخرى.	
ملاحظات إضافية	

الملحق 3

Appendix 3

نظام كتابة حالة المريض الممثل
A protocol for writing simulated patient cases

يمثل النظام الآتي عملية دمج الأساليب التي نستعملها في كالكاري وكامبردج. وصمم على أن يكون شاملاً كما لا ينبغي أن تحتوي جميع الحالات على كل التفاصيل الآتية. ونطلب من الباحثين أن يكملوا أجزاء البروتوكول ذات العلاقة المعتمدة على طبيعة الحالة والطريقة التي تستعمل فيها.

الغلاف

Cover page

مالك الحالة
تاريخ الحالة الحقيقية
تاريخ مراجعة الحالة الأكثر حداثة
اسم المريض
هل الحالة مخصصة للامتحان أم لبرامج التدريب
مستوى المتعلمين
ما نوع الحالة؟ (اتصال، تاريخ /فحص بدني، أخلاق ...الخ)
الوقت المتوقع للحالة بالدقائق: (مثل: محطة 5 دقائق مقابل 30 دقيقة تاريخ)
مشكلات المريض
أهداف الحالة
التحديات الرئيسة
الاحتياجات الضرورية
التشخيص التفريقي
تهيئة غرفة المقابلة
جمع البيانات وملاحظات التقييم (مثل هل يعطي المريض الممثل استرجاعاً، كيف يعطى الممتحن الدرجة، تسجيل صوري، هل تشمل محطة الفحص البدني)

تعليمات للممثل

Instructions for actor

المشكلة أو المشكلات الحالية
التحديات الاتصالية
الاسم

العمر
تهيئة المشهد
تاريخ مشكلات المريض

1 المنظور الطبي الإحيائي
- قائمة المشكلات
- تسلسل الأحداث
- تفاصيل الأعراض أو المشكلات

2 منظور المريض
- الأفكار والتفكير
«ماذا تظن سبباً لمعاناتك؟»
«ماذا أُخبرت لحد الآن؟»

- الهواجس
«ما يقلقك؟»
«هل لديك مخاوف كامنة؟»
«أية مشكلة أخرى؟»

- التوقعات
«ماذا تأمل؟»

- المشاعر
«كيف تشعر عموماً؟»

التاريخ المرضي السابق
«أية عملية جراحية سابقة أو دخول مستشفى»
«هل أصيب بمعاناة سابقاً أو أية مشكلة تتعلق بالصحة؟»

الأدوية التي يستعملها ومن ضمنها المواد التي تناولها من دون وصفة طبية والأعشاب وموانع الحمل وغيرها

الاسم	عدد المرات	تكرارها	المدة	السبب

التاريخ العائلي
«أي تاريخ عائلي»

التدخين:
الكحول:
التاريخ الاجتماعي:

- الحالة الزوجية
- التوجه الجنسي (Sexual orientation)
- الأطفال
- المهنة
- عمل الزوج
- أين يسكن؟
- نوع المسكن
- الخلفية الاجتماعية
- نظام الدعم

لمحطة جمع المعلومات

For information-gathering station

كيف تعرض الأعراض أو المشكلات

كيف تبدأ المقابلة

- ذكر الكلمات التي تفوه بها المريض عند الاستجابة للسؤال الافتتاحي الذي سأله المتعلم (مثل: لماذا راجعت العيادة الخارجية اليوم؟)
- كيف يفشي استجابةً لأسئلة التحري (مثل:«نعم ألم البطن والحمى وماذا بعد؟»)

كيف يستجيب الممثل إلى أنواع خاصة من الأساليب والأسئلة: ما الاستجابة أو الإفشاء العفوي والاستجابة غير العفوية؟

How to respond to specific types of questions or approaches: what to divulge spontaneously and what not to

- بماذا يرد المريض الممثل للأسئلة المفتوحة النهايات المتعاقبة (مثل: «أخبرني عما جرى منذ البداية ولحد الآن» أو «أخبرني أكثر عن الألم»)
- بماذا يفشي أو يستجيب للأسئلة المغلقة فقط؟
- كيف يستجيب لموضوع المشاعر أو لأسئلتها؟
- كيف يستجيب للأسئلة التي تتعلق بأفكار المريض وهواجسه وتوقعاته حول مشكلاته؟

لمحطة التوضيح والتخطيط أو محطة أخرى

For an explanation and planning or other station

- الرجاء التحديد كيف يستجيب المريض لمختلف الملاحظات الافتتاحية المحتملة من الطالب.
- ما الأسئلة والهواجس أو الموضوعات التي
  - يعرضها عفوياً.
  - يعرضها إذا ما سؤل عن أفكاره أو مخاوفه فقط.
  - يلمح بها بصورة غير لفظية.
  - يذكرها فقط حينما يُسأل عنها مباشرة.

تعليمات للممثل (الرجاء شرحها بالتفصيل)

Actor instructions (please be detailed)

- الملبس، المزاج، الطريقة، العواطف، التوجه، السلوك.
- كيف يستجيب إلى الأسئلة أو الموضوعات المثيرة للانفعال.
- كيف يستجيب للأسئلة المتعلقة بالمخاوف والهواجس والمعتقدات حول المشكلات.
- الأعراض البدنية التي يحتاج أن يمثلها (مثل: السعال، رجفة اليد)

يمكن للممثل أن يتقمص بعض العلامات المرضية مثل: يثني ركبته بأقل من 45 درجة، لا يرفع يده أعلى من كتفه، لا يشعر باهتزاز الشوكة الرنانة عندما توضع على الإبهام، الخ.

النتائج المختبرية

مثال على دور المريض

Example of a patient role

هذا مثال لدور المريض يستعمل في المراحل الأولى لدورات مهارات الاتصال لبرنامج طلبة كلية الطب السريري في كامبردج.

نزف المقعد– العيادة الخارجية في مستشفى – دور المريض الممثل

Rectal bleeding - hospital outpatient clinic - simulated patient role

الأسم: باولا ميكنك
العمر: 35 سنة
المشهد
أنت تنتظرين في العيادة الخارجية في مستشفى أدنبروك «Addenbrooke» لمقابلة طبيب اختصاص. ومضى «15» دقيقة من الوقت. وهذا أول موعد زيارة لطبيب اختصاصي، بعد أن كتب الطبيب العام للمستشفى رسالة قبل ثلاثة أسابيع حول معاناتك. وكنت تنتظرين بفارغ صبر. وقد سألتك الممرضة في ما إذا كنت توافقين أن يراك طالب قبل حضور الطبيب الاختصاصي وقد وافقت على هذا الطلب.

تاريخ مشكلات المريض

1 المنظور الطبي الإحيائي
عموماً تتمتعين بصحة جيدة وعافية على الرغم من بعض التوتر. وشكوت من التهاب في الرئة في الشتاء ودائما تعانين من سعال بسيط– وتدخنين بإفراط. كما تعانين من تهيج القولون لعدة سنين، وأجريت أشعة القولون الملونة سابقاً — كما تعانين من غازات في البطن بتكرار وألم البطن الشامل وانتفاخ من حين لآخر. ولقد تعودت للعيش مع هذه المعاناة ولكنه يتهيج القولون ويؤثر في حياتك بين حين وآخر — وتحاولين أن تتجنبي بعض الأغذية والقهوة. ولم تفدك استشاراتك المتكررة للطبيب.

وقبل أربعة أسابيع، أصبت بنزف من المقعد مع البراز وتلون ورق التواليت باللون الأحمر وحينما نظرتي إلى ماء الخلاء لاحظت تلونه باللون الأحمر والذي يشير إلى خروج الدم بكثرة. ومنذ ذلك الحين، تلاحظين ذلك اللون الأحمر في ماء الخلاء في مرات عديدة عند التبرز وقد تغيرت طبيعة الخروج التي تميل إلى الإمساك وتشبه براز الأرنب وأصبح ليناً، وفي أحيان أخرى يشبه مادة الجلي. وكنت دائماً تتغوطين مرات متكررة يومياً، وربما ازدادت المرات التي تذهبي عندها إلى الخلاء حالياً. كما تعانين حالياً بالتأكيد من ألم متناوب في البطن. ويحتل الجانب الأيسر من البطن ويختلف عن الألم الذي كنت تعانين منه سابقاً: ليس قاسياً وشديداً ولكنه يشبه المغص وغالباً ما يرافق خروج الغائط والذي يشعرك بالحاجة للذهاب إلى الخلاء حتى لو كنت قد خرجت منها تواً. وتعانين من حرقة حول المقعد. وتدركين أنك تعانين من إنهاك متزايد في الأشهر الأخيرة ولا تستطيعين مواكبة احتياج الأطفال في عمر المراهقة الصعب. وتعانين من التعب. وقد فقدت بعضاً من وزنك وليس لديك الرغبة بتناول الطعام، ولا تشعرين أنك مريضة. وذهبت إلى الطبيب قبل ثلاثة أسابيع وفحصك وأجرى فحص المقعد، وقال: ما دام أن الأمور قد تغيرت فعليك مراجعة الطبيب الاختصاص للتحقق مما يجري. ولم يبح بما يفكر.

2 منظور المريض Patient's perspective

- الأفكار والتفكير Ideas and thoughts

«ما تظني سبب المشكلة؟» وتحتارين فيما إذا كنت تعانين من البواسير وربما يكون السبب هو مرض كرون «Crohn's disease» الذي سمعت عنه. وطبعاً لا يغيب عن ذهنك السرطان ولكنه احتمالاً بعيداً لكونك بعمر لا يكثر فيه هذا المرض؟

ماذا أُخبرت لحد الآن؟ إن طبيبك العام لم يذكر أي شيء واقعاً — «من الأفضل أن نتفحص الأمر لنكون في الجانب السليم».

- الهواجس

«ما الذي تخشين منه؟» عندما تعانين، مَنْ الذي يعتني بالأولاد؟ ربما والدتك ليست بصحة جيدة ولا ترغبين أن تطلبين ذلك من زوجك السابق.

«هل لديك مخاوف كامنة؟» السرطان، ولاسيما بعد معاناة والدك الفظيعة بسببه.

«هل هناك مشكلات عملية أخرى؟» يا إلهي!

- التوقعات

«ماذا تأملين؟» وقد تتوقعين أنك بحاجة إلى أشعة القولون الملونة ولكن ماذا ترغبين أن تعرفينه اليوم. وهل من المحبط أن يترك هذا السؤال من دون جواب.

- المشاعر

«ماذا تشعرين حول المشكلة إحمالاً؟» قلق حول المستقبل.

التاريخ المرضي القديم

«هل أجريت عملية سابقاً؟» عدة خراجات «Abscesses» قد عولجت حول المهبل بعمر العشرينات: رفع الزائدة الدودية بعمر 17. «أية أمراض أخرى؟» كما ورد آنفاً.

الأدوية

«أية أدوية تتناولين للمشكلة الحالية؟» لا توجد

«هل تتناولين أية أدوية أخرى كمانع حمل؟» تتناولين Fybogel sachets، باراسيتمول بكثرة عند الضرورة.

التاريخ العائلي

«هل هناك تاريخ مرضي عائلي» لـــ

- أمراض القلب: والدتك مصابة بفرط ضغط الدم كما تظنين.
- أمراض الصدر: لا
- السرطان: توفى والدك بسرطان الكبد، وعانى من آلام شديدة ونهايته مأساوية وتوفى في مصحة أرثر رانك للمرضى المحتضرين قبل سنتين.
- أمراض خطرة: والدتك مصابة بداء السكري بعمر متأخر، أحد أخوانك مصاب بالشلل الدماغي «Cerebral palsy».

التدخين: عشرون سيكارة يومياً

الكحول: ليس كثيراً، لا يمكن أن أطيقه.

