Человечность и эмпатия

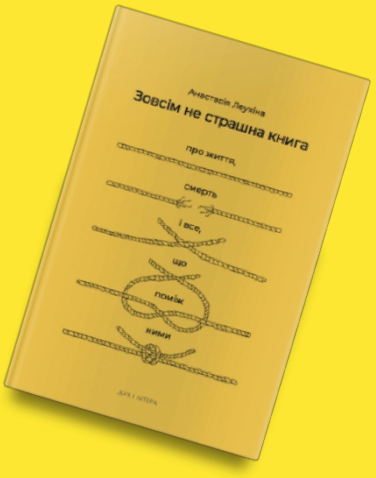
в здравоохранении

пособие для
преподавателей

идея и составление
Анастасия Леухина

«Совсем не страшная книга о жизни, смерти и всем, что между ними» — скорая помощь, составленная как инструкция-путеводитель для тех, кто сам столкнулся с тяжелым, угрожающим жизни заболеванием, или нервно ищет ответы на вопросы, как помочь близкому человеку преодолеть ту или иную ситуацию. Неизлечимый диагноз до сих пор «перечеркивает» в пациенте человека со всеми его потребностями и чувствами, однако «Совсем не страшная книга о жизни, смерти и всем, что между ними» показывает, что все может и должно быть иначе. Эта книга — мостик для медиков к чувствам пациента. Мостик для общества к тяжелобольным людям. В конце концов, это мостик для пациентов к самим себе. Ведь каждый человек, несмотря на любую болезнь, имеет право на достойную жизнь и радость.

http://non-scary.org/



ОО «Горизонтали» — добавляем человечности в здравоохранение

Команда единомышленников, которая налаживает горизонтальные связи между людьми в сфере медицины и образования и проводит просветительскую кампанию для медиков и пациентов, чтобы отстоять достоинство каждого человека, чья жизнь «перечеркнута» поставленным ему диагнозом.
Благодаря деятельности организации и ее партнеров родственники могут находиться в отделении интенсивной терапии вместе с пациентами круглосуточно (Приказ Минздрава № 592), а десятки тысяч украинцев, чьи дети оказались в отделении интенсивной терапии, отныне имеют руководство с советами «С ребенком в реанимации: вопросы и ответы».

Данная публикация издана в рамках реализации украино-швейцарского проекта «Развитие медицинского образования», который осуществляется в Украине Швейцарским институтом тропического и общественного здоровья (Swiss TPH) при поддержке Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству (SDC).

Руководитель проектного офиса:
Д-р Татьяна Степурко
tetiana.stepurko@mededu.org.ua

Руководитель проекта:
Мартин Рааб, руководитель отдела Швейцарский центр международного здоровья, Швейцарский институт тропического и общественного здоровья Swiss Tropical and Public Health Institute (Swiss TPH) Socinstrasse 57, 4051 Basel, Switzerland
martin.raab@swisstph.ch

Контакты офиса в г. Киеве:
ул. Лютеранская, 6Б, кв. 43, 01001 Киев, Украина Телефон: +380 44 384 10 09
mededu.org.ua

MedEduUkraine

Развитие медицинского образования

Леухина А. Г.
Богдан Д. Б.
Боровик И. О.
Гавриш Т. С.
Галияш Н. Б.
Говардовская О. О.
Головин О. А. Горецкая
А. М. Горская О. В.
Гусак С. Р. Игнащук
О. В. Кахнова М. Г.
Коротун О. П.
Костюк О. О.
Мовчан И. В.
Петринич О. А.
Повар Н. А.
Рудакова Н. Е.
Сендецкая Т. М.
Тихолаз Ю. В.
Турпакова Ю. О.
Харитонов О. В.
Шунько Е. Е.
Щудрова Т. С.

ЧЕЛОВЕЧНОСТЬ И ЭМПАТИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

СПОСОБ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ

МАЙСТЕР КНИГ КИЕВ
2022

УДК

Леухина А. Г.

Богдан Д. Б., Боровик И. О., Гавриш Т. С., Галияш Н. Б., Говардовская О. О., Головин О. А., Горецкая А. М., Горская О. В., Гусак С. Р., Игнащук О. В., Кахнова М. Г., Коротун О. П., Костюк О. О., Мовчан И. В., Петринич О. А., Повар Н. А., Рудакова Н. Е., Сендецкая Т. М., Тихолаз Ю. В., Турпакова Ю. О., Харитонов О. В., Шунько Е. Е., Щудрова Т. С.

Человечность и эмпатия в здравоохранении. Пособие для преподавателей. – Киев : Майстер книг : 2022. – …….с., ил.

ISBN

Пособие «Человечность и эмпатия в здравоохранении» — первое украинское издание о том, как преподавать в медицинских вузах дисциплины, связанные с пациент-ориентированным подходом, который также должен быть междисциплинарным. Пособие создано по образцу украинско-швейцарского учебного курса «Человечность и эмпатия в здравоохранении» для медицинских работников-преподавателей в рамках проекта «Развитие медицинского образования». Соавторы подчеркивают исключительную важность человекоцентрированного подхода в противовес патерналистскому при оказании медицинской помощи на всех этапах: консультирования, диагностики, профилактики, лечения и реабилитации. Поставщики медицинской помощи — врачи и медицинские сестры — должны формировать компетенции для построения уважения и эмпатии в общении с пациентами еще во время обучения в высшем учебном заведении.

Пособие призвано улучшить общий уровень качества общения, направленного на укрепление в каждом конкретном случае доверия и сотрудничества во имя охраны здоровья. Издание содержит систематизированные теоретические материалы и практические разработки, основанные на актуальных знаниях о достойной коммуникации, этике, эмпатии и призванные решить неотложные современные задачи в области человеческого благополучия.

Издание предлагает множество инструментов для профессионального поведения в сложных ситуациях, при сообщении плохих новостей и для толерантного общения во время медицинских консультаций. Также в него включены чек-листы для медицинских работников и пациентов — памятки, которые станут незаменимым помощником для всех, кого касаются вопросы медицинской помощи.

Пособие написано для медицинских работников-педагогов, для медицинских работников всех специальностей и званий, а также для пациентов и координаторов пациентских групп равных и других сообществ.

Все права защищены. Никакая часть этой книги не может быть воспроизведена, скопирована или использована иным образом в любой форме без письменного разрешения владельца авторских прав.

© Анастасия Леухина, 2022
© Украинско-швейцарский проект «Развитие медицинского образования», 2022
© Алина Борисова, дизайн 2022

Людяність та емпатія

в сфере здравоохранения

пособие для преподавателей

идея и составление Анастасия Леухина

Ссылка на электронную версию:
mededu/library/ludianist-ta-empatia

Издание подготовлено в рамках реализации украино-швейцарского проекта «Развитие медицинского образования», который реализуется в Украине Швейцарским институтом тропического и общественного здравоохранения (Swiss TPH) при поддержке Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству (SDC). Проект финансируется Швейцарским агентством по развитию и сотрудничеству. Взгляды и идеи, представленные в этом издании, принадлежат авторам и не обязательно отражают взгляды Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству.

УДК

ISBN

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra
Швейцарська Конфедерація

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Бенефіціар проекту

Swiss TPH
Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut

РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
УКРАЇНО-ШВЕЙЦАРСЬКИЙ ПРОЕКТ

ГОРИЗОНТАЛІ

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие от команды проекта 11
Как возникла идея разработки курса 17
Почему человечность и эмпатия актуальны сегодня? 21
Что мы узнали из опроса о готовности врачей работать с людьми и спрос пациентов на человечность? 22
Как появилось это руководство 26
Авторский коллектив курса 29
Как вы можете использовать это руководство? 46
Истории успеха во внедрении курса 47

ЧАСТЬ I

Формат преподавания и его адаптация к потребностям различных целевых аудиторий 55
Содержательная структура курса 58
Как при преподавании курса можно использовать «Совсем не страшную книгу...» 61
Папа Юли 62
Как мы знаем, что пациент-ориентированный подход работает? 63

Тема 1. Человекоцентрированный подход 69
История о достоинстве, праве выбора и последней затяжке сигареты 73

Тема 2. Эмпатия 77
Как придать медицине человеческий облик? 79
История о Наталье, которая не обращается к врачам, пока не «доходит до критической точки» 79

Тема 3. Доверие в отношениях с пациентом. Консультация как пространство для построения партнерских отношений 87
История об Иванне и чутком нейрохирурге 89

Тема 4. Субъектность и автономия пациента. Профессиональные границы. 95
История о маме Марии и дилеммах лечения 97

Тема 5. Конфиденциальность 103
История о молодой врачихе и ее насмешках над ВИЧ-инфицированным геем 105

Тема 6. Кризисные эмоциональные состояния и плохие новости 111
История о Татьяне и новости в конверте 113

Тема 7. Конфликты и сложные разговоры 119
История о воинственной бабушке и ругательном анестезиологе 121

Тема 8. Толерантность и разнообразие: как и почему работать с разными людьми 127
История об Андрее и семейном враче, которая изменила его жизнь 129

ЧАСТЬ II
Собранные и разработанные методические материалы к занятиям по темам курса

Тема 1. Человекоцентрированный подход 137
Часть 1. Теоретические материалы 141
Часть 2. Практические задания. Кейс для обсуждения 149

Тема 2. Эмпатия 159
Часть 1. Теоретические материалы 163
Часть 2. Практические задания 169
Исследование и осознание собственных переживаний как обратная сторона эмпатии 177

Тема 3. Доверие в отношениях с пациентом. Консультация как пространство для построения партнерских отношений 191
Часть 1. Теоретические материалы 195
Модель клинической консультации Калгари-Кембридж 195
Часть 2. Практические задания 206

Тема 4. Субъектность и автономия пациента. Профессиональные границы. 213
Чем эта глава отличается от других по содержанию и структуре? 216
Часть 1. Теоретические материалы 217
Субъектность и границы 220
Как правильно предоставлять пациенту информацию и определять уровень детализации, необходимый каждому для принятия совместного решения 223
Часть 2. Практические задания 244

Тема 5. Конфиденциальность 247
Часть 1. Теоретические материалы 251
Понятия «информация» и «конфиденциальная информация» 251
Автономность, ее принципы, понятие «информативное согласие» 252
Конфиденциальность и принципы ее обеспечения. 253
Часть 2. Практические задания 258

Тема 6. Кризисные эмоциональные состояния и плохие новости 261
Часть 1. Теоретические материалы 265
Сообщение плохих новостей 265
Уход в конце жизни 272
Сообщение о смерти 274
Кризисные эмоциональные состояния 274
Психологическая помощь в случае тяжелой утраты 279
Часть 2. Практические задания 282
Книги и фильмы о жизненных кризисах 286

Тема 7. Пациенты в сложных ситуациях. Конфликт 289
Часть 1. Теоретические материалы 293
Часть 2. Практические задания 300

Тема 8. Толерантность и разнообразие 305
Часть 1. Теоретические материалы 309
Дискриминация 309
Межкультурное общение и культурное разнообразие 313
Часть 2. Практические задания 337

Вместо послесловия 341
История о маме Аллы и важность выбора слов 342
Чек-листы для медицинских работников и пациентов 347
Базовый чек-лист достоинства для медицинского работника 351
Базовый чек-лист уважения для пациента 355

Слова поддержки от лидеров мнений 360
Огромная благодарность 363

ПРЕДИСЛОВИЕ ОТ КОМАНДЫ ПРОЕКТА



Татьяна Степурко
руководительница офиса внедрения
Укр.(норв.-швед.) царского проекта «Развитие медическойо мира», преподавательница Национального (уни)верситет «Киево-Могилянская академия»

Мир меняется. В профессиональной и общественной сферах возникают новые проблемы, в которых мы чувствуем себя неуверенно. Прямо сейчас мы смотрим на прошлые рабочие моменты свежим взглядом и уже видим, что тот способ, которым мы в свое время справлялись с повседневностью и сложностями, уже перестал удовлетворять нас, а вероятно – и наше окружение, и, возможно, даже общество в целом. В определенный момент профессиональной жизни мы замечаем, что у нас есть пробелы в знаниях или навыках, но не видим, где можно было бы научиться новому. Наблюдаем за появлением новых решений, призванных облегчить решение стоящих перед нами задач.

Инновационные, актуальные и релевантные профессии, знания, навыки и способы их получения — то, что рождается в здоровом образовании. Образование и соответствующее пространство, созданное с теми, кто стремится к развитию, добавляют мотивации, уверенности, служат стимулом и основой для профессионального и личностного развития.

Украинско-швейцарский проект «Развитие медицинского образования» — это платформа, которая помогает преподавателям медицинских вузов, врачам и медсестрам комфортно и глубоко осваивать новые навыки и знания в кругу таких же неравнодушных и компетентных профессионалов. Консультант проекта Анастасия Леухина — мастер по изменению частиц этого мира к лучшему. Собрав в своей «Совсем не страшной книге…» истории пациентов, их родственников, врачей, медицинских сестер и управленцев, она дала нам понять, что существующая боль должна быть облегчена. Эта боль возникает из-за сложных ситуаций в здравоохранении. Она не столько физическая, сколько человеческая. Она касается отношения, коммуникации, ценностей человечности и достоинства.

Проект предложил Анастасии на основе кейсов «Совсем не страшной книги...», разработать образовательный продукт, который помог бы студентам высших медицинских учебных заведений, практикующим врачам и медсестрам разорвать круг недопонимания и взаимных обвинений и перейти на новый путь партнерского взаимодействия и эмпатичного отношения. Не обошлось и без «скрытого» замысла (по типу hidden curricula): полгода бок о бок медицинские педагоги разрабатывали курс, обучаясь (learning by doing) компетентностному подходу в образовании под наставничеством Анастасии.

На календаре сейчас подходит к концу сложный 2021 год, и первые шаги к оказанию медицинской помощи с большей степенью достоинства уже сделаны. Группа преподавателей медицинских вузов вместе с Анастасией разработала это руководство-путеводитель. Мы верим, что предложенные инструменты и приобретенные вами навыки дадут толчок к выходу новой книги Анастасии о достойном и гуманном взаимодействии пациентов и поставщиков медицинской помощи. Это лично мне придаст уверенности в том, что мы живем в мире, который ценит человеческую жизнь.



Анастасия Леухина,
консультант украино-швейцарского проекта «Развитие медицинского образования», тренер, а также фасилитатор, руководительница общественной организации «Горизонтали», автор книги «Совсем не страшной книги» и преподавательница Киевской школы экономики

Я начала работу в сфере здравоохранения с борьбы. Мой новорожденный сын Максимка умер за закрытыми дверями реанимации. Его бабушка стояла на холодной лестничной клетке под дверью в ту ночь. Ей никто не сообщил о Максимке и не дал возможности попрощаться. Она часто вспоминает стены под теми дверями, которые пестрили объявлениями. Эти объявления содержали много запретов и были написаны таким тоном, будто они созданы для заключенных колонии строгого режима, а не для родителей, находящихся в стрессе из-за критического состояния собственного ребенка. Запреты и жесткие требования ранили, отсутствие возможности быть с ребенком травмировало, а недостаток информации — убивал.

Кампания #пуститевреанимацию, которую я основала вместе с другими мамами, стала одним из первых низовых пациентских движений в Украине, которое не только боролось против системы, но и отстояло для людей право быть рядом с родными, когда те находятся в реанимации. Это была большая победа: Минздрав утвердил приказ, мы как пациентское сообщество почувствовали силу объединения.

Прошли годы, практика доступа сильно отличалась от больницы к больнице: приказ был один, а медработники и администраторы в учреждениях — разные. В одних больницах посещение было беспрепятственным 24/7. Другие нарушали приказ, устанавливая часы посещения или держа двери закрытыми. Наше исследование мнения пациентов и посетителей показало, что самыми большими проблемами для них являются отсутствие доступа, недостаточная информация о пациенте и плохое отношение медперсонала. Пациенты и их семьи испытывают большую потребность в улучшении коммуникации.

Я поняла, что просто приказать врачам и администраторам открыть реанимационные отделения недостаточно. Важно изменить парадигму отношений между медицинскими работниками и пациентами. Я много училась фасилитации – в значительной степени для того, чтобы иметь инструменты, помогающие пациентам и врачам лучше понимать друг друга. Благодаря профессиональной подготовке в области миротворчества, двадцатилетнему преподаванию переговоров и коммуникаций и десяти годам изучения процессуальной психологии мне удалось привнести знания по разрешению конфликтов в это взаимодействие.

Она требовала исследовать феномены и экспериментировать с различными форматами – от обучения медработников, чтобы поделиться коммуникационными инструментами, до терапевтических диалогов, чтобы услышать и понять их боль. К моему удивлению, боли было много. Я знала о различных измерениях боли пациентов, но не осознавала, что болит также и врачам, и медсестрам, и какова эта боль, и почему они так сопротивляются открытости и честности в отношениях.

Эти диалоги в сочетании с моей внутренней работой и собственной терапией травм изменили мое видение отношений между медицинским работником и пациентом. Раньше я возлагала всю ответственность за эти отношения на медицинских работников, считала их виновными во многих проблемах. Сейчас я понимаю, что эти отношения — наша общая ответственность. Что пациент и врач или медсестра на равных отвечают за качество диалога и уровень доверия друг к другу. А доверие напрямую влияет на результаты лечения. И нам важно учиться налаживать этот диалог с обеих сторон.

Поэтому этот курс и пособие — исследование того, как перейти от патернализма или потребительского отношения к подлинному партнерству. Впереди у нас ещё долгий путь, и я невероятно рада, что нам удалось собрать эту команду соавторов и найти возможности сделать эти первые шаги вместе.



Елена Игнащук,
координаторка украинско-швейцарского проекта «Развитие медицинского образования»

По образованию я врач, у меня есть опыт преподавания в медицинском университете. Проходя все этапы обучения — в университете, в магистратуре, интернатуре, аспирантуре — я ощущала недостаток знаний о работе с людьми. Мне повезло с преподавателями – это прекрасные люди, которые собственным примером эмпатичного отношения показали, что человечное отношение в медицине возможно.

Однако этого не было в учебной программе. Во время занятий я не получила никаких инструментов, алгоритмов, схем коммуникации в медицине, касающихся практик человекоцентрированного подхода. Только стандартные медицинские схемы типового опроса и сбора анамнеза.

Как выходить из сложных ситуаций? Как сообщать людям плохие новости? Как общаться с разными людьми, которые приходят к тебе на прием? — все это я делала интуитивно, опираясь на собственные представления, а не на знания и навыки.

Когда я прочитала «Совсем не страшную книгу...» Анастасии Леухиной[1] , мне было очень обидно узнать, что пациенты так часто оказываются в ситуациях, когда отсутствует взаимопонимание с медработниками, когда они недополучают или не получают вообще той поддержки, в которой нуждаются, когда они остаются наедине со своими страхами и болью, и что медицинские работники обычно не обладают знаниями и навыками, которые помогли бы им общаться с пациентами с человечностью и эмпатией.

[1] Анастасия Леухина. Совсем не страшная книга. О жизни, смерти и всем, что между ними. - Киев: Дух и Литера, 2020. - 368 с.

Когда мы, команда проекта, начали обсуждать идею создания такого курса и пособия, нас охватило невероятное чувство вдохновения от того, что мы делаем важное и полезное дело. Важное на каждом этапе образования – высшем и последипломном, важное для врачей и медсестер. И главное – важное для пациентов, которые хотят, чтобы их слышали, их мнение учитывали при принятии решений, их границы уважали, и чтобы врач мог поддержать их в сложных ситуациях.



Мария Храпачева,

редактор, основательница Студии «Дальше за текстом»

С пособием «Человечность и эмпатия в здравоохранении» я познакомилась на той стадии, когда издание должно было быть тонкой методичкой – носителем основных идей, предложенных участницами украино-швейцарского проекта «Развитие медицинского образования». Черновик методического пособия представлял собой набор таблиц с пояснениями, собранных в Google-документе. Я читала и ловила себя на ощущении, будто наконец-то исполняется мое очень важное и глубокое желание, и я очень хочу, чтобы эти тексты были додуманы, дописаны и сведены не просто в линейную цепочку, а в стройный сияющий многогранник.

В последующие несколько месяцев методичка увеличилась в десять раз и превратилась в будущее пособие, в котором прежние комментарии к табличкам уже составляли полноценное содержательное «мясо» всего того, что должны усвоить медицинские работники, которых этому будут обучать. Человечность, этика, экологическая коммуникация, приоритет личного человеческого достоинства в любых ситуациях с участием медицинских работников и пациентов, эмпатия, доверие и сотрудничество ради охраны здоровья.

Материалы пособия сгруппированы в две части: методические основы и рекомендации в сочетании с примерами-историями — в первой, а собственно учебная конкретика — во второй. Некоторые разделы пособия вызвали вопросы: действительно ли соседние темы схожи по плотности наполнения, и все ли релевантное попало в них и нашло должное место и надлежащую форму выражения.

Некоторые темы вызывали «сопротивление материала», ведь что-то бывает сложным не само по себе, а с учетом контекста и личного опыта людей — медицинских работников-педагогов, — которые взялись переводить огромный объем современных немедицинских гуманитарных знаний для своих коллег. Эти знания и навыки передовые и новые – и они востребованы, и им пора становиться медицинскими.

Наблюдение за тем, насколько работа для соавторов пособия оказалась порой непростой, показывает, что этим людям, первопроходцам, очень и очень важно, чтобы человечность, эмпатия и экологическая коммуникация стали для медицинского сообщества понятными и повсеместно используемыми. Время от времени меня восхищает сила мотивации этих людей. Ведь работа соавторов пособия важна для всей системы здравоохранения, а значит, для каждого человека, потому что пациентами бываем мы все.

Большинству материалов в пособии предшествуют имена тех, кто над ними работал. Все остальное написано Анастасией Леухиной.

Мое следующее желание — дождаться, когда на основе этого издания в медицинских вузах будут разработаны учебные курсы, а выпускники начнут применять пациент-центрированный подход, и все это будет способствовать более здоровому здравоохранению, а также принесет плодотворную обратную связь, благодаря которой появится следующая версия пособия о человечности и эмпатии – еще более совершенная.



Алина Борисова,

графический дизайнер, соучредительница проекта Intozine

Люблю делать проекты, которые люди создают из своего внутреннего порыва, как дело жизни, и которые могут что-то менять в мире. Тема эмпатии, когда Анастасия предложила мне принять участие в работе над этим изданием, сказав, что хочет, чтобы я «вложила свое тепло и эмпатичность» в этот проект, очень меня привлекла. Эмпатия — это моя сила, которую я хочу нести в проекты, которыми занимаюсь.

КАК ВОЗНИКЛА ИДЕЯ РАЗРАБОТКИ КУРСА

Наблюдая за диалогами внутри медицинского и пациентского сообществ, за историями, появляющимися в СМИ, можно заметить, что между пациентами и медицинскими работниками существует довольно большая напряженность. Медицинским работникам сложно выдерживать нагрузку, они измучены усталостью и эмоциональным выгоранием, они напряжены из-за высокой турбулентности внутри системы здравоохранения и нерешенности множества финансовых, юридических и социальных вопросов на рабочем месте. Они измотаны внутренними конфликтами и часто переносят их последствия вовне, в отношения с пациентами и их семьями. Медицинским работникам нужно признание и благодарность — от государства, от руководства, от пациентов и общества в целом, но они не получают их в достаточных количествах.

Пациенты, с другой стороны, тоже находятся в напряжении. Их собственный опыт и истории других людей дают много поводов для страха и настороженности. Пациенты часто становятся заложниками организационных изменений. Они жалуются, что не получают не только достаточного уважения и понимания, но даже базовой информации о состоянии здоровья (своем или членов своей семьи). Напряжение в коридорах и палатах лечебных учреждений, вызванное низким уровнем доверия, создает довольно враждебную атмосферу, в которой некомфортно находиться всем сторонам: ни врачи, ни пациенты не чувствуют себя в безопасности.

Такую ситуацию вызывают несколько факторов. Это:

Во-первых, **авторитарная культура взаимодействия внутри больниц, которая стимулирует патерналистский подход к работе с пациентами**. Внутри медицинской профессии существует много ролевых моделей высокомерного отношения к персоналу и пациентам, однако слишком мало моделей уважения и партнерства. Молодые специалисты наблюдают за опытными маэстро и воспроизводят этот стиль в своей работе.

Во-вторых, **отсутствие обучения навыкам коммуникации и управлению собственными и чужими эмоциями в программах подготовки врачей и медсестёр.** Многие врачи и медсестры хотят лучше налаживать коммуникацию и разрешать конфликты, но просто не умеют этого делать. Все их предыдущее обучение было построено вокруг работы с телом и болезнью; работе с людьми уделялось мало внимания.

Все обучение медицинских работников было построено вокруг работы с телом и болезнью; работе с людьми уделялось мало внимания

В одном из разделов «Совсем не страшной книги...» сформулированы низкие ожидания пациентов от медицинских работников. Мол, чтобы не разочароваться, ничего не ждите. Мы, проектная команда пособия, хотим изменить эту ситуацию. Поднять планку качества в отношениях, создать пространство для партнерского взаимодействия и повысить уровень удовлетворенности отношениями «медицинский работник — пациент», параллельно позаботившись об эмоциональном ресурсе медицинских работников.

Чего ожидать от медперсонала?

Пока что приходится констатировать очевидное: большинство украинских врачей и медсестёр не умеют должным образом сообщать людям о тяжёлом диагнозе или смерти. Пациенты отмечают, что медицинские работники избегают этих разговоров, надеясь, что кто-то другой сделает это за них. Но этого другого никак не появляется. Разговаривать с пациентами и их родственниками о неизлечимых болезнях или смерти — важная, но очень сложная часть врачебной практики. И она кажется в сто раз тяжелее из-за отсутствия у медработников соответствующих навыков и подготовки, а иногда и собственного эмоционального ресурса.

Хотелось бы думать, что в критические моменты врачи и все, кто сталкивается с пациентом, будут проявлять понимание, оказывать психологическую поддержку и давать взвешенные советы. На самом же деле лучшая стратегия для пациентов и их семей – не иметь ожиданий. Поведение медицинских работников в таких ситуациях бывает очень разным и зависит от конкретного человека, его состояния. Поэтому если вам попался человечный врач – радуйтесь и благодарите, если нет – постарайтесь не расстраиваться и не тратьте силы на раздражение.

Лучшая стратегия — не строить ожиданий

Медицинские работники тоже тяжело переживают плохие новости о своих пациентах, но не научены поддерживать ни себя, ни больных. Они сильно эмоционально выгорают еще и потому, что в украинских условиях не предусмотрены выходные или профессиональная психологическая помощь на тот период, когда им нужно справиться

смертью пациента. Они тоже часто чувствуют себя беспомощными или злятся, что не смогли спасти, и избегают контактов с родственниками умершего пациента, в том числе и для того, чтобы не показать свои настоящие чувства, с которыми не знают, как справиться.

Иногда избегание разговоров – единственный известный способ предотвратить выгорание и сохранить энергию. Так и получается, что пациенты и их семьи, в определенном смысле, остаются наедине с несообщенными плохими новостями[1] .

Поэтому данное руководство — попытка интегрировать практическое обучение коммуникациям и работе с конфликтами в медицинскую практику. Вместо настроек высокомерия и неуважения к пациентам мы создаем настройки человечности и открытости в построении отношений между медицинскими работниками и пациентами. Именно хорошие отношения станут основным показателем качества и эффективности в медицине будущего. А их нужно уметь выстраивать и развивать.

[1] Анастасия Леухина. Совсем не страшная книга. О жизни, смерти и всем, что между ними. – Киев: Дух и Литера, 2020. – 368 с.

Вместо прошивки высокомерия и неуважения к пациентам мы создаем прошивкулюдяностиитавидкритости

Новая прошивка состоит из нескольких компонентов: корректная работа с рангами через переход от патерналистских к партнерским отношениям, качественные коммуникации и работа с конфликтными ситуациями.

Ранги – это привилегии, источники субъектности и силы человека в различных контекстах. Они бывают разные – например, профессиональные, социальные, психологические, духовные. В отношениях пациент – врач ранг есть у обеих сторон. У врача и медсестры он коренится в знаниях и опыте, накопленных годами или десятилетиями работы.

У пациента — в его экспертности в вопросах собственной жизни, ценностях, понимании своего пути и ответственности за собственное здоровье. В украинских реалиях часто можно наблюдать перекосы в использовании рангов: пациент не умеет или пренебрегает собственным рангом и силой, а врач, преувеличивая полномочия, злоупотребляет своим рангом и решает за пациента, чем обесценивает его пациентский ранг. Это необходимо изменить – прежде всего для того, чтобы защитить врача от чрезмерной ответственности и обвинений. И чтобы уменьшить психологическое давление на него/нее. Именно поэтому мы будем говорить о необходимости переходить от патерналистского подхода к партнерскому формату отношений с пациентами.

Хорошие коммуникации – основной инструмент построения доверия и работы практически со всеми вызовами. Все можно решить через диалог. Качественные – простые и продуманные – коммуникации сейчас спасают много жизней от ковида (и не только). Плохие коммуникации убивают. Иногда в прямом смысле этого слова.

Конфликты отнимают у врачей много времени и энергии, поэтому умение работать с ними, фасилитировать их, может сэкономить медицинским работникам много сил. Фасилитация предполагает умение слышать и понимать различные стороны конфликта, отслеживать динамику отношений между ними и находить решения, которые снижают эмоциональную напряженность и улучшают отношения. В отличие от директивного подхода к ведению пациентов или преподаванию, в котором происходит передача единственно правильной истины от одной стороны к другой, фасилитация позволяет исследовать различные точки зрения и найти хорошее решение для разных сторон с учетом их интересов, видений, страхов и опасений.

(Х)оро коммуникации, корректная работа с рангами, грамотное урегулирование конфликтов может творить чудеса

Переход от патернализма (когда кто-то стоит выше) к партнерству (когда мы на равных) необходим и в организациях, и в образовательных программах, и на уровне «медицинский работник — пациент». Сдвиг культуры преподавания в медицинских вузах в сторону содействия различным взглядам и построения отношений с участниками учебных программ повлияет и на отношения врач – пациент в лечебном контексте – ведь более партнерские и равные учебные отношения и форматы помогут врачам и медсестрам лучше ощутить все преимущества хорошо выстроенных отношений. Медицинские работники, которые пройдут через уважение и партнерское отношение преподавателей, не смогут больше с легкостью практиковать авторитаризм на своем приеме.

ПОЧЕМУ ЧЕЛОВЕЧНОСТЬ И ЭМПАТИЯ АКТУАЛЬНЫ СЕЙЧАС?

Вероятно, это не полный список аргументов в поддержку тезиса об актуальности эмпатии, поэтому вы сможете обсудить этот вопрос со своими слушателями и дополнить его.

В медицину проникают изменения в технологиях – искусственный интеллект, дистанционное консультирование, свободный доступ к огромным объемам медицинской информации, исследований и протоколов лечения, а также многие другие технологии взаимодействия с пациентом. Еще немного, и эмпатия и умение общаться с пациентом останутся едва ли не единственным (здесь я немного преувеличиваю, но все же) преимуществом живого врача перед роботом или базой данных. И эта конкуренция может быть жестокой.

Изменения в системе финансирования — перспектива финансирования, в основе которого лежит принцип оплаты клиентом или государственным заказчиком медицинских услуг за конкретного человека, а не за количество койко-мест, даже в Украине уже наступили. Уровень удовлетворенности пациента будет влиять на уровень финансирования медицинских учреждений. А эмпатическая коммуникация всегда получит при опросе пациента больше баллов, чем защитная отстраненность. Конкуренция за пациента уже понемногу разворачивается, и выигрывать будут не столько оборудование и здания, сколько люди, персонал и их отношение к пациентам.

Дефицит кадров — уже очень острая проблема для многих больниц, и конкуренция за сотрудников в условиях миграции за границу будет становиться всё более жесткой. Исследования показывают, что в 80 % случаев причины эмоционального выгорания персонала кроются в системных факторах и организации работы, и лишь в 20 % — в личных причинах[1] . Поэтому эмпатию важно развивать не только в отношении пациентов, но и в отношении коллег, собственного персонала. Ведь невозможно улучшить отношение к пациентам, не улучшая отношение к персоналу. Интеграция эмпатии в организационную культуру медицинских учреждений и практику работы с персоналом может стать важным конкурентным преимуществом в войне за таланты.

Жалобы пациентов — источник стресса и фрустраций, а также пожиратель времени как медицинских сотрудников, так и администрации[2] . Иностранные исследования показывают, что большая часть жалоб вызвана плохой коммуникацией. Анализ жалоб на молодых врачей выявил четыре основные темы: невербальная коммуникация (зрительный контакт, мимика и язык тела), вербальная коммуникация (умение слушать и уместность в выборе слов), содержание (неправильный выбор количества и качества при предоставлении информации), а также плохое отношение (недостаток уважения и эмпатии)[3] .

[1]Алла Бойко, презентация, Партнерский курс «Лучшие практики управления медицинским учреждением», Выгорание у медиков .

[2] Abdelrahman, W., & Abdelmageed, A. (2017). Понимание жалоб пациентов. BMJ: British Medical Journal, 356. URL: www.bmj.com/content/356/bmj.j452

[3]Kee, J. W., Khoo, H. S., Lim, I., & Koh, M. Y. (2018). Коммуникационные навыки в взаимодействии между врачом и пациентом: обучение на основе жалоб пациентов. Health Professions Education, 4(2), 97-106. URL: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452301116301225

ЧТО МЫ УЗНАЛИ ИЗ ОПРОСА О ГОТОВНОСТИ ВРАЧЕЙ РАБОТАТЬ С ЛЮДЬМИ И СПРОСЕ ПАЦИЕНТОВ НА ЧЕЛОВЕЧНОСТЬ?

Начиная работу над учебным курсом, который предшествовал написанию данного пособия, мы поинтересовались у студентов медицинских вузов и практикующих врачей, насколько подготовленными к работе с людьми они себя чувствуют сегодня. Результаты опроса 468 студентов и 167 практикующих врачей показали, что лишь 7,5% студентов и 19,7% врачей считают себя полностью подготовленными к работе с людьми. Таким образом, актуальность учебного курса по коммуникации и взаимодействию врача и пациента не вызывает сомнений ни у одной из аудиторий.

готовыми к работе с людьми
7,5% студентов и 19,7% врачей считают себя

При планировании содержания курса мы стремились не только отразить точку зрения педагогов, но и удовлетворить актуальный спрос студентов и врачей на обучение работе с людьми, поэтому также поинтересовались их ожиданиями относительно тем, которые они хотели бы видеть в учебном курсе. Выяснилось, что наиболее востребованными являются темы работы со «сложными» пациентами, взаимоотношений врач – пациент и донесения правды пациенту. Все эти ожидания нашли свое отражение в целях и содержании курса «Эмпатия и человечность в работе медицинского работника»

В процессе разработки курса мы также нашли несколько современных украинских исследований, которые показывают, что спрос на уважение и более эмпатичную коммуникацию среди пациентов довольно высок.

ОО «Афина» провела опрос онкопациентов (2019). В вопросе о лучшем источнике информации о лечении врачи занимают последнее место (11%) после групп онкопациентов (70%) и интернета (30%). И это, скорее всего, свидетельствует не об отсутствии знаний, а о низком уровне коммуникации и способности врачей к диалогу.

С помощью Info Sapiens мы провели анализ ответов на открытый вопрос о 5 качествах врача, которые онкопациенты в этом опросе называют важными, и получили интересные данные. Мы сгруппировали ответы респондентов по 5 категориям. Наиболее важными качествами врача оказались:

Профессионализм – компетентность, опыт, постоянное развитие в своей сфере, любознательность, талант и ум	82%
Эмоциональный интеллект – человечность, эмпатичность, чуткость, уважение, тактичность, терпение, толерантность, забота	72%
Позитивность и порядочность – честность, доброта, порядочность, открытость, чувство юмора, неподкупность	61%
Коммуникабельность – внимательность, умение слушать и объяснять, контактность и четкость	50%
Профессиональные качества – пунктуальность, ответственность, вежливость, доступность, умение признавать ошибки, смелость и целеустремленность	34%

Из этих данных видно, что — помимо профессионализма — эмоциональный интеллект, позитивный настрой и порядочность, коммуникабельность и профессиональные качества занимают чрезвычайно высокие позиции в рейтинге качеств медицинского работника, важных для пациента. Если объединить ответы об эмоциональном интеллекте и коммуникабельности (которая невозможна без высокого уровня эмоционального развития) с позитивным настроем и порядочностью в одну категорию «мягких навыков», то такие «мягкие навыки» превзойдут профессионализм.

Мягкие навыки: эмоциональный интеллект, позитив и порядочность, коммуникабельность	96%
Профессионализм	82%
Профессиональные качества	34%

Это не означает, что люди будут выбирать среди врачей тех, кто хорошо говорит. Это означает, что и профессионализм, и мягкие навыки являются неотъемлемыми составляющими профессионализма медицинского работника. Не «или – или», а оба одновременно: и IQ, и EQ.

В исследовании практик открытости отделений интенсивной терапии, проведенном общественной организацией «Горизонтали» в партнерстве с Info Sapiens (2019), видно, что самыми сложными и болезненными моментами пребывания в ОИТ для пациентов и их семей были отношение персонала (23%), ограничение возможности контакта и ухода (16%) и недостаток информации (8%). Интересным фактом является то, что эти «мягкие моменты» в отношениях беспокоили родственников даже больше, чем критическое состояние пациента или финансовые вопросы, связанные с его лечением.

Довольно часто врачи и медсестры в ходе дискуссий задаются вопросом: должны ли коммуникативные навыки быть базовыми компетенциями или они лишь дополнение к медицинским знаниям и умениям. Эти исследования показывают, что со стороны пациентов существует большой спрос на человеческое отношение и качественную коммуникацию, что профессионализм врача/медсестры состоит не только из медицинских знаний и технических навыков проведения медицинских манипуляций. Умение общаться, строить диалог, слушать пациента и учитывать его эмоциональное состояние важны наравне с медицинскими компетенциями.

Что было бы для вас или вашего близкого человека самым сложным, самым болезненным или самым унизительным моментом во время пребывания в отделении интенсивной терапии?

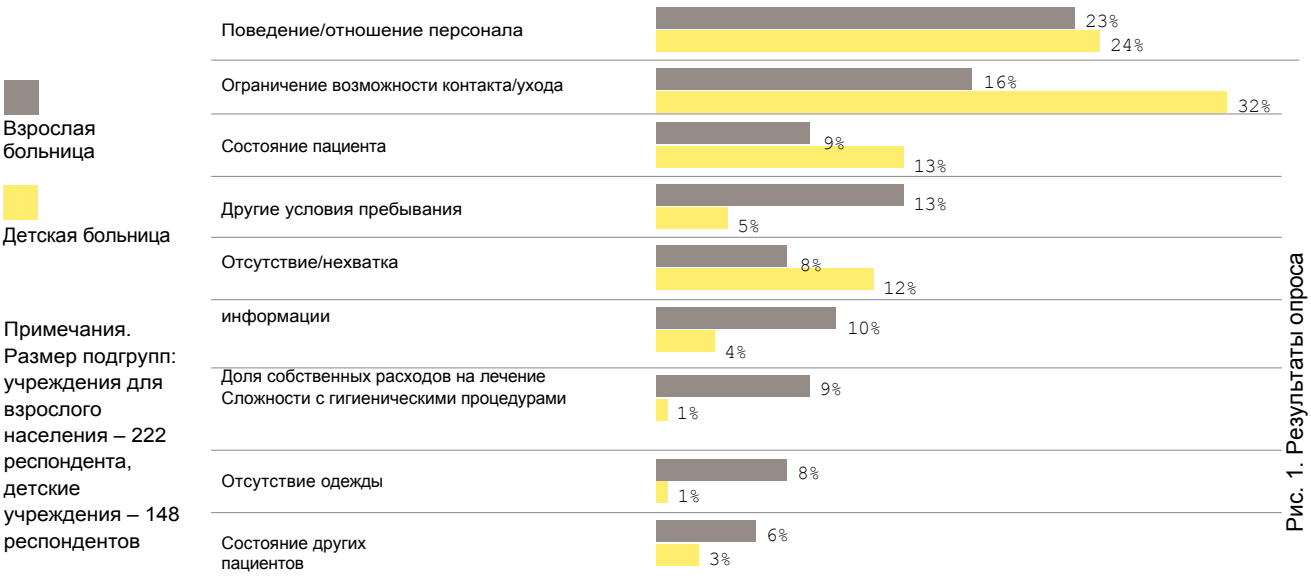


Рис. 1. Результаты опроса

Ответы на вопрос «Что может улучшить взаимодействие между персоналом и посетителями?» показали, что 4 наиболее популярных предложения респондентов касались именно эмпатичной коммуникации, а именно (1) лучшая коммуникация и понятные правила (34%), более человечная позиция персонала (14%), упрощение режима доступа (12%) и взаимопонимание обеих сторон (11%).

В ответ на жалобы пациентов об отсутствии достаточного общения врачи часто упоминают о том, что их дело — лечить, а общаться и оказывать поддержку должны психологи. Но у пациентов другое мнение: лишь 2% считают, что оказание психологической помощи решит проблему. Таким образом, ожидание «встроенной функции эмпатии» довольно распространено среди украинских пациентов.

Что, по вашему мнению, может улучшить взаимодействие между медперсоналом и посетителями в отделении интенсивной терапии?

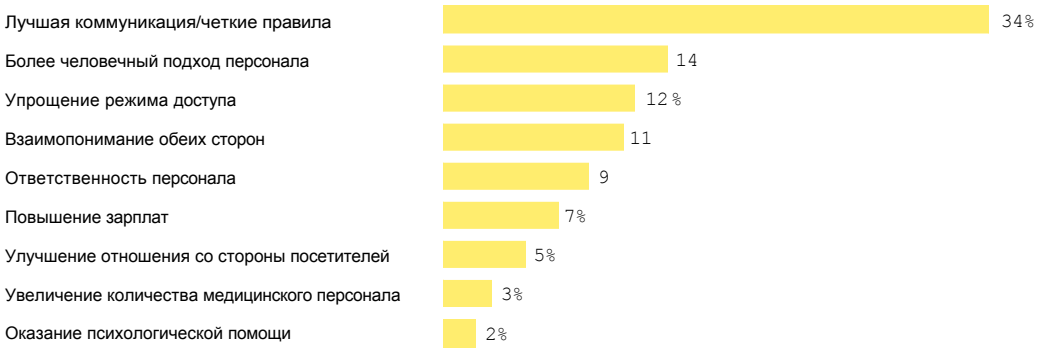


Рис. 2. Результаты опроса

Поэтому улучшение коммуникации и более человечное отношение необходимы как медицинским работникам, так и пациентам. Приглашаем вас вместе с нами изучать эти темы и экспериментировать.

КАК ПОЯВИЛСЯ ЭТОТ « »

Идея разработки курса возникла из книги «Совсем не страшная книга о жизни, смерти и всем, что между ними». Эта книга стала для врачей и медсестер проводником в мир пациентов, дала примеры и понимание того, что ранит пациентов и от чего больше всего страдают они и их семьи, а также — что они больше всего ценят и за что благодарны медицинскому персоналу в непосредственном контакте.

Книга стала инструментом продвижения более гуманного и эмпатичного отношения к пациентам и врачам в рамках системы здравоохранения. Я долго решалась на разработку курса для врачей и медсестер: у меня было много (преимущественно негативного) опыта взаимодействия с медицинскими работниками, но мне не хватало врачебной точки зрения на отношения с пациентами — я недостаточно понимала врачебный фокус и болевые точки. Поэтому я решила найти партнеров для совместной работы среди врачей и коллег-педагогов из разных медицинских вузов. Ведь именно они лучше понимают как потребности медицинских работников и студентов, так и способы донесения информации до них. А истории из книги стали нашими помощниками — они легко трансформируются в кейсы для обсуждения или ролевые игры для анализа.

Благодаря украино-швейцарскому проекту «Развитие медицинского образования» мы провели конкурсный набор и пригласили к совместной работе 15 преподавателей и практикующих врачей из семи медицинских вузов Украины. В ходе регулярных встреч на протяжении шести месяцев мы совместно определяли цели и содержательные рамки курса, выбирали основные направления и расставляли приоритеты. Все идеи и наработки проходили через фильтры различных стейкхолдеров: педагогов, медработников, врачей, медсестер и, конечно, пациентов. Довольно часто это создавало напряжение и необходимое трение, чтобы исследовать противоположные позиции, найти золотую середину и не впадать в крайности. Весь этот процесс мы называли мастерской по разработке курса, а ее участниц — мастерицами. Ведь именно мастерская — это пространство для экспериментов, для безопасного обучения, поиска форм и оттачивания навыков.

Все идеи и наработки проходили через фильтры различных стейкхолдеров

Дискуссии в начале были оживленными: мы искали баланс между поверхностной программой, охватывающей широкий спектр вопросов, и тренингом навыков

по коммуникациям и использованию протоколов для взаимодействия с людьми. По итогам этих интенсивных обсуждений мы пришли к выводу, что курс важно построить вокруг пациент-ориентированной модели как основной идеи обучения и раскрыть её практическое применение в восьми частях. У нас было много споров о том, можем ли мы добавить блок по развитию эмоционального интеллекта и саморегуляции в стрессовых условиях для эмоциональной безопасности и профилактики выгорания медработников — и мы пришли к согласию, что такой курс стоит разработать отдельно.

Во время работы над программой мы совместно исследовали и пришли к консенсусу по следующим вопросам:

- как изучить проблемные зоны и потребности целевой аудитории, чтобы учесть их при разработке; как построить логику учебного курса;
- как выбрать фокус и приоритет курса и избежать привычного «чем больше, тем лучше»;
- какие вопросы и блоки должны раскрывать основную тему;
- какой список знаний и установок нужно интегрировать в курс, какие методы и форматы выбрать для отработки навыков;
- как использовать сторителлинг и привносить голоса пациентов в преподавание для медработников; как фасилитировать сложные и неоднозначные дискуссии во время преподавания.

Формат мастер-класса предполагал фасилитацию работы группы и создание пространства для совместного изучения точек соприкосновения в условиях разнообразия. Каждая из участниц стала со-фасилитатором и соавтором курса. Участницы в малых группах готовили каждую сессию и разрабатывали методические части пособия, а также обсуждали, давали обратную связь и согласовывали содержательное наполнение. Мы вместе учились не только создавать новый учебный курс, но и пробовали новые интерактивные методы преподавания.

Фасилитация работы группы и пространство для совместного исследования в условиях разнородности

Меня не покидает мысль, что мне достались очень особенные группы и участники. Я ожидала более консервативную аудиторию с интенсивным сопротивлением

к изменениям. Меня вдохновляет открытость людей к новому и их серьезное отношение к собственному профессиональному росту.

Участницам иногда было непросто представлять свою работу для обсуждения с коллегами из других вузов. Ощущался стресс, связанный с ожидаемой критикой проведенной сессии. В этой напряженности особенно ощущался дискомфорт от осознания участницами собственной неидеальности. Но без этого дискомфорта изменения невозможны. Поэтому мы научились использовать его в здоровых дозах, чтобы оттачивать себя, свои позиции и навыки.

Благодаря тому, что у нас вместо «единственного транслятора истины» было много версий и индивидуальных голосов, а также саморефлексия, каждая участница смогла:

- изучить лучшие мировые практики и инновации,
- сравнить свое отношение к различным вопросам с ними,
- обучиться новым подходам через совместное преподавание новых для себя тем — ведь доказано, что мы лучше всего учимся, когда обучаем других.

Мы пришли к выводу, что создание пространства для исследования практик, предубеждений, вербальных и невербальных сигналов, а также фасилитация совместного поиска вариантов ответов является эффективным подходом к рассмотрению человеческого взаимодействия в профессиональном медицинском контексте. Ведь человеческое взаимодействие не терпит алгоритмов – люди, ситуации и вызовы всегда разные, поэтому медицинским работникам важно знать себя и свои реакции, а также владеть основными коммуникационными инструментами для работы с напряжениями во всем их многообразии.

Человеческое взаимодействие не терпит алгоритмов

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИ КУРСА В





АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ КУРСА

Мы пригласили в команду врачей и преподавателей с разным опытом работы: как в бакалавриате по сестринскому делу, так и в программах последипломного образования, с опытом преподавания медсестрам, с опытом работы за рубежом и в Украине. Разнообразие и пространство для него стали критериями, в соответствии с которыми мы создали широкую основу для обеспечения качества и учета различных подходов.

Поэтому рады представить вам соавторов нашего курса:

Ирина Боровик

доц ткакафедритерап.иитасимейной медицины. Тернопольский национальный медицинскийскийу ниверситет имени Ивана Горбачевского



«Зависит ли уровень эмпатии от возраста, пола, опыта, специализации медицинского работника? Возможно ли развить эмпатию и каким образом? Больше всего запомнилась неожиданная для меня слаженность работы, энтузиазм, желание коллег, которые раньше мало знали друг друга, работать вместе, со временем мы стали командой, в которой прислушиваются и учитывают мнение каждого».

Дарья Богдан

координатор по развитию потенциала и мониторингу и оценке проекта «Развитие медицинского образования»



«Я до сих пор вспоминаю своего хирурга Живодерникова и помню его не столько по фамилии, сколько за то, что он лечил не только мою руку и даже не только моих родителей — он общался и с уважением относился ко мне, девятилетней девочке, как к пациентке. Он с пониманием относился к моему страху и боли. Именно благодаря способности и готовности этого хирурга с пониманием отнестись ко мне, моему состоянию, моим переживаниям в моей памяти сохранился не травматический, а «приключенческий» опыт.

Итак, эмпатия не зависит ни от возраста, ни от пола, ни от страны, в которой ты родился, и даже не от фамилии. Я присоединилась к команде мастериц, работавших над курсом, с «социально-рабочей» верой в ценность эмпатии и способность каждого человека меняться. Конечно, для приобретения этого навыка — навыка сопереживания — важно не только прочитать «книгу об эмпатии», но и ответить для себя на вопросы: зачем мне как врачу это нужно, не станет ли это дополнительным бременем, которое только усугубит выгорание, достаточно ли у меня времени для проявлений эмпатии, как эмпатия может влиять на качество профессиональной жизни врача, какое влияние она может оказать на качество отношений с пациентом и результаты его лечения и т. д. Дискуссии вокруг всех этих вопросов, вокруг всех «за» и «против» были ценны своей разносторонностью, откровенностью и глубиной. Это был чрезвычайно ценный и яркий опыт, за который я благодарна всем причастным!»

Наталья Галияш

доцент кафедры педиатрии №2, Тернопольский национальный медицинский университет имени Ивана Горбачевского



«Сейчас все мы говорим о человечности и эмпатии медицинских работников, но, на мой взгляд, большинство из них по своей природе являются человечными. Ведь они выбрали благородную профессию, помогая людям в трудных ситуациях. Так почему же мы так часто сталкиваемся с отсутствием этой человечности в медицинских учреждениях? На мой взгляд, проблема заключается в вытеснении преподавания так называемых soft skills из учебных планов медицинских вузов.

Во время разработки этого курса меня, конечно же, поразило количество неравнодушных, высокопрофессиональных, горящих энтузиазмом преподавателей-медиков, готовых бросить вызов современности, чтобы вместе формировать лучшие медицинские кадры, более совершенное медицинское общество и более качественную медицинскую помощь в Украине. Из того, что запомнилось – разнообразие мнений, взглядов, пережитого опыта. Восхищаюсь профессионализмом, настойчивостью и энтузиазмом нашей фасилитаторши Анастасии Леухиной, которая осмелилась поднять тему человечности в медицине на новый уровень и продуктивно объединить всех нас для создания крайне важного курса».



Анастасия Горецкая

руководитель психологической службы Учебно-научного института качества образования, Харьковский национальный медицинский университет

Ольга Говардовская

ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии, Харьковский национальный медицинский университет



«Как оценивать первоначальную готовность людей быть или не быть врачом (и, соответственно, их способность и готовность к эмпатии и тому подобному)? Как оценивать это в процессе обучения на всех его уровнях? Очень часто требования, которые предъявляют пациенты к врачам, выходят за пределы их функциональных обязанностей и полномочий, что создает диссонанс. Что нужно сделать/изменить, чтобы достичь гармонии в этом вопросе? В ходе работы над курсом соавторов поразили их личный опыт, жизненные истории, взгляды на проблемные вопросы, наработки».

Елена Горская

преподаватель кафедры медико-профилактических дисциплин и лабораторной диагностики
Донецкая медицинская академия



«Создание курса и написание пособия совпали у меня с личным опытом. Я почувствовала, насколько это важно, когда налажена коммуникация, когда пациент и врач — это партнеры, когда тебя слушают и слышат, предоставляют информацию и возможность выбора, когда тебя спрашивают. И я поняла, что меня как врача этому не учили. Как пациент — я в этом нуждаюсь. Как преподаватель — я этому не учу. Я знала, что будет тяжело эмоционально, да и физически, но я приняла решение приступить к работе.

Мысли, которые стали для меня фаворитами:

«Люди идут на человечность»,
«Пациентам важны не только профессиональные навыки»,
«Эмпатия не равна выгоранию».

Бесконечно благодарна всем и каждой участнице мастер-класса. Мастер-класс стал для меня огромной поддержкой в моей личной истории».

София Гусак

доцент кафедры внутренней медицины №2 Тернопольского национального медицинского университета имени Ивана Горбачевского



«В преподавании курса паллиативной медицины мне очень помогла «Совсем не страшная книга», которая произвела на меня большое впечатление и благодаря которой я глубже поняла сферу паллиативной поддержки в последние дни и месяцы жизни пациентов. Поскольку курс новый, программа курса требует доработки. Как ее улучшить? Как донести до слушателей курса самое важное и, вообще, как привлечь внимание студентов к этой, очень актуальной на сегодняшний день, теме? Как научить будущих врачей правилам эффективной коммуникации, фундаментом которой является эмпатия? В поисках ответов на эти вопросы я попала на мастерскую.

Во время мастер-класса мне больше всего запомнилась совместная работа авторов, дискуссии, сомнения и множество вопросов, которые в итоге и помогли нам найти истину. Я открыла для себя новые горизонты в понимании отношений «пациент — врач». Успешное лечение — это эффективная коммуникация, правильно выстроенные отношения врач — пациент, это профессиональные границы, совместное принятие решений. Это эмпатия. Этому можно и нужно учиться».

.

Елена Игнащук

координатор по медицинскому образованию украино-
шведского проекта «Развитие медицинского
образования»



«Я глубоко благодарна за то, что книга «Совсем не страшная книга» существует и что её могут прочитать как пациенты, оказавшиеся в сложных ситуациях, так и их близкие, и врачи. Превращение основных идей книги в учебный курс для студентов и врачей, а также подготовка пособия для тех, кто будет преподавать эту тему или весь курс, — это важный шаг, сделанный с большой ответственностью. Процесс совместного творчества с преподавателями различных вузов Украины, медицинскими работниками разных специальностей был насыщен диалогами, дискуссиями, обменом идеями – именно в этом процессе и выстраивается курс. Однако всегда в фокусе авторов – запрос на человечность и эмпатию при взаимодействии между медицинскими специалистами и пациентами. Это был необыкновенный опыт совместного создания в кругу несравненной команды единомышленников».

Елена Коротун

доцент кафедры педиатрии и детских инфекционных болезней
Буковинский государственный медицинский университет:



«Врачи и медицинские работники часто чувствуют себя беспомощными в случае конфликтов с пациентами или когда приходится сообщать плохие новости. А пациентам кажется, что медработники — циничны и бездушны. На самом деле эмпатия, построение доверительных отношений, человечное общение — это навыки, которым можно и нужно учиться. Для меня самым важным является осознание врачами и медицинскими работниками того, что человечность, эмпатия и общение с пациентами не являются чем-то дополнительным или второстепенным, что это, во-первых, ключевая и эссенциальная компетенция медицинского работника, а во-вторых – чрезвычайно важный инструмент достижения комплаенса, разрешения конфликтов и жалоб, а также предотвращения собственного профессионального выгорания. Не менее важно и понимание пациентами того, что врач или медицинский работник тоже человек со своими эмоциями, переживаниями и потребностями. «Пациент — не кусок мяса, врач — не робот» — мое ключевое послание».

Елена Костюк

доцент кафедры неонатологии, Национальный университет здравоохранения Украины имени Платона Шупика



«Интересная и важная тема. С этими вопросами сталкиваюсь ежедневно в практике. Поразил большой объем новой информации: как много мы не знаем! Поразили знания и инструменты, которыми мы можем пользоваться на практике. Запомнилась чрезвычайно интересная командная работа».

Анастасия Леухина

председатель ОО «Горизонтали», автор «Совсем не страшной книги о жизни, смерти и всем что между ними», консультант украинско-швейцарского проекта «Развитие медицинского образования».

«Я рада, что мы создаем новое качество во взаимодействии пациентов и врачей. Это позволит нам укрепить доверие в сфере здравоохранения, а доверие творит чудеса».



Оксана Петринич

доцент кафедры семейной медицины,
Буковинский государственный медицинский
университет:



«Вопрос гуманности в медицине мне очень близок. Недавно в Facebook ходила картинка о том, как детям в СССР проводили операции по удалению миндалин и аденоидов. Когда я увидела эту картинку, мне показалось, что я заново пережила то, что пришлось пережить мне в 12 лет. К сожалению, мы унаследовали много ужасов от той медицины, и бесчеловечность никуда не исчезла. Будучи студенткой на практике, уже в независимой Украине, я видела выскабливание матки без обезболивания, зато с наставлениями той женщине: «Не кричи, тебе должно нравиться...» Почему врачи так поступают? Это последствия каких-то детских травм, защита от выгорания, ложная мотивация к профессии или еще что-то? Как это изменить?»

Наталья Повар

преподаватель кафедры медико-профилактических дисциплин и лабораторной диагностики Ковенской медицинская академия



«Мне трудно найти слова сочувствия, которые выразили бы сожаление, которое я испытываю».

«Один из важнейших вопросов для меня – как на занятиях формировать у студентов человекоцентрированное отношение к пациентам. В частности, на занятиях по эмпатии. Для меня понятно, что необходимым условием является эмпатичное отношение самого преподавателя к студентам.

Но – достаточно ли этого?

Предлагать фильмы, книги по теме? Учитывая загруженность студентов медицинских вузов, сколько из них посмотрит фильм, а тем более прочитает книгу?

Включать в занятия дискуссии по самым спорным вопросам? Использовать ролевую игру?

Уже работая в нашей мастерской, я увидела много новых интерактивных инструментов, которые можно использовать для достижения этой цели. Спасибо всем коллегам и уже друзьям за этот опыт!

Но остается много открытых вопросов. Правильно ли использовать ролевую игру на занятиях? Всегда есть опасность задеть личную историю студента.

Надеюсь, что, работая непосредственно со студентами и используя различные инструменты современной педагогической науки, мы придем к пониманию, какие из них лучше всего работают в конкретных ситуациях при изучении различных тем этого курса».

Наталья Рудакова

преподаватель кафедры психического и физического здоровья Львовская медицинская академия имени Андрея Крупинского



«Человечность и эмпатия — это врожденные качества или их можно в себе развить? Насколько наша система образования способна принять такие качества у студента и не уничтожить их в процессе его развития как будущего медицинского работника в профессиональной системе? Меня поразило количество информации и инструментов, которые уже давно используются в других странах, но в Украине до сих пор воспринимаются медицинскими работниками с опаской и непониманием. Полгода нашего курса — невероятная команда профессионалов, работа энтузиастов».

