มนุษยชาติและความเห็นอกเห็นใจ

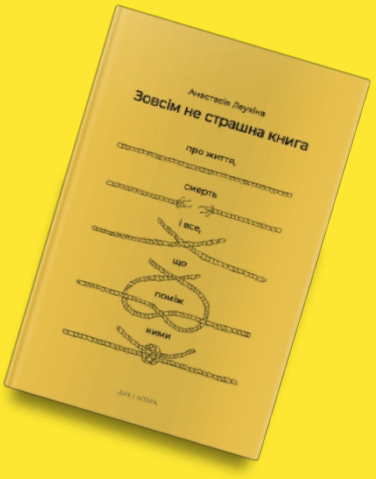
ในด้านการดูแลสุขภาพ

คู่มือสำหรับครู

แนวคิดและการรวบรวม
อนาสตาเซีย ลูคินา

'หนังสือที่ไม่ค่อยน่ากลัวเกี่ยวกับชีวิต ความตาย และทุกสิ่งที่อยู่ระหว่างนั้น' — คู่มือฉบับย่อที่ออกแบบมาให้เป็นคู่มือปฏิบัติสำหรับผู้ซึ่งต้องเผชิญกับโรคร้ายแรงที่เป็นอันตรายถึงชีวิตด้วยตัวเอง หรือผู้ที่กำลังวิตกกังวลและแสวงหาคำตอบว่าจะช่วยเหลือคนที่รักให้รับมือกับสถานการณ์เฉพาะได้อย่างไร การวินิจฉัยโรคที่รักษาไม่หายยังคงมีแนวโน้มที่จะ 'ลบ' ความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยออกไป รวมถึงความต้องการและความรู้สึกทั้งหมดของพวกเขา อย่างไรก็ตาม 'หนังสือที่ไม่ค่อยน่ากลัวเกี่ยวกับชีวิต ความตาย และทุกสิ่งระหว่างนั้น' แสดงให้เห็นว่าสิ่งต่างๆ สามารถและควรจะเป็นไปได้แตกต่างออกไป หนังสือเล่มนี้ — สะพานสำหรับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์สู่ความรู้สึกของผู้ป่วย สะพานสำหรับสังคมสู่ผู้ป่วยที่ป่วยหนัก ในที่สุดแล้ว มันคือสะพานสำหรับผู้ป่วยสู่ตัวตนของพวกเขาเอง ท้ายที่สุดแล้ว ทุกคนมีสิทธิที่จะมีชีวิตที่มีศักดิ์ศรีและความสุข ไม่ว่าพวกเขาจะป่วยเป็นโรคใดก็ตาม

http://non-scary.org/



องค์กรพัฒนาเอกชน 'Horizontals' — เพิ่มความเป็นมนุษย์ให้กับการดูแลสุขภาพ

ทีมของบุคคลที่มีความคิดเหมือนกันซึ่งกำลังสร้างการเชื่อมต่อแบบแนวนอนระหว่างผู้คนในสาขาการแพทย์และการศึกษา และดำเนินแคมเปญสร้างความตระหนักสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยเพื่อรักษาศักดิ์ศรีของทุกคนที่ชีวิตของพวกเขาถูก 'พลิกผัน' จากการวินิจฉัยของพวกเขา

ขอบคุณการทำงานขององค์กรและพันธมิตร ทำให้ญาติสามารถอยู่ในห้องผู้ป่วยหนักกับผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข หมายเลข 592) และชาวอูเครนหลายหมื่นคนที่มีบุตรหลานอยู่ในห้องผู้ป่วยหนักตอนนี้มีคู่มือคำแนะนำชื่อว่า 'กับบุตรหลานในห้องผู้ป่วยหนัก: คำถามและคำตอบ'

สิ่งพิมพ์นี้จัดทำขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของโครงการยูเครน-สวิตเซอร์แลนด์ 'การพัฒนาการศึกษาทางการแพทย์' ซึ่งกำลังดำเนินการในยูเครนโดยสถาบันสุขภาพเขตร้อนและสาธารณสุขแห่งสวิตเซอร์แลนด์ (Swiss TPH) โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสวิตเซอร์แลนด์ (SDC)

ผู้จัดการสำนักงานโครงการ:
ดร. เทเทียนา สเตปุร์โก
tetiana.stepurko@mededu.org.ua

ผู้นำโครงการ:
มาร์ติน ราบ หัวหน้าแผนก
ศูนย์สุขภาพโลกแห่งสวิตเซอร์แลนด์
สถาบันสุขภาพเขตร้อนและสาธารณสุขแห่งสวิตเซอร์แลนด์

(Swiss TPH) Socinstrasse 57, 4051 บาเซิล, สวิตเซอร์แลนด์

martin.raab@swisstph.ch

รายละเอียดการติดต่อสำนักงานในเคียฟ:

6B ถนนลูเทอรันสกา, ห้อง 43, 01001 เคียฟ, ยูเครน โทรศัพท์:

+380 44 384 10 09

mededu.org.ua

MedEduUkraine

การพัฒนาการศึกษาทางการแพทย์

Leukhina A. G., Bohdan D. B., Borovyk I. O., Gavrysh T. S., Haliash N. B.

กวาร์โดฟสกา โอ. โอ.,

โกลอฟิน โอ. เอ., โกเร็ตสกา

เอ. เอ็ม., กอร์สกา โอ. วี.

กัสัก เอส. อาร์.

อิกนาชชุค โอ. วี.

คัคโนวา เอ็ม. จี.

โคโรตุน โอ. พี.

คอสตุค โอ. โอ.

มอฟชาน อี. วี.

เปตรินิช โอ. เอ. โพวาร์

เอ็น. เอ. รูดาโควา เอ็น.

อี. เซนเด็ตสกา ที. เอ็ม.

ติกโฮลาซ ยู. วี.

ตูร์ปาโควา ยู. โอ.

คาริโทนอฟ โอ. วี.

ชุนโก เย. เย. ชูดรอวา

ที. เอส.

มนุษยธรรมและความเห็นอกเห็นใจในระบบการแพทย์

คู่มือสำหรับครู

มาสเตอร์ออฟบุ๊คส์ เคียฟ

2022

ยูดีซี

เลวคินา เอ. จี.

บ็อกดาน ดี. บี., โบโรวิก อี. โอ., กาฟริช ที. เอส., ฮาเลียช เอ็น. บี., โฮวาร์ดอฟสกา โอ. โอ., โกลอฟิน โอ. เอ., โกเร็ตสกา เอ. เอ็ม., กอร์สกา โอ. วี., กูซัค เอส. อาร์., อิกนาชชุก โอ. วี., คาคโนวา เอ็ม. จี., โคโรทุน โอ. พี., คอสตุค โอ. โอ., โมฟชาน อี. วี., เปตรินิช โอ. เอ., โพวาร์ เอ็น. เอ., รูดาโควา เอ็น. อี., เซนเด็ตสกา ที. เอ็ม., ทิคโฮลาซ ยู. วี., ตูร์ปาโควา ยู. โอ., คาริโตนอฟ โอ. วี., ชุนโก เอ. อี., ชูดรอวา ที. เอส.

มนุษยธรรมและความเห็นอกเห็นใจในระบบการแพทย์. คู่มือสำหรับครู. - เคียฟ: Master of Books: 2022. - …….. หน้า, ภาพประกอบ.

ISBN

คู่มือ 'มนุษยธรรมและความเห็นอกเห็นใจในระบบการแพทย์' เป็นสิ่งพิมพ์ฉบับแรกจากยูเครนที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการสอนวิชาที่เกี่ยวข้องกับแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งควรมีการบูรณาการข้ามสาขาวิชา ในสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ คู่มือนี้ได้รับการพัฒนาตามรูปแบบของหลักสูตรฝึกอบรมยูเครน-สวิส "มนุษยธรรมและความเห็นอกเห็นใจในระบบการดูแลสุขภาพ" สำหรับผู้สอนด้านการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ "การพัฒนาการศึกษาทางการแพทย์" ผู้เขียนร่วมเน้นย้ำถึงความสำคัญอย่างยิ่งของแนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง แทนที่จะเป็นแนวทางแบบอำนาจนิยม เมื่อให้การดูแลทางการแพทย์ในทุกขั้นตอน: การปรึกษา การวินิจฉัย การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ – แพทย์และพยาบาล – ต้องพัฒนาทักษะเพื่อส่งเสริมความเคารพและความเห็นอกเห็นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วยในขณะที่ยังศึกษาอยู่ในสถาบันการศึกษาขั้นสูง
คู่มือนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงคุณภาพการสื่อสารโดยรวม โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความไว้วางใจและความร่วมมือในทุกกรณีเพื่อประโยชน์สูงสุดของการดูแลสุขภาพ สิ่งพิมพ์นี้ประกอบด้วยเนื้อหาทางทฤษฎีอย่างเป็นระบบและแนวทางปฏิบัติที่อิงจากความรู้ปัจจุบันเกี่ยวกับการสื่อสารที่เคารพซึ่งกันและกัน จริยธรรม และความเห็นอกเห็นใจ และได้รับการออกแบบมาเพื่อตอบสนองความท้าทายเร่งด่วนร่วมสมัยที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพของมนุษย์ สิ่งพิมพ์นี้นำเสนอเครื่องมือหลากหลายสำหรับการปฏิบัติตนอย่างมืออาชีพในสถานการณ์ที่ท้าทาย การแจ้งข่าวร้าย และการสื่อสารด้วยความเห็นอกเห็นใจในระหว่างการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังมีรายการตรวจสอบสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งเป็นคู่มือที่จะเป็นแหล่งข้อมูลที่ขาดไม่ได้สำหรับทุกคนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ คู่มือนี้เขียนขึ้นสำหรับผู้ให้การศึกษาด้านสุขภาพ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขาและทุกระดับ รวมถึงผู้ป่วยและผู้ประสานงานของกลุ่มสนับสนุนเพื่อนและชุมชนอื่นๆ

สงวนลิขสิทธิ์. ห้ามทำซ้ำส่วนใดส่วนหนึ่งของห

นังสือเล่มนี้
ห้ามคัดลอกหรือใช้ในทางอื่นใดในทุกรูปแบบโดยไม่ได้
รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากเจ้าของลิขสิทธิ์

© อนาสตาเซีย ลูคินา, 2022
© โครงการยูเครน-สวิตเซอร์แลนด์
'การพัฒนาการศึกษาทางการแพทย์', 2022
© อลินา บอริโซวา, ออกแบบ 2022

Людяність та емпатія

ในด้านการดูแลสุขภาพ

คู่มือสำหรับครู

แนวคิดและการรวบรวมโดย
อนาสตาเซีย ลูคินา

ลิงก์ไปยังเวอร์ชันดิจิทัล:
mededu/library/ludianist-ta-empatia

สิ่งพิมพ์นี้จัดทำขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของโครงการยูเครน-สวิตเซอร์แลนด์
'การพัฒนาการศึกษาทางการแพทย์'
ซึ่งกำลังดำเนินการในยูเครนโดยสถาบันโรคเขตร้อนและสาธารณสุขแห่งสวิตเซอร์แลนด์ (Swiss TPH) โดยได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานเพื่อการพัฒนาและความร่วมมือแห่งสวิตเซอร์แลนด์ (SDC)
โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานเพื่อการพัฒนาและความร่วมมือแห่งสวิตเซอร์แลนด์
ความคิดเห็นและแนวคิดที่นำเสนอในสิ่งพิมพ์นี้เป็นของผู้เขียนเท่านั้น
และไม่จำเป็นต้องสะท้อนถึงมุมมองของสำนักงานความร่วมมือและการพัฒนาแห่งสวิตเซอร์แลนด์

UDC ISBN

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Бенефіціар проекту

Swiss TPH

РОЗВИТОК МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ
УКРАЇНО-ШВЕЙЦАРСЬКИЙ ПРОЕКТ

ГОРИЗОНТАЛІ

สารบัญ

คำนำจากทีมโครงการ 11
แนวคิดในการสร้างหลักสูตรนี้เกิดขึ้นได้อย่างไร 17
ทำไมมนุษยชาติและความเห็นอกเห็นใจจึงมีความสำคัญในปัจจุบัน? 21
เราได้เรียนรู้อะไรจากการสำรวจเกี่ยวกับความพร้อมของแพทย์
ทำงานร่วมกับผู้คนและความต้องการด้านมนุษยธรรมของผู้ป่วย? 22
คู่มือนี้เกิดขึ้นได้อย่างไร 26
ผู้เขียนหลักสูตร 29
คุณสามารถใช้คู ' มือนี้ได้อย่างไร? 46
เรื่องราวความสำเร็จในการดำเนินการหลักสูตร 47

ส่วนที่ 1

รูปแบบการสอนและการปรับให้เหมาะสมกับความต้องการที่แตกต่างกัน
กลุ่มเป้าหมาย 55
กรอบเนื้อหาหลักสูตร 58
วิธีการใช้ 'หนังสือที่ไม่น่ากลัวเลย'
ไม่กลัวเลยสักนิด... 61
พ่อของยูเลีย 62
เราทราบได้อย่างไรว่าแนวทางที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้ผล? 63

หัวข้อ 1. แนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง 69
เรื่องราวเกี่ยวกับศักดิ์ศรี สิทธิในการเลือก และการสูบมวนสุดท้าย 73

หัวข้อที่ 2. ความเห็นอกเห็นใจ 77
เราจะนำความเป็นมนุษย์มาสู่การแพทย์ได้อย่างไร? 79
เรื่องราวของนาตาเลีย ผู้ที่ไม่ไปหาหมอ
จนกว่าเธอจะ 'หมดไฟ' 79

หัวข้อที่ 3 ความไว้วางใจในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ การปรึกษาหารือในฐานะพื้นที่เพื่อสร้างความร่วมมือ 87

เรื่องราวของอีวานนาและศัลยแพทย์ประสาทที่อ่อนไหว 89

หัวข้อที่ 4. อำนาจผู้ป่วยและความเป็นอิสระของผู้ป่วย. ขอบเขตวิชาชีพ. 95
เรื่องราวของมารดาของมาเรียและปัญหาในการรักษา 97

หัวข้อ 5. ความลับ หนึ่งร้อยสาม
เรื่องราวของแพทย์สาวและคำเยาะเย้ยของเธอที่มีต่อชายรักร่วมเพศผู้ติดเชื้อ HIV หนึ่งร้อยห้า

หัวข้อที่ 6 ความทุกข์ทางอารมณ์และข่าวร้าย 111
เรื่องราวของเทเตียนาและข่าวในซองจดหมาย 113

หัวข้อที่ 7 ความขัดแย้งและการสนทนาที่ยากลำบาก 119
เรื่องราวของคุณยายจอมแสบและวิสัญญีแพทย์ปากจัด 121

หัวข้อที่ 8. ความอดทนและความหลากหลาย: วิธีการและเหตุผล
ทำงานร่วมกับผู้คนหลากหลาย หนึ่งร้อยยี่สิบเจ็ด
เรื่องราวของอันดรีย์และแพทย์ทั่วไปที่เปลี่ยนชีวิตของเขา 129

ภาคที่ 2
รวบรวมและพัฒนาสื่อการสอนสำหรับบทเรียนในหัวข้อของหลักสูตร

หัวข้อ 1. แนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง 137
ส่วนที่ 1. เนื้อหาทางทฤษฎี 141
ส่วนที่ 2. งานปฏิบัติ กรณีศึกษาเพื่อการอภิปราย 149

หัวข้อที่ 2. ความเห็นอกเห็นใจ 159
ส่วนที่ 1. เอกสารทฤษฎี 163
ส่วนที่ 2. งานปฏิบัติ หนึ่งร้อยหกสิบเก้า
การสำรวจและทำความเข้าใจประสบการณ์ของตนเอง
ในฐานะอีกด้านหนึ่งของความเห็นอกเห็นใจ หนึ่งร้อยเจ็ดสิบเจ็ด

หัวข้อที่ 3 ความไว้วางใจในความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การปรึกษาหารือ

ในฐานะพื้นที่สำหรับการสร้างความร่วมมือ 191
ส่วนที่ 1. เอกสารทฤษฎี หนึ่งร้อยเก้าสิบห้า
แบบจำลองการปรึกษาทางคลินิกแบบคาลการี-เคมบริดจ์ หนึ่งร้อยเก้าสิบห้า
ส่วนที่ 2. งานปฏิบัติ 206

หัวข้อที่ 4. อำนาจผู้ป่วยและความเป็นอิสระของผู้ป่วย. ขอบเขตวิชาชีพ. 213
ทำไมบทนี้จึงแตกต่างจากบทอื่น ๆ ทั้งในด้านเนื้อหาและโครงสร้าง? 216
ส่วนที่ 1. เนื้อหาทางทฤษฎี 217
ความลำเอียงและขอบเขต 220
วิธีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและกำหนดระดับความละเอียดที่ต้องการสำหรับแต่ละราย
เพื่อตัดสินใจร่วมกัน 223
ส่วนที่ 2. งานปฏิบัติ 244

หัวข้อ 5. ความลับ 247
ส่วนที่ 1. เนื้อหาทางทฤษฎี 251
แนวคิดของ 'ข้อมูล' และ 'ข้อมูลที่เป็นความลับ' 251
ความเป็นอิสระ, หลักการของมัน, แนวคิดของ 'การยินยอมอย่างมีข้อมูล' 252
ความเป็นส่วนตัวและหลักการในการบรรลุผล 253
ส่วนที่ 2. งานปฏิบัติ 258

หัวข้อที่ 6. วิกฤตทางอารมณ์และข่าวร้าย 261
ส่วนที่ 1. เนื้อหาทางทฤษฎี 265
การแจ้งข่าวร้าย 265
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 272
การแจ้งการเสียชีวิต 274
วิกฤตทางอารมณ์ 274
การให้การช่วยเหลือทางจิตใจในกรณีการสูญเสียบุคคลที่รัก 279
ส่วนที่ 2. งานปฏิบัติ 282
หนังสือและภาพยนตร์เกี่ยวกับวิกฤตชีวิต 286

หัวข้อที่ 7. ผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ยากลำบาก ความขัดแย้ง 289
ส่วนที่ 1. เอกสารทฤษฎี 293

ส่วนที่ 2. งานปฏิบัติ 300

หัวข้อที่ 8. ความอดทนและความหลากหลาย 305
ส่วนที่ 1. เอกสารทฤษฎี 309
การเลือกปฏิบัติ 309
การสื่อสารระหว่างวัฒนธรรมและความหลากหลายทางวัฒนธรรม 313
ส่วนที่ 2. งานปฏิบัติ 337

แทนคำกล่าวปิดท้าย 341
เรื่องราวของคุณแม่ของอัลลาและความสำคัญของการเลือกใช้คำพูดอย่างระมัดระวัง 342
รายการตรวจสอบสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย 347
รายการตรวจสอบศักดิ์ศรีพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ 351
รายการตรวจสอบความเคารพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้ป่วย 355

คำพูดให้กำลังใจจากผู้นำทางความคิด 360
ขอบคุณมาก 363

คำนำจากทีมโครงการ



เทเตียนา สเตปร์โก
หัวหน้าสำนักงานการดำเนินงาน
ยูเครนนอร์เวย์-สวีเดน ของโครงการซาร์ 'การพัฒนา
การแพทย์วิทยาศาสตร์ของ โลก',
อาจารย์ที่สถาบันแห่งชาติ
มหาวิทยาลัย สตอกโฮล์ม

โลกกำลังเปลี่ยนแปลง ความท้าทายใหม่ ๆ กำลังเกิดขึ้นทั้งในชีวิตการทำงานและชีวิตสังคมของเรา ทำให้เรารู้สึกไม่แน่นอน ขณะนี้เรากำลังมองย้อนกลับไปที่ประสบการณ์การทำงานในอดีตด้วยมุมมองใหม่ และสามารถมองเห็นได้แล้วว่าวิธีที่เราเคยรับมือกับความท้าทายและความซับซ้อนในชีวิตประจำวันนั้น ไม่สามารถทำให้เราพอใจได้อีกต่อไป และอาจไม่ทำให้เพื่อนร่วมงานของเราพอใจเช่นกัน และอาจไม่ทำให้สังคมโดยรวมพอใจด้วย ในช่วงหนึ่งของชีวิตการทำงาน เราตระหนักว่าเรามีช่องว่างในความรู้หรือทักษะ แต่เราไม่สามารถมองเห็นได้ว่าเราจะเรียนรู้สิ่งใหม่ได้จากที่ไหน เราสังเกตเห็นการเกิดขึ้นของโซลูชันใหม่ ๆ ที่ออกแบบมาเพื่อให้การแก้ไขปัญหาที่เราเผชิญอยู่เป็นเรื่องง่ายขึ้น

อาชีพที่สร้างสรรค์ ทันสมัย และเกี่ยวข้อง ความรู้ ทักษะ และวิธีการได้มาซึ่งสิ่งเหล่านี้ – นี่คือผลผลิตของการศึกษาที่ดี การศึกษาและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งสร้างขึ้นร่วมกับผู้ที่มุ่งมั่นเพื่อการพัฒนา มอบแรงจูงใจและความมั่นใจ เป็นตัวกระตุ้นและฐานรากสำหรับการพัฒนาอาชีพและส่วนตัว

โครงการ 'การพัฒนาการศึกษาทางการแพทย์' ของยูเครน-สวิตเซอร์แลนด์ เป็นแพลตฟอร์มที่ช่วยเหลือผู้สอนทางการแพทย์ แพทย์ และพยาบาล ให้สามารถเรียนรู้ทักษะและความรู้ใหม่ ๆ ได้อย่างสบายและครอบคลุม พร้อมกับผู้เชี่ยวชาญที่มีความมุ่งมั่นและมีความสามารถเช่นเดียวกัน ที่ปรึกษาโครงการ อนาสตาเซีย ลูคินา เป็นผู้เชี่ยวชาญในการเปลี่ยนแปลงส่วนต่าง ๆ ของโลกนี้ให้ดีขึ้น

ด้วยการรวบรวมเรื องราวของผู้ป่วย ญาติของพวกเขา แพทย์ พยาบาล และผู้จัดการในหนังสือของเธอ 'Not a Scary Book at All...' เธอได้ทำให้เราเข้าใจอย่างชัดเจนว่าความเจ็บปวดที่มีอยู่ต้องได้รับการบรรเทา ความเจ็บปวดนี้เกิดขึ้นจากสถานการณ์ที่ซับซ้อนในระบบการดูแลสุขภาพ มันไม่ได้เป็นเพียงทางกายภาพเท่านั้น แต่เป็นทางมนุษย์มากกว่า มันเกี่ยวข้องกับทัศนคติ การสื่อสาร และคุณค่าของความเป็นมนุษย์และศักดิ์ศรี

โครงการที่เสนอให้กับอนาสตาเซีย อ้างอิงจากกรณีศึกษาใน *หนังสือที่ไม่ค่อยน่ากลัว...*
เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์การศึกษาที่จะช่วยนักศึกษาในสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ขั้นสูง
ตลอดจนผู้ประกอบวิชาชีพ – แพทย์และพยาบาล –
ให้สามารถทำลายวงจรของความเข้าใจผิดและการตำหนิซึ่งกันและกัน
และก้าวสู่เส้นทางใหม่ของความร่วมมือและความเห็นอกเห็นใจ นอกจากนี้ยังมีวาระที่ 'ซ่อนเร้น'
(คล้ายกับหลักสูตรแฝง):
เป็นเวลาหกเดือนที่ผู้สอนทางการแพทย์ทำงานเคียงข้างกันเพื่อพัฒนาหลักสูตร
โดยเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงในแนวทางการศึกษาที่เน้นสมรรถนะภายใต้การแนะนำของอนาสตาเซีย

เมื่อเราใกล้ถึงจุดสิ้นสุดของปี 2021 ที่เต็มไปด้วยความท้าทาย
ก้าวแรกสู่การดูแลสุขภาพที่มอบความมีศักดิ์ศรีมากขึ้นได้ถูกเริ่มต้นขึ้นแล้ว
กลุ่มผู้สอนทางการแพทย์ ร่วมกับอนาสตาเซีย ได้จัดทำคู่มือเล่มนี้ขึ้น
เราเชื่อว่าเครื่องมือที่จัดเตรียมไว้และทักษะที่คุณได้รับ
จะช่วยกระตุ้นให้หนังสือเล่มใหม่ของอนาสตาเซียเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ที่มีเกียรติและมนุษยธรรมระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้บริการทางการแพทย์ได้รับการตีพิมพ์ออกมา
ซึ่งจะทำให้ฉันมีความมั่นใจว่าเราอาศัยอยู่ในโลกที่ให้คุณค่ากับชีวิตมนุษย์



อนาสตาเซีย ลูคินา
ที่ปรึกษาสำหรับโครงการยูเครน-สวิตเซอร์แลนด์
'การพัฒนาการศึกษาทางการแพทย์' ผู้ฝึกอบรม
และผู้อำนวยความสะดวก,
ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาทางการแพทย์ที่ไม่แสวงหาผลกำไร 'Horizontals',
และอาจารย์ที่ Kyiv School of Economics

ฉันเริ่มต้นงานในวงการสาธารณสุขด้วยความยากลำบาก
ลูกชายแรกเกิดของฉันชื่อมักซิมก้าเสียชีวิตหลังประตูห้องไอซียูที่ปิดสนิท
คุณย่าของเขาต้องยืนอยู่บนทางเดินอันหนาวเย็นนอกประตูในคืนนั้น
ไม่มีใครบอกเธอเกี่ยวกับมักซิมก้าหรือให้โอกาสเธอได้กล่าวคำอำลา

เธอมักจะนึกถึงผนังใต้ประตูเหล่านั้น ซึ่งเต็มไปด้วยประกาศต่างๆ
ประกาศเหล่านี้มีข้อห้ามมากมายและเขียนด้วยน้ำเสียงราวกับว่าตั้งใจจะส่งถึงผู้ต้องขังในเรือนจำที่มีความปลอดภัยสูงสุด
มากกว่าที่จะเป็นสำหรับผู้ปกครองที่กำลังเครียดเนื่องจากสภาพวิกฤตของบุตรหลาน
ข้อห้ามและข้อกำหนดที่เข้มงวดนั้นสร้างความเจ็บปวด
การไม่สามารถอยู่กับบุตรหลานได้เป็นเรื่องที่กระทบกระเทือนจิตใจอย่างรุนแรง
และการขาดข้อมูลข่าวสารนั้นสร้างความเสียหายอย่างใหญ่หลวง

แคมเปญ #пуститеревэниация ซึงฉันก่อตั้งร่วมกับคุณแม่ท่านอืน ๆ
ได้กลายเป็นหนึงในขบวนการผู้ป่วยระดับรากหญ้าครังแรกในยูเครน
ไม่เพียงแต่ต่อสู้กับระบบเท่านัน
แต่ยังได้สิทธิให้ผู้คนสามารถอยู่กับคนทีรักได้เมือพวกเขาอยู่ในห้องไอซียู
มันเป็นชัยชนะทียิงใหญ่: กระทรวงสาธารณสุขได้อนุมัติคำสั่งแล้ว
และพวกเราในฐานะชุมชนผู้ป่วยได้สัมผัสถึงพลังแห่งความสามัคคี

หลายปีผ่านไป และแนวทางการเข้าถึงมีความแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละโรงพยาบาล:
มีคำสั่งเพียงหนึงเดียว
แต่บุคลากรทางการแพทย์และผู้บริหารในสถานพยาบาลมีความเห็นต่างกัน ในบางโรงพยาบาล
การเยียมเยียนไม่ถูกจำกัดตลอด 24 ชัวโมงทุกวัน
ผู้อืนละเมิดคำสั่งโดยกำหนดเวลาเยียมหรือปิดประตูไว้
การสำรวจผู้ป่วยและผู้มาเยียมของเราพบว่าปัญหาทีใหญ่ทีสุดของพวกเขาคือการขาดการเข้าถึง
ข้อมูลเกียวกับผู้ป่วยไม่เพียงพอ และการรักษาทีไม่ดีจากบุคลากรทางการแพทย์
ผู้ป่วยและครอบครัวมีความต้องการอย่างมากในการสือสารทีดีขึน

ผมตระหนักว่าการสังให้แพทย์และผู้บริหารเปิดหอผู้ป่วยวิกฤตเพียงอย่างเดียวนันไม่เพียงพอ
สิงสำคัญคือการเปลียนแปลงกระบวนทัศน์ของความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้
ป่วย ฉันได้ศึกษาด้านการอำนวยความสะดวกอย่างกว้างขวาง –
ส่วนใหญ่เพือหาเครืองมือทีจะช่วยให้ผู้ป่วยและแพทย์เข้าใจกันและกันได้ดีขึน
ด้วยการฝึกอบรมทางวิชาชีพด้านการสร้างสันติภาพ
การสอนการเจรจาและการสือสารเป็นเวลา 20 ปี
และการศึกษาด้านจิตวิทยาทีเน้นกระบวนการเป็นเวลา 10 ปี
ฉันจึงสามารถนำความรู้ด้านการแก้ไขความขัดแย้งมาประยุกต์ใช้กับการปฏิสัมพันธ์นีได้

มันต้องอาศัยการสำรวจปรากฏการณ์และการทดลองรูปแบบต่าง ๆ –
ตังแต่การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้แบ่งปันเครืองมือในการสือสาร
ไปจนถึงการสนทนาเชิงบำบัดเพือรับฟังและเข้าใจความเจ็บปวดของพวกเขา
สิงทีทำให้ฉันประหลาดใจคือ มีความเจ็บปวดอยู่มากมาย ฉันตระหนักถึงมิติต่าง ๆ
ของความเจ็บปวดของผู้ป่วย แต่ฉันไม่เคยตระหนักว่าแพทย์และพยาบาลก็มีความทุกข์เช่นกัน
ความทุกข์นันเป็นอย่างไร
และเหตุใดพวกเขาจึงต่อต้านการเปิดเผยและความซือสัตย์ในความสัมพันธ์

การสนทนาเหล่านี้ ประกอบกับการไตร่ตรองส่วนตัวและการบำบัดความเจ็บปวดทางจิตใจของฉันเอง ได้เปลี่ยนแปลงมุมมองของฉันเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยอย่างสิ้นเชิง ก่อนหน้านี้ ฉันได้มอบความรับผิดชอบทั้งหมดของความสัมพันธ์นี้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ และโทษพวกเขาสำหรับปัญหาต่าง ๆ มากมาย ตอนนี้ฉันเข้าใจแล้วว่าความสัมพันธ์นี้เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของเรา ทั้งผู้ป่วยและแพทย์หรือพยาบาลต่างมีความรับผิดชอบเท่าเทียมกันต่อคุณภาพของการสื่อสารและระดับความไว้วางใจระหว่างกัน และความไว้วางใจนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อผลลัพธ์ของการรักษา เป็นสิ่งสำคัญที่เราต้องเรียนรู้วิธีการสร้างการสื่อสารนี้จากทั้งสองฝ่าย

ดังนั้นหลักสูตรและคู่มือฉบับนี้จึงมุ่งสำรวจวิธีการเปลี่ยนผ่านจากแนวคิดแบบอำนาจนิยมหรือการเป็นผู้บริโภค ไปสู่ความเป็นหุ้นส่วนที่แท้จริง เรายังมีหนทางอีกยาวไกล และข้าพเจ้ารู้สึกยินดีอย่างยิ่งที่เราสามารถรวมทีมผู้เขียนร่วมนี้เข้าด้วยกัน และค้นพบโอกาสในการก้าวเดินแรกนี้ไปด้วยกัน



ไอเลนา อิกนาชชุค

ผู้ประสานงานโครงการยูเครน-สวิตเซอร์แลนด์
การพัฒนาการศึกษาทางการแพทย์

ฉันเป็นแพทย์โดยได้รับการฝึกอบรมและมีประสบการณ์ในการสอนทีมหาวิทยาลัยทางการแพทย์ เมื่อฉันก้าวหน้าผ่านทุกขั้นตอนของการศึกษา – ในมหาวิทยาลัย ระหว่างปริญญาโท การฝึกงาน และการศึกษาหลังปริญญา – ฉันรู้สึกว่าฉันขาดความรู้เกี่ยวกับการทำงานกับผู้คน – ฉันโชคดีที่มีครูที่ดี พวกเขาเป็นคนที่ยอดเยี่ยมซึ่งได้แสดงให้เห็นผ่านการเป็นแบบอย่างของตนเองว่า การมีมนุษยธรรมในทางการแพทย์นั้นเป็นไปได้

อย่างไรก็ตาม นี่ไม่ใช่ส่วนหนึ่งของหลักสูตร ในระหว่างการศึกษาของฉัน ฉันไม่ได้รับเครื่องมือ, อัลกอริทึม หรือกรอบการสื่อสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบมุ่งเน้นบุคคลเลย มีเพียงขั้นตอนทางการแพทย์มาตรฐานสำหรับการซักประวัติและการบันทึกประวัติทางการแพทย์เท่านั้น

> ความตาย และทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่ระหว่างนั้น - เคียฟ: ดูค และ Litera, 2020. - 368 หน้า.

[1] อนาสตาเซีย ลูคินา. หนังสือที่ไม่น่ากลัวเลย. เกี่ยวกับชีวิต

คุณรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบากอย่างไร? คุณบอกข่าวร้ายกับผู้คนอย่างไร? คุณสื่อสารกับผู้คนต่าง ๆ ที่มาพบคุณอย่างไร? – ฉันเคยทำทุกอย่างนี้โดยสัญชาตญาณ พึงพาความคิดของตัวเองมากกว่าความรู้และทักษะ

เมื่อฉันอ่านหนังสือ *Not a Scary Book at All...*[1] ของอนาสตาเซีย ลูคินา ฉันรู้สึกเศร้ามากที่ได้ทราบว่าผู้ป่วยมักพบว่าตัวเองอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่มีความเข้าใจกับบุคลากรทางการแพทย์ ที่พวกเขาไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอหรือไม่มีเลย เมื่อพวกเขาถูกทิ้งให้อยู่ตามลำพังกับความกลัวและความเจ็บปวดของพวกเขา และบุคลากรทางการแพทย์มักขาดความรู้และทักษะที่จะช่วยให้พวกเขาสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจและความเมตตา

เมื่อทีมโครงการของเราเริ่มหารือเกี่ยวกับแนวคิดในการสร้างหลักสูตรและคู่มือนี้ครั้งแรก
เรารู้สึกได้รับแรงบันดาลใจอย่างมากจากการที่เราได้ทำสิ่งที่สำคัญและมีประโยชน์
สำคัญในทุกขั้นตอนของการศึกษา – ทั้งระดับปริญญาตรีและบัณฑิตศึกษา –
สำคัญสำหรับแพทย์และพยาบาล และที่สำคัญที่สุด –
สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการให้เสียงของพวกเขาได้รับการฟัง
ให้ความคิดเห็นของพวกเขาได้รับการนำมาพิจารณาเมื่อมีการตัดสินใจ
ให้ขอบเขตของพวกเขาได้รับการเคารพ
และให้แพทย์สามารถช่วยเหลือพวกเขาได้ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก

มาเรีย ครปาไชวา



บรรณาธิการ, ผู้ก่อตั้งสตูดิโอ 'Dali za tekstom'

ฉันได้พบกับคู่มือ 'มนุษยธรรมและความเห็นอกเห็นใจในระบบการแพทย์'
เป็นครั้งแรกในช่วงเวลาที่เอกสารนี้มีวัตถุประสงค์ให้เป็นหนังสือเล่มบาง –
เป็นเครื่องมือสำหรับแนวคิดหลักที่ผู้เข้าร่วมโครงการยูเครน-สวิตเซอร์แลนด์ได้เสนอไว้
'การพัฒนาการศึกษาทางการแพทย์'
ร่างของคู่มือการสอนมีรูปแบบเป็นตารางชุดหนึ่งพร้อมคำอธิบายที่รวบรวมไว้ใน Google Doc
ฉันอ่านมันแล้วรู้สึกเหมือนความปรารถนาที่สำคัญและฝังลึกในใจของฉันกำลังเป็นจริงในที่สุด
และฉันต้องการให้ข้อความเหล่านี้ได้รับการพิจารณาอย่างถี่ถ้วน เสร็จสมบูรณ์
และรวบรวมไม่ใช่แค่เป็นห่วงโซ่เชิงเส้น แต่เป็นรูปหลายเหลี่ยมที่สอดคล้องและเปล่งประกาย

ในช่วงไม่กี่เดือนถัดไป คู่มือนี้ได้เติบโตขึ้นสิบเท่าและเปลี่ยนเป็นคู่มือสำหรับอนาคต
ซึ่งความคิดเห็นเดิมที่แสดงไว้ในแต่ละตารางได้กลายเป็นเนื้อหาหลักที่ครบถ้วนและสำคัญอย่างยิ่ง
สำหรับทุกสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ที่กำลังจะได้รับการฝึกอบรมจำเป็นต้องเรียนรู้ มนุษยธรรม,
จริยธรรม, การสื่อสารทางนิเวศ,
ความสำคัญของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลในสถานการณ์ใด ๆ

ที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย, ความเห็นอกเห็นใจ, ความไว้วางใจ และความร่วมมือเพื่อการดูแลสุขภาพ

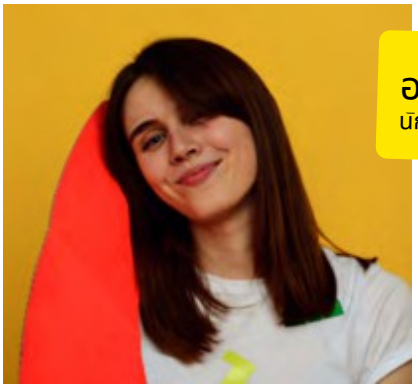
เอกสารในคู่มือได้ถูกจัดกลุ่มออกเป็นสองส่วน:
หลักการทางวิธีวิทยาและแนวทางปฏิบัติพร้อมตัวอย่างเรื่องราวในส่วนแรก
และเนื้อหาการฝึกอบรมจริงในส่วนที่สอง
บางส่วนของคู่มือได้ทำให้เกิดคำถามว่าหัวข้อที่อยู่ติดกันนั้นสามารถเปรียบเทียบได้จริงในแง่ของความหนาแน่นของเนื้อหา และว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดได้ถูกนำมาใส่ไว้แล้วหรือไม่ และได้รับการจัดวางไว้ในตำแหน่งที่เหมาะสมและรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมหรือไม่

บางหัวข้อพิสูจน์แล้วว่ามีความท้าทายเป็นพิเศษ ไม่ใช่เพราะมีความซับซ้อนโดยธรรมชาติ แต่เนื่องจากบริบทและประสบการณ์ส่วนตัวของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและนักการศึกษาที่รับหน้าที่ในการถ่ายทอดความรู้ด้านมนุษยศาสตร์ร่วมสมัยจำนวนมากที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ให้กับเพื่อนร่วมงานของพวกเขา ความรู้และทักษะเหล่านี้เป็นนวัตกรรมล้ำสมัยและใหม่ – พวกมันเป็นที่ต้องการ
และถึงเวลาแล้วที่พวกมันควรกลายเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติทางการแพทย์

การสังเกตว่างานนี้ท้าทายเพียงใดสำหรับผู้ร่วมเขียนคู่มือในบางครั้งแสดงให้เห็นว่ามันมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้บุกเบิกเหล่านี้ที่มนุษยชาติ ความเห็นอกเห็นใจและการสื่อสารเชิงนิเวศน์จะได้รับการเข้าใจและปฏิบัติอย่างกว้างขวางในชุมชนทางการแพทย์ ครั้งแล้วครั้งเล่าที่ข้าพเจ้ารู้สึกประทับใจในแรงผลักดันอันยิ่งใหญ่ของผู้คนเหล่านี้ เพราะผลงานของผู้ร่วมเขียนคู่มือเล่มนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบสาธารณสุขทั้งหมด และด้วยเหตุนี้จึงเกี่ยวข้องกับทุกคน เพราะเราทุกคนล้วนเคยเป็นผู้ป่วยในบางช่วงเวลาของชีวิต

เนื้อหาส่วนใหญ่ในคู่มือนี้มีชื่อของผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับคู่มือนี้อยู่ก่อนหน้า ทุกสิ่งทุกอย่างที่เหลือเขียนโดยอนาสตาเซีย ลูคินา

ความหวังต่อไปของฉันคือการเห็นสิ่งพิมพ์นี้นำไปสู่การพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมในมหาวิทยาลัยทางการแพทย์ เพื่อให้บัณฑิตเริ่มปฏิบัติแนวทางที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และท้งหมดนี้จะช่วยส่งเสริมให้ระบบการดูแลสุขภาพมีสุขภาพที่ดีขึ้น
ตลอดจนให้ข้อมูลที่มีคุณค่า
ซึ่งช่วยให้เกิดการปรับปรุงคู่มือเกี่ยวกับมนุษยธรรมและความเห็นอกเห็นใจในเวอร์ชันต่อไป – ที่มีความละเอียดอ่อนมากขึ้น



อลินา บอริโซวา,
นักออกแบบกราฟก, ผู้ร่วมก่อตั้งโครงการ Intozine

ฉันรักการทำงานในโครงการที่ผู้คนสร้างขึ้นจากความเชื่อมั่นภายใน เป็นงานที่ทำตลอดชีวิต และมีศักยภาพที่จะเปลี่ยนแปลงโลก หัวข้อเรื่องความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นน้นสะท้อนใจฉันอย่างมากเมื่ออนาสตาเซียข

อให้ฉันมีส่วนร่วมในสิ่งพิมพ์นี้ โดยบอกว่าเธอต้องการให้ฉัน
'นำความอบอุ่นและความเห็นอกเห็นใจ' มาสู่โครงการนี้
ความเห็นอกเห็นใจเป็นจุดแข็งของฉัน
และฉันต้องการนำมันมาสู่โครงการที่ฉันทำงานด้วย

แนวคิดในการสร้างหลักสูตรนี้เกิดขึ้นได้อย่างไร

จากการสังเกตการสนทนาภายในชุมชนทางการแพทย์และผู้ป่วย
รวมถึงเรื่องราวที่ปรากฏในสื่อต่างๆ
เห็นได้ชัดว่ามีความตึงเครียดอย่างมากระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์
บุคลากรทางการแพทย์พบว่ามีความยากลำบากในการรับมือกับปริมาณงานที่หนักหน่วง
พวกเขาเหนื่อยล้าจากความอ่อนเพลียและภาวะหมดไฟทางอารมณ์
อีกทั้งยังต้องเผชิญกับความเครียดจากระดับความปั่นป่วนที่สูงภายในระบบสาธารณสุข
รวมถึงปัญหาทางการเงิน กฎหมาย และสังคมในที่ทำงานที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข
พวกเขาถูกกัดกร่อนจากความขัดแย้งภายในและมักจะระบายความหงุดหงิดใส่ผู้อื่นในความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวของพวกเขา
บุคลากรทางการแพทย์ต้องการการยอมรับและความขอบคุณ - จากรัฐ จากผู้บริหาร จากผู้ป่วย และจากสังคมโดยรวม - แต่พวกเขาไม่ได้รับสิ่งเหล่านี้เพียงพอ

ในส่วนของผู้ป่วยเอง พวกเขาก็ระมัดระวังตัวเช่นกัน
ประสบการณ์ของตนเองและเรื่องราวของผู้อื่นเป็นสาเหตุที่เพียงพอให้เกิดความกลัวและความระแวดระวัง ผู้ป่วยมักพบว่าตนเองถูกดึงเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในองค์กร
พวกเขาบ่นว่าไม่เพียงแต่ไม่ได้รับความเคารพและความเข้าใจอย่างเพียงพอเท่านั้น
แต่ยังขาดข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง (หรือของสมาชิกในครอบครัว) อีกด้วย
ความตึงเครียดในทางเดินและห้องต่างๆ ของสถานพยาบาล ซึ่งเกิดจากความไว้วางใจในระดับต่ำ
สร้างบรรยากาศที่ไม่เป็นมิตรอย่างมาก ซึ่งไม่มีใครรู้สึกสบายใจ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือผู้ป่วย

มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานการณ์นี้ ได้แก่:

ประการแรก **วัฒนธรรมการปฏิสัมพันธ์แบบเผด็จการภายในโรงพยาบาล**
ซึ่งส่งเสริมแนวทางแบบพ่อปกครองลูกในการทำงานร่วมกับผู้ป่วย
ในวิชาชีพทางการแพทย์
มีแบบอย่างมากมายที่มีทัศนคติดูถูกเหยียดหยามต่อเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย
แต่มีแบบอย่างของความเคารพและความเป็นหุ้นส่วนน้อยเกินไป
มืออาชีพรุ่นใหม่มักสังเกตและเลียนแบบพฤติกรรมของอาจารย์ที่มีประสบการณ์
ซึ่งส่งผลให้พวกเขาใช้รูปแบบการทำงานเดียวกันนี้ในงานของตนเอง

ประการที่สอง

การขาดการฝึกอบรมด้านการสื่อสารและการจัดการอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นในหลักสูตรการฝึกอบรมทางการแพทย์และพยาบาล

แพทย์และพยาบาลจำนวนมากต้องการพัฒนาทักษะการสื่อสารและแก้ไขความขัดแย้ง
แต่ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร
การฝึกอบรมทั้งหมดที่ผ่านมาเน้นที่การทำงานกับร่างกายและความเจ็บป่วยเป็นหลัก
โดยแทบไม่ได้ให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกับผู้คนเลย

การฝึกอบรมทั้งหมดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์มีโครงส
ร้างเป็นระบบ
สายวิชาการทำงานร่วมกับร่างกายและความเจ็บปวด;
การสื่อสาร
ทางคลินิก, ไม่ค่อยมีความสนใจ

ในบทหนึ่งของหนังสือ 'The Not-So-Scary Book...' ได้กล่าวถึงความคาดหวังที่ตำของผู้ป่วยต่อบุคลากรทางการแพทย์ ข้อความสำคัญคือ: เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวัง คาดหวังอะไรไว้เลย พวกเรา ทีมงานผู้อยู่เบื้องหลังคู่มือฉบับนี้ ต้องการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์นี้ เราตั้งเป้าที่จะยกระดับมาตรฐานของคุณภาพในความสัมพันธ์ สร้างพื้นที่สำหรับการมีปฏิสัมพันธ์ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นหุ้นส่วน และเพิ่มความพึงพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย พร้อมทั้งดูแลสุขภาวะทางอารมณ์ของบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

คุณควรคาดหวังอะไรจากบุคลากรทางการแพทย์?

ในตอนนี้ เราต้องกล่าวถึงสิ่งที่เห็นได้ชัด: แพทย์และพยาบาลชาวยูเครนส่วนใหญ่ไม่รู้วิธีแจ้งข่าวการวินิจฉัยที่ร้ายแรงหรือการเสียชีวิตอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยสังเกตว่าบุคลากรทางการแพทย์หลีกเลี่ยงการสนทนาเหล่านี้ โดยหวังว่าจะมีคนอื่นทำแทน แต่ไม่มีใครที่จะทำแทนได้ การพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติของพวกเขาเกี่ยวกับโรคที่รักษาไม่หายหรือความตายเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญ แต่ยากมากของการปฏิบัติทางการแพทย์ และดูเหมือนจะยากเป็นร้อยเท่าเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ขาดทักษะที่เหมาะสมและการฝึกอบรม และบางครั้งอาจขาดทรัพยากรทางอารมณ์ของตนเอง

ใคร ๆ ก็อยากจะคิดว่าในช่วงเวลาสำคัญ แพทย์และทุกคนที่เข้ามาติดต่อกับผู้ป่วยจะแสดงความเข้าใจ ให้การสนับสนุนทางจิตใจ และให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม ในความเป็นจริง อย่างไรก็ตาม กลยุทธ์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวคือการไม่มีความคาดหวังใด ๆ พฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ในสถานการณ์เช่นนี้อาจแตกต่างกันอย่างมาก และขึ้นอยู่กับบุคคลและสภาพของผู้ป่วย ดังนั้น หากคุณมีแพทย์ที่เมตตา ให้รู้สึกดีใจและขอบคุณ หากไม่มี ก็อย่าเสียใจ และอย่าเสียพลังงานไปกับความผิดหวัง

กลยุทธ์ที่ดีที่สุดคือไม่มีความคาดหวัง

บุคลากรทางการแพทย์ก็พบว่าการรับมือกับข่าวร้ายเกี่ยวกับผู้ป่วยเป็นเรื่องยากเช่นกัน
แต่พวกเขาไม่ได้รับการฝึกอบรมให้สามารถช่วยเหลือตัวเองหรือผู้ป่วยได้
พวกเขาประสบกับภาวะหมดไฟทางอารมณ์อย่างรุนแรง
ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะภายใต้เงื่อนไขในยูเครน
ไม่มีมาตรการให้เวลาพักหรือการสนับสนุนทางจิตวิทยาจากผู้เชี่ยวชาญในช่วงเวลาที่พวกเขาต้องการรับมือ

หลังจากการเสียชีวิตของผู้ป่วย
พวกเขามักจะรู้สึกหมดหนทางหรือโกรธที่ตนเองไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้
และหลีกเลี่ยงการติดต่อกับญาติของผู้เสียชีวิต
ส่วนหนึ่งเพื่อไม่ให้เปิดเผยความรู้สึกที่แท้จริงซึ่งพวกเขาไม่รู้ว่าจะรับมืออย่างไร

บางครั้งการหลีกเลี่ยงการสนทนาเป็นวิธีเดียวที่ทราบกันว่าจะช่วยป้องกันการหมดไฟและรักษาพลังงานไว้ได้ ด้วยเหตุนี้ ผู้ป่วยและครอบครัวจึงถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพังกับข่าวร้ายที่ยังไม่ได้รับการสื่อสาร[1] .

ดังนั้น
คู่มือฉบับนี้จึงเป็นความพยายามในการบูรณาการการฝึกปฏิบัติด้านการสื่อสารและการจัดการความขัดแย้งเข้ากับการปฏิบัติงานทางการแพทย์
เพื่อแทนที่วัฒนธรรมแห่งความหยิ่งยโสและการไม่เคารพผู้ป่วย
เรากำลังส่งเสริมวัฒนธรรมแห่งความเป็นมนุษย์และความเปิดกว้างในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย

เราสร้างวัฒนธรรมแห่งความหยิ่งยโสและการไม่เคารพผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ที่ดีจะเป็นตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพและประสิทธิภาพในวงการแพทย์แห่งอนาคต
และเราจำเป็นต้องรู้วิธีสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์เหล่านั้น

เราสร้างเฟรมเวิร์กlyudyanostitavidkritosti

แนวทางใหม่นี้ประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ ได้แก่ การจัดการลำดับชั้นอย่างเหมาะสมผ่านการเปลี่ยนความสัมพันธ์จากแบบเผด็จการเป็นแบบหุ้นส่วน การสื่อสารที่มีคุณภาพสูง และการจัดการกับสถานการณ์ความขัดแย้ง

ตำแหน่งคือสิทธิพิเศษ แหล่งที่มาของอำนาจการกระทำ และพลังของมนุษย์ในบริบทต่าง ๆ ตำแหน่งมีหลายรูปแบบ – ตัวอย่างเช่น ตำแหน่งทางอาชีพ ตำแหน่งทางสังคม ตำแหน่งทางจิตวิทยา และตำแหน่งทางจิตวิญญาณ ในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ทั้งสองฝ่ายมีตำแหน่ง ตำแหน่งของแพทย์และพยาบาลมีรากฐานมาจากความรู้และประสบการณ์ที่สะสมมาหลายปีหรือหลายสิบปีของการทำงาน

ความเชี่ยวชาญของผู้ป่วยอยู่ที่ประสบการณ์ชีวิตของตนเอง ค่านิยม และความเข้าใจในเส้นทางของตนเองและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง

[1] อนาสตาเซีย ลูคินา. ไม่ใช่หนังสือที่น่ากลัวเลย. เกี่ยวกับชีวิต, ความตาย และทุกสิ่งทุกอย่าง. ระหว่างนั้น – เคียฟ: ดูคห์ อี ลิเทรา, 2020. – 368 หน้า.

ในบริบทของยูเครน เรามักจะเห็นความไม่สมดุลในการใช้อำนาจ: ผู้ป่วยไม่สามารถหรือไม่ใช้อำนาจและอำนาจของตนเอง ในขณะที่แพทย์โดยกล่าวเกินจริงถึงอำนาจของตนใช้อำนาจในทางที่ผิดและตัดสินใจแทนผู้ป่วย ซึ่งเป็นการบ่อนทำลายอำนาจของผู้ป่วยเอง สิ่งนี้จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลง – อย่างแรกและสำคัญที่สุดเพื่อปกป้องแพทย์จากความรับผิดที่มากเกินไปและข้อกล่าวหาต่าง ๆ และเพื่อลดแรงกดดันทางจิตใจที่พวกเขาต้องเผชิญ นั่นคือเหตุผลที่เราจะหารือถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนจากแนวทางแบบผู้ปกครองไปสู่ความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนกับผู้ป่วย

การสื่อสารที่ดีเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความไว้วางใจและรับมือกับความท้าทายเกือบทุกประเภท ทุกปัญหาสามารถแก้ไขได้ผ่านการสนทนา การสื่อสารที่มีคุณภาพสูง – ง่ายและรอบคอบ – กำลังช่วยชีวิตผู้คนจำนวนมากจากโควิด (และไม่ใช่แค่เรื่องนั้นเท่านั้น) การสื่อสารที่ไม่ดีสามารถนำไปสู่ความสูญเสียได้ บางครั้งในความหมายที่แท้จริงของคำ

ความขัดแย้งกินเวลาและพลังงานของแพทย์ไปมาก
ดังนั้นความสามารถในการจัดการและอำนวยความสะดวกจึงสามารถช่วยประหยัดความพยายามของบุคลากรทางการแพทย์ได้มาก
การอำนวยความสะดวกเกี่ยวข้องกับความสามารถในการฟังและเข้าใจมุมมองที่แตกต่างกันของความขัดแย้ง ตรวจสอบพลวัตของความสัมพันธ์ระหว่างพวกเขา และหาทางออกที่ลดความตึงเครียดและปรับปรุงความสัมพันธ์
ต่างจากวิธีการแบบคำสั่งในการดูแลผู้ป่วยหรือการสอน
ซึ่งเป็นการถ่ายทอดความจริงที่ถูกต้องเพียงหนึ่งเดียวจากฝ่ายหนึ่งไปยังอีกฝ่ายหนึ่ง
การอำนวยความสะดวกมุ่งเน้นที่การช่วยให้ทีมสำรวจมุมมองที่แตกต่างกันและระบุแนวทางแก้ไขที่ดีสำหรับทุกฝ่าย โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ วิสัยทัศน์ ความกลัว และความกังวลของแต่ละฝ่าย

Xoro การสื่อสาร การปฏิบัติต่อตำแหน่งอย่างเหมาะสม

taf การแก้ไขข้อขัดแย้งสามารถสร้างปาฏิหาริย์ได้

การเปลี่ยนแปลงจากระบบผู้ปกครอง (ที่ใครบางคนเป็นผู้ควบคุม) ไปสู่การเป็นหุ้นส่วน (ที่เราอยู่ในฐานะที่เท่าเทียมกัน) เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในองค์กร, ในโปรแกรมการศึกษา, และในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย
การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมการสอนในมหาวิทยาลัยทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมมุมมองที่หลากหลายและการสร้างความสัมพันธ์กับผู้เข้าร่วมโปรแกรม
จะส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมทางคลินิกเช่นกัน – ทั้งนี้ความสัมพันธ์การเรียนรู้ที่มีความร่วมมือและเท่าเทียมกันมากขึ้น
รวมถึงรูปแบบการเรียนรู้ที่เอื้ออำนวย
จะช่วยให้แพทย์และพยาบาลสามารถเห็นคุณค่าของความสัมพันธ์ที่มั่นคงได้ดีขึ้น
บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการเคารพและได้รับการปฏิบัติแบบหุ้นส่วนจากผู้สอนของตน จะไม่สามารถใช้อำนาจแบบเผด็จการในการปฏิบัติงานของตนเองได้อีกต่อไป

ทำไมมนุษยชาติและความเห็นอกเห็นใจจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบัน?

นี่อาจไม่ใช่รายการที่ครอบคลุมทั้งหมดของข้อโต้แย้งที่สนับสนุนแนวคิดที่ว่าความเห็นอกเห็นใจมีความสำคัญในปัจจุบัน
ดังนั้นคุณสามารถสำรวจหัวข้อนี้กับผู้ฟังของคุณและเพิ่มเติมได้

การเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีได้แทรกซึมเข้าสู่การแพทย์แล้ว – ปัญญาประดิษฐ์, การปรึกษาทางไกล, การเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์จำนวนมากอย่างไม่มีค่าใช้จ่าย, การวิจัย, และโปรโตคอลการรักษา, ตลอดจนเทคโนโลยีอื่น ๆ มากมายสำหรับการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยในไม่ช้า
ความเห็นอกเห็นใจและความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วยจะกลายเป็นข้อได้เปรียบเพียงอย่างเดียว (ผมกำลังพูดเกินจริงไปบ้าง แต่ยังคงเป็นความจริง) ที่แพทย์มนุษย์มีเหนือหุ่นยนต์หรือฐานข้อมูล และการแข่งขันนี้อาจรุนแรงมาก

การเปลี่ยนแปลงระบบการให้ทุน – แบบจำลองที่ก่อตั้งบนหลักการที่ว่าผู้ใช้บริการหรือผู้ซื้อบริการทางการแพทย์จากรัฐเป็นผู้ชำระเงินสำหรับบุคคลเฉพาะรายแทนการชำระเงินตามจำนวนเตียง – ได้มาถึงแล้ว แม้กระทั่งในยูเครน ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยจะมีอิทธิพลต่อระดับเงินทุนสำหรับสถาบันทางการแพทย์ และการสื่อสารที่มีความเห็นอกเห็นใจจะได้รับการประเมินสูงกว่าการสื่อสารที่ป้องกันตัวเองในแบบสอบถามของผู้ป่วยเสมอ การแข่งขันเพื่อผู้ป่วยกำลังค่อยๆ เกิดขึ้นแล้ว และไม่ใช่เพียงอุปกรณ์และอาคารที่จะชนะ แต่เป็นบุคลากร พนักงาน และทัศนคติของพวกเขาต่อผู้ป่วย

การขาดแคลนบุคลากรเป็นปัญหาใหญ่สำหรับโรงพยาบาลหลายแห่งอยู่แล้ว และการแข่งขันเพื่อแย่งชิงบุคลากรจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีคนย้ายไปต่างประเทศมากขึ้น งานวิจัยแสดงให้เห็นว่าใน 80% ของกรณี สาเหตุของการหมดไฟของบุคลากรเกิดจากปัจจัยเชิงระบบและวิธีการจัดการงาน โดยมีเพียง 20% เท่านั้นที่เกิดจากเหตุผลส่วนตัว[1] . ดังนั้น การพัฒนาความเห็นอกเห็นใจจึงมีความสำคัญไม่เพียงแต่ต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงเพื่อนร่วมงานและบุคลากรของตนเองด้วย ท้ายที่สุดแล้ว การปรับปรุงทัศนคติต่อผู้ป่วยไม่สามารถทำได้หากไม่ปรับปรุงทัศนคติต่อบุคลากร การผสานความเห็นอกเห็นใจเข้ากับวัฒนธรรมองค์กรของสถาบันการแพทย์และแนวทางการบริหารบุคลากรสามารถกลายเป็นข้อได้เปรียบทางการแข่งขันที่สำคัญในการแข่งขันเพื่อดึงดูดบุคลากรที่มีความสามารถ

การร้องเรียนจากผู้ป่วยเป็นแหล่งของความเครียดและความหงุดหงิด รวมถึงการสูญเสียเวลาของทั้งบุคลากรทางการแพทย์และฝ่ายบริหาร[2]
การศึกษาในระดับนานาชาติแสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่ของการร้องเรียนเกิดจากการสื่อสารที่ไม่ดี การวิเคราะห์การร้องเรียนเกี่ยวกับแพทย์ฝึกหัดพบว่ามีประเด็นหลักสี่ประการ: การสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด (การสบตา, การแสดงออกทางสีหน้าและภาษากาย),

การสื่อสารด้วยคำพูด (ทักษะการฟังและการเลือกใช้คำที่เหมาะสม), เนื้อหา (การเลือกปริมาณและคุณภาพของข้อมูลที่ให้ไม่ดี), และทัศนคติที่ไม่ดี (การขาดความเคารพและความเห็นอกเห็นใจ) [3] .

[1] อัลลา โบอิโก, การนำเสนอ, หลักสูตรสำหรับหุ้นส่วน 'แนวปฏิบัติที่ดีที่สุดในการบริหารจัดการสถานพยาบาล', ความเหนื่อยล้าในหมู่บุคลากรทางการแพทย์

[2] อับเดลราห์มาน, ดับเบิลยู., และ อับเดลมาเก็ด, เอ. (2017). การเข้าใจการร้องเรียนของผู้ป่วย. BMJ: วารสารการแพทย์บริติช, 356. URL: www.bmj.com/content/356/bmj.j452

[3] คี, เจ. ดับเบิลยู., คู, H. S., ลิม, I., และ โค, เอ็ม. วาย. (2018). การสื่อสารทักษะในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์: การเรียนรู้จากข้อร้องเรียนของผู้ป่วย การศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ, 4(2), 97–106. URL: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452301116301225

เราได้เรียนรู้อะไรจากการสำรวจเกี่ยวกับความเต็มใจของแพทย์ในการทำงานร่วมกับประชาชนและความต้องการของผู้ป่วยในเรื่องมนุษยธรรม?

เมื่อเราเริ่มทำงานในหลักสูตรฝึกอบรมที่มาก่อนการเขียนคู่มือนี้
เราได้สอบถามนักศึกษาแพทย์และแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่แล้วว่าพวกเขารู้สึกว่าตนเองมีความพร้อมเพียงใดในปัจจุบันในการทำงานร่วมกับผู้คน ผลการสำรวจนักเรียน 468 คน และผู้ประกอบวิชาชีพ 167 คน แสดงให้เห็นว่ามีเพียง 7.5% ของนักเรียน และ 19.7% ของแพทย์ที่คิดว่าตนเองเตรียมพร้อมอย่างเต็มที่ในการทำงานกับผู้คน ดังนั้น ความเกี่ยวข้องของหลักสูตรฝึกอบรมเกี่ยวกับการสื่อสารและการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย จึงไม่อาจสงสัยได้เลยสำหรับทั้งสองกลุ่ม

7.5% ของนักเรียนและ 19.7% ของแพทย์ถือว่าตนเองพร้อมที่จะทำงานร่วมกับผู้คน

เมื่อวางแผนเนื้อหาของหลักสูตร
เราไม่ได้มุ่งเน้นเพียงแค่การสะท้อนมุมมองทางการศึกษาเท่านั้น
แต่ยังตอบสนองต่อความต้องการในปัจจุบันจากนักศึกษาและแพทย์ที่ต้องการการฝึกอบรมในการทำงานกับผู้คนด้วย
ดังนั้นเราจึงได้สอบถามพวกเขาเกี่ยวกับความคาดหวังในหัวข้อที่พวกเขาต้องการให้รวมอยู่ในหลักสูตรนี้ด้วย ปรากฏว่าหัวข้อที่ได้รับความสนใจมากที่สุดคือการทำงานกับผู้ป่วยที่ 'ยาก' ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และการสื่อสารความจริงกับผู้ป่วย ความคาดหวังทั้งหมดนี้สะท้อนอยู่ในวัตถุประสงค์และเนื้อหาของหลักสูตร 'ความเห็นอกเห็นใจและความเป็นมนุษย์ในงานของบุคลากรทางการแพทย์'

ในระหว่างกระบวนการพัฒนาหลักสูตร
เราได้ระบุการศึกษาล่าสุดจากยูเครนหลายฉบับที่แสดงให้เห็นว่าความต้องการในการได้รับความเคารพและการสื่อสารที่มีความเห็นอกเห็นใจมากขึ้นในหมู่ผู้ป่วยมีค่อนข้างสูง

องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร 'Athena' ได้ทำการสำรวจผู้ป่วยโรคมะเร็ง (2019)

เมื่อถูกถามถึงแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุดเกี่ยวกับการรักษา แพทย์อยู่ในลำดับสุดท้าย (11%) รองจากกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยมะเร็ง (70%) และอินเทอร์เน็ต (30%) ซึ่งน่าจะบ่งชี้ว่าไม่ใช่การขาดความรู้ แต่เป็นระดับการสื่อสารต่ำและความสามารถของแพทย์ในการมีส่วนร่วมในการสนทนา

โดยใช้ Info Sapiens
เราได้วิเคราะห์คำตอบจากคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับคุณสมบัติห้าประการในตัวแพทย์ที่ผู้ป่วย
มะเร็งในแบบสำรวจนี้ให้ความสำคัญ และได้ข้อค้นพบที่น่าสนใจบางประการ
เราได้จัดกลุ่มคำตอบของผู้ตอบเป็นห้าหมวดหมู่ คุณสมบัติที่สำคัญที่สุดในตัวแพทย์คือ:

ความเป็นมืออาชีพ – ความสามารถ, ประสบการณ์,
การพัฒนาอย่างต่อเนื่องในสาขาของตน, ความอยากรู้อยากเห็น,
ความสามารถ, และปัญญา

แปดสิบสองเปอร์เซ็นต์

เจ็ดสิบสองเปอร์เซ็นต์

ความฉลาดทางอารมณ์ – ความเป็นมนุษย์, ความเห็นอกเห็นใจ,
ความอ่อนไหว, ความเคารพ, ความรอบคอบ, ความอดทน, ความอดกลั้น,
ความเอาใจใส่

หกสิบเอ็ดเปอร์เซ็นต์

ความคิดบวกและความซื่อสัตย์ – ความซื่อสัตย์, ความดี, ความซื่อตรง,
ความเปิดกว้าง, ความมีอารมณ์ขัน, ความไม่สามารถถูกซื้อได้

ห้าสิบเปอร์เซ็นต์

ทักษะการสื่อสาร – ความใส่ใจ, ความสามารถในการฟังและอธิบาย,
ความเป็นมิตร, และความชัดเจน

34%

คุณสมบัติทางวิชาชีพ – ความตรงต่อเวลา, ความรับผิดชอบ, ความสุภาพ,
ความเป็นมิตร, ความสามารถในการยอมรับข้อผิดพลาด, ความกล้าหาญ
และความมุ่งมั่น

จากผลการวิจัยเหล่านี้ เราสามารถเห็นได้ว่า – นอกเหนือจากความสามารถทางวิชาชีพ –
ความฉลาดทางอารมณ์, ทัศนคติเชิงบวกและความซื่อสัตย์, ทักษะการสื่อสาร
และคุณสมบัติทางวิชาชีพ
มีความสำคัญอย่างยิ่งในคุณสมบัติของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย
หากเรารวมคำตอบเกี่ยวกับความฉลาดทางอารมณ์และทักษะการสื่อสาร
(ซึ่งไม่สามารถเกิดขึ้นได้หากปราศจากการพัฒนาทางอารมณ์ในระดับสูง)
กับความคิดบวกและความซื่อสัตย์ไว้ในหมวดหมู่เดียวของ 'ทักษะอ่อน' แล้ว
ทักษะอ่อนเหล่านี้จะมีความสำคัญเหนือกว่าความสามารถทางอาชีพ

ทักษะอ่อน:

ความฉลาดทางอารมณ์, ความคิดบวกและความซื่อสัตย์, ทักษะการสื่อสาร

96%

แปดสิบสองเปอร์เซ็นต์

ความเป็นมืออาชีพ

34%

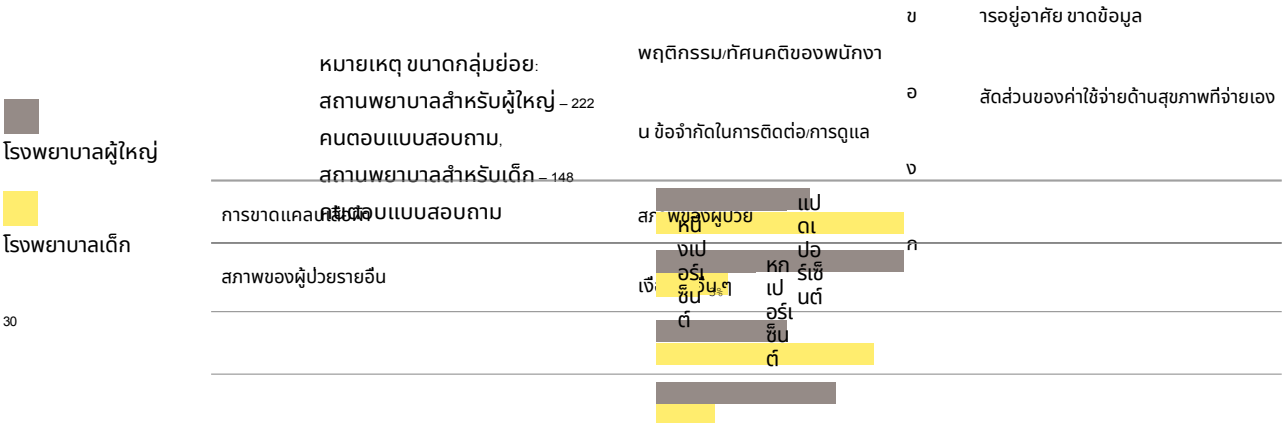
คุณสมบัติทางวิชาชีพ

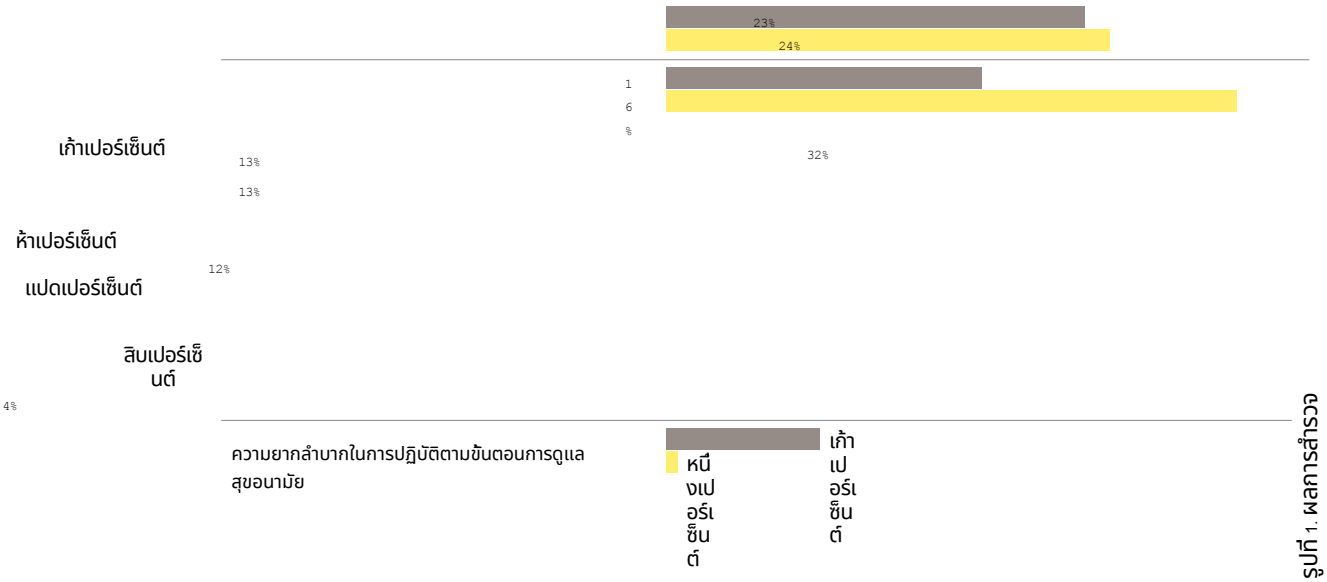
นี่ไม่ได้หมายความว่าผู้คนจะเลือกแพทย์จากความสามารถในการพูดได้ดี แต่มันหมายความว่าทั้งความเชี่ยวชาญและทักษะอ่อนเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นของความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ มันไม่ใช่สถานการณ์ที่ต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่ต้องทั้งสองอย่างพร้อมกัน: ทั้ง IQ และ EQ

การศึกษาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติด้านความโปร่งใสในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งดำเนินการโดยองค์กรพัฒนาเอกชน 'Horizontali' ร่วมกับ Info Sapiens (2019) พบว่าแง่มุมที่ยากลำบากและสร้างความทุกข์ใจมากที่สุดสำหรับการพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) ของผู้ป่วยและครอบครัว คือทัศนคติของบุคลากร (23%) ข้อจำกัดในการติดต่อและการดูแล (16%) และการขาดข้อมูล (8%) ข้อเท็จจริงที่น่าสนใจคือ 'ประเด็นอ่อน' เหล่านี้ในความสัมพันธ์สร้างความกังวลให้กับญาติมากกว่าสภาพวิกฤตของผู้ป่วยหรือปัญหาทางการเงินที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

บ่อยครั้ง แพทย์และพยาบาลมักถามในการอภิปรายว่าทักษะการสื่อสารควรถือเป็นสิ่งจำเป็นหรือไม่ หรือเป็นเพียงโบนัสเพิ่มเติมจากความรู้และทักษะทางการแพทย์เท่านั้น การศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า จากมุมมองของผู้ป่วย มีความต้องการสูงสำหรับการดูแลที่มนุษย์และสื่อสารที่มีคุณภาพสูง และความเป็นมืออาชีพของแพทย์หรือพยาบาลประกอบด้วยมากกว่าความรู้ทางการแพทย์และทักษะทางเทคนิคในการทำหัตถการทางการแพทย์ ความสามารถในการสื่อสาร, มีส่วนร่วมในการสนทนา, ฟังผู้ป่วย และคำนึงถึงสภาพอารมณ์ของพวกเขา มีความสำคัญไม่แพ้ความสามารถทางการแพทย์

ช่วงเวลาที่ยากลำบากที่สุด หรือน่าอับอายที่สุดสำหรับคุณหรือคนที่คุณรักในระหว่างการพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตใช่ไหม?



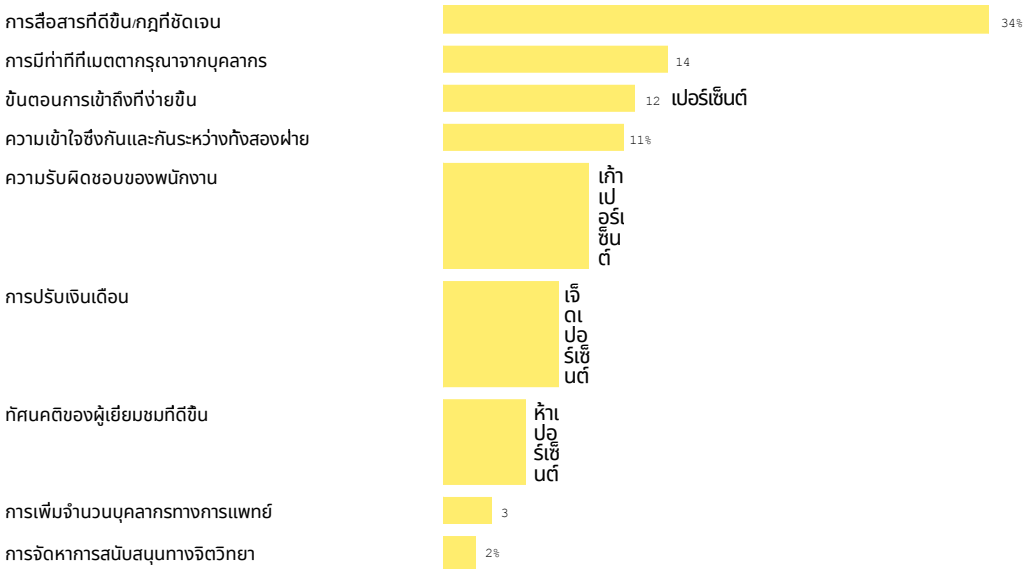


รูปที่ 1. ผลการสำรวจ

คำตอบต่อคำถาม 'อะไรที่สามารถปรับปรุงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพนักงานกับผู้มาเยือนได้?' ได้เปิดเผยว่าข้อเสนอแนะสี่อันดับแรกจากผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวข้องกับการสื่อสารที่มีความเห็นอกเห็นใจโดยเฉพาะ ได้แก่ (1) การสื่อสารที่ดีขึ้นและกฎที่ชัดเจน (34%) ทัศนคติที่เป็นกันเองมากขึ้นจากพนักงาน (14%) การทำให้ขั้นตอนการเข้าถึงง่ายขึ้น (12%) และความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างทั้งสองฝ่าย (11%)

เพื่อตอบสนองต่อข้อร้องเรียนของผู้ป่วยเกี่ยวกับการขาดการสื่อสารที่เพียงพอ แพทย์มักชี้แจงว่าหน้าที่ของพวกเขาคือการรักษาผู้ป่วย ในขณะที่การสื่อสารและการสนับสนุนเป็นความรับผิดชอบของนักจิตวิทยา อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมองในมุมที่แตกต่างออกไป: มีเพียง 2% เท่านั้นที่เชื่อว่าการให้การสนับสนุนทางจิตวิทยาจะแก้ไขปัญหาได้ ดังนั้น ความคาดหวังเกี่ยวกับ 'ฟังก์ชันความเห็นอกเห็นใจในตัว' จึงแพร่หลายอย่างมากในหมู่ผู้ป่วยชาวยูเครน

ในความเห็นของคุณ
อะไรที่สามารถปรับปรุงการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้มาเยี่ยมในหอผู้ป่วยหนักได้บ้าง?



รูปที่ 2. ผลการสำรวจ

ดังนั้น การสื่อสารที่ดีขึ้นและแนวทางที่มีความเห็นอกเห็นใจมากขึ้นจึงจำเป็นทั้งสองฝ่าย –
สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยเช่นกัน
นั่นคือเหตุผลที่เราขอเชิญคุณมาสำรวจหัวข้อเหล่านี้และทดลองกับเรา

วิธีการที่คู่มือการต้งค่าการตลาดผ่านอีเมลนี้เกิดขึ้น

แนวคิดสำหรับหลักสูตรนี้เกิดขึ้นจาก *หนังสือที่ไม่ค่อยน่ากลัวเกี่ยวกับชีวิต ความตาย และทุกสิ่งระหว่างนั้น*
หนังสือเล่มนี้ได้ทำหน้าที่เป็นคู่มือสำหรับแพทย์และพยาบาลในการเข้าสู่โลกของผู้ป่วย
โดยให้ตัวอย่างและความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวของพวกเขาทุกข์ทรมานมากที่สุด
รวมถึงสิ่งที่พวกเขามีคุณค่ามากที่สุดและสิ่งที่พวกเขารู้สึกขอบคุณในการติดต่อโดยตรงกับบุคลากรทางการแพทย์

หนังสือเล่มนี้ได้กลายเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมทัศนคติที่มนุษย์มากขึ้นและมีความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วยและแพทย์ภายในระบบสาธารณสุข
ฉันลังเลอยู่นานก่อนที่จะตัดสินใจพัฒนาหลักสูตรสำหรับแพทย์และพยาบาล:
ฉันมีประสบการณ์มากมาย (ส่วนใหญ่เป็นด้านลบ) ในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์
แต่ฉันขาดมุมมองของแพทย์เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับผู้ป่วย –
ฉันไม่เข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงจุดสนใจทางการแพทย์และปัญหาที่พวกเขากำลังเผชิญอยู่
ดังนั้นฉันจึงตัดสินใจหาพันธมิตรเพื่อร่วมสร้างสรรค์กับแพทย์และเพื่อนนักการศึกษาจากสถาบันอุดมศึกษาทางการแพทย์ต่างๆ ท้ายที่สุดแล้ว
พวกเขาคือผู้ที่เข้าใจทั้งความต้องการของบุคลากรทางการแพทย์และนักศึกษา
รวมถึงวิธีการถ่ายทอดข้อมูลให้พวกเขาได้ดีที่สุด
และเรื่องราวจากหนังสือเล่มนี้ได้กลายเป็นเครื่องมือของเรา –
สามารถแปลงเป็นกรณีศึกษาสำหรับการอภิปรายหรือบทบาทสมมติเพื่อการวิเคราะห์ได้อย่างง่ายดาย

ขอบคุณโครงการ 'การพัฒนาการศึกษาทางการแพทย์' ของยูเครน-สวิตเซอร์แลนด์ ที่ทำให้เราสามารถจัดการคัดเลือกแข่งขันได้
และเชิญผู้สอนและแพทย์ผู้ปฏิบัติการจากสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ 7 แห่งในยูเครนมาร่วมงานกับเรา ในระหว่างการประชุมเป็นประจำเป็นเวลา 6 เดือน เราได้ร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ของหลักสูตรและกรอบเนื้อหา เลือกจุดเน้น และกำหนดลำดับความสำคัญ
ทุกความคิดและการพัฒนาได้ผ่านการกรองผ่านผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ ได้แก่ ครูผู้สอน, บุคลากรทางการแพทย์, แพทย์, พยาบาล และแน่นอน ผู้ป่วย.

ทุกความคิดและการพัฒนาได้ผ่าน

หลายครั้งสิ่งนี้สร้างความตึงเครียดและความขัดแย้งที่จำเป็นเพื่อสำรวจมุมมองที่ต่างกัน, หาจุดสมดุลที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงการไปสุดโต่ง. เราเรียกกระบวนการทั้งหมดนี้ว่า "การประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาหลักสูตร" และผู้เข้าร่วมประชุมว่า "ผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ" ทั้งนี้ เพราะการประชุมเชิงปฏิบัติการคือพื้นที่สำหรับการทดลอง การเรียนรู้อย่างปลอดภัย การค้นหาแนวทาง และการพัฒนาทักษะ

ตัวกรองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ

การอภิปรายในช่วงเริ่มต้นเป็นไปอย่างคึกคัก:
เรากำลังมองหาความสมดุลระหว่างโปรแกรมที่ครอบคลุมประเด็นและทักษะที่หลากหลายกับการฝึกอบรมที่เน้นทักษะ

เกี่ยวกับการสื่อสารและการใช้โปรโตคอลในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คน
หลังจากการอภิปรายอย่างเข้มข้นเหล่านี้
เราได้สรุปว่ามีความสำคัญที่จะต้องจัดโครงสร้างหลักสูตรให้รอบแบบจำลองที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็น
ศูนย์กลางเป็นแนวคิดหลักของการฝึกอบรม
และสำรวจการประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติผ่านแปดโมดูล
เราได้มีการอภิปรายกันมากมายเกี่ยวกับการที่เราจะสามารถรวมโมดูลเกี่ยวกับการพัฒนาความฉ
ลาดทางอารมณ์และการควบคุมตนเองในสถานการณ์ที่เครียดเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยทางอ
ารมณ์และป้องกันการหมดไฟในหมู่บุคลากรทางการแพทย์ได้หรือไม่ –
และเราตกลงกันว่าหลักสูตรเช่นนี้ควรได้รับการพัฒนาแยกต่างหาก

ในระหว่างการทำงานในโครงการนี้
เราได้ทำการวิจัยร่วมกันและได้บรรลุข้อตกลงร่วมกันในประเด็นต่อไปนี้:

- วิธีการระบุปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้สามารถนำมาพิจารณาในระห
  ว่างการพัฒนา; วิธีการจัดโครงสร้างหลักสูตร;
- วิธีการเลือกจุดมุ่งเน้นและลำดับความสำคัญของหลักสูตร
  และหลีกเลี่ยงแนวทางที่มักเกิดขึ้นว่า 'ยิ่งมากยิ่งดี'
- คำถามและโมดูลใดที่ควรสำรวจหัวข้อหลัก
- รายการความรู้และทัศนคติใดบ้างที่จำเป็นต้องบูรณาการเข้ากับหลักสูตร
  และวิธีการและรูปแบบใดที่ควรเลือกใช้สำหรับการฝึกทักษะ
- วิธีการใช้การเล่าเรื่องและนำเสียงของผู้ป่วยมาผสมผสานในการสอนสำหรับบุคลากร
  ทางการแพทย์;
  วิธีการอำนวยความสะดวกในการอภิปรายที่ซับซ้อนและคลุมเครือระหว่างการสอน

รูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการประกอบด้วยการอำนวยความสะดวกในการทำงานกลุ่มและการ
สร้างพื้นที่สำหรับการสำรวจร่วมกันในจุดร่วมท่ามกลางความหลากหลาย
ผู้เข้าร่วมแต่ละคนกลายเป็นผู้อำนวยความสะดวกและผู้พัฒนาร่วมของหลักสูตร
ผู้เข้าร่วมทำงานเป็นกลุ่มย่อย โดยเตรียมแต่ละเซสชันและพัฒนาส่วนที่เป็นวิธีการของคู่มือ
รวมถึงการอภิปราย ให้ข้อเสนอแนะ และตกลงเกี่ยวกับเนื้อหา ด้วยกัน
เราไม่เพียงแต่เรียนรู้การสร้างหลักสูตรการฝึกอบรมใหม่

การอำนวยความสะดวกกลุ่มและพื้นที

แต่ยังได้ทดลองใช้วิธีการสอนแบบโต้ตอบใหม่ๆ อีกด้วย

สู่การสำรวจร่วมกันในบริบทของความหลากหลาย

ฉันไม่สามารถสลัดความรู้สึกที่ว่าฉันโชคดีที่มีกลุ่มผู้เข้าร่วมและผู้คนพิเศษเช่นนี้ได้
ฉันคาดหวังว่าจะมีผู้ฟังที่อนุรักษ์นิยมมากกว่านี้และมีการต่อต้านอย่างรุนแรง

การเปลี่ยนแปลง ฉันได้รับแรงบันดาลใจจากความเปิดกว้างของผู้คนต่อแนวคิดใหม่ๆ และความมุ่งมั่นอย่างจริงจังในการพัฒนาตนเองในสายอาชีพของพวกเขา

บางครั้งผู้เข้าร่วมมีความยากลำบากในการนำเสนอผลงานของตนเพื่อการหารือกับเพื่อนร่วมงานจากสถาบันการศึกษาอื่น ๆ มีความรู้สึกของความเครียดที่ชัดเจนซึ่งเกี่ยวข้องกับการวิจารณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในระหว่างการประชุม ท่ามกลางความตึงเครียดนี้ การตระหนักรู้ในข้อบกพร่องของตนเองของผู้เข้าร่วมแต่ละคนกลับสร้างความรู้สึกไม่สบายใจเป็นพิเศษ แต่หากปราศจากความไม่สบายใจนี้ การเปลี่ยนแปลงก็ไม่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้นเราจึงได้เรียนรู้ที่จะใช้ความรู้สึกนี้ในปริมาณที่เหมาะสม เพื่อขัดเกลาตนเอง จุดยืน และทักษะของเราให้ดียิ่งขึ้น

เนื่องจากเรามีมุมมองและเสียงของแต่ละบุคคลที่หลากหลาย แทนที่จะมี 'ผู้ตัดสินความจริงเพียงหนึ่งเดียว' รวมถึงการสะท้อนตนเอง ผู้เข้าร่วมแต่ละคนจึงสามารถ:

- สำรวจแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดและนวัตกรรมระดับโลก
- เปรียบเทียบมุมมองของเธอในประเด็นต่างๆ กับพวกเขา
- เพื่อเรียนรู้แนวทางใหม่ ๆ โดยการสอนหัวข้อที่ใหม่สำหรับเรา – ท้ายที่สุดแล้วได้พิสูจน์แล้วว่าเราเรียนรู้ได้ดีที่สุดเมื่อเราสอนผู้อื่น

เราได้สรุปแล้วว่าการสร้างพื้นที่เพื่อสำรวจแนวปฏิบัติ อคติ สัญญาณทางวาจาและไม่ใช่ทางวาจา และการอำนวยความสะดวกในการค้นหาคำตอบร่วมกันเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการตรวจสอบปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ในบริบททางการแพทย์ระดับมืออาชีพ ท้ายที่สุดแล้ว การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ไม่สามารถถูกนำมาใช้กับอัลกอริทึมได้ – ผู้คน สถานการณ์ และความท้าทายนั้นแตกต่างกันเสมอ
ดังนั้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจะต้องรู้จักตัวเองและปฏิกิริยาของตนเอง
และต้องเชี่ยวชาญเครื่องมือการสื่อสารพื้นฐานเพื่อจัดการกับความตึงเครียดในทุกรูปแบบของความหลากหลาย

ปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ไม่สามารถทนต่ออัลกอริทึมได้

ผู้แต่ง
ทีม ของ





ทีมผู้จัดทำหลักสูตร

เราได้เชิญแพทย์และอาจารย์ผู้สอนที่มีประสบการณ์หลากหลายสาขาอาชีพมาร่วมทีมของเรา: ตั้งแต่ผู้ที่มีประสบการณ์สอนในหลักสูตรปริญญาตรีทางการพยาบาลและหลักสูตรบัณฑิตศึกษา, ผู้ที่มีประสบการณ์สอนพยาบาล, และผู้ที่เคยทำงานทั้งต่างประเทศและในยูเครน ความหลากหลายและพื้นที่ในการยอมรับความหลากหลายคือเกณฑ์ที่เราใช้ในการก่อตั้งกรอบการทำงานที่กว้างขวาง, เพื่อให้แน่ใจว่ามีคุณภาพและรองรับแนวทางที่แตกต่างกัน

เราจึงมีความยินดีอย่างยิ่งที่จะแนะนำผู้ร่วมเขียนหลักสูตรของเรา:

อิรีนา โบโรวิค

รองศาสตราจารย์ทกกาเฟดรีเทราปไอตาซิมไอนอย แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งชาติเทร์ไนปิล การแพทย์คณะที่ มหาวิทยาลัยอีวาน ฮอร์บาเชฟสกี



ระดับของความเห็นอกเห็นใจขึ้นอยู่กับอายุ, เพศ, ประสบการณ์, หรือความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการทางการแพทย์หรือไม่?
เป็นไปได้หรือไม่ที่จะพัฒนาความเห็นอกเห็นใจ และหากเป็นไปได้ จะทำอย่างไร?
สิ่งที่โดดเด่นที่สุดสำหรับฉันคือความกลมเกลียวที่ไม่คาดคิดในงานของเรา ความกระตือรือร้น
และความเต็มใจของเพื่อนร่วมงานที่ก่อนหน้านี้แทบไม่รู้จักกันมาก่อนที่จะร่วมมือกันทำงาน
ในที่สุดเราก็กลายเป็นทีมที่ทุกคนให้ความเห็นและคำนึงถึงความคิดเห็นของกันและกัน

ดาริน่า โบห์ดาน

ผู้ประสานงานการเสริมสร้างศักยภาพและการติดตามและประเมินผลโครงการ
การพัฒนาการศึกษาทางการแพท
ย์



ฉันยังจำศัลยแพทย์ของฉันได้, Zhivodernykov,
และฉันจำเขาไม่ได้มากเพราะนามสกุลของเขา
แต่เพราะเขาไม่ได้รักษาแค่แขนของฉัน และไม่ใช่แค่พ่อแม่ของฉัน –
เขาสื่อสารและรักษาฉัน, เด็กอายุเก้าขวบ, ด้วยความเคารพในฐานะผู้ป่วย
เขาเข้าใจถึงความกลัวและความเจ็บปวดของฉัน
เป็นเพราะความสามารถและความเต็มใจของศัลยแพทย์ท่านนี้ในการรักษาฉัน สภาพของฉัน และประสบการณ์ของฉันด้วยความเข้าใจ
จึงทำให้สิ่งที่ยังคงอยู่ในความทรงจำของฉันไม่ใช่ประสบการณ์ที่เจ็บปวด
แต่เป็นประสบการณ์ที่ 'ผจญภัย'

ดังนั้น ความเห็นอกเห็นใจจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับอายุ เพศ ประเทศที่คุณเกิด
หรือแม้แต่ชื่อสกุลของคุณ ฉันเข้าร่วมทีมผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานในหลักสูตรนี้
ด้วยแรงผลักดันจากความเชื่อของ 'นักสังคมสงเคราะห์'
ในคุณค่าของความเห็นอกเห็นใจ และในศักยภาพของทุกคนในการเปลี่ยนแปลง
แน่นอน การที่จะได้ทักษะนี้ – ทักษะแห่งความเห็นอกเห็นใจ – นั้น
ไม่เพียงแต่การอ่านหนังสือเกี่ยวกับความเห็นอกเห็นใจเท่านั้น
แต่ยังต้องตอบคำถามต่อไปนี้ด้วยตัวเองด้วย:
ทำไมฉันในฐานะแพทย์จึงต้องการสิ่งนี้;
มันจะเป็นภาระเพิ่มเติมที่จะยิ่งทำให้ฉันเหนื่อยล้ามากขึ้นหรือไม่;
ฉันมีเวลาเพียงพอที่จะแสดงความเห็นอกเห็นใจหรือไม่;
ความเห็นอกเห็นใจสามารถส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของแพทย์ได้อย่างไร;
มันอาจส่งผลต่อคุณภาพความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผลลัพธ์ของการรักษาอย่างไรบ้าง; และอื่นๆ การหารือเกี่ยวกับปัญหาทั้งหมดนี้
ซึ่งครอบคลุมทั้งข้อดีและข้อเสียทุกประการ
มีคุณค่าอย่างยิ่งจากความหลากหลาย ความตรงไปตรงมา
และความลึกซึ้งของมัน

นับเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าอย่างยิ่งและน่าจดจำอย่างยิ่ง
ซึ่งผมขอขอบคุณทุกคนที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างยิ่ง!

นาตาเลีย กาลิอาช

รองศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ หมายเลข 2 มหาวิทยาลัยการแพทย์แห่งชาติเทร์โนปิล
ตังชือตาม อีวาน ฮอร์บาเชฟสกี



ขณะนี้เราทุกคนกำลังพูดถึงความเป็นมนุษย์และความเห็นอกเห็นใจของบุคลากรทางการแพทย์
แต่ข้าพเจ้ามีความเชื่อมั่นอย่างยิ่งว่าบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ล้วนมีเมตตาธรรมโดยธรรมชาติ ท้ายที่สุดแล้วพวกเขาได้เลือกอาชีพอันสูงส่งในการช่วยเหลือผู้คนที่ตกอยู่ในสถานการณ์ยากลำบาก
แล้วทำไมเราจึงมักพบการขาดมนุษยธรรมในสถาบันการแพทย์บ่อยครั้ง?
ตามความคิดของผม
ปัญหาอยู่ที่การนำทักษะที่เรียกว่าทักษะอ่อนออกจากหลักสูตรของมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์

ในระหว่างการพัฒนาหลักสูตรนี้
ข้าพเจ้ารู้สึกประทับใจเป็นอย่างยิ่งกับจำนวนของอาจารย์ทางการแพทย์ที่เปี่ยมด้วยความห่วงใย มีความเป็นมืออาชีพสูง และมีความมุ่งมั่นในการท้าทายสิ่งเดิม ๆ เพื่อร่วมมือกันสร้างบุคลากรทางการแพทย์ที่ดีขึ้น ชุมชนทางการแพทย์ที่สมบูรณ์แบบยิ่งขึ้น และการดูแลรักษาที่มีคุณภาพสูงขึ้นในยูเครน
สิ่งที่โดดเด่นสำหรับฉันคือความหลากหลายของความคิดเห็น มุมมอง และประสบการณ์ชีวิต ข้าพเจ้ารู้สึกประทับใจอย่างยิ่งในความเป็นมืออาชีพ ความมุ่งมั่น และความกระตือรือร้นของผู้ดำเนินรายการของเรา คุณอนาสตาเซีย ลูคินา ที่ได้ริเริ่มนำประเด็นเรื่องมนุษยธรรมในวงการแพทย์ขึ้นมาสู่ระดับใหม่ และนำพาพวกเราทุกคนมาร่วมกันสร้างสรรค์หลักสูตรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งนี้อย่างมีประสิทธิภาพ

อนาสตาเซีย ไกเร็ตสกา
หัวหน้าฝ่ายบริการจิตวิทยาที่สถาบันการศึกษาและวิทยาศาสตร์เพื่อคุณภาพ
กระทรวงศึกษาธิการ, มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์แห่งชาติคาร์คิฟ



เอลกา โควาร์โดฟสกา
ผู้ช่วยอาจารย์, ภาควิชาฟิสิโอโลยีและปอดวิทยา,
มหาวิทยาลัยการแพทย์แห่งชาติคาร์คิฟ



เราควรประเมินความพร้อมเบื้องต้นของผู้คนในการเป็นแพทย์ (และผลที่ตามมาคือความสามารถและความเต็มใจในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่นและอื่น ๆ) อย่างไร?
เราควรประเมินสิ่งนี้ตลอดกระบวนการฝึกอบรมในทุกระดับอย่างไร?
บ่อยครั้งที่ความต้องการที่ผู้ป่วยมีต่อแพทย์เกินขอบเขตของหน้าที่และอำนาจหน้าที่ของพวกเขา ซึ่งสร้างความรู้สึกไม่สอดคล้องกัน
สิ่งที่ต้องทำหรือเปลี่ยนแปลงเพื่อให้บรรลุความกลมกลืนในเรื่องนี้คืออะไร?
ตลอดการทำงานในหลักสูตร
ผู้ร่วมเขียนได้รับแรงบันดาลใจจากประสบการณ์ส่วนตัว เรื่องราวชีวิต มุมมองต่อปัญหา และข้อคิดเห็นของพวกเขา

ไอเลนา ฮอร์สกา

อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์และป้องกันโรค และการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ
สถาบันการแพทย์ริฟเน



การพัฒนาหลักสูตรและการเขียนคู่มือนี้เกิดขึ้นพร้อมกับการเดินทางส่วนตัวของฉันเอง
ฉันตระหนักถึงความสำคัญอย่างยิ่งของการสื่อสารที่ราบรื่น เมื่อผู้ป่วยและแพทย์เป็นพันธมิตรกัน เมื่อคุณได้รับการฟังและได้ยิน ได้รับการให้ข้อมูลและทางเลือก และเมื่อมีคนถามคำถามคุณ และฉันตระหนักว่า ในฐานะแพทย์ ฉันไม่เคยได้รับการสอนสิ่งนี้มาก่อน ในฐานะผู้ป่วย ฉันต้องการสิ่งนี้ ในฐานะอาจารย์ ฉันไม่ได้สอนสิ่งนี้ ฉันรู้ว่ามันจะยากทั้งทางอารมณ์และทางร่างกาย แต่ฉันตัดสินใจที่จะทำต่อไป

ความคิดที่กลายเป็นที่โปรดปรานของฉัน:

'ผู้คนถูกดึงดูดโดยความเป็นมนุษย์'
"ไม่ใช่แค่ทักษะทางวิชาชีพเท่านั้นที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย"
"ความเห็นอกเห็นใจไม่ได้เท่ากับการหมดไฟ"

ข้าพเจ้ารู้สึกขอบคุณอย่างสุดซึ้งต่อผู้เข้าร่วมทุกท่านในเวิร์กช็อปนี้เป็นอย่างยิ่ง
เวิร์กช็อปนี้ได้เป็นแหล่งสนับสนุนอันยิ่งใหญ่สำหรับข้าพเจ้าในการเดินทางส่วนตัวของข้าพเจ้า

ไซเฟีย ฮุซัค
อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ หมายเลข 2, มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์แห่งชาติเทร์โนปิล
มหาวิทยาลัยที่ตั้งชื่อตามอีวาน ฮอร์บาเชฟสกี



หนังสือ 'ไม่กลัวเลย' เป็นประโยชน์อย่างมากในการสอนหลักสูตรการดูแลแบบประคับประคอง มันสร้างความประทับใจอย่างมากให้กับฉัน และด้วยหนังสือเล่มนี้ ฉันได้เข้าใจขอบเขตของการสนับสนุนแบบประคับประคองในช่วงวันและเดือนสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น
เนื่องจากหลักสูตรนี้เป็นหลักสูตรใหม่ หลักสูตรจึงจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงเพิ่มเติม เราจะปรับปรุงได้อย่างไร? เราจะถ่ายทอดประเด็นสำคัญที่สุดให้กับผู้เข้าร่วมหลักสูตรได้อย่างไร และโดยทั่วไปแล้ว เราจะดึงดูดความสนใจของนักเรียนต่อหัวข้อนี้ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องอย่างมากในปัจจุบันได้อย่างไร? เราจะสอนหลักการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพให้กับแพทย์ในอนาคตได้อย่างไร ซึ่งเป็นพื้นฐานของความเห็นอกเห็นใจ? ในการค้นหาคำตอบสำหรับคำถามเหล่านี้ ฉันได้พบกับเวิร์กช็อปนี้

สิ่งที่โดดเด่นที่สุดสำหรับฉันในระหว่างการอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้คือ การทำงานร่วมกันระหว่างผู้เขียน การอภิปราย ข้อสงสัย และคำถามมากมาย ซึ่งท้ายที่สุดช่วยให้เราค้นพบความจริง ฉันได้ค้นพบมุมมองใหม่ๆ ในการเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ การรักษาที่ประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ถูกต้อง ขอบเขตทางวิชาชีพ และการตัดสินใจร่วมกัน สิ่งเหล่านี้คือความเข้าอกเข้าใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้และควรได้รับการพัฒนา

.

ไอเลนา อิกนาชชุค

ผู้ประสานงานการศึกษาทางการแพทย์สำหรับยูเครน-สวิตเซอร์แลนด์
โครงการ 'การพัฒนาการศึกษาทางการแพทย์'



ข้าพเจ้ารู้สึกซาบซึ้งใจอย่างยิ่งที่หนังสือ *Not a Scary Book at All* ได้ถูกสร้างสรรค์ขึ้นมาและสามารถอ่านได้โดยผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก คนที่พวกเขารัก และแพทย์เช่นเดียวกัน การเปลี่ยนแนวคิดหลักของหนังสือให้กลายเป็นหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับนักเรียนและแพทย์

ตลอดจนการจัดเตรียมคู่มือสำหรับผู้ที่ต้องการสอนหัวข้อนี้หรือหลักสูตรทั้งหมด ถือเป็นก้าวสำคัญที่ดำเนินการด้วยความรับผิดชอบอย่างยิ่ง กระบวนการร่วมสร้างกับนักการศึกษาจากสถาบันอุดมศึกษาต่าง ๆ ในยูเครนและผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์จากสาขาต่าง ๆ มีความอุดมสมบูรณ์ด้วยบทสนทนา การอภิปราย และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น – กระบวนการนี้เองที่ทำให้หลักสูตรกำลังถูกพัฒนาขึ้น อย่างไรก็ตาม จุดมุ่งหมายของผู้สร้างได้ให้ความสำคัญกับความต้องการของมนุษยชาติและความเห็นอกเห็นใจในปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยเสมอมา ประสบการณ์นี้เป็นการสร้างสรรค์ร่วมกันอย่างไม่ธรรมดาภายในทีมที่ประกอบด้วยบุคคลที่มีใจเดียวกัน

เอเลนา โคโรตุน
รองศาสตราจารย์, ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ และโรคติดเชื้อในเด็ก
มหาวิทยาลัยการแพทย์แห่งบูโควินา



แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์มักรู้สึกหมดหนทางเมื่อเผชิญกับความขัดแย้งกับผู้ป่วยหรือเมื่อต้องแจ้งข่าวร้าย

ผู้ป่วยรู้สึกว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความเย้ยหยันและไร้หัวใจ อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริง ความเห็นอกเห็นใจ การสร้างความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจ และการสื่อสารที่มีความเมตตา

เป็นทักษะที่สามารถเรียนรู้ได้และควรได้รับการเรียนรู้ สำหรับฉัน สิ่งที่สำคัญที่สุดคือให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ตระหนักว่าความเป็นมนุษย์ ความเห็นอกเห็นใจ และการสื่อสารกับผู้ป่วยไม่ใช่สิ่งที่เพิ่มเติมหรือรองลงมา แต่เป็นความสามารถหลักและจำเป็นอย่างยิ่งของบุคลากรทางการแพทย์ และประการที่สอง

เครื่องมือที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการบรรลุการปฏิบัติตามข้อกำหนด การแก้ไขข้อขัดแย้งและข้อร้องเรียน และการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของตนเอง

สิ่งที่มีความสำคัญไม่แพ้กันคือความเข้าใจของผู้ป่วยว่าแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ก็เป็นมนุษย์เช่นกัน มีอารมณ์ ประสบการณ์ และความต้องการของตัวเอง 'ผู้ป่วยไม่ใช่ชิ้นเนื้อ แพทย์ไม่ใช่หุ่นยนต์' – นี่คือข้อความสำคัญของฉัน

ไอเลนา คอสตยุค

รองศาสตราจารย์, ภาควิชาทารกแรกเกิด, มหาวิทยาลัยแห่งชาติ Platon Shuvik
ศัลยแพทย์กรมสาธารณสุขแห่งยูเครน ตั้งชื่อตาม พลาตอน ชูปิก



"หัวข้อที่น่าสนใจและสำคัญมาก
ฉันเผชิญกับปัญหาเหล่านี้ทุกวันในการปฏิบัติงานของฉัน
ฉันรู้สึกประทับใจกับความอุดมสมบูรณ์ของข้อมูลใหม่:
ว่าเราไม่รู้อะไรมากมายเพียงใด!
ฉันรู้สึกประทับใจกับความรู้และเครื่องมือที่เราสามารถใช้ได้ในการปฏิบัติงาน
การทำงานเป็นทีมที่น่าสนใจอย่างยิ่งได้สร้างความประทับใจที่ยาวนาน"

อนาสตาเซีย ลูคินา

ประธานองค์กร NGO 'Horizontals' และผู้เขียนหนังสือ 'หนังสือที่ไม่ค่อยน่ากลัวเกี่ยวกับชีวิต ความตาย
ไอ.ดี.ครีเอทีฟ
ผู้ประสานงานโครงการ 'การพัฒนาการศึกษาสำหรับโครงการยูเครน-สวิตเซอร์แลนด์
'การพัฒนาการศึกษาทางการแพทย์'

"ผมรู้สึกยินดีเป็นอย่างยิ่งที่เรากำลังสร้างมาตรฐานใหม่ในความสัมพันธ์ระหว่าง
ผู้ป่วยและแพทย์
สิ่งนี้จะช่วยให้เราสร้างความไว้วางใจภายในภาคส่วนการดูแลสุขภาพ
และความไว้วางใจนั้นสามารถสร้างสิ่งมหัศจรรย์ได้"



ผู้เขียนหลักสูตร

โอกซานา เปตรินิช
อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
มหาวิทยาลัยการแพทย์แห่งบูโควินา



'ประเด็นเรื่องความเป็นมนุษย์ในวงการแพทย์เป็นสิ่งที่ทำให้ฉันเจ็บปวดจริงๆ เมื่อไม่นานมานี้ มีภาพหนึ่งแพร่กระจายบนเฟซบุ๊ก แสดงให้เห็นเด็กๆ ในสหภาพโซเวียตกำลังเข้ารับการผ่าตัดเอาต่อมทอนซิลและอะดีนอยด์ออก เมื่อฉันเห็นภาพนั้น
มันเหมือนกับว่าฉันกำลังย้อนกลับไปเผชิญกับสิ่งที่ตัวเองต้องผ่านมาตอนอายุ 12 ปีอีกครั้ง' น่าเสียดายที่เราได้รับมรดกความน่าสะพรึงกลัวมากมายจากยุคสมัยการแพทย์นั้น และความไร้มนุษยธรรมก็ยังไม่หายไปไหน
ในฐานะนักศึกษาฝึกงานทางคลินิกในยูเครนที่เป็นอิสระแล้ว
ฉันได้เห็นการทำขูดมดลูกโดยไม่ใช้ยาชา
พร้อมกับที่แพทย์บอกกับผู้หญิงคนนั้นว่า: 'อย่ากรีดร้อง คุณควรจะชอบมัน...'
ทำไมแพทย์ถึงประพฤติตัวแบบนี้? เป็นผลมาจากบาดแผลในวัยเด็ก การป้องกันตัวเองจากการหมดไฟ แรงจูงใจที่ผิดทางสำหรับอาชีพนี้ หรืออย่างอื่น? เราจะเปลี่ยนแปลงสิ่งนี้ได้อย่างไร?