التاريخ الاجتماعي

الحالة الزوجية: متزوجة وهجرك زوجك قبل ثلاث سنوات.
الأطفال: ثلاثة أطفال، بعمر 15، 12، و10 سنة.
المهنة: عمل خاص، منظفة لعدة بيوت في القرية، وفقد زوجك عمله حديثاً ولا يساعدك وتعانين من ضائقة اقتصادية.
السكن: في كامبردج، قرب أوربوري.
نوع السكن: دار كنيسة، رطب وكئيب.
الطبقة الاجتماعية: عاملة.
المزاج: لا مبالية ولكن تعانين من الإرهاق بسبب المعاناة والوضع البيتي — وتتوترين بسبب ازدياد المتطلبات المالية. غير كئيبة ولكن واقعاً مرهقة بسبب هذه المشكلات كافة.

كيف تعرضين الأعراض أو المشكلات

كيفية لعب الأدوار

- ذكر الكلمات التي تفوهت بها المريضة بالضبط عند الاستجابة للسؤال الافتتاحي الذي يسأله الطالب «ما المشكلات التي جلبتك للمستشفى؟» الجواب: «حسناً، لاحظت دم في التواليت. وزرت الطبيب العام وأرسلني إلى هنا للفحص لأرى ما السبب».
- وإذا ما تتبع المقابل بأسئلة تحري (أي أمر آخر؟) أوضحي بالتتابع لأي طلب
  1 التغير في عادة الخروج
  2 الألم
  3 التعب.

كيف تستجيبي إلى أنواع خاصة من الأساليب أو الأسئلة: ما هي الاستجابة أو الإفشاء العفوي والاستجابة غير العفوية؟

How to respond to specific types of questions or approaches: what to divulge spontaneously and what not to

- ماذا تجيبي حينما تُسألين أسئلة مفتوحة النهايات متعاقبة أو يُسأل أن تسردي روايتك
  استجيبي بعرض التاريخ المتسلسل للمشكلات مع عرض بعض الهواجس. وقد يرغب الطالب أن يسألك عدداً من الأسئلة الجيدة المفتوحة، الخ. وللحصول على كل القصة أعرضيها بأجزاء منطقية. وإذا ما سئلت سؤالاً مغلقاً، أجبي باختصار وبنعم أو لا وبكمية قليلة من المعلومات.
- وما تبوحين به للأسئلة المغلقة
  أوضحي الآتي:
  — قلة الشهية.
  — فقدان الوزن.
  — وجود مادة مخاطية تشبه الجلي.
- كيف تستجيبين للأسئلة حول أفكار المريض وهواجسه وتوقعاته حول المشكلات
  ابدئي أولاً «وافترضي أنها بواسير شرجية»... وبعدها أصمتي لبرهة بينما تبدين غير متأكدة مع قليل من الهواجس.

نموذج مستند تقييم لامتحان سريري موضوعي البناء

Sample OSCE marking sheets (Objective Structure Clinical Examination «OSCE»)

تظهر المستندات الأربعة الآتية لامتحان سريري موضوعي البناء كيف يمكن فصل مهارات الصياغة عن مهارات المحتوى التي تُمكن الأستاذ الممتحن أن يقدر بوضوح كافٍ المهارات التي يقيّمها وتسمح بإعطاء درجات مختلفة للمحتوى والصياغة ونوازن بينهما لكل محطة امتحان على حدة راجع الفصل الحادي عشر.

ويمكن ملاحظة أن كل مستند تقييم مشتق من الاختيار المناسب لمحاور دليل صياغة كالكاري –كامبردج ومصمم لمشكلات صياغة الاتصال التي تؤدي تقييم يتواءم مع محاور المحتوى الخاص في أي سيناريو معد.

School of Clinical Medicine, University of Cambridge
OSCE Station – Gathering information; Maturity onset Diabetes
جمع المعلومات: داء السكري البالغين

Process grid مشبك الصياغة	Good Yes (2) جيد نعم (2)	Adequate Yes but (1) مقبول نعم ولكن (1)	Not done inadequate No (0) غير مقبول (0)
1 تحية المريض والتعرف على أسمه			
2 تقديم الطبيب نفسه وبيان طبيعة المقابلة ودوره في الرعاية			
3 أظهار الاحترام والاهتمام، والتأكد من راحة المريض البدنية			
4 استعمال سؤال افتتاحي مناسب: مثل ما المشكلات التي اضطرتك لمراجعة المستشفى؟			
5 الانصات اليقظ والسماح للمريض بإكمال عباراته من دون مقاطعة والسماح للمريض بالتفكير قبل الإجابة أو الاستمرار بعد فاصلة (توقف مؤقت).			
6 التحقق والبحث عن مشكلات أخرى (مثل: إذاً لديك صداع وتعب وماذا بعد؟)			
7 شجع المريض على شرح معاناته منذ البداية وحتى الآن			
8 استعمال تقنية الأسئلة المفتوحة والمغلقة والبدء بالمفتوحة للوصول إلى المغلقة			
9 تيسير استجابة المريض اللفظية وغير اللفظية، مثل: التشجيع، الصمت، الإعادة، صياغة العبارة بألفاظ أخرى، التفسير			
10 التقاط التلميحات اللفظية وغير اللفظية (لغة البدن، الكلام، التعبير الوجهي، المشاعر) التحقق والتقدير ما يكون مناسباً			
11 توضيح العبارات غير المفهومة أو التي تحتاج إلى شرح، مثل: هل يمكن أن توضح لي ماذا تقصد بالدوّام؟			
12 التلخيص الدوري للتأكد من استيعاب ما قاله المريض، ودعوة المريض لتصحيح التفسير أو إعطاء معلومات أكثر			
13 استعمال لغة مفهومة وبسيطة وموجزة وتجنب الرطانة			
14 تحديد منظور المريض بفاعلية واستكشافه (آراءه، هواجسه، توقعاته، مشاعره، وتأثيرها على حياته)			
15 الاستجابة برقة مناسبة لاستكشاف أعمق لمنظور المريض			
16 إظهار سلوك غير لفظي مناسب (مثل، الاتصال البصري، وضعية الجسم، الحركات، التعبير الوجهي، نبرة الصوت)			
17 احترام رؤية المريض ومشاعره من دون حكم مسبق			
18 استعمال التعاطف لإيصال الفهم وتقدير مشاعر المريض أو مأزقه			
19 توفير الدعم والتعبير عن الاهتمام والتفهم والرغبة بالمساعدة			
20 التقدم بين أجزاء المقابلة باستعمال عبارة استهلالية للجزء القادم بشكل مرن ومنطقي			
21 بناء هيكل المقابلة بتسلسل منطقي، والحرص على الوقت والمحافظة على إنجاز مهام المقابلة			

ملاحظات أداء الطلب

Content grid مشبك المحتوى	Yes (1)	No (0)
Symptoms الأعراض		
1 تعب لعدة أشهر		
2 حمج موضعي		
3 طفح		
4 عطش		
5 تبول بكثرة		
6 فقدان وزن		
الأعراض الأخرى		
7 آلام المفاصل		
8 غبش الرؤية		
الاستفسارات الأخرى ذات العلاقة		
9 لا يوجد فقدان الشهية		
الآراء والمشاعر		
10 السكري		
11 كباد فايروسي نوع سي		
الهواجس		
12 البتر أو العمى		
التوقعات		
13 التحاليل		
المشاعر		
14 لاعتبارها بأهمية كبيرة		
التاريخ المرضي السابق		
15 داء الشقيقة		
16 كباد		
17 الربو		
18 البهاق		
الأدوية		
19 اتينالول		
20 نوعين من البخاخات		
21 الستيرويد المتناول لفترات متقطعة		

التفسير الشامل: **ملاحظة، لا يحدد فيما إذا ينجح الطالب أو يفشل**				
ضعيف جداً	ضعيف	مقبول	جيد	ممتاز
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

School of Clinical Medicine, University of Cambridge
OSCE Station – Dealing with a distressed patient or relative
التعامل مع المريض أو المرافق المتضايق والمتوتر

Process grid مشبك الصياغة	Good Yes (2) جيد نعم (2)	Adequate Yes but (1) مقبول نعم ولكن (1)	Not done inadequate No (0) غير مقبول (0)
1 تحية المريض والتعرف على أسمه			
2 تقديم الطبيب نفسه وبيان طبيعة المقابلة ودوره في الرعاية			
3 أظهار الاحترام والاهتمام، والتأكد من راحة المريض البدنية			
4 الانصات اليقظ والسماح للمريض باكمال عباراته من دون مقاطعة والسماح للمريض بالتفكير قبل الإجابة أو استمر بعد فاصلة (توقف مؤقت).			
5 تيسير استجابة المريض اللفظية وغير اللفظية، مثل: التشجيع، الصمت، الإعادة، صياغة العبارة بألفاظ أخرى، التفسير			
6 التقاط التلميحات اللفظية وغير اللفظية (لغة البدن، الكلام، التعبير الوجهي، المشاعر) تحقق وقّدر ما يكون مناسباً			
7 استكشاف مشاعر المريض برقة وفاعلية (2 إذا ما استكشفت بفاعلية حدد)			
8 استكشاف هواجس المريض برقة وفاعلية (2 إذا ما استكشفت بفاعلية حدد)			
9 إظهار سلوك غير لفظي مناسب (مثل، الاتصال البصري، وضعية الجسم، الحركات، التعبير الوجهي، نبرة الصوت)			
10 احترام رؤية المريض ومشاعره من دون حكم مسبق			
11 استعمال التعاطف لإيصال الفهم وتقدير مشاعر المريض أو مأزقه (2 إذا ما استعمل التعاطف اللفظي وغير اللفظي)			
12 تجنب البديهية والتطمين الكاذب			
13 توفير الدعم والتعبير عن الاهتمام والتفهم والرغبة بالمساعدة			

ملاحظات أداء الطلبة

Content grid مشبك المحتوى	Yes (1)	No (0)
1 قلق حول الأطفال		
2 أرسل الوالد إلى البيت وتوفى بجلطة قلبية		
3 تتمنى زوجها بالبيت		
4 إجراء عملية قطع الأسهر لزوجها (عقم)		

التفسير الشامل: **ملاحظة، لا يحدد فيما إذا ينجح الطالب أو يفشل**				
ضعيف جداً	ضعيف	مقبول	جيد	ممتاز
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

School of Clinical Medicine, University of Cambridge
OSCE Station – Explanation and Planning re Chest Pain Investigations
التوضيح والتخطيط اعادة فحوص ألم الصدر

Process grid مشبك الصياغة	Good Yes (2) جيد نعم (2)	Adequate Yes but (1) مقبول نعم ولكن (1)	Not done inadequate No (0) غير مقبول (0)
بناء العلاقة			
1 إظهار الاهتمام والاحترام لشخص المريض			
2 إظهار سلوك غير لفظي مناسب (مثل، الاتصال البصري، وضعية الجسم، الحركات، التعبير الوجهي، نبرة الصوت)			
3 استعمال التعاطف لإيصال الفهم وتقدير مشاعر المريض أو مأزقه (2 إذا ما استعمل التعاطف اللفظي وغير اللفظي)			
إعطاء الكمية المناسبة والنوعية الدقيقة للمعلومات للمريض الفرد			
4 اعطِاء مقداراً معيناً من المعلومات للمريض يمكّن استيعابه وتأكد من فهمه لها واستعمال استجابة المريض دليلاً على كيفية الاستمرار			
5 تقييم معلومات المريض الأولية (2 إذا وضح للمريض بعناية)			
6 سؤال المريض عن ماهية المعلومات التي يرغب بمعرفتها البحث والتصدي للمعلومات التي يحتاجها			
التأكد من دقة الفهم والاسترجاع			
7 تنظيم التوضيح (2 إذا استعمل علامات الانتقال/ التلخيص)			
8 التأكد من فهم المريض واستيعابه للمعلومات المعطاة (2 إذا سأل المريض عن اعادة المعلومات المعطاة)			
9 استعمال لغة واضحة والابتعاد عن الرطانة أو اللغة الغامضة			
التوصل إلى فهم مشترك: دمج منظور المريض			
10 ربط التوضيح بمنظور المريض			
11 تشجيع المريض للمساهمة بانفعالاته ومشاعره وأفكاره (2 إذا استجاب جيداً)			
12 التقاط واستجابة إلى التلميحات غير اللفظية والمخبأة			
التخطيط: اتخاذ القرار المشترك			
13 استكشاف خيارات التدبير مع المريض (2 إذا ما كانت هناك إشارة انتقال إلى توازن القوى أو اختيار تفضيل المريض)			
14 إشراك المريض بصنع القرار (2 إذا أرسى مستوى المشاركة التي يرغب بها المريض)			
15 مناقشة خطة العمل التوافقية المناسبة			