Юлия Тихолаз

преподавательница цикловой комиссии естественно-научных дисциплин Винницкий медицинский профессиональный колледж имени академика Даниила Заболотного



«Что именно побудило меня принять участие в разработке курса? Наверное, осознание того, что в многоуровневой структуре дисциплин медицинских вузов отсутствуют дисциплины, которые обучают умению общаться с пациентами, проявлять эмпатию — слушать, понимать, реагировать, взаимодействовать и совместно принимать решения. Эти навыки крайне необходимы в работе медицинского работника, ведь от них в значительной степени зависит эмоциональное состояние и самочувствие пациента»

Юлия Турпакова

преподавательница дисциплин педиатрического профиля
Полесская медицинская академия



«Меня всегда интересовали особенности взаимодействия между медицинским работником и пациентом, потому что это взаимодействие двух людей, и если им удастся наладить правильный контакт, они станут партнерами, союзниками в преодолении тех вызовов, которые бросает болезнь. Если же они не найдут общий язык — то история будет, как в басне про «воз и ныне там». А еще меня беспокоит такой момент: врач тоже человек, и если он будет все пропускать через себя, то надолго врача не хватит... Как найти идеальный подход... Существует ли он? Было интересно разобраться и, возможно, найти определенные стратегии, которые бы сохранили физическое здоровье пациентов и душевное здоровье врача».

Елизавета Шунько

заведующая кафедрой неонатологии,
Национальный университет здравоохранения Украины имени Платона Шупика



«Вопросы коммуникации, человечности и ориентированности на пациента очень важны для медицинского сообщества, пациентов и общества в целом. Здоровье человека — это величайшая ценность. Я всегда отмечаю, что здоровье человека начинает формироваться в период внутриутробного развития и в первые годы жизни. Образование общества и надлежащая коммуникация между поставщиками медицинских услуг и пациентами при условии должного уважения и человечности смогут сделать мир лучше, доброжелательнее и безопаснее. Именно учебное пособие, разработанное группой авторов, внесет важный вклад в эти изменения. Лично для меня сотрудничество в рабочих группах с членами авторского коллектива стало важным опытом коммуникаций и дало ответы на сложные вопросы. Спасибо всем!»

Татьяна Щудрова

доцент кафедры фармакологии,
Буковинский государственный медицинский университет



«Молодые врачи приступают к самостоятельной практической деятельности, не обладая достаточным набором коммуникативных навыков и знаний, необходимых в работе медицинского работника. Поэтому целесообразно разработать и внедрить подобный практико-ориентированный курс для изучения на старших курсах.

За время работы в мастерской получила невероятный опыт и удовольствие от сотрудничества и сотворчества с коллегами из разных учебных заведений. Понравился формат работы в виде дискуссий в малых группах, новые методики обучения и получение обратной связи».

КАК ВЫ МОЖЕТЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ЭТО РУКОВОДСТВО?

Вы **можете взять этот курс за основу и преподавать его** как обязательный или факультативный курс в вашем вузе. Ниже мы поделимся историей коллег из Буковинского университета как примером того, как это можно внедрить с учетом академических требований и университетской автономии.

Вы **можете взять любую тему и раскрыть ее более глубоко** в рамках вашего существующего курса — или создать новый: на самом деле темы настолько обширны, что каждая из них может стать отдельным курсом с практической отработкой навыков.

Вы также **можете использовать эти материалы для того, чтобы включить** более эмпатичный подход и соответствующие инструменты **в те курсы, которые вы уже ведете**. Например, при анализе симуляционных упражнений обращайте внимание слушателей на качество взаимодействия с пациентом, а не только на медицинские факторы и лечение тела.

Мы разработали множество идей относительно содержания и формата различных занятий. В материалах, которые вы найдете в этом тексте и по QR-кодам в каждом разделе, вы увидите и интересные модели или протоколы для работы, и примеры тестовых заданий, и методологию проведения ролевых игр, и идеи с использованием видео и структуры его обсуждения – так что, как и с конструктором Лего, **вы можете микшировать и подбирать для себя ту смесь, которая лучше всего подойдет к потребностям вашей аудитории**, вашего вуза или вашего курса. Вы можете расширять или «сжимать» предложенные идеи во времени, формировать из предложенных идей такие комбинации, которые будут адекватны вашим возможностям и ограничениям.

ИСТОРИИ УСПЕХА ВО ВНЕДРЕНИИ КУРСА

Разработав курс «Человечность и эмпатия в работе медицинского работника», мы столкнулись с новым вызовом. Как внедрить курс в образовательную программу? Какие бюрократические процессы нужно преодолеть? Готовы ли соавторы курса преподавать его?

Очень важную роль в интеграции курса в учебный процесс сыграли соавторы курса с их настойчивостью, желанием преподавать и готовностью преодолевать все административные процедуры, которые иногда выглядели как препятствия. Поэтому мы делимся историями о синергии наших мастеров и администраторов вузов во время внедрения курса в их заведениях.



ТетянаЩудрова:теоретич ный курс по биоэтике, который не работает

Я преподаю учебную дисциплину «Основы биоэтики», часть тем которой, на мой взгляд, должна лечь в основу предлагаемого курса. Этот предмет преподается студентам медицинских факультетов на первом курсе. Однако студенты еще не готовы воспринимать эту информацию и откровенно не понимают сути обсуждаемых этических проблем, ведь на данном этапе они еще не взаимодействуют с реальными пациентами и не осознают коммуникационных и этических проблем при взаимодействии врача с пациентом/родственниками/опекунами. Таким образом, молодые врачи начинают самостоятельную практическую деятельность, не обладая достаточным набором коммуникативных навыков и знаний, необходимых в работе медицинского работника. Поэтому целесообразно разработать и внедрить подобный практико-ориентированный курс для изучения на старших курсах.

Буковинский медуниверситет: командная работа преподавателей плюс запрос студентов, умноженные на поддержку руководства

Три участницы мастер-класса были из Буковинского государственного медицинского университета — теперь в этом вузе они преподают свой курс под названием «Медицинские коммуникации (навыки общения с пациентами). Пациент-ориентированное консультирование». Авторы курса – Оксана Петринич, Елена Коротун

и Татьяна Щудрова – работают на разных кафедрах. Елена преподает детские инфекционные болезни и педиатрию для студентов 5 курса (кафедра) педиатрии и детских инфекционных болезней, Оксана – общую практику – семейную медицину на 6 курсе (кафедра семейной медицины), а Татьяна – фармакологию и основы биоэтики и биобезопасности для студентов 3 курса (кафедра фармакологии). Они объединились, чтобы создать этот курс и преподавать его вместе. Работа на разных кафедрах, перегруженность программ учебных дисциплин, соответствующих тематике курса – все это не стало препятствием для того, чтобы курс был своевременно представлен на ярмарке факультативных предметов и внедрен уже в 2021-2022 учебном году.

Во-первых, Елена, Оксана и Татьяна успели подать описание ещё не окончательно разработанного курса на ярмарку факультативных дисциплин для 4-го курса медицинского факультета № 2 (приём заявок на другие курсы уже был закрыт). Это произошло еще до того, как разработка курса достигла экватора – у авторов был лишь краткий силлабус предмета, а работа с основными материалами как раз была в самом разгаре. Но вера в непреложность дедлайнов и желание преподавать предмет все же сделали невозможное возможным, и курс под названием «Медицинские коммуникации (навыки общения с пациентами). Пациент-ориентированное консультирование» оказался в меню выбора студентов.

Идея преподавательниц была очень тепло воспринята администрацией БГМУ — и проректор по учебной работе Игорь Геруш, и заведующий учебно-методическим отделом Владимир Ходоровский, и координатор украино-швейцарского проекта «Развитие медицинского образования» в БГМУ Татьяна Белоус стали соавторами этой истории успеха, приложив усилия к внедрению курса в программу.

Курс по пациент-ориентированному консультированию выбрали 12 групп. Популярность нового курса с незнакомыми для студентов преподавателями, без отзывов по студенческому сарафанному радио, удивила не только авторов, но и администрацию.

«Это именно та история успеха, которая вдохновляет весь наш авторский коллектив — мы чувствуем, что то, чем мы занимаемся, важно не только для пациентов, но и для врачей и преподавателей: существует большой спрос на коммуникативные навыки и эмпатичное отношение со стороны студентов», — делится одна из соавторов курса.

Впрочем, то, что на новый курс записались 12 студенческих групп, еще не привело историю к хеппи-энду. Перед администрацией встал новый вызов: преподаватели работают на разных кафедрах – а курс один, да еще и будет преподаваться

в 12 группах. Вы когда-нибудь пробовали распределить преподавательские часы между тремя разными кафедрами?

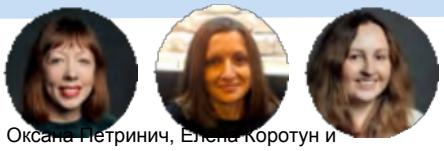
Но и здесь мудрость администрации и поддержка заведующих кафедрами наших мастериц взяли верх над бюрократией. Решение найдено! И группы, и учебные часы удалось распределить между кафедрами.

Зачем мы так подробно рассказываем об этой ситуации? Чтобы показать: преодолеть любой уровень сложности в образовательной бюрократической головоломке, административную процедуру и ситуацию — возможно, если люди, от которых зависят изменения в обучении медицинских работников, полны желания и понимают важность темы, запросы студентов, врачей и пациентов. В конце концов, все вузы автономны в праве модифицировать свой образовательный процесс. И наша амбициозная цель — сделать курс по гуманности обязательной дисциплиной для всех факультетов.

Однако и это еще не все. Когда желание соавторов курса преподавать его встречается с запросом слушателей (студентов) и умножается на поддержку руководства на разных уровнях, случаются чудеса. Об одном из них – далее, ведь успех курса по гуманности и эмпатии, представленного на ярмарке в БДМУ, – не единственная история, о которой стоит рассказать.

Преподаватели курса поделились наработками со студентами во время встречи студенческого научного общества для симуляционного центра; с аспирантами — в рамках курса «Тайм-менеджмент и коммуникация в медицине»; с врачами – во время курсов непрерывного профессионального развития на факультете последипломного образования; и с коллегами-педагогами во время встреч Групп равных в рамках непрерывного профессионального развития. И теперь все они хотят еще!

Распространение этой темы и рост спроса на навыки человекоцентрированного подхода среди всех сообществ медицинских работников напоминает снежный ком, который очень быстро набирает обороты и увеличивается в размерах. И это пример только одного вуза, готовящего врачей.



Оксана Петринич, Елена Коротун и Татьяна Щудрова



История Оксаны Петринич:
Множество попыток, которые только сейчас приносят успех

Еще в 2005 году, когда я впервые проходила курс повышения педагогического мастерства в Киеве — это был курс тематического совершенствования при институте семейной медицины, — нам рассказывали о человекоориентированной модели взаимодействия с пациентом. У меня на диске сохранились два видео, которые уже сейчас в нашей мастерской Елена Коротун и Татьяна Щудрова смогли использовать в своей теме как единственные практические кейсы, записанные на украинском языке. Там снимался в роли врача всем известный Владислав Одринский. И собственно тогда Влад с каким-то проектом уже занимался решением проблемы человекоориентированного подхода.

Помню, что на своем рабочем месте, будучи молодой ассистенткой (это фактически был первый-второй год работы на кафедре в качестве педагогического работника), я пыталась рассказывать о том, что если вы консультируете пациента и используете пациент-ориентированную модель, то это позволяет вам даже применить правильный алгоритм его ведения. И вот я пыталась это внедрить: приводила конкретные примеры того, как врач пошел неправильным путем и правильным в отношении кашля, в отношении диспепсии.

Но всё же, учитывая принцип участковности, действовавший пятнадцать лет назад в системе поликлинической помощи, подход, ориентированный на человека, не пользовался большим спросом, ведь как бы ты ни работал, у тебя есть свой участок, и пациент от тебя никуда не денется.

После введения медицинской реформы на первичном уровне врачи начали в определенной степени конкурировать за пациента, предлагая людям то, чего не предлагает другой врач. Новый подход уже стал популярным, ведь люди на самом деле ценят и человечность. Не только профессионализм врача, его hard skills, но и человечность

Со временем я прошла обучение на фасилитатора в «Группе равных», уже очень хорошо познакомилась с Анастасией Леухиной, и именно поэтому, когда она предложила идею создания учебного курса, я никак не могла не согласиться. Эта тема для меня уже была такой, с которой я имела дело как преподаватель и которая ждала своего часа.





Ровенская медицинская академия: большое желание, умноженное на управленческую гибкость

Наталья Повар и Елена Горская начали преподавать свой курс «Человечность и эмпатия в работе медицинского работника» в качестве факультативной дисциплины для вечерней формы обучения на бакалавриате. С сентября 2021 года студентами Натальи и Елены являются практикующие медицинские сестры, которые уже имеют опыт (как положительный, так и не очень) общения с пациентами.

Чтобы внедрить курс в образовательную программу, Наталье и Елене пришлось пройти несколько этапов: определиться, будет ли это факультативная или обязательная дисциплина, на каком курсе какого факультета она должна найти свое место, кто будет преподавать и какое бюрократическое сопротивление нужно преодолеть для реализации всех шагов.

Администрация Ровенской медицинской академии не стала возражать и поддержала оригинальное название курса. Однако преподаватели не успели завершить адаптацию курса для студентов сестринского дела до окончания ярмарки факультативных дисциплин. Благодаря открытости и креативности администрации они нашли выход – предложить курс на ярмарке для бакалавров вечерней формы обучения, которая еще предстояла. По результатам этой ярмарки на курс записались 42 студента, которых разделили на две группы. Курс уже преподается – живет в мыслях студентов, в дискуссиях на парах и вне их.

«Я хотела начать преподавать курс сразу после завершения мастерской – пока дискуссии, идеи, эмоции живы в памяти. Мы понимали, что нам еще предстоит адаптировать этот материал для медсестер-бакалавров. И нам важно весь этот пласт поднять. Дальше все было просто. Я пришла к проректору и рассказала о курсе. Он сразу понял ценность такого курса, и мы подали заявку на конкурс для вечерних отделений», – делится Наталья Повар.

Елена Горская добавляет: «Мы долго спорили, когда распределяли темы. До последнего не знали, стоит ли отделять человечность от эмпатии. Проведя первую практику, я поняла, что нужно разделить эти две темы на два отдельных занятия. Первое занятие — это знакомство со студентами и с пациент-ориентированным подходом. Ты говоришь «пациент-ориентированный подход», а среди студентов начинается оживленная дискуссия. Я успевала лишь вставлять слово. И когда мы начали говорить об эмпатии – осталось совсем мало времени. Поэтому я поняла, что эти темы стоит разделить.

Я спросила студентов, как они понимают эмпатию и что они надеются узнать в ходе курса. Оказалось, главное, чему они хотят научиться, — «Как общаться, поддерживать пациента, но при этом не выгорать?» Одна из студенток — старшая медсестра отделения в перинатальном центре. Она сказала, что для нее важно узнать, как правильно сочувствовать людям. Потому что она

видела в своей профессиональной деятельности многое, но и по сей день не знает, как правильно выражать сочувствие. Многие говорили, что эмпатия — очень популярная тема, поэтому они выбрали эту дисциплину. Им интересно научиться общаться с пациентами».



Елена Игнащук: пациент-ориентированность и Группы равных

Запуск и «обкатка» курса — это не просто инициатива отдельных коллег. Это постоянный обмен — идеями, опытом, знаниями — между педагогами, между кафедрами и даже между вузами. Спрос на эту тему существует среди педагогов разных специализаций, ведь тема человечности и эмпатии является универсальной и затрагивает коммуникацию во всех отраслях.

В 2020 году украино-швейцарский проект «Развитие медицинского образования» запустил новую инициативу – Группы равных для преподавателей медицинских вузов как формат непрерывного профессионального развития. Группы равных – это регулярные встречи педагогов, равных по должности, которые дают участникам возможность обсудить важные для своего профессионального развития темы или кейсы, задавать вопросы, делиться опытом в безопасной среде, и все это без отрыва от работы.

Начиная с 2021 года 25 фасилитаторов в Украине организуют встречи Групп равных в медицинских вузах. По две таких группы функционируют и в Ровенской медицинской академии, и в Буковинском государственном медицинском университете.

По результатам опроса участников «Групп равных» в 2021 году самой популярной темой стал именно человекоцентрированный подход.

Подробнее о Группах равных можно узнать здесь: mededu.org.ua/groups/

К тому же мастера из нашего курса широко популяризируют эту тему и на конференциях по медицинскому образованию. Так, Оксана Петринич в мае 2021 года выступила на Всеукраинской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы клиники, диагностики, лечения на разных этапах оказания медицинской помощи», организованной Ровенской медицинской академией, с докладом «Человекоориентированный подход в медицине: 8 «китов».

Впереди еще не один шторм в пилотировании курса, не одна оживленная дискуссия со студентами и не одна модификация кейсов, ведь преподавать курс – это тоже совместное творчество, теперь уже со студентами.

ЧАСТЬ 1

ФОРМАТ ПРЕПОДАВАНИЯ И ЕГО АДАПТАЦИЯ К ПОТРЕБНОСТЯМ РАЗЛИЧНЫХ ЦЕЛЕВЫХ АУДИТОРИЙ

Одно из фундаментальных правил эффективной коммуникации (а наше преподавание и есть коммуникация, которая меняет людей и их видение своего дела) – найти здоровый баланс между тем, что аудитория хочет услышать, и тем, что мы хотим донести.

Знайтибалансмеждутым,щоаудитория хочет услышать, итем, что мы хотим донести

Мы нашли много общего в подходах к работе с разными аудиториями и согласились, что независимо от уровня аудитории будут хорошо работать такие подходы:

Меньше теории, больше практики

- Меньше теории, больше практики: излагать теоретический материал кратко и наглядно.
- Практичность и обучение на основе опыта, чтобы участники могли прожить ситуации и почувствовать стороны по разные стороны взаимодействия.
- Гибкость за счет различных форматов и открытость к экспериментам с различными видами упражнений, ролевых игр, кейсов, работы со стандартизированными пациентами.
- Большое внимание формулировке целей упражнений и вопросов, качественный и хорошо сфокусированный дебрифинг.

Меньше истин, больше фасилитации

- **Осторожно: запрос на инструкции.** Как бы кто-то ни хотел получить скрипты для типичных случаев общения, на самом деле человеческие взаимодействия трудно обобщить с помощью алгоритмов. Вам нужно будет показать алгоритмы, донести важность определенных шагов и научить участников импровизировать с этим инструментом в зависимости от ситуации — с учетом разных людей и разных контекстов.

- Создавать пространство и время для саморефлексии о своем состоянии, своих чувствах, своих эмоциях, а также о уже пережитых ситуациях.

- Нет морализаторству, да — честному диалогу. Меньше истин, больше фасилитации.

- Практическая отработка навыков небольшими дозами с достаточным пространством для обсуждения.

- Использование видео, фото, просмотр фильмов или сериалов; привлечение слушателей к созданию собственного видеоконтента и обучению на рабочем месте.

Нет– морализаторству, да – честному диалогу

Мы с участницами мастерской проанализировали потребности различных медицинских аудиторий – медсестер и врачей. Предлагаем вам результаты нашей совместной рефлексии об особенностях работы преподавателя с каждой из них – в академическом и постдипломном контекстах.

Табл. 1

Особенности работы с различными целевыми группами

	Студенты (высшее образование)	Практиканты (последипломное образование)
Медсестры	мотивировать к изучению курса (использовать и обсуждать различные видео, приглашать практикующих медсестер для обмена опытом); стимулировать рефлексию (анализ своих действий и чувств); вовлекать в активную работу в микрогруппах или командах; влиять на эмоции; доносить важность ролевых моделей.	включить в тему: заинтересовать и «озадачить» (в смысле «озадачить»); стимулировать рефлексию и строить мосты с практикой; учитывать отношения врач-медсестра-страховщик и распределение зон ответственности между ними.
Врачи	визуализация, наглядность; использование соцсетей в практике (профессиональные аккаунты); отработка коммуникативных навыков, в том числе с коллегами (грани общения); понимание важности ролевых моделей.	«диагностика» аудитории в разрезе отношений к различным вопросам, касающимся человекоориентированного подхода; разбор собственных кейсов участников (горизонтальное образование); индивидуальный подход; знание групповой динамики и особое внимание к работе с возражениями.

СОДЕРЖАТЕЛЬНАЯ РАМКА КУРСА

Как вы увидите из приведенной ниже таблицы, основанной на компетентностном подходе, в качестве фокуса данного курса мы решили выбрать ось отношений между пациентами и медицинскими работниками. Мы верим,

Табл. 2

Отношения, знания и навыки, которые находятся в фокусе курса

	Отношения	Знания
Пациент-болезни		
Отношения пациент-медик	Человекоцентрированный подход как основа философии отношений с пациентом	**Эмпатия и поддержка:** доверие, взаимоуважение, взаимопонимание и ответственность в работе с пациентами; понимание того, что означают поддержка и сочувствие и почему они актуальны в работе врача; понимание личных границ в работе с пациентами; толерантность и разнообразие: как и почему по-разному работать с разными людьми и, несмотря на различия между ними, уважать их как людей. **Субъектность и конфиденциальность:** пациент как субъект принятия решений; особенности информации (содержание, объемы), предоставляемой пациенту; Важность конфиденциальности и связанные с ней правовые аспекты. **Кризис и конфликт:** что нужно знать о конфликте, чтобы его разрешить; что делает пациентов сложными; что такое кризисные эмоциональные состояния и как они влияют на взаимодействие; стадии скорби.
Медик как специалист		

что как ось «пациент и болезнь», так и ось «медицинский работник как профессия» заслуживают более подробного освещения в рамках других курсов. Особенно важны изучение как психологии пациентов, так и стратегий профилактики выгорания у медиков, но, учитывая выбранный фокус, мы оставили эти темы для других занятий.

Навыки

Эмпатия и поддержка:

построение доверительных отношений с пациентом;

практическое умение проявлять эмпатию и оказывать поддержку, сочувствие, первую психологическую помощь;

соблюдение личных границ;

восприятие консультации как пространства для построения отношений

как и почему по-разному работать с разными людьми и, несмотря на различия между ними, уважать их как людей.

Субъектность и конфиденциальность:

как правильно предоставлять пациенту информацию и определять, какой уровень детализации необходим для каждого;

как на практике обеспечить:

конфиденциальность (что это означает на практике, что можно, а что – нет),

право на автономию (как обсуждать с пациентом решения о ходе лечения и помогать ему/ей их принимать).

Кризис и конфликт:

как работать со сложными ситуациями;

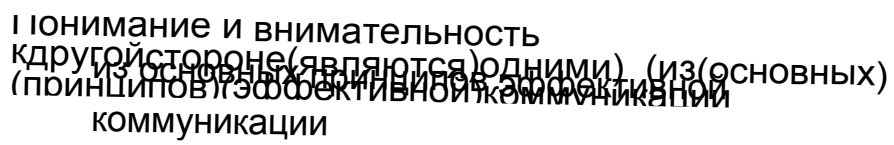
как распознать сложность пациента и понять, в чем корни его сложности; как

общаться в состоянии высокой эмоциональной напряженности и стресса;

как сообщать плохие новости.

КАК ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ КУРСА МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ «СОВСЕМ НЕ СТРАШНУЮ КНИГУ...»

Понимание и внимательность по отношению к собеседнику являются одними из основных принципов эффективной коммуникации и построения доверительных отношений. Умение наблюдать и фиксировать различные проявления жизненной истории пациента, а также адаптировать свои коммуникационные и медицинские действия к его потребностям свидетельствуют о высоком эмоциональном уровне медицинских работников и проявлении человечности. Герои книги помогают понять, что происходит с другой, пациентской стороны.



«Совсем не страшная книга...» – это сборник из более 60 историй разных людей с добавлением практических рекомендаций врачей, психологов и пациентов. Несмотря на несколько историй из жизни врачей, в том числе в роли пациента, книга приглашает в путешествие по пациентскому опыту. Благодаря языку жизненных историй разных людей она дает понять, какие действия и поведение медработника задевают за живое, что причиняет боль, а что целебно заживляет раны или снижает уровень стресса.

Истории из книги описывают ситуации, которые произошли в Украине в реалиях нашего времени. Эти истории можно использовать в качестве кейсов для обсуждения, а на их основе можно разрабатывать сценарии для ролевой игры или работы со стандартизированным пациентом.

Вот пример того, как мы использовали историю из книги в качестве кейса для обучения коммуникациям в условиях конфликта во время Азовской школы семейной медицины:

Отец Юли

«Дома мы долго оттягивали тот момент, когда переведем отца на опиоидную обезболивающую терапию. Мы знакомая врач (терапевт, не онколог и не паллиативной помощи) сказала, что как только он начнёт принимать морфин, ему останется жить недолго.

Колипривычайниобезболениелив женепомо гали – а их было столько (дексалгин, спазмалгон,кейвер,налбуф и др., но-шпа, димедрол и т. д.), что из этого списка можно было б составит небольшой фармакологический справочник, – и врач опережать,ане«тушить пожарв», ми с м и мы решили: пришло время покупать морфин.

Мама попросила семейну врач выписать рецепт на розовом бланке для получения морфина ю и пластыря с фентанилом. Врач рассказывала, щоцещенепотрибно,щоморфиндужеш вредно для здоровья (отец на паллиативном лечении), а пластырь с фентанилом – это дорого. Посоветовала купитьещевидп'яты досемызнаеболю вальных и делать уколы. Интересна ее прямая цитата: «Ими надо играться», то есть, если не помогает один препарат, колоть другой. Но у больных на рак на последних стадиях уже просто нет тела, мышц, куда вознаколоти!I играть с обезболивающими, когда близкого человека мучает боль, _ такого я бы никому не пожелала.

Четверг, 25 июля 2019 года. Отцу с самого утра становится больно. Я ему налбуфин («играю», ка посоветова семейная). Не помогает. колоть к па 30 минут колю но-шпу, анальгин, димедрол (продолжаю «играть», Через порадиласемей на) – не помогает, боль только нарастает. ка к

Почи начинаю звонить по очереди всем знакомым врачам и спрашивать, как можно папе, помочь продолжаю «играть» от уколов, руки дрожат. Наконец мама звонит своей семье и уже в крике требует выписать рецепт на морфин

Задание:
Вы – коллега семейного врача отца Юли и давняя знакомая Юли. Она хочет зайти к вам и посоветоваться. Подготовьтесь к разговору с ней и проанализируйте ситуацию с обеих сторон (Юля и врач), используя таблицу со структурой сложного разговора.

КАК МЫ ЗНАЕМ, ЧТО ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД РАБОТАЕТ?

Когда мы начинали работу над курсом в формате мастерской, это был эксперимент, и мы не могли четко предсказать, что получим в итоге. Каждый входил в этот процесс созидания со своей линзой «преподавателя», «врача», «пациента», со своими ожиданиями, знаниями и отношениями — это порой только обостряло и обогащало дискуссии мастерской. Ведь в ходе дискуссий, ища согласия, мы оттачивали мысль и кристаллизовали сообщения, которые хотели бы донести до слушателей курса.

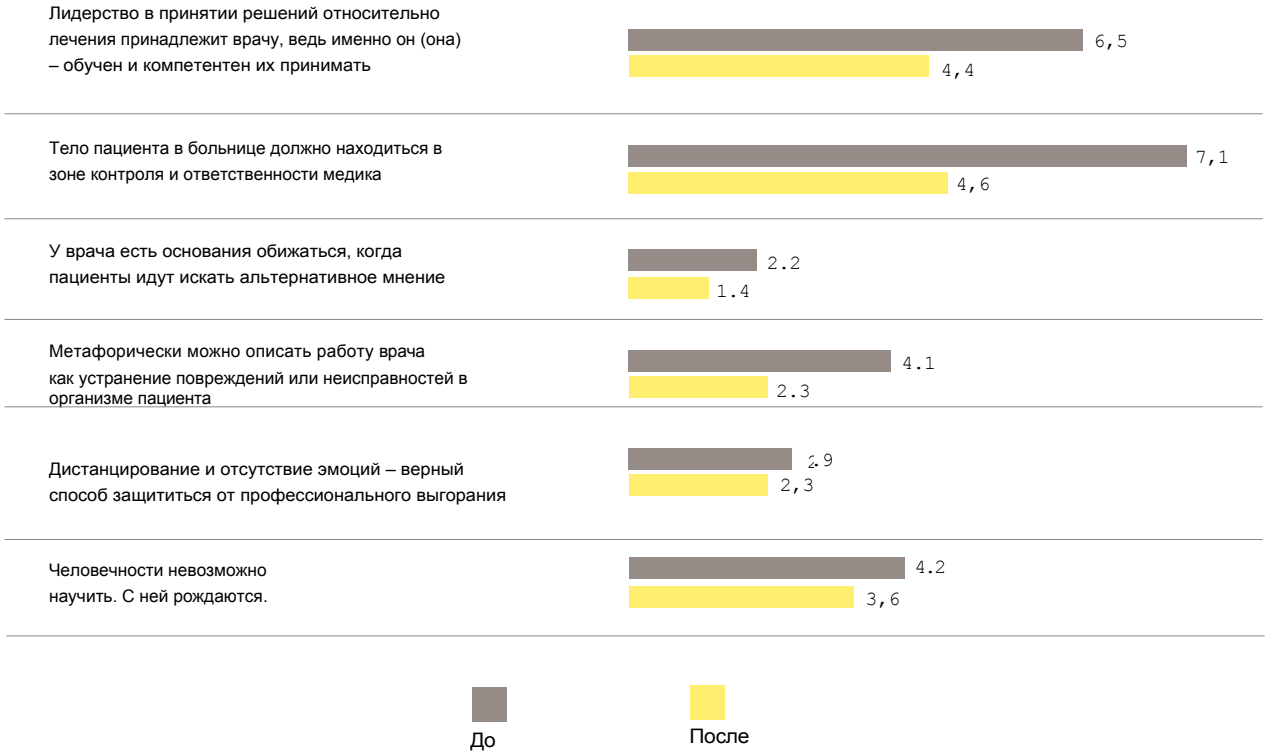


Рис. 3
Понимание человечности: опрос до и после мастер-класса

Обратная связь от участниц также подтвердила удачно подобранный формат обучения (более горизонтальный/равноправный). Здесь все участницы имели возможность активно включиться в процесс. Искренняя вовлеченность каждого из соавторов в результате изменила отношение ко многим аспектам проработанных тем. Например, после участия в мастер-классе участницы значительно реже соглашаются со следующими утверждениями:

«Лидерство в принятии решений относительно лечения принадлежит врачу, ведь именно он/она обучен(а) и компетентен(а) его принимать».

«Тело пациента в больнице должно находиться в зоне контроля и ответственности медицинского работника».

«Метафорически можно описать работу врача как устранение повреждений или поломок в теле пациента».

Дарья Богдан





КАК ИДЕИ ПРЕДЛАГА
ИПРАВОЧН ЁТ КАЖДОГО
ИЛОКА УЧЕБНЫХ ТЕМ?

ТЕМА 1

Человекоцентрированный подход

ТЕМА 1
ЧЕЛОВЕКОЦЕНТРИЧЕСКИЙ ПОДХОД

В прошлом главную роль в лечебном процессе играли врачи. Но времена меняются. В ходе изучения общения медицинских работников с больными выясняется, что пациент во время консультации выступает в роли партнера. Он – эксперт: никто лучше него не расскажет о работе его организма, о его нарушениях, о причине обращения за помощью. Поэтому сейчас самые авторитетные источники, такие как ВОЗ, пишут о помощи, ориентированной на пациента, личность или человека.

Мириам Дюважель, профессор коммуникации в медицине Гентского университета (Бельгия), президент Европейской ассоциации по коммуникации в здравоохранении

Мы изучили множество различных статей и книг, чтобы подготовить это руководство. Мы встречали разные названия, которыми обозначают то, что для нас важно:

- человек – больше, чем его диагноз,
- пациент — это нечто большее, чем его тело,
- врач – больше, чем его профессия.

И врач, и пациент – люди. У них каждый раз разное настроение и чувства. У них разные верования и убеждения.

Мы нашли такие разные названия для подхода, который разделяем: человеко- и пациентоцентрированный или -ориентированный подход, биопсихомедицинская модель, подход, ориентированный на отношения. Поэтому не расстраивайтесь, если вы будете

встречать в разных источниках разные названия. Самое главное, чтобы они, как бы мы их ни называли – и человечность, и сопереживание, и эмпатия, и сочувствие – присутствовали в наших отношениях с пациентами. Со всем богатством оттенков, которые будут отражать разнообразие человеческих характеров, настроений и чувств.

как бы мы их ни называли – и человечность, и сопереживание, и эмпатия, и сочувствие – они(должны)иметь быть присутствующими в отношениях (с)(пациентами)

Мы верим, что сможем создать пространство для отношений между пациентом и врачом — пространство, в котором есть место для эмоциональных или духовных потребностей, в котором уважается различие, а люди слышат друг друга. Мы работаем для того, чтобы будущие врачи и медсестры были лучше вооружены коммуникативными инструментами и пониманием:

- как работать с инаковостью, не осуждая,
- как сочувствовать и поддерживать, не выгорая,
- как быть рядом, не теряя себя.

В этом разделе вы узнаете о трансформации отношений «врач – пациент», которая произошла за последние сто лет в мире, найдете иллюстрации непростых переходов от авторитарного к партнерскому взаимодействию из новейшей истории украинской медицинской практики и сможете уточнить, в чем же заключается тот самый человекоцентрированный подход в медицинском контексте.

Мы понимаем, что путь к партнерским отношениям между медицинскими работниками и пациентами — долгий и тернистый, ведь он потребует изменения поведения от обеих сторон. Пациентам придется брать на себя больше ответственности за решения, касающиеся их здоровья, а врачам — разделить эту ответственность с пациентами. Обеим сторонам нужно больше слушать и уважать друг друга — так, как это сделал медбрат в истории о папе Ларисы, которую вы найдете ниже; а главное — работать над навыками коммуникации.

ИСТОРИЯ О ДОСТОИНСТВЕ, ПРАВЕ ВЫБОРА И ПОСЛЕДНЕЙ ЗАТЯЖКЕ СИГАРЕТЫ

У папы диагностировали агрессивную саркому с метастазами по всему телу и в мозге. Его руки и ноги начали опухать и синеть. Через неделю поставили диагноз: гангрена. Ампутацию обеих рук делали почти сутки, зашивали, переливали кровь. Врач предупредил, что реакции после пробуждения могут быть разными, поэтому важно, чтобы кто-то был рядом.

Когда его привезли в реанимацию, он пришел в себя и посмотрел на меня. Не понял, что произошло, попытался поднять руки, но нечего было поднимать. Папа спросил:

– Что со мной?

Я попыталась объяснить. Он заплакал.

– Пожалуйста, уходи, – сказал он и отключился.

В следующий раз я помню, как он подставлял щеку, чтобы я его побрила. Он как будто готовился, прихорашивался.

– Я так хочу закурить. Дай мне сигарету.

– Папа, я спрошу у врача. Я не могу сама так поступать, учитывая твое состояние. Я вежливо поговорила с врачом. Он категорически запретил курить, объяснив это тем, что у тебя метастазы в мозге и даже первая затяжка может привести к непредсказуемым последствиям.

Папа продолжал говорить, что закурить – его единственное желание. Я пообещала, что в следующий раз и в дальнейшем, и поехала домой.

– Папа умер. Только что позвонили из больницы – папа скончался.

Я тут же отправилась в отделение. Его палата уже была пуста. Он лежал один, а теперь в ней никого не было. Я осторожно зашла в палату и почувствовала запах табачного дыма. Папы уже не было – а дым еще стоял.

В коридоре нервно ходил санитар. Это был мужчина в возрасте, полностью лысый, чем-то он напоминал убийцу из фильма ужасов. Когда папу положили в отделение, мне сказали, что он очень опытный санитар и что он будет хорошо ухаживать за отцом.

И вот я стою перед ним, мы смотрим друг на друга.

– Вы дали ему закурить?

– Я не мог этого не сделать. Он очень просил. Сказал, это мое последнее желание, я имею право, хочу и это мое решение. И я дал ему закурить…

Лариса, «Совсем не страшная книга о жизни, смерть и все, что между ними»

Цели:

Отношение	Знания	Навыки
человекоцентрированный подход как основа философии отношений с пациентом.	основы пациент-центрированного подхода, преимущества пациент-центрированного подхода, принципы врачебной коммуникации в пациент-центрированном подходе.	

Ключевое сообщение:

ПАЦИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННЫЙ ПОДХОД – ЭТО СПОСОБНАДАННЯМЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, КАКЕГОБЕГОДПО ПРЕДОСТАВЛЯЕТ ИНДИВИДУАЛЬНУЮ ПОТЮТРЕБНОСТЯМ И ЦЕННОСТЯМ ПАЦИЕНТОВ, АЙУЧИТЫВАЕТ(ИХ) ЖЕЛАНИЯ ТАПЕРЕВАГ И ПРИ ПРИНЯТИИ РЕШЕНИИ КАСЯЩИХСЯ ИХ СОБСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЛЕЧЕНИЯ.

Что преподавать:

- Основы пациент-центрированного подхода: пациент не жертва и не объект, он – партнер.
- Пациент-центрированный vs патерналистский подходы к отношениям врач – пациент. Биопсихосоциальная vs биомедицинская модели.
- Составляющие пациент-центрированного подхода: эмпатия, уважение, вовлечение, отношения, коммуникация, совместное принятие решений, холистический и индивидуальный подходы, координация помощи. Преимущества пациент-центрированного подхода: высокий уровень доверия, понимание потребностей, снижение тревожности, повышение уровня удовлетворенности.
- Принципы коммуникации в пациент-ориентированном подходе.
- План-карта эффективной коммуникации (по Сильверману): содержание, процесс, восприятие.
- Как пациент-ориентированный подход способствует реализации всеобщего охвата услугами здравоохранения.
- Ключевые стратегии ВОЗ по развитию системы здравоохранения для внедрения пациент-ориентированного подхода.

Как преподавать:

Учитывая, что тема не предусматривает отработку навыков, мы рекомендуем чередовать мини-лекции с примерами и интерактивные дискуссии. Например:

- проверка начального уровня знаний (тестовый контроль) в электронном или бумажном виде;
- мини-лекции;
- интерактивные дискуссии;
- демонстрация видео с консультациями в обоих форматах.

Выводы:

Пациент-ориентированный подход — это способ оказания медицинской помощи, который учитывает ценности, пожелания и предпочтения пациента, вовлекает его в процесс лечения.

Пациент-ориентированный подход был внедрен в прошлом веке в противовес патернализму в медицине и в рамках формирования биопсихосоциальной модели.

Пациент-ориентированный подход — это новая философия и образ мышления, основанные на уважении и сочувствии к людям, получающим медицинскую помощь, а также учитывающие социальные факторы, влияющие на состояние здоровья. Пациент-ориентированный подход рассматривает здоровье не только как отсутствие болезни, но и как полноценную жизнь человека, состояние полного физического, психического и социального благополучия.

Создание систем здравоохранения, ориентированных на человека, имеет решающее значение для достижения Целей устойчивого развития.

Рабочие материалы с более подробными идеями, примерами возможных тестовых заданий и списком рекомендуемой литературы можно найти во второй части пособия и по QR-кодам в соответствующей теме второй части пособия (стр. 157).

ТЕМА 2

Эмпатия

ТЕМА 2. ЭМПАТИЯ

Эмпатия — поставить себя на место другого, почувствовать его сердцем, посмотреть его глазами.

Дэниел Г. Пинк

КАК ДОБАВИТЬ ЧЕЛОВЕЧНОСТИ В МЕДИЦИНУ?

ИСТОРИЯ О НАТАЛЬЕ, КОТОРАЯ НЕ ОБРАЩАЕТСЯ К ВРАЧАМ, ПОКА НЕ «ПРИГОРИТ»

«Знаю, что это безответственно и совсем не по-взрослому, но я редко обращаюсь к врачам. И независимо от того, к кому: к стоматологу, окулисту, гинекологу или неврологу. Пока не доходит до крайности, не иду. Я получила спинальную травму в ДТП. Я просто хочу чувствовать себя обычным человеком, а не «девочкой в коляске», — это история моей коллеги Натальи.

Почти каждый день я работаю с конфликтами между пациентом и врачом, ищу ответы на вопросы: как изменить отношение врача к пациенту и наоборот? Как научить этих людей слышать друг друга? Как разорвать замкнутый круг недоверия и отчаяния?

Мы часто не обращаемся к врачам, потому что не хотим сталкиваться с унижением и отсутствием элементарного уважения к нам, с сарказмом и манипуляциями. Именно из-за поздних обращений за помощью мы теряем много жизней, ведь на поздних стадиях болезней врачи часто не могут ничем помочь. Поэтому я верю, что доза человечности и эмпатии в больничных коридорах и кабинетах в прямом смысле будет спасать жизни.

Я осознаю, что путь к партнерским отношениям между медицинскими работниками и пациентами — долгий и тернистый, ведь он потребует изменения поведения обеих сторон. Но я верю, что мы сможем создать пространство для отношений, в котором есть место эмоциональным потребностям, в котором уважается различие, а люди — слышат друг друга.

История Натальи – не только о жизни человека в инвалидной коляске. Она о каждом из нас.

«Перед каждым визитом к врачу я заранее настраиваю себя. В моей голове крутится масса вопросов: «Что сказать?», «Какие слова подобрать?», «Готова ли я сегодня видеть растерянного врача?» На самом деле я хочу быть уверена, что в медицинском учреждении ко мне отнесутся приветливо и я получу помощь. И мне не придется вместе с помощью телу еще долго залечивать душевные травмы от всего услышанного и пережитого.

Отсутствие такта и эмпатии бьет больнее, чем отсутствие доступа в туалет. Я обязательно услышу от врачей, медсестер и санитарок слова сочувствия о моей нелегкой судьбе инвалида, о героизме моего мужа, который до сих пор не бросил меня, «ЧТО? Так и не можешь ножкой пошевелить?», меня называют «деточка на каталочке» и говорят «Боже, как ты живешь?» Я хочу, чтобы меня избавили от необходимости выслушивать весь этот поток сознания. Чтобы обо мне говорили «человек с инвалидностью», а не «инвалид». Чтобы люди, работающие в больнице, могли отделить хамство от эмпатии, собственные суждения от вежливых фраз, такт от бесцеремонности.

Я просто хочу чувствовать себя обычным человеком

Я просто хочу чувствовать себя обычным человеком, а не «деточкой на колясочке»

Прием у невролога. Врач лишь раз на меня взглянула. Дальше во время всего осмотра она отводила взгляд, смотрела куда угодно, только не на меня. Разговаривала с медсестрой, с моим мужем, но не обращалась ко мне. Я чувствовала себя человеком с глубокой умственной отсталостью. А когда я обратилась к этой же врачихе, чтобы получить справку для «Укрзализныци», она умудрилась переписать на клочок бумаги формата А6 почти весь медицинский вывод о моей травме и всех сопутствующих заболеваниях. На тот момент я сама еще не осознала и не приняла все пункты списка, не то чтобы делиться этой информацией со всем миром и «Укрзализныцей». И эта врач возмутилась, когда мы попросили ее переписать и упомянуть только то, что я не могу ходить и вынуждена пользоваться коляской. Я хочу, чтобы такие мелочи стали важными. Чтобы мне смотрели в глаза. И еще хочу, чтобы со мной разговаривали, потому что я — человек.

Я хочу, чтобы со мной разговаривали, потому что я—людина

Прием у гинеколога. Обычно врач задаст стандартные (но не все!) вопросы и запишет ответы. Узнав о сыне, почему-то обязательно вздохнет с облегчением и скажет: «Как хорошо, что есть ребенок». Даст понять, что тебе даже не стоит думать о детях, а потом с удовольствием и демонстративным облегчением попрощается, так и не осмотрев. Негде осматривать. Ведь оборудования для пациенток с травмами спинного мозга не предусмотрено. Мы приглашаем моего мужа. Он усаживает меня на это проклятое кресло. Потому что другого нет. Я хочу, чтобы было удобно и мне, и врачу, и чтобы мы не просили ни у кого помощи.

Отделить хамство от эмпатии, такт от бесцеремонности

Из-за бюрократических требований мне приходится по несколько недель регулярно лежать в больнице. На этот период я ложусь в больницу вместе с мужем. Потому что, несмотря на нестандартный пандус у входа и широкие двери без порогов в палаты, я не везде доберусь самостоятельно. Но доступность – не самая большая проблема.

Раньше я плакала, потом злилась и грубо отвечала, сейчас это все меня либо веселит, либо раздражает. Но я точно знаю, что заслуживаю большего уважения и достоинства. Я заслуживаю человечного отношения и капли эмпатии. Потому что я — человек».

Что же нужно изменить, чтобы Наталья и все мы не испытывали негативного, травмирующего опыта в стенах больниц и в конкретных случаях общения с врачами, медсестрами и другими медицинскими работниками?

Во-первых, вспомнить, что человек — больше, чем его диагноз. Пациент — больше, чем его тело. Врач — больше, чем его профессия.

Во-вторых, популяризировать и внедрить человекоцентрированный подход в медицинской системе Украины. В разных источниках названия этого подхода различаются — человеко- и пациентоцентрированный или -ориентированный подход, биопсихомедицинская модель, подход, ориентированный на отношения.

Но независимо от названия суть остается прежней — человечность, сопереживание, эмпатия и сочувствие — вот основные столпы общения между врачом и пациентом.

Со всеми различными оттенками, отражающими многообразие человеческих характеров, настроений и чувств, они обязательно должны присутствовать в отношениях между врачом и пациентом.

Речь идет об изменении поведения не только врачей и всех медработников. Пациентам придется брать на себя больше ответственности за решения, касающиеся своего здоровья, а врачам — поделиться ею с пациентами. Обеим сторонам нужно больше слушать и уважать друг друга. А главное — работать над навыками коммуникации.

Моя вера прорастает из почвы реальных изменений. В 2021 году два медицинских вуза в Черновцах и Ровно запустили преподавательский курс «Человечность и эмпатия в здравоохранении» для будущих врачей и медсестер. Это стало реальностью благодаря совместной работе 15 преподавательниц медицинских вузов в рамках украино-швейцарского проекта «Развитие медицинского образования».

Этот курс — наша инвестиция в новую реальность, в которой пациент и врач — партнеры. Они не тратят силы на борьбу друг с другом, а вместе борются с болезнями, спасают жизни и создают здоровье.

Довольно часто, когда в разговорах о медицине речь заходит о человечности, рядом возникают аргументы о профессиональном выгорании. Эти разговоры часто заканчиваются замкнутым кругом: пациенты требуют внимания и сочувствия, от медицинских работников это требует много ресурсов, а их быстро не хватает, эмпатия истощает врачей, поэтому они её не проявляют. Мы исследовали эмпатию и ее взаимосвязь с выгоранием, и разобрались, действительно ли одно вызывает другое. Можно ли с уверенностью утверждать, что невролог и гинеколог в истории Натальи вели себя именно из-за выгорания?

Ряд англоязычных исследований показывает нам, что отрицательной причинно-следственной связи между эмпатией и выгоранием не существует или она не доказана. Исследование, проведенное среди испанских врачей и медсестер, показало, что высокий уровень эмпатии коррелирует с низким уровнем выгорания, то есть более эмпатичные работники выгорают меньше, а не больше, как отмечается в распространенном мнении. Исследователи пришли к выводу, что более эмпатичные медработники

в первичном звене выгорают меньше и что обучение эмпатии и коммуникации не способствует профессиональному выгоранию, а наоборот, является эффективным способом профилактики выгорания.

Поэтому мы решили понять, каким образом эмпатия может предотвращать выгорание, а не вызывать его. Где границы здоровой эмпатии? Как мы можем поддержать врачей в их соблюдении?

Существует множество определений и интерпретаций эмпатии, но мы пришли к выводу, что полезно различать сочувствие, эмпатию и сопереживание. Потому что, на наш взгляд, именно эмпатия позволяет меньше выгорать и в то же время помогает строить долгосрочные отношения.

Росрезнитиспичутье, эмпатию и сопереживание

Когда мы сочувствуем, мы эмоционально погружаемся в ситуацию, в каком-то смысле проживаем ее вместе с пациентом.

Когда сопереживаем, мы не только эмоционально погружаемся, но и, кроме того, пытаемся помочь/спасти/подействовать в соответствии со своими сильными эмоциями. Идем за сильными ощущениями, превращаем их в действие.

Когда мы сопереживаем, мы чувствуем в очень легких дозах и понимаем, через что проходит пациент, и вербально или невербально демонстрируем это понимание, посылая сигнал: «Я понимаю, что ты переживаешь, я с уважением отношусь к твоей уязвимости, я буду учитывать это в своих действиях, ты в безопасности со мной».

Эмпатия — безопасный мостик для (между)врачоми пациентом

Врачи часто спрашивают нас, действительно ли нужна эмпатия, особенно когда главная задача врача — выполнять высокотехнические манипуляции. Например, нужна ли эмпатия хирургу? При подготовке руководства

мы нашли исследования, которые показывают, что даже хирургам нужна эмпатия и другие эмоциональные компетенции. Сбои в коммуникации — известная причина хирургических ошибок. Эмоциональные компетенции могут уменьшить коммуникационные барьеры в отношениях врач — пациент. Понимание и внимание к эмоциональным состояниям врача и пациента могут улучшить качество объективных и субъективных обследований. Способность хирурга понимать эмоциональное состояние пациента помогает адаптировать стратегию лечения и консультации, а это приводит к более высокому уровню удовлетворенности пациентов.

Эмоции (даже у хирургов! Не говоря уже о других врачах и медсестрах, которые больше находятся в контакте с пациентами) играют основную роль в реакции на стресс и выгорание. Развитие эмоциональных компетенций помогает снизить негативные последствия стресса и выгорания, которые, как известно, являются распространенными причинами ухудшения психического здоровья, медицинских ошибок и якобы защитной, но на самом деле разрушительной «деперсонализации» пациентов. Высокий уровень эмоционального интеллекта позволяет врачу лучше понимать свои эмоции (самоэмпатия) и источники стресса вокруг, а это, в свою очередь, помогает справляться со стрессом и выявлять выгорание на ранних этапах. Понимание эмоций (как собственных, так и эмоций других) позволяет врачу более эффективно реагировать на внешние вызовы и более бережно относиться к себе и другим.

Эмпатическое понимание будет влиять на выбор слов и тон общения, а общение всегда влияет на уровень доверия. Хорошее общение укрепляет доверие, плохое — разрушает. Многие авторы согласны с тем, что понимать – это лишь часть пазла, важно еще показывать это понимание пациенту, чтобы он чувствовал себя услышанным и увиденным – это также способствует налаживанию лучших и более доверительных отношений, что обязательно отражается на клиническом результате.

С другой стороны, мы сможем беречь силы и не впадать в крайности, постоянно спасая мир. Ведь, как мы знаем, если постоянно спасать мир, не заботясь о себе, выгорание быстро даст о себе знать. Поэтому эмпатия – это достаточно безопасный мостик для отношений между врачом и пациентом, который дает опору и заземление и защищает от того, чтобы быть унесенным потоками человеческих переживаний.

Цели:

Отношение	Знания	Навыки
человекоцентрированный подход как основа философии отношений с пациентом.	понятия: эмпатия, сопереживание, сочувствие.	осознание собственных переживаний, чувств; развитие психологической наблюдательности; формирование навыков «чтения» невербальных сигналов; формирование навыка эмпатичного самовыражения; развитие способности к эмпатии.

Ключевое сообщение:

ЭМПАТИЯ ПОМОГАЕТ СТРОИТЬ ДОВЕРИТЕЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ, ПРЕДОТВРАЩАТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЕ КОНФЛИКТИ И СПОСОБСТВОВАТЬ ИХ РЕШЕНИЮ, СНИЖЕНИЮ СТРЕССА И ВИГ СПАСЕНИЕ. ЕГО НУЖНО РАЗВИВАТЬ ЧЕРЕЗ РАБОТУ НАД СВОИМИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ КОМПЕТЕНЦИЯМИ.

Что преподавать?

- Разница между эмпатией, сочувствием и сопереживанием.
- Протокол NURSE
- Эмоциональный интеллект и его связь с эмпатией.
- Как развивать эмоциональные компетенции. Инструменты для саморегуляции.
- Тест на эмоциональные компетенции.

Как проводить занятия?

Мы рекомендуем чередовать мини-лекции с примерами и интерактивные дискуссии, использовать кейсы и отрабатывать протоколы эмпатического ответа.

Выводы:

Эмпатия позволяет лучше выстраивать отношения и более результативно работать с пациентами.

Эмпатия предотвращает выгорание и позволяет лучше справляться со стрессом.

Эмпатию к другим важно развивать вместе с эмпатией к себе.

Развитие эмоционального интеллекта поможет повысить эффективность взаимодействия на разных уровнях и сэкономит много ресурсов.

Развитие эмоциональных компетенций заслуживает того, чтобы разработать для него отдельный курс и интегрировать работу с ними в программы различных специальностей.

Рабочие материалы с более подробными идеями, примерами возможных тестовых заданий и списком рекомендуемой литературы можно найти во второй части пособия
а также по QR-кодам в соответствующей теме второй части руководства (стр. 190).

ТЕМА 3

Доверие в отношениях. Консультация как пространство построения отношений

ТЕМА 3

ДОВЕРИЕ В ОТНОШЕНИЯХ С ПАЦИЕНТОМ. КОНСУЛЬТАЦИЯ КАК ПРОСТРАНСТВО ДЛЯ ПОСТРОЕНИЯ ПАРТНЕРСКИХ ОТНОШЕНИЙ

Без хорошей коммуникации медицинская помощь в лучшем случае неэффективна, в худшем – опасна.

Энтони Л. Сачмен
профессор медицины Рочестерского университета, США

ИСТОРИЯ ОБ ИВАННЕ И ЧУТКОМ НЕЙРОХИРУРГЕ

Невропатолог рекомендовал моему мужу консультацию у нейрохирурга. До того момента у нас не было опыта сотрудничества с нейрохирургами, поэтому я уточнила, может ли он порекомендовать кого-нибудь из коллег.

– Можете пойти к нейрохирургу в нашей больнице. Слышала от коллег, что он «думающий хирург», ну, не режет бездумно. А еще вроде бы хорошие отзывы о докторе Романе Х., но я не знаю, где он сейчас принимает.

Мы с мужем решили, что проконсультируемся у обоих. Если рекомендации совпадут — будем оперироваться у того, кто, как говорится, больше придется по душе. В случае, если мнения врачей будут противоположными, — пойдем еще к третьему врачу.

Описывать прием у нейрохирурга, который работает в одной больнице с невропатологом, не буду, потому что моя история о человечности, не имеющей ничего общего с этим врачом.

На следующее утро мчимся в больницу. Ждем своей очереди и заходим.

Мы рассказываем свою историю. Врач Роман осматривает мужчину, выносит свой вердикт и рассказывает обо всех плюсах и минусах операции. Совершенно спокойно отвечает на все мои вопросы. И оставляет нам право принимать решение — оперироваться или нет. Столько уважения, человечности и уравновешенности было в словах врача, что нам хватило полудня, чтобы принять решение.

Хотелось бы, чтобы врачи понимали, что пациенту действительно страшно. Он и его близкие волнуются, поэтому и задают кучу уточняющих вопросов. Для врача это повседневная рутина, а для пациента — это страх и неизвестность. Поэтому здравомыслящим и человечным врачам хватает терпения, знаний и уважения к пациенту, чтобы все подробно объяснить.

Доктор Роман по дороге в операционную решил меня подбодрить:

– Я понимаю, что вы волнуетесь, потому что вижу, что у вас хороший муж. Но все будет хорошо. Как только он придет в сознание после наркоза, я вам позвоню.

Операция и реабилитация прошли успешно, и в день выписки мы зашли к врачу, чтобы поблагодарить его за человечность и профессионализм.

Я говорила со слезами на глазах, а врач слушал. Тоже со слезами на глазах.

Иванна, жена пациента (имя изменено)

Доверие – неуловимая вещь. К ней невозможно прикоснуться. Но в то же время она очень конкретна: она либо есть, либо ее нет. Ее трудно определить или очертить шаги на пути к ней, но мы всегда можем сказать, есть она у нас или нет. Так же, как Иванна вместе с мужем четко понимали, к какому врачу они пойдут, потому что доверие и то, как оно разливается теплом внутри и открывает сердце, – надежный путеводитель.

Наличие доверия в отношениях позволяет экономить время и силы, оно привносит в них красоту и чувство безопасности. Когда его нет, мы тратим много ресурсов на правила и процедуры, на формальности и бумажную волокиту, пытаясь обезопасить себя. В лечебном контексте доверие важно для обеих сторон – как для врача, так и для пациента. Без доверия помочь почти невозможно, выздороветь – тоже.

Без доверия помочь почти невозможно, выздороветь – тоже

Ища ответ на вопрос, откуда у людей берется доверие к врачу, мы поняли, что у разных людей разные взгляды. Одни обращаются к врачу с определенным запасом доверия, который врач может использовать, чтобы укрепить его и получить лояльного пациента, или потерять этот запас. Потерять, конечно, проще и быстрее, чем приумножить. Такое доверие обычно основано на рекомендациях знакомых или родных, на доверии к медицинскому учреждению или на репутации и титулах врача.

Другие же люди приходят к врачу почти с нулевым доверием и шлейфом негативного опыта, и тогда доверие нужно накопить и заслужить, чтобы работать вместе дальше. В таких случаях особенно важен первый контакт — ведь невозможно произвести хорошее первое впечатление дважды. Взаимоуважение и взаимопонимание, умение найти индивидуальный подход очень влияют на уровень доверия у пациента. Учитывая довольно сложный современный контекст и низкий уровень доверия в системе здравоохранения в целом, врачи довольно часто сталкиваются с пациентами с «обремененным анамнезом», которые разочаровались, которых предали или обманули другие врачи. Построение доверия с такими скептичными пациентами требует еще больше усилий.

Итак, как же можно укреплять доверие? На укрепление доверия влияют в основном четыре фактора:

- **Предсказуемость.** Когда поведение врача становится предсказуемым и понятным для пациента, он/она будет испытывать больше доверия.

- **Время и количество эпизодов.** Доверие редко возникает мгновенно. Если врач ведет себя понятно и предсказуемо для пациента в течение определенного времени и в различных ситуациях, со временем уровень доверия будет расти. Наращивать доверие – долго, потерять его можно мгновенно.

- **Информация.** Предоставленная информация делает реальность более понятной и предсказуемой – чем качественнее врач наладит информационный обмен с пациентом, чем лучше адаптирует информацию к потребностям каждого, тем больше ему/ей будут доверять. Пациенты обычно с подозрением относятся к врачам, которые не делятся информацией.

- **Коммуникация.** Пожалуй, единственным инструментом построения доверия в отношениях является коммуникация. Ведь именно благодаря ей мы решаем, совпадают ли слова с действиями. Именно эти совпадения и делают нас предсказуемыми для пациентов. Именно поэтому большое внимание в этом разделе пособия мы уделили коммуникации с пациентом во время консультации.

Итак, в этом разделе мы разберем построение доверия на кирпичиках эффективной коммуникации во время консультации.

Цели:

Отношение	Знания	Навыки
человекоцентрированный подход как основа философии отношений с пациентом.	как строить доверие в отношениях с пациентом; консультация как пространство для построения отношений.	достижение взаимопонимания и доверия; построение партнерских отношений; открытые вопросы; вербальная и невербальная коммуникация; исследование эмоций пациента; эмпатия.

Ключевое сообщение:

ЕДИНСТВЕННЫЙ СПОСОБ ПОСТРОИТЬ ДОВЕРИЕ В ОТНОШЕНИЯХ С ПАЦИЕНТОМ – БЫТЬ ПОНИМАЕМЫМ И ПРЕДСКАЗУЕМЫМ. УМЕНИЕ ОБЩАТЬСЯ – ОСНОВА КЛИНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ, НАИБОЛЕЕ ВАЖНАЯ СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧА.

Что преподавать:

- Традиционная vs пациент-центрированная модели консультирования.
- Пациент-центрированная коммуникация: основные принципы.
- Структура клинической консультации по модели Калгари-Кембридж.
- Невербальная коммуникация во время консультации.
- Триада ICE (ideas, concerns, expectations) для понимания эмоциональных реакций.
- Алгоритм эмпатического общения N.U.R.S.E. (имя, понимание, уважение, поддержка, изучение).