นาตาเลีย ไพวาร์

อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ
สถาบันการแพทย์ริฟเน



ฉันรู้สึกยากที่จะหาคำพูดแสดงความเห็นใจที่จะสื่อถึงความเ
ศร้าที่ฉันรู้สึกได้

หนึ่งในประเด็นที่สำคัญที่สุดสำหรับฉันคือวิธีการส่งเสริมทัศนคติที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในนักเรียนระหว่างชั้นเรียน
โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชั้นเรียนเกี่ยวกับความเห็นอกเห็นใจ
เป็นที่ชัดเจนสำหรับฉันว่าข้อกำหนดเบื้องต้นคือทัศนคติที่เห็นอกเห็นใจของผู้บรรยายต่อนักเรียน

แต่นั่นเพียงพอหรือไม่?

เราควรแนะนำภาพยนตร์หรือหนังสือเกี่ยวกับเรื่องนี้หรือไม่?
เมื่อพิจารณาถึงความยุ่งของนักศึกษาแพทย์แล้ว
มีสักกี่คนที่จะได้ดูภาพยนตร์หรือแม้แต่จะอ่านหนังสือ?

รวมการอภิปรายเกี่ยวกับประเด็นที่มีความขัดแย้งมากที่สุดในบทเรียน?
ใช้การสวมบทบาท?

หลังจากที่ได้ทำงานในเวิร์กช็อปของเราแล้ว
ฉันได้เห็นเครื่องมือเชิงโต้ตอบใหม่ๆ
มากมายที่สามารถนำมาใช้เพื่อบรรลุเป้าหมายนี้
ขอบคุณเพื่อนร่วมงานและเพื่อนๆ ทุกคนสำหรับประสบการณ์นี้!

แต่ยังมีคำถามมากมายที่ยังไม่ได้รับคำตอบ
การใช้บทบาทสมมติในบทเรียนเหมาะสมหรือไม่?
มีความเสี่ยงอยู่เสมอที่จะไปแตะต้องประวัติส่วนตัวของนักเรียน

ผมหวังว่าด้วยการทำงานร่วมกับนักเรียนโดยตรงและใช้เครื่องมือต่าง ๆ

จากวิทยาศาสตร์การศึกษาสมัยใหม่
เราจะเข้าใจได้ว่าเครื่องมือใดที่ ทำงานได้ดีที่สุดในสถานการณ์เฉพาะเมื่อเร
าครอบคลุมหัวข้อต่าง ๆ ของหลักสูตรนี้

นาตาเลีย รูดาโควา
อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและสุขภาพกาย
อันดรีย์ ครูปินสกี สถาบันการแพทย์ลวิฟ



"มนุษยธรรมและความเห็นอกเห็นใจเป็นคุณสมบัติที่มีมาแต่กำเนิดหรือสามารถปลูกฝังได้?
ระบบการศึกษาของเราสามารถยอมรับคุณสมบัติเหล่านี้ในนักเรียนได้มากเพียงใดโดยไม่ขัดขวางการพัฒนาของพวกเขาในฐานะผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพในอนาคตภายในระบบวิชาชีพ?
ฉันรู้สึกประทับใจกับปริมาณข้อมูลและเครื่องมือต่างๆ
ที่ถูกใช้มานานในประเทศอื่นๆ
แต่ในยูเครนยังคงถูกพบด้วยความกลัวและความเข้าใจผิดโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ หลักสูตรของเราที่ดำเนินการมาหกเดือน – ทีมผู้เชี่ยวชาญที่น่าทึ่ง การทำงานของผู้ที่หลงใหลในงานนี้

ยูเลีย ทิคไฮลาซ
อาจารย์ประจำคณะกรรมการหลักสูตรวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ
วิทยาลัยการแพทย์วินนิตเซีย ตั้งชื่อตามนักวิชาการ ดานิลโล ซาโบโลตนี



อะไรคือสิ่งที่ทำให้ฉันตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาหลักสูตรนี้?
ฉันคิดว่ามันคือการตระหนักว่า
ภายในหลักสูตรการศึกษาทางการแพทย์ที่มีหลายชั้นของสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ชั้นสูงนั้น
ขาดวิชาที่สอนทักษะที่จำเป็นในการสื่อสารกับผู้ป่วยและแสดงความเห็นอกเห็นใจ – การฟัง, การเข้าใจ, การตอบสนอง, การมีปฏิสัมพันธ์และการตัดสินใจร่วมกัน
ทักษะเหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งในงานของบุคลากรทางการแพทย์

เนื่องจากสภาพอารมณ์และความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับพวกเขาเ
ป็นอย่างมาก

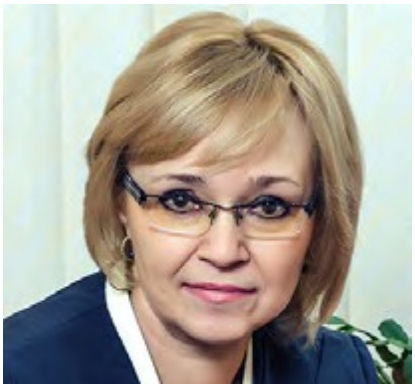
ยูเลีย ตุร์ปาโควา
อาจารย์ผู้สอนวิชาด้านกุมารเวชศาสตร์
สถาบันการแพทย์ริฟเน



ฉันมีความสนใจในพลวัตของความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยมาโดยตลอด เพราะนี่คือการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนสองคน และหากทั้งสองฝ่ายสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่เหมาะสมได้ พวกเขาจะกลายเป็นพันธมิตร ร่วมมือกันเพื่อเอาชนะความท้าทายที่เกิดจากโรคภัยไข้เจ็บ อย่างไรก็ตาม หากพวกเขาไม่สามารถหาจุดร่วมกันได้ เรื่องราวจะเหมือนกับนิทานเรื่อง 'เกวียนกับม้า' และยังมีอีกสิ่งหนึ่งที่ทำให้ฉันกังวล: แพทย์ก็เป็นมนุษย์เช่นกัน และหากพวกเขาปล่อยให้ทุกสิ่งทุกอย่างกระทบจิตใจพวกเขา พวกเขาก็จะไม่สามารถดำรงตำแหน่งแพทย์ได้นาน... จะหาแนวทางที่เหมาะสมได้อย่างไร... มันมีอยู่จริงหรือไม่ มันน่าสนใจที่ได้สำรว และอาจค้นหาบางกล ของแพทย์ไว้ได้

เอลิซาเวตา ชุนเก

หัวหน้าภาควิชาทารกแรกเกิด
มหาวิทยาลัยการแพทย์แห่งชาติแพลตอน ชูปิก แห่งยูเครน



ประเด็นเกี่ยวกับการสื่อสาร ความเป็นมนุษย์ และการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อชุมชนทางการแพทย์ ผู้ป่วย และสังคมโดยรวม สุขภาพของมนุษย์คือทรัพย์สินอันล้ำค่าที่สุดของเรา ข้าพเจ้าเน้นย้ำอยู่เสมอว่าสุขภาพของมนุษย์เริ่มต้นก่อรูปตั้งแต่ระยะพัฒนาการในครรภ์และในช่วงปีแรก ๆ ของชีวิต การศึกษาสาธารณะและการสื่อสารที่เหมาะสมระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

และผู้ป่วย
ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากความเคารพซึ่งกันและกันและความเป็นมนุษย์
สามารถทำให้โลกเป็นสถานที่ที่ดีขึ้น เป็นมิตรมากขึ้น และปลอดภัยยิ่งขึ้นได้
หนังสือเรียนเล่มนี้ ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มผู้เขียน
จะเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ สำหรับตัวผมเอง
การได้ร่วมงานในกลุ่มทำงานร่วมกับสมาชิกทีมผู้เขียนเป็นประสบการณ์การเ
รียนรู้ที่มีคุณค่าและได้คำตอบสำหรับคำถามที่ซับซ้อน ขอบคุณทุกท่านครับ!

เทเตียนา ชชูโดรวา

รองศาสตราจารย์, ภาควิชาเภสัชวิทยา,
มหาวิทยาลัยการแพทย์แห่งปูโควินา



แพทย์รุ่นใหม่กำลังเริ่มปฏิบัติงานทางคลินิกอย่างอิสระโดยยังขาดทักษะการสืบค้นข้อมูลและความรู้ที่ครบถ้วนตามที่วิชาชีพด้านสุขภาพต้องการ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสมเหตุสมผลที่จะพัฒนาและแนะนำหลักสูตรที่เน้นการปฏิบัติจริงในลักษณะนี้สำหรับการศึกษาในช่วงปีสุดท้ายของการเรียนแพทย์

ระหว่างที่ฉันอยู่ในเวิร์กช็อป ฉันได้รับประสบการณ์ที่น่าทึ่งและสนุกกับการทำงานร่วมกันและสร้างสรรค์ผลงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานจากสถาบันการศึกษาต่างๆ ฉันชอบรูปแบบการทำงานในกลุ่มย่อย การสอนวิธีใหม่ๆ และการได้รับข้อเสนอแนะ

คุณสามารถใช้คู่มือนี้ได้อย่างไร?

คุณสามารถใช้หลักสูตรนี้เป็นพื้นฐานและสอนเป็นวิชาบังคับหรือวิชาเลือกในสถาบันอุดมศึกษาของคุณได้ ด้านล่างนี้ เราแบ่งปันเรื่องราวของเพื่อนร่วมงานจากมหาวิทยาลัยบูโควินาเป็นตัวอย่างของการนำไปใช้ โดยคำนึงถึงข้อกำหนดทางวิชาการและอิสระของมหาวิทยาลัย

คุณสามารถเลือกหัวข้อใดก็ได้และสำรวจให้ลึกซึ้งยิ่งขึ้นภายในหลักสูตรที่คุณมีอยู่แล้ว หรือสร้างหลักสูตรใหม่ก็ได้: ที่จริงแล้ว หัวข้อเหล่านี้กว้างขวางมากจนแต่ละหัวข้อสามารถพัฒนาเป็นหลักสูตรแยกต่างหากได้ พร้อมการฝึกอบรมทักษะเชิงปฏิบัติ

คุณยังสามารถใช้วัสดุเหล่านี้เพื่อผสานแนวทางที่มีความเห็นอกเห็นใจมากขึ้นและเครื่องมือสนับสนุน**เข้าไปในหลักสูตรที่คุณสอนอยู่แล้วได้**อีกด้วย ตัวอย่างเช่น เมื่อวิเคราะห์การฝึกซ้อมจำลอง ให้ดึงดูดความสนใจของนักเรียนไปที่คุณภาพของการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย แทนที่จะเน้นเฉพาะปัจจัยทางการแพทย์และการรักษาทางกายภาพเท่านั้น

เราได้พัฒนาแนวคิดมากมายเกี่ยวกับเนื้อหาและรูปแบบของเซสชันต่างๆ ในเอกสารที่คุณจะพบในข้อความนี้และผ่านรหัส QR ในแต่ละส่วน คุณจะเห็นรูปแบบหรือโปรโตคอลที่น่าสนใจสำหรับการทำงาน ตัวอย่างของงานทดสอบ และวิธีการสำหรับการฝึกซ้อมบทบาทสมมติ และแนวคิดในการใช้วิดีโอและการจัดโครงสร้างการอภิปรายรอบๆ วิดีโอเหล่านั้น – ดังนั้น เช่นเดียวกับการเล่นกับบล็อกเลโก้ **คุณสามารถผสมผสานและจับคู่เพื่อสร้างการผสมผสานที่เหมาะสมที่สุดกับความต้องการของผู้ชม** สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา หรือหลักสูตรของคุณ คุณสามารถขยายหรือ 'ปรับขนาดลง' แนวคิดที่เสนอไว้ได้ตลอดเวลา โดยสร้างการผสมผสานจากแนวคิดที่แนะนำซึ่งเหมาะสมกับความสามารถและข้อจำกัดของคุณ

เรื่องราวความสำเร็จในการดำเนินการหลักสูตร

หลังจากที่ได้พัฒนาหลักสูตร 'มนุษยธรรมและความเห็นอกเห็นใจในงานด้านการดูแลสุขภาพ' แล้ว เราได้เผชิญกับความท้าทายใหม่ เราจะสามารถบูรณาการหลักสูตรนี้เข้ากับหลักสูตรได้หรือไม่? มีอุปสรรคทางระบบราชการใดบ้างที่ต้องเอาชนะ?
ผู้ร่วมเขียนหลักสูตรพร้อมที่จะสอนหลักสูตรนี้หรือไม่?

ผู้ร่วมเขียนหลักสูตรมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการบูรณาการหลักสูตรเข้ากับกระบวนการสอน ด้วยความมุ่งมั่น ความปรารถนาที่จะถ่ายทอดความรู้ และความเต็มใจที่จะรับมือกับขั้นตอนทางธุรการทั้งหมด ซึ่งบางครั้งดูเหมือนเป็นอุปสรรค ดังนั้นเราจึงขอแบ่งปันเรื่องราวเกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างผู้ฝึกอบรมของเราและผู้บริหารสถาบันอุดมศึกษาในระหว่างการดำเนินการหลักสูตรในสถาบันของพวกเขา



เตเตียนกชชูดรอฟก:เตโอเรติช วิชาชีวจริยธรรม ซึ่งไม่ทำงาน

ผมสอนวิชา 'พื้นฐานของชีวจริยศาสตร์' ซึ่งบางส่วนในความเห็นของผมควรเป็นพื้นฐานของวิชาที่เสนอไว้ วิชาดังกล่าวสอนให้กับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่หนึ่ง อย่างไรก็ตาม นักเรียนยังไม่พร้อมที่จะรับข้อมูลนี้ และตามความเป็นจริงแล้วไม่เข้าใจแก่นแท้ของปัญหาทางจริยธรรมที่กำลังถูกหารืออยู่ เนื่องจากในขั้นตอนนี้พวกเขายังไม่ได้สัมผัสกับผู้ป่วยจริง และไม่ทราบถึงความท้าทายทางการสื่อสารและทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล ดังนั้น แพทย์หนุ่มสาวจึงเริ่มการปฏิบัติงานทางคลินิกอย่างอิสระโดยไม่มีทักษะการสื่อสารและความรู้ที่จำเป็นสำหรับการทำงานของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นเรื่องสมเหตุสมผลที่จะพัฒนาและนำมาใช้หลักสูตรที่เน้นการปฏิบัติเช่นเดียวกันสำหรับการศึกษาในปีสุดท้ายของโปรแกรมการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการสามคนมาจากมหาวิทยาลัยการแพทย์แห่งรัฐอูเคฟนา –
ปัจจุบันพวกเขาสอนวิชาที่มหาวิทยาลัยนี้ในชื่อ
การสื่อสารทางการแพทย์ (ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วย) การสื่อสารที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
การให้คำปรึกษา' ผู้เขียนหลักสูตรคือ Oksana Petrynych และ Olena Korotun

เรื่องราวความสำเร็จ

และ Tetiana Shchudrova – ทำงานในแผนกต่างๆ Olena สอนโรคติดเชื้อในเด็กและกุมารเวชศาสตร์ให้กับนักศึกษาชั้นปีที่ห้า (ภาควิชากุมารเวชศาสตร์และโรคติดเชื้อในเด็ก) Oksana สอนเวชปฏิบัติทั่วไป – เวชศาสตร์ครอบครัวให้กับนักศึกษาชั้นปีที่หก (ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว) และเตเตียนาสอนวิชาเภสัชวิทยาและพื้นฐานของชีวจริยธรรมและความปลอดภัยทางชีวภาพแก่นักศึกษาชั้นปีที่สาม (ภาควิชาเภสัชวิทยา) พวกเขาได้ร่วมมือกันสร้างหลักสูตรนี้และสอนร่วมกัน การทำงานในแผนกต่าง ๆ และปริมาณงานที่หนักของโปรแกรมการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาของหลักสูตรไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการส่งหลักสูตรให้ทันเวลาสำหรับการจัดงานเลือกวิชาเลือก และได้รับการนำมาใช้ในภาคการศึกษาปี 2021–2022 เป็นครั้งแรก

ประการแรก โอเลนา, อ็อกซานา และเตเตียนา สามารถส่งข้อเสนอสำหรับหลักสูตรที่ยังไม่ได้พัฒนาอย่างสมบูรณ์ไปยังงานแสดงโมดูลวิชาเลือกสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ของคณะแพทยศาสตร์หมายเลข 2 (การส่งข้อเสนอสำหรับหลักสูตรอื่น ๆ ได้ปิดรับไปแล้ว) สิ่งนี้เกิดขึ้นก่อนที่การพัฒนาหลักสูตรจะถึงครึ่งทางเสียอีก – ผู้เขียนมีเพียงหลักสูตรเบื้องต้นสำหรับวิชานี้ ในขณะที่การทำงานเกี่ยวกับเนื้อหาหลักกำลังดำเนินไปอย่างเต็มที่ แต่ความเชื่อของพวกเขาในความไม่เปลี่ยนแปลงของกำหนดเวลาและความปรารถนาที่จะสอนวิชานี้ยังคงทำให้สิ่งที่เป็นไปไม่ได้กลายเป็นไปได้ และหลักสูตรที่มีชื่อว่า 'การสื่อสารทางการแพทย์ (ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย) การให้คำปรึกษาที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง' ก็ได้รับการบรรจุอยู่ในเมนูวิชาเลือกของนักศึกษา

แนวคิดของผู้บรรยายได้รับการตอบรับอย่างอบอุ่นจากฝ่ายบริหารของ BSMU – รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ Ihor Gerush, หัวหน้าแผนกวิชาการและวิธีการ Volodymyr Khodorovskyi, และผู้ประสานงานโครงการยูเครน-สวิตเซอร์แลนด์ 'การพัฒนาการศึกษาทางการแพทย์' ที่ BSMU, เตเตียนา บิลูส, ทุกคนกลายเป็นผู้ร่วมสร้างสรรค์เรื่องราวแห่งความสำเร็จนี้ โดยมีส่วนร่วมในการนำหลักสูตรเข้าสู่หลักสูตรการศึกษา

สิบสองกลุ่มเลือกหลักสูตรที่เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ความนิยมของหลักสูตรใหม่นี้

ซึงสอนโดยอาจารย์ที นักเรียนไม่คุ้นเคยและไม่มีคำแนะนำแบบปากต่อปาก
ทำให้ไม่เพียงแต่ผู้เขียนหลักสูตรเท่านันทีประหลาดใจ แต่ยังรวมถึงฝ่ายบริหารด้วย

"นีคือเรืองราวแห่งความสำเร็จทีเป็นแรงบันดาลใจให้กับทีมผู้เขียนของเราทุกคนอย่างแท้จริง – เรารู้สึกว่าสิงทีเรากำลังทำอยู่นันมีความสำคัญไม่เพียงแต่สำหรับผู้ป่วยเท่านัน
แต่ยังรวมถึงแพทย์และอาจารย์ผู้สอนด้วย:
มีความต้องการทักษะการสือสารและความเห็นอกเห็นใจในหมู่นักศึกษาเป็นอย่างมาก"
หนึงในผู้ร่วมเขียนหลักสูตรกล่าว

อย่างไรก็ตาม การทีนักเรียน 12 กลุ่มได้ลงทะเบียนในหลักสูตรใหม่นีแล้ว
ยังไม่ได้หมายความว่าเรืองราวนีมีตอนจบทีมีความสุข. ฝ่ายบริหารเผชิญกับความท้าทายใหม่:
ผู้นำหลักสูตรทำงานในแผนกต่าง ๆ – แต่มีเพียงหลักสูตรเดียว ซึงจะสอน

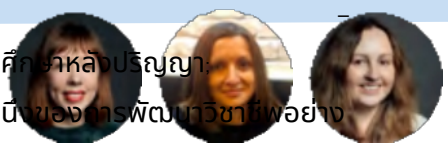
ใน 12 กลุ่ม คุณเคยลองแบ่งชั่วโมงการสอนระหว่างสามแผนกที่แตกต่างกันหรือไม่?

แต่ที่นี่เช่นกัน
ปัญญาของฝ่ายบริหารและการสนับสนุนจากหัวหน้าภาควิชาของอาจารย์ของเราได้เอาชนะระบบราชการได้สำเร็จ! มีการหาทางออกได้แล้ว!
ทั้งกลุ่มและชั่วโมงการสอนได้รับการจัดสรรไปยังภาควิชาต่างๆ อย่างประสบความสำเร็จ

ทำไมเราถึงอธิบายสถานการณ์นี้อย่างละเอียดขนาดนี้?
เพื่อแสดงให้เห็นว่ามันเป็นไปได้ที่จะเอาชนะความซับซ้อนใด ๆ ในระบบราชการที่ซับซ้อนของการศึกษา, กระบวนการหรือสถานการณ์ทางการบริหารใด ๆ – ตราบใดที่ผู้รับผิดชอบในการเปลี่ยนแปลงการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์มีแรงขับเคลื่อนด้วยความปรารถนาที่แท้จริงและความเข้าใจในความสำคัญของปัญหา รวมถึงความต้องการของนักเรียน, แพทย์ และผู้ป่วย ในที่สุด
สถาบันการศึกษาข้นสูงทุกแห่งมีอำนาจในการปรับเปลี่ยนกระบวนการศึกษาของตน
และเป้าหมายที่ทะเยอทะยานของเราคือการทำให้วิชาเกี่ยวกับมนุษยธรรมเป็นวิชาที่บังคับสำหรับทุกคณะ

อย่างไรก็ตาม นั่นไม่ใช่ทั้งหมด
เมื่อความต้องการของผู้ร่วมเขียนหลักสูตรในการสอนหลักสูตรนี้มาบรรจบกับความต้องการของผู้เรียน (นักศึกษา) และได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารในระดับต่างๆ ความมหัศจรรย์ก็เกิดขึ้น
เรื่องราวหนึ่งต่อไปนี้ เป็นเรื่องที่ไม่ได้เล่าเพียงเรื่องเดียว
เพราะความสำเร็จของหลักสูตรเกี่ยวกับมนุษยธรรมและความเห็นอกเห็นใจ
ซึ่งได้ถูกนำเสนอในงานที่ BSMU ก็ไม่ใช่เรื่องเดียวที่คุ้มค่าแก่การเล่า

ผู้บรรยายหลักสูตรได้แบ่งปันความเชี่ยวชาญของตนกับนักศึกษาในระหว่างการประชุมของสมาคมวิจัยนักศึกษาสำหรับศูนย์จำลองสถานการณ์;
กับนักศึกษาชั้นสูงเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตร 'การจัดการเวลาและการสื่อสารในทางการแพทย์';
กับแพทย์ –
ในระหว่างหลักสูตรการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องที่คณะการศึกษาหลังปริญญา;
และกับเพื่อนครูผู้สอนในระหว่างการประชุมกลุ่มเพื่อนซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง. และตอนนี้พวกเขาทุกคนต้องการมากขึ้น!



ความโดดเด่นที่เพิ่มขึ้นของหัวข้อนี้และความต้องการทักษะในแนวทางที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางที่เพิ่มขึ้นในหมู่ชุมชนวิชาชีพด้านสุขภาพทุกสาขา
เปรียบเสมือนก้อนหิมะที่กำลังรวบรวมแรงและเติบโตอย่างรวดเร็ว
และนี่เป็นเพียงตัวอย่างหนึ่งจากโรงเรียนแพทย์แห่งเดียวเท่านั้น

โอกซานา เปตรินิช, โอเลนา โคโรตุน และ
เตเตียนา ชชูโดรวา



เรื่องราวของออกซานา เพทรินิช:
ความพยายามหลายครั้งที่เพิ่งจะประสบความสำเร็จในตอนนี้

ย้อนกลับไปในปี 2005
เมื่อฉันเข้าร่วมหลักสูตรเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการสอนในกรุงเคียฟเป็นครั้งแรก –
เป็นหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทางที่สถาบันเวชศาสตร์ครอบครัว –
เราได้รับการสอนเกี่ยวกับรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
ฉันมีวิดีโอสองรายการที่บันทึกไว้ในฮาร์ดไดรฟ์ของฉัน ซึ่ง Olena Korotun และ Tetiana Shchudrova สามารถนำมาใช้ในเวิร์กช็อปของเราได้ในขณะนี้
โดยเป็นกรณีศึกษาภาคปฏิบัติเพียงชุดเดียวที่บันทึกเป็นภาษายูเครน วลาดิสลาฟ โอดรินสกี้ ผู้มีชื่อเสียง ได้แสดงบทบาทเป็นแพทย์ในเรื่องนั้น และในความเป็นจริง ในขณะนั้น วลาดกำลังทำงานในโครงการที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอยู่แล้ว

ฉันจำได้ว่าที่ทำงานของฉัน ตอนที่ฉันเป็นผู้ช่วยหนุ่ม (จริงๆ แล้วเป็นปีแรกหรือปีที่สองที่ฉันทำงานในแผนกในฐานะสมาชิกคณะสอน)
ฉันพยายามอธิบายว่าหากคุณกำลังให้คำปรึกษาผู้ป่วยและใช้แบบจำลองที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นี่จะช่วยให้คุณสามารถนำไปใช้กับอัลกอริทึมที่ถูกต้องสำหรับการจัดการของพวกเขาได้
ดังนั้นฉันจึงพยายามนำสิ่งนี้ไปปฏิบัติ:
ฉันยกตัวอย่างเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับวิธีที่แพทย์ได้ใช้วิธีการที่ไม่ถูกต้องและวิธีที่ถูกต้องในการรักษาอาการไอและอาการอาหารไม่ย่อย

อย่างไรก็ตาม
ตามหลักการของเขตอำนาจที่ บังคับใช้เมื่อสิบห้าปีที่แล้วภายในระบบการดูแลผู้ป่วยนอก แนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางไม่ได้มีความต้องการมากนัก เพราะไม่ว่าคุณจะทำงานอย่างไร คุณก็มีเขตพื้นที่รับผิดชอบของคุณเองและผู้ป่วยไม่ได้ไปที่ไหน

ภายหลังการแนะนำการปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ
แพทย์เริ่มแข่งขันกันในระดับหนึ่งเพื่อดึงดูดผู้ป่วย โดยมอบสิ่งที่แพทย์คนอื่นไม่มีให้แก่ผู้ป่วย แนวทางใหม่นี้ได้รับความนิยมอย่างรวดเร็ว เนื่องจากผู้คนให้คุณค่ากับการสัมผัสทางอารมณ์ ไม่เพียงแต่ความเชี่ยวชาญทางอาชีพหรือทักษะทางเทคนิคของแพทย์เท่านั้น
แต่ยังรวมถึงความเป็นมนุษย์ของพวกเขาด้วย

เมื่อเวลาผ่านไป ฉันได้ฝึกอบรมเป็นผู้อำนวยความสะดวกกับกลุ่มเพื่อน และได้รู้จักกับอนาสตาเซีย

ลูคิน่าเป็นอย่างดี และนั่นคือเหตุผลที่เมื่อเธอเสนอแนวคิดในการสร้างหลักสูตรการฝึกอบรม ฉันไม่สามารถปฏิเสธได้เลย หัวข้อนี้เป็นหัวข้อที่ฉันเคยจัดการในฐานะผู้บรรยายมาแล้ว และกำลังรอคอยเวลาที่เหมาะสม





สถาบันการแพทย์ริฟเน: ความทะเยอทะยานอันยิ่งใหญ่ ผสานกับความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ

นาตาเลีย โพวาร์ และโอเลนา ฮอร์สกา เริ่มสอนหลักสูตร 'มนุษยธรรมและความเห็นอกเห็นใจในงานด้านการดูแลสุขภาพ' เป็นวิชาเลือกสำหรับโปรแกรมภาคค่ำของหลักสูตรปริญญาตรี ตั้งแต่เดือนกันยายน 2021 นักศึกษาของนาตาเลียและโอเลนาเป็นพยาบาลฝึกหัดที่มีประสบการณ์ (ทั้งด้านบวกและด้านลบ) ในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยแล้ว

ในการนำหลักสูตรเข้าสู่หลักสูตรการศึกษา นาตาเลียและโอเลนาต้องผ่านหลายขั้นตอน ได้แก่ การตัดสินใจว่าหลักสูตรนี้ควรเป็นวิชาเลือกหรือวิชาบังคับ ควรจัดอยู่ในชั้นปีใดและคณะใด ใครจะเป็นผู้สอน และอุปสรรคทางระบบราชการใดบ้างที่ต้องเอาชนะเพื่อให้สามารถดำเนินการตามขั้นตอนทั้งหมดได้

ฝ่ายบริหารของสถาบันการแพทย์ริฟเนไม่ได้คัดค้านและได้อนุมัติชื่อหลักสูตรเดิม อย่างไรก็ตาม อาจารย์ผู้สอนไม่สามารถปรับหลักสูตรให้สมบูรณ์สำหรับนักศึกษาพยาบาลได้ก่อนสิ้นสุดงานแสดงรายวิชาเลือก ขอบคุณการเปิดกว้างและความคิดสร้างสรรค์ของฝ่ายบริหาร พวกเขาจึงสามารถหาทางออกได้ – โดยการเปิดสอนหลักสูตรนี้ในงานแฟร์ที่กำลังจะมาถึงสำหรับนักศึกษาปริญญาตรีภาคค่ำ หลังจากงานแฟร์ มีนักศึกษา 42 คนลงทะเบียนเรียนในหลักสูตรนี้และถูกแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม หลักสูตรนี้กำลังถูกสอนอยู่แล้ว – มันยังคงอยู่ในความคิดของนักศึกษาในการอภิปรายทั้งในและนอกชั้นเรียน

"ฉันต้องการเริ่มสอนหลักสูตรนี้ทันทีหลังจากเวิร์กช็อปสิ้นสุดลง – ในขณะที่การอภิปรายความคิดและอารมณ์ยังคงสดใหม่ในความคิดของเรา เราตระหนักว่าเรายังต้องปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี และมันสำคัญสำหรับเราที่จะนำพื้นที่นี้ทั้งหมดมาสู่ความสำคัญ" หลังจากนั้น ทุกอย่างก็ราบรื่น ฉันไปหาอธิการบดีและเล่าให้เขาฟังเกี่ยวกับหลักสูตรนี้ เขาเข้าใจคุณค่าของหลักสูตรนี้ทันที และเราก็สมัครเข้าร่วมโปรแกรมภาคค่ำ" นาตาเลีย โพวาร์ กล่าว

โอเลนา ฮอร์สกา กล่าวเสริมว่า: 'พวกเรารู้สึกสับสนเมื่อต้องแบ่งหัวข้อ หัวข้อหนึ่งที่เราลังเลคือเรื่องมนุษยธรรมกับความเห็นอกเห็นใจ จนถึงนาทีสุดท้ายเรายังไม่แน่ใจว่าจะแยกออกจากกันหรือไม่ หลังจากจัดเซสชั่นแรกเสร็จ ฉันตระหนักว่าเราจำเป็นต้องแยกสองหัวข้อนี้ออกเป็นสองเซสชั่น เซสชั่นแรกจะเกี่ยวกับการทำความรู้จักกับนักเรียนและแนะนำแนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง' คุณพูดว่า 'แนวทางที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง'

แล้วเกิดการอภิปรายอย่างคึกคักขึ้นในหมู่นักเรียน ฉันแทบจะแทรกคำพูดไม่ได้เลย
และเมื่อเราเริ่มพูดถึงเรื่องความเห็นอกเห็นใจ ก็เหลือเวลาอีกเพียงเล็กน้อย
ดังนั้นฉันจึงตระหนักว่าหัวข้อเหล่านี้ควรแยกออกจากกัน

ฉันถามนักเรียนว่าพวกเขาเข้าใจคำว่า "ความเห็นอกเห็นใจ" อย่างไร
และพวกเขาหวังที่จะเรียนรู้อะไรในระหว่างหลักสูตรนี้
ปรากฏว่าสิ่งที่พวกเขาต้องการเรียนรู้มากที่สุดคือ
'วิธีการสื่อสารและสนับสนุนผู้ป่วยโดยไม่รู้สึกหมดไฟ?'
หนึ่งในนักเรียนเป็นพยาบาลอาวุโสในวอร์ดที่ศูนย์สุขภาพแม่และเด็ก
เธอกล่าวว่าการเรียนรู้วิธีที่จะเห็นอกเห็นใจผู้อื่นอย่างถูกต้องนั้นสำคัญมากสำหรับเธอ
เพราะเธอ

ได้เห็นสิ่งต่าง ๆ มากมายในชีวิตการทำงานของเธอ
แต่แม้กระทั่งทุกวันนี้เธอก็ยังไม่รู้ว่าจะแสดงความเห็นอกเห็นใจอย่างเหมาะสมได้อย่างไร
หลายคนกล่าวว่าความเห็นอกเห็นใจเป็นหัวข้อที่ได้รับความนิยมมาก
ซึ่งเป็นเหตุผลที่พวกเขาเลือกหัวข้อนี้ พวกเขาต้องการเรียนรู้วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างจริงจัง



โอเลนา อิกนาชชุค: การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและกลุ่มเพื่อน

การเปิดตัวและ 'การทดลองใช้'
ของหลักสูตรนี้ไม่ใช่เพียงการริเริ่มโดยเพื่อนร่วมงานแต่ละคนเท่านั้น
แต่เป็นการแลกเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง - ทั้งความคิด ประสบการณ์ และความรู้ -
ระหว่างนักการศึกษา ระหว่างแผนก และแม้กระทั่งระหว่างสถาบันอุดมศึกษา
มีความต้องการในหัวข้อนี้จากนักการศึกษาในสาขาวิชาต่างๆ
เนื่องจากประเด็นเรื่องความเป็นมนุษย์และความเห็นอกเห็นใจเป็นสากลและเกี่ยวข้องกับการสื่อสารใ
นทุกสาขา

ในปี 2020 โครงการยูเครน-สวิตเซอร์แลนด์ 'การพัฒนาการศึกษาทางการแพทย์'
ได้เปิดตัวโครงการใหม่ – กลุ่มเพื่อนสำหรับผู้สอนทางการแพทย์
เป็นรูปแบบสำหรับการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง
กลุ่มเพื่อนร่วมงานเป็นการประชุมประจำของครูหรือผู้สอนที่มีตำแหน่งเท่าเทียมกัน
ซึ่งให้โอกาสแก่ผู้เข้าร่วมได้หารือเกี่ยวกับหัวข้อหรือกรณีศึกษาที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาอาชี
พของตน ถามคำถาม และแบ่งปันประสบการณ์ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย
ทั้งหมดนี้สามารถทำได้โดยไม่ต้องหยุดงาน

ตั้งแต่ปี 2021 ผู้อำนวยความสะดวก 25
คนทั่วประเทศยูเครนได้จัดการประชุมกลุ่มเพื่อนที่สถาบันการศึกษาทางการแพทย์ระดับสูง
สองกลุ่มดังกล่าวอยู่ในสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ Rivne Medical Academy และ Bukovyna State Medical University

จากการสำรวจผู้เข้าร่วม พบว่าหัวข้อที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในกลุ่มสนับสนุนเพื่อนในปี 2021 คือ แนวทางที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง

mededu.org.ua/groups/

คุณสามารถหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับกลุ่มเพื่อนร่วมงานได้ที่นี่:

นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติงานจากหลักสูตรของเรายังได้ส่งเสริมหัวข้อนี้อย่างแข็งขันในการประชุมทางการศึกษาทางการแพทย์อีกด้วย ตัวอย่างเช่น ในเดือนพฤษภาคม 2564 คุณ Oksana Petrynych ได้บรรยายในการประชุมวิชาการและปฏิบัติระดับชาติของยูเครนที่มีผู้เข้าร่วมจากนานาชาติในหัวข้อ 'ประเด็นปัจจุบันในการปฏิบัติทางคลินิก การวินิจฉัย และการรักษาในระยะต่างๆ ของการให้บริการด้านสุขภาพ' จัดโดยสถาบันการแพทย์ริฟเน, พร้อมการนำเสนอหัวข้อ 'แนวทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง: 8 เสาหลัก'.

ยังมีพายุอีกมากข้างหน้าในการกำหนดทิศทาง มีการอภิปรายที่มีชีวิตชีวากับนักเรียนมากมาย และการปรับเปลี่ยนกรณีศึกษาอีกหลายอย่าง
เพราะการสอนหลักสูตรหนึ่งคือการร่วมสร้างด้วยเช่นกัน ตอนนี้ร่วมกับนักเรียน

ส่วน 1

รูปแบบการสอนและการปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้เรียนกลุ่มต่าง ๆ

หนึ่งในกฎพื้นฐานของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (และการสอนของเราคือการสื่อสารที่เปลี่ยนแปลงผู้คนและมุมมองของพวกเขาเกี่ยวกับงานของพวกเขา) คือการหาสมดุลที่ดีระหว่างสิ่งที่ผู้ฟังต้องการได้ยินและสิ่งที่เราต้องการสื่อสาร

7navtibalansmizhtim,shchoau ผู้พูดต้องการพูด
iนั้น, สิ่งที่เราต้องการจะสื่อ

เราพบว่ามีหลายสิ่งที่เหมือนกันในแนวทางของเราในการทำงานกับผู้ชมที่หลากหลาย และเราเห็นพ้องกันว่า ไม่ว่าผู้ชมจะมีระดับใดก็ตาม แนวทางต่อไปนี้จะใช้ได้ผลดี:

ทฤษฎีให้น้อยลง ปฏิบัติให้มากขึ้น

- ทฤษฎีให้น้อย ปฏิบัติให้มาก: นำเสนอเนื้อหาทางทฤษฎีอย่างกระชับและชัดเจน
- การเรียนรู้ที่เน้นการปฏิบัติและประสบการณ์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถสัมผัสสถานการณ์และรับรู้ถึงมุมมองต่าง ๆ ของการมีปฏิสัมพันธ์
- ความยืดหยุ่นผ่านรูปแบบที่หลากหลายและการเปิดกว้างในการทดลองใช้แบบฝึกหัดประเภทต่างๆ การจำลองบทบาท การศึกษากรณีศึกษา และการทำงานร่วมกับผู้ป่วยจำลอง
- การให้ความสำคัญอย่างมากกับการกำหนดวัตถุประสงค์ของการฝึกและการตั้งคำถาม และการสรุปผลที่มีคุณภาพสูงและมุ่งเน้นอย่างชัดเจน

ความจริงน้อยลง
การอำนวยความสะดวกมากขึ้น

- **คำเตือน**: **คำขอคำแนะนำ**.
  ไม่ว่าใครจะต้องการรับสคริปต์สำหรับสถานการณ์การสื่อสารที่พบได้บ่อยเพียงใด
  ในความเป็นจริง การปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์นั้นยากที่จะทำให้เป็นแบบทั่วไปโดยใช้ 알고리듬.
  คุณจะต้องสาธิตอัลกอริทึม, ถ่ายทอดความสำคัญของขั้นตอนบางอย่าง,
  และสอนผู้เข้าร่วมให้สามารถปรับเปลี่ยนใช้เครื่องมือนี้ได้ตามสถานการณ์ที่ต้องการ –
  โดยคำนึงถึงบุคคลที่แตกต่างกันและบริบทที่แตกต่างกัน

- สร้างพื้นที่และเวลาสำหรับการทบทวนตนเองเกี่ยวกับสภาวะ ความรู้สึก อารมณ์
  และประสบการณ์ที่ผ่านมา

- ไม่สอนศีลธรรม ใช่สำหรับการสนทนาที่ซื่อสัตย์ ความจริงน้อยลง
  การอำนวยความสะดวกมากขึ้น

- การฝึกทักษะเชิงปฏิบัติในปริมาณที่พอเหมาะพร้อมพื้นที่เพียงพอสำหรับการอภิปราย

- การใช้วิดีโอ, ภาพถ่าย, การดูภาพยนตร์หรือซีรีส์ทางโทรทัศน์;
  การให้ผู้เข้าร่วมมีส่วนร่วมในการสร้างเนื้อหาวิดีโอของตนเองและการฝึกอบรมในสถานที่ทำงาน

ไม่– การสั่งสอนศีลธรรม, ใช่ – การสนทนาอย่างตรงไปตรงมา

ร่วมกับผู้เข้าร่วมเวิร์กช็อป เราได้วิเคราะห์ความต้องการของผู้ชมทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน – พยาบาลและแพทย์
เราขอนำเสนอผลลัพธ์จากการสะท้อนร่วมกันของเราเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของงานวิทยากรกับแต่ละกลุ่ม – ในบริบททางวิชาการและหลังปริญญา

ตาราง 1

ลักษณะของการทำงานกับกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน

	นักศึกษา (การศึกษาระดับอุดมศึกษา)	ผู้ฝึกอบรม (การศึกษาหลังปริญญา)
พยาบาล	กระตุ้นให้พวกเขาศึกษาหลักสูตร (ใช้และหารือเกี่ยวกับวิดีโอต่าง ๆ, เชิญพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่มาแบ่งปันประสบการณ์ของพวกเขา);	รวมไว้ในหัวข้อ: กระตุ้นความสนใจและ 'งุนงง' (ในความหมายของ 'สับสน');
	ส่งเสริมการสะท้อนคิด (การวิเคราะห์การกระทำและความรู้สึกของตนเอง)	ส่งเสริมการสะท้อนคิดและสร้างสะพานเชื่อมด้วยการปฏิบัติ
	มีส่วนร่วมในการทำงานเชิงรุกในกลุ่มเล็กหรือทีม	คำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับพยาบาลและการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบระหว่างทั้งสองฝ่าย
	มีอิทธิพลต่ออารมณ์; ถ่ายทอดความสำคัญของแบบอย่างที่ดี	
แพทย์	การมองเห็นภาพ ความชัดเจน	'วินิจฉัย' ผู้ชมในแง่ของทัศนคติต่อประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแนวทางที่มุ่งเน้นผู้คนเป็นศูนย์กลาง;
	การใช้สื่อสังคมออนไลน์ในทางปฏิบัติ (บัญชีมืออาชีพ); พัฒนาทักษะการสื่อสาร รวมถึงกับเพื่อนร่วมงาน (ขอบเขตของการสื่อสาร); เข้าใจถึงความสำคัญของแบบอย่างที่ดี	การวิเคราะห์กรณีศึกษาของผู้เข้าร่วมเอง (การเรียนรู้แบบแนวนอน)
		แนวทางเฉพาะบุคคล
		ความเข้าใจในพลวัตของกลุ่ม และเน้นเป็นพิเศษในการจัดการกับข้อโต้แย้ง

กรอบเนื้อหาหลักสูตร

ตามที่คุณจะเห็นจากตารางด้านล่าง ซึ่งอ้างอิงจากแนวทางที่เน้นสมรรถนะ
เราได้เลือกที่จะมุ่งเน้นหลักสูตรนี้ไปที่ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์
เราเชื่อว่า

ตารางที่ 2

ทัศนคติ ความรู้ และทักษะที่เป็นจุดเน้นของหลักสูตร

	ทัศนคติ	ความรู้
ผู้ป่วย-โรค		
ผู้ป่วย- ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ	การมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นพื้นฐานของปรัชญาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	**ความเห็นอกเห็นใจและการสนับสนุน**: ความไว้วางใจ, ความเคารพซึ่งกันและกัน, ความเข้าใจซึ่งกันและกัน และความรับผิดชอบในการทำงานร่วมกับผู้ป่วย; เข้าใจความหมายของการสนับสนุนและความเห็นอกเห็นใจ และเหตุใดสิ่งเหล่านี้จึงมีความสำคัญในงานของแพทย์ เข้าใจขอบเขตส่วนบุคคลเมื่อทำงานกับผู้ป่วย ความอดทนและความหลากหลาย: วิธีการและเหตุผลในการทำงานร่วมกับผู้คนที่แตกต่างกัน และแม้จะมีความแตกต่าง ก็ให้เคารพพวกเขาในฐานะมนุษย์ **หน่วยงานและความลับ**: ผู้ป่วยในฐานะผู้ตัดสินใจ ลักษณะของข้อมูล (เนื้อหา ขอบเขต) ที่ให้แก่ผู้ป่วย ความสำคัญของความลับและความเกี่ยวข้องทางกฎหมาย **วิกฤตและความขัดแย้ง**: สิ่งที่คุณจำเป็นต้องรู้เกี่ยวกับความขัดแย้งเพื่อที่จะแก้ไขมัน อะไรที่ทำให้ผู้ป่วยมีความท้าทาย ภาวะวิกฤตทางอารมณ์คืออะไรและส่งผลต่อการปฏิสัมพันธ์อย่างไร ขั้นตอนของความโศกเศร้า

นักคลินิกในฐานะผู้เชี่ยวชาญ		

ทั้งแกน 'ผู้ป่วยและโรค' และแกน 'ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในฐานะวิชาชีพ' สมควรได้รับการกล่าวถึงอย่างละเอียดมากขึ้นในหลักสูตรอื่น ๆ การศึกษาท้งจิตวิทยาของผู้ป่วยและกลยุทธ์ในการป้องกันการหมดไฟในหมู่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพน้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง แต่เนื่องจากจุดมุ่งเน้นทีเลือกไว้ เราจึงได้เก็บหัวข้อเหล่านี้ไว้สำหรับกิจกรรมอื่น ๆ

ทักษะ
ความเห็นอกเห็นใจและการสนับสนุน:
สร้างความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจกับผู้ป่วย ความสามารถในการแสดงความเห็นอกเห็นใจและให้การสนับสนุน ความเมตตา และการช่วยเหลือทางจิตวิทยาเบื้องต้น;
การรักษาขอบเขตส่วนบุคคล;
มองการปรึกษาหารือเป็นพื้นที่สำหรับการสร้างความสัมพันธ์
วิธีการและเหตุผลที่สำคัญในการปรับแนวทางของคุณเมือทำงานกับผู้คนต่าง ๆ และแม้จะมีความแตกต่าง ก็ให้เคารพพวกเขาในฐานะบุคคล
ความเป็นส่วนตัวและความลับ:
วิธีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและกำหนดระดับรายละเอียดทีจำเป็นสำหรับแต่ละบุคคล
วิธีที่จะทำให้แน่ใจในทางปฏิบัติ:
การรักษาความลับ (หมายถึงอะไรในทางปฏิบัติ อะไรที่อนุญาตและอะไรที่ไม่ได้รับอนุญาต)
สิทธิในการมีอิสระในการตัดสินใจ (วิธีการหารือเกียวกับการตัดสินใจทางการรักษาผู้ป่วย และช่วยเหลือพวกเขาในการตัดสินใจเหล่านั้น)
วิกฤตและความขัดแย้ง:
วิธีรับมือกับสถานการณ์ทียากลำบาก
วิธีการสังเกตความยากลำบากของผู้ป่วยและเข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาเหล่านี้;
วิธีการสื่อสารในสถานการณ์ที่มีความตึงเครียดทางอารมณ์สูงและความเครียด;

วิธีแจ้งข่าวร้าย

หนังสือที่ไม่ทำให้กลัวเลย...
สามารถนำมาใช้สอนในหลักสูตรได้อย่างไร?

การเข้าใจและให้ความสนใจต่อผู้อื่นเป็นหลักการสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการสร้างความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจ. ความสามารถในการสังเกตและบันทึกแง่มุมต่าง ๆ ของเรื่องราวชีวิตของผู้ป่วย
และปรับการสื่อสารและการแทรกแซงทางการแพทย์ให้เหมาะกับความต้องการของพวกเขา
แสดงให้เห็นถึงปัญญาทางอารมณ์ที่สูงของผู้ให้บริการทางการแพทย์และความเป็นมนุษย์.
ตัวละครในหนังสือช่วยให้เราเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นจากอีกด้านหนึ่ง – มุมมองของผู้ป่วย

ความเข้าใจและความเอาใจใส่ (d)oinsherstoryveodnim
ของหลักการพื้นฐานของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

'ไม่ใช่หนังสือที่น่ากลัวเลย...' คือการรวบรวมเรื่องราวมากกว่า 60 เรื่องจากผู้คนหลากหลาย พร้อมคำแนะนำที่เป็นประโยชน์จากแพทย์ นักจิตวิทยา และผู้ป่วย
แม้ว่าจะมีเรื่องราวหลายเรื่องจากชีวิตของแพทย์ รวมถึงประสบการณ์ของพวกเขาในฐานะผู้ป่วย
หนังสือเล่มนี้เชิญชวนผู้อ่านให้ร่วมเดินทางผ่านประสบการณ์ของผู้ป่วย
ผ่านภาษาของเรื่องราวจริงจากผู้คนหลากหลาย
มันช่วยให้เราเข้าใจว่าการกระทำและพฤติกรรมใดของบุคลากรทางการแพทย์ที่กระทบจิตใจ
ก่อให้เกิดความเจ็บปวด และสิ่งใดที่มีผลในการเยียวยา
บรรเทาบาดแผลหรือลดระดับความเครียด

เรื่องราวในหนังสือเล่มนี้บรรยายถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในยูเครนในบริบทของความเป็นจริงร่วมสมัยของเรา เรื่องราวเหล่านี้สามารถใช้เป็นกรณีศึกษาสำหรับการอภิปราย
และสามารถใช้เป็นพื้นฐานในการเขียนสถานการณ์สำหรับการจำลองบทบาทหรือการทำงานกับผู้ป่วยจำลอง

นี่คือตัวอย่างของวิธีที่เราใช้เรื่องราวจากหนังสือเป็นกรณีศึกษาสำหรับการฝึกอบรมด้านการสื่อสารในสถานการณ์ความขัดแย้งในระหว่างการศึกษาที่โรงเรียนแพทย์ครอบครัวอาซอฟ:

บิดาของยูเ
ลีย

ทีบ้าน เราใช้เวลาไป กำลังดึง น้น ชั่วขณะหนึ เมือ มาแปลกัน ของ
เกียวกับการรษา บรรเทาอาการปวดด้วยย เพ หมอทีฉัน รู้จัก (แพทย์ทั่วไป, ไม่ใช่แพทย์ผู้เชี่
ไม่ใช่แพทย์หัวหน้าการดูแลแบบประคับประคองการดูแล(ลูกสาวของเธอ) (กล่าวว่า ยวชาญด้านมะ
ที่เธอป่วยอยู่ ร่า
ว่าทันทีที่เขาเริ่มรับประทาน ยาเขาจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน เร็ง

โคลีซีวีเอนไอซเนบโอลูฟลินีวเซเนโดโป ไม่สามารถช่วยได้ – และพวกเขามีมากมาย (Dexalgin,
spazmalgon,kever,nalbuf ฯลฯ, No-Spa, Dimedrol, ฯลฯ), รายการใดต่อไปนี้

สามารถ เป็น บี สามารถค เล็ก เภสัชวิทยา คู่มือ, – แพทย์ แล
การดูแลแบบประคับประคองได้อธิบายให้เราฟังว่าความเจ็บปวดต้องได้รับการคาดการณ์ล่วงหน้า อิมโพสโต้ ะ
(a)ไม่«ดับ ไฟใน», mและกับ mและเราตัดสินใจว่า: ถึงเวลาที่ต้องซื้อยาเสพติดแล้ว

แม่ ถาม ครอบครัว แพทย์ เขียน ใบสั่งยา บน สีชมพู แบบฟอร์
เพื่อรับมอร์ฟีน เ แพตช์ ที่มีเฟนทานิล. แพทย์ บอกพวกเราว่า
ที่หรือนี้หรือไม่จำเป็นหรือที่หรือ(สามารถ)มีอยู่แล้วซึ่ง ส่งผลต่อสุขภาพ
(พวกเขาอยู่ในระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง, ถึงเหล่านี้เรารู้ยาแก้ปวดและฉีดยา นี่คือคำพูดที่น่าสนใจโดยตรงจากเธอ: 'คุณต้องการ
เล่นไปเรือย, นั่นคือ ถ้า ไม่ช่วย ยาหนึ่งชนิด ฉีด อีกคนหนึ่ง แต่
ไม่เป็นไร กับ มะเร็ง ในภายหลัง ขั้นตอน อีกต่ เพียงแค่ คือ ของร่ กล้ามเนื ที
อาจกลอล โอติ! ฉัน เล่นกับยาแก้ปวดเมื่อคนที่คุณรัก กำลังเจ็บปวด อยู่ ร่างกา อ
เล่นไปเรื่อยๆ ย
ฉันไม่ต้องการให้ใครต้องเจอแบบนั้น

วันพฤหัส 25 กรกฎาคม 2562 ถึงพ่อของ จ มันเริ่มเจ็บตั้งแต่เช้าเลย ฉันฉีด
นัล นัลบูฟีน (ฉันกำลังเล่น) อื่น แนะนำ า (ครอบครัว) มันไม่ช่วยอะไร
30 นาที โคลู โน-สปา อนาจจิน ไดเฟนไฮดรา (ฉันยังคง 'เล่น' ชอ
เวลานี้ครอบครัว บน) – ไม่ช่วยเลย ความเจ็บปวดมัน ยิ่งแย่ลงเรื่อยๆ บ

ฉัน เริ่มโทรหาหมอทุกคนที่ฉันรู้จักทีละคนแล้ว และถามว่าเราจะช่วยอะไรได้บ้าง
ถึงคุณพ่ ฉันยังคง เล่น ด้วยการฉีด มือ พวกเขากำลัง ในที่สุด แม่
ยาโทรหาครอบครัวของเขาและตะโกนทันที เพื่อขอใบสั่งยาสำหรับมอร์ฟีน

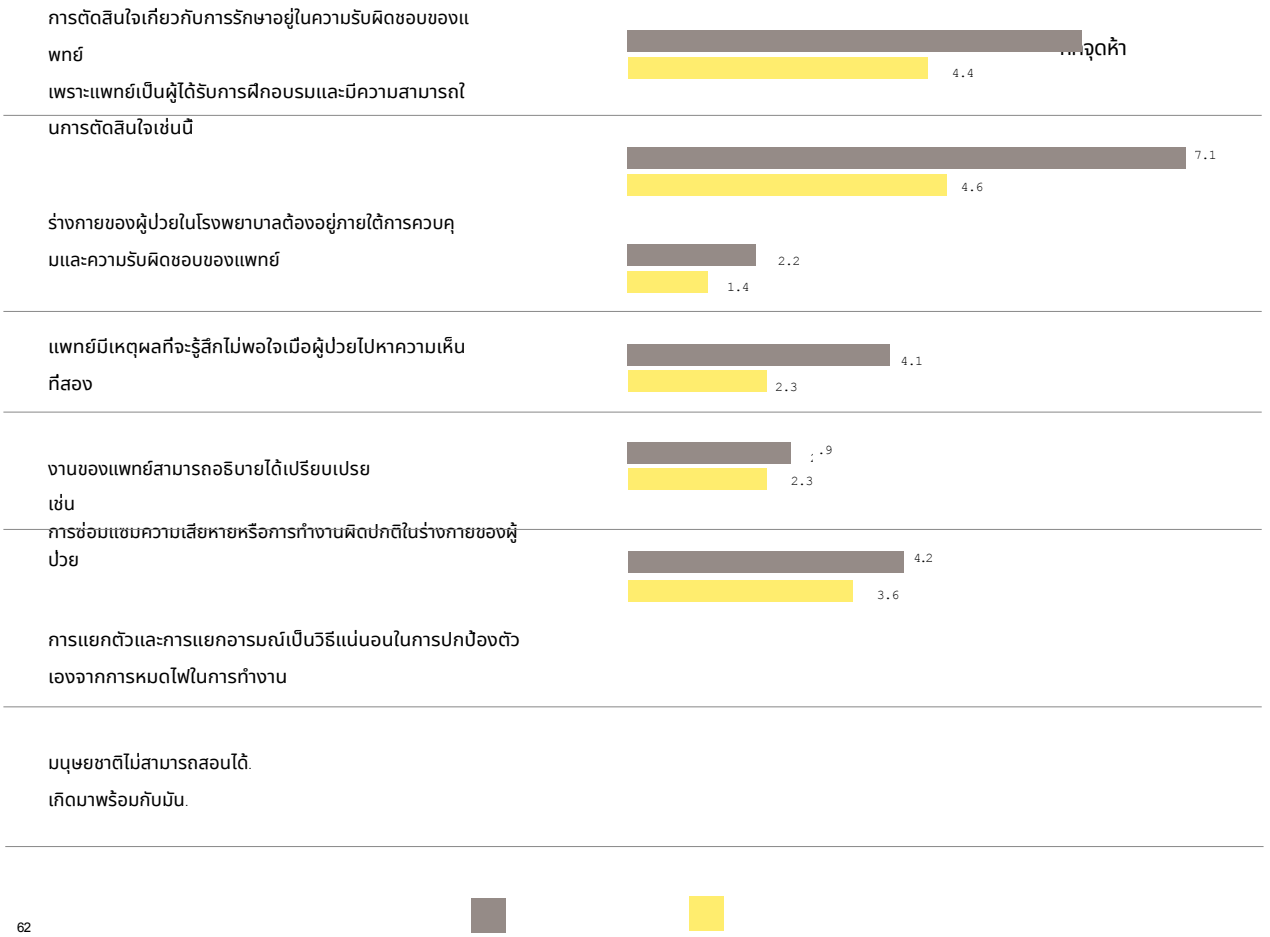
งาน:

คุณเป็นเพื่อนร่วมงานของแพทย์ประจำตัวคุณพ่อของยูเลีย และเป็นคนรู้จักเก่าของยูเลีย
เธอต้องการมาพบคุณเพื่อขอคำแนะนำ กรุณาเตรียมตัวสำหรับการสนทนากับเธอ
และวิเคราะห์สถานการณ์จากทั้งสองฝ่าย (ยูเลียและแพทย์)

โดยใช้ตารางที่มีโครงสร้างของการสนทนาที่ซับซ้อน

เราทราบได้อย่างไรว่าแนวทางที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้ผล?

เมื่อเราเริ่มทำงานในหลักสูตรแบบเวิร์กช็อป มันเป็นการทดลองและเราไม่สามารถคาดการณ์ได้อย่างชัดเจนว่าเราจะจบลงด้วยอะไร ทุกคนเข้ามาในกระบวนการสร้างร่วมกันนี้ผ่านมุมมองของตนเองในฐานะ 'ครู' 'หมอ' 'ผู้ป่วย' ความคาดหวังของตนเอง ความรู้ และทัศนคติ – ซึ่งบางครั้งก็ยิ่งทำให้การอภิปรายในเวิร์กช็อปเข้มข้นและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ท้ายที่สุดแล้ว ในระหว่างการอภิปราย ขณะที่เราแสวงหาฉันทามติ เราได้ขัดเกลาความคิดของเราและสรุปสารที่เราต้องการถ่ายทอดให้กับผู้เข้าร่วมหลักสูตร





รูปที่ 3
การเข้าใจมนุษยชาติ: แบบสำรวจก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมยังยืนยันความสำเร็จของรูปแบบการฝึกอบรมที่เลือกใช้ (แนวนอน/เท่าเทียมมากขึ้น) ในที่นี้ ผู้เข้าร่วมทุกคนมีโอกาสมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นในกระบวนการ การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของผู้ร่วมพัฒนาแต่ละคนได้เปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อหลายแง่มุมของหัวข้อที่ครอบคลุมในท้ายที่สุด ตัวอย่างเช่น หลังจากเข้าร่วมเวิร์กช็อป ผู้เข้าร่วมมีแนวโน้มที่จะเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ:

การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาอยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์ เนื่องจากแพทย์เป็นผู้ได้รับการฝึกอบรมและมีความสามารถในการตัดสินใจเช่นนี้

"ร่างกายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลควรอยู่ภายใต้การควบคุมและความรับผิดชอบของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ"

"ในเชิงเปรียบเทียบ งานของแพทย์สามารถอธิบายได้ว่าเป็นการซ่อมแซมความเสียหายหรือการทำงานผิดปกติในร่างกายของผู้ป่วย"

ดารินา โบห์ดาน





นั๊น ไอเดีย ข้อเสนอ
คู่มือ เปิด สำหรับทุก
บล็อก การสอน คน หัวข้อ
?

หัวข้อที่ 1

แนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง

หัวข้อที่ 1

แนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ในอดีต แพทย์มีบทบาทนำในกระบวนการรักษา
แต่ยุคสมัยกำลังเปลี่ยนแปลง
เมื่อศึกษาการสื่อสารของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ
กับผู้ป่วย
ได้กลายเป็นที่ชัดเจนว่าผู้ป่วยทำหน้าที่เป็นคู่หูในระหว่างการปรึกษาหารือ
พวกเขาคือผู้เชี่ยวชาญ:
ไม่มีใครสามารถอธิบายการทำงานของร่างกายของพวกเขา ความผิดปกติของมัน
หรือสาเหตุของการขอความช่วยเหลือได้ดีกว่าพวกเขา
นั่นคือเหตุผลที่แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือที่สุด เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO)
ได้เขียนเกี่ยวกับการดูแลที่มุ่งเน้น
ผู้ป่วย, บุคคล หรือบุคคลนั้น

มิเรียม ดูไวเกล,
ศาสตราจารย์ด้านการสื่อสารทางการแพทย์ที่
มหาวิทยาลัยเกนต์ (เบลเยียม) และ
ประธานสมาคมยุโรปเพื่อการสื่อสารด้านสุขภาพ

เราได้ทำการค้นคว้าบทความและหนังสือหลากหลายเพื่อเตรียมคู่มือนี้ เราได้พบกับคำศัพท์ต่าง ๆ ที่ใช้เพื่ออธิบายสิ่งที่สำคัญสำหรับเรา:

- บุคคลหนึ่งมีคุณค่ามากกว่าการวินิจฉัยโรคของพวกเขา
- ผู้ป่วยเป็นมากกว่าแค่ร่างกายของพวกเขา
- แพทย์เป็นมากกว่าแค่หน้าที่การงานของพวกเขา

ทั้งแพทย์และผู้ป่วยต่างก็เป็นมนุษย์ พวกเขามีอารมณ์และความรู้สึกที่แตกต่างกันในแต่ละครั้ง พวกเขามีความเชื่อและความเชื่อมั่นที่แตกต่างกัน

เราได้พบชื่อเรียกที่หลากหลายสำหรับแนวทางที่เรามีร่วมกัน: แนวทางที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางหรือเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง, โมเดล biopsychosocial, แนวทางที่เน้นความสัมพันธ์ ดังนั้นอย่าท้อใจหากคุณ

พบชื่อที่แตกต่างกันในแหล่งข้อมูลต่างๆ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ไม่ว่าเราจะเรียกมันว่าอะไรก็ตาม – มนุษยธรรม, ความเห็นอกเห็นใจ, ความเมตตา, หรือความเห็นใจ – สิ่งเหล่านี้มีอยู่ในความสัมพันธ์ของเรากับผู้ป่วย ด้วยความหลากหลายของแง่มุมที่สะท้อนถึงความหลากหลายของบุคลิก, อารมณ์, และความรู้สึกของมนุษย์

เมื่อเราจะเรียกพวกเขาว่าอะไรก็ตาม – มนุษยชาติ และความเห็นอกเห็นใจ และความเข้าอกเข้าใจ และความเห็นใจ – พวกเขาต้องเป็น

อยู่ในความสัมพันธ์ (กับ)(ผู้ป่วย)ที่นั่นและ

เราเชื่อว่าเราสามารถสร้างพื้นที่สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ – พื้นที่ที่มีที่ว่างสำหรับความต้องการทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณ ที่ซึ่งความหลากหลายได้รับการเคารพ และที่ซึ่งผู้คนฟังซึ่งกันและกัน เราทำงานเพื่อให้แน่ใจว่าแพทย์และพยาบาลในอนาคตจะมีเครื่องมือในการสื่อสารและความเข้าใจที่ดีขึ้น:

- วิธีการทำงานกับความแตกต่างโดยไม่ตัดสิน
- วิธีที่จะเข้าใจและให้การสนับสนุนโดยไม่หมดไฟ
- วิธีการอยู่ที่นั่นโดยไม่สูญเสียตัวเอง

ในบทนี้ คุณจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่เกิดขึ้นทั่วโลกในช่วงร้อยปีที่ผ่านมา พบตัวอย่างของการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนจากการมีอำนาจเหนือไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์แบบร่วมมือกันในประวัติศาสตร์การแพทย์ของยูเครนในระยะหลัง และจะสามารถชี้แจงได้ว่าอะไรคือสิ่งที่ประกอบกันเป็นแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในบริบททางการแพทย์

เราตระหนักว่าเส้นทางสู่ความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยนั้นยาวนานและยากลำบาก เนื่องจากจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากทั้งสองฝ่าย ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น ในขณะที่แพทย์จะต้องแบ่งปันความรับผิดชอบนี้กับผู้ป่วย

ทั้งสองฝ่ายจำเป็นต้องรับฟังกันมากขึ้นและแสดงความเคารพซึ่งกันและกันมากขึ้น
เช่นเดียวกับที่พยาบาลทำในเรื่องราวเกี่ยวกับพ่อของลาริซา ซึ่งคุณจะพบด้านล่าง
และที่สำคัญที่สุดคือต้องพัฒนาทักษะการสื่อสารของพวกเขา

เรื่องราวเกี่ยวกับศักดิ์ศรี สิทธิในการเลือก และบุหรี่มวนสุดท้าย

คุณพ่อของฉันได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นซาร์โคมาชนิดรุนแรงที่แพร่กระจายไปทั่วร่างกายและเข้าสู่สมองของเขา แขนและขาของเขาเริ่มบวมและเปลี่ยนเป็นสีน้ำเงิน หนึ่งสัปดาห์ต่อมาเขาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้อตายเน่า การตัดแขนทั้งสองข้างใช้เวลาเกือบหนึ่งวัน พวกเขาเย็บแผลและให้เลือดกับเขา แพทย์เตือนว่าปฏิกิริยาของเขาเมื่อตื่นขึ้นอาจแตกต่างกัน ดังนั้นจึงสำคัญที่จะต้องมีใครสักคนอยู่ข้างๆ เขา

เมื่อพวกเขาพาเขาเข้ามาในห้องผู้ป่วยหนัก เขาฟื้นขึ้นมาและมองมาที่ฉัน เขาไม่เข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้น เขาพยายามยกแขนขึ้น แต่ไม่มีอะไรให้ยก พ่อถามว่า:

– เกิดอะไรขึ้นกับฉัน?

ฉันพยายามอธิบายแล้ว เขาเริ่มร้องไห้

– "ได้โปรด ไปเถอะ" เขาพูด และหมดสติไป

สิ่งถัดไปที่ฉันจำได้คือเขาหันแก้มมาให้ฉันโกนหนวดให้ มันเหมือนกับว่าเขากำลังเตรียมตัวแต่งตัวให้ดูดี

– ฉันอยากสูบบุหรี่มาก ให้บุหรี่ฉันหน่อย

– พ่อครับ ผมจะถามหมอเอง ผมทำเรื่องนี้คนเดียวไม่ได้จริงๆ ด้วยสภาพของพ่อ ผมได้พูดกับหมออย่างสุภาพ หมอห้ามอย่างเด็ดขาดไม่ให้สูบบุหรี่ โดยอธิบายว่าเนื่องจากมะเร็งที่แพร่กระจายไปที่สมอง แม้แต่การสูบเพียงครั้งเดียวก็อาจส่งผลที่คาดไม่ถึงได้

พ่อพูดอยู่ตลอดว่าการสูบบุหรี่เป็นความปรารถนาเดียวของพ่อ ฉันสัญญาว่าครั้งหน้าและในอนาคต แล้วกลับบ้าน

– พ่อเสียชีวิตแล้ว ฉันเพิ่งได้รับโทรศัพท์จากโรงพยาบาล – พ่อได้จากไปแล้ว

ฉันรีบตรงไปยังวอร์ด ห้องของเขาว่างเปล่าแล้ว เขาเคยนอนอยู่ที่นั่นคนเดียว และตอนนี้ไม่มีใครอยู่เลย ฉันค่อยๆ เข้าไปในห้องและได้กลิ่นควันบุหรี่ พ่อจากไปแล้ว – แต่ควันยังคงหลงเหลืออยู่

พยาบาลคนหนึ่งกำลังเดินไปมาอย่างกระวนกระวายในทางเดิน เขาเป็นชายชราหัวล้านเกลี้ยงเกลา ในบางแง่มุม เขาดูคล้ายกับฆาตกรจากภาพยนตร์สยองขวัญ เมื่อพ่อของฉันถูกนำตัวเข้าหอผู้ป่วย

ฉันได้รับแจ้งว่าเขาเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์มากและจะดูแลพ่อของฉันเป็นอย่างดี และนั่นคือฉัน ยืนอยู่ตรงหน้าเขา และเรากำลังมองหน้ากัน

– คุณให้เขาสูบบุหรี่หรือเปล่า?

– ฉันไม่สามารถไม่ทำมันได้ เขาขอร้องฉัน เขาบอกว่า 'นี่คือความปรารถนาสุดท้ายของฉัน ฉันมีสิทธิ์ฉันต้องการ และนี่คือการตัดสินใจของฉัน' และฉันก็ให้เขาสูบบุหรี่...

ลาริซา, 'หนังสือที่ไม่ค่อยน่ากลัวเกี่ยวกับชีวิต, ความตายและทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่ระหว่างนั้น

วัตถุประสงค์:

ทัศนคติ	ความรู้	ทักษะ
แนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นพื้นฐานของปรัชญาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	หลักการของแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ข้อดีของแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หลักการสื่อสารทางการแพทย์ในแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	

ข้อความสำคัญ:

แนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางคือ
คPOSIงจADANNIข้าพเจ้า ด้านการดูแลทางการแพทย์
วิธีเขาเขาDPO ให้บุคคล
(ที่) ความต้องการและคุณค่าของผู้ป่วย
กและทั้งว เคารพความปรารถนาของพวกเขา
TAPEREVAG และเมื่อทำการตัดสินใจ
ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของพวกเขาเองและ
การรักษา

สิ่งที่ควรสอน:

- หลักการของแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง: ผู้ป่วยไม่ใช่ทั้งเหยื่อหรือวัตถุ แต่เป็นพันธมิตร
- แนวทางที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเทียบกับแนวทางแบบอำนาจนิยมในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย.
  แบบจำลองทางชีวจิตสังคมเทียบกับแบบจำลองทางชีวการแพทย์.
- องค์ประกอบของแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง: ความเห็นอกเห็นใจ ความเคารพ การมีส่วนร่วม ความสัมพันธ์ การสื่อสาร การตัดสินใจร่วมกัน
  การดูแลแบบองค์รวมและเฉพาะบุคคล
  การประสานงานการดูแล
  ข้อดีของแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง:
  ระดับความไว้วางใจสูง
  ความเข้าใจในความต้องการ
  ความวิตกกังวลลดลง ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น
- หลักการสื่อสารในแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- แผนที่นำทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (ตามแนวทางของ Silverman): เนื้อหา กระบวนการ การรับรู้
- แนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีส่วนช่วยในการบรรลุความครอบคลุมด้านสุขภาพถ้วนหน้าอย่างไร
- กลยุทธ์หลักขององค์การอนามัยโลกในการพัฒน

าระบบสาธารณสุขเพื่อดำเนินการตามแนวท
มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

วิธีการสอน:

เนื่องจากหัวข้อนี้ไม่เกี่ยวข้องกับการฝึกทักษะ
เราขอแนะนำให้สลับระหว่างการบรรยายสั้นๆ
กับตัวอย่างและการอภิปรายแบบมีส่วนร่วม
ตัวอย่างเช่น:

- การประเมินความรู้เบื้องต้น (แบบทดสอบ)
  ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์หรือกระดาษ;
- บรรยายย่อย
- การอภิปรายแบบโต้ตอบ
- แสดงวิดีโอพร้อมคำแนะนำในทั้งสองรูปแบบ

สรุป:

แนวทางการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นวิธีการให้การดูแลทางการแพทย์ที่คำนึงถึงคุณค่า ความปรารถนา และความชอบของผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา

แนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้ถูกนำมาใช้ในศตวรรษที่แล้วเพื่อเป็นแนวทางตรงข้ามกับการปกครองแบบเผด็จการทางการแพทย์
และเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาแบบจำลองชีวจิตสังคม

แนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นปรัชญาและวิธีคิดใหม่ที่ยึดถือการเคารพและเห็นอกเห็นใจผู้ที่ได้รับการดูแลทางการแพทย์
โดยคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพด้วย
แนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมองสุขภาพไม่ใช่เพียงแค่การปราศจากโรคภัย
แต่เป็นชีวิตที่สมบูรณ์ของบุคคล เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

การสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

วัสดุการทำงานพร้อมแนวคิดที่ละเอียดมากขึ้น ตัวอย่างคำถามทดสอบที่เป็นไปได้ และรายการหนังสือที่แนะนำ สามารถพบได้ในส่วนที่สองของคู่มือและผ่านรหัส QR ในส่วนที่เกี่ยวข้องของส่วนที่สองของคู่มือ (หน้า 157)

หัวข้อ 2

ความเห็นอกเห็นใจ

หัวข้อที่ 2. ความเห็นอกเห็นใจ

ความเห็นอกเห็นใจ – การสวมรองเท้าของใครสักคน
รู้สึกในสิ่งที่พวกเขาสัมผัส มองผ่านสายตาของพวกเขา

แดเนียล จี. พิงค์

เราจะนำมนุษยธรรมมาสู่วงการแพทย์ได้อย่างไร? เรื่องราวของนาตาเลีย ผู้ที่ ไม่ไปหาหมอจนกว่าเธอจะ 'ตัวร้อนจัด'

ฉันรู้ว่ามันไม่รับผิดชอบและไม่เป็นผู้ใหญ่เลย แต่ฉันไม่ค่อยไปหาหมอ และไม่สำคัญว่าจะเป็นหมออะไร: หมอฟัน หมอตา หมอสูตินรีเวช หรือหมอประสาทวิทยา จนกว่ามันจะแย่จริงๆ ฉันถึงจะไป ฉันเคยได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ ฉันแค่อยากรู้สึกเหมือนคนปกติ ไม่ใช่ 'เด็กผู้หญิงตัวน้อยในรถเข็น' – นี่คือเรื่องราวของนาตาเลีย เพื่อนร่วมงานของฉัน

เกือบทุกวันฉันต้องรับมือกับความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ค้นหาคำตอบสำหรับคำถามเช่น: เราจะเปลี่ยนทัศนคติของแพทย์ต่อผู้ป่วยได้อย่างไร และในทางกลับกัน? เราจะสอนคนเหล่านี้ให้ฟังซึ่งกันและกันได้อย่างไร? เราจะหยุดวงจรอุบาทว์ของความไม่ไว้วางใจและความสิ้นหวังได้อย่างไร?

เรามักหลีกเลี่ยงการไปพบแพทย์เพราะไม่ต้องการเผชิญกับความอับอายและการขาดความเคารพขั้นพื้นฐาน การถูกดูถูกเหยียดหยาม และการถูกชักจูงในทางที่ไม่เหมาะสม เป็นเพราะผู้คนมักล่าช้าในการขอความช่วยเหลือนี่เองที่ทำให้เราสูญเสียชีวิตไปมากมาย เพราะเมื่อถึงระยะท้ายของโรค แพทย์มักจะมีทางเลือกในการรักษาไม่มากนัก ดังนั้น ฉันเชื่อว่าการมีมนุษยธรรมและความเห็นอกเห็นใจในทางเดินโรงพยาบาลและห้องตรวจ จะช่วยชีวิตผู้คนได้จริง ๆ

ผมตระหนักดีว่าเส้นทางสู่การเป็นหุ้นส่วนระหว่างผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์กับผู้ป่วยนั้นยาวไกล

และยากลำบาก เพราะจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากทั้งสองฝ่าย แต่ผมเชื่อว่าเราสามารถสร้างพื้นที่สำหรับความสัมพันธ์ที่มีที่ว่างสำหรับความต้องการทางอารมณ์ ที่ซึ่งความแตกต่างได้รับการเคารพ และที่ซึ่งผู้คนรับฟังซึ่งกันและกัน

เรื่องราวของ**นาตาเลีย**ไม่ใช่แค่ชีวิตของคนในรถเข็นเท่านั้น แต่เป็นเรื่องราวของพวกเราทุกคน

ก่อนไปพบแพทย์ทุกครั้ง ฉันเตรียมตัวทางจิตใจเสมอ หัวของฉันเต็มไปด้วยความคิดเช่น "ฉันควรพูดอะไรดี?" "ฉันควรเลือกคำพูดอย่างไร?" และ "ฉันพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับแพทย์ที่วุ่นวายในวันนี้หรือไม่?" ในความเป็นจริง ฉันแค่อยากมั่นใจว่าเจ้าหน้าที่ที่คลินิกจะเป็นมิตรกับฉัน และฉันจะได้รับความช่วยเหลือที่ฉันต้องการ และนั่น, พร้อมกับการรักษาทางร่างกาย, ฉันจะไม่ต้องใช้เวลาเป็นเวลานานในการรักษาบาดแผลทางอารมณ์ที่เกิดจากการฟังและประสบการณ์ทุกอย่างที่ฉันได้รับ

การขาดความรอบคอบและความเห็นอกเห็นใจทำร้ายมากกว่าการไม่มีห้องน้ำใช้ ฉันคงจะได้ยินคำปลอบใจจากแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลเกี่ยวกับชีวิตที่ยากลำบากของฉันในฐานะคนพิการ เกี่ยวกับความกล้าหาญของสามีที่ยังไม่จากฉันไป "อะไรนะ? คุณยังขยับขาไม่ได้เลยเหรอ?" พวกเขาเรียกฉันว่า "เด็กผู้หญิงตัวเล็กในรถเข็น" และพูดว่า "โอ้โห คุณจัดการได้อย่างไรกัน?" ฉันอยากไม่ต้องทนฟังความคิดที่ไหลพรั่งพรูออกมาทั้งหมดนี้ ฉันอยากให้ผู้คนเรียกฉันว่า 'บุคคลที่มีความพิการ' แทนที่จะเป็น 'คนพิการ' ฉันอยากให้คนที่ทำงานในโรงพยาบาลสามารถแยกแยะความหยาบคายออกจากความเห็นอกเห็นใจ การตัดสินของพวกเขาออกจากวลีที่สุภาพ และความรอบคอบจากความไม่ใส่ใจได้

lp ฉันแค่อยากรู้สึกเหมือนคนปกติ

ลยูดีโนยู,กน 'เด็กหญิงตัวน้อยในรถเข็น'

การนัดหมายของฉันกับแพทย์ประสาทวิทยา. แพทย์มองฉันเพียงครั้งเดียว. สำหรับเวลาที่เหลือของการปรึกษาหารือ แพทย์ก้มตาลง มองไปทุกที่นอกจากฉัน. เธอพูดกับพยาบาลและสามีของฉัน แต่ไม่พูดกับฉัน. ฉันรู้สึกเหมือนเป็นคนที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาอย่างรุนแรง และเมื่อฉันไปหาหมอคนเดิมเพื่อขอใบรับรองสำหรับ Ukrzaliznytsia เธอก็สามารถเขียนรายงานทางการแพทย์เกี่ยวกับอาการบาดเจ็บและภาวะที่เกี่ยวข้องทั้งหมดลงบนกระดาษ A6 ได้เกือบทั้งหมด ในเวลานั้น ฉันยังไม่ได้ตระหนักหรือยอมรับทุกข้อในรายการด้วยตัวเองเลย ไม่ต้องพูดถึงการแบ่งปันข้อมูลนี้กับทั้งโลกและ Ukrzaliznytsia

ฉันต้องการให้ผู้คนพูดคุยกับฉัน เพราะ ฉัน—รักดีน่า

และคุณหมอก็รู้สึกไม่พอใจเมื่อเราขอให้เธอเขียนใหม่และระบุเพียงว่าฉันไม่สามารถเดินได้และจำเป็นต้องใช้รถเข็นเท่านั้น ฉันต้องการให้รายละเอียดเล็กๆ น้อยๆ เหล่านี้มีความสำคัญ ฉันต้องการให้ผู้คนมองตาฉัน และฉันก็ต้องการให้พวกเขาพูดคุยกับฉันด้วย เพราะฉันก็เป็นมนุษย์คนหนึ่ง

การไปพบสูตินรีแพทย์ โดยปกติแล้วแพทย์จะสอบถามคำถามมาตรฐาน (แต่ไม่ใช่ทั้งหมด!) และจดบันทึกคำตอบของคุณ เมื่อพวกเขาทราบเรื่องลูกชายของฉัน ด้วยเหตุผลบางอย่าง พวกเขามักจะถอนหายใจด้วยความโล่งอกและพูดว่า 'ช่างน่ารักเหลือเกินที่มีเด็กเล็ก' พวกเขาจะแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าคุณไม่ควรคิดเรื่องการมีลูกเลย และจากนั้น ด้วยความโล่งอกที่เห็นได้ชัดและแสดงออกอย่างชัดเจน พวกเขาจะกล่าวลาโดยไม่แม้แต่จะมองฉันเลย ไม่มีที่ให้ตรวจฉันเลย ท้ายที่สุดแล้ว ก็ไม่มีอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง เราเรียกสามีของฉันเข้ามา เขาช่วยยกฉันขึ้นไปบนเก้าอี้ทีแสนจะน่าสังเวช เพราะไม่มีทางเลือกอื่น ฉันอยากให้มันสบายสำหรับฉันและสำหรับหมอ เพื่อที่เราจะได้ไม่ต้องขอความช่วยเหลือจากใคร

การแยกแยะความหยาบคายออกจากความเห็นอกเห็นใจ

กลยุทธ์กับความหยาบคาย

เนื่องจากข้อกำหนดทางระบบราชการ ฉันต้องใช้เวลาหลายสัปดาห์ในโรงพยาบาลเป็นประจำ ในช่วงเวลานี้ ฉันพักอยู่ในโรงพยาบาลกับสามีของฉัน นี่เป็นเพราะถึงแม้จะมีทางลาดที่ไม่เป็นมาตรฐานที่ทางเข้าและประตูที่กว้างและไม่มีธรณีประตูไป ยังหอผู้ป่วย ฉันก็ไม่สามารถไปทุกที่ได้ด้วยตัวเอง แต่การเข้าถึงไม่ใช่ปัญหาที่ใหญ่ที่สุด

ฉันเคยร้องไห้ แล้วก็โกรธและตอบโต้กลับ; ตอนนี้มันทำให้ฉันขำหรือรำคาญ แต่ฉันรู้แน่ว่าฉันสมควรได้รับความเคารพและศักดิ์ศรีมากกว่านี้ ฉันสมควรได้รับการปฏิบัติเหมือนมนุษย์คนหนึ่งและได้รับความเห็นใจบ้าง เพราะฉันคือมนุษย์คนหนึ่ง

ดังนั้น อะไรคือสิ่งที่ต้องเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ Natalia และพวกเราทุกคนไม่ประสบกับประสบการณ์เชิงลบหรือบาดแผลทางจิตใจภายในกำแพงโรงพยาบาล และในการปฏิสัมพันธ์เฉพาะเจาะจงกับแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ?

ประการแรก จงจำไว้ว่ามนุษย์มีคุณค่ามากกว่าการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยมีคุณค่ามากกว่าร่างกายของพวกเขา แพทย์มีคุณค่ามากกว่าอาชีพของพวกเขา

ประการที่สอง
เราต้องส่งเสริมและนำแนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางมาใช้ในระบบสาธารณสุขของ

ยูเครน แหล่งข้อมูลต่าง ๆ ใช้คำศัพท์ที่หลากหลายเพื่ออธิบายแนวทางนี้ เช่น มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หรือมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแบบองค์รวม (patient-oriented) หรือแบบองค์รวมทางชีวจิตสังคม (biopsychosocial model) หรือแนวทางที่เน้นความสัมพันธ์เป็นศูนย์กลาง

แต่ไม่ว่าชื่อจะอะไรก็ตาม แก่นแท้ยังคงเหมือนเดิม — มนุษยธรรม, ประสบการณ์ที่แบ่งปัน, ความเห็นอกเห็นใจ และความเมตตา — นี่คือรากฐานของการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

ด้วยความแตกต่างหลากหลายที่สะท้อนถึงความหลากหลายของบุคลิกภาพ อารมณ์ และความรู้สึกของมนุษย์ สิ่งเหล่านี้จำเป็นต้องมีอยู่ในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

สิ่งนี้เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่เพียงแต่ในหมู่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทุกคนเท่านั้น
ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น
และแพทย์จะต้องแบ่งปันความรับผิดชอบนั้นกับผู้ป่วย
ทั้งสองฝ่ายจำเป็นต้องรับฟังกันมากขึ้นและแสดงความเคารพซึ่งกันและกันมากขึ้น
และที่สำคัญที่สุด — ต้องพัฒนาทักษะการสื่อสารของพวกเขา

ความเชื่อของฉันมีรากฐานอยู่บนการเปลี่ยนแปลงที่แท้จริง ในปี 2021
สถาบันการศึกษาทางการแพทย์สองแห่งในเมืองเชอร์นิฟซีและริฟเน
ได้เปิดสอนหลักสูตรการสอนชื่อว่า 'มนุษยธรรมและความเห็นอกเห็นใจในระบบการแพทย์'
สำหรับแพทย์และพยาบาลในอนาคต
สิ่งนี้กลายเป็นความจริงได้ด้วยความร่วมมือของอาจารย์หญิง 15
คนจากสถาบันอุดมศึกษาทางการแพทย์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการยูเครน-สวิตเซอร์แลนด์
'การพัฒนาการศึกษาทางการแพทย์'

หลักสูตรนี้เป็นการลงทุนของเราในความเป็นจริงใหม่ ที่ผู้ป่วยและแพทย์เป็นหุ้นส่วนกัน
พวกเขาไม่เสียพลังงานไปกับการต่อสู้กัน แต่ร่วมมือกันเพื่อต่อสู้กับโรคภัย รักษาชีวิต
และส่งเสริมสุขภาพ

บ่อยครั้งเมื่อการสนทนาเกี่ยวกับยาเปลี่ยนไปสู่หัวข้อของความเป็นมนุษย์
ข้อโต้แย้งเกี่ยวกับการหมดไฟในวิชาชีพจะเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้
การสนทนาเหล่านี้มักจะจบลงด้วยวงจรอุบาทว์:
ผู้ป่วยต้องการความสนใจและความเห็นอกเห็นใจ
ซึ่งต้องใช้พลังงานอย่างมากจากบุคลากรทางการแพทย์—พลังงานที่หมดไปอย่างรวดเร็ว
ความเห็นอกเห็นใจทำให้แพทย์เหนื่อยล้า ดังนั้นพวกเขาจึงหลีกเลี่ยงการปฏิบัติมัน

เราได้ทำการศึกษาความเห็นอกเห็นใจและความสัมพันธ์ของมันกับการหมดไฟ
และตรวจสอบว่าสิ่งหนึ่งทำให้เกิดอีกสิ่งหนึ่งจริงหรือไม่
เราสามารถกล่าวได้อย่างมั่นใจหรือไม่ว่านักประสาทวิทยาและสูตินรีแพทย์ในเรื่องราวของนาตาเลียมีพฤติกรรมเช่นนี้เพราะการหมดไฟโดยเฉพาะ?

การศึกษาหลายชิ้นที่ใช้ภาษาอังกฤษแสดงให้เห็นว่าไม่มีความเชื่อมโยงเชิงสาเหตุเชิงลบระหว่างความเห็นอกเห็นใจกับการหมดไฟ หรือยังไม่มีการพิสูจน์ว่ามีความเชื่อมโยงดังกล่าว การศึกษาที่ดำเนินการในหมู่แพทย์และพยาบาลชาวสเปนแสดงให้เห็นว่าระดับความเห็นอกเห็นใจที่สูงมีความสัมพันธ์กับระดับความเหนื่อยล้าจากการทำงานที่ต่ำ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ บุคลากรที่มีความเห็นอกเห็นใจมากกว่าจะประสบกับความเหนื่อยล้าจากการทำงานน้อยกว่า ไม่ใช่มากกว่าตามที่เชื่อกันโดยทั่วไป
นักวิจัยเห็นพ้องกันว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเห็นอกเห็นใจมากกว่า

มีภาวะหมดไฟในการทำงานน้อยกว่า
และว่าการฝึกอบรมด้านความเห็นอกเห็นใจและการสื่อสารไม่ได้มีส่วนทำให้เกิดภาวะหมดไฟใน
การทำงานในวิชาชีพ ตรงกันข้าม มันเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะหมดไฟ

ดังนั้นเราจึงตัดสินใจที่จะทำความเข้าใจว่าความเห็นอกเห็นใจสามารถป้องกันภาวะหมดไฟได้อย่างไร
แทนที่จะเป็นสาเหตุของมัน ขอบเขตของความเห็นอกเห็นใจที่ดีต่อสุขภาพอยู่ที่ไหน?
เราจะสนับสนุนแพทย์ในการรักษาขอบเขตเหล่านี้ได้อย่างไร?

มีคำนิยามและการตีความมากมายเกี่ยวกับความเห็นอกเห็นใจ
แต่เราเห็นพ้องกันว่ามันมีประโยชน์ที่จะแยกแยะระหว่างความเห็นใจ ความเห็นอกเห็นใจ
และความเมตตากรุณา เพราะในมุมมองของเรา
ความเห็นอกเห็นใจคือสิ่งที่ช่วยให้เราประสบกับความเหนื่อยล้าทางอารมณ์น้อยลง
ในขณะเดียวกันก็ช่วยให้เราสร้างความสัมพันธ์ระยะยาวได้

Rosreznitispivchutia, ความเห็นอกเห็นใจและการมีประสบการณ์ร่วมกน

เมื่อเราเห็นอกเห็นใจ เราได้จมดิ่งทางอารมณ์เข้าไปในสถานการณ์นั้น ในแง่หนึ่ง
เราได้สัมผัสประสบการณ์นั้นไปพร้อมกับผู้ป่วย

เมื่อเราเห็นอกเห็นใจ เราไม่เพียงแต่จมอยู่ในอารมณ์เท่านั้น
แต่ยังพยายามช่วยเหลือ/ช่วยเหลือ/กระทำตามอารมณ์ที่รุนแรงของเราด้วย
เราทำตามความรู้สึกที่รุนแรงของเราและเปลี่ยนมันให้เป็นการกระทำ

เมื่อเราเห็นอกเห็นใจ
เราสามารถรู้สึกถึงสถานการณ์นั้นได้อย่างละเอียดอ่อนและเข้าใจสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่
เราแสดงออกถึงความเข้าใจนี้ ไม่ว่าจะด้วยคำพูดหรือการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด โดยส่งสารว่า:
'ฉันเข้าใจสิ่งที่คุณกำลังเผชิญอยู่ ฉันเคารพในความเปราะบางของคุณ
ฉันจะคำนึงถึงสิ่งนี้ในการกระทำของฉัน คุณปลอดภัยเมื่ออยู่กับฉัน'

ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

แพทย์มักถามเราว่าความเห็นอกเห็นใจนั้นจำเป็นจริงหรือไม่ โดยเฉพาะเมื่อหน้าที่หลักของแพทย์คือการดำเนินการทางเทคนิคขั้นสูง ตัวอย่างเช่น ศัลยแพทย์จำเป็นต้องมีความเห็นอกเห็นใจหรือไม่? ในระหว่างการเตรียมคู่มือ

เราพบการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าแม้แต่ศัลยแพทย์ก็ต้องการความเห็นอกเห็นใจและความสามารถทางอารมณ์อื่นๆ การสื่อสารที่ล้มเหลวเป็นสาเหตุที่ทราบกันดีของข้อผิดพลาดในการผ่าตัด ความสามารถทางอารมณ์สามารถลดอุปสรรคในการสื่อสารในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย
การเข้าใจและให้ความสนใจต่อสภาพอารมณ์ของทั้งแพทย์และผู้ป่วยสามารถช่วยปรับปรุงคุณภาพของการตรวจร่างกายทั้งเชิงวัตถุประสงค์และเชิงอัตวิสัยได้
ความสามารถของศัลยแพทย์ในการเข้าใจสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยช่วยให้สามารถปรับการรักษาและกลยุทธ์การให้คำปรึกษาให้เหมาะสมได้ ซึ่งนำไปสู่ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่สูงขึ้น

อารมณ์ (แม้กระทั่งในหมู่นักผ่าตัด! ไม่ต้องพูดถึงแพทย์และพยาบาลอื่น ๆ ที่มีการติดต่อโดยตรงกับผู้ป่วยมากกว่า)
มีบทบาทสำคัญในการตอบสนองต่อความเครียดและการหมดไฟ
การพัฒนาความสามารถทางอารมณ์ช่วยลดผลกระทบเชิงลบจากความเครียดและการหมดไฟ
ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าเป็นสาเหตุทั่วไปของการเสื่อมถอยของสุขภาพจิต
ความผิดพลาดทางการแพทย์ และการ 'ลดคุณค่าความเป็นมนุษย์'
ของผู้ป่วยที่ดูเหมือนจะเป็นการปกป้องแต่แท้จริงแล้วเป็นการทำลาย
ระดับความฉลาดทางอารมณ์ที่สูงช่วยให้แพทย์เข้าใจอารมณ์ของตนเอง (การเห็นอกเห็นใจตนเอง)
และแหล่งที่มาของความเครียดรอบตัวได้ดีขึ้น
ซึ่งช่วยให้พวกเขาจัดการกับความเครียดและระบุภาวะหมดไฟได้ในระยะเริ่มต้น
การเข้าใจอารมณ์ (ทั้งของตนเองและผู้อื่น)
ช่วยให้แพทย์สามารถตอบสนองต่อความท้าทายภายนอกได้ดีขึ้น
และดูแลตนเองและผู้อื่นด้วยความเอาใจใส่มากขึ้น

ความเข้าใจอย่างเห็นอกเห็นใจส่งผลต่อการเลือกใช้คำและน้ำเสียงในการสื่อสาร
และการสื่อสารย่อมมีผลต่อระดับความไว้วางใจเสมอ การสื่อสารที่ดีสร้างความไว้วางใจ
การสื่อสารที่ไม่ดีทำลายความไว้วางใจ นักเขียนหลายคนเห็นพ้องต้องกันว่า
ความเข้าใจเป็นเพียงส่วนหนึ่งของปริศนาเท่านั้น;
การแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจนี้ต่อผู้ป่วยก็มีความสำคัญเช่นกัน
เพื่อให้พวกเขารู้สึกว่าได้รับการฟังและเห็น –
สิ่งนี้ยังช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นและไว้วางใจมากขึ้น ซึ่งย่อมสะท้อนให้เห็นในผลลัพธ์ทางคลินิก

ในทางกลับกัน
เราสามารถประหยัดพลังงานและหลีกเลี่ยงการกระทำที่เกินพอดีในการพยายามช่วยเหลือโลกอย่างต่

อเนือง เพราะอย่างที่เรารู้กัน หากเราพยายามช่วยเหลือโลกโดยไม่ดูแลตัวเอง ความเหนือยล้าจะเกิดขึ้นในไม่ช้า ดังนั้น ความเห็นอกเห็นใจจึงเป็นสะพานที่ค่อนข้างปลอดภัยสำหรับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยให้การสนับสนุนและสร้างความมั่นคง
และปกป้องเราไม่ให้ถูกพัดพาไปตามกระแสของอารมณ์มนุษย์

วัตถุประสงค์:

ทัศนคติ	ความรู้	ทักษะ
แนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นพื้นฐานของปรัชญาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	แนวคิด: ความเห็นอกเห็นใจ, ประสบการณ์ร่วม, ความเมตตา.	การตระหนักรู้ถึงประสบการณ์และความรู้สึกของตนเอง การพัฒนาทักษะการสังเกตทางจิตวิทยา พัฒนาทักษะ การอ่านสัญญาณที่ไม่ใช่คำพูด พัฒนาความสามารถในการแสดงออกอย่างเข้าอกเข้าใจผู้อื่น พัฒนาความสามารถในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

ข้อความสำคัญ:

ความเห็นอกเห็นใจช่วยสร้างความไว้วางใจ
ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย
IPA ผู้ป่วย, ป้องกันการเกิด
CONFLIKTI และเพื่อส่งเสริมพวกเขา
ใช้สูงชัน, การสัมภาษณ์ที่เหมาะสม และ
VIG การไถ่บาป. มันจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา
ผ่านการลงมือทำด้วยตนเอง
สมรรถนะทางอารมณ์

สอนอะไรดี?

- ความแตกต่างระหว่างความเห็นอกเห็นใจ ความเห็นใจ และความเมตตากรุณา
- โปรโตคอล NURSE
- ความฉลาดทางอารมณ์และความเชื่อมโยงกับความเห็นอกเห็นใจ
- วิธีพัฒนาความสามารถทางอารมณ์ เครื่องมือสำหรับการควบคุมตนเอง
- แบบทดสอบความฉลาดทางอารมณ์

ควรสอนอย่างไร?

เราแนะนำให้สลับระหว่างการบรรยายสั้น ๆ กับตัวอย่างและการอภิปรายแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กรณีศึกษาและการฝึกฝนการตอบสนองอย่างเห็นอกเห็นใจ

สรุป:

ความเห็นอกเห็นใจช่วยให้คุณสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นและทำงานร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ความเห็นอกเห็นใจช่วยป้องกันการหมดไฟและช่วยให้คุณรับมือกับความเครียดได้ดีขึ้น

การพัฒนาความเห็นอกเห็นใจต่อผู้อื่นควบคู่ไปกับความเห็นอกเห็นใจต่อตนเองเป็นสิ่งสำคัญ

การพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิสัมพันธ์ในระดับต่างๆ และประหยัดทรัพยากรได้มาก

การพัฒนาความสามารถทางอารมณ์คุ้มค่าที่จะคิดค้นหลักสูตรแยกต่างหากและผสานการทำงานเกี่ยวกับความสามารถเหล่านี้เข้ากับหลักสูตรของสาขาต่าง ๆ

วัสดุการทำงานพร้อมแนวคิดที่ละเอียดมากขึ้น ตัวอย่างของงานทดสอบที่เป็นไปได้
และรายการหนังสือที่แนะนำสามารถพบได้ในส่วนที่สองของคู่มือ
และผ่านรหัส QR ในส่วนที่เกี่ยวข้องของส่วนที่สองของคู่มือ (หน้า 190)

หัวข้อ 3

ความไว้วางใจในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับการปรึกษาหารือในฐานะพื้นที่สำหรับการก่อสร้างความร่วมมือ

หัวข้อที่ 3

ความไว้วางใจในความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การปรึกษาหารือเป็นพื้นที่สำหรับการสร้างความร่วมมือ

หากไม่มีการสื่อสารที่ดี การดูแลทางการแพทย์จะมีประสิทธิภาพต่ำที่สุด

และอาจเป็นอันตรายได้หากแย่ที่สุด

แอนโทนี แอล. แซคแมน
ศาสตราจารย์แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยโรเชสเตอร์ สหรัฐอเมริกา

เรื่องราวของอีวานนาและศัลยแพทย์ระบบประสาทผู้มีความเห็นอกเห็นใจ

แพทย์ระบบประสาทแนะนำให้สามีของฉันไปพบศัลยแพทย์ระบบประสาท จนถึงตอนนั้น เราไม่เคยมีประสบการณ์กับศัลยแพทย์ระบบประสาทมาก่อนเลย ฉันจึงถามว่าคุณหมอพอจะแนะนำใครในเพื่อนร่วมงานได้บ้าง

– คุณสามารถพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาทที่โรงพยาบาลของเราได้ ฉันได้ยินจากเพื่อนร่วมงานว่าเขาเป็น 'ศัลยแพทย์ที่คิดก่อนทำ' – เขาไม่เพียงแค่ผ่าตัดโดยไม่คิดอะไร และดูเหมือนว่ามีรีวิวที่ดีเกี่ยวกับคุณหมอโรมัน เอช. แต่ฉันไม่ทราบว่าเขาทำงานที่ไหนในตอนนี้

สามีของฉันและฉันได้ตัดสินใจที่จะปรึกษาทั้งสองคน หากคำแนะนำของพวกเขาตรงกัน

เราจะทำการผ่าตัดกับคนที่เราทั้งสองรู้สึกว่าสบายใจมากกว่าตามที่พวกเขากล่าวไว้
หากความเห็นของแพทย์แตกต่างกัน เราจะไปพบแพทย์คนที่สาม

ฉันจะไม่บรรยายถึงการนัดหมายกับศัลยแพทย์ระบบประสาท
ซึงทำงานในโรงพยาบาลเดียวกับแพทย์ระบบประสาท
เพราะเรืองราวของฉันเกียวกับความเป็นมนุษย์ ซึงไม่เกียวข้องกับแพทย์คนนันแต่อย่างใด

เช้าวันรุ่งขึน เรารีบไปโรงพยาบาล เรารอคิวและเข้าไปข้างใน

เราเล่าเรืองราวของเรา ดร.โรมันตรวจร่างกายผู้ป่วย
ให้ความเห็นและอธิบายข้อดีข้อเสียทังหมดของการผ่าตัด
เขาตอบคำถามของฉันทุกข้อด้วยความสงบอย่างเต็มที
และปล่อยให้เราตัดสินใจว่าจะดำเนินการผ่าตัดหรือไม่ มีความเคารพ ความเป็นมนุษย์
และความสงบในคำพูดของแพทย์มากจนทำให้เราใช้เวลาเพียงครึงวันในการตัดสินใจ

ฉันหวังว่าแพทย์จะตระหนักว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอย่างแท้จริง
พวกเขาและคนทีพวกเขารักกังวล นันคือเหตุผลทีพวกเขาถามคำถามติดตามผลห้าสิบข้อ
สำหรับแพทย์ นีอาจเป็นกิจวัตรประจำวัน แต่สำหรับผู้ป่วย นันคือความกลัวและความไม่แน่นอน
นันคือเหตุผลทีแพทย์ทีมีสติและเมตตาจึงมีความอดทน ความรู้
และความเคารพต่อผู้ป่วยในการอธิบายทุกสิงอย่างละเอียด

ระหว่างทางไปยังห้องผ่าตัด ดร.โรมันตัดสินใจทำให้ฉันรู้สึกดีขึน:

ฉันเข้าใจว่าคุณเป็นกังวล เพราะฉันเห็นว่าคุณมีสามีทีดี แต่ทุกอย่างจะดีขึน
เมือเขาฟืนจากยาชาแล้ว ฉันจะโทรหาคุณทันที

การผ่าตัดและการฟืนฟูเป็นไปด้วยดี และในวันทีออกจากโรงพยาบาล
เราได้ไปพบแพทย์เพือขอบคุณท่านสำหรับความกรุณาและความเป็นมืออาชีพของท่าน

ฉันพูดด้วยน้ำตาคลอเบ้า และคุณหมอก็รับฟัง เขาเองก็มีน้ำตาคลอเบ้าเช่นกัน

อิวานนา, ภรรยาของผู้ป่วย (ชือถูกเปลียน)

ความไว้วางใจเป็นสิ่งทียากจะจับต้องได้ คุณไม่สามารถสัมผัสได้ แต่ในขณะเดียวกัน
มันก็เป็นสิ่งที่ชัดเจนมาก: คุณมีมัน หรือคุณไม่มีมัน
มันยากที่จะให้คำจำกัดความหรือระบุขั้นตอนในการบรรลุถึงมัน
แต่เราสามารถบอกได้เสมอว่าเรามีมันหรือไม่
เช่นเดียวกับที่อีวานนาและสามีของเธอรู้แน่ชัดว่าจะไปหาหมอคนไหน เพราะความไว้วางใจ –
และวิธีที่มันแผ่ความอบอุ่นภายในและเปิดหัวใจ – เป็นแนวทางที่เชื่อถือได้

ความไว้วางใจในความสัมพันธ์ช่วยประหยัดเวลาและพลังงาน;
มันนำมาซึ่งความสวยงามและความมั่นคงอย่างมาก. เมื่อมันขาดหายไป
เราเสียทรัพยากรมากมายไปกับกฎระเบียบและขั้นตอน, กับพิธีการและเอกสาร,
ในความพยายามที่จะปกป้องตัวเอง. ในบริบททางการแพทย์
ความไว้วางใจมีความสำคัญต่อทั้งสองฝ่าย – ทั้งแพทย์และผู้ป่วย หากไม่มีความไว้วางใจ
การช่วยเหลือแทบจะเป็นไปไม่ได้ และการฟื้นตัวก็ยากเช่นกัน

หากไม่มีความไว้วางใจ
การช่วยเหลือก็แทบจะเป็นไปไม่ได้เลย และการฟื้นตัวก็ไม่ใช่

ในการค้นหาคำตอบสำหรับคำถามว่าความไว้วางใจของผู้คนที่มีต่อแพทย์มาจากที่ใด
เราตระหนักว่าผู้คนต่างมีมุมมองที่แตกต่างกัน
บางคนเข้าหาแพทย์ด้วยความไว้วางใจในระดับหนึ่ง
ซึ่งแพทย์สามารถนำไปใช้เพื่อสร้างความไว้วางใจเพิ่มเติมและทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ภักดี
หรืออาจสูญเสียความไว้วางใจนั้นไป การสูญเสียความไว้วางใจนั้น
แน่นอนว่าง่ายและรวดเร็วกว่าการสร้างความไว้วางใจขึ้นมาใหม่
ความไว้วางใจเช่นนี้มักมีพื้นฐานมาจากคำแนะนำของเพื่อนหรือครอบครัว
จากความเชื่อมั่นในสถาบันทางการแพทย์ หรือจากชื่อเสียงและคุณวุฒิของแพทย์

อย่างไรก็ตาม บางคนมาหาหมอด้วยความไว้วางใจเกือบไม่มีเลย
และมีประวัติประสบการณ์เชิงลบ และในกรณีเช่นนี้
ความไว้วางใจต้องถูกสร้างขึ้นและได้รับมาเพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันต่อไปได้ ในกรณีเช่นนี้
การติดต่อครั้งแรกมีความสำคัญเป็นพิเศษ – ท้ายที่สุดแล้ว
คุณไม่สามารถสร้างความประทับใจแรกที่ดีได้สองครั้ง

ความเคารพและความเข้าใจซึ่งกันและกัน
รวมถึงความสามารถในการหาแนวทางที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล
มีอิทธิพลอย่างมากต่อระดับความไว้วางใจของผู้ป่วย
เนื่องจากบริบทที่ซับซ้อนในยุคปัจจุบันและระดับความไว้วางใจที่ต่ำในระบบสาธารณสุขโดยทั่วไป
แพทย์มักพบผู้ป่วยที่มี "ประวัติการรักษาที่ยาวนานและซับซ้อน" – ผู้ที่สูญเสียความหวัง
หรือผู้ที่เคยผิดหวังหรือถูกหลอกโดยแพทย์คนอื่น
การสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วยที่มีความสงสัยเช่นนี้ต้องใช้ความพยายามมากยิ่งขึ้น

แล้วเราจะสร้างความไว้วางใจได้อย่างไร?
มีปัจจัยหลักสี่ประการที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความไว้วางใจ:

- **ความสามารถในการคาดการณ์**
  เมื่อพฤติกรรมของแพทย์กลายเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์และเข้าใจได้
  ผู้ป่วยจะรู้สึกไว้วางใจมากขึ้น

- **เวลาและความถี่** ความไว้วางใจมักไม่เกิดขึ้นในทันที
  หากแพทย์มีพฤติกรรมที่ชัดเจนและคาดเดาได้สำหรับผู้ป่วยเป็นระยะเวลาหนึ่งและในสถานการณ์ที่หลากหลาย ระดับความไว้วางใจจะเพิ่มขึ้นตามกาลเวลา
  การสร้างความไว้วางใจต้องใช้เวลา แต่สามารถสูญเสียได้ในพริบตา

- **ข้อมูล** ข้อมูลที่ให้ได้ทำให้ความเป็นจริงเข้าใจได้และคาดการณ์ได้มากขึ้น –
  ยิ่งแพทย์สามารถสื่อสารข้อมูลกับผู้ป่วยได้ดีขึ้น
  และปรับข้อมูลให้เหมาะกับความต้องการของแต่ละบุคคลได้มากเพียงใด
  ผู้ป่วยก็จะมีความไว้วางใจในตัวแพทย์มากขึ้นเท่านั้น
  ผู้ป่วยมักจะสงสัยแพทย์ที่ไม่แบ่งปันข้อมูล

- **การสื่อสาร**.
  การสื่อสารอาจถือได้ว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดเพียงอย่างเดียวในการสร้างความไว้วางใจในความสัมพันธ์.
  ทั้งนี้ก็เพราะการสื่อสารคือสิ่งที่เราใช้เพื่อตรวจสอบว่าคำพูดสอดคล้องกับการกระทำ.
  การสอดคล้องนี้เองที่ทำให้เราสามารถคาดการณ์ได้สำหรับผู้ป่วย.
  นั่นคือเหตุผลที่เราได้ให้ความสนใจอย่างมากในส่วนนี้ของคู่มือเพื่อสื่อสารกับผู้ป่วยในระหว่างการปรึกษา.