Content grid مشبك المحتوى	Yes (1)	No (0)
1 الجاذبية الملائمة للتوضيح		
2 مناقشة قيادة السيارة		
3 مناقشة التدخين		

ملاحظات أداء الطلبة

التفسير الشامل: **ملاحظة، لا يحدد فيما إذا ينجح الطالب أو يفشل**

ضعيف جداً	ضعيف	مقبول	جيد	ممتاز
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

School of Clinical Medicine, University of Cambridge
OSCE Station – Breaking Bad News
البوح بالخبر السيئ

Process grid مشبك الصياغة	Good Yes (2) جيد نعم (2)	Adequate Yes but (1) مقبول نعم ولكن (1)	Not done inadequate No (0) غير مقبول (0)
1 تحية المريض والتعرف على أسمه			
2 تقديم الطبيب نفسه ودوره في الرعاية			
3 بيان طبيعة المقابلة (سبب المجيء والتكلم مع المريض)			
4 تقييم معلومات المريض الأولية (ما يعرف/ يدرك آنياً/مشاعره)			
5 إعطاء إشارة واضحة أن هناك معلومة خطيرة ستأتي			
6 إعطاء مقداراً قليلاً من المعلومات للمريض يمكن استيعابه والتأكد من فهمه لها واستعمال استجابة المريض دليلاً على كيفية الاستمرار			
7 استكشاف ماهية المعلومات المفيدة التي يرغب بمعرفتها البحث والتصدي لها (2 إذا حاول الطالب– وقد لا يحتاج أن يعرف الإجابة)			
8 إعطاء توضيح منظم (2 إذا استعمل علامات الانتقال/ التلخيص)			
9 استعمال لغة واضحة والابتعاد عن الرطانة أو اللغة الغامضة			
10 التقاط واستجابة إلى التلميحات غير اللفظية			
11 إعطاء المريض وقتاً للتفاعل (استعمال الصمت، السماح لتعبير الانغلاق)			
12 الاستمرار بتشجيع المريض للمساهمة والتفاعل والهواجس والمشاعر (2 إذا تمكن من استكشافها بوضوح)			
13 الإقرار بهواجس المريض ومشاعره وقبول شرعيتها			
14 استعمال التعاطف لإيصال الفهم وتقدير مشاعر المريض أو مأزقه (2 إذا ما استعمل التعاطف اللفظي وغير اللفظي)			
15 إظهار سلوك غير لفظي مناسب (مثل، الاتصال البصري، وضعية الجسم، الحركات، التعبير الوجهي، الصوت شاملاً السرعة والنبرة)			
16 توفير الدعم (التعبير عن الاهتمام والتفهم والرغبة بالمساعدة)			
17 ترتيب إجراءات مناسبة للاتصال والمتابعة			

ملاحظات أداء الطلبة

Content grid مشبك المحتوى	Yes (1)	No (0)
1 الخطورة الملائمة للتوضيح وتجنب التطمين غير المناسب		
2 البوح بوضوح حد البتر		
3 عند الاستجابة لأسئلة المريض عن التدخين صياغة عبارات تعاطفية من دون حكم		
4 اكتشاف أن المريض سائق حافلة		

التفسير الشامل: **ملاحظة، لا يحدد فيما إذا ينجح الطالب أو يفشل**				
ضعيف جداً	ضعيف	مقبول	جيد	ممتاز
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

الملحق 5

Appendix 5

تقييم المهارات الطبيّة: مهارات صياغة الاتصال

Medical skills evaluation: communication process skills

اشتقت أداة التقييم الآتية من دليل صياغة كالكاري–كامبردج لتناسب تقييم أية مقابلة لأخذ التاريخ المرضي. واستعملت هذه المنهجية لتقييم مهارات الصياغة في جميع مراحل تقييم التاريخ المرضي لكالكاري. وعرضت مُعوّلِية «Reliability» البيانات المنهجية أعلاه في الفصل (11). وقد زودت بقائمة تحقق «Checklist» محتوى الامتحانات السريرية الموضوعية البناء (Objective Structure Clinical Examination «OSCE») للمرضى المعياريين «Standardized patients»، وتحتوي قائمة التحقق الثانية جميع العناصر المتعلقة بمحتوى الحالة قيد المناقشة ومرتبة تحت رؤوس نقاط مماثلة لدليل محتوى كالكاري–كامبردج المتعلقة بأخذ التاريخ المرضي. وتحتوي قائمة التحقق هذه قائمة مشكلات وقائمة فرضيات أو قائمة التشخيص التفريقي للحالة، وتحتوي كل فقرة من المحتوى على درجة تقييم: نعم أو لا.

المحطة	الهوية التعريفية للطالب	تقييم المهارات الطبية، وحدة اتصال مهارات الصياغة المحطة II 29 و 30 كانون الثاني 2004			
الملاحظات		افتتاح الجلسة	كلا (0)	نعم ولكن (1)	نعم (2)
		1 تحية المريض	○	○	○
		2 تقديم الطبيب نفسه ودوره	○	○	○
		3 إظهار الاحترام	○	○	○
		4 تحديد قائمة المشكلات	○	○	○
		5 مناقشة قائمة مشكلات المريض وأولويات الطبيب	○	○	○
		جمع المعلومات واستكشاف المشكلات			
		6 تشجيع المريض لسرد معاناته	○	○	○
		7 الانتقال بين الأسئلة المفتوحة والمغلقة بطريقة مناسبة	○	○	○
		8 الانصات بتيقظ	○	○	○
		9 تيسير استجابة المريض لفظياً وغير لفظي	○	○	○
		10 استعمال أسئلة وتعليقات واضحة ومفهومة	○	○	○
		11 توضيح عبارات المريض	○	○	○
		12 إرساء المواعيد	○	○	○
		إدراك منظور المريض			
		13 تحديد وإقرار أفكار المريض المتعلقة بالأسباب	○	○	○
		14 استكشاف هواجس المريض المتعلقة بالمشكلات	○	○	○
		15 تشجيع التعبير عن العواطف	○	○	○
		16 التقاط / والاستجابة لتلميحات المريض اللفظية وغير اللفظية	○	○	○
		هيكل المقابلة			
		17 التلخيص بعد كل مسار استفسار	○	○	○
		18 التقدم باستعمال عبارات انتقالية	○	○	○
		19 ترتيب تسلسل منطقي	○	○	○
		20 الالتزام بالتوقيتات	○	○	○
		بناء العلاقة			
		21 إظهار تلميحات غير لفظية مناسبة	○	○	○
		22 عند القراءة أو الكتابة، لا توثر على الحوار/ الألفة	○	○	○
		23 من دون حكم مسبق	○	○	○
		24 التعاطف ودعم المريض	○	○	○
		25 يبدو واثقاً	○	○	○
		إغلاق المقابلة			
		26 تشجيع المريض لمناقشة أي نقطة إضافية	○	○	○
		27 إغلاق المقابلة بملخص موجز	○	○	○
		28 التعاقد مع المريض للخطوات اللاحقة	○	○	○
		التقويم الإجمالي: **غير مقنع** ○ **مقنع ولكن** ○ **مقنع** ○ (هذا انطباع الممتحن الشامل – لا يستعمل كدرجة نهائية في الامتحان)			

ملاحظات حول استعمال دليل كالكاري–كامبردج*
Notes on using the Calgary–Cambridge Guides

يفيد دليل كالكاري–كامبردج في تصميم برامج الاتصال أو إستراتيجيات التعليم، وجاءت قائمة الأفكار أدناه من استعمال الدليل من طيف واسع من الأطباء والمقيمين والطلاب والمدرسين الطبيين الذين استعملوا الدليل في سياقات عمل متنوعة: العيادات والمستشفيات والمؤسسات التعليمية.

1 يطلب من المتعلمين (مقيمين، طلبة مرحلة سريرية، أعضاء في مجموعة، الخ) لاستعمال دليل جيبي ليساعد ذاكرتهم ومرجع سريع في العيادة أو ردهات المستشفى واستعمله لنفسك إذا كنت مدرساً. ويستعمل لتوجيه التعلم الذاتي أو تدريب آخرين.
2 يستعمل الدليل كطريق لبناء استرجاع وصفي أكثر دقة حينما تقوم بإعطائه للمتعلمين حينما تراقب التفاعل مع مريض حقيقي أو ممثل أو تسجيل مصور لمثل هذا التفاعل.
3 **نقطة رئيسة:** لا تحاول العمل على جميع المهارات في آن واحد. أما أن تختار مجموعة واحدة من المهارات للتركيز عليها مسبقاً أو تلتقط وتختار من المهارات التي تبدو مهمة للتركيز في المقابلة التي تراقبها (مثل، اختار قسم أو جزء من القسم من الدليل لتركز عليه في اليوم أو الأسبوع الذي تعمل فيه).
4 أطلب من المقيمين أو الطلبة لمراقبتك عندما تتفاعل مع المرضى في سياقات مختلفة وأن يعطوك استرجاعاً باستعمال الدليل. وإذا توافر عدد من المراقبين أطلب منهم أن يركزوا على موضوعات مختلفة. فمثلاً يركز احدهم على تفاصيل المحتوى، وآخر يركز على مهارات جمع المعلومات وآخر على مهارات التوضيح والتخطيط.
5 وإذا واجهت علاقة صعبة بين الطبيب والمريض، وعندما يبدو التفاعل مثيراً للنزاع أو متوتراً أو أن جهودك غير نافعة، تفحص مهارات اتصالية بديلة أو اقتراحات من التي ربما أغفلتها أو نسيتها.
6 الوعي لفائدة مراجعة مهارات معينة حينما تواجه أو يواجه آخرون تطبيق مهارات في سياقات تكثر عندها المشكلات الاتصالية، حتى للطبيب الممارس الخبير، مثل:
7 سياق أو موضوع جديد أو موقف طبي.
8 مواقف صعبة أو معقدة لك (من المنظور الطبي أو النفسي والاجتماعي)
9 حينما تعاني والمريض من صعوبة في العلاقة.
10 في ظروف كانت صعبة سابقاً أو تحمل في طياتها عواطف مشحونة كبيرة.
11 في الأوقات التي تعاني من اهتزاز الثقة أو للشخص الذي تعلمه.

* اعد هذه النشرة أولاً مكتب التعليم الطبي ما بعد التخرج لجامعة كالكاري لمساعدة مدير برنامج تدريب المقيمين لتطوير مناهج الاتصال في البرامج والتخطيط لتطوير الأساتذة في مجال تعليم مهارات الاتصال للمقيمين وطلبة المرحلة السريرية.

12 يستعمل الدليل كملخص للبحوث وأداة لمساعدة للحفاظ على ذخيرة شاملة لمهارات الاتصال التي تعمل عليها.
13 يستعمل الدليل كأساس لتقويم مهارات الاتصال البنّائية والإجمالية.
14 يستعمل الدليل للإعداد لامتحان الاتصال الشفوي في البرنامج أو على المستوى الوطني.
15 مع بعض الاستثناءات، تطبق مهارات الدليل على حد سواء في تفاعلات مهنية أخرى. مثل، بعد استبدال كلمة مريض «مريض» بـــ «متعلم» أو «زميل» أو «عضو فريق». يصبح الدليل مفيداً كأداة لتحسين الاتصال في هذه التفاعلات. لذلك يخدم الدليل كقاعدة مفيدة في متطلبات الكفاءة الاتصالية الشخصية في «CanMEDS, ACGME/ABMS» للعمل أو لتجديد إجازات العمل في كندا وأمريكا وفي برامج أخرى مشابهة في أمكان أخرى.
16 يستعمل الدليل كأساس لتطوير مناهج اتصالية متماسكة ومتكاملة مع تعليم مهارات سريرية للدراسة الأولية وخلال المرحلة السريرية والإقامة والتعليم الطبي المستمر.
17 يكيف الدليل ليستعمل كأداة بحثية.