Как проводить занятия:

Мы рассматриваем это как практические интерактивные занятия, построенные по следующим принципам:

- от деталей к целому: карты эмоций, эмпатическая речь – отдельные части консультации – консультация в целом;
- от простого к сложному: пациент, настроенный позитивно, готовый к сотрудничеству – работа с негативно настроенным пациентом.

Соответственно, предлагаем вам использовать следующие форматы для взаимодействия с аудиторией:

- проверка начального уровня знаний (тестовый контроль) в электронном или бумажном виде;
- мини-лекция;
- устный опрос/интерактив/демонстрация видео;
- разбор реальных кейсов и/или их обсуждение в малых группах;
- сценарий с симуляционным пациентом с видеофиксацией и дебрифингом;
- итоговый тестовый контроль уровня теоретических знаний.

Выводы:

Ответственность за результат – совместная (и врача, и пациента).

Пациент-ориентированный подход к оказанию медицинской помощи основан на взаимопонимании и сотрудничестве пациента и врача.

Калгари-Кембриджская модель основана на четкой структуре врачебной консультации и данных, подтвержденных исследованиями.

В общении с пациентом врачу следует опираться на коммуникационные навыки, эффективность которых подтверждена многочисленными исследованиями. Не стоит полагаться только на собственный опыт и чувства – они могут привести к множеству ошибок.

Использование Калгари-Кембриджской модели пациент-ориентированной медицинской консультации повышает эффективность лечения и приверженность пациентов лечению, является экономически эффективным и снижает количество жалоб и судебных исков.

Рабочие материалы с более подробными идеями, примерами возможных тестовых заданий и списком рекомендуемой литературы можно найти во второй части пособия и по QR-кодам в соответствующей теме второй части пособия (стр. 212).

ТЕМА 4

Автономия пациента и профессиональные отношения

ТЕМА 4. СУБЪЕКТНОСТЬ И АВТОНОМИЯ ПАЦИЕНТА. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ГРАНИЦЫ

Чтобы жить и преодолевать новые вызовы, мне нужно стать лидером. Лидером, которым я раньше не была. Да, мне может понадобиться помощь в повседневных делах, если Я буду плохо себя чувствовать, но за меня не нужно принимать решения... И мне важна поддержка в этом лидерстве: в понимании себя и мира, в принятии сложных решений и реорганизации собственной жизни. Каким бы оно ни было и когда бы ни закончилось, мне важно самой определиться, как пройти этот путь

Сьюз Мефферт
история из «Совсем не страшной книги о жизни, смерть и все, что между ними»

ИСТОРИЯ О МАМЕ МАРИИ И ДИЛЕММАХ ЛЕЧЕНИЯ

В прошлом году у моей мамы диагностировали рак. Четвертая стадия, легкие, метастазы. Никаких надежд. Никаких шансов. Оставалось максимум несколько месяцев.

Принять такую новость оказалось очень сложно. И ей, и мне. Уже позже я поняла, что врачи говорили о «лечении» исключительно из сочувствия. Ведь лечение имеет целью выздоровление. А в нашей ситуации любые действия подпадали скорее под определение «паллиативная помощь».

Рак — болезнь индивидуальная. Здесь нет проверенных методов, которые работают для всех. Лечение подбирают в зависимости от сотен конкретных показателей.

Однажды, ещё на раннем этапе нашей борьбы, когда я привела маму на далеко не первую уже тяжёлую процедуру, она сказала: «Маша, я чувствую себя просто куском мяса». А дальше говорила о качестве жизни. О том, как важно не сойти с ума даже со смертельным диагнозом. И что если бы ей пришлось выбирать между одним днем полноценной жизни и неделей полубессознательного состояния, то она выбрала бы день.

Это не значит, что нужно прекратить борьбу. Это, как всегда, вопрос оттенков и полутонов. Вопрос баланса. Не заставлять больного что-то делать только потому, что кому-то тревожно. Не заставлять его проходить через бесконечное количество болезненных процедур, эффективность которых стремится к нулю, только чтобы успокоить свою совесть – вот, видите, я делаю все, что могу. Спросить у него, чего хочет он. В такой ситуации ваше мнение второстепенно. Вы можете уговаривать, просить, убеждать, но не относитесь к больному как к «куску мяса». Это его выбор, не ваш.

Мария Попова,
«Совсем не страшная книга о жизни,
смерти и всем, что между ними»

«А вы что, врач?»

Тема субъектности пациента, его автономии и профессиональных границ в работе медицинского работника вызвала бурные дискуссии во время разработки этого курса.

Во-первых, патерналистская система медицинского образования и лечения построена на том, что пациент является объектом, которого лечат компетентные медицинские работники. Мы не привыкли относиться к пациенту как к субъекту, который может влиять на то, что с ним происходит. Поэтому даже терминологически нам было сложно обсуждать субъектность человека, которую часто путали с субъектом оказания услуг.

Во-вторых, патерналистские отношения в медицине отражают многовековые исторические паттерны взаимодействия между феодалом и сюзеренами, между диктатором и угнетенными, между господином и крепостным. Эти перекосы во власти и неумение пользоваться собственным рангом как в обществе в целом, так и в медицине в частности, приводят к злоупотреблениям властью, к отсутствию системы сдержек и противовесов. В результате врачи «задыхаются» от чрезмерной ответственности, а пациенты, отдавая себя в руки врачей, в случае неудачных исходов во всем винят медработников.

Перекосиувладітаневмінн я пользоваться собственным рангомпразводятьд о злоупотреблениях властью

В-третьих, для того чтобы совместно принимать решения, необходим определенный уровень «взрослости» с обеих сторон. И речь здесь идет не о возрасте. Эта зрелость подразумевает уважение к другой стороне и умение пользоваться своим статусом — статусом врача или статусом пациента. Впрочем, далеко не все медицинские работники и пациенты готовы к новому качеству этих отношений и к тому, чтобы перераспределить ответственность за решения о ходе лечения. Не все пациенты хотят брать эту ответственность на себя, и не все врачи – тратить время на обсуждение или подачу информации понятным языком. Не все пациенты обладают достаточным уровнем образованности, чтобы понять комплексность проблемы. Некоторые пациенты, согласно своим культурным традициям, не привыкли принимать самостоятельные решения.

Чтобы совместно принимать решения, необходим определенный уровень «зрелости» обеих сторон

Совместное принятие решений не сводится к тому, чтобы заставить Машу и её маму из истории в начале этой главы следовать рекомендациям врача, так же как оно не сводится к тому, чтобы прописывать пациенту всё, что ему/ей вздумается, или оставлять его/её наедине с непростым решением. Совместное принятие решений возможно, когда между пациентом и медицинским работником существуют доверительные отношения, в которых они могут влиять на мнение друг друга и сотрудничать в процессе поиска пути лечения, который подойдет именно этому пациенту с учетом его/ее ценностей или предпочтений.

Итак, медицинскому работнику важно учитывать пожелания пациента о его/ее собственном участии в принятии решений и вдохновлять его/ее брать на себя большую ответственность за свое здоровье, а не отдавать ее полностью в руки поставщиков медицинских услуг. Условная Машина-мама должна иметь возможность влиять на то, что происходит с ней и ее телом, и выбирать путь, по которому идти именно ей.

А для этого специалистам медицинских и вспомогательных профессий важно устанавливать здоровые границы в работе с людьми и четко понимать, в чем заключается разница между «касаться чьей-то жизни» и «брать чью-то жизнь в свои руки».

Цели:

Отношение	Знания	Навыки
человекоцентрированный подход как основа философии отношений с пациентом.	субъектность и границы; пациент как субъект принятия решения; совместное принятие решений (Shared decision making (SDM)); что такое границы; какие бывают типы границ.	как правильно предоставлять пациенту информацию и определять для каждого уровень детализации, необходимый для принятия совместного решения; как на практике обеспечить соблюдение границ, определить пересечение или нарушение границ; как выстраивать собственные границы; что делать в случае нарушения границ.

Ключевое сообщение:

СОВМЕСТНОЕ ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ КЛЮЧЕВЫМ КОМПОНЕНТОМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ. ОНО ВОЗМОЖНО ПРИ УСЛОВИИ СОБЛЮДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРАНИЦ МЕЖДУ МЕДИКОМ И ПАЦИЕНТОМ

Что объяснять?

- Добровольность, информированное согласие пациента и персональные данные: практические аспекты применения в работе медицинского работника.
- Принципы автономии пациента.

- Навыки совместного принятия решений: обмен информацией, активное слушание, резюмирование, открытые вопросы, разъяснение преимуществ.
- Информированное согласие как часть безопасности пациента (patient safety).
- Тест на проверку уверенности в решении SURE (по O'Connor и Légaré: уверенность в выборе, понимание информации, осведомленность о рисках и преимуществах, поддержка).
- Информационные помощники для принятия решений о диагнозе (decision aid).
- Границы и их типы.
- Конфиденциальность как ключевое право для автономии и защиты человеческого достоинства; принципы соблюдения конфиденциальности.

Как преподавать?

Этот блок достаточно насыщен теоретическим материалом – ведь важно хорошо разбираться в основополагающих принципах пациентской автономии и совместного принятия решений. Поэтому мы предлагаем «разбавить» его разбором кейсов и уделить больше времени проверке знаний.

Предлагаем, по возможности, выделить время на отработку навыков, обратиться к предыдущему разделу, который содержит подробную информацию о структуре консультации по модели Калгари-Кембриджа, и отработать навыки, наиболее актуальные для второй половины консультации – этапов объяснения, планирования и завершения встречи.

В частности, целесообразно отработать вопросы предоставления информации, помощи в усвоении информации, достижения взаимопонимания, планирования действий и подведения итогов. Уже упомянутый в нескольких разделах треугольник ICE (исследование идей, ожиданий и опасений) также может стать полезным инструментом для совместного принятия решений.

Выводы:

Совместное принятие решений – новая парадигма отношений между врачом и пациентом. Обеим сторонам нужно учиться коммуницировать и перераспределять ответственность.

Конфиденциальность и добровольность являются важными принципами в отношениях, они защищены законом.

Пациент – хозяин своего тела, который имеет право отказаться от лечения или выбрать другой путь.

При принятии решений необходимо оценивать не только клиническую ситуацию и риски, но и учитывать социально-экономические, психологические факторы, предпочтения каждого пациента.

Чётко установленные профессиональные границы помогают избежать эмоционального выгорания и возникновения неприятных ситуаций. Установление границ и конструктивное разрешение конфликтов в случае их нарушения — это навык, который требует тренировки.

Рабочие материалы с более подробными идеями, примерами возможных тестовых заданий и списком рекомендуемой литературы можно найти во второй части пособия и по QR-кодам в соответствующей теме второй части пособия (стр. 246).

ТЕМА 5

Конфиденциальность

ТЕМА 5
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Отношения между медиком и пациентом – основной фокус этики в медицине. Это личные и профессиональные отношения, которые строятся на доверии, уверенности, достоинстве и взаимном уважении. Доверие – это мостик в отношениях врач — пациент. Важно не только ожидать полного доверия от пациента, но и создать прочный фундамент, который станет опорой для развития доверия со стороны пациента.

Питер А. Кларк

ИСТОРИЯ О МОЛОДОЙ ВРАЧИХЕ И ЕЕ СМЕХ НАД ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ГЕЕМ

– Представляете, к нам в отделение привезли «подозрительного». Ну, вот этот, голубой, чего он хотел? – с усмешкой говорит моя однокурсница, которая подрабатывает по выходным в реанимации одной из киевских больниц.

Группа смеется, меня перебирает отвращение. Не к пациенту, а к этим людям, которые ничего не слышали об эмпатии, принятии, неосуждении. О врачебной тайне они тоже не слышали. Из рассказа понимаю, что информация о пациенте, его состоянии, сексуальной ориентации открыта не только для всей реанимации, но и для любого другого персонала, потенциальных пациентов и даже для нас, студентов четвертого курса медицинского университета.

Мне страшно даже подумать, в каком аду сейчас живет этот молодой человек: в тяжелом состоянии в реанимации, в сознании или без (мне даже хочется верить, что он спит и не слышит, не видит взглядов персонала). Информация о ВИЧ-положительном статусе провоцирует отказ в оказании медицинских услуг, нежелательные нотации относительно образа жизни. Вместо

Вместо адекватного консультирования о рисках пациент слышит осуждающие замечания со стороны всех, от санитарки до главного врача. А потом слухи доходят до знакомых, которые начинают избегать общения, или до работодателей, которые увольняют человека, особенно когда работа связана с общением с клиентами или подопечными (детьми).

Через несколько лет, уже во время работы, я знакомлюсь с другим пациентом, 30-летним парнем, который узнал о положительном ВИЧ-статусе в реанимации, когда болезнь поразила головной мозг. Он тоже гей, очень талантливый и интересный человек, прекрасный товарищ. Я вспоминаю того другого парня, и осознание ада, в котором до сих пор живут люди с ВИЧ, накрывает меня. Ад это не из-за несовершенства лечения, нет. Он из-за неумения уважать и видеть не диагноз, а человека.

Дарья Дмитриевская, семейный врач

В украинских реалиях вопросы конфиденциальности часто недооцениваются. Сколько людей страдают из-за распространения информации о своих диагнозах? Сколько человеческих жизней и семей разрушается из-за неосторожных и непродуманных утечек информации? Сколько врачей считают нормой обсуждать с пациентом нюансы диагноза или лечения в коридорах больниц в присутствии посторонних людей?

Врачи обсуждают подробные кейсы своих пациентов в публичных группах, выносят на всеобщее обозрение выписки своих коллег, отказывают пациенту в доступе к истории болезни или результатам исследований. Все эти случаи — не только грубые нарушения медицинской этики, но и закона. Границы между частным и общественным часто размыты, поэтому многим кажется, что конфиденциальность — это просто дань моде или бюрократии.

На самом деле конфиденциальность имеет весьма практическое применение. Для того, чтобы иметь возможность помочь пациенту, медицинскому работнику необходимо получить максимум информации о его здоровье и обстоятельствах, приведших к сбоям в организме. Правила конфиденциальности созданы для того, чтобы пациент мог без лишних сомнений рассказать все как есть, а врач — сделать из этого выводы для полноты клинической картины и определения дальнейшего плана. Конфиденциальность — залог доверия в этом процессе, а также фактор, который напрямую влияет на полноту информации.

Конфиденциальность и частная жизнь тесно связаны между собой. И если конфиденциальность — это требование, закреплённое законодательством, то частная жизнь имеет больше аспектов. В частности, приватность касается всех действий, которые мы совершаем с телом: спрашивать человека о разрешении прикоснуться, накрывать обнаженное тело, позаботиться о занавеске и возможности переодеться без посторонних глаз. С уважением относиться к мертвому телу. Все это о уважении к человеку, его телу и информации о том, что с ним происходит. Если бы медицина стала религией, то уважение к телу и святость врачебной тайны могли бы стать ее алтарем.

Если бы медицина стала религией, то уважение к телу и святость медицинской Секреты могли бы стать ее жертвенником.

В этом разделе мы рассмотрели, что означает конфиденциальность на практике, какими нормативными актами она регулируется, а также подобрали ряд полезных ссылок, которые помогут нашим слушателям вести себя более корректно и защитят их от жалоб в отношениях с пациентами. Нам важно позаботиться об уважении к личной информации, чтобы никому из пациентов Дарины не пришлось проходить через ад на пути к собственному здоровью.

Цели:

Отношение	Знания	Навыки
человекоцентрированный подход как основа философии отношений с пациентом.	какую информацию и в каком объеме необходимо предоставлять пациенту; что важно знать о конфиденциальности: почему это важный принцип и каковы основные юридические моменты.	как правильно предоставлять информацию и определять, какой уровень детализации необходим для каждого пациента; как на практике обеспечить обеспечить конфиденциальность, право человека на автономию; как обсуждать с пациентом решения относительно хода лечения и помогать принимать решения.

Ключевое сообщение:

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ – КИРПИЧ В ОСНОВНАЯ СТРОИТЕЛЬСТВЕ ДОВЕРИЯ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ И ПАЦИЕНТОМ. ОНА НЕОБХОДИМА КАК С ЭТИЧЕСКОЙ, ТАК И С ЮРИДИЧЕСКОЙ СОБЛЮДЕНИЯ

Что преподавать?

- Понятия «информация» и «конфиденциальная информация».
- Автономность, ее принципы, понятие «информированное согласие».
- Конфиденциальность и принципы ее обеспечения. Правила сохранения конфиденциальности в медицинских учреждениях.
- Конфиденциальность, принципы ее соблюдения.
- Ответственность за разглашение врачебной тайны.
- Условия, при которых можно нарушить принципы конфиденциальности.
- Предоставление доступа к информации пациентам: обязанности медицинских работников, риски. Особенности доступа к информации о детях.

Как преподавать?

Вопросы для самоанализа и совместного обсуждения в малых и больших группах.

Вступительные тесты. Кейсы

для обсуждения.

Практические упражнения по отработке навыков предоставления информации, приглашения вопросов от пациента и ответов на них.

Выводы:

Пациент должен получить полную и всестороннюю информацию о состоянии своего здоровья в доступной форме, чтобы быть вовлеченным в процесс принятия решения.

Согласие на распространение информации о состоянии здоровья – прерогатива пациента.

К конфиденциальной информации, подлежащей защите, относятся персональные данные, состояние здоровья и эмоциональное состояние, финансовая информация.

Пациент должен иметь беспрепятственный доступ к медицинским записям о себе.

Пациент может отказаться от присутствия студентов или интернов во время лечения.

Рабочие материалы с более подробными идеями, примерами возможных тестовых заданий и списком рекомендуемой литературы можно найти во второй части пособия, а также по QR-кодам в соответствующей теме второй части пособия (стр. 259).

ТЕМА 6

Кризисные состояния и поведение

ТЕМА 6.

КРИЗИСНЫЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ПЛОХИЕ НОВОСТИ

«Медицинский персонал избегает сообщения плохих новостей о диагнозе или смерти, надеясь, что кто-то другой сделает это за них. Но этого «кого-то другого» нет и не будет. Ведь разговор с пациентами и их родственниками о неизлечимых болезнях или смерти — важная, но очень сложная часть врачебной практики. И она кажется в сто раз тяжелее из-за отсутствия соответствующих навыков и подготовки, а иногда и собственного эмоционального ресурса».

Анастасия Леухина
«Совсем не страшная книга о жизни, смерти и всем, что между ними»

В книге «Совсем не страшная книга» есть история о враче Татьяне, которая получила свой собственный онкологический диагноз в коридоре частной клиники — запечатанный в конверте. Никто даже не вышел к ней, чтобы озвучить его и быть рядом, чтобы поддержать. Отсутствие открытой коммуникации и недостаток информации являются ключевыми болевыми точками в отношениях пациентов и медицинских работников.

ИСТОРИЯ О ТАТЬЯНЕ И НОВОСТИ В КОНВЕРТЕ

Она — врач. Одна из лучших гинекологов-эндокринологов в Киеве. К ней невозможно попасть на прием без предварительной записи. Но и тогда ждать придется около месяца. Она ежедневно осматривает женщин на наличие уплотнений в груди и как может убеждает их регулярно проверяться у гинеколога и маммолога. Она сама обнаружила у себя уплотнение и пошла делать маммографию. Обратилась в частную клинику, чтобы не встречаться ни с коллегами-врачами, ни со своими пациентами.

«Я ждала результат маммографии в коридоре в десять утра. Ко мне вышла ассистентка врача и молча передала конверт с диагнозом «рак» внутри. Несмотря на то, что я и так знала, что со мной,

что я образованна и осведомлена, я рыдала, когда открыла конверт и прочитала диагноз. Несколько минут назад врач увидел опухоль, написал (или написала) слова «рак груди» в заключении, но почему не смог сказать мне об этом лично? Ведь тогда даже несколько слов поддержки стали бы для меня опорой. А молча передать конверт и оставить пациента наедине с таким страшным диагнозом — это жестоко.

В 11:00 у меня начинался прием в другом конце города. Я взяла себя в руки и поехала на работу. Но ведь на моем месте могла оказаться другая людина, и она могла бы не выдержать такого нервного напряжения.

Почему всё так бесчувственно и бесчеловечно? Врачи не хотят сообщать плохие новости, они надеются, что это за них сделает кто-то другой.

Несмотря на то, что я много раз сообщала людям о подозрении на онкологические заболевания, справиться с плохими новостями мне самой оказалось сложно. Мне было жалко себя и детей».

Татьяна Попова
«Совершенно не страшная книга о жизни, смерти и всем, что между ними»

Согласно последним исследованиям онкопациентов, лишь в 58% случаев пациенты узнавали о своём диагнозе от врача. Каждому третьему врач не сообщил диагноз.[1]

[1] Исследование, проведенное БФП «Капля крови» и ОО «Афина. Женщины против рака» при поддержке Международного фонда «Возрождение». Представлены результаты онлайн-опроса, проведенного в 2021 г.

«Нас этому никогда не учили», — говорят медработники. Сообщение плохих новостей и обсуждение диагноза — серьезный вызов для любого человека. Ведь нужно не только подобрать правильные слова, чтобы не ранить человека. Не только справиться с собственным волнением за жизнь пациента и беспомощностью в его лечении. Нужно быть рядом, выдержать слезы или оцепенение, ответить на вопросы и несколько раз повторить, потому что способность человека анализировать и запоминать информацию в кризисном эмоциональном состоянии резко ослабевает. Нужно много терпения и эмпатии.

Среди медработников очень распространено представление о том, что постоянное ношение эмоционального бронежилета защищает человека от выгорания. Длительное ношение металлического бронежилета может повредить позвоночник и вызвать хронические проблемы со спиной, поэтому каждый вид бронежилета рассчитан

на 1–2 часа в сутки. То же самое и с эмоциональным бронежилетом: постоянное его ношение, закрытость и сохранение большого расстояния до собственных чувств и чувств окружающих — утомляют и мешают строить отношения, лишают возможности получать обратную связь и благодарность. Это изматывает не меньше, чем контакт с людьми, поэтому важно выбирать, в каких случаях эмоциональная защита действительно необходима. На длинных дистанциях она вредит психическому здоровью, а не бережет его.

Постоянное ношение эмоциональной бронежилетувыснажує

Наш опрос показал, что студенты медицинских университетов особенно опасаются таких разговоров и сообщений о смерти. Частота таких переживаний при работе с пациентами зависит от специализации врача. Впрочем, почти каждый из нас попадал или попадет в ситуацию, когда необходимо обсудить с пациентом плохие новости. Поэтому нам ничего не остается, как учиться методикам сообщения плохих новостей, отрабатывать навыки эмпатического слушания, избавляться от шаблонных фраз вроде «держитесь» или «все будет хорошо» и открыть свое сердце хотя бы на щелочку.

Мы собрали рекомендации лучших психологов и врачей по работе с плохими новостями и реагированию на высокую эмоциональную напряженность. Надеемся, эта информация поможет вам и вашим слушателям справиться с волнением и страхами и быть рядом с пациентами в сложных ситуациях. Иногда пациенты забывают то, что слышат, но открытый взгляд или заботливые жесты в эти необычные моменты будут крутиться в голове еще долго, благодаря вашей человечности.

Цели:

Отношение	Знания	Навыки
человекоцентрированный подход как основа философии отношений с пациентом.	что такое кризисные эмоциональные состояния и как они влияют на взаимодействие; стадии скорби.	как общаться в состояниях высокой эмоциональной напряженности и стресса; сообщение плохих новостей.

Ключевое сообщение:

МЕДИКАМ ВАЖНО УЧИТЬСЯ
И ОТРАБАТЫВАТЬ НАВЫКИ
СООБЩЕНИЕ ПЛОХИХ НОВОСТЕИ
С ПОНИМАНИЕМ,
СОЧУВСТВИЕМ
И С ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ
ПОДДЕРЖКОЙ, ЧТОБЫ
ЧЕЛОВЕК
НЕ ОСТАВАТЬСЯ НАЕДИНЕ
С ТЯЖЕЛОЙ СИТУАЦИЕИ.

Что преподавать?

- Кризисные эмоциональные состояния, признаки переживания горя (по Линдеману), стадии горя (по Кюблер-Росс) и периоды скорби (по Зинтлу и Волкан).
- Психологическая поддержка на разных стадиях скорби.
- Категории пациентов в кризисных эмоциональных состояниях и стратегии работы с ними.
- Сообщение плохих новостей и протокол **SPIKES** (setting, perception, invitation, knowledge, emotion-and-empathy, strategy, summary): подготовка, информированность, разрешение, знания, эмоции/эмпатия, стратегия, подведение итогов).

Как преподавать?

Асинхронное обучение (материалы подготовки к занятию). Обсуждение

следующих предложенных тем в малых группах:

- какие темы разговоров являются сложными для врача;
- кому вы будете сообщать плохие новости (пациенту, родственникам, знакомым);
- почему врачи не хотят сообщать плохие новости;

- вспомните случаи из вашей жизни или практики, когда вам или кому-то другому некорректно сообщали плохие новости.

Каковы плюсы и минусы пребывания родственников в отделении интенсивной терапии

Ролевая игра (проигрывание разговора с пациентом с такими заболеваниями, как РА, БА, СД в тройках) с обсуждением в группах.

Аквариумная дискуссия с общим обсуждением. Работа

с кейсами (метод клинических задач).

Просмотр видеороликов с некорректным и корректным изложением плохих новостей с последующим обсуждением в небольших группах.

Использование презентации на Google Дисках в режиме редактирования, досок Padlet, Miro.

Выводы:

Плохие новости о состоянии здоровья вызывают сильный стресс, связанный со страхами и неопределенностью будущего.

Разные люди проходят стадии скорби по-разному, изменение эмоционального состояния является естественным, это нужно учитывать при построении коммуникации с пациентом и его семьей. На разных стадиях скорби могут работать разные стратегии поддержки.

Медицинским работникам важно научиться работать с людьми в кризисных состояниях и сообщать им актуальную и правдивую информацию об их состоянии здоровья.

Стратегии реагирования на различные кризисные состояния могут быть разными.

Рабочие материалы с более подробными идеями, примерами возможных тестовых заданий и списком рекомендуемой литературы можно найти во второй части пособия, а также по QR-кодам в соответствующей теме второй части пособия (стр. 287).

ТЕМА 7

Конфликты и сложные разговоры

ТЕМА 7
КОНФЛИКТЫ И СЛОЖНЫЕ РАЗГОВОРЫ

Если вы избегаете конфликта ради сохранения мира,
вы начинаете войну внутри себя.

Шерил Ричардсон

ИСТОРИЯ О ВОИНСТВЕННОЙ БАБУШКЕ И РУГАЮЩЕМСЯ АНЕСТЕЗИОЛОГЕ

Поступил 9-месячный ребенок. Кипяток. Облил себя. Площадь ожогов — 70 %. В таких ситуациях наладить венозный доступ и начать вводить растворы в больших объемах — вопрос выживания.

Быстро доставили ребенка в реанимацию. Маму прошу остаться за дверью. Закончим с манипуляциями, тогда пущу. Наркотики, транквилизаторы, чтобы облегчить боль и немного успокоить маленького пациента.

Пытаюсь катетеризировать подключичную вену. Одно неверное движение – и можно пробить легкие. И в этот момент в палату врывается бабушка малыша, женщина лет пятидесяти, еще с какой-то родственницей, и неистово начинает его дергать, срывает повязки, ворча на то, что мы, дураки, вытерли с ожогов яичный белок.

Ребенок, когда попал к нам, был весь измазан яйцом. Белок на ожог – лучшее средство, если хочешь, чтобы все закончилось сепсисом и смертью.

Я аккуратно достал иглу, а потом выругался от души. За все пять лет своей работы я никогда так не кричал. В буквальном смысле силой вытолкнул бабушку и её подругу, после чего закрыл дверь.

– Мы полицию вызовем! – кричала бабушка.

Меня трясло от злости. Катетер поставил, маму пустили, она оказалась вполне адекватным человеком. Я сожалею, что позволил себе кричать и ругаться. Но и сама ситуация могла бы не произойти, если бы в больнице была охрана, а на двери в реанимации был надежный замок.

Чем больше родственники давят и навешивают ярлыки, тем больше медицинские работники стремятся спрятаться за высокой стеной. И чем выше эта стена, тем сильнее недоверие. Замкнутый круг: недоверие порождает закрытость, закрытость — недоверие.

Как разорвать эту порочную цепь?

Медицинским работникам необходимо учиться общаться и всячески способствовать присутствию и поддержке родственников, когда это возможно. А родственникам – учиться доверять.

Иван Черненко, анестезиолог

Этому разделу мы сначала дали название «Сложные пациенты». Но во время подготовки поняли, что в конфликтных ситуациях не бывает сложных пациентов или простых врачей, не бывает белого и черного – каждый раз есть много разных оттенков, которые нужно уметь различать. Каждый из нас при определенных обстоятельствах может стать сложным для других, этому всегда есть предпосылки и причины. И понимание корней того, что мы видим как «сложность» в других, и является залогом позитивного разрешения конфликтов.

Небылестьскладнихпациентов– каждый из нас в определенных обставинах может стать сложным для других

Глобальный отчет о человеческом капитале (2008) отмечает, что 85% работников сталкивались с конфликтами на работе. В большинстве случаев (67%) конфликт вызван стрессом и тяжелой рабочей нагрузкой. 60% работников никогда не обучались управлению или разрешению конфликтов, но 95% из тех, кто проходил обучение, свидетельствуют, что обучение помогло лучше справляться с конфликтными ситуациями и находить общие решения.

По нашим наблюдениям, уровень конфликтности в украинских больницах выше, чем в среднем по миру. Тяжелые условия труда, зашкаливающий уровень стресса, отсутствие достаточного финансирования и напряженность в отношениях с пациентами, вызванная непрозрачностью и нерешенностью финансовых вопросов, усталость и подогреваемое СМИ недоверие, постоянные трансформации системы и практик — все эти факторы делают медицинских работников уязвимыми к конфликтам. Многие исследования показывают, что чаще всего участниками конфликтов становятся медсестры.

Конфликты – структурный элемент любой системы и отношений внутри нее. Они могут возникать по поводу коммуникационных, структурных или личных вопросов и воплощаться в различных ситуациях и формах поведения. Большинство школ разрешения конфликтов рассматривают его как возможность улучшить статус-кво и урегулировать отношения. Главное – как с ним работать, чтобы он приносил пользу, а не наносил вред.

Основную стратегию работы с конфликтом нужно не столько строить на избегании конфликта, сколько направлять ее на подготовку медицинских работников к эффективному предупреждению и разрешению конфликтов. Чтобы такие врачи, как Иван, лучше понимали воинственных бабушек из приведенной истории, могли справиться со своими и бабушкиными переживаниями и помочь себе и бабушке урегулировать конфликтную ситуацию.

Основную стратегию работы с конфликтом нужно не столько делать ставку на избегание, сколько направлять на подготовку к эффективному разрешению

Какие элементы обучения работе с конфликтами могут быть особенно актуальны для медицинских работников?

Внимательность и самопознание. Как вы реагируете на конфликтные ситуации? Каковы ваши привычки в работе с конфликтом? Что вас эмоционально провоцирует и насколько хорошо вы можете справляться со своими эмоциями?

Понимание и открытость к познанию другой стороны, признание естественных различий в видении и трактовке событий или намерений. Можете ли

Вы умеете посмотреть на ситуацию глазами другой стороны, проанализировать её логику и видение проблемы? Насколько хорошо вы умеете работать в условиях высокой напряжённости и помогать другим снижать эмоциональный накал?

Коммуникация, умение говорить и слушать. Ни один конфликт на планете невозможно разрешить без качественной коммуникации. То, насколько мы умеем проявлять свое напряжение, формулировать проблему, слышать и видеть вербальную и невербальную информацию, поступающую с другой стороны, влияет на нашу способность работать с конфликтом и превращать его из угрозы в возможность.

Внутренний ресурс. Работа с конфликтом требует много сил. Уровень внутренней энергии и эмоциональное состояние сильно влияют на то, насколько хорошо мы сможем справиться с конфликтной ситуацией. Поэтому забота о себе и работа над собственным выгоранием — важные союзники в разрешении конфликтов.

Цели:

Отношение	Знания	Навыки
человекоцентрированный подход как основа философии отношений с пациентом.	что такое конфликт, причины его возникновения, основные стратегии предупреждения и поведения в конфликтных ситуациях; ситуации, в которых пациент может стать «сложным». Поиск эффективного подхода к пациентам в кризисных эмоциональных состояниях.	демонстрация эффективного эмпатического общения, избегание конфликтных типов общения и поведения; оценка эмоционального состояния пациентов; общение с пациентами в сложных эмоциональных состояниях; разрешение конфликта путем решения проблемы; проявление эмпатии.

Ключевые сообщения:

ОСНОВНУЮ СТРАТЕГИЮ РАБОТЫ С КОНФЛИКТОМ НУЖНО СТРОИТЬ НЕ НА ЕГО ИЗБЕЖАНИИ, А НА ПОДГОТОВКУ К ЭФФЕКТИВНОМУ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ И РЕШЕНИЯ.

РАБОТАТЬ С КОНФЛИКТОМ МОЖНО НАУЧИТЬСЯИСЯ ЧЕРЕЗ ПОЗНАНИЕ СЕБЯ, УМЕНИЕ СЛУШАТЬ И ПРИНИМАТЬ ТОЧКУ ЗРЕНИЯ ДРУГОЙ СТОРОНЫ, КАЧЕСТВЕННУЮ КОММУНИКАЦИЮ И ЗАБОТУ О СВОИХ РЕСУРСАХ

Что преподавать?

- Конфликт, его цикл и возможные причины.
- Стратегии поведения в конфликтной ситуации (по Томасу и Киллману).
- Цели, интересы и позиции в переговорах.
- Структура сложных разговоров (факты, эмоции, угроза эго).
- Протокол EVE (эмоция, валидация, эмпатический ответ).
- Ненасильственная коммуникация.
- Вербальные и невербальные сигналы в конфликтной ситуации.

Как преподавать?

Интерактивные дискуссии.

Работа с кейсами в формате «аквариума» или в малых группах.

Отработка отдельных навыков при работе над кейсами.

Просмотр демонстрационных видеороликов с различными конфликтными ситуациями.

Выводы:

Конфликт – неотъемлемый элемент работы медицинского работника. Работе с конфликтом можно научиться. И этот практикум – на всю жизнь.

Существуют различные стратегии поведения в конфликтной ситуации, их важно выбирать в соответствии с контекстом/проблемой.

Подготовка к сложным разговорам и анализ конфликтных ситуаций с разных сторон помогают повысить свою эффективность.

Заботиться о себе важно для того, чтобы заниматься разрешением конфликта.

Коммуникация и подготовка — основные инструменты разрешения конфликта.

Рабочие материалы с более подробными идеями, примерами возможных тестовых заданий и списком рекомендуемой литературы можно найти во второй части пособия и по QR-кодам в соответствующей теме второй части пособия (стр. 303).

ТЕМА 8

Толерантность и разнообразие: как и почему работать с разными людьми

ТЕМА 8. ТОЛЕРАНТНОСТЬ И РАЗНООБРАЗИЕ: КАК И ПОЧЕМУ РАБОТАТЬ С РАЗНЫМИ ЛЮДЬМИ

Люди ненавидят друг друга, потому что боятся друг друга; боятся, потому что ничего друг о друге не знают; не знают, потому что не общаются.

Мартин Лютер Кинг

ИСТОРИЯ ОБ АНДРЕЕ И СЕМЕЙНОЙ ВРАЧИХЕ, КОТОРАЯ ИЗМЕНИЛА ЕГО ЖИЗНЬ

Андрей* — трансгендерный парень, уже несколько лет проходит гормональную терапию и ничем не отличается от обычных украинцев. Он работает на заводе, немного занимается предпринимательством; он очень трудолюбивый и поддерживающий, это чувствую даже я. А еще он уже десять лет любит девушку, у них невероятные отношения, настоящая семья, которую все это время не признавало государство, потому что у Андрея были женские документы.

* имена изменены

Андрей попросил о встрече через несколько месяцев после того, как я выдала ему медицинское свидетельство об изменении пола.

– Это моя мама связала для вас и для врача-психиатра. Она смотрела ваши фото в сети, чтобы подобрать цвета, — сказал он, протягивая мне свернутый, невероятно нежный и воздушный палантин. — Она благодарна за то, что вы сделали для меня.

– А я ничего не сделала. Я просто выполняла свою работу, потому что я – семейный врач.

– Дарина Игоревна, вы изменили мне жизнь. Я в третий раз сделал Маше* предложение, и недавно мы поженились. Я хочу прожить с ней всю жизнь, – говорит он со слезами на глазах и показывает мне фотографии со свадьбы.

Я плохо их вижу – тоже из-за слез.

– А ещё я помирился с мамой, и проявления длительной депрессии уменьшились, – добавляет Андрей.

Андрей обращался к другим врачам в своем городе. Они отказывались ему помочь из-за незнания, предвзятости, нежелания признавать его существование. Я отличаюсь от них лишь тем, что я вижу человека, а не его половые органы.

Мне больно слышать, что Андрей вынужден ехать через полстраны, чтобы получить базовую медицинскую помощь. Мне это стоило нескольких подписей на предварительно заполненном бланке. Очень просто и логично. Делать это или нет? – сомнений не возникало. Я выросла в окружении людей, которые признают верховенство права и человеческое достоинство. Понимание того, что все люди разные, и при этом равны, формировалось легко – стоило лишь осознать, что это касается абсолютно всех. И меня тоже. Я бы хотела, чтобы мир принимал меня такой, какая я есть, настоящей. Итак, я так принимаю своих пациентов.

Мы способны менять жизни людей с помощью своего сердца и нескольких росчерков шариковой ручки. У нас есть соответствующие приказы и инструкции, доступ к мировым научным исследованиям, а также понимание важности открытости и готовности помочь каждому. Мы не имеем права этого НЕ делать.

Дарья Дмитриевская, семейный врач

Украинское общество на первый взгляд выглядит довольно однородным по сравнению с другими. Люди имеют одинаковый цвет кожи, большими группами принадлежат к определенной вере, преимущественно говорят на одном или двух языках и выросли в более-менее схожих культурных контекстах. На первый взгляд все выглядят одинаково, а «норма» — понятной. После десятилетий советской политики институционализации, когда людей с любыми отклонениями от
«нормы» делали невидимыми и изолировали от общества в отдельных учреждениях за высокими заборами, мы привыкли не сталкиваться с инаковостью и не замечать её в повседневной жизни. Поэтому встреча с трансчеловеком, таким как, например, Андрей, может вызвать у многих людей сильный шок
– прежде всего из-за отсутствия знаний о гендерных идентичностях и недостатка предыдущего опыта общения с представителями ЛГБТ-сообщества.

Скрытие своей инаковости было стратегией выживания в советском тоталитарном государстве. К сожалению, эта стратегия осталась актуальной и сегодня. Негативный опыт взаимодействия с медперсоналом, вызванный не таким уж редким в медицинской среде предвзятым отношением, настолько подрывает доверие, что люди решают не обращаться за помощью, чтобы не «нарваться» на хамство и новые травмы. «Иным» по различным признакам пациентам врачи отказывают в оказании медицинской помощи. Люди без преувеличения умирают без необходимой им помощи. На бумаге их убивает онкология или инсульт. Но в реальности их убивает равнодушие, неприятие и непонимание.

Людейвбив ає равнодушие, и непонимание неприятие

Демократизация, глобализация, мобильность, распространение новых технологий и стремительные изменения в сфере коммуникаций всё больше меняют представление о норме. На смену однородности приходит разнообразие как норма. Перед обществом в целом и перед системой здравоохранения, в частности, встают новые вызовы. Как адаптироваться к разнообразию? Как обеспечить людям с различными ограничениями равный доступ к медицинской помощи? Как уменьшить неравенство и обеспечить универсальное покрытие предоставлением медицинских услуг? Как учесть специфику различных социокультурных групп при планировании медицинских услуг?

Это требует немалых усилий по изучению не очень знакомого нам мира, людей и культур «на другой стороне», освоению различных языков (в том числе языка ненасильственной коммуникации) и ведению диалога. Но прежде всего эта открытость требует от нас обучения и переосмысления себя, своих ценностей и окружающих людей. Андрей не виноват в том, что он другой, ему нужно такое же принятие и уважение, как и всем остальным людям вокруг нас.

На смену однородности приходит разнообразие
как норма

Во время обсуждения тем о различиях и толерантности мы львиную долю времени посвятили исследованию собственных предубеждений. Ведь как мы можем учить толерантности и недискриминации других, если сами имеем схожие

Пробелы? Предвзятость и стигматизация, которые рано или поздно могут перерасти в дегуманизацию, возникают из-за отсутствия контактов и личного опыта общения с теми или иными группами, на фоне языка ненависти, ксенофобии, расизма и других «-измов» (сексизм, эйджизм и т. д.), которые активно пропагандируются в публичном пространстве. Поэтому наша основная задача при подготовке курса — узнать о собственных предубеждениях и работать с ними.

В этом разделе мы приоткрыли завесу над миром ценностных установок и коммуникационных навыков, которые помогут вам лучше ориентироваться в вопросах управления разнообразием и повышать уровень толерантности к людям и их взглядам. Учитывая высокую степень разнородности в студенческих группах и медицинских сообществах, вам особенно пригодятся навыки фасилитации и работы с напряжением в группе.

Цели:

Отношение	Знания	Навыки
человекоцентрированный подход как основа философии отношений с пациентом.	толерантность и разнообразие.	как и почему работать с разными людьми и уважать их как людей.

Ключевое сообщение:

ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП В РАБОТЕ
С РАЗНЫМИ ЛЮДЬМИ – ОТНОСИТЬСЯ
К ЛЮДЯМ КАК К ЛИЧНОСТЯМ,
ДАЖЕ ЕСЛИ МЫ МОЖЕМ НЕ ВСЕ
ПОНИМАТЬ ИЛИ НЕ РАЗДЕЛЯЕМ ИХ

ВЗГЛЯД НА СЕБЯ, ЛЕЧЕНИЕ ИЛИ МИР.
ВИДЕТЬ В НИХ ЛЮДЕЙ, А НЕ ТОЛЬКО
СВОИ ПРЕДВЗЯТОСТИ.

Что преподавать:

- Предвзятость и дискриминация.
- Формы дискриминации в медицинской практике.
- Терпимость и толерантность.
- Деликатные вопросы в медицинской практике: язык, невербальные сигналы, культурные установки, религиозные взгляды, сексуальность.
- Особенности применения модели Калгари-Кембридж и развитие навыков, направленных на изучение и уважение культурных особенностей и ценностей — выслушивание, сбор информации, структурирование консультации и предоставление информации пациенту.
- Протокол BALANCE.
- Работа с семьями и детьми.
- Особенности работы с представителями различных групп, которые часто маргинализируются в обществе из-за сексуальности, гендерной идентичности, пожилого возраста, инвалидности или психических отклонений.

Как преподавать:

Рефлексия на различия собственных предубеждений в группе и уровня их осознания.

Ролевая игра или кейс: обсуждение в большой и/или малых группах.

Просмотр и анализ видео с различными примерами.

Живая библиотека с представителями различных групп и создание возможностей для практики в организациях и учреждениях для прямого контакта и изучения людей из разных социокультурных групп.

Выводы:

Пациенты заслуживают уважения просто потому, что они люди. Им не нужно соответствовать чьим-то представлениям о норме, чтобы заслуживать достойного отношения.

Пациенты имеют право быть другими, имеют право верить в что-то иное, чем привычно для нас, имеют право отказываться от чего-то или, наоборот, просить учитывать их особенности.

Медицинскому работнику важно осознавать свои собственные предубеждения и работать с ними. Опыт и прямой контакт с людьми, которые не вписываются в узкие рамки однородной «нормы», — лучший способ работы с предубеждениями.

Наиболее маргинализированные люди в обществе обычно становятся мишенью для дискриминации и предвзятого отношения. Они бывают чувствительны к вербальным и невербальным проявлениям отношения к ним.

Медицинским работникам важно оказывать медицинскую помощь, не осуждая пациентов, и не нарушать границы профессионального общения. Инструменты ККМ позволяют развить коммуникативные навыки, чтобы делать это лучше.

Рабочие материалы с более подробными идеями, примерами возможных тестовых заданий и списком рекомендуемой литературы можно найти во второй части пособия, а также по QR-кодам в соответствующей теме второй части пособия (стр. 340).

ЧАСТЬ 2

СОБРАНН И РАЗРАБОТАН
МЕТОДИЧЕС МАТЕРИАЛЫ
КИЕ И ТЕМ КУРСА
ЗАНЯТИЯМ З

Перед вами часть рабочих материалов, которые мы подготовили во время работы над курсом и пособием. Мы очень старались привести их к единой структуре, однако это не везде удалось: материалы были подготовлены для очень разных занятий и разными экспертами – поэтому мы согласились, что немного разнообразия нам не помешает.

Обратите внимание! В конце каждого раздела вы найдете ссылки и QR-коды на полную версию материалов (да, вы правильно поняли — не весь объем поместился в печатную книгу), поэтому большое количество сценариев, тестовых вопросов, ссылок на рекомендуемые видео и литературу находится в полной версии материалов в электронном виде. Мы также сохранили в электронной версии оригинальный стиль изложения материалов, синтаксис и орфографию.

Надеемся, что идеи и методики, изложенные ниже, пригодятся вам и вдохновят на изменения там, где вы находитесь.

ТЕМА 1

Человекоцентрированный подход

ТЕМА 1
ЧЕЛОВЕКОЦЕНТРИЧНЫЙ ПОДХОД

Подробно разработано Юлией Тихолаз и Елизаветой Шунько



Юлия Тихолаз, преподаватель цикловой комиссии естественно-научных дисциплин, Винницкий медицинский профессиональный колледж имени академика Даниила Заболотного



Елизавета Шунько, заведующая кафедрой неонатологии, Национальный университет здравоохранения Украины имени Платона Шупика

УЧЕБНЫЕ ЦЕЛИ

- знать основы человекоцентрированного подхода и его преимущества при применении в врачебной/медсестринской коммуникации.

Отношение	Знания	Навыки
человекоцентрированный подход как основа философии отношений с пациентом.	основы пациент-центрированного подхода, преимущества пациент-центрированного подхода, принципы врачебной коммуникации в пациент-центрированном подходе.	

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Организационная часть, введение в учебную дисциплину – **15 мин.** Мини-

лекция (краткий разбор теоретического материала) – **20 мин.**

Промежуточные рефлексии студентов – **10 мин.**

Работа с кейсами в малых группах – **15 мин.**

Обсуждение кейсов (дебрифинг) – **15 мин.**

Итоговая рефлексия. Заключительный тестовый контроль уровня теоретических знаний (электронные или бумажные формы) – **15 мин.**

Всего – **90 мин.**

Материалы занятия

ЧАСТЬ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Основы пациент-центрированного подхода

Одной из важнейших характеристик здравоохранения в XXI веке является переход пациента из положения «жертвы обстоятельств» в положение активного участника лечебного процесса. Партнерские отношения с населением, придание особого значения расширению прав и возможностей граждан и пациентов определены как важнейшая стратегическая задача европейской системы здравоохранения. Это диктует необходимость переориентации здравоохранения на пациент-центрированную помощь.

Что такое пациент-центрированный подход и из чего он состоит? Пациент-центрированный подход — это способ оказания медицинской помощи, который соответствует индивидуальным потребностям и ценностям пациентов, а также учитывает их пожелания и предпочтения при принятии решений относительно собственного здоровья и лечения.

В чём же заключается специфика подхода, ориентированного на пациента?
На уровне первичного звена здравоохранения основным отличием стратегии помощи, ориентированной на пациента, от традиционной модели оказания помощи является то, что акцент делается на здоровье человека в целом. Пациент рассматривается не только в рамках своего конкретного заболевания, с которым он обратился к врачу, но и в контексте повседневной жизни, в рамках общения с семьей и обществом на протяжении всей жизни. Максимальное улучшение качества жизни является важной целью лечения.

Эволюция пациент-центрированного подхода
Понятие «пациент-центрированный» подход (patient-centered) возникло несколько десятилетий назад в противовес «патерналистскому» традиционному подходу, который пропагандировал постулат «врач знает лучше».

Биомедицинская модель взаимодействия врач – пациент существовала много веков и имела дело преимущественно с симптомами болезни пациента. В конце 1970-х Джордж Энгель, американский терапевт и психиатр, предложил биопсихосоциальную модель, учитывающую как биологические аспекты болезни, так и психологические и социальные факторы, влияющие на течение заболевания и выздоровление.

Биопсихосоциальная модель основана на холистическом подходе к человеку (греч. holos — целый), что означает «целостность», в то время как биомедицинская модель сосредоточивалась преимущественно на болезни. Холистический взгляд на здоровье предполагает, что существуют различные причины возникновения заболевания. Следовательно, важно учитывать различные факторы и условия, в которых оказался человек, а также то, каким образом они повлияли на его состояние. Биомедицинская модель ограничивала объяснение болезни преимущественно биологическими факторами.

Согласно биопсихосоциальной модели, поведение человека оказывает значительное влияние на здоровье, может вызвать риск заболевания или помочь в выздоровлении. А патерналистская модель утверждала, что люди не несут ответственности за свои болезни. Отсутствие заболевания было признаком физического благополучия.

Биомедицинская модель	Биопсихосоциальная модель
фокус на болезни;	холистический подход;
рассматривается причина болезни в первую очередь, а не другие факторы, влияющие на здоровье пациента;	предполагается, что здоровье и болезнь связаны со многими причинами, оказывающих различное воздействие;
«простое» биологическое объяснение болезни;	интегративная медицина рассматривает различные факторы, которые могли вызвать болезнь;
люди не несут ответственности за болезни;	поведение человека влияет на его здоровье, люди могут изменять поведение.
отсутствие болезни как признак физического благополучия.	

Пациент-центрированный подход эволюционировал и продолжает постоянно развиваться одновременно с биопсихосоциальной моделью. Внедрение биопсихосоциальной модели потребовало изменения образа мышления врачей, в частности, понимания того, что пациент является личностью и имеет право участвовать во всех процессах, связанных с его здоровьем. В конце 1970-х годов ВОЗ объявила о необходимости активной роли и вовлечения пациентов для улучшения как качества, так и эффективности медицинской помощи, следовательно, пациент-центрированный подход стал признаком «надлежащей медицины».

Составляющие пациент-центрированного подхода

Ученые в настоящее время выделяют следующие составляющие пациент-центрированного подхода:

Эмпатия – это умение слушать и слышать, сочувствовать, эмоционально поддерживать человека, получающего медицинскую помощь. Эмпатия означает присутствие в контакте с пациентом, понимание его ситуации.

Уважение – это отношение с уважением к осознанному выбору пациента, его потребностям, убеждениям, ценностям, поддержка человеческого достоинства и признание его целостности, ответственности одновременно с его эмоциональным состоянием.

Вовлеченность — это не только уделение времени взаимодействию с пациентом. Речь идет о стремлении понять пациента и приблизиться к его восприятию собственной ситуации или болезни (его тревог, чувств, ожиданий...). Медицинский работник должен быть внимательным и преданным.

Отношения, взаимоотношения – означают взаимное доверие между врачом и пациентом, партнерство, предполагающее взаимную ответственность.

Коммуникация – это двустороннее взаимодействие между медицинским работником и человеком, обмен информацией. Благодаря коммуникации ценности и позиция пациента будут услышаны и учтены в процессе совместного принятия решений относительно его здоровья.

Совместное принятие решений означает, что человек активно вовлечен в процесс оказания ему медицинской помощи, что включает в себя мотивацию, самостоятельность и участие в лечении.

Холистический подход предполагает, что все аспекты жизни пациента влияют на его здоровье. Немедицинские факторы могут влиять на заболевание или выздоровление, поэтому должны быть учтены в процессе оказания медицинской помощи. Холистический подход является основой биопсихосоциальной модели.

Индивидуальный подход – связанный с холистическим подходом, предполагает изучение индивидуальных аспектов жизни пациента, которые могут повлиять на процесс оказания медицинской помощи.

Координация помощи — предполагает сотрудничество и взаимодействие как между различными видами и уровнями медицинской помощи, так и между другими услугами (социальными, психологическими, бытовыми).

Что может дать пациент-центрированный подход?

1. Качественные доверительные отношения между пациентом и врачом, умение предоставлять информацию и демонстрировать сочувствие – самый сильный мотивирующий фактор приверженности пациента процессу лечения, осмысленного участия в нем.

2. Когда клиницист демонстрирует понимание потребностей пациента, уровень тревоги больного значительно снижается.

3. Пациенты, удовлетворенные отношением врача, демонстрируют более высокий уровень психологического благополучия, предъявляют меньше жалоб, лучше понимают свое заболевание и стремятся самостоятельно следить за своим здоровьем.

В основе пациент-центрированного подхода лежит эффективная коммуникация врача и пациента, которая повышает удовлетворенность пациента. С другой стороны, уважение к пациенту, понимание его контекста и признание его ответственности являются важным звеном в профилактике эмоционального выгорания врача.

Концепция партнерских отношений на основе сотрудничества подразумевает сдвиг от врачебного патернализма к отношениям взаимодействия между пациентом и врачом. Врач становится лидером в этом взаимодействии. Поэтому коммуникационная компетентность становится важнейшим элементом врачебного профессионализма. И этому нужно и можно учиться на протяжении всей профессиональной жизни.

> *Когда врач демонстрирует понимание потребностей пациента, уровень тревоги больного значительно снижается. В исследовании эффективности коммуникативной компетентности врачей было показано, что снижение эмоционального стресса пациента связано с эмпатическими реакциями врача на эмоциональные реакции пациента, а также с доступностью и ясностью информации, предоставляемой специалистом. Те пациенты, которые были удовлетворены отношением врача, демонстрировали более высокий уровень психологического благополучия, реже предъявляли жалобы, лучше понимали свое заболевание и стремились самостоятельно следить за своим здоровьем.*
>
> *Стюарт и соавторы (2000) показали, что персонализированное обращение врача к пациенту, зрительный контакт и подробные разъяснения по поводу болезни связаны с меньшим дискомфортом, меньшим беспокойством и лучшим улучшением психического здоровья у больных с хроническими заболеваниями... Исследования показали влияние психосоциальных*

факторов на установление ремиссии при онкологических заболеваниях, которое заключается в том, что больной лучше справляется со стрессом, вызванным болезнью, больше доверяет врачу, а следовательно, проявляет высокую приверженность лечению. Удовлетворенность пациентов коммуникацией с врачами высоко коррелирует с удовлетворенностью пациентов медицинской помощью в целом.

Принципы врачебной коммуникации в пациент-ориентированном подходе

К основным принципам врачебной коммуникации относятся:

- эмпатическое слушание – осознанное сопереживание текущему эмоциональному состоянию другого человека без потери ощущения внешнего происхождения этого переживания;
- активное слушание – отражение чувств, открытые вопросы;
- информирование пациента;
- поощрение активности пациента;
- признание ценности опыта пациента.

В качестве плана-карты реализации принципов эффективной коммуникации предлагаем использовать разработанную Сильверманом и соавторами (рис. 1.1) модель навыков общения, которая предусматривает совершенствование трех неразрывно связанных основных навыков:

- навыки содержания – о чем говорит врач;
- навыки процесса – как врач общается;
- навыки восприятия – о чем думает и что чувствует врач.

Пациент-ориентированный подход должен быть реализован на различных уровнях. Все начинается с изменения узкого взгляда медицинских работников и их отношения к пациенту. Следующим шагом является трансформация отношений между врачом и пациентом, то есть между поставщиком и получателем медицинской помощи.

Рис. 4. Типы навыков общения и их взаимосвязь (по Сильверману).



Пациент, поставщик медицинской помощи и государство должны сформировать общую систему эффективного взаимодействия, что в перспективе будет способствовать развитию медицины, ориентированной на человека.

Почему современная система здравоохранения должна быть ориентированной на пациента?

Внедрение подхода, ориентированного на пациента, является важным принципом развития системы здравоохранения, ориентированной на людей. Оказание медицинской помощи на основе подхода, ориентированного на пациента, способствует достижению Цели устойчивого развития № 3 из документа ООН, касающегося крепкого здоровья и благополучия населения.

Цель устойчивого развития № 3 заключается в обеспечении здорового образа жизни и благополучия людей любого возраста. Для достижения данной цели определена ряд задач, в частности по внедрению всеобщего универсального охвата услугами здравоохранения (англ. – universal health coverage). Универсальный охват здравоохранением предусматривает защиту от финансовых рисков, доступ к качественным медико-санитарным услугам и к безопасным, эффективным основным лекарственным средствам и вакцинам.

Как пациент-ориентированный подход способствует всеобщему охвату услугами здравоохранения?

Все люди имеют равный доступ к качественным медицинским услугам, что предполагает:

- услуги, **разработанные совместно** (на английском – co-produced health care services) для того, чтобы соответствовать потребностям людей;
- услуги, координируемые для обеспечения **непрерывной помощи**;
- услуги являются **комплексными,** безопасными, эффективными, своевременными и доступными;
- все **поставщики услуг** мотивированы, обладают соответствующими знаниями и навыками, работают в поддерживающей среде.

Ключевые стратегии ВОЗ по развитию системы здравоохранения для внедрения пациент-ориентированного подхода:

1. Вовлечение и привлечение пациентов, лиц, получающих медицинскую помощь, и местных сообществ к участию в системе здравоохранения. Совместно разработанные медицинские услуги являются одним из способов реализации данной стратегии.

2. Усиление управления и подотчетности системы здравоохранения как перед органами власти и заказчиками, так и перед обществом.

3. Новая ориентация модели оказания помощи путем внедрения современных и инновационных подходов к управлению в сфере оказания медицинских услуг; другими словами – новой модели медицинской помощи.

4. Координация и укрепление взаимосвязей системы здравоохранения с поставщиками других услуг, прежде всего социальных, психологических, реабилитационных и т. д.

5. Создание благоприятной среды путем совершенствования законодательства, разработки и реализации политики в сфере здравоохранения, мониторинга и оценки и т. д.

Подводя итоги теоретической части

Пациент-ориентированный подход — это способ оказания медицинской помощи, который учитывает ценности, пожелания и предпочтения пациента, вовлекает его в процесс лечения.

Пациент-ориентированный подход был внедрен в прошлом веке в противовес патернализму в медицине и формированию биопсихосоциальной модели.

Пациент-ориентированный подход представляет собой новую философию и образ мышления, основанный на уважении и сочувствии к людям, получающим медицинскую помощь, а также учитывающий социальные факторы, влияющие на состояние их здоровья.

Пациент-ориентированный подход рассматривает здоровье не только как отсутствие болезни, но и как полноценную жизнь человека, состояние полного физического, психического и социального благополучия.

Пациент-ориентированный подход является важным условием для обеспечения всеобщего доступа к качественным и эффективным услугам здравоохранения.

Создание систем здравоохранения, ориентированных на человека, имеет решающее значение для достижения Целей устойчивого развития, в частности Цели № 3 по всеобщему охвату системой здравоохранения.

Пациент-центрированный подход:

- основан на современных подходах к управлению оказанием медицинской помощи;
- предусматривает координацию, взаимодействие и интеграцию различных видов и уровней медицинской помощи, а также с другими социальными услугами;
- построен на принципах экономической эффективности;
- использует инновационные информационные и коммуникационные технологии.

ЧАСТЬ 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ. КЕЙС ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ

Введение в кейс

Этот кейс можно разыграть или представить в виде ролевой игры, либо «прокрутить в голове» сценарий подобного разговора.