ดังนั้น ในส่วนนี้
เราจะแยกย่อยกระบวนการสร้างความไว้วางใจให้กลายเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในระหว่างการให้คำปรึกษา

วัตถุประสงค์:

ทัศนคติ	ความรู้	ทักษะ

แนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นพื้นฐานของปรัชญาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วิธีสร้างความไว้วางใจในความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	บรรลุความเข้าใจและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
	การปรึกษาหารือเป็นพื้นที่สำหรับการสร้างความสัมพันธ์	การสร้างหุ้นส่วน
		คำถามปลายเปิด
		การสื่อสารทั้งทางวาจาและทางอวัจนภาษา
		สำรวจอารมณ์ของผู้ป่วย
		ความเห็นอกเห็นใจ

ข้อความสำคัญ:

วิธีเดียวในการสร้างความไว้วางใจ
ในการมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือ
เข้าใจได้และคาดการณ์ได้
ทักษะการสื่อสาร – รากฐาน
ทักษะทางคลินิก, ที่สำคัญที่สุด
องค์ประกอบของความสามารถของแพทย์

สิ่งที่ควรสอน:

- แบบการให้คำปรึกษาแบบดั้งเดิมกับแบบที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- การสื่อสารที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง: หลักการสำคัญ
- โครงสร้างของการปรึกษาทางคลินิกตามแบบจำลอง Calgary-Cambridge
- การสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูดระหว่างการปรึกษา
- ไตรภาค ICE (ความคิด, ความกังวล, ความคาดหวัง) สำหรับการเข้าใจปฏิกิริยาทางอารมณ์
- อัลกอริทึม N.U.R.S.E. สำหรับการสื่อสารอย่างเห็นอกเห็นใจ (ชื่อ, เข้าใจ, เคารพ, สนับสนุน, สำรวจ)

วิธีการสอน:

เราคาดหวังให้เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติที่มีปฏิสัมพันธ์และใช้งานได้จริง
โดยจัดโครงสร้างตามหลักการดังต่อไปนี้:

- จากรายละเอียดสู่ภาพรวม: แผนที่อารมณ์, ภาษาที่เข้าอกเข้าใจ – ส่วนต่างๆ ของการให้คำปรึกษา – การให้คำปรึกษาโดยรวม;
- จากง่ายไปยาก: ผู้ป่วยที่มีทัศนคติเชิงบวก พร้อมให้ความร่วมมือ – การทำงานกับผู้ป่วยที่มีทัศนคติเชิงลบ

ดังนั้น เราขอแนะนำให้คุณใช้รูปแบบต่อไปนี้ในการโต้ตอบกับผู้ฟัง:

- การประเมินความรู้เบื้องต้น (แบบทดสอบ) ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์หรือกระดาษ;
- บรรยายสั้น
- การซักถามด้วยวาจา/ช่วงถามตอบแบบโต้ตอบ/การสาธิตผ่านวิดีโอ
- การวิเคราะห์กรณีศึกษาจริงและ/หรือการอภิปรายกรณีเหล่านี้ในกลุ่มย่อย
- สถานการณ์จำลองที่มีผู้ป่วยจำลอง พร้อมการบันทึกวิดีโอและการสรุปผล
- การทดสอบครั้งสุดท้ายเพื่อประเมินความรู้ทางทฤษฎี

สรุป:

ความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์เป็นความรับผิดชอบร่วมกัน (ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย)

แนวทางการดูแลสุขภาพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจและความร่วมมือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์

แบบจำลอง Calgary-Cambridge
มีพื้นฐานมาจากโครงสร้างที่ชัดเจนสำหรับการปรึกษาทางการแพทย์และหลักฐานที่สนับสนุนจากการวิจัย

เมื่อสื่อสารกับผู้ป่วย
แพทย์ควรพึงพาทักษะการสื่อสารที่ได้รับการยืนยันประสิทธิภาพจากการศึกษาวิจัยจำนวนมาก
ไม่ควรพึงพาประสบการณ์และความรู้สึกของตนเองเพียงอย่างเดียว
เนื่องจากอาจนำไปสู่ข้อผิดพลาดมากมาย

การใช้แบบจำลองการปรึกษาทางการแพทย์แบบมุ่งเน้นผู้ป่วยของ Calgary-Cambridge ช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิก และการปฏิบัติตามการรักษาของผู้ป่วย
มีคุณค่าทางเศรษฐกิจ และลดจำนวนการร้องเรียนและการฟ้องร้องทางกฎหมาย

เอกสารประกอบการปฏิบัติงานที่มีแนวคิดโดยละเอียด ตัวอย่างคำถามทดสอบที่เป็นไปได้ และรายการหนังสือแนะนำ สามารถพบได้ในส่วนที่สองของคู่มือฉบับนี้ และผ่านรหัส QR ในส่วนที่เกี่ยวข้องของส่วนที่สองของคู่มือ (หน้า 212)

หัวข้อ 4

ผู้ป่วย และมืออาชีพ ขอบเขตในความสัมพันธ์ ของผู้ป่วย

หัวข้อที 4. อำนาจผู้ปวยและความเป็นอิสระของผู้ปวย. ขอบเขตทางวิชาชีพ

เพือที่จะมีชีวิตและเอาชนะความท้าทายใหม่ๆ ฉันจำเป็นต้องกลายเป็นผู้นำ
ผู้นำที่ฉันไม่เคยเป็นมาก่อน ใช่ ฉันอาจต้องการความช่วยเหลือกับงานประจำวันหาก
ฉันจะรู้สึกแย่มาก แต่คุณไม่ควรตัดสินใจแทนฉัน...
และฉันต้องการการสนับสนุนในการเดินทางสู่การเป็นผู้นำครั้งนี:
ในการเข้าใจตัวเองและโลกใบนี้ ในการตัดสินใจเรืองยากๆ
และในการจัดระเบียบชีวิตของตัวเองใหม่ ไม่ว่ามันจะอยู่ในรูปแบบใดหรือจะสิ้นสุดเมือไหร่
สิงสำคัญสำหรับฉันคือการตัดสินใจด้วยตัวเองว่าจะเดินบนเส้นทางนีอย่างไร

ซูซ เมฟเฟิร์ต
เรืองจาก 'หนังสือทีไม่ค่อยน่ากลัวเกียวกับชีวิต'
ความตายและทุกสิงทุกอย่างทีอยู่ระหว่างนัน

เรืองราวเกียวกับแม่ของมาเรียและความลำบากใจในการรักษา

เมือปีทีแล้ว แม่ของฉันได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง มะเร็งระยะทีสี่ ปอด มีการแพร่กระจาย ไม่มีหวัง ไม่มีโอกาส เธอมีเวลาเหลืออยู่เพียงไม่กีเดือนเท่านัน

มันเป็นเรืองยากมากทีจะรับข่าวเช่นนีได้ สำหรับทังเธอและฉัน มันเป็นเพียงภายหลังทีฉันได้ตระหนักว่าแพทย์ได้พูดถึง 'การรักษา' ด้วยความรู้สึกเห็นใจอย่างแท้จริง เพราะการรักษาคือการมุ่งหวังให้หายปวย แต่ในสถานการณ์ของเรา การกระทำใด ๆ ก็ตามจะเข้าข่าย 'การดูแลแบบประคับประคอง' มากกว่า

มะเร็งเป็นโรคเฉพาะบุคคล ไม่มีวิธีการรักษาทีพิสูจน์แล้วว่าได้ผลกับทุกคน การรักษาจะถูกเลือกตามตัวชีวัดเฉพาะหลายร้อยรายการ

วันหนึง ในช่วงแรกของการต่อสู้ของเรา

เมื่อฉันพาแม่ไปรับการรักษาอันแสนทรมานอีกครั้ง—และมันไม่ใช่ครั้งแรกแน่นอน—แม่พูดว่า: 'มาชา ฉันรู้สึกเหมือนเป็นแค่ชิ้นเนื้อเท่านั้น' แล้วเธอก็พูดถึงคุณภาพชีวิต ว่ามันสำคัญแค่ไหนที่จะไม่สูญเสียสติ แม้จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย และถ้าเธอต้องเลือกระหว่างหนึ่งวันที่มีชีวิตอย่างเต็มที่กับหนึ่งสัปดาห์ที่อยู่ในภาวะครึ่งหลับครึ่งตื่น เธอจะเลือกหนึ่งวันนั้น

นี่ไม่ได้หมายความว่าเราควรหยุดต่อสู้ เช่นเคย
มันเป็นเรื่องของรายละเอียดปลีกย่อยและเฉดสีเทา เป็นเรื่องของความสมดุล
อย่าบังคับให้ผู้ป่วยทำบางสิ่งเพียงเพราะคนอื่นกังวล
อย่าให้พวกเขาผ่านกระบวนการที่เจ็บปวดไม่รู้จบซึ่งแทบไม่มีประสิทธิภาพเลย
เพียงเพื่อบรรเทาความรู้สึกผิดของคุณเอง - ดูสิ ฉันกำลังทำทุกอย่างที่ทำได้แล้ว
ถามพวกเขาว่าพวกเขาต้องการอะไร ในสถานการณ์เช่นนี้
ความคิดเห็นของคุณเป็นเรื่องรอง คุณสามารถโน้มน้าว ขอร้อง หรือชักจูงได้
แต่ห้ามปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือน 'ชิ้นเนื้อ' มันเป็นทางเลือกของพวกเขา ไม่ใช่ของคุณ

มาเรีย โปโปวา
'หนังสือเกี่ยวกับชีวิต ความตาย
และทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่ระหว่างนั้น
ที่ไม่ทำให้กลัวเลย'

คุณเป็นหมอหรือเปล่า?

หัวข้อเกี่ยวกับอำนาจของผู้ป่วย, ความเป็นอิสระ,
และขอบเขตทางวิชาชีพในงานด้านการดูแลสุขภาพ
ได้ก่อให้เกิดการถกเถียงอย่างมากในระหว่างการพัฒนากระบวนการเรียนการสอนนี้

ประการแรก
ระบบการศึกษาทางการแพทย์และการรักษาแบบเผด็จการถูกสร้างขึ้นบนสมมติฐานที่ว่าผู้ป่วยเป็น
วัตถุที่ต้องได้รับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่มีความสามารถ
เราไม่คุ้นเคยกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุคคลที่สามารถมีอิทธิพลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับ
ตนเองได้ ด้วยเหตุนี้ แม้แต่ในเชิงคำศัพท์
เราก็ยังพบว่าเป็นเรื่องยากที่จะพูดคุยเกี่ยวกับบทบาทการตัดสินใจของมนุษย์
ซึ่งมักถูกเข้าใจผิดว่าเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการ

ประการที่สอง
ความสัมพันธ์แบบผู้ปกครองกับผู้ถูกปกครองในวงการแพทย์สะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบการปฏิสัมพัน

ธ์ที่มีมาช้านานหลายศตวรรษระหว่างเจ้านายกับผู้ใต้บังคับบัญชา ระหว่างเผด็จการกับผู้ถูกกดขี่ ระหว่างนายกับทาส

ความไม่สมดุลทางอำนาจและการไม่สามารถใช้ตำแหน่งของตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งในสังคมโดยรวมและในวงการแพทย์โดยเฉพาะ

นำไปสู่การใช้อำนาจในทางที่ผิดและการขาดการตรวจสอบและถ่วงดุล ผลที่ตามมาคือ แพทย์ต้องแบกรับภาระความรับผิดชอบที่มากเกินไป

ในขณะที่ผู้ป่วยซึ่งได้มอบความไว้วางใจไว้ในมือของแพทย์

กลับโทษบุคลากรทางการแพทย์ในทุกกรณีเมื่อเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์

Pขึ้นเมือทีฉัน(คุณ) (เขา) (ฉัน)(เขา)ไม่(เขา)ฉัน(ฉัน)ฉันฉัน) (ฉัน(ฉัน)(ฉัน)
(ฉัน) (ฉัน) (ฉัน กฉัน(ชฉันาฉันทางฉันชฉัน ฉัน)
randomlrzvodyatd) (ฉัน) (ฉัน) (ฉัน) (ฉัน) (ฉัน) (ฉัน)(

ประการที่สาม เพื่อที่จะตัดสินใจร่วมกัน จำเป็นต้องมีระดับของ
'ความเป็นผู้ใหญ่' ของทั้งสองฝ่าย และนี่ไม่ได้เกี่ยวกับอายุ
ความเป็นผู้ใหญ่ในที่นี้หมายถึงการเคารพซึ่งกันและกัน
และความสามารถในการปฏิบัติตนตามบทบาทของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นในฐานะแพทย์หรือผู้ป่วย
อย่างไรก็ตาม
ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ป่วยทุกคนที่พร้อมสำหรับพลวัตใหม่ในความสัมพันธ์นี้
หรือการแบ่งปันความรับผิดชอบในการตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษา
ไม่ใช่ผู้ป่วยทุกคนที่ต้องการรับผิดชอบในเรื่องนี้
และไม่ใช่แพทย์ทุกคนที่เต็มใจจะใช้เวลาในการพูดคุยหรือนำเสนอข้อมูลด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย
ไม่ใช่ผู้ป่วยทุกคนที่มีระดับความรู้เพียงพอที่จะเข้าใจคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อนของบางคำ
บางผู้ป่วยตามประเพณีวัฒนธรรมของตน ไม่คุ้นเคยกับการตัดสินใจอย่างอิสระ

ระดับของ 'ความเป็นผู้ใหญ่' ในทั้งสองฝ่าย

การตัดสินใจร่วมกันไม่ใช่เพียงแค่การบังคับให้มาช่าและแม่ของเธอจากเรื่องที่เล่าในตอนต้นของบทนี้ทำตามคำแนะนำของแพทย์เท่านั้น
เช่นเดียวกับการสั่งจ่ายสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการหรือปล่อยให้พวกเขาเผชิญกับการตัดสินใจที่ยากลำบากเพียงลำพัง
การตัดสินใจร่วมกันเป็นไปได้เมื่อมีความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งทั้งสองฝ่ายสามารถมีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของกันและกัน
และร่วมมือกันในกระบวนการค้นหาแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนี้โดยเฉพาะ
โดยคำนึงถึงค่านิยมและความต้องการของผู้ป่วย

ดังนั้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องคำนึงถึงความปรารถนาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของตนเอง
และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น
แทนที่จะปล่อยให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจอย่างเดียว Mama Machine

ต้องสามารถมีอิทธิพลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับเธอและร่างกายของเธอ และเลือกเส้นทางที่เหมาะสมกับเธอ

เพื่อบรรลุเป้าหมายนี้
จึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สนับสนุนจะต้องกำหนดขอบเขตที่เหมาะสมในการทำงานกับผู้อื่น และเข้าใจอย่างชัดเจนถึงความแตกต่างระหว่างการ "สัมผัสชีวิตของผู้อื่น" กับการ "รับผิดชอบชีวิตของผู้อื่น"

วัตถุประสงค์:

ทัศนคติ	ความรู้	ทักษะ
แนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นรากฐานของปรัชญาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	อำนาจหน้าที่และขอบเขตผู้ป่วยในฐานะผู้ตัดสินใจการตัดสินใจร่วม (SDM); ขอบเขตคืออะไร; ขอบเขตประเภทใดบ้างทีมีอยู่	วิธีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและกำหนดระดับของรายละเอียดที่จำเป็นสำหรับแต่ละบุคคลในการตัดสินใจร่วมกัน วิธีที่จะทำให้แน่ใจว่าขอบเขตได้รับการเคารพในทางปฏิบัติและวิธีที่จะระบุเมื่อขอบเขตถูกข้ามหรือละเมิด วิธีสร้างขอบเขตของคุณเอง สิ่งที่ควรทำในกรณีที่มีการละเมิดเขตแดน

ข้อความสำคัญ:

การตัดสินใจร่วมกัน
เป็นองค์ประกอบสำคัญของการปกป้องสุขภาพ
สุขภาพ เป็นไปได้หาก
ขอบเขตทางวิชาชีพได้รับการเคารพ
ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

ควรสอนอะไร?

- การเข้าร่วมโดยสมัครใจ ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวอย่างครบถ้วน และข้อมูลส่วนบุคคล: ด้านการปฏิบัติในทางปฏิบัติทางการแพทย์
- หลักการแห่งความเป็นอิสระของผู้ป่วย

- ทักษะในการตัดสินใจร่วมกัน: การแลกเปลี่ยนข้อมูล, การฟังอย่างตั้งใจ, การสรุป, การถามคำถามปลายเปิด, การอธิบายประโยชน์
- การให้ความยินยอมโดยได้รับข้อมูลครบถ้วนเป็นส่วนหนึ่งของความปลอดภัยของผู้ป่วย
- การทดสอบความมั่นใจในการตัดสินใจ SURE (อิงตาม O'Connor และ Légaré: ความมั่นใจในการเลือก, ความเข้าใจในข้อมูล, การตระหนักถึงความเสี่ยงและประโยชน์, การสนับสนุน)
- เครื่องมือช่วยตัดสินใจสำหรับการวินิจฉัยโรค
- ขอบเขตและประเภทของขอบเขต
- ความเป็นส่วนตัวในฐานะสิทธิสำคัญเพื่อความเป็นอิสระและการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์; หลักการของความเป็นส่วนตัว

สอนสิ่งนี้อย่างไร?

โมดูลนี้มีความเข้มข้นของเนื้อหาทฤษฎีค่อนข้างมาก—
ทั้งนี้เพราะการมีความเข้าใจในหลักการพื้นฐานเกี่ยวกับความเป็นอิสระของผู้ป่วยและการตัดสินใจร่วมกันเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นเราจึงขอแนะนำให้ 'ผ่อนคลาย' เนื้อหาด้วยกรณีศึกษาและจัดสรรเวลาเพิ่มเติมสำหรับการประเมินความรู้ของผู้เรียน

เราขอแนะนำให้จัดสรรเวลาสำหรับการฝึกฝนทักษะตามที่เป็นไปได้
โดยอ้างอิงจากส่วนก่อนหน้านี้ซึ่งมีข้อมูลโดยละเอียดเกี่ยวกับโครงสร้างของการปรึกษาหารือตามแบบจำลอง Calgary-Cambridge และฝึกฝนทักษะที่เกี่ยวข้องกับครึ่งหลังของการปรึกษาหารือมากที่สุด – ขั้นตอนการอธิบาย การวางแผน และการสรุปการประชุม

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จะเป็นประโยชน์หากมุ่งเน้นไปที่การให้ข้อมูล
การช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถรับข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
การส่งเสริมความเข้าใจซึ่งกันและกัน การวางแผนการดำเนินการ
และการสรุปประเด็นสำคัญ นอกจากนี้ กรอบสามเหลี่ยม ICE (Ideas, Expectations and Concerns) ซึ่งได้กล่าวถึงไปแล้วในหลายส่วน
ก็สามารถเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์สำหรับการตัดสินใจร่วมกันได้เช่นกัน

สรุป:

การตัดสินใจร่วมกันเป็นแบบจำลองใหม่สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์กับผู้ป่วย ทั้งสองฝ่ายจำเป็นต้องเรียนรู้การสื่อสารและการแบ่งปันความรับผิดชอบ

ความเป็นส่วนตัวและความสมัครใจเป็นหลักการสำคัญในความสัมพันธ์;
ทั้งสองได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย

ผู้ป่วยเป็นเจ้าของร่างกายของตนเองและมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการรักษาหรือเลือกแนวทางการรักษ

าอื่น

เมื่อทำการตัดสินใจ จำเป็นต้องไม่เพียงแต่ประเมินสถานการณ์ทางคลินิกและความเสี่ยง แต่ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจและจิตวิทยา ตลอดจนความชอบของแต่ละผู้ป่วย

การมีขอบเขตทางวิชาชีพที่ชัดเจนช่วยป้องกันความเหนื่อยล้าทางอารมณ์และการเกิดสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์
การกำหนดขอบเขตและการแก้ไขความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์เมื่อขอบเขตถูกละเมิดเป็นทักษะที่ต้องอาศัยการฝึกฝน

วัสดุการทำงานพร้อมแนวคิดที่ละเอียดมากขึ้น ตัวอย่างของงานทดสอบที่เป็นไปได้ และรายการหนังสือที่แนะนำสามารถพบได้ในส่วนที่สองของคู่มือ และผ่านรหัส QR ในส่วนที่เกี่ยวข้องของส่วนที่สองของคู่มือ (หน้า 246)

หัวข้อ 5

การรักษาความลับ

หัวข้อที 5 ความลับ

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยเป็นจุดสนใจหลักข
องจริยธรรมทางการแพทย์.
มันคือความสัมพันธ์ส่วนตัวและวิชาชีพที่ก่อตัวขึ้นบนพื้นฐานของความไว้วางใจ,
ความมั่นใจ, ความภาคภูมิใจในตนเอง, และความเคารพซึ่งกันและกัน.
ความไว้วางใจคือสะพานเชื่อม
ในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย
สิ่งสำคัญไม่ใช่เพียงแค่คาดหวังให้ผู้ป่วยไว้วางใจอย่างสมบูรณ์เท่านั้น
แต่ยังต้องสร้างรากฐานที่มั่นคงซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำหรับการสร้างความสัมพันธ์ที่แน่
นแฟ้นต่อไป
ความไว้วางใจของผู้ป่วย

ปีเตอร์ เอ. คลาร์ก

เรื่องราวของแพทย์หนุ่ม และเสียงหัวเราะของเธอที่ชายเกย์ผู้ติดเชื้อ HIV

"เชื่อไหม? พวกเขาพา "คนน่าสงสัย" มาทีวอร์ดของเรา เขาเป็นพวกนั้นแหละ คนที่ดูฉูดฉาดหน่อยๆ - เขาต้องการอะไรกัน?" เพื่อนร่วมชั้นของฉันพูดพร้อมหัวเราะเบาๆ เธอทำงานพาร์ทไทม์ในช่วงสุดสัปดาห์ที่แผนกผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเคียฟ

กลุ่มคนหัวเราะ แต่ฉันรู้สึกขยะแขยง ไม่ใช่อย่างผู้ป่วย แต่เป็นเพราะคนเหล่านี้ที่ไม่เคยได้ยินเรื่องความเห็นอกเห็นใจ การยอมรับ หรือการไม่ตัดสิน พวกเขาไม่เคยได้ยินเรื่องการรักษาความลับทางการแพทย์ด้วยเช่นกัน จากสิ่งที่ฉันได้ยินมา ฉันเข้าใจว่าข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สภาพของเขา และรสนิยมทางเพศของเขาสามารถเข้าถึงได้ไม่เพียงแต่ทั้งหน่วยผู้ป่วยหนักเท่านั้น แต่ยังรวมถึงบุคลากรอื่น ๆ ผู้ป่วยที่อาจเข้ามา และแม้แต่พวกเรา นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่สี่ด้วย

มันทำให้ฉันหวาดกลัวที่จะคิดถึงนรกที่ชายหนุ่มคนนี้กำลังเผชิญอยู่ในตอนนี้:
ในสภาพวิกฤตในห้องไอซียู ไม่ว่าจะมีสติหรือไม่ก็ตาม
(ฉันยังอยากเชื่อว่าเขากำลังหลับอยู่และไม่ได้ยินหรือเห็นสายตาของเจ้าหน้าที่)
ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะการติดเชื้อ HIV
นำไปสู่การปฏิเสธการให้การรักษาทางการแพทย์และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีชีวิ
ตโดยไม่ได้รับการร้องขอ แทนที่จะเป็นเช่นนั้น

แทนที่จะได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมเกี่ยวกับความเสี่ยง
ผู้ป่วยกลับต้องเผชิญกับคำวิจารณ์จากทุกคน ตั้งแต่ผู้ช่วยในวอร์ดไปจนถึงหัวหน้าแพทย์ และแล้วข่าวลือก็แพร่ไปถึงคนรู้จัก ซึ่งเริ่มหลีกเลี่ยงการติดต่อ หรือถึงนายจ้าง ซึ่งอาจไล่พนักงานออก
โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่องานนั้นเกี่ยวข้องกับการติดต่อกับลูกค้าหรือผู้ที่อยู่ในความดูแล (เช่น เด็ก)

ไม่กี่ปีต่อมา ขณะทำงาน ฉันได้พบกับผู้ป่วยอีกคนหนึ่ง ชายอายุ 30 ปี ซึ่งพบว่าตนเองติดเชื้อ HIV ขณะอยู่ในห้องไอซียู เมื่อโรคนี้โจมตีสมองของเขา เขาเป็นเกย์เช่นกัน เป็นคนที่มีพรสวรรค์และน่าสนใจมาก เป็นเพื่อนที่ยอดเยี่ยม ฉันคิดถึงชายหนุ่มคนนั้น และตระหนักถึงความทุกข์ทรมานที่ผู้ติดเชื้อ HIV ยังคงต้องเผชิญอยู่ ซึ่งทำให้ฉันรู้สึกท่วมท้น ความทุกข์ทรมานนี้ไม่ได้เกิดจากการรักษาที่ไม่เพียงพอ ไม่ใช่เลย แต่เกิดจากการที่ไม่สามารถเคารพและมองเห็นไม่ใช่แค่การวินิจฉัย แต่เป็นบุคคลนั้นเอง

ดารินา ดมิทรีเอฟสกา, แพทย์ทั่วไป

ในบริบทของยูเครน ปัญหาความเป็นส่วนตัวมักถูกประเมินค่าต่ำเกินไป
มีผู้คนจำนวนเท่าใดที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการที่ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของพวกเขาถูกเผยแพร่?
มีชีวิตและครอบครัวจำนวนเท่าใดที่ถูกทำลายลงเนื่องจากการรั่วไหลของข้อมูลอย่างไม่ระมัดระวังและไม่รอบคอบ?
มีแพทย์จำนวนเท่าใดที่คิดว่าการหารือเกี่ยวกับรายละเอียดของการวินิจฉัยโรคหรือการรักษาในโรงพยาบาลในทางเดินที่มีผู้คนอยู่รอบข้างเป็นเรื่องปกติ?

แพทย์หารือเกี่ยวกับประวัติการรักษาของผู้ป่วยอย่างละเอียดในกลุ่มสาธารณะ,
แบ่งปันประวัติการรักษาของเพื่อนร่วมงานกับสาธารณชน,
และปฏิเสธไม่ให้ผู้ป่วยเข้าถึงประวัติการรักษาหรือผลการทดสอบของตน.
กรณีทั้งหมดนี้ไม่เพียงแต่เป็นการละเมิดจริยธรรมทางการแพทย์อย่างร้ายแรงเท่านั้น
แต่ยังเป็นการละเมิดกฎหมายอีกด้วย ขอบเขตระหว่างเรื่องส่วนตัวและเรื่องสาธารณะมักไม่ชัดเจน ซึ่งเป็นเหตุผลว่าทำไมหลายคนจึงรู้สึกว่าความลับเป็นเพียงแฟชั่นหรือพิธีการทางราชการเท่านั้น

ในความเป็นจริง ความลับมีวัตถุประสงค์ที่ปฏิบัติได้จริงมาก เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจำเป็นต้องได้รับข้อมูลให้มากที่สุดเกี่ยวกับสุขภาพของพวกเขา และสถานการณ์ที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพ
กฎการรักษาความลับถูกออกแบบมาเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถบอกแพทย์ได้ทุกอย่างตามความเป็นจริงโดยไม่ลังเล
และแพทย์สามารถสรุปข้อมูลเพื่อสร้างภาพรวมทางคลินิกที่สมบูรณ์และกำหนดแนวทางการรักษาต่อไปได้ การรักษาความลับทำหน้าที่เป็นหลักประกันความไว้วางใจในกระบวนการนี้ และเป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อความครบถ้วนของข้อมูล

การรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวมีความเกี่ยวพันกันอย่างใกล้ชิด
แม้ว่าความลับจะเป็นข้อกำหนดที่ควบคุมโดยกฎหมาย
แต่ความเป็นส่วนตัวนั้นครอบคลุมหลายระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
ความกังวลเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัวครอบคลุมทุกการกระทำที่เราทำกับร่างกาย:
การขออนุญาตจากบุคคลเพื่อสัมผัสพวกเขา, การปกปิดร่างกายที่เปลือยเปล่า,
การตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีม่าน, และการให้โอกาสในการเปลี่ยนเสื้อผ้าโดยไม่มีสายตาที่สอดส่อง.
การปฏิบัติต่อศพด้วยความเคารพ ทั้งหมดนี้เกี่ยวกับการเคารพบุคคล ร่างกายของพวกเขา
และข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับมัน หากการแพทย์กลายเป็นศาสนา
ความเคารพต่อร่างกายและความศักดิ์สิทธิ์ของความลับทางการแพทย์อาจกลายเป็นแท่นบูชาเ
องมัน

หากการแพทย์กลายเป็นศาสนา ความเคารพสำหรับร่างกายและความศักดิ์สิทธิ์ทางการแพทย์

ความลับอาจกลายเป็นแท่นบูชาของเธอ

ในส่วนนี้
เราได้สำรวจความหมายของการรักษาความลับในทางปฏิบัติและกฎระเบียบที่ควบคุมเรื่องนี้
พร้อมทั้งรวบรวมรายชื่อลิงก์ที่เป็นประโยชน์ซึ่งจะช่วยผู้ฟังของเราในการปฏิบัติตนอย่างเหมาะส
มยิ่งขึ้นและปกป้องตนเองจากการร้องเรียนในการติดต่อกับผู้ป่วย
สิ่งสำคัญสำหรับเราคือการรับประกันการเคารพข้อมูลส่วนบุคคล
เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยของดารินาต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานในเส้นทางการรักษาสู่สุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์:

ทัศนคติ	ความรู้	ทักษะ

แนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นพื้นฐานของปรัชญาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ข้อมูลใดและในระดับใดที่ควรให้แก่ผู้ป่วย

สิ่งที่สำคัญที่ควรรู้เกี่ยวกับการรักษาความลับ: ทำไมจึงเป็นหลักการที่สำคัญและข้อพิจารณาทางกฎหมายที่สำคัญคืออะไร

วิธีการให้ข้อมูลอย่างถูกต้องและกำหนดระดับความละเอียดที่ต้องการสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

วิธีที่จะทำให้มั่นใจการรักษาความลับและสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจด้วยตนเองในการปฏิบัติ

วิธีการหารือเกี่ยวกับการตัดสินใจทางการรักษาผู้ป่วยและช่วยเหลือพวกเขาในการตัดสินใจ

ข้อความสำคัญ:

การรักษาความลับ – พื้นฐานที่สำคัญ
การสร้างพื้นฐานในการสร้างความไว้วางใจระหว่าง
บุคลากรทางการแพทย์
และผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญ
ทั้งสองจากด้านจริยธรรมและกฎหมาย
ข้อพิจารณา

สอนอะไรดี?

- แนวคิดของ 'ข้อมูล' และ 'ข้อมูลลับ'
- ความเป็นอิสระ, หลักการของมัน, แนวคิด 'การให้ความยินยอมโดยได้รับข้อมูลครบถ้วน'
- ความเป็นส่วนตัวและหลักการในการบรรลุผล. กฎสำหรับการรักษาความเป็นส่วนตัวในสถาบันการแพทย์.
- การรักษาความลับ, หลักการในการปฏิบัติตาม
- ความรับผิดในการละเมิดความลับทางการแพทย์
- สถานการณ์ที่อาจมีการละเมิดหลักการของความลับ
- การให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูล: หน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์, ความเสี่ยง.

รายละเอียดเฉพาะเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก.

สอนอย่างไร?

คำถามเพื่อการไตร่ตรองและการอภิปรายกลุ่มทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่

แบบทดสอบระดับเริ่มต้น

น

กรณีศึกษาสำหรับการอ

ภิปราย

แบบฝึกหัดภาคปฏิบัติเพื่อฝึกการให้ข้อมูล
เชิญชวนให้ผู้ป่วยซักถาม และตอบคำถาม

สรุป:

ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและครอบคลุมเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองในรูปแบบที่เข้าถึงได้ เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้

การยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพเป็นสิทธิของผู้ป่วย

ข้อมูลที่เป็นความลับซึ่งต้องได้รับการคุ้มครอง ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล สถานะสุขภาพและอารมณ์ และข้อมูลทางการเงิน

ผู้ป่วยต้องสามารถเข้าถึงเวชระเบียนของตนเองได้โดยไม่มีอุปสรรค

ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธการมีนักศึกษาหรือผู้ฝึกงานอยู่ระหว่างการรับการรักษา

เอกสารประกอบการปฏิบัติงานที่มีแนวคิดโดยละเอียด ตัวอย่างคำถามทดสอบที่เป็นไปได้ และรายการหนังสือแนะนำ สามารถพบได้ในส่วนที่สองของคู่มือฉบับนี้ และผ่านรหัส QR ในส่วนที่เกี่ยวข้องของส่วนที่สองของคู่มือ (หน้า 259)

หัวข้อ 6

วิกฤตอารมณ์ รัฐและแย่ ข่าว

หัวข้อที่ 6

วิกฤตทางอารมณ์และข่าวร้าย

บุคลากรทางการแพทย์หลีกเลี่ยงการแจ้งข่าวร้ายเกี่ยวกับการวินิจฉัยหรือการเสียชีวิต
โดยหวังว่าจะมีผู้อื่นเป็นผู้แจ้งแทน แต่ 'ใครบางคน' นั้นหาไม่เจอเลย
เพราะการคุยกับผู้ป่วยและญาติของพวกเขาเกี่ยวกับโรคที่ไม่สามารถรักษาได้หรือการเสียชีวิตนั้น
เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญ แต่ยากมากของการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์
และมันดูเหมือนยากเป็นร้อยเท่าเพราะขาดทักษะที่เหมาะสมและการฝึกอบรม
และบางครั้งการขาดทรัพยากรทางอารมณ์ของตนเอง

อนาสตาเซีย ลูคินา
หนังสือที่ไม่ทำให้กลัวเลย เกี่ยวกับชีวิต ความตาย และทุกสิ่งทุกอย่าง
ระหว่างนั้น

ใน *หนังสือที่ไม่ค่อยน่ากลัว* มีเรื่องราวเกี่ยวกับหมอชื่อเตเตียนา ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งของตัวเองในทางเดินของคลินิกเอกชน บรรจุอยู่ในซองปิดผนึก ไม่มีใครแม้แต่จะออกมาบอกข่าวหรืออยู่เคียงข้างเธอเพื่อสนับสนุนเธอ การขาดการสื่อสารที่เปิดเผยและข้อมูลที่ไม่เพียงพอเป็นจุดเจ็บปวดสำคัญในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์

เรื่องราวของเทเทียนาและข่าวในซองจดหมาย

เธอเป็นแพทย์ หนึ่งในสูตินรีแพทย์และแพทย์ต่อมไร้ท่อที่ดีที่สุดในเคียฟ การนัดหมายกับเธอโดยไม่จองล่วงหน้าเป็นไปไม่ได้ แต่ถึงแม้จะจองแล้ว คุณก็ยังต้องรอประมาณหนึ่งเดือน ทุกวัน เธอตรวจเต้านมของผู้หญิงเพื่อหาก้อนผิดปกติและพยายามโน้มน้าวให้พวกเธอเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำกับสูตินรีแพทย์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเต้านม
เธอพบก้อนในเต้านมของตัวเองและไปตรวจแมมโมแกรม
เธอเลือกไปคลินิกเอกชนเพื่อจะได้ไม่เจอทั้งเพื่อนแพทย์และคนไข้ของตัวเอง

ฉันกำลังรอผลการตรวจแมมโมแกรมในทางเดินตอนสิบโมงเช้า
ผู้ช่วยแพทย์เดินออกมาหาฉันและส่งซองเอกสารให้ฉันอย่างเงียบๆ
ซองนั้นบรรจุผลการวินิจฉัย
'มะเร็ง' อยู่ข้างใน แม้ว่าฉันจะรู้แล้วว่าฉันเป็นอะไร

แม้ว่าฉันจะได้รับการศึกษาและข้อมูลที่ดี แต่ฉันก็ร้องไห้เมื่อเปิดซองจดหมายและอ่านผลการวินิจฉัย
ไม่กี่นาทีก่อนหน้านี้ หมอได้เห็นก้อนเนื้อร้าย เขียนคำว่า 'มะเร็งเต้านม' ไว้ในรายงาน
แต่ทำไมเขาถึงไม่สามารถบอกฉันด้วยตัวเองได้? ท้ายที่สุดแล้ว
แม้แต่คำพูดให้กำลังใจเพียงไม่กี่คำก็คงเป็นความสบายใจให้กับฉันในตอนนั้น
การยื่นซองเอกสารให้เงียบๆ แล้วปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังกับการวินิจฉัยที่น่ากลัวเช่นนี้ –
นั่นคือความโหดร้าย

เวลา 11:00 น. ฉันมีนัดที่อีกฝั่งหนึ่งของเมือง ฉันรวบรวมสติและไปทำงาน
แต่คนอื่นอาจอยู่ในที่ของฉันแทน
และพวกเขาอาจไม่สามารถรับมือกับความเครียดทางอารมณ์เช่นนี้ได้

ทำไมทุกอย่างถึงได้เย็นชาและไร้หัวใจเช่นนี้? แพทย์ไม่อยากเป็นผู้แจ้งข่าวร้าย
พวกเขาหวังว่าจะมีใครสักคนทำแทน

แม้ว่าฉันจะบอกผู้คนหลายครั้งแล้วว่าพวกเขาอาจจะเป็นมะเร็ง
แต่ฉันก็ยังรู้สึกยากที่จะรับมือกับข่าวร้ายนั้นด้วยตัวเอง ฉันรู้สึกสงสารตัวเองและลูกๆ ของฉัน

เทเตียนา โปโปวา

'หนังสือเกี่ยวกับชีวิต ความตาย และทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่ระหว่างนั้น ที่ไม่ทำให้กลัวเลย'

จากการศึกษาล่าสุดของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่ามีเพียง 58%
ของผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับการแจ้งผลการวินิจฉัยจากแพทย์
หนึ่งในสามของผู้ป่วยไม่ได้รับแจ้งผลการวินิจฉัยจากแพทย์[1]

"เราไม่เคยได้รับการสอนเรื่องนี้มาก่อน" บุคลากรทางการแพทย์กล่าว
การแจ้งข่าวร้ายและการพูดคุยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคเป็นความท้าทายที่สำคัญสำหรับทุกคน
เพราะมันไม่ใช่แค่เรื่องของการหาคำพูดที่เหมาะสมเพื่อไม่ให้ทำร้ายจิตใจผู้รับฟังเท่านั้น
แต่ยังรวมถึงการรับมือกับความวิตกกังวลของตัวเองเกี่ยวกับชีวิตและความรู้สึกของผู้ป่วย
ตลอดจนความรู้สึกหมดหนทางในการช่วยเหลือการรักษาของพวกเขาอีกด้วย
คุณต้องอยู่เคียงข้างพวกเขา เพื่อรับมือกับน้ำตาหรือความเงียบงันของพวกเขา
เพื่อตอบคำถามและพูดซ้ำหลายครั้ง
เพราะความสามารถในการวิเคราะห์และจดจำข้อมูลของคนเราจะลดลงอย่างมากเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤต

[1] งานวิจัยดำเนินการโดย BFP 'หยดเลือด' และองค์กรพัฒนาเอกชน 'อธีนา ผู้หญิงต่อต้านมะเร็ง' ด้วยการสนับสนุนจากมูลนิธิระหว่างประเทศ "วิดโรชเญนเนีย" ผลการสำรวจออนไลน์ดำเนินการในปี 2021

ทางอารมณ์
สิ่งนี้ต้องอา
ศัยความอด
ทนและความ
เห็นอกเห็นใจ
อย่างมาก

มีความเชื่อ
ที่แพร่หลา
ยในหมู่บุค
ลากรทางกา
รแพทย์ว่าก
ารสวมเสื้อเ
กราะกันกระ
สุนทางอาร
มณ์ตลอดเว
ลาจะช่วยปก
ป้องบุคคลจ
ากการหมดไ
ฟในการทำง
านได้
การสวมเสื้อ
เกราะกันกระ
สุนโลหะเป็น
เวลานานสา
มารถทำลาย
กระดูกสันห
ลังและก่อให้
เกิดปัญหาห
ลังเรื้อรังได้
ดังนั้นเสื้อเก
ราะกันกระสุ
นทุกประเภท
จึงได้รับการ
ออกแบบ

เป็นเวลา 1–2 ชั่วโมงต่อวัน สิ่งเดียวกันนี้ใช้ได้กับเกราะป้องกันทางอารมณ์: การสวมมันตลอดเวลาปิดกั้นตัวเองและรักษาระยะห่างอย่างมากจากความรู้สึกของตัวเองและความรู้สึกของคนรอบข้าง – เป็นเรื่องที่เหนื่อยล้าและขัดขวางการสร้างความสัมพันธ์
ทำให้ไม่สามารถรับคำชมและความขอบคุณได้ มันทำให้เหนื่อยล้าพอๆ กับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คน ดังนั้นการเลือกเวลาที่การปกป้องอารมณ์เป็นสิ่งจำเป็นจริงๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญ ในระยะยาว มันกลับทำร้ายสุขภาพจิตมากกว่าที่จะปกป้องมัน

สวมเกราะทางอารมณ์อยู่ตลอดเวลา

การสำรวจของเราเปิดเผยว่า
นักศึกษาแพทย์มีความกังวลเป็นพิเศษเกี่ยวกับการสนทนาเช่นนี้และข่าวการเสียชีวิต ความถี่ที่แพทย์เผชิญกับสถานการณ์เช่นนี้กับผู้ป่วยขึ้นอยู่กับสาขาความเชี่ยวชาญของพวกเขา อย่างไรก็ตาม เกือบทุกคนในพวกเราเคยพบตัวเอง หรือจะพบตัวเองในสถานการณ์ที่เราต้องหารือข่าวร้ายกับผู้ป่วย
ดังนั้นเราจึงไม่มีทางเลือกอื่นนอกจากต้องเรียนรู้เทคนิคในการแจ้งข่าวร้าย
ฝึกทักษะการฟังอย่างเข้าอกเข้าใจ หลีกเลี่ยงการใช้ถ้อยคำซ้ำซาก เช่น "อดทนไว้นะ" หรือ "ทุกอย่างจะดีขึ้นเอง" และเปิดใจรับฟัง แม้เพียงเล็กน้อยก็ตาม

เราได้รวบรวมคำแนะนำจากนักจิตวิทยาและแพทย์ชั้นนำเกี่ยวกับวิธีการรับมือกับข่าวร้ายและตอบสนองต่อความตึงเครียดทางอารมณ์ที่เพิ่มขึ้น
เราหวังว่าข้อมูลนี้จะเป็นประโยชน์ต่อคุณและผู้ฟังของคุณในการจัดการกับความวิตกกังวลและความกลัว และสนับสนุนผู้ป่วยในช่วงเวลาที่ยากลำบาก บางครั้งผู้ป่วยอาจลืมสิ่งที่ได้ยิน แต่การมองตาอย่างเปิดกว้างหรือท่าทางที่แสดงถึงความห่วงใยในช่วงเวลาที่ไม่ปกติเหล่านี้จะคงอยู่ในความทรงจำของพวกเขาไปอีกนาน ด้วยความมีมนุษยธรรมของคุณ

วัตถุประสงค์:

ทัศนคติ	ความรู้	ทักษะ
แนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นพื้นฐานของปรัชญาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วิกฤตทางอารมณ์คืออะไรและส่งผลกระทบต่อการปฏิสัมพันธ์อย่างไร?	วิธีการสื่อสารในสถานการณ์ที่มีความตึงเครียดทางอารมณ์สูงและความเครียด

ขั้นตอนของความโศกเศร้า

การแจ้งข่าวร้าย

ข้อความสำคัญ:

มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่จะเรียนรู้และฝึกฝนทักษะของคุณ
การแจ้งข่าวร้าย
ด้วยความเข้าใจและความเห็นอกเห็นใจ
และพร้อมด้วยข้อบังคับ
สนับสนุนเพื่อให้บุคคล
ไม่ถูกทิ้งให้อยู่คนเดียว
ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก

สอนอะไรดี?

- ภาวะอารมณ์วิกฤต, สัญญาณของความเศร้าโศก (ตาม Lindeman), ขั้นตอนของความเศร้าโศก (ตาม Kübler-Ross) และช่วงเวลาของการไว้ทุกข์ (ตาม Zintl และ Volkan)
- การให้การสนับสนุนทางจิตวิทยาในระยะต่าง ๆ ของกระบวนการเศร้าโศก
- ประเภทของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตทางอารมณ์และกลยุทธ์ในการทำงานกับพวกเขา
- การแจ้งข่าวร้ายและโปรโตคอล **SPIKES** (สถานการณ์, การรับรู้, การเชิญชวน, ความรู้, อารมณ์และความเห็นอกเห็นใจ, กลยุทธ์, สรุป): การเตรียมตัว, การตระหนักรู้, การขออนุญาต, ความรู้, อารมณ์และความเห็นอกเห็นใจ, กลยุทธ์, สรุป.

สอนอย่างไร?

การเรียนรู้แบบไม่พร้อมกัน (เอกสารก่อนเข้าชั้นเรียน)

การอภิปรายหัวข้อที่แนะนำต่อไปนี้ในกลุ่มย่อย:

- หัวข้อใดที่ยากสำหรับแพทย์ที่จะพูดคุย
- คุณจะแจ้งข่าวร้ายให้ใครทราบ (ผู้ป่วย, ญาติ, เพื่อน);
- ทำไมแพทย์จึงลังเลที่จะแจ้งข่าวร้าย

- คิดถึงตัวอย่างจากชีวิตของคุณเองหรือการปฏิบัติที่คุณหรือใครบางคนได้รับข่าวร้ายในลักษณะที่ไม่เหมาะสม

ข้อดีและข้อเสียของการที่ญาติพักอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตคืออะไร

การจำลองบทบาท (การจำลองการสนทนากับผู้ป่วยที่มีภาวะเช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคหืด หรือโรคเบาหวานในกลุ่มสามคน) ตามด้วยการอภิปรายกลุ่ม

การอภิปรายแบบ Fishbowl ตามด้วยการอภิปรายทั่วไป

การทำงานกรณีศึกษา (วิธีการกรณีศึกษาทางคลินิก)

ชมวิดีโอที่แสดงวิธีการแจ้งข่าวร้ายที่ไม่เหมาะสมและเหมาะสม พร้อมการอภิปรายในกลุ่มย่อย

การใช้การนำเสนอในโหมดแก้ไขบน Google Drive, Padlet และกระดาน Miro

สรุป:

ข่าวร้ายเกี่ยวกับสุขภาพของใครบางคนทำให้เกิดความเครียดอย่างมากซึ่งเชื่อมโยงกับความกลัวและความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต

ผู้คนต่างกันผ่านขั้นตอนของความเศร้าโศกแตกต่างกัน;
การเปลี่ยนแปลงในสภาพอารมณ์เป็นสิ่งที่ธรรมชาติ
และสิ่งนี้ต้องนำมาพิจารณาเมื่อสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวของพวกเขา
กลยุทธ์การให้การช่วยเหลืออาจได้ผลในขั้นตอนต่าง ๆ ของความเศร้าโศก

สิ่งสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์คือการเรียนรู้วิธีการทำงานกับบุคคลในสถานการณ์วิกฤตและให้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัยเกี่ยวกับสุขภาพของพวกเขา

กลยุทธ์ในการตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤตที่แตกต่างกันอาจแตกต่างกันไป

เอกสารประกอบการปฏิบัติงานที่มีแนวคิดโดยละเอียด ตัวอย่างคำถามทดสอบที่เป็นไปได้ และรายการหนังสือแนะนำ สามารถพบได้ในส่วนที่สองของคู่มือฉบับนี้ และผ่านรหัส QR ในส่วนที่เกี่ยวข้องของส่วนที่สองของคู่มือ (หน้า 287)

หัวข้อที่ 7

ความขัดแย้งและการสนทนาที่ยากลำบาก

หัวข้อที่ 7

ความขัดแย้งและการสนทนาที่ยากลำบาก

หากคุณหลีกเลี่ยงความขัดแย้งเพื่อรักษาความสงบ
คุณเริ่มสงครามภายในตัวเอง

เชอรีล ริชาร์ดสัน

เรื่องราวของคุณยายนักสู้และวิสัญญีแพทย์ปากจัด

ทารกอายุ 9 เดือนถูกนำส่งโรงพยาบาล น้ำเดือด เด็กหกน้ำเดือดใส่ตัวเอง พื้นที่ที่ถูกน้ำร้อนลวกครอบคลุม 70% ของร่างกาย ในสถานการณ์เช่นนี้ การวางสายหลอดเลือดดำและเริ่มให้สารน้ำในปริมาณมากเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อความอยู่รอด

เราพาเด็กไปยังห้องดูแลผู้ป่วยหนักอย่างเร่งด่วน ฉันขอให้แม่รออยู่ข้างนอกก่อน เมื่อเราทำขั้นตอนเสร็จแล้ว ฉันจะพาเธอเข้าไป ยาชาและยาระงับประสาทเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและทำให้ผู้ป่วยตัวน้อยสงบลงเล็กน้อย

ฉันกำลังพยายามใส่สายสวนเข้าหลอดเลือดดำใต้ไหปลาร้า เพียงขยับผิดครั้งเดียว – และฉันอาจทำให้ปอดทะลุได้ และในขณะนั้นเอง ยายของเด็กก็วิ่งเข้ามาในห้องผู้ป่วย – หญิงวัยประมาณห้าสิบปี พร้อมด้วยญาติอีกคนหนึ่ง – และเริ่มดึงเขาอย่างบ้าคลั่ง ฉีกผ้าพันแผลออก พร้อมบ่นว่าพวกเราโง่ที่เช็ดไข่ขาวออกจากแผลไฟไหม้

เมื่อเด็กมาถึง เขาถูกปกคลุมไปด้วยไข่ ไข่ขาวบนแผลไฟไหม้เป็นวิธีรักษาที่ดีที่สุดหากคุณต้องการให้ทุกอย่างจบลงด้วยการติดเชื้อในกระแสเลือดและเสียชีวิต

ฉันค่อยๆ เอาเข็มออก แล้วปล่อยคำสบถยาวสามชั้นออกมาอย่างไม่ยั้ง ตลอดห้าปีที่ทำงานมา ฉันไม่เคยตะโกนเสียงดังขนาดนั้นมาก่อนเลยจริงๆ

ฉันผลักคุณยายกับเพื่อนของเธอออกไปอย่างแรง แล้วปิดประตูปัง

"เราจะโทรแจ้งตำรวจ!" หญิงชราตะโกนเสียงดัง.

ฉันสั่นด้วยความโกรธ สายสวนถูกใส่เข้าไป แม่ของฉันถูกรับเข้าโรงพยาบาล และเธอกลับกลายเป็นคนที่ค่อนข้างมีเหตุผล ฉันเสียใจที่ปล่อยให้ตัวเองตะโกนและสบถ แต่สถานการณ์ทั้งหมดนี้อาจไม่เคยเกิดขึ้นเลยหากมีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยที่โรงพยาบาลแ ละมีประตูล็อกอย่างเหมาะสมในหอผู้ป่วยวิกฤต

ยิ่งญาติกดดันและตีตราพวกเขามากเท่าไร
บุคลากรทางการแพทย์ก็ยิ่งพยายามหลบซ่อนอยู่หลังกำแพงสูงเท่านั้น
และยิ่งกำแพงนั้นสูงเท่าไร ความไม่ไว้วางใจก็ยิ่งมากขึ้นเท่านั้น มันเป็นวงจรอุบาทว์: ความไม่ไว้วางใจก่อให้เกิดความลับ และความลับก็ก่อให้เกิดความไม่ไว้วางใจ

เราจะทำลายวงจรอุบาทว์นี้ได้อย่างไร?

บุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องเรียนรู้การสื่อสารและทำทุกวิถีทางเพื่อส่งเสริมให้ญาติมาร่วมอ ยู่และให้การสนับสนุนผู้ป่วยเมื่อมีโอกาส และญาติเองก็จำเป็นต้องเรียนรู้ที่จะไว้วางใจ

อีวาน เชอร์เนนโก, วิสัญญีแพทย์

ในตอนแรก เราตั้งชื่อส่วนนี้ว่า 'ผู้ป่วยที่ยาก' แต่ในระหว่างการเตรียมเนื้อหา เราตระหนักว่าในสถานการณ์ที่มีความขัดแย้ง ไม่มีผู้ป่วยที่ยากหรือแพทย์ที่ง่าย ไม่มีขาวหรือดำ – มีแต่เฉดสีที่หลากหลายซึ่งเราต้องสามารถแยกแยะได้ ภายใต้สถานการณ์บางอย่าง พวกเราทุกคนสามารถกลายเป็นคนที่ทำให้ผู้อื่นรู้สึกยากลำบากได้เสมอ;
มีปัจจัยและสาเหตุที่ซ่อนอยู่เบื้องหลังเสมอ และ การเข้าใจถึงต้นตอของสิ่งที่เราเรียกว่า 'ความยากลำบาก' ในผู้อื่น คือกุญแจสำคัญในการแก้ไขปัญหาให้เกิดผลบวก

ไม่ใช่เคยเป็นเป็นของ(ต่อไปนี้) (ผู้ป่วย)–
แต่ละคนของเราในบางกรณี
obstavinakh อาจเป็นเรืองยากสำหรับผู้อื่น

รายงานทุนมนุษย์โลก (2008) ระบุว่า 85% ของพนักงานเคยประสบกับความขัดแย้งในที่ทำงาน ในกรณีส่วนใหญ่ (67%) ความขัดแย้งเกิดจากความเครียดและปริมาณงานที่มาก 60%

ของพนักงานไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการหรือแก้ไขความขัดแย้ง แต่ 95% ของผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมรายงานว่ามันช่วยให้พวกเขาสามารถจัดการกับสถานการณ์ความขัดแย้งได้ดีขึ้นและหาทางออกที่เป็นประโยชน์ร่วมกัน

จากการสังเกตของเรา
ระดับความขัดแย้งในโรงพยาบาลของยูเครนสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก
สภาพการทำงานที่ยากลำบาก ระดับความเครียดที่สูงลิบลิ่ว การขาดเงินทุนที่เพียงพอ
และความสัมพันธ์ที่ตึงเครียดกับผู้ป่วยซึ่งเกิดจากการขาดความโปร่งใสและปัญหาทางการเงินที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ความเหนื่อยล้าและความไม่ไว้วางใจที่ถูกกระตุ้นโดยสื่อ
และการเปลี่ยนแปลงระบบและวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง –
ปัจจัยทั้งหมดนี้ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเสี่ยงต่อความขัดแย้ง
การศึกษาหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าพยาบาลมักเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้งมากที่สุด

ความขัดแย้งเป็นองค์ประกอบเชิงโครงสร้างของระบบใด ๆ และความสัมพันธ์ภายในระบบนั้น ๆ
ความขัดแย้งอาจเกิดขึ้นจากการสื่อสาร ปัญหาเชิงโครงสร้าง หรือปัญหาส่วนตัว
และปรากฏออกมาในสถานการณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ
สถาบันส่วนใหญ่ที่เชี่ยวชาญด้านการแก้ไขความขัดแย้งมองว่าความขัดแย้งเป็นโอกาสที่จะปรับปรุงสภาพปัจจุบันและแก้ไขความสัมพันธ์ให้ดีขึ้น.
สิ่งสำคัญคือการจัดการมันอย่างไรให้มันเป็นประโยชน์แทนที่จะเป็นอันตราย.

กลยุทธ์หลักในการจัดการกับความขัดแย้งไม่ควรเน้นที่การหลีกเลี่ยงความขัดแย้งมากนัก
แต่ควรเน้นที่การเตรียมความพร้อมให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถป้องกันและแก้ไขความขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ
เพื่อให้แพทย์อย่างอีวานสามารถเข้าใจคุณยายที่กระฉับกระเฉงจากเรื่องข้างต้นได้ดีขึ้น
รับมือกับอารมณ์ของตนเองและของคุณยาย
รวมถึงช่วยเหลือตนเองและคุณยายในการแก้ไขความขัดแย้งได้

> กลยุทธ์หลักสำหรับการจัดการความขัดแย้งควรเป็นไม่ใช่เน้นที่การหลีกเลี่ยง แต่เป็นการมุ่งเน้นไปที่การนำทาง
>
> เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบใดของการฝึกอบรมการจัดการความขัดแย้งที่อาจมีความเกี่ยวข้องเป็นพิเศษสำหรับบุคลากรทางการแพทย์?

การตระหนักรู้ในตนเองและการรู้จักตนเอง คุณมีปฏิกิริยาอย่างไรต่อสถานการณ์ความขัดแย้ง?

คุณมีนิสัยอย่างไรเมื่อเผชิญกับความขัดแย้ง? อะไรเป็นสิ่งที่กระตุ้นอารมณ์ของคุณ และคุณสามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ดีเพียงใด?

การเข้าใจและเปิดใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับมุมมองของอีกฝ่ายหนึ่ง

การยอมรับความแตกต่างตามธรรมชาติในมุมมองและการตีความเหตุการณ์หรือเจตนาต่างๆ คุณสามารถ

คุณสามารถมองเห็นสถานการณ์จากมุมมองของผู้อื่นได้หรือไม่
วิเคราะห์เหตุผลของพวกเขาและมุมมองของพวกเขาเกี่ยวกับปัญหาได้หรือไม่
คุณสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่มีความกดดันสูงได้ดีเพียงใด
และช่วยเหลือผู้อื่นให้สงบลงได้หรือไม่

การสื่อสาร, **ความสามารถในการพูดและฟัง**
ไม่มีข้อขัดแย้งใดบนโลกนี้ที่สามารถแก้ไขได้หากปราศจากการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
ระดับที่เราสามารถแสดงออกถึงความตึงเครียดของตนเอง อธิบายปัญหาได้อย่างชัดเจน
และรับฟังและมองเห็นข้อมูลทั้งทางคำพูดและที่ไม่ใช่คำพูดจากอีกฝ่ายหนึ่ง
มีอิทธิพลต่อความสามารถของเราในการจัดการกับความขัดแย้งและเปลี่ยนมันจากภัยคุกคามให้กลายเป็นโอกาส

ทรัพยากรภายใน การจัดการกับความขัดแย้งต้องใช้พลังงานอย่างมาก
ระดับพลังงานและสภาวะทางอารมณ์ของเรามีผลกระทบอย่างมากต่อความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ความขัดแย้ง ดังนั้น
การดูแลตัวเองและการจัดการกับความเหนื่อยล้าจึงเป็นพันธมิตรที่สำคัญในการแก้ไขความขัดแย้ง

วัตถุประสงค์:

ทัศนคติ	ความรู้	ทักษะ
แนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นรากฐานของปรัชญาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ความขัดแย้งคืออะไร สาเหตุ กลยุทธ์สำคัญในการป้องกัน และพฤติกรรม ในสถานการณ์ความขัดแย้ง;	การแสดงออกถึงการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความเห็นอกเห็นใจ หลีกเลี่ยงรูปแบบการสื่อสารและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง
	สถานการณ์ที่ผู้ป่วยอาจกลายเป็น 'ยาก' การค้นหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตทางอารมณ์	การประเมินสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย
		การสื่อสารกับผู้ป่วย ในสภาวะอารมณ์ที่ซับซ้อน
		แก้ไขความขัดแย้งโดยการแก้ปัญหา
		แสดงความเห็นอกเห็นใจ

ข้อความสำคัญ:

กลยุทธ์พื้นฐานในการจัดการกับความขัดแย้ง
ไม่ควรตั้งอยู่บนการหลีกเลี่ยง
แต่ในการเตรียมตัวเพื่อประสิทธิภาพ
การป้องกันและการแก้ไข

คนเราสามารถเรียนรู้ที่จะรับมือกับความขัดแย้งได้ISYA
ผ่านการตระหนักรู้ในตนเอง
ความสามารถในการรับฟังและเข้าใจมุมมองของผู้อื่น
การสื่อสารอย่างมีคุณภาพ และการดูแลทรัพยากรของตนเอง

ความขัดแย้ง

สอนอะไรดี?

- ความขัดแย้ง วงจรของมัน
  และสาเหตุที่เป็นไปได้
- กลยุทธ์ในการจัดการกับความขัดแย้ง
  (ตามทฤษฎีของโธมัสและคิลมันน์)
- เป้าหมาย ความสนใจ และตำแหน่งในการเจรจา
- โครงสร้างของการสนทนาที่ยาก (ข้อเท็จจริง,
  อารมณ์, การคุกคามต่ออัตตา)
- โปรโตคอล EVE (อารมณ์, การยืนยัน,
  การตอบสนองด้วยความเห็นอกเห็นใจ)
- การสื่อสารโดยไม่ใช้ความรุนแรง
- สัญญาณทางวาจาและทางกายในสถานการณ์

สอนอย่างไร?

การอภิปรายแบบโต้ตอบ

ทำงานร่วมกับกรณีศึกษาในรูปแบบ 'ตู้ปลา'
หรือในกลุ่มย่อย

ฝึกฝนทักษะเฉพาะทางผ่านกรณีศึกษา

การดู/วิเคราะห์วิดีโอสาธิตที่แสดงสถานการณ์ความ
ขัดแย้งต่างๆ

สรุป:

ความขัดแย้งเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของงานของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ

การจัดการกับความขัดแย้งเป็นทักษะที่สามารถเรียนรู้ได้
และเวิร์กช็อปนี้จะมอบประโยชน์ให้คุณตลอดชีวิต

มีกลยุทธ์ต่าง ๆ สำหรับการจัดการกับความขัดแย้ง;
สิ่งสำคัญคือต้องเลือกกลยุทธ์ตามบริบทและปัญหา

การเตรียมตัวสำหรับการสนทนาที่ยากลำบากและการวิเคราะห์สถานการณ์ความขัดแย้งจากมุมมอง
ต่าง ๆ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของตนเอง

การดูแลตัวเองเป็นสิ่งสำคัญหากคุณต้องการที่จะสามารถแก้ไขความขัดแย้งได้

การสื่อสารและการเตรียมตัวเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับการแก้ไขความขัดแย้ง

เอกสารประกอบการสอนที่มีแนวคิดละเอียดยิ่งขึ้น ตัวอย่างคำถามทดสอบที่เป็นไปได้ และรายการหนังสือที่แนะนำ สามารถพบได้ในส่วนที่สองของคู่มือ และผ่าน QR codes ในส่วนที่เกี่ยวข้องของส่วนที่สองของคู่มือ (หน้า 303)

หัวข้อ 8

ความอดทน และความหลากหลาย: วิธีการและเหตุผลในการทำงานกับคนต่าง ๆ

หัวข้อที่ 8. ความอดทน ความหลากหลาย: วิธีการและเหตุผลในการทำงานร่วมกับผู้คนที่มีความแตกต่าง

ผู้คนเกลียดชังกันเพราะพวกเขากลัวซึ่งกันและกัน;
พวกเขาเกรงกลัวซึ่งกันและกันเพราะพวกเขาไม่รู้อะไรเกี่ยวกับกันและกัน;
พวกเขาไม่รู้อะไรเพราะพวกเขาไม่สื่อสารกัน

มาร์ติน ลูเธอร์ คิง

เรื่องราวของอันเดรย์และหมอประจำครอบครัวที่เปลี่ยนชีวิตของเขา

อันดรีย์* เป็นผู้ชายข้ามเพศที่เข้ารับการบำบัดด้วยฮอร์โมนมาหลายปีแล้ว และดูเหมือนคนยูเครนทั่วไป เขาทำงานในโรงงานและทำธุรกิจเล็กๆ เป็นอาชีพเสริม เขาเป็นคนขยันมากและให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ - แม้แต่ฉันยังรู้สึกได้ ยิ่งไปกว่านั้น เขาได้หลงรักผู้หญิงคนหนึ่งมาเป็นเวลาสิบปีแล้ว พวกเขามีความสัมพันธ์ที่น่าทึ่ง เป็นครอบครัวที่แท้จริง ซึ่งรัฐไม่ยอมรับมาตลอดเวลานี้เพราะอันดรีย์มีเอกสารทางเพศหญิง

* ชื่อได้ถูกเปลี่ยน

อันดรีย์ขอให้พบกันไม่กี่เดือนหลังจากที่ฉันออกใบรับรองการเปลี่ยนเพศทางการแพทย์ให้เขา

– "แม่ของฉันถักสิ่งนี้ให้คุณและจิตแพทย์ด้วย เธอได้ดูรูปของคุณทางออนไลน์เพื่อเลือกสี" เขาพูดพลางยื่นผ้าคลุมไหล่ที่พับไว้และนุ่มเบาอย่างไม่น่าเชื่อให้ฉัน
"เธอรู้สึกขอบคุณในสิ่งที่คุณทำเพื่อฉัน"

– "แต่ฉันไม่ได้ทำอะไรเลย ฉันแค่ทำหน้าที่ของฉัน เพราะฉันเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป"

– ดาริน่า อิฮอริฟนา คุณได้เปลี่ยนชีวิตของผม ผมขอแต่งงานกับมาชา* เป็นครั้งที่สาม และเราเพิ่งแต่งงานกันเมื่อไม่นานมานี้ ผมอยากใช้ชีวิตที่เหลืออยู่กับเธอ" เขากล่าวด้วยน้ำตาคลอเบ้า และแสดงรูปถ่ายจากงานแต่งงานให้ผมดู

129

ฉันมองไม่เห็นพวกเขาชัดเจนเลย – ดวงตาของฉันเต็มไปด้วยน้ำตา

"ผมได้คืนดีกับแม่แล้ว และอาการซึมเศร้าเรื้อรังของผมก็ดีขึ้นด้วย" อันเดรย์กล่าวเสริม

อันดรีย์ได้ปรึกษาแพทย์คนอื่นในเมืองของเขา
พวกเขาปฏิเสธที่จะช่วยเขาเนื่องจากความไม่รู้ อคติ
และความไม่เต็มใจที่จะยอมรับการมีอยู่ของเขา
สิ่งเดียวที่ทำให้ฉันแตกต่างจากพวกเขาคือฉันมองเห็นคน ไม่ใช่อวัยวะเพศของพวกเขา

ฉันรู้สึกเจ็บปวดที่ได้ยินว่าอันดรีย์ถูกบังคับให้เดินทางข้ามประเทศครึ่งหนึ่งเพื่อรับการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน สำหรับฉัน มันใช้เวลาแค่ไม่กี่ลายเซ็นในแบบฟอร์มที่เตรียมไว้แล้ว มันง่ายและสมเหตุสมผลมาก จะทำหรือไม่ทำ? - ไม่มีข้อสงสัยเลย ฉันเติบโตมาท่ามกลางผู้คนที่ตระหนักถึงหลักนิติธรรมและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเข้าใจที่ว่าทุกคนแตกต่างกันแต่เท่าเทียมกันนั้นเป็นเรื่องง่ายสำหรับฉัน— ฉันเพียงแค่ต้องตระหนักว่าสิ่งนี้ใช้ได้กับทุกคนโดยไม่มีข้อยกเว้น รวมถึงตัวฉันเองด้วย ฉันอยากให้โลกยอมรับฉันในแบบที่ฉันเป็น ในสิ่งที่ฉันเป็นจริง ๆ ดังนั้นนี่คือวิธีที่ฉันยอมรับผู้ป่วยของฉัน

เรามีพลังที่จะเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้คนด้วยหัวใจของเราและเพียงไม่กี่ขีดเขียนของปากกา เรามีแนวทางและคำแนะนำที่จำเป็น การเข้าถึงการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ระดับโลก และความมุ่งมั่นที่จะเปิดกว้างและเต็มใจช่วยเหลือทุกคน เราไม่มีสิทธิ์ที่จะไม่ทำสิ่งนี้

ดาริน่า ดมิทรีเยฟสกา, แพทย์ครอบครัว

เมื่อมองผิวเผิน สังคมยูเครนดูมีความเป็นเอกภาพค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับสังคมอื่น ๆ ผู้คนมีสีผิวเดียวกัน ส่วนใหญ่ศรัทธาในศาสนาเดียวกันเป็นจำนวนมาก ใช้ภาษาหนึ่งหรือสองภาษาเป็นหลัก และเติบโตมาในบริบททางวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกันในระดับหนึ่ง บนผิวเผิน ทุกคนดูเหมือนกัน และ 'ความปกติ' ชัดเจน. หลังจากหลายทศวรรษของนโยบายสถาบันของสหภาพโซเวียต เมื่อผู้คนที่มีความเบี่ยงเบนใด ๆ จาก
โดยการทำให้ 'บรรทัดฐาน'
มองไม่เห็นและแยกออกจากสังคมภายในสถาบันที่แยกต่างหากหลังรั้วสูง

เราได้คุ้นเคยกับการหลีกเลี่ยงความหลากหลายและล้มเหลวในการสังเกตเห็นมันในชีวิตประจำวันของเรา ดังนั้น การพบเจอคนข้ามเพศเช่น Andriy อาจเป็นเรื่องที่น่าตกใจอย่างมากสำหรับหลายคน

–

สาเหตุหลักมาจากการขาดความรู้เกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศและการขาดประสบการณ์ในการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกของชุมชน LGBT

การซ่อนความแตกต่างของตนเองเป็นกลยุทธ์การเอาตัวรอดในรัฐเผด็จการโซเวียต
น่าเสียดายที่กลยุทธ์นี้ยังคงมีประสิทธิภาพจนถึงทุกวันนี้
ประสบการณ์เชิงลบกับบุคลากรทางการแพทย์
ซึ่งเกิดจากความลำเอียงที่ไม่ค่อยพบเห็นในสภาพแวดล้อมทางการแพทย์
ทำให้ความไว้วางใจลดลงอย่างมากจนผู้คนตัดสินใจไม่ขอความช่วยเหลือ
เพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับความหยาบคายและความทุกข์ทรมานเพิ่มเติม
แพทย์ปฏิเสธที่จะให้การรักษาแก่ผู้ป่วยที่ 'แตกต่าง' ในหลายๆ ด้าน
ไม่ใช่การพูดเกินจริงที่จะกล่าวว่าผู้คนกำลังเสียชีวิตโดยปราศจากความช่วยเหลือที่พวกเขาต้องการ บนกระดาษ พวกเขาถูกฆ่าโดยโรคมะเร็งหรือโรคหลอดเลือดสมอง แต่ในความเป็นจริง พวกเขาถูกฆ่าด้วยความไม่แยแส การปฏิเสธ และความไม่เข้าใจ

ลยุคเจนิว มีความเฉยเมย, การปฏิเสธ

และความเข้าใจผิด

การกระจายอำนาจ, การโลกาภิวัตน์, การเคลื่อนย้าย, การแพร่กระจายของ เทคโนโลยีใหม่ ๆ และการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในด้านการสื่อสาร
กำลังปรับเปลี่ยนความเข้าใจของเราเกี่ยวกับสิ่งที่ถือว่าเป็นมาตรฐานมากขึ้น
ความหลากหลายกำลังเข้ามาแทนที่ความเหมือนกันเป็นมาตรฐาน สังคมโดยรวม
และระบบการแพทย์โดยเฉพาะ กำลังเผชิญกับความท้าทายใหม่ ๆ
เราจะสามารถปรับตัวให้เข้ากับความหลากหลายได้อย่างไร?
เราจะสามารถรับประกันการเข้าถึงการแพทย์ที่เท่าเทียมกันสำหรับผู้ที่มีความพิการต่าง ๆ ได้อย่างไร?
เราจะสามารถลดความไม่เท่าเทียมกันและรับประกันการให้บริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุมทุกคนได้อย่างไร? เราจะสามารถคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของกลุ่มสังคมวัฒนธรรมต่าง ๆ ได้อย่างไรเมื่อวางแผนการให้บริการทางการแพทย์?

สิ่งนี้ต้องการความพยายามอย่างมากในการสำรวจโลกที่ไม่คุ้นเคยสำหรับพวกเรา
ผู้คนและวัฒนธรรม 'อีกฝั่งหนึ่ง' เพื่อเรียนรู้ภาษาต่างๆ (รวมถึงการสื่อสารที่ไม่ใช้ความรุนแรง)
และมีส่วนร่วมในการสนทนา แต่เหนือสิ่งอื่นใด
ความเปิดกว้างนี้ต้องการให้เราเรียนรู้และทบทวนตนเอง ค่านิยมของเรา และผู้คนรอบข้างเรา
อันดริยไม่ได้เป็นผู้ที่ควรถูกตำหนิเพียงเพราะแตกต่าง
เขาต้องการการยอมรับและความเคารพเช่นเดียวกับทุกคนที่อยู่รอบตัวเรา

ความหลากหลายแทนที่ความเหมือนกน

เป็นบรรทัดฐาน

ระหว่างการหารือของเราเกี่ยวกับความแตกต่างและความอดทน
เราได้ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการตรวจสอบอคติของเราเอง ท้ายที่สุดแล้ว
เราจะสอนความอดทนและการไม่เลือกปฏิบัติให้ผู้อื่นได้อย่างไร หากเราเองยังมีความคิดเช่นนั้น

ช่องว่าง? อคติและการตีตรา ซึ่งไม่ช้าก็เร็วอาจยกระดับไปสู่การลดทอนความเป็นมนุษย์ เกิดขึ้นท่ามกลางการขาดการติดต่อและประสบการณ์ส่วนตัวในการมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบางกลุ่ม ท่ามกลางคำพูดที่สร้างความเกลียดชัง ความหวาดกลัวคนต่างชาติ การเหยียดเชื้อชาติ และรูปแบบอื่นๆ ของการเลือกปฏิบัติ (การเหยียดเพศ, การเหยียดอายุ, ฯลฯ) ที่ได้รับการส่งเสริมอย่างเปิดเผยในสังคมสาธารณะ ดังนั้น ภารกิจหลักของเราในการเตรียมหลักสูตรนี้คือการระบุอคติของเราเองและทำงานผ่านมันไป

ในส่วนนี้
เราได้เปิดหน้าต่างสู่โลกแห่งค่านิยมและทักษะการสื่อสารที่จะช่วยให้คุณรับมือกับประเด็นการจัดการความหลากหลายได้ดีขึ้น และเพิ่มความอดทนต่อผู้คนและมุมมองของพวกเขา เนื่องจากความหลากหลายในระดับสูงภายในกลุ่มนักเรียนและชุมชนทางการแพทย์ คุณจำเป็นต้องมีทักษะในการอำนวยความสะดวกและการจัดการความตึงเครียดภายในกลุ่มเป็นพิเศษ

วัตถุประสงค์:

ทัศนคติ	ความรู้	ทักษะ
แนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นพื้นฐานของปรัชญาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ความอดทนและความหลากหลาย	วิธีการและเหตุผลในการทำงานร่วมกับผู้คนที่หลากหลายและให้เกียรติพวกเขาในฐานะมนุษย์

ข้อความสำคัญ:

หลักการพื้นฐานในการทำงาน
กับคนต่างกัน – ปฏิบัติ
บุคคลในฐานะปัจเจกชน
แม้ว่าเราอาจจะ
หรืออย่าแบ่งปันของพวกเขา
การมองเห็นตนเอง การเยียวยาตนเอง หรือโลก
ของพวกเขาในฐานะมนุษย์ ไม่ใช่แค่
อคติของเราเอง

สิ่งที่ควรสอน:

- อคติและการเลือกปฏิบัติ
- รูปแบบของการเลือกปฏิบัติในการปฏิบัติทางการแพทย์
- ความอดทนและการยอมรับ
- ประเด็นที่ละเอียดอ่อนในการปฏิบัติทางการแพทย์: ภาษา, สัญญาณที่ไม่ใช้คำพูด, ทัศนคติทางวัฒนธรรม, ความเชื่อทางศาสนา, เพศวิถี
- ประเด็นสำคัญของการประยุกต์ใช้แบบจำลอง Calgary-Cambridge และการพัฒนาทักษะที่มุ่งเน้นการสำรวจและเคารพคุณลักษณะและค่านิยมทางวัฒนธรรม – การฟัง การรวบรวมข้อมูล การจัดโครงสร้างการปรึกษาหารือ และการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย
- โปรโตคอล BALANCE
- ทำงานกับครอบครัวและเด็ก
- รายละเอียดเกี่ยวกับการทำงานร่วมกับสมาชิกของกลุ่มต่าง ๆ ที่มักถูกกีดกันในสังคมเนื่องจากเพศสภาพ, อัตลักษณ์ทางเพศ, อายุที่มากขึ้น, ความพิการ หรือภาวะสุขภาพจิตของพวกเขา

วิธีการสอน:

การสะท้อนถึงความหลากหลายของอคติส่วนบุคคลภายในกลุ่มและระดับความตระหนักรู้เกี่ยวกับอคติเหล่านี้

บทบาทสมมติหรือกรณีศึกษา:
การอภิปรายในกลุ่มใหญ่และ/หรือกลุ่มย่อย

การดูและวิเคราะห์วิดีโอพร้อมตัวอย่างต่าง ๆ

ห้องสมุดมีชีวิต' ที่มีตัวแทนจากกลุ่มต่าง ๆ และสร้างโอกาสให้ได้รับประสบการณ์ทางปฏิบัติภายในองค์กรและสถาบันเพื่ออำนวยความสะดวกให้เกิดการติดต่อโดยตรงและการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับผู้คนจากกลุ่มสังคมวัฒนธรรมต่าง ๆ

สรุป:

ผู้ป่วยสมควรได้รับความเคารพเพียงเพราะพวกเขาเป็นมนุษย์
พวกเขาไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามแนวคิดของใครก็ตามเกี่ยวกับสิ่งที่เรียกว่า 'ปกติ'

เพื่อที่จะสมควรได้รับการปฏิบัติอย่างมีศักดิ์ศรี

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะแตกต่าง มีสิทธิที่จะเชื่อในสิ่งที่แตกต่างจากสิ่งที่เราคุ้นเคย
มีสิทธิที่จะปฏิเสธบางสิ่ง หรือในทางกลับกัน ขอให้คำนึงถึงลักษณะเฉพาะของตน

สิ่งสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์คือการตระหนักถึงอคติของตนเองและพยายามแก้ไขมัน
ประสบการณ์และการติดต่อโดยตรงกับผู้ที่ไม่เข้ากับกรอบแคบของ 'มาตรฐาน'
ที่เหมือนกันทั้งหมดเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการจัดการกับอคติ

ผู้คนที่ถูกกีดกันมากที่สุดในสังคมมักเป็นเป้าหมายของการเลือกปฏิบัติและการมีอคติ
พวกเขามักจะไวต่อการรับรู้ทั้งคำพูดและการกระทำที่ไม่เป็นคำพูดที่บ่งบอกถึงการปฏิบัติต่อพวกเขา

สิ่งสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์คือการให้การดูแลรักษาโดยไม่ตัดสินผู้ป่วยและรักษาระยะห่างในการสื่อสารอย่างมืออาชีพ เครื่องมือ CBM
ช่วยพัฒนาทักษะการสื่อสารเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารการทำงานที่มีแนวคิดที่ละเอียดมากขึ้น ตัวอย่างของคำถามทดสอบที่เป็นไปได้ และรายการหนังสือที่แนะนำ

สามารถพบได้ในส่วนที่สองของคู่มือ และผ่าน QR codes ในส่วนที่เกี่ยวข้องของส่วนที่สองของคู่มือ (หน้า 340)

ส่วน 2

รวบรวมหลักสูตร รวบรวมหัวข้อจากการสอน และวิธีการสำหรับชั้นเรียน

นีคือตัวอย่างของเอกสารประกอบการเรียนที่เราได้เตรียมไว้ระหว่างการพัฒนาหลักสูตรและคู่มือการใช้งาน
เราได้พยายามอย่างเต็มที่ในการทำให้โครงสร้างของเอกสารเหล่านี้เป็นมาตรฐาน
แต่บางครั้งก็ไม่สามารถทำได้
เนื่องจากเอกสารเหล่านี้ถูกจัดทำขึ้นสำหรับกิจกรรมที่แตกต่างกัน
และโดยผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน
ดังนั้นเราจึงเห็นพ้องกันว่าความแตกต่างเล็กน้อยจะไม่เป็นปัญหา

โปรดทราบ! ที่ท้ายของแต่ละส่วน คุณจะพบลิงก์และคิวอาร์โค้ดสำหรับเข้าถึงเวอร์ชันเต็มของเอกสาร (ใช่แล้ว คุณถูกต้อง – ไม่สามารถนำทุกอย่างมาไว้ในหนังสือที่พิมพ์ได้) – ดังนั้น แผนการสอนจำนวนมาก คำถามทดสอบ และลิงก์ไปยังวิดีโอและเอกสารอ่านที่แนะนำสามารถพบได้ในเวอร์ชันดิจิทัลเต็ม เราได้รักษาสไตล์, ไวยากรณ์ และการสะกดของเอกสารไว้ในเวอร์ชันดิจิทัลเช่นกัน

เราหวังว่าความคิดและวิธีการที่ระบุไว้ด้านล่างจะเป็นประโยชน์แก่คุณ
และสร้างแรงบันดาลใจให้คุณนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงไม่ว่าคุณจะอยู่ที่ใด

หัวข้อที่ 1

แนวทางที่มุ่งเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง

หัวข้อที่ 1

แนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ออกแบบอย่างพิถีพิถันโดย ยูเลีย ทิคโฮลาซ และ เยลิซาเวตา ชุนโก



ยูเลีย ทิคโฮลาซ,
อาจารย์ประจำคณะกรรมการหลักสูตรวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ,
วิทยาลัยการแพทย์วินนิตเซีย ชื่อตามนักวิชาการ ดานิลโล
ซาโบโลตนี



เยลิซาเวตา ชุนโก, หัวหน้าภาควิชาทารกแรกเกิด,
มหาวิทยาลัยการแพทย์แห่งชาติแพลตัน ชูปิค ประเทศยูเครน

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

- เพื่อเข้าใจหลักการของแนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางและประโยชน์เมื่อนำไปใช้กับการสื่อสารทางการแพทย์/การพยาบาล

ทัศนคติ	ความรู้	ทักษะ
แนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นพื้นฐานของปรัชญาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	หลักการของแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ข้อดีของแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หลักการสื่อสารทางการแพทย์ในแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

ส่วนขององค์กร, บทนำสู่หลักสูตร – **15 นาที**. การบรรยายสั้น ๆ

(ภาพรวมของเนื้อหาทางทฤษฎี) – **20 นาที**.

การสะท้อนความคิดของนักเรียนชั่วคราว – **10 นาที**.

งานกรณีศึกษาในกลุ่มย่อย – **15 นาที**

การอภิปรายกรณีศึกษา (สรุปบทเรียน) – **15 นาที**

การสะท้อนคิดครั้งสุดท้าย การทดสอบครั้งสุดท้ายเพื่อประเมินความรู้ทางทฤษฎี (แบบอิเล็กทรอนิกส์หรือแบบกระดาษ) – **15 นาที**

รวมทั้งหมด – 90 นาที

เอกสารประกอบการเรียน

ส่วนที่ 1 ทฤษฎี วัสดุการสอนการจัดการชั้นเรียนเชิงบวก

หลักการของแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

หนึ่งในลักษณะที่สำคัญที่สุดของการดูแลสุขภาพในศตวรรษที่ 21
คือการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจากบทบาทของ 'ผู้ตกเป็นเหยื่อของสถานการณ์'
ไปสู่การเป็นผู้มีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในกระบวนการรักษา
การร่วมมือกับสาธารณชนและการให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับการเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนและผู้ป่วยได้ถูกกำหนดให้เป็นวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ที่สำคัญที่สุดของระบบการดูแลสุขภาพของยุโรป
การนี้กำหนดให้จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนทิศทางการดูแลสุขภาพไปสู่การดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

แนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางคืออะไรและเกี่ยวข้องกับอะไรบ้าง?

แนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางคือวิธีการให้บริการด้านสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการและคุณค่าเฉพาะบุคคลของผู้ป่วย
โดยคำนึงถึงความปรารถนาและความชอบของผู้ป่วยเมื่อทำการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาของตนเอง

แก่นแท้ของแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางคืออะไร?

ในระดับการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน
ความแตกต่างหลักระหว่างกลยุทธ์การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางกับรูปแบบการดูแลแบบดั้งเดิมคือ การมุ่งเน้นที่สุขภาพโดยรวมของบุคคล
ผู้ป่วยถูกมองไม่เพียงแต่ในบริบทของภาวะเฉพาะที่พวกเขาได้มาขอรับการรักษาเท่านั้น
แต่ยังรวมถึงบริบทของชีวิตประจำวันของพวกเขาด้วย
ซึ่งรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมตลอดช่วงชีวิตของพวกเขา
การเพิ่มคุณภาพชีวิตให้สูงสุดเป็นเป้าหมายสำคัญของการรักษา

วิวัฒนาการของแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

แนวคิดเรื่องแนวทางที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้เกิดขึ้นเมื่อหลายทศวรรษที่ผ่านมา
เพื่อเป็นแนวทางตรงข้ามกับแนวทางแบบดั้งเดิมที่เน้นการปกครองแบบพ่อปกครองลูก

ซึ่งส่งเสริมแนวคิดที่ว่า "แพทย์รู้ดีที่สุด"

แบบจำลองการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยทางชีวการแพทย์มีอยู่เป็นเวลาหลายศตวรรษ และมุ่งเน้นไปที่อาการของโรคของผู้ป่วยเป็นหลัก ในช่วงปลายทศวรรษ 1970 จอร์จ เองเกล แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและจิตแพทย์ชาวอเมริกัน ได้เสนอโมเดลชีวจิตสังคม ซึ่งคำนึงถึงไม่เพียงแต่แง่มุมทางชีวภาพของโรคเท่านั้น แต่ยังรวมถึงปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคมที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการดำเนินของโรคและการฟื้นตัวด้วย

แบบจำลองชีวจิตสังคมมีพื้นฐานมาจากแนวทางแบบองค์รวมต่อมนุษย์ (มาจากคำในภาษากรีก holos – ทั้งหมด) ซึ่งหมายถึง 'ความเป็นหนึ่งเดียว' ในขณะที่แบบจำลองชีวการแพทย์มุ่งเน้นไปที่โรคเป็นหลัก มุมมองแบบองค์รวมเกี่ยวกับสุขภาพถือว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยมีหลายประการ ดังนั้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยและสถานการณ์ต่างๆ ที่บุคคลพบเจอ และวิธีที่สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อสภาพของพวกเขา
โมเดลชีวการแพทย์จำกัดการอธิบายความเจ็บป่วยไว้เพียงปัจจัยทางชีวภาพเท่านั้น

ตามแบบจำลองชีวจิตสังคม พฤติกรรมของมนุษย์มีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพ; สามารถเพิ่มความเสี่ยงของการเจ็บป่วยหรือช่วยในการฟื้นตัวได้ อย่างไรก็ตาม แบบจำลองแบบบิดาผู้ปกครองได้ยืนยันว่าผู้คนไม่มีความรับผิดชอบต่อโรคภัยไข้เจ็บของตน การไม่มีโรคภัยไข้เจ็บเป็นสัญญาณของสุขภาพทางร่างกายที่ดี

แบบจำลองชีวการแพทย์	แบบจำลองชีวจิตสังคม
มุ่งเน้นไปที่โรค	แนวทางแบบองค์รวม
สาเหตุของโรคจะถูกพิจารณาเป็นอันดับแรกก่อนปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย	สมมติว่าสุขภาพและความเจ็บป่วยมีความเชื่อมโยงกับสาเหตุหลายประการ ซึ่งมีผลกระทบที่แตกต่างกัน
คำอธิบายทางชีววิทยาที่ 'ง่าย' ของโรค;	การแพทย์แบบองค์รวมพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดโรค
ผู้คนไม่ต้องรับผิดชอบต่อโรคภัยไข้เจ็บของตนเอง	พฤติกรรมของมนุษย์มีผลกระทบต่อเกี่ยวกับสุขภาพของพวกเขา; ผู้คนสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมของพวกเขาได้
การไม่มีโรคเป็นสัญญาณของสุขภาพกายที่ดี	

แนวทางการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้พัฒนาและยังคงพัฒนาควบคู่ไปกับแบบจำลองชีวจิตสังคม
การนำแบบจำลองชีวจิตสังคมมาใช้จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงในทัศนคติของแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเข้าใจว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีสิทธิในการมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง ในช่วงปลายทศวรรษ 1970 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศถึงความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องมีบทบาทอย่างแข็งขันและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เพื่อยกระดับทั้งคุณภาพและประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้แนวทางที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางกลายเป็นเอกลักษณ์สำคัญของ "การแพทย์ที่ดี"

องค์ประกอบของแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

นักวิจัยในปัจจุบันระบุองค์ประกอบต่อไปนี้ของแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง:

ความเห็นอกเห็นใจคือความสามารถในการฟังและได้ยิน, การมีความรู้สึกเห็นใจ และให้การสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ที่ได้รับการดูแลทางการแพทย์
ความเห็นอกเห็นใจหมายถึงการมีสติสัมปชัญญะอย่างเต็มที่ในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย และเข้าใจสถานการณ์ของพวกเขา

ความเคารพ – หมายถึงการปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยการให้เกียรติต่อทางเลือก ความต้องการ ความเชื่อ และคุณค่าที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลครบถ้วนแล้วด้วยความเคารพ; การรักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
การยอมรับในความสมบูรณ์และความรับผิดชอบของผู้ป่วยควบคู่ไปกับสภาวะทางอารมณ์ของพวกเขา

การมีส่วนร่วมหมายถึงมากกว่าการเพียงแค่จัดสรรเวลาเพื่อโต้ตอบกับผู้ป่วยเท่านั้น
มันหมายถึงความต้องการที่จะเข้าใจผู้ป่วยและได้รับความเข้าใจในมุมมองของผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานการณ์หรือโรคของพวกเขา (ความวิตกกังวล ความรู้สึก ความคาดหวัง ฯลฯ)
บุคลากรทางการแพทย์ต้องมีความเอาใจใส่และมุ่งมั่น

ความสัมพันธ์ – สิ่งนี้หมายถึงการมีความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งเป็นความร่วมมือที่เกิดจากความรับผิดชอบร่วมกัน

การสื่อสารเป็นการโต้ตอบสองทางระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย
เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูล ผ่านการสื่อสาร
ค่านิยมและมุมมองของผู้ป่วยจะได้รับการรับฟังและนำมาพิจารณาในการตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับสุขภาพของพวกเขา

การตัดสินใจร่วมกันหมายถึงการที่บุคคลมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในกระบวนการรับการดูแลทางการแพทย์ ซึ่งรวมถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ การมีอิสระ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

แนวทางแบบองค์รวมตระหนักว่าทุกแง่มุมของชีวิตผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อสุขภาพของพวกเขา
ปัจจัยที่ไม่ใช่ทางการแพทย์สามารถส่งผลต่อความเจ็บปวยหรือการฟื้นตัวได้
ดังนั้นจึงต้องนำมาพิจารณาในกระบวนการให้การดูแลทางการแพทย์

แนวทางแบบองค์รวมเป็นพื้นฐานของแบบจำลองชีวจิตสังคม

แนวทางที่ปรับให้เหมาะกับบุคคล – ซึ่งเชื่อมโยงกับแนวทางแบบองค์รวม – ประกอบด้วยการตรวจสอบแง่มุมต่าง ๆ ของชีวิตของผู้ป่วยที่อาจมีอิทธิพลต่อกระบวนการให้การดูแลทางการแพทย์

การประสานงานการดูแลเกี่ยวข้องกับการร่วมมือและการร่วมมือกันระหว่างประเภทและระดับต่าง ๆ ของการดูแลทางการแพทย์ตลอดจนบริการอื่น ๆ (สังคม, จิตวิทยา และครอบครัว)

แนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสามารถมอบอะไรได้บ้าง?

1. ความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพสูงและไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ความสามารถในการให้ข้อมูลและแสดงความเห็นอกเห็นใจ – นี่คือปัจจัยกระตุ้นที่แข็งแกร่งที่สุดสำหรับความมุ่งมั่นของผู้ป่วยต่อกระบวนการรักษา และการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายของพวกเขาในกระบวนการนี้

2. เมื่อแพทย์หรือผู้ให้การรักษาแสดงให้เห็นว่าเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

3. ผู้ป่วยที่พอใจกับทัศนคติของแพทย์ของตนจะแสดงระดับความเป็นอยู่ทางจิตใจที่สูงขึ้น มีการร้องเรียนน้อยลง มีความเข้าใจในสภาพของตนเองดีขึ้น และมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการจัดการสุขภาพของตนเองมากขึ้น

หัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางคือการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย ในทางกลับกัน การเคารพผู้ป่วย การเข้าใจบริบทของพวกเขา และการยอมรับความรับผิดชอบของพวกเขาเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการหมดไฟของแพทย์

แนวคิดของการเป็นหุ้นส่วนที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความร่วมมือ หมายถึงการเปลี่ยนแปลงจากความเป็นแพทย์ผู้ปกครองแบบอำนาจนิยมไปสู่ความสัมพันธ์แบบมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ โดยแพทย์กลายเป็นผู้นำในการปฏิสัมพันธ์นี้ ดังนั้น ความสามารถในการสื่อสารจึงกลายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของทักษะการเป็นแพทย์มืออาชีพในด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และการทำงานเป็นทีม ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของความเป็นมืออาชีพทางการแพทย์ และสิ่งนี้สามารถและควรได้รับการเรียนรู้ตลอดชีวิตการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพ

> *เมื่อแพทย์แสดงความเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วย ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของทักษะการสื่อสารของแพทย์แสดงให้เห็นว่าการลดความเครียดทางอารมณ์ของผู้ป่วยมีความเชื่อมโยงกับการตอบสนองที่เข้าอกเข้าใจของแพทย์ต่อปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ป่วย รวมถึงการเข้าถึงและความชัดเจนของข้อมูลที่แพทย์ให้ด้วย ผู้ป่วยที่พอใจกับทัศนคติของแพทย์มีระดับความเป็นอยู่ทางจิตที่ดีขึ้น, มีการร้องเรียนน้อยลง,*

เข้าใจสภาพของตนเองดีขึ้น และมีแนวโน้มที่จะรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองมากขึ้น

สตีเวิร์ต และคณะ (2000) ได้สาธิตว่า การที่แพทย์มีแนวทางที่ปรับให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล การติดต่อทางสายตา และการอธิบายอย่างละเอียดเกี่ยวกับโรค มีความเกี่ยวข้องกับความไม่สบายที่น้อยลง ความวิตกกังวลที่น้อยลง และการปรับปรุงทางสุขภาพจิตที่ดีขึ้นในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง...
การศึกษาได้แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของจิตสังคม

ปัจจัยที่มีผลต่อการบรรลุภาวะทุเลาในผู้ป่วยมะเร็ง คือ ผู้ป่วยสามารถรับมือกับความเครียดที่เกิดจากโรคได้ดีกว่า มีความไว้วางใจในแพทย์มากกว่า และส่งผลให้มีความสม่ำเสมอในการรักษาระดับสูง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการสื่อสารกับแพทย์มีความสัมพันธ์อย่างมากกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลทางการแพทย์โดยรวม

หลักการสื่อสารทางการแพทย์ในแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

หลักการสำคัญของการสื่อสารทางการแพทย์ประกอบด้วย:

- การฟังอย่างเข้าอกเข้าใจ – การมีส่วนร่วมในสภาวะอารมณ์ปัจจุบันของผู้อื่นอย่างมีสติ โดยไม่ละเลยที่มาภายนอกของประสบการณ์นั้น
- การฟังอย่างตั้งใจ – สะท้อนความรู้สึก, ถามคำถามปลายเปิด
- ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย;
- การยอมรับคุณค่าของประสบการณ์ของผู้ป่วย

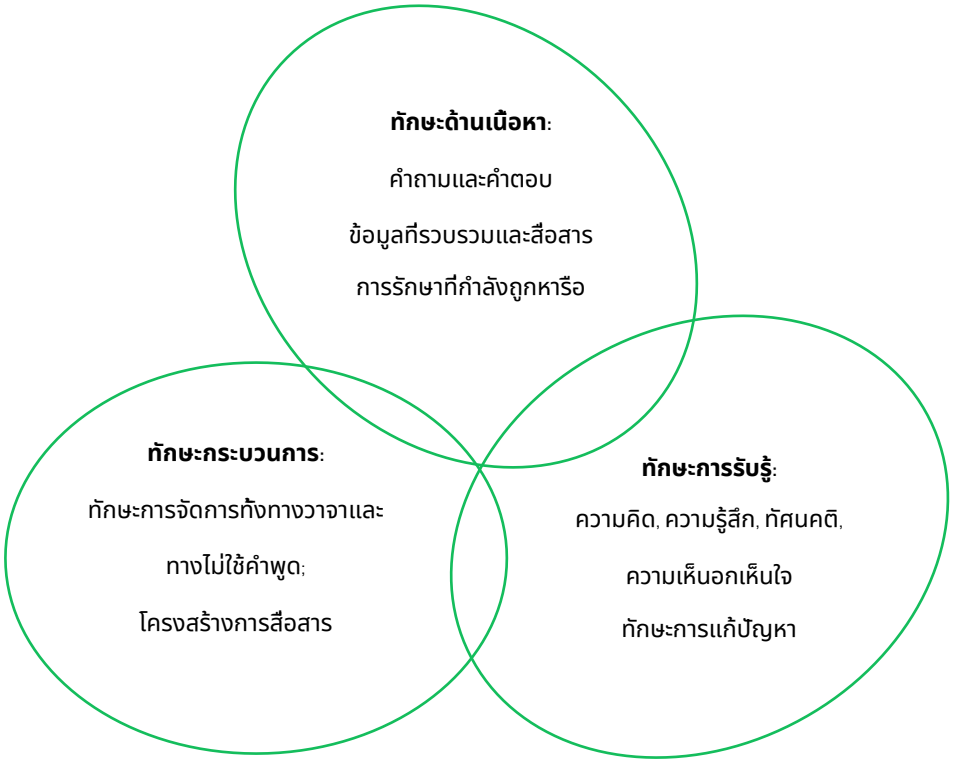
เพื่อเป็นแผนงานในการนำหลักการของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพไปปฏิบัติ เราขอเสนอให้ใช้รูปแบบทักษะการสื่อสารที่พัฒนาโดย Silverman และคณะ (รูปที่ 1.1) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาทักษะหลักสามประการที่เชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออก ได้แก่

- ทักษะด้านเนื้อหา – สิ่งที่แพทย์กล่าว
- ทักษะกระบวนการ – วิธีการสื่อสารของแพทย์
- ทักษะการรับรู้ – สิ่งที่แพทย์คิดและรู้สึก

การนำแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมาใช้ต้องดำเนินการในทุกระดับ ทุกอย่างเริ่มต้นจากการเปลี่ยนแปลงมุมมองที่แคบของบุคลากรทางการแพทย์และทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วย ขั้นตอนต่อไปคือการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

หรือระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ

รูปที่ 4: ประเภทของทักษะการสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างกัน
(ตามที่ซิลเวอร์แมนกล่าว)



ผู้ป่วย ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ
และรัฐต้องจัดตั้งระบบร่วมกันเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ
ซึ่งในระยะยาวจะช่วยส่งเสริมการพัฒนาการแพทย์ที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ทำไมระบบการดูแลสุขภาพสมัยใหม่ควรมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง?

การนำแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมาใช้เป็นหลักการสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นประชาชน
การให้การดูแลสุขภาพโดยยึดแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีส่วนช่วยในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนข้อ 3
ตามที่ระบุไว้ในเอกสารของสหประชาชาติว่าด้วยสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนข้อ 3
มุ่งมั่นที่จะให้ทุกคนมีชีวิตที่แข็งแรงและมีความสุขตลอดทุกช่วงวัย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนี้ ได้มีการระบุภารกิจหลายประการไว้ รวมถึงการนำระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้ามาใช้
ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าหมายถึงการคุ้มครองจากความเสี่ยงทางการเงิน
การเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

และการเข้าถึงยาและวัคซีนที่จำเป็นซึ่งปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

การมีแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีส่วนช่วยในการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้าอย่างไร?

ทุกคนมีการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งประกอบไปด้วย:

- **ร่วม**ผลิตบริการดูแลสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน
- บริการที่มีการประสานงานเพื่อให้การ**ดูแลรักษาต่อเนื่อง**
- บริการที่**ครอบคลุม** ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ทันเวลา และเข้าถึงได้
- **ผู้ให้บริการ**ทุกคนมีแรงจูงใจ มีความรู้และทักษะที่เหมาะสม และทำงานในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน

กลยุทธ์หลักขององค์การอนามัยโลกสำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อดำเนินการตามแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง:

1. การเสริมสร้างพลังและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ใช้บริการ และชุมชนท้องถิ่นในการมีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพ การให้บริการด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นร่วมกันเป็นวิธีหนึ่งในการดำเนินกลยุทธ์นี้

2. เสริมสร้างการกำกับดูแลและความรับผิดชอบของระบบการดูแลสุขภาพต่อหน่วยงาน ภาครัฐ ผู้ซื้อบริการ และชุมชน

3. ปรับรูปแบบการให้บริการดูแลสุขภาพโดยนำแนวทางการบริหารจัดการที่ทันสมัยและนวัตกรรมมาใช้ในการให้บริการด้านสุขภาพ; หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ รูปแบบใหม่ของการดูแลสุขภาพ

4. ประสานงานและเสริมสร้างความเชื่อมโยงระหว่างระบบสาธารณสุขกับผู้ให้บริการด้านอื่นๆ โดยเฉพาะบริการทางสังคม จิตวิทยา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และบริการที่คล้ายคลึงกัน

5. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยผ่านการปรับปรุงกฎหมาย การพัฒนานโยบายสุขภาพและการนำไปปฏิบัติ การติดตามและประเมินผล ฯลฯ

เพื่อสรุปส่วนทฤษฎี

แนวทางการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นวิธีการให้บริการด้านสุขภาพที่คำนึงถึงค่านิยม ความปรารถนา และความชอบของผู้ป่วย รวมถึงให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา

แนวทางที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางถูกนำมาใช้ในศตวรรษที่แล้วเพื่อเป็นแนวทางตรงข้ามกับการปกครองแบบเผด็จการทางการแพทย์และการพัฒนาแบบจำลองชีวจิตสังคม

แนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นปรัชญาและวิธีคิดใหม่ที่ยึดถือการเคารพและเห็นอกเห็นใจผู้ที่ได้รับการดูแลทางการแพทย์
โดยคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของพวกเขาด้วย

แนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมองสุขภาพไม่ใช่เพียงแค่การปราศจากโรคภัย แต่เป็นชีวิตที่สมบูรณ์ของบุคคล เป็นสภาวะแห่งความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

การมีแนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการรับประกันการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

การสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป้าหมายที่ 3 เกี่ยวกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง:

- อยู่บนพื้นฐานของแนวทางการบริหารจัดการสมัยใหม่ในการให้บริการด้านสุขภาพ;
- เกี่ยวข้องกับการประสานงาน การมีปฏิสัมพันธ์ และการบูรณาการของประเภทและระดับต่าง ๆ ของการดูแลสุขภาพ รวมถึงการเชื่อมโยงกับบริการทางสังคมอื่น ๆ
- สร้างขึ้นบนหลักการของความคุ้มค่า
- ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ทันสมัย

ส่วนที่ 2. งานปฏิบัติ กรณีศึกษาเพื่อการอภิปราย

บทนำสู่กรณีศึกษา

กรณีนี้สามารถแสดงออกมาหรือจินตนาการเป็นการเล่นบทบาทสมมติ
หรือคุณสามารถเพียงแค่ 'ลองนึกภาพ' สถานการณ์ของการสนทนาดังกล่าวในใจของคุณ

เปรียบเทียบสถานการณ์แบบดั้งเดิมกับสถานการณ์ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
และพิจารณาคำตอบสำหรับคำถามต่อไปนี้:

- แพทย์สามารถให้การดูแลที่เพียงพอได้หรือไม่
  หากขาดบริบทและความเข้าใจในพฤติกรรมหรือการตัดสินใจของผู้ป่วย?
- อะไรที่ส่งเสริมหรือขัดขวางความเต็มใจของผู้ป่วยในการแบ่งปันรายละเอียดและสถานการณ์ต่างๆ?
- ผู้ป่วยอาจรับรู้การสื่อสารกับแพทย์แตกต่างกันอย่างไร
  ขึ้นอยู่กับว่าแพทย์แสดงความเห็นอกเห็นใจหรือไม่
- การแสดงความเห็นอกเห็นใจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกจริงหรือไม่?

ก่อนอื่น เราจะพิจารณาจากมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงการอธิบายถึงสถานะสุขภาพของเธอ ตลอดจนความเชื่อและสถานการณ์บางอย่างของเธอ ต่อมา เราจะนำเสนอจากมุมมองของแพทย์
เพื่อให้คุณเข้าใจถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจและแนวทางในการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย

นี่คือบทสนทนาสมมติสองกรณี ในกรณีแรก แพทย์ใช้แนวทางแบบผู้ปกครองที่สั่งการ ในกรณีที่สอง ใช้แนวทางที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

(หมายเหตุ: บทสนทนานี้อ้างอิงจากการสังเกตการณ์จริงหลายปีเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แต่เป็นสถานการณ์สมมติ)

ผ่านสายตาของผู้ป่วย

มาเรียเป็นผู้หญิงอายุ 66 ปี ซึ่งได้รับการฟอกเลือดมาเป็นเวลา 6 เดือน

เธอได้เริ่มคุ้นเคยกับตารางเวลาที่เคร่งครัดในที่สุด
ซึ่งในสามวันต่อสัปดาห์ถูกจัดสรรไว้เพื่อการเตรียมตัวสำหรับขั้นตอนการรักษาและเดินทางไปกลับศูนย์ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
มาเรียรู้สึกถึงอารมณ์เชิงลบและความไม่สบายอย่างมากจากขั้นตอนการรักษาเอง
ซึ่งใช้เวลาหลายชั่วโมง เธอไม่ชอบที่มันใช้เวลาไปมากขนาดนี้ เธออาจใช้เวลาอยู่กับหลาน ๆ ของเธอ, เพลิดเพลินกับความอบอุ่นและความสบายในบ้านของเธอเอง, แต่สิ่งนี้คือการเสียสละที่เธอได้ทำอย่างตั้งใจ

มาเรียต้องดิ้นรนกับน้ำหนักและโรคเบาหวานมาเป็นเวลานานแล้ว เธอพยายามทำตามกฎใหม่ ๆ และคำแนะนำเกี่ยวกับการกินจากแพทย์ของเธอ แต่เธอก็พบว่ามันยาก และเธอมีความจำไม่ดีเหมือนเมื่อก่อน
เธอรู้สึกสับสนอย่างมากเมื่อแพทย์ของเธอให้ข้อมูลเกี่ยวกับโปรตีน ฟอสฟอรัส และโพแทสเซียมกับเธออย่างมากมาย
เธอควรรับประทานยาที่มีฤทธิ์ฝาดเมื่อรับประทานอาหารที่มีโพแทสเซียมหรือฟอสฟอรัสสูงหรือไม่? (และอีกอย่าง เธอควรรับประทานโปรตีนให้มากขึ้น แต่ชีสไม่มีโปรตีนดังนั้นดูเหมือนว่าชีสจะเหมาะสมสำหรับเธอ) มันช่างสับสนจริงๆ!) นอกจากนี้ เธอยังเกลียดรสชาติของยาที่ช่วยควบคุมอาการของเธอ - มันทำให้เธอท้องผูก - ดังนั้นเธอจึงมักหลีกเลี่ยงการกินยาเหล่านั้น

นอกเหนือจากแผนการรักษาใหม่แล้ว
มาเรียยังพบว่าการออกกำลังกายและการควบคุมงบประมาณอาหารเป็นเรื่องยาก
ด้วยข้อจำกัดใหม่เหล่านี้ เธอรู้สึกว่าอาหารทุกอย่างมีราคาแพงขึ้นมาก ไม่มีผลไม้และผักกระป๋องอีกแล้ว ไม่มีมันฝรั่ง ไม่มีข้าวผัด – อาหารและจานที่เคยดูเหมือนถูกและง่าย
แต่เธอถูกบอกว่าสภาพของเธอไม่อนุญาตให้เธอกินพวกมันอีกต่อไป เมื่อเร็ว ๆ นี้ ในระหว่างการปรึกษาหารือ แพทย์ได้ค้นพบว่ามาเรียเคยกินมักกะโรนีและชีสค่อนข้างบ่อย

บางครั้งเจ้าหน้าที่ที่หน่วยฟอกไตปฏิบัติต่อมาเรียเหมือนกับว่าเธอไม่สนใจสุขภาพของตัวเองหรือไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

แต่ในความเป็นจริง เธอใส่ใจ! เธอจริง ๆ ดูแลตัวเองอย่างดีที่สุดที่เธอสามารถทำได้; เธอต้องการที่จะดูหลาน ๆ ของเธอเติบโตขึ้น เธอไม่ต้องการให้สุขภาพของเธอเสื อมลงต่อไป และเธอหวังว่าในที่สุดเธอจะได้โอกาสสำหรับการปลูกถ่ายไต

เธอรู้ ว่าเพื อที จะบรรลุทุกสิ งทุกอย่างเหล่านี้ เธอจำเป็นต้องรักษาสุขภาพให้ ดี และเธอรู้สึกว่าเธอกำลังทำอย่างเต็มที่เพื่อที่จะปฏิบัติตามกฎเกณฑ์การกินที่ซับซ้อนเหล่านี้

ผ่านสายตาของแพทย์

อิรินา นักโภชนาการที่มีประสบการณ์ 20 ปี

อิรินาต้องรับมือกับผู้ป่วยทุกรูปแบบ
ตั้งแต่คนที่ท้าทายเธออย่างเปิดเผยด้วยการกินสิ่งที่เธอห้ามอย่างตรงไปตรงมา
ไปจนถึงผู้ป่วยที่หัวใจวายระหว่างฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
รวมถึงผู้ป่วยบางคนที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเธอและสามารถมีชีวิตอยู่ได้นานขึ้นมากด้วยการฟอกเลือด ในความเห็นของเธอ เธอเข้ากับพวกเขาส่วนใหญ่ได้ดี
แม้ว่าบางครั้งเธอสังเกตเห็นว่าบางคนแกล้งทำเป็นหลับเมื่อเธอเข้าไปใกล้
พวกเขาชอบเมื่อเธอเอา 'ขนมสำหรับการฟอกไต' มาให้เพื่อช่วยให้พวกเขาได้ผลการตรวจที่ดี

อิรินาได้รับแรงบันดาลใจให้กลายเป็นนักกำหนดอาหารในแผนกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากเรื่องราวของแม่ของเธอ ซึ่งต้องฟอกเลือดเป็นเวลานาน
ไม่เคยดูเหมือนจะปฏิบัติตามอาหารหรือแผนการรักษา และเสียชีวิตไปอย่างเร็วเกินไป
อิรินาต้องการช่วยเหลือผู้อื่นให้หลีกเลี่ยงกับดักนี้ เธอมีเอกสารแจกที่มีประโยชน์มากมาย
ทรัพยากร และคำแนะนำ โดยอาศัยประสบการณ์หลายปีของเธอ
เธอเคยเชื่อว่าหากผู้ป่วยได้รับข้อมูลและคำแนะนำทั้งหมดนี้
พวกเขาจะสามารถตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูล แต่เมื่อไม่นานมานี้ เธอเริ่มสงสัยมากขึ้นเรื่อยๆ
ว่าอะไรคือปัญหาในแรงจูงใจของผู้ป่วยของเธอ

แม้ว่าอิรินาจะแสดงรูปถ่ายให้พวกเขาดูว่าผิวของพวกเขาจะเป็นอย่างไรหากระดับฟอสฟอรัสสูงเกินไป
พวกเขาก็ยังไม่เปลี่ยนแปลงอาหารหรือรับประทานยาระงับฟอสฟอรัสอย่างสม่ำเสมอ
แม้ว่าเธอจะบอกพวกเขาอย่างชัดเจนว่าพวกเขาต้องทำอะไรเพื่อให้ได้ขึ้นบัญชีรอการปลูกถ่ายอวัยวะ
แต่ผู้ป่วยจำนวนมากก็ยังไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน

มาเรียดูเป็นหญิงที่น่าพอใจ
แต่ดูเหมือนเธอจะไม่สนใจสิ่งที่ถูกบอกเกี่ยวกับความสำคัญของการยึดติดกับอาหารสำหรับไต
อรินาได้บอกมาเรียซ้ำแล้วซ้ำเล่าเกี่ยวกับข้อจำกัดด้านอาหาร
แต่ระดับฟอสฟอรัสของเธอยังคงสูงอยู่
หลายครั้งแล้วที่อิรินาจับได้ว่ามาเรียกินพาสต้าและชีสที่เหลืออยู่
อิรินาไม่พอใจที่ผู้ป่วยของเธอไม่ปฏิบัติตามอาหาร ซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพของเธอมาก



แนวทางแบบดั้งเดิม

วันจันทร์ ก่อนที่จะเข้าไปในห้องของมาเรียในระหว่างการฟอกไต อิรินาได้ตรวจสอบผลการทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่ทำไว้ในวันก่อนหน้า ตัวเลขดีขึ้นเล็กน้อย แต่ระดับฟอสฟอรัสยังคงสูงเกินไป!
เธอหยิบเอกสารแจกที่ระบุอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูงแล้วเดินเข้าไปในห้อง

ในบทสนทนาด้านล่าง ข้อความในวงเล็บสีเหลียมประกอบด้วยตัวอย่างของสิ่งที่สามารถ 'อ่าน' ได้จากบรรทัดของอิรินาในแต่ละการสนทนา

D (หมอ): 'สวัสดีครับ มาเรีย! สุดสัปดาห์ของคุณเป็นอย่างไรบ้าง?' *[การมีส่วนร่วม]*

P (ผู้ป่วย): "สวัสดีตอนบ่ายค่ะ คุณอิรินา! ขอบคุณนะคะ เป็นช่วงเวลาที่น่ารักมาก เราฉลองวันเกิดหลานชายของฉัน เขาอายุครบหกขวบแล้ว และเขาขอให้ฉันทำพาสต้าซอสชีสที่เขาชอบให้ทาน อาหารจานนี้ประสบความสำเร็จมาก – เป็นที่ชื่นชอบจริงๆ!"

L.: "ใช่ ฉันเห็นเธอเอาของเหลือไปกินเป็นของว่าง
เธอจำได้ไหมว่าเราคุยกันเรื่องอะไรเกี่ยวกับชีสเมื่อสัปดาห์ที่แล้ว?" *[การตัดสิน]*

คุณ: "อย่าเป็นกังวลเลยครับ คุณอิรินา ผมไม่ได้กินไข่หรือชีสเลยเช้านี้ครับ
เพราะคำนึงถึงผลการทดสอบของผมไว้ ทุกอย่างต้องอยู่ในปริมาณที่เหมาะสม ใช่ไหมครับ?"

ล: "เอ่อ... ฉันเพิ่งดูผลแล็บของคุณ และระดับฟอสฟอรัสของคุณยังสูงเกินไปอยู่ บางทีเราควรทบทวนเอกสารแจกเกี่ยวกับฟอสฟอรัสอีกครั้งดีไหม มาเรีย?
คุณเห็นไหมว่าชีสอยู่ในรายการอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง และฉันคิดว่าคุณกินมันมากเกินไป"
(แพทย์ใช้เวลาประมาณ 10
นาทีในการทบทวนและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเอกสารแจกอีกครั้ง)
[ให้ข้อมูล/คำแนะนำโดยไม่ขออนุญาต]

ป: 'ฉันรู้ ฉันรู้ แต่ฉันกำลังพยายามลดมันในอาหารของฉัน อย่างที่ฉันบอกไปแล้ว ฉันไม่ได้กินชีสเลยเช้านี้ และฉันยังหยุดกินมะเขือเทศที่ฉันปลูกเองและชอบมากด้วย ฉันให้ลูกๆ และเพื่อนๆ กิน! พูดตามตรง ฉันคิดถึงวันก่อนที่ฉันต้องฟอกไตมาก

เมื่อฉันไม่ต้องกังวลกับทุกสิ่งเล็กๆ น้อยๆ ที่ฉันกินเข้าไป

ล: 'ฉันเข้าใจว่ามันยาก แต่คุณก็รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นถ้าคุณไม่ทำตามอาหารที่คุณต้องกิน คุณเคยเข้าโรงพยาบาลเพราะติดเชื้อเมื่อไม่กี่เดือนที่ผ่านมา แต่คุณต้องการที่จะอยู่ในรายชื่อรอการปลูกถ่ายอวัยวะ บางทีคุณอาจติดแผ่นพับนี้ไว้ที่ตู้เย็นเพื่อเตือนความจำก็ได้นะคะ? หรือถ้าคุณต้องการ ฉันสามารถพูดคุยกับลูกสาวของคุณและขอให้เธอช่วยเตือนคุณก็ได้ค่ะ

[พยายามแสดงความเห็นอกเห็นใจ แต่ไม่เกิดผล; ไม่สนใจการสนทนาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง; ใช้กลยุทธ์ข่มขู่; ใช้คำหยาบคาย; ให้ข้อมูล/คำแนะนำโดยไม่ได้รับอนุญาต]

ป: "ใช่ค่ะ ฉันได้ติดแผ่นพับไว้ที่ตู้เย็นแล้วเมื่อสัปดาห์ที่แล้ว ฉันไม่อยากรบกวนลูกสาวเรื่องนี้ตอนนี้ ลูกสาวของเธอกำลังป่วยอยู่ และเธอต้องการความช่วยเหลือจากฉัน"

ล: "เอาล่ะ แล้วสมุดบันทึกอาหารล่ะ มาเรีย? เธอสามารถจดบันทึกอาหารและมื้ออาหารที่เธอกินลงไป แล้วเราก็จะดูมันด้วยกันเพื่อหาว่าเธอทำอะไรผิดพลาด บางทีถ้าเราสามารถระบุจุดนั้นได้ ผลลัพธ์ของเธออาจจะดีขึ้น" คุณรู้ไหม ในฐานะแพทย์ของคุณ ฉันจะดีใจมากถ้าค่าตรวจของคุณลดลง! *[เจตนาจริงใจในการช่วยเหลือ; ให้ข้อมูล/คำแนะนำโดยไม่ได้รับอนุญาต]*

พ.: "แน่นอน, เอ่อ, เราลองดูก็ได้... มันคงไม่เสียหายอะไรที่จะลอง"

ล: "ตกลง ดีมากค่ะ ในกรณีนี้ กรุณาทำแผนจดบันทึกอาหารในสัปดาห์นี้ด้วยนะคะ แล้วเรื่องยาแก้ท้องเสีย – คุณได้รับมาแล้วหรือยัง และรับประทานตามที่ตกลงกันไว้หรือไม่คะ?"
[การระบุเป้าหมายด้านสุขภาพโดยตรงแทนที่จะถามให้ผู้ป่วยบอกเอง; คำถามปลายปิดมักไม่ช่วยให้ได้คำตอบที่ตรงไปตรงมา]

ป: "ใช่ ใช่ ฉันรู้ว่าฉันต้องทานพวกมันพร้อมกับมื้อหลักและของว่าง"

L.: "ใช่ ใช่! ฉันจะติดต่อคุณในสัปดาห์หน้าเพื่อทบทวนบันทึกอาหารของคุณ"
[เปลี่ยนจากการพูดคุยเรื่องสุขภาพเป็นการติดตามการเขียนแบบฝึกหัด]

แนวทางที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

นี่คือสถานการณ์เดิมซ้ำอีกครั้ง แต่สมมติว่า Irina ได้ผ่านการอบรมหลักสูตรการสื่อสารมาแล้ว การบรรยายเบื้องต้นสร้างความประทับใจให้กับเธออย่างมาก! เธอฝึกฝนเข้าร่วมการอบรมทักษะการสื่อสารทุกครั้ง และเริ่มเห็นความแตกต่างระหว่างการใช้วิธีแบบดั้งเดิมกับการใช้วิธีที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง เธอสนุกกับงานของเธออีกครั้ง และรู้สึกว่าเธอกำลังสร้างความแตกต่างให้กับชีวิตของผู้ป่วยหลายคนของเธอ

ล: "สวัสดีครับ, มาเรีย! สุดสัปดาห์ของคุณเป็นอย่างไรบ้าง?" *[การหมั้น]*

สวัสดีตอนบ่ายค่ะ คุณอิรินา! ขอบคุณค่ะ เป็นเรื่องที่น่ายินดีมาก เราฉลองวันเกิดหลานชายของฉัน เขาอายุครบหกขวบแล้ว และเขาขอให้ฉันทำมักกะโรนีและชีสที่เขาชอบ อาหารจานนี้ประสบความสำเร็จมาก – เป็นที่ชื่นชอบจริงๆ!

ล: "คุณมีเวลาที่ดีมากกับครอบครัวของคุณ! มักกะโรนีกับซอสชีสของคุณอร่อยมาก! ฉันรู้ว่าคุณกำลังพยายามลดปริมาณชีสในอาหารของคุณอยู่ โดยคำนึงถึงระดับฟอสฟอรัสของคุณ" *[การสะท้อนที่ซับซ้อน, การมีส่วนร่วม, การสนับสนุน]*

P: "โอ้ ใช่แล้ว คุณรู้ใช่ไหมว่าฉันชอบชีสมากแค่ไหน! อย่างไรก็ตาม ฉันลดปริมาณชีสและไข่ลงอย่างมากในเช้าวันนี้; ปริมาณน้อย ๆ ไม่เป็นไรหรอก ใช่ไหม?"

L: "ยอดเยี่ยมมากที่คุณกำลังปรับเปลี่ยน! คุณพูดถูกแล้วว่าการมีแนวทางที่ยืดหยุ่นเป็นสิ่งสำคัญ และสิ่งที่คุณตัดสินใจลดหรือเลิกทำนั้นขึ้นอยู่กับคุณทั้งหมด" *[การยอมรับ, สนับสนุนการตัดสินใจของผู้ป่วย]*

P: "ฉันคิดว่าฉันยังลดไม่พอ ฉันเห็นผลตรวจของฉันที่คุณมีอยู่ ฉันรู้ว่าระดับฟอสฟอรัสของฉันยังสูงอยู่"

ล: "ใช่ครับ นั่นเป็นความจริง แต่ตัวชี้วัดอื่น ๆ ทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และระดับฟอสฟอรัสของคุณต่ำกว่าครั้งก่อนมาก ดังนั้น สิ่งที่คุณทำอยู่กำลังสร้างความแตกต่าง" *[การยอมรับ, การกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นส่วนตัวและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง]*

พ.: 'ก็อย่างที่บอก ฉันกำลังพยายามลดมันในอาหาร ฉันไม่ได้กินชีสเลยเมื่อเช้านี้ และฉันก็ไม่ได้กินมะเขือเทศด้วย

ซึงฉันปลูกและรักมาก ฉันให้พวกมันแก่ลูก ๆ และเพือน ๆ ของฉัน! ตามตรง ฉันคิดถึงวันก่อนการฟอกไตมาก ๆ เมือฉันไม่ต้องกังวลกับทุกสิงเล็ก ๆ ทีฉันกินเข้าไป

คุณกำลังทำสิงทียิงใหญ่และสำคัญมาก! มันเป็นอาหารทีซับซ้อนจริงๆ และคุณทำได้ยอดเยียมมากทีสามารถเข้าใจทุกอย่างได้
มันมักจะต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจกับสิงเหล่านีทังหมด
ฉันรู้ว่าคุณกำลังทุ่มเทความพยายามอย่างมาก
และตระหนักดีว่าสิงนีสำคัญต่อสุขภาพของคุณเพียงใด *[การยืนยัน การเห็นด้วยพร้อมการสะท้อนทีซับซ้อน การพิจารณาความพยายามทีเกียวข้องกับการเปลียนแปลง]*

P: "ใช่ ฉันรู้ว่ามันสำคัญแค่ไหน และฉันกำลังพยายามอยู่ แม้ว่าบางครังมันจะรู้สึกหนักเกินไปก็ตาม"

L: "อะไรคือแรงบันดาลใจของคุณ?" *[ส่งเสริมการสนทนาเกียวกับการเปลียนแปลง]*

ป้า: "หลาน ๆ ของฉัน คุณก็รู้ว่าพวกเขาสำคัญกับฉันแค่ไหน พวกเขาคือทุกสิงทุกอย่างของฉัน! ฉันอยากจะมีสุขภาพแข็งแรงทีสุดเท่าทีจะทำได้ เพือจะได้ช่วยลูกสาวดูแลพวกเขาต่อไป และฉันอยากจะได้ขึนทะเบียนรอรับการปลูกถ่ายอวัยวะจริง ๆ"

ล: "การรักษาสุขภาพให้ดี, การอยู่ในรายชือผู้รอการปลูกถ่าย, และการเฝ้าดูสองก้อนพลังงานน้อยๆ ของคุณเติบโตขึน – พวกนีคือแรงบันดาลใจทียิงใหญ่ทีสุดของคุณ
ฉันสงสัยว่ามันจะเป็นประโยชน์หรือไม่หากระบุเพียงหนึงหรือสองสิงทีคุณอาจช่วยคุณให้อยู่ในเส้นทางทีถูกต้องในสัปดาห์นี? *[การคิดอย่างลึกซึง, การขอความยินยอม, การค้นหาทางแก้ไข]*.

ถาม: 'เกียวกับฟอสฟอรัสใช่ไหม? (อิรีนาพยักหน้า) เอ่อ เอกสารแจกเหล่านีมีประโยชน์นะ แต่เน้นไปทีอาหารทีฉันไม่ควรทานมากกว่า
คุณมีเอกสารทีบอกอาหารทีฉันสามารถทานได้บ้างไหม
อาหารทีฉันสามารถซือได้ทีซูเปอร์มาร์เก็ต? จะดีมากถ้าไม่แพงเกินไป!'

ล: "แน่นอนค่ะ! ฉันมีแผ่นพับทีระบุอาหารทีดีต่อสุขภาพไว้ และเราสามารถดูด้วยกันเพือดูว่าอาหารไหนราคาถูกกว่ากัน ฉันจะช่วยอะไรอีกได้บ้างคะ?" *[การเสนอแนะการตัดสินใจร่วมกัน]*

P: "ฉันอยากพูดตรงๆ กับคุณนะ ฉันไม่ได้ทานยาลดกรดในปริมาณทีคุณสังไว้ ฉันไม่ชอบรสชาติของมันเลย - บางครังมันทำให้ฉันท้องผูกด้วย"

ล: "ฉันดีใจทีคุณพูดถึงเรืองนี มันเป็นเรืองทีเข้าใจได้อย่างยิงทีคุณไม่อยากทานยาเหล่านัน คุณรู้ไหม เราสามารถลองหายาตัวอืนได้ คุณคิดว่าอย่างไร?" *[การตรวจสอบ, การเสนอแนะ, การให้โอกาสผู้ป่วยในการตัดสินใจด้วยตัวเอง]*

W: "โอ้! คงจะดีถ้าลองหาอีกอันหนึ่งดู"

L: "ฉันจะขอให้พยาบาลนำตัวอย่างให้คุณสองสามชิ้นเพื่อนำกลับบ้านไปลองใช้ดูนะคะ ฉันเห็นว่าการฟอกไตของคุณใกล้จะเสร็จแล้ว คุณมีคำถามเพิ่มเติมอะไรอีกไหมคะ? เดี๋ยวฉันจะกลับมาพร้อมแผ่นพับข้อมูลให้คุณค่ะ ขั้นตอนต่อไปของคุณคืออะไรคะ?"

[การเตือนขั้นตอนต่อไปเพื่อช่วยให้คุณปฏิบัติตามแผนการรักษาของคุณ]

P: "เมื่อการฟอกไตเสร็จสิ้นแล้ว ฉันจะไปรับยาจากพยาบาลและพยายามทานยา ฉันได้ตระหนักว่าฉันต้องดูแผ่นพับที่คุณให้ฉันบ่อยขึ้น
ฉันจะจดจำแผ่นพับใหม่ที่มีรายการอาหารที่ปลอดภัยและมีประโยชน์สำหรับฉันอย่างแน่นอน ฉันจะพยายามลดปริมาณชีสและไข่ลงอีกด้วย ไม่มีวันเกิดที่จะมาถึงในเร็ว ๆ นี้ ดังนั้นมันจะช่วยฉันให้ทำตามแผนการกินของฉันได้!

ล: "นั่นเป็นแผนที่ยอดเยี่ยมมาก ฉันมั่นใจเลยว่าหากคุณทำตามแผนนี้อย่างต่อเนื่อง มันจะส่งผลดีต่อสุขภาพของคุณอย่างแน่นอน คุณจะค่อย ๆ คุ้นเคยกับมัน และมันจะกลายเป็นเรื่องง่ายขึ้นสำหรับคุณที่จะทำตามอาหารนี้ – ฉันสัญญา!"

[การให้การรับรองและกระตุ้นให้เกิดความตั้งใจและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง]

อภิปรายทั้งสองสถานการณ์ พิจารณาแนวทางและกลยุทธ์ที่อิรินาใช้ในแต่ละสถานการณ์ มาเรียตอบสนองอย่างไร สิ่งใดมีประสิทธิผลและเพราะเหตุใด สุดท้าย ระบุว่าการใช้แนวทางที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางสามารถปรับปรุงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยได้อย่างไร

คำถามทดสอบเพื่อประเมินความรู้สามารถพบได้ในเวอร์ชันเต็มของผู้สอนของบทเรียน

คำถามสำหรับบันทึกสะท้อนคิด:

จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของฉัน
ฉันจะอธิบายทัศนคติของฉันต่อผู้ป่วยว่าเป็นแบบมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางหรือไม่?

การนำเสนอหัวข้อผ่านลิงก์:

bit.ly/3rAOXSs

เวอร์ชันเต็มของบทเรียนมีใ
ห้ที่ลิงก์:

bit.ly/3okw303

หัวข้อ 2

ความเห็นอกเห็นใจ

หัวข้อที่ 2

ความเห็นอกเห็นใจ

จัดทำโดย ยูเลีย ทิคโฮลาซ, เตเทียนา เซนเดตสกา และ อนาสตาเซีย ลูคินา



ยูเลีย ทิคโฮลาซ,
อาจารย์ในคณะกรรมการภาควิชาวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ,
วิทยาลัยการแพทย์วินนิตเซีย ตั้งชื่อตามนักวิชาการ ดานิล
โจโบโลตนี



เทเตียนา เซนเดตสกา, นักจิตวิทยา, ผู้ก่อตั้ง Sendecka Training Agency



อนาสตาเซีย ลูคินา, ประธานองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร 'ฮอริซอนตัลส์', ผู้เขียน
หนังสือที่ไม่ค่อยน่ากลัวเกี่ยวกับชีวิต ความตาย และทุกสิ่งทุกอย่าง
"ระหว่าง", ที่ปรึกษาสำหรับโครงการยูเครน-สวิตเซอร์แลนด์
"การพัฒนาการศึกษาทางการแพทย์"

วัตถุประสงค์การเรียนรู้:

- เพื่อเข้าใจถึงความสำคัญของการมีทัศนคติที่เอื้ออาทรในหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์;
- คุ้นเคยกับกลยุทธ์การสื่อสารเพื่อแสดงทัศนคติที่เห็นอกเห็นใจเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้ดูแลของพวกเขา

ทัศนคติ	ความรู้	ทักษะ
แนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นพื้นฐานของปรัชญาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	แนวคิด: ความเห็นอกเห็นใจ, ประสบการณ์ร่วม, ความเมตตา.	การตระหนักรู้ถึงประสบการณ์และความรู้สึกของตนเอง การพัฒนาทักษะการสังเกตทางจิตวิทยา พัฒนาทักษะ การอ่านสัญญาณที่ไม่ใช่คำพูด พัฒนาความสามารถในการแสดงออกอย่างเข้าอกเข้าใจผู้อื่น พัฒนาความสามารถในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

ส่วนขององค์กร – **5 นาที**
การอภิปรายเบื้องต้น – **10 นาที**
การบรรยายสั้น (ภาพรวมของเนื้อหาทฤษฎี) – **15 นาที** การศึกษาเคสในกลุ่มย่อย – **10 นาที**
การอภิปรายกรณีศึกษา (สรุปบทเรียน) – **15 นาที**
การอภิปรายเชิงโต้ตอบ, การแสดงบทบาทสมมติ – **50 นาที**
การสะท้อนคิดครั้งสุดท้าย การทดสอบครั้งสุดท้ายเพื่อประเมินความรู้ทางทฤษฎี (แบบอิเล็กทรอนิกส์หรือกระดาษ) – **10** นาที
สรุป, การประกาศคะแนน – **5 นาที. รวมทั้งหมด – 120 นาที**.

เอกสารประกอบการเรียน

คำถามสำหรับการหารือเบื้องต้น: คุณจะอธิบายแนวคิดของ 'ความเห็นอกเห็นใจ' ให้ใครที่ไม่รู้ว่ามันหมายถึงอะไรฟังได้อย่างไร?

ส่วนที่ 1. เอกสารทฤษฎี

คำว่า 'ความเห็นอกเห็นใจ' มาจากภาษากรีก 'patho' ซึ่งหมายถึงความรู้สึกที่ลึกซึ้ง แข็งแรง และอ่อนไหว (ความรู้สึก) คล้ายกับความทุกข์ คำว่า 'em' หมายถึงการมุ่งไปทางภายใน

ความเห็นอกเห็นใจคือการรู้สึกอย่างรู้ตัวว่ากำลังแบ่งปันสภาวะทางอารมณ์ของผู้อื่น ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น การ 'อ่าน' สภาวะทางอารมณ์ของพวกเขา และการเปรียบเทียบความคิดและการกระทำของตนเองกับสิ่งนั้น

เซลล์กระจกมีบทบาทในกลไกทางประสาทสรีรวิทยาของความเห็นอกเห็นใจ ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เซลล์เหล่านี้ทำให้พวกมันเลียนแบบการกระทำเดียวกันตามลำดับ ในขณะที่ในมนุษย์ เซลล์เหล่านี้ทำให้เราหัวเราะเมื่อได้ยินเรื่องตลก ร้องไห้เมื่ออ่านหนังสือหรือดูภาพยนตร์ที่ซาบซึ้ง และทำให้เราสร้างมิตรภาพ

ความเห็นอกเห็นใจไม่ควรสับสนกับความสงสาร เพราะความเห็นอกเห็นใจสามารถแสดงออกได้ไม่เพียงแค่ในความสัมพันธ์กับอารมณ์ที่ 'ยากลำบาก' เท่านั้น มันเป็นแนวคิดที่ลึกซึ้งและมีส่วนร่วมมากกว่าความสงสาร ซึ่งเพียงแค่ยอมรับปัญหาหรือความรู้สึกของผู้อื่นเท่านั้น

ความเห็นอกเห็นใจคือการตอบสนองอย่างมีสติต่อความรู้สึกของบุคคลที่คุณกำลังพูดคุยด้วย โดยไม่ทำให้ความรู้สึกของพวกเขาเป็นของคุณเอง ความเห็นอกเห็นใจมีสามระดับ: ต่ำ กลาง และสูง

ระดับต่ำเกี่ยวข้องกับการ 'อ่าน' สัญญาณที่ไม่ใช่คำพูดและเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยเห็นมาก่อน

ระดับปานกลางนั้นต้องอยู่บนความต้องการที่จะเข้าใจบุคคลนั้น เพื่อค้นหาสาเหตุของความรู้สึกของพวกเขา และเพื่อฟังเรื่องราวทั้งหมด การแสดงออกของความเห็นอกเห็นใจในระดับนี้คือความสามารถในการมองเห็นตัวเองในมุมมองของผู้อื่น

การมีความเห็นอกเห็นใจในระดับสูงเกี่ยวข้องกับความสามารถในการรับรู้สภาพจิตใจของผู้อื่นได้
อย่างรวดเร็วโดยไม่ต้องรับเอาปัญหาของพวกเขาไว้กับตัวเอง
นอกจากนี้ยังรวมถึงการวิเคราะห์สภาพอารมณ์ของพวกเขาอย่างมีเหตุผล
ซึ่งช่วยให้สามารถให้ความช่วยเหลือที่แท้จริงแก่พวกเขาได้

ในทางจิตวิทยา ความเห็นอกเห็นใจถูกมองว่าเป็นความรวมกันของกระบวนการทางอารมณ์, การรับรู้, และการตัดสินใจ. ประเภทของความเห็นอกเห็นใจที่ถูกแยกแยะไว้คือ:

- ความเห็นอกเห็นใจทางอารมณ์
- ความเห็นอกเห็นใจทางปัญญา
- ความเห็นอกเห็นใจเชิงคุณลักษณะ

ความเห็นอกเห็นใจทางอารมณ์มีพื้นฐานมาจากกลไกของการฉายภาพและการเลียนแบบปฏิกิริยาทางกายและการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้อื่น

ความเห็นอกเห็นใจทางปัญญา (Cognitive empathy) มีพื้นฐานมาจากกระบวนการทางปัญญา (การเปรียบเทียบ, การเปรียบเทียบเชิงนามธรรม, เป็นต้น)

ความเห็นอกเห็นใจเชิงทำนายแสดงออกมาในรูปของความสามารถของบุคคลในการคาดการณ์ปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้อื่นในสถานการณ์เฉพาะ

มีรูปแบบเฉพาะของความเห็นอกเห็นใจ: ความเห็นใจและความเมตตากรุณา

การอภิปรายสั้น ๆ: ในความคิดของคุณ มีความแตกต่างระหว่างแนวคิด 'ความเห็นอกเห็นใจ', 'ความเห็นใจ' และ 'ความเมตตากรุณา'?

ความเห็นอกเห็นใจคือการที่บุคคลหนึ่งมีประสบการณ์ในสภาวะทางอารมณ์เดียวกันกับที่อีกบุคคลหนึ่งกำลังประสบอยู่ ผ่านการรับรู้และเข้าใจในความรู้สึกของอีกฝ่าย กล่าวอีกนัยหนึ่งคือการมีประสบการณ์ในอารมณ์ที่คล้ายคลึงกับอารมณ์ของบุคคลหรือสิ่งที่เป็นเป้าหมาย

ความเห็นอกเห็นใจ
คือประสบการณ์ของสภาวะทางอารมณ์ของตนเองที่ตอบสนองต่อความรู้สึกและความรับรู้ของผู้อื่น ในความเห็นอกเห็นใจ ประสบการณ์ของทั้งผู้รับรู้และผู้ถูกรับรู้ไม่เหมือนกัน

บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติงานในขอบเขตของ 'บุคคลต่อบุคคล'

ซึ่งพวกเขาต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นทางจิตใจเพื่อที่จะเข้าใจและเห็นอกเห็นใจต่อประสบการณ์และความรู้สึกของบุคคลนั้น
กระบวนการนี้เป็นจุดเริ่มต้นของความเห็นอกเห็นใจทางคลินิก

ตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างความเห็นอกเห็นใจ ความเห็นอกเห็นใจ และความเมตตากรุณา

	ความเมตตากรุณา	ความเห็นอกเห็นใจ	ความเห็นใจ
คำนิยาม	การตอบสนองที่มักเกิดจากความสงสาร โดยมักขาดความเข้าใจในสถานการณ์อย่างเพียงพอ แต่มีจุดมุ่งหมายเพื่อปกป้องตนเองจากความรู้สึกไม่พึงประสงค์	การตอบสนองตามความพยายามที่จะเข้าใจความทุกข์ของผู้อื่นและการสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องนี้; การพูดถึงความรู้สึกของผู้อื่น	การตอบสนองซึ่งเกิดจากการเข้าใจความทุกข์ทรมานและแสวงหาคำตอบและแนวทางแก้ไขเพื่อบรรเทาความทุกข์นั้น
การตอบสนองต่อความทุกข์	สังเกต	สังเกตและ สื่อสาร	สังเกต สื่อสาร และพยายาม เพื่อบรรเทา
ผลลัพธ์	การปกป้องตนเอง	ความเข้าใจอย่างแท้จริงต่อผู้ที่กำลังทุกข์ การติดต่อที่ดีขึ้นกับอีกฝ่ายหนึ่ง	การผ่อนคลายของผู้ปกครองผู้ให้, ความช่วยเหลือที่แท้จริง
ตัวอย่าง	นั่นแย่มาก... สู้ๆ นะ... ฉันเสียใจมาก...	ช่วยฉันเข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นกับคุณ... ฉันเข้าใจว่าตอนนี้ เจ็บปวด/เศร้า/รู้สึกโกรธ/สิ้นหวัง/วิตกกังวล...	ฉันเข้าใจว่าตอนนี้สิ่งต่างๆ ไม่ได้ง่ายสำหรับคุณ แต่ฉันสามารถ ฉันสามารถทำอะไรให้คุณเพื่อปรับปรุงสถานการณ์นี้ได้บ้าง? ฉันช่วยอะไรได้บ้าง?

K. A. Stepien และ A. Baernstein

ให้ให้คุณเห็นอกเห็นใจและเมตตากรุณาต่อผู้ป่วยเท่านั้น

เมื่อเราเสวงหาความเข้าใจในความทุกข์ของผู้ป่วย

ความเห็นอกเห็นใจทางคลินิกคือความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกและประสบการณ์ของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน โดยเข้าข้างผู้ป่วยโดยไม่ตัดสินคุณค่าใดๆ ต่อผู้ป่วย ทัศนคติเชิงบวกต่อบุคลิกภาพของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในแง่นี้

ตามที่ S. W. Mercer กล่าวไว้ ความเห็นอกเห็นใจทางคลินิกประกอบด้วย:

1. ความสามารถในการเข้าใจสภาพของผู้ป่วยและความรู้สึกของเขาหรือเธอ (อารมณ์)
2. ความสามารถในการสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อเข้าใจสภาพจิตใจและความรู้สึกของเขาหรือเธอ และตรวจสอบความถูกต้องของความเข้าใจนี้
3. ความสามารถในการกระทำในลักษณะการรักษาที่เฉพาะเจาะจง (โดยคำนึงถึงความเข้าใจในสภาพจิตใจของผู้ป่วย)

ความเห็นอกเห็นใจเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยสองขั้นตอน ในขั้นตอนแรก มีความสำคัญที่จะต้องตรวจสอบและบรรลุความเข้าใจที่ชัดเจนและการยอมรับในสถานการณ์และความรู้สึกของผู้อื่น; ในขั้นตอนที่สอง คือการสื่อสารความเข้าใจนี้ไปยังผู้ป่วย/ผู้สื่อสารในรูปแบบที่ชัดเจนและสบายใจ

ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพส่วนใหญ่สามารถจัดการขั้นตอนแรกได้สำเร็จ: พวกเขาสามารถรับรู้และแสดงความอ่อนไหวต่อสถานการณ์ของผู้ป่วยได้ – อย่างไรก็ตาม พวกเขามักไม่แสดงให้เห็นอย่างเปิดเผยเสมอไป ซึ่งหมายความว่าพวกเขามักไม่ดำเนินการในขั้นตอนที่สอง กุญแจสำคัญของการมีอารมณ์ร่วมอยู่ที่การแสดงความเข้าใจในอารมณ์ของผู้ป่วยอย่างเปิดเผยในลักษณะที่ทำให้พวกเขารู้สึกถึงการสนับสนุนจากเรา

ความเห็นอกเห็นใจสามารถแสดงออกได้ทั้งทางคำพูดและทางที่ไม่ใช้คำพูด

การแสดงความเห็นอกเห็นใจโดยไม่ใช้คำพูด:

- ท่าทาง,
- การแสดงออกทางสีหน้า (ท่าทางทางสีหน้า)
- ท่าทาง,
- จ้องมอง – การสบตา
- ระยะทาง

- สัมผัส – ปลายแขน, ไหล่, หลัง (เหนือสะบัก).

การแสดงออกทางวาจาถึงความเห็นอกเห็นใจคือคำพูดที่แสดงความเข้าอกเข้าใจ

คำพูดที่แสดงความเห็นอกเห็นใจคือคำพูดที่ให้กำลังใจซึ่งระบุและยอมรับอารมณ์และปัญหาของผู้ป่วยอย่างชัดเจน

ตัวอย่างของคำพูดที่แสดงความเห็นอกเห็นใจ:

ฉันเข้าใจว่ามันยากสำหรับคุณที่จะยอมรับการสูญเสียความทรงจำของสามีคุณ
ฉันเข้าใจว่ามันยากแค่ไหนสำหรับคุณที่จะพูดถึงเรื่องนี้
"ฉันเข้าใจความโกรธที่คุณรู้สึกเพราะอาการป่วยของคุณ"
ฉันเข้าใจว่าพฤติกรรมของเธอทำให้คุณไม่สบายใจ
ฉันเข้าใจดีว่ามันน่ากลัวแค่ไหนสำหรับคุณที่ได้ยินว่าความเจ็บปวดอาจกลับมาอีก

วิธีที่มีประโยชน์ในการแสดงความเห็นอกเห็นใจคือการใช้คำจำช่วย **NURSE**
(ดูเพิ่มเติมที่หน้า 184)

ชื่อ – ชื่อหรือสะท้อนอารมณ์ของผู้ป่วย;
เข้าใจ – เข้าใจความรู้สึก;
ความเคารพ – แสดงความเคารพ;
สนับสนุน – เพื่อสนับสนุน;
สำรวจ – สำรวจอารมณ์

มาดูตัวอย่างกัน:
แม่ของเด็กชายต้องการปฏิเสธการฉีดวัคซีนเพราะเธอได้ยินเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้
การตอบสนองด้วยความเห็นอกเห็นใจโดยใช้กรอบ N.U.R.S.E. อาจมีลักษณะดังนี้:

เอ็น	ชื่อ	เพื่อเรียกหรือสะท้อนอารมณ์ – คุณกลัวภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการ ฉีดวัคซีน
ย	เข้าใจ	เข้าใจความรู้สึก – "ฉันเข้าใจ คุณกังวลเกี่ยวกับลูกของคุณและไม่อยากเสี่ยง"
อาร์	ความเคารพ	แสดงความเคารพ – "เป็นเรื่องดีที่คุณเป็นแม่ที่มีความรับผิดชอบและก ำลังมองหาข้อมูลเพิ่มเติม"
เอส	การสนับสนุน	เพื่อสนับสนุน – "ฉันสามารถให้ข้อมูลครบถ้วนเกี่ยวกับวัคซีนนี้แ ก่คุณ และเราสามารถพูดคุยในรายละเอียดเพิ่มเติมได้ ความถี่ของปฏิกิริยาที่อาจเกิดขึ้นในบุตรหลานของคุณ
อี	สำรวจ	สำรวจอารมณ์อย่างละเอียด – "อะไรอีกที่คุณกังวลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน?"

สรุปส่วนทฤษฎี

ความเห็นอกเห็นใจช่วยได้:

- ติดต่อและสร้างความไว้วางใจ
- กระตุ้นแรงจูงใจและเพิ่มการปฏิบัติตาม
- ลดความเครียดทางอารมณ์ ความตึงเครียด/ความก้าวร้าว

หากปราศจากแนวทางที่มีความเห็นอกเห็นใจ เราอาจไม่สามารถระบุและเข้าใจมุมมอง ความคิด ความเชื่อ แรงจูงใจ และอุปสรรคของผู้ป่วยได้
เมื่อเราแสดงความเต็มใจที่จะยอมรับโลกทัศน์ของผู้ป่วยอย่างจริงใจเท่านั้น
ผู้ป่วยจึงจะเปิดเผยและซื่อสัตย์กับเรา
ทำให้เราสามารถสนับสนุนและส่งผลต่อการตัดสินใจของพวกเขาได้

เคล็ดลับในการพัฒนาทัศนคติที่เห็นอกเห็นใจ:

พยายามทำให้ผู้ป่วยทุกคนรู้สึกว่าพวกเขาสำคัญสำหรับคุณ

ลองนึกถึงตัวเองในมุมมองของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงอารมณ์ ความต้องการ และปัญหาสุขภาพของพวกเขา

เรียนรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด – การแสดงออกทางสีหน้า, การแสดงออกทางสีหน้าแบบรวดเร็ว, ภาษากาย, การอ่านสายตา, น้ำเสียง – เพื่อช่วยให้คุณเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย

สร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและผ่อนคลาย แม้ว่าคุณจะไม่รู้สึกเช่นนั้นก็ตาม

พยายามตระหนักถึงการสื่อสารที่ไม่ใช่คำพูดของตัวเองให้มากขึ้น

ขอให้เพื่อนร่วมงานสังเกตการปฏิสัมพันธ์ของคุณกับผู้ป่วยบางรายเพื่อประเมินความเห็นอกเห็นใจของคุณ

ฟังว่านักสื่อสารที่มีความเห็นอกเห็นใจที่มีชื่อเสียง (เช่น เพื่อนร่วมงาน, ผู้นำ, เพื่อน,

หรือบุคคลที่มีชื่อเสียงทางโทรทัศน์)

ใช้เสียงของพวกเขาเพื่อสื่อถึงความเห็นอกเห็นใจได้ดีเพียงใด ฝึกพูดวลีบางประโยคต่อหน้ากระจก (เช่น 'ฉันคิดว่ามันอาจจะยาก...') ประเมินความสามารถของคุณและทำการปรับปรุง

หลีกเลี่ยงการตัดสิน. มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธ์ที่คุณถูกมองว่าเป็นผู้เยียวยาและผู้ช่วยเหลือมากกว่าผู้ให้บริการเพียงอย่างเดียว.

หากคุณพบว่าการเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยบางรายเป็นเรื่องยาก
ให้พยายามหาสาเหตุว่าทำไมจึงเป็นเช่นนั้นและวิธีที่จะเอาชนะมัน

ส่วนที่ 2. งานปฏิบัติ

ทำงานเกี่ยวกับกรณีศึกษาในกลุ่มเล็ก

งาน
ศึกษาเคสตัวอย่าง ให้คำตอบที่แสดงความเห็นอกเห็นใจโดยใช้กรอบ NURSE

กรณี 1:
ผู้ปกครองที่พาบุตรหลานมาจากภูมิภาคห่างไกลเพื่อมาปรึกษาที่คลินิกศัลยกรรมหัวใจในกรุงเทพมหานครมีปฏิกิริยาทางอารมณ์มากเกินไปต่อคำพูดของแพทย์โรคหัวใจที่ว่า 'ไม่ชอบเสียงฟู่และจำเป็นต้องตรวจหัวใจเพิ่มเติม' และเรียกร้องไม่ให้เลื่อนการผ่าตัด: เราได้ทำการทดสอบทั้งหมดแล้ว

การตอบสนองที่เป็นไปได้โดยใช้แนวทาง **NURSE:**

ชื่อ – ระบุหรือสะท้อนอารมณ์: "คุณกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่กำลังจะมาถึงและตอนนี้มีสถานการณ์ใหม่ ๆ เข้ามา ความไม่แน่นอนยิ่งทำให้กลัวมากขึ้น"

เข้าใจ – เข้าใจความรู้สึก: 'ฉันเข้าใจ นี่เป็นส่วนที่ยากที่สุด – การเห็นลูกของคุณป่วยและรู้สึกราวกับว่าคุณกำลังสูญเสียการควบคุมสถานการณ์'

ความเคารพ – แสดงความเคารพ: "แต่คุณผ่านอะไรมามากมายแล้ว คุณยังสามารถพาลูกของคุณมาที่นี่ได้"

การสนับสนุน – เพื่อสนับสนุน: "เราต้องมั่นใจว่าลูกของคุณพร้อมสำหรับการผ่าตัดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้งหมดสำหรับ

ขั้นตอนนี้ ฉันจะพยายามทำทุกอย่างให้เร็วที่สุด สิ่งนี้สำคัญมาก"

สำรวจ – สำรวจอารมณ์ในรายละเอียดเพิ่มเติม:
"มีอะไรอีกไหมที่คุณกังวลเกี่ยวกับสภาพของลูกคุณ?"

กรณี 2:

ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะเข้ารับการผ่าตัดระบายหนองที่นิ้วมือ โดยเรียกร้องให้สั่งการรักษาแบบอื่น (ที่ไม่เป็นการผ่าตัด) โดยอ้างความกลัวว่าจะ 'ติดตับอักเสบ': 'สั่งยาขี้ผึ้งให้ฉัน... หรืออะไรก็ได้; ฉันได้ยินมาว่าคุณสามารถทำการรักษาด้วยรังสีได้...'

การตอบสนองที่เป็นไปได้โดยใช้กรอบการทำงาน **NURSE:**

ชื่อ – ชื่อหรือสะท้อนอารมณ์: 'คุณกลัวการติดเชื้อตับอักเสบ'

เข้าใจ – เข้าใจความรู้สึก: "ฉันเข้าใจ มันเป็นโรคที่ร้ายแรง... และมีการพูดถึงมันมากมายในขณะนี้..."

ความเคารพ – แสดงความเคารพ:
"แต่คุณทำได้ดีแล้วที่ตระหนักถึงเรื่องนี้และพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง"

สนับสนุน – เสนอความช่วยเหลือ:
"ขอให้ฉันดูแลด้วยตัวเองว่าทุกอย่างปลอดเชื้อ/เราจะใช้เครื่องมือที่ใช้แล้วทิ้ง"

สำรวจ – สำรวจอารมณ์ในรายละเอียดเพิ่มเติม:
"อะไรอีกที่ทำให้คุณกังวลเกี่ยวกับแผนการรักษาของเรา?"

กรณี 3:

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานเมื่อไม่นานมานี้ แสดงความกังวลเกี่ยวกับการออกจากโรงพยาบาล โดยกล่าวว่า: 'ฉันไม่แน่ใจว่าฉันพร้อมที่จะรับมือกับทั้งหมดนี้ – การตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือดของฉันอย่างต่อเนื่อง และฉีดยาให้ตัวเอง

การตอบสนองที่เป็นไปได้โดยใช้กรอบการทำงาน **NURSE**:

ชื่อ – ชื่อหรือสะท้อนอารมณ์: "คุณดูเป็นกังวล..."

เข้าใจ – ยอมรับอารมณ์: 'ฉันเข้าใจ; มันเครียดมากที่ได้รับคำวินิจฉัยแบบนี้'

ความเคารพ – แสดงความเคารพ: "แต่ทำได้ดีมาก คุณเรียนรู้ได้เร็วมาก คุณรับมือกับแถบทดสอบและการฉีดอินซูลินได้ดีมากในวันนี้"

สนับสนุน – เพื่อสนับสนุน: "เราจะฝึกซ้อมด้วยกันอีกครั้งในเช้าวันพรุ่งนี้ และฉันจะขอให้พยาบาลที่มาเยี่ยมคุณเป็นประจำแวะมาเยี่ยมในอีกไม่กี่วันข้างหน้า เพื่อให้คุณได้ฝึกขั้นตอนต่างๆ ร่วมกัน"

สำรวจ – สำรวจอารมณ์ในรายละเอียดเพิ่มเติม: "บอกฉันเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิ่งอื่น ๆ ที่ทำให้คุณกังวลเกี่ยวกับการจัดการระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน"

การสรุปผล (การอภิปรายกรณีศึกษา)

การอภิปรายแบบโต้ตอบ

คำถามสำหรับการอภิปราย:

1. ทำไมจึงมีความสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องมีความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วยของตน?

เมื่อบุคลากรทางการแพทย์พยายามมองสิ่งต่าง ๆ จากมุมมองของผู้ป่วย พวกเขาสามารถแนะนำการรักษาทางเลือกหรือวิธีการช่วยเหลือที่เป็นไปได้ซึ่งผู้ป่วยอาจไม่เคยคิดถึงมาก่อนได้ การที่ผู้ป่วยสามารถพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของตนกับผู้ที่เข้าใจและเห็นอกเห็นใจพวกเขา และใช้เวลาในการพยายามเข้าใจความรู้สึกและสิ่งที่พวกเขากำลังเผชิญอยู่นั้น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจมากขึ้น

ความรู้สึก ความกังวล ความคาดหวัง และความคิดของผู้ป่วยมีความสำคัญไม่แพ้กับอาการทางร่างกาย ด้วยการพิจารณาทุกแง่มุมเหล่านี้ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจะสามารถเข้าใจสถานการณ์ได้ดีขึ้น และในที่สุดก็สามารถให้คำแนะนำที่ดีที่สุดเกี่ยวกับการรักษาหรือรับรองการดูแลที่มีคุณภาพสูงได้ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มีความเห็นอกเห็นใจจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและได้รับการรับฟัง

ความเห็นอกเห็นใจจะช่วยทำลายกำแพงหลายประการระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ที่พวกเขาอาจพบเจอ และช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่สะดวกสบายสำหรับการสื่อสาร

ความเห็นอกเห็นใจเป็นหลักการพื้นฐานของการสื่อสารที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่สามารถแสดงความเข้าใจได้
มีแนวโน้มที่จะรับมือกับผู้ป่วยที่รู้สึกถูกตัดสินน้อยลงและได้รับการยอมรับมากขึ้น

ผู้ป่วยที่รู้สึกได้รับการสนับสนุนและไม่รู้สึกว่าจำเป็นต้องปกป้องตัวเอง
มักจะเปิดรับคำแนะนำเกี่ยวกับแผนการรักษาและการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตได้มากกว่า
อย่างไรก็ตาม แม้จะฟังดูง่าย แต่การ 'มีความเห็นอกเห็นใจมากขึ้น'
ก็เป็นงานที่ท้าทายสำหรับแพทย์ทั่วไป

ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย:

การขาดความเข้าใจว่าความเห็นอกเห็นใจคืออะไร
การสับสนระหว่างความเห็นอกเห็นใจกับความสงสาร
หรือการที่แพทย์แสดงความเห็นอกเห็นใจเฉพาะเมื่อพวกเขาคิดว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าเท่านั้น

การเห็นอกเห็นใจเพียงเพื่อทำเครื่องหมายในช่อง 'หมอที่ดี'

เชื่อว่าการมีความเห็นอกเห็นใจหมายถึงการแสร้งทำเป็นรู้อย่างชัดเจนว่าอีกคนกำลังรู้สึกอย่างไ
รเพื่อทำให้พวกเขารู้สึกดีขึ้นในสถานการณ์หนึ่ง

เชื่อว่าการมีความเห็นอกเห็นใจเป็นวิธีที่ง่ายในการทำให้ใครบางคนไว้วางใจคุณ;

คิดว่าการเห็นอกเห็นใจเป็นทักษะที่ใช้เฉพาะในบริบทการทำงานเท่านั้น ไม่ใช่ในชีวิตประจำวัน

คิดแบบเน้นความเป็นจริงมากเกินไป ตัวอย่างเช่น
การพูดว่าความเห็นอกเห็นใจเป็นสิ่งสำคัญเพราะมันทำให้แพทย์ได้รับคะแนนความพึงพอใจที่ดี

2. อะไรสำคัญกว่ากัน: การสามารถเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น หรือการสามารถเห็นอกเห็นใจผู้อื่น?

เริ่มต้นด้วยการกำหนดความหมายส่วนตัวของคุณเกี่ยวกับคำว่า 'ความเห็นอกเห็นใจ' และ
'ความเมตตากรุณา' คำจำกัดความของคุณอาจแตกต่างจากความหมายมาตรฐานได้
**อภิปรายถึงความรับผิดชอบหลักของแพทย์และเหตุผลที่ความสามารถในการแสดงความเ
ห็นอกเห็นใจและความเมตตากรุณาเป็นทักษะที่สำคัญอย่างยิ่งเมื่อปฏิบัติหน้าที่เหล่านี้**

แพทย์มีหน้าที่รับผิดชอบในการสั่งการรักษาที่ถูกต้องและให้การดูแลที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย

โดยอาศัยความรู้ทางวิชาการ การคิดวิเคราะห์ และการสื่อสาร (กับเพื่อนร่วมงานและผู้ป่วย)

และสมาชิกในครอบครัว) ที่สำคัญที่สุด
แพทย์ต้องไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือดำเนินการทางการแพทย์ใดๆ
โดยไม่ได้รับความยินยอมโดยได้รับข้อมูลครบถ้วนจากผู้ป่วย

ความเห็นอกเห็นใจจึงมีความสำคัญเพราะช่วยให้แพทย์เข้าใจว่าผู้ป่วยอาจรู้สึกอย่างไรและคาดหวังอะไรในแง่ของผลลัพธ์ทางคลินิก (เช่น
ผู้สูงอายุจะยอมรับการเคลื่อนไหวที่จำกัดเป็นผลที่ตามมาของการรักษาได้หรือไม่?)
ในกรณีที่ขั้นตอนนั้นเจ็บปวดหรือน่ากลัว (เช่น การเจาะหลังหรือการผ่าตัด)
เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่แพทย์ต้องสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างครบถ้วน
รวมถึงการพูดคุยถึงเหตุผลในการทำขั้นตอนนั้น สิ่งที่ผู้ป่วยจะประสบระหว่างและหลังขั้นตอน
ความเสี่ยง และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

การแสดงความเห็นอกเห็นใจก็สำคัญเช่นกันเมื่อพูดคุยกับผู้ป่วย

ตัวอย่างเช่น เมื่อฉีดยาและแทงเข็มเข้าไป
แพทย์ที่แสดงความเห็นอกเห็นใจแต่ไม่แสดงความเมตตากรุณาอาจพูดว่า: 'มันจะเจ็บ
แต่ความเจ็บปวดจะไม่ยาวนาน ดังนั้นอย่ากระสับกระส่าย'

แพทย์ที่แสดงความเห็นอกเห็นใจและเมตตาจะพูดว่า:
'ผมต้องการเตือนคุณว่าคุณอาจรู้สึกเหมือนมีอะไรทิ่มแทง
แต่ผมจะทำให้เร็วและไม่เจ็บปวดที่สุดเท่าที่จะทำได้
ดังนั้นพยายามผ่อนคลายและอย่าไปสนใจมันมากเกินไป มันจะผ่านไปอย่างรวดเร็ว'

ตัวอย่างนี้แสดงให้เห็นว่ามีความสำคัญเพียงใดที่แพทย์สามารถผสานความเห็นอกเห็นใจและความเมตตากรุณาในงานของพวกเขาได้

ตอบคำถาม: อะไรสำคัญกว่ากัน ความเห็นอกเห็นใจหรือความเมตตากรุณา?
หรือทั้งสองอย่างมีความสำคัญเท่ากัน?

พิจารณาว่ามีสถานการณ์ใดบ้างที่การแสดงความเห็นอกเห็นใจมากเกินไปอาจเป็นอันตรายได้หรือไม่
โดยใช้ประสบการณ์หรือการสังเกตของคุณเอง ยกตัวอย่างหนึ่ง

ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย:

ตอบคำถามก่อนที่จะให้คำจำกัดความของคำศัพท์

การไม่พิจารณาล่วงหน้าถึงความแตกต่างระหว่างสองแนวคิดนี้
และวิธีที่ทั้งสองเชื่อมโยงกับวิชาชีพของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ

3. คุณจะอธิบายให้ผู้ป่วยฟังอย่างไรว่าพวกเขาจำเป็นต้องเจาะเลือดอีกครั้งเนื่องจากผลการตรวจครั้งก่อนสูญหาย?

ลองนึกภาพว่าคุณเป็นผู้ป่วย คุณอาจกังวลเรื่องอะไร?
ผู้ป่วยได้ผ่านการรักษาที่อาจทำให้รู้สึกไม่สบาย และโดยไม่มีสาเหตุจากตนเอง
กลับถูกขอให้ทำซ้ำอีกครั้ง
นอกจากนี้ยังอาจกังวลเกี่ยวกับปัญหาความเป็นส่วนตัวที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียตัวอย่างเลือด

ในกรณีนี้ เป็นสิ่งสำคัญที่คุณต้องสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างชัดเจนและสุภาพ
เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจนว่าเกิดอะไรขึ้น
และเพื่อให้ผู้ป่วยไม่สงสัยว่าเหตุการณ์นี้ได้เกิดขึ้นจริงแล้ว
อย่าใช้คำพูดที่อ่อนโยนหรือบดบังความจริง (คำที่ลดทอนความรุนแรงหรือปกปิดความจริง)
ลองนึกถึงตัวเองในมุมมองของผู้ป่วย ฟังความกังวลและทุกสิ่งที่พวกเขาพูด คุณอาจพูดว่า:
'ฉันเสียใจมากที่คุณต้องเจาะเลือดอีกครั้ง'

ลองพูดว่า: "ฉันเข้าใจว่าคุณรู้สึกหงุดหงิดเกี่ยวกับเรื่องนี้
เพราะคุณรอมาโดยตลอดและยังไม่ได้ผลการตรวจเลือดของคุณ"

และนอกจากนี้:
"ผมขอรับรองว่าเราจะไม่เปิดเผยผลการทดสอบของคุณกับใครนอกทีมผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่ดูแลคุณอยู่" ผมเข้าใจความกังวลของคุณว่าผลการทดสอบครั้งล่าสุดของคุณสูญหายไป
แต่เราให้ความสำคัญกับความลับอย่างจริงจัง
และเราจะทำทุกวิถีทางเพื่อให้แน่ใจว่ามันได้รับการรักษาไว้

ความเข้าใจผิดที่พบบ่อย:

การพูดด้วยน้ำเสียงที่รุนแรง หยาบคาย หรือดูถูก นี่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจมากขึ้นไปอีก
เมื่อพิจารณาถึงสิ่งที่พวกเขาได้ผ่านมาแล้วทั้งหมด

การใช้คำพูดที่สุภาพซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิดหรือสับสนเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น

การโทษผู้อื่นสำหรับสิ่งที่เกิดขึ้น. แม้ว่าอาจจะเป็นความผิดของผู้อื่นก็ตาม
แต่นี่จะไม่ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น.

4. ทำไมบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นสมาชิกของทีมแพทย์เดียวกันควรแสดงความเห็นอกเห็นใจต่อกัน รวมถึงต่อผู้ป่วยของพวกเขาด้วย?

การทำงานในภาคสาธารณสุข (เช่น ในโรงพยาบาล) อาจมีความเครียดและเหนื่อยล้าอย่างมาก เพื่อนร่วมงานอาจต้องการการสนับสนุนจากผู้ที่เข้าใจเรื่องนี้เป็นอย่างดี
สถานการณ์ส่วนตัวสามารถส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานของสมาชิกในทีม และหากบุคคลนั้นตัดสินใจที่จะแบ่งปันปัญหาหรือความกังวลกับคุณ
สิ่งสำคัญคือควรแสดงความเห็นอกเห็นใจและพยายามเข้าใจสิ่งที่เพื่อนร่วมงานของคุณกำลังเผชิญอยู่

การแสดงความเข้าใจระหว่างเพื่อนร่วมงานช่วยปรับปรุงความสามารถของทีมในการทำงานร่วมกัน และส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น
การทำงานของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอาจเป็นเรื่องที่กระทบกระเทือนจิตใจหรือเครียด และสิ่งนี้อาจมีผลกระทบต่อสมาชิกในทีมในระดับส่วนตัว
การมีเพื่อนร่วมงานที่มีความเห็นอกเห็นใจและห่วงใยซึ่งกันและกันสามารถช่วยให้ทีมรู้สึกในแง่บวกมากขึ้น และสิ่งนี้จะช่วยสนับสนุนพวกเขาในการทำงาน

5. คุณเป็นแพทย์
คุณจะจัดการอย่างไรกับผู้ปกครองที่พาลูกมาที่แผนกฉุกเฉินและกำลังโกรธเพราะต้องรอนานกว่าลูกจะได้รับการตรวจ?

แพทย์บางครั้งอาจพบกับผู้ป่วยที่เรียกว่า 'ยาก' (หมายถึงไม่ใช่สภาพทางร่างกาย แต่เป็น 'การแสดงออกทางอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ยากลำบาก') แต่ในสถานการณ์เช่นนี้ การแสดงความเห็นอกเห็นใจและเข้าใจว่าบุคคลนั้นมักมีเหตุผลในการแสดงออกเช่นนี้เป็นเรื่องสำคัญ ลองใช้เทคนิค **ICE** (ความคิด, ความกังวล และสิ่งที่คาดหวัง)

อธิบายว่าคุณจะหาข้อมูลได้อย่างไรว่าทำไมผู้ปกครองถึงเชื่อว่า (ความคิด) พวกเขาต้องรอเป็นเวลานาน, ทำไมพวกเขาถึงกังวล (ความกังวล) เกี่ยวกับเรื่องนี้, และสิ่งที่พวกเขาต้องการให้คุณทำ (สิ่งที่คาดหวัง) ในสถานการณ์นี้

พิจารณาว่าทำไมผู้ปกครองอาจรู้สึกโกรธในสถานการณ์เช่นนี้ พวกเขาอาจกังวลเกี่ยวกับลูกของตน และอาจรู้สึกว่าบุคลากรไม่ทำเพียงพอเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ หารือว่าคุณจะพยายามทำให้ผู้ปกครองรู้สึกมั่นใจได้อย่างไร สิ่งสำคัญคือต้องเข้าใจว่าผู้ปกครอง (หรือญาติ) ที่พาเด็กมาที่แผนกฉุกเฉินอาจรู้สึกเสียใจอย่างมาก และคุณต้องแสดงให้เห็นว่าคุณต้องการช่วยให้พวกเขามั่นใจว่าบุตรหลานของพวกเขาจะได้รับการดูแลและรักษาที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ผู้ปกครองหรือผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉินอาจอยู่ภายใต้ความเครียดด้วยเหตุผลที่คุณอาจไม่คิดถึงหรือตระหนักได้

นั่นคือเหตุผลว่าทำไมการฟังผู้ป่วยให้โอกาสพวกเขาอธิบายสถานการณ์ของตัวเองจึงมีความสำคัญมาก และเป็นการตอบสนองที่ดีหากคุณมอบการช่วยเหลือที่เหมาะสม เช่น การให้พวกเขาใช้โทรศัพท์

ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย:

การลืมผู้ป่วย/ผู้ปกครอง การอธิบายว่าคุณอาจควบคุมสถานการณ์อย่างไรนั้นดีอยู่แล้ว แต่ผู้คนมักจะสนใจมากกว่าว่าคุณแสดงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ที่กำลังเสียใจหรือเครียดอย่างไร และคุณแก้ปัญหาของพวกเขาอย่างไร

ความลังเลที่จะขอความคิดเห็นจากบุคคลนั้นเกี่ยวกับสถานการณ์ เทคนิค ICE คือสิ่งที่คุณควรใช้ในสถานการณ์เช่นนี้

5. อธิบายช่วงเวลาที่คุณแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น โดยเชื่อมโยงคำตอบของคุณกับวิชาชีพแพทย์ และอธิบายว่าทำไมความเห็นอกเห็นใจจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในวิชาชีพนี้ และตัวอย่างของคุณช่วยให้คุณรู้สึก (ในระดับหนึ่ง) ว่าพร้อมสำหรับการปฏิบัติงานจริงอย่างไร

ตัวอย่างของคุณควรมีความเฉพาะเจาะจงกับตัวคุณเอง
(โดยอิงจากสถานการณ์เฉพาะของคุณ)
พิจารณาทั้งเครื่องมือทางคำพูดและที่ไม่ใช่คำพูดที่คุณสามารถใช้เพื่อแสดงความเห็นอกเห็นใจ ไม่ใช่แค่เรื่องสิ่งที่คุณพูดเท่านั้น แต่รวมถึงวิธีที่คุณพูดด้วย!

ส่วนหนึ่งของการสะท้อนคิดของคุณอาจรวมถึงสิ่งที่คุณจะทำแตกต่างออกไปหากมีโอกาส นี่จะแสดงให้เห็นถึงความสามารถของคุณในการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตัวเอง

ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย:

อย่ามุ่งเน้นไปที่เรื่องราวของตัวเอง
แต่ให้พูดถึงสถานการณ์ที่คุณได้เห็นแพทย์คนอื่นแสดงความเห็นอกเห็นใจ ในกรณีนี้ ไม่สำคัญว่าจะเป็นประสบการณ์ของคุณเองหรือไม่
เพราะสิ่งสำคัญคือคุณได้ยินประสบการณ์เฉพาะของคุณเอง

การเล่าเรื่อง (เช่นตัวอย่างของคุณ)
โดยไม่หยุดคิดหรือขยายความเกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงความเห็นอกเห็นใจของคุณ – มันง่ายที่จะหลงอยู่ใน 'การเล่าเรื่อง' และพูดวกวน

ลืมเชื่อมโยงข้อโต้แย้งของคุณกับแพทยศาสตร์
และเหตุผลว่าทำไมสถานการณ์ที่คุณกำลังอธิบายแสดงให้เห็นว่าคุณจะกลายเป็นนักศึกษาแพทย์/แพทย์ที่ดีในวันหนึ่ง

การสำรวจและยอมรับประสบการณ์ของตนเองในฐานะอีกด้านหนึ่งของความเห็นอกเห็นใจ

ทักษะการสื่อสารทางคลินิกมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับความสามารถทางอารมณ์ – ดังนั้นจึงคุ้มค่าที่จะฝึกฝนและเรียนรู้ไปพร้อม ๆ กันในระหว่างการศึกษาของคุณ ความสามารถของผู้ให้บริการด้านสุขภาพในการระบุและจัดการอารมณ์ของตนเองสามารถปรับปรุงสุขภาพโดยรวมของพวกเขาได้โดยการป้องกันความเครียดและการหมดไฟ การสามารถรับรู้ปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติของตนเองนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะสิ่งเหล่านี้มักเป็นสาเหตุของความขัดแย้ง ความเป็นพิษในความสัมพันธ์ และการหมดไฟ ดังนั้น มาดูกันว่าเราจะสำรวจความรู้สึกของเราเองได้อย่างไร

คุณสามารถสำรวจความรู้สึกของคุณได้ทั้งระหว่างหรือหลังเหตุการณ์นั้นเอง 'ระหว่าง' หมายถึงการมีสติและอยู่กับปัจจุบันอย่างเต็มที่ขณะที่คุณกำลังสื่อสาร – เพียงแค่ทบทวนแง่มุมทางอารมณ์ของการสื่อสารของคุณและปรับให้เหมาะสม

หลังจากเหตุการณ์นั้น

เป็นประโยชน์ที่จะระลึกถึงการเปลี่ยนแปลงในอารมณ์ของคุณและวิเคราะห์พฤติกรรมของคุณเพื่อเ
พิ่มความตระหนักและความอยากรู้อยากเห็นของคุณ และเพื่อค้นหาทางเลือกใหม่ ๆ
ที่จะมาแทนที่การตอบสนองอัตโนมัติหรือการตัดสินอย่างรวดเร็วของผู้อื่น

คอยติดตามทักษะของคุณ:

ระบุอารมณ์ (ของคุณเองและของผู้อื่น): สังเกตสิ่งที่คุณตอบสนองต่อ สิ่งที่ผู้อื่นตอบสนองต่อ และวิธีที่อารมณ์ส่งผลต่อการสื่อสารของคุณ

ตัวอย่างเช่น เพื่อนร่วมงานพูดเสียดสีคุณต่อหน้าคนอื่นว่าคุณลืมแบ่งปันข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยให้เขาทราบ คุณตอบกลับด้วยความโกรธว่าเขาสามารถดูประวัติผู้ป่วยได้ด้วยตัวเอง

วิเคราะห์สาเหตุของอารมณ์เหล่านี้ ทำไมคุณถึงตอบสนอง? ทำไมอีกฝ่ายถึงตอบสนอง? อะไรเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้คุณ (เช่น) โกรธ? หรือทำให้เพื่อนร่วมงานของคุณพูดประชดประชัน (การประชดประชันมักเป็นความโกรธที่ไม่ได้พูดออกมา)? ถามตัวเอง: คุณสามารถถอยห่างจากปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติและใช้ความเห็นอกเห็นใจแทนได้หรือไม่? มันจะเป็นอย่างไร?

คุณรู้สึกผิดและเจ็บปวด คุณกำลังมีปัญหาที่บ้าน และพลังงานของคุณกำลังจะหมดที่ทำงาน
คุณรู้สึกอับอายต่อหน้าผู้อื่น
เพื่อนร่วมงานรู้สึกผิดหวังและโกรธที่พวกเขาต้องรับงานเพิ่มทั้งที่พวกเขาก็มีงานล้นมืออยู่แล้วและกำลังจะหมดแรง

จงกระทำอย่างมีสติและสร้างความสัมพันธ์

การเข้าใจอารมณ์ของตนเองและที่มาของมันสามารถช่วยให้คุณหาทางออกในการสนทนากับผู้อื่นได้ คุณสามารถขอโทษ คุณสามารถอธิบายสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความรู้สึกที่รุนแรงเช่นนั้น คุณสามารถให้การยอมรับมากขึ้นต่อส่วนร่วมของผู้อื่น งานของพวกเขา หรือสภาพอารมณ์ของพวกเขา การคืนดีเริ่มต้นจากก้าวเล็กๆ

คุยแบบตัวต่อตัวกับเพื่อนร่วมงานของคุณ เริ่มต้นด้วยการขอโทษอย่างจริงใจสำหรับการขาดการสื่อสาร ซึ่งได้สร้างภาระเพิ่มเติมให้กับพวกเขา
อธิบายว่าคุณกำลังมีปัญหาที่บ้านและมันยากแค่ไหนสำหรับคุณที่จะมีสมาธิในการทำงานเมื่อเร็วๆ นี้ ยอมรับว่าเพื่อนร่วมงานของคุณก็อยู่ภายใต้ความกดดันเช่นกัน และคุณได้เพิ่มภาระให้กับพวกเขาด้วย
เพื่อนร่วมงานของคุณน่าจะยอมรับคำขอโทษของคุณและขอโทษที่ลดคุณค่าของคุณต่อหน้าผู้อื่น
และจะอวยพรให้คุณแก้ไขปัญหาครอบครัวได้สำเร็จ
ขอบคุณเพื่อนร่วมงานของคุณและแนะนำให้ไปดื่มกาแฟหรือชาด้วยกัน

กลุ่มเพื่อนเพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง: จัดตั้งกลุ่มเพื่อนขนาดเล็กกับเพื่อนร่วมงาน (คุณอาจเสนอให้จัดกลุ่มกับนักเรียนก็ได้)

และพบปะกันสัปดาห์ละครึ่งชั่วโมงเพื่อแบ่งปันข้อสังเกตและข้อคิดจากประสบการณ์ การสังเกตการถ่ายทอด
และการแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองเป็นวิธีปฏิบัติที่มีประโยชน์ในการพัฒนาความสามารถทางอารมณ์

คุณสามารถหาข้อมูลเพิ่มเติมได้จากคู่มือเกี่ยวกับทรัพยากรแบบจำลอง iCARE-Haaland • CONNECT (tghn.org) – โครงการวิจัยระดับนานาชาติที่มุ่งพัฒนาความสามารถทางอารมณ์ที่เป็นสากลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศต่างๆ

กรณีของเตเตียน่า

ส่วนที่ 1

– หากผลการทดสอบยืนยันความสงสัยของฉัน อาการของคุณไม่สามารถรักษาให้หายได้ และจะพัฒนาเป็นมะเร็ง

– อะไรนะ? มันรักษาไม่ได้เลยเหรอ?

– ไม่

ห้านาทีของความเงียบ

– ฉันควรทำอย่างไร?

ความเงียบงัน ทุกคนนั่งอยู่ในความเงียบของตัวเองและในความเจ็บปวดของตัวเอง

คำถามที่อาจนำมาอภิปราย:

อะไรผิดพลาด? *(ที่นี่เราสามารถพูดถึงความห่างเหินของแพทย์ ความสั้นเกินไป การขาดการสนทนา การสรุป และแผน)*

หากคุณอยู่ในสถานการณ์ของผู้ป่วย คุณจะกลับไปพบแพทย์คนนี้อีกหรือไม่? เพราะอะไร? *(ที่นี่คุณสามารถสำรวจความกลัวและความรู้สึกที่แตกต่างกันของผู้ฟังได้ – ท้ายที่สุดแล้ว ผู้คนก็แตกต่างกัน: บางคนอาจกลับไป ในขณะที่บางคนอาจไม่)*
จะไม่

แพทย์สามารถทำอะไรได้แตกต่างออกไปบ้าง? *(ดูส่วนที่เกี่ยวกับแบบจำลองการให้คำปรึกษา Calgary-Cambridge ในหัวข้อที่ 3)*

การสื่อสารที่มีความเห็นอกเห็นใจมากขึ้นจะมีลักษณะอย่างไร? *(ที่นี่คุณสามารถนำข้อมูลจากหัวข้อที่ 3*

เกี่ยวกับโครงสร้างของการปรึกษาหารือ และจากหัวข้อที่ 6 เกี่ยวกับการแจ้งข่าวร้ายมาใช้ได้)

ส่วนที่ 2

นี่คือเรื่องราวของฉันกับสูตินรีแพทย์ของฉัน ฉันโกรธมากที่เธอปฏิบัติกับฉันแบบนั้น ทำไมเราถึงไม่สามารถพูดคุยกันอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับทุกเรื่องได้ล่ะ? ฉันได้ติดป้ายให้เธอว่าเป็น 'คนไม่มืออาชีพ' ไปแล้ว แต่มีบางอย่างในเรื่องนี้ที่ฉันไม่อาจปล่อยวางได้ ฉันต้องการจะยุติทุกอย่าง ฉันจึงกลับไปพบเธออีกครั้ง แต่ครั้งนี้ทุกอย่างแตกต่างออกไป; เธอพูดกับฉันในน้ำเสียงที่เป็นมิตร, ต้อนรับ และเห็นอกเห็นใจ. มันเหมือนกับว่าเธอเป็นคนละคนไปเลย.
และนั่นคือตอนที่ฉันตระหนักว่าฉันไม่ได้หลงเข้ามาในเรื่องราวเกี่ยวกับ 'การไม่มีความเป็นมืออาชีพ' แต่เป็นเรื่องราวที่ความเจ็บปวดและอารมณ์ความรู้สึกทำให้แพทย์ไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและให้การรักษาผู้ป่วยด้วยความเอาใจใส่.

คำถามที่อาจนำมาอภิปราย

ทำไมคุณคิดว่าหมอมีพฤติกรรมแตกต่างออกไปในครั้งต่อไป? *(ที่นี่คุณสามารถหารือเกี่ยวกับสภาพอารมณ์ของเธอ, ความสามารถที่อาจไม่เพียงพอในการตอบสนองอย่างเห็นอกเห็นใจ, การสื่อสารข่าวร้าย และการให้คำปรึกษาโดยทั่วไป, และวิธีที่ความรู้สึกของเธอเองมีอิทธิพลต่อการสื่อสารของเธอ)*

อะไรที่ช่วยให้แพทย์เปลี่ยนพฤติกรรมของเธอในระหว่างการมาพบผู้ป่วยครั้งต่อไป? *(ที่นี่คุณสามารถหารือเกี่ยวกับความเปิดกว้างของผู้ป่วยต่อการสื่อสาร และวิธีที่กลยุทธ์ที่คล้ายกันสามารถทำงานได้ทั้งสองทาง)*

เราสามารถสรุปอะไรได้จากกรณีนี้สำหรับตัวเราเอง? *(ทักษะ, ความสามารถทางอารมณ์, การตระหนักรู้ในตนเองมากขึ้น)*

การเข้าใจผู้อื่นนั้นยากหากคุณไม่เข้าใจตัวเอง

อารมณ์ความรู้สึกแทรกซึมอยู่ในทุกแง่มุมของชีวิตเรา และเป็นผู้นำทางเราในยามที่เราเผชิญกับความยากลำบากหรือความท้าทายที่ใหญ่เกินกว่าจะพึงพาเหตุผลเพียงอย่างเดียว ไม่ว่าเราจะชอบหรือไม่ก็ตาม อารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้มีอยู่เสมอในชีวิตของเรา:

มันเกิดขึ้นเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้า ตลอดชีวิตของมนุษย์เราสะสมประสบการณ์ในการรับรู้อารมณ์ต่าง ๆ (ทั้งของตนเองและผู้อื่น) ซึ่งถูกแปรเปลี่ยนเป็นแรงกระตุ้นที่แสดงออกมาเป็นการตอบสนองต่อสถานการณ์เฉพาะ ความสามารถของเราในการรับรู้และใช้สถานการณ์เฉพาะให้เป็นประโยชน์นั้นขึ้นอยู่กับคุณภาพและขอบเขตของประสบการณ์เหล่านี้ การแยกเส้นแบ่งระหว่างเรื่องส่วนตัวกับเรื่องงานให้ชัดเจนโดยไม่ให้อารมณ์เข้ามาแทรกแซงในที่ทำงานนั้นเป็นเรื่องยาก ดังนั้นจึงควรเรียนรู้วิธีจัดการกับอารมณ์เหล่านั้น

นีคือจุดทีความฉลาดทางอารมณ์ (EI) เข้ามามีบทบาทสำคัญ
เพราะสิงนีเองทีช่วยให้เราสามารถควบคุมตนเองได้อีกครัง
และเปิดโอกาสให้เราเข้าถึงคลังความรู้ทีมีเหตุผลในสมองของเรา

คำว่า 'ความฉลาดทางอารมณ์' ถูกบัญญัติขึนครังแรกโดยนักจิตวิทยาชาวอเมริกัน เจ. เมเยอร์ และ พี. ซาโลเวย์ (1990) ตามทีนักวิจัยเหล่านีกล่าวไว้ ความฉลาดทางอารมณ์คือชุดของความสามารถทางปัญญาในการระบุ ทำความเข้าใจ และจัดการกับอารมณ์. Mayer และ Salovey ยังได้พัฒนาแบบทดสอบทีเป็นทีรู้จักเพือประเมินความฉลาดทางอารมณ์.

ในปี 1995, แดเนียล โกลแมน ได้ระบุความสามารถห้าประการต่อไปนีซึงก่อให้เกิดพืนฐานของปัญญาทางอารมณ์:

การตระหนักรู้ในอารมณ์ของตนเอง (การรู้เท่าทันตนเอง) – ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจอารมณ์ของตนเองเมือเกิดขึน ซึงถือเป็นรากฐานของสติปัญญาทางอารมณ์ ความสามารถในการเฝ้าสังเกตความรู้สึกของตนเองอย่างต่อเนืองนัน มีความสำคัญอย่างยิงต่อการเข้าใจตนเองอย่างลึกซึงและการมีสติรู้เท่าทันทางจิตใจ คนทีสามารถพูดได้อย่างมันใจว่าพวกเขารู้สึกอย่างไรจริงๆ มักจะเป็น 'นักบิน' ทีดีกว่าในชีวิตของตนเอง เนืองจากพวกเขามีความสงสัยน้อยกว่าเกียวกับความถูกต้องของการตัดสินใจของพวกเขา

การควบคุมอารมณ์ – ความสามารถในการทำให้อารมณ์เหมาะสมกับสถานการณ์ทีบุคคลนันเผชิญอยู่ การควบคุมอารมณ์ประกอบด้วย: ความสามารถในการทำให้ตนเองสงบลง, ความสามารถในการเอาชนะความวิตกกังวลมากเกินไป, ภาวะซึมเศร้า และความหงุดหงิด ผู้ทีมีทักษะเหล่านีพัฒนาได้ไม่ดีจะประสบกับอารมณ์ทีท่วมท้นและต่อสู้กับการรับมือกับอารมณ์เหล่านัน ในขณะทีผู้ทีเชียวชาญทักษะเหล่านีจะสามารถควบคุมอารมณ์และกลับมามีสติได้รวดเร็วกว่ามากหลังจากเผชิญกับความยากลำบากหรือความทุกข์ใจ

การจูงใจตนเอง – การนำอารมณ์ไปในทิศทางทีถูกต้องช่วยเพิมสมาธิ, ปรับปรุงการควบคุมตนเอง, ช่วยให้เราคิดสร้างสรรค์มากขึน,

และช่วยให้เราบรรลุเป้าหมายของเรา.

ความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น (**ความเห็นอกเห็นใจ**)

เป็นทักษะที่สำคัญที่สุดที่จำเป็นสำหรับการทำงานร่วมกับผู้คน

ผู้ที่มีความเห็นอกเห็นใจในระดับสูงจะไวต่อสัญญาณที่เล็กที่สุดที่บ่งบอกว่าผู้อื่นต้องการหรือต้องการอะไร.

สิ่งนี้ช่วยให้ผู้ที่มีความเห็นอกเห็นใจประสบความสำเร็จในอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการนำและการดูแลผู้อื่น.

ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์อยู่ที่การจัดการอารมณ์ของผู้อื่นอย่างมีทักษะ ซึ่งครอบคลุมถึงความสามารถทางสังคมและทักษะเฉพาะที่เกี่ยวข้อง เป็นทักษะเหล่านี้เองที่เป็นรากฐานของความเป็นที่นิยมและคุณสมบัติการเป็นผู้นำของบุคคล และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการสื่อสารระหว่างบุคคล ผู้ที่มีทักษะในการสร้างความสัมพันธ์สามารถประสบความสำเร็จในงานใด ๆ ที่ต้องการการปฏิสัมพันธ์ที่ยืดหยุ่นและมีทักษะกับผู้อื่นได้ พวกเขาคือดาวเด่นในวงการการสื่อสาร

องค์ประกอบเหล่านี้ของสติปัญญาทางอารมณ์สอดคล้องกับขั้นตอนต่อเนื่องในการพัฒนา

มาดูขั้นตอนหลักในกระบวนการนี้อย่างละเอียดกัน:

การตระหนักรู้ถึงอารมณ์ – ในขั้นตอนนี้สิ่งสำคัญคือการเรียนรู้ที่จะรับรู้เหตุการณ์รอบตัวผ่านมุมมองของอารมณ์ และมองเห็นอารมณ์ในทีที่โดยปกติแล้วเรามักจะสังเกตเห็นเพียงการคำนวณอย่างเย็นชาและการกระทำที่มีเหตุผลเท่านั้น

การพัฒนาทักษะในการ 'อ่าน' เนื้อหาทางอารมณ์ของเหตุการณ์สามารถทำได้ผ่าน:

- การเพิ่มความเข้าใจในความเชื่อมโยงระหว่างพื้นที่ที่มีเหตุผลของนีโอคอร์เท็กซ์กับศูนย์กลางอารมณ์ของระบบลิมบิกในสมอง
- วิเคราะห์กรณีศึกษาจากมุมมองของบทบาทของสติปัญญาทางอารมณ์ในกรณีศึกษาเหล่านั้น
- การวิเคราะห์รูปแบบทางอารมณ์ในพฤติกรรมของตนเอง
- การบันทึกไดอารี่ทางอารมณ์

การจัดการอารมณ์และการสร้างแรงจูงใจในตนเองเป็นไปไม่ได้หากไม่ตระหนักรู้ถึงอารมณ์ของตนเองก่อน

ความสามารถในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น (ความเห็นอกเห็นใจ) – สิ่งสำคัญที่ควรทราบคือการพัฒนาองค์ประกอบนี้ของสติปัญญาทางอารมณ์อย่างมีประสิทธิภาพนั้นเป็นไปไม่ได้หากปราศจากการฝึกฝนทักษะในองค์ประกอบก่อนหน้าอย่างเชี่ยวชาญ เพราะการเรียนรู้ที่จะเข้าใจและยอมรับตนเองในสภาวะและรูปแบบอารมณ์ที่หลากหลายเท่านั้น

จึงจะทำให้เราสามารถเข้าใจและยอมรับผู้อื่นได้

ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์เป็นขั้นตอนสุดท้ายในการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ความสามารถนี้เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้กลยุทธ์ในการจัดการอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน

การประเมินระดับความฉลาดทางอารมณ์ของตนเองเป็นก้าวแรกในการพัฒนา – ดังนั้นในภาคผนวกคุณจะพบแบบสอบถาม 'ความฉลาดทางอารมณ์' ของ N. Hall ซึ่งจะช่วยให้คุณกำหนดระดับการพัฒนาของแต่ละองค์ประกอบของ EI ของคุณ รวมถึงแบบฝึกหัดและเทคนิคที่จะช่วยให้คุณจัดการอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น

จงมีเมตตาและเอาใจใส่ต่อตนเอง
สิ่งนี้จะช่วยให้คุณสร้างความสัมพันธ์ที่เข้าใจและไว้วางใจกับผู้ป่วยของคุณ

แบบสอบถาม 'ความฉลาดทางอารมณ์' ของ N. Hall

คำแนะนำ: ด้านล่างนี้คุณจะพบข้อความที่สะท้อนถึงแง่มุมต่าง ๆ ของชีวิตคุณในทางใดทางหนึ่ง
กรุณาเขียนหมายเลขของคะแนนในช่องที่เหมาะสมทางด้านขวาของแบบฟอร์ม ติดกับหมายเลขของข้อความแต่ละข้อ ตามการประเมินของคุณต่อคำตอบของคุณ:

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (–3 คะแนน)

ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย (–2 คะแนน) ไม่เห็นด้วยบางส่วน (–1 คะแนน) เห็นด้วยบางส่วน (+1 คะแนน)

ส่วนใหญ่เห็นด้วย (+2 คะแนน) เห็นด้วยอย่างยิ่ง (+3 คะแนน)

แผ่นคำตอบ:

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

คำถามสำหรับแบบสอบถาม

1. สำหรับฉัน ท้งอารมณ์เชิงลบและเชิงบวกเป็นแหล่งข้อมูลเชิงลึกในการดำเนินชีวิต
2. อารมณ์เ ชิ ง ลบช่วยให้ฉันเข้าใจสิ่งทีฉันต้องเปลี่ยนแปลงในชีวิตของฉัน
3. ฉันยังคงสงบเมือรู้สึกกดดันจากผู้อืน
4. ฉันสามารถสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงในความรู้สึกของฉันได้
5. เมือจำเป็น
ฉันสามารถรักษาความสงบและมีสมาธิเพือที่จะสามารถปฏิบัติตนตามความต้องการของชีวิตได้
6. เมือจำเป็น ฉันสามารถปลุกเร้าอารมณ์เชิงบวกหลากหลายรูปแบบในตัวเองได้ เช่น ความร่าเริง ความสุข ความรู้สึกปลาบปลื้มใจ และอารมณ์ขัน
7. ฉันคอยสังเกตความรู้สึกของตัวเองอยู่เสมอ
8. เมือมีบางสิ่งทำให้ฉันอารมณ์เสีย ฉันสามารถควบคุมความรู้สึกของตัวเองได้อย่างง่ายดาย
9. ฉันสามารถรับฟังปัญหาของผู้อืนได้
10. ฉันไม่จมอยู่กับอารมณ์ด้านลบ
11. ฉันมีความอ่อนไหวต่อความต้องการทางอารมณ์ของผู้อืน
12. ฉันสามารถทำให้ผู้อืนรู้สึกสงบได้
13. ฉันสามารถสร้างแรงจูงใจให้ตัวเองเผชิญกับอุปสรรคได้ครังแล้วครังเล่า
14. ฉันพยายามแก้ปัญหาในชีวิตด้วยความคิดสร้างสรรค์
15. ฉันตอบสนองต่ออารมณ์ แรงจูงใจ และความปรารถนาของผู้อืนอย่างเหมาะสม
16. ฉันสามารถเข้าสู่ภาวะสงบ พร้อม และมุ่งมันได้อย่างง่ายดาย
17. เมื อมีเวลาว่าง
ฉันจะจัดการกับความรู้ สึ กด้ านลบของตัวเองและพยายามหาว่าปัญหาคืออะไร
18. ฉันสามารถสงบลงได้อย่างรวดเร็วหลังจากเกิดความไม่คาดฝัน
19. การตระหนักรู้ถึงความรู้สึกทีแท้จริงของฉันเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการรักษาสภาพทีดี

20. ฉันมีความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับอารมณ์ของผู้อื่น
แม้ในยามที่พวกเขาไม่ได้แสดงออกอย่างเปิดเผย

21. ฉันเก่งในการจดจำอารมณ์จากสีหน้า

22. ฉันสามารถเก็บความรู้สึกด้านลบไว้ได้ง่ายเมื่อจำเป็นต้องลงมือทำ

23. ฉันเก่งในการจับสัญญาณในการสื่อสารที่บ่งบอกว่าผู้อื่นต้องการอะไร

24. คนคิดว่าฉันเก่งในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น

25. ผู้ที่ตระหนักถึงความรู้สึกลึกๆ ของตนเองจะสามารถจัดการชีวิตได้ดีกว่า

26. ฉันสามารถยกระดับจิตใจของผู้อื่นได้

27. ผู้คนสามารถปรึกษาฉันเกี่ยวกับเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้

28. ฉันเก่งในการปรับตัวเข้ากับอารมณ์ของผู้อื่น

29. ฉันช่วยเหลือผู้อื่นให้ใช้แรงจูงใจของพวกเขาเพื่อบรรลุเป้าหมายส่วนตัวของพวกเขา

30. ฉันสามารถปิดก้นความกังวลและปัญหาได้อย่างง่ายดาย

การประมวลผลและตีความผลลัพธ์:

รวมผลและบันทึกผลลัพธ์สำหรับแต่ละมาตรวัด มาตรวัด

'การตระหนักรู้ทางอารมณ์' – ข้อ 1, 2, 4, 17, 19, 25

'มาตรวัดการจัดการอารมณ์ของตนเอง' – ข้อ 3, 7, 8, 10, 18, 30.

'มาตรวัดแรงจูงใจในตนเอง' – ข้อ 5, 6, 13, 14, 16, 22.

"มาตรวัดความเห็นอกเห็นใจ" – ข้อ 9, 11, 20, 21, 23, 28.

'มาตรวัดการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น' – ข้อ 12, 15, 24, 26, 27, 29.

ระดับการพัฒนาขององค์ประกอบความฉลาดทางอารมณ์:

14 **ปีขึ้นไป – ระดับสูง**
สิ่งนี้บ่งบอกไม่เพียงแค่ความสามารถในการแยกแยะหรือจัดการกับอารมณ์ แต่ยังรวมถึงความสามารถในการเข้าใจว่าการแสดงออกของอารมณ์ของตนเองส่งผลต่อผู้อื่นอย่างไร และนำสิ่งนี้มาพิจารณาในพฤติกรรมของตนเองด้วย

8–13 – **ระดับปานกลาง** แสดงถึงความสามารถในการแยกแยะอารมณ์ของผู้อื่น รับมือกับประสบการณ์เชิงลบของตนเอง และแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

7 **และต่ำกว่า – ระดับต่ำ** แสดงให้เห็นว่าบุคคลมีความเข้าใจในอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นน้อย ไม่สามารถจัดการอารมณ์ของตนเองและไม่สามารถเห็นอกเห็นใจผู้อื่นได้

ระดับความฉลาดทางอารมณ์โดยรวม (EI):

70 ขึ้นไป – สูง; 40–69 – ปานกลาง;
39 หรือต่ำกว่า – ต่ำ

เทคนิคที่มีประโยชน์สำหรับการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์

แผนที่อารมณ์

อารมณ์	สาเหตุ	การปรากฏทางกายภาพ	ความคิดที่เกิดขึ้นพร้อมกับประสบการณ์ของอารมณ์	บุคคลที่เกี่ยวข้องกับมัน
ความโกรธ				
ความขยะแขยง				
ความกลัว				
เซอร์ไพรส์				
ความสุข				

ความเศร้า				

ใช้เวลาสักครู่เพื่อทำความเข้าใจบทบาทของแต่ละอารมณ์ในชีวิตของคุณ ลองเพิ่มอารมณ์อื่น ๆ ที่คุณสามารถรับรู้ได้ในตัวเองลงในรายการนี้

บันทึกอารมณ์

ต้องการแจ้งเตือนไว้ไม่กี่ครั้งตลอดทั้งวัน โดยตั้งชื่อว่า 'อารมณ์ของฉัน' (7–10 การแจ้งเตือน) เมื่อการแจ้งเตือนปรากฏขึ้น ให้ถามตัวเองว่า:

ฉันรู้สึกอะไรอยู่ตอนนี้?
นี่คืออารมณ์อะไร?
มันรุนแรงแค่ไหน?
อะไรเป็นสาเหตุ?

จดบันทึกความเชื่อมโยงระหว่างความคิดและอารมณ์ของคุณ

หลังจากนั้น ให้คุณคิดทบทวนและวิเคราะห์บันทึกประจำวันของคุณ:

อารมณ์ใดที่เด่นชัดที่สุด?
อะไรเป็นสาเหตุของอารมณ์เหล่านี้?
อารมณ์เหล่านี้รุนแรงแค่ไหน?
คุณรู้สึกอารมณ์ที่แตกต่างกันกี่อย่าง?

คุณจะจัดการกับอารมณ์ของคุณได้อย่างไร?

มีเทคนิคง่าย ๆ ที่จะช่วยให้คุณเข้าใจอย่างรวดเร็วว่าคุณกำลังรู้สึกอะไรอยู่, ระบุสาเหตุของมัน, และเสนอวิธีแก้ปัญหาที่เป็นไปได้สำหรับสถานการณ์ที่คุณกำลังเผชิญอยู่.

ไฟแดง
อนุญาตให้ตัวเองรู้สึกถึงอารมณ์นี้ (สร้างอารมณ์ขึ้นมา) ตั้งชื่อมัน

ไฟเหลือง
คิดถึงสาเหตุที่ทำให้มันเกิดขึ้น, ความรู้สึกของคุณ, ตำแหน่งที่คุณรู้สึกถึงอารมณ์นี้ในร่างกายของคุณ, และความรู้สึกนั้นเป็นอย่างไร. วิเคราะห์วิธีที่เป็นไปได้ในการออกจากสถานการณ์ (การตระหนักถึงอารมณ์).

ไฟเขียว

ปฏิบัติตามแผนที่ดูดีที่สุด (แสดงอารมณ์)

รายการตรวจสอบการช่วยเหลือตนเองเพื่อจัดการกับอารมณ์ที่รุนแรง

- **อย่าเก็บกดอารมณ์ของคุณไว้**
  ให้พิจารณาอย่างใกล้ชิดว่าอะไรกำลังรบกวนคุณและอารมณ์ของคุณกำลังส่งสัญญาณอะไร
- สร้างแผนผังความคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผล
  และพยายามทำความเข้าใจว่า**อะไรเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์เหล่านี้**
- มุ่งเน้นไปที่ 'จุดเจ็บปวด' ที่คุณได้ระบุไว้
  และ**คิดถึงวิธีที่คุณสามารถมีอิทธิพลต่อสิ่งเหล่านั้นได้**

เทคนิคที่มีประโยชน์ในช่วงอารมณ์รุนแรง

เทคนิคการทำให้มั่นคง 1

- มองไปรอบๆ ตัวคุณและหาวัตถุที่มีสีฟ้าหรือสีเขียว 5 ชิ้นด้วยตาของคุณ. บอกชื่อของพวกมัน.
- ฟังอย่างตั้งใจและระบุเสียงที่แตกต่างกัน 4 เสียง. บอกชื่อพวกมัน.
- สัมผัสพวกเขาด้วยมือของคุณและรู้สึกถึงพื้นผิวที่แตกต่างกัน 3 แบบ อธิบายความรู้สึกเมื่อสัมผัส
- ดมกลิ่นที่แตกต่างกันสองกลิ่น. ตั้งชื่อให้พวกมัน.
- ระบุสิ่งใดสิ่งหนึ่งจากรสชาติของมัน อธิบายสิ่งที่คุณสามารถรับรู้ได้จากรสชาติ
  (คุณอาจสังเกตเห็นรสชาติบางอย่างในปากของคุณ หากทำได้
  ให้ดื่มน้ำหนึ่งอึกแล้วสังเกตว่ารสชาติเป็นอย่างไร)

เทคนิคการทำให้มั่นคง 2

หายใจเข้าลึก ๆ แล้วค่อย ๆ หายใจออก มองไปรอบ ๆ อย่างช้า ๆ แล้วค้นหา:

- 5 สิ่งที่คุณสามารถมองเห็น
- 4 สิ่งที่คุณสามารถสัมผัสได้
- เสียง 3 อย่างที่คุณสามารถได้ยิน
- 2 กลิ่นที่คุณสามารถรับรู้ได้

- อารมณ์หนึ่งที่คุณกำลังรู้สึกอยู่ในขณะนี้

การฝึกหายใจ 1

นอนหงายอย่างสบาย งอเข่าและวางเท้าบนพื้น (หรือโซฟา)

หายใจเข้าลึก ๆ แล้วนับหนึงถึงห้า ตรวจสอบให้แน่ใจว่าท้องของคุณยกขึน และหน้าอก ไหล่ และหลังส่วนล่างยังคงสัมผัสกับพื้น/โซฟา

หายใจออกช้าๆ นับถึงห้า พยายามกดท้องของคุณไปทางด้านหลัง ทำสองเซ็ต เซ็ตละ 10–20 ครังของการหายใจลึก

การฝึกหายใจครังที 2

'การหายใจแบบสีเหลียม': นับ 1, 2, 3, 4 หายใจเข้า; นับ 1, 2, 3, 4 กลันหายใจ
, ใน 1, 2, 3, 4 หายใจออก, และใน 1, 2, 3, 4 หยุดหายใจอีกครัง. หายใจเข้าอย่างเบา ๆ และช้า ๆ ผ่านทางจมูก, และหายใจออกทางปาก. ค่อย ๆ ลดความเร็วในการนับ. หากคุณทำแบบฝึกหัดนีสักสองสามนาที ความวิตกกังวลของคุณจะลดลง.

เทคนิคสำหรับการสำรวจทรัพยากรของคุณเอง

ฉันใช้ทรัพยากรของฉันเป็นอย่างไรบ้าง?

- ลองนึกถึงความยากลำบากที่คุณเคยเอาชนะได้ในอดีต อะไรคือสิงช่วยให้คุณผ่านพ้นมาได้?
- เขียนจุดแข็งทังหมดของคุณลงไป เพิ่มเติมจุดแข็งอืนๆ ทีคุณสังเกตเห็นหรือจำได้
- ทำรายการสิงต่าง ๆ
  ที่ช่วยให้คุณชาร์จแบตเตอรีของคุณและฟืนฟูพลังงานทางอารมณ์ของคุณ
- วางแผนทำอย่างน้อยหนึงสิงจากรายการนีในอนาคตอันใกล้

การฝึกฝนความกตัญญู

ความกตัญญูช่วยให้เราปล่อยวางสิงทีไม่จำเป็น เพลิดเพลินกับช่วงเวลาแห่งความสุข และทำให้เรารู้สึกเติมเต็ม

- คิดและทำรายการสิ่งทีคุณรู้สึกขอบคุณในงานของคุณ

- ทำรายการสิ่งที่คุณรู้สึกขอบคุณ (และใครหรืออะไร) ในเดือนนี้
- ทำรายการสิ่งที่คุณรู้สึกขอบคุณ (รวมถึงใครหรืออะไรก็ตาม) ในสัปดาห์นี้
- ทำรายการสิ่งต่าง ๆ (รวมถึงบุคคลหรือเหตุผล) ที่คุณรู้สึกขอบคุณในวันนี้

คำถามสำหรับบันทึกสะท้อนคิดของคุณ:

คุณรู้สึกอย่างไรในระหว่างการประชุม? คุณได้เรียนรู้อะไรใหม่เกี่ยวกับตัวเองและกลุ่มบ้าง?
คุณจะนำความรู้นี้ไปใช้อย่างไร? คุณได้เรียนรู้อะไรบ้าง?
ความรู้และทักษะที่คุณได้รับจะมีประโยชน์ในอนาคตอย่างไร? อะไรคือสิ่งสำคัญ?
คุณได้ไตร่ตรองอะไร? อะไรเกิดขึ้นภายในตัวคุณ? คุณต้องการพัฒนาอะไรเพิ่มเติมสำหรับอนาคต?