المصادر

References

Adamson T, Bunch W, Baldwin D and Oppenberg A (2000) The virtuous orthopaedist has fewer malpractice suits. *Clin Orthop Relat* Res. **1**: 104-9.

Ahrens T, Yancey V and Kollef M (2003) Improving family communications at the end of life: implications for length of stay in the intensive-care unit and resource use. *Am J Crit Care* **12**: 317-23.

American Board of Pediatrics (1987) Teaching and evaluation of interpersonal skills and ethical decision making in pediatrics. *Pediatrics.* **79**: 829-33.

Anderson MB, Stillman PL and Wang Y (1994) Growing use of standardised patients in teaching and evaluation in clinical medicine. *Teach Learn Med.* **6**: 15-22.

Arborelius E and Bromberg S (1992) What can doctors do to achieve a successful consultation? Videotaped interviews analysed by the 'consultation map' method. *Fam Pract.* **9**: 61-6.

Aspergren K (1999) Teaching and learning communication skills in medicine: a review with quality grading of articles. *Med Teacher.* **21**: 563-70.

Association of Americal Medical Colleges (1984) *Physicians for the Twenty-First Century: the GPEP Report.* Association of American Medical Colleges, Washington, DC.

Association of American Medical Colleges (1998) *Learning Objectives for Medical Student Education. Guidelines for medical schools.* Association of American Medical Colleges, Washington, DC.

Association of American Medical Colleges (1999) *Report* 3. *Contemporary Issues in Medicine: communication in medicine.* Association of American Medical Colleges, Washington, DC.

Avery JK (1986) Lawyers tell what turns some patients litiginous. *Med Malpract Rev.* **2**: 35-7.

Bain J and Mackay NSD (1993) Videotaping general practice consultations. Letter. *BMJ.* **307**: 504-5.

Baker L and Keller V (2002) Connected: communicating and computing in the examination room. *J Clin Outcomes Manag.* **9**: 621-4.

Baker SJ (1955) The theory of silences. *J Gen Psychol.* **53**: 145.

Balint EMC Elder A, Hull S and Julian P (1993) *The Doctor, the Patient and the Group: Balint revisited.* Routledge, London.

Bandura A (1982) Self-efficacy mechanism in human agency. *Am J Psychol.* **37**: 112-47.

Bandura A (1988) *Principles of Behavior Modification.* Holt, Rinehart and Winston, New York.

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.*

Barkun H (1995) Personal communication. Former Executive Director of the Association of Canadian Medical Colleges.

Barrows HS (1987) *Simulated (Standardised) Patients and Other Human Simulations.* Health Sciences Consortium, Chapel Hill, NC.

Barrows HS and Abrahamson S (1964) The programmed patient: a technique for appraising clinical performance in clinical neurology. *J Med Educ.* **39**: *802-5.*

Barrows HS and Tamblyn RM (1980) *Problem-Based Learning: an approach to medical education.* Springer, 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.*

Bass L Wand Cohen RL (1982) Ostensible versus actual reasons for seeking pediatric attention: another look at the parental ticket of admission. *Pediatrics.* **70**: 870-4.

Batalden P, Leach D, Swing S, Dreyfus H and Dreyfus S (2002) General competencies and accreditation in graduate medical education. *Health Affairs.* **21**: 103-11.

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**(1): 8-19.

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**: 517-21.

Beckman HB and Frankel RM (2003) Training practitioners to communicate effectively in cancer care: it is the relationship that counts. *Patient Educ Couns.* **50**: 85-9.

Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL and Frankel RM (1994) The doctor-patient relationship and malpractice. *Arch Intern Med.* **154**: 1365-70.

Beisecker A and Beisecker T (1990) Patient information-seeking behaviours when communicating with doctors. *Med Care.* **28**: 19-28.

Bell RA, Kravitz RL, Thorn D, Krupat E and Azari R (2002) Unmet expectations for care and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med.* **17**: 817-24.

Berg JS, Dischler J, Wagner DJ, Raia JJ and Palmer-Shevlin N (1993) Medication compliance: a health care problem. *Ann Pharmacother.* **27**: 3-22.

Bernzweig J, Takayama JI, Phibbs C, Lewis C and Pantell R (1997) Gender differences in physician-patient communication: evidence in pediatric visits. *Arch Pediatr Adolesc Med.* **151**: 586-91.

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.

Bingham E, Burrows PJ, Caird GR, Holsgrove G, Jackson N and Southgate L (1994) Simulated surgery: a framework for the assessment of clinical competence. *Educ Gen Pract.* **5**: 143-50.

Bingham L, Burrows P, Caird R, Holsgrove G and Jackson N (1996) Simulated surgery using standardized patients to assess clinical competence of GP registrars – a potential clinical component of the MRCGP examination. *Educ Gen Pract.* **7**: 102-11.

Bird J and Cohen -Cole SA (1983) Teaching psychiatry to non-psychiatrists. 1. The application of educational methodology. *Gen Hosp Psychiatry.* **5**: 247-53.

Bloom B (1965) *Taxonomy of Educational Objectives.* Longman, London.

Boon H and Stewart M (1998) Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Educ Couns.* **35**: 161-76.

Bowman FM, Goldberg D, Millar T, Gask L and McGrath D (1992) Improving the skills of established general practitioners: the long-term benefits of group teaching. *Med Educ.* **26**: 63-8.

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.

British Medical Association (1998) *Communication Skills and Continuing Professional Development.* British Medical Association, London.

British Medical Association (2003) *Communication Skills Education for Doctors: a discussion document.* British Medical Associataion, London.

Brod TM, Cohen MM and Weinstock E (1986) *Cancer Disclosure: communicating the diagnosis to patients* – a *videotape.* Medcom Inc, Garden Grove, CA. Burack JH, Irby DM, Carline JD, Root

RK and Larson EB (1999) Teaching compassion and respect: attending physicians' responses to problematic behaviors. *J Gen Intern Med.* **14**: 49-55.

Burri A, McCaughan K and Barrows HS (1976) *The feasibility of the use of simulated patients* as a *means to evaluate clinical competence of practicing physicians in a community.* Proceedings of the Fifteenth Annual Conference on Research in Medical Education, San Francisco, CA, 13-14 November, pp. 295 to 299.

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.

Buyck D and Lang F (2002) Teaching medical communication skills: a call for greater uniformity. *Pam Med.* **34**: 337-43.

Byrne PS and Long BEL (1976) *Doctors Talking to Patients.* HMSO, London.

Callaway S, Bosshart DA and O'Donnell AA (1977) Patient simulators in teaching patient education skills to family practice residents. *J Pam Pract.* **4**: 709-12.

Campbell LM and Murray TS (1996) Summative assessment of vocational trainees: results of a three-year study. *Br J Gen Pract.* **46**: 411-4.

Campbell LM, Howie *JGR* and Murray TS (1995a) Use of videotaped consultations in summative assessment of trainees in general practice. *Br J Gen Pract.* **45**: 137-41.

Campbell LM, Sullivan F and Murray TS (1995b) Videotaping of general practice consultations: effect on patient satisfaction. *BMJ.* **311**: 236.

Campion P, Foulkes J, Neighbour R and Tate P (2002) Patient-centredness in the MRCGP video examination: analysis of a large cohort. *BMJ.* **325**: 691-2. Carroll JG (1996) *Medical discourse: 'difficult' patients and frustrated doctors.* Paper presented at the Oxford Conference on Teaching about Communication in Medicine, Oxford. Bayer Institute for Health Care Communication Inc., West Haven, CT.

Carroll JG and Monroe J (1979) Teaching medical interviewing: a critique of educational research and practice. *J Med Educ.* **54**: 498-500.

Carroll JG, Schwartz MW and Ludwig S (1981) An evaluation of simulated patients as instructors: implications for teaching medical interviewing skills. *J Med Educ.* **56**: 522-4.

Case S and Bowmer I (1994) Licensure and specialty board certification in North America: background information and issues. In: D Newble, B *Jolly* and R Wakeford (eds) *The Certification and Recertification of Doctors.* Cambridge University Press, Cambridge.

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.

Cegala DJ and Lenzmeier Broz S (2002) Physician communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills. *Med Educ.* **36**: 1004-16.

Charles C, Gafni A and Whelan T (1999) Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med.* **49**(5): 651-61.

Chugh U, Dillman E, Kurtz SM, Lockyer J and Parboosingh J (1993) Multicultural issues in the medical curriculum: implications for Canadian physicians. *Med Teacher.* **15**: 83-91.

Coambs 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 (in association with University of Toronto Press), *Ottawa.*

Cohen-Cole SA (1991) *The Medical Interview: a three-function approach.* Mosby-Year Book, St Louis, MO.

Cohen-Cole SA, Bird J and Mance R (1995). Teaching with role play – a structured approach. In: M Lipkin Jr, SM Putnam and A Lazare (eds) *The Medical Interview.* SpringerVerlag, New York.

Communicating with Patients: a clinician's guide (2001) Special publication of the *Journal of Clinical Outcomes Management.*

Conference of Postgraduate Advisers in General Practice Universities of the United Kingdom (1995) *Summative Assessment.*

Cooke L (2004) *Teaching communication skills to residents: preliminary findings following implementation of a communication skills training program in a neurology residency.* Presentation to the Medical Education Research Group, Faculty of Medicine, University of Calgary, Calgary.

Coonar AS, Dooley M, Daniels M and Taylor RW (1991) The use of role play in teaching medical students obstetrics and gynaecology. *Med Teacher.* **13**: 49-53.

Cooperrider DL and Whitney D (eds) (1999) *'Appreciative Inquiry' in Collaborating for Change.* Berrett-Koehler Communications, San Francisco, CA.

Cote L and Leclere H (2000) How clinical teachers perceive the doctor-patient relationship and themselves as role models. *Acad Med.* **75**: 1117-24.

Coulter A (2002) After Bristol: putting patients at the centre. *EMJ.* **324**: 648-50.

Cowan DH and Laidlaw JC (1997) Personal communication. Ontario Cancer Treatment and Research Foundation, Toronto, Ontario, Canada.

Cowan DH and Laidlaw JC (1993) Improvement of teaching and assessment of doctor-patient communication in Canadian medical schools. *J Cancer Educ.* **8**: 109-17.

Cowan DR, Laidlaw JC and Russell ML (1997) A strategy to improve communication between health care professionals and people living with cancer: II. Follow-up of a workshop on the teaching and assessment of communication skills in Canadian Medical Schools. *J Cancer Educ.* **12**(3): 161-5.

Cox A (1989) Eliciting patients' feelings. In: M Stewart and D Roter (eds) *Communicating with Medical Patients.* Sage Publications Ine, Newbury Park, CA.

Cox J and Mulholland H (1993) An instrument for assessment of video tapes of general practitioners' performance. *EMJ.* **306**: 1043-6.

Craig JL (1992) Retention of interviewing skills learned by first-year medical students: a longitudinal study. *Med Educ.* **26**: 276-81.

Cushing A (2002) Assessment of non-cognitive factors. In: GR Norman, CPM van der Vleuten and DJ Newble (eds) *International Handbook of Research in Medical Education.* Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.

Dalhousie Medcom Collection (2004) http://medcomm.medicine.dal.ca/research/medcom.htm

Dance FEX (1967) Toward a theory of human communication. In: FEX Dance (ed.) *Human Communication Theory: original essays.* Holt, Rinehart and Winston, New York.

Dance FEX and Larson CE (1972) *Speech Communication: concepts and behaviour.* Holt,

Rinehart and Winston, New York.

Dauphene D (1999) Revalidation of doctors in Canada. *EMJ.* **319**: 1188-90.