Сравните традиционный сценарий со сценарием, ориентированным на пациента, и сформулируйте ответы на следующие вопросы:

- Может ли врач оказать адекватную помощь, если ему не хватает контекста и понимания поведения или решений пациента?
- Что побуждает или отбивает у пациента желание делиться подробностями и обстоятельствами?
- Каким образом общение с врачом может по-разному восприниматься пациентом, в зависимости от того, проявляет ли он эмпатию или нет?
- Действительно ли проявление эмпатии влияет на клинические результаты?

Сначала мы рассмотрим мировоззрение пациентки с описанием ее состояния здоровья, а также некоторыми ее убеждениями и ситуациями. Далее вашему вниманию точка зрения врача, представленная с целью помочь вам понять, что именно влияет на ее решения и тактику взаимодействия с пациенткой.

Вашему вниманию предлагаются две гипотетические беседы. В первой врач применяет патерналистский, директивный подход. Во второй используется пациент-ориентированный подход.

(Примечание: диалог основан на многолетнем опыте наблюдений за реальными взаимодействиями между врачом и пациентом, но это вымышленный сценарий.)

Глазами пациента

Мария – 66-летняя женщина, которая уже 6 месяцев находится на диализе.

Наконец она начала привыкать к напряженному графику, в котором три дня в неделю посвящены подготовке к процедуре и поездкам в центр и из центра гемодиализа. Мария испытывает много негативных эмоций и дискомфорт от самой процедуры, которая длится часами. Ей не нравится, что на это уходит так много времени. Это время она могла бы уделять внукам, наслаждаться уютом и комфортом собственного дома, но это жертва, на которую она идет сознательно.

Мария долгое время боролась с лишним весом и диабетом. Она старается соблюдать все новые правила и предписания врача относительно диеты, но это сложно, да и память уже не та, что раньше. Она почувствовала, что совсем запуталась, когда врач «завалила» её информацией о белке, фосфоре и калии. Должна ли она принимать вяжущие лекарства, когда употребляет пищу с высоким содержанием калия или фосфора? (И, кстати, она должна есть больше белка, а творог не содержит белка, поэтому, кажется, это будет нормально для нее. Так запутано!) Кроме того, она ненавидит вкус своих вяжущих лекарств — они вызывают у нее запор — поэтому она довольно часто их избегает.

Помимо нового плана лечения, Марии трудно рассчитать и уложиться в свой продовольственный бюджет. С этими новыми ограничениями ей кажется, что все продукты питания значительно подорожали. Больше никаких консервированных фруктов и овощей, никакого картофеля, никакого рисового плова — продуктов и блюд, которые казались дешевыми и легкими, но ей сказали, что ее состояние больше не позволяет употреблять их. Недавно врач во время разговора выяснила, что Мария довольно часто ела макароны с сыром.

Иногда сотрудники отделения гемодиализа относятся к Марии так, будто она не заботится о своём здоровье или не следует плану лечения.

Но на самом деле ей не всё равно! Она действительно заботится о себе, как может; она хочет видеть, как растут её внуки, она не хочет, чтобы её здоровье продолжало ухудшаться, она надеется, что в конце концов дождётся своей очереди на пересадку почки. Она знает, что для реализации всех этих пунктов ей нужно оставаться здоровой, и чувствует, что изо всех сил старается соблюдать эти сложные диетические правила.

Глазами врача

Ирина, врач-диетолог, стаж работы 20 лет.

Ирине приходится иметь дело с самыми разными пациентами. От тех, кто открыто бросает ей вызов, употребляя именно то, что она им запрещает, до пациентов, перенесших сердечные приступы во время процедуры гемодиализа, а также некоторых пациентов, которые следуют её советам и значительно дольше живут на диализе. По ее мнению, она хорошо ладит с большинством из них, хотя иногда замечает, что некоторые притворяются спящими, когда она подходит. Им нравится, когда она приносит «диализные лакомства», чтобы получить хорошие результаты лабораторных исследований.

Стать врачом-диетологом отделения гемодиализа Ирину вдохновила история ее матери, которая долгое время находилась на диализе, казалось, никогда не соблюдала диету и план лечения и умерла слишком молодой. Ирина хочет помочь другим людям избежать этой ловушки. Она предлагает много хороших раздаточных материалов, ресурсов и советов, поскольку имеет многолетний опыт. Раньше она считала, что если предоставить пациентам всю эту информацию и советы, то они будут принимать осознанные решения, но в последнее время она все чаще задается вопросом, что не так с мотивацией ее пациентов.

Даже когда Ирина показывает им фотографии того, что происходит с их кожей при слишком высоком уровне фосфора, они не меняют свой рацион питания и не принимают вяжущие лекарства регулярно. Даже когда она говорит им, что именно они должны сделать, чтобы попасть в список реципиентов в очереди на трансплантацию, многие пациенты не меняют своего поведения.

Мария кажется ей симпатичной женщиной, но, похоже, такой, которая не обращает внимания на то, что ей говорят о важности соблюдения почечной диеты. Ирина многократно рассказывала Марии о диетических ограничениях, но уровень фосфора у нее продолжает оставаться высоким. Несколько раз Ирина ловила Марию с остатками макарон и сыра. Ирина расстроена тем, что ее пациентка не соблюдает диету, столь важную для ее здоровья.



Традиционный подход

Понедельник. Прежде чем войти в палату Марии во время диализа, Ирина просматривает результаты лабораторных исследований, проведенных накануне. Показатели несколько улучшились, но уровень фосфора все еще слишком высок! Она берет раздаточные материалы с перечнем продуктов с высоким содержанием фосфора и направляется в палату.

В приведенном ниже диалоге обозначения в квадратных скобках содержат примеры того, что можно «вычитать» из реплик Ирины в каждом разговоре.

В (Врач): «Здравствуйте, Мария! Как прошли выходные?» *[Вовлечение]*

П (Пациентка): «Добрый день, Ирина! Спасибо, прекрасно. Праздновали день рождения внука, ему исполнилось шесть, он попросил приготовить его любимые макароны с сырным соусом. Блюдо удалось – это был настоящий хит!»

Л.: «Да, я вижу, вы взяли остатки блюда, чтобы перекусить. Помните, что мы говорили на прошлой неделе о сыре?» *[Осуждение]*

П: «Не волнуйтесь, Ирина, сегодня утром я не ела ни яиц, ни творога, помня о своих показателях. Всё в меру, да?»

Л: «Ну… я только что просмотрела результаты ваших лабораторных исследований, и уровень фосфора у вас все еще слишком высокий. Возможно, нам следует еще раз просмотреть эти раздаточные материалы по фосфору, Мария? Вы видите, что сыр входит в список продуктов с высоким содержанием фосфора, и вы, на мой взгляд, едите его слишком много». (Врач тратит около 10 минут, чтобы снова продемонстрировать и прокомментировать раздаточный материал.)
[Предоставление информации/советов без запроса разрешения.]

П: «Я знаю, я знаю. Но я стараюсь сократить его количество в своем рационе. Как я уже сказала, я не ела творог сегодня утром. И я уже даже не ем помидоры, которые выращиваю и очень люблю. Отдаю их детям и друзьям! Честно говоря, я очень скучаю по дням до диализа, когда мне не нужно было так беспокоиться о каждой мелочи, которую я кладу в рот».

Л: «Я понимаю, что это тяжело, но вы знаете, что происходит, когда вы не соблюдаете диету. Вы лежали в больнице с инфекцией несколько месяцев назад. Но ведь вы хотите попасть в список реципиентов на трансплантацию. Может быть, вы можете повесить эти раздаточные материалы на свой холодильник в качестве напоминания? Или, если хотите, я могла бы поговорить с вашей дочерью и попросить ее напоминать вам?»

[Попытка сопереживания, но неэффективная; игнорирование разговора об изменениях; применение тактики запугивания; ругань; предоставление информации/советов без разрешения]

П: «Да, я уже повесила брошюры на свой холодильник на прошлой неделе. Я не хочу сейчас беспокоить дочь этим, сейчас ее маленькая дочь больна, и ей нужна моя помощь».

Л: «Ну, а как насчет пищевого дневника, Мария? Вы могли бы вести дневник, записывая продукты и блюда, которые употребляете, и тогда мы могли бы вместе просматривать его, чтобы выяснить, где вы ошибаетесь. Возможно, если мы сможем это точно определить, ваши показатели будут улучшаться. Вы знаете, что я, как ваш врач, была бы рада, если бы ваши показатели были ниже!» *[Искреннее желание помочь; предоставление информации/совета без разрешения]*

П: «Конечно, хорошо, мы могли бы попробовать... не помешает попробовать».

Л: «Хорошо, отлично, в таком случае запланируйте на эту неделю ведение пищевого дневника. А что касается вяжущих препаратов, вы их взяли, принимаете ли вы их так, как мы договаривались?» *[Диктат цели в отношении здоровья вместо того, чтобы выявить её у пациентки; закрытый вопрос вряд ли вызовет честный ответ]*

П: «Да, да. Я знаю, что должна принимать их во время основных приемов пищи и перекусов».

Л.: «Хорошо, хорошо! Я свяжусь с вами на следующей неделе, чтобы просмотреть ваш дневник питания» *[Сдвиг с темы здоровья на контроль письменных упражнений].*

Подход, ориентированный на пациента

Вот повторение того же сценария, но с предположением, что Ирина прошла обучение на курсе по коммуникации. Вводная лекция произвела на нее впечатление! Впоследствии она практиковалась, посещала все занятия по формированию коммуникативных навыков и действительно начала видеть разницу между использованием традиционного подхода и подхода, ориентированного на пациента. Она снова получает удовольствие от своей работы и чувствует, что как будто меняет жизнь многих своих пациентов.

Л: «Здравствуйте, Мария! Как прошли ваши выходные?» *[Установление контакта]*

П: «Добрый день, Ирина! Спасибо, прекрасно. Праздновали день рождения внука, ему исполнилось шесть, он попросил приготовить его любимые макароны с сырным соусом. Блюдо удалось – это был настоящий хит!»

Л: «Значит, вы хорошо провели время в семье! Эти ваши знаменитые макароны с сырным соусом — настоящее искушение! Я знаю, что вы упорно работаете над тем, чтобы сократить количество сыра в рационе, помня об уровне фосфора». *[Сложная рефлексия, вовлечение, поддержка]*

П: «О да, вы же знаете, как я люблю сыр! Однако сегодня утром я значительно уменьшила количество сыра и яиц, небольшое их количество не должно навредить, так?»

Л: «Это замечательно, что вы вносите коррективы! Вы правы, гибкий подход имеет ключевое значение, а то, что вы сократите, зависит полностью от вас». *[Одобрение, поддержка автономии пациента]*

П: «Думаю, я недостаточно сокращаю. Я вижу, у вас там результаты моих анализов. Знаю, что уровень моего фосфора все еще высокий».

Л: «Да, это так, но все остальные показатели в допустимых пределах. И уровень фосфора намного ниже, чем в прошлый раз. Значит, то, что вы делаете, имеет значение». *[Одобрение, обращение к личному стремлению и самоэффективности]*

П: «Ну, как я уже сказала, я стараюсь уменьшить его количество в своем рационе. Я не ела сыр сегодня утром. И даже не ем помидоры,

которые выращиваю и очень люблю. Отдаю их детям и друзьям! Честно говоря, я очень скучаю по дням до диализа, когда мне не нужно было так беспокоиться о каждой мелочи, которую я кладу в рот».

Л: «Вы делаете значительные, важные шаги! Это действительно очень сложная диета. И вы проделали потрясающую работу, освоив всё это. Обычно требуется время, чтобы всё это понять. Я знаю, что вы прилагаете значительные усилия и осознаете, насколько это важно для вашего здоровья». *[Утверждение, одобрение со сложной рефлексией, размышления об усилиях, направленных на изменения]*

П: «Да, я знаю, насколько это важно, и стараюсь, хотя порой это сбивает с толку».

Л: «Что вас мотивирует?» *[Побуждение к разговору об изменениях]*

П: «Мои внуки. Вы знаете, что они для меня значат. Они — мое все! Я хочу оставаться как можно здоровее, чтобы продолжать помогать дочери с ними. А еще я очень хочу попасть в список реципиентов на трансплантацию».

Л: «Оставаться здоровой, попасть в список реципиентов и наблюдать, как растут два маленьких энерджайзера, которые являются вашими лучшими мотиваторами. Интересно, было бы полезно определить только один или два пункта, которые могут помочь вам на этой неделе оставаться на правильном пути?» *[Сложные размышления, запрос на разрешение, поиск решений].*

П: «С фосфором? (Ирина кивает.) Ну, эти раздаточные материалы полезны, но они акцентируют внимание на тех продуктах, которые не стоит употреблять. У вас есть такие, которые дают представление о разрешенных мне продуктах, которые я могу приобрести в продуктовом магазине? Очень желательно, чтобы они не были дорогими!»

Л: «Конечно! У меня есть один проспект с продуктами, которые вам подойдут, и мы можем вместе посмотреть, какие из них дешевле. Чем еще я могу вам помочь?» *[Предложение совместного принятия решений]*

П: «Я хочу признаться вам, я не принимаю свои вяжущие лекарства в том количестве, в котором вы назначили. Я просто ненавижу их вкус — они иногда вызывают у меня запор».

Л: «Хорошо, что вы об этом сказали. Совершенно логично, что вы не хотите их принимать. Знаете, мы могли бы попробовать подобрать другой препарат. Что скажете?» *[Проверка, предложение, предоставление возможности самостоятельно принимать решение]*

П: «О! Было бы хорошо попробовать подобрать другой».

Л.: «Я попрошу медицинскую сестру дать вам несколько образцов на дом, чтобы вы могли попробовать. Вижу, что ваша процедура диализа подходит к концу. Остались ли у вас вопросы ко мне? Через минуту я вернусь с раздаточными материалами для вас. Каковы будут ваши дальнейшие шаги?»

[Напоминание о следующих шагах, которые будут способствовать соблюдению плана лечения]

П.: «По завершении диализа я возьму лекарства у медсестры и попробую их принять. Я поняла, что мне чаще нужно просматривать те брошюры, которыми вы делитесь со мной. Я обязательно приму во внимание новую брошюру с продуктами, которые для меня безопасны и полезны. Также попробую еще больше сократить количество сыра и яиц. В ближайшее время дней рождений больше не будет, это поможет мне соблюдать диету!»

Л: «Отличный план. Уверена, что если вы будете следовать этому плану, это положительно повлияет на ваше здоровье. Вы постепенно привыкнете, и вам станет легче соблюдать диету — обещаю!» *[Одобрение и апелляция к личному волеизъявлению и самоэффективности]*

Обсудите оба сценария. Поразмышляйте над подходом и стратегией, которые использовала Ирина в каждом из них. Как отвечала Мария? Что было эффективным и почему? Наконец, определите, как подход, ориентированный на пациента, может улучшить взаимодействие врача с пациентом.

Тестовые вопросы для проверки знаний приведены в полной авторской версии занятия.

Вопросы в рефлексивный дневник:

Учитывая свой предыдущий опыт, могу ли я назвать свое отношение к пациентам человекоцентричным?

Презентация темы по ссылке:

bit.ly/3rAOXSs

Полная версия занятия по ссылке:

bit.ly/3okw303

ТЕМА 2

Эмпатия

ТЕМА 2
ЭМПАТИЯ

Подготовлено Юлией Тихолаз, Татьяной Сендецкой и Анастасией Леухиной



Юлия Тихолаз, преподавательница цикловой комиссии естественно-научных дисциплин, Винницкий медицинский профессиональный колледж имени академика Даниила Заболотного



Татьяна Сендецкая, психолог, основательница Sendecka Training Agency



Анастасия Леухина, руководительница общественной организации «Горизонтали», автор «Совсем не страшной книги о жизни, смерти и всем, что между ними», консультант украинско-швейцарского проекта «Развитие медицинского образования»

УЧЕБНЫЕ ЦЕЛИ:

- понимать значение эмпатичного отношения в работе медицинского работника;
- знать алгоритмы коммуникации для демонстрации эмпатического отношения в процессе общения с пациентами и их опекунами.

Отношение	Знания	Навыки
человекоцентрированный подход как основа философии отношений с пациентом.	понятия: эмпатия, сопереживание, сочувствие.	осознание собственных переживаний, чувств; развитие психологической наблюдательности; формирование навыков «чтения» невербальных сигналов; формирование навыка эмпатичного самовыражения; развитие способности к эмпатии.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Организационная часть – **5 мин.**
Вводная дискуссия – **10 мин.**
Мини-лекция (краткий разбор теоретического материала) – **15 мин**. Работа с кейсами в малых группах – **10 мин.**
Обсуждение кейсов (дебрифинг) – **15 мин.**
Интерактивные дискуссии, ситуационно-ролевая игра – **50 мин.**
Итоговая рефлексия. Заключительный тестовый контроль уровня теоретических знаний (электронные или бумажные формы) – **10 мин**.
Подведение итогов, объявление оценок – **5 мин. Всего**

— 120 мин.

Материалы занятия
Вопросы для вступительной дискуссии: как бы вы объяснили понятие «эмпатия» тому, кто не знает, что это значит?

ЧАСТЬ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Слово «эмпатия» происходит от греческого «patho», что означает глубокое, сильное, чувствительное чувство (ощущение), близкое к страданию. Префикс «em» означает направленный (направленный) внутрь.

Эмпатия – это осознанное чувство сопереживания эмоциональному состоянию другого человека, способность понимать чувства другого человека, «считывать» его эмоциональное состояние и сопоставлять с ним собственные мысли и поступки.

В нейрофизиологических механизмах эмпатии участвуют зеркальные нейроны. У приматов эти клетки заставляют повторять одинаковые действия друг за другом, а людей — смеяться над шутками, плакать над трогательными книгами и фильмами, находить друзей.

Не стоит путать эмпатию с сочувствием, ведь эмпатию можно проявлять не только в отношении «тяжелых» эмоций. Она является понятием более глубоким и всеобъемлющим, чем сочувствие, которое просто признает проблемы или чувства другого человека.

Эмпатия – это осознанный отклик на чувства собеседника без переноса чужих ощущений на себя. Различают три уровня эмпатии: низкий, средний и высокий.

Низкий уровень представляет собой «считывание» невербальных сигналов и сопоставление их с тем, что видел ранее.

В основе среднего уровня лежит желание понять человека, выяснить причину его переживаний, выслушать всю историю. Проявлением эмпатии на этом уровне является умение поставить себя на место собеседника.

Высокий уровень эмпатии предполагает способность быстро улавливать состояние человека, не перенимая его проблем; рациональный анализ эмоционального состояния человека, позволяющий оказать ему реальную помощь.

В психологии эмпатию рассматривают как единство эмоциональных, когнитивных и волевых процессов. Среди видов эмпатии выделяют следующие:

- эмоциональную эмпатию,
- когнитивную эмпатию,
- предикативную эмпатию.

Эмоциональная эмпатия основана на механизмах проекции и подражания моторным и аффективным реакциям другого человека.

Когнитивная эмпатия основана на интеллектуальных процессах (сравнение, аналогия и т. д.).

Предикативная эмпатия проявляется как способность человека предвидеть аффективные реакции другого в конкретных ситуациях.

Выделяют особые формы эмпатии: сопереживание и сочувствие.

Краткая дискуссия: существует ли, по вашему мнению, разница между понятиями «эмпатия», «сопереживание» и «сочувствие»?

Сопереживание – это переживание субъектом тех же эмоциональных состояний, которые испытывает другой человек, посредством отождествления с ним. Другими словами, это переживание эмоции, схожей с эмоцией объекта.

Сочувствие – это переживание собственных эмоциональных состояний по поводу ощущений и чувств другого человека. При сочувствии переживания субъекта и объекта не тождественны.

Медицинские работники осуществляют свою деятельность в сфере «человек-человек», когда происходит процесс воображаемого сравнения себя с другим человеком с целью понять, прочувствовать переживания и чувства другого человека. Этот процесс является началом клинической эмпатии.

Табл. 3

Связь между эмпатией, сочувствием и сопереживанием

	Сочувствие	Эмпатия	Сопереживание
Определение	Реакция, которая довольно часто основана на жалости, зачастую без достаточного понимания ситуации, но с целью уберечь себя от неприятных ощущений	Реакция, основанная на попытке понять чужое страдание и на коммуникации об этом; обозначение чувств другого человека	Реакция, которая в результате понимания страдания пытается найти возможные ответы и действия, чтобы его облегчить
Реакция на страдание	Заметить	Заметить и обсудить	Заметить, прокоммуницировать и приложить усилия, чтобы облегчить
Результат	Самосохранение	Искреннее понимание того, кто страдает, лучший контакт с другой стороной	Облегчение страж-дань, реальная помощь
Пример	Это ужасно... Держитесь... Мне жаль...	Помогите мне понять, что с вами происходит… Я понимаю, что вам сейчас больно/грустно/ вы испытываете гнев/отчаяние/ волнение...	Я понимаю, что вам сейчас нелегко, но что я могу для вас сделать, чтобы улучшить ситуацию? Чем я могу помочь?

К. А. Степиен и А. Бернштейн характеризуют клиническую эмпатию не только как понимание эмоций пациента, но и как реализацию проявлений этого понимания по отношению к нему.

Клиническая эмпатия – это способность понять чувства и переживания пациента в целом, принять его сторону, без каких-либо оценочных суждений о нем. При этом важное значение имеет положительное отношение к личности пациента.

По мнению С. В. Мерсера, клиническая эмпатия включает:

1. Способность понять состояние пациента, его/ее чувства (эмоции).
2. Способность общаться с пациентом с целью понимания его/ее психического состояния, его/ее эмоций и проверки точности этого понимания.
3. Способность действовать определенным терапевтическим образом (с учетом понимания психического состояния пациента).

Эмпатия – это процесс, состоящий из двух стадий. На первой стадии важно выяснить и достичь четкого понимания и признания ситуации и чувств другого человека, на второй – сообщить это понимание пациенту/собеседнику в понятной и комфортной форме.

Большинство медицинских работников успешно выполняют первый пункт: могут признавать и быть чуткими к ситуации пациента – однако не всегда демонстрируют это открыто, то есть не выполняют второй пункт. Ключевым в эмпатии является именно открытая демонстрация нашего понимания эмоций пациенту таким образом, чтобы он почувствовал нашу поддержку.

Выразить эмпатию можно вербально и невербально.

Невербальные проявления эмпатии:

- жесты,
- выражение лица (мимика),
- поза,
- взгляд – зрительный контакт,
- расстояние,
- прикосновение – предплечье, плечо, спина (выше лопаток).

Вербальным проявлением эмпатии является эмпатическое высказывание.

Эмпатическое высказывание – это поддерживающие комментарии, которые достаточно конкретно называют и признают эмоции и проблемы пациента.

Примеры эмпатических высказываний:

«Я вижу, что вам трудно осознать потерю памяти у вашего мужа».
«Я понимаю, насколько вам нелегко об этом говорить».
«Я понимаю злость, которую вы испытываете из-за вашей болезни».
«Я вижу, как вас расстраивает ее поведение».
«Я понимаю, насколько вас пугает фраза о том, что боль может вернуться».

Довольно удачным способом проявить эмпатию является мнемоническая техника **NURSE.** (см. также стр. 184)

Name – назвать или отразить эмоцию пациента;
Understand – понять эмоцию;
Respect – проявить уважение;
Support – поддержать;
Explore – раскрыть эмоции.

Рассмотрим пример:
Мама мальчика хочет отказаться от прививки, потому что слышала о возможных осложнениях. Эмпатический ответ по схеме N.U.R.S.E. может выглядеть так:

N	Name	назвать или отразить эмоцию – «Вы боитесь возможных осложнений от прививки».
U	Understand	понять эмоцию – «Я понимаю, вы беспокоитесь за своего ребенка и не хотите рисковать».
R	Respect	проявить уважение – «Хорошо, что вы ответственная мама и ищете дополнительную информацию».
S	Support	поддержать – «Я могу предоставить вам полную информацию об этой вакцине, и мы сможем подробнее обсудить частоту возможных реакций у ребенка».
E	Explore	раскрыть эмоции подробнее – «Что еще вас беспокоит в отношении прививки?»

Табл. 4. **NURSE**

Подводя итоги теоретической части

Эмпатия помогает:

- установить контакт, обеспечить доверительные отношения;
- стимулировать мотивацию и повысить комплаенс (приверженность);
- снизить э ю эмоциональную е напряжение/агрессию.

Без эмпатического подхода мы вряд ли сможем выявить и понять точку зрения, идеи, представления, мотивацию и барьеры пациента. Только тогда, когда мы искренне проявляем готовность принять мировоззрение пациента, пациент поделится с нами откровенно и честно, чтобы мы могли поддержать его и повлиять на его выбор.

Советы для развития эмпатического отношения:

Старайтесь, чтобы каждый пациент чувствовал, что он или она важны для вас.

Поставьте себя на место пациента, учитывая его/ее эмоции, потребности и проблемы со здоровьем.

Узнайте больше о невербальном общении — мимике, микровыражениях, языке тела, чтении глаз, тоне голоса — чтобы помочь себе понять чувства пациента.

Демонстрируйте доброжелательность и непринужденность, даже если вы этого не

чувствуете. Работайте над осознанием своего невербального общения.

Попросите коллег понаблюдать за вашим взаимодействием с несколькими пациентами, чтобы оценить вашу эмпатию.

Послушайте, как известные эмпатичные коммуникаторы (например, коллеги, лидеры, друзья, телеведущие) используют свой голос, чтобы выразить эмпатию. Потренируйтесь произносить некоторые фразы перед зеркалом (например, «Я думаю, возможно, будет трудно...»), оценивайте свои способности и вносите коррективы.

Избегайте оценочных суждений. Стремитесь создавать отношения, в которых вас воспринимают как целителя и союзника, а не просто поставщика услуг.

Если у вас возникают проблемы с эмпатией к конкретному пациенту, попробуйте выяснить, почему это происходит и как это преодолеть.

ЧАСТЬ 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ

Работа с кейсами в малых группах

Задание
Работайте с кейсами. Предложите эмпатический ответ по схеме NURSE.

Кейс 1:
Родители, которые привезли ребенка из отдаленного региона на консультацию в столичную кардиохирургическую клинику, слишком эмоционально реагируют на слова кардиолога, который говорит, что ему «не нравятся шумы и нужно провести дополнительное обследование сердца», и требуют не откладывать оперативное вмешательство: «Мы и так все обследования прошли».

Возможный вариант ответа по схеме **NURSE:**

Name – назвать или отразить эмоцию: «Вас пугает предстоящая операция, а тут еще и новые обстоятельства. Неопределенность пугает еще больше».

Understand – понять эмоции: «Я понимаю, это самое трудное – видеть, как болеет ваш ребенок, и чувствовать, что вы как будто теряете контроль над ситуацией».

Respect – проявить уважение: «Но вы уже столько прошли, вы смогли привезти вашего ребенка сюда».

Support – поддержать: «Нам нужно быть уверенными, что ваш ребенок готов к операции по всем предусмотренным для операции показателям. Я постараюсь сделать все быстро. Это очень важно».

Explore – раскрыть эмоции подробнее: «Есть ли еще что-то, что беспокоит вас относительно состояния вашего ребенка?»

Кейс 2:

Пациент отказывается идти на процедуру вскрытия панариция, требуя назначить другой (неинвазивный) метод лечения, мотивируя это опасениями «заразиться гепатитом»: «Назначьте мне мазь... или может что-то другое, я слышал, можно какое-то облучение делать...».

Возможный вариант ответа по схеме **NURSE:**

Name – назвать или отразить эмоцию: «Вы боитесь заразиться гепатитом».

Understand – понять эмоцию: «Я понимаю, это серьезное заболевание… и сейчас об этом так много говорят…»

Respect – проявить уважение: «Но вы молодец, что знаете об этом и стараетесь избегать опасных ситуаций».

Support – поддержать: «Давайте, я сам лично прослежу, чтобы все было стерильно/мы воспользуемся одноразовыми инструментами».

Explore – раскрыть эмоции подробнее: «Что еще вас пугает в нашем плане лечения?»

Кейс 3:

Пациент с недавно диагностированным сахарным диабетом выражает опасения по поводу выписки из больницы, говоря: «Не уверен, что готов справиться со всем этим — постоянно измерять уровень сахара и делать себе инъекции».

Возможный вариант ответа по схеме **NURSE**:

Name – назвать или отразить эмоцию: «Вы выглядите обеспокоенным... »

Understand – понять эмоции: «Я понимаю, это действительно стресс — узнать о таком диагнозе».

Respect – проявить уважение: «Но вы молодец, вы быстро учитесь, сегодня вы очень хорошо справились с тест-полосками и инъекциями инсулина».

Support – поддержать: «Мы поработаем вместе еще раз завтра утром, и я скажу медицинской сестре, которая будет периодически приходить к вам, чтобы через несколько дней она вас навестила и вы выполнили манипуляции вместе».

Explore – раскрыть эмоции подробнее: «Расскажите мне подробнее, что еще беспокоит вас в отношении поддержания уровня сахара дома».

Дебрифинг (обсуждение кейсов)

Интерактивная дискуссия

Вопросы для обсуждения:

1. Почему медицинскому работнику важно проявлять эмпатию по отношению к своим пациентам?

Когда медицинский работник пытается представить что-то с точки зрения пациента, он может предложить ему другие варианты лечения или возможные пути оказания помощи, которые они, вероятно, ранее не рассматривали. Пациенту будет значительно легче обсудить свои проблемы с кем-то, кто эмпатично относится к нему и находит время, чтобы попытаться понять, что он чувствует и через что проходит.

Чувства, тревоги, ожидания и мысли пациента важны не меньше, чем жалобы на физическое состояние. Учитывая все перечисленные аспекты, медицинский работник сможет лучше понять ситуацию и, в конечном итоге, дать оптимальные рекомендации по лечению или обеспечению качественного ухода. Эмпатичный медицинский работник поможет пациенту почувствовать себя непринужденно и услышанным.

Эмпатия поможет разрушить многочисленные барьеры между пациентом и медицинским работником, с которыми он или она может столкнуться, и создать комфортную для общения среду.

Эмпатия является основным принципом коммуникативного подхода, ориентированного на пациента. Медицинский работник, который может продемонстрировать понимание, чаще имеет дело с пациентами, которые чувствуют себя менее осужденными и более принятыми.

Пациент, который чувствует поддержку и отсутствие необходимости защищаться, скорее всего, будет более открыт к рекомендациям относительно плана лечения и изменения образа жизни. Однако, как бы просто это ни звучало, «быть более эмпатичным» является довольно сложной задачей для рядового врача.

Распространенные ошибки:

недостаточное понимание того, что такое эмпатия. Путаница эмпатии с сочувствием, или же проявление эмпатии врачом только в том случае, когда, по его мнению, пациент подавлен;

проявлять эмпатию с целью поставить «галочку» в графе «хороший врач»;

считать, что быть эмпатичным — это делать вид, будто знаешь, что именно чувствует другой человек, чтобы заставить его чувствовать себя лучше в определенной ситуации;

верить, что быть эмпатичным – это простой способ заставить кого-то вам доверять;

думать, что эмпатия — это умение, которое применяется только в профессиональной деятельности, а не в повседневной жизни;

размышлять слишком прагматично. Например, сказать, что эмпатия важна, поскольку она дает врачу хороший рейтинг обратной связи

2. Что важнее: уметь сопереживать или уметь сочувствовать?

Начните с изложения вашего личного определения понятий «эмпатия» и «сочувствие». Ваши определения могут отличаться от стандартных. **Обсудите основные обязанности врача и то, почему именно умение врача проявить эмпатию и сочувствие является критически важным навыком при выполнении этих обязанностей.**

Врачи несут ответственность за назначение правильного лечения и оказание пациенту наилучшего возможного ухода, используя сочетание академических знаний, критического мышления и общения (с коллегами, пациентом

и членами его семьи). Самое важное — это то, что врач не должен причинить вред пациенту или же провести медицинское вмешательство без информированного согласия пациента.

Таким образом, эмпатия важна, поскольку она позволяет врачу понять, что может чувствовать пациент, на что может надеяться пациент с точки зрения клинического результата (например, сочтет ли пожилой пациент ограниченную подвижность приемлемым результатом вмешательства?) В случае, когда вмешательство болезненно или пугает (как в случае с люмбальной пункцией или хирургическим вмешательством), критически важным является полноценное общение врача с пациентом с обязательным обсуждением причины вмешательства, того, что будет чувствовать пациент во время и после вмешательства, рисков и возможных опасных последствий.

Проявление сочувствия также важно во время разговора с пациентом.

Например, делая укол и вводя иглу, врач, который проявляет эмпатию, но не сочувствие, сказал бы: «Будет больно, но боль продлится недолго, поэтому не волнуйтесь».

Врач, проявляющий и эмпатию, и сочувствие, сказал бы: «Я хочу предупредить вас, что, возможно, вы почувствуете, будто вас что-то укусило, но я сделаю это настолько быстро и безболезненно, насколько это возможно, поэтому постарайтесь расслабиться и не слишком сосредотачивайтесь на этом. Через мгновение все закончится».

Приведенный пример показывает, насколько важно умение врача сочетать эмпатию и сочувствие при выполнении своей работы.

Ответьте на вопрос, что же все-таки важнее: эмпатия или сочувствие? Или же они оба одинаково важны?

Подумайте, существуют ли обстоятельства, при которых проявление слишком большого сочувствия может причинить вред. Используя собственный опыт или наблюдения, приведите пример.

Распространенные ошибки:

отвечать на вопросы, прежде чем сформулировать свои определения терминов;

не задумываться заранее о разнице между этими двумя понятиями и о том, как они связаны с профессией врача или любого другого медицинского работника.

3. Как бы вы объяснили пациенту, что ему/ей нужно сдать ещё один образец крови из-за того, что результаты последнего анализа были утеряны?

Представьте себя на месте пациента. О чем он/она может беспокоиться? Пациент прошел процедуру, которая, возможно, показалась ему/ей неприятной, и, не по своей вине, его/ее просят пройти ее снова. Его/ее также могут беспокоить проблемы конфиденциальности, связанные с потерей образца крови.

В таком случае вам важно общаться с пациентом четко и вежливо, дать ему/ей понять, что произошло, чтобы пациент не сомневался/лась в том, что это действительно произошло. Не используйте эвфемизмы (смягчающие или маскирующие слова). Поставьте себя на место пациента, выслушайте его/ее проблемы и все, что он/она говорит. Вы можете сказать: «Мне очень жаль, что вам придется сдать еще один образец крови».

Подумайте, возможно, стоит сказать: «Я могу представить, что вы испытываете разочарование по этому поводу, поскольку вы ждали и еще не получили результаты анализов крови».

И также: «Я уверяю вас, что мы не будем делиться результатами вашего теста ни с кем, кто не входит в группу медицинских работников, обслуживающих вас. Я понимаю вашу обеспокоенность тем, что результаты вашего последнего теста были утеряны, но мы очень серьезно относимся к вопросам конфиденциальности и сделаем все возможное, чтобы конфиденциальность была сохранена».

Распространенные ошибки:

говорить резко, невежливо или отстранённо. Это, вероятно, ещё больше расстроит пациента, который уже многое пережил;

использовать эвфемизмы, которые могут ввести пациента в заблуждение или запутать его относительно того, что произошло;

обвинять в случившемся других людей. Даже если это чья-то вина, это не улучшит самочувствие пациента.

4. Почему медицинские работники, являющиеся членами одной медицинской команды, должны проявлять эмпатию друг к другу, а также к своим пациентам?

Работа в сфере здравоохранения (например, в больнице) может быть очень напряжённой и изнурительной. Коллегам может понадобиться поддержка того, кто это хорошо понимает. Внепрофессиональные обстоятельства могут повлиять на способность кого-то из членов команды выполнять свою работу, и если этот человек решит поделиться с вами проблемами или опасениями, важно проявить эмпатию и попытаться понять, что именно переживает коллега.

Проявление понимания между коллегами улучшает способность команды к сотрудничеству, а значит, улучшает качество помощи, оказываемой пациентам. Работа медицинского работника может быть травматичной или стрессовой, и это может влиять лично на членов команды. Наличие эмпатичных коллег, которым небезразличны друг к другу, может помочь команде чувствовать себя более позитивно, и это будет поддерживать в работе.

5. Вы — врач. Как бы вы поступили с родителями, которые привезли ребёнка в приемное отделение больницы неотложной помощи и злятся из-за того, что им приходится долго ждать осмотра своего ребёнка?

Врачи иногда сталкиваются с «трудными» пациентами (имеется в виду не их физическое состояние, а «трудные эмоциональные/поведенческие проявления»), но в такой ситуации важно проявить эмпатию и понять, что у человека, как правило, есть причина вести себя именно так. Попробуйте применить технику **ICE** (ideas, concerns and expectations) – идеи, проблемы и ожидания. Объясните, как бы вы узнали о том, почему родители считают (идеи), что им приходится долго ждать, почему они переживают (проблемы) по этому поводу и что они хотят (ожидания), чтобы вы сделали в этой ситуации.

Предположим, почему родители могут испытывать гнев в такой ситуации. Они, скорее всего, переживают за своего ребенка и могут считать, что персонал не делает достаточно для того, чтобы пациент был осмотрен как можно скорее. Обсудите, как бы вы попытались успокоить родителей. Важно понимать, что родители (родственники), чей ребенок доставлен в приемное отделение больницы скорой помощи, могут быть очень расстроены, и вы должны продемонстрировать, что хотите помочь им быть уверенными в том, что их ребенок получит самую качественную помощь и уход. Родители или пациенты в приемном отделении больницы скорой помощи также могут находиться в состоянии стресса по причинам, о которых вы можете даже не думать и не догадываться. Вот почему так важно выслушать пациента, дать ему возможность объяснить свою ситуацию, а вы в ответ могли бы оказать соответствующую поддержку, например, разрешить ему воспользоваться телефоном.

Распространенные ошибки:

забыть о пациенте/родителях. Объяснить, как вы могли бы взять ситуацию под контроль, прекрасно, но людей всегда больше интересует, как вы проявляете эмпатию к тому, кто расстроен или переживает стресс, и решаете их проблемы;

нежелание спросить человека о его взгляде на ситуацию. Техника ICE — это именно то, чем стоит воспользоваться в подобном сценарии.

5. Расскажите о случае, когда вы проявили эмпатию. Свяжите свой ответ с медициной и с тем, почему качество эмпатии так необходимо в медицинской профессии, и как ваш пример помогает вам чувствовать себя (в определенной степени) подготовленными к практической деятельности.

Ваш пример должен быть конкретным для вас (основанным на вашей конкретной ситуации). Рассмотрите как вербальные, так и невербальные средства, которые вы можете использовать, проявляя эмпатию. Дело не только в том, что вы говорите, но и в том, как вы это говорите!

Часть ваших размышлений может включать в себя то, что вы сделали бы по-другому. Это продемонстрирует умение делать выводы из собственного опыта.

Распространенные ошибки:

Не концентрироваться на собственных историях, а говорить о ситуациях, когда вы были свидетелями проявления эмпатии другими врачами. В этом случае это не имеет значения, поскольку важно услышать именно о вашем опыте.

Рассказывать историю (ваш пример), не задумываясь и не расширяя свое эмпатическое поведение — легко потеряться в «рассказе истории» и болтовне.

Забывать связать свои аргументы с медициной и с тем, почему ситуация, которую вы описываете, свидетельствует о том, что однажды вы станете хорошим студентом-медиком/врачом.

ИССЛЕДОВАНИЕ И ОСОЗНАНИЕ СВОИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ КАК ОБРАТНАЯ СТОРОНА ЭМПАТИИ

Навыки клинической коммуникации тесно связаны с эмоциональными компетенциями – поэтому во время обучения стоит практиковать и изучать их вместе. Способность медиков идентифицировать собственные эмоции и управлять ими может улучшить общее самочувствие за счет профилактики стресса и выгорания. Критически важным является умение распознавать свои автоматические эмоциональные реакции – ведь именно они чаще всего вызывают конфликт, токсичность в отношениях и выгорание. Итак, давайте посмотрим, как мы можем самостоятельно исследовать свои чувства.

Исследовать свои чувства можно во время или после самого события. Во время — это значит быть в процессе, когда вы общаетесь, очень осознанным/осознанной, — просто чтобы осмысливать эмоциональную составляющую вашего общения и корректировать ее. После события полезно вспоминать изменение своих эмоций и анализировать свое поведение, чтобы повысить свою осознанность, любопытство и найти новые варианты, которыми можно заменить автоматические реакции или быстрое осуждение других.

Следите за своими навыками:

Идентифицируйте эмоции (свои и других людей): обратите внимание, на что вы реагируете, на что реагируют другие, как эмоции влияют на вашу коммуникацию.

Например, коллега саркастически заявляет вам в присутствии других, что вы забыли поделиться с ним критически важной информацией о пациенте. Вы гневно отвечаете, что он мог бы и сам посмотреть в карту пациента.

Анализируйте причины этих эмоций. Почему вы отреагировали? Почему другой человек отреагировал? Что вызвало ваш (например) гнев? Или сарказм вашего коллеги (сарказм — это обычно тоже непроявленный гнев)? Спросите себя: можете ли вы отступить от автоматической эмоциональной реакции и вместо нее применить эмпатию? Как это может выглядеть?

Вы чувствуете себя виноватым и обиженным. У вас проблемы дома, и на работе как-то не хватает сил. Вы чувствуете себя униженным в присутствии других. Коллега разочарован и разгневан тем, что ему пришлось выполнять больше работы в условиях, когда и без того задач по горло, а он сам находится на грани выгорания.

Действовать осознанно и строить отношения. Понимание своих эмоций и источников их возникновения может помочь найти путь в разговоре с другим человеком. Можно извиниться, можно объяснить, что вызвало такие бурные чувства, можно больше признать вклад/работу/эмоциональное состояние другого человека. Сближение начинается с маленьких шагов.

Поговорите с коллегой один на один. Начните с искренних извинений за то, что вы не до конца объяснили ситуацию, и это создало для коллеги дополнительную нагрузку. Расскажите, что у вас проблемы дома и как вам в последнее время сложно сосредоточиться на работе. Признайте, что коллега также находится под давлением, и что вы добавили к нему еще напряжение. Ваш коллега, скорее всего, примет извинения и извинится за то, что унизил вас перед другими людьми, и пожелает вам, чтобы семейные проблемы нашли свое решение. Вы поблагодарите коллегу и предложите пойти вместе на кофе или выпить чаю.

Группа равных для повышения собственной осведомленности: создайте небольшую группу равных с коллегами (ее также можно предложить создать со студентами) и каждую неделю собирайтесь на полчаса, чтобы поделиться своими наблюдениями и выводами из опыта. Наблюдать, формулировать, озвучивать свои переживания — полезная практика для развития эмоциональных компетенций.

Вы можете узнать больше из модели Guide to the iCARE-Haaland Model Resources • CONNECT (tghn.org) — международного исследовательского проекта, направленного на разработку универсальных эмоциональных компетенций работников здравоохранения из разных стран.

Кейс Татьяны

Часть 1

– Если анализы подтвердят мои подозрения, то ваша болезнь неизлечима и перерастёт в онкологию.

– Как? Совсем не поддается лечению?

– Нет.

5 минут тишины.

– А что мне делать?

Тишина. Каждый сидел в своей тишине и своей боли.

Возможные вопросы для обсуждения:

Что пошло не так? *(Здесь можно поговорить о закрытости врача, о чрезмерной краткости, об отсутствии диалога, обобщения и плана).*

Решились бы вы на месте пациентки снова пойти на прием к этому врачу? Почему да или почему нет? *(Здесь можно проанализировать страхи и разное восприятие слушателей — ведь люди бывают разные: одни вернутся, а другие – нет).*

Что врач мог бы сделать по-другому? *(См. раздел о Калгари-Кембриджской модели консультирования в Теме 3).*

Как выглядела бы более эмпатичная коммуникация? *(Здесь можно применить информацию из Темы 3 о структуре консультации и из Темы 6 о сообщении плохих новостей).*

Часть 2

Это история моя и моего гинеколога. Я очень злилась за то, что она со мной так. Почему нельзя было по-человечески поговорить обо всем? Я уже успела заклеймить ее как «непрофессионала», но что-то все-таки в этой истории не отпускало меня. Хотелось поставить точку во всем этом, поэтому снова пришла к ней. Но на этот раз все было по-другому, она доброжелательно, приветливо и с сочувствием разговаривала со мной. Это были два разных человека. И тут я поняла, что попала не в историю о «непрофессионализме», а в историю, когда боль и чувства мешают врачу быть эффективным на работе и заботливо относиться к пациентам.

Возможные вопросы для обсуждения

Как вы думаете, почему в следующий раз врач вела себя иначе? *(Здесь можно поговорить о её эмоциональном состоянии, возможном недостатке навыков эмпатического реагирования, сообщении плохих новостей и консультировании в целом, о том, как её переживания влияют на её коммуникацию).*

Что помогло врачу изменить поведение во время следующего визита пациентки? *(Здесь можно обсудить открытость пациентки к диалогу и то, как подобная стратегия может работать в обе стороны).*

Какой вывод мы можем сделать для себя из этого кейса? *(Навыки, эмоциональные компетенции, большее осознание).*

Трудно понимать других, если не понимаешь себя

Эмоции пронизывают все сферы нашей жизни и управляют нами в те моменты, когда мы сталкиваемся с трудностями или задачами, которые слишком важны, чтобы полагаться только на разум. Хотим мы этого или нет, эмоции всегда присутствуют в нашей жизни: они возникают как реакция на раздражители. На протяжении жизни человек накапливает опыт восприятия различных эмоций (как собственных, так и чужих), который трансформируется в импульсы, проявляющиеся как ответ на конкретную ситуацию. От качества и объема этого опыта зависит наше умение распознавать и использовать в своих интересах ту или иную ситуацию. Трудно разграничить личное и профессиональное, чтобы совершенно не поддаваться эмоциям на работе, поэтому стоит учиться справляться с ними.

Здесь на помощь приходит эмоциональный интеллект (ЭИ), ведь именно он возвращает рычаги управления ситуациями в наши руки, дает доступ к хранилищу рациональных знаний в нашем мозгу.

Впервые термин «эмоциональный интеллект» ввели в оборот американские психологи Дж. Майер и П. Саловей (1990). По мнению этих ученых, эмоциональный интеллект представляет собой совокупность когнитивных способностей к идентификации, пониманию и управлению эмоциями. Майер и Саловей также разработали известный тест для определения уровня эмоционального интеллекта.

Дэниел Гоулман в 1995 году определил следующие 5 способностей, лежащих в основе эмоционального интеллекта:

Осознание собственных эмоций (самосознание) – умение распознавать свои эмоции, когда они возникают; является основой эмоционального интеллекта. Способность постоянно отслеживать чувства чрезвычайно важна для психологической проницательности и самопознания. Люди, которые с уверенностью могут сказать, что именно чувствуют, оказываются лучшими «пилотами» своей жизни, ведь они меньше сомневаются в правильности любых своих решений.

Управление эмоциями – умение следить за тем, чтобы эмоции соответствовали ситуации, в которой находится человек. К управлению эмоциями относятся: умение успокоить себя, умение избавляться от чрезмерной тревоги, подавленности, раздражительности. Люди, у которых эти навыки развиты плохо, страдают от чрезмерных чувств и пытаются с ними бороться, а те, кто хорошо их освоил, гораздо быстрее восстанавливают равновесие после пережитых неприятностей или переживаний.

Самомотивация – направление эмоций в правильное русло способствует концентрации внимания, повышает самоконтроль, помогает стать более креативным и помогает нам достигать поставленных целей.

Умение распознавать эмоции других людей (эмпатия) – является важнейшим навыком из тех, что необходимы для работы с людьми. Те, у кого эмпатия развита лучше, чувствительны даже к малейшим сигналам, указывающим на то, чего хотят или в чем нуждаются другие. Это помогает эмпатичным людям добиться успеха в профессиях, связанных как с управлением, так и с заботой о других.

Умение строить отношения заключается в умелом обращении с эмоциями других людей. Сюда входят социальная компетентность и связанные с ней специфические навыки. Именно эти навыки укрепляют популярность и лидерские качества человека и повышают эффективность межличностного общения. Люди, хорошо владеющие умением строить отношения, могут отлично справиться с любым делом, требующим ловкого и умелого взаимодействия с другими людьми. Они являются звездами в сфере общения.

Эти компоненты эмоционального интеллекта соответствуют последовательным шагам к его развитию.

Рассмотрим подробнее основные шаги в этом процессе:

Осознание эмоций – на этом этапе важно научиться воспринимать события вокруг себя через призму эмоций и видеть эмоции там, где обычно принято замечать лишь холодный расчет и рациональные действия.

Формирование навыков «читать» эмоциональное содержание событий может происходить с помощью:

- углубления знаний о связях между рациональными зонами неокортекса и эмоциональными органами лимбической системы головного мозга;
- анализа кейсов с точки зрения роли в них эмоционального интеллекта;
- анализа эмоциональных рисунков собственного поведения;
- ведения дневника эмоций.

Управление эмоциями и самомотивация невозможны без прохождения этапа осознания собственных эмоций.

Умение распознавать эмоции других людей (эмпатия) – важно, что эффективное развитие этого компонента эмоционального интеллекта невозможно без умелого освоения предыдущих. Ведь только научившись понимать и принимать себя в различных эмоциональных состояниях и проявлениях, мы учимся понимать и принимать других.

Умение строить отношения – последний шаг развития эмоционального интеллекта. Это умение предполагает освоение стратегии управления своими эмоциями и эмоциями других людей для достижения общих целей.

Диагностика уровня эмоционального интеллекта является первым звеном в цепочке его развития – поэтому в приложении вы найдете Опросник «эмоционального интеллекта» Н. Холла, который поможет определить уровень развития каждого компонента вашего ЭИ, а также упражнения и техники, которые помогут лучше управлять собственными эмоциями.

Проявляйте чуткость и внимательность по отношению к себе. Это поможет вам строить эмпатичные и доверительные отношения с вашими пациентами.

Опросник «эмоционального интеллекта» Н. Холла

Инструкция: Ниже вам будут предложены высказывания, которые тем или иным образом отражают различные аспекты вашей жизни. Пожалуйста, напишите в соответствующей ячейке бланка справа от номера каждого высказывания количество баллов, исходя из оценки ваших ответов:

Полностью не согласен/согласна (–3 балла)

В основном не согласен/согласна (–2 балла)

Частично не согласен/согласна (–1 балл)

Частично согласен/согласна (+1 балл)

В основном согласен/согласна (+2 балла)

Полностью согласен/согласна (+3 балла)

Бланк ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Вопросы для анкеты

1. Для меня как негативные, так и позитивные эмоции являются источником знаний о том, как поступать в жизни.

2. Негативные эмоции помогают мне понять, что я должен/должна изменить в своей жизни.

3. Я спокоен/спокойна, когда чувствую давление со стороны других.

4. Я способен/способна наблюдать за изменением своих чувств.

5. Когда необходимо, я могу быть спокойным/спокойной и сосредоточенным/сосредоточенной, чтобы действовать в соответствии с требованиями жизни.

6. Когда необходимо, я могу вызвать в себе широкий спектр положительных эмоций, таких как веселье, радость, внутренний подъем и юмор.

7. Я слежу за тем, как я себя чувствую.

8. После того, как что-то испортило мне настроение, я могу легко взять себя в руки.

9. Я умею выслушивать проблемы других людей.

10. Я не зацикливаюсь на негативных эмоциях.

11. Я чуткий/чуткая к эмоциональным потребностям других.

12. Я могу успокаивать других людей.

13. Я могу заставить себя снова и снова встать перед лицом препятствий.

14. Я стараюсь подходить к жизненным проблемам творчески.

15. Я адекватно реагирую на настроение, побуждения и желания других людей.

16. Я могу легко входить в состояние спокойствия, готовности и сосредоточенности.

17. Когда позволяет время, я обращаюсь к своим негативным чувствам и разбираюсь, в чем проблема.

18. Я способен/способна быстро успокоиться после неожиданного огорчения.

19. Знание моих истинных чувств важно для поддержания «хорошей формы».

20. Я хорошо понимаю эмоции других людей, даже когда они не проявляются открыто.

21. Я могу хорошо распознавать эмоции по выражению лица.

22. Я могу легко отбросить негативные чувства, когда необходимо действовать.

23. Я хорошо улавливаю сигналы в общении, которые указывают на то, в чем нуждаются другие.

24. Люди считают меня хорошим знатоком переживаний других людей.

25. Люди, которые осознают свои истинные чувства, лучше управляют своей жизнью.

26. Я способен/способна поднять настроение другим людям.

27. Со мной можно посоветоваться по вопросам межличностных отношений.

28. Я хорошо настраиваюсь на эмоции других людей.

29. Я помогаю другим использовать их побуждения для достижения их личных целей.

30. Я могу легко отключаться от переживаний и неприятностей.

Обработка и интерпретация результатов:

Сложите и запишите результаты по каждой шкале. Шкала

«эмоциональная осведомленность» – пункты 1, 2, 4, 17, 19, 25.

Шкала «управление своими эмоциями» — пункты 3, 7, 8, 10, 18, 30.

Шкала «самомотивация» – пункты 5, 6, 13, 14, 16, 22.

Шкала «эмпатия» – пункты 9, 11, 20, 21, 23, 28.

Шкала «распознавание эмоций других людей» – пункты 12, 15, 24, 26, 27,

29.

Уровни развития компонентов эмоционального интеллекта:

14 и более – высокий уровень. Его показателями являются не только различение эмоций или возможность управлять ими, но и способность понимать, как выражение человеком собственных эмоций влияет на других людей, и учитывать это в своем поведении;

8–13 – средний уровень. Свидетельствует о способности различать эмоции других людей, справляться с собственными негативными переживаниями, адекватно выражать свои эмоции;

7 и менее – низкий уровень. Свидетельствует о том, что человек плохо понимает свои эмоции и эмоции других людей, не умеет управлять собственными эмоциями и сопереживать другим.

Общий уровень развития ЭИ:

70 и более – высокий;
40–69 – средний;
39 и меньше — низкий.

Полезные техники для развития эмоционального интеллекта

Карта эмоций

Эмоция	Причины появления	Физические проявления	Мысли, сопровождающие переживание эмоции	Люди, с которыми ассоциируется
Гнев				
Отвращение				
Страх				
Удивление				
Радость				
Печаль				

Уделите несколько минут своего времени и попытайтесь понять для себя роль каждой эмоции в вашей жизни. Добавляйте в список другие эмоции, которые можете распознать в себе.

Дневник эмоций

Настройте несколько напоминаний в течение дня под названием «Мои эмоции» (7–10 напоминаний). Спросите себя в момент напоминания:

Что я чувствую в этот момент?
Какая это эмоция?
Насколько она яркая? Что ее
вызывает?

Записывайте связь между вашими мыслями и эмоциями.

После этого проанализируйте свой дневник: какие эмоции у вас

преобладают?
Что стало причиной этих эмоций?
Насколько яркими были эти эмоции?
Сколько разных эмоций вы испытали?

Как управлять эмоциями?

Существует несложная техника, которая поможет вам быстро понять, какую эмоцию вы сейчас испытываете, и распознать ее причину, а также покажет возможные варианты выхода из сложившейся ситуации.

Красный свет
позвольте себе прочувствовать эту эмоцию (генерация эмоции). Назовите её.

Желтый свет
подумайте, почему она возникла, как вы себя чувствуете, где именно в своем теле вы ощущаете эту эмоцию и что это за ощущение. Проанализируйте варианты выхода из ситуации (осознание эмоции).

Зеленый свет
действуйте по плану, который кажется вам лучшим (выражение эмоций).

Чек-лист самопомощи во время сильных эмоций

- **Не блокируйте эмоции.** Присмотритесь к тому, что вас беспокоит и о чем вам сигнализируют эмоции.
- Составьте для себя карту причинно-следственных связей и попытайтесь понять, **что стало причиной этих эмоций.**
- Сосредоточьте внимание на выявленных «болях» и подумайте, **как вы можете на них повлиять.**

Полезные техники при сильных эмоциях

Техника стабилизации 1

- Оглянитесь вокруг себя и найдите глазами 5 предметов синего или зеленого цвета. Назовите их.
- Прислушайтесь и услышьте 4 разных звука. Назовите их.
- Прикоснитесь рукой и почувствуйте 3 разных поверхности. Назовите, какие они на ощупь.
- Почувствуйте два разных запаха. Назовите их.
- Определите что-нибудь на вкус. Назовите, что вы почувствовали на вкус. (Возможно, вы почувствуете вкус во рту, а если у вас есть возможность, то выпейте немного воды и почувствуйте, какой у неё вкус).

Техника стабилизации 2

Сделайте глубокий вдох и выдох. Медленно оглянитесь вокруг и найдите:

- 5 вещей, которые вы видите,
- 4 вещи, к которым вы прикасаетесь,
- 3 звука, которые вы слышите,
- 2 запаха, которые вы чувствуете,
- 1 эмоцию, которую вы сейчас испытываете.

Дыхательное упражнение 1

Удобно лягте на спину, согните ноги в коленях и поставьте стопы на пол (или кушетку).

Глубоко вдохните и сосчитайте до пяти. Убедитесь, что ваш живот поднимается, а грудь, плечи и поясница не отрываются от пола/кушетки.

Медленно выдыхайте, считая до пяти. Старайтесь прижать живот к спине. Сделайте два подхода по 10–20 глубоких вдохов и выдохов.

Дыхательное упражнение 2

«Дыхание по квадрату»: на 1, 2, 3, 4 вдыхаем воздух, на 1, 2, 3, 4 задерживаем дыхание, на 1, 2, 3, 4 выдыхаем и на 1, 2, 3, 4 снова задерживаем дыхание. Мягко и медленно вдыхаем воздух через нос, выдыхаем ртом. Постепенно замедляйте темп, в котором считаете. Если выполнять это упражнение несколько минут, волнение уменьшается.

Техника для изучения собственных ресурсов

Как у меня с ресурсами?

- Вспомните трудности, которые вам удалось преодолеть ранее. Что вам в этом помогло?
- Перечислите все свои сильные стороны. Добавляйте в список все, что ещё заметите или вспомните.
- Составьте свой список дел, которые помогают восстанавливать ресурсы и эмоциональную энергию.
- Запланируйте себе хотя бы что-то из этого списка на ближайшее время.

Практика благодарности

Благодарность помогает отпускать лишнее, наслаждаться радостными моментами и делает нас наполненными.

- Подумайте и составьте список того, за что вы благодарны своей работе.

- Составьте список того, за что (и кому или чему) вы благодарны за этот месяц.
- Составьте список того, за что (и кому или чему) вы благодарны за эту неделю.
- Составьте список того, за что (и кому или чему) вы благодарны за этот день.

Вопросы для рефлексивного дневника:
Что вы чувствовали во время занятия? Что нового узнали о себе, о группе? Как будете использовать эти знания? Чему научились? Как полученные знания и навыки могут пригодиться в будущем? Что было важным? О чем вы задумались? Что происходило с вами? Что нужно развивать в будущем?

Литература и электронная
версия занятия: bit.ly/3Do6RtJ



ТЕМА 3

Доверие в отношениях. Консультация как пространство построения отношений



ТЕМА 3

ДОВЕРИЕ В ОТНОШЕНИЯХ С ПАЦИЕНТОМ. КОНСУЛЬТАЦИЯ КАК ПРОСТРАНСТВО ДЛЯ ПОСТРОЕНИЯ ПАРТНЕРСКИХ ОТНОШЕНИЙ

С особым вниманием к деталям собрано, структурировано и впервые переведено на украинский язык Анастасией Горецкой, Еленой Коротун, Татьяной Щудровой



Анастасия Горецкая, руководитель психологической службы Учебно-научного института качества образования, Харьковский национальный медицинский университет



Елена Коротун, доцент кафедры педиатрии и детских инфекционных болезней, Буковинский государственный медицинский университет



Татьяна Щудрова, доцент кафедры фармакологии, Буковинский государственный медицинский университет

УЧЕБНЫЕ ЦЕЛИ

- знать структуру консультации;
- уметь анализировать невербальные сигналы во время общения с пациентом.