เอกสารและเวอร์ชันดิจิทัลของการประชุม: bit.ly/3Do6RtJ

หัวข้อ 3

ความไว้วางใจในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับการปรึกษาหารือในฐานะพื้นที่สำหรับการก่อสร้างความร่วมมือ



หัวข้อที่ 3

ความไว้วางใจในความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การปรึกษาหารือเป็นพื้นที่สำหรับการสร้างความร่วมมือ

รวบรวม จัดระเบียบ และแปลเป็นภาษายูเครนเป็นครั้งแรกด้วยความใส่ใจในรายละเอียดอย่างยิ่งโดย อนาสตาเซีย โกรีตสกา, โอเลนา โคโรตุน และเตเตียนา ชชูโดรวา



อนาสตาเซีย โกเร็ตสกา, หัวหน้าฝ่ายบริการจิตวิทยา
ที่สถาบันการศึกษาและวิทยาศาสตร์เพื่อคุณภาพการศึกษา
มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์แห่งชาติคาร์คิฟ



โอเลนา โคโรตุน, รองศาสตราจารย์,
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์และโรคติดเชื้อในเด็ก,
มหาวิทยาลัยการแพทย์แห่งรัฐบูโควินา



เทเตียนา ชชูโดรวา, รองศาสตราจารย์, ภาควิชาเภสัชวิทยา,
มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์บูโควินา

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

- เพื่อทำความเข้าใจโครงสร้างของการปรึกษาหารือ
- สามารถวิเคราะห์สัญญาณที่ไม่ใช่คำพูดระหว่างการสื่อสารกับผู้ป่วยได้

ทัศนคติ	ความรู้	ทักษะ
แนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นพื้นฐานของปรัชญาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วิธีสร้างความไว้วางใจในความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	บรรลุความเข้าใจและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
	การปรึกษาหารือเป็นพื้นที่สำหรับการสร้างความสัมพันธ์	การสร้างหุ้นส่วน
		คำถามปลายเปิด
		การสื่อสารทั้งทางวาจาและทางอวัจนภาษา
		สำรวจอารมณ์ของผู้ป่วย
		ความเห็นอกเห็นใจ

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

ส่วนขององค์กร – **5 นาที**
การประเมินระดับความรู้เบื้องต้น (แบบทดสอบ) แบบอิเล็กทรอนิกส์ (หากเป็นไปได้)
หรือแบบกระดาษ – **10 นาที**
ภาพรวมโดยย่อของเนื้อหาทางทฤษฎี (บรรยายสั้น ๆ) หรืออาจเลือกทำแบบทดสอบปากเปล่า
กิจกรรมเชิงโต้ตอบ หรือการนำเสนอผ่านวิดีโอ – **20 นาที**
การวิเคราะห์กรณีศึกษาจากชีวิตจริง หรืออีกทางเลือกหนึ่ง คือ
การอภิปรายกรณีศึกษาเป็นกลุ่มย่อย – **20–40 นาที**
สถานการณ์จำลองกับผู้ป่วยจำลอง, บันทึกวิดีโอ – **20–30 นาที**.
การสรุปผลการปฏิบัติงาน – **30 นาที**
ทำซ้ำสถานการณ์เดิมโดยปรับพารามิเตอร์ – **15 นาที**
การสรุปผลซ้ำ – **15 นาที**
การทดสอบครั้งสุดท้ายเพื่อประเมินความรู้ทางทฤษฎี – **5 นาที**
(ไม่จำเป็น)
สรุปและประกาศคะแนน – **10 นาที รวมทั้งหมด**: **180 นาที**

เอกสารประกอบการเรียน

ส่วนที่ 1. เอกสารทฤษฎี

แบบจำลองการปรึกษาทางคลินิกแบบคาลกา รี-เคมบริดจ์

(ดัดแปลงจาก: Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย. ฉบับที่ 3. ลอนดอน: CRC Press, 2013)

วัตถุประสงค์ของการดำเนินการ:

- เพื่อปรับปรุงประสบการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวของพวกเขา
- เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย
- ส่งเสริมให้บุคลากรมีทัศนคติที่เป็นมืออาชีพและมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวของพวกเขา

การเริ่มต้นการประชุม/การปรึกษาหารือ

การเตรียมตัว

การติดต่อเบื้องต้น

การระบุเหตุผลของการปรึกษา/สอบถาม

การรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบประเด็นเพื่อพิจารณา:

- ข้อมูลชีวการแพทย์
- ตำแหน่ง/มุมมองของผู้ป่วย
- ข้อมูลพื้นฐาน/บริบท

การตรวจร่างกาย

การอธิบายและการวางแผน

การให้ข้อมูลที่ถูกต้องในปริมาณที่เหมาะสม

การช่วยเหลือในการปรับตัวและเข้าใจ

การบรรลุความเข้าใจและความเข้าใจร่วมกัน

การวางแผน: การตัดสินใจร่วมกัน

สรุปการนัดหมาย/การปรึกษาหารือ

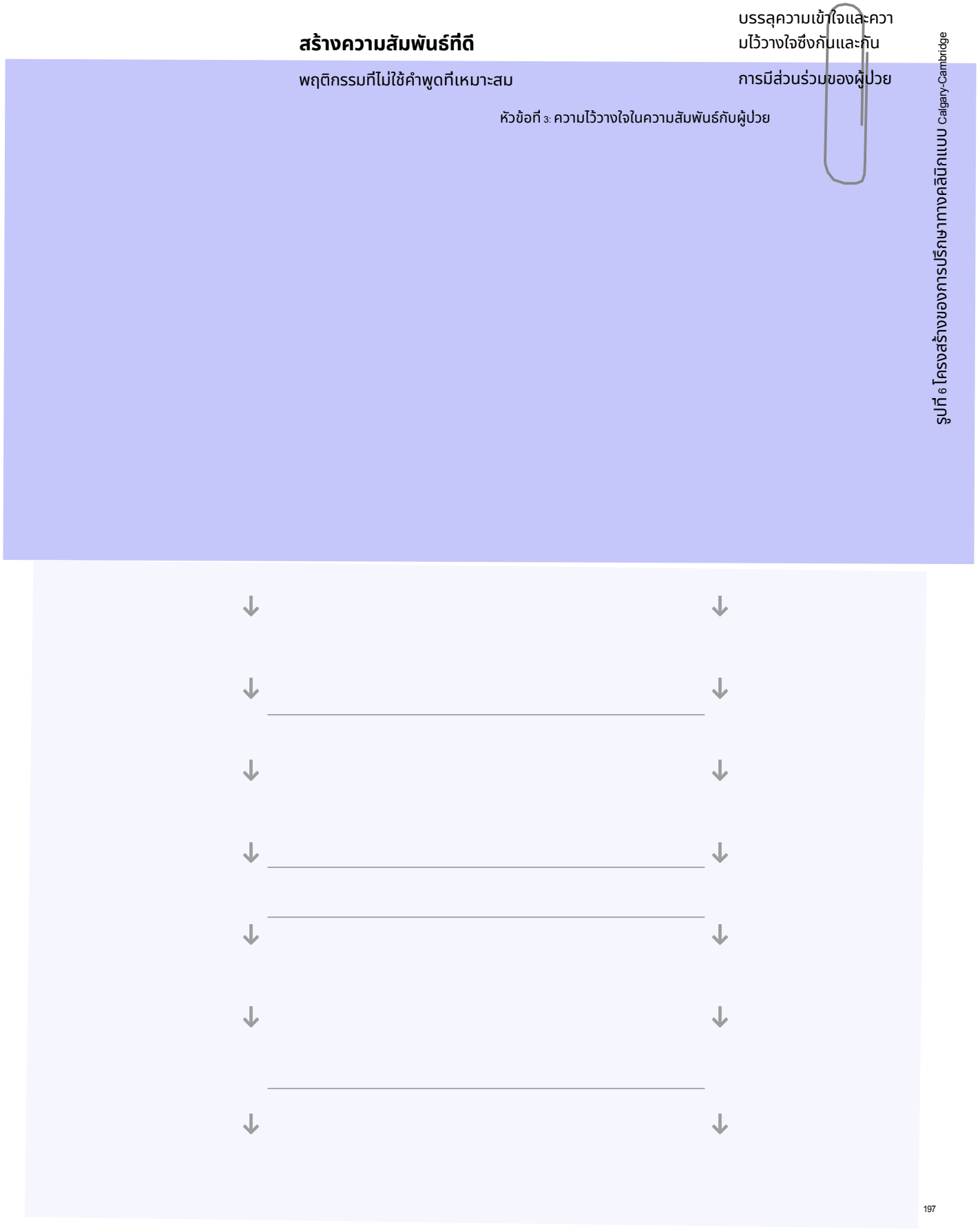
สรุปและชี้แจง

การวางแผนการดำเนินการต่อไป

โครงสร้าง

การจัดระเบียบที่ชัดเจนและการเปิดกว้างในการสนทนา

การยึดมั่นในลำดับที่สมเหตุสมผล



รูปที่ 6 โครงสร้างของการปรึกษาทางคลินิกแบบ Calgary-Cambridge

การเริ่มต้นการประชุม/การปรึกษาหารือของคณะกรรมการการเลือกตั้งและพรรคการเมือง

1. การเตรียมตัว
2. การติดต่อเบื้องต้น
3. ระบุสาเหตุของอาการเจ็บป่วย ( ) ที่เป็นเหตุผลในการปรึกษา/เข้ารับการตรวจ

- ทักทายผู้ป่วยและสอบถามชื่อของพวกเขา
- แนะนำตัวเอง บทบาทของคุณ และลักษณะของการปรึกษาหารือ;
  ขอความยินยอมเมื่อจำเป็น;
- แสดงความเคารพและห่วงใยต่อความสบายทางร่างกายของผู้ป่วย (ขจัดอุปสรรค)
- ตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้ป่วยพร้อมและรู้สึกสบาย
- ระบุเหตุผลหลักของการมาพบ/ปรึกษา:

  อย่าใช้คำว่า 'ข้อร้องเรียน'
  "อะไรคือสิ่งที่คุณกังวลหรือทำให้คุณไม่สบายใจ?"

- กำหนดเวลา
- ระบุปัญหาหรือข้อร้องเรียนของผู้ป่วย หรือประเด็นที่ผู้ป่วยต้องการแก้ไข
  โดยถามคำถามเริ่มต้นดังต่อไปนี้:

  'มีปัญหาอะไรที่ทำให้คุณมาโรงพยาบาล (ศูนย์สุขภาพ/คลินิกผู้ป่วยนอก/คลินิก) วันนี้?'
  "วันนี้ฉันช่วยอะไรคุณได้บ้าง?"
  "วันนี้คุณต้องการพูดคุยเรื่องอะไร?"
  "คุณมีคำถามอะไรบ้างที่ต้องการคำตอบในวันนี้?"

- ฟังคำพูดเปิดของผู้ป่วยอย่างตั้งใจโดยไม่ขัดจังหวะหรือชี้นำเรื่องราวของพวกเขา
- ยืนยันรายการข้อร้องเรียนและขอรายละเอียดเพิ่มเติมเพื่อรวบรวมข้อมูลให้ครบถ้วนและกำหนดลำดับความสำคัญ:

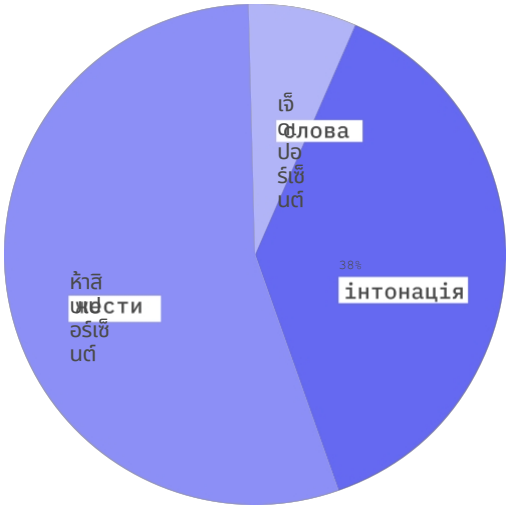
  "ดังนั้น คุณมีอาการปวดศีรษะและเหนื่อยล้า มีอาการอื่นอีกไหม?" -
  ทำซ้ำอย่างน้อยสามครั้งในช่วงเวลาสองนาที

- หารือเกี่ยวกับวาระการประชุม โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและแพทย์ทั้งสองฝ่าย

การสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด

ช่องทางการสื่อสารสามช่องทาง:

- วิธีการทางวาจา (คำพูด)
- เสียงพูด หมายถึง (น้ำเสียง, โทนเสียง, อัตราการพูด)
- วิธีการที่ไม่ใช้คำพูด (การแสดงออกทางสีหน้า, ท่าทาง, ระยะห่าง)



รูปที่ 7. วิธีการสื่อสาร

เราจะแสดงความสนใจโดยไม่ใช้คำพูดและสร้างความสัมพันธ์ที่มีประสิทธิผลได้อย่างไร:

- สบตา
- ก้าวไปทางผู้ป่วย, แสดงให้พวกเขาเห็นที่นั่ง, และที่ที่พวกเขาสามารถวางของได้ (ท่าทางเปิด, ชี้ + คำพูด);
- วางโทรศัพท์ของคุณไว้ข้างๆ และอย่าให้มันรบกวนคุณ
- เอนตัวเข้าหา (ผู้ป่วย)
- ใช้เสียงสูงต่ำเพื่อสื่อว่าเรากำลังฟังอย่างตั้งใจ ("ฉันเข้าใจแล้ว กรุณาพูดต่อ")
- หากเป็นไปได้ ให้หลีกเลี่ยงสิ่งกีดขวางทางกายภาพ (เช่น โต๊ะระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย);

- อย่ายืนสูงเหนือผู้ป่วย

การรวบรวมข้อมูล

- สำรวจความกังวลของผู้ป่วยเพื่อจัดตั้งประวัติทางชีวจิตสังคมของพวกเขา:

ข้อมูลชีวการแพทย์,

มุมมองของผู้ป่วย,

ข้อมูลพื้นฐาน/บริบท

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยอธิบายปัญหาด้วยคำพูดของตนเอง
  ตั้งแต่ช่วงเวลาที่เริ่มเกิดขึ้นจนถึงปัจจุบัน
- ใช้คำถามปลายเปิดและปลายปิด โดยเริ่มจากคำถามปลายเปิดไปสู่ปลายปิด
- ฟังอย่างตั้งใจ ปล่อยให้ผู้ป่วยพูดจนจบโดยไม่ขัดจังหวะ และให้เวลาพวกเขาในการรวบรวมความคิดก่อนที่จะตอบคำถามหรือตอบคำถามต่อหลังจากหยุดชั่วคราว
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดโดยใช้คำพูดและสัญญาณที่ไม่ใช้คำพูด โดยใช้การให้กำลังใจ การเงียบ การพูดซ้ำ การสรุปความ และการชี้แจง
- สังเกตสัญญาณทางวาจาและทางอวัจนภาษา (ภาษากาย, น้ำเสียง, สีหน้า, อารมณ์), กำหนดความหมายของสัญญาณเหล่านั้น;
- ชี้แจงคำกล่าวของผู้ป่วยที่ไม่ชัดเจนหรือต้องการคำอธิบาย:

  คุณช่วยอธิบายได้ไหมว่าคุณหมายถึงอะไร?
  กรุณาอธิบายอาการเวียนศีรษะของคุณ

- สรุปสิ่งที่ได้กล่าวไปแล้วเป็นระยะ ๆ เพื่อตรวจสอบว่าแพทย์เข้าใจผู้ป่วยอย่างถูกต้องหรือไม่ และขอให้ผู้ป่วยช่วยแก้ไขหากมีความเข้าใจผิด หรือให้ผู้ป่วยเล่าต่อ (*"จากที่ฉันเข้าใจ คุณกังวลเกี่ยวกับ..."*)
- ใช้คำถามและข้อคิดเห็นที่สั้น ชัดเจน หลีกเลี่ยงศัพท์เฉพาะและคำที่ซับซ้อน
- กำหนดวันที่และลำดับเหตุการณ์

การระบุการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วยต่ออาการและบริบทส่วนตัวของพวกเขา. การระบุสามสิ่ง (ความคิด, ความกังวล, ความคาดหวัง) **ช่วยในการค้นหาและเข้าใจ**:

- ตำแหน่งและอารมณ์ของผู้ป่วย
- ฉัน – ความคิด, การรับรู้ และความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหา;
- C – ความกลัวและความกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับแต่ละประเด็น;
- E – ความคาดหวังของผู้ป่วย: เหตุผลที่มาพบแพทย์และความคาดหวังเกี่ยวกับการรักษา
- ผลกระทบต่อชีวิต: ปัญหาแต่ละอย่างส่งผลต่อชีวิตของผู้ป่วยอย่างไรบ้าง

ส่งเสริมให้**ผู้ป่วย**แสดงออกถึงอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง

"คุณรู้สึกอย่างไรกับเรื่องนี้?"

"สิ่งนี้ส่งผลต่อชีวิตของคุณอย่างไร?"

แสดงความเห็นอกเห็นใจ: แสดงอารมณ์ ความเข้าใจ ความเคารพ และการสนับสนุน

- รวบรวมประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติทางการแพทย์ และประวัติทางสังคม

ทักษะ:
คำถามปลายเปิดและการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดด้วยคำพูดของตนเอง
- อย่าขัดจังหวะ
- ถามคำถามปลายเปิด
- ใช้การให้กำลังใจ ความเงียบ การพูดซ้ำ (การสะท้อนคำพูด) การแปลงความหมาย การชี้แจงให้ชัดเจน และการสรุปสั้น ๆ
- สังเกตสัญญาณทางวาจาและไม่ใช่ทางวาจา; ใช้การสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด: ท่าทาง, ภาษากาย, การแสดงออกทางสีหน้า, น้ำเสียง, การแสดงออกทางสีหน้า, อารมณ์.

ทักษะ: การสำรวจอารมณ์

คุณรู้สึกอย่างไรกับเรื่องนี้? เล่าให้ฉันฟังเกี่ยวกับความรู้สึกของคุณ
"อาการปวดศีรษะเรื้อรังนี้ส่งผลกระทบต่อชีวิตของคุณอย่างไรบ้าง?"
"อะไรที่กระตุ้นหรือยั่วยุพวกเขา?"
"อะไรที่คุณกังวลมากที่สุด/อะไรที่คุณกลัว?"

ทักษะ: ความเห็นอกเห็นใจ (พยาบาล – รู้จัก, เข้าใจ, เคารพ, สนับสนุน, สำรวจ)[1]

[1] สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติม โปรดดูส่วนที่เกี่ยวกับ "ความเห็นอกเห็นใจ" หน้า 165

N – ซื่อ: ตั้งชื่ออารมณ์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าคุณได้ยินพวกเขา;
U – เข้าใจ: แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจ
R – ความเคารพ: แสดงความเคารพต่อผู้ป่วย
S – สนับสนุน: แสดงการสนับสนุน;
E – สำรวจ: สำรวจอารมณ์ของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้นผ่านการตั้งคำถาม

การเข้าใจสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย

ทุกอารมณ์มีหน้าที่ทางสังคมที่เฉพาะเจาะจง การเข้าใจอารมณ์ของผู้อื่นทำให้การสื่อสารง่ายขึ้นมาก และช่วยป้องกันความขัดแย้ง

อารมณ์พื้นฐาน:

ความโกรธ – เพื่อปกป้องขอบเขตและฟื้นฟูความยุติธรรม

ความเศร้าโศกและความเสียใจ – การแสวงหาการสนับสนุนและความเห็นอกเห็นใจ และการปรับตัวให้เข้ากับการขาดหายไปของบางสิ่งที่มีความสำคัญซึ่งเคยมีอยู่มาก่อน

ความกลัว – การแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงและแสดงความรู้สึกถูกคุกคาม

เซอร์ไพรส์ – แสดงความสับสนหรืองุนงง
และเพื่อซื้อเวลาในการประเมินและทำความเข้าใจสถานการณ์;

ความสนใจและความตื่นเต้น –
การก้าวไปสู่บางสิ่งบางอย่างที่อาจนำไปสู่ความพึงพอใจในอนาคต

ความสุข – แสดงความไว้วางใจ สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และเจตนาที่จะสร้างความผูกพัน

ความรังเกียจ – เพื่อสื่อว่ามีบางสิ่งบางอย่างที่อาจ 'ติดต่อได้';

ความละอายและความรู้สึกผิด – ผู้ควบคุมบรรทัดฐานและกฎเกณฑ์ทางสังคม

มีอารมณ์ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงมากมาย (ความปรารถนา, ความเศร้า, ความรำคาญ, ความอิจฉา, ความดูถูก...),
แต่พวกมันมักจะมีอารมณ์พื้นฐานอย่างน้อยหนึ่งอย่างหรือมากกว่านั้นอยู่เสมอ
เมื่อเราเข้าใจอารมณ์ของผู้ป่วย เราสามารถ 'อ่าน' พวกมันได้ และแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจ

งานของเรา:

- ไม่ควรมองข้ามทั้งอารมณ์ของผู้ป่วยหรืออารมณ์ของเราเอง
  อารมณ์สามารถส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อผู้ป่วย
  ดังนั้นการตัดสินใจที่เกิดจากอารมณ์อาจเกิดขึ้นได้
- สะท้อนอารมณ์ ("ฉันเห็นว่าคุณกำลังเสียใจ... ฉันเห็นว่าคุณกำลังรำคาญ...
  ฉันคิดถูกไหมที่คุณกำลังรู้สึกไม่แน่ใจ?");
- การมีอยู่ของอารมณ์ให้เราเกิดการเข้าใจลึกซึ้ง ขณะที่การไม่มีอารมณ์เลยอาจบ่งชี้ถึงภาวะช็อก, บาดแผลทางอารมณ์, การมีส่วนร่วมอย่างผิวเผินที่ไม่สนใจความเป็นตัวตนของบุคคล, หรือความปรารถนาที่จะปิดกั้นตัวเอง

การจัดโครงสร้างการปรึกษาหารือ

เพิ่มความเปิดเผยให้กับการสนทนา:

- เมื่อสิ้นสุดชุดคำถามเฉพาะ
  ให้สรุปเพื่อให้แน่ใจว่ามีความเข้าใจที่ถูกต้องก่อนที่จะดำเนินการต่อไป
- ย้ายจากชุดคำถามหนึ่งไปยังอีกชุดหนึ่ง โดยประกาศให้ทราบและอธิบายเหตุผล

ปฏิบัติตามลำดับอย่างมีเหตุผล:

- จัดโครงสร้างการสนทนาให้เป็นลำดับอย่างมีเหตุผล

- จัดการเวลาและอยู่ในหัวข้อ

สร้างความสัมพันธ์ที่ดี

พฤติกรรมที่ไม่ใช้คำพูดที่เหมาะสม:

- การสบตา, การแสดงออกทางสีหน้า, ท่าทาง, ตำแหน่งและท่าทางของร่างกาย, การพูด (ระดับเสียง, ความดัง, น้ำเสียง);
- อ่าน, จดบันทึก
  หรือใช้คอมพิวเตอร์ในลักษณะที่ไม่รบกวนการสนทนาหรือการมีปฏิสัมพันธ์

สร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจ

- ยอมรับมุมมองและความรู้สึกของผู้ป่วยโดยไม่ตัดสิน
- ใช้ความเห็นอกเห็นใจเพื่อแสดงความเข้าใจในความรู้สึกและความยากลำบากของผู้ป่วย และยอมรับความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างเปิดเผย
- ให้การสนับสนุน: แสดงความห่วงใย ความเข้าใจ และความเต็มใจที่จะช่วยเหลือ;
  เสนอความร่วมมือ

การมีส่วนร่วมกับผู้ป่วย:

- แบ่งปันความคิดกับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการสนทนา
- อธิบายและให้เหตุผลเกี่ยวกับวิธีการตรวจสอบ
- ระหว่างการตรวจร่างกาย ให้ขออนุญาตและอธิบายขั้นตอนให้ทราบ

คำอธิบายและการวางแผน

ให้ข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงในรูปแบบที่ถูกต้อง:

- ให้ข้อมูลในปริมาณน้อยและตรวจสอบอย่างต่อเนื่องว่าผู้ป่วยเข้าใจถูกต้องหรือไม่
- ประเมินความรู้เดิมของผู้ป่วยและกำหนดขอบเขตของความสนใจในการรับข้อมูล
- ถามผู้ป่วยว่าต้องการข้อมูลเพิ่มเติมใดที่เป็นประโยชน์ (สาเหตุ, การพยากรณ์โรค);

- ให้คำอธิบายในเวลาที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงการให้คำแนะนำหรือข้อสรุปก่อนเวลาอันควร

ช่วยผู้ป่วยในการรับรู้และเข้าใจข้อมูล:

- คำอธิบายโครงสร้าง: แบ่งข้อมูลออกเป็นส่วนๆ โดยจัดเรียงตามลำดับที่สมเหตุสมผล
- ใช้คำแนะนำที่ชัดเจน

  ผมต้องการหารือเกี่ยวกับประเด็นสำคัญสามข้อ
  "ก่อนอื่น..."
  "ตอนนี้เราต้องไปต่อเพื่อหารือเกี่ยวกับ..."

- ใช้การซ้ำและการสรุป
- ให้กระชับ ใช้ภาษาที่ง่ายและชัดเจน หลีกเลี่ยงคำเทคนิคหรือคำศัพท์เฉพาะ หรืออธิบายให้เข้าใจได้
- ใช้วิธีการทางสายตาในการสื่อสารข้อมูล: แผนภาพ, แบบจำลอง, ข้อมูลที่เขียนไว้ และคำแนะนำ;
- ตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ (เช่น ขอให้ผู้ป่วยทวนสิ่งที่ได้ยินด้วยคำพูดของตนเอง) และชี้แจงเพิ่มเติมหากจำเป็น

บรรลุความเข้าใจและความเข้าใจซึ่งกันและกัน:

- ให้คำอธิบายที่สอดคล้องกับความเชื่อ ความรู้สึก และความคาดหวังที่ผู้ป่วยได้ระบุไว้ก่อนหน้านี้
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและให้โอกาสพวกเขาในการถามคำถาม ขอคำชี้แจง หรือแสดงความสงสัย และให้คำตอบที่เหมาะสมแก่พวกเขา
- รับรู้สัญญาณทั้งทางวาจาและไม่ใช่ทางวาจา และตอบสนองต่อสัญญาณเหล่านั้น (ตัวอย่างเช่น: ความต้องการของผู้ป่วยในการรับข้อมูลหรือการถามคำถาม, ข้อมูลที่มากเกินไป, ความเหนื่อยล้า);
- ตรวจสอบและคำนึงถึงทัศนคติ ปฏิกิริยา และความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับและคำศัพท์ที่ใช้

.

การวิเคราะห์พฤติกรรมที่ไม่ใช้คำพูดของผู้ป่วย

โปรดสังเกตหากผู้ป่วยเริ่ม:

- มองนาฬิกาหรือโทรศัพท์ของพวกเขา
- หลีกเลี่ยงการสบตา (แม้ว่าจะมีการสบตากันก่อนหน้านี้แล้วก็ตาม)
- รวบรวมข้าวของของพวกเขาและถือไว้ใกล้ตัว (เหมือนคนที่อยู่ในสถานีรถไฟ)
- ร่างกายของเขาหันไปทางประตู (ใบหน้าของเขาอาจยังคงหันไปทางคุณอยู่)
- พวกเขาพยายามเพิ่มระยะทาง

ซึ่งหมายความว่าเขา/เธอต้องการยุติการโต้ตอบแล้ว เหตุผลอาจแตกต่างกันไป เช่น ไม่มีเวลา รีบ รู้สึกว่าถูกเข้าใจผิด ต้องการเข้าห้องน้ำ รู้สึกไม่สบายใจ กลัว หรือไม่เข้าใจคุณ

การวางแผน: การตัดสินใจร่วมกัน

- หากจำเป็น โปรดแบ่งปันความคิดเห็น ความคิด และปัญหาที่คุณเผชิญอยู่
- มีส่วนร่วมกับผู้ป่วยโดยการให้คำแนะนำแทนการสั่งการ
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นของตนเอง – ความคิด, ข้อเสนอแนะ และความชอบ
- ตกลงในแผนที่ทั้งสองฝ่ายยอมรับได้
- การเสนอทางเลือก: ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจในระดับที่พวกเขารู้สึกพร้อมที่จะทำเช่นนั้น
- ตรวจสอบกับผู้ป่วย: พวกเขาเห็นด้วยกับแผนหรือไม่
  และปัญหาทั้งหมดได้รับการพิจารณาแล้วหรือยัง?

เงื่อนไขสำหรับการอธิบายและการวางแผนที่ประสบความสำเร็จ

การหารือเกี่ยวกับการสอบและการดำเนินการ

- ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับขั้นตอน:
  สิ่งที่ผู้ป่วยอาจประสบและวิธีการที่พวกเขาจะได้รับแจ้งเกี่ยวกับผลลัพธ์;
- อธิบายวัตถุประสงค์ของขั้นตอนและความสำคัญของขั้นตอนเหล่านั้นต่อการรักษา
- ส่งเสริมการหารือเกี่ยวกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหรือผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์

อภิปรายข้อสรุป/การวินิจฉัยและความสำคัญของปัญหา

- แสดงความคิดเห็นของคุณและให้เหตุผลสนับสนุนข้อสรุปของคุณ
- อธิบายสาเหตุ ความรุนแรง การพยากรณ์โรค และผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาว
- ตรวจสอบความคิด ปฏิกิริยา และทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อสรุป

เมื่อจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน

- หารือเกี่ยวกับทางเลือก (เช่น ไม่ดำเนินการใด ๆ, ทำการทดสอบ, รับการรักษาทางการแพทย์, การผ่าตัด หรือการรักษาที่ไม่ใช้ทางการแพทย์), และมาตรการป้องกัน;
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเสนอแนะการกระทำหรือการรักษา (วิธีการทำงาน, ประโยชน์, และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น);
- ระบุการรับรู้ แรงจูงใจ และอุปสรรคและความกังวลที่อาจเกิดขึ้นของผู้ป่วยเกี่ยวกับแผนการรักษาและวิธีการรักษา
- ยอมรับมุมมองของผู้ป่วยและปกป้องมุมมองทางเลือก (เมื่อจำเป็น);
- คำนึงถึงวิถีชีวิต ความเชื่อ ภูมิหลังทางวัฒนธรรม และความสามารถของผู้ป่วย
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดำเนินแผนงาน รับผิดชอบ และพึ่งพาตนเอง
- หารือเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนผู้ป่วยและมาตรการสนับสนุนอื่น ๆ ที่มีอยู่

สรุปการประชุม/การปรึกษาหารือ

การวางแผน

- ตกลงกับผู้ป่วยเกี่ยวกับขั้นตอนต่อไปที่จะดำเนินการร่วมกัน
- มาตรการความปลอดภัย: อธิบายผลลัพธ์ที่ไม่คาดคิดที่อาจเกิดขึ้นได้, สิ่งที่ควรทำหากแผนไม่สำเร็จ, และเมื่อใดและอย่างไรที่จะขอความช่วยเหลือ

สิ้นสุดการนัดหมาย

- สรุปการประชุมโดยย่อและชี้แจงแผนการรักษาหรือการตรวจอย่างชัดเจน
- ถามอีกครั้งเป็นครั้งสุดท้ายว่าผู้ป่วยเห็นด้วยกับแผนหรือไม่ แผนนี้เหมาะกับพวกเขาหรือไม่ ถามเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนที่จำเป็น คำถามเพิ่มเติมที่อาจเกิดขึ้น เป็นต้น

เพื่อสรุปส่วนทฤษฎี

ผู้ป่วยไม่ใช่เหยื่อของความเจ็บป่วย; ผู้ป่วยคือหุ้นส่วน.

แพทย์เสนอทางเลือก; ผู้ป่วยตัดสินใจ.

ความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์เป็นความรับผิดชอบร่วมกัน (ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย)

ทักษะการสื่อสารเป็นพื้นฐานของทักษะทางคลินิกและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของความสามารถของแพทย์

ส่วนที่ 2. งานปฏิบัติ

ตัวอย่างกรณีศึกษา

กรณีศึกษา A. แหล่งข้อมูล –

ความคิดเห็นจริงจากผู้ป่วยเกี่ยวกับงานของแพทย์จากเว็บไซต์คลินิกในยูเครน

กรณีศึกษา B. แหล่งที่มา –

ข้อเสนอแนะจริงจากแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยจากกลุ่มวิชาชีพที่ปิดบนสื่อสังคมออนไลน์

กรณี 1 ก

ฉันอยู่ภายใต้การดูแลของเธอในระหว่างตั้งครรภ์ ในฐานะแพทย์ เธอมีความสามารถ แต่ในฐานะบุคคล เธอไม่น่าคบหา เธอไม่เคยมีคำพูดที่อ่อนโยนหรือรอยยิ้มให้คุณเลย เธอแห้งแล้งและเย็นชาอย่างมาก และหากเธออยู่ในอารมณ์ไม่ดีหรือเป็นเวลาปลายวัน คุณจะออกจากห้องปรึกษาของเธอไปด้วยความรู้สึกเศร้าอย่างสิ้นเชิง พยาบาลก็ดูแปลกไปนิดหน่อยเหมือนกัน บางครั้งฉันปฏิเสธการตรวจที่คิดว่าไม่จำเป็น และหมอก็รับมือได้ดี เธอไม่ได้โต้แย้งหรือพยายามโน้มน้าวให้ฉันทำตาม มันก็เหมือนกันกับห้องแล็บ – ฉันตรวจทีไหนก็ได้ตามที่ฉันต้องการ และเธอก็ไม่ได้ทำเรื่องใหญ่โตอะไร เธอไม่ได้ขอสินบนหรือหยิบเงินจากกระเป๋าฉันเลย เป็นหนึ่งในกรณีที่ไม่มีอะไรเกินเลยและทุกอย่างทำตามขั้นตอนอย่างถูกต้อง

กรณี 2 ก

พย ฉันไม่สามารถพูดอะไรเกี่ยวกับความสามารถได้ ก เธอ คือ วิธีการ วิธีการ ท ผู้ป่วย ผู้ป่วยเข้าสู่ ผู้ป่วยใน ทุกที ,

กรณี 3 ก

ฉันได้รับการรักษาจากแพทย์ท่านนี้สำหรับ ความประทับใจที่ว่าสำหรับแพทย์ ผู้ป่วย แ กรอกข้อมู ล การปลดปล อย ผู้ป่วยเข้าสู่ หอผู้ป่วยใน ทุกทีนั่งเต็มหมดแล้ว , และพวกเขาไม่ยอมรับฉันที่ไหนเลย เป็นแพท ย์ สามีของฉัน ปรึกษาหารือ เกี่ยวกับการสั่งจ่ายยาที่จำเป็น ยา

กรณี 4 เอ

คุณหมอ ***** เพียงจะมาหลอกเอาเงินฉันเท่านั้น ระหว่างการปรึกษา เขาไม่ได้ตั้งใจฟังเลย นั่งเล่นโทรศัพท์ไปตลอดที่ฉันอธิบายปัญหาของตัวเอง ไม่สั่งตรวจอะไรทั้งนั้น

แค่สั่งยารักษาเป็นคอร์สที่มีราคาหลายพันฮรีฟเนีย

ทักษะการให้คำปรึกษาใดที่สามารถปรับปรุงได้?

กรณี 1 B

คุณปูของฉันอายุ 99 ปีแล้ว ลูกสาวของท่านโทรมาเกือบทุกวันเพื่อบอกว่าท่านปวดและวันนี้มีอาการแสบร้อน และถามว่าเมื่อไหร่ท่านจะรู้สึกดีขึ้น

กรณี 2

สอง ผู้ป่วยสูงอ ปอดบวม
เมตองการ ายุ ด้อย
ผู้ป่วยเข้าพบพยาบาล

กรณี 3 บี

เรื่องเศร้าเกี่ยวกับ 'ช่องว่างที่สว่างไสว' แต่บางทีอาจเป็นบทเรียนสำหรับผู้ที่คิดว่าแพทย์ไม่รู้อะไรมาก หรือสำหรับผู้ที่เชื่อคำเล่าลือมากเกินไป

ผู้ป่วยขณะกำลังต่อแถวเพื่อตรวจ PCR หมดสติ ล้มลงบนพื้นแอสฟัลต์โดยศีรษะกระแทก เราได้ปฐมพยาบาลเบื้องต้น ผู้ป่วยฟื้นคืนสติ ฉันเรียกรถพยาบาลและออกใบส่งตัวเร่งด่วนเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยวินิจฉัยว่า: บาดเจ็บที่สมองเล็กน้อยจากการกระทบกระเทือน ฉันเข้าหาเขาห้าครั้ง – อธิบายว่าเขาอาจจะรู้สึกสบายดี แต่เขาจำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการสักสองสามวันและเข้ารับการตรวจเพิ่มเติม; เขาตอบว่า 'โอเค โอเค' เขาเสียชีวิตที่บ้านเมื่อวานนี้ หลังจากที่รถพยาบาลพาเขาไป

กรณี 4 B

อายุ 93 ปี แจ้งเข้ามาด้วยอาการรู้สึก 'ไม่สบายมาก' ปฏิเสธการตรวจและ ECG "ต้องการหมอ แค่เพื่อให้เขาสามารถตรวจฉัน".D โอเค. ทำจาก (โรงพยาบาล) (ใน) โรงพยาบาลที่บ้านที่บ้าน พร้อมให้บริกา – ฉบพลัน เงื่อนไขคือ ตรวจพบ: หลัก คำร้องเรีย ปากแห้ง ในปาก และข้อร้องเรียน: ทำไมคุณไม่พูด ตรงเวลา,โทรและเมื่อ(คุณ) (กำลัง) (มา) (หา)(เรา)โทร, เราตื่นเต้นมาก!

ทักษะการให้คำปรึกษาใดที่เหมาะสมที่จะใช้?

ตัวอย่างของสถานการณ์ที่มีการบันทึกวิดีโอในศูนย์จำลองสถานการณ์

คุณเป็นแพทย์ทั่วไป มีผู้ป่วยมาพบคุณเพื่อรับการปรึกษาเบื้องต้นตามปกติ
คุณเพียงแค่ต้องสัมภาษณ์ผู้ป่วย
โดยสิ้นสุดการสัมภาษณ์เมื่อคุณพร้อมที่จะดำเนินการตรวจร่างกายต่อไป
หลังจากที่ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบแล้ว
ผลการสัมภาษณ์ต้องบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรโดยใช้แบบฟอร์มที่มีให้ในคอมพิวเตอร์
ตั้งแต่เริ่มต้นสถานการณ์ ให้ปฏิบัติอย่างอิสระโดยสมบูรณ์ เหมือนที่คุณจะทำในชีวิตจริง

ตารางที่ 5

รายการตรวจสอบจากแบบจำลอง Calgary-Cambridge สำหรับการดำเนินการปรึกษาหารือ

การกระทำของแพทย์	คำอธิบาย/เกณฑ์การประเมิน	ทำเครื่องหมายเพื่อแสดงว่าเสร็จสิ้น	คะแนน
การติดต่อ			
สวัสดี	แพทย์ทักทายผู้ป่วย		+1
การดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย	บอกผู้ป่วยให้ทราบว่าควรนั่งที่ไหนและควรวางของส่วนตัวไว้ที่ใด		+1
การแนะนำตัวเอง	กล่าวถึงชื่อของพวกเขา		+1
	ระบุบทบาทของพวกเขา		+1
	ระบุลักษณะของการปรึกษาหารือ/วัตถุประสงค์ของการประชุม/เวลา		+1
ยินยอมให้ซักถาม	สอบถามว่ามีความคัดค้านใดหรือไม่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสัมภาษณ์		+1
การระบุตัวผู้ป่วย	ขอชื่อและอายุของผู้ป่วย (ปีเกิด)		+1
การรวบรวมข้อมูล			
คำถามปลายเปิด (ในเบื้องต้น)	"อะไรทำให้คุณมาที่นี่?", "คุณต้องการพูดคุยเรื่องอะไรวันนี้?", "คุณมาที่นี่เพื่ออะไร?"		+1
เริ่มต้นการซักถามด้วยวลี	การใช้คำถามปลายเปิด		บวก 0.5

"คุณบ่นอะไรอยู่?"	"คุณบ่นอะไรอยู่?"		

ฟังโดยไม่ขัดจังหวะ	สัญญาณที่ไม่ใช้คำพูดของความสนใจ		+1
สรุป	ทวนสิ่งที่ผู้ป่วยได้พูดเพื่อยืนยันความเข้าใจในคำพูดของผู้ป่วย และเชิญชวนให้ผู้ป่วยแก้ไขหรือเพิ่มเติม		+1
การคัดกรอง	ความพยายามในการระบุปัญหาอื่น ๆ (รอง, ซ่อนเร้น) โดยการถามคำถามเช่น 'มีอะไรอื่นที่รบกวนคุณอยู่บ้าง?' หรือ 'นั่นคือทั้งหมดที่รบกวนคุณอยู่หรือไม่?'		+1
	ในการดำเนินการดังกล่าว ให้ใช้ชื่อผู้ป่วย (ชื่อและนามสกุลตามลำดับ) และดำเนินการคัดกรองก่อนที่จะลงรายละเอียดเพิ่มเติม		+1
ระบุความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วย	สอบถามสิ่งที่ผู้ป่วยเชื่อมโยงกับอาการของตนเอง โดยไม่แนะนำคำตอบที่เป็นไปได้		+1
การใช้คำถามปลายเปิด	เมื่อรวบรวมข้อมูล ให้ถามเกี่ยวกับสิ่งเฉพาะเจาะจง เช่น 'บอกฉันเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องนั้น' 'คุณอธิบาย/อะไรอาจเป็นสาเหตุของปัญหานี้ได้บ้าง?'		+1
การเสนอตัวเลือกคำตอบของคุณเอง	เมื่อถามคำถาม ให้แนะนำคำตอบที่เป็นไปได้		– 0.5
ชุดคำถาม	ถามคำถามหลายข้อติดต่อกัน		– 1
สร้างความสัมพันธ์ที่ดีในระหว่างการสื่อสาร:			
การสบตา	อย่างน้อยครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมดตลอดการสัมภาษณ์		+1
การขัดจังหวะ	คำพูดที่ไม่เหมาะสม (คำแทรก) รวมถึงวลีที่ไม่สามารถถือเป็นการชี้แจงคำถามหรือเพื่ออำนวยความสะดวกในการเล่าเรื่องของผู้ป่วย		-1
การทักทายผู้ป่วย	การกล่าวถึงโดยใช้ชื่อ (ชื่อและนามสกุล)		+1
ความคิดเห็นและการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย	แสดงความเห็นเกี่ยวกับการปรึกษาล่าช้า แนะนำผู้ป่วยให้สงบสติอารมณ์ ชี้ให้เห็นถึงความไม่เหมาะสมของ 'ปฏิกิริยาที่คล้ายกัน' เป็นต้น		-1

การหยุดชั่วคราว	เมื่อผู้ป่วยเงียบไปชั่วขณะ – ให้การสนทนาดำเนินต่อไป		+1
ท่าทาง	ฟังผู้ป่วยโดยไม่ละสายตาจากบันทึก ยืนอยู่ เป็นต้น		-1
ความเห็นอกเห็นใจ	แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจในความรู้สึก ความกลัว ปัญหา ฯลฯ		+1
การส่งเสริมการตอบสนองของผู้ป่วย – การฟังอย่างตั้งใจ	ช่วยผู้ป่วยผ่านการให้กำลังใจ การทบทวนซ้ำ และการสรุปความ		+1
ผลลัพธ์ของการสื่อสาร	ระบุรายการปัญหาของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน		+1
	ช่วยให้สามารถกำหนดสมมติฐานการวินิจฉัยที่ถูกต้องได้		+1
	ทำให้แน่ใจว่าผู้ป่วยพอใจกับการปรึกษา		+1
คำถามเพื่อความชัดเจน	คุณมีคำถามอะไรไหม		+1
คะแนนรวม คะแนนสูงสุด: 23 **คะแนนขั้นต่ำที่ต้องการเพื่อให้ผ่าน**: 16 (70%)			

การสรุปผล – ข้อเสนอแนะ

4 ขั้นตอน:

นักเรียน: สิ่งที่ฉันทำได้ดี นักเรียน:

สิ่งที่ฉันสามารถทำได้ดีกว่านี้ ผู้สอน:

สิ่งที่ทำได้ดี

ครู: มีอะไรที่สามารถทำได้ดีกว่านี้บ้าง?

คำถามสำหรับบันทึกสะท้อนคิด:

ฉันรู้สึกสบายใจแค่ไหนในการแสดงสถานการณ์ระหว่างการประชุม?
ฉันต้องปรับปรุงอะไรเพื่อพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาและการสื่อสารของฉัน?
กรณีศึกษาใดที่ทำให้ฉันประทับใจมากที่สุดและเพราะอะไร?

การนำเสนอหัวข้อผ่านลิงก์:

bit.ly/3Ik3HLu

เวอร์ชันเต็มของเซสชันผ่านลิงก์:

bit.ly/3DoYiiu

หัวข้อ 4

ผู้ป่วย และมืออาชีพ ขอบเขต ในความสัมพันธ์ ของผู้ป่วย

หัวข้อที่ 4. อำนาจผู้ป่วยและความเป็นอิสระของผู้ป่วย. ขอบเขตทางวิชาชีพ

ด้วยความใส่ใจในการเคารพขอบเขตของผู้ป่วย วัสดุสำหรับเซสชันนี้ได้ถูกจัดเตรียมโดย:



โซเฟีย ฮูซัค, รองศาสตราจารย์, ภาควิชาอายุรศาสตร์ หมายเลข 2 ของมหาวิทยาลัยการแพทย์แห่งชาติ Ivan Horbachevsky Ternopil



โอเลนา คอสตยุค, รองศาสตราจารย์, ภาควิชาทารกแรกเกิด, มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์แห่งชาติแพลตัน ชูปิก ประเทศยูเครน



เทเตียนา กาฟริช, ผู้สมัครวิทยาศาสตร์ทางกฎหมาย, ทนายความ, หุ้นส่วนผู้จัดการที่สำนักงานกฎหมาย ILF



โอลексий **คาริตอนอฟ,** ผู้สมัครวิทยาศาสตร์ทางกฎหมาย, ทนายความ, หุ้นส่วนที่สำนักงานกฎหมาย ILF



โอลексий **โกลอฟิน,** ผู้ช่วยอาวุโส, สำนักงานกฎหมาย ILF



มารีนา คาคห์โนวา, ผู้ช่วยทนายความ, บริษัทกฎหมาย ILF



อีรีนา มอฟชาน, ผู้ช่วยด้านกฎหมาย, สำนักงานกฎหมาย ILF



อนาสตาเซีย ลูคินา, ประธานองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร 'ฮอริซอนตาลี', ที่ปรึกษาโครงการยูเครน-สวิตเซอร์แลนด์

ทำไมบทนี้จึงแตกต่างจากบทอื่น ๆ ในแง่ของเนื้อหาและโครงสร้าง?

หัวข้อเรื่องอำนาจหน้าที่และขอบเขตพิสูจน์แล้วว่าเป็นเรื่องที่ท้าทายที่สุดสำหรับพวกเราทุกคน และทำให้เห็นชัดเจนว่าเรายังมีสิ่งที่ต้องเรียนรู้อีกมากเพียงใด เราจำเป็นต้องเรียนรู้เพื่อที่จะเข้าใจประเด็นเหล่านี้ได้ดียิ่งขึ้น— ซึ่งเมื่อมองผิวเผินอาจดูเหมือนเป็นเรื่องนามธรรม แต่แท้จริงแล้วมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติอย่างมาก—เช่น ความรับผิดชอบในการตัดสินใจ อำนาจและอิสระของผู้ป่วย รวมถึงกฎเกณฑ์และข้อยกเว้นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในจุดตัดระหว่างวงการแพทย์และกฎหมาย นั่นคือเหตุผลที่บทนี้แตกต่างจากบทอื่น ๆ เนื้อหาในบทนี้ช่วยเติมเต็มช่องว่างในความเข้าใจของเราเกี่ยวกับบทบาทและขอบเขต ตลอดจนทักษะที่เกี่ยวข้อง แนวคิดพื้นฐานของเนื้อหานี้บางครั้งท้าทายความเชื่อดั้งเดิมและสมมติฐานของแนวทางแบบอุปถัมภ์ ทั้งหมดนี้ช่วยให้เราสามารถพัฒนาคำศัพท์ที่ใช้ร่วมกัน เข้าใจตรรกะของการสร้างความสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และเสริมสร้างความรู้และทักษะของเราเกี่ยวกับแบบจำลองการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ของแคลgary-Cambridge (ดูในบทก่อนหน้า) ซึ่งเตรียมเราให้พร้อมสำหรับบทต่อไปเกี่ยวกับความลับทางการแพทย์

เราตระหนักดีว่าการตัดสินใจร่วมกันและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยไม่ใช่จุดมุ่งหมายในตัวมันเอง แต่เป็นวิธีการสร้างความไว้วางใจและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ดังนั้น เราขอเชิญคุณก้าวไปข้างหน้าด้วยกันทีละก้าวบนเส้นทางนี้

ในบทนี้ คุณจะพบคำตอบสำหรับคำถามต่อไปนี้:

- การตัดสินใจร่วมกันในทางการแพทย์: ทำไมและอย่างไร?
- การมีส่วนร่วมและความเป็นอิสระของผู้ป่วย: คืออะไรและสามารถปฏิบัติได้อย่างไร?
- หากผู้ป่วยไม่ต้องการตัดสินใจ ควรทำอย่างไร?
- ในสถานการณ์ใดบ้างที่แพทย์สามารถตัดสินใจได้เพียงลำพัง?
- ขอบเขตส่วนบุคคลคืออะไร และมีขอบเขตประเภทใดบ้าง?

เราขอขอบคุณคำแนะนำที่ได้รับจาก Viktoria Pidvorchanska ที่ปรึกษาจากสำนักงานกฎหมาย 'Asters' และ Zoryana Skaletska รองศาสตราจารย์ที่มหาวิทยาลัยแห่งชาติ สถาบันคีฟ-โมฮีลา

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

ทัศนคติ	ความรู้	ทักษะ
แนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นพื้นฐานของปรัชญาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	อัตวิสัยและขอบเขต; ผู้ป่วยในฐานะผู้ตัดสินใจ การตัดสินใจร่วม (SDM) ขอบเขตคืออะไร; ขอบเขตประเภทใดบ้าง ทีมีอยู่	วิธีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และกำหนดระดับของรายละเอียดที่จำเป็นสำหรับแต่ละบุคคลในการตัดสินใจร่วมกัน วิธีที่จะทำให้แน่ใจว่าขอบเขตได้รับการเคารพในทางปฏิบัติ และวิธีที่จะระบุเมื่อขอบเขตถูกข้ามหรือละเมิด วิธีสร้างขอบเขตของคุณเอง สิ่งที่ควรทำในกรณีที่มีการละเมิดเขตแดน

ส่วนที่ 1. เอกสารทฤษฎี

การตัดสินใจร่วม (SDM)

ในปัจจุบันส่วนใหญ่ แพทย์เป็นผู้มีอำนาจ
ในขณะที่ผู้ป่วยมีบทบาทเพียงผู้รับบริการในกระบวนการดูแลรักษา
แพทย์ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งที่พวกเขาต้องทำ
ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยมักไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง
อย่างไรก็ตาม
แนวทางนี้ไม่ยุติธรรมต่อผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์และจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงโดยการเปลี่ยนไป
สู่รูปแบบการตัดสินใจร่วมกัน
จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงโดยการเปลี่ยนไปสู่การใช้การตัดสินใจร่วมกัน

การตัดสินใจร่วมกัน (SDM) เป็นวิธีการที่มีพื้นฐานจากการสนทนา ซึ่งแพทย์และผู้ป่วยร่วมกันกำหนดแนวทางการรักษาต่อไป

ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพช่วยในการเลือกแนวทางการรักษาตามความชอบและความเชื่อ

งผู้ป่วย และอำนวยความสะดวกในการตัดสินใจที่ถูกต้อง

หลักการของการตัดสินใจร่วมกันมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลทางการแพทย์ที่ปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย หลักการนี้ประกอบด้วยสามองค์ประกอบ: (1) ตัวเลือกการรักษาที่ชัดเจน ถูกต้อง และมีหลักฐานรองรับ (หลักฐาน), (2) ประสบการณ์ในการปรับใช้ตัวเลือกเหล่านั้น,

และ (3) ความต้องการของผู้ป่วยเอง นอกจากนี้ การตัดสินใจร่วมกันยังคำนึงถึงปัจจัยทางจิตวิทยา สังคม และอารมณ์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการอภิปราย

การตัดสินใจร่วมกันเช่นนี้ขึ้นอยู่กับการสร้างความร่วมมืออย่างใกล้ชิดบนพื้นฐานของความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เป้าหมาย
คือการที่ผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่สะท้อนถึงแง่มุมที่สำคัญที่สุดสำหรับพวกเขา

แนวทางการตัดสินใจร่วม (SDM)
มีพื้นฐานอยู่บนความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวอย่างครบถ้วนและการมีอิสระในการตัดสินใจของผู้ป่วย
ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวอย่างครบถ้วนมีความจำเป็นเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้หากไม่เข้าใจข้อดีและข้อเสียทั้งหมดของทางเลือกในการรักษาที่เสนอ
การมีอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวข้องกับการคำนึงถึงค่านิยมและความเชื่อส่วนบุคคลของผู้ป่วย นี่อธิบายว่าทำไมความเสี่ยงและประโยชน์อาจถูกตีความแตกต่างกันได้ ดังนั้น ในบางสถานการณ์ ความคิดเห็นของแพทย์อาจแตกต่างจากคำตัดสินสุดท้ายของผู้ป่วย ในกรณีเช่นนี้ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพและผู้ป่วยต้องตกลงกันในคำตัดสินสุดท้าย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยต้องเข้าใจอย่างถ่องแท้และเห็นด้วยกับตำแหน่งของแพทย์
หรือยืนยันในคำตัดสินของตนเอง **ความคิดเห็นของผู้ป่วยต้องเป็นสิ่งที่ตัดสินใจได้**

จากข้อมูลนี้ สามารถกล่าวได้ว่าผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการรักษาของพวกเขา อย่างไรก็ตาม พวกเขาไม่ได้เต็มใจหรือพร้อมเสมอไปที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเองร่วมกับแพทย์ มีหลายเหตุผลสำหรับเรื่องนี้ ประการแรก ผู้คนอยู่ในกลุ่มที่แตกต่างกัน บางคนมีความกระตือรือร้นและพร้อมที่จะแบ่งปันความรับผิดชอบ
ในขณะที่บางคนมีท่าทีเฉื่อยชาและชอบที่จะปลดเปลื้องภาระในการเลือกวิธีการรักษา

ประการที่สอง ผู้ป่วยอาจรู้สึกไม่สบายใจหรือขาดความผูกพันทางอารมณ์กับแพทย์ของตน พวกเขาอาจรู้สึกถูกกดดันจากบุคลากรทางการแพทย์หรือรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ด้วยตัวเอง นอกจากนี้ยังอาจประสบกับความวิตกกังวลในระดับสูง ซึ่งทำให้พวกเขาเลือกที่จะไม่เข้าร่วมในการตัดสินใจทางการแพทย์

ประการที่สาม ผู้ป่วยอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ (เพศ อายุ ระดับการศึกษา วัฒนธรรม ฯลฯ)

อย่างไรก็ตาม มักมีสถานการณ์ที่แพทย์ไม่สนใจการตัดสินใจร่วมกัน –
เนื่องจากเวลาที่จำกัดที่ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์มีสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
ปัญหานี้สามารถแก้ไขได้โดยการ

การปรับปรุงคุณภาพการสื่อสารระหว่างการให้คำปรึกษา ตัวอย่างเช่น การจัดโครงสร้างการสนทนา การปรับให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย การถามคำถามอย่างกระตือรือร้น การแสดงความคิดเห็นและเป้าหมาย และการให้ความสนใจกับด้านอารมณ์ ทั้งหมดนี้จะช่วยปรับปรุงคุณภาพการสนทนาอย่างมีนัยสำคัญ และบรรเทาความกดดันจากข้อจำกัดทางเวลา

ผู้ป่วยทุกคน**มีสิทธิในการเข้าถึงเวชระเบียนของตนเอง** ซึ่งเป็นสิทธิที่ได้รับการรับรองตามกฎหมาย แพทย์มีหน้าที่ในการให้สิทธิการเข้าถึงดังกล่าวแก่ผู้ป่วย การให้ผู้ป่วยเข้าถึงเวชระเบียนของตนเองช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยจะเริ่มดูแลตนเองอย่างจริงจังมากขึ้น สิ่งนี้ยังส่งผลเชิงบวกต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เพิ่มความไว้วางใจ ความรู้สึกปลอดภัย และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ส่งผลให้พวกเขามีบทบาทมากขึ้นในการตัดสินใจร่วมกับแพทย์

เป้าหมายของแพทย์คือการช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจโดยสะท้อนถึงคุณค่าและความต้องการของตนเอง บุคลากรทางการแพทย์สามารถบรรลุเป้าหมายนี้ได้โดยการส่งเสริมและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกัน ในขณะเดียวกัน แพทย์ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของการตัดสินใจอย่างคลุมเครือหรือไม่ชัดเจน กำลังทำร้ายผู้ป่วย

ความนิยมในระดับโลกของการตัดสินใจร่วมกันกำลังเพิ่มขึ้นทุกปี บางประเทศได้ผนวกมันเข้าไปในกฎหมายของพวกเขาแล้ว ในประเทศแคนาดา ได้มีการจัดตั้งแผนกวิจัยขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหานี้ ในประเทศอังกฤษ ได้มีการเปิดตัวโปรแกรม NHS RightCare ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อดำเนินการตามหลักการที่ว่า 'ไม่มีการตัดสินใจเกี่ยวกับฉันโดยปราศจากฉัน' ประเทศในยุโรปบางประเทศ โดยเฉพาะฝรั่งเศส ได้ผ่านกฎหมายเกี่ยวกับ 'ประชาธิปไตยด้านสุขภาพ' นอกจากนี้ การประชุมนานาชาติว่าด้วยการตัดสินใจร่วมกัน (ISDM) จัดขึ้นทุกสองปี และ Salzburg Global Seminar ได้เปิดตัวชุดการประชุมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจ

ผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพในการตัดสินใจมีแนวโน้มที่จะเสียใจกับการรักษาที่เลือกน้อยลงอย่างมาก สื่อสารกับแพทย์อย่างเปิดเผยมากขึ้น มีความเข้าใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับสภาพสุขภาพของตนเอง

และโดยทั่วไปแล้วจะได้รับความพึงพอใจจากการรักษาที่มากขึ้น
การตัดสินใจร่วมกันยังช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งระหว่างผู้ป่วยและแพทย์อีกด้วย
นอกจากนี้ การตัดสินใจร่วมกันยังช่วยให้ผู้ป่วยยินยอมต่อการรักษาเฉพาะเจาะจง
และปกป้องแพทย์จากการร้องเรียนหรือการดำเนินคดีทางกฎหมายในอนาคต
ความสัมพันธ์เช่นนี้เองที่ทำให้การตัดสินใจร่วมกันเป็นไปได้

หน่วยงานและขอบเขต

ชีวิตมนุษย์คือคุณค่าที่สำคัญที่สุด ในการทำงานของแพทย์ ชีวิตของผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญ เนื่องจากแพทย์รักษาบุคคล ไม่ใช่เพียงร่างกายของพวกเขาเท่านั้น อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและชีวการแพทย์ (สตราสบูร์ก, 2005) และปฏิญญาเอดินบะระของสหพันธ์การศึกษากายภาพแพทย์โลก เป็นเอกสารที่สำคัญที่สุดเกี่ยวกับประเด็นเหล่านี้ พวกเขาให้สิทธิแก่ผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในกระบวนการวินิจฉัยและการรักษา รวมถึงโอกาสในการพบแพทย์ที่เป็นผู้ฟังที่เอาใจใส่ ผู้สังเกตการณ์ที่รอบคอบ และแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ นี่อธิบายถึงความปรารถนาและความมุ่งมั่นของผู้ป่วยในการสนทนาอย่างเปิดเผยกับแพทย์ **ดังนั้น ผู้ป่วยควรได้รับการพิจารณาว่าเป็นบุคคลในความสัมพันธ์ทางการแพทย์ ซึ่งสามารถมีอิทธิพลต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ มากกว่าที่จะเป็นเพียงวัตถุที่ถูกดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ที่มีความสามารถ**

การสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ช่วยให้มั่นใจว่าทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์พึงพอใจกับกระบวนการรักษา อย่างไรก็ตาม บางครั้งความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยอาจเกินขอบเขตที่ยอมรับได้

นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน คารอล นาเดลสัน และเกล็น ฮับบาร์ด ได้ให้คำนิยามของขอบเขตทางอาชีพว่า เป็นขีดจำกัดที่เฉพาะเจาะจงในความสัมพันธ์ที่บุคคลหนึ่งมอบความไว้วางใจในความเป็นอยู่ที่ดีของตนให้แก่บุคคลอื่น การรักษาขอบเขตระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยเป็นประเด็นสำคัญในปัจจุบัน เป็นองค์ประกอบหลักของการปฏิบัติทางการแพทย์ที่ดีและการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม แก่นแท้ของการปฏิบัตินี้คือหลักการ**ที่ว่าแพทย์มีหน้าที่ต้องกระทำโดยมีจุดมุ่งหมายเพียงเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเท่านั้น** ซึ่งผู้ป่วยคาดหวังความเข้าใจ ความเมตตา และความซื่อสัตย์จากแพทย์ของตนเสมอ

ปัจจุบัน การปฏิบัติทางการแพทย์ได้เปลี่ยนแปลงไป และความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยกำลังกลายเป็นเรื่องที่พบได้บ่อยขึ้น สิ่งนี้อาจนำไปสู่ความเข้าใจผิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับการกระทำของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ นอกจากนี้ ปัญหาเกี่ยวกับการรักษาขอบเขตทางวิชาชีพก็เกิดขึ้นเช่นกัน

การละเมิดขอบเขตเหล่านี้อาจนำไปสู่การสูญเสียความไว้วางใจของผู้ป่วยต่อแพทย์ รวมถึงก่อให้เกิดบาดแผลทางจิตใจแก่ผู้ป่วย
ซึ่งถือเป็นการกระทำที่ผิดจรรยาบรรณและไม่เป็นมืออาชีพของบุคลากรทางการแพทย์ โดยส่วนใหญ่แล้ว
สาเหตุมักเกิดจากการรับรู้ทางอารมณ์ที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยต่อการกระทำของแพทย์ นอกจากนี้
การละเมิดขอบเขตยังอาจนำไปสู่ความขัดแย้งทางผลประโยชน์ทางการเงินระหว่างทั้งสองฝ่าย หรือก่อให้เกิดอันตรายทางร่างกายได้

ประมวลจรรยาบรรณทางการแพทย์ของออสเตรเลียระบุว่า
ความรับผิดชอบหลักของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพคือการดูแลผู้ป่วยและให้บริการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

แพทย์ต้องปฏิบัติตามกรอบจริยธรรมเสมอ
การประกอบวิชาชีพแพทย์ยังรวมถึงการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวและเป็นความลับที่เกี่ยวข้องกับชีวิตส่วนตัวของผู้ป่วย และการตรวจร่างกายในลักษณะต่าง ๆ ที่อาจละเมิดขอบเขตทางกายภาพของผู้ป่วย
ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์และนรีเวชวิทยาเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดต่อการละเมิดขอบเขตทางวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ขอบเขตดังกล่าวจะต้องได้รับการเคารพเสมอ
สภาการแพทย์ทั่วไป (GMC) ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐบาลสหราชอาณาจักรได้กำหนดไว้ว่าแพทย์จะต้องไม่มีความสัมพันธ์ทางเพศหรือความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดทางอารมณ์กับผู้ป่วย

เพื่อลดความเสี่ยงของการละเมิดขอบเขต
หน้าที่ของแพทย์ต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์บางประการ ได้แก่
ต้องกระทำเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเท่านั้น ไม่ละเมิดจรรยาบรรณวิชาชีพ
และควบคุมอารมณ์ของตนเอง
บางครั้งสภาวะทางอารมณ์ของผู้ให้บริการด้านสุขภาพเองที่นำไปสู่การละเมิดขอบเขตวิชาชีพ
นอกจากนี้ ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์การมีปฏิสัมพันธ์กับแพทย์
และให้เกียรติขอบเขตส่วนตัวของพวกเขาด้วย
ถือว่าไม่เหมาะสมที่จะทำให้แพทย์รู้สึกไม่สบายใจกับปัญหาที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคุณ,
นัดพบแพทย์นอกสถานที่ทำงานของแพทย์, หรือทำข้อเสนอที่ไม่เหมาะสมต่าง ๆ เป็นต้น

'ผู้ป่วยคือผู้ควบคุมร่างกายของตนเอง': อะไรคือความสามารถในการตัดสินใจ?

และสงทมนหมายถิงสำหรับการปฏิบัติทางการแพทย์

พลเมืองทุกคนของยูเครนมีสิทธิตามรัฐธรรมนูญในการได้รับการดูแลสุขภาพ

เมื่อไปเยี่ยมสถานพยาบาล
สิทธิที่ไม่สามารถโอนให้ผู้อื่นได้และไม่สามารถละเมิดได้นี้จะเปลี่ยนจากสิทธิที่เป็นวัตถุประสงค์เป็นสิทธิที่เป็นอัตวิสัย และบุคคลนั้นจะได้รับสถานะเป็นผู้ป่วย

ผู้ป่วยจะต้องไม่ถูกมองว่าเป็นเพียงวัตถุที่ต้องการการรักษา
แต่ต้องถือว่าเป็นบุคคลที่มีสิทธิและหน้าที่รับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง
การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของสิทธิของผู้ป่วยอย่างชัดเจน

รายการของสิทธิเช่นนี้ได้ถูกกำหนดโดยหลักการพื้นฐานของกฎหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของยูเครน. บางส่วนของสิทธิเหล่านี้ได้แก่:

สิทธิในการเลือกแพทย์และวิธีการรักษาได้อย่างอิสระ

ผู้ป่วยสามารถเลือกแพทย์ผู้ดูแลของตนเองได้ หรือผู้จัดการโรงพยาบาลอาจแต่งตั้งให้ก็ได้ อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าในกรณีใด ผู้ป่วยยังคงมีสิทธิ์ในการเปลี่ยนบุคลากรทางการแพทย์ได้ตามดุลยพินิจของตนเอง สิทธินี้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสามารถเลือกแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ตนเองไว้วางใจได้โดยอิสระ เกี่ยวกับวิธีการรักษา ผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะได้รับข้อมูลในเรื่องนี้ การตัดสินใจต้องทำร่วมกันกับแพทย์ แต่การตัดสินใจสุดท้ายอยู่ที่ผู้ป่วย ในขณะเดียวกัน แพทย์ยังคงรับผิดชอบในการตัดสินใจดังกล่าว ความรับผิดชอบในการตัดสินใจร่วมกันจะแบ่งระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย สิทธินี้ใช้กับบุคคลที่มีอายุครบ 14 ปี

สิทธิในการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนเกี่ยวกับสภาพสุขภาพของตนเอง

แพทย์ต้องให้ข้อมูลทั้งหมดแก่ผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่เกี่ยวกับสภาพสุขภาพของพวกเขา ความเหมาะสมของวิธีการรักษา และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อชีวิตและสุขภาพของพวกเขา ข้อมูลดังกล่าวอาจถูกปกปิดหากอาจทำให้สุขภาพของผู้ป่วยทรุดลงหรือรบกวนกระบวนการรักษา การเข้าถึงเวชระเบียนเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาต่อไป

ที่นี่เรากลับมาอีกครั้งหนึ่งในเรื่องของความยินยอมที่ได้รับการแจ้งให้ทราบล่วงหน้าของผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมี:

- สิทธิในการให้ความยินยอมโดยได้รับข้อมูลครบถ้วนเกี่ยวกับการใช้วิธีการวินิจฉัย การป้องกัน และการรักษา ตลอดจนสิทธิในการปฏิเสธการรักษา
- สิทธิในการรักษาความลับเกี่ยวกับสภาพสุขภาพของตน การที่ตนได้ขอรับความช่วยเหลือทางการแพทย์ การวินิจฉัยโรคของตน และข้อมูลที่ได้รับระหว่างการตรวจรักษาทางการแพทย์

- สิทธิในการอนุญาตให้บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ สมาชิกในครอบครัว และบุคคลอื่น ๆ เข้าเยียมผู้ป่วย
- สิทธิในการได้รับการส่งตัวไปรักษาในต่างประเทศ

- สิทธิในการได้รับค่าชดเชยสำหรับความเสียหายต่อสุขภาพ
- ความเป็นไปได้ในการตรวจร่างกายโดยแพทย์อิสระ
- สิทธิในการอุทธรณ์คำตัดสินและการกระทำที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายของบุคลากรทางการแพทย์ สถาบัน และหน่วยงาน

อย่างไรก็ตาม นอกเหนือจากสิทธิเหล่านี้แล้ว
ผู้ป่วยยังมีหน้าที่รับผิดชอบบางประการเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองด้วย
ซึ่งรวมถึงโดยเฉพาะอย่างยิ่ง: การดูแลสุขภาพของตนเองและบุตรหลานของตน;
ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนคนอื่น;
การเข้ารับการตรวจสุขภาพป้องกันโรคและการฉีดวัคซีนตามกำหนดเวลา เป็นต้น

นอกจากนี้
ผู้ป่วยมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ของแพทย์และปฏิบัติตามระเบียบภายในของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัด
บุคลากรทางการแพทย์จะไม่รับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ตกลงไว้หรือปฏิเสธการรักษาโดยสิ้นเชิง
ควรสังเกตว่าเฉพาะบุคคลที่มีความสามารถทางกฎหมายอย่างเต็มที่เท่านั้นที่สามารถปฏิเสธการรักษาได้ กล่าวคือ
บุคคลที่ตระหนักถึงความสำคัญของการกระทำของตนและมีความสามารถในการควบคุมการกระทำนั้น

สรุปแล้ว
เราต้องการเน้นย้ำ**ว่าผู้ป่วยเป็นคู่กรณีในความสัมพันธ์ทางการแพทย์และกฎหมายอย่างเท่าเทียมกับแพทย์** ไม่ว่าในกรณีใดก็ตาม พวกเขาไม่ใช่เพียงวัตถุที่ต้องได้รับการรักษา
แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์
แต่พวกเขาต้องได้รับการปฏิบัติด้วยความเคารพและคำนึงถึงความคิดเห็นของพวกเขา
เพราะท้ายที่สุดแล้ว ผู้ป่วยคือ 'เจ้าของร่างกายของตนเอง'

วิธีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและกำหนดระดับรายละเอียดที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อตัดสินใจร่วมกัน

แบบจำลองการให้คำปรึกษาทางการแพทย์แบบคาลgary-เคมบริดจ์

ซึ่งปัจจุบันได้รับการยอมรับว่าเป็นมาตรฐานทองคำสำหรับการสื่อสารทางคลินิกระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ประกอบด้วยการสร้างการสื่อสารที่มีความหมายระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ โดยอธิบายลักษณะของภาวะของผู้ป่วยในลักษณะที่สามารถเข้าใจได้สำหรับผู้ป่วย พื้นฐานของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วยและแพทย์คือการที่แพทย์ให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้องเกี่ยวกับสภาพสุขภาพของผู้ป่วย

การสื่อสารนี้ขึ้นอยู่กับความชัดเจนที่แพทย์สามารถอธิบายให้บุคคลที่ต้องการทราบเข้าใจได้

การดูแลทางการแพทย์, การวินิจฉัยของพวกเขา, แผนการตรวจ, การพยากรณ์โรคสำหรับการดำเนินไปของโรคที่อาจเกิดขึ้น, เป็นต้น, ความมีประสิทธิภาพของกระบวนการรักษาขึ้นอยู่

กฎหมายของยูเครนกำหนดว่าผู้ป่วยที่มีอายุครบ 18 ปีขึ้นไปมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนเกี่ยวกับสภาพสุขภาพของตนเอง รวมถึงการเข้าถึงบันทึกทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องซึ่งเกี่ยวข้องกับสุขภาพของตน

ในระหว่างขั้นตอนการอธิบายและวางแผนการรักษา บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ข้อมูลในปริมาณที่เหมาะสมและตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยเป็นระยะ รวมถึงตอบคำถามเพิ่มเติมที่ผู้ป่วยอาจมี **ความครบถ้วนของข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างถูกต้อง** ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้เชี่ยวชาญจะต้องอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับสาเหตุ (สาเหตุและเงื่อนไขของการเกิดโรค) ของอาการป่วยของผู้ป่วย ลักษณะเฉพาะของการตรวจและการรักษาที่กำหนด ผลข้างเคียงของยาที่สั่ง และกลไกการทำงานของยาเหล่านั้น

ความร่วมมือระหว่างแพทย์และผู้ป่วยนั้นหมายถึงการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสภาพสุขภาพของตนเอง มีข้อยกเว้นสำหรับกฎนี้ในกฎหมายภายในประเทศ ตัวอย่างเช่น หากข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยของผู้ป่วยอาจทำให้สุขภาพของพวกเขาแย่ลงหรือขัดขวางกระบวนการรักษา บุคลากรทางการแพทย์มีสิทธิที่จะให้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังในการมีชีวิตที่ยาวนานขึ้นและผลการรักษาที่อาจประสบความสำเร็จ ควรเน้นย้ำว่าบทบัญญัติทางกฎหมายเหล่านี้ล้าสมัยแล้ว **เนื่องจากหากผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจก็ควรเป็นผู้ป่วยเอง ไม่ใช่ผู้อื่นในนามของผู้ป่วยที่จะต้องตัดสินใจว่าจะรับข้อมูลใดและในรายละเอียดใด**

มาตรฐานสากลที่รับรองสิทธิของผู้ป่วยในการได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้อง ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้ของหลักการ 'primum non nocere' ('อย่าทำอันตราย!'). ตัวอย่างเช่น อนุสัญญาว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิและศักดิ์ศรีของมนุษย์ในด้านการประยุกต์ใช้ชีววิทยาและเวชศาสตร์ พ.ศ. 2540 กำหนดไว้ว่าทุกคนมีสิทธิที่จะเข้าถึงข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตน อย่างไรก็ตาม ความประสงค์ของบุคคลที่ไม่ต้องการรับข้อมูลดังกล่าวจะต้องได้รับการเคารพด้วยเช่นกัน ในกรณีพิเศษ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย การใช้สิทธิเหล่านี้อาจถูกจำกัดโดยกฎหมาย

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยในรูปแบบที่เข้าถึงได้ควรเป็นสิ่งที่แพทย์ให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกด้วย ระดับของรายละเอียดในข้อมูลที่ให้แก่ผู้ป่วยอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น:

อายุของผู้ป่วย ระดับการพัฒนา และความสามารถทางจิตใจ เป็นต้น โปรโตคอลการรักษาในปัจจุบันและข้อกำหนดสำหรับวิธีการวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นยากที่บุคคลทั่วไปจะเข้าใจ ซึ่งหมายความว่า เมื่อสื่อสารกับผู้ป่วย แพทย์ต้องใช้ภาษาที่ง่ายและชัดเจน หลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อน หรือหากจำเป็นต้องใช้คำศัพท์ดังกล่าว แพทย์ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ

ข้อบังคับด้านการดูแลสุขภาพ**ในปัจจุบันกำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในรูปแบบที่เข้าถึงได้ เกี่ยวกับสถานะสุขภาพของผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการตรวจและการรักษาที่เสนอ** รวมถึง**การพยากรณ์โรคเกี่ยวกับความก้าวหน้าของภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้** โดยต้องระบุความเสี่ยงต่อชีวิตและสุขภาพอย่างชัดเจน กฎบัตรสิทธิผู้ป่วยแห่งยุโรป พ.ศ. 2545 กำหนดสิทธิของผู้ป่วยในการได้รับข้อมูลที่ช่วยให้เขาหรือเธอสามารถมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ในทำนองเดียวกัน เอกสารจุดยืน: พยาบาลและสิทธิมนุษยชน สภาการพยาบาลระหว่างประเทศ (ICN) (1998) ระบุว่า บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ต้องให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เหมาะสมในภาษาที่ผู้ป่วยเข้าใจ ก่อนที่ผู้ป่วยจะยินยอมให้มีการรักษาหรือการตรวจใด ๆ รวมถึงการเข้าร่วมในการทดลองทางคลินิก

ตัวเลือกเริ่มต้น

การเลือกที่จะพูดกับแพทย์ → การตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของคุณ → การตัดสินใจ

↑ ถอยหลัง การเลือกตำแหน่ง

↑ รายการตัวเลือก ทดสอบความรู้

↑ มุ่งเน้นที่ประโยชน์ การเลือกการตั้งค่า

การเลือกอย่างมีข้อมูล

การให้เหตุผลในการเลือก
การตรวจสอบปฏิกิริยา
การเลือนออกไป

การอธิบายทางเลือก – สำรวจประโยชน์
ความเสี่ยงและประโยชน์

การตัดสินใจ
การทบทวนข้อเสนอ

รูปที่ 8 โครงสร้างของแบบจำลองการตัดสินใจร่วม

การสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วย
โดยคำนึงถึงลักษณะเฉพาะบุคคลของเขาหรือเธอ
มีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างความสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย
ในการให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงโดยแพทย์
และในการบรรลุเป้าหมายสูงสุดของกระบวนการรักษา นั่นคือ การฟื้นฟูผู้ป่วย

โครงสร้างของแบบจำลองการตัดสินใจร่วม (SDM) ถูกสร้างขึ้นในสามขั้นตอน:
(1) การแนะนำทางเลือก; (2) การอธิบายตัวเลือกที่เป็นไปได้ โดยมักบูรณาการการสนับสนุนที่ได้รับ; (3) การช่วยผู้ป่วยในการสำรวจตัวเลือกและตัดสินใจ

ผู้ป่วยในฐานะผู้ตัดสินใจ

การดูแลสุขภาพที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้นเกี่ยวข้องกับการให้ความเคารพและความไว้วางใจจากบุคลากรทางการแพทย์ต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย ตามแนวทางนี้ ผู้ที่ต้องการรับบริการทางการแพทย์ควรรู้สึกเป็นอิสระและมีอิสระในการเลือกสถานพยาบาล แพทย์ วิธีการรักษา และอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยกลายเป็นผู้ตัดสินใจ เขาหรือเธอจึงรู้สึกอยู่ในฐานะที่เท่าเทียมกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ในระหว่างกระบวนการรักษา ซึ่งสิ่งนี้จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากขึ้นในการฟื้นฟูและส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดีขึ้น

ภายใต้กฎหมายการดูแลสุขภาพของยูเครนในปัจจุบัน
ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลใด ๆ ก็ตาม
หากมีเหตุผลที่สมควรตามสภาพของโรคของตน
ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลที่ต้องการจะเข้ารับการรักษา
(โดยที่สถานพยาบาลนั้นสามารถให้การรักษาที่เหมาะสมได้)
ซึ่งหมายความว่าบุคคลที่ต้องการการดูแลทางการแพทย์ โดยคำนึงถึงสภาพสุขภาพ สถานการณ์ทางการเงิน สถานที่ตั้งของสถานพยาบาล และเกณฑ์อื่นๆ จะตัดสินใจว่าจะไปที่สถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ไปที่โรงพยาบาลในพื้นที่ของตน หรือตามคำแนะนำของเพื่อน ไปเลือกสถานพยาบาลในส่วนอื่นของเมือง แต่โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์มากกว่า ในบริบทของการปฏิรูประบบสาธารณสุข นี่ยังหมายความว่าผู้ป่วยในฐานะผู้มีอำนาจตัดสินใจ

มีแนวโน้มที่จะเลือกสถานพยาบาลที่มีสัญญาลงนามกับบริการสุขภาพแห่งชาติของยูเครน ซึ่งจะทำให้พวกเขาสามารถรับบริการทางการแพทย์บางอย่างได้ฟรี (ภายใต้โครงการรับประกันทางการแพทย์)

การตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเลือกแพทย์เป็นหนึ่งในสิ่งที่สำคัญที่สุด
เนื่องจากระดับความเชี่ยวชาญของแพทย์ที่ผู้ป่วยเลือก
และระดับความไว้วางใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย
เป็นตัวกำหนดว่าการรักษาจะประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพหรือไม่ ปัจจุบัน ในประเทศของเรา
ผู้ป่วยทุกคนที่มีอายุสิบสี่ปีขึ้นไปซึ่งขอรับความช่วยเหลือทางการแพทย์มีสิทธิที่จะเลือกแพทย์ได้
อย่างอิสระ โดยแพทย์ต้องสามารถให้บริการได้
และเลือกวิธีการรักษาตามความต้องการของผู้ป่วย

เอกสารที่ยืนยันว่าผู้ป่วยได้เลือกแพทย์ของตนโดยสมัครใจ คือ
การประกาศเลือกแพทย์ที่ให้บริการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน
สิ่งสำคัญคือผู้ป่วยสามารถตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะเปลี่ยนแพทย์หรือไม่
ซึ่งช่วยให้พวกเขาได้รับการดูแลทางการแพทย์จากผู้เชี่ยวชาญที่พวกเขาไว้วางใจ
บทบัญญัติทางกฎหมายนี้สอดคล้องกับมาตรฐานสากลในด้านการดูแลสุขภาพอย่างเต็มที่
ซึ่งหมายถึงเครื่องมือที่เรียกว่า 'กฎหมายที่ไม่ผูกพัน' เป็นอันดับแรกและสำคัญที่สุด
ซึ่งแม้ว่าจะไม่มีผลผูกพันทางกฎหมาย แต่ได้รับการปฏิบัติตามเนื่องจากอำนาจของมัน
ตัวอย่างเช่น ปฏิญญาลิสบอนว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วย พ.ศ. 2524
และหลักการสิบสองประการของการให้บริการสุขภาพในระบบสุขภาพใดๆ พ.ศ. 2526
ได้กำหนดสิทธิของผู้ป่วยในการเลือกแพทย์ของตนได้อย่างอิสระ

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยอย่างแข็งขันเป็นไปไม่ได้หากปราศจากความเป็นอิสระ
ของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับกระบวนการทางการแพทย์และการแทรกแซง
การเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเป็นประเด็นเร่งด่วนสำหรับสัง
คมยูเครนในปัจจุบัน (ทั้งสำหรับผู้ป่วยและแพทย์) ในปัจจุบัน
การยินยอมของผู้ป่วยเช่นนี้ถูกมองว่าเป็นเพียง 'กระดาษแผ่นหนึ่ง' ที่อนุญาตให้ผู้ป่วย 'ลงโทษ'
แพทย์ได้หากจำเป็น ในขณะที่แพทย์สามารถปกป้องตนเองจากการร้องเรียนของผู้ป่วยได้

อย่างไรก็ตาม โดยแก่นแท้แล้ว
การให้ความยินยอมโดยได้รับข้อมูลครบถ้วนไม่ได้เป็นเพียงเอกสารที่มีลายเซ็นของผู้ป่วยเท่านั้น
แต่ควรถูกมองว่าเป็นกระบวนการที่มีการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง
ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยง ประโยชน์
และทางเลือกของหัตถการหรือการรักษาทางการแพทย์นั้น ๆ และผู้ป่วยซึ่งได้รับข้อมูลครบถ้วนแล้ว
จะเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง

คำพิพากษาของศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรปได้กำหนด**เกณฑ์**ต่อไปนี้ไว้

ซึงการปฏิบัติตามเกณฑ์เหล่านี้จะทำให้การให้ความยินยอมอย่างมีข้อมูลสมบูรณ์และมีผลผูกพัน

: **การรับรู้ข้อมูล**

(การตัดสินใจที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์โดยอาศัยข้อมูลทางการแพทย์ที่ได้รับจากแ

พทย์), **ความสมัครใจ** (การตัดสินใจโดยไม่มีการชักจูงหรือกดดันจากภายนอกต่อผู้ป่วย),

และความสามารถ (การตัดสินใจโดยมีอายุที่เหมาะสม).

สิ่งสำคัญคือ การตัดสินใจเช่นนี้ควรกระทำโดยผู้ป่วยด้วยความตระหนักอย่างเต็มที่และเป็นไปตามมาตรฐานสากลในด้านการดูแลสุขภาพ

ข้อกำหนดของอนุสัญญาว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและศักดิศรีของมนุษย์ในการประยุกต์ใช้ชีววิทยาและการแพทย์ พ.ศ. 2540 ปฏิญญาลิสบอนว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วย พ.ศ. 2524 และปฏิญญาว่าด้วยนโยบายด้านสิทธิผู้ป่วยในยุโรป พ.ศ. 2537 เน้นย้ำถึงความสำคัญของผู้ป่วยในการตัดสินใจด้วยความรอบรู้ในการให้ความยินยอมต่อการรักษาหรือการแทรกแซงทางการแพทย์ หลังจากได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับสุขภาพของตน

ด้วยความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่รวดเร็ว จำนวนผู้ป่วยที่ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยทางวิทยาศาสตร์หรือการทดลองทางคลินิกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กฎหมายของยูเครนในปัจจุบันบัญญัติไว้ว่าแพทย์สามารถทำการวิจัยควบคู่ไปกับการให้การรักษาทางการแพทย์ได้เพียงในกรณีที่การวิจัยนั้นมีเหตุผลที่สมเหตุสมผลเพื่อวัตถุประสงค์ทางการป้องกัน การวินิจฉัย หรือการบำบัดรักษา

ผู้ป่วยอาจตัดสินใจเข้าร่วมการทดลองได้หากการทดลองนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงสุขภาพของผู้ป่วย และหากมีการจัดเตรียมมาตรการความปลอดภัยที่จำเป็นทั้งหมดไว้สำหรับผู้ป่วย

เครื่องมือระหว่างประเทศ

โดยเฉพาะอย่างยิ่งอนุสัญญาว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและศักดิศรีของมนุษย์เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ชีววิทยาและการแพทย์ พ.ศ. 2540 กำหนดไว้ว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมการวิจัยทางวิทยาศาสตร์จะต้องมีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร (ความยินยอมโดยสมัครใจที่ได้รับการแจ้งข้อมูล)

การมีอิสระในการตัดสินใจของผู้ป่วยตลอดกระบวนการรักษาช่วยให้สามารถพัฒนาแบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ที่มีลักษณะเสรีได้ ภายใต้แบบจำลองนี้ แพทย์มีหน้าที่ต้องให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและวิธีการรักษาทางเลือกต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจสุดท้ายเกี่ยวกับแนวทางการรักษาจะอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ป่วย

ผู้ป่วยจะตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้อย่างไรหากไม่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทาง ?

เนื่องจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ครอบคลุมและถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพของตนจากแพทย์ในรูปแบบที่เข้าถึงได้ พวกเขาจึงสามารถตัดสินใจได้ (ที่เรียกว่า "ความสามารถของผู้ป่วย") ความสามารถของผู้ป่วย หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการเข้าใจข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และตัดสินใจอย่างอิสระตามเป้าหมายการรักษาที่กำหนดไว้ โดยปราศจากการฝึกอบรมทางการแพทย์เฉพาะทาง

ความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจไม่ได้ขึ้นอยู่กับการเข้าใจคำศัพท์ทางการแพทย์ล่าสุดหรือความรู้ทางการแพทย์ แต่ขึ้นอยู่กับความเข้าใจ (ซึ่งได้มาจากการอธิบายของแพทย์) ของกระบวนการสำคัญที่เกิดขึ้นในร่างกายของตน ลักษณะของโรคของตน และรายละเอียดและแก่นสารของวิธีการวินิจฉัยและการรักษา เป็นต้น ผู้ป่วยต้องมีความสามารถในการแสดงเจตจำนงในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและรับผิดชอบต่อการตัดสินใจนั้น ภายใต้กฎหมายยูเครน บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตเวชเรื้อรังหรือต่อเนื่องไม่สามารถรับรู้ความหมายของการกระทำของตนและ/หรือควบคุมการกระทำนั้นได้ (บุคคลที่ไม่มีความสามารถทางกฎหมาย) และผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 14 ปี (ผู้ป่วยที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ) ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ดังนั้น การตัดสินใจดังกล่าวจะดำเนินการโดยผู้แทนตามกฎหมายของบุคคลเหล่านี้ (เช่น บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง)

คำถามว่าผู้เยาว์ (อายุ 14 ถึง 18 ปี) สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้หรือไม่นั้นยังคงเป็นประเด็นที่ถกเถียงกันอยู่ เนื่องจากมีข้อขัดแย้งมากมายในกฎหมายเกี่ยวกับประเด็นนี้ กฎระเบียบบางข้อระบุว่าการดูแลทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุครบสิบสี่ปีแล้วนั้น จะดำเนินการโดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเอง ในขณะเดียวกัน การวิเคราะห์กฎหมายอื่น ๆ ชี้ให้เห็นว่ามีเพียงผู้ป่วยที่มีอายุครบ 18 ปีเท่านั้นที่สามารถปฏิเสธการรักษาได้ ผู้ป่วยที่มีอายุครบ 18 ปีเท่านั้นที่มีสิทธิได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนเกี่ยวกับสภาพสุขภาพของตนเอง รวมถึงการเข้าถึงเวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้หากไม่ได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้องเกี่ยวกับสภาพสุขภาพของตนจากแพทย์ ผู้เยาว์จึงไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการยินยอมหรือปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์ได้ด้วยตนเอง โดยปราศจากการมีส่วนร่วมของผู้แทนทางกฎหมาย (เช่น บิดามารดา)

แพทย์มักไม่สามารถอธิบายรายละเอียดทั้งหมดของการรักษาให้ผู้ป่วยทราบได้ ไม่ว่าจะเนื่องจากเวลาที่จำกัด (เวลาให้คำปรึกษาที่จำกัด) หรือเพราะพวกเขาคิดว่าข้อมูลนี้ไม่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ภายใต้สถานการณ์เช่นนี้ ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากมากขึ้นหรืออาจไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลและได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอได้ นอกจากนี้ กฎทองก็ใช้ได้ที่นี่เช่นกัน: ยิ่งผู้ป่วยได้รับข้อมูลน้อยก่อนตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนมากเท่าใด

ก็ยิ่งคาดหวังได้ว่าจะมีการร้องเรียนและการกล่าวโทษมากขึ้นในอนาคต

กรณีศึกษา: 'การล้มเหลวในการอธิบาย' ทำให้เสียค่าใช้จ่ายถึง 43,000 ยูโร

ในคดีของศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรป 'V.C. (V.C.) v. Slovakia' มีการพบว่ามีการละเมิดเกิดขึ้น รวมถึงการละเมิดสิทธิของผู้ยื่นคำร้องในการได้รับความเคารพต่อชีวิตส่วนตัวและครอบครัว และรัฐถูกสั่งให้จ่ายค่าชดเชยแก่ผู้ยื่นคำร้องเป็นจำนวนทั้งสิ้น €43,000
ตามข้อเท็จจริงของคดี
ผู้ยื่นคำร้องซึ่งมีเชื้อสายโรม่าได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเพรโชฟเพื่อคลอดบุตร
ต่อมาเจ้าหน้าที่ได้แจ้งให้เธอทราบว่าหากเธอคลอดบุตรอีกคน
ไม่ว่าจะเป็นเธอหรือเด็กจะต้องเสียชีวิต ผู้สมัครได้บอกกับแพทย์ว่า:
"ทำอะไรก็ได้ตามที่คุณต้องการ"
จากนั้นเธอถูกขอให้ลงนามในแบบฟอร์มบันทึกการเกิดซึ่งมีช่องที่ติ๊กไว้เพื่อแสดงคำขอทำหมัน (ผู้สมัครไม่เข้าใจความหมายของคำว่า "ทำหมัน" และได้ลงนามในแบบฟอร์มด้วยความกลัวว่าจะมีผลร้ายแรงถึงชีวิต)
ศาลพบว่าแพทย์ได้กระทำการโดยมิชอบด้วยกฎหมาย เนื่องจากผู้ร้องไม่ได้รับข้อมูลโดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับวิธีการปกป้องสุขภาพเจริญพันธุ์ของเธอ
หรือข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะ คุณสมบัติ และผลที่ตามมาของการทำหมัน ดังนั้น สิทธิของผู้ป่วยในการมีอิสระในการตัดสินใจและเลือกจึงถูกละเมิด

ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะของภาวะโรค ความเสี่ยงของการปฏิเสธการรักษา วัตถุประสงค์และเนื้อหาของกระบวนการทางการแพทย์และการแทรกแซงที่จะดำเนินการในระหว่างการรักษา เป็นสิ่งสำคัญต่อการที่ผู้ป่วยจะสามารถตัดสินใจได้อย่างมีข้อมูลและอิสระ (ในกรณีที่ไม่มีการฝึกอบรมทางการแพทย์เฉพาะทาง)
ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของการเรียกร้องและการร้องเรียนจากผู้ป่วย
และจะช่วยขจัดแนวทางแบบอำนาจนิยมที่ล้าสมัยในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

หากผู้ป่วยไม่ต้องการตัดสินใจและขอให้แพทย์ตัดสินใจแทน ควรดำเนินการอย่างไร?

หลักการแห่งการมีอิสระของผู้ป่วยอยู่ที่การยอมรับสิทธิทางกฎหมายและความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ มีกรณีที่ผู้ป่วยพยายามโอนความรับผิดชอบในการตัดสินใจไปยังแพทย์อยู่บ่อยครั้ง

ผู้ป่วยหรือผู้แทนทางกฎหมายของผู้ป่วยขอให้แพทย์ตัดสินใจในเรื่องสำคัญด้วยตัวเอง
โดยให้เหตุผลว่าพวกเขาไม่รู้อะไรเลยและไม่สามารถตัดสินใจได้เอง
สิ่งนี้เกิดขึ้นบ่อยครั้งโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเกิดความสับสนเนื่องจากความเครียดทางอารมณ์สูง

พวกเขาอาจพูดว่า: 'ฉันไม่รู้จะทำอย่างไร', 'ฉันไม่เข้าใจอะไรเลย'
ผู้ป่วยดูเหมือนจะรับเอาทัศนคติของเด็กมาใช้
ในขณะที่ต้องการมองเห็นผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เป็นเหมือนผู้ปกครองที่จะตัดสินใจทุกอย่างแทนพวกเขา ในบางช่วงเวลา โดยไม่ทันรู้ตัว ผู้เชี่ยวชาญอาจตัดสินใจในสิ่งที่ไม่ควรตัดสินใจ นอกจากนี้มันยังง่ายกว่าสำหรับพวกเขา เพราะมันทำให้กระบวนการเร็วขึ้น ต่อมาผู้ป่วยคนเดียวกันอาจมาหาหมอและโทษพวกเขาในทุกเรื่อง:
"แต่คุณบอกฉันว่ามันจะต้องดีขึ้นแบบนี้!" "แต่คุณสัญญาไว้กับฉัน!"

ภายใต้กฎหมายการดูแลสุขภาพของยูเครน
แพทย์สามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้เฉพาะในกรณีที่มีสัญญาณของภัยคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยในทันที
โดยมีเงื่อนไขว่าไม่สามารถได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเองหรือผู้แทนตามกฎหมายของผู้ป่วยได้ด้วยเหตุผล**ที่เป็นวัตถุประสงค์**
แม้ว่ากฎหมายจะไม่ได้กำหนดรายการของสภาพอันตรายดังกล่าวไว้อย่างชัดเจน
แต่เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินในกรณีเช่นนี้คืออันตรายที่แท้จริง (ไม่ใช่เพียงความเป็นไปได้) ต่อชีวิตมนุษย์ (เช่น การเสียเลือดมาก การขาดอากาศหายใจ เป็นต้น) หากมีอันตรายเช่นนี้เกิดขึ้น แพทย์อาจตัดสินใจอย่างอิสระเกี่ยวกับมาตรการที่ต้องดำเนินการเพื่อขจัดอันตรายนี้ (การผ่าตัด การถ่ายเลือด เป็นต้น)

บทบัญญัติทางกฎหมายที่อนุญาตให้แพทย์ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ชีวิตของผู้ป่วยตกอยู่ในอันตรายทันที (ในกรณีที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง) สอดคล้องกับแนวปฏิบัติระหว่างประเทศ ตัวอย่างเช่น
อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีของมนุษย์ในการประยุกต์ใช้ชีววิทยาและการแพทย์ พ.ศ. 2540 กำหนดว่า หากเนื่องจากเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการแทรกแซงทางการแพทย์ได้
(ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมโดยสมัครใจและได้รับข้อมูลครบถ้วนต่อการแทรกแซงดังกล่าวได้)
การแทรกแซงที่จำเป็นทางการแพทย์ใด ๆ อาจดำเนินการได้ทันทีเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของผู้ป่วย หากในขณะที่ดำเนินการรักษาผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถแสดงความต้องการของตนเองได้ ความประสงค์ใด ๆ ที่ผู้ป่วยได้แสดงไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์จะได้รับการพิจารณา
อนุสัญญานี้ได้ถูกลงนามแล้ว แต่โชคร้ายที่ยังไม่ได้ให้สัตยาบันโดยยูเครน;
อนุสัญญานี้ไม่มีผลผูกพันทางกฎหมาย แต่ได้รับการสังเกตโดยสมัครใจจากประเทศต่าง ๆ

(ซึ่งไม่ได้เป็นภาคีของอนุสัญญานี้) เนื่องจากอำนาจของมัน

ในกรณีอื่น ๆ ที่ไม่มีความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วยในทันที แพทย์ต้องยอมรับว่าผู้อื่น (ผู้ป่วย) เป็นบุคคลที่มีสิทธิสมบูรณ์
การตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตและสุขภาพของเขาหรือเธอต้องได้รับการตัดสินใจโดยผู้ป่วยเอง
หรือหากไม่สามารถทำได้
ให้ผู้แทนทางกฎหมายของผู้ป่วยที่มีความสามารถในการตัดสินใจเช่นนี้เป็นผู้ตัดสินใจแทน

เมือให้ข้อมูล
จำเป็นอย่างยิ่งทีจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการเลือกแผนการรักษาและตัดสินใจเ
กียวกับขันตอนต่อไป สิงสำคัญคือการตรวจสอบว่าผู้ป่วยทราบอะไรอยู่แล้ว
อะไรทีจำเป็นต้องชีแจงเพิมเติม และข้อมูลใดทีจำเป็นเพิมเติม
ในขณะทีผู้ป่วยกำลังพิจารณาข้อมูลทีได้รับ แพทย์ควรให้การสนับสนุน
เนืองจากบางคนอาจรู้สึกไม่แน่ใจเกียวกับวิธีการรักษาหรือประเภทของการแทรกแซงทางการแ
พทย์ทีจะเหมาะสมทีสุดสำหรับพวกเขา

หากแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยกำลังประสบปัญหาในการตัดสินใจทียากลำบาก
แพทย์ควรพยายามให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจด้วยตนเอง ตัวอย่างเช่น
แพทย์อาจถามว่า: 'คุณคิดอย่างไรเกียวกับสิงทีเราได้พูดคุยกัน?'
'คุณมีความคิดเห็นเกียวกับเรืองนีหรือไม่?' กรุณาแบ่งปันข้อมูลเหล่านีด้วยค่ะ/ครับ
เพราะมันสำคัญมาก! หากมีเวลาพิจารณาข้อมูลเพิมเติม คุณสามารถพูดกับผู้ป่วยว่า:
"เราพักสักครู่ดีไหมคะ/ครับ" หรือ "หากคุณต้องการข้อมูลเพิมเติม ฉันยินดีให้ค่ะ/ครับ
แต่การตัดสินใจนันแน่นอนว่าคุณเป็นผู้ตัดสินใจเอง"

ด้วยวิธีนี แพทย์จะคอยโยนความรับผิดชอบกลับไปให้ผู้ป่วยอยู่เสมอ **สิงสำคัญทีต้องจำไว้คือ
บทบาทหลักของแพทย์คือการให้ข้อมูลและแนะนำว่าวิธีการรักษา (ทางเลือก)
ใดทีเหมาะสมทีสุดสำหรับกรณีเฉพาะนัน อย่างไรก็ตาม
การตัดสินใจเกียวกับการรักษาต่อไปจะต้องเป็นของผู้ป่วยหรือผู้แทนทางกฎหมายขอ
งผู้ป่วยเท่านัน**

วิธีการได้รับความยินยอมโดยได้รับข้อมูลอย่างแท้จริง แทนที่จะเป็นเพียงเอกสารชิ้นหนึ่ง 'เพื่อความเป็นทางการ'

ลายเซ็นส่วนตัวของผู้ป่วยในแบบฟอร์มการให้ความยินยอมโดยสมัครใจอย่างมีความรู้ความเข้าใจนั้น มิได้เป็นการรับประกันว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพสุขภาพของตนเอง วัตถุประสงค์ของการตรวจวินิจฉัยและมาตรการการรักษาที่เสนอ รวมถึงการพยากรณ์โรคที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ตลอดจนความเสี่ยงต่อชีวิตและสุขภาพอย่างแท้จริง

น่าเสียดายที่กฎหมายคดีในปัจจุบันมีแนวทางที่เป็นทางการเกินไปในการพิจารณาความยินยอมโดยสมัครใจอย่างมีข้อมูลของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งแม้ว่าแพทย์จะไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องแจ้งให้ทราบ

รวมอยู่ในการอภิปรายที่นำไปสู่การให้ความยินยอมโดยได้รับข้อมูลครบถ้วนจากผู้ป่วย (กล่าวคือ พวกเขาไม่ได้ให้ข้อมูลที่ครบถ้วนแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะของโรค ลักษณะของหัตถการทางการแพทย์ และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น) อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยได้ลงนามในแบบฟอร์มให้ความยินยอมดังกล่าวแล้ว จะถือว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลครบถ้วนแล้ว ศาลพบว่าแพทย์ได้ละเมิดหน้าที่ของตนเพียงในกรณีที่ไม่ได้มีเอกสารยินยอมที่ได้รับการแจ้งให้ทราบล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรเลย

การวิเคราะห์เปรียบเทียบแบบฟอร์มการให้ความยินยอมโดยสมัครใจอย่างมีข้อมูลของผู้ป่วย ซึ่งได้รับการอนุมัติโดยคำสั่งของกระทรวงสาธารณสุข กับแบบฟอร์มที่ผู้ป่วยในประเทศยุโรปได้ลงนามไว้ พบว่ามีข้อบกพร่องจำนวนมากในแบบฟอร์มการให้ความยินยอมโดยสมัครใจอย่างมีข้อมูลของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขาดการยืนยันจากผู้ป่วยว่า ก่อนที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลครบถ้วนเกี่ยวกับโรคหรืออาการเจ็บป่วยในอดีตแก่แพทย์แล้วหรือไม่; ไม่มีการยืนยันว่าผู้ป่วยพึงพอใจกับการเลือกผู้ให้บริการด้านสุขภาพ; และไม่มีการกล่าวถึงวิธีการรักษาทางเลือกอื่นที่เหมาะสมซึ่งอาจเป็นไปได้ แบบฟอร์มการให้ความยินยอมโดยสมัครใจอย่างมีข้อมูลของยูเครนในปัจจุบันไม่มีข้อความยืนยันจากผู้ป่วยเกี่ยวกับการเลือกสถานพยาบาลโดย**มีสติสัมปชัญญะ** การให้ความยินยอม**โดยมีสติ**สัมปชัญญะต่อการเลือกแพทย์เฉพาะราย หรือการวินิจฉัยและมาตรการการรักษาที่เสนอ

ตามเอกสารระหว่างประเทศ (กฎบัตรสิทธิผู้ป่วยแห่งยุโรป, ปฏิญญาสากลว่าด้วยชีวจริยธรรมและสิทธิมนุษยชน, ปฏิญญาลิสบอนว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วย) ซึ่งไม่มีผลผูกพันทางกฎหมาย แต่จะดำเนินการโดยรัฐต่าง ๆ ตามความสมัครใจ โดยอาศัยอำนาจของเครื่องมือดังกล่าว การแทรกแซงทางการแพทย์ใด ๆ จะต้องเกิดขึ้นเฉพาะเมื่อได้รับความยินยอมล่วงหน้า โดยเสรี และ**โดยได้รับข้อมูลครบถ้วน**จากผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง**เท่านั้น** **โดยข้อมูลดังกล่าวต้องได้รับการแจ้งให้ทราบอย่างถูกต้องและเพียงพอ** อนุสัญญาว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีของมนุษย์ในด้านการประยุกต์ใช้ชีววิทยาและการแพทย์ กำหนดให้การแทรกแซงใด ๆ ในด้านสุขภาพสามารถกระทำได้เฉพาะเมื่อได้รับความยินยอมโดยสมัครใจและได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนจากบุคคลที่เกี่ยวข้องเท่านั้น

บุคคลดังกล่าวจะต้องได้รับข้อมูลที่เหมาะสมล่วงหน้าเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ลักษณะของการแทรกแซง ตลอดจนผลที่คาดว่าจะได้รับและความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

ศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรปได้เน้นย้ำอย่างต่อเนื่องว่า การให้ความยินยอมเช่นนี้ต้อง**เป็นการให้ความยินยอมที่ได้รับการแจ้งให้ทราบอย่างครบถ้วน** ตัวอย่างเช่น ในคดีของศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรป (ECtHR) กรณี Glass v. สหราชอาณาจักร มีการพบว่ามีการละเมิดสิทธิในการเคารพต่อชีวิตครอบครัวและชีวิตส่วนตัว (มาตรา 8 ของอนุสัญญาว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพพื้นฐาน) เนื่องจากไม่มีการให้**เสรีภาพ**ได้รับความยินยอม**อย่างชัดเจนและได้รับข้อมูลครบถ้วน**จากมารดาสำหรับการให้ยาไดอะมอร์ฟีนแก่บุตรชายของเธอ ซึ่งมีภาวะทุพพลภาพทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรง (กล่าวคือ แม้ว่ามารดาจะได้ลงนามแล้วก็ตาม)

ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวอย่างครบถ้วน; อย่างไรก็ตาม เธอไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอซึ่งเธอสามารถให้ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวอย่างครบถ้วนต่อการให้ยาไดอะมอร์ฟีนแก่บุตรชายของเธอได้)

คำตัดสินของศาลยูเครนได้พบการละเมิดซ้ำแล้วซ้ำเล่าจากฝ่ายแพทย์เนื่องจากการขาดความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น คำตัดสินของศาลได้พบว่าเมื่อทำการทดสอบทูเบอร์คูลินกับนักเรียนที่โรงเรียนมัธยมมิซยาคิฟสโก-คูติร์ ผู้ปกครองไม่ได้รับการแจ้งเตือน ไม่ได้รับความยินยอม และไม่ได้รับแจ้งเกี่ยวกับผลที่อาจเกิดขึ้น ความเสี่ยง และอื่น ๆ ในกรณีอื่น ๆ ได้มีการพิสูจน์การกระทำผิดของแพทย์เนื่องจากไม่มีการได้รับความยินยอมโดยสมัครใจอย่างมีข้อมูลจากผู้ป่วยต่อการแทรกแซงทางการแพทย์ และการ**ไม่ตกลงกับผู้ป่วยเกี่ยวกับขอบเขตของขั้นตอนทางการแพทย์ที่ได้ดำเนินการจริง**

ความยินยอมโดยแท้จริง – ความยินยอมที่แท้จริงอย่างแท้จริง – จะได้รับจากผู้ป่วยก็ต่อเมื่อได้มีการหารือกับแพทย์แล้ว ซึ่งครอบคลุมทุกแง่มุมและรายละเอียดปลีกย่อยของกระบวนการรักษา ภายใต้เงื่อนไขนี้เท่านั้น ผู้ป่วยจะถือว่าได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนแท้จริง และแพทย์จะสามารถปกป้องตนเองจากการร้องเรียนที่ไม่มีมูลจากผู้ป่วยเกี่ยวกับการที่แพทย์ไม่ได้อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาต่อไป

ทำไมจึงสำคัญที่เราต้องก้าวไปสู่การถ่ายโอนความรับผิดชอบในการตัดสินใจให้แก่ผู้ป่วยมากขึ้น และจะทำอย่างไร

มีมุมมองที่เพิ่มขึ้นในหมู่นักแพทย์ว่าผู้ป่วยควรมีความรับผิดชอบในการตัดสินใจเทียบเท่ากับแพทย์ (และบางครั้งอาจมากกว่า) ข้อโต้แย้งหลักสำหรับมุมมองนี้คือ ผู้ป่วยเป็นผู้ที่รับรู้ถึงความจำเป็นในการรับการรักษาทางการแพทย์ พวกเขาเป็นผู้เลือกว่าจะไปพบแพทย์หรือรักษาตนเองด้วยตนเอง ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามการรักษาที่สั่งไว้หรือไม่

คำถามเกี่ยวกับการกระจายความรับผิดชอบในการตัดสินใจที่เกิดขึ้นนั้นอยู่ภายใต้กรอบของรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มีอยู่ในปัจจุบัน

แบบจำลองแรกของสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย – พร้อมการแบ่งบทบาท 'แพทย์ผู้สั่งยา' และ 'ผู้ป่วยผู้ใต้บังคับบัญชา' ในรูปแบบนี้ บุคคลหลัก— ผู้ที่มีความรู้ทางวิทยาศาสตร์เพียงพอที่จะให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูง

การดูแลอย่างไม่ต้องสงสัยคือแพทย์
แบบแผนนี้เป็นที่นิยมเพราะแพทย์มักได้รับมอบหมายให้เป็นผู้มีบทบาทนำตามประเพณี
ด้วยการแบ่งบทบาทนี้ ความรับผิดชอบทั้งหมดต่อผลลัพธ์จะตกอยู่กับแพทย์แต่เพียงผู้เดียว
ในกรณีนี้ ผู้ป่วยเป็นเพียงผู้รับบริการทางการแพทย์อย่างเฉื่อยชา ซึ่งเพียงแค่ได้รับบริการเท่านั้น

รูปแบบที่สองของการมี**ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยคือรูปแบบของคู่ค้าที่เท่าเทียมกัน**
ในรูปแบบนี้
ความรับผิดชอบต่อกระบวนการรักษาจะได้รับการแบ่งปันอย่างเท่าเทียมกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย
ทั้งสองฝ่ายมีบทบาทอย่างแข็งขัน และรับผิดชอบต่อการตัดสินใจและการเลือกของตนเอง
แพทย์แนะนำผู้ป่วยผ่านสถานการณ์: ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะและสาเหตุ
อธิบายผลลัพธ์ที่เป็นไปได้และทางเลือกในการรักษา และเสนอทางเลือกที่หลากหลายที่มีอยู่
ผู้ป่วยมีหน้าที่รับผิดชอบในการเลือกหนึ่งในตัวเลือกการรักษาที่แพทย์เสนอ
และปฏิบัติตามคำแนะนำของตัวเลือกการรักษาที่เลือกไว้ ในรูปแบบนี้
ผู้ป่วยเป็นผู้มีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมในกระบวนการรักษา;
ผู้ป่วยทราบถึงสิทธิของตนเมื่อได้รับบริการทางการแพทย์
และเข้าใจถึงหน้าที่ความรับผิดชอบของตนต่อผลลัพธ์ของการรักษา
ความซับซ้อนของความสัมพันธ์ประเภทนี้อยู่ที่ข้อเท็จจริงที่ว่าแพทย์จำเป็นต้องใช้เวลาเพิ่มเติมใ
นการสื่อสารกับผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของพวกเขา ลักษณะและกลไกของโรค วิธีการรักษาที่มีอยู่
และอื่น ๆ

ข้อดีของแบบจำลองนี้อยู่ที่การมีแนวทางที่มนุษย์และให้เกียรติผู้ป่วยในฐานะบุคคลที่อิสระ มีส่วนร่วม
และมีความรับผิดชอบ ซึ่งมีสิทธิในการเข้าถึงและเลือกบริการทางการแพทย์
และยังมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษาของตนได้
แบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่มีพื้นฐานบนความร่วมมือยังช่วยปรับปรุงการปฏิ
บัติตามการรักษาของผู้ป่วย และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยอีกด้วย

เมื่อพิจารณาจากประสบการณ์ระหว่างประเทศ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งของสหรัฐอเมริกา)
เราจะเห็นว่าผู้ป่วยมีความรับผิดชอบเพียงต่อการตัดสินใจปฏิเสธการรักษาของตนเองเท่านั้น
สำหรับการเลือกวิธีการรักษา – ไม่,
เนื่องจากถือว่าการเลือกของผู้ป่วยอยู่ภายใต้ขอบเขตที่กำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ
และดังนั้นความรับผิดชอบทั้งหมดสำหรับการตัดสินใจที่ผู้ป่วยทำขึ้นจึงอยู่ที่แพทย์โดยตรง
ศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในคดี 'Arskaya v. Ukraine' ได้สรุปว่า:
'...บุตรของผู้ร้องเป็นผู้รับผิดชอบต่อผลลัพธ์ที่เป็นอันตรายถึงชีวิต

เนื่องจากเขาปฏิเสธการรักษาซ้ำแล้วซ้ำเล่า ศาลขอทราบว่า
สิทธิในการให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการรักษาเป็นสิทธิพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจด้วยตนเองและการมีอิสระทางบุคคล ในด้านการดูแลสุขภาพ การปฏิเสธการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เป็นอันตรายถึงชีวิตอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ อย่างไรก็ตาม การให้การรักษาโดยไม่ได้รับความยินยอมจากบุคคลที่มีภาวะจิตใจไม่สมบูรณ์อาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้

"ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความสามารถจะถือเป็นการแทรกแซงต่อความสมบูรณ์ทางร่างกายของบุคคลในลักษณะที่เป็นการละเมิดสิทธิในการเคารพชีวิตส่วนตัวและครอบครัว" ดังนั้น ความรับผิดชอบทั้งหมดในการปฏิเสธการรักษาจึงตกอยู่กับผู้ป่วย

ในยูเครน
แพทย์ไม่ต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์หรือผู้ป่วยละเมิดการรักษาที่กำหนดไว้สำหรับตน
เมื่อมีการให้ความยินยอมโดยสมัครใจและได้รับข้อมูลครบถ้วนจากผู้ป่วย
โดยระบุว่าผู้ป่วยได้รับคำอธิบายอย่างครบถ้วนเกี่ยวกับลักษณะ วัตถุประสงค์
และระยะเวลาโดยประมาณของกระบวนการวินิจฉัยและรักษา
ตลอดจนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างกระบวนการดังกล่าว
และเกี่ยวกับความจำเป็นในการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่แพทย์สั่ง
ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียวในการตัดสินใจ ในกรณีเช่นนี้
แพทย์จะมีความรับผิดเฉพาะในกรณีที่เกิดความเสียหายต่อชีวิตหรือสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ของตน
และเมื่อมีความเชื่อมโยงทางเหตุและผลระหว่างการกระทำที่ผิดกฎหมายของแพทย์กับผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย

การเคลื่อนไหวไปสู่การเพิ่มบทบาทความรับผิดชอบของผู้ป่วยในการตัดสินใจ
จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการตัดสินใจอย่างมีข้อมูลมากขึ้นในหมู่ผู้ป่วยต่อกระบวนการรักษา
และข้อมูลที่พวกเขาจะใช้เป็นพื้นฐานในการตัดสินใจต่อไปในอนาคต
การโอนความรับผิดชอบในการตัดสินใจไปยังผู้ป่วยสามารถทำได้เพียงการขยายขอบเขตของเอกสารที่ใช้บันทึกข้อมูลต่าง ๆ
นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องพัฒนาแบบฟอร์มการให้ความยินยอมที่ได้รับการแจ้งข้อมูลครบถ้วนหลากหลายประเภท
(พร้อมคำอธิบายที่ชัดเจนและละเอียดมากขึ้นเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา)
ซึ่งผู้ป่วยจะต้องลงนามพร้อมกับเอกสารมาตรฐานจากกระทรวงสาธารณสุข

ในกรณีใดบ้างที่แพทย์สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง? เส้นแบ่งระหว่างความรับผิดชอบของแพทย์กับฝ่ายบริหารในเรื่องที่มีข้อโต้แย้งอยู่ตรงไหน?