Davidoff F (1993) Medical interviewing: the crucial skill that gets short shrift. *ACP Observer* June: 15.

Davis Hand Nicholaou T (1992) A comparison of the interviewing skills of first-and finalyear medical students. *Med Educ.* **26**: 441-7.

Davis MA, Hoffman JR and Hsu J (1999) Impact of patient acuity on preference for information and autonomy in decision making. *Acad Emerg Med.* **6**: 781-5.

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.

Degner LF and Sloan JA (1992) Decision making during serious illness: what role do patients really want to play? *J Clin Epidemiol.* **45**(9): 941-50. Department of Health (2003) *Statement of Guiding Principles Relating to the Commissioning and Provision of Communication Skills Training in Pre-Registration and Undergraduate Education for Healthcare Professionals.* Department of Health, London.

Department of Health (2004) *Medical Schools: delivering the doctors of the future.* Department of Health, London.

Descouteaux JG (1996) *Perceived need for communication skills training: implications for instructional design.* Poster presented at the Annual Meeting of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Halifax, Nova Scotia.

DeVito JA (1988) *Human Communication: the basic course.* Harper and Row, New York.

DiMatteo MR, Hays RD and Prince LM (1986) Relationship of physicians' non-verbal communication skill to patient satisfaction, appointment non-compliance, and physician workload. *Health Psychol.* **5**: 581-94.

Dogra N (2001) The development and evaluation of a programme to teach cultural diversity to medical undergraduate students. *Med Educ.* **35**(3): 232-4l.

Dosanjh S, Barnes J and Bhandari M (2001) Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Med Educ.* **35**: 197-205.

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.

Draper J and Weaver S (1999) Exploring blocks to the medical interview. *Educ Gen Pract.* **10**: 14-20.

Draper J, Silverman J, Hibble A, Berrington RM and Kurtz SM (2002) The East Anglia Deanery Communication Skills Teaching Project – six years on. *Med Teacher.* **24**: 294-8.

Duffy FD (1998) Dialogue: the core clinical skill. *Ann Intern Med.* **128**: 139-4l.

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 Oneal.* **11**: 2279-85.

Edwards A and Elwyn G (2001) *Evidence-based Patient Choice: inevitable or impossible?* Oxford University Press, Oxford.

Egan G (1990) *The Skilled Helper: a systematic approach to effective helping.* Brooks/Cole, Pacific Grove, CA.

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, Koopman C and Stoeckle JD (1990) The nature of patients' requests for physicians' help. *Acad Med.* **65**: 401-5.

Eleftheriadou Z (1996) Communicating with patients from different cultural backgrounds. In: M Lloyd and R Bor (eds) *Communication Skills for Medicine.* Churchill Livingstone, London.

Elwyn G, Edwards A and Britten N (2003) 'Doing prescribing': how doctors can be more effective. *BMJ.* **327**: 864-7.

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, Joshi H, Dare D, Deighan M and Kameen F (2001) Unprepared and anxious about 'breaking bad news': a report of two communication skills workshops for GP registrars. *Educ Gen Prac.* **12**: 34-40.

Ende J, Kazis L, Ash AB and Moskovitz MA (1983) Measuring patients' desire for autonomy. *J Gen Intern Med.* **4**: 23-30.

Engler CM, Saltzman GA, Walker ML and WolfFM (1981) Medical student acquisition and retention of communication and interviewing skills. *J Med Educ.* **56**: 572-9.

Epstein RM (1999) Mindful practice. *JAMA.* **282**: 833-9.

Evans A, Gask L, Singleton C and Bahrami J (2001) Teaching consultation skills: a survey of general practice trainers. *Med Educ.* **35**: 222-4.

Evans BJ, Stanley RO, Burrows GD and Sweet B (1989) Lecture and skills workshops as teaching formats in a history-taking skills course for medical students. *Med Educ.* **23**: 364-70.

Evans BJ, Stanley RO, Mestrovic R and Rose L (1991) Effects of communication skills training on students' diagnostic efficiency. *Med Educ.* **25**: 517-26.

Fallowfield 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.

Fallowfield LJ, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A and Eves R (2002) Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet.* **359**: 650-6.

Farnill D, Hayes SC and Todisco J (1997) Interviewing skills: self-evaluation by medical students. *Med Educ.* **31**: 122-7.

Ficklin FL (1988) Faculty and housestaff members as role models. *J Med Educ.* **63**: 392-6.

Fleetwood J, Vaught W, Feldman D, Gracely E, Kassutto Z and Novack D (2000) MedEthEx Online: a computer-based learning program in medical ethics and communication skills. *Teach Learn Med.* **12**: 96-104.

Foreman KJ, Kurtz SM, Spronk BJ, Chuchat A and Caunungan MP (1996) Conflict as a positive tension. In: *Paricipatory Education in Cross-Cultural Settings.* Canada-Asia Partnership, Division of International Development, International Centre, University of Calgary, Calgary.

Fraser RC, McKinley RK and Mulholland H (1994) Consultation competence in general practice: testing the reliability of the Leicester assessment package. *Br J Gen Pract.* **44**: 293-6.

Gadacz TR (2003) A changing culture in interpersonal and communication skills. *Am Surg.* **69**: 453-8.

Gask L, McGrath D, Goldberg D and Millar T (1987) Improving the psychiatric skills of established general practitioners: evaluation of group teaching. *Med Educ.* **21**: 362-8.

Gask L, Goldberg D, Lesser AL and Millar T (1988) Improving the psychiatric skills of the general practice trainee: an evaluation of a group training course. *Med Educ.* **22**: 132-8.

Gask L, Goldberg D and Boardman A (1991) Training general practitioners to teach psychiatric interviewing skills: an evaluation of group training. *Med Educ.* **25**: 444-51.

Gattellari M, Butow PN and Tattersall MH (2001) Sharing decisions in cancer care. *Soc Sci Med.* **52**: 1865-78.

General Medical Council (1978) *Report of a Working Party of the Education Committee on the Teaching of Behavioural Sciences, Community Medicine and General Practice in Basic Medical Education.* General Medical Council, London.

General Medical Council (1993) *Tomorrow's Doctors: recommendations on undergraduate medical education.* General Medical Council, London. General Medical Council (1995) *News Review.* General Medical Council, London.

General Medical Council (2002) *Tomorrow's Doctors: recommendations on undergraduate medical education.* General Medical Council, London.

Gibb JR (1961) Defensive communication. *J Communication.* **3**: 142.

Goldberg D, Steele JJ, Smith C and Spivey L (1980) Training family practice doctors to recognise psychiatric illness with increased accuracy. *Lancet.* **2**: 521-3.

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. Gorden T and Burch N (1974) *TET: teacher effectiveness training.* David McKay, New York.

Gordon GH and Rost K (1995) Evaluating a faculty development course on medical interviewing. In: M Lipkin Jr, SM Putnam and A Lazare (eds) *The Medical Interview.* Springer-Verlag, New York.

Grand 'Maison P, Lescop J and Rainsberry P (1992) Large-scale use of an objective structured clinical examination for licensing family physicians. *Can Med Assoc J.* **146**: 1735-40.

Greco M, Brownlea A and McGovern J (2001) Impact of patient feedback on the interpersonal skills of general practice registrars: results of a longitudinal study. *Med Educ.* **35**: 748-56.

Greco M, Spike N, Powell Rand Brownlea A (2002) Assessing communication skills of GP registrars: a comparison of patient and GP examiner ratings. *Med Educ.* **36**: 366-76.

Griffith CH III, Wilson JF, Langer S and Haist SA (2003) House staff non-verbal communication skills and standardized patient satisfaction. *J Gen Intern Med.* **18**: 170-4.

Hadlow J and Pitts M (1991) The understanding of common terms by doctors, nurses and patients. *Soc Sci Med.* **32**: 193-6.

Hajek P, Najberg E and Cushing A (2000) Medical students' concerns about communicating with patients. *Med Educ.* **34**: 656-8.

Hall JA, Roter DL and Katz NR (1988) Meta-analysis of correlates of provider behaviour in medical encounters. *Med Care.* **26**: 657-75.

Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA, Prichard JS and Seymour C (1975) Relative contributions of history taking, physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *EMJ.* **2**: 486-9.

Harden RM and Gleeson F (1979) Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination. *Med Educ.* **13**: 41.

Hargie 0 and Morrow NC (1986) Using videotape in communication skills training: a critical review of the process of self-viewing. *Med Teacher.* **8**: 359-65.

Hargie 0, Dickson D, Boohan M and Hughes K (1998) A survey of communication skills training in UK schools of medicine: present practices and prospective proposals. *Med Educ.* **32**: 25-34.

Hays RB (1990) Content validity of a general practice rating scale. *Med Educ.* **24**: 110-16. Headache Study Group of the University of Western Ontario (1986) Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians – a one-year prospective study. *Headache J.* **26**: 285-94.

Heaton CJ and Kurtz SM (1992a) *The role of evaluation in the development of clinical competence: no one ever fattened a pig just by weighing it.* Proceedings of the International Conference on Current Development in Assessing Clinical Competence. Heal Publications, Montreal.

Heaton CJ and Kurtz SM (1 992b) *Videotape recall: learning and assessment in certifying exams.* International Conference Proceedings: Developments in Assessing Clinical Competence. Heal Publications, Montreal.

Helfer RE (1970) An objective comparison of the pediatric interviewing skills of freshman and senior medical students. *Pediatrics.* **45**: 623-7.

Helfer RE and Levin S (1967) The use of videotape in teaching clinical pediatrics. *J Med Educ.* **42**: 867.

Helfer RE, Black M and Helfer M (1975a) Pediatric interviewing skills taught by nonphysicians. *Am J Dis Child.* **129**: 1053-7.

Helfer RE, Black M and Teitelbaum H (1975b) A comparison of pediatric interviewing skills using real and simulated mothers. *Pediatrics.* **55**: 397-400.

Herxheimer A, McPherson A, Miller R, Shepperd S, Yap he J and Ziebland S (2000) Database of patients' experiences (DIPEx): a multi-media approach to sharing experiences and information. *Lancet.* **355**: 1540-3.

Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, Miller CS, Githens PB, Whetten-Goldstein K and Sloan FA (1994) Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. *JAMA.* **272**: 1583-7.

Hobgood CD, Riviello RJ, Jouriles N and Hamilton G (2002) Assessment of communication and interpersonal skills competencies. *Acad Emerg Med.* **9**: 1257-69.

Hodges B, Turnbull J, Cohen R, Bienenstock A and Norman G (1996) Evaluating communication skills in the OSCE format: reliability and generalizability. *Med Educ.* **30**: 38-43.

Hodges B, Regehr G, McNaughton N, Tiberius R and Hanson M (1999) OSCE checklists do not capture increasing levels of expertise. *Acad Med.* **74**: 1129-34.

Hoffer Gittel J (2003) How relational co-ordination 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.

Hoffer 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 co-ordination 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.

Holsgrove G (1997) Principles of assessment. In: C Whitehouse, M Roland and P Campion (eds) *Teaching Medicine in the Community.* Oxford University Press, Oxford.

Hoppe RB (1995) Standardised (simulated) patients and the medical interview. In: M Lipkin Jr, SM Putnam and A Lazare (eds) *The Medical Interview.* Springer-Verlag, New York.

Hoppe RB, Farquhar LJ, Henry Rand Stoffelmayr B (1990) Residents' attitudes towards and skills in counselling using undetected standardised patients. *J Gen Intern Med.* **5**: 415-20.

Horowitz S (2000) Evaluation of clinical competencies: basic certification, subspecialty certification, and recertification. *Am J Phys Med Rehabil.* **79**: 478-80.

Humphris GM and Kaney S (2000) The Objective Structured Video Exam for assessment of communication skills. *Med Educ.* **34**: 939-45.

Humphris GM and Kaney S (2001a) The Liverpool brief assessment system for communication skills in the making of doctors. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* **6**: 69-80.

Humphris GM and Kaney S (2001b) Assessing the development of communication skills in undergraduate medical students. *Med Educ.* **35**: 225-31.