Отношение	Знания	Навыки
человекоцентрированный подход как основа философии отношений с пациентом.	как строить доверие в отношениях с пациентом; консультация как пространство для построения отношений.	достижение взаимопонимания и доверия; построение партнерских отношений; открытые вопросы; вербальная и невербальная коммуникация; исследование эмоций пациента; эмпатия.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Организационная часть – **5 мин.**
Проверка начального уровня знаний (тестовый контроль). Электронные (желательно) или бумажные формы – **10 мин.**
Краткий разбор теоретического материала (мини-лекция). В качестве альтернативного варианта — устный опрос/интерактивное занятие/просмотр видео **— 20 мин.**
Разбор реальных кейсов. В качестве варианта предлагается обсуждение кейсов в малых группах **– 20–40 мин.**
Сценарий с симуляционным пациентом с видеофиксацией **– 20-30 мин.**
Дебрифинг **– 30 мин.**
Повторный сценарий с изменением параметров **– 15 мин.**
Повторный дебрифинг **– 15 мин.**
Заключительный тестовый контроль уровня теоретических знаний **– 5 мин.** (по желанию).
Подведение итогов, объявление оценок **– 10 мин. Всего**

180 минут

Материалы занятия

ЧАСТЬ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

МОДЕЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ КАЛГАРИ-КЕМБРИДЖ

(адаптировано из: Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. Skills for Communicating with Patients. 3-е изд. Лондон: CRC Press, 2013)

Цель внедрения:

- улучшить опыт пациентов и их семей,
- повысить безопасность пациентов,
- поощрить персонал к применению квалифицированного и ориентированного на пациента подхода при взаимодействии с пациентами и их семьями.



Рис. 6. Структура клинической консультации Калгари-Кембридж

Начало встречи/консультации по методу « »

1. Подготовка
2. Установление первоначальной связи/контакта
3. Выявление причины консультации/обращения

- поздороваться с пациентом и узнать его имя;
- представить себя, свою роль и характер беседы; при необходимости получить согласие;
- продемонстрировать уважение и заинтересованность в физическом комфорте пациента (устранить барьеры);
- убедиться в готовности и комфорте пациента;
- определить основную причину обращения/консультации:

  не используем слово «жалоба»,
  «Что вас беспокоит/тревожит?»

- определить временные рамки;
- определить проблемы/жалобы пациента или вопросы, которые пациент хочет решить, с помощью соответствующего вступительного вопроса:

  «Какие проблемы привели вас в больницу (поликлинику/амбулаторию/клинику) сегодня?»
  «Чем я могу вам помочь (сегодня)?»
  «Что бы вы хотели сегодня обсудить?»
  «На какие вопросы вы надеетесь получить ответ сегодня?»

- внимательно выслушать вступительное слово пациента, не перебивая и не направляя его/ее рассказ;
- подтвердить полученный список жалоб и попросить дополнить его, чтобы собрать более полную информацию и расставить приоритеты:

  «Итак, беспокоят головная боль и чувство усталости. Что-нибудь еще?» – повторить минимум три раза в течение 2 минут.

- обсудить повестку дня с учетом потребностей пациента и врача.

Невербальная коммуникация

Три канала передачи информации:

- вербальные средства (слова),
- звуковые средства (интонация, тембр, темп речи),
- невербальные средства (мимика, жесты, расстояние).

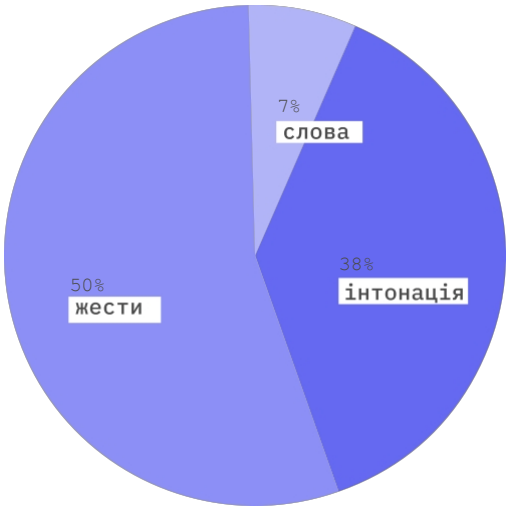


Рис. 7. Средства коммуникации

Как с помощью невербальных средств мы можем продемонстрировать заинтересованность и установить продуктивный контакт:

- установить зрительный контакт;
- встать навстречу пациенту, показать, где он/она может разместиться, оставить свои вещи (открытые жесты, указывающие, + слова);
- отложить в сторону телефон и не отвлекаться на него;
- наклон тела (направленный на пациента);
- интонационно давать понять, что мы внимательно слушаем («понятно, ясно, продолжайте»);
- по возможности избегаем физических барьеров (стол между врачом и пациентом);
- не стоит стоять, возвышаясь над пациентом.

Сбор информации

- изучение проблем пациента для определения биопсихосоциальной истории:

биомедицинских данных,

позиции/точки зрения пациента,

исходной информации/контекста

- поощрять пациента рассказывать своими словами о проблеме с момента ее возникновения до настоящего времени;
- использовать открытые и закрытые типы вопросов, переходя от открытых к закрытым;
- внимательно слушать, давать пациенту возможность высказаться до конца, не перебивая и давая ему/ей время собраться с мыслями, прежде чем ответить на вопрос, или продолжить ответ после паузы;
- поощрять пациента к рассказу с помощью вербальных и невербальных сигналов, используя ободрение, молчание, повторение, перефразирование, уточнение;
- замечать вербальные и невербальные сигналы (язык тела, манеру говорить, выражение лица, настроение), определяя их значение;
- уточнять непонятные утверждения пациента или те, которые требуют пояснения:

  «Не могли бы вы уточнить, что вы имеете в виду?»
  «Опишите свое головокружение»

- периодически подводить итоги услышанного, чтобы выяснить, насколько правильно врач понял слова пациента, предлагать пациенту исправить неверно истолкованное или продолжить рассказ дальше *(«Итак, насколько я вас понял/а, вас беспокоит…»)*
- использовать короткие, понятные вопросы и комментарии, избегать жаргона и сложных терминов;
- устанавливать даты и последовательность событий.

Выявление эмоциональной реакции пациента на симптомы и его/ее личный контекст. Триада ICE (ideas, concerns, expectations) **помогает исследовать и понять**:

- позицию и эмоции пациента;
- I – идеи/представления и убеждения пациента относительно причины проблемы;
- C – страхи и переживания пациента в отношении каждой проблемы;
- E – ожидания пациента: цель обращения и ожидания от лечения;
- влияние на жизнь: как именно каждая проблема влияет на жизнь пациента.

Поощрять пациента к выражению эмоций и чувств:

«Какие чувства это вызывает у вас?»
«Как это влияет на вашу жизнь?»

Проявить эмпатию: выражать эмоции, понимание, уважение и поддержку;

- собрать личный, семейный, медицинский, социальный анамнез.

Навык:
открытые вопросы и невербальная коммуникация

- поощрять пациента рассказывать своими словами;
- не перебивать;
- задавать открытые вопросы;
- использовать поощрение, молчание, повторение («эхо»), перефразирование, уточнение, краткое резюме;
- замечать вербальные и невербальные сигналы; использовать невербальную коммуникацию: жесты, язык тела, мимику, манеру говорить, выражение лица, настроение.

Навык: исследование эмоций

«Что вы чувствуете по этому поводу? Расскажите мне о своих чувствах»
«Как эта хроническая головная боль влияет на вашу жизнь?»
«Что их вызывает или провоцирует?»
«Из-за чего вы больше всего переживаете/что вас пугает?»

Навык: эмпатия (NURSE – name, understand, respect, support, explore)[1]

[1] Подробнее об этом в теме «Эмпатия», стр. 165

N – name: назвать эмоцию, чтобы пациент понял, что вы его услышали;
U – understand: выразить понимание;
R – respect: выразить уважение к пациенту;
S – support: выразить поддержку;
E – explore: раскрыть эмоции пациента еще глубже с помощью вопросов.

Понимание эмоционального состояния пациента

Каждая эмоция выполняет определенную социальную функцию. Понимание эмоций другого человека значительно облегчает общение и позволяет предотвращать конфликты.

Базовые эмоции:

гнев – для отстаивания границ и восстановления справедливости;

печаль и грусть – для получения поддержки и отклика, а также для адаптации к отсутствию чего-то важного, что существовало ранее;

страх – для реализации избегающего поведения, демонстрации ощущения угрозы;

удивление – для демонстрации непонимания, растерянности, для выигрыша времени, чтобы выяснить и понять ситуацию;

интерес и возбуждение — для шагов в направлении того, что потенциально способствует удовлетворению;

радость – для демонстрации доверия, безопасной среды, намерения сблизиться;

отвращение – для сигнала о том, что что-то потенциально «заразно»;

стыд и вина – регуляторы социальных норм и правил.

Существует множество производных эмоций (тоска, грусть, раздражение, зависть, презрение…), но в них всегда присутствует одна или несколько базовых. Когда мы понимаем эмоции пациента – мы можем его «читать» и демонстрировать понимание.

Наши задачи:

- не игнорировать эмоции ни пациента, ни свои собственные. Эмоции могут влиять на пациента довольно сильно, поэтому могут быть приняты эмоциональные решения;
- отражать эмоции («Я вижу, вы в отчаянии… я вижу, вы раздражены… правильно ли я понимаю, что вы растеряны?»);
- наличие эмоций дает нам понимание, а их полное отсутствие может указывать на ступор, эмоциональный шок, формальный контакт с игнорированием личности человека, желание отключиться.

Структуризация консультации

Добавлять диалогу открытости:

- в конце специальной серии вопросов подводить итоги, чтобы убедиться в правильном понимании, прежде чем двигаться дальше;
- переходить от одного блока вопросов к другому, сообщая об этом и обосновывая.

Соблюдать логику:

- строить беседу в логической последовательности;
- контролировать время и придерживаться темы.

Построение отношений

Адекватное невербальное поведение:

- зрительный контакт, выражение лица, поза, положение и движения тела, речь (высота, громкость голоса, интонация);
- читать, делать заметки или пользоваться компьютером так, чтобы не мешать диалогу или общению.

Достижение взаимопонимания и доверия:

- принимать взгляды и чувства пациента, не осуждать;
- использовать эмпатию, чтобы показать понимание чувств и трудностей пациента, открыто признавать взгляды и чувства пациента;
- оказывать поддержку: выражать озабоченность, понимание, готовность помочь, предлагать партнерство.

Вовлечение пациента:

- делиться мыслями с пациентом, чтобы побудить его к диалогу;
- объяснять и обосновывать методы обследования;
- во время физического осмотра спрашивать разрешения и объяснять процесс.

Объяснение и планирование

Предоставлять конкретную информацию в правильной форме:

- предоставлять информацию дозированно и постоянно проверять правильность ее понимания пациентом;
- оценивать исходные знания пациента, выяснить степень заинтересованности пациента в получении информации;
- спрашивать пациента, какая еще информация будет полезной (этиология, прогноз);
- предоставлять объяснения в нужное время, избегая преждевременных советов и выводов.

Помогать усвоить и понять информацию:

- структурировать объяснения: разделить информацию на отдельные части, собранные в логическую цепочку;
- использовать четкие указания

  «Я бы хотел обсудить три важных вопроса.»
  «Во-первых...»
  «Сейчас мы должны перейти к обсуждению...»

- использовать повторения и обобщения;
- быть лаконичным, использовать простой и понятный язык, избегать жаргонизмов или терминов либо объяснять их;
- использовать визуальные методы передачи информации: диаграммы, модели, письменные данные и инструкции;
- проверять понимание полученной пациентом информации (например, попросить пациента пересказать услышанное своими словами), при необходимости дать разъяснения.

Добиться понимания и взаимопонимания:

- предоставлять объяснения в соответствии с ранее выясненными представлениями, переживаниями и ожиданиями пациента;
- поощрять пациента к сотрудничеству и предоставлять ему возможность задавать вопросы и просить объяснений или выражать сомнения, а также давать ему/ей соответствующие ответы;
- распознавать вербальные и невербальные сигналы, реагировать на них (например: желание пациента получить информацию или задать вопрос, перегруженность информацией, усталость);
- выяснять и учитывать отношение, реакцию и чувства пациента по поводу полученной информации и использованных терминов.

.

Анализ невербального поведения пациента

Обратите внимание, если пациент начинает:

- смотреть на часы, телефон,
- избегать зрительного контакта (хотя раньше такой контакт был),
- берет свои вещи и прижимает их к себе (как человек на вокзале),
- его тело поворачивается в сторону двери (лицо при этом может быть обращено к вам),
- пытается увеличить дистанцию,

это означает, что он/она уже хочет завершить контакт. Причины разные – нехватка времени, опаздывает, не чувствует понимания, хочет в туалет, испытывает дискомфорт, напуган/на, не понимает вас.

Планирование: принятие совместного решения

- при необходимости делиться своими мыслями, идеями, дилеммами;
- вовлекать пациента, делая предложения, а не давая указания;
- поощрять пациента выражать свои мысли – идеи, предложения и предпочтения;
- согласовать взаимоприемлемый план;
- предлагать выбор: поощрять пациента принимать решения на том уровне, на котором он готов это делать;
- уточнить у пациента: согласен ли он/она с планом, учтены ли все проблемы.

Условия успешного разъяснения и планирования

Обсуждение обследований и манипуляций

- предоставлять точную информацию о манипуляциях: что пациент может почувствовать и как он будет проинформирован о результатах;
- сообщить цель манипуляций, их значение для лечения;
- поощрять обсуждение потенциальных опасений или негативных результатов.

Обсуждение заключения/диагноза и значимости проблемы

- высказывать свое мнение и обосновывать выводы;
- объяснять причины, серьезность, прогноз, краткосрочные и долгосрочные последствия;
- выяснять мнения, реакцию и отношение пациента по поводу данного заключения.

При составлении совместного плана действий

- обсуждать варианты (например, не предпринимать никаких действий, пройти обследование, лечиться медикаментозно, хирургически или немедикаментозно), превентивные меры;
- предоставлять информацию о предлагаемых мерах или лечении (как они действуют, преимущества, возможные побочные эффекты);
- выявить восприятие, мотивацию пациента, вероятные барьеры и опасения по поводу планов и методов лечения;
- принимать во внимание мнение пациента, отстаивать альтернативную точку зрения (при необходимости);
- учитывать образ жизни пациента, его убеждения, культурные предпосылки и возможности;
- призывать пациента участвовать в реализации планов, брать на себя ответственность и быть самостоятельным;
- обсуждать системы поддержки пациентов, обсуждать другие доступные меры поддержки.

Завершение встречи/консультации

Планирование

- договориться с пациентом о следующих совместных шагах;
- меры безопасности: объяснить возможные неожиданные результаты, что делать, если план не сработает, когда и как искать помощь.

Завершение приема

- кратко подвести итоги встречи и уточнить план лечения или обследования;
- в последний раз спросить, согласен ли пациент с планом, подходит ли он ему/ей, спросить о возможной коррекции, какие еще возникли вопросы и т. д.

Подводя итоги теоретической части

Пациент — не жертва болезни, пациент — партнер. Врач

предлагает варианты, пациент принимает решение.

Ответственность за результат – совместная (и врача, и пациента).

Умение общаться – основа клинических навыков, важнейшая составляющая компетентности врача.

ЧАСТЬ 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ

Примеры кейсов

Кейсы А. Источник – реальные отзывы пациентов о работе врачей с сайтов клиник Украины.

Кейсы В. Источник – реальные отзывы врачей о пациентах из закрытых профессиональных групп в соцсетях.

Кейс 1 А

Я была у неё на наблюдении во время беременности. Как врач — толковая, а как человек — неприятная. Никогда не скажет тебе доброго слова, не улыбнётся, какая-то сухая и черствая. А если у неё плохое настроение или конец рабочего дня, то из её кабинета выходишь с негативными эмоциями. Еще медсестра какая-то ненормальная. Я иногда отказывалась от анализов, которые считала ненужными, и врач спокойно на это реагировала, ничего не доказывала и не навязывала. То же самое и с лабораториями – я сдавала анализы там, где хотела, и ко мне претензий не было. Никаких взяток не требовала и не заглядывала в карман. Тот случай, когда ничего лишнего и все по делу. Отзыв положительный, но больше бы к ней на учет не становилась.

Кейс 2 А

Нашла врача по рекомендациям в интернете. Отзывы были как положительные, так и отрицательные (речь идет о враче *****). Ничего не могу сказать о компетентности врача, а вот точно могу сказать, что с ее манера манера специфична с родителями и детьми. Нетерпимость к действиям детей (не понимаю, зачем говорить ребенку, что если он и дальше будет громко кричать на переменах в школе, то ему будут делать уколы в ухо). Затем странные намеки, что если улучшений не было, то, видимо, мы не лечились, хотя мы все делали в соответствии с предписаниями.

Для себя решила, что не готова больше сидеть на приеме с чувством отвращения и вины, поэтому больше к ней не обращусь.

Кейс 3 А

Лечилась у этого врача с диагнодву «двусторонней полисегментарная вирусная пневмония». Сложилось стоянат, что для врача главное (–) не лечение пациента, а заполнен оформление больничного листа и чем быстрее списать пациента в стационар. В моем случае все были перегружены , и меня никуда не взяли. Я лечилась лась дома, хорошо, что друг мужа – врач, и муж с ним по поводу назначения необходимых лекарств.

Кейс 4 А

Врач ***** просто хотел вытянуть из меня деньги. На приёме он почти не слушал, сидел и кликал в телефоне, пока я рассказывал о своей проблеме, не назначил анализы — сразу выписал лечение на несколько тысяч гривен.

Какие навыки консультирования стоило бы улучшить?

Кейс 1 В

Дедушке 99 лет. Дочь почти каждый день звонит и рассказывает, что у него сегодня болит и жжет, и спрашивает, когда ему станет лучше.

Кейс 2 В

Двое пожилых пневмонией не хотят с антибиотиков. Аргумент – они же никогда не болели.

Кейс 3 В

Печальный случай о «светлом промежутке», но, возможно, поучительный для тех, кто считает, что врач мало что понимает, или для тех, кто полагается на слухи.

Пациент, стоя в очереди на ПЦР, теряет сознание, падает височной частью головы на асфальт, оказываем первую медицинскую помощь, он приходит в себя, вызываю скорую + выписываю срочное направление на стационарное лечение с диагнозом: ЧМТ. Пять раз подходил к нему – объяснял, что он может чувствовать себя нормально, но несколько дней обязательно должен находиться в больнице под наблюдением и пройти дополнительное обследование, он отвечал – хорошо, хорошо. Вчера умер дома. После того, как скорая его увезла, он написал отказ в больнице. Сегодня приходил следователь – не ударил ли его там кто-нибудь…

Кейс 4 В

93 года, вызов с жалобами «очень плохо». На предложение надому анализы и ЭКГ отказ, «нужен врач, просто, чтобы поудивился». Добре. На вызове – острых состояний не выявлено. Основная жалоба – сухость во рту. И претензии: почему не говорите точный час, когда приедете на выклик, мы же так нервничаем!

Какие навыки консультирования следовало бы применить?

Пример сценария с видеофиксацией в симуляционном центре

Вы – врач амбулаторного приема. К вам на прием приходит пациент (-ка), который (которая) обратился (-лась) в плановом порядке на первичный осмотр. Необходимо провести только опрос пациента, завершить который нужно в тот момент, когда вы готовы перейти к осмотру, сообщив об этом пациенту. Результаты проведенного опроса необходимо письменно оформить в предложенной на ПК форме. С самого начала ситуации действуйте полностью самостоятельно, как вы поступали бы в реальной жизни.

Табл. 5.

Чек-лист по Калгари-Кембриджской модели проведения консультации

Действия врача	Описание/Критерии оценки	Отметка о выполнении	Баллы
Установление контакта			
Приветствие	Врач приветствует пациента		+1
Забота о комфорте пациента	Сообщает, где можно расположиться, куда положить вещи		+1
Самопрезентация	Называет свое имя		+1
	Называет свою роль		+1
	Определяет характер консультации/цель встречи/время		+1
Согласие на расспросы	Спрашивает, нет ли возражений у пациента для проведения опроса		+1
Идентификация личности пациента	Запрашивает имя пациента, возраст (год рождения)		+1
Сбор информации			
Открытый вопрос (вначале)	«Что привело вас?», «Что бы вы хотели обсудить сегодня?», «С чем вы пришли?»		+1
Начало расспроса с фразы «На что вы жалуетесь?»	Использование открытого вопроса «На что жалуетесь?»		+0,5

Слушание без перебивания	Невербальное проявление внимания		+1
Обобщение	Повторяет сказанное пациентом для подтверждения правильности своего понимания того, что говорит пациент, предлагая пациенту поправить или дополнить		+1
Скрининг	Пытается выявить другие (второстепенные, скрытые) проблемы, задавая вопросы «Что еще беспокоит?» или «Это все, что беспокоит?»		+1
	При этом использует обращение по имени (имени и отчеству) и проводит скрининг до начала выявления подробностей		+1
Выявление идей, мыслей пациента	Спрашивает, с чем пациент связывает свое состояние, не предлагая вариантов ответа		+1
Использование открытых вопросов	При сборе информации спрашивает о чем-то конкретном, например «Расскажите об этом подробнее», «Чем можете объяснить/что могло вызвать эту проблему»		+1
Предложение своих вариантов ответа	Задавая вопрос, предлагайте варианты ответа		– 0,5
Серия вопросов	Задает несколько вопросов подряд		– 1
Построение отношений в процессе общения:			
Зрительный контакт	Не менее половины времени на протяжении всего опроса		+1
Перебивание	Неуместные высказывания (реплики), а также фразы, которые не могут быть расценены как уточняющие вопросы или фасилитация рассказа пациента		-1
Обращение к пациенту	Обращение по имени (имя отца)		+1
Комментарии и оценка поведения пациента	Выражает мнение по поводу позднего обращения, рекомендует успокоиться, обращает внимание на нежелательность «подобной реакции» и т. п.		-1

Выдержка пауз	Когда пациент ненадолго замолкает – дает возможность продолжить		+1
Поза	Выслушивает пациента, не отрываясь от записей, стоя и т.п.		-1
Эмпатия	Демонстрирует понимание чувств, опасений, проблем и т.п.		+1
Фасилитация ответа пациента – активное слушание	Помогает пациенту с помощью ободрения, повторения, перефразирования		+1
Результат коммуникации	Выявляет исчерпывающий список проблем пациента		+1
	Позволяет сформулировать верную диагностическую гипотезу		+1
	Обеспечивает удовлетворенность пациента беседой		+1
Уточняющие вопросы	«Остались ли у вас вопросы?»		+1
Набранное количество баллов **Максимальное количество** **баллов: 23** **Минимальное количество баллов для зачета: 16 (70%)**			

Дебрифинг – Обратная связь

4 этапа:

Студент: что я сделал хорошо. Студент: что я мог сделать лучше.

Преподаватель: что было сделано хорошо.

Преподаватель: что можно было сделать лучше.

Вопросы в рефлексивный дневник:

Насколько комфортно мне было разыгрывать сценарий во время занятия? Над чем мне нужно поработать для совершенствования своих навыков консультирования и коммуникации?
Какой кейс меня больше всего впечатлил и почему?

Презентация темы по ссылке:

bit.ly/3Ik3HLu

Полная версия занятия по ссылке:

bit.ly/3DoYiiu

ТЕМА 4

Автономия пациента и профессиональные отношения

ТЕМА 4. СУБЪЕКТНОСТЬ И АВТОНОМИЯ ПАЦИЕНТА. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ГРАНИЦЫ

С заботой о соблюдении границ пациентов материалы к занятию подготовлены:



София Гусак, доцент кафедры внутренней медицины №2 Тернопольского национального медицинского университета имени Ивана Горбачевского



Елена Костюк, доцент кафедры неонатологии, Национальный университет здравоохранения Украины имени Платона Шупика



Татьяна Гавриш, кандидат юридических наук, адвокат, управляющий партнер юридической фирмы ILF



Алексей Харитонов, кандидат юридических наук, адвокат, партнер юридической фирмы ILF



Алексей Головин, старший юрист, юридическая фирма ILF



Марина Кахнова, помощник адвоката, юридическая фирма ILF



Ирина Мовчан, помощник юриста, юридическая фирма ILF



Анастасия Леухина, председатель ОО «Горизонтали», консультант украинско-швейцарского проекта «Развитие медицинского образования»

ПОЧЕМУ ЭТА ГЛАВА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ДРУГИХ ПО СОДЕРЖАНИЮ И СТРУКТУРЕ?

Тема субъектности и границ оказалась самой сложной для всех нас и дала понять, как много нам ещё предстоит узнать. Учиться, чтобы лучше разобраться в таких, на первый взгляд, абстрактных, но на самом деле очень прикладных вопросах ответственности за принятие решений, субъектности и автономии пациента, правил и исключений из них на стыке медицинской и юридической сфер. Поэтому эта глава отличается от других. Материалы этой главы помогают восполнить пробелы в понимании субъектности и границ, а также в навыках, связанных с ними. Ее концептуальные основы местами бросают вызов традиционным убеждениям и верованиям патерналистского подхода. Все это позволяет выработать общую терминологию, понять логику правильного построения отношений с пациентом и дополнить знания и навыки, касающиеся Калгари-Кембриджской модели медицинской консультации (см. предыдущую главу), готовя нас к следующей главе о конфиденциальности.

Мы осознаем, что совместное принятие решений и субъектность не являются самоцелью, они — путь построения доверия и здоровых отношений между врачом и пациентом. Итак, приглашаем вас делать маленькие шаги вместе на этом пути.

В этой главе вы сможете найти ответы на следующие вопросы:

- Совместное принятие решений в врачебной практике: зачем и как?
- Субъектность и автономия пациента: что это такое и как ее реализовывать?
- Что делать, если пациент не хочет принимать решение?
- В каких случаях врач может принимать решения единолично?
- Что такое личные границы, какие виды границ существуют?

Мы благодарны за консультации Виктории Подворчанской, советнице юридической фирмы «Астерс», и Зояне Скалецкой, доценту Национального университета «Киево-Могилянская Академия».

Учебные цели

Отношение	Знания	Навыки
человекоцентрированный подход как основа философии отношений с пациентом.	субъектность и границы; пациент как субъект принятия решения; совместное принятие решений (Shared decision making (SDM)); что такое границы; какие бывают типы границ.	как правильно предоставлять пациенту информацию и определять для каждого уровень детализации, необходимый для принятия совместного решения; как на практике обеспечить соблюдение границ, определить пересечение или нарушение границ; как выстраивать собственные границы; что делать в случае нарушения границ.

ЧАСТЬ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Совместное принятие решений (Shared decision making (SDM)

В большинстве случаев сегодня врачи являются авторитетом, а пациенты играют лишь пассивную роль в оказании помощи. Врачи инструктируют пациентов о том, что им нужно делать, из-за чего последние редко участвуют в принятии решения о лечении. Однако такой подход не совсем корректен по отношению к пациенту и требует совершенствования путем перехода к модели совместного принятия решения. Он требует совершенствования путем перехода к применению совместного решения.

Совмес т **ное принятие решений (СПР) — это обсуждение, подход, при котором врач и пациент совместно определяют алгоритм дальнейшего лечения.** Медицинский работник помогает выбрать методику лечения, исходя из предпочтений и убеждений пациента, и способствует принятию правильного решения. Принцип совместного решения направлен на оказание медицинской помощи, ориентированной на конкретного пациента. Этот принцип состоит из трех компонентов: (1) ясных, точных и обоснованных вариантов лечения (доказательность), (2) опыта в их адаптации,

а также (3) предпочтений самого пациента. Кроме того, совместное решение учитывает психологические, социальные и эмоциональные факторы. Они влияют на результаты обсуждения.

Достижение таких совместных решений зависит от налаживания тесного взаимодействия, основанного на взаимопонимании между врачом и пациентом. Целью
является принятие пациентом решения о таком лечении, которое отражает наиболее важные для него моменты.

Подход совместного принятия решения (СПР) основан на информированном согласии и автономии пациента. Информированное согласие объясняется тем, что пациенты не могут принимать решения без понимания всех преимуществ и недостатков предложенных вариантов лечения. Автономия предполагает учет личных ценностей и убеждений пациента. Этим объясняется то, что риски и выгоды могут интерпретироваться по-разному. Поэтому в определенных ситуациях мнение врача может отличаться от итогового решения пациента. В таких случаях медицинский работник и пациент должны прийти к согласию относительно окончательного решения. Однако последний должен либо полностью понять и согласиться с позицией врача, либо настоять на своем решении. **Мнение пациента должно быть решающим.**

Исходя из этого, можно сказать, что пациенты играют в лечении ключевую роль. Однако они не всегда хотят или готовы участвовать в процессе принятия решения о лечении вместе со своими врачами. На это есть несколько причин. Во-первых, люди делятся на типы: кто-то активен и готов к совместной ответственности, а кто-то пассивен и предпочитает снять с себя бремя выбора лечения.

Во-вторых, пациенту может быть некомфортно, у него может отсутствовать эмоциональная связь с врачом. Пациент может чувствовать давление со стороны медицинского работника, не контролировать ситуацию самостоятельно. Также он может иметь высокий уровень тревожности, из-за чего предпочтет не участвовать в принятии медицинских решений.

В-третьих, на пациента также могут влиять различные факторы (пол, возраст, наличие образования, культура и т. д.).

С другой стороны, часто возникают ситуации, когда в совместном принятии решения не заинтересован именно врач – из-за его/ее ограниченного времени на каждого пациента. Решить эту проблему можно посредством

повышение качества общения во время консультации. Например, структурировать общение, ориентироваться на конкретного пациента, активно задавать вопросы, выражать опасения и цели, сосредоточиться на эмоциональных аспектах. Все это значительно повысит качество разговора и смягчит давление временных ограничений.

Каждый **пациент имеет право на доступ к собственным медицинским картам**, что закреплено на законодательном уровне. Врачи, в свою очередь, обязаны предоставить такой доступ. Предоставление доступа к медицинским картам улучшает понимание пациентами состояния своего здоровья. Они начинают более активно заботиться о себе. Это также положительно влияет на отношения между врачом и пациентом, повышает доверие, безопасность и вовлеченность последних. В результате этого увеличивается их активность в совместном принятии решений.

Цель врачей — помочь пациентам принять решение, отражающее их ценности и предпочтения. Медицинские работники могут добиваться этого, поощряя и вовлекая пациентов в совместное решение вопросов. В то же время врачи, которые предоставляют неопределенные или неизвестные данные о рисках и преимуществах решения, оказывают пациентам «медвежью услугу».

Мировая популярность практики совместных решений растет с каждым годом. Некоторые страны уже включили ее в свои законодательные нормы. В Канаде создали научно-исследовательскую кафедру по этому вопросу. В Англии была создана программа NHS RightCare, целью которой является реализация принципа «никаких решений обо мне без меня». Некоторые европейские страны, в частности Франция, приняли законы о
«демократии здоровья». Кроме того, каждые два года проводится Международная конференция по совместному принятию решений (ISDM), а Зальцбургский глобальный семинар организовал серию сессий, посвященных вовлечению пациентов в процесс принятия решений.

Пациенты, которые эффективно участвуют в принятии решений, в дальнейшем значительно реже сожалеют о выбранной методике лечения, более откровенно общаются со своими врачами, лучше знают свое состояние здоровья и в целом получают большее удовлетворение от лечения. Также совместное принятие решений налаживает прочные взаимоотношения между пациентом и врачом. Кроме того, совместное принятие решений обеспечивает согласие пациента на конкретное лечение и защищает врача от возможных жалоб и/или судебных исков в дальнейшем. Именно такие отношения делают возможным совместное принятие решений.

СУБЪЕКТНОСТЬ И ГРАНИЦЫ

Жизнь человека — это важнейшая ценность. В работе врача жизнь пациента играет ключевую роль, ведь врач лечит человека, личность, а не его тело. Конвенция о правах человека и биомедицине (Страсбург, 2005) и Эдинбургская декларация Всемирной федерации медицинского образования являются одними из важнейших документов по этим вопросам. Они предоставляют пациентам право участвовать в процессе диагностики и лечения, а также возможность встретить в лице врача внимательного слушателя, тщательного наблюдателя и эффективного клинициста. Это объясняет желание и стремление пациентов к открытому диалогу с врачами. **Поэтому необходимо рассматривать пациента как субъекта медицинских отношений, который может влиять на то, что с ним происходит, а не как объект, которого лечат компетентные медицинские работники.**

Общение и взаимодействие помогают достичь удовлетворенности пациента и медицинского работника лечебным процессом. Однако иногда взаимоотношения врач – пациент могут выходить за допустимые рамки.

Американские психиатры Кэрол Надельсон и Глен Габбард определяют профессиональные границы как определенные пределы взаимоотношений, когда один человек доверяет свое благополучие другому. Сохранение таких границ между медицинским работником и пациентом является актуальной темой в наши дни. Это является центральным элементом надлежащей медицинской практики и надлежащего ухода за пациентами. В основе такой практики лежит принцип**, что врач обязан действовать исключительно с целью удовлетворения потребностей пациентов,** которые всегда ожидают понимания, сочувствия и порядочности со стороны врача.

Сегодня медицинская практика изменилась, все чаще имеют место неформальные отношения между врачом и пациентом. Это может привести к неправильному пониманию пациентом действий медицинского работника. Кроме того, возникает вопрос соблюдения профессиональных границ. Их нарушение может привести к снижению доверия пациента к врачу, а также нанести пациенту психологические травмы, что является неэтичным и непрофессиональным со стороны медицинского работника. Чаще всего причиной этого является неправильное эмоциональное восприятие пациентом действий врача. Также нарушение границ может привести к финансовым конфликтам интересов сторон или к физическому вреду.

В австралийском Кодексе поведения врачей утверждается, что основными задачами медицинских работников являются забота о пациентах, а также безопасная и эффективная

медицина. Врач всегда должен действовать в рамках этических норм. Медицинская практика также предполагает обсуждение личных и конфиденциальных вопросов, касающихся интимной сферы жизни пациента, и проведение осмотров различного характера, которые могут нарушать телесные (физические) границы пациента. Наиболее уязвимыми к нарушению профессиональных границ являются специалисты в области психиатрии и гинекологии. Тем не менее, такие границы всегда должны соблюдаться. Генеральный медицинский совет (GMC), государственный орган Соединенного Королевства, установил, что врачи не должны поддерживать сексуальные или эмоционально близкие отношения с пациентами.

Чтобы минимизировать риск нарушения границ, врач должен соблюдать определенные правила. А именно — действовать исключительно в интересах пациента, не нарушать профессиональную этику, контролировать свои эмоции. Иногда именно эмоциональное состояние медицинского работника становится причиной нарушения профессиональных границ. Кроме того, пациент также должен соблюдать нормы взаимоотношений с врачом и уважать его личные границы. Неприемлемыми считаются беспокойство врача по вопросам, не связанным с состоянием здоровья, встречи вне места работы медицинского работника, различные непристойные предложения и т. п.

«Пациент — хозяин своего тела»: что такое субъектность и что это означает для врачебной практики

Каждый гражданин Украины имеет конституционное право на охрану здоровья.

При обращении в учреждение здравоохранения такое неотъемлемое и нерушимое право превращается из объективного в субъективное, а человек приобретает статус пациента.

Пациент, в свою очередь, должен рассматриваться не как объект, нуждающийся в лечении, а как субъект, имеющий права и обязанности в отношении своего здоровья. Взаимодействие между медицинским работником и пациентом должно основываться именно на правах последнего.

Перечень таких прав определяется Основами законодательства Украины об охране здоровья. Некоторые из них:

Право на свободный выбор врача и выбор методов лечения

Пациент может самостоятельно выбрать лечащего врача, либо его назначит руководитель больницы. Однако в любом случае у пациента остается возможность сменить медицинского работника по собственному желанию. Это право дает пациенту возможность самостоятельно выбрать именно того специалиста, которому он доверяет. Что касается методов лечения, то пациент имеет право на информированность по этому вопросу. Решение должно приниматься совместно с врачом, однако последнее слово остается за пациентом. В то же время врач остается ответственным за принятие такого решения. Ответственность за совместное решение будет разделена между медицинским работником и пациентом. Таким правом пользуются лица, достигшие 14-летнего возраста.

Право на получение достоверной и полной информации о состоянии своего здоровья

Врач обязан предоставить совершеннолетнему пациенту любую информацию о состоянии его/ее здоровья, целесообразности методов лечения, а также о наличии всех возможных рисков для жизни и здоровья. Такая информация может быть ограничена для ознакомления в случае, если она приведет к ухудшению состояния здоровья пациента или повредит процессу лечения. Ознакомление с медицинскими документами о состоянии своего здоровья является важной составляющей для дальнейшего принятия решения о лечении.

Здесь мы снова возвращаемся к информированному согласию пациента. Кроме того, пациент также имеет:

- право на информированное согласие на применение методов диагностики, профилактики и лечения, а также право отказаться от лечения;
- право на тайну о состоянии своего здоровья, о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, а также о сведениях, полученных во время его/ее медицинского обследования;
- право на допуск к пациенту других медицинских работников, членов семьи и других лиц;
- право направляться на лечение за границу;

- право на возмещение вреда, причиненного здоровью;
- возможность проведения независимой медицинской экспертизы;
- право на обжалование неправомерных решений и действий работников, учреждений и органов здравоохранения.

Однако, наряду с правами, пациент имеет определенные обязанности в отношении своего здоровья. К ним, в частности, относятся: забота о своем здоровье и здоровье детей; не нанесение вреда здоровью других граждан; прохождение профилактических медицинских осмотров и своевременная вакцинация и т. д.

Кроме того, пациенты обязаны выполнять медицинские предписания врача и соблюдать правила внутреннего распорядка больницы. Медицинский работник не будет нести ответственности за здоровье пациента в случае, если последний не будет соблюдать согласованную методику лечения или вообще откажется от нее. Следует обратить внимание на то, что отказаться от лечения может только лицо, обладающее полной гражданской дееспособностью, то есть лицо, которое осознает значение своих действий и может ими руководить.

В заключение хотим подчеркнуть, что **пациент является субъектом медицинских правоотношений наравне с врачом.** Ни в коем случае он не является объектом, который просто нужно лечить. Несмотря на то, что пациент – непрофессионал в медицине, к нему нужно относиться с уважением и учитывать его мнение. Ведь именно пациент – «хозяин своего тела».

КАК КОРРЕКТНО ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ПАЦИЕНТУ ИНФОРМАЦИЮ И ОПРЕДЕЛЯТЬ УРОВЕНЬ ДЕТАЛИЗАЦИИ, НЕОБХОДИМЫЙ КАЖДОМУ/КАЖДОЙ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ СОВМЕСТНОГО РЕШЕНИЯ

Калгари-Кембриджская модель медицинской консультации, которая на сегодняшний день считается эталоном клинического разговора между врачом и пациентом, предполагает построение между пациентом и врачом грамотного диалога, в ходе которого суть заболевания пациента будет объяснена в доступной для него/нее форме. Основой эффективной коммуникации между пациентом и врачом является предоставление последним полной и достоверной информации, касающейся состояния здоровья пациента. От того, насколько понятно врачу удастся объяснить человеку, который нуждается

медицинской помощи, ее диагноз, план обследования, прогноз возможного развития заболевания и т. п., зависит результативность процесса лечения.

Законодательством Украины предусмотрено, что пациент, достигший 18 лет, имеет право на получение достоверной и полной информации о состоянии своего здоровья, в том числе на ознакомление с соответствующими медицинскими документами, касающимися его здоровья.

На этапе разъяснения и планирования лечения медицинскому работнику следует дозировать информацию и периодически проверять её понимание пациентом, отвечать на уточняющие вопросы пациента. **Полнота полученной пациентом информации напрямую влияет на правильность выполнения рекомендаций врача.** Поэтому важно, чтобы специалист подробно разъяснил этиологию (причины и условия возникновения) болезни пациента, тонкости назначенного обследования и лечения, побочные эффекты от назначенных препаратов и механизм их действия.

Партнерские отношения между врачом и пациентом предполагают получение пациентом достоверной информации о состоянии своего здоровья. В отечественном законодательстве существуют исключения из этого правила. Например, если информация о болезни пациента может ухудшить состояние его/ее здоровья или навредить процессу лечения, медицинские работники имеют право предоставить ему/ей неполную информацию, оставив человеку надежду на продление жизни, на возможный успешный результат лечения. Стоит подчеркнуть, что указанные законодательные положения являются устаревшими, поскольку если **пациент является субъектом принятия решения, то именно он или она, а не кто-то за него/нее, должен решать, какую информацию и в каких деталях знать.**

Международные стандарты, закрепляющие право пациента на получение полной и достоверной информации, ярко иллюстрируют реализацию принципа «primum non nocere» («не навреди!»). Так, например, Конвенция о защите прав и достоинства человека в отношении применения биологии и медицины 1997 г. определяет, что каждое лицо имеет право на ознакомление с любой информацией о своем здоровье. Однако желание лиц не получать такую информацию также необходимо уважать. В исключительных случаях в интересах больных реализация упомянутых прав может ограничиваться законом.

Приоритетной задачей врача должно быть также предоставление пациенту информации о состоянии его/её здоровья в доступной форме. Степень детализации информации, предоставляемой пациенту, может зависеть от ряда критериев, таких как:

возраст пациента, уровень развития и умственных способностей и т. д. Действующие в настоящее время протоколы лечения, требования к диагностическим, лечебным, профилактическим и реабилитационным методам являются непонятными для обычного человека. Это, в свою очередь, означает, что при общении с пациентом врач должен использовать простой и понятный язык, избегать использования сложных медицинских терминов или, в случае их использования, разъяснять такие термины пациенту.

Действующие нормативные положения в сфере здравоохранения предусматривают **обязанность медицинского работника предоставлять пациенту в доступной форме информацию о состоянии его/ее здоровья, целях проведения предлагаемых исследований и лечебных мероприятий, прогнозе возможного развития заболевания,** в том числе о наличии риска для жизни и здоровья**.** Европейская хартия прав пациентов 2002 г. предусматривает право пациента на получение такой информации, которая поможет ему/ей активно участвовать в принятии решений относительно своего здоровья. Аналогично, в Позиционном документе: медсестры и права человека, Международный совет медицинских сестер (МСМС) (1998) определено, что медицинские работники обязаны обеспечить получение пациентом соответствующей информации на понятном ему/ей языке перед тем, как пациент даст согласие на любое лечение или обследование, в том числе на участие в научных исследованиях.



Рис. 8. Структура модели совместного принятия решения

Правильное и корректное предоставление информации пациенту с учетом его или ее индивидуальных особенностей является определяющим фактором в построении эффективного взаимодействия врач – пациент, в предоставлении качественных медицинских услуг врачом и достижении конечной цели лечебного процесса – выздоровления пациента.

Структура модели совместного принятия решения (СПР) строится в три этапа:
(1) внедрение выбора; (2) описание возможных вариантов, часто путем интеграции полученной поддержки; (3) оказание помощи пациентам в изучении преимуществ и принятии решений.

Пациент как субъект принятия решения

Пациент-центрированный подход как способ оказания медицинской помощи предполагает уважение, доверие медицинского работника к решениям, принимаемым пациентом. Человек, обращающийся за медицинской помощью, согласно такому подходу, должен чувствовать себя свободным и самостоятельным в выборе медицинского учреждения, врача, методов лечения и т. д. Благодаря тому, что пациент становится субъектом принятия решений, он или она чувствует себя в процессе лечения наравне с профессионалом-врачом. Это, в свою очередь, будет способствовать большему участию пациента в выздоровлении и положительному терапевтическому эффекту.

Действующим законодательством Украины в сфере здравоохранения предусмотрено, что пациент имеет право, если это оправдано его/ее состоянием, быть принятым/принятой в любом медицинском учреждении. Именно пациент принимает решение о том, в каком учреждении он или она желает получить медицинскую помощь (при условии, что это учреждение способно обеспечить соответствующее лечение). Это означает, что человек, нуждающийся в медицинской помощи, с учетом состояния своего здоровья, финансового положения, местоположения лечебного учреждения и других критериев, решает: обратиться ли ему в коммунальное или частное учреждение здравоохранения, обратиться ли в больницу по месту жительства или, по совету друзей, выбрать медучреждение в другом районе города, но с более опытными специалистами. В контексте медицинской реформы это также означает, что пациент как субъект принятия решения, скорее всего, будет ориентироваться на учреждение здравоохранения, которое будет иметь подписанный договор с Национальной службой здравоохранения Украины, что в дальнейшем (по Программе медицинских гарантий) позволит получить отдельные медицинские услуги бесплатно.

Решение пациента относительно выбора врача является одним из самых важных, поскольку именно уровень профессионализма выбранного пациентом врача, уровень доверия между врачом и пациентом определяет, будет ли лечение успешным и эффективным. На сегодняшний день в нашей стране каждый пациент, достигший четырнадцати лет и обратившийся за медицинской помощью, имеет право на свободный выбор врача, если последний может предложить свои услуги, и выбор методов лечения в соответствии с потребностями пациента.

Документом, подтверждающим факт свободного выбора пациентом своего врача, является декларация о выборе врача, оказывающего первичную медицинскую помощь. Важно, что пациент может самостоятельно принимать решение о смене врача — это позволяет получать медицинскую помощь от специалиста, которому пациент доверяет. Такое законодательное положение полностью соответствует международным стандартам в сфере здравоохранения. Речь идет, прежде всего, об актах так называемого «soft law», которые хоть и не имеют общеобязательного характера, но выполняются в силу их авторитетности. Например, Лиссабонская декларация о правах пациентов 1981 г., Двенадцать принципов оказания медицинской помощи в любой системе здравоохранения 1983 г. предусматривают право пациента свободно принимать решение относительно врача.

Активное вовлечение пациента невозможно без его самостоятельности в принятии решений относительно медицинских процедур и вмешательств. Пересмотр взглядов на информированное согласие пациента в настоящее время актуален для украинского общества (как для пациентов, так и для врачей). Сейчас де-факто такое согласие пациента воспринимается как «бумажка», благодаря которой пациент сможет «наказать», в случае чего, врача, а последний сможет обезопасить себя от нападок пациентов.

Однако по своей сути информированное согласие — это не просто бумага с подписью пациента. Оно должно восприниматься как активный процесс, в котором медицинский работник информирует пациента о рисках, преимуществах и альтернативах данной медицинской процедуры или вмешательства, а пациент, благодаря этой информации, принимает решение.

Практика Европейского суда по правам человека определяет следующие **критерии, при соблюдении которых информированное согласие будет считаться правомерным: информированность** (принятие решения о проведении или отказе от проведения медицинского вмешательства на основе полученной от врача медицинской информации), **добровольность** (принятие решения без влияния внешних факторов и давления на больного), **компетентность** (принятие решения при достижении соответствующего возраста).

Важно, чтобы такое решение пациентом принималось осознанно, что будет соответствовать общемировым стандартам в сфере здравоохранения. Положения Конвенции о защите прав и достоинства человека в отношении применения биологии и медицины 1997 г., Лиссабонской декларации о правах пациентов 1981 г., Декларации о политике в сфере обеспечения прав пациентов в Европе 1994 г. подчеркивают важность осознанного подхода пациента к согласию на лечение/медицинское вмешательство после получения адекватной информации о своем здоровье.

С учетом стремительного развития научно-технического прогресса растет число пациентов, принимающих решение об участии в научных исследованиях или экспериментальных разработках. Действующее законодательство Украины определяет, что врач может совмещать исследование с оказанием медицинской помощи только в тех случаях, когда исследование обосновано профилактической, диагностической или терапевтической целью. Пациент может принять решение участвовать в эксперименте, если он направлен на улучшение его/ее здоровья и при условии обеспечения пациенту всех необходимых мер безопасности. Международные акты, в частности Конвенция о защите прав и достоинства человека в отношении применения биологии и медицины 1997 г., предусматривают, что решение пациента об участии в научных исследованиях должно фиксироваться в письменной форме (информированное добровольное согласие).

Самостоятельность пациента в принятии решений в ходе лечебного процесса позволяет построить либеральную модель отношений пациент – врач. При такой модели врач обязан предоставлять пациенту всю существенную информацию, касающуюся заболевания, сообщать об альтернативных методах лечения, однако последнее слово относительно алгоритма действий остается за пациентом.

Как пациент может принимать решения о своем здоровье, если он/она не имеет специального образования

Благодаря тому, что пациент получает от врача полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья в доступной форме, у него/нее появляется способность принимать решения (так называемая «компетентность пациента»). Компетентность пациента означает способность последнего/последней, при отсутствии специализированного медицинского образования, осознавать предоставленную ему/ей информацию о состоянии здоровья и принимать самостоятельные решения в соответствии с поставленной целью лечения.

Решающую роль в способности пациента принимать решения будет играть не владение новейшей медицинской терминологией и знаниями, а понимание (благодаря разъяснениям врача) основных процессов, происходящих в его/ее организме, характера его/ее заболевания, специфики и сущности методов диагностики и лечения и т. д. Пациент должен обладать способностью проявлять волю к принятию решений о своем здоровье и нести ответственность за свой выбор. Согласно украинскому законодательству лица, страдающие хроническими или стойкими психическими расстройствами, не способны осознавать значение своих действий и (или) управлять ими (недееспособные лица), пациенты в возрасте до 14 лет (несовершеннолетние пациенты), не являются компетентными принимать решения относительно состояния своего здоровья, а следовательно, такое решение принимается законными представителями таких лиц (например, родителями или опекунами).

Спорным остается вопрос о возможности несовершеннолетних пациентов (в возрасте от 14 до 18 лет) принимать решения, касающиеся их здоровья, поскольку в законодательстве имеются многочисленные противоречия по этому вопросу. Положения одних нормативных актов гласят, что оказание медицинской помощи пациенту, достигшему четырнадцати лет, осуществляется с его/ее согласия. Вместе с тем, анализ других законодательных актов говорит о том, что отказаться от лечения могут только пациенты, достигшие 18 лет. Право на получение достоверной и полной информации о состоянии своего здоровья, в том числе на ознакомление с соответствующими медицинскими документами, имеет только пациент, достигший 18 лет. Учитывая, что принятие пациентом решения невозможно без получения полной и достоверной информации от врача о состоянии своего здоровья, несовершеннолетний не имеет возможности самостоятельно, без участия законных представителей (родителей, например) принимать решение о согласии/отказе от медицинского вмешательства.

Врачи часто не объясняют пациентам всех деталей лечения либо из-за нехватки времени (ограниченное время амбулаторного приема), либо потому, что считают эту информацию лишней для пациента. В таких условиях принятие пациентом взвешенного и обоснованного решения значительно затрудняется или становится невозможным. К тому же, здесь действует золотое правило: чем меньше пациента проинформировали перед принятием решения о его здоровье, тем больше претензий и обвинений стоит ожидать в дальнейшем.

Кейс: «не объяснили» на 43 000 евро

В деле Европейского суда по правам человека «V.C. (V.C.) против Словакии» было установлено нарушение, в том числе права на уважение частной и семейной жизни заявительницы, и государство было обязано выплатить заявительнице компенсацию на общую сумму 43 000 евро. По обстоятельствам дела, заявительница цыганского происхождения была госпитализирована в Прешовскую больницу в связи с родами. Позже персонал сообщил ей, что если она родит еще одного ребенка, она или ребенок погибнут. Заявительница сказала врачам: «Делайте, что хотите». После этого ей было предложено подписать родовую карту с отметкой о требовании стерилизации (заявительница не понимала значения термина «стерилизация» и подписала карту из опасений фатальных последствий). Суд констатировал нарушение со стороны врачей, поскольку заявительнице не была предоставлена информация, в частности о способах защиты ее репродуктивного здоровья, информация о сущности, свойствах, последствиях стерилизации. В результате было нарушено право пациента на автономию и выбор.

Осведомленность пациента о характере заболевания, рисках отказа от лечения, целях и содержании медицинских процедур и манипуляций, которые будут проводиться в ходе лечения, является залогом принятия пациентом осознанного самостоятельного решения (при отсутствии специализированного медицинского образования), что, в свою очередь, минимизирует риски претензий и жалоб со стороны пациента и будет способствовать искоренению устаревшего патерналистского подхода во взаимодействии врач – пациент.

Если пациент не хочет принимать решение и просит врача сделать это за него, как правильно поступить?

Принцип автономии пациента заключается прежде всего в признании его законных прав и способности осуществлять личный выбор и принимать решения относительно своего здоровья. Однако на практике распространены случаи, когда пациент пытается переложить ответственность за принятие решения на врача. Пациент или его/ее законный представитель просит врача самостоятельно принять важное решение, ссылаясь на то, что он/она сам/сама ничего не знает, не может ни на что решиться. Особенно часто такое бывает, когда пациенты растеряны из-за сильного эмоционального напряжения.

Они могут говорить: «Я не знаю, как поступить», «Я ничего не понимаю». Пациент как бы принимает позицию ребёнка, при этом желая видеть в медицинском специалисте отца, который всё решит за него/неё. В определенный момент специалист, сам того не осознавая, принимает решение, которое не должен принимать. К тому же, для него это проще, поскольку ускоряет процесс. Позже тот же пациент может прийти к врачу с обвинениями во всем:
«Вы же мне говорили, что так будет лучше!», «Вы же мне обещали!».

Отечественное законодательство в сфере здравоохранения устанавливает, **что врач может принимать решение вместо пациента исключительно в случае наличия признаков непосредственной угрозы жизни пациента при условии невозможности получения по объективным причинам согласия на такое вмешательство** от самого пациента или его законных представителей. Хотя в законе отсутствует четко определенный перечень таких опасных состояний, однако определяющим критерием в таком случае будет реальная (а не возможная) опасность для жизни человека (например, кровотечение, асфиксия и т. п.). При наличии такой опасности врач может самостоятельно принимать решение о средствах, с помощью которых эта опасность будет устранена (хирургическое вмешательство, переливание крови и т. п.).

Законодательное регулирование права врача принимать решение за пациента в условиях непосредственной угрозы его жизни (в случае крайней необходимости) соответствует общемировой практике. Например, в Конвенции о защите прав и достоинства человека в отношении применения биологии и медицины 1997 г. предусмотрено, что в случае, если из-за чрезвычайной ситуации решение пациентом относительно медицинского вмешательства не может быть принято (пациент не может дать информированное добровольное согласие на такое вмешательство), то любое необходимое с медицинской точки зрения вмешательство может немедленно осуществляться в интересах здоровья соответствующего пациента. Если на момент вмешательства пациент находится в состоянии, при котором не способен выразить свои пожелания, учитываются пожелания относительно медицинского вмешательства, высказанные им ранее. Данная Конвенция была подписана, но, к сожалению, не ратифицирована Украиной, она не имеет общеобязательного характера, но выполняется в силу авторитетности государствами (которые не являются ее участниками) добровольно.

Во всех остальных случаях, когда прямой угрозы жизни пациента нет, врач должен осознавать, что другая сторона (пациент) является полноправным субъектом. Решения, касающиеся его или её жизни и здоровья, он/она должны принимать самостоятельно или, если это невозможно, такую ответственность должны брать на себя законные представители пациента, способные принимать решения.

На этапе предоставления информации необходимо помогать пациенту участвовать в процессе выбора тактики лечения и дальнейших действий. Важно выяснить, что пациент уже знает, а что необходимо разъяснить и какую информацию добавить. В процессе осмысления предоставленной информации врачу следует поддерживать пациента, поскольку некоторые люди чувствуют себя неуверенно в отношении того, какой метод лечения или вид медицинского вмешательства окажется для них лучшим.

Если врач видит, что пациент никак не может решиться принять сложное решение, нужно попытаться вовлечь его в сам процесс принятия такого решения. Например, врач может спросить: «Как вы относитесь к тому, что мы обсудили?», «Есть ли у вас какие-то мысли по этому поводу? Поделитесь, пожалуйста, они очень важны!». Если есть время обдумать информацию, можно сказать пациенту: «Давайте сделаем небольшую паузу», «Если вам нужна дополнительная информация, я вам подскажу. Но решение, конечно, остается за вами».

Таким образом, врач будет постоянно возлагать ответственность на пациента. **Необходимо помнить, что главная задача врача — предоставить информацию и посоветовать, какой из предложенных (альтернативных) методов лечения будет наиболее подходящим в конкретном случае. Однако решение о дальнейшем лечении должен принимать исключительно пациент или его законный представитель.**

Как получить настоящее информированное согласие, а не просто бумажку «для галочки»

Личная подпись пациента на информированном добровольном согласии еще не гарантирует того, что пациент действительно проинформирован о состоянии своего здоровья, цели проведения предложенных исследований и лечебных мероприятий, прогнозе возможного развития заболевания, в том числе о наличии риска для жизни и здоровья.

Судебная практика сегодня применяет, к сожалению, формальный подход к информированному добровольному согласию пациента. В частности, даже если врачи в действительности не соблюдали стандарт относительно того, какая информация должна

быть включена в обсуждение, ведущее к информированному согласию пациента (то есть не предоставляли пациенту в полном объеме информацию о характере заболевания, сущности медицинских мероприятий, возможных неблагоприятных последствиях), однако на таком согласии пациента стоит его подпись, пациент считается проинформированным. Суды констатируют нарушение со стороны врачей только в тех случаях, когда информированное согласие в письменной форме отсутствует вообще.

Сравнительный анализ формы информированного добровольного согласия пациента, утвержденной приказом Минздрава, с формами, которые подписывают пациенты в европейских странах, позволяет выявить множество недостатков отечественной формы информированного добровольного согласия. В частности, в ней отсутствует подтверждение со стороны пациента о том, что перед получением медицинских услуг он/она предоставил/а врачу всю информацию о перенесенных им/ею ранее заболеваниях, отсутствует подтверждение того, что кандидатура медицинского работника устраивает пациента, отсутствует указание о возможных разумных альтернативных методах лечения. В действующем украинском информированном добровольном согласии пациента не содержится подтверждение пациента о **сознательном** выборе лечебного учреждения, **сознательном** согласии на выбор конкретного врача и предложенные меры диагностики и лечения.

Согласно международным актам (Европейская хартия прав пациентов, Всеобщая декларация по биоэтике и правам человека, Лиссабонская декларация о правах пациента), которые не носят общеобязательного характера, но выполняются государствами добровольно, в силу авторитетности таких актов, осуществление любого медицинского вмешательства должно происходить только с предварительного, свободного и информированного согласия соответствующего пациента **на основе надлежащим образом полученной им/ею информации.** Конвенция о защите прав и достоинства человека в отношении применения биологии и медицины устанавливает, что любое вмешательство в сферу здоровья может осуществляться только после добровольного и осознанного согласия на него соответствующего лица. **Человеку заранее предоставляется соответствующая информация о цели и характере вмешательства, а также о его последствиях и рисках.**

Европейский суд по правам человека неоднократно подчеркивал, что такое согласие должно быть **осознанным.** Например, в деле ЕСПЧ «Glass против Соединенного Королевства» было установлено нарушение права на уважение семейной и частной жизни (статья 8 Конвенции о защите прав человека и основных свобод) ввиду того, что отсутствовало **свободное, четкое и осознанное** согласие матери на назначение диаморфина ее сыну, который имел серьезные умственные и физические недостатки (то есть, хотя мать подписала

информированное согласие, однако ей не была предоставлена в достаточном объеме информация, на основании которой она могла бы осознанно дать согласие на введение диаморфина её сыну).

В решениях украинских судов неоднократно устанавливались нарушения со стороны врачей в связи с отсутствием согласия пациентов в письменной форме. Например, в решении одного из судов было установлено, что при проведении туберкулинодиагностики ученикам Мизяковско-Хуторской средней школы родителей не предупреждали, их согласия на это не получали, о возможных последствиях, рисках и т. п. не сообщали. В другом деле было констатировано нарушение со стороны врачей из-за отсутствия информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство и несогласования с пациентом **того объема медицинских действий, которые были фактически проведены.**

Настоящее — действительно настоящее — информированное согласие даётся пациентом только после обсуждения с врачом всех аспектов и тонкостей лечебного процесса. Только при таком условии пациент будет считаться действительно информированным, а врач сможет защитить себя от необоснованных нареканий со стороны пациентов относительно неразъяснения врачом информации о состоянии его/ее здоровья и дальнейшем лечении.