บุคคลเป็นเจ้าของร่างกายของตนเอง
ซึ่งเป็นเหตุผลว่าทำไมพวกเขาจึงต้องเป็นผู้ตัดสินใจขั้นสุดท้ายเกี่ยวกับการเลือกการวินิจฉัยและการรักษา
การให้ความยินยอมโดยได้รับข้อมูลครบถ้วนจากผู้ป่วยเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับการแทรกแซงทางการแพทย์ใด ๆ และเป็นข้อกำหนดเบื้องต้นที่จำเป็นสำหรับการดำเนินการดังกล่าว
แพทย์มีหน้าที่ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพสุขภาพของตนเอง
และเสนอทางเลือกในการรักษาที่มีอยู่หลายทาง โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจเลือกเอง

อย่างไรก็ตาม มีข้อยกเว้นสำหรับกฎนี้

ในยูเครน
สิทธิในการให้การรักษาทางการแพทย์โดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยถูกควบคุมโดยกฎหมายหลายฉบับ แม้จะเป็นเช่นนี้ แต่ก็มีความไม่สอดคล้องกันในกฎหมายเกี่ยวกับประเด็นนี้ อนุสัญญายุโรปให้การรับประกันแก่ทุกคนในการได้รับการคุ้มครองจากการแทรกแซงและสิทธิในความสมบูรณ์ของร่างกาย ซึ่งห้ามไม่ให้มีการให้การรักษาทางการแพทย์โดยไม่ได้รับความยินยอม ในขณะเดียวกัน
แพทย์มีหน้าที่ต้องให้การดูแลดังกล่าวโดยทันทีหากบุคคลนั้นอยู่ในภาวะอันตรายต่อชีวิต
อย่างไรก็ตาม ไม่มีรายการที่ครอบคลุมทุกกรณีเช่นนี้. อนุสัญญาระหว่างประเทศบัญญัติไว้ว่า **ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมต่อการรักษาที่จำเป็นต้องทำในทันที การให้ความยินยอมนั้นจะถือว่าได้ให้ไว้แล้ว**.
ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยได้ปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์ไว้ในก่อนหน้านี้ในสถานการณ์ใด ๆ.

ภายใต้กฎหมายของยูเครน
สถานการณ์ฉุกเฉินของบุคคลหมายถึงการเสื่อมสภาพอย่างกะทันหันของสุขภาพทางร่างกายหรือจิตใจที่ก่อให้เกิดภัยคุกคามโดยตรงและใกล้จะเกิดขึ้นต่อชีวิตและสุขภาพของบุคคลนั้นหรือบุคคลที่อยู่รอบข้าง และเกิดขึ้นเป็นผลมาจากโรค การบาดเจ็บ การถูกพิษ หรือสาเหตุภายในหรือภายนอกอื่น ๆ จากข้อมูลนี้ ในทางปฏิบัติ กรณีต่อไปนี้จัดอยู่ในหมวดหมู่นี้:

- บุคคลกำลังทุกข์ทรมานจากโรคติดต่อที่อันตรายเป็นพิเศษ
- บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดยาเสพติด (ภายใต้สถานการณ์บางประการ)
- บุคคลที่ได้กระทำความผิดและมีภาวะที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้อื่น
- บุคคลมีความผิดปกติทางจิต อาจเป็นอันตราย และไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองได้ด้วยตัวเอง
- ในกรณีที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง หรือเมื่อจำเป็นต้องใช้การช่วยฟื้นคืนชีพในภาวะใกล้เสียชีวิต

ดังนั้น กฎหมายจึงกำหนดให้แพทย์มีสิทธิในการรักษาผู้ป่วยโดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย แต่เฉพาะในกรณีที่มีข้อยกเว้นเท่านั้น สัญญาณชีพของผู้ป่วยต้องถือเป็นปัจจัยหลัก นอกจากนี้ ความเสียหายต่อสุขภาพของบุคคลอันเกิดจากการแทรกแซงทางการแพทย์จะต้องน้อยกว่าความเสียหายที่เกิดจากสาเหตุของการแทรกแซงนั้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ มิฉะนั้น

ความถูกต้องตามกฎหมายของการให้การรักษาโดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยจะกลายเป็นเรื่องไร้สาระ ซึ่งอาจส่งผลให้แพทย์ต้องรับผิดชอบทางกฎหมาย

ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่เป็นพนักงานของสถาบันการดูแลสุขภาพ (โรงพยาบาล) กฎหมายของยูเครนกำหนดให้สถาบันที่แพทย์ทำงานอยู่ต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายใด ๆ ที่เกิดจากแพทย์คนนั้น โรงพยาบาลอาจดำเนินการเรียกร้องค่าเสียหายภายหลังเพื่อขอค่าชดเชยสำหรับจำนวนความเสียหายทั้งหมดที่เกิดขึ้น

สำหรับความรับผิดทางบุคคลของบุคลากรทางการแพทย์
ในกรณีส่วนใหญ่จะมีความรับผิดทางอาญาและทางวินัย
ความรับผิดทางวินัยจะถูกกำหนดโดยคำสั่งของผู้จัดการโรงพยาบาล
ขณะที่ความรับผิดทางอาญาจะถูกกำหนดโดยคำตัดสินของศาล

แพทย์มีความรับผิดทางอาญาสำหรับการกระทำผิดที่กระทำโดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ซึ่งเป็นการกระทำที่เป็นอาชญากรรมต่อชีวิตและสุขภาพของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง:

- ความล้มเหลวของบุคลากรทางการแพทย์ในการปฏิบัติหน้าที่หรือการปฏิบัติหน้าที่อย่างไม่เหมาะสม อันเป็นผลมาจากความประมาทเลินเล่อหรือความไม่ซื่อสัตย์ ซึ่งก่อให้เกิดผลร้ายแรงต่อผู้ป่วย (มาตรา 140 แห่งประมวลกฎหมายอาญา) ตัวอย่างเช่น การผ่าตัดเสร็จสิ้นแล้ว แต่เครื่องมือผ่าตัดถูกทิ้งไว้ในร่างกายของผู้ป่วย หรือแพทย์ผู้ให้ยาสลบคำนวณปริมาณยาผิดพลาด ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย
- การไม่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยโดยบุคลากรทางการแพทย์ (มาตรา 139 แห่งประมวลกฎหมายอาญาของยูเครน) ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยถูกปฏิเสธการช่วยเหลือทางการแพทย์เนื่องจากไม่มีใบส่งตัวเพื่อการรักษา ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วย
- การประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยมิได้รับอนุญาต, คือการประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยไม่มีใบอนุญาตพิเศษ, กระทำโดยบุคคลที่ไม่มีการศึกษาทางการแพทย์ที่เหมาะสม, หากการกระทำนี้ก่อให้เกิดผลร้ายแรงต่อผู้ป่วย (มาตรา 138 แห่งประมวลกฎหมายอาญา). ตัวอย่างเช่น สุขภาพของผู้ป่วยถูกทำลายโดยหมอปลอม ซึ่งเป็นบุคคลที่ไม่มีการฝึกอบรมทางการแพทย์หรือเอกสารที่จำเป็นในการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์

หากแพทย์กระทำการใด ๆ ที่เกินอำนาจหน้าที่ของตนไม่ว่าในลักษณะใดก็ตาม

จะต้องรับผิดชอบต่อการกระทำนั้น

ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมคือกรณีที่ศัลยแพทย์สั่งการรักษาทางจิตเวชโดยไม่มีอำนาจในการสั่ง (คำตัดสินเลขที่ 6498078)

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพได้ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในแบบบังคับที่โรงพยาบาลจิตเวชประสาทวิทยา โดยอ้างการวินิจฉัยว่า 'โรคอารมณ์สองขั้ว' การกระทำดังกล่าวของแพทย์ส่งผลให้เกิดความเสียหายอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสียหายทางจิตใจ

ศาลพบว่าเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มีความผิดตามมาตรา 'การกระทำโดยพลการ นั่นคือ การกระทำใด ๆ ที่ไม่ได้รับอนุญาต ขัดต่อขั้นตอนที่กำหนดโดยกฎหมาย ซึ่งความชอบด้วยกฎหมายของการกระทำนั้นถูกโต้แย้ง

โดยบุคคลหนึ่ง ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายอย่างมีนัยสำคัญต่อผลประโยชน์ของพลเมือง (มาตรา 356 แห่งประมวลกฎหมายอาญา) และศาลได้สั่งให้จำเลยชำระค่าปรับ

ดังนั้น
แพทย์ต้องใช้วิธีการที่มีเหตุผลในการตัดสินใจอย่างอิสระเกี่ยวกับการให้การดูแลทางการแพทย์
และต้องไม่กระทำเกินอำนาจของตน ทั้งนี้
แพทย์ต้องรับผิดชอบทางอาญาเป็นการส่วนตัวต่อการกระทำของตน นอกจากนี้
ควรสังเกตว่าความรับผิดอาจตกอยู่กับโรงพยาบาลด้วย
ในกรณีที่มีการเรียกร้องค่าเสียหายต่อสถาบันทางการแพทย์
สถาบันอาจยื่นคำฟ้องแย้งต่อพนักงานที่กระทำความผิดได้

ขอบเขต

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสื่อสารอย่างใกล้ชิดและการสัมผัสทางกายภาพ
ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการกำหนดขอบเขตบางประการ: ทั้งทางกายภาพและทางจิตใจ
ขอบเขตทางวิชาชีพเป็นสิ่งจำเป็นเพราะในแง่หนึ่งมันช่วยปกป้องผู้ป่วย
และในอีกแง่หนึ่งมันช่วยปกป้องแพทย์ (บุคลากรทางการแพทย์, ผู้ให้บริการทางการแพทย์)

ขอบเขตคือขีดจำกัดที่กำหนดไว้
(ซึ่งกำหนดโดยกฎเกณฑ์ที่เป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ได้เขียนไว้ ข้อตกลง
และการแสดงออกทางวาจา) ของพื้นที่ทางสังคม ทางกายภาพ
และทางจิตวิทยาที่อยู่ระหว่างบุคคล มันคือระบบเฉพาะที่ประกอบด้วย 'ใช่' และ 'ไม่ใช่'
สิ่งเหล่านี้คือสัญญาณหยุดหรือขอบเขตที่เราสร้างขึ้นในวิธีหนึ่งเพื่อปกป้องตนเอง
จัดการชีวิตของเราอย่างเต็มที่ และสร้างความสัมพันธ์กับผู้คนรอบข้างเรา

การเข้าใจอย่างชัดเจนถึงระบบคุณค่าของตนเองช่วยให้สามารถกำหนดขอบเขตได้
และสร้างพื้นที่สำหรับความสำเร็จ. ขอบเขตที่กำหนดไว้อย่างถูกต้องทำให้ชีวิตง่ายขึ้น
ช่วยให้สามารถจัดระเบียบชีวิตได้ และปกป้องพื้นที่ส่วนตัวของตนเอง. ในเวลาเดียวกัน
ขอบเขตที่กำหนดไว้ไม่ดีหรือ
ขอบเขตที่ไม่ดีต่อสุขภาพมักก่อให้เกิดความเจ็บปวดทางอารมณ์และความเหนื่อยล้า
ซึ่งอาจนำไปสู่การเสพติด ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และแม้กระทั่งการเจ็บป่วย

การขาดขอบเขตหมายความว่าไม่มีความจำกัดในความสัมพันธ์
เหมือนกับบ้านที่ไม่ได้ล็อกประตูซึ่งใครก็สามารถเดินเข้าไปได้ ในทางกลับกัน
การมีขอบเขตที่เข้มงวดเกินไปอาจนำไปสู่การแยกตัวของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล
คล้ายกับการใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยวในปราสาทที่ถูกล็อกไว้ ล้อมรอบด้วยกำแพงสูง
ไม่มีใครสามารถเข้ามาได้และไม่มีใครสามารถออกไปได้
ระดับของความแข็งแกร่งและความสามารถในการซึมผ่านของขอบเขตไม่ได้ถูกกำหนดไว้อย่างตายตัว

พรมแดนช่วยเรา:

- กำหนด (ระบุ) อัตลักษณ์ของเรา เพื่อให้เราสามารถเข้าใจตัวเองได้ดียิ่งขึ้น
- จัดการความต้องการ, ความรับผิดชอบ, โอกาส และกิจกรรมของเรา;
- ตระหนักถึงศักยภาพของเรา
- ปกป้องตนเองจากการถูกควบคุมโดยผู้อื่น
- รักษาจุดมุ่งหมายและพันธกิจของเราในชีวิต
- เพื่อปกป้องทรัพย์สินส่วนบุคคลที่มีค่าที่สุดของพวกเขา (ความรู้, ความเป็นอยู่ทางกายภาพ, ทักษะและความสามารถ)

ขอบเขตทางวิชาชีพคือขีดจำกัดที่ยอมรับและคาดหวังของระยะทางทางจิตวิทยา สังคม และร่างกายระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งกำหนดบทบาทและความคาดหวังของพวกเขา

การรักษา 'ระยะห่างเชิงบำบัด' จากผู้ป่วยช่วยให้แพทย์สามารถสร้างขอบเขตทางวิชาชีพในการสื่อสาร ป้องกันการหมดไฟทางอารมณ์ และปกป้องแพทย์จากความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วยที่แพทย์มีความผูกพันทางอารมณ์ อาจส่งผลเสียต่อตัวแพทย์และกระทบต่อความเป็นกลางในการตัดสินใจ ดังนั้น การกำหนดขอบเขตทางอารมณ์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง แพทย์ไม่ควรรักษาสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนที่มีความสัมพันธ์ทางอารมณ์ด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีความสำคัญเหนือกว่า และความสัมพันธ์ที่สำคัญอื่น ๆ ต้องไม่ขัดแย้งกับสิ่งนี้

ขอบเขตที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือกำหนดไว้ไม่ชัดเจนอาจนำไปสู่:

- การสูญเสียความเคารพในตนเองและความเคารพจากผู้อื่น
- การสูญเสียการควบคุมชีวิตของตนเอง
- ความรู้สึกผิด
- การสูญเสียความสนใจในชีวิต

เป้าหมายที่ไม่บรรลุอาจนำไปสู่ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า

ขอบเขตวิชาชีพช่วยปกป้องผู้ป่วย:

- ผลประโยชน์ของผู้ป่วยต้องมาเป็นอันดับแรกเสมอ

- ผู้ป่วยมักมีความเปราะบางมาก เนื่องจากเพื่อที่จะได้รับการรักษา พวกเขาจำเป็นต้องเปิดเผยรายละเอียดส่วนตัวและชีวิตของพวกเขาต่อคนแปลกหน้า
- เมื่อผู้ป่วยสามารถไว้วางใจแพทย์ของตนได้ ความสัมพันธ์เช่นนี้สามารถเป็นการบำบัดรักษาได้

ขอบเขตวิชาชีพช่วยปกป้องแพทย์:

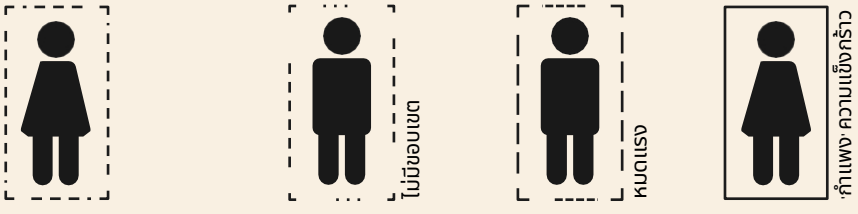
- แพทย์อาจประสบภาวะหมดไฟทางอารมณ์ได้หากไม่สามารถแยกแยะระหว่างอารมณ์ของตนเองกับอารมณ์ของผู้ป่วย
- ความสัมพันธ์ส่วนตัว และโดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์ในครอบครัว กับผู้ป่วย อาจ (เนื่องจากความผูกพันทางอารมณ์) ส่งผลต่อความเป็นกลางในการตัดสินใจของแพทย์ และบั่นทอนหลักการที่ว่า 'ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยต้องมีความสำคัญเหนือสิ่งอื่นใด'
- พวกเขาช่วยแพทย์ในการควบคุมความสัมพันธ์ในการทำงานกับผู้ป่วย (แพทย์ไม่ใช่หุ่นยนต์ที่ทำงานตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน)
- พวกเขาทำให้แน่ใจว่าความเป็นส่วนตัวของแพทย์และสิทธิในความเป็นมนุษย์ของแพทย์ได้รับการคุ้มครอง

ตัวอย่างของขอบเขตที่ดีและไม่ดีต่อสุขภาพ

ขอบเขตที่ดีต่อสุขภาพนั้นแข็งแกร่ง สามารถซึมผ่านได้บางส่วน และหากถูกละเมิด บุคคลจะฟื้นฟูขอบเขตเหล่านั้นได้อย่างรวดเร็ว

ตัวอย่างของขอบเขตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ:

- 'ไม่มีขอบเขต' – บุคคลหนึ่งไม่รู้สึกถึงจุดสิ้นสุดของตนเองและจุดเริ่มต้นของผู้อื่น
- หมดแรง อ่อนแอ ง่ายต่อการถูกบุกรุก ยากที่จะฟื้นฟูขอบเขต
- ขอบเขตที่เข้มงวด ขาดความยืดหยุ่นและ 'จุดเริ่มต้น' สำหรับผู้อื่น



ขอบเขตที่ดีต่อสุขภาพ ตัวอย่างของขอบเขตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ

รูปที่ 9. ขอบเขต
แหล่งที่มา: www.casv.org.au/healthy-boundaries/

ความเป็นส่วนตัว

หนึงในสิทธิมนุษยชนพื้นฐานคือการเคารพในความเป็นส่วนตัว
ความเป็นส่วนตัวเกียวข้องท้งกับข้อมูลเกียวกับสุขภาพของผู้ป่วยซึงได้รับความคุ้มครองภายใต้การรักษาความลับทางการแพทย์ และความเป็นส่วนตัวทางกายภาพ การเคารพความเป็นส่วนตัวในทุกแง่มุมของผู้ป่วยในสถานพยาบาลช่วยให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับความสะดวกสบายทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ และช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้บริการทางการแพทย์

หลักการในการรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยในโรงพยาบาล :

- ห้ามบุคคลทีไม่ได้รับอนุญาตอยู่ระหว่างการดำเนินการ/ขั้นตอน
- ประตูต้องปิด (หรือม่านต้องปิด)
- การเปิดเผยส่วนต่าง ๆ ของร่างกายของผู้ป่วยจะได้รับอนุญาตเฉพาะเมือได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเท่านั้น
- ผู้ป่วยต้องไม่ถูกเคลือนย้ายในขณะทียังไม่ได้สวมเสือผ้า
- ยินยอมให้บุคคลทีสาม (เช่น นักศึกษาฝึกงาน) อยู่ร่วมด้วย
- หอผู้ป่วยและห้องน้ำแยกเพศ (โดยคำนึงถึงเส้นทางของผู้ป่วย)
- ยินยอมให้แพทย์เพศตรงข้ามตรวจรักษา
- บุคคลภายนอก รวมถึงเจ้าหน้าที ต้องไม่อยู่ในทีเกิดเหตุหรือได้ยินการสนทนาของผู้ป่วย; การสือสารในหอผู้ป่วยต้องเป็นเสียงเบา;
- การถ่ายภาพและบันทึกวิดีโอเฉพาะเมือได้รับความยินยอมเท่านั้น

ตัวอย่างของการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

– สวัสดีตอนบ่ายค่ะ คุณอ็อกซานา กรุณาเข้ามาข้างในค่ะ ดิฉันชื่อปีเตอร์ อีวาโนวิช เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอัลตราซาวด์ และจะทำการตรวจให้คุณในวันนี้ พยาบาลอิรีนา วาซิลิฟนา จะอยู่ด้วยในระหว่างกระบวนการตรวจ และจะบันทึกผลการตรวจให้ค่ะ

– สวัสดีตอนบ่าย

– คุณได้รับการส่งตัวมาเพื่อตรวจอวัยวะในอุ้งเชิงกรานและเต้านม คุณทราบหรือไม่ว่าการตรวจนี้จะดำเนินการอย่างไร หรือคุณมีคำถามเกี่ยวกับขั้นตอนดังกล่าวหรือไม่

– ไม่ครับ/ค่ะ ฉันเคยทำหัตถการคล้ายๆ กันมาก่อนแล้ว

– หากคุณมีคำถามใด ๆ โปรดถามได้เลย ตอนนี้กรุณาไปอยู่หลังม่าน – สำหรับการสอบ คุณจะต้องถอดเสื้อผ้าทั้งหมดเหนือเอวออก คุณไม่จำเป็นต้องถอดรองเท้าออก ฉันจะล็อกประตูเพื่อไม่ให้ใครมารบกวนเรา

[ในมุมห้องมีฉากกั้นอยู่ ด้านหลังฉากมีเก้าอี้สองตัว กระดาษทิชชู่ ถังขยะ และถุงคลุมรองเท้า]

– คุณพร้อมหรือยัง? กรุณาเอนตัวลงนอนหงายบนเตียงนะคะ เราจะเริ่มการตรวจได้ไหม?

– ถูกต้อง *[ดำเนินการตรวจเต้านม]*

– ขอบคุณครับ/ค่ะ ตอนนี้คุณสามารถแต่งตัวได้แล้ว สำหรับการตรวจครั้งต่อไป คุณจะต้องถอดเสื้อผ้าทั้งหมดที่อยู่ต่ำกว่าเอว เราจะทำการตรวจอวัยวะในอุ้งเชิงกราน หากคุณต้องการกระดาษทิชชู มีอยู่ด้านหลังม่าน

[ผู้ป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้าหลังม่าน; การตรวจภายในช่องเชิงกรานดำเนินการ]

– กรุณาแต่งตัวให้เรียบร้อย การตรวจเสร็จสิ้นแล้ว กรุ ณานั่งลง คุณอิรินา วาซิลิฟนา จะให้ผลการตรวจแก่คุณในอีกไม่กีนาที

เอกสารจากโครงการการศึกษา 'คำแนะนำทางวิธีวิทยาเกี่ยวกับการรักษาหลักการแห่งเกียรติของผู้ป่วยในโรงพยาบาล' สามารถดูได้ที่ลิงค์ต่อไปนี้

phcapital.org/wp-content/loads/2021/02/metodychni-rekomendacziyi_proyekt.pdf

สรุป:

ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจ

การตัดสินใจร่วมกันเป็นส่วนสำคัญของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

ขอบเขตทางวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภา

พ ความรับผิดชอบในการสร้างและรักษาขอบเขตเหล่านี้อยู่ที่แพทย์

ในกรณีที่มีการละเมิดขอบเขต
สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะต้องได้รับการหารือและหาวิธีแก้ไขที่เหมาะสม ขอบเขตในความสัมพันธ์: กรณีศึกษา

ส่วนที่ 2. งานปฏิบัติ

กรณี 1

ดร. ยาบลูเนวา เป็นแพทย์ประจำตัวของคุณสลิวอฟมาเป็นเวลาประมาณ 20 ปีแล้ว คุณสลิวอฟอายุ 51 ปี และทำงานเป็นช่างประกอบในโรงงานผลิตเครื่องมือกล เขาเคยรู้สึกแข็งแรงเกือบสมบูรณ์ แต่หลังจากเกิดอาการหัวใจวาย เขาได้รับการติดตั้งเครื่องกระตุ้นหัวใจและได้รับยาต้านการเต้นของหัวใจผิดปกติ เขาไม่สามารถกลับไปทำงานได้ และด้วยเหตุนี้ เขาจึงสูญเสียประกันสุขภาพ

ไม่กี่เดือนหลังจากขั้นตอนดังกล่าว นายสลิโวฟได้ไปพบแพทย์ประจำตัวของเขา คุณยาบลูเนวา และแจ้งให้เธอทราบว่าประกันสุขภาพของเขากำลังจะหมดอายุ และเขาจะไม่สามารถซื้อยาที่จำเป็นได้อีกต่อไป
เนื่องจากความพยายามในการหางานที่เบากว่าเดิมก่อนหน้านี้ไม่ประสบผลสำเร็จ

ในวันถัดมา นายควิทโก ซึ่งเป็นเพื่อนร่วมงานของนางยาบลูเนวา ได้บอกกับนายสลิวอฟว่า เขากำลังมองหาผู้ที่จะมาดำรงตำแหน่ง ซึ่งในความเห็นของนางยาบลูเนวา ตำแหน่งนี้เหมาะสมกับทักษะและความสามารถของผู้ป่วยของเธอที่กำลังมองหางานอยู่ในขณะนี้

คุณยาบลูเนวาทำอะไร?

แพทย์ควรช่วยเหลือผู้ป่วยเกินขอบเขตของการให้การรักษาทางการแพทย์หรือไม่? ทำไม?

กรณี 2

แพทย์หนุ่มกำลังทำการตรวจในห้องผู้ป่วยชาย ห้องนี้มีเตียงแปดเตียง ทางเดินระหว่างเตียงแคบมากจนไม่สามารถวางเก้าอี้ได้ ในการตรวจผู้ป่วย เธอจำเป็นต้องนั่งบนเตียงของเขาหรือเตียงข้างๆ (โดยได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยอีกคน) ขณะวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยซึ่งนอนอยู่ ผู้ป่วยจะวางมือบนตักของแพทย์โดยไม่ขออนุญาต แพทย์พยายามวัดความดันโลหิตอย่างแม่นยำและตั้งใจกับขั้นตอน แม้จะรู้สึกไม่สบายใจจากมือของคนแปลกหน้าที่วางอยู่บนตักและสายตาของผู้ป่วยที่นอนอยู่เตียงข้างๆ ที่จ้องมองการวัดความดันโลหิต เมื่อวัดความดันเสร็จแล้ว แพทย์จึงถอดมือของผู้ป่วยออก วันถัดมา สถานการณ์เกิดขึ้นซ้ำอีกครั้ง แพทย์ได้นำมือของผู้ป่วยออกจากตักของเธออีกครั้ง ในวันที่สาม แพทย์ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยวางมือบนตักของเธออีกต่อไป เธอจึงเปลี่ยนวิธีการ: วัดความดันโลหิตของเขาในขณะที่ยืนอยู่ข้างๆ และไม่นั่งลงข้างๆ เขา ควรประเมินสถานการณ์ทางคลินิกนี้ (การกระทำของผู้ป่วยและแพทย์) อย่างไร?

ขอบเขตใดในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ที่ถูกฝ่าฝืนในสถานการณ์นี้?
การละเมิดขอบเขตสามารถป้องกันได้อย่างไร และแนวทางที่ถูกต้องในการดำเนินการในสถานการณ์นี้คืออะไร?

กรณี 3

ทาราสและเพโทรเป็นเพื่อนกันมาหลายปีแล้ว ทุกวันเสาร์แรกของเดือน พวกเขาจะนัดพบกันเพื่อเล่นฟุตบอล เพโทรเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคริดสีดวงทวารและเป็นหนึ่งในศัลยแพทย์ช่องท้องที่ดีที่สุดในภูมิภาคนี้ วันเสาร์หนึ่ง ทาราสบอกเพโทรว่าเขาได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะลำไส้ที่ต้องผ่าตัด ตามคำแนะนำของแพทย์ประจำตัว และขอให้เพโทรทำการผ่าตัดให้ โดยให้เหตุผลว่าเพโทรเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ดีที่สุดในสาขานี้ เปโตรรู้สึกขัดแย้งในใจอย่างหนัก: ในด้านหนึ่ง เขาไม่อยากทำให้เพื่อนผิดหวัง แต่ในอีกด้านหนึ่ง เขากังวลเกี่ยวกับผลกระทบทางจริยธรรมของการตัดสินใจเช่นนี้ เนื่องจากเขามีความผูกพันทางอารมณ์อย่างใกล้ชิดกับทาราส

ปีเตอร์ควรดำเนินการอย่างไรในสถานการณ์นี้?

ขอบเขตใดในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ที่อาจถูกละเมิดในสถานการณ์นี้?
สิ่งนี้ส่งผลต่อการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยอย่างไร?

คุณเคยประสบกับการละเมิดขอบเขตอะไรบ้าง?	อะไรบ่งชี้ถึงการละเมิดขอบเขตจากฝ่ายผู้ป่วยหรือแพทย์?	สามารถทำอะไรได้บ้าง?

สามารถดูเวอร์ชันเต็มของผู้เขียนเกี่ยวกับเนื้อหาทฤษฎีสำหรับเซสชันได้ที่ลิงก์

bit.ly/3DU9cwF

หัวข้อที่ 5

การรักษาความลับ



หัวข้อที่ 5 ความลับ

ด้วยความเคารพต่อสิทธิของผู้ป่วย, รวบรวมโดย โอเลนา ฮอร์สกา และ นาตาเลีย รูดาโควา



โอเลนา กอร์สกา,
อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์และป้องกัน
โรค และการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ,
สถาบันการแพทย์ริฟเน่



นาตาเลีย รูดาโควา,
อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและร่างกาย,
สถาบันการแพทย์อันดรี ครูพินสกี ลวีฟ.

วัตถุประสงค์การเรียนรู้:

- เพื่อเข้าใจหลักการของความเป็นอิสระ, ความเป็นส่วนตัว, และการรักษาความลับในด้านการดูแลสุขภาพ
- สามารถนำหลักการเหล่านี้ไปใช้เมื่อทำงานกับผู้ป่วย

ทัศนคติ	ความรู้	ทักษะ
แนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นพื้นฐานของปรัชญาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ข้อมูลใดและในระดับใดที่ควรให้แก่ผู้ป่วย สิ่งที่สำคัญที่ควรรู้เกี่ยวกับการรักษาความลับ: ทำไมจึงเป็นหลักการที่สำคัญและข้อพิจารณาทางกฎหมายที่สำคัญคืออะไร	วิธีการให้ข้อมูลอย่างถูกต้องและกำหนดระดับความละเอียดที่ต้องการสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย วิธีที่จะทำให้มั่นใจการรักษาความลับและสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจด้วยตนเองในการปฏิบัติ วิธีการหารือเกี่ยวกับการตัดสินใจทางการรักษาผู้ป่วยและช่วยเหลือพวกเขาในการตัดสินใจ

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

แนวคิดของ 'ข้อมูล' และ 'ข้อมูลลับ' อัตตาธิปไตย หลักการของมัน
และแนวคิดของ 'การยินยอมอย่างมีข้อมูล'

ความเป็นส่วนตัวและหลักการในการบรรลุผล
กฎเกณฑ์สำหรับการรักษาความเป็นส่วนตัวในสถานพยาบาล

การรักษาความลับ, หลักการในการปฏิบัติตาม. กรอบการกำกับดูแลสำหรับการรักษาความลับ.

ความรับผิดในการละเมิดความลับทางการแพทย์

กรณีที่สามารถละเมิดหลักการของความลับได้

การเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย: หน้าที่และความเสี่ยงของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ.
แง่มุมเฉพาะของการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเด็ก.

เอกสารประกอบการเรียน

ส่วนที่ 1. วัสดุทางทฤษฎี: แนวคิดของ 'ข้อมูล' และ 'ข้อมูลลับ'

ข้อมูล

(1) รายละเอียดที่บันทึกไว้หรือประกาศต่อสาธารณะเกี่ยวกับเหตุการณ์และปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นหรือกำลังเกิดขึ้นในสังคม รัฐ และสิ่งแวดล้อมธรรมชาติโดยรอบ

(2) ข้อมูลและ/หรือข้อมูลใด ๆ ที่อาจถูกเก็บไว้บนสื่อทางกายภาพหรือบันทึกไว้ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

ข้อมูลลับ

ข้อมูลที่การเข้าถึงถูกจำกัดโดยบุคคลธรรมดาหรือบุคคลตามกฎหมายอื่นที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณะ และอาจเผยแพร่ได้ตามวิธีการที่กำหนดโดยดุลยพินิจของพวกเขาตามเงื่อนไขที่พวกเขาได้กำหนดไว้

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลใด ๆ **จะไม่ถูกจัดให้เป็น**ความลับหากบุคคลนั้นกำลังใช้อำนาจที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานของรัฐตามกฎหมายหรือสัญญา รวมถึงการให้บริการด้านการศึกษา สุขภาพ สังคม หรือบริการสาธารณะอื่น ๆ

ผู้ควบคุมข้อมูลที่ถือ**ครองข้อมูล**ลับอาจเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว**ได้เฉพาะเมื่อได้รับความยินยอม**จากบุคคลที่ได้จำกัดการเข้าถึงข้อมูลนั้นเท่านั้น และในกรณีที่ไม่ได้รับความยินยอมดังกล่าว – เฉพาะเพื่อประโยชน์ด้านความมั่นคงของชาติ ความเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจ และสิทธิมนุษยชน (3)

ความเป็นอิสระ, หลักการและแนวคิด 'การให้ความยินยอมโดยได้รับข้อมูลครบถ้วน'

ความเป็นอิสระคือความเป็นอิสระจากสิ่งใด ๆ;
สภาวะที่ผู้ควบคุมและสิ่งที่ถูกควบคุมเป็นหนึ่งเดียวกัน

หลักการแห่งการมีอิสระของผู้ป่วยได้รับการนำมาใช้ผ่านองค์ประกอบสำคัญหลายประการ:

- ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนและครอบคลุมเกี่ยวกับสุขภาพของตน (บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ข้อมูลนี้แก่ผู้ป่วย) ในรูปแบบที่สามารถเข้าถึงได้
- ผู้ป่วยต้องได้รับข้อเสนอทางเลือกในการรักษา
- ก่อนการแทรกแซงใด ๆ ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนที่จะดำเนินการและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างขั้นตอน เป็นต้น;
- ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและมีทางเลือกในการรักษาของตนเอง (การตัดสินใจร่วม) เมื่อทำการตัดสินใจร่วมเกี่ยวกับการเลือกการรักษา ควรใช้แบบจำลองชีวจิตสังคม ซึ่งผู้ป่วยถูกมองว่าเป็นบุคคลที่สมบูรณ์ ไม่ใช่เพียงสิ่งมีชีวิตทางชีวภาพเท่านั้น ปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคมของผู้ป่วยต้องได้รับการพิจารณาด้วย
- ผู้ป่วยต้องให้ความยินยอมต่อขั้นตอนทางการแพทย์ การทดสอบวินิจฉัย การวิเคราะห์ การรักษา ฯลฯ การให้ความยินยอมอย่างรอบรู้อาจไม่จำเป็นในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้เอง จำเป็นต้องได้รับการรักษาฉุกเฉิน และไม่มีคำสั่งอื่นใดที่ทราบจากผู้ป่วย หรือในกรณีที่มีภัยคุกคามต่อสุขภาพของสาธารณะ (เช่น วัณโรค, โรคพิษสุนัขบ้า, อหิวาตกโรค เป็นต้น) ในกรณีหลัง จำเป็นต้องมีขั้นตอนปฏิบัติการที่ชัดเจนเกี่ยวกับการแทรกแซงที่อาจดำเนินการได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอม
- ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธการรักษาได้ ในกรณีเช่นนี้ บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วย ทางเลือกการรักษาที่เป็นไปได้ ความเสี่ยงและประโยชน์ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิเสธการรักษา นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ การตัดสินใจนั้นทำอย่างมีสติ

และเหตุผลที่อยู่เบื้องหลังการตัดสินใจดังกล่าวมีน้ำหนักและไม่สามารถเอาชนะได้
ผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ หรือพระสงฆ์ ควรมีส่วนร่วมในการให้คำปรึกษาผู้ป่วย ขึ้นอยู่กับความเชื่อของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยต้องให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนแก่สมาชิกในครอบครัวและญาติสนิท

การให้ความยินยอมโดยได้รับข้อมูลครบถ้วน

ข้อกำหนดให้ผู้ป่วยให้ความยินยอมโดยได้รับข้อมูลครบถ้วนนั้นได้กำหนดไว้ในกฎหมายของยูเครน อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลมักปฏิบัติต่อข้อกำหนดนี้เพียงเป็นพิธีการเท่านั้น เอกสาร 'การยินยอมโดยสมัครใจอย่างมีข้อมูล' จะลงนามเพียงครั้งเดียวโดยปกติเมื่อเข้ารับการรักษา
และผู้ป่วยไม่เข้าใจเสมอไปว่าพวกเขากำลังลงนามอะไรหรือทำไม ดังนั้น ขั้นตอนการวินิจฉัยเพิ่มเติมและการแทรกแซงทางการแพทย์อาจเกิดขึ้นโดยไม่ได้รับความยินยอมอย่างมีข้อมูล ควรสังเกตด้วยว่า
การให้ความยินยอมอย่างมีข้อมูลอาจทำได้ไม่เพียงแต่เป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น แต่ยังสามารถทำได้ทางวาจาด้วย
ประเทศในสหภาพยุโรปบางประเทศกำลังยกเลิกการปฏิบัติให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารให้ความยินยอมอย่างมีข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร
เนื่องจากเอกสารที่ผู้ป่วยลงนามอาจไม่ได้หมายความว่าการให้ความยินยอมนั้นเป็นการให้ความยินยอมอย่างมีข้อมูลสำหรับการรักษาทางการแพทย์ทุกครั้ง

แง่มุมสำคัญของการนำหลักการนี้ไปใช้คือการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้องแก่ผู้ป่วย รวมถึงการเตือนพวกเขาถึงความเสี่ยงทั้งหมดที่เกี่ยวข้องในกระบวนการนี้ ยังมีกรณีที่บุคคลได้รับการรักษาเพื่อช่วยชีวิต (การช่วยหายใจด้วยเครื่อง) การตัดสินใจที่จะหยุดหรือดำเนินการรักษาเพื่อช่วยชีวิตต่อไปนั้นต้องทำเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ในกรณีนี้ จำเป็นต้องพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะอยู่ต่อได้และคุณภาพชีวิตจะเป็นอย่างไรหากยังคงรักษาต่อไป รวมถึงโอกาสที่ผู้ป่วยจะฟื้นตัว

ความเป็นส่วนตัวและหลักการในการบรรลุผล กฎเกณฑ์ในการรักษาความเป็นส่วนตัวในสถานพยาบาล

ความเป็นส่วนตัวของข้อมูล:

- ความสัมพันธ์ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลและการเผยแพร่ข้อมูล

- เทคโนโลยี
- ความคาดหวังของสาธารณชนเกี่ยวกับความศักดิสิทธิของชีวิตส่วนตัว
- ประเด็นทางกฎหมายและการเมืองทีเกียวข้องกับพวกเขา

คำแนะนำสำหรับการรักษาความเป็นส่วนตัวทางกายภาพ:

- ระหว่างขั้นตอนทีต้องถอดเสื้อผ้า ห้ามบุคคลทีไม่ได้รับอนุญาต รวมถึง

บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงกับกระบวนการรักษา.
หากกระบวนการรักษาเกิดขึ้นในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยหลายคน
เตียงของผู้ป่วยต้องถูกกั้นให้มิดชิดด้วยฉากกั้น หรือผู้ป่วยต้องถูกคลุมด้วยผ้าปูเตียง;

- ขั้นตอนที่ต้องให้ผู้ป่วยถอดเสื้อผ้าต้องดำเนินการในห้องส่วนตัว
  และบริเวณที่ผู้ป่วยถอดเสื้อผ้าต้องมีการกั้นให้เป็นส่วนตัว
  บุคลากรทางการแพทย์ที่ดำเนินการต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบก่อนว่าขั้นตอนจะเป็นอย่างไร
  และผู้ป่วยอาจรู้สึกอย่างไร และต้องแจ้งเตือนก่อนเริ่มดำเนินการ
  ผู้ป่วยต้องให้ความยินยอมเพื่อให้เริ่มดำเนินการ (อาจอยู่ในรูปแบบของหนังสือยินยอมที่จำเป็น
  แต่การยินยอมด้วยวาจาหรือแม้กระทั่งสัญญาณ เช่น การพยักหน้า ก็ถือว่ายอมรับได้)

- บุคลากรทางการแพทย์ต้องไม่ขอให้ผู้ป่วยถอดเสื้อผ้าเกินกว่าที่จำเป็นสำหรับขั้นตอนการรักษา

- หลังจากขั้นตอนเสร็จสิ้นแล้ว
  ผู้ป่วยต้องแต่งตัวให้เรียบร้อยก่อนจึงจะสามารถพูดคุยต่อได้

- ผู้ป่วยต้องไม่ถูกย้ายไปรอบ ๆ ภายในโรงพยาบาลขณะที่ยังไม่ได้สวมเสื้อผ้า

- อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย (เช่น กระโถน, โถปัสสาวะ, สายสวน, ฯลฯ) ควรถูกคลุมด้วยผ้าปูเตียงตามความประสงค์ของผู้ป่วย;

- เมื่อตรวจผู้ป่วยในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยหลายราย
  ขอแนะนำให้ไม่พูดคุยรายละเอียดของการตรวจ และหากจำเป็นต้องพูดคุย
  ให้พูดกับผู้ป่วยด้วยเสียงเบา

- ในหอผู้ป่วยที่มีเตียงหลายเตียง
  ขอแนะนำให้ติดตั้งฉากกั้นแบบเคลื่อนย้ายได้เพื่อแยกเตียงออกจากกันและสร้างพื้นที่ส่วนตัวสำหรับผู้ป่วย

- ผู้ป่วยที่มีเพศต่างกันต้องได้รับการจัดให้อยู่แยกจากกัน รวมถึงห้องน้ำแยกต่างหาก
  ยกเว้นในหอผู้ป่วยวิกฤต

- ผู้ป่วยควรได้รับโอกาสในการเลือกบุคลากรทางการแพทย์ที่มีเพศเดียวกันเพื่อให้บริการดูแล
  (หากมีบุคลากรดังกล่าว) ความต้องการนี้มักมีความเกี่ยวข้องมากกว่าสำหรับผู้หญิง ในทุกกรณี
  เมื่อดำเนินการขั้นตอนที่ต้องถอดเสื้อผ้า

บุคลากรทางการแพทย์ที่มีเพศเดียวกันกับผู้ป่วยต้องอยู่ด้วย

- โรงพยาบาลควรจัดให้มีห้องส่วนตัวสำหรับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนสนิทของผู้ป่วยเพื่อพูดคุยกัน หากไม่สามารถจัดให้ในห้องผู้ป่วยได้ ควรจัดพื้นที่อื่นที่เหมาะสมเพื่อให้ครอบครัวสามารถพูดคุยกับผู้ป่วยเป็นการส่วนตัวหลังจากได้รับข่าวสำคัญหรือเมื่อต้องตัดสินใจในเรื่องที่ยากลำบาก
- การถ่ายภาพนิ่งและวิดีโอของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสามารถทำได้เฉพาะเมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเท่านั้น
- บุคลากรทางการแพทย์ต้องได้รับความยินยอมก่อนที่นักศึกษาฝึกงานจะเข้าร่วมในการตรวจผู้ป่วย

คำแนะนำเกี่ยวกับการมีอยู่ของผู้ฝึกงาน/ผู้อยู่อาศัย/นักศึกษาในระหว่างการตรวจผู้ป่วย:

- การขอให้นักเรียนหรือนักศึกษาฝึกงานเข้าร่วมอยู่ด้วยนั้นถือเป็นมารยาทมาตรฐาน และผู้ป่วยเข้าใจว่าตนเองได้รับการดูแลด้วยความเคารพ ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยยังคงมีสิทธิ์ควบคุมสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญอยู่ในระดับหนึ่ง
- เพื่อให้แน่ใจว่าคำขอเช่นนี้ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกประหลาดใจ พวกเขาต้องได้รับแจ้งล่วงหน้าเกี่ยวกับการมีอยู่ของนักเรียนหรือนักศึกษาฝึกงานที่อาจเกิดขึ้นได้
- แม้ว่าโรงพยาบาลจะทำหน้าที่เป็นฐานทางคลินิกสำหรับสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ ผู้ป่วยต้องมีทางเลือกที่จะปฏิเสธการมีอยู่ของนักศึกษาหรือผู้ฝึกงาน

การรักษาความลับ, หลักการในการปฏิบัติตาม

กรอบกฎหมายสำหรับการรักษาความลับ **การรักษาความลับ**:

- คุณภาพของสิ่งใดก็ตามที่ไม่ควรเปิดเผย; ความน่าเชื่อถือ, ความลับ, ความเป็นส่วนตัวอย่างแท้จริง
- คุณสมบัติของข้อมูลซึ่งไม่สามารถเข้าถึงได้โดยผู้ใช้หรือกระบวนการที่ไม่ได้รับอนุญาต;
- ความเชื่อที่ว่าเมื่อต้องการความช่วยเหลือทางการแพทย์ บุคคลไม่ควรกังวลว่าอาการของตนจะถูกเปิดเผยต่อผู้อื่น

วัตถุประสงค์ของความสัมพันธ์ที่เป็นความลับระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์คือการสร้างความไว้วางใจและความสบายใจเมื่อทั้งสองฝ่ายให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

กข้อมูลที่ต้องได้รับการคุ้มครองประกอบด้วย
:

- ข้อมูลส่วนบุคคล
- สุขภาพ
- สภาวะทางอารมณ์
- ข้อมูลทางการเงิน

อะไ ทำ ของหมอ
และผู้ป่วยล่ะ?

ทุกสิ่งที่ผู้ป่วยอาจเปิดเผยต่อผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ถึงพนักงาน, และ รวมถึง ใดๆ ความคิดเห็น แ ข้อสรุปที่ว่า ลิ ทางการแพ มืออาชีพ ฮา ใจเกิดขึนหลังจากการตรวจสอบหรือการประเมิน สภาพของผู้ป่วย ความลับครอบคลุม บันทึกทางการแพทย์ทัง (รวมถึง การแพทย์ เหตุผลเบื้องต้น, สภาวะที่มีอยู่ก่อนแล้ว, เอกซเรย์, รายงานห้องปฏิบัติการ, ฯลฯ ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ – ตลอดจนข้อเท็จจริงที่ว่าบุคคลหนึงแสวงหาคำแนะนำทางการแพทย์

การละเมิดความลับคือการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยให้แก่บุคคลภายนอกโดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย การรักษาความลับของผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองโดยกฎหมายของยูเครน หากมีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย และก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะยื่นคำร้องต่อผู้ให้บริการทางการแพทย์สำหรับการกระทำที่ไม่เหมาะสม การละเมิดความเป็นส่วนตัว หรือการกระทำผิดทางแพ่งอื่น ๆ ได้ แน่นอนว่า หากผู้ป่วยได้ให้ความยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลแล้ว จะไม่มีการละเมิดเกิดขึ้น

ความลับระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีผลบังคับใช้เป็นเวลานานเท่าใด?

หน้าที่ในการรักษาความลับยังคงมีอยู่แม้ผู้ป่วยจะหยุดมาพบหรือรับการรักษาจากแพทย์ท่านนั้นแล้วก็ตาม และแม้ผู้ป่วยจะเสียชีวิตแล้วก็ตาม หากผู้ป่วยเสียชีวิต บันทึกทางการแพทย์และข้อมูลของผู้ป่วยยังคงได้รับการคุ้มครองโดยความลับระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

คำแนะนำสำหรับการปฏิบัติตามหลักการของความลับของข้อมูล:

- การเข้าถึงข้อมูลที่เป็นความลับควรจำกัดเฉพาะพนักงานที่มีความจำเป็นเท่านั้น การเข้าถึงดังกล่าวจะต้องมีเหตุผลที่ชัดเจน
- การคุ้มครองข้อมูลลับยังรวมถึงข้อกำหนดในการทำลายสื่อจัดเก็บข้อมูลอย่างถูกต้อง (เช่น การใช้เครื่องทำลายเอกสาร)
- ข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วย เช่น ผลการทดสอบ ต้องไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ
- โรงพยาบาลไม่ได้รับอนุญาตให้ยึดหรือเก็บรักษาเอกสารส่วนตัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะหนังสือเดินทาง
- ไม่อนุญาตให้เปิดเผยหรือหารือเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วยกับบุคคลที่ไม่ได้รับอนุญาต รวมถึงบุคลากรของโรงพยาบาลที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาหรือการดูแลผู้ป่วย
- ผู้ป่วยต้องได้รับอนุญาตให้เข้าถึงเวชระเบียนของตนได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับผู้ที่ได้หรือเคยได้เข้าถึงเวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง
- บุคลากรทางการแพทย์ต้องไม่หารือหรือตัดสินผู้ป่วย

อัลกอริทึมสำหรับการรักษาความลับในโรงพยาบาล:

1. เมื่อเข้าไปในห้องผู้ป่วยหรือพื้นที่ปิดล้อมอื่น ๆ (เช่น พื้นที่ที่ถูกกั้นด้วยม่าน) บุคลากรของโรงพยาบาลต้องเคาะหรือแจ้งเตือนผู้ป่วยถึงการเข้ามาของตน; หากเป็นไปได้ ให้สอบถามผู้ป่วยว่าสะดวกสำหรับการตรวจหรือพูดคุยหรือไม่;
2. การสื่อสารต้องเกิดขึ้นในระดับสายตา (หากผู้ป่วยกำลังนอนอยู่ บุคลากรต้องนั่งลงข้างๆ ก่อนเริ่มการสนทนา)
3. ห้ามตะโกนบอกเรื่องกำหนดการขั้นตอนการรักษาข้ามแผนกโดยเด็ดขาด!
4. การวินิจฉัยและขั้นตอนการรักษานั้นควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เทคนิค
5. ไม่อนุญาตให้หารือเกี่ยวกับเรื่องการรักษาและการดูแลผู้ป่วยต่อหน้าผู้ป่วยโดยที่ผู้ป่วยไม่ได้มีส่วนร่วม

เมื่อออกจากโรงพยาบาล:

- ผู้ป่วยต้องได้รับแจ้งเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลเพิ่มเติม รวมถึงรายละเอียดการติดต่อของบุคคลที่พวกเขาสามารถติดต่อได้หากจำเป็น
- ผู้ป่วยต้องได้รับการรับฟังหากพวกเขามีข้อร้องเรียนหรือข้อเสนอแนะใด ๆ
- ผู้ป่วยควรได้รับการขอให้กรอกแบบสอบถามแบบไม่เปิดเผยตัวตนเพื่อประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2. งานปฏิบัติ

กรณีสำหรับการอภิปราย

กรณี 1

ตามคำขอของครูประจำชั้น นักเรียนหญิงอายุ 15 ปีได้เข้าพบจิตวิทยาโรงเรียนเพื่อร้องเรียนเกี่ยวกับแรงกดดันจากเพื่อนร่วมชั้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุของการกลั่นแกล้งคือเด็กหญิงได้คะแนนสูงสุดเสมอ กังวลเกี่ยวกับเกรดของตัวเองตลอดเวลา ร้องไห้เมื่อได้คะแนนต่ำกว่า 10 และไม่แสดงความสนใจในชีวิตหรือกิจกรรมของเพื่อนร่วมชั้นเลย เธอ 'ไม่เหมือนใคร' เป็น 'คนที่แปลกแยก' ในระหว่างการสนทนา เด็กหญิงคนนั้นเช็ดมือด้วยผ้าเช็ดทำความสะอาดอยู่เสมอ บ่นเรื่องการนอนไม่หลับ และแสดงความคิดและความปรารถนาที่จะฆ่าตัวตาย หลังจากการปรึกษา ครูประจำชั้นได้ไปพบจิตแพทย์และสอบถามว่าเด็กหญิงคนนั้นเป็นอย่างไรบ้าง

กรณี 2

Cนักศึกษาการลงทะเบียนแบบฟอร์ม(สำหรับ)การเข้าศึกษาในการ การศึกษาออนไลน์ แบบสอบถามมีคำถามเกี่ยวกับสถานะการติดเชื้อ HIV ซึ่งเป็นข้อบังคับ สถาบัน การศึกษาสามารถขอข้อมูลเกี่ยวกับสถานะการติดเชื้อ HIV ได้หรือไม่เมื่อมีการกรอกแบบสอบถาม

กรณี 3

หัวหน้าแพทย์ ของส่วนตัว พลาสติก คลินิกคือ พนักงาน
หนุ่ม หมอ และค่อนข้าง ถามเธอ เกี่ยวกับชีวิตส่วนตัวของเธ
สุขภาพของเธอ สำหรับอนาคต และ ขอให้เธอกรอก อ
และแผนการของเธอ ในอนาคตอันใกล้ (3 ปี) การสมัครใจ
แอบพยายาม ลาคลอดบุตร
นยอม

คำถามสำหรับบันทึกสะท้อนคิด:

ข้อมูลทางการแพทย์เป็นของผู้ป่วย. วิเคราะห์ข้อความนี้.

การนำเสนอในหัวข้อนี้ผ่านลิงก์:

bit.ly/3EpdbTc

เวอร์ชันเต็มของบทเรียนผ่านลิงก์:

bit.ly/3rEgdPQ

หัวข้อ 6

วิกฤตอารมณ์ รัฐและแย่ ข่าว



หัวข้อที่ 6

ภาวะวิกฤตทางอารมณ์และข่าวร้าย

เอกสารการสอนที่คัดสรรอย่างพิถีพิถันโดย Iryna Borovyk และ Nataliia Povar



อีรีนา โบรอวิค, รองศาสตราจารย์,
ภาควิชาการบำบัดและเวชศาสตร์ครอบครัว. มหาวิทยาลัยแห่งชาติเทร์โนปิล
มหาวิทยาลัยการแพทย์อีวาน ฮอร์บาเชฟสกี



นาตาเลีย โพวาร์,
อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์และป้องกัน
นโรค และการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ,
สถาบันการแพทย์ริฟเน่

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

- เพื่อทราบและสามารถนำไปใช้โปรโตคอล SPIKES สำหรับการแจ้งข่าวร้าย
- สามารถให้การสนับสนุนผู้ป่วยในช่วงวิกฤต หลังจากได้รับข่าวร้าย และในช่วงท้ายของชีวิต

ทัศนคติ	ความรู้	ทักษะ
แนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นพื้นฐานของปรัชญาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วิกฤตทางอารมณ์คืออะไรและส่งผลกระทบต่อการปฏิสัมพันธ์อย่างไร ขั้นตอนของความโศกเศร้า	วิธีการสื่อสารในสถานการณ์ที่มีความตึงเครียดทางอารมณ์สูงและความเครียด; การแจ้งข่าวร้าย

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

เรืององค์กร – 3 **นาที**

การสะท้อน: 'หัวข้อการสนทนาใดที่ยากสำหรับแพทย์?', หรือ
'ข่าวที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพใดที่ยากสำหรับผู้ป่วยที่จะได้ยิน?', หรือ
"ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอะไรบ้างเมื่อได้รับข่าวร้าย?" หรือ
"คุณจำเหตุการณ์ในชีวิตหรือการปฏิบัติของคุณเองได้ไหมที่มีการแจ้งข่าวร้ายอย่างไม่เหมาะสม?" – 12 **นาที**

ทบทวนเนื้อหาทฤษฎีโดยสังเขป (บรรยายย่อย) – 10 **นาที**

การจำลองสถานการณ์ (การปรึกษาหารือกับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ หรือผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด)
ตามด้วยการอภิปรายกับนักศึกษา – 60 **นาที**

หรือการประชุมโต๊ะกลมเกี่ยวกับการแจ้งข่าวร้าย ตามด้วยการสรุปผล – 60 **นาที**
(จุดเน้นของการสรุปผล: อะไรสำคัญกว่ากัน –
การปฏิบัติตามอัลกอริทึมอย่างเคร่งครัดหรือความเห็นอกเห็นใจและการสนับสนุนทางอารมณ์?)

หรือการวิเคราะห์และอภิปรายกรณีศึกษาในกลุ่มย่อย ตามด้วยการสรุปกับนักเรียน – 30 นาที + การวิเคราะห์การให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับการแจ้งข่าวร้าย (ทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง) ผ่านวิดีโอ – 30 **นาที**

สรุป – **5 นาที รวมทั้งหมด 210 นาที**

เอกสารประกอบการเรียน

ส่วนที่ 1. เอกสารทฤษฎีเกี่ยวกับการสื่อสารข่าวร้าย

นักจิตวิทยาให้คำนิยามว่า 'ข่าวร้าย' คือข้อมูลใด ๆ ที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงและเชิงลบต่อการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับอนาคตของตน ข่าวร้ายทุกประเภทมีผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้ป่วยและครอบครัวของพวกเขา ข่าวร้ายเป็นแนวคิดที่ขึ้นอยู่กับมุมมองส่วนบุคคล: เราไม่สามารถประเมินผลกระทบของมันต่อบุคคลได้หากไม่ทราบว่าผู้รับข่าวร้ายคาดหวังอะไรและพวกเขากลัวอะไร ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยอาจรู้สึกตกใจหากได้รับแจ้งว่าอาการปวดหลังของเธอแย่ลงเนื่องจากการกลับมาเป็นมะเร็งเต้านมอีกครั้ง ในขณะที่เธอคิดว่าอาการปวดเกิดจากกล้ามเนื้อเกร็ง ผลกระทบของข่าวร้ายจะแปรผันตามผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงความคาดหวังของผู้ป่วย

สิ่งสำคัญคือการระบุองค์ประกอบหลักของข่าวร้าย: อะไรคือสิ่งที่ทำให้ข่าวนั้นไม่ดีสำหรับผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่แล้ว มักจะเป็นสิ่งที่ลดอายุขัย (เช่น การวินิจฉัยว่าเป็นโรคร้ายแรง) หรือสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียการทำงาน ข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือการเสื่อมคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ (เช่น การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย)

ตัวอย่างของภาวะที่เป็นข่าวร้ายสำหรับผู้ป่วย:

- โรคร้ายแรงที่จำกัดอายุขัย (มะเร็ง, มะเร็งทางโลหิต, โรคที่ก้าวหน้าของหัวใจ, ปอด, ไต, และตับจากสาเหตุต่าง ๆ, โรคทางระบบประสาทที่ก้าวหน้า, โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องที่เกิดภายหลัง)
- โรคเรื้อรังที่เปลี่ยนแปลงชีวิต (โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคไขข้อ, ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง, โรคหลอดเลือดหัวใจ, ไตวายเรื้อรัง, ตับแข็ง, โรคปอดเรื้อรังเช่น COPD, โรคซิสติกไฟโบรซิส)

การแจ้งข่าวร้ายเกี่ยวกับโรคที่ร้ายแรงและอาจทำให้ชีวิตสั้นลง หรือโรคเรื้อรังที่อาจเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้ป่วยตลอดไป และการให้การสนับสนุนผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ป่วย อาจกล่าวได้ว่าเป็นหนึ่งในภารกิจที่เครียดที่สุดที่แพทย์ต้องทำ

ทำไมแพทย์ไม่ต้องการแจ้งข่าวร้าย?

ตลอดอาชีพการงานของพวกเขา
แพทย์ทุกคนอาจต้องแจ้งข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่พึงประสงค์แก่ผู้ป่วยและญาติของพวกเขาในหลายโอกาส
การทบทวนงานวิจัยที่มีอยู่ได้ยืนยันว่าผู้ที่ต้องแจ้งข่าวร้ายมักประสบกับอารมณ์รุนแรง เช่น ความวิตกกังวล ความรู้สึกรับผิดชอบ และความกลัวต่อการถูกตัดสินในแง่ลบ การแจ้งข่าวร้ายเป็นเรื่องที่ยากเป็นพิเศษเมื่อผู้ป่วยมีอายุน้อยและมีโอกาสที่จะรักษาได้สำเร็จน้อยหรือไม่มีเลย ไม่ว่าในกรณีใด สถานการณ์จะยิ่งยากขึ้นหากแพทย์ขาดประสบการณ์ในการแจ้งข่าวร้าย บ่อยครั้งที่แพทย์ (ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ) ไม่พร้อมรับมือกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ป่วย กลัวว่าจะถูกตำหนิ กังวลว่าจะถูกกล่าวหาว่าไร้ความสามารถ
และกังวลว่าจะไม่สามารถตอบคำถามทั้งหมดจากผู้ป่วยและญาติได้

ข่าวร้าย: ทำไมมันถึงสำคัญ?

ผู้ป่วยต้องการความจริง จนกระทั่งปลายทศวรรษ 1970 แพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคมะเร็งแก่ผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในช่วงปีต่อๆ มาเริ่มแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยต้องการทราบเกี่ยวกับอาการของตนเอง ตัวอย่างเช่น การสำรวจชาวอเมริกันจำนวน 1,251 คนที่ตีพิมพ์ในปี 1982 พบว่า 96% ของพวกเขาต้องการทราบหากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเนื้องอกร้าย นอกจากนี้ 85% ต้องการประมาณการอายุขัยที่เหลืออยู่ตามความเป็นจริงในกรณีที่การพยากรณ์โรคไม่ดี การศึกษาโดยศูนย์มะเร็งสก็อตแลนด์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย 250 คน แสดงให้เห็นว่า ระหว่าง 91% ถึง 94% ของผู้ป่วยต้องการทราบถึงโอกาสของการรักษาที่ประสบความสำเร็จ และความเป็นไปได้และความรุนแรงของผลข้างเคียง

ในอเมริกาเหนือ หลักการของการยินยอมอย่างมีข้อมูล การมีอิสระของผู้ป่วย และกฎหมายตามคดี ได้ก่อให้เกิดข้อผูกพันทางจริยธรรมและกฎหมายที่ชัดเจน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของตนและการรักษาอย่างมากที่สุดเท่าที่พวกเขาต้องการทราบ แพทย์ไม่สามารถปกปิดข้อมูลจากผู้ป่วยได้ แม้ข้อมูลนั้นอาจมีผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยก็ตาม

ความคิดที่ว่าการได้รับข้อมูลทางการแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองจะก่อให้เกิดบาดแผลทางจิตใจนั้นไม่มีมูลความจริง

ผู้ป่วยจำนวนมากต้องการทราบข้อมูลที่ถูกต้องซึ่งจะช่วยให้พวกเขาตัดสินใจในเรื่องสำคัญในชีวิตได้

อย่างไรก็ตาม
การเปิดเผยความจริงโดยปราศจากความเห็นอกเห็นใจและการสนับสนุนที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย
อาจก่อให้เกิดผลเสียได้พอๆ กับการโกหกเกี่ยวกับอาการของพวกเขา
การหลอกลวงผู้ป่วยไม่สามารถทดแทนได้ด้วยการบอกความจริงอย่างตรงไปตรงมาและไร้ความเห็นอกเห็นใจ

เทคนิคในการแจ้งข่าวร้ายสามารถช่วยทั้งแพทย์และผู้ป่วยได้อย่างไร?

เมื่อแพทย์รู้สึกไม่สบายใจในการแจ้งข่าวร้าย
พวกเขาอาจหลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับข้อมูลที่สร้างความทุกข์ใจ เช่น การพยากรณ์โรคที่ไม่ดี
หรือพยายามปลูกฝังความหวังเกินจริงให้กับผู้ป่วย แทนที่จะทำเช่นนั้น
สิ่งที่จำเป็นคือการระบุคุณค่าในชีวิตของผู้ป่วยและความต้องการในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พร้อมทั้งให้ความสนใจอย่างใกล้ชิดต่อความรู้สึก ความกลัว และความวิตกกังวลของพวกเขา
ทั้งหมดนี้สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่ยากลำบากเกี่ยวกับกลยุทธ์การรักษาต่อไปได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อโปรแกรมการรักษาคาดว่าจะมีประสิทธิภาพจำกัด ในกรณีเช่นนี้
แพทย์จะมีความวิตกกังวลน้อยลงเมื่อต้องแจ้งข่าวร้าย
และจะมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดและภาวะหมดไฟทางอารมณ์น้อยลง

กระบวนการในการแจ้งข่าวร้ายสามารถมองได้ว่า**เป็นการพยายามบรรลุวัตถุประสงค์สี่ประการ**
ประการแรก**คือการ**รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้แพทย์สามารถประเมินความรู้ ความคาดหวัง และความพร้อมของผู้ป่วยในการรับข่าวร้ายได้
เป้าหมายที่สองคือการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ปรับให้เหมาะกับความต้องการและความรู้สึกของพวกเขา **เป้าหมายที่สามคือการสนับสนุนผู้**รับข่าวร้ายโดยใช้ทักษะเพื่อลดความทุกข์ทางอารมณ์
เป้าหมาย**สูงสุดคือการพัฒนาแผนการรักษาเพิ่มเติมโดยปรึกษากับผู้ป่วย**

วัตถุประสงค์เหล่านี้บรรลุผลโดยการปฏิบัติตามขั้นตอนตามลำดับของโปรโตคอล
ซึ่งแต่ละขั้นตอนเกี่ยวข้องกับประสบการณ์เฉพาะ
ไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามทุกขั้นตอนเมื่อต้องแจ้งข่าวร้ายเสมอไป แต่เมื่อปฏิบัติตามแล้ว
ลำดับขั้นตอนจะต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์เหล่านี้
ได้มีการพัฒนาขั้นตอนปฏิบัติหลายประการสำหรับการแจ้งข่าวร้าย

ซึ่งทั้งหมดประกอบด้วยขั้นตอนที่เป็นลำดับ โดยวิธีที่ใช้บ่อยที่สุดในทางการแพทย์ ได้แก่ วิธี **SPIKES**, **ABCD**, **BREAKS** และ **PATIENT**

SPIKES, ABCD, BREAKS, PATIENT

โปรโตคอล SPIKES หกขั้นตอน

ให้เราตรวจสอบ**อย่าง**ละเอียด**เกี่ยวกับโปรโตคอล SPIKES หกขั้นตอน** ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพสูงในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับข้อมูลที่ยากลำบากได้ในสภาพจิตใจที่สมดุลทางอารมณ์มากขึ้น
ขั้นตอนตามลำดับสำหรับการแจ้งข่าวร้ายตามที่ระบุไว้ในโปรโตคอล SPIKES มีดังนี้: **การตั้งค่า**, **การรับรู้**, **การเชิญชวน**, **ความรู้**, **อารมณ์และความเห็นอกเห็นใจ**, **กลยุทธ์และการสรุป**
ผู้เขียนคู่มือ 'ศูนย์ความเป็นเลิศในการดูแลปฐมภูมิ' ได้แปลขั้นตอนของโปรโตคอล SPIKES เป็นภาษายูเครน ดังนั้น วิธีการ PIDKHID: **การเตรียมตัว**, **การรับรู้**, **การอนุญาต**, **ความเจ็บปวด**, **ความตื่นตระหนก**, **ความช่วยเหลือ จึงยังคงใช้ต่อไป**

ดังนั้น มาดูแต่ละขั้นตอนของโปรโตคอล SPIKES กันทีละขั้นตอน

1. การตั้งค่าเงื่อนไขที่เหมาะสม

การตั้งค่า - สร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม – การเตรียมความพร้อม

ขอให้บุคคลนั้นแจ้งว่าเวลาใดสะดวกสำหรับพวกเขาที่จะพูดคุยเกี่ยวกับการวินิจฉัย
และพวกเขาต้องการให้ครอบครัวหรือเพื่อนสนิทอยู่ด้วยหรือไม่
องค์ประกอบสำคัญของการสนทนาคือการรักษาความลับ
นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องจัดสรรเวลาให้เพียงพอสำหรับการสนทนาล่วงหน้าและป้องกันไม่ให้ถูกขัดจังหวะโดยผู้อื่น (เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์, ผู้ป่วย) และปิดเสียงหรือวางโทรศัพท์ไว้ในห้องอื่น เลือกห้องส่วนตัว นั่งลงข้างผู้ป่วยเพื่อแสดงความว่าคุณไม่ได้รีบร้อน และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีพร้อมกับการติดต่อสายตา

2. การประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบัน

การรับรู้ถึงสภาพ/ความรุนแรง – การตระหนักถึงสถานการณ์/ความรุนแรงของปัญหาทางการแพทย์ – การได้รับข้อมูล

ถามก่อนที่คุณจะบอก
เมื่อแพทย์พยายามจะแจ้งข่าวร้าย
การสร้างข้อมูลต่อจากสิ่งที่ผู้ป่วยรู้อยู่แล้วเกี่ยวกับอาการของตนเองนั้นง่ายกว่า

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตระหนักถึงความรุนแรงของอาการของตนเอง และบางคนอาจทราบการวินิจฉัยแล้ว ในกรณีเช่นนี้ แพทย์อาจเพียงแค่ยืนยันข่าวร้ายแทนที่จะเป็นผู้แจ้งเอง

ค้นหาว่าผู้ป่วยทราบอะไรเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง
ถามถึงสิ่งที่เขาหรือเธอรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยในปัจจุบันของพวกเขา ในขั้นตอนนี้
เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยเข้าใจสภาพของตนเองมากน้อยเพียงใด
หากผู้ป่วยมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองหรือปฏิเสธการมีอยู่ของโรคร้ายแรง
ควรยอมรับสิ่งนี้เป็นข้อเท็จจริงและไม่ควรเข้าสู่การสนทนาในขั้นตอนนี้
นอกจากนี้ยังมีความสำคัญที่จะต้องตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีการแสดงออกถึงการปฏิเสธโรคในรูปแบบใด ๆ หรือไม่: การละเว้นข้อมูลเชิงลบที่สำคัญเกี่ยวกับโรคจากคำให้การของพวกเขา การมีความคาดหวังที่ไม่สมจริงเกี่ยวกับการรักษา และอื่น ๆ

ตัวอย่างคำถามในขั้นตอนนี้อาจรวมถึง:

คุณทราบอะไรเกี่ยวกับการวินิจฉัยของคุณบ้างแล้ว?
คุณมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับเรื่องนี้?
คุณเข้าใจไหมว่าทำไมเราถึงทำการทดสอบเช่น...
(การทดสอบในห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาตัวบ่งชี้ของเนื้องอก, อัลตราซาวด์, เอ็กซ์เรย์, ซีทีสแกน, เอ็มอาร์ไอ, การตรวจชิ้นเนื้อ)?

3. คำเชิญ

คำเชิญ – ส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสวงหาข้อมูล – ความยินยอม

สอบถามผู้ป่วยว่าต้องการทราบรายละเอียดเกี่ยวกับอาการของตนเองและรับทราบการวินิจฉัยหรือไม่
และให้ทราบถึงระดับของรายละเอียดที่ต้องการทราบเกี่ยวกับการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรค
ผู้ป่วยบางคนอาจแสดงความไม่เต็มใจที่จะรับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง
เคารพสิทธิของผู้ป่วยที่จะไม่ทราบการวินิจฉัยโรคของตน หากผู้ป่วยประสงค์
ให้เสนอที่จะอธิบายและตอบคำถามในภายหลัง
ขอความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วยว่าใครควรได้รับแจ้งเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของตน

ตัวอย่างคำถามในขั้นตอนนี้อาจรวมถึง:

ตอนนี้ฉันมีผลการตรวจของคุณแล้ว คุณต้องการให้ฉันอธิบายรายละเอียดเพิ่มเติมให้ฟังไหม
คุณต้องการให้ฉันแจ้งใครเกี่ยวกับการวินิจฉัยของคุณ?

4. ความรู้ การสื่อสารข้อมูล

ความรู้: การให้ข้อเท็จจริงทางการแพทย์ – ความรู้: การให้ข้อเท็จจริงทางการแพทย์ – ความเจ็บปวย

ใช้ภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ คำนึงถึงระดับการศึกษา ภูมิหลังทางเศรษฐกิจและสังคม และสภาวะอารมณ์ปัจจุบันของผู้ป่วย และนำเสนอข้อมูลในปริมาณที่น้อย ตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจสิ่งที่ได้กล่าวไปแล้ว และตอบสนองต่อปฏิกิริยาของผู้ป่วยเมื่อเกิดขึ้น

เริ่มต้นด้วย 'สัญญาณเตือน' เช่น: 'เมื่อเราทำการตรวจอัลตราซาวด์ตับ เราพบว่ามีบริเวณหนึ่งที่มีความทึบแสงเล็กน้อย ซึ่งโดยปกติแล้วเป็นสัญญาณของมะเร็ง คุณเข้าใจไหม?'

พูดอย่างตรงไปตรงมาแต่มีความเห็นอกเห็นใจ พูดในจังหวะที่ผู้ป่วยสามารถรับฟังได้ อธิบายสถานการณ์ทีละขั้นตอนโดยใช้ประโยคสั้น หลีกเลี่ยงการพูดเพียงเพื่อกลบความไม่สบายใจของตนเอง การหยุดชั่วคราว ความเงียบ หรือน้ำตา เป็นเรื่องปกติในสถานการณ์เช่นนี้ ในขณะเดียวกัน ไม่จำเป็นต้องรีบเร่งนำเสนอข้อมูลทั้งหมดในคราวเดียวหรือในปริมาณมาก; การพูดตรงเกินไปหรือหยาบคายเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้; ไม่จำเป็นต้องใช้คำพูดอ้อมค้อม (การทำให้คำหรือสำนวนอ่อนลงหรือปิดบังความหมาย) มากเกินไป ใช้ศัพท์ทางการแพทย์หรือให้คำพยากรณ์

ตัวอย่างของข้อความที่เหมาะสม: 'ระหว่างการตรวจครั้งล่าสุดของคุณ ได้มีการทำการตรวจชิ้นเนื้อและเก็บตัวอย่างเนื้อเยื่อเพื่อนำไปวิเคราะห์ น่าเสียดายที่ผลการตรวจชิ้นเนื้อไม่เป็นที่น่าพอใจ ฉันเสียใจที่ต้องแจ้งให้ทราบว่าเราพบเนื้องอก'

โปรดจำไว้ว่า เนื่องจากอารมณ์ของผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการจดจำข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับ ดังนั้นให้ทบทวนจุดสำคัญ ใช้แผนภาพหรือแผนภูมิ และเขียนบันทึกประเด็นหลักไว้ ขอให้ผู้ป่วยบอกคุณว่าพวกเขาเข้าใจสิ่งที่คุณพูดอย่างไร กระตุ้นให้ถามคำถาม และใช้การทวนซ้ำและการชี้แจงเมื่อจำเป็น

5. อารมณ์และความเห็นอกเห็นใจ

แสดงความเห็นอกเห็นใจ. รับรู้ถึงอารมณ์ของผู้ป่วยและตอบสนองต่ออารมณ์นั้น. ให้ความสนใจกับภาษากาย. ค้นหาว่าอารมณ์ใดที่กำลังทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ. ระบุสาเหตุที่แท้จริงของอารมณ์นั้น และให้เวลาผู้ป่วยในการแสดงความรู้สึกของตน.

ตัวอย่างคำถาม:

การวินิจฉัยของคุณทำให้คุณตกใจหรือไม่?
คุณช่วยอธิบายให้ฉันฟังได้ไหมว่าคุณรู้สึกอย่างไร?

โปรดคำนึงถึงการแสดงออกทางความคิดของความรู้สึกเศร้าโศก (เช่น การปฏิเสธ การโทษ การคิดวิเคราะห์เกินไป การไม่ไว้วางใจ และการยอมรับ) แสดงความเห็นอกเห็นใจ; การพูดว่า 'ฉันขอโทษ' หรือ 'ฉันไม่รู้' เป็นสิ่งที่เหมาะสม อย่าเข้าไปโต้เถียงหรือวิจารณ์เพื่อนร่วมงาน ไม่จำเป็นต้องให้คำสัญญาที่ว่างเปล่า สร้างความหวังที่ผิดๆ หรือแก้ปัญหาของผู้ป่วย การตอบสนองที่เหมาะสมคือการรับฟังและสรุปสิ่งที่ได้ยิน หากการหยุดชั่วคราวนั้นยืดเยื้อ คุณสามารถถามเกี่ยวกับอารมณ์ของพวกเขาอีกครั้ง:

คุณรู้สึกอย่างไรในตอนนี้เกี่ยวกับข่าวที่คุณได้รับ? คุณกลัวอะไรมากที่สุด?
อะไรที่คุณกังวลมากที่สุด?

6. กลยุทธ์ (แผน) และสรุป

กลยุทธ์และสรุป – กลยุทธ์และสรุป – ความช่วยเหลือเพิ่มเติม

แพทย์สรุปการปรึกษา โดยเน้นย้ำถึงจุดสำคัญของความตกลงระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แผนการรักษาและการดูแลในอนาคตจะถูกอธิบายอย่างคร่าว ๆ **สิ่งสำคัญคือการมุ่งเน้นการปรับตัวทั้งในทางปฏิบัติและทางจิตใจให้เข้ากับชีวิตประจำวันของบุคคลนั้น** ควรบันทึกข้อตกลงร่วมกันเป็นลายลักษณ์อักษร เนื่องจากความเข้าใจของผู้ป่วยต่อสถานการณ์ดังกล่าวอาจเปลี่ยนแปลงหรือแย่ลงได้

เสนอทางเลือกในการติดต่อคุณได้ทุกเมื่อและรักษาทัศนคติเชิงบวกต่ออนาคต

ถามผู้ป่วยว่าพวกเขาต้องการบอกสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนคนใดเกี่ยวกับการวินิจฉัยของพวกเขาหรือไม่ แนะนำว่าให้พาพวกเขามาด้วยในนัดถัดไป โปรดจัดเตรียมวันนัดหมายครั้งต่อไปให้เรียบร้อย และตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้ป่วยปลอดภัยหลังจากออกจากคลินิกแล้ว ควรสอบถามว่ามีใครสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการเดินทางกลับบ้านหรือให้การสนับสนุนที่บ้านได้หรือไม่

นอกจากนี้
ผู้ป่วยควรได้รับการยืนยันว่าแพทย์จะมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในทุกแผนการต่อไปทีเกียวข้อ
งกับการรักษาและการดูแลที่อาจเกิดขึ้น

ดังนั้น เมื่อสิ้นสุดการนัดหมาย ให้ตกลงกับผู้ป่วยเกี่ยวกับขั้นตอนต่อไป สรุปความรู้สึกของพวกเขา และค้นหาว่าพวกเขามีความรู้สึกอะไรติดตัวไปบ้าง
การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจและความเข้าใจเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง
เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกทิ้งให้เผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบากเพียงลำพัง

เมื่อต้องแจ้งข่าวร้าย คุณควรใช้เทคนิคทั้งหมด**ของการให้คำปรึกษาที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง**: แสดงความเห็นอกเห็นใจ รับรู้อารมณ์ของผู้ป่วย อย่ากลัวน้ำตาหรือความเงียบ รักษาการสบตา นำเสนอข้อมูลทีละน้อยโดยใช้ประโยคที่เรียบง่าย ซ้ำและชี้แจงให้ชัดเจน ตรวจสอบความเข้าใจอย่างสม่ำเสมอ และให้เวลาผู้ป่วยในการประมวลผลข้อมูล ถามสิ่งที่ผู้ป่วยกลัวมากที่สุด
การระบุความกลัวของผู้ป่วยจะช่วยให้คุณกำหนดได้ว่าพวกเขาต้องการการสนับสนุนอะไรในอนาคต คุณสามารถใช้การสัมผัสทางกายได้หากรู้สึกเป็นธรรมชาติสำหรับคุณ
คุณต้องซื่อสัตย์และพูดความจริง หากคุณไม่แน่ใจเกี่ยวกับบางสิ่ง ให้บอกว่าคุณจะหาข้อมูลเพิ่มเติมและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบในภายหลัง

การสื่อสารข่าวร้ายเป็นรูปแบบการสื่อสารที่ซับซ้อนซึ่งต้องการความเชี่ยวชาญ. ปริมาณข้อมูลที่เป็นความจริงซึ่งจำเป็นต้องสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบนั้นเป็นเรื่องของการตัดสินใจ. อย่างไรก็ตาม การสื่อสารที่มีโครงสร้างดีและมีการจัดระเบียบอย่างดี ซึ่งปฏิบัติตามหลักการทั่วไปของการให้คำปรึกษาแบบมุ่งเน้นบุคคล มีผลเชิงบวกต่อการบำบัด.

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จากการวิจัยพบว่า มากกว่าสองในสามของผู้ที่ได้รับการสำรวจต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ท่ามกลางครอบครัวและคนที่รัก อย่างไรก็ตาม มักเป็นกรณีที่ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะในกรณีใด สิ่งสำคัญคือการยึดมั่นในหลักการพื้นฐานเรื่องศักดิ์ศรีในช่วงสุดท้ายของชีวิต

ทุกคนมีสิทธิที่จะทราบว่าโรคของตนไม่สามารถรักษาให้หายได้
และว่าความตายกำลังจะมาถึงในไม่ช้า
เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งหากเป็นไปได้ที่จะพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของตน
ขอความคิดเห็นของพวกเขา
ขอความยินยอมให้แจ้งให้ญาติและคนที่รักทราบเกี่ยวกับการคาดการณ์ของโรค
ให้พวกเขามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ที่สำคัญ
และช่วยเหลือพวกเขาในการตัดสินใจ
ข้อยกเว้นเพียงอย่างเดียวอาจเป็นกรณีที่บุคคลนั้นไร้ความสามารถตามกฎหมาย
หากผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
สถานพยาบาลต้องจัดการเรื่องการขนส่งและติดต่อแพทย์ประจำครอบครัวเพื่อให้การดูแลทางการแพทย์ที่บ้าน
ผู้คนมักไม่คิดว่าจะตอบสนองอย่างไรเมื่อได้รับแจ้งว่าเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงบางอย่าง
พวกเขากำลังเข้าใกล้ความตาย

เมื่อพูดคุยกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย คุณอาจถามคำถามต่อไปนี้:

คุณเคยคิดถึงความตายบ้างไหม?
คุณต้องการให้ฉันอธิบายว่าอาจมีการเปลี่ยนแปลงเช่นนี้เกิดขึ้นได้หรือไม่

นอกจากนี้
สิ่งสำคัญคือการให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าคุณจะทำทุกวิถีทางเพื่อให้แน่ใจว่าพวกเขาจะไม่รู้สึกเจ็บปวด คุณควรให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าคุณจะช่วยให้พวกเขารู้สึกสบายใจและสงบสุข

ในโรงพยาบาล แนะนำให้ผู้ป่วยที่รอการเสียชีวิตพักในห้องเดียว ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตและญาติควรได้รับความเป็นส่วนตัวและความสะดวกสบาย

ความกลัวหลักของผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่วนใหญ่คือความกลัวความเจ็บปวด
ดังนั้นจึงต้องให้การบรรเทาความเจ็บปวดอย่างเพียงพอเพื่อลดความทุกข์ทรมานของพวกเขา ควรให้ข้อมูล
การสนับสนุนทางจิตใจและจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยในช่วงท้ายของชีวิตและคนที่พวกเขารัก

ห้าคำแนะนำเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย จากหนังสือ *A Not-at-All Scary Book About Life, Death and Everything in Between* โดย อนาสตาเซีย ลูคินา:

- อย่าเป็นผู้นำในการสนทนา
- เมื่อมีโอกาสเกิดขึ้น แสดงให้เห็นว่าคุณตระหนักว่าจุดจบใกล้เข้ามาแล้ว
- พูดถึงความรักของคุณ
- อย่าปล่อยให้การกล่าวอำลาของคุณเป็นนาทีสุดท้าย
- การสัมผัสสามารถสื่อถึงอารมณ์ได้เช่นกัน

ขอเตือนให้ท่านทราบ**ถึงกฎระเบียบเกี่ยวกับการ**เข้าถึงผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตในประเทศของเรา ตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 592 ลงวันที่ 15 มิถุนายน 2559 'เกี่ยวกับการอนุมัติขั้นตอนการอนุญาตให้ผู้เยี่ยมเยียนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต' ได้มีการอนุมัติให้มีการเข้าถึงผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวันในสัปดาห์ สำหรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตทุกประเภท หอผู้ป่วย และห้องพักทุกแห่งของสถานพยาบาลทุกแห่ง

โดยอนุญาตให้ผู้เยียมเยียนหนึงคนสามารถอยู่ข้างเตียงผู้ป่วยได้โดยไม่จำกัดเวลา ห้ามมีผู้อยู่กับผู้ป่วยเกินสองคนในเวลาเดียวกัน. บุคคลใด ๆ สามารถเป็นผู้มาเยียมได้ โดยไม่คำนึงถึงความสัมพันธ์ทางครอบครัว.

การแจ้งการเสียชีวิต

ญาติของผู้ป่วยต้องได้รับแจ้งเกี่ยวกับการเสียชีวิตของเขาหรือเธอ – การเสียชีวิตของคนที่รัก – โดยเร็วที่สุด และไม่เกินหนึ่งชั่วโมงหลังจากที่ได้รับการยืนยันการเสียชีวิตแล้ว
แพทย์ผู้ดูแลต้องเป็นผู้แจ้งข่าวการเสียชีวิตด้วยตนเอง
ในกรณีที่ญาติไม่ได้อยู่ที่สถานพยาบาล
จะมีการแจ้งให้ทราบทางโทรศัพท์ถึงความจำเป็นที่ต้องมาโรงพยาบาลโดยทันที
เมื่อแจ้งข่าวการเสียชีวิตของคนที่รักให้ใครฟัง สิ่งแรกที่ควรทำคือเชิญให้เขานั่งก่อน
จากนั้นจึงแจ้งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการเสียชีวิต ไม่จำเป็นต้องให้ข้อมูลเพิ่มเติมมากเกินไป
เพราะความสามารถในการรับรู้ข้อมูลของเขาจะลดลงอยู่แล้ว
คุณสามารถเสนอแก้วน้ำให้เขาและถามว่าเขาวางแผนจะทำอะไรต่อไป

สิ่งสำคัญที่ต้องระลึกไว้คือ บางคนอาจต้องการการสนับสนุนทางจิตใจ
ไม่จำเป็นต้องกดดันหรือถามคำถามมากเกินไป
และยิ่งไม่ควรตำหนิญาติของผู้ป่วยสำหรับการเสียชีวิตของเขาหรือเธอ
สิ่งสำคัญคือต้องเคารพคุณค่าทางจิตวิญญาณและศีลธรรม
ตลอดจนประเพณีทางวัฒนธรรมและชาติพันธุ์ [20] ของผู้ป่วยและครอบครัวของพวกเขา

สรุปแล้ว การแจ้งข่าวร้ายเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติทางการแพทย์ในชีวิตประจำวัน
ข่าวร้ายก็คือข่าวร้ายเสมอ ไม่ว่าจะถูกแจ้งด้วยวิธีใดก็ตาม อย่างไรก็ตาม
วิธีการที่ข่าวร้ายถูกสื่อสารออกไปสามารถส่งผลกระทบอย่างลึกซึ้งต่อทั้งผู้รับข่าว (ผู้ป่วย)
และผู้ที่แจ้งข่าว (แพทย์) หากกระบวนการส่งมอบบริการไม่เพียงพอ
จะทำให้สภาพของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตแย่ลง
และอาจทำให้การติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์ในอนาคตเป็นไปไม่ได้
การสื่อสารที่ไม่ดีจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่เป็นอันตราย ในขณะที่การสื่อสารที่ดีจะเยียวยาผู้ป่วย
การขาดการฝึกอบรมที่เหมาะสมสำหรับแพทย์จะนำไปสู่การแยกตัวทางอารมณ์จากผู้ป่วย
ทักษะการสื่อสารสามารถพัฒนาได้ผ่านโปรแกรมการศึกษาและการฝึกอบรมภาคปฏิบัติ
การแจ้งข่าวร้ายเป็นทักษะปฏิบัติที่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพทุกคนต้องเชี่ยวชาญ

สภาวะทางอารมณ์ในภาวะวิกฤต

ภาวะวิกฤตคือสภาพจิตใจและสภาพจิตใจของบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บทางจิตใจหรืออยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ

ภาวะนี้ถูกกำหนดโดยความรู้สึกกระวนกระวายและวิตกกังวลในระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน; การยึดติดกับสถานการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ; ความรู้สึกหมดหนทางและสิ้นหวัง; มุมมองที่มองโลกในแง่ร้ายเกี่ยวกับตนเอง สถานการณ์ปัจจุบัน และอนาคต; และมีความยากลำบากในการวางแผนกิจกรรม ภาวะวิกฤตสามารถ

มีประสบการณ์ท้งในสถานการณ์ที่รุนแรงของภาวะความเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ( )
และในชีวิตประจำวันภายใต้ผลกระทบของเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

วิกฤตประกอบด้วย:

- สถานการณ์วิกฤต (ฉุกเฉิน) ที่ต้องการการกระทำอย่างทันที (โรคหัวใจ, อุบัติเหตุทางรถยนต์, ไฟไหม้);
- สถานการณ์ที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตหรือการตัดสินใจที่จะมีผลกระทบในระยะยาว (การวินิจฉัยโรคเรื้อรัง, การเปลี่ยนงาน, การค้นหา (การพบ) คู่ชีวิต);
- ผลลัพธ์ของวิธีการรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือขาดความเหมาะสม ซึ่งถูกนำมาใช้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น

วิกฤตเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับอุปสรรคต่อเป้าหมายชีวิตที่สำคัญของตน—
อุปสรรคที่ในปัจจุบันดูเหมือนจะไม่สามารถเอาชนะได้
และไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการแก้ปัญหาแบบปกติ

วิกฤตทางจิตวิทยาคือการรบกวนสมดุลระหว่างอารมณ์และการรับรู้ของกิจกรรมทางจิตที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก มีลักษณะโดยการหยุดชะงักของชีวิตประจำวัน ซึ่งระดับความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับระดับของการบกพร่องในความสามารถในการปรับตัวของบุคคล ความไม่สมดุลระหว่างแนวโน้มที่สร้างสรรค์และทำลายล้างในกิจกรรมทางจิตใจ นำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมก้าวร้าวหรือการทำลายตนเอง

วิกฤตทางจิตวิทยามักจะกินเวลาประมาณสี่ถึงหกสัปดาห์
นี่คือช่วงเวลาที่ความเปราะบางทางจิตใจเพิ่มสูงขึ้น
แต่ก็เป็นโอกาสสำหรับการเติบโตและพัฒนาตนเอง

ผู้ที่เข้ามาในสถานพยาบาลส่วนใหญ่มักจะรู้สึกวิตกกังวล
และบางคนอาจกำลังเผชิญกับวิกฤตที่แท้จริง สิ่งสำคัญที่ควรตระหนักคือ
ทุกคนต่างมีเส้นทางของตนเอง ซึ่งไม่เหมือนกับผู้อื่น

ชีวิตของมนุษย์มักเกี่ยวข้องกับการสูญเสียอยู่เสมอ ไม่ช้าก็เร็ว ทุกคนล้วนต้องเผชิญกับการสูญเสีย (เช่น การสูญเสียความสามารถในการทำงาน สุขภาพ ความสัมพันธ์ บ้าน เงิน ความฝันในอนาคต งาน

ฯลฯ) ซึ่งอาจส่งผลให้วิถีชีวิตของพวกเขาเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก การสูญเสียใด ๆ มักมาพร้อมกับความทุกข์ทางจิตใจเสมอ

แต่เหตุการณ์ที่โศกเศร้าที่สุดสำหรับบุคคลคือการสูญเสียคนที่รัก

กอร์e–uไม่เคยsalnelyudskep ประสบการณ์, ปฏิกิริยาต่อการสูญเสีย
สำคัญ ของวัตถุ ส่วน อัตลักษณ์ หรือ คาดหวัง ของอนาคต

ประสบการณ์นี้เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดทางอารมณ์ ความเศร้า ความโกรธ ความรู้สึกหมดหนทาง
และความรู้สึก
ความรู้สึกผิดและความ
มสิ้นหวัง

แต่เราสามารถเอาชนะความทุกข์ได้ก็ต่อเมื่อเราผ่านมันไปเท่านั้น กล่าวอีกนัยหนึ่ง ความทุกข์หรือ 'งานแห่งความโศกเศร้า' (E. Lindeman) เป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่จำเป็นสำหรับการไว้ทุกข์การสูญเสียคนที่รักและการยอมรับการสูญเสียนั้น กลายเป็นอิสระจากการสูญเสียนั้น ปรับตัวเข้ากับความเป็นจริงของชีวิต และสร้างความสัมพันธ์ใหม่กับผู้คนและโลก

กลุ่มอาการโศกเศร้าเฉียบพลัน –
กลุ่มอาการทางจิตวิทยาที่เกิดขึ้นภายหลังการเสียชีวิตของบุคคลที่มีความสำคัญเป็นพิเศษ โดยจะแสดงออกในรูปแบบดังนี้:

- ความรู้สึกทุกข์ทรมานทางร่างกายอย่างรุนแรง (อาการหายใจลำบาก, ใจสั่น, กล้ามเนื้ออ่อนแรง, เบืออาหาร);
- ความตึงเครียดทางอารมณ์ที่อาจพัฒนาไปสู่การตอบสนองแบบช็อก
- ความหมกมุ่นกับภาพของการสูญเสีย ซึ่งอาจมาพร้อมกับการรับรู้ความเป็นจริงที่บิดเบือน
- ความรู้สึกผิดต่อผู้ล่วงลับ
- การรุก ร าน, ความเป็นศัตรูต่อผู้อื่น;
- การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
  การกระทำที่ไม่เหมาะสมอันเป็นผลมาจากขอบเขตแรงจูงใจที่แคบลง
- การรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกับการสูญเสีย

ในปี 1958 จิตแพทย์ชาวสวิส เอลิซาเบธ คูบเลอร์-รอสส์ เริ่มทำงานในโรงพยาบาลในอเมริกา และรู้สึกตกใจกับการขาดวิธีการสนับสนุนทางจิตวิทยาสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและคนที่พวกเขารัก "ทุกอย่างถูกทำให้เป็นวัตถุไร้ตัวตน ความสนใจทั้งหมดมุ่งเน้นไปที่ด้านเทคนิคเพียงอย่างเดียว" เธอกล่าวในการให้สัมภาษณ์กับบีบีซีเรดิโอเมื่อปี 1983 "ผู้ป่วยระยะสุดท้ายถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพัง ไม่มีใครพูดคุยกับพวกเขาเลย"

ในปี 1969 หนังสือ *On Death and Dying* ของ Kübler-Ross ได้รับการตีพิมพ์

ซึงผู้เขียนได้อ้างถึงคำพูดที่เป็นตัวอย่างจากผู้ป่วยของเธอและอธิบายถึงห้าขั้นตอนทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยทีได้รับการวินิจฉัยว่าอาจเสียชีวิตได้ต้องผ่าน ได้แก่ การปฏิเสธ ความโกรธ การต่อรอง ภาวะซึมเศร้า และการยอมรับ

อารมณ์แรกที่บุคคลรู้สึกเมื่อได้ยินการวินิจฉัยโรคที่รักษาไม่หายคือการปฏิเสธ:
'ฉันไม่อยากเชื่อเลย', 'นี่มันเกิดขึ้นไม่ได้!', 'ไม่ใช่ฉัน!'. โดยทั่วไปแล้ว
สิ่งนี้เป็นเพียงกลไกป้องกันชั่วคราวเท่านั้น เพื่อให้บุคคลมีเวลาปรับตัวและดำเนินการที่จำเป็น
เป็นวิธีปกป้องตนเองจากความเป็นจริงอันโหดร้าย - ทั้งโดยรู้ตัวและไม่รู้ตัว
สัญญาณหลักของการปฏิเสธ ได้แก่: ความไม่เต็มใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับปัญหา การถอนตัว
พยายามทำเป็นว่า 'ทุกอย่างเรียบร้อยดี'
และความไม่เชื่อว่าการสูญเสียหรือโศกนาฏกรรมนั้นได้เกิดขึ้นจริง โดยปกติแล้ว
บุคคลที่อยู่ในระยะนี้ของความโศกเศร้าจะพยายามกดทับอารมณ์ของตนเองเพื่อไม่ให้ถูกความรุ
นแรงของมันครอบงำ แต่ไม่ช้าก็เร็ว ความรู้สึกที่ถูกกดทับก็จะปะทุออกมา
และระยะต่อไปก็จะเริ่มต้นขึ้น **นั่นคือระยะแห่งความโกรธ**

'ทำไมสิ่งนี้ถึงเกิดขึ้นกับฉัน? มันไม่ยุติธรรม!' 'ไม่! ฉันไม่สามารถยอมรับสิ่งนี้ได้!' ความโกรธ
และบางครั้งอาจถึงขั้นโกรธแค้นอย่างรุนแรง
เกิดจากความไม่พอใจและความสิ้นหวังต่อโชคชะตาที่ไม่ยุติธรรมและโหดร้าย
ความโกรธแสดงออกในรูปแบบต่าง ๆ: บางคนอาจโกรธตัวเอง โกรธบุคคลเฉพาะเจาะจง
หรือเพียงแค่โกรธกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สิ่งสำคัญคือการไม่ตัดสินบุคคลที่กำลังผ่านช่วงนี้
และไม่ยั่วยุให้เกิดการโต้เถียง
ควรระลึกไว้ว่าสาเหตุของความโกรธของบุคคลนั้นมาจากความเศร้าโศกของพวกเขา
และนี่เป็นเพียงช่วงชั่วคราวเท่านั้น

ขั้นตอนต่อไปคือขั้นตอนการต่อรอง – ช่วงเวลาแห่งความหวัง
ที่บุคคลปลอบใจตัวเองด้วยความคิดว่าเหตุการณ์โศกนาฏกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงหรือป้องกัน
นได้โดยการต่อรองกับพระเจ้าหรือกับชีวิตเอง บุคคลอาจคิดเช่นนี้: 'หากฉันสัญญาว่าจะทำสิ่งนี้
(หรือไม่ทำสิ่งนั้น) แล้วพระองค์จะไม่ให้การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เกิดขึ้นในชีวิตของฉัน'
บางครั้งการต่อรองนี้อาจปรากฏในรูปแบบของความเชื่อโชคลาง:
บุคคลอาจหันไปใช้วิธีการรักษาที่ไม่เป็นทางการ หมอยาพื้นบ้าน หมอดู
หรือเข้าร่วมในพิธีกรรมทางศาสนา โดยเชื่อว่าสิ่งเหล่านี้จะทำให้ปัญหาทั้งหมดของพวกเขาหายไป

หลังจากการต่อรองคือ**ความหดหู่**: 'ฉันไม่ต้องการอะไรเลย', 'ฉันทุกข์ทรมานมาก
ไม่มีอะไรน่าสนใจ', 'ทุกอย่างแย่ไปหมด... ทำไมต้องพยายามด้วย?'
เมื่อบุคคลที่กำลังเผชิญกับความเศร้าโศกตระหนักว่าการต่อรองไม่ได้ผล
การเปลี่ยนแปลงอันน่าเศร้านั้นเป็นความจริง พวกเขาจะตกอยู่ในภาวะสิ้นหวังและซึมเศร้า
และพลังชีวิตของพวกเขาจะค่อยๆ จางหายไป นี่เป็นขั้นตอนที่จำเป็นของกระบวนการโศกเศร้า

ช่วยให้พวกเขาหยุดเสียพลังงานไปกับความพยายามที่ไร้ผลในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ และเก็บพลังไว้สำหรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต

ในที่สุด **ขั้นตอนของการยอมรับก็**มาถึง: 'ฉันไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งนี้ได้ แต่ฉันสามารถอยู่กับมันได้', 'ฉันยังมีเวลาที่จะทำให้ความฝันลึกที่สุดของฉันเป็นจริงได้'. เมื่อบุคคลตระหนักว่าเหตุการณ์โศกนาฏกรรมไม่สามารถย้อนกลับได้ (ผู้ล่วงลับจะไม่กลับมา) พวกเขาจะถึงขั้นตอนของการยอมรับ. นี่ไม่ใช่สภาวะที่มีความสุข แต่เป็นการยอมรับอย่างยอมจำนนต่อข้อเท็จจริงของการเปลี่ยนแปลงและความรู้สึกว่าเราต้องอยู่กับมัน

ยอมรับมันให้ได้ ในขั้นตอนนี้ เป็นครั้งแรกตลอดกระบวนการเศร้าโศก ผู้คนเริ่มประเมินอนาคต แม้ว่าจะเป็นเรื่องยาก แต่เราต้องก้าวต่อไป แม้ว่า Kübler-Ross จะไม่ได้รวมความหวังไว้ในรายการห้าขั้นตอนของเธอ
แต่เธอเชื่อว่าความหวังเป็นเส้นด้ายสำคัญที่เชื่อมโยงทุกขั้นตอนของความเศร้า
ความหวังให้เราศรัทธาในความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี
ในความเชื่อที่ว่าทุกสิ่งมีความหมายพิเศษที่เราจะเข้าใจได้ในเวลา – ไม่ช้าก็เร็ว ทุกสิ่งย่อมผ่านไป

ภายหลังการตีพิมพ์หนังสือของเอลิซาเบธ คูบเลอร์-รอสส์ ซึ่งกลายเป็นหนังสือขายดีทันที ได้มีการเขียนบทความทางวิชาการหลายพันฉบับซึ่งได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีห้าขั้นตอนกับผู้คนและสถานการณ์ต่าง ๆ

"ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถสอนเราได้ทุกสิ่ง: ไม่เพียงแต่สอนวิธีตาย แต่ยังสอนวิธีใช้ชีวิตด้วย" คูบเลอร์-รอสส์กล่าวไว้ในปี 1983 เธอได้ก่อตั้งสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหลายประเทศ (โดยแห่งแรกอยู่ที่ประเทศเนเธอร์แลนด์ในปี 1999) นิตยสารไทม์ได้รวมเธอไว้ในรายชื่อ 100 นักคิดที่สำคัญที่สุดแห่งศตวรรษที่ 20

สิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ รู้สึก และเรียนรู้เมื่อต้องเผชิญกับข่าวร้าย:

1. เมื่อได้รับการวินิจฉัย – ความตกใจ, การปฏิเสธ, ความโกรธ หรือความชา.
ภาวะนี้มักคงอยู่เป็นเวลาสามวัน.