Humphris GM and Kaney S (200lc) Examiner fatigue in communication skills objective structured clinical examinations. *Med Educ.* 35: 444-9.

Institute for International Medical Education (2002) Global minimum essential requirements in medical education. *Med Teacher.* **24**: 130-5.

Inui TS, Y ourtee EL and Williamson JW (1976) Improved outcomes in hypertension after physician tutorials. *Ann Intern Med.* **84**: 646-51.

Irwin WG and Bamber JH (1984) An evaluation of medical students' behaviour in communication. *Med Educ.* (18): 90-5.

Jason H and Westberg J (1982) *Teachers and Teaching in US Medical Schools.* Appleton Century-Crofts, Norwalk, CN.

Jason R, Kagan N, Werner A, Elstein A and Thomas JB (1971) New approaches to teaching basic interview skills to medical students. *Am J Psychiatry.* **127**: 1404-7.

Jenkins V and Fallowfield L (2002) Can communication skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? *J Clin Oncol.* **20**: 765-9.

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 DW (1972) *Reaching Out: interpersonal effectiveness and selfactualisation.* Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Jolly B, Cushing A and Dacre J (1994) *Reliability and validity of a patient-based workbook for assessment of clinical and communication skills.* Proceedings of the Sixth Ottawa Conference on Medical Education, University of Toronto. Bookstore Custom Publishing, Toronto.

Joos SK, Hickam DR, Gordon GH and Baker LH (1996) Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes. *J Gen Intern Med.* **11**: 147-55.

Kahn GS, Cohen B and Jason HJ (1979) The teaching of interpersonal skills in US medical schools. *J Med Educ.* **54**: 29-35.

Kai J (ed.) (1999) *Valuing Diversity.* RCGP, London. Second edition forthcoming.

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**(6): 511-20.

Kaplan SR, Greenfield S and Ware JE (1989) Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care.* **27**: SI1O-27.

Kaufman DM, Laidlaw TA and MacLeod H (2000) Communication skills in medical school: exposure, confidence and performance. *Acad Med.* **75**(Suppl): S90-2.

Kauss DR, Robbins AS, Abrass I, Bakaitis RF and Anderson LA (1980) The long term effectiveness of interpersonal skills training in medical schools. *J Med Educ.* **55**: 595-601.

Keen AJ, Klein S and Alexander DA (2003) Assessing the communication skills of doctors in training: reliability and sources of error. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* **8**: 5-16.

Keller V and Carroll JG (1994) A new model for physician-patient communications. *Patient Educ Couns.* **23**: 131-40.

Keller V and Kemp- White M (1997) *Choices and Changes: clinician influence and patient action workshop workbook.* Bayer Institute for Health Care Communication, West Haven, CT.

Keller VF, Goldstein MG and Runkle C (2002) Strangers in crisis: communication skills for the emergency department clinician and hospitalist. *J Clin Outcomes Manag.* **9**: 439-44.

Kemp-White M, Keller V and Horrigan LA (2003) Beyond informed consent: the shared decision-making process. *J Clin Outcomes Manag.* **10**: 323-8.

Kent CC, Clarke P and Dalrymple-Smith D (1981) The patient is the expert: a technique for teaching interviewing skills. *Med Educ.* **15**: 38-42.

Kindelan K and Kent G (1987) Concordance between patients' information preferences and general practitioners' perceptions. *Psychol Health.* **1**: 399-409.

King AM, Prkowski – Rogers LC and Pohl HS (1994) Planning standardised patient programmes: case development, patient training and costs. *Teach Learn Med.* **6**: 6-14.

King J, Pendleton D and Tate P (1985) *Making the Most of Your Doctor: a family guide to dealing with your GP.* Thames Television International, London.

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.

Klass DJ (1994) High -stakes testing of medical students using standardised patients. *Teach Learn Med.* **6**: 28-32.

Kneebone R, Kidd J, Nestel D, Asvall S, Paraskeva P and Darzi A (2002) An innovative model for teaching and learning clinical procedures. *Med Educ.* **36**: 628-34.

Knowles MS (1984) *The Adult Learner: a neglected species.* Gulf, Houston, TX.

Koch R (1971) The teacher and nonverbal communication. *Theory Pract.* 10(231).

Koh KT, Goh LG and Tan T (1991) Using role play to teach consultation skills – the
Singapore experience. *Med Teacher.* **13**: 55-61.

Kolb D (1974) *Experiential Learning.* Prentice Hall, London.

Korsch BM and Harding C (1997) *The Intelligent Patient's Guide to the Doctor-Patient Relationship.* Oxford University Press, New York.

Korsch BM, Gozzi EK and Francis V (1968) Gaps in doctor-patient communication. *Pediatrics.* **42**: 855-71.

Kraan HF, Crijnen AA, de Vries MW, Zuidweg J, Imbos T and van der Vleuten CP (1990) To what extent are medical interviewing skills teachable? *Med Teacher.* **12**: 315-28.

Kuhl D (2002) *What Dying People Want: practical wisdom for the end of life.* Doubleday, Toronto.

Kurtz SM (1975) *Physician Non-verbal Behavior and Patient Satisfaction in Physician-Patient Interviews.* University of Denver, CO.

Kurtz SM (1985) *On-the-job strategies for preceptor training.* Paper presented at the International Communication Association Conference, Honolulu, May.

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 (1990) *Attending rounds: a format and techniques for improving teaching and learning.* Proceedings for the Third International Conference on Teaching and Assessing Clinical Competence, Groningen, The Netherlands, pp. 61-5.

Kurtz SM (1996) *Collaboration in physician-patient communication: the Calgary-Cambridge approach.* Paper presented to Communication in Breast Cancer – a Forum to Develop Strategies to Enhance Physician-Patient Communication, 11-13 February, Calgary, Alberta. Sponsored by Health Canada's Canadian Breast Cancer Initiative: Professional Development Strategy.

Kurtz SM (2002) Doctor-patient communication: principles and practices. *Can J Neuro Sci.* **29** (Suppl. 2): S23-S29.

Kurtz SM and Heaton CJ (1987) Co-ordinated clinical skills evaluation in the preclinical years: helical progression makes sense. In: IR Hart and RM Hardin (eds) *Further Developments in Assessing Clinical Competence.* Heal Publications, Montreal.

Kurtz SM and Heaton CJ (1995) *Teaching and assessing information-giving skills in the communication curriculum.* Proceedings of the Sixth Ottawa Conference on Medical Education, University of Toronto. Bookstore Custom Publishing, Toronto.

Kurtz SM and Silverman JD (1996) The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ.* **30**: 83-9.

Kurtz SM, Silverman J and Draper J (1998) *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine* (1 e). Radcliffe Medical Press, Oxford.

Kurtz SM, Laidlaw T, Makoul G and Schnabl G (1999) Medical education initiatives in communication skills. *Cancer Prev Control.* **3**: 37-45.

Kurtz SM, Heaton CJ and Harasym PH (2000) *Development of the Calgary-Cambridge observation guide as an evaluation instrument.* A presentation at the Ninth Ottawa Conference on Clinical Skills Teaching and Assessment, Cape Town, South Africa, 1-3 March.

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**: 802-9.

Laidlaw T, Kaufman DM, Macleod H, Sargeant J and Langille D (2001) Patient satisfaction with their family physician's communication skills: a Nova Scotia survey. *Acad Med.* **76**: S77-9.

Laidlaw T, MacLeod H, Kaufman DM, Langille D and Sargeant J (2002) Implementing a communication skills programme in medical school: needs assessment and programme change. *Med Educ.* **36**: 115-24.

Laidlaw T, Kaufman DM, MacLeod H, Wrixon W, van Zanten S and Simpson D (2004) *Relationship of communication skills assessment by experts, standardized patients and self-raters.* A presentation at the Association of Canadian Medical Colleges Annual Meeting, Halifax, Nova Scotia, 24-27 April.

Laing R (1961) *The Self and Others.* Pantheon Books, New York.

Lang F, Everett K, McGowen R and Bernard B (2000) Faculty development in communication skills instruction: insights from a longitudinal program with 'real-time feedback'. *Acad Med.* **75**: 1222-8.

Langewitz W A, Eich P, Kiss A and Wossmer B (1998) Improving communication skills – a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med.* **60**: 268-76.

Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Ruttimann Sand Wossmer B (2002) Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *EMJ.* **325**: 682-3.

Langsley DG (1991) Medical competence and performance assessment: a new era. *JAMA.* **266**: 977-80.

Larsen KM and Smith CK (1981) Assessment of non-verbal communication in the patientphysician interview. *J Pam Pract.* **12**: 481-8.

Levenkron JC, Grenland P and Bowley M (1987) Using patient instructors to teach behavioral counselling skills. *J Med Educ.* **62**: 665-72.

Levinson W (1994) Physician-patient communication: a key to malpractice prevention. *JAMA.* **272**: 1619-20.

Levinson Wand Roter D (1993) The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. *J Gen Intern Med.* **8**: 318-24.

Levinson Wand 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.

Ley P (1988) *Communication with Patients: improving satisfaction and compliance.* Croom Helm, London.

Lipkin MJ and Lazarre E (1999) *Introductory materials for the Macy Initiative on Health Communication.* Unpublished document.

Lipkin MJ, Kaplan C, Clark Wand Novack DH (1995) Teaching medical interviewing: the Lipkin model. In: M Lipkin Jr, SM Putnam and A Lazare (eds) *The Medical Interview.* 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 (2001) Preferences of patients for patient-centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ.* **322**: 468-72.

Love R, Newcomb P, Schiller J, Wilding G and Stone H (1993) A comparison of knowledge and communication skill evaluations by written essay and oral examinations in preclinical medical students. *J Cancer Educ.* **8**: 123-8.

McAvoy BR (1988) Teaching clinical skills to medical students: the use of simulated patients and videotaping in general practice. *Med Educ.* **22**: 193-9.

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.

McIlroy JH, Hodges B, McNaughton N and Regehr G (2002) The effect of candidates' perceptions of the evaluation method on reliability of checklist and global rating scores in an objective structured clinical examination. *Acad Med.* **77**: 725-8.

McKegney CP (1989) Medical education: a neglectful and abusive family system. *Pam Med.* **21**: 452-7.

McLane CG, Zyznski SJ and Plocke SA (1995) Factors associated with medication noncompliance in rural elderly hypertensive patients. *Am J Hypertens.* **8**: 206-9.

MacLeod H (2004a) *Physician performance assessment and communication skills assessment.* Unpublished review of the literature from 1990 to 2003. Task Force on Physician Communication Skills Assessment and Enhancement in Canada, Medical Council of Canada, Ottawa, Ontario.

MacLeod H (2004b) *Report on Patient-Physician Communication Assessment Instruments. Updated survey and selected instruments* (for the Medical Council of Canada Task Force on Physician Communication Skills Assessment). Division of Medical Education. Dalhousie University, Halifax.

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.

Madan AK, Caruso BA, Lopes JE and Gracely EJ (1998) Comparison of simulated patient and didactic methods of teaching HIV risk assessment to medical residents. *Am J Prev Med.* **15**: 114-19.

Maguire P (1976) The use of patient simulation in training medical students in historytaking skills. *Med Bioi Illus.* **26**: 91-5.

Maguire P and Rutter D (1976) History taking for medical students. 1. Deficiencies in performance. *Lancet.* **2**: 556-8.

Maguire P and Faulkner A (1988a) Communicate with cancer patients. 1. Handling bad news and difficult questions. *BMJ.* **297**: 907-9.

Maguire P and Faulkner A (1988b) Improve the counselling skills of doctors and nurses in cancer care. *BMJ.* **297**: 847-9.

Maguire P, Roe P, Goldberg D, Jones S, Hyde C and O'Dowd T (1978) The value of feedback in teaching interviewing skills to medical students. *Psychol Med.* **8**: 695-704.

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 young doctors are bad at giving information. *BMJ.* **292**: 1576-8.