Почему нам важно двигаться в сторону передачи большей ответственности за решения пациентам и как это сделать

Все чаще среди врачей звучит мнение о том, что пациент должен нести такую же ответственность за принятие решения, как и врач (а иногда даже большую). Основным аргументом такого мнения является то, что именно пациент осознает необходимость получения медицинской помощи, именно он/она выбирает, обращаться ли к врачу или заниматься самолечением. Именно пациент делает выбор, придерживаться ли назначенного лечения или нет.

Вопрос распределения ответственности за принятое решение лежит в плоскости существующих моделей отношений врача и пациента.

Первая модель взаимоотношений врача и пациента – с распределением ролей «директивный врач» и «подчиненный пациент». В этой модели главным участником, обладающим достаточными научными знаниями для оказания качественной медицинской

помощи, безусловно, является врач. Такая модель популярна, потому что врачу издавна приписывается ведущая роль. При таком распределении ролей вся ответственность за результат полностью лежит на враче. Пациент в этом случае — пассивный объект получения медицинской помощи, который лишь получает услугу.

Вторая модель взаимодействия врача и пациента — **равноправные партнеры.** В рамках этой модели ответственность за процесс лечения распределяется между врачом и пациентом поровну. Оба занимают активную позицию и несут ответственность за свои решения и выбор. Врач ориентирует пациента в ситуации: информирует о заболевании и его причинах, сообщает о возможных результатах и способах лечения, предлагает набор существующих альтернатив. Пациент несет ответственность за выбор одного из предложенных врачом вариантов лечения, за соблюдение правил выбранного лечения. В данной модели пациент является таким же активным участником процесса, он/она знает, на что он/она имеет право при получении медицинских услуг, знает зону своей ответственности за результат лечения. В данном типе взаимоотношений сложность заключается в том, что врачу необходимо уделить больше времени процессу общения с пациентом о его/ее состоянии, особенностях и механизмах течения болезни, существующих методах лечения и т. д.

Преимущество данной модели заключается в гуманном и уважительном отношении к пациенту как к свободному, активному и ответственному человеку, который имеет право на получение и выбор медицинской услуги и влияет на её результат. Партнерская модель отношений «врач — пациент» также позволяет повысить приверженность пациента лечению и повышает его безопасность.

Обращаясь к международному опыту (прежде всего Соединенных Штатов Америки), можно заметить, что там пациент несет ответственность лишь за свое решение об отказе от лечения. Что касается выбора методов лечения – нет, поскольку считается, что выбор пациента находится в пределах, определяемых медицинским работником, а следовательно, вся полнота ответственности за принятое пациентом решение возлагается именно на врача. Европейский суд по правам человека, в частности, в деле «Arskaya против Украины» сделал следующий вывод: «…ответственным за фатальный исход был сын заявительницы, поскольку он неоднократно отказывался от лечения. Суд отмечает, что право соглашаться или не соглашаться на лечение является ключевым в аспекте самоопределения и личной автономии. В сфере оказания медицинской помощи отказ от определенного лечения может неизбежно привести к фатальному исходу, однако лечение, проводимое без согласия психически

компетентного взрослого пациента будет свидетельствовать о вмешательстве в физическую неприкосновенность человека таким образом, который нарушит право на уважение частной и семейной жизни». Таким образом, вся ответственность за отказ от лечения ложится на пациента.

В Украине врач не несет ответственности за здоровье больного в случае отказа последнего от медицинских предписаний или нарушения пациентом установленного для него режима. При наличии добровольного информированного согласия пациента, в котором будет зафиксировано, что последний действительно получил в полном объеме разъяснения о характере, цели, ориентировочной продолжительности диагностико-лечебного процесса и о возможных неблагоприятных последствиях во время его проведения, о необходимости соблюдения определенного врачом режима в процессе лечения, ответственность за решение будет нести именно пациент. В таком случае врач будет нести ответственность только в случае причинения вреда жизни/здоровью пациента, который будет причинен в результате ненадлежащего выполнения последним своих обязанностей и наличия причинно-следственной связи между противоправным действием врача и неблагоприятными последствиями для пациента.

Движение в сторону увеличения ответственности пациентов за принятие решений будет способствовать формированию осознанного подхода пациентов к лечебному процессу и информации, на основе которой они в дальнейшем будут принимать решения. Передача ответственности за принятое решение на пациента возможна только благодаря расширению спектра документации для фиксации тех или иных фактов. Также необходима разработка различных видов информированного согласия (с более четким, детализированным описанием возможных неблагоприятных последствий лечения), которые пациент будет подписывать наряду с общепринятым документом от Минздрава.

В каких случаях врач может принимать решения единолично? Где проходит граница между ответственностью врача и администрации в спорных вопросах?

Человек – хозяин своего тела, именно поэтому он сам должен принимать окончательное решение относительно выбора диагностики и лечения. Информированное согласие пациента является обязательным условием любого медицинского вмешательства и его необходимым предварительным условием. Врач обязан проинформировать пациента о состоянии его здоровья и предложить несколько доступных вариантов лечения, оставляя право выбора за пациентом.

Однако и в этом правиле есть исключения.

В Украине право на медицинское вмешательство без согласия пациента регулируется многими законодательными актами. Несмотря на это, в законодательстве существуют противоречия по данному вопросу. Европейская конвенция гарантирует каждому защиту от вмешательства и право на физическую неприкосновенность, что противоречит оказанию медицинской помощи без согласия на неё. В то же время врачи обязаны немедленно оказать такую помощь, если человек находится в неотложном состоянии. Однако исчерпывающего перечня таких случаев нет. Международные акты предусматривают, что в случае, **когда пациент не в состоянии дать согласие на лечение, которое необходимо немедленно, следует считать, что такое согласие было дано.** Исключением будет считаться **ситуация,** если этот пациент ранее отказался от оказания медицинской помощи в любой ситуации.

В соответствии с законодательством Украины, неотложное состояние человека – это внезапное ухудшение физического или психического здоровья, представляющее прямую и неотвратимую угрозу жизни и здоровью человека или окружающих его людей, и возникающее в результате болезни, травмы, отравления или других внутренних или внешних причин. Исходя из этого, на практике под эту категорию подпадают следующие случаи:

- человек болен особо опасными инфекционными заболеваниями;
- лицо, признанное страдающим наркоманией (при определенных обстоятельствах);
- лица, совершившие преступления и страдающие заболеванием, представляющим опасность для здоровья других людей;
- человек страдает психическим расстройством, может представлять опасность и не способен самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности;
- при наличии обстоятельств крайней необходимости, реанимационных мероприятий при терминальных состояниях.

Исходя из этого, законодательно предусмотрено право врача оказывать помощь пациенту без его/ее согласия, но только в исключительных случаях. Главным фактором должны считаться жизненные показатели пациента. Кроме того, вред для здоровья человека от медицинского вмешательства обязательно должен быть меньше, чем причины такого вмешательства. В противном случае законность оказания лечения без наличия согласия пациента будет фиктивной. Это может повлечь привлечение врача к ответственности.

Большинство медицинских работников – наемные работники в учреждениях здравоохранения (больницах). Украинское законодательство предусматривает, что за причиненный врачом вред ответственность несет учреждение, где работает такой врач. Позже больница может подать регрессный иск, требуя компенсировать всю сумму причиненных убытков.

Что касается личной ответственности медицинского работника, то в большинстве случаев она будет уголовной и дисциплинарной. Дисциплинарная ответственность налагается приказом руководителя больницы, уголовная – по решению суда.

Уголовная ответственность врача наступает за преступления, совершенные медицинским работником и являющиеся преступлениями против жизни и здоровья человека. А именно:

- неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинским работником своих профессиональных обязанностей вследствие небрежного или недобросовестного отношения к ним, если это повлекло тяжкие последствия для больного (ст. 140 УК). Например, операция была завершена, однако медицинский инструмент остался в теле пациента, или врач-анестезиолог неправильно рассчитал дозу препарата, что причинило вред пациенту;

- неоказание помощи больному медицинским работником (ст. 139 УК Украины). Например, пациенту было отказано в оказании медицинской помощи из-за отсутствия направления на лечение, что привело к его/ее смерти;

- незаконная врачебная деятельность, то есть занятие лечебной деятельностью без специального разрешения, осуществляемое лицом, не имеющим надлежащего медицинского образования, если это повлекло тяжкие последствия для больного (ст. 138 УК Украины). Например, здоровью пациента был нанесен вред псевдо-врачом, лицом без медицинского образования и документов на осуществление медицинской деятельности.

Если врач действует, превышая свои полномочия тем или иным образом, он/она будет нести за это ответственность. Примером из практики может служить случай, когда врач-хирург назначил психиатрическое лечение, не имея на то полномочий (решение № 6498078). Медицинский работник направил гражданина на принудительное стационарное лечение в психоневрологическую больницу, указав диагноз
«маниакально-депрессивный синдром». Такие действия врача привели к значительному ущербу, в частности моральному. Суд признал медицинского работника виновным по статье «самоуправство, то есть самовольное, вопреки установленному законом порядку, совершение любых действий, правомерность которых оспаривается

отдельным гражданином, что причинило значительный ущерб интересам гражданина» (ст. 356 УК) и назначил обвиняемому наказание в виде штрафа.

Таким образом, врачу необходимо взвешенно подходить к вопросу самостоятельного принятия решения об оказании медицинской помощи и не превышать своих полномочий. Ведь врач лично несет уголовную ответственность за свои действия. Кроме того, следует отметить, что ответственность может лежать и на больнице. В случае иска к медицинскому учреждению оно может подать встречный иск к своему сотруднику, совершившему правонарушение.

Границы

Отношения между врачом и пациентом носят межличностный характер и предполагают тесное общение и близкий физический контакт, поэтому требуют установления определенных границ: физических (телесных) и психических (духовных). Профессиональные границы необходимы, поскольку, с одной стороны, они защищают пациентов, а с другой – врачей (медицинских работников, поставщиков медицинских услуг).

Границы – это установленные (по письменным или неписаным правилам, договоренностям, а также вербальным высказываниям) пределы социального, физического, психологического пространства между людьми. Это определенная система, состоящая из «да» и «нет». Это знаки остановки или границы, которые мы определенным образом устанавливаем, чтобы защитить себя, полноценно управлять собственной жизнью и выстраивать отношения с окружающими нас людьми.

Четкое осознание своей системы ценностей помогает в установлении границ и освобождает пространство для успеха. Правильно установленные границы облегчают жизнь, помогают ее упорядочить, защищают личное жизненное пространство. В то же время плохо установленные или
«Нездоровые» границы часто вызывают эмоциональную боль и эмоциональное выгорание, которые могут привести к зависимости, депрессии, тревоге и даже к заболеванию.

Отсутствие границ — это отсутствие каких-либо рамок в отношениях, что похоже на незапертый дом, куда может войти кто угодно. С другой стороны, слишком жесткие границы могут привести к изоляции человека или группы людей, что похоже на уединенную жизнь в закрытом замке, окруженном высокими стенами, куда никого не впускают и откуда никто не выходит. Степень прочности и проницаемости границ не заданна раз и навсегда.

Границы помогают нам:

- определить (идентифицировать) свою личность, чтобы лучше понять себя;
- урегулировать свои потребности, обязанности, возможности и свою деятельность;
- реализовать свой потенциал;
- защитить себя от контроля со стороны других;
- сохранить свою цель и миссию в жизни;
- защитить свои лучшие личные активы (знания, тело, навыки, умения).

Профессиональные границы — это принятые и ожидаемые пределы психологической, социальной и физической дистанции между врачом и его пациентом, которые определяют их роли и ожидания.

Соблюдение «терапевтической» дистанции по отношению к пациентам помогает врачам выстраивать профессиональные границы в общении, предотвращает эмоциональное выгорание и защищает врачей от страданий пациентов.

Личные отношения с пациентом, когда врач эмоционально с ним связан, могут навредить врачу и повлиять на объективность его решений. Поэтому эмоциональные границы очень важны. Врач не должен лечить членов своей семьи или друзей, с которыми эмоционально связан, отношения врач – пациент являются первостепенными, и другие важные отношения не должны этому противоречить.

Неэффективные или плохо установленные границы могут привести к:

- потери уважения к себе и со стороны других;
- потери контроля над собственной жизнью;
- чувства вины;
- потери интереса к жизни.

Недостигнутые цели могут привести к тревоге и депрессии.

Профессиональные границы защищают пациентов:

- Интересы пациента должны всегда быть на первом месте.

- Пациенты часто находятся в очень уязвимом положении, ведь для того, чтобы получить лечение, они вынуждены раскрывать интимные подробности о себе и своей жизни незнакомому человеку.
- Когда пациент может доверять врачу, такие отношения могут быть лечебными (терапевтическими).

Профессиональные границы защищают врачей:

- Врачи могут эмоционально выгорать, если не будут различать собственные эмоции и страдания пациентов.
- Личные, а тем более семейные отношения с пациентом могут (из-за эмоциональной привязанности) повлиять на объективность решений врача и нарушить принцип «отношения врач–пациент должны быть на первом месте».
- Помогают врачам урегулировать рабочие отношения с пациентами (врач — не робот, работающий 24/7)
- Обеспечивают конфиденциальность и право на достоинство врача как личности.

Примеры здоровых и нездоровых границ

Здоровые границы прочные, частично проницаемые, в случае их нарушения человек быстро их восстанавливает.

Варианты нездоровых границ:

- «без границ» – человек не чувствует, где заканчивается он сам и начинаются другие;
- истощенные, слабые, легко проникаемые, трудно восстанавливаемые границы;
- жесткие границы, лишенные гибкости и «точек входа» для других людей.

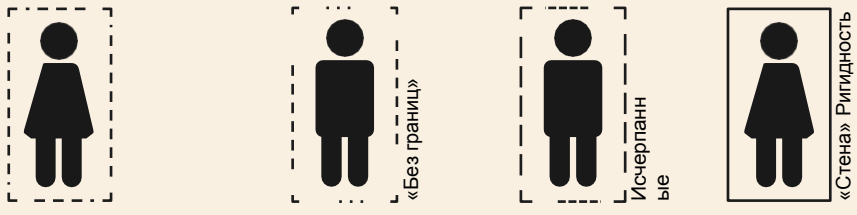


Рис. 9. Границы
Источник: www.casv.org.au/healthy-boundaries/

Приватность

Одним из основных прав человека является уважение к его частной жизни. Конфиденциальность касается как информации о состоянии здоровья пациента, которая является врачебной тайной, так и физической конфиденциальности. Уважение ко всем аспектам конфиденциальности пациента в учреждениях здравоохранения позволяет обеспечить физический, психический и эмоциональный комфорт пациентов и повышает эффективность и качество оказания медицинской помощи.

Принципы соблюдения конфиденциальности пациента в больничных учреждениях:

- во время вмешательств/процедур посторонние лица не должны находиться в помещении;
- двери закрыты (или занавеска закрыта);
- обнажение частей тела пациента только с его/ее согласия;
- не допускается перемещение пациента в обнаженном виде;
- разрешение на присутствие посторонних лиц (например, интернов);
- однополые палаты и туалеты (с учетом маршрута пациента);
- согласие на врача другого пола;
- посторонние лица, в том числе персонал, не должны присутствовать или слышать разговор с пациентом, общение в палате тихим голосом;
- фото- и видеосъемка только с согласия.

Пример проведения ультразвукового обследования

– Добрый день, Оксана, пожалуйста, проходите. Меня зовут Петр Иванович, я врач УЗИ и сегодня буду проводить вам обследование. Во время процедуры также будет присутствовать медицинская сестра Ирина Васильевна, она будет записывать результаты обследования.

– Добрый день.

– Вас направили на обследование органов малого таза и молочных желез. Знаете ли вы, как проводится данное обследование, есть ли у вас вопросы по поводу самой процедуры обследования?

– Нет, я уже проходила подобные процедуры.

– Если у вас возникнут вопросы, пожалуйста, задавайте. А сейчас пройдите, пожалуйста, за ширму – для обследования нужно снять всю одежду выше пояса. Можете не снимать обувь. Я закрываю кабинет на ключ, чтобы никто нас не беспокоил.

[В углу кабинета стоит ширма, за которой два стула, салфетки, корзина для мусора, бахилы].

– Вы готовы? Пожалуйста, ложитесь на кровать на спину. Можем приступить к обследованию?

– Да. *[Проводится обследование грудных желез].*

– Спасибо, теперь вы можете одеться, и для проведения следующего обследования необходимо снять всю одежду ниже пояса, будем проводить обследование органов малого таза. Если вам нужны салфетки, они находятся за ширмой.

[Пациентка переодевается за ширмой, проводится обследование органов малого таза].

– Одевайтесь, пожалуйста. Обследование завершено. Присядьте, пожалуйста, Ирина Васильевна через несколько минут даст вам заключение.

Материалы образовательного проекта «Методические рекомендации по соблюдению принципов достоинства пациентов в больницах» можно посмотреть по ссылке

phcapital.org/wp-content/loads/2021/02/metodychni-rekomendacziyi_proyekt.pdf

Итоги:

Пациент является субъектом принятия решений.

Совместное принятие решений является ключевым компонентом охраны здоровья пациента.

Профессиональные границы важны для эффективного взаимодействия между врачом и пациентом. Ответственность за установление и соблюдение границ лежит на врачах.

В случае нарушения границ необходимо обсудить возникшую ситуацию и искать пути ее решения. Границы в отношениях на примерах кейсов

ЧАСТЬ 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ

Кейс 1

Врач Яблунева является семейным врачом господина Сливова около 20 лет. Господину Сливову 51 год, он слесарь в цехе по изготовлению станков. Раньше он чувствовал себя практически здоровым, однако после сердечного приступа ему установили кардиостимулятор и назначили антиаритмическое лечение. Он не может вернуться на работу и поэтому теряет свою медицинскую страховку.

Через несколько месяцев после этой операции господин Сливов посещает своего семейного врача — госпожу Яблуневу — и сообщает, что срок его страховки истекает и он больше не сможет покупать необходимые лекарства, поскольку предыдущие попытки найти более легкую работу оказались безрезультатными.

На следующий день господин Квитко, коллега семейного врача Яблуневой, рассказывает господину Сливову, что ищет сотрудника на должность, которая, по мнению госпожи Яблуневой, соответствовала бы умениям и навыкам ее пациента, находящегося в поиске работы.

Как поступила госпожа Яблунева?
Должен ли врач помогать пациентам за пределами оказания медицинской помощи? Почему?

Кейс 2

Молодая врач в мужской палате на осмотре. В палате 8 коек, проход между кроватями узкий и поставить кресло невозможно. Для осмотра пациента необходимо присесть на его кровать или соседнюю (с разрешения другого пациента). Во время измерения артериального давления у пациента, находящегося в лежачем положении, пациент кладет свою руку врачу на колени, не спрашивая ее разрешения. Врач пытается точно измерить артериальное давление и сосредотачивается на процедуре, несмотря на неприятные ощущения, которые вызывает чужая рука на ее коленях, и взгляды пациентов на соседних кроватях, наблюдающих за процедурой измерения давления. Давление измерено, врач убирает руку пациента. На следующий день ситуация повторяется. Врач снова убирает руку пациента со своих колен. На третий день врач уже не дает пациенту возможности положить руку ей на колено, для чего меняет тактику: измеряет артериальное давление, стоя рядом с пациентом, и не приседает рядом. Как оценить эту клиническую ситуацию (действия пациента и врача)?

Какие границы в отношениях пациент – врач в этой ситуации нарушены?
Как предотвратить нарушение границ и правильно поступить в этой ситуации?

Кейс 3

Тарас и Петр дружат уже много лет подряд. Каждый месяц в первую субботу они встречаются, чтобы поиграть в футбол. Петр — хирург-проктолог, лучший среди абдоминальных хирургов в своём регионе. В одну субботу Тарас сообщает Петру, что у него диагностировали заболевание кишечника, требующее оперативного лечения в соответствии с рекомендациями семейного врача, и просит Петра прооперировать его, мотивируя это тем, что Петр – лучший специалист в этой области. Петра переполняют разные чувства: с одной стороны, он не хочет отказывать товарищу, а с другой – переживает по поводу этических моментов такого решения, поскольку находится в тесной эмоциональной связи с Тарасом.

Как в этой ситуации поступить Петру?
Какие границы в отношениях «пациент – врач» в этой ситуации могут быть нарушены?
Как это влияет на взаимодействие врача и пациента?

Какие нарушения границ вы ощутили?	Что указывает на нарушение границ со стороны пациента или врача?	Что можно сделать?

Полная авторская версия текста теоретического материала занятия находится по ссылке

bit.ly/3DU9cwF

ТЕМА 5

Конфиденциальность



ТЕМА 5
КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Со всем уважением к правам пациентов, собрано Еленой Горской и Натальей Рудаковой



Елена Горская, преподаватель кафедры медико-профилактических дисциплин и лабораторной диагностики, Ровенская медицинская академия.



Наталья Рудакова, преподаватель кафедры психического и физического здоровья, Львовская медицинская академия имени Андрея Крупинского.

УЧЕБНЫЕ ЦЕЛИ:

- Знать принципы автономности, неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности в здравоохранении.
- Уметь применять эти принципы в работе с пациентами.

Отношение	Знания	Навыки
человекоцентрированный подход как основа философии отношений с пациентом.	какую информацию и в каком объеме необходимо предоставлять пациенту; что важно знать о конфиденциальности: почему это важный принцип и каковы основные юридические моменты.	как правильно предоставлять информацию и определять, какой уровень детализации необходим для каждого пациента; как на практике обеспечить обеспечить конфиденциальность, право человека на автономию; как обсуждать с пациентом решения относительно хода лечения и помогать принимать решения.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Понятия «информация» и «конфиденциальная информация». Автономия, ее принципы, понятие «информированное согласие».

Конфиденциальность и принципы ее обеспечения. Правила сохранения конфиденциальности в медицинских учреждениях.

Конфиденциальность, принципы ее соблюдения. Нормативно-правовая база соблюдения конфиденциальности.

Ответственность за разглашение врачебной тайны. Условия, при

которых допускается нарушение принципов конфиденциальности.

Доступ к информации пациенту: обязанности медицинских работников, риски. Особенности доступа к информации о детях.

Материалы занятия

ЧАСТЬ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ

ПОНЯТИЕ «ИНФОРМАЦИЯ» И «КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ»

Информация

(1) документированные или публично объявленные сведения о событиях и явлениях, которые имели или имеют место в обществе, государстве и окружающей природной среде;

(2) любые сведения и/или данные, которые могут быть сохранены на материальных носителях или отображены в электронном виде.

Конфиденциальная информация

Информация, доступ к которой ограничен физическим или юридическим лицом, кроме субъектов властных полномочий, и которая может распространяться в определенном ими порядке по их желанию в соответствии с предусмотренными ими условиями.

Не может быть отнесена к конфиденциальной информации та информация, которая связана с исполнением должностных обязанностей лицами, если они осуществляют делегированные полномочия субъектов властных полномочий в соответствии с законом или договором, включая предоставление образовательных, оздоровительных, социальных или иных государственных услуг;

Распорядители информации, владеющие конфиденциальной информацией, **могут распространять** ее только **с согласия** лиц, ограничивших доступ к информации, а при отсутствии такого согласия — только в интересах национальной безопасности, экономического благосостояния и прав человека (3).

АВТОНОМНОСТЬ, ЕЕ ПРИНЦИПЫ, ПОНЯТИЯ «ИНФОРМАТИВНОЕ СОГЛАСИЕ»

Автономность – это независимость от чего-либо, состояние, при котором субъект и объект управления совпадают.

Принцип автономии пациентов реализуется в нескольких важных элементах:

- пациент должен получить полную и исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья (медицинские работники обязаны предоставить пациенту такую информацию) в доступной форме;
- пациенту должны быть предложены варианты лечения;
- перед каждым вмешательством пациенту должна быть предоставлена информация о мерах, которые будут осуществлены, и о возможных побочных реакциях, которые могут проявиться у пациента во время процедуры и т. п.;
- пациент имеет право участвовать в принятии решения и делать собственный выбор относительно вариантов лечения (совместное принятие решения). При совместном принятии решения о выборе варианта лечения должна применяться биопсихосоциальная модель, в которой пациент рассматривается как целостная личность, а не только как биологический организм, должны учитываться психологические и социальные составляющие пациента;
- Пациент должен дать согласие на любые медицинские вмешательства, диагностику, анализы, лечение и т. п. Информированное согласие может не требоваться в случаях, когда пациент не способен дать такое согласие, когда необходима неотложная помощь и нет других известных указаний пациента, в случае угрозы общественному здоровью (туберкулез, бешенство, холера и т. д.). Что касается последнего случая, необходимы четкие операционные процедуры относительно вмешательств, которые можно проводить без согласия;
- пациент имеет право отказаться от лечения. При этом персонал больницы должен предоставить полную информацию о состоянии пациента, возможных вариантах лечения, рисках и преимуществах, о последствиях отказа от лечения. Необходимо также убедиться, что пациент понимает предоставленную информацию, что решение принимается осознанно, что причины, лежащие в основе такого решения, являются существенными и не могут быть преодолены. Для консультирования пациента следует привлечь других специалистов, например, психолога, социального работника, священника, в зависимости от убеждений пациента;
- пациент должен дать согласие на распространение информации о состоянии его/ее здоровья членам семьи, близким лицам.

Информированное согласие

Требование о получении информированного согласия пациента предусмотрено законодательством Украины. В то же время чаще всего к этому требованию в больницах относятся формально. Документ «Информированное добровольное согласие пациента» подписывается один раз, часто во время госпитализации, пациенты не всегда понимают, что и зачем подписывают. При этом дальнейшая диагностика и медицинские вмешательства могут происходить без информированного согласия. Вместе с тем необходимо указать, что информированное согласие может предоставляться не только в письменной форме, но и устно. Некоторые страны ЕС отходят от практики письменного информированного согласия именно по тем причинам, что подписанный пациентом документ не всегда означает на самом деле информированное согласие на все медицинские вмешательства.

Важнейшим элементом реализации этого принципа является предоставление пациенту полной и достоверной информации, а также предупреждение обо всех рисках вмешательства. Также существуют случаи, когда человек получает поддерживающее лечение (вентиляцию легких). Решение о прекращении или продолжении поддерживающего лечения принимается исходя из наилучших интересов пациента. В этом случае необходимо учитывать качество жизни пациента, то, как долго пациент проживет и с каким качеством жизни, если лечение продолжится, наличие шансов на выздоровление пациента.

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ПРИНЦИПЫ ЕЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ. ПРАВИЛА СОХРАНЕНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Конфиденциальность информации:

- взаимосвязь между сбором и распространением данных
- технологии
- общественные ожидания неприкосновенности частной жизни
- правовые и политические вопросы, связанные с ними.

Рекомендации по обеспечению физической приватности:

- во время вмешательств, при которых необходимо раздеваться, в комнате, где проводится такая процедура, не должно находиться посторонних лиц, в том числе

персонала больницы, не задействованного непосредственно в проведении вмешательств. Если вмешательство происходит в палате, где размещены несколько пациентов, то кровать пациента необходимо плотно закрыть ширмой или накрыть пациента простыней;

- Процедуры, предполагающие раздевание пациентов, должны проводиться в закрытых помещениях, места для раздевания пациентов должны быть закрыты ширмой. Медицинский работник, проводящий процедуру, должен сначала объяснить пациенту её ход и то, что он может почувствовать, а также предупредить о начале процедуры. Пациент должен дать согласие на начало проведения процедуры (это может быть обязательная письменная форма, однако и устное согласие или даже сигнал, например, кивок головой);

- медицинские работники не должны просить раздеваться больше, чем того требует процедура;

- после завершения процедуры пациент должен одеться, прежде чем продолжить общение;

- не допускается перемещение пациента обнаженным по территории больницы;

- вспомогательные средства, которые могут вызывать дискомфорт у пациентов (такие как кало- и мочеприемники, катетеры и т. п.), должны быть прикрыты простыней в соответствии с пожеланием пациента;

- во время осмотра пациентов в палатах, в которых размещено несколько пациентов, рекомендуется не обсуждать детали осмотра, а в случае необходимости общаться с пациентом приглушенным голосом;

- в палатах с несколькими кроватями рекомендуется наличие передвижных ширм, разделяющих кровати и способных создать личное пространство для пациента;

- необходимо обеспечивать раздельное пребывание пациентов разного пола, в том числе раздельные туалеты. Исключения могут касаться палат интенсивной терапии;

- пациентам должна быть предоставлена возможность выбирать медицинский персонал, оказывающий им услуги, того же пола (при наличии соответствующего персонала). Такая потребность в целом более актуальна для женщин. В любом случае при проведении процедур, предполагающих раздевание, должен присутствовать медицинский работник того же пола, что и пациент;

- в больнице должны быть организованы отдельные комнаты для общения членов семьи и близких пациента. Если нет возможности предусмотреть это при планировании больницы, должно быть предоставлено другое помещение для общения семьи наедине с пациентом после важных сообщений или для принятия сложных решений;

- фото- и видеосъемка пациентов в больнице может осуществляться только с их согласия;

- персонал больницы должен получить согласие на присутствие интернов при осмотре пациента.

Рекомендации относительно присутствия интернов/резидентов/студентов при осмотре пациента:

- запрос о присутствии студентов или интернов является обычным проявлением вежливости, а пациенты понимают, что к ним относятся с уважением. В то же время они сохраняют определенный контроль над ситуацией, в которой оказались;

- чтобы такой запрос не стал для пациентов сюрпризом, о возможном присутствии студентов или интернов необходимо предупреждать заранее;

- даже если больница является клинической базой медицинских учебных заведений, пациент должен иметь возможность отказаться от присутствия студентов или интернов.

Конфиденциальность, принципы ее соблюдения

Нормативно-правовая база соблюдения конфиденциальности

Конфиденциальность:

- свойство всего, что не подлежит разглашению; доверительность, секретность, чистая приватность;

- свойство информации, заключающееся в том, что информация не может быть получена неавторизованным пользователем и (или) процессом;

- представление о том, что человеку, обращающемуся за медицинской помощью, не следует беспокоиться, опасаясь, что его состояние станет известно посторонним людям.

Целью конфиденциальных отношений между пациентом и медицинским работником является доверие и комфорт при предоставлении обеими сторонами любой необходимой информации.

К информации, которую необходимо защищать, относится:

- персональные данные
- состояния здоровья
- эмоциональное состояние
- финансовая информация.

Что включает конфиденциальность врача и пациента?

Все, что пациент может раскрыть медицинскому работнику, а также любые мнения и выводы, которые медицинский работник может сформировать после осмотра или оценки состояния пациента. Конфиденциальность охватывает все медицинские записи (включая историей болезнями, уже имеющимися заболеваниями, рентгеном, лабораторными отчетами и т. д.), а также связь между пациентом и врачом – как и сам факт обращения человека к врачу.

Нарушение конфиденциальности – это любая передача личной информации о пациенте третьей стороне без согласия пациента. Конфиденциальность пациента защищена законодательством Украины. Если частная информация о пациенте разглашается без его/ее разрешения и причиняет пациенту определенный вред, он или она имеют право подать иск против медицинского работника за злоупотребление, вмешательство в частную жизнь или другие деликты. Конечно, если пациент согласился на раскрытие информации, нарушения не произошло.

Как долго сохраняется конфиденциальность между врачом и пациентом?

Обязанность соблюдения конфиденциальности сохраняется и после того, как пациент перестал посещать или лечиться у этого конкретного врача, и после смерти. Если пациент умирает, его медицинская карта и информация по-прежнему защищены конфиденциальностью между врачом и пациентом.

Рекомендации по соблюдению принципов конфиденциальности информации:

- доступ к конфиденциальной информации должны иметь только те сотрудники, которым она необходима. Этот доступ должен быть обоснованным;
- к защите конфиденциальной информации относится и требование о надлежащем уничтожении носителей данных (например, с помощью шредера);
- медицинская информация пациентов, например, результаты анализов, не может быть общедоступной;
- не допускается изъятие и хранение больницей личных документов пациента, в частности паспорта;
- запрещается распространять или обсуждать информацию о пациенте с посторонними лицами, в том числе с персоналом больницы, не участвующим в лечении и уходе за пациентом;
- пациенту должен быть предоставлен свободный доступ к медицинским записям о нем, в том числе к информации о том, кто имеет или имел доступ к соответствующим медицинским записям;
- не допускается обсуждение и осуждение пациентов персоналом больницы.

Алгоритм соблюдения конфиденциальности в больнице:

1. при входе в палату или другое закрытое пространство (например, место, отгороженное занавеской) персонал больницы должен постучать или иным способом предупредить пациентов о своем приближении; по возможности – спросить у пациента, удобно ли сейчас для осмотра или разговора;
2. общение должно происходить на одном уровне (если пациент лежит, то необходимо присесть рядом с ним перед началом разговора);
3. ни в коем случае нельзя кричать через всю палату о назначенных манипуляциях!
4. объяснять диагноз и процедуру лечения пациентам нужно доступным языком, избегая профессиональных терминов;
5. Не допускается обсуждение вопросов, касающихся лечения и ухода за пациентом, в его/ее присутствии без его/ее участия.

При выписке из больницы:

- пациент должен быть проинформирован о дальнейшем лечении, уходе, а также о контактных данных лиц, к которым он может обратиться в случае необходимости;
- необходимо выслушать пациента в случае возникновения жалоб и предложений;
- необходимо предложить пациенту заполнить анонимную анкету по оценке деятельности больницы.

ЧАСТЬ 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ

Кейсы для обсуждения

Кейс 1

По просьбе классного руководителя к школьному психологу обратилась 15-летняя девочка с жалобой на постоянное давление со стороны сверстников. Причина издевательств — девочка учится на «отлично», постоянно переживает из-за оценок, плачет, когда получает оценку ниже 10, не интересуется жизнью одноклассников и их увлечениями. Она «не такая, как все», «белая ворона». Ребенок в процессе разговора постоянно протирает руки гигиенической салфеткой, жалуется на плохой сон, желания и мысли суицидального характера. После консультации классная руководительница зашла к психологу и спросила, все ли в порядке с девочкой. Психолог подробно описала состояние девочки и сказала учительнице, что родителям ребенка нужно обратиться к детскому психиатру, поскольку есть проблемы с психическим здоровьем.

Кейс 2

Сстудент заповнюанкету навступк н обучению онлайн. В анкете есть вопрос о ВИЧ-статусе. Он является обязательным. Имеет ли право учебная организация требоватьпредоставления(информации)(о) ВИЧ-статусе при заполнении анкеты?

Кейс 3

Главный врач частной пластической клиники принимает на работу молоду ю врача и довольно откровенно расспрашивает о личной жизни, состояние здоровья, планы у нее на будущее и просит заполнить согласие о нежелании в ближайшее время (3 года) добровольно е уходить в декретный отпуск.

Вопрос в рефлексивный дневник:

Медицинская информация принадлежит пациентам. Проанализируйте это утверждение.

Презентация темы по ссылке:

bit.ly/3EpdbTc

Полная версия занятия по ссылке:

bit.ly/3rEgdPQ

ТЕМА 6

Кризисные состояния и поведение



ТЕМА 6

КРИЗИСНЫЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ПЛОХИЕ НОВОСТИ

Методические материалы тщательно подобраны Ириной Боровик и Натальей Повар



Ирина Боровик, доцент кафедры терапии и семейной медицины. Тернопольский национальный медицинский университет имени Ивана Горбачевского



Наталья Повар, преподаватель кафедры медико-профилактических дисциплин и лабораторной диагностики, Ровенская медицинская академия

УЧЕБНЫЕ ЦЕЛИ

- Знать и уметь применять протокол SPIKES для сообщения плохих новостей
- Уметь поддерживать пациента в кризисные моменты, после получения плохих новостей, в конце жизни.

Отношение	Знания	Навыки
человекоцентрированный подход как основа философии отношений с пациентом.	что такое кризисные эмоциональные состояния и как они влияют на взаимодействие; стадии скорби.	как общаться в состояниях высокой эмоциональной напряженности и стресса; сообщение плохих новостей.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Организационная часть – **3 мин.**

Рефлексия: «Какие темы разговоров являются сложными для врача», или «Какие новости о состоянии здоровья являются плохими для пациента?», или «Что переживает пациент, когда ему сообщают плохие новости?», или «Вспомните случаи из вашей жизни или практики, когда плохие новости сообщались некорректно?» – **12 мин.**

Краткий разбор теоретического материала (мини-лекция) – **10 мин.**

Ролевая игра (консультация пациента с хроническим неизлечимым заболеванием, например, сахарный диабет, ревматоидный артрит или пациента, нуждающегося в оперативном вмешательстве) с последующим обсуждением со студентами – **60 мин.**,

или «аквариумная» дискуссия по поводу сообщения плохих новостей с последующим дебрифингом — **60 мин.** (фокус дебрифинга: что важнее — четкое соблюдение алгоритма или эмоциональная поддержка?),

или разбор и обсуждение кейсов в малых группах с последующим дебрифингом со студентами – **30 мин**. + анализ консультаций с сообщением плохих новостей (корректных и некорректных) на видео – **30 мин.**

Подведение итогов – **5 мин**.

Всего 210 мин.

Материалы занятия

ЧАСТЬ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

СООБЩЕНИЕ ПЛОХИХ НОВОСТЕЙ

Понятие плохих новостей психологами трактуется как любая информация, которая серьезно и негативно влияет на представление человека о его или ее будущем. Все плохие новости имеют серьезные неблагоприятные последствия для пациентов и их семей. Плохие новости – понятие субъективное: мы не можем оценить их влияние на человека, не зная того, на что надеется получатель плохих новостей, и его страхов. Например, пациентка будет шокирована, если ей сообщат, что ее боль в спине усилилась из-за рецидива рака молочной железы, в то время как она думала, что боль вызвана мышечным спазмом. Воздействие плохих новостей пропорционально их влиянию на изменение ожиданий пациента.

Важно определить центральный элемент плохой новости: что именно делает её плохой для пациента. Чаще всего это то, что сокращает продолжительность жизни (диагностика серьёзного заболевания), то, что связано с потерей функций, ограничением жизнедеятельности, значительным ухудшением качества жизни (диагностика хронического неизлечимого заболевания).

Примеры заболеваний, которые являются для пациента плохими новостями:

- серьезные заболевания, ограничивающие продолжительность жизни (рак, гематологические злокачественные заболевания, прогрессирующие заболевания сердца, легких, почек, печени различной этиологии, прогрессирующие неврологические заболевания, синдром приобретенного иммунодефицита);
- хронические заболевания, изменяющие жизнь (сахарный диабет, артериальная гипертензия, ревматологические заболевания, хроническая сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, хроническая почечная недостаточность, цирроз печени, хронические заболевания легких, такие как ХОБЛ, муковисцидоз).

Сообщение плохих новостей о тяжелой болезни, сокращающей продолжительность жизни, или о хронической болезни, изменяющей жизнь, о поддержке пациентов во время заболевания – это, пожалуй, одна из самых стрессовых функций, которую должен выполнять любой врач.

Почему врачи не хотят сообщать плохие новости?

На протяжении своей карьеры каждый врач может многократно сообщать неблагоприятную медицинскую информацию пациенту и его/ее родственникам. Анализ проведенных исследований подтвердил, что человек, сообщающий плохие новости, часто испытывает сильные эмоции, такие как тревога, тяжесть ответственности и страх негативной оценки. Сообщать плохие новости особенно трудно в том случае, если пациент молод, а возможностей для успешного лечения нет или они ограничены. В любом случае ситуация осложняется, если врач не имеет опыта в том, как сообщать плохие новости. Часто врачи (медицинские работники) не готовы к проявлению эмоций со стороны пациента, боятся обвинений в свой адрес, опасаются, что их обвинят в некомпетентности, а также того, что не смогут ответить на все вопросы пациента и его родственников.

Плохие новости: почему это важно?

Пациентам нужна правда. До конца 1970-х годов большинство врачей не были откровенны при сообщении онкологическим пациентам их диагноза. Однако исследования последующих лет стали указывать на то, что пациенты хотели знать информацию о своём состоянии. Например, опубликованный в 1982 году опрос 1251 американца показал, что 96% из них хотели бы знать, если бы у них диагностировали злокачественную опухоль; также 85% хотели бы в случае плохого прогноза знать реалистичную оценку оставшейся продолжительности жизни. Исследование онкологического центра Шотландии, включившее 250 пациентов, показало, что от 91% до 94% человек хотели знать шансы на успех лечения, а также вероятность и тяжесть побочных эффектов.

В Северной Америке принципы информированного добровольного согласия, самостоятельности пациента и прецедентное право создали четкие этические и правовые обязательства, направленные на то, чтобы предоставить пациентам как можно больше информации, которую они хотят знать о своем заболевании и лечении. Врачи не могут отказать пациенту в информации, даже если это может оказать на него нежелательное влияние. Представление о том, что получение медицинской информации о своем здоровье приведет к нанесению психологической травмы, является необоснованным. Многие пациенты желают знать точную информацию, которая поможет принять важные жизненные решения.

Однако раскрытие правдивой информации без должного сочувствия и поддержки пациента может иметь негативные последствия так же, как и ложь относительно его состояния. Практика обмана пациента не может быть заменена грубым и бездушным сообщением правды.

Как методика сообщения плохих новостей может помочь врачу и пациенту?

Когда врачам неудобно сообщать плохие новости, они могут избегать обсуждения тревожной информации, такой как неблагоприятный прогноз, или внушать пациенту неоправданный оптимизм. Вместо этого необходимо выявить жизненные ценности пациента, его желание участвовать в принятии решений, обязательно обращать внимание на его переживания, страхи, тревоги. Все это может побудить пациента участвовать в принятии сложных решений относительно дальнейшей лечебной тактики, особенно когда предполагается низкая эффективность лечебных программ. В таком случае врачи будут испытывать меньше тревоги при сообщении плохих новостей, будут менее подвержены стрессу и эмоциональному выгоранию.

Процесс сообщения плохих новостей можно представить как **попытку достижения четырех целей**. Первая — это **сбор информации** от пациента. Это позволит врачу определить знания пациента, его ожидания и готовность к восприятию плохих новостей. Вторая цель – **предоставить пациенту информацию** в соответствии с его/ее потребностями и переживаниями. Третья цель – **поддержать получателя плохих новостей**, используя навыки снижения эмоционального напряжения. Конечная цель – **совместно с пациентом разработать план дальнейших лечебных действий**.

Достижение этих целей осуществляется путем выполнения последовательных шагов протокола, каждый из которых связан с конкретным опытом. Не всегда при сообщении плохих новостей требуется выполнение всех шагов, но при их выполнении необходимо строго соблюдать последовательность.

В соответствии с указанными целями разработано несколько протоколов для сообщения плохих новостей. Все они состоят из последовательных шагов. Наиболее распространенными в медицинской практике являются методики **SPIKES, ABCD, BREAKS и PATIENT.**

SPIKES, ABCD, BREAKS, PATIENT

Шестишаговый протокол SPIKES

Более подробно рассмотрим **шестишаговый протокол SPIKES**, который отлично зарекомендовал себя тем, что дает возможность больному воспринять тяжелую для него информацию в более эмоционально уравновешенном состоянии. Последовательные шаги сообщения плохих новостей, прописанные в протоколе SPIKES, следующие: **Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion and Empathy, Strategy and Summary (Условия, Восприятие, Приглашение, Знания, Эмоции и Эмпатия, Стратегия и Итоги)**. Авторы пособия «Центры передового опыта первичной медицинской помощи» выполнили литературный перевод этапов протокола SPIKES на украинский язык. Соответственно, методика **ПИДХИД: Подготовка, Информированность, Разрешение, Болезнь, Истерика, Помощь далее.**

Итак, рассмотрим каждый шаг протокола SPIKES по отдельности.

1. **Создание соответствующих условий**

Setting up – Создание соответствующих условий — Подготовка

Спросите человека о том, когда ему или ей будет удобно поговорить о диагнозе, хочет ли он/она, чтобы при этом присутствовали его/ее родные, близкие люди. Важным элементом беседы является обеспечение конфиденциальности. Также предварительно необходимо выделить достаточно времени для разговора и исключить его прерывание другими лицами (медицинский персонал, пациенты), выключить или оставить в другом месте телефон. Выберите отдельную комнату, сядьте рядом с пациентом, демонстрируя, что вы никуда не спешите, наладьте связь и зрительный контакт с пациентом.

2. **Оценка восприятия пациентом текущей ситуации**

Perception of condition/seriousness — Осознание положения/серьезности медицинской проблемы — Информированность

Прежде чем рассказывать, спросите.
Когда врач пытается сообщить плохую новость, ему легче отталкиваться от того, что именно пациент уже знает о своей болезни. Большинство пациентов осознают серьезность своего состояния, а некоторые могут даже знать свой диагноз. В таком случае врач может лишь подтвердить плохую новость, а не сообщать её.

Выясните, что пациент знает о состоянии своего здоровья. Спросите о том, что он или она знает о своем текущем диагнозе. На этом этапе важно определить степень понимания пациентом своего состояния. Если у пациента ложное представление о своем состоянии здоровья или он/она отрицает наличие тяжелого заболевания, следует принять это как факт и на данном этапе не вступать в диалог. Также важно определить, есть ли у пациента какая-либо форма отрицания заболевания: пропускает ли он в своем рассказе важные «плохие» детали заболевания, имеет ли нереалистичные представления о лечении и т. д.

Примерами вопросов на данном этапе могут быть следующие:

Что вы уже знаете о своем диагнозе?
Каково ваше мнение по этому поводу?
Понимаете ли вы, для чего мы провели вам такие обследования, как… (лабораторное обследование на выявление онкомаркеров, УЗИ, рентгенологическое обследование, КТ, МРТ, биопсию)?

3. Приглашение

Приглашение — Поощрение пациента к получению информации — Согласие

Спросите пациента, желает ли он или она знать подробности о своем состоянии здоровья, знать свой диагноз. Узнайте, насколько подробная информация о диагнозе и прогнозе нужна пациенту. Некоторые люди могут выразить нежелание получать информацию о своем здоровье. Примите право пациента не знать о своем диагнозе. Предложите, если у него/нее будет такое желание, рассказать и ответить на вопросы позже. Спросите мнение и пожелания пациента относительно того, кто может быть тем человеком, которому врач сообщил бы о его/ее диагнозе.

Примерами вопросов на этом этапе могут быть следующие:

У меня на сегодняшний день уже есть готовые результаты вашего обследования. Хотели бы вы, чтобы я их объяснил/объяснила вам более подробно?
Кому бы вы хотели, чтобы я сообщил/сообщила о вашем диагнозе?

4. Знания. Сообщение информации

Знания: предоставление медицинских фактов — Болезнь

Используйте понятный для пациента язык. Учитывайте уровень образования, социально-экономический фон, текущее эмоциональное состояние пациента, подавайте информацию небольшими порциями. Проверьте, понимает ли пациент сказанное, реагируйте на реакции пациента, когда они возникают.

Начните с «тревожных признаков», например: «Когда мы провели УЗИ печени, мы диагностировали небольшой участок затемнения, что обычно является признаком рака, вы это понимаете?»

Говорите откровенно, но сочувственно. Разговаривайте в темпе пациента. Пошагово, короткими предложениями объясняйте ситуацию. Избегайте желания говорить, чтобы преодолеть собственный дискомфорт. Паузы, тишина, слезы — это нормально в такой ситуации. При этом не нужно спешить, подавать всю информацию сразу или в большом объеме; недопустимо быть прямолинейным и грубым; не нужно злоупотреблять эвфемизмами (смягчающими или маскирующими словами и выражениями), использовать медицинский жаргон, давать прогнозы.

Пример адекватного сообщения: «Во время последнего обследования вам была сделана биопсия, взята проба ткани для исследования. К сожалению, результаты биопсии неутешительны. Мне очень жаль, но я должен вам сказать, что мы обнаружили опухоль».

Помните, что пациенту, учитывая эмоции, будет трудно запомнить всю предоставленную информацию, поэтому повторяйте ключевую информацию, используйте графические изображения или схемы, записывайте основные положения. Пусть пациент расскажет вам о своем понимании того, что вы сказали. Поощряйте вопросы, при необходимости используйте повторения и исправления.

5. Эмоции и эмпатия

Emotion and Empathy — Эмоции и эмпатия — Истерика

Проявляйте эмпатию. Распознавайте эмоции пациента и реагируйте на них. Будьте внимательны к языку тела. Узнайте, какие эмоции беспокоят пациента. Определите основную причину эмоций и дайте пациенту время выразить свои чувства.

Примеры вопросов:

Стал ли ваш диагноз шоком для вас?
Объясните мне, как вы себя чувствуете?

Помните о когнитивных проявлениях скорби (например, отрицание, обвинение, интеллектуализация, недоверие, принятие). Будьте эмпатичны; уместно сказать «извините» или «не знаю». Не вступайте в дискуссии и не критикуйте коллег. Не нужно давать пустых обещаний, вселять ложную надежду или решать проблемы пациента. Уместно только слушать и обобщать. Если пауза затянулась, снова можно спросить об эмоциях:

Как вы сейчас себя чувствуете из-за полученных новостей? Чего вы боитесь больше всего? Что вас беспокоит больше всего?

6. Стратегия (план) и итоги

Strategy and Summary — Стратегия и итоги — Помощь дальше

Врач подводит итоги встречи, освещая основные моменты договоренности между ним и пациентом. Кратко формулируются планы лечения и ухода на будущее. **Необходимо сосредоточить внимание на практических и психологических корректировках в повседневной жизни человека.** Желательно письменно закрепить ваши совместные решения, так как восприятие пациентов в таких ситуациях может ухудшаться.

Предлагайте возможность доступа к вам в любое время и поддерживайте оптимистичный взгляд на будущее.

Спросите, кому из родных и близких пациент хочет сообщить о своем диагнозе. Предложите в следующий раз прийти вместе с ними. Обязательно назначьте дату следующей встречи и убедитесь в безопасности пациента после того, как он или она выйдет из вашего кабинета. Стоит узнать, может ли кто-нибудь помочь ему/ей добраться до дома и оказать поддержку дома.

Кроме того, пациента следует заверить, что врач будет активно участвовать во всех последующих планах, касающихся возможного лечения и ухода.

Итак, в конце встречи договоритесь с пациентом о дальнейших действиях, обобщите его переживания, узнайте, с какими эмоциями он уходит от вас. Крайне важно создать для человека атмосферу доверия и понимания того, что он не остается один на один со сложной ситуацией.

При сообщении плохих новостей необходимо использовать все методы **человекоориентированного консультирования пациента**, проявлять эмпатию, распознавать эмоции, не бояться слёз и молчания, поддерживать зрительный контакт, подавать информацию небольшими порциями, простыми предложениями, повторять и уточнять, регулярно проверять понимание, давать время на реакцию. Спрашивайте о том, чего больше всего боится пациент. Идентификация страхов пациента поможет выяснить, какая помощь ему или ей понадобится в будущем. Можно использовать тактильный контакт, если это естественно для вас. Нужно быть честными, говорить правду. Если вы в чем-то не уверены, скажите, что вы это выясните и сообщите пациенту позже.

Сообщение плохих новостей — это квалифицированное сложное общение. Субъективным является то, какой объем правдивой информации необходимо донести до пациента. Но правильно структурированная и хорошо организованная коммуникация с соблюдением общих принципов человекоориентированного консультирования имеет положительный терапевтический эффект.

УХОД В КОНЦЕ ЖИЗНИ

Согласно данным исследований, более 2/3 опрошенных хотели бы встретить смерть дома, среди родных и близких. Но часто бывает так, что пациентам приходится встречать смерть в больнице. В любом случае очень важно соблюдать основные принципы достоинства в конце жизни. Каждый имеет право знать о неизлечимости болезни и о скорой смерти. Важно по возможности разговаривать с пациентом о его/ее патологии, спрашивать его/ее мнение, получать согласие на уведомление родственников и близких о прогнозе заболевания, привлекать к принятию важных решений, касающихся медицинской помощи, и помогать делать выбор. Исключением могут быть только случаи недееспособности человека. Если пациент решил умирать дома, то медицинское учреждение должно организовать его транспортировку и связаться с семейным врачом для оказания медицинской помощи на дому. Людям не свойственно задумываться о том, как они будут реагировать на известие о том, что в результате определенных изменений они приближаются к смерти.

В разговоре с неизлечимо больным пациентом можно задать следующие вопросы:

Вы думали о смерти?
Хотите ли вы, чтобы я рассказал о том, что такие изменения могут произойти?

Также стоит убедить пациента, что вы сделаете все возможное, чтобы он или она не испытывали боли. Нужно заверить пациента, что вы поможете ему/ей чувствовать себя комфортно и спокойно.

В больницах рекомендуется размещать пациентов, ожидающих смерти, в одноместных палатах. Для пациентов в конце жизни и их близких должны быть обеспечены уединение и комфорт.

Основным страхом для большинства неизлечимо больных людей является страх боли, поэтому с целью уменьшения страданий пациентов должна быть обеспечена адекватная обезболивающая терапия. Целесообразно предложить пациентам в конце жизни и их близким информационную, психологическую и духовную поддержку.

Пять рекомендаций о том, как общаться с неизлечимо больным, из книги Анастасии Леухиной «Совсем не страшная книга о жизни, смерти и всем, что между ними»:

- Не берите на себя ведущую роль в разговоре.
- При случае покажите, что вы осознаете приближение конца.
- Говорите о своей любви.
- Не откладывайте прощальные слова на последний момент.
- Прикосновения тоже могут передавать эмоции.

Важно напомнить о **правилах доступа к пациентам в отделениях интенсивной терапии** в нашей стране. Согласно приказу Минздрава № 592 от 15.06.2016 «Об утверждении Порядка допуска посетителей к пациентам, находящимся на стационарном лечении в отделении интенсивной терапии» утвержден круглосуточный доступ семь дней в неделю к пациентам всех отделений, блоков, палат интенсивной терапии всех учреждений здравоохранения. Один посетитель может находиться у постели пациента без временных ограничений. Одновременно у пациента может находиться не более двух человек. Посетителем может быть любое лицо, независимо от родственных связей.

УВЕДОМЛЕНИЕ О СМЕРТИ

Сообщать родственникам пациента о его/ее смерти — смерти близкого человека — необходимо как можно скорее, не позднее чем через час после констатации смерти. Информацию о смерти должен сообщать лечащий врач лично.
В случаях, когда близких людей нет в медицинском учреждении, им сообщается по телефону о необходимости немедленного прибытия в больницу.
Во время сообщения о смерти близкого человека прежде всего нужно предложить человеку сесть. Далее следует сообщить о факте смерти. Не нужно сообщать человеку большое количество дополнительных сведений, поскольку все равно дальнейшее восприятие им информации ухудшается. Можно предложить стакан воды, спросить о том, что человек планирует делать дальше.

Необходимо учитывать, что некоторым людям потребуется психологическая поддержка. Не следует давить и задавать много вопросов, тем более обвинять родственников пациента в его/ее смерти. Важно учитывать духовные и моральные ценности, культурные и национальные традиции [20] пациента и его семьи.

Подводя итог, можно сказать, что сообщение плохих новостей — часть повседневной медицинской практики. Плохая новость — это всегда плохая новость, как бы хорошо её ни сообщали. Но сам способ сообщения может оказывать глубокое влияние как на получателя (пациента), так и на того, кто сообщает (врача). Если процедура сообщения была ненадлежащей, то это ухудшает состояние пациента, качество его/ее жизни, и в дальнейшем контакт с медицинским работником будет невозможен. Плохое общение приводит к пагубным последствиям, а хорошее общение исцеляет пациента. Отсутствие надлежащей подготовки врача приведет к его/ее эмоциональному отчуждению от пациентов. Навыки общения можно улучшить с помощью учебных программ и практических тренингов. Сообщение плохих новостей – это практический навык, которым должны владеть все медицинские работники.

КРИЗИСНЫЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Кризисное состояние – психическое и психологическое состояние человека, пережившего психическую травму или находящегося под угрозой психотравмирующего события. Состояние характеризуется ощущением волнения, тревоги различной интенсивности; фиксацией на психотравмирующей ситуации; переживанием беспомощности, безнадежности; пессимистической оценкой себя, текущей ситуации и будущего; затруднениями в планировании деятельности. Кризисные состояния могут

переживаться как в экстремальных ситуациях, так и в обычной жизни под влиянием стрессовых событий.

Кризисами являются:

- критическая (чрезвычайная) ситуация, в которой необходимо действовать немедленно (сердечный приступ, ДТП, пожар);
- ситуация, требующая изменения образа жизни или принятия решений, которые будут иметь долгосрочный эффект (установление диагноза хронического заболевания, смена работы, поиск (нахождение) спутника жизни);
- результат неэффективных или неразумных методов преодоления ситуации, которые используются при столкновении с вышеупомянутыми ситуациями.

Кризис возникает, когда человек сталкивается с препятствиями на пути к своим важным жизненным целям — препятствиями, которые в данный момент кажутся непреодолимыми и неразрешимыми при использовании обычных методов решения проблемы.

Психологический кризис – нарушение аффективно-когнитивного равновесия психической деятельности, вызванное внешними обстоятельствами. Характеризуется дезорганизацией жизни, степень которой пропорциональна степени нарушения адаптационных возможностей человека; дисбалансом конструктивных и разрушительных тенденций в психической деятельности, что обусловливает формирование агрессивной или аутоагрессивной формы поведения.

Обычно психологический кризис длится от четырех до шести недель. Это период повышенной психологической уязвимости человека, но с возможностью для его личностного роста и развития.

Люди, поступающие в лечебное учреждение, скорее всего переживают тревогу, а некоторые – настоящий кризис. Нужно учитывать, что каждый проходит свой путь, не такой, как у других.

Жизнь человека всегда связана с потерями. Рано или поздно каждый человек переживает утрату (трудоспособности, здоровья, отношений, жилья, денег, мечтаемого будущего, работы и т. д.), в результате чего его образ жизни может резко измениться. Любая потеря всегда сопровождается психологическими переживаниями, однако самые трагичные для человека события связаны с потерей близких людей.

Горе–универсальнелюдськеп переживание, реакция на утрату значимого объекта, части идентичности или ожидаемого будущего; это переживание включает душевную боль, печаль, гнев, беспомощность, чувство вины и отчаяния.

Но избавиться от страданий можно, только переживая их. То есть страдание, или «работа горя» (Э. Линдеман), — это естественный процесс, необходимый для того, чтобы оплакать смерть близкого человека и пережить утрату, освободиться от ее тяготы, приспособиться к реалиям жизни и построить новые отношения с людьми и миром.

СИНДРОМ ОСТРОГО ГОРЯ – психологический симптомокомплекс, развивающийся после смерти особо значимого человека. Проявляется:

- интенсивным ощущением физического страдания (приступами удушья, учащенным сердцебиением, мышечной слабостью, потерей аппетита);
- эмоциональным напряжением с возможным развитием шоковой реакции;
- поглощенностью образом утраты с возможным иллюзорным восприятием реальности;
- чувством вины по отношению к умершему;
- агрессивностью, враждебностью по отношению к другим людям;
- изменением поведения, нецелесообразными действиями, обусловленными сужением мотивационной сферы;
- идентификацией с утратой.

В 1958 году швейцарская психиатр Элизабет Кюблер-Росс начала работать в американских больницах и была потрясена отсутствием методик психологической помощи умирающим пациентам и их близким. «Все было обезличено, внимание уделялось исключительно технической стороне дела, — говорила она в 1983 году в интервью на радио BBC. Смертельно больные пациенты были брошены на произвол судьбы, с ними никто не разговаривал».