2. ความจำเป็นในการรับมือกับอารมณ์ที่ถูกกระตุ้นโดยโรค: ความกลัว, ความสยอง, ความโกรธ, ความสิ้นหวัง, ความเศร้า, ความรู้สึกผิด, ความอาย, และอื่น ๆ

3. การเข้าใจ, การประมวลผล
และการจดจำข้อมูลที่ซับซ้อนและมักไม่สามารถเข้าใจได้เป็นจำนวนมาก

4. การติดต่อกับแพทย์และพยาบาลหลากหลายคน
แต่ละคนมีบุคลิกและอารมณ์ที่แตกต่างกัน และยังต้องเผชิญกับความเครียดอีกด้วย

5. เข้าใจสถิติที่เกี่ยวข้องกับการพยากรณ์โรคของเขาหรือเธอ

6. การรับมือกับความไม่แน่นอนและความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคต
โดยไม่สูญเสียความหวัง

7. สร้างความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจกับแพทย์และพยาบาล

และรักษาความสัมพันธ์นี้ไว้ตลอดระยะเวลาการรักษา

8. ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในขณะที่เผชิญกับความไม่แน่นอนของผลลัพธ์

9. การเรียนรู้ที่จะประพฤติตัวแตกต่างออกไป การเรียนรู้ที่จะเป็นอยู่ ในแง่หนึ่ง คือการอยู่ดีท่ามกลางความเจ็บปวย

10. การสูญเสียการติดต่อทางสังคมเดิม ๆ บทบาททางสังคมและครอบครัว และยอมรับการสูญเสียเหล่านี้

11. การมีส่วนร่วมในการสร้างระบบครอบครัวขึ้นใหม่และเผชิญกับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการ นี้: ความรู้สึกผิด, ความอาย, ความกลัว, ความเกลียดชัง, ความสิ้นหวัง, ความหวัง, และระดับความไว้วางใจใหม่

การสนับสนุนทางจิตวิทยาในกรณีสูญเสียอย่างรุนแรง

การสูญเสียคนที่รักเป็นวิกฤตเสมอ
วิกฤตคือสถานการณ์ที่รุนแรงหรือช่วงเวลาหนึ่งในการตัดสินใจ
จุดเปลี่ยน
ช่วงเวลาที่สำคัญมาก

เกลนนิส เพอร์รี, 'วิกฤตชีวิต'

สถานการณ์ของการสูญเสียมีลักษณะของความสับสนและความเครียด;
ผู้ที่อยู่ในสถานการณ์วิกฤตจะประสบกับอารมณ์เชิงลบ เช่น ความกลัว ความรู้สึกผิด ความสิ้นหวัง และอื่น ๆ
ก่อนที่จะอธิบายรายละเอียดของการให้คำปรึกษาในกรณีวิกฤตที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียหรือการเ
สียชีวิตของคนที่รัก ขอให้**เราสรุปหลักการพื้นฐานของการให้คำปรึกษาดังกล่าว (การแทรกแซงในภาวะวิกฤต)**

1. บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางจิตวิทยาในระหว่างวิกฤต
   มีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง และสามารถตัดสินใจได้

2. ระหว่างการแทรกแซงวิกฤต
   ผู้เชี่ยวชาญจะมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นในทุกสิ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่ได้รับผลกระทบเพื่อประเ

มินสถานการณ์และจัดทำแผนการดำเนินการ

3. เป้าหมายขั้นต่ำของการแทรกแซงวิกฤตคือการป้องกันไม่ให้เกิดหายนะ;
เป้าหมายพื้นฐานคือการฟื้นฟูสมดุล;
เป้าหมายสูงสุดคือการรับประกันการดำรงชีวิตอย่างต่อเนื่องของบุคคลนั้น

4. ผู้เชียวชาญต้องให้การสนับสนุน 'อยู่เคียงข้างบุคคลนั้น' นั่นคือ
   ให้การสนับสนุนทางอารมณ์เพื่อช่วยให้พวกเขาผ่านพ้นกระบวนการเศร้าโศก

5. การรักษาสมดุลระหว่างความเป็นอิสระของบุคคลกับความต้องการการสนับสนุนของพวกเขาเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

การยอมรับการสูญเสียเป็นกระบวนการที่ยาวนานและเป็นธรรมชาติ และไม่ควรเร่งรีบ
คนเราต้องการกลไกการป้องกันตัวเอง โดยเฉพาะในช่วงแรกๆ ของกระบวนการโศกเศร้า
เมื่อพวกเขายังไม่พร้อมที่จะยอมรับความตายและคิดถึงมันอย่างเป็นจริงเป็นจัง ดังนั้น
ผู้เชียวชาญควรอนุญาตให้บุคคลนั้นใช้การปฏิเสธหรือกลไกการป้องกันทางจิตวิทยาอื่นๆ
บทบาทของผู้ฟังเป็นวิธีที่ดีที่สุดเมื่อทำงานกับผู้ที่กำลังเผชิญกับการสูญเสีย
การอยู่เคียงข้างผู้ที่กำลังโศกเศร้าและรับฟังพวกเขาอย่างตั้งใจคือรูปแบบการสนับสนุนที่สำคัญที่สุด ไม่ควรให้ความมั่นใจที่ผิวเผินแก่ผู้ที่กำลังเศร้าโศก
ความไม่สะดวกและคำพูดที่เป็นทางการนำไปสู่สถานการณ์ที่ไม่สบายใจ:
บุคคลนั้นต้องได้รับโอกาสในการแสดงความรู้สึกใดๆ และได้รับการปฏิบัติด้วยความอดทน
ภารกิจสำคัญอีกประการหนึ่งสำหรับมืออาชีพคือการสอนคนที่รักให้ตอบสนองอย่างเหมาะสมต่อความเศร้าโศกของผู้ที่กำลังเผชิญกับการสูญเสีย
การสนับสนุนทางจิตวิทยาควรให้ตามขั้นตอนของกระบวนการเศร้าโศก

การสนับสนุนในช่วงระยะช็อก

ในขั้นตอนนี้ บุคคลมักต้องการการสนับสนุนอย่างเข้มข้น
เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องอยู่เคียงข้างผู้ที่สูญเสียและไม่ปล่อยให้พวกเขาอยู่ตามลำพัง
การแสดงออกถึงความห่วงใยและความเห็นอกเห็นใจผ่านสัมผัสทางกายเป็นวิธีที่ดีที่สุด
นี่คือวิธีที่ผู้คนแสดงความเสียใจเมื่อคำพูดไม่สามารถบรรยายได้
แม้แต่การจับมืออย่างเรียบง่ายก็ยังดีกว่าการปล่อยให้อยู่โดดเดี่ยวด้วยความเย็นชา

ควรเน้นย้ำว่าในช่วงเวลาของการสูญเสีย
ความทุกข์ทรมานจะบรรเทาลงได้ด้วยการมีอยู่ของญาติและเพื่อนฝูง
สิ่งที่สำคัญไม่ใช่ความช่วยเหลืออย่างกระตือรือร้นของพวกเขา
แต่เป็นการที่คนที่รักอยู่เคียงข้างในช่วงเวลาหลายสัปดาห์

เมื่อความโศกเศร้าอยู่ในจุดที่รุนแรงที่สุด
บุคคลที่กำลังเผชิญกับการสูญเสียไม่ควรถูกทิ้งให้อยู่คนเดียว
แต่ในขณะเดียวกันก็ไม่ควรถูกดูแลมากเกินไป—
ความโศกเศร้าอย่างลึกซึ้งนั้นสามารถเยียวยาได้เพียงเมื่อเวลาผ่านไปเท่านั้น
ผู้ที่กำลังไว้ทุกข์ต้องการการเยียมเยียนอย่างสม่ำเสมอแต่ไม่รบกวน และผู้รับฟังที่ดี

การให้การสนับสนุนในช่วงระยะเศร้าโศกอย่างรุนแรง

ควรพูดคุยเกี่ยวกับผู้ล่วงลับ สาเหตุการเสียชีวิต และความรู้สึกของผู้คนต่อเหตุการณ์นี้ สิ่งสำคัญคือการถามคำถามเกี่ยวกับผู้ล่วงลับ รับฟังความทรงจำเกี่ยวกับพวกเขา และฟังเรื่องราวเกี่ยวกับชีวิตของพวกเขา ในกรณีของการเสียชีวิตอย่างรุนแรงหรือกะทันหัน จำเป็นต้องหารือเกี่ยวกับรายละเอียดทั้งหมดของเหตุการณ์โศกนาฏกรรมซ้ำแล้วซ้ำเล่าอย่างละเอียดจนกระทั่งเหตุการณ์นั้นสูญเสียลักษณะที่น่ากลัวและสร้างความทุกข์ทรมานทางจิตใจ – เพียงเท่านั้นบุคคลที่สูญเสียญาติหรือผู้เป็นที่รักจึงจะสามารถไว้ทุกข์ให้กับผู้เสียชีวิตได้ พวกเขาต้องได้รับโอกาสในการร้องไห้ออกมาโดยไม่ต้องพยายามปลอบโยน ค่อยๆ บุคคลนั้นควรถูกนำกลับเข้าสู่กิจกรรมในชีวิตประจำวัน

การสนับสนุนระหว่างระยะฟื้นฟู

เราต้องช่วยเหลือบุคคลให้สามารถกลับคืนสู่ชีวิตประจำวันได้ และวางแผนสำหรับอนาคต. เนื่องจากบุคคลอาจกลับมาคิดถึงประสบการณ์ในช่วงวิกฤตซ้ำ ๆ ได้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้โอกาสแก่พวกเขาในการพูดคุยเกี่ยวกับผู้เสียชีวิตอีกครั้ง. ความเศร้าโศกและการไว้อาลัยเป็นการตอบสนองที่เหมาะสมต่อการเสียชีวิต; พวกมันเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ จำเป็น และไม่ควรถูกกดขี่. กระบวนการเศร้าโศกจะดำเนินต่อไปตราบเท่าที่บุคคลนั้นต้องการเพื่อรับมือกับการสูญเสียที่ยากลำบาก
มีเทคนิคหลายอย่างที่สามารถเป็นประโยชน์ในการช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพกับการสูญเสีย ซึ่งรวมถึง:

- ใช้สิ่งของ (เช่น ภาพถ่าย สิ่งของส่วนตัว ฯลฯ) ที่ช่วยให้ผู้ที่สูญเสียสามารถดำเนินกระบวนการไว้ทุกข์ได้
- การใช้ศิลปะบำบัด;
- การซักถามซ้ำ
- แบบฝึกหัดที่ส่งเสริมให้บุคคลมองความสัมพันธ์อย่างเป็นจริงเป็นจัง เช่น การทำรายการลักษณะนิสัยที่ดีและไม่ดีของผู้เสียชีวิต
- การเขียนจดหมายถึงผู้ล่วงลับ

- การปรับโครงสร้างพฤติกรรม เช่น การลดการไปเยียมสุสานหรือสถานที่รำลึกอื่น ๆ และเพิ่มการไปเยียมสถานทีทีเกียวข้องซึงมีผู้ต้องการความช่วยเหลือ

โดยส่วนใหญ่แล้ว กระบวนการโศกเศร้าเกิดขึ้นภายในความสัมพันธ์กับครอบครัวและคนทีรัก

ส่วนที่ 2. งานปฏิบัติ

ในการเรียนการสอนกับนักเรียน ควรใช้วัสดุวิดีโอ การทำงานเป็นกลุ่มย่อย และการแสดงบทบาทสมมติ โดยเลือกเงื่อนไข เช่น ตับแข็ง โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เบาหวาน โรคหืด และโรคไตเรื้อรัง

ในชั้นเรียนที่มีนักเรียนนายร้อย
การจัดการอภิปรายแบบฟิชโบว์ลหรือการทำงานกลุ่มย่อยที่เน้นการยึดมั่นในหลักการสำคัญเมื่อต้องแจ้งข่าวร้ายจะเหมาะสมกว่า

กรณีสำหรับการอภิปราย

กรณี 1

จาก 'หนังสือสีเหลือง' – หนังสือของอนาสตาเซีย ลูคินา 'หนังสือที่ไม่กลัวเลยเกี่ยวกับชีวิต ความตาย และทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่ระหว่างนั้น' (หน้า 114)

เรื่องราวของมักซิมโกและแม่ของเขา ผู้ซึ่งเป็นผู้แจ้งข่าวการเสียชีวิตของเขาให้ตัวเองทราบ

เวลา 9.15 น. กริ่งประตูดังขึ้น วันก่อนหน้านั้น มัคซิมโก ลูกชายของเราที่เพิ่งเกิดได้สองวัน ถูกนำตัวเข้าห้องไอซียู

– คุณคือ อนาสตาเซีย เกนนาดีเยฟนา ลูคินา ใช่ไหม?

– ใช่

– นี่คือโรงพยาบาลเด็ก กรุณานำหนังสือเดินทางและทะเบียนสมรสของท่านมาโดยทันที

และฉันก็รู้ทันทีว่าพวกเขาไม่ได้ขอให้ฉันนำเงินหรือยาไปด้วย
ดังนั้นจึงไม่มีความจำเป็นอีกต่อไปแล้ว
สิ่งที่เหลืออยู่ก็แค่จัดการรายละเอียดทางราชการเท่านั้น ดังนั้น
มาคซิมกาจึงไม่ได้อยู่กับเราอีกต่อไป

– "เขาตายแล้วหรือ?" ฉันถาม.

เงียบเป็นคำตอบ. และแล้ว:

– เรากำลังรอให้คุณนำเอกสารมาโดยเร็วที่สุด

คุณยายของมักซิมเฝ้าดูแลตลอดทั้งคืนบนบันไดเย็นๆ นอกห้องไอซียูที่ปิดอยู่
เขาเสียชีวิตขณะที่เธออยู่แค่หน้าประตู แต่พวกเขา
, และเธอไ ม่ ได้รับอนุญาตให้บอกลาด้วย สามีของฉันและฉันก็ไม่ได้ถูกบอกเช่นกัน
พวกเขาเพียงแค่ปล่อยให้เราคิดออกเอง

ทำไมแพทย์ไม่อยากบอกข่าวร้าย?

กรณี 2

ชายอายุ 60 ปี ได้ขอคำแนะนำทางการแพทย์จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากมีการเสื่อมโทรมของสุขภาพทั่วไป เขามีอาการอ่อนเพลียทั่วไปอย่างเห็นได้ชัด มีรสขมในปาก คลื่นไส้ อาเจียนเป็นครั้งคราว เรอมีกลิ่นเหม็นเน่า เบื่ออาหาร ไม่ชอบรับประทานเนื้อสัตว์ รู้สึกหนักท้องตลอดเวลา และมีอาการปวดตื้อๆ เป็นระยะๆ ที่บริเวณช่องท้องส่วนบนด้านขวา อาการเหล่านี้เริ่มปรากฏประมาณ 2–3 สัปดาห์หลังจากการรักษาอาการหวัด ตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย เขาได้เข้ารับการผ่าตัดเมื่อหกเดือนที่แล้วที่ศูนย์ศัลยกรรมในกรุงเทพฯ เนื่องจากมีแผลในกระเพาะอาหาร เขารู้สึกสบายดีหลังการผ่าตัด ไม่มีเอกสารทางการแพทย์ยืนยัน เขายืนยันว่ากระเพาะอาหารของเขาไม่มีปัญหา และในความเห็นของเขา สาเหตุของปัญหาคือตับของเขา

จากการตรวจร่างกาย พบก้อนลักษณะคล้ายเนื้องอกในช่องท้อง สามารถคลำได้ มีความแน่นและเจ็บเมื่อกด ตับโต แข็ง ไม่เรียบและเป็นปุ่มเป็นก้อน ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวเพื่อตรวจเพิ่มเติม ผลการตรวจนับเม็ดเลือดสมบูรณ์ (CBC) พบภาวะโลหิตจางและอัตราการตกตะกอนของเม็ดเลือดแดง (ESR) สูงขึ้น การวิเคราะห์ทางชีวเคมี (BA) พบบิลิรูบินและทรานสอะมิเนสสูงขึ้น การตรวจอัลตราซาวด์พบก้อนเนื้อร้ายหลายตำแหน่งในตับ

ผู้ป่วยได้รับแจ้งเกี่ยวกับความคืบหน้าของอาการแล้ว
ผู้ป่วยมีพฤติกรรมหยาบคายและท้าทาย
แสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์มีคุณสมบัติไม่เพียงพอ
และปฏิเสธการตรวจด้วยกล้องเอนโดสโคป การตรวจซีทีสแกน
และการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมมะเร็งและแพทย์เคมีบำบัดอย่างเด็ดขาด
โดยให้เหตุผลว่าศัลยแพทย์ที่ผ่าตัดให้เขา (ซึ่งเป็นศาสตราจารย์)
รับรองกับเขาว่าเขาจะมีชีวิตอยู่ได้นานกว่า 10 ปีหลังการผ่าตัด
แพทย์แนะนำให้เขาออกจากสถานพยาบาลและกลับไปพบแพทย์ประจำตัวของเขาที่กรุงเคียฟ

คำถามสำหรับการอภิปราย:

ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนใดของการรับมือกับข่าวร้าย?

พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์เหมาะสมหรือไม่?

กรณี 3

หญิงอายุ 38 ปี คลอดบุตรครั้งที่สอง คลอดก่อนกำหนด (30 สัปดาห์) ทารกคลอดมีชีวิต ทารกเพศชายชื่อ อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยไม่มีมารดาอยู่ด้วย และเสียชีวิตหลังจากนั้น 32 ชั่วโมง แพทย์แจ้งการเสียชีวิตของทารกแก่เธอด้วยประโยคเดียวว่า: 'ลูกของคุณเสียชีวิตแล้ว' ร่างของทารกถูกส่งมอบให้กับบิดา ผู้หญิงถูกปล่อยตัวออกจากโรงพยาบาลสองวันต่อมา สามีของเธอเล่าให้เธอฟังว่าเขารู้สึกกลัวและเจ็บปวดมากที่ต้องฝังทารก เขาเสนอให้เธอทำมันเอง ผู้หญิงฝังลูกของเธอเพียงลำพัง หนึ่งเดือนผ่านไป หญิงคนนั้นไม่พูดกับครอบครัวของเธอ (สามี แม่สามี และลูกสาว) หรือเพื่อนของเธอเลย เมื่อเธอพบคนรู้จัก เธอก็หันหน้าหนีและเดินจากไป

คำถามสำหรับการอภิปราย:

เธออยู่ในระยะไหนของความโศกเศร้า?
ทำไมหมอถึงแจ้งให้ผู้หญิงทราบถึงการสูญเสียในลักษณะนี้โดยเฉพาะ?
ควรทำงานร่วมกับผู้หญิงและครอบครัวของเธออย่างไรในสถานการณ์การสูญเสียในช่วงใกล้คลอด?

กรณี 4

ภรรยาของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองและเพิ่งฟื้นจากอาการโคม่าทางสมองได้มาพบแพทย์ผู้ดูแล ภรรยาได้รับแจ้งเกี่ยวกับผลกระทบที่ร้ายแรงของภาวะนี้ว่าสามีของเธอจะไม่สามารถเดินหรืออาจจะนั่งไม่ได้ จะต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่นตลอดเวลา และสภาพจิตใจของเขาก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย ภรรยาไม่รู้จะทำอย่างไร เธอต้องการให้สามีมีชีวิตอยู่ แม้ว่าเขาจะมีปัญหาทางจิตใจและร่างกายก็ตาม เธอร้องไห้และยืนยันว่าเธอจะทำทุกสิ่งทุกอย่างที่เป็นไปได้เพื่อเขา และเขาจะเดินได้อีกครั้ง

คำถามสำหรับการอภิปราย:

ผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอนใดของการรับมือกับข่าวร้าย?
คำแนะนำใดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับภรรยาของผู้ป่วย?
ทีมใดควรจัดตั้งขึ้นเพื่อให้การดูแลทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย?

กรณี 5

จาก 'หนังสือสีเหลือง' – หนังสือของอนาสตาเซีย ลูคินา 'หนังสือที่ไม่น่ากลัวเลยเกี่ยวกับชีวิต ความตาย และทุกสิ่งระหว่างนั้น' (หน้า 55)

เรื่องราวของทาเทียน่า ข่าวในซองจดหมาย และแผนการ

เธอเป็นหมอ เป็นหนึ่งในสูตินรีแพทย์และแพทย์ต่อมไร้ท่อที่ดีที่สุดในเคียฟ ...
เธอค้นพบก้อนเนื้อด้วยตัวเองและไปตรวจแมมโมแกรม
เธอไปที่คลินิกเอกชนเพื่อจะได้ไม่เจอท้งเพื่อนหมอหรือคนไข้ของตัวเอง
'ฉันกำลังรอผลแมมโมแกรมอยู่ในทางเดินตอนสิบโมงเช้า
ผู้ช่วยแพทย์เดินออกมาหาฉันและส่งซองจดหมายให้ฉันอย่างเงียบๆ
ภายในซองนั้นมีผลการวินิจฉัยว่า 'มะเร็ง' แม้ว่าฉันจะรู้อยู่แล้วว่าฉันเป็นอะไร และฉันก็มีการศึกษาและข้อมูลที่ดี แต่ฉันก็ร้องไห้ออกมาเมื่อเปิดซองจดหมายและอ่านผลการวินิจฉัย ไม่กีนาทีก่อนหน้านี้ หมอได้เห็นก้อนเนื้อร้าย เขียนคำว่า 'มะเร็งเต้านม' และผลการตรวจไว้แล้ว แต่ทำไมเขาถึงไม่สามารถบอกฉันด้วยตัวเองได้? ท้ายที่สุดแล้ว แม้แต่คำพูดให้กำลังใจเพียงไม่กีคำก็คงเป็นความสบายใจให้กับฉันในตอนนั้น การยืนซองเอกสารให้เงียบๆ แล้วปล่อยให้ผู้ป่วยต้องรับข่าวร้ายเช่นนี้เพียงลำพัง— นั้นช่างโหดร้ายเหลือเกิน

คำถามสำหรับการอภิปราย:

ทำไมแพทย์จึงลังเลที่จะแจ้งข่าวร้าย?
ผู้ป่วยมีความต้องการหลักอะไรบ้างเมื่อได้รับข่าวร้าย?

เคสที่ 6

จาก 'หนังสือสีเหลือง' – หนังสือของอนาสตาเซีย ลูคินา 'หนังสือที่ไม่ค่อยน่ากลัวเกี่ยวกับชีวิต ความตาย และทุกสิ่งระหว่างนั้น' (หน้า 60)

เรื่องราวเกี่ยวกับคุณแม่อันยาและความสำคัญของการหาผู้เชี่ยวชาญที่มีความสามารถและการอยู่เคียงข้างพวกเขา

"...ปวดศีรษะ อาเจียน เลือดกำเดาไหล... อาการของเขาแย่ลงเรื่อยๆ ลูกชายของฉันเป็นลมและกรีดร้องด้วยความเจ็บปวด...
หมอคนนี้เป็นศัลยแพทย์ระบบประสาทและทำงานที่โรงพยาบาลประจำภูมิภาคสำหรับผู้ใหญ่ในคีรอฟograd (ปัจจุบันคือ Kropyvnytskyi). นั่นคือตอนที่ทุกอย่างเริ่มวุ่นวาย: "แม่คะ แม่กำลังดูอะไรอยู่? เด็กคนนี้มีเนืองอกในหัว แล้วแม่ไม่ทำอะไรเลย! แม่ไปมองอะไรอยู่ตลอดเวลาที่ผ่านมา? พาเขาไปโรงพยาบาลศัลยกรรมประสาทในเคียฟทันที!"

คำถามสำหรับการอภิปราย:

คุณให้คะแนนการแจ้งข่าวร้ายของแพทย์อย่างไร?

หนังสือและภาพยนตร์เกี่ยวกับวิกฤตชีวิต

หนังสือ

เฟรเดริก้า เดอ กราฟ, *ไม่มีวันจากลา* แอนนา
ดานิโลวา, *จากความตายสู่ชีวิต*
วิคเตอร์ และโรสแมรี โซร์ซา, 'เส้นทางสู่ความตาย: การใช้ชีวิตอย่างเต็มที่'
อนาสตาเซีย ลูคินา, 'หนังสือที่ไม่น่ากลัวเลยเกี่ยวกับชีวิต ความตาย
และทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่ระหว่างนั้น'
เฮนรี มาร์ช, 'เรื่องราวของชีวิต, ความตาย และการผ่าตัดสมอง' โจแอนนา
ซาลิกา, 'ผ้าพันคอ'
เชอรีล แซนเบิร์ก, 'แผนบี'
แอนโทนีแห่งซูโรซ, "ชีวิต. ความตาย. โรคภัย" เอริค-เอ็มมานูเอล
ชมิทท์, "ออสการ์กับหญิงสาวในชุดสีชมพู"
เออร์วิน ยาลอม, 'จ้องมองดวงอาทิตย์: การใช้ชีวิตโดยไม่กลัวความตาย'

ภาพยนตร์

'The Fault in Our Stars' (กำกับโดย Josh Boone), สหรัฐอเมริกา, 2014
'ทฤษฎีแห่งทุกสิ่ง' (กำกับโดย เจมส์ มาร์ช), สหราชอาณาจักร, ญี่ปุ่น, สหรัฐอเมริกา, 2014
'อย่ากลัว!' (กำกับโดย นิโคล เคสเซล), สหรัฐอเมริกา, 2011
"หายใจแทนเรา" (กำกับโดย แอนดี้ เซอร์คิส), สหราชอาณาจักร, 2017
"หมอ" (กำกับโดย รันดา เฮนส์), สหรัฐอเมริกา, 1991
'ไขว่คว้าสู่ท้องฟ้า' (กำกับโดย โทมัส ยาน), เยอรมนี, 1997
"ชีวิตนี้สวยงาม" (กำกับโดย โจนาธาน เลวีน), สหรัฐอเมริกา, 2011
"ห้าขั้นตอนสู่ความรัก" (กำกับโดย จัสติน บัลดอนี), สหรัฐอเมริกา, 2019
"ชีวิตของฉันที่ไม่มีฉัน" (กำกับโดย อิซาเบล คอยเซต), สเปน, 2003
"อย่าท้อ" (กำกับโดย กัส แวน แซนต์), สหรัฐอเมริกา, 2011
"รีบตกหลุมรัก" (กำกับโดย อดัม แชงค์แมน), สหรัฐอเมริกา, 2002
"Sweet November" (กำกับโดย แพท โอ'คอนเนอร์), สหรัฐอเมริกา, 2011 (ดัดแปลงจากบทละคร "Sweet November" ของเฮอร์แมน เราชเชอร์, กำกับโดย โรเบิร์ต เอลลิส มิลเลอร์, สหรัฐอเมริกา, 1968)
'ดวงดาวดวงที่สาม' (กำกับโดย เฮตตี้ ดาลตัน), สหราชอาณาจักร, 2010
'If I Stay' (กำกับโดย R.J. Cutler), สหรัฐอเมริกา, 2014

คำถามสำหรับบันทึกสะท้อนคิด:

ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอะไรบ้างเมื่อได้รับข่าวร้าย?

การที่ญาติอยู่ด้วยในห้องผู้ป่วยหนักมีข้อดีและข้อเสียอย่างไร?

การนำเสนอหัวข้อผ่านลิงก์:

bit.ly/3Di0ybj

เวอร์ชันเต็มของบทเรียนผ่านลิงก์:

bit.ly/3ombqk4

หัวข้อที่ 7

ความขัดแย้งและการสนทนาที่ยากลำบาก


ONE

หัวข้อที่ 7

ผู้ป่วยในสถานการณ์ยากลำบาก ความขัดแย้ง

เอกสารนี้ได้ถูกจัดเตรียมอย่างรอบคอบโดย ยูเลีย ตุร์ปาโควา และ นาตาเลีย กาลิอาช



นาตาเลีย กาลิอาช, รองศาสตราจารย์, ภาควิชากุมารเวชศาสตร์,
มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์แห่งชาติเทร์โนปิล อิวาน
ฮอร์บาเชฟสกี



ยูเลีย ทุร์ปาโควา, อาจารย์ประจำสาขาวิชา กุมารเวชศาสตร์,
สถาบันการแพทย์ริฟเน่

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

ทัศนคติ	ความรู้	ทักษะ
แนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นพื้นฐานของปรัชญาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ความขัดแย้งคืออะไร สาเหตุ กลยุทธ์สำคัญในการป้องกัน และพฤติกรรม ในสถานการณ์ความขัดแย้ง;	การแสดงออกถึงการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพด้วยความเห็นอกเห็นใจ หลีกเลี่ยงรูปแบบการสื่อสารและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความขัดแย้ง
	สถานการณ์ที่ผู้ป่วยอาจกลายเป็น 'ยาก' การค้นหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตทางอารมณ์	ประเมินสภาพอารมณ์ของผู้ป่วย
		การสื่อสารกับผู้ป่วย ในสภาวะอารมณ์ที่ซับซ้อน
		แก้ไขความขัดแย้งโดยการแก้ปัญหา
		แสดงความเห็นอกเห็นใจ

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

ส่วนขององค์กร – **5 นาที**
การประเมินระดับความรู้เบื้องต้น (แบบทดสอบ) – **10 นาที** ทบทวนเนื้อหาทฤษฎีโดยสังเขป (บรรยายสั้น) ตัวเลือกทางเลือก – ถาม-ตอบด้วยวาจา/ช่วงโต้ตอบ/สาธิตผ่านวิดีโอ – **20 นาที**
การวิเคราะห์กรณีศึกษาจากวิดีโอ – **40–45 นาที** ตัวเลือกที่แนะนำ:
การอภิปรายกรณีศึกษาในกลุ่มย่อย
บทบาทสมมติ – **15** นาที (เตรียมโดยทุกกลุ่มและนำเสนอสถานการณ์แรก) สรุปผล – **20** นาที
การนำเสนอสถานการณ์ที่สอง – **5 นาที**
การสรุปและอภิปรายเพิ่มเติม – **20 นาที**
การนำเสนอสถานการณ์ที่สาม – **5 นาที**
การสรุปผลติดตามงาน – **20 นาที**
การทดสอบครั้งสุดท้ายเพื่อประเมินความรู้ทางทฤษฎี – **5 นาที**
(ไม่จำเป็น)
สรุปและประกาศคะแนน – **10 นาที รวมทั้งหมด**: **180 นาที**

ส่วนที่ 1. เอกสารทฤษฎี

ตารางที่ 6.

กลยุทธ์ห้าประการในการจัดการกับความขัดแย้ง (ตามทฤษฎีของโธมัส คิลแมน)

	แก่นของกลยุทธ์	ผลกระทบ
การหลีกเลี่ยง: 'ฉันไม่เห็นความขัดแย้ง'	การปฏิเสธการมีอยู่ของสถานการณ์ความขัดแย้ง	ฝ่ายตรงข้ามรู้สึกถูกดูหมิ่นมากขึ้นเรื่อย ๆ และอาจตัดสินใจอย่างหุนหันพลันแล่นในที่สุด
การปรับตัว/การยอมผ่อนปรน	การเสียสละผลประโยชน์ของตนเองเพื่อประโยชน์ของฝ่ายตรงข้าม	พรรคที่ยอมอ่อนข้อจะ 'สอน' คู่ของตนว่าไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงผลประโยชน์ของตน กฎเหล่านี้ของเกมได้รับการยอมรับ และจากนั้นเป็นต้นไป ผลประโยชน์ของพรรคที่มักจะยอมสละผลประโยชน์ของตนเองจะไม่ถูกนำมาพิจารณาอีกต่อไป
การประนีประนอม	การยอมให้ซึ่งกันและกัน – การละทิ้งส่วนหนึ่งของผลประโยชน์ของตนโดยมีเงื่อนไขว่าอีกฝ่ายหนึ่งก็ละทิ้งส่วนหนึ่งของผลประโยชน์ของตนเช่นกัน	ทุกคนต่างต้องเสียสละ ดังนั้นจึงไม่มีใครพอใจอย่างเต็มที่ เมื่อไม่มีเวลาสำหรับการเจรจา การประนีประนอมอาจไม่ใช่ทางออกที่ดีที่สุด แต่ก็เป็นทางออกที่ยอมรับได้และรวดเร็ว
การแข่งขัน	แต่ละฝ่ายปกป้องผลประโยชน์ของตนเอง โดยใช้ทุกวิถีทางที่จำเป็นเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ไม่ว่าจะเป็นการบีบบังคับ การกดดัน การชักจูง การข่มขู่ ผลประโยชน์ของฝ่ายตรงข้ามจะไม่ถูกนำมาพิจารณา	รูปแบบนี้ไม่ใช่เรื่องแปลก แต่ทำลายความสัมพันธ์อย่างรุนแรง ผลที่ตามมาคือบรรยากาศทางจิตวิทยาที่เป็นลบและเต็มไปด้วยความเป็นศัตรู
ความร่วมมือ	ทั้งสองฝ่ายพยายามอย่างแข็งขันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของตน	ไม่ใช่ทุกครั้ง แต่บ่อยครั้งมากกว่าที่กลยุทธ์นี้ได้ผลดีที่สุด มันช่วยให้ผลประโยชน์ของฝ่ายที่ขัดแย้งสามารถบรรลุได้อย่างเต็มที่ และรักษา (และบางครั้งอาจปรับปรุง) ความสัมพันธ์ระหว่างคู่ขัดแย้งไว้ได้ กลยุทธ์นี้ต้องการเวลาและความเต็มใจอย่างน้อยที่สุด

		จากทั้งสองฝ่ายในการที่จะบรรลุข้อตกลงและเริ่มการเจรจา

กลยุทธ์สำคัญในการแก้ไขข้อขัดแย้ง

ผู้เชี่ยวชาญด้านการแก้ไขความขัดแย้งได้ระบุแนวทางต่อไปนี้สำหรับการอำนวยความสะดวกในการสร้างความขัดแย้ง:

1. พยายามประเมินพฤติกรรมของตนเองในสถานการณ์ขัดแย้งอย่างเป็นกลาง
2. มองสถานการณ์ปัญหาผ่านสายตาของผู้อื่น
3. หลีกเลี่ยงการตัดสินการกระทำและคำพูดของผู้อื่น
4. ควบคุมอารมณ์ของคุณ
5. เชิญชวนอีกฝ่ายให้พูดคุยในประเด็นที่มีความขัดแย้ง แม้ในเมื่อคุณสามารถริเริ่มเองได้
6. ในระยะสั้นข้อมูลอาจถูกบิดเบือนระหว่างการส่งผ่าน

นักจิตวิทยาแนะนำเทคนิคต่อไปนี้เพื่อช่วยแก้ไขสถานการณ์ตึงเครียดให้สร้างสรรค์ยิ่งขึ้น:

- การโน้มน้าวอย่างมีเหตุผล (การใช้ข้อเท็จจริงและตรรกะเพื่อสนับสนุนจุดยืนของคุณ);
- พฤติกรรมที่เป็นมิตร (ทำให้คู่ต่อสู้ของคุณรู้สึกว่าพวกเขามีคุณสมบัติที่ดี)
- กลยุทธ์ของกลุ่มพันธมิตร (คำขอการสนับสนุน, ข้อเสนอสำหรับการเป็นพันธมิตร);
- การเจรจาข้อตกลง (การแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ร่วมกัน, ข้อสัญญา);
- การควบคุมความสนใจของฝ่ายตรงข้าม
- สร้างองค์ประกอบของความประหลาดใจหากการสนทนาเปลี่ยนไปในทางที่เสียหาย

ทั้งหมดนี้จะช่วยให้ฝ่ายตรงข้ามสงบลงและประเมินสถานการณ์
จากนั้นจึงตัดสินใจอย่างมีเหตุผล

เคล็ดลับในการสร้างความสัมพันธ์ที่ปราศจากความขัดแย้ง:

- อย่าทะเลาะกันเรื่องเล็กน้อย
- อย่าโต้เถียงกับผู้ที่ไม่มีประโยชน์ที่จะโต้เถียงด้วย (อีกฝ่ายหนึ่งเป็นคนยากและดื้อรั้น) หรือกับผู้ที่ไม่มีความตั้งใจจะโต้เถียงกับคุณ
- อย่าโต้เถียงกับคนที่สนใจการโต้เถียงมากกว่าการระบุและแก้ไขปัญหา
- วิธีการแก้ไขความขัดแย้งโดยการแก้ปัญหา
- หลีกเลี่ยงการตัดสินใจอย่างเด็ดขาดและรุนแรงในระหว่างการโต้เถียง
- หลีกเลี่ยงการพูดคนเดียวและเปลี่ยนเป็นการสนทนา แล้วจะไม่มีเวลาสำหรับการโต้เถียง

ลำดับของการกระทำ

1. ระบุ ปัญหาในแง่ของ เป้าหมาย ไม่ใช่ โซลูชัน (เช่น อย่าเน้น มุ่งเน้นการต่อสู้กับผลกระทบของปัญหา แต่กำหนดเป้าหมายเพื่อ การเอาชนะมันและกำหนดทิศทาง)
2. เมื่อคุณได้ระบุลักษณะของปัญหาแล้ว ให้พิจารณาตัวเลือกต่อไปนี้เพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งจะ, ในระดับหนึ่ง, ทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพอใจ
3. โฟกัส ความส เกี่ยวกับปัญหา แทนที่จะ ของคุณเ คุณสมบัติของฝ่ายตร งข้าม มใจ (การโจมตีส่วนบุคคลจะรับประกันได้ว่าจะทำให้ความขัดแย้งทวีความรุนแรงและเข้มข้น)
4. สร้างบรรยากาศแห่งความไว้วางใจโดยการปรับปรุงการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการร่วมมือ อิทธิพล
5. เมื่อสื่อสาร พยายามบรรลุผลลัพธ์ แต่เมื่อยอมแพ้ ตำแหน่งของคุณเอง แต่ และคำนึงถึง สร้างสรรค์ ความคิดเห็น อื่นๆ ฝ่ายอื่น

กฎสำหรับการดำเนินการสนทนา

เมื่อคุณพูด:	เมื่อคุณฟัง:
เป็นมิตร, ให้เกียรติบุคคลที่คุณกำลังคุยกับ;	ใช้เวลาในการฟังคู่ของคุณ
สุภาพ, หลีกเลี่ยงการแบ่งแยก, อย่าสั่งสอน;	อดทนและให้เกียรติผู้พูด
จงถ่อมตนในการประเมินตนเอง และอย่าเด่นเกินควร	อย่าขัดจังหวะคู่สนทนาของคุณ; ฟังพวกเขาจนจบ;
ให้ความสนใจกับคู่ของคุณ สร้างความรู้สึกสบายทางจิตใจให้กับพวกเขา	ให้คู่ของคุณได้แสดงความคิดเห็นในบทสนทนา; ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของพวกเขา;
สนับสนุนความสนใจของคู่ของคุณในการสื่อสารที่สร้างสรรค์อย่างต่อเนื่อง	ใช้คำพูด ท่าทาง และการแสดงออกทางสีหน้าเพื่อให้ความช่วยเหลือทางอารมณ์และจิตใจแก่ผู้พูด
นำเสนอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของคุณอย่างมีเหตุผล; หลีกเลี่ยงการใช้คำที่คลุมเครือ;	
รักษาความสนใจของคู่สนทนาของคุณไว้; ส่งเสริมให้พวกเขามีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น;	
เลือกสไตล์การสนทนาที่เหมาะสมไม่เพียงแต่กับสถานการณ์การสื่อสารเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการรับรู้ของคู่สนทนาของคุณด้วย	
ระวังพื้นที่ส่วนตัว, ภาษากาย, และสีหน้า, เป็นต้น;	
ระวังอารมณ์ แต่ไม่ให้มันควบคุมคุณได้	

ผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ยากลำบาก: จะสื่อสารอย่างไร?

6 ข้อ:

1. ให้ผู้อื่นได้ระบายอารมณ์

ก่อนอื่น ให้ฟังผู้พูดเพื่อให้พวกเขาได้ 'ระบาย' ออกมา ซ้ำสิ่งที่คุณได้ยินเพื่อแสดงว่าคุณเข้าใจทุกสิ่งที่พวกเขาพูด ยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วย แต่ไม่ต้องเห็นด้วยกับข้อร้องเรียนของพวกเขา (หากไม่มีเหตุผล) การยอมรับความรู้สึกมักจะทำให้ความเข้มข้นของความรู้สึกลดลงอย่างรวดเร็ว จากนั้น ให้แสดงความคิดเห็นของคุณอย่างสงบและมั่นใจ โดยหลีกเลี่ยงการวิจารณ์เกี่ยวกับ 'ความจริง' ของผู้ป่วย เน้นย้ำว่าตอนนี้เมื่อเข้าใจแก่นของปัญหาแล้ว จำเป็นต้องกำหนดแผนการดำเนินการสำหรับการรักษา การตรวจ หรือส่งต่อ

2. การระบุวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของคู่กรณี

ความต้องการของผู้ป่วยในการขอรับใบสั่งยาเพื่อรับการรักษา
มีแนวโน้มที่จะนำไปสู่ความขัดแย้งน้อยกว่าความตั้งใจที่จะเปรียบเทียบการวินิจฉัยหรือใบสั่งยาที่ได้รับจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น หรือเพื่อขอรับใบรับรองแพทย์ ใบรับรอง หรือเอกสารอื่นใดโดยวิธีการใดก็ตาม
สิ่งที่สำคัญที่สุดในกรณีที่มีการร้องขอเช่นนี้คือการปฏิเสธผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว มีเหตุผล และอย่างเด็ดขาด โดยอธิบายการปฏิเสธโดยอ้างอิงถึงแนวทางอย่างเป็นทางการ

3. การจัดการกับอารมณ์

สิ่งสำคัญคือต้องรับรู้ถึงอารมณ์ของผู้อื่นอย่างทันท่วงทีหรือตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์นั้น ๆ
เราขอแนะนำว่าไม่ควรกรอกเอกสารหรืออัปเดตข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ขณะกำลังสื่อสารกับผู้ป่วย ให้ตั้งใจฟังไม่เพียงแค่สิ่งที่ผู้ป่วยพูดเท่านั้น แต่ยังควรสังเกตภาษากาย สีหน้า และน้ำเสียงของผู้ป่วยด้วย

หากคุณสังเกตเห็นความตึงเครียดทางอารมณ์
ให้พยายามช่วยรักษาเสถียรภาพของสถานการณ์ แสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้ความมั่นใจ และสนับสนุนบุคคลนั้น

4. ไม่มีโอกาสสำหรับ 'คนพูดมาก'

ผู้ป่วยที่พูดมากมักใช้เวลาทั้งหมดของการนัดหมายไปกับการพูดคนเดียว
แพทย์จำเป็นต้องริเริ่มและแสดงความเป็นผู้นำอย่างชัดเจนเพื่อเปลี่ยนความสนใจของผู้ป่วยจากรายละเอียดเล็กน้อยไปสู่การกระทำที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เตือนพวกเขาว่าการสนทนาครั้งนี้มีเวลาจำกัด และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการมาเยือนเพื่อให้พวกเขาอยู่ในประเด็น
ใช้คำถามปิดหรือคำถามที่ต้องการคำตอบที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น

5. คำเตือน: การจัดการ

ผู้ป่วยบางรายอาจใช้ความรู้สึกของผู้อื่นเป็นเครื่องมือ ใช้คำชมเชยเพื่อเอาใจ ขู่ว่าจะอาละวาด หรือร้องเรียนไปยังหัวหน้าแพทย์เพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการ
กฎสำคัญในการรับมือกับบุคคลเหล่านี้คือต้องตระหนักรู้ถึงอารมณ์ของตนเองและไม่ปล่อยให้อ

ารมณ์ของผู้ป่วยมาครอบงำ อย่ากลัวที่จะปฏิเสธอย่างหนักแน่น

การป้องกันที่ดีต่อการถูกควบคุมคือการซื้อเวลา.
เพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ผู้ควบคุมพยายามทำให้คุณเสียเวลาในการคิด ให้ใช้คำพูดที่มีมนต์เช่น: 'ฉันต้องคิดเกี่ยวกับเรื่องนี้', 'คุณสามารถเขียนคำขอของคุณเป็นลายลักษณ์อักษรได้ไหม?' และอื่น ๆ.

6. สิทธิในการมีสิทธิ

เพื่อปกป้องทีมจากการโจมตีที่ไม่มีมูลจากผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ยากลำบาก (เราไม่ได้พูดถึงการร้องเรียนที่มีเหตุผล) ควรพัฒนาและอนุมัติกฎบางประการที่ควบคุมสิทธิของแพทย์ผ่านคำสั่งที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างเช่น ข้อความเหล่านี้อาจระบุว่า หากผู้ป่วยใช้ถ้อยคำที่ไม่เหมาะสมหรือหยาบคาย แพทย์มีสิทธิปฏิเสธที่จะดำเนินการปรึกษาต่อ

การมีอยู่ของเอกสารเช่นนี้ช่วยลดการเกิดขึ้นของความเข้าใจผิดต่าง ๆ และการบานปลายของสถานการณ์ความขัดแย้งตามมา

ตารางที่ 7

โปรโตคอล EBE

โปรโ ต คอล EVE		
อี	อารมณ์/สำรวจอารมณ์	ควรระบุอารมณ์: • ระบุ อารมณ์ ที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่ (ความโกรธ ความเศร้า ความกลัว ฯลฯ) • ค้นหาสาเหตุ: 'คุณช่วยอธิบาย (โดยละเอียด) ได้ไหมว่าคุณรู้สึกอย่างไร?'; • ยอมรับการมีอยู่ของมัน: "ฉันเข้าใจว่าสิ่งนี้อาจทำให้คุณไม่สบายใจ"
ใน	การยืนยันอารมณ์	การยืนยันอารมณ์: • ยืนยันกับอีกฝ่ายว่าคุณเข้าใจความเหมาะสมของอารมณ์ของพวกเขา: 'ฉันเข้าใจว่าคุณโกรธ'; 'คนส่วนใหญ่ในสถานการณ์ของคุณก็คงรู้สึกเหมือนกัน'

อี	การตอบสนองด้วยความเห็นอกเห็นใจ	การตอบสนองด้วยความเห็นอกเห็นใจ: • แสดงให้อีกฝ่ายเห็นว่าเข้าใจความรู้สึกของพวกเขาและคุณเห็นอกเห็นใจพวกเขา: 'ฉันเสียใจมากที่สิ่งนี้เกิดขึ้น และฉันเข้าใจว่าคุณรู้สึกอย่างไรในตอนนี้', 'ฉันเข้าใจว่าคุณกำลังเสียใจและเศร้าในตอนนี้ ฉันขอโทษ'

สิ่งที่ควรหลีกเลี่ยงเมื่อพูดคุยกับผู้ป่วยที่โกรธ

การเสนอทางแก้ไขอย่างรวดเร็ว

บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยต้องการหรือต้องการให้คุณเข้าใจความรู้สึกที่พวกเขากำลังเผชิญอยู่มากกว่าการหาทางแก้ไขอย่างรวดเร็ว แน่นอนว่าสิ่งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ แต่ให้พิจารณาว่ามันคุ้มค่าหรือไม่ที่จะคิดหาทางแก้ไขอย่างรวดเร็วซึ่งอาจไม่ได้ให้ประโยชน์ตามที่คุณคาดหวังไว้

การโกรธเอง

พยายามมีสติและตระหนักถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อคุณมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาจไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยพูดที่ทำให้คุณรู้สึกไม่พอใจหรือโกรธ แต่เป็นวิธีการที่พวกเขาพูด พยายามควบคุมอารมณ์ของคุณและรักษาความเป็นมืออาชีพ คุณอาจรู้สึกโกรธ แต่การแสดงอารมณ์นี้ต่อผู้ป่วยที่กำลังโกรธอยู่แล้วอาจทำให้สถานการณ์ยากลำบากยิ่งขึ้น อาจเป็นการดีที่จะคุยกับใครบางคน (เพื่อนร่วมงาน) ในสถานการณ์เช่นนี้อาจช่วยลดความตึงเครียดภายในของคุณหรืออาจช่วยให้คุณมองปัญหาในแง่มุมที่ต่างออกไปได้

ปกป้องตัวเอง

อาจดูเหมือนเป็นเรื่องธรรมชาติที่จะป้องกันตัวเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากคุณเชื่อมั่นว่าฝ่ายตรงข้ามเป็นฝ่ายผิด อย่างไรก็ตาม พยายามต้านทานความอยากที่จะตอบสนองในเชิงป้องกัน เพราะสิ่งนี้อาจทำให้ความโกรธของผู้ป่วยรุนแรงขึ้นได้

ส่วนที่ 2 แบบฝึกหัดภาคปฏิบัติ

บทบาทสมมติ

บทบาทสมมติ (สำหรับกลุ่มย่อย โดยสามารถสรุปผลร่วมกันเป็นกลุ่มได้) บทบาท: 1 –

บุคลากรทางการแพทย์; 1 – ผู้ป่วย; 1–2 – ผู้สังเกตการณ์

ระยะเวลา: **25 นาที** (**10 นาที – เตรียมตัว**; **2–3 นาที – นำเสนอการสนทนา**; **10–12 นาที – สรุปผล**)

ตัวอย่างสถานการณ์สำหรับการฝึกซ้อมบทบาทสมมติ:

ผู้ป่วยชายอายุ 63 ปี ซึ่งสงสัยว่าเป็นมะเร็งกระเพาะอาหาร ปฏิเสธการตรวจส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้นอย่างเด็ดขาด และกำลังสร้างความวุ่นวายในโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องการกลับบ้านทันที ประวัติทางการแพทย์: โรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง; มีประวัติเลือดออกในกระเพาะอาหารเมื่อสองปีก่อน ขณะเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลด แพทย์ประจำวอร์ดได้สั่งให้ตรวจร่างกาย แต่ขณะนี้แพทย์ไม่อยู่เนื่องจากติดภารกิจและไม่สามารถติดต่อได้

งานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์: เพื่อโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจตามที่กำหนด (EGD)

เราขอแนะนำให้ใช้สถานการณ์เดียวกันสำหรับแต่ละกลุ่มย่อย แต่เปลี่ยนประเภทของผู้ป่วย:

A – ผู้ป่วยที่น่าสงสัย: ไม่เป็นมิตรและสงสัยในระหว่างการสื่อสาร. สงสัยทุกคนอยู่เสมอว่ามีอะไรบางอย่าง.

B – ผู้ป่วยที่พูดมาก: พูดเยิ่นเย้อ กระโดดจากหัวข้อหนึ่งไปอีกหัวข้อหนึ่งตลอดเวลา ไม่สามารถตอบคำถามได้อย่างกระชับ

C – ผู้ป่วยที่ชอบควบคุม: เล่นกับอารมณ์ของผู้อื่น ข่มขู่ว่าจะดำเนินคดีทางกฎหมายหรือฆ่าตัวตาย และโกรธง่าย แสดงพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง

E – ผู้ป่วยโกรธ: เครียด ไม่เต็มใจให้ความร่วมมือ

D – ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล: สับสน, ประหม่า, ต้องการความสนใจและความพยายามในการโน้มน้าวมากเกินไป แสดงอาการวิตกกังวลผ่านพฤติกรรมและการสื่อสาร: สั่น, เหงื่อออก, พูดเร็ว, เป็นต้น

ตาราง 8

ตัวอย่างของรายการตรวจสอบการสรุปงาน

การกระทำของบุคลากรทางการแพทย์	คำอธิบาย / เกณฑ์การประเมิน	เครื่องหมายแสดงการเสร็จสิ้น	คะแนน
สวัสดี	บุคลากรทางการแพทย์ทักทายผู้ป่วย		1
การแนะนำตัวเอง	ให้ชื่อของพวกเขา		0.5
	ระบุบทบาทของพวกเขา		0.5
การระบุตัวผู้ป่วย	ขอชื่อและอายุของผู้ป่วย (ปีเกิด)		1
การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของความขัดแย้ง/ข้อร้องเรียน	ลักษณะของข้อร้องเรียนคืออะไร		1
	ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเมื่อใด?		1
	พวกเขาติดต่อใครเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมหรือความช่วยเหลือ;		1
	ทรัพยากรใดที่ใช้ในการแก้ไขข้อขัดแย้ง/ข้อร้องเรียน		1
การยอมรับตำแหน่งของอีกฝ่าย (การฟังและทำซ้ำ) ทั้งทางวาจาและทางอารมณ์	โปรโตคอล EVE:		
	• ระบุอารมณ์		1
	• การตรวจสอบความถูกต้องของอารมณ์		1
	• การตอบสนองด้วยความเห็นอกเห็นใจ		1
คำอธิบายเกี่ยวกับจุดยืนของตนเอง	การตอบสนองอย่างมีเหตุผลพร้อมคำอธิบาย/การตีความคำศัพท์ที่ซับซ้อน		1
ข้อเสนอเพื่อแก้ไขปัญหา	กำหนดงาน;		0.5
	การจัดทำแผนปฏิบัติการ		0.5
	ข้อเสนอในการจัดสรรทรัพยากรเพิ่มเติม (บุคลากร, ทางเทคนิค, ทางเภสัชกรรม, วัสดุ, เป็นต้น);		0.5
	มุ่งเน้นที่ผลลัพธ์สุดท้าย		0.5
การให้เหตุผลอ้างอิงข้อเท็จจริง	การใช้ข้อมูลทางสถิติ ตาราง กราฟ ภาพประกอบ เอกสารกำกับดูแล และแหล่งข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว		1

การกระทำของบุคลากรทางการแพทย์	คำอธิบาย / เกณฑ์การประเมิน	ทำเครื่องหมายว่าเสร็จสิ้น	คะแนน
การทักทายผู้ป่วย	เรียกผู้ป่วยด้วยชื่อ (ชื่อและนามสกุล)		1
การดำเนินบทสนทนาอย่างถูกต้อง	ความเป็นมิตร, การให้เกียรติผู้อื่น;		0.5
	ความสุภาพ, การขาดความมั่นใจ;		0.5
	ความถ่อมตนในการประเมินตนเอง, ความไม่โอ้อวด;		0.5
	มุ่งเน้นที่คู่ค้า สร้างความสบายใจทางจิตใจให้แก่เขา/เธอ		0.5
	สนับสนุนความสนใจของคู่สนทนาในการสื่อสารเชิงสร้างสรรค์อย่างต่อเนื่อง		0.5
	การนำเสนออย่างมีเหตุผลของความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ		0.5
	รักษาความสนใจของคู่สนทนา กระตุ้นให้พวกเขามีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น		0.5
	การเลือกสไตล์การสนทนาที่ไม่เพียงแต่เอื้ออำนวยต่อสถานการณ์การสื่อสารเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการรับฟังของคู่สนทนาด้วย		0.5
	คำนึงถึงระยะทาง ท่าทาง และสีหน้า เป็นต้น ระหว่างการสื่อสาร		0.5
	สมดุลทางอารมณ์		0.5
ผลลัพธ์ของการสื่อสาร	กลยุทธ์ที่เลือกเพื่อแก้ไขข้อขัดแย้ง/ข้อร้องเรียน		1
คะแนนรวม คะแนนสูงสุด – 21.5 คะแนนขั้นต่ำที่ต้องการเพื่อให้ผ่าน – 15 (70%)			

การสรุปผล – ข้อเสนอแนะ

4 ขั้นตอน:

1. นักเรียน: สิ่งที่ฉันทำได้ดี
2. นักเรียน: ฉันควรทำอะไรให้ดีกว่านี้
3. ติวเตอร์: สิ่งที่ทำได้ดี
4. ครู: อะไรที่สามารถทำได้ดีขึ้น

คำถามสำหรับบันทึกสะท้อนคิดของคุณ:

คุณกลัวสถานการณ์ที่มีความขัดแย้งหรือไม่?
สถานการณ์ที่มีความขัดแย้งและการสื่อสารกับผู้ป่วยในสถานการณ์ที่ยากลำบากส่งผลกระทบต่อคุณอย่างไร?

การนำเสนอหัวข้อผ่านลิงก์:

bit.ly/3DullDe

เวอร์ชันเต็มของบทเรียนผ่านลิงก์:

bit.ly/31sh3V5

หัวข้อ 8

ความอดทน และความหลากหลาย: วิธีการและเหตุผลในการทำงานกับคนต่าง ๆ



หัวข้อที่ 8

ความอดทนและความหลากหลาย

เอกสารการสอนที่คัดสรรมาอย่างพิถีพิถันโดย Oksana Petrynych และ Olga Hovardovska



อ็อกซานา เปตรินิช, รองศาสตราจารย์,
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว,
มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์บูโควินา



โอลกา โกวาร์โดฟสกา, ผู้ช่วยอาจารย์,
ภาควิชาฟิซิโอโลยีและปอดวิทยา,
มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์แห่งชาติคาร์คิฟ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

ทัศนคติ	ความรู้	ทักษะ
แนวทางที่มุ่งเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางเป็นพื้นฐานของปรัชญาความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ความอดทนและความหลากหลาย	วิธีการและเหตุผลในการทำงานกับผู้คนต่าง ๆ และให้เกียรติพวกเขาในฐานะมนุษย์

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

ส่วนขององค์กร – 3 **นาที**

การสะท้อน: 'ทำไมแพทย์อาจมีอคติต่อผู้ป่วยบางราย?' หรือ 'คิดถึงตัวอย่างจากชีวิตของคุณหรือการปฏิบัติที่คุณได้เห็นหรือประสบกับการเลือกปฏิบัติขณะได้รับการดูแลทางการแพทย์' – 12 **นาที**.

ภาพรวมโดยย่อของเนื้อหาทางทฤษฎี (บรรยายสั้น) – 10 **นาที**

ตัวเลือก A
บทบาทสมมติ / ผู้ป่วยแบบผสมผสาน

แนะนำสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 5 และ 6

วันก่อนการประชุม นักเรียนจะได้รับมอบหมายงาน – 4 สถานการณ์ที่แตกต่างกัน: ตัวอย่างเช่น การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยสูงอายุ; เด็กพร้อมผู้ปกครอง; ผู้หญิงที่มีภาวะโลหิตจางหลังจากการอดอาหารเป็นเวลานาน; ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า. ในระหว่างการประชุม นักเรียนจะนำเสนอเคสของตนในรูปแบบของการให้คำปรึกษา โดยมีผู้เข้าร่วมประกอบด้วยแพทย์ ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว นักเรียนทุกคนจะวิเคราะห์การให้คำปรึกษา (ตามแบบจำลอง Calgary-Cambridge) และแบ่งปันความคิดเห็นของตนในระหว่างการสรุปผลภายหลัง (สิ่งที่ทำได้ดี,

ตัวเลือก B

แนะนำสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่สี่

การวิเคราะห์กรณีเดียวกันในกลุ่มย่อยตามด้วยการอภิปรายกับนักเรียน – **25 นาที**

\+ การวิเคราะห์การให้คำปรึกษาทางวิดีโอ: ระบุความแตกต่างของข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยและแผนการรักษาที่แพทย์กำหนดในภายหลัง โดยพิจารณาจากคุณภาพของการให้คำปรึกษา (แหล่งที่มาหมายเลข 8 ในรายการวิดีโอ) – **25 นาที**

ทดสอบ – **10 นาที**

สิ่งที่สามารถปรับปรุงได้; ประการแรก ผู้เข้าร่วมโดยตรงในการจำลองสถานการณ์พูดตามด้วยนักเรียนคนอื่น ๆ) – **55 นาที**.

ผู้บรรยายสรุป (สิ่งที่ทำได้ดี, สิ่งที่สามารถปรับปรุงได้) – **5 นาที**.

สรุป – **5 นาที**

รวม: 90 นาที

เอกสารประกอบการเรียน

ส่วนที่ 1. เอกสารทฤษฎี

ผู้คนทั่วโลกเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพ สาเหตุของปัญหานี้อาจแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศและชุมชน อย่างไรก็ตาม มีอุปสรรคบางประการที่พบได้ทั่วไปในทุกที ซึ่งรวมถึงการเลือกปฏิบัติในรูปแบบต่างๆ ที่กลุ่มคนบางกลุ่มต้องเผชิญ

การเลือกปฏิบัติ

การเลือกปฏิบัติ (มาจากภาษาละติน *discriminatio* – การแยก, การแบ่งแยก) เป็นการละเมิดหลักการแห่งความเสมอภาค กฎหมายของยูเครน 'ว่าด้วยหลักการป้องกันการเลือกปฏิบัติและการต่อสู้กับการเลือกปฏิบัติในยูเครน' ให้คำนิยามดังนี้:

การเลือกปฏิบัติคือสถานการณ์ที่บุคคลและ/หรือกลุ่มบุคคลถูกปฏิบัติต่ออย่างไม่เป็นธรรมบนพื้นฐานของเชื้อชาติ สีผิว ความเชื่อทางการเมือง ศาสนา หรือความเชื่ออื่น ๆ เพศ อายุ ความพิการ ชาติพันธุ์หรือสถานะทางสังคม สัญชาติ สถานภาพสมรสหรือทรัพย์สิน สถานที่อยู่อาศัย ภาษา หรือลักษณะอื่น ๆ ที่เคยเป็น เป็น หรืออาจจะเป็นจริงหรือสมมติขึ้น อยู่ภายใต้ข้อจำกัดในการรับรู้ การใช้ หรือการเพลิดเพลินกับสิทธิและเสรีภาพในรูปแบบใดก็ตามที่กำหนดโดยกฎหมายนี้ ยกเว้นในกรณีที่ข้อจำกัดดังกล่าวมีวัตถุประสงค์ที่ชอบด้วยกฎหมายและมีเหตุผลอันสมควร

วิธีการที่ใช้ในการบรรลุวัตถุประสงค์นั้นมีความเหมาะสมและจำเป็น

รายการเหตุผลที่ห้ามการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลอาจแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ – บางรายการอาจยาว บางรายการอาจสั้น – แต่มีหลักการทั่วไปที่เชื่อมโยงรายการเหล่านี้ไว้ด้วยกัน: รายการเหล่านี้ต้องไม่มีขอบเขตจำกัด รายการเปิดหมายความว่า เมื่อกฎหมายได้ระบุเหตุผลทั้งหมดที่กล่าวถึงแล้ว จะไม่สิ้นสุดเพียงเท่านั้น แต่รวมถึงวลีว่า 'และเหตุผลอื่น ๆ'

โดย 'ลักษณะอื่น ๆ' เราหมายถึงโดยเฉพาะ:

- สถานะสุขภาพ (เช่น สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของบุคคล)
- วิถีชีวิต (เช่น การใช้สารที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท หรือการให้บริการทางเพศเพื่อแลกกับผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ)
- รสนิยมทางเพศ;
- อัตลักษณ์ทางเพศ;
- การเป็นสมาชิกของสหภาพแรงงาน
- ประวัติอาชญากรรม

รูปแบบของการเลือกปฏิบัติ ได้แก่:

การเลือกปฏิบัติโดยตรง – สถานการณ์ที่บุคคลและ/หรือกลุ่มบุคคลได้รับการปฏิบัติที่ด้อยกว่าบุคคลและ/หรือกลุ่มบุคคลอื่นในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน โดยอาศัยลักษณะบางประการ เว้นแต่การปฏิบัติดังกล่าวมีวัตถุประสงค์ที่ชอบด้วยกฎหมายและมีเหตุผลอันสมควรโดยทั่วไป และวิธีการที่ใช้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นั้นมีความเหมาะสมและจำเป็น

การเลือกปฏิบัติทางอ้อม – สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการหรือการบังคับใช้บทบัญญัติทางกฎหมายที่เป็นกลางในทางรูปแบบ เกณฑ์การประเมิน, กฎ, ข้อกำหนด หรือแนวปฏิบัติ, บุคคลและ/หรือกลุ่มบุคคล, บนพื้นฐานของคุณลักษณะเฉพาะของพวกเขา,
ถูกจัดให้อยู่ในตำแหน่งหรือสถานการณ์ที่ด้อยกว่าบุคคลและ/หรือกลุ่มบุคคลอื่น,
ยกเว้นในกรณีที่มีการดำเนินการหรือประยุกต์ใช้โดยมีวัตถุประสงค์ที่ชอบด้วยกฎหมายและมีเหตุผลที่พิสูจน์ได้, และวิธีการที่ใช้เหมาะสมและจำเป็น;

ก า ร **ยุยงให้เกิดการเลือกปฏิบัติ** – คำสั่ง, คำแนะนำ, หรือคำเรียกร้องให้มีการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลและ/หรือกลุ่มบุคคลบนพื้นฐานข อ ง ค ุ ณ ล ั ก ษ ณ ะ เฉพาะของพวกเขา;

การช่วยเหลือและสนับสนุนการเลือกปฏิบัติ – การให้ความช่วยเหลือโดยเจตนาในการกระทำการหรือละเว้นการกระทำใด ๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติ;

การคุกคาม – พฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ต้องการต่อบุคคลหนึ่งคนหรือกลุ่มบุคคลหนึ่งกลุ่ม ซึ่งมีวัตถุประสงค์หรือผลให้เกิดการลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ของบุคคลนั้นหรือกลุ่มบุคคลนั้น บนพื้นฐานของคุณลักษณะบางประการ หรือเพื่อสร้างบรรยากาศที่ตึงเครียด เป็นปฏิปักษ์ ดูหมิ่น หรือดูถูกต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลนั้น

เราขอเชิญคุณรับชมวิดีโอ 'การเลือกปฏิบัติ รูปแบบของการเลือกปฏิบัติ' ที่ www.youtube.com/watch?v=2MV-xdvS98k&list=PL7GVCn-95zwDj4pBh5M3IADpQaozZyO5l&index=90

การเลือกปฏิบัติในภาคสาธารณสุขอาจมีรูปแบบดังต่อไปนี้:

- การปฏิเสธที่จะให้บริการทางการแพทย์ หรือการปฏิเสธที่จะลงทะเบียนคุณเป็นผู้ป่วยที่คลินิก
- การปฏิเสธที่จะให้บริการต่อไป
- ให้บริการในระดับที่ต่ำกว่าหรือมีคุณภาพต่ำกว่าที่ปกติให้บริการ
- ก่อให้เกิดความเสียหายทางอารมณ์หรือทางการเงิน
- พฤติกรรมที่เป็นการล่วงละเมิดหรือทำให้เสื่อมเสียศักดิ์ศรี
- การพยายามลงโทษหรือทำให้บุคคลที่ร้องเรียนเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติต้องอับอาย
- การไม่ให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์โดยเจตนา ซึ่งในบางกรณีอาจถือเป็นการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงในทางอาญาของผู้ที่รับผิดชอบ และอาจเข้าข่ายการทรมาน

ตัวอย่าง:

- การปฏิเสธไม่ให้โรมาหรือผู้ติดเชื้อ HIV เข้าโรงพยาบาล
- การปฏิเสธการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากขาดความรู้ในภาษาอูเครนหรือภาษารัสเซีย;
- การไม่มีทางลาดไปยังสถานที่ของโรงพยาบาลหรือร้านขายยา หรือทางลาดที่ไม่สามารถใช้ได้
- การปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยเนื่องจากพวกเขา 'แก่เกินไป'

รายการนี้ไม่ครอบคลุมทั้งหมดและใช้เพื่อเป็นตัวอย่างเท่านั้น

เราขอเชิญคุณรับชมวิดีโอ
'ความอดทนในฐานะหมวดหมู่ของจริยธรรม' ผ่านลิงก์
www.youtube.com/ watch?v=taBSHHqmn9E&list=PLL7GVCn-95zwDj4pB
h5M3IADpQaozZyO5I&index=90

สิ่งสำคัญที่ต้องจำไว้คือการปฏิเสธการให้บริการที่มีค่าใช้จ่ายในกรณีที่บุคคลไม่สามารถจ่ายได้นั้นไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ฝ่ายบริหารมีหน้าที่ต้องให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับบริการใดบ้างที่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ค่าใช้จ่ายเท่าไร และมีทางเลือกใดบ้างที่ให้บริการฟรี

เราสามารถลดความเป็นไปได้ของการเลือกปฏิบัติได้โดยดำเนินการดังต่อไปนี้:

การประกันความเท่าเทียม – ซึ่งปรากฏให้เห็นผ่านการปฏิบัติต่อผู้คนอย่างเท่าเทียม โดยคำนึงถึงความต้องการของพวกเขา

การรวมเข้าไว้ด้วยกัน – กระบวนการเพิ่มระดับการมีส่วนร่วมของพลเมืองทุกคนในสังคม ตัวอย่างเช่น การให้ข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ (รวมถึงอักษรเบรลล์) การรับประกันการเข้าถึงอาคารสำหรับผู้ใช้รถเข็น (คำที่ถูกต้องคือ 'รถเข็น') เป็นต้น

การเคารพและการยอมรับในความหลากหลาย – ความอดทน

ในวรรณกรรมสมัยใหม่ คำว่า 'ความอดทน' มักถูกใช้เป็นคำที่มีความหมายเหมือนกันกับแนวคิด 'การอดกลั้น' อย่างไรก็ตาม:

การอดทนคือการยอมรับสภาพแวดล้อมอย่างเฉยเมย
การไม่ต่อต้านอิทธิพลภายนอกที่ไม่พึงประสงค์
การอดทนไม่ควรถูกจำกัดให้เหลือเพียงการอดทน

ความอดทนคือการยอมรับสิทธิของผู้อื่นที่มีความแตกต่างจากคุณ ความเต็มใจที่จะเข้าใจและยอมรับบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และรูปแบบพฤติกรรมที่แตกต่าง ในการตีความแนวคิดเรื่อง 'ความอดทน' เราต้องพึ่งพาหลักมนุษยนิยม
นั่นคือการยอมรับคุณค่าของบุคคลในฐานะปัจเจกบุคคล และสิทธิของพวกเขาในเสรีภาพ ความสุข การพัฒนา และการแสดงออกถึงความสามารถของพวกเขา

ด้านตรงข้ามของความอดทนคือ**ความไ ม ่ อ ดทน**

ทักษะการสื่อสารที่จำเป็นในการเข้าใจประเด็นเกี่ยวกับความหลากหลายทางวัฒนธรรมเป็นการประยุกต์ใช้ทักษะหลักที่ใช้ในการเข้าใจมุมมองของผู้ป่วย (ในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล, การอธิบาย

และการวางแผน) และในการสร้างความสัมพันธ์

สิ่งเดียวกันนี้สามารถกล่าวได้ถึงความหลากหลายทางสังคม: แง่มุมต่างๆ เช่น อายุ เพศ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และการศึกษา

ความสามารถทางวัฒนธรรม คือ ความสามารถของผู้ให้บริการด้านสุขภาพและองค์กรในการให้บริการด้านสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการทางวัฒนธรรม สังคม และศาสนาของผู้ป่วยและครอบครัวของพวกเขา

การสื่อสารระหว่างวัฒนธรรมและความหลากหลายทางสังคม

ภาษา

การสื่อสารในภาษาต่างประเทศ (เช่น ผู้ป่วยหรือแพทย์ถูกบังคับให้พูดภาษาที่พวกเขาไม่ได้เชี่ยวชาญอย่างเต็มที่)

การใช้สำเนียงสแลง, ภาษาถิ่น,

ความคุ้นเคยที่หยาบคาย

การใช้และการตีความการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด

สัมผัส

ภาษากาย

ระยะทาง – *ใกล้/ไกล*

การสบตา

การแสดงออกทางอารมณ์

ทัศนคติทางวัฒนธรรมและการแพทย์

การตีความอาการ – อะไรถือว่าปกติและอะไรไม่ปกติ; มุมมองเกี่ยวกับสาเหตุ

มุมมองเกี่ยวกับประสิทธิผลของทางเลือกในการรักษาที่แตกต่างกัน

ทัศนคติต่อความเจ็บปวดและประสบการณ์ในการเจ็บป่วย

การใช้แหล่งข้อมูลทางการแพทย์เสริมหรือทางเลือก

ความคาดหวังของผู้คนในวัยและเพศที่แตกต่างกันเกี่ยวกับบทบาทและความสัมพันธ์

บทบาทของแพทย์และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในแง่ของอำนาจและวิธีการแสดงความเคารพ

การยอมรับความรับผิดชอบในการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์

เหตุการณ์ในชีวิตครอบครัว (พิธีกรรมและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการเกี้ยวพาราสีและการแต่งงาน การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร การสนับสนุนจากผู้สูงอายุต่อคนหนุ่มสาว การดูแลผู้สูงอายุ ความตาย

ปัญหาทางจิตวิทยา (การระบุปัจจัยความเครียดที่พบบ่อย, ความรู้เกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางจิตวิทยาสำหรับครอบครัว/ประชากร)

บทบาทของแพทย์ในด้านสุขภาพจิตและสุขภาพที่ไม่ดี

ปัญหาส่วนตัว

เพศวิถี – รวมถึงรสนิยมทางเพศ
พฤติกรรมทางเพศ การคุมกำเนิด

ความอายระหว่างขั้นตอนการตรวจบางอย่าง

การใช้และการใช้ในทางที่ผิดของแอลกอฮอล์และสารอื่น ๆ

ความรุนแรงในครอบครัว

การแจ้งข่าวร้าย

ปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติงานทางการแพทย์

ขอบเขตของความร่วมมือระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย
ขอบเขตของการมีส่วนร่วมของครอบครัว
และความรับผิดชอบส่วนบุคคลและครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพและการรักษา

ประเด็นทางจริยธรรมในการดูแลสุขภาพ

สมมติฐาน, ภาพเหมารวม และอคติของแพทย์

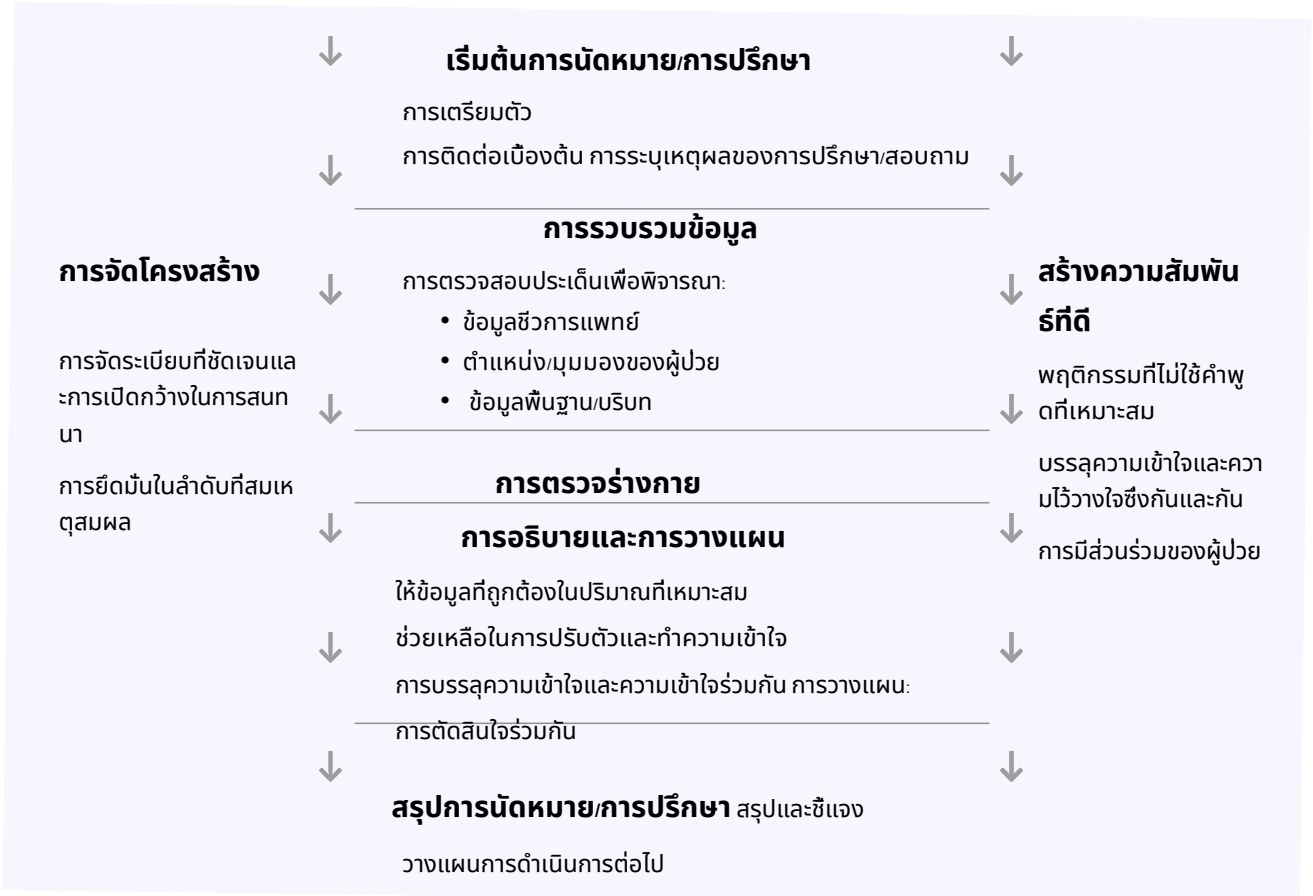
การปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญที่ประกอบวิชาชีพการแพทย์ทางเลือกหรือการแพทย์เสริม

ความรู้เกี่ยวกับบริบททางชาติพันธุ์และวัฒนธรรมที่หลากหลายซึ่งแพทย์อาจต้องปฏิบัติงานอยู่นั้น มีประโยชน์อย่างยิ่ง และในบางกรณีอาจถือเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ความรู้นี้จะช่วยให้แพทย์มีความมั่นใจมากขึ้น และอาจช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม ทักษะหลักในการเข้าใจผู้ป่วยแต่ละรายและความเชื่อทางการแพทย์ของพวกเขา โดยไม่คำนึงถึงภูมิหลังทางวัฒนธรรม ยังคงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

สิ่งสำคัญคือการตระหนักว่าผู้ป่วยทุกคนต่างแสวงหาทั้งการได้รับความเคารพในความเป็นอิสระของตนเองจากแพทย์ และบทบาทในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในหลายวัฒนธรรม ยังคงเป็นธรรมเนียมที่ผู้คนคาดหวังการดูแลแบบผู้ปกครองจากแพทย์และการปรึกษาที่เน้นแพทย์เป็นศูนย์กลาง อย่างไรก็ตาม การฉายทัศนคติและมุมมองของโลกของทั้งเชื้อชาติหรือวัฒนธรรมหนึ่งไปยังผู้ป่วยเฉพาะรายนั้น เป็นอันตรายพอๆ กับการไม่คำนึงถึงความอ่อนไหวต่อประเด็นทางวัฒนธรรมเลย หน้าที่ของแพทย์คือการทำความเข้าใจมุมมองและประสบการณ์เฉพาะตัวในการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ซึ่งมีความสำคัญเท่าเทียมกันแม้ในกรณีที่แพทย์และผู้ป่วยมาจากวัฒนธรรมเดียวกัน

ดังนั้น
แพทย์จึงต้องเผชิญกับความท้าทายด้านการสื่อสารที่ค่อนข้างขัดแย้งกันสองประการ:
การหลีกเลี่ยงการตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยจากเชื้อชาติของพวกเขา

ในขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญ พยายามเรียนรู้และเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรมที่อาจมีอิทธิพลอย่างมากต่อวิธีการรักษาผู้ป่วย ไม่น่าแปลกใจเลยที่การสร้างความเข้าใจและความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ที่มีพื้นเพทางวัฒนธรรมต่างกันมักต้องใช้เวลาและความพยายามจากทั้งสองฝ่าย



รูปที่ 10 โครงสร้างของการปรึกษาทางคลินิกแบบ Calgary-Cambridge

ตารางที่ 9

แบบจำลองการให้คำปรึกษาทางการแพทย์แบบคัลการี-เคมบริดจ์ (CCM) สำหรับการทำงานกับผู้ที่มีเชื้อชาติต่างกัน

ทักษะจาก 'แนวทางปฏิบัติของแคลgary-	การใช้ทักษะเหล่านี้มีความลึกซึ้งมากขึ้น มุ่งเน้น และเข้มข้น
เริ่มต้น	
ทักทายและแนะนำตัวต่อกัน	→ โปรดชี้แจงวิธีการออกเสียงชื่อและนามสกุลของผู้ป่วย และสอบถามว่าพวกเขาต้องการให้เรียกด้วยคำนำหน้าหรือคำสรรพนามแบบใด
แสดงความสนใจ ใส่ใจ และให้ความเคารพ; ตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้ป่วยรู้สึกสบายทางร่างกาย	→ แสดงความเข้าใจในความประสงค์ของผู้ป่วยที่ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยระหว่างการปรึกษา หรือต้องการให้แพทย์เป็นผู้ชายหรือผู้หญิง เสนอให้บริการล่าม และหากได้รับการยอมรับ ให้ตกลงเกี่ยวกับบทบาทของพวกเขาเมื่อกำหนดวาระการประชุม ค้นหาว่าผู้ป่วยต้องการใช้ภาษาใดในการปรึกษา เสนอให้เลื่อนการปรึกษาหากอุปสรรคทางภาษาเป็นอุปสรรคที่มากเกินไป

ทักษะจาก 'แนวทางปฏิบัติของแคลgary-	การประยุกต์ใช้ทักษะเหล่านี้มีความลึกซึ้งมากขึ้น มุ่งเน้น และเข้มข้น
การรวบรวมข้อมูล	
ชี้แจงมุมมองของผู้ป่วย: ความคิด, ความกังวล, ความคาดหวัง, ความรู้สึก, และผลกระทบที่สุขภาพมีต่อชีวิตของพวกเขา →	ค้นหาความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกั บ: ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ความคาดหวังที่กำหนดโดยวัฒนธรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อครอบครัว , ครอบครัว, ศาสนา และประเพณีทางสังคม ความรู้เกี่ยวกับระบบสนับสนุนของครอบครัว/ชุมชน ทัศนคติต่อแหล่งการดูแลสุขภาพเสริม/ทางเลือก ผู้ป่วยจากบางพื้นเพทางวัฒนธรรมและสังคมอาจไม่ทราบถึงความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาทางจิตวิทยาและอาการทางร่างกาย ในบางกรณี การสังเกตภาวะซึมเศร้าที่เป็นสาเหตุของอาการทางจิตใจและร่างกายอาจไม่ใช่เรื่องง่าย อาจต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษต่อมุมมองของผู้ป่วย และใช้เวลาในการสร้างความไว้วางใจในระยะยาว แพทย์อาจต้องเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสม และใช้ทางเลือกในการรักษาทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องการ รวมถึงความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของตนเอง โดยไม่เสียงที่จะขัดแย้งกับผู้ป่วยเพื่อไม่ให้สูญเสียความไว้วางใจ
→มีส่วนร่วมกับผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและตั้งคำถาม	ผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมให้ถามคำถาม ตามการวิจัย ชาวแอฟริกัน-อเมริกันในสหรัฐอเมริกา มีแนวโน้มที่จะถามคำถามกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งน้อยกว่า และมีแนวโน้มที่จะนำผู้ให้การสนับสนุนมาด้วยน้อยกว่า
การรวบรวมข้อมูล	
แสดงพฤติกรรมที่ไม่ใช้คำพูดอย่างเหมาะสม	เสนอความช่วยเหลือของคุณ
ยอมรับความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยโดยไม่ตัดสิน →	

โปรดระวังความแตกต่างทางวัฒน
ธรรมที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับพฤติกร
รมที่ไม่ใช้คำพูด เช่น การสบตา
การสัมผัส และพื้นที่ส่วนตัว

ยอมรับความคิดและความเชื่อของผู้ป่วยโดยไม่ตัดสินทา
งศีลธรรม

หลีกเลี่ยงการเหมารวมและความหยี
งยโส (ตัวอย่างเช่น
พิจารณาความต้องการของผู้ป่วยแ
ละญาติของพวกเขาเกี่ยวกับการตรว
จ การทดสอบ
และการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญ)

พยายามอย่าคาดเดา
แต่ถ้าคุณทำไปแล้ว
ให้ตรวจสอบให้แน่ใจ

ให้ระวังความแตกต่างทางวัฒน
ธรรมในด้านต่าง ๆ เช่น
ปัญหาทางเพศ
การใช้และการเสพติดแอลกอฮอ
ล์และสารเสพติดอื่น ๆ
และการกระทำรุนแรงในครอบค
รัว

แสดงการสนับสนุนของคุณผ่านคำพูดของคุณ

ทักษะจาก 'แนวทางปฏิบัติของแคลgary-	การประยุกต์ใช้ทักษะเหล่านี้มีความลึกซึ้งมากขึ้น มุ่งเน้น และเข้มข้น
คำอธิบายและการวางแผน	
ประเมินค่าพื้นฐานของผู้ป่วย →	ก่อนที่จะให้ข้อมูล โปรดตรวจสอบบริบททางวัฒนธรรม สิ่งนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งเมื่อทำงานกับผู้ที่มีความพิการซึ่ง ตามการวิจัย พบว่าพวกเขารู้สึกไม่ได้รับการเคารพและไม่ได้รับความสนใจในสิ่งที่พวกเขาพูด ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ และมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมน้อยกว่า ในการวางแผนการรักษา
	หากจำเป็น ให้เชิญล่ามมาที่การปรึกษาหารือ
เชื่อมโยงคำอธิบายกับสถานการณ์ของผู้ป่วย →	ตรวจสอบว่าผู้แปลได้ถ่ายทอดข้อมูลอย่างถูกต้องและครบถ้วนเพียงใด และผู้ป่วยได้เข้าใจข้อมูลนั้นหรือไม่
ตรวจสอบความเข้าใจ →	ตรวจสอบบริบททางวัฒนธรรม/ความสามารถทางภาษา ก่อนให้ข้อมูล ตรวจสอบให้แน่ใจว่าความกังวลและความกลัวของผู้ป่วยได้รับการพิจารณาแล้ว
	การตรวจสอบความเข้าใจเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งเมื่อมีปัญหาด้านภาษา แม้ว่าจะมีผู้แปลอยู่ก็ตาม ควรทำอย่างน้อย ทุก 1.5 นาที
ตกลงในแผน ซึ่งทุกฝ่ายยอมรับได้ →	ให้ทางเลือกที่เป็นไปได้จริง โดยคำนึงถึงสถานการณ์และประวัติของผู้ป่วย
	สำหรับผู้ป่วยที่ไม่คุ้นเคยกับการเป็นหุ้นส่วนกับแพทย์ สิ่งนี้อาจแปลกและยากลำบาก

ตัวอย่างการใช้ถ้อยคำที่ชัดเจนเพื่อช่วยให้แพทย์ระบุและเคารพความแตกต่างทางวัฒนธรรมโดยไม่ใช้ภาพเหมารวมหรือข้อสันนิษฐานที่ไม่มีมูล

ท้งหมดนี้ส่งผลต่อชีวิตของคุณและชีวิตของคนรอบข้างอย่างไรบ้าง?

กรุณาเล่าให้เราฟังเกียวกับตัวคุณและครอบครัวของคุณสักเล็กน้อย คุณอาศัยอยู่ที่ไหน?
ใครอาศัยอยู่กับคุณ? บ้านของคุณอยู่ที่ไหน? พ่อแม่ของคุณคือใคร?
คุณเป็นคนเคร่งศาสนาหรือไม่?

ฉันทราบดีว่าปัญหาครอบครัวมักเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะมีบุตรยาก
มีอะไรแบบนั้นเกิดขึ้นในชีวิตของคุณบ้างไหม?

บางครั้งประเพณีครอบครัวและศาสนาอาจมีอิทธิพลอย่างมากต่อการหารือเกี่ยวกับปัญหาทางนรีเวช ตัวอย่างเช่น ชาวคาทอลิกมีท่าทีที่เคร่งครัดเกี่ยวกับการคุมกำเนิด มีอะไรเช่นนี้ที่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของคุณเกี่ยวกับปัญหาของคุณหรือไม่

คุณกล่าวไว้ก่อนหน้านี้ว่าคุณมาจากอัฟกานิสถาน
ฉันไม่รู้อะไรเกี่ยวกับวัฒนธรรมของอัฟกานิสถานเลย ตัวอย่างเช่น
คุณมีธรรมเนียมในการจับมือกับแพทย์หรือไม่ คุณทักทายผู้คนอย่างไรโดยทั่วไป

ฉันเข้าใจดีว่ามันน่าหงุดหงิดสำหรับคุณที่ฉันไม่เข้าใจคุณดีเท่าที่คุณต้องการ
บางทีการมีล่ามอาจช่วยให้เราสื่อสารกันได้ง่ายขึ้น?

ฉันอยากทราบว่าคุณคาดหวังหรือหวังว่าจะได้รับการรักษาแบบไหน
จากที่ฉันรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมจีน มันอาจจะแตกต่างจากสิ่งที่เราสามารถให้ได้มาก
หากเป็นเช่นนั้น ฉันต้องการช่วยคุณ

คุณบอกว่าร่างกายของคุณปวดเมื่อยไปทั้งตัว คุณพอจะทราบไหมว่าทำไม?

คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อื่น ๆ

หากคุณไม่รู้จักผู้ป่วยหรือญาติของพวกเขาและไม่แน่ใจว่าจะจับมือหรือไม่:

สังเกตปฏิกิริยาของพวกเขา

ขอโทษหากผู้ป่วยดูเหมือนจะไม่พอใจ (คุณไม่ได้ตั้งใจจะทำให้ใครไม่พอใจ)

จัดการกับสถานการณ์ในลักษณะที่แตกต่างออกไป; ตัวอย่างเช่น
ถามว่าคำทักทายใดจากคุณที่เหมาะสมที่สุด

หากคุณต้องการถามคำถามที่ละเอียดอ่อน โปรดขออนุญาตก่อน:

ขอรบกวนสอบถามเรื่องนี้ได้ไหมคะ/ครับ

ไม่รบกวนเกินไปใช่ไหม

ถามว่าคุณจะช่วยได้อย่างไร:

ฉันช่วยอะไรคุณได้ไหม?

อธิบายว่าทำไม:

นี่อาจไม่ใช่เรื่องง่ายสำหรับคุณ แต่เหตุผลที่ฉันต้องขอให้คุณทำเช่นนี้/ทำสิ่งนี้คือ...

บางครั้งผู้คนก็มีเหตุผลของตัวเอง และการเข้าใจมุมมองของผู้ป่วยก็มักจะเป็นประโยชน์เสมอ

ฉันทราบว่าผู้หญิงบางคนชอบให้แพทย์หญิงตรวจม า ก ก ว่ า คุณคิดว่าเรื่องนี้สำคัญหรือไม่?

แนวทางในการสื่อสารกับผู้ป่วยจากพื้นเพทางชาติพันธุ์ วัฒนธรรม หรือศาสนาที่แตกต่างกันได้ถูกกำหนดไว้ ในโปรโตคอล BALANCE

ตารางที่ 10

โปรโตคอล BALANCE

	หมวดหมู่		ควรชี้แจงให้ชัดเจน
B	ความเชื่อและค่านิยม	ความเชื่อและค่านิยม	ความเชื่อที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความเจ็บป่วย
เอ	บรรยากาศ	สิ่งแวดล้อม	สภาพความเป็นอยู่และประเภทของครอบครัว
แอล	ภาษาและการรู้เท่าทันสุขภาพ	ภาษาและความรู้ด้านสุขภาพ	บทบาทของผู้แปล, ความถูกต้องของการแปล, ความหมายเชิงเปรียบเทียบ
เอ	การสังกัด	การสังกัดทางสังคม	การมีส่วนร่วมทางสังคม, คุณค่าทางศาสนาและจิตวิญญาณ
เอ็น	เครือข่าย	เครือข่าย/การเชื่อมต่อ	การสนับสนุนทางสังคม
ซี	ความท้าทาย	อันตราย/ความท้าทาย	อันตรายภายในบ้านและในที่ทำงาน
อี	เศรษฐศาสตร์	เศรษฐศาสตร์	สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวและชุมชน

การสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ

การสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุต้องมีการพิจารณาเป็นพิเศษ ในช่วง 100 ปีที่ผ่านมา สัดส่วนของผู้สูงอายุในประชากรได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก ตามการประมาณการในปัจจุบัน ภายในปี 2030 ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จะคิดเป็น 35% ของประชากรในตะวันตก ต่อไปนี้คือคำถามบางข้อที่แพทย์ควรถามตัวเองและผู้ป่วยสูงอายุของตน:

บุคคลนี้มีปัญหาทางจิตวิทยาและร่างกายที่เฉพาะเจาะจงอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการแก่ตัว?

การสูญเสียการได้ยินหรือปัญหาทางระบบประสาทของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อความสามารถในการสื่อสารของพวกเขาหรือไม่? หากมีผลกระทบ ควรทำอย่างไรให้แตกต่างออกไป?

ความเจ็บป่วยหรือการใกล้ถึงวาระสุดท้ายมีความหมายอย่างไรต่อบุคคลนี้?

หากผู้ป่วยมีอาการของสุขภาพที่ไม่ดี
นี่อาจบ่งชี้ว่าเขาหรือเธออาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับปัญหาอื่น ๆ หรือไม่?
เขาหรือเธอรู้สึกเศร้าหรือไม่? เขาหรือเธอรู้สึกเหงาหรือไม่?
เขาหรือเธอรู้สึกกลัวความพิการและการสูญเสียความเป็นอิสระหรือไม่?
เขาหรือเธอรู้สึกกลัวความตายหรือไม่?

ฉันรู้อะไรเกี่ยวกับโลกของคนนี้ เกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตของพวกเขา?

มีข้อจำกัดใด ๆ
เกี่ยวกับการแทรกแซงทางการแพทย์และการรักษาที่ฉันต้องคำนึงถึงเมื่อดำเนินการต่อไปหรือไม่?

บุคคลนี้คาดหวังอะไรจากฉันในฐานะแพทย์?

ครอบครัวหรือเพื่อนของบุคคลนี้ช่วยเหลือพวกเขาหรือไม่?
พวกเขาควรมีส่วนร่วมในการดูแลหรือไม่ และพวกเขาต้องการมีส่วนร่วมหรือไม่
และหากต้องการ ฉันจะเชิญชวนพวกเขาให้มีส่วนร่วมได้อย่างไร?

มีแพทย์หรือสถาบันอื่นใดกำลังติดตามผู้ป่วยรายนี้อยู่หรือไม่?
มีปัญหาเกี่ยวกับความต่อเนื่องในการดูแลรักษาหรือไม่?

หลักการพื้นฐาน – การปฏิบัติต่อผู้คนเป็นอันดับแรกและสำคัญที่สุดในฐานะบุคคล ไม่ใช่ในฐานะ 'ผู้สูงอายุ' – ใช้ได้ที่นี่เช่นเดียวกับเมื่อทำงานกับผู้ป่วยจากวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 11

สมรรถนะหลักในการทำงานกับผู้สูงอายุ

ทักษะจาก 'แนวทางปฏิบัติของแคลgary-	การประยุกต์ใช้ทักษะเหล่านี้มีความลึกซึ้งมากขึ้น มุ่งเน้น และเข้มข้น
เริ่มต้น	
ติดต่อ	→ ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษกับผู้สูงอายุที่มีร่างกายอ่อนแอและมีปัญหาในการได้ยิน หรือมองเห็น ผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากมา ไปพบแพทย์โดยมีญาติหรือผู้ดูแลมาด้วย และในกรณีเช่นนี้จำเป็นต้องติดต่อกับทุกคนที่อยู่ในที่นั้น
การคัดกรอง	→ แพทย์ต้องระลึกไว้เสมอว่าการคัดกรองและการจัดลำดับความสำคัญมีความสำคัญ เป็นพิเศษเมื่อทำงานกับผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากปัญหาหลายประการสามารถสะสมได้เมื่อเวลาผ่านไปในกลุ่มคนเหล่านี้ โปรดจำไว้ว่า: ลักษณะและจำนวนของปัญหาไม่ได้บ่งชี้ถึงสภาพป ั จ จุ, บ ั น ของร่างกายเสมอไป ไม่ใช่ทุกปัญหาที่เกี่ยวข้องในตอนนี้ ไม่ใช่ทุกปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ ไม่ใช่ทุกปัญหาที่อยู่ในวาระของผู้ป่วย
ฟังให้ดี	→ การประเมินสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นและตลอดการให้คำปรึกษา ถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งเมื่อทำงานกับผู้ป่วยสูงอายุ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยในกลุ่มนี้ แม้ว่าผู้ป่วยอาจไม่ได้แสดงออกอย่างชัดเจน
การรวบรวมข้อมูล	
ถามคำถามเพื่อความชัดเจน กรุณาระบุคำถามของคุณพร้อมกรอบเวลา (ตั้งแต่... ถึง...) สรุป	→ เมื่อปรึกษาผู้ป่วยสูงอายุ แพทย์มักต้องรับฟังเรื่องราวที่ซับซ้อนซึ่งประกอบด้วยข้อมูลจำนวนมาก ซึ่งอาจยากที่จะติดตาม และนี่คือจุดที่ทักษะในการชี้แจงกรอบเวลา การสรุป และตรวจสอบสมมติฐานทั้งหมดมีความสำคัญอย่างยิ่ง ตัวอย่างเช่น การขอให้ผู้ป่วยอธิบายปัญหาของตนอย่างชัดเจนตั้งแต่ช่วงเวลาที่เริ่มปรากฏจนถึงปัจจุบัน หรือในช่วงระยะเวลาที่เฉพาะเจาะจง จะเป็นประโยชน์
จับสัญญาณ	→ ผู้ป่วยอาจเต็มใจแต่รู้สึกอายที่จะพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ เช่น การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ไส้เลื่อนขาหนีบ หรือก้อนเนื้อในอก ดังนั้น

จึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องสังเกตและตรวจสอบสัญญาณที่ไม่ใช่คำพูดและคำพูดและตอบสนองต่อสัญญาณเหล่านั้น

ทักษะจาก 'คู่มือ Calgary-Cambridge'		การประยุกต์ใช้ทักษะเหล่านี้มีความลึกซึ้งมากขึ้น มุ่งเน้น และเข้มข้น
การรวบรวมข้อมูล		
ใช้ภาษาที่เหมาะสมกับสถานการณ์	→	หากผู้ป่วยมีอาการสับสน, งุนงง, หรือไม่สบายใจ , มีความยากลำบากในการได้ยินหรือพูด, คำพูดของคุณควรชัดเจนและแตกต่างอย่างชัดเจนเป็นพิเศษ. เริ่มต้นด้วยการตรวจสอบสมมติฐานเกี่ยวกับสิ่งที่อาจก่อให้เกิดปัญหาการสื่อสาร. อาจเป็นเพราะความเจ็บปวดหรือยา? ปัญหาอยู่ที่คำศัพท์เฉพาะทางหรือไม่? หรือไม่ วิธีที่คุณพูด? หากผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องในการออกเสียงหรือหูหนวก ให้ตรวจสอบว่าพวกเขาเข้าใจดีแค่ไหน หาข้อมูลว่าพวกเขาจะสื่อสารด้วยการเขียนได้ง่ายกว่าหรือไม่ ตรวจสอบว่าพวกเขาใช้เครื่องช่วยฟังหรือไม่ และถ้าใช่ เครื่องช่วยฟังอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานและทำงานอย่างถูกต้องหรือไม่
ตรวจสอบตำแหน่งของผู้ป่วย		ผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมให้ถามคำถาม ตามการวิจัย ชาวแอฟริกัน-อเมริกันในสหรัฐอเมริกามีแนวโน้มที่จะถามคำถามแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งน้อยกว่า และมีแนวโน้มที่จะนำผู้สนับสนุนมาด้วยน้อยกว่า
	→	มุมมองของผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่งในที่นี้ ผลกระทบของโรคต่อชีวิตของผู้ป่วยมักมีอิทธิพลต่อความคาดหวังหรือทัศนคติต่อการรักษา และสมควรได้รับความสนใจอย่างสูงสุด
การสร้างสัมพันธ์		
แสดงอย่างเหมาะสม พฤติกรรมที่ไม่ใช้คำพูด	→	ความอดทนและปัจจัยด้านเวลา: เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องทำงานตามจังหวะของผู้ป่วย
→แสดงความอ่อนไหว ความเห็นอกเห็นใจ การยอมรับ และให้การสนับสนุน		ผู้ป่วยสูงอายุและคนที่พวกเขารักอาจต้องการทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์และการช่วยเหลือในทางปฏิบัติ พยายามคำนึงถึงสถานการณ์ที่ยากลำบากของผู้ป่วยด้วย สิ่งนี้จะช่วยให้คุณเข้าใจ พฤติกรรมของพวกเขา ซึ่งอาจดูแปลกหรือผิดปกติในแวบแรก การตอบสนองของคุณต่อปัญหาต่างๆ เช่น การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ควรมีความเห็นอกเห็นใจ เสนอความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม
การจัดโครงสร้างการปรึกษาหารือ		
สรุปสัญญาณ	→	การใช้ทักษะทั้งสองนี้ร่วมกันสามารถเป็นประโยชน์อย่างยิ่งกับผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาการได้ยินและความจำเสื่อม ผู้ป่วยสูงอายุอาจสูญเสียความต่อเนื่องของเรื่องราวของตนและต้องการ

ช่วยในการ	รจัดโครงสร้าง ดังนั้น การสรุปและการส่งสัญญาณจึงมีประโยชน์ทั้งสำหรับแพทย์และผู้ป่วย การจัดโครงสร้างการปรึกษาหารือช่วยให้แพทย์สามารถยืนยันคำถามและแผนการไ ม่เพียงแต่กับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมถึงผู้ดูแลของพวกเขาด้วย การทดสอบความจำอาจเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์เมื่อทำงานกับผู้ป่วยสูงอายุ การตัดสินใจที่จะดำเนินการทดสอบนี้ต้องได้รับการอธิบายอย่างรอบคอบเพื่อไม่ให้เ กิดความอับอายหรือความโกรธในผู้ป่วย

ทักษะจาก 'คู่มือ Calgary-Cambridge'		การประยุกต์ใช้ทักษะเหล่านี้มีความลึกซึ้งมากขึ้น มุ่งเน้น และเข้มข้น
คำอธิบายและการวางแผน		
ปรับและตรวจสอบ	→	พูดให้เหมาะสมกับจังหวะของผู้ป่วยและตรวจสอบว่าผู้ป่วยเข้าใจสิ่งที่คุณพูดหรือไม่ และว่าคุณเข้าใจพวกเขาหรือไม่ โดยใช้ภาษาที่ชัดเจนปราศจากศัพท์เฉพาะทาง มุมมองของผู้ป่วยมีความสำคัญมากในที่นี้ ผลกระทบของโรค ต่อชีวิตของผู้ป่วยมักเป็นตัวกำหนดความคาดหวังหรือความเต็มใจของผู้ป่วยในการเข้า รับการรักษา และสมควรได้รับความใส่ใจอย่างสูงสุด
ใช้แผนภาพ	→	การใช้แผนภาพและคำแนะนำที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับยา จะช่วยผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำและผู้ดูแลของพวกเขา

แพทย์ควรใช้ทักษะการให้คำปรึกษาแบบสามฝ่ายเมื่อมีญาติหรือเพื่อนของผู้ป่วยอยู่ด้วย
โดยเฉพาะในกรณีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุที่มีสภาพจิตใจและร่างกายอ่อนแอ
ทั้งผู้ป่วยและผู้ร่วมสนทนาควรได้รับการรับฟังด้วยความเห็นอกเห็นใจ
มุมมองของพวกเขาเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยอาจแตกต่างกันอย่างมาก ทั้งสองควรถูกสอบถาม
ทั้งสองควรได้รับข้อมูลและโอกาสในการถามคำถาม
และแผนการรักษาควรได้รับการตกลงจากทั้งสองฝ่าย อย่างไรก็ตาม
แม้ว่าผู้ติดตามอาจมีข้อมูลเชิงลึกที่เป็นประโยชน์
แต่นี่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงความจริงที่ว่าผู้ป่วยยังคงเป็นความกังวลหลักของแพทย์

การสื่อสารกับเด็กและผู้ปกครอง

เมื่อสื่อสารกับเด็ก สิ่งสำคัญคือต้องจำไว้ว่าเด็กคือผู้ป่วย
แต่ผู้ปกครองก็เป็นผู้มีส่วนร่วมที่สำคัญเช่นกัน
การปรึกษาหารือเหล่านี้เป็นการปรึกษาหารือแบบสามทาง
ซึ่งแพทย์ต้องสื่อสารกับทั้งผู้ปกครองและเด็ก ซึ่งต้องใช้ความพยายามเป็นพิเศษ
เนื่องจากผู้เข้าร่วมทุกคนจะต้องการความสนใจเป็นรายบุคคลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้
สิ่งสำคัญคือการเริ่มต้นการปรึกษาทางกุมารเวชศาสตร์ด้วยการพูดคุยกับเด็กโดยตรง
แทนที่จะมุ่งความสนใจไปที่ผู้ปกครองเพียงอย่างเดียว
ควรถามเด็กว่าพวกเขาต้องการพูดด้วยตนเองหรืออยากให้ผู้ปกครองพูดแทน

เด็กมักมีความต้องการของตนเอง
การคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้เด็กมีความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น

ปัญหาทางกุมารเวชศาสตร์หลายอย่างอาจไม่รุนแรง
แต่สามารถทำให้ผู้ปกครองเกิดความวิตกกังวลอย่างมากได้
ทุกผู้ปกครองต่างพบว่าเป็นเรื่องยากที่จะรับมือกับโรคที่รุนแรงในบุตรหลานของตน

ไม่น่าแปลกใจเลยว่า ในทุกกรณี
ความพึงพอใจของผู้ปกครองขึ้นอยู่กับการที่ปัญหาของพวกเขาได้รับการแก้ไขอย่างทันเวลาในระหว่างการปรึกษาหารือ

ผู้ปกครองมักขัดจังหวะบุตรหลานของตนระหว่างการปรึกษาหารือ
พวกเขาอาจไม่เห็นด้วยกับปัญหาที่บุตรหลานของตนกล่าวถึง
หรือกลัวว่าการปล่อยให้บุตรหลานพูดจะทำให้เสียเวลาของแพทย์
หรืออาจพยายามให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์ของตนต่อแพทย์
ในกรณีที่มีความขัดแย้ง การสังเกตสัญญาณจากทั้งสองฝ่าย – ทั้งผู้ปกครองและเด็กผู้ป่วย – เป็นสิ่งที่มีประโยชน์มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากปัญหาเป็นด้านจิตวิทยาหรือพฤติกรรม
โดยเฉพาะเมื่อต้องรับมือกับวัยรุ่น
คุณอาจจำเป็นต้องจัดเวลาเพื่อพูดคุยกับวัยรุ่นและกับผู้ปกครองแยกกัน วัยรุ่นไม่ควรถูกมองข้าม
การยอมรับคุณค่าของเด็กทุกวัยและการเคารพความคิดเห็นของพวกเขา
มีแนวโน้มที่จะช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ประสบความสำเร็จระหว่างคุณกับผู้ป่วยวัยเยาว์ของคุณ

เด็กในแต่ละช่วงวัยมีความท้าทายที่แตกต่างกันในการปรึกษาแพทย์เด็ก
การปรึกษาเด็กทารกในบางแง่มุมถือว่าง่ายที่สุด
เนื่องจากบทสนทนาเกิดขึ้นกับผู้ปกครองเพียงฝ่ายเดียว
การมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กเล็กมากต้องใช้ทักษะพิเศษ
เนื่องจากพวกเขามักจะกลัวสภาพแวดล้อมใหม่และคนแปลกหน้าโดยธรรมชาติ
เด็กโตจนถึงวัยรุ่นอาจมีลักษณะเก็บตัวและขี้อายมาก และวัยรุ่นอาจมีลักษณะเช่นนี้มากขึ้นไปอีก
เป็นเรื่องสำคัญมากที่ไม่ควรปฏิบัติต่อพวกเขาอย่างดูถูก
แต่ควรสร้างสภาพแวดล้อมให้พวกเขาสามารถมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในทุกขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลและการวางแผน

ตารางที่ 12

สมรรถนะหลักสำหรับการทำงานกับเด็กและพ่อแม่ของพวกเขา

ทักษะจาก 'แนวทางปฏิบัติของแคลgary-	การใช้ทักษะเหล่านี้มีความลึกซึ้งมากขึ้น มุ่งเน้น และเข้มข้น
เริ่มต้น	
เตรียมตัวให้พร้อม	ติดต่อ

	→ สร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับเด็กและผู้ปกครอง รวมถึงของเล่นและหนังสือที่เหมาะสมกับวัย ให้ความสำคัญกับการจัดที่นั่งของทุกคน
ระบุเหตุผลของการมาเยี่ยม	→ ทักทายผู้ใหญ่และเด็กทุกคน และสอบถามเพื่อทราบว่าใครเป็นญาติกับใคร โดยให้เด็กช่วยหากอายุเหมาะสม ใช้การเล่น การสนทนาแบบไม่เป็นทางการ หรือการติดต่อกับพ่อแม่ของเด็กเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ประเมินตั้งแต่เริ่มต้นว่าเด็กรู้สึกสบายใจกับคุณมากน้อยเพียงใด และเลือกวิธีการที่เหมาะสม ตรวจสอบให้แน่ใจว่าทั้งเด็กและผู้ใหญ่รู้สึกสบายใจ
	→ หากเป็นไปได้ ให้ตกลงกับเด็กว่าจะให้ใครพูดและคนอื่นจะมีส่วนร่วมอย่างไร ใครจะเริ่มก่อน: เด็กหรือผู้ปกครอง?

ทักษะจาก 'คู่มือ Calgary-Cambridge'		การใช้ทักษะเหล่านี้มีความลึกซึ้งมากขึ้น มุ่งเน้น และเข้มข้น
การรวบรวมข้อมูล		
ฟัง สนับสนุนให้พูด ถามคำถามเปิดและปิดเกี่ยวกับสถานการณ์	→	เมื่อเด็กยังเล็ก ให้รวบรวมข้อมูลผ่านการเล่น ถามเด็กและผู้ใหญ่อย่างต่อเนื่องให้พวกเขาอธิบายปัญหาในคำพูดของตัวเอง ใช้คำถามปลายเปิดและปลายปิด โดยคำนึงถึงอายุของเด็ก คำถามปลายปิดที่มีคำตอบให้เลือกใช้ได้เหมาะกับเด็กเล็ก สำหรับเด็กโต ให้ส่งเสริมให้พวกเขาตอบในรูปแบบของเรื่องราว
เข้าใจมุมมองของเด็กและผู้ปกครอง	→	ชี้แจงและยืนยันความเข้าใจในแนวคิด (ผู้ปกครองและเด็กอาจมีมุมมองที่แตกต่างกันเกี่ยวกับสาเหตุของโรค)
ค้นหาข้อมูลสำคัญ	→	หากจำเป็น ให้ชี้แจงตำแหน่งของทั้งบิดา มารดา และบุตรให้ชัดเจน ส่งเสริมให้เด็กแสดงความรู้สึกของตนเองออกมา ผู้ปกครองบางครั้งอาจอธิบายความรู้สึกของเด็กเล็กได้ แต่ควรให้โอกาสเด็กได้อธิบายความรู้สึกของตนเองด้วย ข้อมูลสำคัญ: ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ประวัติการได้รับวัคซีนและประวัติการเจ็บป่วยใ นวัยเด็ก ประวัติการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ประวัติทางการแพทย์และภูมิแพ้ ประวัติครอบครัวและสังคม
การจัดโครงสร้าง		
สรุปและส่งสัญญาณ		ใช้ทักษะนี้บ่อย ๆ โดยเฉพาะเมื่อต้องเปลี่ยนความสนใจจากเด็กไปยังผู้ปกครองและกลับมา: 'เดวิด แม่ของคุณเพิ่งบอกฉันว่าท้องของคุณปวด และเธอคิดว่ามันคือ...' และตอนนี้ฉันอยากฟังจากคุณ... บอกฉันหน่อยได้ไหมว่ามันเจ็บตรงไหนแน่? คุณช่วยแสดงให้ฉันดูได้ไหม?"
การตรวจร่างกาย		
สร้างเงื่อนไขที่เหมาะสมสำหรับการสอบ		การตรวจร่างกายทั่วไปสำหรับเด็กเล็ก: เลือกตำแหน่งสำหรับเด็ก: บนตักของผู้ปกครอง บนโซฟา ขณะเล่น เริ่มต้นด้วยวิธีที่มีการรุกล้ำน้อยที่สุด ใช้การเล่นเพื่อช่วยในการตรวจ คว้าโอกาสที่เอื้ออำนวย

การตรวจร่างกายทั่วไปสำหรับเด็กโต:

- เตรียมตัวให้พร้อมสำหรับความจริงที่ว่าพวกเขาอาจขี้อายและขอความเป็นส่วนตัว
- ถามเด็กว่าพวกเขาต้องการให้ใครอยู่ด้วยระหว่างการตรวจ

ทักษะจาก 'คู่มือ Calgary-Cambridge'	การประยุกต์ใช้ทักษะเหล่านี้มีความลึกซึ้งมากขึ้น มุ่งเน้น และเข้มข้น
การสร้างความสัมพันธ์	
ดำเนินการสร้างความสัมพันธ์ต่อไป	→ ดำเนินการสร้างความสัมพันธ์กับเด็กและผู้ปกครองต่อไป โดยคำนึงถึงสถานการณ์แวดล้อม เด็กๆ ชื่นชอบและซาบซึ้งในความร่าเริง การพูดคุยอย่างเป็นกันเองที่ผสมผสานกับความเมตตา
แบ่งปันความคิดเห็นของคุณ	→ แบ่งปันความคิดเห็นของคุณกับผู้ปกครอง. ไม่ใช่เรื่องง่ายเสมอไป แต่ในขณะเดียวกันคุณก็จะช่วยให้เด็กอยู่ในอารมณ์ที่ดี. เด็กโตมักรู้สึกไม่สบายใจเมื่อมีการสบตาที่มากเกินไป หากคุณให้ความสนใจกับวัยรุ่นน้อยลงสักนิด และตัวอย่างเช่น หากขอความช่วยเหลือให้พวกเขาช่วยวาดแผนผังครอบครัว พวกเขาจะรู้สึกพูดได้อย่างเป็นธรรมชาติมากขึ้น
คำอธิบายและการวางแผน	
ให้ข้อมูลที่จำเป็น → ในปริมาณที่เหมาะสม	ให้ข้อมูลที่จำเป็นในรูปแบบและขอบเขตที่ทั้งเด็กและผู้ปกครองสามารถเข้าใจได้
ให้คำนึงถึงความคิดเห็นของผู้ป่วย →	อาจเป็นประโยชน์หากผู้ปกครองอธิบายสิ่งต่าง ๆ ให้เด็กเล็กฟังแทนคุณ
ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ →	เมื่อให้ข้อมูล ให้คำนึงถึงมุมมองของทั้งผู้ปกครองและเด็ก หากเป็นไปได้ ให้มีส่วนร่วมทั้งผู้ปกครองและเด็กในการตัดสินใจ
สิ้นสุดการนัดหมาย	
เล่นอย่างปลอดภัย	การสำรองข้อมูลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ปกครองและเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจน สิ่งนี้เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนสำรองและอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสิ่งที่ควรทำหากสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามแผนหลัก การเปลี่ยนแปลงบางอย่างในสภาพของพวกเขาอาจหมายถึงอะไร และวิธีการติดต่อคุณ ทั้งหมดนี้เป็นการสร้างเครือข่ายความปลอดภัยที่เชื่อถือได้ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในการสรุปการปรึกษาหารือ

โปรดจำไว้ว่า: จนกว่าเด็กจะอายุครบ 14 ปี การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจะเป็นหน้าที่ของผู้ปกครองตามกฎหมาย และหลังจากอายุครบ 14 ปี ความยินยอมของผู้ป่วยที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะนั้นเพียงพอ

ผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพจิต

เมือให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพจิต ทักษะพื้นฐานในการรวบรวมข้อมูล—
โดยเฉพาะอย่างยิงการซักประวัติทางการแพทย์อย่างละเอียดและการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี—
เป็นสิงจำเป็นอย่างยิง
ผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพจิตมักต้องการความเงียบเพื่อประมวลผลสิงที่เกิดขึนกับตนเอง ในทางกลับกัน
ความเงียบอาจรู้สึกกดดัน โดยเฉพาะเมือผู้ป่วยกำลังทุกข์ทรมานจากโรคทางกาย

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตที่พบได้บ่อย. โรคซึมเศร้าสามารถมองข้ามได้ง่ายในทางการแพทย์.
ความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าขึนอยู่กับความสามารถของแพทย์.
ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษกับทักษะที่เกียวข้องในกระบวนการนี:
ไม่เพียงแต่เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพูดได้สะดวกขึนและเพื่อให้ทราบถึงตำแหน่งของพวกเขา
แต่ยังเพื่อให้ชัดเจนถึงแง่มุมที่สำคัญที่สุดของการปรึกษาหารือครังนี –
ว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยรุนแรงเพียงใด และว่าพวกเขามีความเสียงที่จะฆ่าตัวตายหรือไม่

ตารางที่ 13

CCM สำหรับการทำงานกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

ทักษะจาก 'แนวทางปฏิบัติของแคลgary-	**การใช้ทักษะเหล่านีมีความลึกซึงมากขึน มุ่งเน้น และเข้มข้น**
เริ่มต้น	
ติดต่อ →	มีความสำคัญอย่างยิงว่าคุณจะทักทายผู้ป่วยที่มีอาการชัดเจนอย่างไร ภาวะซึมเศร้า ในการติดต่อครังแรก สิงสำคัญคือการปรับจังหวะและอารมณ์ให้สอดคล้องกับผู้ป่วย รับฟังและสังเกตคำพูด และสัญญาณที่ไม่ใช่คำพูด และตอบสนองต่อสัญญาณเหล่านัน สังเกต การแสดงออกทางสีหน้าของผู้ป่วย น้ำเสียง และจังหวะการพูด แล้วสะท้อนกลับในลักษณะเดียวกัน
การรวบรวมข้อมูล	
ฟังและช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงตนเอง ประเมินสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย ถามคำถามเปิดและคำถามปิดตามความเหมาะสมกับสถานการณ์	ฟังคำพูดเปิดของผู้ป่วยโดยไม่ขัดจังหวะ แสดงความเห็นอกเห็นใจ ต่อไปให้สังเกตสัญญาณทางวาจาและทางไม่วาจา และตอบสนองต่อสัญญาณเหล่านัน แนะนำผู้ป่วยให้ถามคำถามปลายเปิดเกียวกับความรู้สึกของพวกเขา: ซึงมักจะนำไปสู่การชีแจงอย่างรวดเร็วเกียวกับลักษณะของปัญหา การให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกอย่างเปิดเผยสามารถนำไปสู่การปลดปล่อยอ

ารมณ์ได้
แม้ว่าการกำหนดเวลาที่เหมาะ
สมในการเปลี่ยนไปสู่คำถามโด
ยตรงจะเป็นสิ่งสำคัญ
คำถามโดยตรงถูกออกแบบม
าเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแบ่งปัน

มากขึ้นและรู้สึกควบคุมสถานการณ์ได้ คำถามตรงไปตรงมา –
ทำไมผู้ป่วยสงสัยว่าตนเองอาจกำลังทุกข์ทรมานจากโรคซึมเศร้า,
ความกลัวและความกังวลหลักของพวกเขาคืออะไร,
สิ่งนี้ส่งผลกระทบต่อชีวิตและการทำงานของพวกเขาอย่างไร,
พวกเขาคาดหวังอะไรจากแพทย์ และพวกเขาหวังว่าจะได้รับอะไร –
เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง

ทักษะจาก 'แนวทางปฏิบัติของแคลgary-	การใช้ทักษะเหล่านี้มีความลึกซึ้งมากขึ้น มุ่งเน้น และเข้มข้น
การรวบรวมข้อมูล	
ชี้แจง	→ การทวนซ้ำ การถอดความ การหยุดพัก – ทั้งหมดนี้ช่วย 'เปิดใจ' ผู้ป่วยที่รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิด หรือสิ้นหวัง
ตรวจสอบตำแหน่งของผู้ป่วย	→ คำถามตรงไปตรงมา เช่น ทำไมผู้ป่วยถึงสงสัยว่าตนเองอาจกำลังประสบภาวะซึมเศร้า อะไรคือความกลัวและความกังวลหลักของพวกเขา สิ่งนี้ส่งผลกระทบต่อชีวิตและการทำงานของพวกเขาอย่างไร พวกเขาคาดหวังอะไรจากแพทย์ และพวกเขาหวังว่าจะได้รับอะไร จะช่วยชี้แจงเรื่องราวของผู้ป่วยและช่วยในการประเมินความเสี่ยง
การสร้างสัมพันธ์	
แสดงความเห็นอกเห็นใจ	การมีความสามารถในการแสดงความเห็นอกเห็นใจเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ถึงน้ำเสียงของคุณอย่างรวดเร็วหากไม่สอดคล้องกับคำพูดของคุณ: 'คุณรู้ได้อย่างไรว่าฉันรู้สึกอย่างไร?'
แสดงการยอมรับ	→ การตอบสนองต่อน้ำตาของผู้ป่วยควรผสมผสานภาษากายที่ให้การสนับสนุน (รวมถึงการสัมผัส) ความเงียบ ความเห็นอกเห็นใจ และความสามารถในการเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสมในการก้าวต่อไป
เสนอการสนับสนุน	→ ยอมรับคำพูดและความรู้สึกของผู้ป่วยโดยไม่ตัดสินทางศีลธรรม หลีกเลี่ยงการให้ความมั่นใจก่อนเวลาอันควร เช่น 'ฉันแน่ใจว่าคุณจะรู้สึกดีขึ้นในเร็วๆ นี้' ค้นหาว่าผู้ป่วยมีการสนับสนุนใดบ้างที่มีอยู่แล้ว และเสนอการสนับสนุนของคุณเอง และหากเป็นไปได้ ให้การดูแลติดตามผล

ตัวอย่างของวลีเฉพาะสำหรับการระบุภาวะซึมเศร้าและ/หรือความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย:

– ฉันพยายามเข้าใจว่าคุณรู้สึกแย่แค่ไหน คุณรู้สึกสามารถเล่าให้ฉันฟังได้ไหม?

– คุณดูเศร้าวันนี้ คุณอยากเล่าให้ฉันฟังไหมว่าคุณรู้สึกอย่างไร

– คุณกล่าวว่าคุณรู้สึกสิ้นหวังและรู้สึกผิดเกี่ยวกับสถานการณ์นี้
คุณคิดว่ามีอะไรที่เราสามารถช่วยได้บ้างไหม

– คุณกำลังถามว่าตัวเองอาจกำลังประสบภาวะซึมเศร้าหรือไม่

ขอให้ฉันถามคำถามเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับอารมณ์ของคุณ ความสามารถในการมีสมาธิ ความอยากอาหาร และรูปแบบการนอนหลับของคุณสักเล็กน้อย สิ่งนี้จะช่วยให้เราเข้าใจสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น

– คุณเคยรู้สึกไหมว่ามีแสงสว่างอยู่ทีปลายอุโมงค์หลังจากท้งหมดนี้?

– คุณบอกว่าคุณมีปัญหาในการนอนหลับ
อะไรทีผ่านเข้ามาในความคิดของคุณเมือคุณนอนพลิกตัวไปมาบนเตียง?

– บางคนเมือรู้สึกซึมเศร้า จะรู้สึกว่าไม่สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้เช่นนี้
คุณเคยมีความคิดเช่นนีบ้างไหม คุณต้องการทีจะจบทุกอย่างนีลงหรือไม่
คุณได้ทำแผนการไว้บ้างหรือยัง

– เมือคืนคุณรับประทานพาราเซตามอลในปริมาณทีสูงมากจนเป็นอันตราย
คุณคิดอย่างไรเกียวกับเรืองนี้? คุณรู้สึกดีใจหรือเสียใจทีมันไม่ได้ผล?

การสื อสารกับผู้ป่วยที มี อาการหลงผิดและประสาทหลอนนั้นมีความท้าทายเป็นพิเศษ
ผู้ป่วยเหล่านีอยู่ในสภาวะทีแยกตัวออกจากความเป็นจริงไม่ทางใดก็ทางหนึง
ซึงอาจเป็นภาวะเฉียบพลัน ทีผู้ป่วยพูดจาไร้สาระ มีพฤติกรรมน่าสงสัย และบางครังอาจถึงขั้น 'กระวนกระวาย' โดยมีความตระหนักรู้ในสภาพของตนเองน้อยมาก
พวกเขาไม่เพียงแต่ไม่สามารถทำหน้าทีได้ตามปกติ
แต่ทักษะการสือสารของพวกเขามักสูญเสียไปด้วย ผู้ป่วยเช่นนีมักมีความกลัวและไม่ไว้วางใจผู้อืน
การสร้างความสัมพันธ์กับพวกเขานั้นแทบจะเป็นไปไม่ได้เลย ความพยายามใด ๆ
ทีจะเข้าใกล้พวกเขาอาจถูกตีความผิดและมองว่าเป็นภัยคุกคามได้ ในทางกลับกัน
ผู้ทีมีปัญหาสุขภาพจิตจะรู้สึกซาบซึงอย่างยิงเมือได้รับความเข้าใจ

การเริมต้นการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยทางจิตมีความสำคัญเป็นพิเศษ:
หากไม่สามารถสร้างความไว้วางใจและความสัมพันธ์ทีดีร่วมกันได้ภายในหนึงถึงสองนาที
จะนำไปสู่ความขัดแย้งและปัญหาในไม่ช้า
กระบวนการให้คำปรึกษาอาจซับซ้อนยิงขึนไปอีกจากญาติและเพือนของผู้ป่วยทีมีความวิตกกังวล และบางครังอาจแสดงความโกรธออกมา

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลร่วมกันอาจเป็นเรืองยากมากเมือผู้ป่วยไม่ทราบถึงอาการป่วยของตนเอง หรือเมือผู้ป่วยมาพบแพทย์ภายใต้แรงกดดันจากครอบครัว
หรือเพราะถูกบังคับตามกฎหมาย
การเจรจาต่อรองเกียวกับการรักษาผู้ป่วยทีมีปัญหาทางจิตนั้นเป็นเรืองยาก หากไม่ใช่เป็นไปไม่ได้

โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการบังคับให้เข้ารับการรักษาเข้ามาเกี่ยวข้อง
ความท้าทายสำหรับแพทย์คือการเอาชนะอุปสรรคเหล่านี้ในขณะที่ต้องรวบรวมข้อมูลไปพร้อมกัน
(ซึ่งมักจะต้องอาศัยการสังเกตอย่างละเอียดอ่อน)
เกี่ยวกับการมีอยู่และความรุนแรงของความผิดปกติทางจิต
การรวบรวมข้อมูลอย่างมีความเห็นอกเห็นใจ โดยเฉพาะเมื่อแพทย์เองก็รู้สึกกังวลนั้น
ต้องอาศัยทักษะการสื่อสารอย่างมืออาชีพ ผลกระทบของความวิตกกังวล ความกลัว
และความไม่สบายใจที่มีต่อทั้งแพทย์และผู้ป่วย ไม่ควรถูกประเมินค่าต่ำเกินไป

การปรึกษาครั้งแรกกับผู้ป่วยและญาติของพวกเขา
ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่จะมีความผิดปกติทางจิตที่รุนแรงนั้น คล้ายกับการได้รับข่าวร้าย
และผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะจดจำมันไปตลอดชีวิต
มีความสำคัญอย่างยิ่งที่การปรึกษาหารือเช่นนี้จะมีประสิทธิภาพ ที่ความกลัวจะถูกแสดงออกมา
และไม่มีการตีตราบุคคล (การเชื่อมโยงในทางลบกับสิ่งที่น่าอาย น่าละอาย หรือน่ารังเกียจ
ซึ่งก่อให้เกิดภาระเพิ่มเติมแก่บุคคลที่ได้รับผลกระทบ
และในบางกรณีอาจนำไปสู่การถูกกีดกันทางสังคมและการเลือกปฏิบัติ)
ทั้งหมดนี้จะช่วยวางรากฐานสำหรับการปรึกษาหารือและการตรวจสอบในอนาคต

ตารางที่ 14

CCM ในการทำงานร่วมกับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเวช

ทักษะจาก 'คู่มือ Calgary-Cambridge'	**การใช้ทักษะเหล่านี้มีความลึกซึ้งมากขึ้น มุ่งเน้น และเข้มข้น**
บทนำ	
เตรียมตัวให้พร้อม	→ การรวบรวมข้อมูลก่อนการปรึกษาเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง จากบันทึกและจากผู้ที่รู้จักผู้ป่วยอยู่แล้ว คุณไม่จำเป็นต้องค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เท่านั้น แต่ยังต้องประเมินความเสี่ยงต่อตัวคุณเองและคนรอบข้างด้วย ผู้ป่วยอาจเป็นอันตรายได้
ทำความรู้จัก	→ แนะนำตัวเองว่าเป็นจิตแพทย์หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น และอธิบายว่าทำไมคุณถึงมาที่นี่ นี่อาจเป็นงานที่ยาก: ผู้ป่วยอาจไม่ต้องการพบคุณเลย ในอีกด้านหนึ่ง การอธิบายอย่างชัดเจนว่าแพทย์คนนี้คือใครและทำไมจึงถูกขอให้มาพบผู้ป่วยรายนี้เป็นสิ่งจำเป็น ในทางกลับกัน หากสงสัยว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางจิต การอธิบายบทบาทของคุณในฐานะจิตแพทย์อย่างละเอียดอาจทำให้เกิดความไม่ไว้วางใจและทำลายความสัมพันธ์ตั้งแต่เริ่มต้น ควรประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมที่ 'ก้าวร้าว' และเตรียมตัวให้พร้อม

ทักษะจาก 'แนวทางปฏิบัติของแคลgary-	การประยุกต์ใช้ทักษะเหล่านี้มีความลึกซึ้งมากขึ้น มุ่งเน้น และเข้มข้น
การรวบรวมข้อมูล	
ฟัง ช่วยผู้ป่วยในการแสดงออก ช่วยประเมินสภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วย	→ ฟังเรื่องราวของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาของพวกเขาโดยไม่ถามตรงๆ เกี่ยวกับความผิดปกติทางความคิด การสังเกตสัญญาณที่ไม่ใช่คำพูดของผู้ป่วยและการถามคำถามที่รอบคอบและชัดเจนเกี่ยวกับความรู้สึกของพวกเขาสามารถให้ข้อมูลแก่คุณไม่เพียงเกี่ยวกับปัญหาของพวกเขา (เช่น เพื่อนบ้านรบกวนพวกเขาอย่างไร) แต่ยังรวมถึงเรื่องที่พวกเขาสงสัยและหวาดระแวงด้วย สิ่งนี้สามารถช่วยให้คุณประเมินขอบเขตของความหลงผิดและภาพหลอนของพวกเขาได้ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีจะได้รับการช่วยเหลือโดยการมุ่งเน้นไปที่ปัญหาภายนอกของผู้ป่วยก่อน (ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อชีวิตของพวกเขาอย่างไร) แทนที่จะเป็นปัญหาภายใน การชี้แจงความกังวลและความกลัวของผู้ป่วย
ตรวจสอบตำแหน่งของผู้ป่วย	→ (โดยเริ่มจากการเห็นด้วยกับมุมมองและปัญหาของพวกเขา โดยไม่ด่วนสรุปว่าเป็นพยาธิสภาพ) จะช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น ผู้ป่วยอาจไม่คิดว่าตนเองป่วย และแพทย์ควรสะท้อนประสบการณ์ของพวกเขา
สลับระหว่างคำถามปลายเปิดและคำถามปลายปิด	→ โดยพยายามทำความเข้าใจร่วมกันว่าผู้ป่วยมองประสบการณ์นี้อย่างไรและส่งผลต่อชีวิตของพวกเขาอย่างไร
ชี้แจง	→ ค้นหาความเชื่อของผู้ป่วย ยอมรับโดยไม่เป็นผู้นำ "การถูกผูกมัด" เป็นศิลปะที่ยาก
สังเกตสัญญาณ	→ ความยืดหยุ่นในการใช้ 'กรวยคำถาม'— การเปลี่ยนจากคำถามปลายเปิดเป็นคำถามปลายปิด—เป็นสิ่งสำคัญ การถามคำถามมากเกินไปเร็วเกินไป หรือการตั้งคำถามที่เจาะจงเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตมากเกินไป อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวลมากขึ้น ในกรณีเช่นนี้ ควรกลับลำดับการใช้ 'กรวยคำถาม' หากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของคุณและไม่เปิดใจ คุณสามารถลองใช้วิธีการอื่น เช่น การคาดเดาอย่างมีข้อมูลเพื่อชี้แจงสถานการณ์ เมื่อคุณได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยและพวกเขาพร้อมที่จะพูดคุย ให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของพวกเขา โดยถามคำถามใหม่ ๆ ที่ช่วยให้เข้าใจสถานการณ์และสามารถเข้าถึงได้สำหรับผู้ป่วย บางครั้งจำเป็นต้องสังเกตสัญญาณทั้งทางคำพูดและที่ไม่ใช่คำพูด อย่าแสดงปฏิกิริยาต่อสัญญาณเหล่านั้นอย่างเปิดเผย การสะท้อนสัญญาณดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงสัยมากขึ้น

การสร้างสัมพันธ์		
แสดงพฤติกรรมที่ไม่ใช้คำพูดอย่างเหมาะสม		ใจเย็นและใช้เวลาให้เพียงพอ. การยืดหยุ่นเกี่ยวกับการมองตาเป็นสิ่งสำคัญ – การมองตาที่มากเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ และทำให้ความหวาดระแวงรุนแรงขึ้น นั่งลงและอยู่นิ่งๆ ระวังการสัมผัสทางกายภาพ เพราะอาจถูกตีความผิดได้
แสดงการยอมรับ	→	พยายามซ่อนความประหลาดใจของคุณ แสดงให้เห็นถึงการยอมรับโดยไม่ตัดสินทางศีลธรรม

ทักษะจาก 'แนวทางปฏิบัติของแคลgary-	การประยุกต์ใช้ทักษะเหล่านี้มีความลึกซึ้ง มีจุดมุ่งหมาย และเข้มข้นมากขึ้น
การสร้างความสัมพันธ์	
แสดงความเห็นอกเห็นใจ	→ ระวังการแสดงความเห็นอกเห็นใจที่ไม่จริงใจ – แพทย์ส่วนใหญ่พบว่ามันยากที่จะเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต และผู้ป่วยก็รู้เรื่องนี้
เสนอการสนับสนุน	→ เสนอความช่วยเหลือที่เป็นไปได้จริงโดยไม่ปล่อยใ ห้ ผู้ป่วยเป็นผู้นำ
การจัดโครงสร้างการปรึกษาหารือ	
สรุปความก้าวหน้า. แจ้งเจตนาของคุณ	โดยการสื่อสารข้อสรุปชั่วคราวกับผู้ป่วยอย่างระมัดระวังและกำหนดอย่างชัดเจนว่าอะไรที่ต้องชี้แจงเพิ่มเติมในลำดับถัดไป แพทย์จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบลงได้ การจัดโครงสร้างการปรึกษาโดยใช้สัญญาณ และการจัดลำดับขั้นตอนจะช่วยให้ผู้ป่วย ผู้ต้องสงสัยว่ามีภาวะทางการแพทย์ การแจ้งเจตนาของคุณเป็นสิ่งสำคัญเพราะผู้ป่วยอาจเสียสมาธิหรืออาจเข้าใจผิดว่าทำไมถึงถูกถามคำถามเฉพาะเจาะจง
คำอธิบายและการวางแผน	
การตัดสินใจร่วมกัน	ไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะบอกความจริงแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ของยาต้านโรคจิต เมื่อเขาหรือเธอไม่เต็มใจที่จะรับประทานยาอย่างสิ้นเชิง อย่างไรก็ตาม การติดต่อและการทำความเข้าใจ การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะจิตเภทมีความสำคัญอย่างยิ่ง การหารือที่มีความหมาย ซึ่งแพทย์แบ่งปันมุมมองเกี่ยวกับเหตุผลที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยา อาจขึ้นอยู่กับความตระหนักของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะของตน การติดต่อสื่อสารเพื่อสร้างความไว้วางใจ และการสนทนาเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจแพทย์และยินยอมที่จะรับประทานยา แต่การหาจุดร่วมกัน และการเข้าใจอาจไม่ง่าย

ความเห็นอกเห็นใจโดยไม่ได้รับความยินยอม

สิ่งสำคัญมากคืออย่าขัดแย้งกับผู้ป่วย แสดงความเห็นอกเห็นใจต่อสถานการณ์ของผู้ป่วยและยอมรับความถูกต้องของความรู้สึกของพวกเขา โดยไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับการตีความความเป็นจริงของพวกเขา

คุณหมอ: 'ผมเข้าใจดีว่าคุณต้องกังวลมากแค่ไหนถ้าคุณคิดว่ามีคนพยายามวางยาพิษคุณ'

คุณสามารถตอบกลับคำพูดว่า 'คุณไม่เชื่อฉันหรือ?' ได้ดังนี้:
'คุณถามฉันว่าฉันเชื่อว่าคุณกำลังได้รับยาพิษหรือไม่?
ฉันสามารถบอกได้อย่างมั่นใจว่าฉันไม่ได้ให้ยาพิษแก่คุณ
ฉันไม่สามารถบอกได้อย่างมั่นใจว่าคนอื่นกำลังให้ยาพิษแก่คุณหรือไม่
แต่ฉันพร้อมที่จะฟังคุณและช่วยเหลือในทุกวิถีทางที่ฉันสามารถทำได้'

วิธีสร้างสมดุลระหว่างการสนับสนุนผู้ป่วยและการปกป้องผลประโยชน์ของพวกเขาในขณะที่มีความสงสัยเกี่ยวกับจุดยืนของพวกเขา

คุณหมอ: "ผมเข้าใจว่าคุณไม่รู้สึกป่วยในตอนนี้ แต่ผมเป็นห่วงคุณนะ ผมคิดว่าคุณต้องการการรักษา และผมพร้อมที่จะช่วยเหลือ"

การสื่อสารกับผู้มีความพิการ

ในช่วงเวลาที่ทั้งโลกและยูเครนกำลังก้าวไปข้างหน้าอย่างมั่นใจสู่สังคมที่ครอบคลุมทุกคน คำว่า 'ผู้พิการ' ยังคงได้ยินได้ในบทสนทนาประจำวัน
'หูหนวก-ใบ้' และ 'หูหนวก-เงียบ' ยุคโซเวียตมีลักษณะเด่นคือผู้พิการถูกมองว่าเป็นกลุ่มที่ถูกตีตรา มีภาพเหมารวมมากมายเกี่ยวกับพวกเขา ผู้พิการไม่ได้รับการต้อนรับจากสังคม ในทางตรงกันข้าม บางครั้งพวกเขากลับถูกสงสารหรือยกย่องเกินควร
และในขณะเดียวกันพวกเขาก็ไม่ยอมออกจากบ้าน
สาเหตุส่วนหนึ่งเป็นเพราะสังคมไม่ต้องการเห็นพวกเขา

พูดตามตรง เราไม่ค่อยคุ้นเคยกับการเห็นคนที่มีความพิการอยู่รอบตัวเรา ดังนั้นเราอาจรู้สึกไม่แน่ใจเมื่อต้องปฏิสัมพันธ์กับพวกเขาเพราะเราไม่รู้ว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไร
นี่คือเคล็ดลับเล็กๆ: ปฏิบัติต่อคนที่มีความพิการเหมือนกับที่คุณปฏิบัติต่อคนที่ไม่มีความพิการ แน่นอนว่าคุณต้องคำนึงถึงความแตกต่างด้านการเคลื่อนไหวหรือพฤติกรรมใด ๆ ด้วย แต่นี่ไม่ใช่สิ่งสำคัญที่สุดในการมีปฏิสัมพันธ์ของคุณ
วิธีที่ถูกต้องในการกล่าวถึงบุคคลที่มีความพิการคืออะไร? บุคคลที่มีความพิการนี้ถูกกำหนดไว้ในอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยสิทธิของคนพิการ
และยังได้รับการบัญญัติไว้ในกฎหมายของยูเครนด้วย

หากเมื่อพูดถึงบุคคลที่มีความพิการ คุณจำเป็นต้องระบุประเภทของความพิการ ให้กล่าวว่า 'บุคคลที่เป็น' ตัวอย่างเช่น บุคคลที่เป็นโรคสมองพิการ บุคคลที่หูหนวก หรือบุคคลที่ใช้รถเข็น

นี่คือแก่นแท้
งภาษาที่เน้น
คลเป็นศูนย์ก

างซึ่งต้องอยู่บนหลักการที่ว่าความพิการไม่ใช่ลักษณะที่กำหนดตัวตนของบุคคล[1]

[1] ภาษาที่ให้ความสำคัญกับคนก่อน สำนักงานสิทธิคนพิการ odr.dc.gov/page/ people-first-language

วิธีที่ดีที่สุดในการพูดถึงบุคคลที่มีความพิการคือการเรียกชื่อพวกเขา เพราะท้ายที่สุดแล้ว ความพิการแต่กำเนิดหรือความพิการที่เกิดภายหลังไม่ได้เป็นตัวกำหนดความเป็นบุคคลของเขา อย่าให้ความพิการเป็นจุดสนใจหลัก บุคคลสำคัญที่สุด เมื่อคุณกำลังพูดคุยกับบุคคลที่มีความพิการ ให้พูดคุยกับบุคคลนั้นโดยตรง
หากคุณพบว่ามันยากที่จะไม่มุ่งเน้นไปที่ข้อจำกัดในการทำงานของพวกเขา
ลองคิดดูว่าอะไรที่คุณไม่คุ้นเคย

ผู้ที่มีความพิการซับซ้อน (เช่น อัมพาต ความผิดปกติทางพัฒนาการ ฯลฯ) ที่ไม่สามารถพูดได้ ก็ยังมีสิทธิที่จะได้รับการรับฟังเช่นกัน กรุณาอย่าตัดสินใจแทนพวกเขาโดยไม่ได้รับคำยินยอมก่อน หากต้องการให้ความช่วยเหลือ กรุณาถามก่อนว่าต้องการหรือไม่

อย่าจับมือคนตาบอดโดยไม่เตือนด้วยวาจา และอย่าเริ่มพาพวกเขาไปที่ใด ๆ เว้นแต่พวกเขาจะขอความช่วยเหลือ ตัวอย่างเช่น
ร้วที่พวกเขาจับอยู่อาจเป็นจุดอ้างอิงเดียวของพวกเขาในพื้นที่นั้น ห้ามเริ่มเคลื่อนย้ายรถเข็น เว้นแต่ผู้ใช้งานได้ขอความช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว

คุณอาจคิดว่าผู้ที่มีความพิการไม่สามารถรับมือกับภารกิจบางอย่างได้ แต่คุณต้องระลึกไว้ว่า นี่คือวิถีชีวิตของพวกเขา (ไม่ใช่เพียงเมื่อคุณอยู่กับพวกเขา)
ดังนั้นพวกเขามีทักษะที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต หากมีการขอความช่วยเหลืออย่างชัดเจน คุณควรช่วยเหลือ

ระวังสภาพแวดล้อมที่คุณอยู่
การออกแบบที่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างพื้นที่ที่ปลอดภัยและสบายสำหรับทุกคนที่อยู่ภายใน ตัวอย่างเช่น ผู้ที่ใช้รถเข็นจะรู้สึกปลอดภัยมากขึ้นหากคุณเดินตามทางที่ราบเรียบ คุณสามารถช่วยคนตาบอดหาทางไปยังที่อยู่ที่ถูกต้องได้
หากคุณเห็นว่าบริเวณนั้นไม่ได้รับการปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของพวกเขา
ลองคิดถึงวลีที่จะใช้ก่อนที่คุณจะพูด ผู้ที่ใช้รถเข็นจะไปเดินเล่นในสวน พวกเขาไม่ได้ขับรถ ดังนั้นเมื่อคุณชวนพวกเขาไปเดินเล่น อย่าใช้กริยาผิด เมื่อสื่อสารกับคนตาบอด การใช้คำว่า 'แล้วพบกันนะ' ถือว่าถูกต้อง

เมื่อคุณกำลังพูดคุยกับผู้ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินและสื่อสารด้วยภาษามือ
โดยมีล่ามภาษามือช่วยแปลให้ ให้คุณรักษาการสบตากับบุคคลที่คุณกำลังพูดด้วยโดยตรง ข้อเดียวกันนี้ใช้กับผู้ที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการ: พูดกับบุคคลที่คุณกำลังพูดคุยด้วย

ไม่ใช่พูดกับบุคคลที่มากับเขาหรือเธอ คุณไม่ควรเริ่มพูดด้วยน้ำเสียงแบบ 'เสียงเด็ก' ราวกับกำลังพูดกับเด็กเล็ก – นี่เป็นการกระทำที่ไม่สุภาพ

อย่าบุกรุกพื้นที่ส่วนตัว กฎที่แทบจะเป็นสัญชาตญาณสำหรับคนส่วนใหญ่ กลับถูกละเลยอยู่บ่อยครั้งเมื่อสื่อสารกับผู้พิการด้วยเหตุผลบางอย่าง ห้ามสัมผัสไม้เท้าสีขาว เครื่องช่วยฟังแบบฝังในหู หรือรถเข็นวีลแชร์ เนื่องจากสิ่งเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของพื้นที่ส่วนตัวของแต่ละบุคคล หากจำเป็นต้องสัมผัส ควรขออนุญาตก่อน นอกจากนี้ การสัมผัสทางกายภาพใด ๆ อาจเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติในกลุ่มออทิสติกสเปกตรัม (ASD)

อย่าสงสารหรือยกย่องผู้ที่มีความพิการ การยกย่องผู้ที่มีความพิการนั้นไม่มีความหมาย เพราะทุกคนล้วนมีระดับความอดทนทางจิตใจและความสามารถในการรับมือกับความท้าทายในชีวิตที่แตกต่างกัน
สังคมสามารถเรียกว่าเป็นสังคมที่ครอบคลุมได้เมื่อสมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการปฏิสัมพันธ์อย่างเท่าเทียมกัน

การมีส่วนร่วมกับชุมชน LGBTQ(IA+)

LGBTQ(IA+) – คำย่อนี้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเพศสภาพและอัตลักษณ์ทางเพศซึ่งเกินกว่ามาตรฐานของเพศตรงข้ามหรือเพศตามกำเนิด คำนี้ถูกสร้างขึ้นจากตัวอักษรตัวแรกของคำที่หมายถึง เลสเบี้ยน เกย์ ไบเซ็กชวล คนข้ามเพศ คนหลากหลายทางเพศ คนไร้เพศ และอื่นๆ

คำแนะนำที่เป็นประโยชน์สำหรับการให้คำปรึกษา:

อย่าสมมติว่าเป็นเพศตรงข้าม

อย่าถามผู้ชายอายุ 40 ปีเกี่ยวกับภรรยาของเขา หรือเด็กผู้หญิงอายุ 16 ปีเกี่ยวกับผู้ชาย

ใช้คำว่า 'คู่หู' 'คุณมีคู่หูไหม?' คุณสามารถติดตามด้วยคำถามเช่น: 'คู่หูของคุณเป็นผู้ชายหรือผู้หญิง?'

หรือคุณอาจพูดว่า: "ขอบคุณที่บอกฉันอย่างนั้น ฉันขอถามได้ไหมว่าคุณมีแฟนหรือยัง?"

ระหว่างการสนทนา ให้ใช้ถ้อยคำที่ชัดเจนและถูกต้องที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้:

แทนที่จะถามว่า 'คุณมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเมื่อเกิดเหตุการณ์นี้ขึ้นหรือไม่?' ให้พูดว่า 'คุณใช้ถุงยางอนามัยระหว่างมีเพศสัมพันธ์หรือไม่?'

อย่าพูดว่า "แล้วคุณมีเพศสัมพันธ์แบบปกติไหม?" – นั่นเป็นคำถามที่ไม่ดี คุณต้องรู้รายละเอียดเฉพาะ พูดอะไรประมาณนี้: "เมื่อคุณพูดถึงเรื่องเพศ คุณหมายถึงเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด เพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก เพศสัมพันธ์ทางปาก หรือการผสมผสานของสิ่งเหล่านี้?"

บางครั้ง ขึ้นอยู่กับระดับความเข้าใจของผู้ป่วยแต่ละราย คุณอาจจำเป็นต้องใช้ภาษาที่ง่ายกว่าวลี 'ทางทวารหนัก' หรือ 'ทางปาก' ในที่สุด คุณจำเป็นต้องทราบอย่างแน่ชัดว่าเกิดอะไรขึ้น เพื่อประเมินความเสี่ยงทางการแพทย์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ และอื่น ๆ

อย่าแสดงความสนใจที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับตัวตนของผู้ป่วยโดยการถามคำถามหรือแสดงความคิดเห็นที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ผู้ป่วยมาขอรับความช่วยเหลือ

หากคุณไม่คุ้นเคยกับวัฒนธรรมทางเพศใด ๆ อย่ากลัวที่จะบอกเช่นนั้น

หากคุณไม่คุ้นเคยกับวัฒนธรรม LGBTQ(IA+) อย่างสมบูรณ์ ก็ไม่เป็นไรเลย. สิ่งที่ไม่เป็นอันขาดคือการตัดสินพวกเขา. แสดงให้เห็นว่าคุณต้องการช่วยเหลือ:
คุณช่วยอธิบายเพิ่มเติมได้ไหมว่าฉันจะช่วยคุณได้อย่างไร?

ภาวะไม่ตรงกับเพศสภาพ หมายถึง ความทุกข์ทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางเพศของตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับลักษณะทางกายภาพหรือบทบาททางสังคมที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางกายภาพนั้น การมีภาวะนี้อาจทำให้บุคคลต้องการความช่วยเหลือทางการแพทย์

ผู้ป่วยมักพบว่าการเปิดเผยความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะไม่ตรงกับเพศสภาพของตนต่อแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นเรื่องยาก
ไม่ว่าจะเนื่องจากแพทย์มักรู้จักกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย
หรือเพราะผู้ป่วยเองรู้สึกกลัว ถูกเยาะเย้ย รู้สึกผิด หรืออับอาย หรือด้วยปัจจัยทางสังคมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งล้วนเป็นอุปสรรคต่อการขอความช่วยเหลือและการรักษา ปัจจัยเหล่านี้เมื่อรวมกับความคาดหวังว่าจะได้รับการรักษาล่าช้าภายในระบบสาธารณสุข
ได้ส่งผลให้จำนวนผู้ที่ใช้ยาด้วยตนเอง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาด้วยฮอร์โมน)

เพิ่มสูงขึ้น

บุคคลที่กำลังอยู่ในระหว่างการเปลี่ยนเพศ
หรือผู้ที่ได้เปลี่ยนมาใช้ชีวิตตามบทบาททางเพศที่ต้องการ
ซึ่งสอดคล้องกับอัตลักษณ์ทางเพศของตน ควรได้รับการเรียกขานด้วยชื่อและคำนำหน้า (เช่น คุณ, คุณผู้หญิง) ที่พวกเขาเห็นว่าเหมาะสม หากบุคลากร ไม่ว่าจะเป็นทางการแพทย์หรือฝ่ายบริหาร มีความสงสัยใด ๆ ควรสอบถามบุคคลนั้นว่าต้องการให้เรียกขานอย่างไร เมื่อใช้คำว่า 'คนข้ามเพศ' ควรใช้เป็นคำคุณศัพท์ เช่น – คนข้ามเพศ

เราขอเชิญคุณรับชมวิดีโอ 'พิพิธภัณฑ์แห่งการยอมรับ 2, คาร์คิฟ ตอนที่ 5', 'แพทย์พบเจอคน LGBT หรือไม่?', 'คน LGBT ในโรงพยาบาล', และ 'การดูแลผู้ป่วย LGBT+' (ลิงก์ไปยังวิดีโอมีให้ที่ส่วนท้ายของหน้านี้)

ส่วนที่ 2. งานปฏิบัติ

กรณีศึกษาสำหรับการทำงานกลุ่มย่อย:

กรณี 1

วิคตอเรียปรึกษาสูตินรีแพทย์
มีอาการปวดท้องน้อย.
แพทย์แนะนำให้เธอเข้ารับการตรวจเพื่อหาสาเหตุของ อาการปวด.

ขณะที่วิคตอเรียถอดเสื้อผ้าและเตรียมตัวสำหรับการตรว จ
แพทย์ได้ถามคำถามเพื่อความชัดเจนตามมาตรฐานทั่วไป ในบรรดาคำถามอื่น ๆ เธอถามว่า: 'คุณมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหรือไม่?'

วิคตอเรียตอบว่าเธอมีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้หญิงเท่านั้น
แพทย์กล่าวว่าในกรณีนี้เธอปฏิเสธที่จะตรวจหรือให้ความช่วยเหลือใดๆ

กรณี 2

หญิงอายุ 60 ปี ไปโรงพยาบาล
เนื่องจากอาการปวดเรื้อรังที่ขาของเธอ; แพทย์ ผู้ [illegible] ต้องการ
ต้อริบายว่า:
เอกซเรย์ ซึ่งเผยให้เห็น
กระดูกหัก

กรณี 3

ชายคนหนึ่งซึ่งเพิ่งได้รับการปล่อยตัวจากเรือนจำมาไม่นาน ได้ไปพบแพทย์ทั่วไป
ระหว่างการตรวจร่างกาย แพทย์สังเกตเห็นรอยสักจำนวนมากบนร่างกายของเขา
จึงสอบถามถึงความหมายของรอยสักเหล่านั้น

หลังจากได้รับคำตอบโดยละเอียดจากผู้ป่วยแล้ว
แพทย์ได้ขอให้เขาเปลี่ยนไปพบผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น
เนื่องจากหลักการทางจริยธรรมของเธอไม่อนุญาตให้เธอรักษา 'บุคคลเช่นนี้'

กรณี 4

ที่โรงพยาบาลที่มุสตาฟาเข้ารับการรักษาอยู่ ห้องครัวเปิดให้บริการตั้งแต่เวลา 8:00 ถึง 17:00 น.

มุสตาฟาเป็นมุสลิมและถือศีลอดในเดือนรอมฎอน
ซึ่งหมายความว่าเขากินอาหารเฉพาะก่อนพระอาทิตย์ขึ้นและหลังพระอาทิตย์ตกเท่านั้น

นอกจากนี้ แพทย์ผู้ดูแลได้สั่งยา ซึ่งควรรับประทานหลัง(อาหารเช้า อาหารกลางวัน และอาหารเย็น)
เมื่อถูกถามโดยบุคลากรเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงขนาดยาของยาเตรียม แพทย์ตอบว่า:
'ผมรักษาทุกคนแบบนี้'. นี่คือของเธอแผนการ» (.)

งาน:

มีการเลือกปฏิบัติในกรณีนี้หรือไม่? บนพื้นฐานอะไร?

ควรปฏิบัติด้วยความอดทนอย่างไร?

มีลักษณะเฉพาะใด ๆ ของการปรึกษาหารือในกรณีนี้หรือไม่? หากมี ลักษณะเหล่านั้นคืออะไร?

คำตอบสำหรับกรณีศึกษา

กรณี 1

- ใช่ มีการเลือกปฏิบัติบนพื้นฐานของรสนิยมทางเพศ
- ดำเนินการปรึกษาหารือตามแบบจำลองแคลกะรี-เคมบริดจ์
- เกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างการปรึกษาหารือกับชุมชน LGBTQI+ ได้ระบุไว้ในเอกสารอ่าน (หน้า 319)

กรณี 2

- ใช่ มีการเลือกปฏิบัติบนพื้นฐานของอายุ
- การปฏิบัติ การปรึกษาหารือตาม ก แคลกะรี-เคมบริดจ์ ในแบบจำลอง, ร โดยคำนึงว่าไม่ใช่ทั้งหมด ปัญหาสุขภาพของมนุษย์สามารถ เชื่อมโยงกับการแก่
- เกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างการปรึกษาหารือ ศีรษะผู้ป่วย ของอายุที่มากขึ้น มีให้ในเอกสารอ่าน (หน้า 305)

กรณี 3

- ใช่, การเลือกปฏิบัติ บนพื้นฐานของประวัติอาชญากรรม;
- ดำเนินการ กับ ด้วยความ การปรึกษาหารือ จากแคลกะรี แบบจำลองเคมบริดจ์;
- ไม่มี

กรณี 4

- ใช่, มี การเลือกปฏิบัติ บน ศาสนา การสังกัด;
- คำนึงถึง ความเชื่อ และ คุณค่า ของผู้ป่วย (โปรโตคอล BALANCE);
- ในนี้ สถานการณ์ มันคุ้ม พิจารณา การใช้ ยาออกฤทธิ์ยาวนาน ซึ่งสามารถรับประทานได้ วันละครั้ง; ปัญหาการจัดเตรียมอาหาร เป็นของ ถึง การ ของ การจัดการ การตัดสินใจ

คำถามสำหรับบันทึกสะท้อนคิด:

ฉันได้เรียนรู้อะไรเกี่ยวกับตัวเองและมุมมองของฉันในระหว่างการประชุมครั้งนี้บ้าง?

ฉันจะสามารถนำสิ่งนี้ไปใช้ในชีวิตในอนาคตและการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ได้อย่างไร?

การนำเสนอในหัวข้อนี้ผ่านลิงก์:

bit.ly/3dl42ze



เวอร์ชันเต็มของเซสชันผ่านลิงก์:

bit.ly/3lvsn3N



แทนที
คำกล่าวปิดท้า
ย

แทนคำกล่าวปิดท้าย

เรืองราวเกียวกับแม่ของอัลลาและความสำคัญของการเลือกใช้คำพูด

แม่เป็นคนอ่อนไหวมาก: ถ้าลูกคนใดคนหนึงมีไข้ แม่ก็จะมีไข้ตามไปด้วย และแม่ยังอ่อนไหวต่อคำพูดมาก: แม่สามารถปวยได้ถ้าใครพูดอะไรทีทำให้แม่เจ็บปวด แม่เป็นคนขี้อายและตกใจง่าย

ในเดือนกรกฎาคม ปี 2001 แม่ได้เข้ารับการผ่าตัดลำไส้ – พวกเขาได้เอาเนืองอกออก มันไม่ใช่มะเร็ง

ฤดูร้อนนันแห้งแล้งและร้อนอบอ้าว ลมพัดแรงผ่านระเบียงโรงพยาบาล

เมือแม่ฟืนจากยาสลบ อันดรีย์กับฉันเข้าไปในห้องผู้ปวยหนัก ทีนันก็ร้อนอบอ้าวเช่นกัน ลมพัดเบาๆ แห้งๆ พัดผ่านเข้ามาอย่างอิสระจากหน้าต่างทีเปิดอยู่ บนเตียงหกเตียง – สูงเท่าโต๊ะ – ชายและหญิงเปลือยนอนนิงในท่าทางต่างๆ ศีรษะ แขน และขาถูกพันด้วยผ้าพันแผล เลือดซึมผ่านผ้าพันแผล

แม่ก็เปลือยกายเช่นกัน ท้องของเธอถูกปกคลุมด้วยผ้าผืนใหญ่เปื้อนเลือดเพียงผืนเดียว มีสายยางยืนออกมาจากใต้ผ้า ผ้านัน มีของเหลวสีขุ่นข้นเดือดปุดๆ อย่างช้าๆ และหยดลงสู่ขวดโหลทีอยู่ใต้เตียง ครึงเมตรทางซ้ายของแม่ มีชายร่างใหญ่ประมาณห้าสิบปี นอนอยู่ แขนขาแผ่กว้าง มีผ้าพันแผลทีหน้าผาก ทางด้านตรงข้าม ชายหนุ่มคนหนึงทีมีใบหน้าเปื้อนเลือดครวญครางเสียงแหบ

(ไม่มี)ใครสามารถ(คิดขึนมาได้)(สำหรับ) แม่ขี้อายของฉัน
ภเขาเธอเขานันปรอท,กว่าทางวิธี เปลือยกายท่ามกลางผู้ชาย

ฉันคิดว่าไม่มีใครสามารถคิดค้นการทรมานทีเลวร้ายไปกว่าการปล่อยให้แม่ทีขี้อายของฉันเปลือยกายอยู่ท่ามกลางผู้ชายได้อีกแล้ว ฉันมองไปรอบๆ เพือหาอะไรสักอย่างมาปกปิดร่างกายของเธอ แต่ก็ไม่พบอะไรเลย

"ทำไมคุณไม่ปิดมันไว้หน่อยล่ะ?" เธอถามหมอ

'พวกเขามีบาดแผล แต่ไม่ต้องเป็นห่วง พวกเขาไม่รังเกียดหรอก ทีนีไม่ใช่ทีทีผู้คนจะอาย'

แม่หันศีรษะเมื่อได้ยินเสียงของฉัน เปิดตาขึ้นและมองพวกเราด้วยสีหน้าทีสับสน เธอกล่าวอย่างตำหนิว่า: 'ทำไมคุณถึงพาฉันมาทีนีช้าจัง?.. แต่ตอนนีมันมีความหมายอะไรอีก...' – แล้วหันหน้าหนีไป
เสียงของเธอเต็มไปด้วยการตำหนิและการยอมแพ้จนหัวใจของฉันเริ่มเต้นแรงด้วยความกลัว:
เธอได้ยอมแพ้จริง ๆ หรือไม่? ทำไม?!

ฉันจำได้: ตอนทีเราพาเธอไปโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง ศัลยแพทย์ได้พูดกับเธอว่า 'ทำไมถึงพาเธอมาช้าจัง?'
ศัลยแพทย์คนเดียวกันนีทีรู้เรืองเนืองอกของเธอแต่ไม่ได้แนะนำให้ผ่าตัดก่อนหน้านี
ศัลยแพทย์ไม่ได้คำนึงถึงว่าผู้ป่วยอาจรู้สึกหวาดกลัวจากคำพูดของเขาและหมดหวังในการฟืนตัว

แม่ถามว่า:

– "เอาผ้าอ้อมมาให้ฉันหน่อย" พยาบาลตำหนิฉันว่า "คุณเป็นผู้ใหญ่แล้วนะ แล้วคุณก็ทำให้ผ้าปูทีนอนเปือน คุณต้องทำความสะอาดเองนะ"

แพทย์รีบพาเราออกไป
และในทางเดินเขาบอกว่าตอนนีทุกอย่างขึนอยู่กับว่าลำไส้ของเธอจะเริ่มทำงานหรือไม่
เธอจะสามารถถ่ายอุจจาระได้หรือไม่

– เราให้ยาระบายขนาดแรงกับเธอเพือให้ลำไส้เคลือนไหว เธอยังมีสุขภาพค่อนข้างดีอยู่ เขาบอกว่าเธอควรจะฟืนตัวได้

เมื่อเราไปถึงในวันถัดมา แม่ก็อยู่ในอาการโคม่าแล้ว ลำไส้ของแม่ยังไม่เริมทำงานอีก เธอไม่ได้ถ่ายอุจจาระเลยแม้แต่ครังเดียวตังแต่นันมา ในวันที 26 กรกฎาคม แม่จากไป แม่มีอายุ 75 ปี และสุขภาพแข็งแรงดีมาตลอด – ผู้หญิงทุกคนในครอบครัวทีฉันรู้จักมีอายุยืนถึง 95–98 ปี

ฉันมันใจว่าคำพูดของศัลยแพทย์ทีว่า 'ทำไมถึงมาช้า?' ก่อนการผ่าตัด และการตำหนิของพยาบาลหลังจากนัน เป็นสิงสำคัญในเรืองนี คำพูดของศัลยแพทย์ ('สายเกินไปแล้ว!') ได้พรากความหวังของเธอไป และเพราะคำตำหนิของพยาบาล แม่ของฉันด้วยความขีอายของเธอจึงเพียงแค่ปิดก้นลำไส้ของเธอเพือทีว่า ขอพระเจ้าอย่าให้เกิดขึน เธอจะไม่ 'ทำให้ผ้าปูทีนอนสกปรก'

เราหวังว่าคู่มือฉบับนี้จะช่วยให้ท่าน ผู้ฟังของท่าน และผู้ป่วยของท่านเข้าใจกันและกันมากขึ้น ขอให้ความสงสัยว่าคำพูดใดที่ทำให้แม่ของฉันเสียชีวิตไม่ทรมานลูกสาวหรือลูกชายของผู้ป่วยของท่าน หรือผู้ป่วยของนักเรียนของท่าน

เช่นเดียวกับที่พวกเขาได้ทรมานอัลลอฮ์มาเป็นเวลา 20 ปี
ขอให้ความรู้และความคิดที่รวบรวมไว้ที่นี่เป็นแหล่งสนับสนุนสำหรับคุณ
ช่วยให้คุณสามารถลดความเครียดได้มากขึ้น ได้รับความพึงพอใจมากขึ้นจากอาชีพของคุณ
และบรรลุผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

เราหวังและปรารถนาให้พวกเราทุกคนได้รับการดูแลสุขภาพที่มีมนุษยธรรมมากขึ้น
และให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล ผู้บริหาร หรือผู้ป่วย
ต่างแสดงความเห็นอกเห็นใจและความห่วงใยต่อกันและกันมากยิ่งขึ้น
เพราะความเห็นอกเห็นใจและความเป็นมนุษย์คือสะพานที่เชื่อมสู่ความไว้วางใจ
และหากมีความไว้วางใจแล้ว ก็จะมีสิ่งใดให้ต้องหวาดกลัว

เมื่อมีความไว้วางใจ ก็ไม่มีอะไรให้ต้องกลัว

อัลลา ทูทูยูนิค







รายการตรวจสอบ
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม
ผู้ยื่นขอ ผู้ป่วย

รายการตรวจสอบสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย

ขั้นตอนง่าย ๆ เพื่อช่วยสร้างความสัมพันธ์

หลังจากที่เราได้เรียนรู้และหารือกันมาทั้งหมดแล้ว
เราได้ตัดสินใจสรุปสิ่งที่ทำงานได้ดีในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และสิ่งที่ไม่ได้ผล
เราได้สร้างรายการตรวจสอบสำหรับบุคลากรทางการแพทย์
และตระหนักว่าผู้ป่วยก็ต้องการความเข้าใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับสิ่งที่ควรทำและสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยงในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เช่นกัน ความสัมพันธ์เป็นถนนสองทางเสมอ

เราได้เปรียบเทียบรายการเหล่านี้และพบว่า มีหลายจุดที่ทั้งสองฝ่ายสามารถปฏิบัติตามได้ร่วมกัน ได้แก่:

มารยาทพื้นฐานเป็นสิ่งที่ต้องให้กันและกัน ในสังคมที่มีระดับความก้าวร้าวสูงมาก การมีมารยาทอาจเป็นเสมือนเส้นชีวิตและสร้างความปลอดภัยขั้นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาความสัมพันธ์ในอนาคต

การสื่อสารก็เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นร่วมกันทั้งสองฝ่าย ท้ายที่สุดแล้ว ความผิดพลาดหรือความขัดแย้งมากมายสามารถป้องกันได้ผ่านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจากทั้งสองฝ่าย การตั้งคำถามอย่างเหมาะสม การเตรียมตัวก่อนการประชุม และการสรุปประเด็นล้วนเป็นแนวทางที่ดีสำหรับการสนทนาที่ยากลำบาก

มาตรฐานทางจริยธรรมพื้นฐานต้องได้รับการปฏิบัติตามโดยทั้งสองฝ่าย
มาตรฐานจริยธรรมพื้นฐาน – การเคารพบุคคล ขอบเขต และอารมณ์ของพวกเขา – เป็นหนึ่งในรากฐานแรกของความไว้วางใจ หากปราศจากสิ่งเหล่านี้ ความสัมพันธ์ที่สร้างสรรค์จะเป็นไปไม่ได้
การเพิกเฉยต่อกฎเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับขอบเขตจะนำไปสู่ความเจ็บปวดลึกซึ้งและความเป็นปฏิปักษ์โดยตรง ซึ่งเกิดจากการไม่คำนึงถึงมาตรฐานเหล่านี้เป็นหลัก

ความปลอดภัยและสุขอนามัย – ความรับผิดชอบในเรื่องนี้อยู่ที่ทั้งสองฝ่ายเป็นส่วนใหญ่ และเป็นสิ่งสำคัญที่พวกเขาต้องทำงานร่วมกันเป็นทีมเพื่อปกป้องซึ่งกันและกันจากความผิดพลาด เพราะค่าใช้จ่ายของความผิดพลาดที่นี่สูงเกินไป – บางครั้งอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้

การตัดสินใจก็เป็นความร่วมมือเช่นกัน. ท้ายที่สุดแล้ว ไม่ใช่เพียงผลลัพธ์ทางคลินิกเท่านั้นที่ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจเหล่านี้ แต่ยังรวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย. เพื่อแบ่งปันความรับผิดชอบในกระบวนการรักษาอย่างเป็นธรรมระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย และเพื่อให้มั่นใจว่าคำตัดสินนั้นเหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้นโดยเฉพาะ เราต้องเรียนรู้ที่จะสร้างการสื่อสาร และนี่เป็นกระบวนการสองทาง และบางคนยังต้องเรียนรู้วิธีการตัดสินใจด้วย

การสื่อสารในภาวะวิกฤตคือความท้าทายที่ยิ่งใหญ่ที่สุดสำหรับทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย
สถานการณ์ความขัดแย้งและวิกฤตการณ์ดูดพลังงานและอารมณ์มากที่สุด
พวกมันทำลายความไว้วางใจและขยายช่องว่างระหว่างทั้งสองฝ่าย
และเพื่อรักษาความสัมพันธ์ที่มุ่งเน้นการรักษาและการฟื้นฟู
การเรียนรู้การสื่อสารในภาวะวิกฤตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การเคารพต่อร่างกาย – เนื่องจากมีการสัมผัสใกล้ชิดอย่างมากระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย
และความต้องการในการสัมผัสทางกายระหว่างบุคคลที่อาจแทบไม่รู้จักกันมาก่อน
เราทั้งสองฝ่ายจำเป็นต้องแสดงความเอาใจใส่และเคารพ ความตระหนักรู้
และความอ่อนไหวต่อแง่มุมทางกายภาพของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพกับผู้ป่วยให้มากขึ้น

ระหว่างการปรึกษาหารือกับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย
ตัวแทนจากทั้งสองกลุ่มได้คัดค้านว่า: 'คุณกำลังขอมากเกินไปจากพวกเรา หากพวกเขา (นั่นคืออีกฝ่ายหนึ่ง – แพทย์ต่อผู้ป่วยและผู้ป่วยต่อแพทย์) เริ่มปฏิบัติตัวดีขึ้น
เราก็จะพยายามทำตามครึ่งหนึ่งเช่นกัน'

ไม่ว่าเราจะอยู่ฝ่ายใดก็ตาม เราสามารถรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองได้
แต่เราไม่สามารถควบคุมการกระทำของผู้อื่นได้
นั่นคือเหตุผลที่ทีมผู้เขียนร่วมของเราเชื่ออย่างจริงใจว่าทุกคนจำเป็นต้องเริ่มต้นที่ตนเอง
เมื่อบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยนำจุดเหล่านี้ไปปรับใช้ในกิจวัตรประจำวันทีละข้อ
การปฏิสัมพันธ์ระหว่างพวกเขาจะกลายเป็นสิ่งที่พึงพอใจซึ่งกันและกันมากขึ้น
หรืออาจถึงขั้นเติมเต็มความสุขได้ และทีละขั้นตอน คำแนะนำง่าย ๆ
เหล่านี้จะช่วยหลีกเลี่ยงความเข้าใจผิดมากมาย
และก่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันในภาคสาธารณสุขทีละเล็กทีละน้อย

คุณสามารถใช้รายการเหล่านี้ หรือแบบตรวจสอบ ได้ในหลากหลายวิธี
สามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงโดยผู้เชี่ยวชาญจากสาขาต่าง ๆ
สำหรับสภาพแวดล้อมทางคลินิกที่แตกต่างกัน
สามารถนำมาหารือหรือปรับให้เหมาะกับความต้องการของแผนกหรือสถาบันของคุณได้
และสามารถนำมาใช้เพื่อเรียนรู้และสอนผู้อื่นได้ –
โดยมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมการสื่อสารในสถาบันการแพทย์ทีละขั้นตอน

รายการตรวจสอบศักดิ์ศรีพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์

สิ่งง่าย ๆ ที่จะช่วยหลีกเลี่ยงปัญหาต่าง ๆ กับผู้ป่วย และสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

บริบทที่เกี่ยวข้อง: ผู้ใหญ่, เด็ก, คลินิกผู้ป่วยนอก, หอผู้ป่วยใน, หอผู้ป่วยวิกฤต.
อาจเกี่ยวข้องในทุกบริบท.

มารยาทพื้นฐาน

- มองตาบุคคลนั้นทุกครั้งที่เป็นไปได้
- จัดตำแหน่งของคุณให้อยู่ในระดับเดียวกับดวงตาของผู้ป่วย
- ทักทายและแนะนำตัวเอง
- ยิ้มเมื่อเหมาะสม – ยิ้มไม่เคยผิดที่ผิดทาง เมื่อทักทายใคร ให้กล่าวถึงเวลา:
- 'สวัสดีตอนเช้า/สาย/บ่าย/เย็น/กลางคืน' เรียกผู้ป่วยด้วยชื่อ (ลืมคำว่า 'ลุง', 'ป้า', 'คุณผู้หญิง', 'เด็กน้อย' และคำอื่น ๆ ที่เป็นการเรียกอย่างสนิทสนมหรือดูถูกเกินไป
- กรุณาติดต่อผู้ป่วยโดยตรงก่อนเป็นอันดับแรก และหากจำเป็น ให้ติดต่อผู้ติดตามผู้ป่วยด้วย ให้เคาะประตูทุกครั้งก่อนเข้าห้อง และขอความยินยอมก่อนเข้าห้องทุกครั้ง ปิดเสียงโทรศัพท์มือถือของคุณ
- หากคุณได้รับสายโทรศัพท์ อย่ารับสายขณะที่คุณอยู่ในห้องผู้ป่วยหรืออยู่ในที่ที่ผู้ป่วยอยู่

จริยธรรมพื้นฐาน

- แสดงความเคารพต่อผู้ป่วยและให้ความสนใจในปัญหาที่พวกเขาได้มาปรึกษา
- ห้ามพูดคุยเกี่ยวกับรายละเอียดของการวินิจฉัยหรือการรักษาในพื้นที่เปิดหรือต่อหน้าบุคคลภายนอก
- เก็บทุกสิ่งที่ผู้ป่วยพูด (ไม่ว่าจะอยู่ภายใต้การควบคุมของยาหรือไม่ก็ตาม) ไว้ระหว่างคุณกับผู้ป่วยเท่านั้น

แทนทีจะวิจารณ์แพทย์คนอืน ๆ
ให้อธิบายคำแนะนำของคุณแก่ผู้ป่วยอย่างละเอียดและให้เหตุผลสำหรับการเปลียนแปลงใด ๆ ในแนวทางการรักษา

เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยหากพวกเขาเลือกทีจะขอความเห็นทีสองหรือสาม.
ทีสำคัญทีสุด อย่าทำตัวให้ดูสูงส่ง หรือส่งผู้ป่วยไปหาหมอคนนันเพือรับการรักษา.

ห้ามพูดคุยเกียวกับผู้ป่วยรายอืนหรือแพทย์ต่อหน้าผู้ป่วย แม้ในกรณีทีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว

ในขณะทีมีผู้ป่วยอยู่ด้วย ห้ามพูดถึงผู้ป่วยต่อบุคคลอืนโดยใช้สรรพนามบุรุษทีสาม แม้ผู้ป่วยจะหมดสติอยู่ก็ตาม
ห้ามแทรกแซงในเรืองส่วนตัวของผู้ป่วยโดยไม่มีเหตุผลทางวิชาชีพทีเพียงพอ

การสือสาร

สร้างความสัมพันธ์กับบุคคลนัน ผู้ป่วยไม่ว่าจะอายุเท่าใดหรือมีสภาพร่างกายอย่างไร ไม่ใช่เพียงร่างกายหรือชุดของการวินิจฉัยโรค แต่เป็นบุคคลทีมีชีวิตจริงและมีคุณค่า

จัดโครงสร้างการปรึกษาหารือ

ถามผู้ป่วยเกียวกับความคาดหวังของพวกเขาเกียวกับการรักษาหรือการฟืนฟู.

ถามคำถามทีเปิดกว้างมากขึน.

เตรียมตัวให้พร้อมทีจะอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าทำไมถึงได้รับการรักษาแบบเฉพาะเจาะจงนี, คาดหวังผลอะไรได้บ้าง, และประมาณเมือไหร่

หลีกเลียงมุกตลกทีคลุมเครือและศัพท์ทางการแพทย์

สรุปสิงทีคุณได้ยินเป็นระยะ ๆ และถามคำถามเพือความชัดเจนจากผู้ป่วยหากจำเป็น

การตัดสินใจ

ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพียงพอเพือให้พวกเขาสามารถตัดสินใจได้

เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วยหากพวกเขาปฏิเสธข้อเสนอแนะหรือคำสังของคุณทังหมดหรือบางส่วน

แจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกียวกับยาทดแทน/ยาทางเลือก/ตัวยาสำคัญ (หากและเมือมีความเกียวข้อง) เมือสังจ่ายยา ในกรณีทีผลิตภัณฑ์ทีแนะนำไม่มีจำหน่าย

ประสานงานกับตัวแทนของผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้

****เนื้อหา****

แจ้งให้ผู้ป่วยทราบเสมอเกี่ยวกับสิ่งที่คุณวางแผนจะทำกับพวกเขาและเหตุผล

ขอให้ผู้ป่วยยินยอมก่อนดำเนินการใด ๆ หรือสัมผัสร่างกายของพวกเขา

เมื่อทำการรักษาหรือดูแลผู้ป่วยในบริเวณที่เป็นส่วนตัว
ให้ใช้ฉากกั้นและคลุมร่างกายของผู้ป่วยไว้

ห้ามปล่อยให้ผู้ป่วยนอน/ยืน/นั่ง/เคลื่อนไหวโดยเปลือยกาย

ห้ามตรวจร่างกายผู้ป่วยต่อหน้าบุคคลต่างเพศ

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรักษาความเป็นอิสระในการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ สิ่งสำคัญที่สุดคือการใช้ห้องน้ำ ไม่ว่าจะเป็นการเดินไปที่ห้องน้ำ การยืน การนั่ง หรือการใช้กระโถนบนเตียง ให้ทำต่อไปให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้

อย่าแนะนำให้ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้ควรใส่ผ้าอ้อม

ความปลอดภัยและสุขอนามัย

เมื่อจำเป็นต้องสวมถุงมือ ให้สวมถุงมือใหม่และถอดออกต่อหน้าผู้ป่วย

เปิดเข็มฉีดยาที่เปิดแล้ว แอมปูล และวัสดุสิ้นเปลืองอื่น ๆ ต่อหน้าผู้ป่วย

คลุมโซฟา เก้าอี้ ฯลฯ ด้วยผ้าปูที่นอนสะอาดหรือผ้าอ้อมก่อนเริ่มขั้นตอนต่อหน้าผู้ป่วย

ตรวจสอบชื่อหรือวันเดือนปีเกิดของบุคคลให้ถูกต้องก่อนดำเนินการขั้นตอนสำคัญใดๆ
เพื่อหลีกเลี่ยงข้อผิดพลาด

มาตรการจัดการวิกฤต

ดูแลตัวเอง, ความรู้สึกของคุณเอง และความรู้สึกของผู้ป่วยของคุณ.
ผู้ป่วยมักจะตอบสนองตามที่คุณทำ.

พยายามอย่างเต็มที่เพื่อรักษาความสงบ อย่าหยาบคายหรือหงุดหงิด และอย่าขึ้นเสียง

เตือนพวกเขาเกี่ยวกับผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหรือผลข้างเคียงของขั้นตอนและยา และอธิบายแผนการดำเนินการในกรณีที่เกิดปัญหาขึ้น

พยายามหลีกเลี่ยงการบังคับขู่เข็ญให้มากที่สุดในระหว่างกระบวนการ
หากผู้ป่วยเป็นเด็กหรือบุคคลที่มีสภาพจิตใจเปราะบาง
ควรขอความช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อนของพวกเขา

อย่าวิจารณ์หรือตำหนิผู้ป่วย แต่ให้อธิบายสิ่งที่ต้องทำ วิธีทำ และเหตุผลที่ต้องทำ

หากผู้ป่วยรู้สึกกลัวหรือตื่นตระหนก ให้เวลาพวกเขาสงบสติอารมณ์

แนะนำให้ผู้ป่วยจดบันทึก ให้ข้อมูลทีละน้อยและตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจ (โดยเฉพาะหากผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวายหรือมีอารมณ์รุนแรง)

รายการตรวจสอบพื้นฐานสำหรับการเคารพผู้ป่วย

สิ่งง่าย ๆ
ที่จะช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นกับแพทย์หรือพยาบาลของคุณ
และป้องกันปัญหาต่าง ๆ มากมาย

การเตรียมตัวสำหรับการเยี่ยมชมหรือการปรึกษา

ทำรายการข้อร้องเรียน อาการ หรือคำถามอื่นๆ ของคุณ

จดรายละเอียดสำคัญ: ทั้งที่เกี่ยวข้องกับข้อร้องเรียน/ความไม่สบายของคุณ และที่เกี่ยวข้องกับยาของคุณ

จัดระเบียบบันทึกของคุณ:

- อะไรคือข้อร้องเรียนหลักของคุณ
- เหตุการณ์ใดที่นำไปสู่พวกเขา
- เมื่อมันเริ่มต้นขึ้น
- หากคุณกำลังรู้สึกเจ็บปวด โปรดอธิบายลักษณะของอาการ (เช่น เจ็บแปลบ เจ็บกด เจ็บจี๊ด ฯลฯ) และให้คะแนนความรุนแรงของอาการบนสเกล 1 ถึง 10
- คุณกำลังรับประทานยาอะไรอยู่
- วันที่ประจำเดือนครั้งสุดท้ายของคุณ (ถ้ามี)

เตรียมผลการทดสอบหรือรายงานการสแกนและบันทึกทางการแพทย์ของคุณ และนำติดตัวมาด้วย

ทบทวน ประวัติทางการแพทย์ของคุณเพื่อให้คุณสามารถตอบคำถามได้อย่างรวดเร็ว หรือหากจำเป็น สามารถอธิบายให้แพทย์ทราบโดยย่อ

ตรวจสอบล่วงหน้าสถานะของสัญญาระหว่างคลินิกกับบริการสุขภาพแห่งชาติของยูเครน (หากและเมื่อมีความเกี่ยวข้อง)

นำสมุดบันทึกไปด้วย
(หรือเปิดเครื่องบันทึกเสียงโดยแจ้งให้แพทย์ทราบและอธิบายว่าคุณทำเช่นนี้เพื่อที่จะสามารถ

ฟังการสนทนาอีกครั้ง) และจดบันทึกข้อมูลสำคัญจากการสนทนากับแพทย์

มารยาทพื้นฐาน

กรุณาอย่าเข้าไปในห้องปรึกษาอย่างกะทันหัน แม้ว่าคุณจะ 'แค่อยากถามคำถาม' หรือ 'แค่อยากรับเอกสารรับรอง' ก็ตาม

กรุณาเคารพคิว

สวัสดีและบอกชื่อของคุณ; เรียกแพทย์/พยาบาลด้วยชื่อแรกของพวกเขา (หรือชื่อกลาง).

เริ่มต้นด้วยน้ำเสียงที่เป็นมิตรและอบอุ่น

ในตอนเริ่มต้น ให้ถามแพทย์ว่าสะดวกที่จะพูดคุยในขณะนี้หรือไม่
ตรวจสอบว่ามีเวลาเพียงพอสำหรับการสนทนาหรือไม่

กรุณาอย่าใช้โทรศัพท์ของคุณในระหว่างการเยียมชม

รักษาการติดต่อทางสายตาไว้เมื่อมีโอกาส

อย่าเสียเวลาของแพทย์ไปกับการพูดคุยที่ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องการรักษา

สอบถามเกี่ยวกับเวลาและช่องทางการติดต่อที่แพทย์ต้องการสำหรับการสื่อสารหรือการชี้แจงคำถามใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการเยียมชม

อย่าให้หมายเลขโทรศัพท์มือถือของแพทย์แก่ผู้อื่นโดยไม่ได้รับความยินยอมจากแพทย์

มารยาทพื้นฐาน

อย่าโทรหาแพทย์หรือพยาบาลเพื่อเรียกร้องความสนใจเร่งด่วนหรือการรักษาพิเศษเพียงเพราะคุณเป็นพี่ชาย น้องสาว พ่อแม่ทูนหัว คนกลางหาคู่ แม่ยาย ส.ส. หรือลูกค้าประกันของบริษัท (และยังมีอีกมากมาย) – เพราะในบริบทของความสัมพันธ์ทางวิชาชีพ แพทย์ไม่มีบุคคลสำคัญพิเศษ (VIP) มีเพียงผู้ป่วยที่พวกเขาต้องให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกโดยพิจารณาจากสภาพสุขภาพของแต่ละคนเท่านั้น

แจ้งให้แพทย์ทราบถึงความตั้งใจของท่านที่จะขอความเห็นที่สองหรือปรึกษา/รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น

อย่าถามแพทย์ว่า: 'คุณหมอจะรักษาแม่/พ่อ/ลูก/สามีของคุณแบบนี้ไหม?'

แต่ให้แบ่งปันความกังวลของคุณหรือถามคำถามที่คุณคิดอยู่ในใจ

หากคุณรู้สึกว่าคุณไม่สามารถไว้วางใจแพทย์ได้ คุณควรหาแพทย์ท่านอื่น

เคารพความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยท่านอื่น

ห้ามถ่ายภาพหรือวิดีโอของผู้ป่วยรายอื่น

การสื่อสาร

เริ่มต้นด้วยรายการคำถามของคุณ
และตัดสินใจร่วมกับแพทย์ว่าคุณสามารถผ่านคำถามเหล่านี้ตามลำดับใดได้

แจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับข้อพิจารณาทางวัฒนธรรมหรือศาสนาใด ๆ
ที่อาจมีผลต่ออาการของคุณ อาการ หรือวินิจฉัยโรค

ให้คำตอบที่ซื่อสัตย์ต่อคำถามของแพทย์

แบ่งปันความกลัว ความคาดหวัง และความสงสัยของคุณกับแพทย์ของคุณ

มุ่งเน้นที่การสนทนา. ให้ยึดติดกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุที่คุณมาพบแพทย์.
หลีกเลี่ยงคำถามทั่วไป; ตัดสินใจว่าคุณต้องการทราบอะไร และให้ชัดเจนในสิ่งที่คุณพูด.

ชะลอการสนทนาหรือขัดจังหวะแพทย์อย่างสุภาพหากคุณไม่เข้าใจบางสิ่งหรือไม่เห็นด้วยกับบางสิ่ง ถามคำถามหากคุณไม่เข้าใจบางสิ่ง
ตรวจสอบความเข้าใจของคุณเกี่ยวกับสิ่งที่คุณได้ยินโดยการถามคำถามเพื่อชี้แจง

หากคุณต้องการพูดคุยกับแพทย์เป็นการส่วนตัว โปรดแจ้งให้พวกเขาทราบ

สรุปในระหว่างการสนทนาและในตอนท้าย
ตรวจสอบให้แน่ใจว่าทุกคำถามของคุณได้รับการตอบและทุกความต้องการของคุณได้รับการฟัง

สอบถามเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการนัดหมาย ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ผลข้างเคียง และขั้นตอนต่อไปในกรณีที่เกิดปัญหา

ให้ข้อเสนอแนะอย่างตรงไปตรงมา – ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ – ในลักษณะที่เป็นมิตร

การตัดสินใจร่วมกัน

แจ้งให้แพทย์ทราบว่าคุณต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากน้อยเพียงใด ต้องการทราบรายละเอียดมากน้อยแค่ไหน และต้องการให้คนที่คุณรักคนใดมีส่วนร่วมด้วย

แจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับข้อพิจารณาทางวัฒนธรรมหรือศาสนาใด ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการรักษาของคุณ

การสื่อสารในภาวะวิกฤต

ดูแลตัวเอง, ความรู้สึกของคุณเอง และของบุคลากรทางการแพทย์

พยายามทำใจให้สงบ อย่าหยาบคายหรือหงุดหงิด และอย่าตะโกน

วลีบางอย่างที่อาจช่วยได้ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก:

- ฉันกังวลว่าเราอาจจะยังไม่เข้าใจกันดีนัก นี่คือเหตุผลที่ฉันรู้สึกเช่นนั้น...
- ฉันต้องคุยกับคุณเกี่ยวกับ 'A' เราสามารถคุยเรื่องนี้ตอนนี้ได้ไหม?
- ผมเข้าใจว่าคุณกำลังรีบ ผมจำเป็นต้องหารือเกี่ยวกับเรื่อง 'A' จริง ๆ ผมสามารถโทรกลับหาคุณหรือมาคุยกันใหม่ได้เมื่อไหร่?
- กรุณาช่วยฉันเข้าใจ 'B'
- ฉันแค่อยากให้แน่ใจว่าฉันเข้าใจคุณถูกต้อง คุณบอกให้ฉันทำ 'ABCD' ใช่ไหม?
- ฉันพบว่าศัพท์ทางการแพทย์เข้าใจยาก คุณช่วยพูดช้าลงหน่อยและอธิบายให้ฉันเข้าใจด้วยคำที่ง่ายกว่านี้ได้ไหม
- ควรค้นหาคำว่าอะไรใน Google เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการ/ขั้นตอน/ยา? คุณแนะนำว่าควรอ่านอะไร?

กรุณาขอให้คุณหมอให้ใบสั่งยาและข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมลายเซ็นและตราประทับ

ในกรณีที่มีข้อพิพาทใด ๆ กรุณารักษาความสงบและติดต่อหัวหน้าแผนกหรือหัวหน้าแพทย์ ขอแนะนำให้ยื่นคำแถลงเป็นลายลักษณ์อักษรที่ระบุคำถามหรือข้อร้องเรียนของคุณ และลงทะเบียนกับสำนักงานบริหาร

ความปลอดภัยและสุขอนามัย

ก่อนพบแพทย์ ให้อาบน้ำและสวมเสื้อผ้าที่สะอาดและสบาย รวมถึงชุดชั้นในใหม่ เผื่อในกรณีที่ต้องถอดเสื้อผ้า และแปรงฟันให้เรียบร้อย

เผื่อไว้ นำผ้าเช็ดตัว กระดาษทิชชู่ น้ำ และถุงเท้าสะอาดมาด้วย

คุณสามารถขอให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแกะบรรจุภัณฑ์ของอุปกรณ์ใช้แล้วทิ้งและหลอดยาต่อหน้าคุณได้

ล้างมือให้สะอาดบ่อยที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ในระหว่างและหลังการมาที่สถาบันการแพทย์

ระวังผลข้างเคียงจากยาหรือการรักษา และแจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับสิ่งเหล่านี้

คำพูดให้กำลังใจจากผู้นำความคิดเห็น

คุณภาพของการดูแลทางการแพทย์ไม่ได้เริ่มต้นจากความรู้เฉพาะทางหรือความเชี่ยวชาญในเทคโนโลยีล่าสุด ไม่ใช่จาก "ความรู้สึกว่าต้องทำ" หรือ "มาตรฐานของคลินิกเรา" และยังไม่ใช่จากการได้รับโทรศัพท์จากผู้บริหารเกี่ยวกับใครบางคนที "สำคัญมาก"
คุณภาพที่แท้จริงของการดูแลทางการแพทย์เริ่มต้นจากความเห็นอกเห็นใจ
เมื่อแพทย์และพยาบาลไม่เห็นเพียง 'ผู้ป่วย' หรือแม้แต่ 'ลูกค้า' แต่เห็นเป็นบุคคลหนึ่ง
บุคคลที่มีเรื่องราวเฉพาะตัว มีประสบการณ์และอารมณ์ที่หลากหลาย
มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และคุณค่าที่ไม่มีเงื่อนไข
และพวกเขาปฏิบัติต่อบุคคลนั้นเหมือนที่พวกเขาอยากได้รับการปฏิบัติหากพวกเขาอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน ด้วยความเคารพ ความเข้าใจ และการสนับสนุน

คาเทรีนา บูลาวิโนวา
ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์, กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (ยูนิเซฟ) ในยูเครน

ในยูเครน มีการขาดการอภิปรายสาธารณะเกี่ยวกับความไว้วางใจในระบบสาธารณสุขและแพทย์
ระดับความไว้วางใจที่ต่ำในวิชาชีพการแพทย์มีสาเหตุมาจากวาทกรรมที่ก้าวร้าวและบางครั้งเป็นพิษที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ต่อผู้ป่วยและคนที่พวกเขารัก
ความไม่ไว้วางใจนี้ยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นจากผลลัพธ์การรักษาเชิงลบที่รายงานในสื่อหรือผ่านการบอกต่อปากต่อปาก
หนึ่งในสาเหตุของความสัมพันธ์ที่เสื่อมถอยระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยคือการขาดการฝึกอบรมทักษะการสื่อสารสำหรับบุคลากรทางการแพทย์
ไม่มีใครสอนเราวิธีบอกผู้ป่วยว่าพวกเขามีโรคมะเร็ง
หรือวิธีแจ้งญาติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเสียชีวิตของพวกเขา
เราเรียนรู้จากตัวอย่างของเพื่อนร่วมงานที่มีอาวุโสกว่าว่าจะทำอย่างไร
หรือในทางกลับกัน – วิธีที่ไม่ควรทำ คู่มือ 'มนุษยธรรมและความเห็นอกเห็นใจในระบบการแพทย์'
ประกอบด้วยข้อมูลล่าสุดทั้งหมดเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดข้อมูลทางทฤษฎี
ขณะที่ส่วนที่เป็นประโยชน์จะช่วยให้แพทย์สามารถนำเทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพไปใช้ในง

านประจำวันได้อย่างรวดเร็ว โดยใช้ตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจง
คู่มือนี้ช่วยเชื่อมช่องว่างทางการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์
แต่ก่อนอื่นแพทย์ต้องอ่านมันก่อน มันเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

อันเดรย์ เบซโนโซนโก
หัวหน้าแพทย์ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
ศัลยแพทย์มะเร็งวิทยา

ในระหว่างการปรึกษาหารือที่คลินิกชนบทของเราในวันนี้
ฉันสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีข้อร้องเรียนมากเกินไปสำหรับการมาพบแพทย์เพียงครั้งเดียว
ฉันนึกถึงวลีหนึ่งที่ฉันได้ยินเมื่อเช้านี้:
'จงปฏิบัติต่อผู้อื่นเช่นเดียวกับที่คุณต้องการให้ผู้อื่นปฏิบัติต่อคุณ'
แต่แทนที่จะทำให้ฉันเป็นหมอที่ดีขึ้น พระเจ้ากลับยกระดับความท้าทายทางอารมณ์ขึ้นทุกวัน
และเพื่อเอาชนะสิ่งเหล่านี้ ฉันต้องหาเครื่องมือที่ใช้งานได้จริงด้วยตัวเอง...

ภรรยาของผมและผมอ่านหนังสือ 'หนังสือที่ไม่ค่อยน่ากลัว...' อย่างช้าๆ
และทุกเย็นเราจะนั่งลงเพื่อคิดทบทวนและเปรียบเทียบกับชีวิตของเราและงานในชุมชนของเรา
ด้วยกัน เราค้นพบและทดลองใช้เครื่องมือใหม่ๆ:

ดูเหมือนว่าคุณจะรู้สึกหนักใจกับจำนวนข้อร้องเรียนที่มีมากมาย
ลองมาช่วยกันคัดแยกข้อร้องเรียนบางส่วนในตอนนี้
แล้วที่เหลือค่อยมาจัดการในอีกสัปดาห์หนึ่งดีไหมครับ/คะ...

แม้ว่าเราจะยังไม่ได้สรุปงานกับบุคคลนี้
แต่การสนทนาของเราทำให้ฉันรู้สึกมั่นใจว่าเราจะหาทางแก้ไขปัญหาของเราได้อย่างแน่นอน
ฉันยังตระหนักด้วยว่าความเห็นอกเห็นใจไม่ใช่เพียงเครื่องมือที่ใช้ในการปฏิสัมพันธ์กับผู้คนระห
ว่างการปรึกษาหารือเท่านั้น
แต่ยังเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นอยู่ทางอารมณ์ในชีวิตประจำวันของเราอีกด้วย

วาดิม วุส
แพทย์ประจำครอบครัว,
ผู้ฝึกสอนที่สถาบันการแพทย์ครอบครัวแห่งยูเครน

'ความเปิดเผยของโรงพยาบาลเป็นหนึ่งในประเพณีที่เราได้รับสืบทอดมาจาก Mykola Amosov
และสถาบันศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือดภายใต้การนำของเขา
ความเปิดเผยช่วยให้เราบรรลุผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น' การเปิดกว้างช่วยให้เราหมดไฟน้อยลง
การเปิดกว้างช่วยสร้างความไว้วางใจ
และความไว้วางใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยนั้นมีค่าประเมินไม่ได้
สิ่งสำคัญคือต้องเรียนรู้การเปิดกว้างตั้งแต่ปีแรกของการศึกษา
และฝึกฝนมันตั้งแต่การปรึกษาครั้งแรกไปจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วยในครั้งสุดท้าย

อิลยา เยเมตส์
ดุษฎีบัณฑิตสาขาวิทยาศาสตร์กา
รแพทย์, ผู้อำนวยการศูนย์โรคหัวใจเด็ก
และศัลยกรรมหัวใจ,
ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาโรคหัวใจเด็ก
และศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด ที่สถาบันการแพทย์แห่งชาติ Platon Shupyk

ประเด็นเกี่ยวกับการสื่อสาร ความเป็นมนุษย์ และการดูแลที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อชุมชนทางการแพทย์ ผู้ป่วย และสังคมโดยรวม สุขภาพของมนุษย์คือทรัพย์สินอันล้ำค่าที่สุดของเรา
ข้าพเจ้าเน้นย้ำอยู่เสมอว่าสุขภาพของมนุษย์เริ่มต้นก่อรูปตั้งแต่ระยะพัฒนาการในครรภ์และในช่วงปีแรก ๆ ของชีวิต
การศึกษาสาธารณะและการสื่อสารที่เหมาะสมระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพและผู้ป่วย ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากความเคารพซึ่งกันและกันและความเป็นมนุษย์ สามารถทำให้โลกนี้เป็นสถานที่ดีขึ้น เป็นมิตรมากขึ้น และปลอดภัยยิ่งขึ้นได้
คู่มือการฝึกอบรมเล่มนี้ ซึ่งได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มผู้เขียน จะเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ สำหรับตัวผมเอง การทำงานร่วมกันในกลุ่มทำงานกับสมาชิกของทีมผู้เขียนเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีคุณค่าและได้ให้คำตอบสำหรับคำถามที่ซับซ้อน

เยลิซาเวตา ชุนโก,
ดุษฎีบัณฑิตสาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์,
ศาสตราจารย์,
สมาชิกสมทบของสถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์แห่งชาติแห่งยูเครน,
หัวหน้าภาควิชาทารกแรกเกิดที่ตั้งชื่อตามเพลตัน ชูปิก

ขอบคุณมาก

uเจ็ด,htoตรงoหรือop พยายามร่วมกันเพื่อให้แน่ใจว่าสิงนี
คู่มือเกิดขิน:

วาเลนตินา อานูฟริเยวา
วิคเตอร์ อาร์เทเมนโก
ทาราส เบซพิลลิ
ดารินา ไบห์ดาน
อลินา บอริไซวา
อิรีนา ไบโรวิค
อินนา ไวโลเซวิช
เตเตียนา ฮาฟริช
นาตาเลีย กาลิอาช
องค์กรพัฒนาเอกชน
'แคมเจอร์'
โอลексий เกลอฟิน
อนาสตาเซีย เกเร็ตสกา
เอเลนา กอร์สกา
โซเฟีย กูซัค
เอเล็กซานเดอร์ กูซาคอฟ
ดารินา ดมิทริเยฟสกา
อันเดรียส เอเรต
เอเลนา อิกนาชชุค
มารีนา คาคห์นอวา
ทีม Info Sapiens
ทีมงานขององค์กรไม่แสวงหาผลกำไ
'S.'Horizontals'
และ 'ไม่ใช่หนังสือที่น่ากลัวเลย...'
เอเลนา เคเรตุน
เอเล็กซานเดอร์ คอสตยุก
เอเลนา คอสตยุค
อันนา-เวโรนิกา คราสโนโปลสกา
ลาริสา
อนาสตาเซีย ลูคินา

ยูเลีย มาร์ติเนนโก
นาตาเลีย มิเทียเอฟา
อิรีนา มอฟชาน
อาไลนา เคเฮตนิเควา
โอกซานา เปตรินิช
วิคตอเรีย พิดวอร์ชานสกา
นาตาเลีย โพวาร์
มาเรีย โปโปวา
เทเตียนา โปโปวา
โอลก้า โพชูเรวา
นีน่า เรซนิเชนโก
นาตาเลีย รูดาเควา
เทเตียนา เซนเด็ตสกา
พาฟโล ซิลคอฟสกิ
อีวาน โซเมเนฟสกิ
โซเรียน่า สคาเลตสกา
ยูริย์ สโมเลนสกิ
เทเตียนา สเตปุร์โก
เปโตร ไทซิลกิน
ยูเลีย ทิคโฮลาซ
ถึง ยูเลีย ทุร์ปาเควา
อัลลา ทูทูยูนิค
โอลексий คาริตอนอฟ
มาเรีย ครปาโชวา
อีวาน เชอร์เนนโก
เอลิซาเวตา ชุนโก
มาเรีย ชิโล
อนาสตาเซีย ชูเรนเควา
เทเตียนา ชชูโดรวา

สิ่งพิมพ์ทางการศึกษา
อนาสตาเซีย เกนนาดีเยฟนา ลูคินา

มนุษยธรรมและความเห็นอกเห็นใจในระบบการแพทย์

คู่มือสำหรับครู

แนวคิดและการรวบรวม **อนาสตาเซีย ลูคินา**
การประสานงาน **โอลีนา อิกนาชชุค**
ปก, ออกแบบ, จัดวาง, การประมวลผลภาพประกอบ และการจัดพิมพ์ **อลินา บอริโซวา**
Editing **มาเรีย คราปาโชวา**
การตรวจทาน: **โอลกา โพชูรูเอวา**

อนุมัติให้พิมพ์: --.--.----. รูปแบบ: .....
การพิมพ์ออฟเซ็ต กระดาษ .... จำนวนพิมพ์ ..... ฉบับ ฉบับที่ ....

โครงการยูเครน-สวิส 'การพัฒนาการศึกษาทางการแพทย์' 01001, เคียฟ, 6B
ถนนลูเทอร์สกา, ห้อง 43
โทร: +380 44 384 10 09
อีเมล:events@mededu.org.ua mededu.org.ua

จัดพิมพ์และตีพิมพ์โดย:
ประกาศนียบัตร**ผู้เชี่ยวชาญด้านหนังสือ**
หมายเลขทะเบียน 03037 กรุงเคียฟ
ถนนมักซิม ครีโวโนส หมายเลข 2 บี
อีเมล: zamov@masterknyg.com.ua

ความเปิดกว้างช่วยให้เรา
บรรลุผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น
เหนือยน้อยลง สร้างความไว้วางใจ
และความไว้วางใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยคอ
ประเมินค่าไม่ได้
สิ่งสำคัญคือการเรียนรู้

ความเปิดเผยตั้งแต่ปีแรก
และนำไปปฏิบัติตั้งแต่แรกเริ่ม
การปรึกษาหารือตั้งแต่ต้นจนกระทั่งการจำหน่า
ยผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

อิลยา เยเมตส์, ดุษฎีบัณฑิตทางการแพทย์, ผู้อำนวยการ
ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือดเด็กและศัลยกรรมหัวใจ
ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาโรคหัวใจเด็ก
และศัลยกรรมหัวใจและหลอดเลือด
ที่สถาบันการแพทย์แห่งชาติ Platon Shupyk

ปัญหาการสื่อสาร, มนุษยธรรม และการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
ต่อผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับชุมชนทางการแพทย์ ผู้ป่วย
และสังคมโดยรวม คู่มือการฝึกอบรมนี้ ซึ่งพัฒนาโดยกลุ่มผู้เขียน
จะมีส่วนช่วยอย่างมีนัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ สำหรับตัวผมเอง
การร่วมมือ
ในกลุ่มทำงานร่วมกับสมาชิกของทีมผู้เขียน ให้คำตอบต่อคำถามที่ซับซ้อน

เยลียาซเวตา ชุนโก, ดุษฎีบัณฑิตสาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์,
ศาสตราจารย์,
สมาชิกสมทบของสถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์แห่งชาติแห่งยูเครน,
หัวหน้าภาควิชาการกแรกเกิดที่สถาบันการแพทย์แห่งชาติ Platon Shupyk
สำหรับการศึกษาหลังปริญญา

"ความเห็นอกเห็นใจไม่ใช่เพียงแค่การปฏิบัติ
เครื่องมือสำหรับโต้ตอบกับผู้คน
ในระหว่างการปรึกษาหารือ
แต่ความรู้สึกของเราในแต่ละวัน
สุขอนามั
ย
วาดิม วุส, แพทย์ครอบครัว, ผู้ฝึกสอนที
ของเวชศาสตร์ครอบครัวในยูเคร
น

คู่มือ
'มนุษยธรรมและความเห็นอกเห็นใจ'
ในด้านการดูแลสุขภาพ'
ประกอบด้วยทั้งหมด
ข้อมูลล่าสุดเพื่อให้
การขาดข้อมูลทางทฤษฎี
และส่วนปฏิบัติจะช่วยให้
แนะนำอย่างรวดเร็ว โดยใช้ตัวอย่างเฉพาะ
แนะนำวิธีการที่ถูกต้อง
การสื่อสารเข้าสู่การปฏิบัติประจำวันของแพทย์
คู่มือนี้ช่วยเชื่อมช่องว่าง
ในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและ
คุณหมอ แต่ก่อนอื่นคุณหมอต้อง
อ่านมัน. มันจำเป็น.

อันดรี เบซโนเซนโก, แพทย์ใหญ่แห่งสถาบัน
สถาบันมะเร็ง, ศัลยแพทย์มะเร็ง

"คุณภาพที่แท้จริงในด้านการดูแลสุขภาพเริ่มต้นด้วยความเห็นอ
กเห็นใจ เมื่อแพทย์และพยาบาลไม่เห็น
"ไม่ใช่ 'ผู้ป่วย' หรือแม้แต่ 'ลูกค้า' แต่เป็น 'บุคคล'
บุคคลที่มีเรื่องราวเฉพาะตัว
มีรายละเอียดอันซับซ้อนของประสบการณ์และอารมณ์ความรู้สึ
ก มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และคุณค่าในตัวเอง
และพวกเขาปฏิบัติต่อผู้อื่นเช่นเดียวกับที่ตนเองอยากได้รับการ
ปฏิบัติหากอยู่ในสถานการณ์เดียวกัน ด้วยความเคารพ เข้าใจ
และสนับสนุน"

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 ПРОЄКТ

ГОРИЗОНТАЛІ

โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานเพื่อการพัฒนาและความร่วมมือแห่งสวิตเซอร์แลนด์ (Swiss Agency for Development and Cooperation)
ความคิดเห็นและแนวคิดที่นำเสนอในสิ่งพิมพ์นี้เป็นของผู้เขียนเท่านั้น
และไม่จำเป็นต้องสะท้อนถึงมุมมองของสำนักงานเพื่อการพัฒนาและความร่วมมือแห่งสวิตเซอร์แลนด์