Maguire P, Faulkner A, Booth K, Elliott C and Hillier V (1996) Helping cancer patients disclose their concerns. *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 (2003) The interplay between education and research about patient-provider communication. *Patient Educ Couns.* **50**: 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, Amston P and Schofield T (1995) Health promotion in primary care: physicianpatient communication and decision about prescription medications. *Soc Sci Med.* **41**: 1241-54.

Males T (1999) Improving confidence in out-of-hours telephone consultations: an afternoon workshop for GPs. *Educ Gen Pract.* **10**: 189-97.

Mandin H, Jones A, Woloshuk Wand Harasym P (1997) Helping students learn to think like experts when solving clinical problems. *Acad Med.* **72**: 173-9.

Mansfield F (1991) Supervised role play in the teaching of the process of consultation. *Med Educ.* **25**: 485-90.

Marinker M and Shaw J (2003) Not to be taken as directed. *BMJ.* **326**: 348-9.

Markakis KM, Beckman HB, Suchman AL and Frankel RM (2000) The path to professionalism: cultivating humanistic values and attitudes in residency training. *Acad Med.* **75**: 141-50.

Martin E and Martin PML (1984) The reactions of patients to a video camera in the consulting room. *J R Coli Gen Pract.* **34**: 607-10.

Martin J, Lloyd M and Singh S (2002) Professional attitudes: can they be taught and assessed in medical education? *Clin Med.* **2**: 217-23.

Marton F and Saligo R (1976) On qualitative differences in learning. 2. Outcome as a function of the learner's concept of deep and surface learning. *Br J Educ Psycho I.* **46**: 115-27.

Marvel MK, Epstein RM, Flowers K and Beckman HB (1999) Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA.* **281**: 283-7.

Mehrabian A and Ksionsky S (1974) *A Theory of Affiliation.* 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.

Meryn S (1998) Improving doctor-patient communication: not an option, but a necessity. *BMJ.* **316**: 1922.

Metz JCM, Stoelinga GBA, Pels Rijcken-Van Erp Taalman Kip EH, Van den BrandValkenburg BWM (1994) *Blueprint 1994: training of doctors in the Netherlands.* University of Nijmegen, Nijmegen.

Miller GE (1990) *Commentary on clinical skills assessment: a specific review.* National Board of Medical Examiners 75th Anniversary, Philadelphia, PA.

Miller GR and Steinberg M (1975) *Between People: a new analysis of interpersonal communication.* Science Research Associates Inc, Chicago, IL.

Monahan DJ, Grover PL and Kalley R (1988) Evaluation of communication skills course for second-year medical students. *J Med Educ.* **63**: 327-8.

Morrison LJ and Barrows HS (1994) Developing consortia for clinical practice examinations: the Macy project. *Teach Learn Med.* **6**: 23-7.

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**: 141-5l.

Myers KW (1983) Filming the consultation – an educational experience. *Update.* **26**: 1731-9.

Nestel D, Muir E, Plant M, Kidd J and Thurlow S (2002) Modelling the lay expert for firstyear medical students: the actor-patient as teacher. *Med Teacher.* **24**: 562-4.

Nestel D, Kidd J and Kneebone R (2003) Communicating during procedures: development of a rating scale. *Med Educ.* **37**: 480-l.

Newble D and Jaeger K (1983) The effect of assessments and examinations on the learning of medical students. *Med Educ.* **17**: 165-7l.

Newble D and Wakeford R (1994) Primary certification in the UK and Australasia. In: D Newble, B Jolly and R Wakeford (eds) *The Certification and Recertification of Doctors.* Cambridge University Press, Cambridge.

Newble D, Dauphinee D, Macdonald D, Mulholland R, Dawson B, Page G, Swanson D and Thomson A (1994) Guidelines for assessing clinical competence. *Teach Learn Med.* **6**:213-20.

Norman GR (1985) Objective measurement of clinical performance. *Med Educ.* **19**: 43-7.

Norman GR, Neufield VR and Walsh A (1985) Measuring physicians' performances by using simulated patients. *J Med Educ.* **60**: 925-34.

Norman GR, van der Vleuten CP and de Graaff E (1991) Pitfalls in the pursuit of objectivity: issues of validity, efficiency and acceptability. *Med Educ.* **25**: 119-26.

Novack DR, 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.

Novack DR, Yolk G, Drossman DA and Lipkin M (1993) Medical interviewing and interpersonal skills teaching in US medical schools: practice, problems and promise. *JAMA.* **269**: 2101-5.

Novack DR, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E and Kaplan C (1997) Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. Working Group on Promoting Physician Personal Awareness, American Academy on Physician and Patient. *JAMA.* **278**: 502-9.

Novack DR, Cohen D, Peitzman SJ, Beadenkopf S, Gracely E and Morris J (2002) A pilot test of WebOSCE: a system for assessing trainees' clinical skills via teleconference. *Med Teacher.* **24**: 483-7.

Oh J, Segal R, Gordon J, Boal J and Jotkowitz A (2001) Retention and use of patientcentered interviewing skills after intensive training. *Acad Med.* **76**: 647-50.

Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L, Hennrikus D and Vall bona C (1987) Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol.* **6**: 29-42.

Pacoe LV, Naar R, Guyett PR and Wells R (1976) Training medical students in interpersonal relationship skills. *J Med Educ.* **51**: 743.

Pantell R, Lewis C, Bergman D and W oU M (1986) *Improving medical visit process and outcome: results of a randomized control communication intervention.* Paper and resources presented at International Conference on Doctor-Patient Communication, Centre for Studies in Family Medicine, University of Western Ontario, London, Ontario.

Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in 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.

Pereira Gray D, Murray TS, Hasler J, Percy D, Allen J, Freeth M and Hayden J (1997) The summative assessment package: an alternative view. *Educ Gen Pract.* **8**: 8-15.

Peterson MC, Holbrook J, VonHales 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.

Platt FW and McMath JC (1979) Clinical hypocompetence: the interview. *Ann Intern Med.* **91**: 898-902.

Pololi LH (1995) Standardised patients: as we evaluate so shall we reap. *Lancet.* **345**: 966-8.

Premi J (1991) An assessment of 15 years' experience in using videotape review in a family practice residency. *Acad Med.* **66**: 56-7.

Preston-White M and McKinley RK (1993) Teaching communication skills: funding required for teaching programmes. *BMJ.* **307**: 130.

Pringle M and Stewart-Evans C (1990) Does awareness of being video-recorded affect doctors' consultation behaviour? *Br J Gen Pract.* **40**: 455-8.

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.

Putnam SM, Stiles WB, Jacob MC and James SA (1988) Teaching the medical interview: an intervention study. *J Gen Intern Med.* **3**: 38-47.

Rashid A, Allen J, Thaw Rand Aram G (1994) Performance-based assessment using simulated patients. *Educ Gen Pract.* **5**: 151-6.

Razavi D, Merckaert 1, Marchal S, Libert Y, Conradt S, Boniver J, Etienne AM, Fontaine O, Janne P, Klastersky J, Reynaert C, Scalliet P, Slachmuylder JL and Delvaux N (2003) How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of post-training consolidation workshops. *J Clin Oncol.* **21**: 3141-9.

Regehr G, MacRae H, Reznick RK and Szalay D (1998) Comparing the psychometric properties of checklists and global rating scales for assessing performance on an OSCEformat examination. *Acad Med.* **73**: 993-7.

Regehr G, Freeman R, Hodges B and Russell L (1999a) Assessing the generalizability of OSCE measures across content domains. *Acad Med.* **74**: 1320-2.

Regehr G, Freeman R, Robb A, Missiha N and Heisey R (1999b) OSCE performance evaluations made by standardized patients: comparing checklist and global rating scores. *Acad Med.* **74**(Suppl. 10): S135-7.

Rethans JJ, Sturmans F, Drop R, van der Vleuten C and Hobus P (1991) Does competence of general practitioners predict their performance? Comparison between examination setting and actual practice. *BMJ.* **303**: 1377-80.

Reznick RK, Regehr G, Yee G, Rothman A, Blackmore D and Dauphinee D (1998) Processrating forms versus task-specific checklists in an OSCE for medical licensure. *Acad Med.* **73**(Suppl. 10): S97-9.

Rhodes M and Wolf A (1997) The summative assessment package: a closer look. *Educ Gen Pract.* **8**: 1-7.

Riccardi VM and Kurtz SM (1983) *Communication and Counselling in Health Care.* Charles C Thomas, Springfield, IL.

Richard R and Lussier MT (2004) *Dialogic Index: a description of physician and patient participation in discussions of medications.* Paper presented at Annual Conference of the National Association of Primary Care Research Group, Banff, Alberta.

Ridsdale L, Morgan M and Morris R (1992) Doctors' interviewing technique and its response to different booking time. *Pam Pract.* **9**: 57-60.

Robinson JD (1998) Getting down to business: talk, gaze and body organisation during openings of doctor-patient consultations. *Health Commun.* **25**: 97-123.

Roe P (1980) *Training medical students in interviewing skills.* MSc thesis, University of Manchester, Manchester.

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.

Rolfe I and McPherson J (1995) Formative assessment: how am I doing? *Lancet.* **345**: 837-9.

Rollnick S, Kinnersley P and Butler C (2002) Context-bound communication skills training: development of a new method. *Med Educ.* **36**: 377-83.

Rose M and Wilkerson L (2001) Widening the lens on standardized patient assessment: what the encounter can reveal about the development of clinical competence. *Acad Med.* **76**: 856-9.

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 DL (1997) *Influencing health care outcomes through enhanced communications.* A presentation at Building Synergies in Communication: Linking Research and Practice. Conference of the Canadian Breast Cancer Initiative, Health Canada, Toronto, 23-25 February, 1997.

Roter D (2000) The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Educ Couns.* **39**: 5-15.

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 D and Larson S (2002) The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Educ Couns.* **46**: 243-51.

Roter DL, Hall JA and Katz NR (1987) Relations between physicians' behaviour and analogue: patients' satisfaction, recall and impressions. *Med Care.* **25**: 437-51.

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**: 187784.

Roter D, Rosenbaum J, de Negri B, Renaud D, DiPrete-Brown L and Hernandez 0 (1998) The effects of a continuing medical education programme in interpersonal communication skills on doctor practice and patient satisfaction in Trinidad and Tobago. *Med Educ.* **32**: 181-9.

Roter D, Larson S, Shinitzky H, Chernoff R, Serwint J, Adamo G and Wissow L (2004) Use of an innovative video feedback technique to enhance communication skills training. *Med Educ.* **38**(2): 145-57.

Royal College of General Practitioners Membership Examination (1996) *Assessment of Consulting Skills Workbook.* Royal College of General Practitioners, London.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (1996) *Canadian Medical Education Directions for Specialists 2000 Project. Skills for the new millennium: report of the Societal NeedsWorking Group.* Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Ottawa, Ontario.

Rucker L and Morrison E (2001) A longitudinal communication skills initiative for an academic health system. *Med Educ.* **35**: 1087-8.

Rutter D and Maguire P (1976) History taking for medical students. 2. Valuation of a training programme. *Lancet.* **2**: 558-60.

Saebo L, Rethans JJ, Johannessen T and Westin S (1995) Standardized patients in general practice – a new method for quality assurance in Norway. *Tidsskr Den Nor Laegeforen.* **115**: 3117-9.

Sanson-Fisher RW and Poole AD (1978) Training medical students to empathize: an experimental study. *Med J Austr.* **1**: 473-6.

Sanson-Fisher RW and Poole AD (1980) Simulated patients and the assessment of students' interpersonal skills. *Med Educ.* **14**: 249-53.

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.

Schon D (1983) *The Reflective Practitioner: how professionals think in action.* Basic Books, New York.

Schulman BA (1979) Active patient orientation and outcomes in hypertensive treatment. *Med Care.* **17**: 267-81.

Schutz WC (1967) *Joy: expanding human awareness.* Holt, Rinehart and Winston, New York. 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.

Seely JF, Jensen N, Kurtz SM and Turnbull J (1995) Teaching and assessing communication skills. *Ann R Coli Phys Surg Canada.* **28**: 33-6.

Servant JB and Matheson JAB (1986) Video recording in general practice: the patients do mind. *Br J Gen Pract.* **36**: 555-6.

Sharp PC, Pearce KA, Konen JC and Knudson MP (1996) Using standardized patient instructors to teach health promotion interviewing skills. *Pam Med.* **28**: 103-6.

Shilling V, Jenkins V and Fallowfield L (2003) Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: can communication skills training for clinicians improve satisfaction? *Psychooncology* **12**: 599-611.

Siegler M, Reaven N, Lipinski R and Stocking C (1987) Effect of role-model clinicians on students' attitudes in a second-year course on introduction to the patient. *J Med Educ.* **62**: 935-7.

Silverman JD, Kurtz SM and Draper J (1996) The Calgary-Cambridge approach to communication skills teaching. 1. Agenda led outcome-based analysis of the consultation. *Educ Gen Pract.* **7**: 288-99.

Silverman JD, Draper J and Kurtz SM (1997) The Calgary-Cambridge approach to communication skills teaching. 2. The Set-Go method of descriptive feedback. *Educ Gen Pract.* **8**: 16-23.

Silverman J, Kurtz SM and Draper J (1998) *Skills for Communicating with Patients* (Ie). 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**: 1385-7.

Simpson MA (1985) How to use role play in medical teaching. *Med Teacher.* **7**: 75-82.

Sleight P (1995) Teaching communication skills: part of medical education? *J Hum Hypertens.* **9**: 67-9.

Smith RC, Lyles JS, Mettler J, Stoffelmayr BE, Van Egeren LF, Marshall AA, Gardiner JC, Maduschke KM, Stanley JM, Osborn GG, Shebroe V and Greenbaum RB (1998) The effectiveness of intensive training for residents in interviewing. A randomized, controlled study. *Ann Intern Med.* **128**: 118-26.

Smith RC, Marshall-Dorsey AA, Osborn GG, Shebroe V, Lyles JS, Stoffelmayr BE, Van Egeren LF, Mettler J, Maduschke K, Stanley JM and Gardiner JC (2000) Evidence-based guidelines for teaching patient-centred interviewing. *Patient Educ Couns.* **39**: 27-36.

Southgate L (1993) *Statement on the Use of Video-Recording of General Practice Consultations for Teaching, Learning and Assessment: the importance of ethical considerations.* Royal College of General Practitioners, London.

Southgate L (1997) Assessing communication skills. In: C Whitehouse, M Roland and P Campion (eds) *Teaching Medicine in the Community.* Oxford University Press, Oxford.

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.

Spencer J and Silverman J (2001) Education for communication: much already known, so much more to understand. *Med Educ.* **35**: 188-90.

Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS and D'Lugoff BC (1981) The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health.* **71**: 127-31.

Stewart J and D'Angelo G (1975) *Together: communicating interpersonally.* Addison-Wesley, Reading, MA.

Stewart M and Roter D (eds) (1989) *Communicating with Medical Patients.* Sage Publications Ine., Newbury Park, CA.

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 (2000) The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* **49**: 796-804.

Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney 1, McWilliam C and Freeman T (2003) *Patient-Centred Medicine: transforming the clinical method* (2e). Radcliffe Medical Press, Oxford.

Stewart MA (1984) What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Soc Sci Med.* **19**: 167-75.

Stewart MA (1997) *Self-Assessment and Feedback on Communication with Patients.* Maintenance of Competence Program of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada and Disease Prevention Division of Health Canada, Ottawa, Ontario.

Stewart MA, McWhinney IR and Buck CW (1979) The doctor-patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coli Gen Pract.* **29**: 77-82.

Stewart MA, Belle Brown J, Wayne Weston W, McWhinney 1, McWilliam C and Freeman T (1995) *Patient-centred Medicine: transforming the clinical method*. Sage, Thousand Oaks, CA.

Stillman PL and Swanson DB (1987) Ensuring the clinical competence of medical school graduates through standardised patients. *Arch Intern Med.* **147**: 1049-52.

Stillman PL, Sabars DL and Redfield DL (1976) Use of paraprofessionals to teach interviewing skills. *Pediatrics.* **57**: 769-74.

Stillman PL, Sabars DL and Redfield DL (1977) Use of trained mothers to teach interviewing skills to first-year medical students: a follow-up study. *Pediatrics.* **60**: 165-9.

Stillman PL, Burpeau – DiGregorio MY, Nicholson G1, Sabers DL and Stillman AE (1983) Six years of experience teaching patient instructors to teach interviewing skills. *J Med Educ.* **58**: 941-6.

Stillman PL, Swanson DB, Smee S, Stillman AE, Ebert TH, Emmel VS, Caslowitz J, Greene HL, Hamolsky M and Hatem C (1986) Assessing clinical skills of residents with standardised patients. *Ann Intern Med.* **105**: 762-71.

Stillman P, Regan MB and Swanson DA (1987) Diagnostic fourth -year performance assessment. *Arch Intern Med.* **19**: 1981-5.

Stillman PI" Regan MB, Philbin M and Haley HL (1990a) Results of a survey on the use of standardised patients to teach and evaluate clinical skills. *Acad Med.* **65**: 288-92.

Stillman PL, Regan MB and Swanson DB (1990b) An assessment of the clinical skills of fourth-year students at four New England medical schools. *Acad Med.* **65**: 320-6.

Streiner DL and Norman GR (1995) *Health Measurement Scales: a practical guide to their development and use.* Oxford University Press, Oxford.

Suchman AL (2001) The effect 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.

Svarstad BL (1974) *The doctor-patient encounter: an observational study of communication and outcome.* Doctoral dissertation, University of Wisconsin, Madison, WI.

Tann M, Amiel GE, Bitterman A, Ber R and Cohen R (1997) Analysis of the use of global ratings by standardized patients and physicians. In: AJJA Scherpbier, CPM van der Vleuten, JJ Rethans, AFW van der Steeg (eds) *Advances in Medical Education: Proceedings of the Seventh Ottawa International Conference in Medical Education and Assessment.*

Tattersall MH, Butow PN and Ellis PM (1997) Meeting patients' information needs beyond the year 2000. *Support Care Cancer.* **5**: 85-9.

Thew R and Worrall P (1998) The selection and training of patient-simulators for the assessment of consultation performance in simulated surgeries. *Educ Gen Pract.* 9 (2): 211-15.

Thistlethwaite JE (2002) Making and sharing decisions about management with patients: the views and experiences of pre-registration house officers in general practice and hospital. *Med Educ.* **36**: 49-55.

Thistlethwaite JE and Ewart BR (2003) Valuing diversity: helping medical students explore their attitudes and beliefs. *Med Teacher.* **25**: 277-81.

Thistlethwaite JE and Jordan JJ (1999) Patient-centred consultations: a comparison of student experience and understanding in two clinical environments. *Med Educ.* **33**:678-85.

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.

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.

Tuckett D, Boulton M, Olson C and Williams A (1985) *Meetings Between Experts: an approach to sharing ideas in medical consultations*. Tavistock, London.

van Dalen J, Zuidweg J and Collet J (1989) The curriculum of communication skills teaching at Maastricht Medical School. *Med Educ.* **23**: 55-61.

van Dalen J, Bartholomeus P, Kerkhofs E, Lulofs R, van Thiel J, Rethans JJ, Scherpbier AJ and van der Vleuten CP (2001) Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years. *Med Teach.* **23**: 245-51.

van Dalen J, Kerkhofs E, van Knippenberg-van den Berg BW, van den Hout HA, Scherpbier AJ and van der Vleuten CP (2002a) Longitudinal and concentrated communication skills programmes: two Dutch medical schools compared. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* **7**: 29-40.

van Dalen J, Kerkhofs E, Verwijnen GM, van Knippenberg-van den Berg BW, van den Hout HA, Scherpbier AJ and van der Vleuten CP (2002b) Predicting communication skills with a paper-and-pencil test. *Med Educ.* **36**: 148-53.

van der Vleuten C (1996) The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. *Adv Health Sci Educ.* **1**: 41-67.

van der Vleuten C (2000a) Validity of final examinations in undergraduate medical training. *BMJ.* **321**: 1217-9.

van der Vleuten C (2000b) *Assessment's next challenge*. A plenary presentation at the Ninth Ottawa Conference on Teaching and Assessing Clinical Skills, Cape Town, South Africa, 1-3 March.

van der Vleuten C and Swanson D (1990) Assessment of clinical skills with standardised patients: state of the art. *Teach Learn Med.* **2**: 58-76.

van der Vleuten C, Norman GR and de Graaff E (1991) Pitfalls in the pursuit of objectivity: issues of reliability. *Med Educ.* **25**: 110-18.

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 CP (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) *Inter-act: using interpersonal communication skills* (2e). Wadsworth, Belmont, CA.

Vu NV and Barrows H (1994) Use of standardised patients in clinical assessments: recent developments and measurement findings. *Educ Res.* **23**: 23-30.

Vu NV, Barrows H, Marcy M, Verhulst SJ, Colliver JA and Travis T (1992) Six years of comprehensive clinical performance-based assessment using standardised patients at the Southern Illinois University School of Medicine. *Acad Med.* **67**: 42-50.

Wackman DB, Miller S and Nunnally EW (1976) *Student Workbook: increasing awareness and communication skills*. Interpersonal Communication Programmes, Minneapolis, MN.

Waitzkin H (1984) Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. *JAMA.* **252**: 2441-6.

Waitzkin H (1985) Information giving in medical care. *J Health Soc Behav.* **26**: 81-101.

Weatherall D (1996) *Keynote address*. Presented to International Conference on Teaching about Communication in Medicine, St Catherine's College, Oxford, 25 July.

Weinberger M, Greene JY and Mamlin JJ (1981) The impact of clinical encounter events on patient and physician satisfaction. *Soc Sci Med.* **15**: 239-44.

Weinman J (1984) A modified essay question evaluation of pre-clinical teaching of communication skills. *Med Educ.* **18**: 164-7.

Werner A and Schneider JM (1974) Teaching medical students interactional skills: a research based course in the doctor-patient relationship. *NEJM.* **290**: 1232-7.

Westberg J and Jason H (1993) *Collaborative Clinical Education: the foundation of effective health care.* Springer, New York.

Westberg J and Jason H (1994) *Teaching Creatively with Video: fostering reflection, communication and other clinical skills.* Springer, New York.

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.

Whitehouse C, Morris P and Marks B (1984) The role of actors in teaching communication. *Med Educ.* **18**: 262-8.

Whitehouse CR (1991) The teaching of communication skills in United Kingdom medical schools. *Med Educ.* **25**: 311-18.

Wilkinson TJ, Frampton CM, Thompson-Fawcett M and Egan T (2003) Objectivity in objective structured clinical examinations: checklists are no substitute for examiner commitment. *Acad Med.* **78**: 219-23.

Williams S, Weinman J and Dale J (1998) Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Pam Pract.* **15**: 480-92.

Williamson PRo Suchman AL, Cronin JCJ and Robbins DB (2001) Relationship-centred consulting. *Reflections.* **3**(2): 20-7.

Willis SC, Jones A and O'Neill PA (2003) Can undergraduate education have an effect on the ways in which pre-registration house officers conceptualise communication? *Med Educ.* **37**: 603-8.

Wissow LS, Roter DL and Wilson MEH (1994) Pediatrician interview style and mothers' disclosure of psychosocial issues. *Pediatrics.* **93**: 289-95.

Workshop Planning Committee (1992) Consensus statement from the workshop on teaching and assessment of communication in Canadian medical schools. *Can Med Assoc J.* **147**: 1149-50.

World Federation for Medical Education (1994) Proceedings of the world summit on medical education. *Med Educ.* **28**(Suppl. 1).

Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, Snyder CW, Lazare A and Lipkin M Jr (2003) Effect of communications training on medical student performance. *JAMA.* **290**: 1157-65.

Zeeman EC (1976) Catastrophe theory. *Sci Am.* April: 65.

Zoppi K and Epstein RM (2002) Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Pam Med.* **34**: 319-24.