В 1969 году вышла в свет книга Кюблер-Росс «О смерти и умирании», в которой автор цитировала типичные высказывания своих пациентов и описала пять эмоциональных состояний, которые проходят пациенты с потенциально смертельным диагнозом. Это отрицание, гнев, торг, депрессия и принятие.

Первой эмоцией человека, узнавшего о неизлечимом диагнозе, является **отрицание**: «Я не могу в это поверить», «Этого не может быть!», «Только не со мной!». Как правило, это лишь временная защитная реакция человека, чтобы успеть адаптироваться и предпринять важные действия, способ оградиться от печальной реальности — как осознанный, так и неосознанный. Основные признаки отрицания: нежелание обсуждать проблему, замкнутость, попытки притвориться, что «все в порядке», неверие в то, что трагедия действительно произошла. Обычно человек, находясь на этой стадии горя, пытается вытеснить свои эмоции, чтобы не сломаться под их натиском, но рано или поздно сдерживаемые чувства прорываются, и начинается следующий этап — **этап гнева.**

«Почему это случилось со мной? Это несправедливо!», «Нет! Я не могу это принять!». Гнев, а порой даже ярость, вызванные возмущением, отчаянием из-за несправедливой и жестокой судьбы. Гнев проявляется по-разному: человек может злиться и на себя, и на отдельных людей, и просто на ситуацию. Важно не осуждать человека, переживающего этот этап, не провоцировать ссоры. Стоит помнить, что причина злости человека заключается в горе и что это лишь временная стадия.

Далее следует **период торговли** – это период надежды, человек утешает себя мыслями, что трагическое событие можно изменить или предотвратить путем заключения контрактов с Богом, с жизнью. Человек думает, например, так: «Если я пообещаю это делать (или не делать), то Ты, Господи, не допустишь этих изменений в моей жизни». Иногда торги принимают вид суеверий: человек обращается к нетрадиционным методам лечения, знахарям, экстрасенсам, участвует в религиозных обрядах, веря, что благодаря этому все его проблемы исчезнут.

После борьбы наступает **депрессия**: «Я ничего не хочу», «Я такая несчастная, меня ничего не интересует», «Все ужасно… Зачем вообще пытаться?». Когда человек, переживающий скорбь, понимает, что торги не дают результатов, что трагические изменения реальны, он впадает в состояние подавленности, депрессии, у него исчезает жизненная сила. Это необходимая стадия скорби, чтобы перестать тратить силы на тщетные попытки изменить ситуацию и сэкономить их для дальнейших изменений.

В конце концов наступает **стадия принятия**: «Я не могу изменить это, но я могу с этим жить», «У меня еще есть время для воплощения самых заветных мечтаний». Когда человек понимает, что трагические события отменить невозможно (умерший не вернется), он подходит к стадии принятия. Это не счастливое состояние, а скорее покорное принятие фактов изменений и ощущение, что она должна с этим

смириться. На этом этапе люди впервые за весь процесс скорби начинают оценивать перспективы. Хотя это и тяжело, но нужно двигаться вперед. Хотя Кюблер-Росс и не включила надежду в свой список пяти стадий, однако считала, что **надежда** — это важная нить, которая связывает все стадии скорби. Надежда дает веру в возможные хорошие изменения, в то, что у всего есть особый смысл, который мы поймем со временем, — рано или поздно все проходит.

После книги Элизабет Кюблер-Росс, которая сразу стала бестселлером, были написаны тысячи научных работ, в которых теория пяти стадий применялась к разным людям и ситуациям.

«Неизлечимо больные могут научить нас всему: не только как умирать, но и как жить», – сказала Кюблер-Росс в 1983 году. Она основала хосписы во многих странах (первый из них – в 1999 году в Нидерландах). Журнал Time включил ее в список ста самых важных мыслителей XX века.

Что приходится переживать, чувствовать и чему приходится учиться пациенту при встрече с плохими новостями:

1. Во время сообщения диагноза – шок, отрицание, возмущение или ступор. Это состояние длится обычно три суток.

2. Необходимость справиться с эмоциями, которые провоцирует болезнь: страх, ужас, гнев, отчаяние, печаль, вина, стыд и т. д.

3. Понимать, переваривать и запоминать много сложной и часто непонятной информации.

4. Общаться с разными врачами и медсестрами, каждый из которых со своим характером и настроением и тоже находится в стрессовой ситуации.

5. Понимать статистику, имеющую отношение к прогнозу по его/ее заболеванию.

6. Справляться с неизвестностью и неуверенностью в будущем и в то же время не терять надежду.

7. Выстраивать доверительные отношения с врачом и медсестрами, поддерживать их на протяжении всего лечения.

8. Принимать решения относительно лечения, оставаясь в ситуации непредсказуемости результата.

9. Учиться по-новому вести себя, учиться быть в некотором смысле здоровым в ситуации болезни.

10. Терять многие из прежних социальных связей, социальных и семейных функций, переживать эти потери.

11. Участвовать в новом построении семейной системы и переживать связанные с этим эмоции: вину, стыд, страх, обиду, отчаяние, надежду, новый уровень доверия.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СЛУЧАЕ ТЯЖЕЛОЙ ПОТЕРИ

Потеря близкого человека – это всегда кризис.
Кризисными являются острая ситуация или
момент времени для принятия какого-то решения,
поворотный пункт,
очень важный момент.

Гленнис Перри, «Жизненный кризис»

Ситуация утраты характеризуется растерянностью и стрессом; люди в кризисных ситуациях переживают негативные чувства – страх, вину, отчаяние и т. д. Прежде чем описать специфику консультирования в случаях кризиса, связанного с утратой, смертью близкого человека, приведем **базовые принципы такого консультирования (кризисной интервенции)**:

1. Человек, которому оказывается психологическая помощь в момент кризиса, является компетентным в отношении собственной жизни и способным делать выбор.

2. Во время кризисной интервенции специалист принимает активное участие во всем, что происходит с пострадавшим, чтобы оценить ситуацию и составить план действий.

3. Минимальная цель кризисной интервенции – предотвратить катастрофу; основная цель – восстановление равновесия; конечная цель предполагает дальнейшую жизнь человека.

4. Специалист должен оказывать поддержку, «быть с человеком», то есть эмоционально помогать ему пережить процесс скорби.

5. Необходимо соблюдать баланс между самостоятельностью человека и его/ее потребностью в поддержке.

Примирение с утратой — длительный естественный процесс, и его не следует ускорять. Человеку нужны защитные механизмы, особенно на ранней стадии «процесса скорби», когда он или она ещё не готовы принять смерть и реалистично о ней думать. Поэтому специалист должен дать человеку возможность использовать отрицание или другие механизмы психологической защиты. Роль слушателя – лучшая тактика в работе с человеком, переживающим утрату. Быть рядом с опечаленным человеком и слушать его – самая важная поддержка. Не следует поверхностно утешать человека в скорби. Смущение и формальные фразы приводят к неловкой ситуации: человеку нужно дать возможность выражать любые чувства и относиться к ним с терпимостью. Другая очень важная задача специалиста – научить близких правильно реагировать на скорбь человека, переживающего утрату. Психологическую помощь нужно оказывать в соответствии со стадиями переживания горя.

Помощь на стадии шока

На этом этапе человек, как правило, нуждается в интенсивном уходе. Необходимо быть рядом с человеком, пережившим утрату, не оставлять его в одиночестве. Проявлять свою заботу и внимание лучше всего с помощью тактильных средств. Именно так люди выражают сочувствие, когда им не хватает слов. Даже обычное рукопожатие лучше, чем холодная изоляция.

Следует подчеркнуть, что в период утраты страдания облегчаются присутствием родственников, друзей, причем существенна не их активная помощь, а легкая доступность близких в течение нескольких недель, когда скорбь наиболее интенсивна. Человека, переживающего утрату, не нужно оставлять в одиночестве, однако его не следует и «перегружать» заботой – большое горе преодолевается только со временем. Человеку в горе нужны постоянные, но ненавязчивые посещения и хорошие слушатели.

Помощь на стадии острого горя

Следует говорить об умершем, о причинах его смерти и о чувствах человека в связи с этим событием. Необходимо расспрашивать об умершем, слушать воспоминания о нем, рассказы о его жизни. В случае насильственной или внезапной смерти нужно неоднократно обсуждать подробно все детали трагического события до тех пор, пока они не утратят своего ужасного, травмирующего характера – только тогда человек, потерявший родственника или близкого, сможет оплакивать умершего. Необходимо дать ему возможность выплакаться, не пытаясь утешить. Постепенно следует вовлекать человека в повседневную деятельность.

Помощь на стадии восстановления

Необходимо помогать человеку вновь включиться в повседневную жизнь, планировать будущее. Поскольку человек может неоднократно возвращаться к переживаниям острого периода, необходимо давать ему возможность вновь говорить об умершем. Скорбь и оплакивание являются адекватной реакцией на смерть, они приемлемы, необходимы, и прерывать их нельзя. Работа с горем длится столько, сколько человеку нужно, чтобы справиться с тяжелой утратой. Полезными могут быть несколько приемов, которые помогают специалисту успешно работать с утратой, в частности:

- использование предметов (например, фотографии, личные вещи и т. п.), помогающих человеку, пережившему утрату, поддерживать процесс скорби;
- использование арт-терапии;
- повторные расспросы;
- упражнения, которые побуждают человека реалистично взглянуть на отношения, например, составление списков положительных и отрицательных черт характера умершего;
- письма умершему;
- изменение поведения, например, сокращение посещений кладбища или другого места памяти, увеличение числа посещений соответствующих мест, где находятся люди, нуждающиеся в посторонней помощи.

В основном процесс работы с гневом происходит в отношениях с родными и близкими.

ЧАСТЬ 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ

На занятиях со студентами лучше использовать видеоматериалы, работу в малых группах, ролевую игру, выбирая такие заболевания, как цирроз печени, ревматоидный артрит, сахарный диабет, бронхиальная астма, хроническая болезнь почек.

На занятиях с курсантами целесообразнее проводить аквариумную дискуссию или работу в малых группах с обсуждением соблюдения основных положений при сообщении плохих новостей.

Кейсы для обсуждения

Кейс 1

из «Желтой книги» – книги Анастасии Леухиной «Совсем не страшная книга о жизни, смерти и всем, что между ними» (стр. 114)

История о Максимке и его маме, которая сама себе сообщила о его смерти:

«В 9:15 утра в доме раздается звонок. Накануне наш двухдневный Максимка попал в реанимацию.

– Вы – Леухина Анастасия Геннадьевна?

– Да.

– Вас беспокоят из детской больницы. Привезите срочно ваши паспорта и свидетельство о браке.

И я сразу понимаю, что не просят привезти деньги и лекарства, значит, в этом уже нет необходимости. Осталось только уладить бюрократические мелочи. Значит, Максима уже нет.

– Он умер? – спрашиваю я. В

ответ тишина. А потом:

– Ждем вас с документами как можно скорее.

Бабушка Максима дежурила всю ночь на холодной лестнице перед закрытой реанимацией. Он умер, когда она была за дверью, но ей об этом
не сказали, не дали попрощаться. Нам с мужем об этом тоже фактически не сказали. Просто позволили догадаться.

Почему врачи не хотят сообщать плохие новости?»

Кейс 2

Мужчина 60 лет обратился за медицинской помощью к врачу-гастроэнтерологу в связи с ухудшением общего самочувствия. Его беспокоит выраженная общая слабость, горечь во рту, тошнота, иногда рвота, отрыжка с запахом тухлого, плохой аппетит, отвращение к мясной пище, постоянная тяжесть, периодическая тупая боль в правом подреберье. Жалобы появились примерно через 2–3 недели после лечения простуды. По словам больного, 6 месяцев назад он был прооперирован в столичном хирургическом центре по поводу язвы желудка. После операции чувствовал себя удовлетворительно. Медицинская документация отсутствует. Настаивает на том, что с желудком у него все в порядке, а причиной проблем, по его мнению, является печень.

При объективном обследовании в брюшной полости пальпируется опухолеобразное образование, плотное, болезненное. Печень увеличена, твердая, неоднородная, бугристая. Больному назначены дополнительные методы обследования. ЗАК – анемия, повышенная СОЭ, БАК – повышение билирубина, трансаминаз. На УЗИ множественные метастатические поражения печени.

Пациенту сообщено о прогрессировании заболевания. Пациент ведет себя грубо, дерзко, высказывает предположения о низкой квалификации медперсонала, категорически отказывается от ЭГДС, КТ, консультации хирурга-онколога, химиотерапевта, мотивируя это тем, что хирург, который его оперировал (профессор), заверил его в том, что после операции он проживет еще более 10 лет. Врачи предлагают покинуть медицинское учреждение и снова поехать к его лечащему врачу в Киев.

Вопросы для обсуждения:

Какая стадия принятия плохой новости имеет место?
Правильно ли поведение медицинских работников?

Кейс 3

Женщина 38 лет, вторые роды, преждевременные (30 недель). Ребенок родился живым. Ребенок, находящ , находился в отделении интенсивной терапии без матери и через 32 часа скончался. О смерти ребенка врач сообщил одной фразой:
«Ваш ребенок умер». Тело ребенка отдали отцу. Женщину через двое суток выписали из больницы. Муж сказал ей, что ему было страшно и больно хоронить ребенка. Предложил ей сделать это самой. Женщина похоронила своего ребенка сама. Прошел месяц. Женщина не разговаривает со своими родными (мужем, свекровью, своей дочерью) и друзьями. При встрече со знакомыми отворачивается и уходит.

Вопрос для обсуждения:

Какая стадия утраты?
Почему врач сообщил женщине о потере именно таким образом?
Как нужно работать с женщиной и ее родными в ситуации перинатальной потери?

Кейс 4

К лечащему врачу пришла жена пациента, перенесшего геморрагический инсульт, только что вышедшего из церебральной комы. Жене объяснили о серьезности последствий такого заболевания, о том, что муж не сможет ходить, возможно, и сидеть, будет нуждаться в постоянном постороннем уходе, его психическое состояние также изменилось. Жена чувствует себя растерянной. Хочет, чтобы муж жил, несмотря на проблемы психического и физического характера, плачет, уверяет, что сделает для него все возможное и он все-таки будет ходить.

Вопросы для обсуждения:

Какая стадия принятия плохих новостей имеет место?
Какие советы лучше дать жене больного?
Какую команду необходимо сформировать для оказания медицинской помощи пациенту?

Кейс 5

из «Желтой книги» – книги Анастасии Леухиной «Совсем не страшная книга о жизни, смерти и всем, что между ними» (стр. 55)

История о Татьяне, новость в конверте и план

«Она — врач. Одна из лучших гинекологов-эндокринологов в Киеве. …Она сама обнаружила у себя уплотнение и пошла делать маммографию. Обратилась в частную клинику, чтобы не встречаться ни с коллегами-врачами, ни со своими пациентами. «Я ждала результат маммографии в коридоре в десять утра. Ко мне вышла ассистентка врача и молча передала конверт с диагнозом «рак» внутри. Несмотря на то, что я и так знала, что со мной, что я образованна и осведомлена, я рыдала, когда открыла конверт и прочитала диагноз. Несколько минут назад врач увидел опухоль, написал (или написала) слова «рак груди» и выводы, но почему не смог сказать мне об этом лично? Ведь тогда даже несколько слов поддержки стали бы для меня опорой. А молча передать конверт и оставить пациента с таким страшным диагнозом — это жестоко».

Вопросы для обсуждения:

Почему врачи не хотят сообщать плохие новости?
Каковы основные потребности пациента при сообщении плохих новостей?

Кейс 6

из «Желтой книги» – книги Анастасии Леухиной «Совсем не страшная книга о жизни, смерти и всем, что между ними» (стр. 60)

История о маме Ане и о том, как важно найти компетентных специалистов и быть рядом

«…Головные боли, рвота, кровь из носа… Ему становилось только хуже. Сын терял сознание, кричал от боли… Этот врач был нейрохирургом и работал во взрослой областной больнице Кировограда (ныне Кропивницкий). Вот тут-то и началось: «Мамочка, вы куда смотрите? У ребенка опухоль в голове, а вы ничего не делаете! Куда вы до сих пор смотрели? Срочно везите его в Киев в Институт нейрохирургии!»

Вопрос для обсуждения:

Как вы оцениваете сообщение плохих новостей врачом?

КНИГИ И ФИЛЬМЫ О ЖИЗНЕННЫХ КРИЗИСАХ

Книги

Фредерика де Грааф, «Разлуки не будет» Анна
Данилова, «От смерти к жизни»
Виктор и Розмари Зорза, «Путь к смерти. Жить до конца»
Анастасия Леухина, «Совсем не страшная книга о жизни, смерти и всем, что между ними»
Генри Марш, «Истории о жизни, смерти и нейрохирургии»
Йоанна Салига, «Платок»
Шерил Сэндберг, «План В»
Антоний Сурожский, «Жизнь. Смерть. Болезнь» Эрик-
Эммануэль Шмит, «Оскар и розовая дама»
Ирвин Ялом, «Глядя в солнце. Жизнь без страха смерти»

Фильмы

«Виновные звезды» (реж. Джош Бун), США, 2014
«Вселенная Стивена Хокинга» (реж. Джеймс Маш), Великобритания, Япония, США, 2014
«Главное — не бояться!» (реж. Николь Кесел), США, 2011
«Дыши ради нас» (реж. Энди Серкис), Великобритания, 2017
«Доктор» (реж. Рэнда Хейнс), США, 1991
«Достучаться до небес» (реж. Томас Ян), Германия, 1997
«Жизнь прекрасна» (реж. Джонатан Ливайн), США, 2011
«Пять шагов к любви» (реж. Джастин Балдони), США, 2019
«Моя жизнь без меня» (реж. Изабель Койшет), Испания, 2003
«Не сдавайся» (реж. Гас ван Сент), США, 2011
«Спешите любить» (реж. Адам Шенкман), США, 2002
«Сладкий ноябрь» (реж. Пэт О'Коннор), США, 2011 (также предыдущая экранизация пьесы Германа Раучера «Сладкий ноябрь», реж. Роберт Эллис Миллер, США, 1968)
«Третья звезда» (реж. Хэтти Далтон), Великобритания, 2010
«Если я останусь» (реж. Ар Джей Катлер), США, 2014

Вопросы для рефлексивного дневника:

Что переживает пациент, когда ему сообщают плохие новости? Каковы плюсы и минусы пребывания родственников в отделении интенсивной терапии?

Презентация темы по ссылке:

bit.ly/3Di0ybj

Полная версия занятия по ссылке:

bit.ly/3ombqk4

ТЕМА 7

Конфликты и сложные разговоры


ONE

ТЕМА 7

ПАЦИЕНТЫ В СЛОЖНЫХ СИТУАЦИЯХ. КОНФЛИКТ

Материал тщательно подготовлен Юлией Турпаковой и Натальей Галияш



Наталья Галияш, доцент кафедры педиатрии, Тернопольский национальный медицинский университет имени Ивана Горбачевского



Юлия Турпакова, преподавательница дисциплин педиатрического профиля, Ровенская медицинская академия

УЧЕБНЫЕ ЦЕЛИ

Отношение	Знания	Навыки
человекоцентрированный подход как основа философии отношений с пациентом.	что такое конфликт, причины его возникновения, основные стратегии предотвращения и поведения в конфликтных ситуациях; ситуации, в которых пациент может стать «сложным». Поиск эффективного подхода к пациентам в кризисных эмоциональных состояниях.	демонстрация эффективного эмпатического общения, избегание конфликтных типов общения и поведения; оценка эмоционального состояния пациентов; общение с пациентами в сложных эмоциональных состояниях; разрешение конфликта путем решения проблемы; проявление эмпатии.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Организационная часть – **5 мин.**
Проверка начального уровня знаний (тестовый контроль) – **10 мин.** Краткий разбор теоретического материала (мини-лекция). Альтернативный вариант – устный опрос/интерактив/демонстрация видео – **20 мин.**
Разбор видеокейсов – **40-45 мин**. Предлагаемый вариант: обсуждение кейсов в малых группах.
Ролевая игра – **15 мин**. (подготовка всех групп и презентация первой ситуации).
Дебрифинг – **20 мин**.
Презентация второй ситуации – **5 мин**.
Повторный дебрифинг – **20 мин.**
Презентация третьей ситуации – **5 мин.**
Повторный дебрифинг – **20 мин.**
Заключительный тестовый контроль уровня теоретических знаний – **5 мин.** (по желанию).
Подведение итогов, объявление оценок – **10 мин. Всего**

180 минут.

Материалы занятия

ЧАСТЬ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Табл. 6.

Пять стратегий поведения в конфликтах (по Томасу Килману)

	Суть стратегии	Последствия
Избегание: «Я не вижу конфликта»	Отрицание существования конфликтной ситуации	Оппонент испытывает все большее чувство обиды и в конце концов может принять импульсивное решение
Адаптация/уступка	Отказ от собственных интересов в пользу оппонента	Сторона, которая идет на уступки, «учит» партнера, что с её интересами можно не считаться. Эти правила игры принимаются, и в дальнейшем интересы стороны, склонной отказываться от своих интересов, больше не принимаются во внимание
Компромисс	Взаимная уступка – отказ от части своих интересов при условии, что другая сторона тоже откажется от части своих интересов	Все идут на уступки, поэтому никто не остается полностью удовлетворенным. Когда нет времени на переговоры, компромисс может быть не самым лучшим, но приемлемым и быстрым решением
Конкуренция	Каждый отстаивает свои интересы, прибегая ко всем средствам достижения цели: принуждение, давление, манипуляции, шантаж. Интересы оппонента не принимаются во внимание	Такая модель встречается нередко, но она очень разрушительна для отношений. Ее следствие – негативный, враждебный психологический климат
Сотрудничество	Обе стороны прилагают активные усилия для достижения цели	Не всегда, но чаще всего эта стратегия – самая эффективная. Она позволяет максимально реализовать интересы конфликтующих сторон и сохранить (а иногда и улучшить) отношения между оппонентами. Требует времени, хотя бы минимальной готовности оппонентов достичь договоренности и начать переговоры

Основные тактические ходы в конфликте

Конфликтологи вывели следующие правила содействия конструктивному решению конфликтной ситуации:

1. Старайтесь адекватно оценить собственное поведение в конфликтной ситуации.
2. Посмотрите на проблемную ситуацию глазами другого человека.
3. Избегайте суждений о действиях и высказываниях другого человека.
4. Контролируйте свои эмоции.
5. Приглашайте другого человека к обсуждению спорных вопросов даже тогда, когда вы можете взять инициативу на себя.
6. Учитывайте возможность искажения информации при ее передаче.

Психологи предлагают следующие приемы, способствующие более конструктивному развитию напряженной ситуации:

- рациональное убеждение (использование фактов и логики для подтверждения своей позиции);
- дружелюбное поведение (создание у оппонента впечатления о наличии у него положительных качеств);
- коалиционная тактика (просьба о поддержке, предложения о союзе);
- заключение соглашений (взаимный обмен благами, обещания);
- управление вниманием оппонента;
- создание эффекта неожиданности, если общение развивается по деструктивному сценарию.

Все это поможет оппонентам остыть и оценить положение дел, а затем принять взвешенное решение.

Советы по достижению бесконфликтных отношений:

- Не спорьте из-за мелочей.
- Не спорьте с тем, с кем спорить бесполезно (собеседник неудобен и упрям), а также с теми, кто спорить с вами не собирается.
- Не спорьте с тем, кому важнее спорить, чем выяснить и решить проблему.
- Методика разрешения конфликта путем решения проблемы.
- Избегайте категоричности и резкости в процессе спора.
- Избегайте монологов и переходите к диалогу, тогда не будет времени на споры.

Последовательность действий

1. Определите проблему в категориях целей, а не решений (то есть не сосредотачивайтесь на борьбе с последствиями проблемы, а сформулируйте цель ради ее преодоления и определите направление).
2. После выяснения сути проблемы рассмотрите такие варианты ее решения, которые устраивали бы, в той или иной степени, все заинтересованные стороны.
3. Сосредоточьтесь на проблеме, а не на собственных качествах оппонента (переход на личности гарантированно обостряет и усугубляет конфликт).
4. Создайте атмосферу доверия, улучшив информационный обмен и взаимовлияние.
5. Во время общения стремитесь достичь результата, при этом не сдавайтесь но и учитывайте конструктивные замечания другой стороны.

Правила ведения диалога

Когда вы говорите:	Когда вы слушаете:
будьте доброжелательны, уважайте собеседника;	не жалейте времени, чтобы выслушать собеседника;
будьте вежливыми, избегайте категоричности, не читайте мораль;	терпимо и уважительно относитесь к тому, кто говорит;
соблюдайте скромность в самооценке, будьте ненавязчивыми;	не перебивайте собеседника, выслушайте его до конца;
ориентируйтесь на партнера, создавайте для него/нее психологический комфорт;	дайте партнеру проявить себя в общении, стимулируйте его активность;
постоянно стимулируйте заинтересованность партнера в конструктивном общении;	используйте речевые, жестовые, мимические средства эмоционально-психологической поддержки говорящего.
придерживайтесь логичного изложения своих взглядов и предложений, не употребляйте непонятных слов;	
поддерживайте внимание собеседника, стимулируйте его/ее активное восприятие;	
выбирайте такой стиль разговора, который был бы благоприятен не только для ситуации общения, но и для восприятия партнером;	
учитывайте дистанцию в общении, систему жестикуляции и мимики и т. д.;	
замечайте эмоции, но не поддавайтесь им;	

Пациент в сложной ситуации: как общаться?

6 правил:

1. Позвольте собеседнику «выпустить пар»

Сначала выслушайте человека, чтобы дать ему «выпустить пар». Повторите услышанное, чтобы показать, что вы поняли всё сказанное. Проявите сочувствие к чувствам пациента, но не соглашайтесь с его/её жалобами (если они необоснованны). Признание чувств обычно быстро снижает их интенсивность. Затем спокойно и уверенно выскажите собственную точку зрения, избегая критических формулировок в отношении «правды» пациента. Сделайте акцент на том, что теперь, когда суть вопроса понятна, необходимо определить план действий для лечения, обследования или назначения.

2. Определяем истинные цели сторон

Желание пациента получить назначение для лечения реже приводит к конфликту, чем намерение сравнить диагноз и назначение, выданное другим специалистом, любым способом получить больничный, справку и т. п. Самое важное в случаях подобных запросов — отказывать пациенту быстро, аргументированно и категорично, объясняя свой отказ должностными инструкциями.

3. Работаем с эмоциями

Важно вовремя понять эмоции человека или отреагировать на их изменение. Рекомендуем не заполнять бумаги, не вести электронные карты одновременно с общением с пациентом. Слушайте не только то, что говорит пациент: наблюдайте и за его/ее языком тела, мимикой, тоном голоса.

Заметив эмоциональное напряжение, попытайтесь повлиять на стабилизацию ситуации. Продемонстрируйте свое сочувствие, успокойте и поддержите человека.

4. Никаких шансов «болтунам»

Болтливые пациенты тратят все отведенное на прием время на собственный монолог. Врачу нужно перехватить инициативу, проявить значительную активность, чтобы переключить пациента с малозначительных деталей на действия здесь и сейчас. Предупредите об ограниченной продолжительности разговора, выясните цель визита, чтобы держать его в фокусе. Используйте больше закрытых вопросов или вопросов, требующих конкретного выбора.

5. Осторожно: манипуляция

Некоторые пациенты играют на чувствах окружающих, прибегают к лести, угрожают истерикой или жалобой главному врачу, чтобы достичь своей цели. Главное правило в общении с такими людьми — осознавать свои эмоции и не поддаваться эмоциям пациента. Не бойтесь говорить твердое «нет».

Хорошим щитом от манипуляций является выигрыш времени. Чтобы избежать ситуации, когда манипулятор пытается лишить вас времени на обдумывание, используйте магические фразы: «мне нужно подумать», «вы не могли бы изложить свою просьбу в письменном виде?» и т. п.

6. Право на права

Чтобы защитить коллектив от необоснованных нападок со стороны пациентов в сложных ситуациях (речь идет не об обоснованных жалобах), стоит разработать и утвердить соответствующими приказами определенные правила, регламентирующие права врачей. Например, там может быть указано, что если пациент использует ненормативную лексику, врач имеет право отказаться от дальнейшего приема.

Наличие подобных документов минимизирует возникновение различных недоразумений и дальнейшее развитие конфликтной ситуации.

Табл. 7.

Протокол EBE

Протокол EBE (EVE)		
E	Эмоция/Explore the Emotion	Эмоцию следует идентифицировать: • определить, какая эмоция переполняет пациента (злость, печаль, страх и т. д.); • выяснить, что ее вызвало: «Не могли бы вы объяснить (подробно описать), что вы чувствуете?»; • признать ее наличие: «Я понимаю, что это могло вас разозлить».
B	Валидация эмоции/Validate the Emotion	Валидация эмоции: • подтверждает собеседнику, что вы понимаете уместность его/ее эмоции: «Я понимаю, что вас разозлило», «Большинство людей на вашем месте чувствовали бы то же самое (аналогично)».
E	Эмпатический ответ/ Empathic Response	Эмпатический ответ: • показывает собеседнику, что его/ее эмоции понимают и ему/ей сочувствуют: «Мне очень жаль, что так случилось, и я понимаю, как вы себя сейчас чувствуете», «Я понимаю, что вам сейчас обидно и грустно. Мне жаль».

Чего следует избегать при разговоре с разгневанными пациентами

Предлагать быстрое решение

Часто пациенты хотят/нуждаются в том, чтобы вы поняли эмоции, которые они испытывают, а не нашли быстрое решение. Очевидно, это будет зависеть от ситуации, но подумайте, стоит ли придумывать быстрое решение, которое может даже не принести вам ожидаемой пользы.

Злиться самому

Постарайтесь быть внимательными и осознавать, какие чувства вызывает у вас взаимодействие с пациентом. Вас может возмутить или разозлить не то, что говорит пациент, а то, как он это делает. Старайтесь держать под контролем свои эмоции и оставайтесь профессионалом. Вы можете испытывать злость, но демонстрация этого пациенту, и без того разъяренному, скорее всего, еще больше осложнит ситуацию. Возможно, разговор с другим человеком (коллегой) в такой ситуации поможет снизить градус вашего внутреннего напряжения или оценить проблему по-другому.

Защищаться

Переход в оборону может показаться естественным, особенно если вы уверены в неправоте оппонента. Однако постарайтесь удержаться от соблазна реагировать защитой, поскольку это может усилить гнев пациента.

ЧАСТЬ 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ

Ролевая игра

Ролевая игра (для малых групп, с возможностью общего дебрифинга) Роли: 1 –

медицинский работник; 1 – пациент; 1-2 – наблюдатели.

Продолжительность: **25 мин. (10 мин. – подготовка; 2-3 мин. – презентация диалога; 10-12 мин. – дебрифинг).**

Пример ситуации для ролевой игры:

Пациент 63 лет с подозрением на рак желудка категорически отказывается от проведения ФГДС. Устраивает скандал. Требует немедленно отпустить его домой. В анамнезе: хронический гастрит; желудочное кровотечение два года назад. На момент данной госпитализации были жалобы на нарушение аппетита, похудение. Обследование было назначено врачом отделения, который уехал в командировку, и связаться с которым нет возможности.

Задание для медицинского работника: убедить пациента выполнить назначенные обследования (ФГДС).

Предлагаем для каждой из малых групп использовать одну и ту же ситуацию, но менять тип пациента:

А – подозрительный пациент: недоброжелательный и подозрительный во время общения. Постоянно всех в чем-то подозревает.

В – болтливый пациент: многословен, постоянно перескакивает с одной темы на другую, не может кратко отвечать на вопросы.

С — манипулятивный пациент: играет на чувствах окружающих, угрожает судебным иском, самоубийством, злится. Ведет себя импульсивно, стремясь добиться того, чего хочет.

Е – сердитый пациент: напряженный, не настроен на сотрудничество.

Д – тревожный пациент: растерянный, нервный, требует чрезмерного внимания и усилий для убеждения. В поведении и общении проявляет признаки тревоги: дрожь, потливость, быстрая речь и т. д.

Табл. 8

Пример чек-листа для дебрифинга

Действия медицинского работника	Описание /Критерии оценки	Отметка о выполнении	Баллы
Приветствие	Медицинский работник приветствует пациента		1
Самопрезентация	Называет свое имя		0,5
	Называет свою роль		0,5
Идентификация личности пациента	Спрашивает имя пациента, возраст (год рождения)		1
Сбор информации о сути конфликта/претензии	в чем суть жалобы;		1
	когда у пациента возникли претензии;		1
	к кому обращались за дополнительной информацией/помощью;		1
	какие ресурсы были использованы для разрешения конфликта/претензии		1
Признание позиции другого человека (услышать и повторить) – как вербально, так и эмоционально	Протокол EVE (EVE):		
	• идентификация эмоций;		1
	• валидация эмоций;		1
	• эмпатический ответ		1
Объяснение своей позиции	Аргументированный ответ с объяснением/толкованием сложной терминологии		1
Предложение решения проблемы	постановка задач;		0,5
	составление плана действий;		0,5
	предложение о привлечении дополнительных ресурсов (человеческих, технических, фармакологических, материальных и т. д.);		0,5
	ориентация на конечный результат		0,5
Обоснование. Ссылки на факты	Использование статистических данных, таблиц, графиков, иллюстраций, нормативных документов, проверенных источников информации		1

Действия медицинского работника	Описание / Критерии оценки	Отметка о выполнении	Баллы
Обращение к пациенту	Обращение по имени (имя отчество)		1
Правильное ведение диалога	доброжелательность, уважение к собеседнику;		0,5
	вежливость, отсутствие категоричности;		0,5
	скромность в самооценке, ненавязчивость;		0,5
	ориентация на партнера, создание для него/нее психологического комфорта;		0,5
	постоянное стимулирование заинтересованности партнера в конструктивном общении;		0,5
	логичность в изложении своих взглядов и предложений;		0,5
	поддержание внимания партнера, стимулирование его/ее активности в восприятии;		0,5
	выбор такого стиля разговора, который был бы благоприятным не только для ситуации общения, но и для восприятия партнером;		0,5
	учет дистанции, системы жестикуляции и мимики и т. п. во время общения;		0,5
	эмоциональная сдержанность		0,5
Результат коммуникации	Выбрана стратегия для разрешения конфликта/претензии		1
Набранное количество баллов Максимальное количество баллов – 21,5 Минимальное количество баллов для зачета – 15 (70%)			

Дебрифинг – обратная связь

4 этапа:

1. Студент: что я сделал хорошо.
2. Студент: что я мог/могла сделать лучше.
3. Преподаватель: что было сделано хорошо.
4. Преподаватель: что можно было сделать лучше.

Вопросы для рефлексивного дневника:

Боитесь ли вы конфликтных ситуаций? Как конфликтные ситуации и общение с пациентами в сложных ситуациях влияют на вас?

Презентация темы по ссылке:

bit.ly/3DuIIDe

Полная версия занятия
по ссылке:

bit.ly/31sh3V5

ТЕМА 8

Толерантность и разнообразие: как и почему работать с разными людьми



ТЕМА 8
ТОЛЕРАНТНОСТЬ И РАЗНООБРАЗИЕ

Методические материалы тщательно подобраны Оксаной Петринич и Ольгой Говардовской



Оксана Петринич, доцент кафедры семейной медицины, Буковинский государственный медицинский университет



Ольга Говардовская, ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии, Харьковский национальный медицинский университет

УЧЕБНЫЕ ЦЕЛИ

Отношение	Знания	Навыки
человекоцентрированный подход как основа философии отношений с пациентом.	толерантность и разнообразие.	как и почему работать с разными людьми и уважать их как людей.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Организационная часть – **3 мин.**

Рефлексия: «Почему врачи могут быть предвзятыми по отношению к определенным пациентам?» или «Вспомните случаи из вашей жизни или практики, когда вы стали свидетелем/жертвой дискриминации при получении медицинской услуги» – **12 мин.**

Краткий разбор теоретического материала (мини-лекция) – **10 мин.**

ВАРИАНТ А
ролевая игра / гибридный пациент

рекомендуется для студентов 5-6 курсов.

Накануне занятия студенты получают задание – 4 различные ситуации: например, консультация пожилого пациента; ребенка с родителями; женщины с анемией после длительного голодания; пациента с депрессией. На занятии студенты представляют свой случай в виде консультации, где участниками являются врач, пациент, члены семьи. Все студенты анализируют консультацию (в соответствии с Калгари-Кембриджской моделью) и высказываются во время последующего дебрифинга (что сделано хорошо,

ВАРИАНТ Б

рекомендуется для студентов 4 курса

Разбор тех же кейсов в малых группах с последующим обсуждением со студентами – **25 мин.**

+ анализ видеозаписей консультаций: необходимо выявить различия в информации, полученной от пациента, и в тактике дальнейших назначений врача в зависимости от правильности проведения консультации (источник № 8 в списке видео) – **25 мин.**

Тестовый контроль – **10 мин.**

что можно улучшить; сначала высказываются непосредственные участники ролевой игры, далее – остальные студенты) – **55 мин**. Преподаватель подводит итоги (что сделано хорошо, что можно улучшить) – **5 мин.**	Подведение итогов – **5 мин**

Всего 90 мин.

Материалы занятия

ЧАСТЬ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Люди во всем мире сталкиваются с барьерами при доступе к качественному медицинскому обслуживанию. В разных странах и разных сообществах причины этого могут быть разными. Однако есть некоторые барьеры, которые встречаются повсеместно. К ним относятся различные формы дискриминации, с которыми сталкиваются определенные группы населения.

ДИСКРИМИНАЦИЯ

Дискриминация (от лат. Discriminatio — отделение, различие) — это нарушение принципа равенства. В Законе Украины «Об основах предотвращения и противодействия дискриминации в Украине» приводится следующее определение: «Дискриминация – ситуация, при которой лицо и/или группа лиц по признакам расы, цвета кожи, политических, религиозных и других убеждений, пола, возраста, инвалидности, этнического и социального происхождения, гражданства, семейного и имущественного положения, места проживания, языковых или иных признаков, которые были, являются и могут быть действительными или предполагаемыми, подвергается ограничению в признании, реализации или пользовании правами и свободами в любой форме, установленной настоящим Законом, за исключением случаев, когда такое ограничение имеет правомерную, объективно обоснованную цель, способы достижения которой являются надлежащими и необходимыми».

Перечни признаков, по которым запрещено дискриминировать людей, в законодательстве каждой страны могут различаться — где-то их больше, где-то меньше, но есть общий принцип, который объединяет такие перечни: они должны быть открытыми. Открытый перечень означает, что после того, как в законе перечислены все упомянутые признаки, не ставится точка, а написано «и другие признаки».

Под «другими признаками» мы также понимаем, в частности:

- состояние здоровья (например, ВИЧ-положительный статус лица);
- образ жизни (например, употребление психоактивных веществ или предоставление услуг коммерческого секса);
- сексуальная ориентация;
- гендерная идентичность;
- членство в профсоюзе;
- наличие судимости.

Формами дискриминации являются:

прямая дискриминация — ситуация, при которой к лицу и/или группе лиц по их определенным признакам относятся менее благосклонно, чем к другому лицу и/или группе лиц в аналогичной ситуации, за исключением случаев, когда такое обращение преследует законную, объективно обоснованную цель, способы достижения которой являются надлежащими и необходимыми;

косвенная дискриминация – ситуация, при которой в результате реализации или применения формально нейтральных правовых норм, критериев оценки, правил, требований или практики для лица и/или группы лиц по их определенным признакам возникают менее благоприятные условия или положение по сравнению с другими лицами и/или группами лиц, за исключением случаев, когда их реализация или применение преследуют правомерную, объективно обоснованную цель, способы достижения которой являются надлежащими и необходимыми;

подстрекательство к дискриминации – указания, инструкции или призывы к дискриминации в отношении лица и/или группы лиц по их определенным признакам;

соучастие в дискриминации – любая сознательная помощь в совершении действий или бездействии, направленных на возникновение дискриминации;

ущемление – нежелательное для лица и/или группы лиц поведение, целью или следствием которого является унижение их человеческого достоинства по определенным признакам или создание в отношении такого лица или группы лиц напряженной, враждебной, оскорбительной или пренебрежительной атмосферы.

Предлагаем посмотреть видеоролик «Дискриминация. Формы дискриминации» ссылка www.youtube.com/watch?v=2MV-xdvS98k&list=PL7GVCn-95zwDj4pBh5M3IADpQaozZyO5l&index=90

Дискриминация в сфере здравоохранения может выражаться в следующем:

- отказ в оказании медицинской услуги или отказ зарегистрировать вас в качестве пациента в клинике;
- отказ в продолжении оказания услуги;
- предоставление услуги в меньшем объеме или худшего качества, чем обычно предоставляется;
- нанесение морального или материального ущерба;
- оскорбительное или унизительное обращение;
- попытки наказать или унизить, если человек пожаловался на дискриминацию;
- умышленное не оказание медицинской услуги, что в некоторых случаях может считаться преступным бездействием ответственных лиц и приравниваться к пыткам.

Например:

- отказ в стационарном лечении ромам или ВИЧ-позитивным людям;
- отказ в обслуживании в больнице из-за незнания украинского или русского языка;
- отсутствие пандуса к помещениям больницы или аптеки, или пандус, которым нельзя воспользоваться;
- отказ в лечении пациентов, поскольку они «слишком старые».

Перечень является неисчерпаемым и иллюстративным.

Предлагаем посмотреть видеоролик «Толерантность как категория этики» по ссылке www.youtube.com/watch?v=taBSHHqmn9E&list=PL7GVCn-95zwDj4pBh5M3IADpQaozZyO5l&index=90



Важно помнить, что отказ в предоставлении платных услуг в случае, если человек не может за них заплатить, не будет считаться дискриминацией. Однако администрация обязана предоставить четкую информацию о том, какие услуги являются платными, сколько они стоят и какие существуют бесплатные альтернативы.

Мы можем снизить вероятность дискриминации следующими действиями:

обеспечением равенства – это проявляется в одинаковом отношении к людям с учетом их потребностей;

инклюзией (от англ. inclusion – включение, вовлечение) – процессом увеличения степени участия всех граждан в социуме. Например, предоставление информации в различных форматах (в т. ч. шрифтом Брайля), доступ к зданию для человека в инвалидной коляске (так корректно называть «инвалидную коляску») и т. д.;

уважением и принятием разнообразия — толерантностью.

В современной литературе «толерантность» часто выступает синонимом понятия «терпимость». Однако:

терпимость – это пассивное принятие окружающей реальности, без сопротивления неблагоприятным внешним влияниям. Толерантность не стоит сводить к терпимости.

толерантность – признание права другого человека, отличающегося от тебя, готовность понимать и принимать другие культурные нормы, убеждения и модели поведения. В трактовке понятия «толерантность» необходимо опираться на гуманизм, то есть признание ценности человека как личности, его права на свободу, счастье, развитие и проявление своих способностей.

Обратная сторона толерантности – **нетерпимость (интолерантность).**

Навыки общения, необходимые для понимания вопросов культурного разнообразия, – это частный случай основных навыков, которые применяются для понимания позиции пациента (на этапах сбора информации, объяснения и планирования) и выстраивания отношений. То же самое можно сказать и о социальном разнообразии: о таких аспектах, как возраст, пол, социально-экономический статус, образование.

Культурная компетентность — это способность медицинских работников и организаций предоставлять медицинские услуги, отвечающие культурным, социальным и религиозным потребностям пациентов и их семей.

МЕЖКУЛЬТУРНОЕ ОБЩЕНИЕ И СОЦИАЛЬНОЕ РАЗНООБРАЗИЕ

Язык

общения на иностранном языке (например, пациент или врач вынуждены разговаривать на языке, которым владеют недостаточно)

использование жаргона

акцент, диалект

оскорбительная

фамильярность

Использование и трактовка невербальной коммуникации

прикосно
вения
язык тела

расстояние – близкое/далекое

зрительный
контакт
выражение эмоций

Культурные установки и медицина

интерпретация симптомов — что считать нормой, а что нет

взгляды на причинно-следственные связи

взгляды на эффективность различных вариантов лечения

отношение к болезни и опыту болезни

использование дополнительных или альтернативных источников медицинского обслуживания

ожидания людей разного возраста и пола от ролей и отношений

роль врача и социальное взаимодействие в области авторитета и способов проявления уважения

принятие ответственности за соблюдение медицинских рекомендаций

события семейной жизни (обряды, верования, сопровождающие сватовство и свадьбу, беременность и роды, помощь старших молодым, уход за пожилыми людьми, смерть)

психологические вопросы (выявление привычных стресс-факторов, знание системы психологической поддержки семьи/населения)

роль врача в психическом здоровье и болезни

Интимные вопросы

сексуальность – в т.ч. сексуальная ориентация, сексуальное поведение, контрацепция

стеснительность при определенных процедурах осмотра

употребление и злоупотребление алкоголем и другими веществами

домашнее насилие сообщение

плохих новостей

Вопросы/препятствия в медицинской практике

степень взаимодействия врача с пациентом, степень вовлечения семьи, личные и семейные обязанности по поддержанию здоровья и лечению

этические вопросы медицинской помощи

предположения, стереотипы и предубеждения врача

консилиум со специалистом, практикующим комплементарную или нетрадиционную медицину

Знание различных этнических и культурных контекстов, в которых может работать врач, полезно, а порой и совершенно необходимо. Такие знания придадут врачу уверенности, а возможно, и помогут быстрее наладить отношения с пациентом. Однако основные навыки понимания каждого конкретного пациента и его медицинских убеждений, к какой бы культуре он/она ни принадлежал/а, остаются принципиально важными.

Важно исходить из того, что все пациенты стремятся как к уважению своей автономии со стороны врача, так и к участию в принятии решений. Во многих культурах и сегодня принято ожидать от врача патернализма, а от консультации — ориентации на врача. Но переносить на конкретного пациента позиции и мировоззрения всей расы или культуры так же вредно, как и полностью игнорировать чувствительность к культурным темам. Задачей врача является выяснение уникальной позиции и опыта болезни каждого конкретного пациента. Это так же важно и в том случае, когда врач и пациент принадлежат к одной культуре.

Таким образом, врачам приходится решать две порой противоречащие друг другу коммуникационные задачи: как не делать предположений о пациенте на основании его этнической принадлежности и в то же время ценить, стремиться узнать и понять культурные различия, которые могут существенно повлиять на то, как вы будете лечить пациента. Неудивительно, что достижение взаимопонимания и доверия между пациентом и врачом из разных культурных групп часто требует времени и усилий с обеих сторон.



Рис. 10. Структура клинической консультации Калгари-Кембридж

Табл. 9

Калгари-Кембриджская модель (ККМ) медицинской консультации для работы с людьми из разных этнических групп

Навыки из «Калгари-Кембриджских руководств»	Использование данных навыков более глубокое, целенаправленное и интенсивное
Начало	
Поздоровайтесь, представьтесь друг другу	→ Уточните, как произносится имя и фамилия, какое обращение к себе предпочитает пациент
Проявите заинтересованность, заботу и уважение, позаботьтесь о том, чтобы пациенту было физически удобно	→ Проявите понимание к пожеланию пациента, чтобы в консультации участвовал член семьи или чтобы врач был мужчиной или женщиной. Предложите помощь переводчика и, если ее примут, договоритесь о его роли на этапе согласования повестки дня. Уточните, на каком языке пациент предпочитает вести консультацию. Предложите перенести консультацию, если языковой барьер слишком существенен. Учитывайте пол врача и пациента во время консультации и осмотра.

Навыки из «Калгари-Кембриджских руководств»	Использование данных навыков более глубокое, целенаправленное и интенсивное
Сбор информации	
Выясните позицию пациента: идеи, опасения, ожидания, чувства, влияние его/ее состояния здоровья на жизнь →	Выясните, каковы у пациента: взгляды на причинно- следственные связи культурно обусловленные ожидания относительно лечения семейные, брачные, религиозные и социальные обычаи знания о системе психологической поддержки семьи/населения отношение к дополнительным/альтернативным источникам медицинского обслуживания. Пациенты из некоторых культурных и социальных слоев бывают мало осведомлены о связи психологических проблем и физических симптомов. В некоторых случаях распознать депрессию, лежащую в основе психосоматики, нелегко. Может потребоваться особое внимание к точке зрения пациента и построение доверия в течение длительного времени. Врачу, возможно, придется выбирать подходящие моменты и принимать варианты медицинской помощи, которым отдает предпочтение пациент, как и взгляды пациента на свое состояние, не рискуя ему/ей возразить, чтобы не потерять доверие.
Вовлекайте пациента, стимулируйте его участие и вопросы, и →	Пациента нужно подталкивать к тому, чтобы он задавал вопросы. Афроамериканцы в США, согласно исследованиям, реже задают вопросы онкологам и реже приводят с собой сопровождающих.
Сбор информации	
Демонстрируйте соответствующее невербальное поведение	Не забывайте о возможных культурных различиях в невербальном поведении, например, в зрительном контакте, прикосновениях, дистанции.
Беспристрастно принимайте взгляды и чувства пациента →	Принимайте идеи и убеждения пациента без моральной оценки. Избегайте стереотипов и высокомерия (например, учитывайте пожелания пациентов и их близких относительно осмотра, обследования, направления к специалистам). Старайтесь не строить предположений, а если строите, то проверяйте их. Проявите чуткость к культурным различиям в таких аспектах, как сексуальные проблемы, употребление и злоупотребление алкоголем и другими веществами, насилие в семье.
Окажите поддержку →	Продемонстрируйте свою поддержку словами.

Навыки из «Калгари-Кембриджских руководств»	Использование данных навыков более глубокое, целенаправленное и интенсивное
Объяснение и планирование	
Оцените исходное состояние пациента →	Прежде чем предоставлять информацию, учитывайте культурный контекст. Это особенно важно при работе с людьми с инвалидностью, которые, согласно исследованиям, испытывают недостаток уважения и внимания к своим словам, получают недостаточную информацию и реже участвуют в планировании лечения. Если необходимо, пригласите на консультацию переводчика. Проверьте, насколько точно и полно переводчик передал, а пациент понял информацию.
Связывайте объяснения с позицией пациента →	Проверьте культурный контекст/языковые навыки, прежде чем предоставлять информацию. Убедитесь, что проблемы и опасения пациента учтены.
Проверьте понимание →	Проверять понимание особенно важно, когда есть языковые проблемы, даже в присутствии переводчика. Делайте это не реже, чем каждые 1,5 мин. Предложите реалистичные варианты выбора с учетом ситуации и биографии пациента.
Договаривайтесь о приемлемом для всех сторон →	Пациенту, который не привык к партнерским отношениям с врачом, это может показаться странным и сложным.

Примеры точных формулировок, которые помогут врачу выяснить и ценить культурные различия, не прибегая к стереотипам и необоснованным предположениям

Как всё это влияет на вашу жизнь и жизнь вашего окружения?

Расскажите немного о себе и своей семье. Где вы живете? Кто живет вместе с вами? Где ваш родной дом? Кто ваши родители? Вы верующий человек?

Я знаю, что причиной бесплодия часто являются семейные проблемы. Происходит ли у вас что-то подобное?

Бывает, что семейные и религиозные традиции сильно влияют на обсуждение гинекологических проблем. Скажем, католики строго подходят к вопросам контрацепции. Влияет ли что-то подобное на ваши мысли о вашей проблеме?

Вы ранее сказали, что вы из Афганистана. Я ничего не знаю об афганской культуре. Скажем, принято ли у вас рукопожатие с врачом? Как у вас принято здороваться?

Я понимаю, как вас беспокоит то, что я не понимаю вас так хорошо, как вам хотелось бы. Возможно, нам будет проще с переводчиком?

Мне хотелось бы знать, какого рода лечение вы ожидали или надеялись получить. Насколько я знаю китайскую культуру, это может быть совсем не то, что мы можем предложить. Если у вас именно такой случай, я хочу вам помочь.

Вы говорите, что у вас болит все тело. Есть ли у вас предположения, почему?

Другие полезные советы

Если вы не знакомы с пациентом или его родственниками и не знаете, подавать ли ему руку:

следите за реакцией

извинитесь, если пациент выглядит обиженным (вы не хотели никого обидеть)

постройте отношения по-другому, скажем, спросите, какое приветствие с вашей стороны было бы наиболее уместным.

Если вы намерены задать деликатный вопрос, спросите разрешения:

Могу я спросить вас об этом? Вы не

против?

Спросите, чем вы можете помочь:

Я могу вам в этом помочь?

Объясните, почему:

Вам это может быть нелегко. Но вот почему я должен вас спросить/сделать это…

У людей иногда бывают свои объяснения, и понимать точку зрения пациента всегда полезно.

Я знаю, что женщины иногда предпочитают, чтобы их осматривала также женщина. Для вас это важно?

Правила общения с пациентом, принадлежащим к другой этнико-культурной или религиозной группе, изложены в протоколе BALANCE

Табл. 10

Протокол BALANCE

	Категория		Следует выяснить
B	Убеждения и ценности	Убеждения и ценности	Убеждения, влияющие на восприятие болезни
A	Атмосфера	Окружение	Жизненные обстоятельства и тип семьи
L	Language & Health Literacy	Язык и медицинская грамотность	Роль переводчиков, точность перевода, метафорические значения
A	Принадлежность	Социальная принадлежность	Социальная активность, религиозные и духовные ценности
N	Сеть	Сеть/связи	Социальное сопровождение
C	Challenges	Опасности/вызовы	Бытовые и профессиональные вредности
E	Экономика	Экономика	Социально-экономическое положение семьи и общества

Общение с пожилыми пациентами

Общение с пожилыми пациентами требует отдельного рассмотрения. За последние 100 лет доля пожилых людей в населении стабильно растет во всем мире. Согласно существующим оценкам, к 2030 году люди старше 60 лет будут составлять 35% населения Запада. Вот некоторые из вопросов, которые врачи должны задавать себе и своим пожилым пациентам:

Какие конкретно психологические и физические проблемы связаны у данного человека со старением?

Не повлияли ли потеря слуха или неврологические проблемы пациента на его/ее способность к общению? Если да, то что следует делать по-другому?

Что означает для данного человека болезнь или приближение смерти?

Если пациент обратился с симптомами недомогания, не указывает ли это на то, что ему/ей вовсе не нужна другая помощь? Не находится ли он или она в депрессии? Не одинок ли он/она? Не боится ли он/она инвалидности и потери независимости? Не боится ли он/она смерти?

Что я знаю о жизни этого человека, о том, что с ним происходило?

Есть ли какие-то ограничения в плане медицинского вмешательства и лечения, которые мне нужно учитывать при выполнении дальнейших действий?

Чего ожидает от меня этот человек как от врача?

Помогают ли этому человеку родные или друзья? Должны ли они и хотят ли они участвовать в оказании помощи, и если да, то как их привлечь?

Наблюдают ли за данным пациентом другие врачи и учреждения? Стоит ли здесь вопрос о преемственности медицинской помощи?

Основной принцип — относиться к людям прежде всего как к личностям, а не как к «пожилым людям» — имеет здесь такую же силу, как и при работе с пациентами из разных культур.

Табл. 11.
ККМ для работы с людьми старшего возраста

Навыки из «Калгари-Кембриджских руководств»	Использование данных навыков более глубокое, целенаправленное и интенсивное
Начало	
Установите контакт	→ Особое внимание следует уделять людям с ослабленным здоровьем, которые плохо слышат или плохо видят. Многие пожилые пациенты приходят к врачу с родственниками или сиделками, и тогда контакт необходимо налаживать всеми присутствующими.
Скрининг	→ Врач должен помнить, что скрининг и расстановка приоритетов при работе с пожилыми пациентами особенно важны, так как со временем у таких людей может накопиться много проблем. Помните, что: характер и количество проблем не обязательно указывают на то или иное функционирование организма не все проблемы актуальны сейчас не все проблемы требуют помощи не все проблемы входят в повестку дня пациента
Слушайте внимательно	→ Оценка эмоционального состояния пациента с самого начала и на протяжении всей консультации чрезвычайно важна при работе с пожилыми пациентами. У них очень распространены тревожность и депрессия, которые могут не проявляться явно.
Сбор информации	
Задавайте уточняющие вопросы Задавайте свои вопросы, указывая временную перспективу (от… до…) Подводите итоги	→ На консультациях пациентов старшего возраста врачу часто приходится выслушивать запутанный рассказ с большим количеством данных, которые ускользают, и здесь навыки прояснения временной перспективы, подведения итогов и проверки всех предположений становятся очень важными. Например, полезно будет недвусмысленно попросить пациента рассказать о его/ее проблеме с момента ее первого появления и до настоящего момента или в течение определенного времени.
Улавливайте сигналы	→ Пациент может хотеть, но стесняться обсуждать такие проблемы, как недержание мочи, паховая грыжа или уплотнение в груди, поэтому особенно важно улавливать и проверять невербальные и вербальные сигналы и реагировать на них.

Навыки из «Калгари-Кембриджских руководств»	Использование этих навыков более глубокое, целенаправленное и интенсивное
Сбор информации	
Говорите на языке, соответствующем ситуации →	Если пациент сбит с толку, растерян, расстроен , плохо слышит или плохо говорит, ваша речь должна быть особенно выразительной и ясной. Начните с проверки предположений о том, что может создавать трудности в общении. Возможно, дело в боли или в лекарствах? Не в жаргоне проблема? Не в том, как вы говорите? Если у пациента дизартрия или глухота, проверьте, как он/она понимает. Выясните, не будет ли ему/ей легче общаться письменно. Проверьте, использует ли он/она слуховой аппарат, и если да, то на месте ли он и исправен ли он. Пациента нужно подталкивать к тому, чтобы он задавал вопросы. Афроамериканцы в США, согласно исследованиям, реже задают вопросы онкологам и реже приводят с собой сопровождающих.
Выясните позицию пациента →	Здесь позиция пациента имеет огромное значение. Влияние болезни на жизнь пациента часто определяет его/ее ожидания или отношение к лечению и заслуживает самого пристального внимания.
Построение отношений	
Демонстрируйте соответствующее невербальное поведение →	Терпение и фактор времени: крайне важно работать в одном темпе с пациентом.
Проявляйте чуткость, эмпатию, принятие и поддержку →	Пациенты пожилого возраста и близкие им люди могут нуждаться как в эмоциональной, так и в практической поддержке. Постарайтесь принять во внимание тяжелое положение пациента, это поможет вам понять его/ее поведение, которое на первый взгляд может показаться неловким или необычным. Реакция на такие проблемы, как недержание мочи, должна быть сочувственной. Предложите практическую помощь.
Структурирование консультации	
Подводите итоги Сигнализируйте →	Использование этих двух навыков вместе может быть особенно полезно с пациентами пожилого возраста, в частности, с теми, у кого проблемы со слухом и наблюдается потеря памяти. Пациенты пожилого возраста могут терять логическую нить своего рассказа, и им нужно помочь им структурировать его. Поэтому подведение итогов и сигнализация полезны и для врача, и для пациента. Структурирование консультации позволяет врачу согласовывать вопросы и планы не только с пациентом, но и с людьми, ухаживающими за ним. Тест на запоминание может быть полезным инструментом при работе с пациентами пожилого возраста. Намерение его провести должно быть тщательно обоснованным, чтобы не вызвать смущения или гнева у пациента.

Навыки из «Калгари-Кембриджских руководств»	Использование данных навыков более глубокое, целенаправленное и интенсивное
Объяснение и планирование	
Дозируйте и проверяйте	→ Дозируйте сказанное вами и проверяйте, понимает ли вас пациент и понимаете ли вы его/ее, используя понятный язык без жаргона. Здесь позиция пациента очень важна. Влияние болезни на жизнь пациента часто определяет его/ее ожидания или отношение к лечению и заслуживает самого пристального внимания.
Используйте диаграммы	→ Использование диаграмм и письменных инструкций, особенно в отношении лекарственных средств, поможет пациентам с потерей памяти и людям, которые за ними ухаживают.

Врачам следует применять навыки трехстороннего консультирования во всех случаях присутствия родственника или друга пациента, особенно в случаях с пациентами пожилого возраста, ослабленными психически и физически. И пациента, и его спутника следует выслушивать с эмпатией. Их позиции относительно состояния пациента могут сильно различаться. Их обоих следует расспрашивать, обоим давать информацию и возможность задавать вопросы, план лечения следует согласовать с обоими. Но, хотя спутник может давать полезные сведения, это не отменяет того факта, что главной заботой врача остается пациент.

Общение с детьми и их родителями

При общении с детьми важно помнить, что ребенок — это пациент, однако ключевыми участниками являются также и родители. Это трехсторонние консультации, на которых врач должен общаться как с родителями, так и с детьми, что требует особых усилий, поскольку всем участникам неизбежно потребуется отдельное внимание. Важно начинать педиатрическую консультацию с обращения к ребенку, а не направлять все свое внимание на родителей. Спросите ребенка, хочет ли он/она сам/сама рассказать, или хочет, чтобы это сделали родители. У детей часто бывают собственные пожелания. Учет их повысит дисциплинированность ребенка в лечении.

Многие педиатрические проблемы незначительны, но могут вызывать у родителей сильную тревогу. Все родители тяжело переживают серьезные заболевания ребенка.

Неудивительно, что во всех случаях удовлетворенность родителей сильно зависит от своевременного учета их опасений в ходе консультации.

Родители на консультации склонны перебивать детей. Они могут расходиться с детьми во мнениях относительно проблемы или опасаться, что, позволяя детям говорить, они якобы только зря тратят время врача, либо же стремятся к точности в донесении до врача своих взглядов на происходящее. Очень полезно в случае разногласий улавливать сигналы с обеих сторон – и родителей, и ребенка-пациента, особенно если проблема носит психологический или поведенческий характер, когда вы имеете дело с подростком. Вам, возможно, придется уделять время для общения отдельно с подростком и с его родителями. Подростка нельзя оттеснять на второй план. Признание ценности детей разного возраста и уважение к их взглядам с большей вероятностью будет способствовать успешному выстраиванию отношений между вами и вашими юными пациентами.

Дети разного возраста создают в педиатрической консультации разные сложности. Консультации с грудными младенцами в некотором смысле самые простые, поскольку беседы ведутся только с родителями. Работа с совсем маленькими детьми требует особых навыков, поскольку они естественным образом боятся новых обстоятельств и незнакомых людей. Дети старшего возраста до пубертатного периода бывают очень замкнутыми и застенчивыми, а подростки — тем более. Очень важно не относиться к ним свысока, а наоборот — создавать условия для их полноценного участия на этапах сбора информации и планирования.

Табл. 12

ККМ для работы с детьми и их родителями

Навыки из «Калгари-Кембриджских руководств»	Использование данных навыков более глубокое, целенаправленное и интенсивное
Начало	
Подготовьтесь	→ Создайте подходящую для ребенка и его родителей обстановку, включая игрушки и книги, соответствующие возрасту. Обратите внимание на то, как рассадить всех.
Установите контакт	→ Поздоровайтесь со всеми взрослыми и детьми и выясните, кто кому кто, с помощью ребенка, если возраст позволяет. Заинтересуйте ребенка с помощью игры, беседы на общие темы или установления контакта с родителями. Оцените с самого начала, насколько ребенку с вами комфортно, и выберите подходящий подход. Следите за тем, чтобы ребенку и взрослым было комфортно.
Определите причину обращения	→ Если возможно, договоритесь с ребенком, кто будет рассказывать, а как другие будут дополнять. Кто начнет: ребенок или родители?

Навыки из «Калгари-кембриджских руководств»	Использование данных навыков более глубокое, целенаправленное и интенсивное
Сбор информации	
Слушайте, помогайте говорить, задавайте открытые и закрытые вопросы по ситуации →	Когда дети маленькие, собирайте информацию в процессе игры. Настойчиво просите ребенка и взрослых рассказать о проблемах своими словами. Используйте открытые и закрытые вопросы, учитывая возраст ребенка. Закрытые вопросы с предложенными вариантами ответа хорошо работают с маленькими детьми. С детьми старшего возраста — ответ в форме рассказа.
Поймите позиции ребенка и родителей →	Выясняйте и подтверждайте понимание идей (мнения о причинах заболевания могут быть разными у родителей и у детей). При необходимости определяйте позиции и родителей, и детей.
Выясняйте основную информацию →	Поощряйте выражение чувств ребенком. Родители порой способны объяснить чувства маленького ребенка, но дайте ему возможность самому объяснить их. Основная информация: • история беременности и родов • иммунизация и анамнез детских • болезней история роста и развития • медикаментозный и аллергологический анамнез • семейный и социальный анамнез
Структурирование	
Подводите промежуточные итоги и сигнализируйте	Применяйте этот навык часто, особенно при переключении внимания с ребенка на родителей и обратно: «Давид, мама мне сейчас сказала, что у тебя болит животик и она считает, что это… А теперь я бы хотела услышать от тебя… Скажи, где именно болит? Можешь показать?»
Медицинский осмотр	
Создайте подходящие для осмотра условия	Общий осмотр детей младшего возраста: • выберите положение для ребенка: на коленях у родителей, на кушетке, во время игры • начинайте с наименее инвазивных методов • сопровождайте осмотр игрой • ловите подходящие моменты Общий осмотр детей старшего возраста: • будьте готовы к тому, что они могут стесняться и требовать уединения • спросите ребенка, кого следует пригласить присутствовать при осмотре

Навыки из «Калгари-Кембриджских руководств»	Использование этих навыков более глубокое, целенаправленное и интенсивное
Построение отношений	
Продолжайте выстраивать отношения	→ Продолжайте выстраивать отношения с детьми и родителями, учитывая обстоятельства. Дети любят и ценят веселье, дружеские шутки в сочетании с добротой.
Делитесь мыслями	→ Делитесь своими мыслями с родителями. Это не всегда легко, но вы одновременно поддержите хорошее настроение у ребенка. Детей старшего возраста часто смущает излишний зрительный контакт. Если вы немного уменьшите свою сосредоточенность на подростке и, например, попросите его/ее помочь вам нарисовать семейное древо, ему/ей станет проще говорить более свободно.
Объяснения и планирование	
Предоставляйте необходимую информацию в соответствующем объеме	→ Предоставляйте необходимую информацию так и в таком объеме, чтобы ее понимали и ребенок, и родители.
Учитывайте позицию пациента	→ Может оказаться удобным, чтобы объяснения маленькому ребенку давали от вашего имени его родители.
Вовлекайте пациента в процесс принятия решений	→ Предоставляя информацию, учитывайте позицию и родителей, и ребенка. По возможности привлекайте к принятию решений и родителей, и ребенка.
Завершение приема	
Подстраховывайтесь	Подстраховка очень важна для достижения удовлетворенности родителей и обеспечения точного понимания. Имеется в виду составление запасного плана и объяснение пациенту, что ему/ей делать, если что-то пойдет не по основному плану, что могут означать те или иные изменения в его/ее состоянии, информация о способе связи с вами. Все это обеспечивает надежную подстраховку, которая является важнейшим шагом к завершению консультации.

Помните: пока ребенок не достиг 14 лет, вопросы о медицинской помощи решают его законные представители, а после 14 лет достаточно согласия самого несовершеннолетнего пациента.

Пациенты с психическими отклонениями

При консультировании пациентов с психическими расстройствами важны базовые навыки сбора информации и, в особенности, точного сбора анамнеза и установления доверительных отношений. Пациентам с психическими расстройствами часто требуется тишина, чтобы осознать, что с ними происходит. С другой стороны, молчание может восприниматься как давление, особенно если пациент страдает соматическими заболеваниями.

Депрессия – психическое расстройство, которое встречается часто. Ее легко не заметить в медицинской практике. Точность диагностики здесь зависит от навыков врача. Необходимо уделять особое внимание навыкам ведения беседы: не только для того, чтобы облегчить рассказ пациента и выяснить его/ее позицию, но и для того, чтобы прояснить важнейшую составляющую данной консультации – насколько глубока у пациента депрессия и склонен ли он/она к суициду.

Табл. 13

ККМ для работы с людьми с депрессивными состояниями

Навыки из «Калгари-кембриджских руководств»		**Использование данных навыков более глубокое, целенаправленное и интенсивное**
Начало		
Установите контакт	→	Принципиально важно, как приветствовать пациента с явными проявлениями депрессии. Для установления первичного контакта очень важно следовать темпу и настроению пациента, улавливать вербальные и невербальные сигналы и реагировать на них, наблюдать за выражением лица, тоном и темпом речи пациента и отражать их.
Сбор информации		
Слушайте, помогайте выразиться. Оценивайте эмоциональное состояние пациента Задавайте открытые и закрытые вопросы в соответствии с ситуацией		Выслушайте первые слова пациента, не перебивая, проявляя эмпатию. Продолжайте улавливать вербальные и невербальные сигналы и реагируйте на них. Подведите пациента к открытому вопросу о его/ее чувствах: это часто приводит к быстрому выяснению сути проблемы. Возможность для пациента открыто выразить свои чувства может привести к катарсису, хотя здесь важен точный выбор момента для перехода к прямым вопросам. Прямые вопросы призваны дать пациенту возможность рассказать больше и почувствовать себя способным управлять ситуацией. Прямые вопросы – почему пациент подозревает у себя депрессию, каковы его/ее основные опасения и заботы, что влияет на его/ее жизнь и работу, чего он/она ожидает от врача и на что надеется – крайне важны.

Навыки из «Калгари-кембриджских руководств»	Использование данных навыков более глубокое, целенаправленное и интенсивное
Сбор информации	
Проясняйте	Повторения, перефразирование, паузы – все это помогает «раскрыть» пациента, который чувствует себя никчемным, виноватым, отчаявшимся.
Выясните позицию пациента	Прямые вопросы: почему пациент подозревает у себя депрессию, каковы его/ее основные опасения и заботы, что влияет на его/ее жизнь и работу, чего он/она ожидает от врача и на что надеется, — помогут прояснить рассказ пациента и облегчат оценку риска.
Построение отношений	
Выражайте эмпатию	Важно уметь проявлять эмпатию. Пациенты быстро улавливают по тону вашего голоса, если он не соответствует вашим словам: «Откуда вам знать, что я чувствую?»
Проявляйте принятие	Реакция на слезы пациента должна сочетать поддержку языком тела (включая прикосновения), молчание, эмпатию и умение выбирать момент, когда двигаться дальше.
Оказывайте поддержку	Принимайте слова и чувства пациента без моральной оценки. Избегайте преждевременного ободрения: «Я уверен, вам скоро станет легче». Выясните, какими средствами поддержки уже располагает пациент, предложите свою помощь и, по возможности, обеспечьте непрерывность оказания помощи.

Вот несколько примеров конкретных фраз для распознавания депрессивных состояний и/или суицидального риска:

– Я пытаюсь понять, насколько сильно вы подавлены. У вас найдутся силы рассказать мне об этом?

– Вы сегодня выглядите подавленным. Хотите рассказать мне, как вы себя чувствуете?

– Вы говорили, что испытываете безнадежность и чувство вины в этой ситуации. Как вы думаете, мы можем как-то помочь?

– Вы спрашиваете, может ли у вас быть депрессия. Позвольте задать вам несколько конкретных вопросов о вашем настроении, способности концентрироваться, об аппетите, режиме сна. Это поможет нам разобраться.

– Вы когда-нибудь чувствуете, что свет в конце туннеля все же есть?

– Вы говорили, что у вас проблемы со сном. Что происходит у вас в голове, когда вы ворочаетесь в постели?

– Некоторые люди, когда у них депрессия, чувствуют, что больше так не могут. А у вас бывают такие мысли? Вы хотели бы покончить со всем этим? Вы строили какие-то планы?

– Вчера вечером вы приняли критически высокую дозу парацетамола. Что вы об этом думаете? Вы рады или расстроены, что это не сработало?

Общение с пациентами, страдающими бредом и галлюцинациями, сопряжено с особыми трудностями. Такой пациент в той или иной степени оторван от реальности. Это может быть острое заболевание, при котором пациент произносит бессвязные фразы, ведет себя подозрительно, иногда даже «буйно», плохо осознает свое состояние. Он/она не только не способен нормально функционировать, но и его/ее навыки общения часто утрачены. Такой пациент обычно напуган и недоверчив. С ними на самом деле бывает просто невозможно выстроить отношения, любая попытка сблизиться может быть неверно истолкована и воспринята как угроза. С другой стороны, психически больные люди очень ценят, когда их понимают.

Начало консультации с психически больным человеком имеет особое значение: если за минуту-две не установлено взаимного доверия и контакта, это вскоре приведет к конфликту и трудностям. Еще больше осложнять процесс консультации могут взволнованные, а иногда и сердитые родственники и друзья пациента.

Вовлечь пациента в совместную работу бывает очень сложно, когда он или она не осознает свою болезнь или когда обращается к врачу под давлением семьи или по принуждению со стороны закона. Договариваться с психически больным пациентом о лечении трудно, а то и невозможно, особенно когда, например, речь идет о принудительной госпитализации. Вызовом для врача является необходимость преодолеть эти препятствия и одновременно собрать информацию (причем чаще всего благодаря разного рода намекам) о наличии и глубине психического расстройства. Сбор информации в сочувственной манере, особенно когда и сам врач обеспокоен, требует профессионального владения навыками общения. Не следует недооценивать влияние тревожности, страха и дискомфорта как на врача, так и на пациента.

Первая консультация пациента и его/ее родственников, когда существует вероятность серьезного психического расстройства, похожа на ситуацию, когда сообщают плохие новости, и, скорее всего, пациент запомнит её на всю жизнь. Принципиально важно, чтобы такая консультация была эффективной, чтобы страхи были высказаны, чтобы не было стигматизации человека (негативной ассоциации с чем-либо постыдным, неприличным, отталкивающим, что приводит к дополнительному бремени для пострадавшего человека, а некоторые стигмы — к социальному исключению и дискриминации). Все это поможет подготовить почву для будущих консультаций и обследований.

Табл. 14

ККМ в работе с людьми с психиатрическими расстройствами

Навыки из «Калгари-Кембриджских руководств»	Использование данных навыков более глубокое, целенаправленное и интенсивное
Начало	
Подготовьтесь	→ Крайне важно до начала консультации собрать информацию из документации и от тех, кто уже знает о пациенте. Вам необходимо не только узнать как можно больше об анамнезе пациента, но и оценить риск для себя и окружающих. Пациент может быть опасен.
Познакомьтесь	→ Представьтесь как психиатр или врач другого профиля и объясните, зачем вы здесь. Это может быть непростой задачей: пациент мог вовсе не стремиться к вам на прием. С одной стороны, необходимо четкое объяснение того, кто этот врач и почему его попросили принять этого пациента. С другой стороны, если у пациента подозревается психическое расстройство, полное объяснение вашей роли как психиатра может вызвать недоверие и нарушить контакт с самого начала. Оцените риск «буйного» поведения и соответственно приготовьтесь.

Навыки из «Калгари-Кембриджских руководств»	Использование данных навыков более глубокое, целенаправленное и интенсивное
Сбор информации	
Слушайте, помогайте выразиться, оценивайте эмоциональное состояние пациента	Выслушайте рассказ пациента о его проблемах, не спрашивая напрямую о нарушениях мышления. Улавливание невербальных сигналов пациента и осторожные и четкие расспросы о его самочувствии могут дать вам информацию не только о его неприятностях (например, как ему досаждают соседи), но и о том, насколько он подозрителен и параноидален. Это может также помочь вам оценить степень его бреда и галлюцинаций. Установлению контакта поможет изучение сначала внешних проблем пациента (влияющих на его жизнь), а не внутренних. Выяснение забот и опасений пациента (сначала соглашайтесь с его мировоззрением и его проблемами, не углубляясь слишком рано в предполагаемую патологию) поможет установить контакт. Пациент может не считать себя больным, и врачу следует отражать его опыт, добиваться общего понимания позиции пациента о том, как этот опыт влияет на жизнь пациента.
Выясните позицию пациента	Выясните убеждения пациента. Признать их, не идя за ним «на поводок», — трудное искусство.
Переключайтесь между открытыми и закрытыми вопросами	Гибкость в применении «воронки вопросов» от открытых к закрытым принципиально важна. Слишком ранние расспросы или слишком целенаправленные вопросы о психическом расстройстве могут повысить тревожность пациента, тогда «воронку вопросов» нужно переворачивать.
Проясняйте	Если пациент не следует за вами и не раскрывается, вы можете попробовать другие подходы, например, обоснованное предположение, направленное на прояснение ситуации. Когда вы завоюете доверие пациента и он будет готов говорить, следуйте за ним, задавайте новые проясняющие вопросы, доступные и понятные пациенту.
Улавливайте сигналы	Иногда необходимо улавливать вербальные и невербальные сигналы. Не реагируйте на них открыто. Ответная реакция на такие сигналы может усилить подозрительность пациента.
Построение отношений	
Демонстрируйте соответствующее невербальное поведение	Сохраняйте спокойствие, не торопитесь. Важна гибкость в отношении зрительного контакта – его избыток может возбуждать пациента и усиливать паранойю. Сядьте и сидите неподвижно. Будьте осторожны с прикосновениями, они могут быть неверно истолкованы.
Проявляйте принятие	Старайтесь скрывать удивление, демонстрируйте принятие без моральных оценок.

Навыки из «Калгари-кембриджских руководств»	Использование данных навыков более глубокое, целенаправленное и интенсивное
Построение отношений	
Выражайте эмпатию	→ Остерегайтесь выражать эмпатию неискренне – большинству врачей трудно поставить себя на место психически больного пациента, и пациенты это знают.
Оказывайте поддержку	→ Предлагайте реалистичную помощь, не поддаваясь на манипуляции пациента.
Структурирование консультации	
Подводите промежуточные итоги. Озвучивайте намерения	Тщательно донося до пациента промежуточные итоги и определяя, что именно предстоит выяснить дальше, врач помогает ему/ей успокоиться. Структурирование консультации с помощью сигнализации и выстраивание последовательности помогает пациенту, у которого/которой подозревают патологию. Озвучивание намерений важно потому, что пациент может быть рассеянным, может неверно понимать, зачем ему/ей задают целенаправленные вопросы.
Объяснения и планирование	
Совместное принятие решений	Нелегко говорить пациенту правду о неприятных побочных эффектах антипсихотического препарата, когда он или она совсем не хотят принимать лекарства. Однако установление контакта и взаимопонимания с пациентом, у которого подозревают психоз, принципиально важно. Полноценное обсуждение, во время которого врач делится своими мыслями о том, почему пациенту нужно принимать препарат, может зависеть от того, насколько тот осознает свое состояние. Цель контакта и обсуждения заключается в том, чтобы пациент доверился врачу и согласился принимать лекарства. Но достичь общего языка и понимания может быть нелегко.

Эмпатия без согласия

Очень важно не противоречить пациенту. Проявите сочувствие к пациенту в его/ее ситуации, признайте обоснованность его/ее переживаний, не обязательно соглашаясь с его/ее интерпретацией реальности.

Врач: «Я, конечно, понимаю, как сильно вы должны волноваться, если считаете, что вас хотят отравить».

На вопрос «Вы мне не верите?» можно ответить так: «Вы спрашиваете, верю ли я, что вам дают яд? Я могу с уверенностью сказать, что я вам яд не даю. Я не могу с уверенностью сказать, дают ли вам яд другие. Но я готов/готова вас выслушать и помочь всем, чем смогу».

Как совмещать поддержку пациента и отстаивание его/ее интересов с сомнениями в его/ее позиции

Врач: «Я понимаю, что вы в данный момент не чувствуете себя больным, но я за вас переживаю. Я думаю, что вам нужно пройти курс лечения, и я готов помочь».

Общение с людьми с инвалидностью

В то время, когда весь мир и Украина уверенно шагают в сторону инклюзивного общества, кое-где в бытовых разговорах можно услышать слово «инвалид», «инвалид» и «глухонемой». Советская эпоха отличалась тем, что люди с инвалидностью относились к стигматизированной категории населения. Вокруг них существовало множество стереотипов. Людей с инвалидностью не принимали в обществе. Наоборот, порой их чрезмерно жалели или героизировали, и в то же время они не выходили из своих домов. В частности, из-за того, что общество не хотело их видеть.

Объективно мы не привыкли видеть людей с инвалидностью среди нас, и поэтому можем растеряться при общении, поскольку не знаем, как себя вести. Позвольте дать небольшую подсказку: относитесь к человеку с инвалидностью так же, как и к человеку без инвалидности. Конечно, учитывать особенности передвижения или поведения нужно, но это ни в коем случае не является самым важным в вашем общении. Как правильно называть людей с инвалидностью? Люди с инвалидностью. Об этом говорится в Конвенции ООН о правах людей с инвалидностью, также это закреплено на законодательном уровне в Украине.

Если во время рассказа о человеке с инвалидностью вам нужно уточнить, какую именно инвалидность он или она имеет, говорите «человек, который». Например, человек, который имеет ДЦП, человек, который не слышит, или человек, который пользуется инвалидной коляской. В этом заключается идея языка, ориентированного на человека[1] , которая основана на том, что инвалидность не является главным признаком человека.

[1] People First Language, Office of Disability Rights odr.dc.gov/page/people-first-language

Лучший способ говорить о человеке с инвалидностью — называть его по имени. Ведь ни врождённая, ни приобретённая инвалидность не определяет человека как личность. Не ставьте инвалидность на первое место. Человек – прежде всего. Когда вы общаетесь с человеком с инвалидностью, общайтесь с человеком. Если вам сложно не обращать внимания на функциональные нарушения, подумайте, что именно для вас является необычным.

Люди со сложной формой инвалидности (паралич, нарушения развития и т. п.), которые не могут говорить, тоже имеют право голоса. Не решайте за человека ничего, не спросив у него предварительного согласия. Спросите, нужна ли помощь, прежде чем помогать.

Не хватайте за руку незрячего человека без громкого предупреждения и не начинайте вести его куда-либо, если он сам не попросит о помощи. Например, забор, за который он держится, может быть для него единственным ориентиром в пространстве. Не начинайте управлять инвалидной коляской, если человек, который ею пользуется, не попросил помочь с передвижением.

Вам может казаться, что человек с инвалидностью не может справиться с какой-то задачей, но помните, что он так живет всегда (не только тогда, когда вы с ним встречаетесь), и поэтому навыки, необходимые для выживания, у него есть. Если же прозвучит четкая просьба о помощи, помогите.

Обращайте внимание на пространство, в котором вы находитесь. Универсальный дизайн предполагает безопасное и комфортное пространство для всех, кто в нём находится. Человек, пользующийся инвалидной коляской, например, будет чувствовать себя в большей безопасности, если вы будете двигаться по ровной дороге. Незрячему человеку можно помочь добраться до нужного адреса, если вы видите, что пространство не адаптировано под его потребности. Думайте, какие речевые обороты использовать, прежде чем говорить. Люди, которые пользуются инвалидной коляской, ходят гулять в парк, а не ездят, поэтому, когда приглашаете прогуляться, не перепутайте глаголы. В общении со слепыми людьми употреблять выражение «увидимся» – корректно.

Когда вы разговариваете с человеком, который не слышит и общается на языке жестов, а с переводом вам помогает переводчик жестового языка, поддерживайте зрительный контакт непосредственно с собеседником. Это также касается и людей с нарушениями развития: говорите с собеседником, а не с человеком, который его сопровождает. Не стоит начинать говорить «детским голосом», как будто с маленьким ребенком – это оскорбляет.

Не нарушайте личное пространство. Правило, которое является привычным для большинства, почему-то нарушается при общении с людьми с инвалидностью. Не стоит прикасаться к белой трости, кохлеарным имплантам или инвалидному креслу, потому что это – часть личного пространства. Если вам это необходимо, лучше спросите разрешения. Также любые физические контакты могут быть неприемлемы для людей с расстройством аутистического спектра (РАС).

Не жалейте и не героизируйте людей с инвалидностью. Героизация людей с инвалидностью не имеет никакого смысла, ведь у каждого человека свой уровень психологической устойчивости и свой предел испытаний в жизни, который он может выдержать. Инклюзивным можно назвать общество, где все его участники одинаково вовлечены во взаимодействие.

Общение с сообществом ЛГБТК(ИА+) / LGBTQ(IA+)

ЛГБТК(ИА+) / LGBTQ(IA+) – этот акроним постоянно обновляется и объединяет в себе различные понятия, имеющие отношение к гендеру и сексуальной идентичности, выходящей за пределы гетеросексуальных или цисгендерных норм. Слово образовано из первых букв слов, обозначающих Lesbian (лесбиянок), Gay (геев), Bisexual (бисексуалов), Transgender (трансгендеров), Queer (квир), Intersex (интерсексуалов), Asexual (асексуалов) и др.

Полезные советы по проведению консультации:

Не предполагайте гетеросексуальности.

Не спрашивайте 40-летнего мужчину о его жене или 16-летнюю девушку о парнях.

Используйте слово «партнер». «У вас есть партнер?» Затем вы можете задать дополнительный вопрос, например: «Ваш партнер — мужчина или женщина?»

Или вы можете сказать: «Спасибо, что рассказали мне об этом. Могу я спросить, есть ли у вас парень или девушка?»

Во время разговора используйте максимально точные формулировки:

Вместо того, чтобы спрашивать: «Когда это произошло, вы занимались безопасным сексом?», скажите: «Итак, во время секса вы пользовались презервативом?»

Не говорите «Итак, у вас был обычный секс?» — это плохой вопрос. Вы должны знать особенности. Скажите что-то вроде: «Итак, когда вы говорите о сексе, вы имеете в виду вагинальный секс, анальный секс, оральный секс или их комбинацию?»

Иногда, в зависимости от уровня понимания конкретного пациента, вам, возможно, придется использовать еще более простой язык, чем выражения «анальный» или «оральный секс». В конце концов, вам нужно точно знать, что происходило, чтобы установить медицинский риск ИППП, беременности и т. д.

Не проявляйте неадекватный интерес к идентичности пациентов, задавая вопросы или комментируя вещи, не связанные с проблемой, по поводу которой пациент обратился за помощью.

Если вы не знакомы с какой-либо сексуальной культурой, не бойтесь об этом сказать.

Это нормально, если вы не до конца знакомы с культурой ЛГБТК(ИА+). Что действительно недопустимо — так это осуждать их. Покажите, что хотите помочь: «Не могли бы вы помочь мне лучше понять, как я могу вам помочь?»

Под **гендерной дисфорией** следует понимать душевные страдания, связанные с опытом собственной гендерной идентичности пациента, не соответствующей фенотипу или половой социальной роли, как правило, связанной с этим фенотипом. Наличие дистресса может привести к возникновению у человека потребности в обращении за медицинской помощью.

Пациентам часто трудно довериться врачу общей практики в вопросах гендерной дисфории, поскольку такие врачи зачастую знакомы с членами семьи этих пациентов, либо потому, что они испытывают страх, опасаются насмешек, чувства вины или стыда, либо в силу других актуальных социальных факторов, мешающих им обращаться за помощью и лечением. Эти факторы и ожидания задержки в получении лечения в системе здравоохранения привели к увеличению числа людей, занимающихся самолечением (в частности, гормональными препаратами).

Лица, находящиеся в процессе гендерного перехода, или те, кто уже перешел к жизни в соответствии с желаемой гендерной ролью, соответствующей их гендерной идентичности, должны обращаться к ним с использованием имени и рода обращения («господин», «госпожа»), которые они считают правильными. Если у персонала, медицинского или административного, возникают сомнения, то они должны спросить у этих лиц, как они хотят, чтобы к ним обращались. При использовании слова
«транссексуал», оно должно использоваться в качестве прилагательного, например – транссексуальный человек.

Предлагаем посмотреть видеоролики «Музей принятия 2, Харьков. Эпизод 5», «Сталкиваются ли врачи с ЛГБТ?», «ЛГБТ в больнице», «Ведение ЛГБТ+ пациентов» (ссылки на ролики приведены в конце раздела).

ЧАСТЬ 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ

Кейсы для работы в малых группах:

Кейс 1

Виктория обратилась к гинекологу с жалобой на боль внизу живота. Врач предложила ей пройти осмотр, чтобы выяснить причину боли.

Когда Виктория раздевалась и готовилась к осмотру, врач задавала стандартные уточняющие вопросы. В том числе спросила: «Ведете ли вы половую жизнь с мужчиной?»

Виктория ответила, что имеет сексуальные контакты исключительно с женщинами. Врач сказала, что в таком случае отказывается ее осматривать и оказывать помощь.

Случай 2

Женщина 60 лет обратилась в больницу из-за длительной боли в ноге, врач во время приеме объяснил:
«Что же вы хотите, это возраст», однако пациентка настояла на проведении рентгенологического исследования, которое показало перелом кости.

Кейс 3

К семейному врачу обратился мужчина, недавно вышедший из мест лишения свободы. При осмотре пациента врач обратила внимание на значительное количество татуировок и спросила об их значении.

После подробного ответа пациента врач попросила его переоформить декларацию с другим специалистом, поскольку ее моральные принципы не позволяют лечить «такого» человека.

Кейс 4

В больнице, где находится на лечении Мустафа, кухня работает с 8:00 до 17:00.

Мустафа – мусульманин, соблюдает Рамадан, то есть ест только до восхода и после захода солнца.

Кроме того, лечащим врачом назначены препараты, которые слід приймати після завтрака, обеда и ужина. На просьбу (персонала)(ежедневных)изменениях в графике(приема)(препаратов), врач ответила: «Я всех таклечу. Это диева схема».

Задание:

Имеет ли место дискриминация в данном случае? По какому

признаку? Как следует вести себя толерантно?

Есть ли особенности консультации в данном случае? Если да, то какие?

Ответы к кейсам

Кейс 1

- да, имеется дискриминация по признаку сексуальной ориентации;
- провести консультацию в соответствии с Калгари-Кембриджской моделью;
- об общении во время консультации с сообществом ЛГБТК(ИА+) приведено в сборнике (стр. 319).

Кейс 2

- да, имеется дискриминация по возрасту:
- провести консультацию в соответствии с Калгари-Кембриджской моделью, помня, что не все проблемы здоровья человека могут быть связаны со старением
- об общении во время консультации с пациентами пожилого возраста приведены в сборнике (стр. 305).

Кейс 3

- да, имеющаяся дискриминация по наличию судимости;
- провести консультацию с учетом из Калгари-Кембриджской моделью;
- Нет.

Кейс 4

- да, имеется дискриминация по религиозной принадлежностью;
- учитывать верования и ценности пациента (протокол BALANCE);
- в данной ситуации стоит рассмотреть назначение препаратов длительного действия, которые можно было бы принимать 1 раз в сутки, вопрос об организации питания т к сферы управленческого решения менеджмента данной больницы.

Вопросы в рефлексивный дневник:

Что я узнал/узнала о себе и своих взглядах нового на занятии? Как я могу это использовать в дальнейшей жизни и медицинской практике?

Презентация темы по ссылке:

bit.ly/3dl42ze



Полная версия
занятия по ссылке:

bit.ly/3Ivsn3N



ВМЕСТО ПОСЛЕСЛОВИЯ

ВМЕСТО ПОСЛЕСЛОВИЯ

ИСТОРИЯ О МАМЕ АЛЛЫ И ВАЖНОСТЬ ВЫБОРА СЛОВ

Мама была очень чувствительной: когда у кого-то из детей поднималась температура, у нее она тоже поднималась. И еще мама очень реагировала на слова: она могла заболеть от того, что кто-то сказал ей плохие слова. Она была застенчивой и пугливой.

В июле 2001 года маме сделали операцию на кишечнике – вырезали опухоль. Не злокачественную.

Лето тогда было засушливым и жарким. По больничным коридорам дул горячий ветер.

Когда мама пришла в себя после наркоза, мы с Андреем зашли в реанимационную палату. Там тоже было жарко. В приоткрытые окна свободно залетал слабый сухой ветер. На шести кроватях – высоких, как столы – в разных позах неподвижно лежали обнаженные мужчины и женщины с забинтованными головами, руками и ногами, сквозь бинты проступала кровь.

Мама тоже была обнажена, только живот прикрывала большая окровавленная салфетка, из-под которой торчала трубка. Там медленно пузырилась мутная жидкость и капала в баночку под кроватью. Слева от мамы на расстоянии полуметра лежал, раскинув руки и ноги, тучный мужчина лет пятидесяти с повязкой на лбу. С другой стороны хрипло стонал юноша с окровавленным лицом.

Нниктонемогбивыдумать ты для моей застенчивой мамы горших тортур, ножпокласти голой среди мужчин

Я подумала, что никто не смог бы придумать для моей застенчивой мамы худших пыток, чем положить ее обнаженной среди мужчин. Поискала глазами, чем бы прикрыть ее наготу, но ничего не нашла.

– Почему вы их хотя бы немного не прикроете? – спросила она врача.

– У них раны. Но вы не волнуйтесь, им все равно. Это не то место, где люди стесняются.

Мама повернула голову на мой голос, открыла глаза и посмотрела на нас мутным взглядом. Сказала с упреком: «Почему же вы так поздно меня сюда привезли?.. Да какая теперь уже разница...» – и отвернулась. Столько упрека, обреченности было в ее голосе, что у меня испуганно забилось сердце: неужели она сдалась? Почему?!

Я вспомнила: когда мы привезли ее в больницу с болями в животе, хирург при ней сказал: «Почему же вы так поздно ее привезли?» Тот самый хирург, который знал о ее опухоли, но не предлагал операцию раньше. Хирург не подумал, что больной человек мог испугаться этих его слов и перестать надеяться на спасение.

Мама попросила:

– Принеси мне пеленки. Меня санитарка упрекнула, сказала: «Вы взрослая женщина, а наделали на простыню. Убирай здесь после вас».

Врач быстро выпроводил нас, а в коридоре сказал, что сейчас все зависит от того, начнет ли работать ее кишечник, сможет ли она его опорожнять.

– Мы дали ей сильную дозу слабительного, чтобы запустить кишечник. У нее еще достаточно крепкое здоровье, она должна «выскочить», – сказал он.

Когда мы пришли на следующий день, мама уже была в коме. Кишечник не заработал, она больше ни разу не опорожнилась. 26 июля она ушла из жизни. Ей было 75 лет, и у неё действительно был хороший запас здоровья — все женщины в её роду, которых я знала, доживали до 95–98 лет.

Я уверена, что слова хирурга «почему так поздно» перед операцией и упреки санитарки после нее сыграли решающую роль в этой истории. Слова хирурга («поздно!») отняли надежду, а от упреков санитарки мама из-за своей застенчивости просто заблокировала кишечник, чтобы, не дай бог, не «наделать на простыню».

Надеемся, что это пособие позволит вам, вашим слушателям и пациентам лучше понимать друг друга. Чтобы сомнения в том, не убили ли слова маму, не мучили дочерей или сыновей ваших пациентов, а также пациентов ваших учеников,

так как они мучают Аллу уже 20 лет. Чтобы собранные здесь знания и идеи стали для вас опорой и позволили вам меньше нервничать, получать больше удовольствия от своей профессии и добиваться лучших результатов.

Мы желаем всем нам, чтобы здравоохранение стало более гуманным, а все его заинтересованные стороны — и врачи, и медсестры, и руководители, и пациенты — с большей эмпатией заботились друг о друге. Ведь эмпатия и человечность — надежные мосты к доверию. А когда есть доверие, ничего не страшно.

Когда есть доверие, ничего не страшно

Алла Тютюник







ЧЕК-ЛИСТЫ ДЛЯ МЕДРАБОТНИКОВ И ПАЦИЕНТОВ

ЧЕК-ЛИСТЫ ДЛЯ МЕДПЕРСОНАЛА И ПАЦИЕНТОВ

Простые действия, которые помогут строить отношения

После всего изученного и сказанного мы решили составить список того, что хорошо для отношений между врачом и пациентом, а что — нет. Составили чек-лист для медицинских работников и увидели, что пациентам тоже нужно лучше понимать, что делать, а чего избегать в отношениях с медицинскими работниками. Отношения — это всегда двустороннее дело.

Мы сопоставили эти списки и обнаружили, что есть много общих моментов, которые должны выполнять обе стороны. А именно:

Базовая вежливость — взаимная. В условиях чрезвычайно высокого уровня агрессии в обществе она может быть спасительной и создавать минимум безопасности для развития дальнейших отношений.

Коммуникации тоже взаимны. Ведь большое количество ошибок или конфликтов можно предотвратить благодаря качественной коммуникации с обеих сторон. Качественные вопросы, подготовка к встрече, подведение итогов могут стать отличной навигацией для непростых разговоров.

Базовые этические нормы также должны соблюдаться обеими сторонами. Базовые этические стандарты – уважение к человеку, его границам и эмоциям – одни из первых кирпичиков доверия. Без них конструктивные отношения невозможны. Игнорирование правил поведения в отношении границ напрямую приводит к глубоким обидам и вражде, вызванным прежде всего пренебрежением этими стандартами.

Безопасность и гигиена – ответственность за это в значительной степени лежит на обеих сторонах, и им важно работать в одной команде, чтобы обезопасить каждую из сторон от ошибок. Потому что цена ошибки здесь слишком высока – порой они могут стоить жизни.

Принятие решений также является совместным. Ведь от них зависит не только клинический результат, но и качество жизни. Чтобы правильно распределить ответственность за процесс лечения между медицинскими работниками и пациентами и убедиться, что это решение подходит именно для этого конкретного пациента, нужно учиться строить диалог, а это дело взаимное. И принимать решения некоторым людям также нужно учиться.

Антикризисные коммуникации — это самая большая проблема как для медицинских работников, так и для пациентов. Конфликтные и кризисные ситуации отнимают больше всего сил и эмоций. Они разрушают доверие и увеличивают пропасть между обеими сторонами, и для сохранения отношений, направленных на лечение и выздоровление, критически важно научиться антикризисным коммуникациям.

Уважение к телу — учитывая весьма близкий контакт между врачом и пациентом и необходимость прикосновений иногда малознакомых людей, нам с обеих сторон нужно проявить больше бережности и уважения, осознания и чуткости к телесным аспектам во взаимодействии медицинский работник-пациент.

Во время наших консультаций с медицинскими работниками и пациентами представители обеих групп возразили: «Вы слишком много от нас требуете. Вот если они (то есть те, кто напротив, – врачи для пациентов и пациенты для врачей) начнут вести себя лучше, мы тоже будем двигаться навстречу».

Но с какой бы стороны мы ни находились, мы можем взять на себя ответственность за своё поведение, но не можем контролировать поведение другого. Поэтому наша команда соавторов искренне верит, что каждому нужно начать с себя. Когда медицинские работники и пациенты будут пункт за пунктом из этих списков добавлять в свои привычки, каждая встреча между ними будет становиться более взаимовыгодной или даже наполняющей. И шаг за шагом эти простые рекомендации позволят избежать многих недоразумений и, кирпичик за кирпичиком, построить общее доверие в секторе здравоохранения.

Эти списки, или чек-листы, можно использовать по-разному. С ними могут сверяться специалисты разных профилей в рамках своей практики; их можно обсуждать или адаптировать к потребностям своих отделений или учреждений; по ним можно учиться и обучать других — для того, чтобы шаг за шагом менять культуру взаимодействия в медицинских учреждениях.

БАЗОВЫЙ ЧЕК-ЛИСТ ДОСТОИНСТВА ДЛЯ МЕДРАБОТНИКА

Простые вещи, которые помогут избежать многих проблем с пациентами и построить взаимное доверие

Актуальные контексты: взрослые, дети, поликлиника, стационар, отделение интенсивной терапии. Может быть актуально во всех контекстах.

Базовая вежливость

Смотрите человеку в глаза, когда это возможно.

Найдите такое место в помещении, чтобы ваши глаза находились на одном уровне с глазами пациента.

Здоровайтесь и представляйтесь.

Когда уместно, улыбайтесь – улыбка никогда не бывает лишней. Приветствуя,

указывайте время суток: «Добрый день/утро/вечер/ночь». Обращайтесь к пациенту

по имени (забудьте о «дядя», «мамочка»,
«женушка», «ребенок» и другие фамильярные и унизительные обращения).

Обращайтесь в первую очередь непосредственно к пациенту, а при необходимости — к сопровождающему его/её лицу. Стучите в дверь каждый раз, прежде чем войти в палату, и спрашивайте, можно ли войти. Выключайте звук своего мобильного телефона.

Если вам звонят, не отвечайте на звонок, пока вы находитесь в палате пациента или в его/ее присутствии.

Базовая этика

Демонстрируйте свое уважение к пациенту и заинтересованность в той проблеме, с которой он или она обратились.

Не обсуждайте детали диагноза или лечения в открытых пространствах и в присутствии посторонних лиц.

Оставляйте все сказанное пациентом (как под действием препаратов, так и без) между вами и ним/ней.

Вместо того чтобы критиковать других врачей, подробно объясняйте пациенту свои рекомендации и аргументируйте изменения в курсе лечения.

Уважайте выбор пациента, если он/она решил/а спросить второе/третье мнение. Тем более – не «принимайте позу» и не отправляйте человека лечиться к тому врачу.

Не обсуждайте других пациентов или врачей в присутствии пациента, даже если он/она находится в бессознательном состоянии.

В присутствии пациента не говорите о нем/ней с другими людьми в третьем лице, даже если он/она находится в бессознательном состоянии. Без достаточных профессиональных оснований не вмешивайтесь в личные дела пациента.

Коммуникации

Выстраивайте отношения с человеком. Пациент любого возраста и в любом состоянии – это не тело или набор диагнозов, а настоящий живой человек.

Структурируйте консультацию.

Спросите у пациента о его/ее ожиданиях от лечения/реабилитации. Задавайте

больше открытых вопросов.

Будьте готовы объяснить пациенту, что и зачем ему/ей назначено, какого эффекта и примерно когда ожидать.

Избегайте неоднозначных шуток и медицинского жаргона.

Периодически подводите итоги услышанного, при необходимости задавайте пациенту уточняющие вопросы.

Принятие решений

Предоставьте пациенту достаточно информации, чтобы он/она могли принять решение.

Уважайте выбор пациента, если он/она полностью или частично отказывается от ваших предложений/предписаний.

Информируйте пациента о возможных заменителях/альтернативных препаратах/действующем веществе (если и когда это актуально) при назначении лекарств на случай, если рекомендованных наименований не будет в наличии.

Согласовывайте действия с представителем пациента, если пациент не способен принимать решения.

Тело

Всегда информируйте пациента о том, что вы планируете делать с ним/ней и зачем.

Каждый раз спрашивайте у пациента согласия на манипуляции/прикосновения к телу.

Для проведения любых интимных процедур с пациентом используйте ширму и прикрывайте его/ее тело.

Не оставляйте пациентов лежать/стоять/сидеть/двигаться обнаженными. Не

осматривайте пациентов в присутствии людей другого пола.

Поддерживайте самостоятельность пациента в гигиенических процедурах на том уровне, на котором он или она способны сохранять самостоятельность. Прежде всего — ходить в туалет: пешком, стоя, сидя, в судно — до тех пор, пока это будет возможно.

Не предлагайте пациенту, который/которая может контролировать процессы выделения, надеть подгузник.

Безопасность и гигиена

Когда требуются перчатки, надевайте новую пару и снимайте ее в присутствии пациента.

Открывайте шприцы, ампулы, другие расходные материалы в присутствии пациента.

Застеляйте кушетки, кресла и т. п. свежими простынями/пеленками перед процедурой в присутствии пациента.

Переспросите имя или дату рождения человека перед серьезными манипуляциями, чтобы избежать ошибки.

Антикризисные меры

Берегите себя, свои нервы и нервы своих пациентов. Обычно пациенты отвечают взаимностью.

Приложите все усилия, чтобы оставаться спокойными, не грубите и не раздражайтесь, не повышайте голос.

Предупреждайте о возможных негативных последствиях или побочных эффектах вмешательств и препаратов, а также информируйте о плане действий на случай, если что-то пойдет не так.

Старайтесь максимально избегать принуждения во время процедур. Если это ребенок или пациент, находящийся в нестабильном психическом состоянии, заручитесь поддержкой его/ее близких.

Не критикуйте и не ругайте пациента. Вместо этого объясняйте, как, что и зачем нужно делать.

Если пациент боится или паникует, дайте ему/ей время успокоиться.

Предложите пациенту записать информацию. Дозируйте информацию и проверяйте, как ее понимает пациент (особенно когда он/она возбужден/а или находится в состоянии сильного эмоционального возбуждения).

БАЗОВЫЙ ЧЕК-ЛИСТ УВАЖЕНИЯ К ПАЦИЕНТУ

Простые вещи, которые позволят лучше построить взаимодействие с врачом/медсестрой и предотвратить массу проблем

Подготовка к визиту или беседе

Составьте список своих жалоб, симптомов или других вопросов.

Запишите важные детали: как касающиеся жалоб/дискомфорта, так и касающиеся приема лекарств.

Структурируйте заметки:

- каковы ваши основные жалобы,
- какие события привели к ним,
- когда это началось,
- если вы чувствуете боль, опишите ее (колющая или давящая, резкая и т. д.), а также ее интенсивность по шкале от 1 до 10 баллов,
- какие лекарства вы принимаете,
- дата последних месячных (если актуально).

Подготовьте результаты анализов или обследований и медицинскую документацию и принесите их с собой.

Освежите в памяти свою медицинскую историю, чтобы быстро отвечать на вопросы или, если понадобится, кратко рассказать ее врачу.

Заранее ознакомьтесь со статусом контракта учреждения с НСЗУ (если и когда это актуально).

Возьмите с собой блокнот (или включите диктофон, предупредив об этом врача и объяснив, что вы делаете это, чтобы можно было переслушать разговор) и записывайте основную информацию из диалога с врачом.

Базовая вежливость

Не врывайтесь в кабинет, даже если «мне только спросить» или «мне только забрать справку».

Соблюдайте порядок очереди.

Здоровайтесь и называйте свое имя, обращайтесь к врачу/медсестре по имени (по имени и отчеству).

Начните с дружеского и доброжелательного тона.

В начале спросите у врача, удобно ли ему/ей сейчас разговаривать. Уточните, сколько времени есть на разговор.

Не пользуйтесь телефоном во время визита.

Поддерживайте зрительный контакт, когда это

возможно.

Не тратьте время врача на разговоры не по теме.

Спросите о удобных для врача часах и каналах для общения/уточнения вопросов, если такие возникнут после визита.

Не передавайте номер мобильного телефона врача без его/ее согласия другим людям.

Базовая этика

Не звоните врачу/медсестре и не требуйте от них экстренного внимания или особого отношения только потому, что вы чей-то брат/сестра/крестный/сват/теща/депутат/клиент корпоративной страховки (список можно продолжить), – ведь в контексте профессиональных отношений у врача нет VIP-персон. Есть пациенты, которых он/она должны приоритезировать исключительно по состоянию здоровья.

Сообщите врачу о намерении получить второе мнение или об обращении/лечении у других специалистов.

Не спрашивайте у врачей: «Вы бы так лечили свою маму/папу/ребенка/мужа?» Вместо этого поделитесь своими опасениями или задайте вопросы, которые вас волнуют.

Если вы чувствуете, что не можете довериться врачу, стоит позаботиться о том, чтобы найти другого.

Относитесь с уважением к частной жизни других пациентов.

Не фотографируйте/не снимайте на видео других пациентов.

Коммуникация

Начните со списка своих вопросов и решите вместе с врачом, в каком порядке вы сможете их обсудить.

Сообщите врачу о возможных культурных или религиозных особенностях, которые могут повлиять на вашу проблему/симптомы/диагноз.

Давайте на вопросы врача честные ответы.

Делитесь с врачом своими страхами, ожиданиями и сомнениями.

Сосредоточьтесь на разговоре. Излагайте информацию, касающуюся проблемы, с которой вы обратились к врачу. Избегайте общих вопросов, определите, что вам нужно знать, и формулируйте свои мысли конкретно.

Замедляйте разговор или вежливо прерывайте врача, когда вам что-то непонятно или вы с чем-то не согласны. Задавайте вопросы, если вам что-то непонятно. Проверяйте свое понимание услышанного с помощью уточняющих вопросов.

Если вам нужно поговорить с врачом наедине, сообщите ему/ей об этом.

Подводите итоги в ходе разговора и в конце. Убедитесь, что все ваши вопросы были обсуждены, а потребности — услышаны.

Спрашивайте о целях назначений, об ожидаемом результате, побочных эффектах и следующих шагах на случай, если что-то пойдет не так.

Давайте честную обратную связь — и о хорошем, и о плохом — в доброжелательной форме.

Совместное принятие решений

Сообщите врачу, насколько вы хотите участвовать в принятии решений, насколько подробно хотите быть в курсе событий и кого из близких вы хотите привлечь к этому процессу.

Предупредите врача о возможных культурных или религиозных особенностях, которые могут повлиять на ваш выбор лечения.

Антикризисная коммуникация

Берегите себя, свои нервы и нервы медицинских работников.

Приложите все усилия, чтобы оставаться спокойными, не грубите и не раздражайтесь, не повышайте голос.

Несколько фраз, которые могут помочь в случае трудностей:

- Я беспокоюсь, что мы не совсем друг друга поняли. Вот почему мне так кажется...
- Мне нужно поговорить с вами о «А». Можем ли мы это обсудить сейчас?
- Я понимаю, что вы спешите. Мне очень нужно обсудить «А». Когда я могу вам перезвонить или прийти повторно?
- Пожалуйста, помогите мне понять «Б».
- Я хочу убедиться, что правильно вас поняла. Вы сказали мне сделать «АБВГ». Верно?
- Мне сложно понять медицинскую терминологию. Не могли бы вы немного замедлить темп и объяснить мне это простым языком?
- Какой термин мне загуглить, чтобы найти больше информации о болезни/процедуре/лекарстве? Что посоветуете почитать?

Вежливо попросите врача предоставить назначение и информацию о диагнозе в письменном виде, с подписью и печатью.

В случае возникновения спорных ситуаций сохраняйте спокойствие и обращайтесь к заведующему отделением или главному врачу. Желательно с письменным заявлением, в котором изложены ваши вопросы/жалобы, зарегистрировав его в канцелярии.

Безопасность и гигиена

Перед посещением врача примите душ и наденьте чистую удобную одежду, свежее белье на случай, если придется раздеться, почистите зубы.

На всякий случай возьмите с собой полотенце, салфетки, воду и чистые носки.

Вы можете попросить медицинского работника распаковывать одноразовые расходные материалы и ампулы в вашем присутствии.

Тщательно мойте руки как можно чаще во время посещения медицинского учреждения и после него.

Отслеживайте побочные эффекты от препаратов/процедур и сообщайте о них врачу.

СЛОВА ПОДДЕРЖКИ ОТ ЛИДЕРОВ МНЕНИЙ

«Качество медицинской помощи начинается не с особых знаний или владения новейшими технологиями, не с «чувства долга», не со «стандартов нашей клиники» и тем более не с звонка руководства о ком-то «очень важном». Настоящее качество медицинской помощи начинается с эмпатии. Когда врач и медсестра видят не «пациента» и даже не «клиента», а человека. Человека с уникальной историей, со всеми тонкостями опыта и эмоций, с человеческим достоинством и безусловной ценностью. И ведут себя так, как хотели бы, чтобы с ними обращались на месте этого человека. С уважением, пониманием и поддержкой».

Екатерина Булавинова
медицинский эксперт Детского фонда ООН
(ЮНИСЕФ) в Украине

«В Украине отсутствует публичный дискурс о доверии к системе здравоохранения и врачам. Низкий уровень доверия к медицине как раз начинается с агрессивной, порой токсичной, риторики медицинского персонала по отношению к пациентам и их близким. Усиливают недоверие еще и негативные результаты лечения, освещенные в СМИ или полученные по «сарафанному радио». Одной из причин фрагментации отношений между врачом и пациентом является отсутствие подготовки медицинского персонала в области коммуникативных навыков. Как сообщить о раке пациенту или о смерти пациента родственникам, нас никто не учил. Учились на примере старших коллег, как это делать, или наоборот — как этого не делать. Пособие «Человечность и эмпатия в здравоохранении» содержит весь объем современных данных, чтобы восполнить дефицит теоретической информации, а его практическая часть позволит быстро, на конкретных примерах, внедрить методики правильной коммуникации в повседневную работу врачей. Это пособие сокращает разрыв в общении между пациентом и врачом, но для начала врачи должны его прочитать. Обязательно».

Андрей Безносенко
главный врач Национального института рака,
онкохирург

«Во время сегодняшнего приема в нашей сельской амбулатории мне пришла в голову мысль, что у пациентки слишком много жалоб для одного визита. Я вспомнил утреннюю фразу для размышлений: «И как хотите, чтобы с вами поступали люди, так и вы поступайте с ними». Но Бог, вместо того чтобы сделать меня лучшим врачом, ежедневно поднимает планку эмоциональных вызовов, а для ее преодоления мне самому нужно искать практические инструменты...

«Совсем не страшную книгу...» мы с женой читали медленно и каждый вечер устраивали круг рефлексии и поиска параллелей с нашей жизнью и работой в общине. Мы вместе находили и испытывали новые инструменты:

Мне кажется, что вы растеряны от такого количества жалоб, давайте попробуем разобрать часть сейчас, часть через неделю...

Несмотря на то, что мы не завершили работу с этим человеком, общение оставило ощущение уверенности в том, что мы обязательно найдем решение наших вопросов. А также я понимаю, что эмпатия — это не просто практический инструмент взаимодействия с человеком на приёме, а наша ежедневная эмоциональная гигиена».

Вадим Вус
семейный врач,
тренер Академии семейной медицины Украины

«Открытость больницы — это одна из традиций, которую мы унаследовали от Николая Амосова и Института сердечно-сосудистой хирургии под его руководством. Открытость помогает нам получать лучшие клинические результаты. Открытость помогает меньше выгорать. Открытость помогает строить доверие, а доверие между врачом и пациентом – бесценно. Важно учиться открытости с первого курса, а практиковать – с первой консультации и до последней выписки».

Илья Емец
доктор медицинских
наук, директор Центра детской
кардиологии
и кардиохирургии,
профессор кафедры детской кардиологии
и кардиохирургии НУОЗ имени Платона Шупика

«Вопросы коммуникации, человечности и ориентированности на пациента имеют огромное значение для медицинского сообщества, пациентов и общества в целом. Здоровье человека — это величайшая ценность. Я всегда подчеркиваю, что здоровье человека начинает формироваться в период внутриутробного развития и в первые годы жизни. Образование общества и надлежащая коммуникация между поставщиками медицинских услуг и пациентами при условии должного уважения и человечности смогут сделать мир лучше, доброжелательнее и безопаснее. Именно учебное пособие, разработанное группой авторов, внесет важный вклад в эти изменения. Лично для меня сотрудничество в рабочих группах с членами авторского коллектива стало важным опытом коммуникаций и дало ответы на сложные вопросы».

Елизавета Шунько,
доктор медицинских наук, профессор,
член-корреспондент НАМН Украины,
заведующая кафедрой неонатологии НУОЗ
имени Платона Шупика

БОЛЬШАЯ БЛАГОДАРНОСТЬ

усемь,хтопрямочиоп приложил все усилия к тому, чтобы этот пособие появилось в свет:

Валентине Ануфриевой
Виктору Артеменко
Тарасу Безпалому
Дарине Богдан
Алине Борисовой
Ирине Боровик
Инне Волосевич
Татьяне Гавриш
Наталье Галиящ
ОО «Ранние пташки»
Ольге Говардовской
Алексею Головину
Анастасии Горецкой
Елене Горской
Софии Гусак
Александру Гусакову
Дарине Дмитриевской
Андреасу Эрету
Елене Игнащук
Марине Кахновей
Команде Info Sapiens
Командам ОО «Горизонтали»
и «Совсем не страшной книги...»
Елене Коротун
Александру Костюку
Елене Костюк
Анне-Веронике Краснопольской
Ларисе
Анастасии Леухиной
Юлии Мартыненко
Наталье Митяевой
Ирине Мовчан
Алене Охотниковой
Оксане Петринич
Виктории Подворчанской
Наталье Повар
Марии Поповой
Татьяне Поповой
Ольге Пошуруевой
Нине Резниченко
Наталье Рудаковой
Татьяне Сендецкой
Павлу Сильковскому
Ивану Симоновскому
Зоране Скалецкой
Юрию Смоленскому
Татьяне Степурко
Петру Точилкину
Юлии Тихолаз
Юлии Турпаковой
Алле Тютюник
Алексею Харитонову
Марии Храпачевой
Ивану Черненко
Елизавете Шунько
Марии Шило
Анастасии Шуренковой
Татьяне Щудровой

Учебное издание
Леухина Анастасия Геннадьевна

ЧЕЛОВЕЧНОСТЬ И ЭМПАТИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

СПОСОБ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ

Идея и составление **Анастасия Леухина**
Координация **Елена Игнащук**
Обложка, дизайн, макет, обработка иллюстраций и верстка **Алина Борисова**
Редактирование **Мария Храпачева**
Корректура **Ольга Пошуруева**

Подготовлено к печати: --.--.----. Формат: .....
Офсетная печать. Бумага …. Тираж ….. экз. Зам. № ….

Украинско-швейцарский проект «Развитие медицинского образования» 01001, г. Киев, ул. Лютеранская, 6Б, кв. 43
тел.: +380 44 384 10 09
E-mail:events@mededu.org.ua
mededu.org.ua

Издательство и печать: **Мастер книг** Свидетельство, регистрационный номер 03037, г. Киев, ул. Максима Кривоноса, 2Б
E-mail: zamov@masterknyg.com.ua

«Открытость помогает нам получать лучшие клинические результаты. Меньше выгорать. Строить доверие, а доверие между врачом и пациентом — бесценно. Важно учиться открытости с первого курса, а практиковаться — с первого консультации и до последней выписки».

Илья Емец, доктор медицинских наук, директор Центра детской кардиологии и кардиохирургии, профессор кафедры детской кардиологии и кардиохирургии НУОЗ имени Платона Шупика

«Вопросы коммуникации, человечности и ориентированности на пациента очень важны для медицинского сообщества, пациентов и общества в целом. Именно учебное пособие, разработанное группой авторов, внесет важный вклад в эти изменения. Лично для меня сотрудничество в рабочих группах с членами авторского коллектива дала ответы на сложные вопросы.»

Елизавета Шунько, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент НАМН Украины, заведующая кафедрой неонатологии НУОЗ имени Платона Шупика

«Эмпатия — это не просто практический инструмент взаимодействия с человеком на приеме, а наша ежедневная эмоциональная гигиена»
.

Вадим Вус, семейный врач, тренер Академии семейной медицины Украины

«Пособие «Человечность и эмпатия в здравоохранении» содержит весь объем современных данных, чтобы покрыть дефицит теоретической информации, а его практическая часть позволит быстро и на конкретных примерах внедрить методики правильного коммуникации в повседневную работу врачей. Данное руководство сокращает разрыв в общении между пациентом и врачом, но для начала врачи должны его прочитать. Обязательно».

Андрей Безносенко, главный врач Национального института рака, онкохирург

«Настоящее качество медицинской помощи начинается с эмпатии. Когда врач и медсестра видят не «пациента» и даже не «клиента», а человека. Человека с уникальной историей, со всеми тонкостями опыта и эмоций, с человеческим достоинством и безусловной ценностью. И ведут себя так, как хотели бы, чтобы с ними обращались, оказавшись на месте этого человека. С уважением, пониманием и поддержкой».

Екатерина Булавинова, медицинский эксперт Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Украине

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra
Швейцарська Конфедерація

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Бенефіціар проекту

Swiss TPH
Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut

РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
УКРАЇНО-ШВЕЙЦАРСЬКИЙ ПРОЕКТ

ГОРИЗОНТАЛІ

Проект финансируется Швейцарским агентством по развитию и сотрудничеству. Взгляды и идеи, представленные в этом издании, принадлежат автору(-ам) и не обязательно отражают взгляды Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству.